

ZOSTAWIĆ ŚLAD NA ZIEMI

ZOSTAWIĆ ŚLAD NA ZIEMI

**Księga pamiątkowa
dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi
w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej**

Pod redakcją
Małgorzaty Halickiej i Jerzego Halickiego



Białystok 2006

Recenzenci:
Prof. dr hab. med. Maria Górską
Prof. dr hab. Adam Kurzynowski

Książka dofinansowana przez Urząd Miejski w Białymstoku, Stowarzyszenie Wolontariatu Międzypokoleniowego w Białymstoku, Uniwersytet Trzeciego Wieku w Białymstoku oraz Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

© Copyright by Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2006

ISBN 978-83-7431-090-1

Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 14, 15-097 Białystok
tel. 085 745 70 59, e-mail: ac-dw@uwb.edu.pl
<http://wydawnictwo.uwb.edu.pl>

Okładka i łamanie: Jolanta Kowalska

Druk i oprawa:
Sowa – druk na życzenie
www.sowadruk.pl, tel. 022 431 81 40

*I we mnie
coś zostaje z dziedzictwa i coś z zapowiedzi:
nurt mijania jest też nurtem wzbierania*
Jan Paweł II

Panu Profesorowi Wojciechowi Pędichowi
byłemu Ordynatorowi Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Śniade-
ckiego w Białymstoku, wieloletniemu Kierownikowi Zakładu Gerontologii
Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku, Honorowe-
mu Prezesowi Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego – w 80 rocznicę
urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej –

Przyjaciele i Uczniowie



W. Scholz

Spis treści

Wprowadzenie	17
--------------------	----

Przemówienia okolicznościowe gości honorowych

J. M. Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku prof. dr hab. Jan Górski	23
J. M. Rektor Uniwersytetu w Białymstoku prof. dr hab. Jerzy Nikitorowicz	25
Prezydent Miasta Białegostoku mgr inż. Ryszard Tur	27
Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego prof. dr hab. Piotr Błędowski	29

Laudacje

Prof. dr hab. Józef Kocemba	35
Prof. dr hab. Brunon Synak	37

Dorobek zawodowy Jubilata

Małgorzata Halicka, Prof. dr hab. Wojciech Pędich jako Kierownik Zakładu Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 1974-1996	43
Iwona Jakubowska, Prof. dr hab. Wojciech Pędich jako Ordynator I Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku	50
Józef Kocemba, Jak rodziła się gazeta	53

Jan Stasiewicz, Prof. dr hab. Wojciech Pędich – działalność w Samorządzie Lekarskim	58
--	----

Jubilat we wspomnieniach uczniów i przyjaciół

Barbara Bień, Chwila reminiscencji z okazji Jubileuszu	63
Hanna Jędrkiewicz, Intelktualna praca u podstaw?	64
Zdzisław Klepacki, W czasie przeszłym niedokonanym	66
Czesław Kryszkiewicz, Rola Profesora Wojciecha Pędicha w powstanie i rozwój Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku	69
Renata Pełka, Człowiek	74
Jacek Putz, Guru	79
Ludomira Zarębska, Mój Nauczyciel	84

Refleksje nad starością

Lucyna Aleksandrowicz-Pędich, Wędrowanie – kilka uwag o starości w literaturze	90
Beata Bugajska, Starzenie się i starość w świetle filozoficznych rozważań nad tożsamością	98
Leon Dyczewski, Wartości w życiu człowieka starego	113
Elżbieta Dubas, Mądrość andragogicznej refleksji Heleny Radlińskiej	120
Joanna Staręga-Piasek, O niektórych mitach wokół ludzi starych i starości	127
Jolanta Twardowska-Rajewska, Piękny umysł czy kidult	137
Zbigniew Woźniak, Dziesięć zasad dobrego starzenia się	147

Problemy gerontologii społecznej

Piotr Błędowski, Starsze osoby wobec świadczeń służby zdrowia i pomocy społecznej – wyniki badań empirycznych	167
Piotr Czekanowski, Brunon Synak, Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce	182
Olga Czerniawska, Drogi edukacyjne osób starszych, ich początki	190

Małgorzata Dziegielewska, O pojęciu „całościowej pedagogiki osób starszych”	199
Lucyna Frąckiewicz, Wykluczenie i spójność społeczna wobec procesu starzenia się ludności	210
Anna Halicka, Losy wdów po władcach z dynastii Piastów i Jagiellonów	223
Małgorzata Halicka, Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym	242
Jerzy Halicki, Społeczne teorie starzenia się	255
Konrad Hummel, Älter werden in Europa – Subjektive Eckpunkte einer Europäischen Gerontologie	277
Jerzy T. Kowaleski, Osoby starsze i sędziwe na obszarach wiejskich. Obraz demograficzny z przełomu stuleci oraz prognozy	282
Andrzej Rączaszek, Reprodukcyjność ludności w dekadach przełomów politycznych w Polsce	293
Barbara Szatur-Jaworska, Jakość życia w fazie starości – próba diagnozy	303
Piotr Szukalski, Przeżywając trzeci wiek – zmiany prawdopodobieństwa przeżycia między 60 a 80 rokiem życia w powojennej Polsce	317
Elżbieta Trafiałek, Skutki zmian systemowych w Polsce dla ludzi w starszym wieku	328
Zyta Beata Wojszel, Barbara Bień, Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce	338
Halina Worach-Kardas, Starzenie się ludności jako determinanta wzrostu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa	351
Lidia Wrocińska-Sławska, Wielkopolska seniorom	359

Problemy gerontologii klinicznej

Wojciech Bogusławski, Czy istnieją pleiotropowe efekty cholesterolu?	371
Zygmunt Chodorowski, Jacek Sein Anand, Rys historyczny i perspektywy insulinoterapii	379

Kornelia Kędziora-Kornatowska, Karolina Szewczyk-Golec i współpr., Ocena wybranych wykładników stresu oksydacyjnego w krwinkach czerwonych w procesie starzenia. Suplementacyjno-metaboliczne działanie melatoniny	390
Marta Skiba, Beata Petkiewicz, Joanna Wysokińska-Miszcuk, Kserostomia – etiologia i objawy kliniczne	401

Bibliografia Profesora Wojciecha Pędicha

Marcin Pędich, Bibliografia Profesora Wojciecha Pędicha	409
---	-----

Informacje o autorach	451
------------------------------------	-----

TO LEAVE A MARK ON THE WORLD
Honorary book to celebrate the 80th birthday and the 55th anniversary of the scholarly career of professor Wojciech Pędich
Editors: Małgorzata Halicka, Jerzy Halicki

Contents

Introduction	17
--------------------	----

Speeches of the honored guests

Rector Magnificus of the Medical University in Białystok	
prof. dr Jan Górski	23
Rector Magnificus of Białystok University	
prof. dr Jerzy Nikitorowicz	25
The Mayor of Białystok Mr. Ryszard Tur	27
The President of the Polish Society of Gerontology	
prof. dr Piotr Błędowski	29

Laudation

Prof. dr Józef Kocemba	35
Prof. dr Brunon Synak	37

Professional achievements of the Professor

Małgorzata Halicka, Prof. Wojciech Pędich as the head of the Department of Gerontology at Medical University in Białystok	43
Iwona Jakubowska, Prof. Wojciech Pędich as the chief physician of the 1st Ward of Internal Diseases of the County Hospital in Białystok	50
Józef Kocemba, The way the quarterly was born	53
Jan Stasiewicz, Prof. Wojciech Pędich's activity in the Chamber of Physicians in Białystok	58

The Professor in the memoirs of his students and colleagues

Barbara Bień, A moment of reminiscence on the occasion of the jubilee	63
Hanna Jędrkiewicz, Positivist intellectual work	64
Zdzisław Klepacki, In imperfect past tense	66
Czesław Kryszkiewicz, The role of Professor Wojciech Pędich in the creation and development of the Third Age University in Białystok	69
Renata Pełka, A human being	74
Jacek Putz, A guru	79
Ludomira Zarębska, My teacher	84

Thoughts over old age

Lucyna Aleksandrowicz-Pędich, Wandering – a few remarks on old age in literature	90
Beata Bugajska, Growing old and old age in view of philosophical reflections over identity	98
Leon Dyczewski, Values in the life of an old man	113
Elżbieta Dubas, Andrological wisdom in the reflections of Helena Radlińska	120
Joanna Staręga-Piasek, On some myths on the elderly and old age	127
Jolanta Twardowska-Rajewska, Beautiful mind or „kidult”	137
Zbigniew Woźniak, Ten rules on good ageing	147

Issues in social gerontology

Piotr Błędowski, The elderly in relation to medical services and social help – the results of empirical study	167
Piotr Czekanowski, Brunon Synak, Chosen elements from the picture of the families of the elderly in Poland	182
Olga Czerniawska, Educational paths of the elderly, their beginnings	190
Małgorzata Dziegielewska, About the conception of global pedagogy of the elderly	199

Lucyna Frąckiewicz, Social exclusion and cohesion in relation to the process of the ageing of the society	210
Anna Halicka, The fates of the widows of the rulers from the Piast and Jagiellonian dynasties	223
Małgorzata Halicka, Family problems in care of the disabled elderly	242
Jerzy Halicki, Social theories of ageing	255
Konrad Hummel, To be elderly in Europe – subjective perspectives of European Gerontology	277
Jerzy T. Kowaleski, Old and very old people in the rural areas. Demographical picture from the turn of the centuries and prognostic forecast	282
Andrzej Rączaszek, Reproduction of population in the decades of political transformations in Poland	293
Barbara Szatur – Jaworska, The quality of life in the ageing phase – an attempt at diagnosis	303
Piotr Szukalski, Surviving the third age – The changes in the probability of living until the age of 60 to 80 in post-War Poland	317
Elżbieta Trafiałek, The effects of the system changes in Poland for the elderly	328
Zyta Beata Wojszel, Barbara Bień, Factors determining the burden of the family carer of the elderly in Poland	338
Halina Worach-Kardas, Demographic ageing as a determinant of the growth of society's health needs	351
Lidia Wrocińska-Sławska, Wielkopolska region of seniors	359

Issues in clinical gerontology

Wojciech Bogusławski, Are there any pleiotropic effects of cholesterol?	371
Zygmunt Chodorowski, Jacek Sein Anand, Historical outline and prospects in the treatment of diabetes	379

Kornelia Kędziora-Kornatowska, Karolina Szewczyk-Golec et al., Evaluation of some indices of oxidative stress in erythrocytes in the process of ageing. Supplementary-metabolic impact of melatonin	390
Beata Petkiewicz, Marta Skiba, Joanna Wysokińska-Miszcuk, Xerostomia – etiology and clinical symptoms	401
 The bibliography of Professor Wojciech Pędich	
Marcin Pędich, The bibliography of Professor Wojciech Pędich	409
 Notes about the authors	451

Wprowadzenie

„Oceń i docień mój wkład
Pamiętaj jednak, że i ciebie ktoś oceni.
Nie zdobień i złocień blask,
tylko jak zostawić znak po sobie na Ziemi”

– tak brzmi refren piosenki „Nieśmiertelność” wykonywanej przez hip-hopowy zespół Abradab. Przytoczenie go na początku książki ofiarowanej wybitnemu uczonemu, lekarzowi, wspaniałemu nauczycielowi akademickiemu i zaangażowanemu społecznikowi Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w osiemdziesięciolecie urodzin i pięćdziesięciopięcioletnie pracy naukowej może wydać się trochę dziwne. Ale sam Jubilat poproszony przez nas o sugestię, co do hasła konferencji, zdecydował – „Zostawić ślad na Ziemi”. Zwrot ten koresponduje zatem doskonale z hasłem uroczystości jubileuszowych. Zostawić znak po sobie, to ocalić od zapomnienia.

Profesor Wojciech Pędich zostawia bardzo cenne ślady. My – Jego uczniowie – dumni, że dane nam było przy Nim dorastać naukowo, możemy powiedzieć, że Jubilat jest dla nas mistrzem, autorytetem, wzorem. Zgodnie ze stwierdzeniem Platona, że nauczyciela z uczniem powinna łączyć przyjaźń, my – uczniowie – doświadczamy tej przyjaźni od wielu już lat. Dedykując tę „Księgę” naszemu Nauczycielowi-Mistrzowi pragniemy w ten sposób wyrazić naszą wdzięczność.

„Księga pamiątkowa” zawiera prace zarówno naukowe jak i artykuły wspomnieniowe. Rozdziały: pierwszy i drugi stanowią laudacje i przemówienia okolicznościowe gości honorowych zaproszonych na konferencję poświęconą Jubileuszowi Profesora Wojciecha Pędicha. W rozdziale trzecim omówiony został dorobek zawodowy Jubilata jako kierownika zakładu naukowego, ordynatora oraz działacza społecznego. Rozdział czwarty to wspomnienia uczniów i przyjaciół, poczynszyszy od tych z najdawniejszych lat, po tych, których znajomość z Jubilatem jest stosunkowo świeżej daty.

Prace naukowe zawarte są w trzech ostatnich rozdziałach: piątym, który zawiera refleksje nad starością, szóstym, który porusza różne problemy z gerontologii społecznej, oraz siódmym – zawierającym artykuły z gerontologii klinicznej.

Układ i treść książki jubileuszowej mówią dużo o Jubilate. Po pierwsze, Profesor ma wielu przyjaciół i oddanych sobie osób. Dziesięć lat temu odszedł na emeryturę i przestał być prominentem, a mimo to książkę jubileuszową współtworzy blisko pięćdziesiąt osób. Po wtóre, jej treść jest zróżnicowana, co wskazuje na szeroki wachlarz zainteresowań Jubilata i wielość obszarów aktywności Jego uczniów i przyjaciół. Po trzecie, Jubilat nie jest uczonym, który szuka jedynie prawdy, ale szuka jej po to, aby móc ją zastosować w praktyce oraz popularyzować. Jego działalność wpisuje się w nurt rozszerzonych funkcji wyższych uczelni, gdzie klasyczne zadania, polegające na kształceniu studentów i prowadzeniu badań naukowych, zostały uzupełnione o popularyzowanie wiedzy, która dotychczas była domeną wąskich elit.

Wielu autorów książki to uczniowie Profesora. Czują się nimi zarówno ci, którzy dorastali naukowo pod Jego skrzydłami w kierowanym przez Niego Zakładzie Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku, jak również ci wszyscy, którzy, nie będąc formalnymi współpracownikami, korzystali z Jego pomocy i życzliwych rad. Oni także w jakimś sensie są uczniami Jubilata. Tych drugich jest znacznie większe grono.

Mistrz przekazywał swoim uczniom nie tylko wiedzę i umiejętności, ale również starał się oddziaływać wychowawczo. Stale czuje się zainteresowany losem uczniów, potwierdzając tym Grundtvigowską tezę o odpowiedzialności przed społeczeństwem za efekty nauczania i wychowania. Troska ta przybiera bardzo dyskretną formę, daleką od mentorstwa i pouczania. Dla nas Jubilat jest często powiernikiem. Emanuje wewnętrzną radością i życiową mądrością. Wraz z upływem lat staje się nam jeszcze bardziej bliski. Zerkamy Nań, aby upewnić się, czy podjęliśmy właściwą decyzję, czy zmierzamy w dobrym kierunku. W obecnych czasach charakteryzujących się deficytem autorytetów Jego obecność pomaga nam, uspokaja, dodaje pewności.

Św. Paweł powiada: „Wszystko badajcie, a to, co cenne, zachowujcie”. Chcielibyśmy zachować te wszystkie wartości uzyskane w kontaktach z Tobą – Mistrzu i Przyjacielu. Ale rozumiemy je również jako zadanie na przyszłość w naszym postępowaniu ze współpracownikami i naszymi uczniami.

Małgorzata i Jerzy Haliccy

Introduction

„Evaluate, appreciate my involvement
Remember, you will be evaluated too
No ornaments, no glitz
But leave your mark on the world”

– thus goes the refrain of the song „Immortality”, performed by the hip-hop band Abradab. It may seem strange to quote it at the beginning of the book dedicated to the eminent scholar, physician, excellent academic teacher and a committed social activist – professor Wojciech Pędich, to celebrate his eightieth birthday and the fifty-fifth anniversary of his scholarly career. However, when we had asked him for some suggestions as for the motto of the conference he proposed „To leave a mark on the world”. This quotation in a perfect way corresponds with the theme of the jubilee celebrations. To leave your mark on the world means to save from oblivion.

Professor Wojciech Pędich leaves very precious marks. We – his students and friends, proud that we have been given a chance to develop our scholarly maturity at his side – can say that the Professor is a master, an authority and a role model for us. According to Plato there should exist a friendship between the teacher and his students: we – the students and collaborators – have been experiencing this friendship for many years. Dedicating this „Book” to our Teacher-Master we want to express our gratitude this way.

This „Book” includes both scientific articles and reminiscences. Chapters 1 and 2 contain speeches in laudation of Professor Wojciech Pędich, prepared by distinguished guests of the conference. Chapter 3 discusses Professor’s professional achievements from the time when he was the head of the Department of Gerontology, the chief physician and a social activist. Chapter 4 contains reminiscences of students, colleagues and friends from the earliest years and of the more recent times.

Scientific articles are to be found in the last three chapters: Chapter 5 includes reflections over the old age as seen in different perspectives, Chapter 6 discusses various problems from the domain of social gerontology, while Chapter 7 contains articles on clinical gerontology.

The structure and the content of the Book tells us much about the Professor. First of all the Professor has many friends and people devoted to him. Ten years ago he retired from his official post in the Medical University but still there are almost fifty contributors to the Book. The content of the Book is varied which reflects a broad range of interests and academic activity of the Professor's students and colleagues. Importantly, the Professor is not a scholar searching for truth only for its own sake – more than that, he searches for the truth to be able to put it into practice and to popularize it. His activity involves not only traditional tasks of the scholar, but also contributes to the benefit of the general public.

Some of the contributors to this book are the Professor's former students. But there are also those who have cooperated with him and received his friendly advice. Many of them are distinguished scholars at various institutions in Poland.

The Master passed on to his students and colleagues his knowledge and skills. With the younger generation he also exerted educational influence. He is still interested in the further life of his students, this way confirming the Grundtvig's thesis on the responsibility towards the society for the results of the upbringing. This care is very subtle, far from being overtly instructive and moralizing. For us the Professor is a person we can confide in. He emanates inner happiness and life wisdom. Years pass and He becomes even closer to us. We look to him to be sure whether we made the right decision and whether we have chosen the correct route. In the modern world, characterized by the lack of authorities, His presence helps us, calms us and increases our confidence.

St. Peter says: „Research everything, and preserve what is precious”. We would like to preserve all those values gained from the contacts with our Master and Friend. We perceive them also as future tasks to be implemented during our own contacts with our co-workers and students.

Małgorzata i Jerzy Haliccy

**PRZEMÓWIENIA OKOLICZNOŚCIOWE
GOŚCI HONOROWYCH**

* * *

Profesor doktor habilitowany nauk medycznych Wojciech Krystyn Pędich to jeden z twórców polskiej gerontologii, wybitny lekarz internista, wychowawca wielu pokoleń lekarzy, wieloletni nauczyciel akademicki, działacz samorządu lekarskiego. Jest postacią tak znaną i zdziałał tak wiele, że li tylko ku przypomnieniu podsumuję pokrótce jego życiorys. Dyplom lekarza otrzymał w roku 1950 w Akademii Medycznej w Warszawie. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w tejże uczelni w 1952 roku. Tytuł rozprawy doktorskiej brzmiał: „Badania doświadczalne nad zachowaniem się antagonizmu adrenalinowo-ergotaminowego u zwierząt pozbawionych tarczycy”. Stopień doktora habilitowanego otrzymał w 1964 roku w Akademii Medycznej we Wrocławiu na podstawie dorobku naukowego i rozprawy pt. „Rodzinne podobieństwo i cechy genetyczne serca w obrazie bioelektrycznym”. W roku 1985 uzyskał tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego.

W roku 1951 podjął pracę na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego im. Karola Miarki w Opolu. Po uzyskaniu specjalizacji drugiego stopnia z chorób wewnętrznych został, w roku 1956, ordynatorem tego oddziału. Funkcję tę pełnił do roku 1964. W tym czasie uzyskał dwie kolejne specjalizacje: z kardiologii oraz gerontologii. W roku 1964 objął funkcję ordynatora I Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Wojewódzkim im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. W roku 1974 zorganizował Zakład Gerontologii w Akademii Medycznej w Białymstoku. Zakładem tym, który z czasem przyjął nazwę Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej, kierował dwadzieścia dwa lata, do chwili przejścia na emeryturę. Profesor Pędich wykształcił wielu lekarzy specjalistów. Szkolił też kadrę naukową. Pod Jego kierunkiem dwudziestu siedmiu lekarzy uzyskało specjalizację drugiego stopnia z chorób wewnętrznych, pięciu – z gerontologii, dwóch – z kardiologii, dwie pielęgniarki uzyskały stopień magistra, był

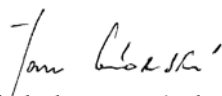
promotorem siedmiu prac doktorskich oraz opiekunem dwóch przewodów habilitacyjnych.

Profesor Wojciech Pędich zainteresował się wcześniej problematyką geriatрії. Już w roku 1961 zdobył (wspólnie z Danutą Jakubowską) pierwszą nagrodę w konkursie naukowym Polskiego Towarzystwa Lekarskiego za pracę pt. „Badania nad farmakologicznym wpływem geriokainy na dolegliwości wieku starczego”. Opublikował ponad 290 prac naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Był kierownikiem kilkunastu projektów badawczych. Jest autorem siedmiu podręczników chorób wewnętrznych oraz geriatрії, w tym pierwszego w Polsce podręcznika pielęgniarstwa geriatrycznego (dwa wydania) i podręcznika chorób wewnętrznych dla szkół pielęgniarzkich (pięć wydań). Jest także autorem rozdziałów w kilku innych podręcznikach akademickich oraz współredaktorem monografii „Farmakoterapia geriatryczna” (trzy wydania).

Został odznaczony Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi. Otrzymał nagrodę indywidualną pierwszego stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za całokształt pracy zawodowej i naukowej. Za osiągnięcia naukowe otrzymał także kilkakrotnie nagrody rektora macierzystej uczelni.

Pan Profesor Wojciech Pędich zawsze przekonywał, że okres starzenia się winien być okresem aktywności życiowej nie zaś – bezczynności i bierności. Sam daje najlepszy przykład – po przejściu na emeryturę, w wieku siedemdziesięciu lat, nadal bardzo intensywnie pracuje naukowo i społecznie.

Z okazji Jubileuszu osiemdziesiątych urodzin i pięćdziesiątej piątej rocznicy pracy zawodowej składam Panu, Panie Profesorze – w imieniu całej społeczności Uczelni i własnym – gratulacje, wyrazy szacunku, uznania i podziękowania za Pański niekwestionowany wkład w rozwój wiedzy o okresie starzenia się, a także w rozwój opieki medycznej nad człowiekiem starym.



Prof. dr hab. Jan Górski
Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku

* * *

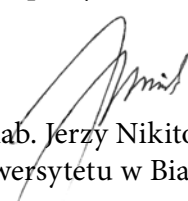
Z okazji wspniania Jubileuszu pragnę złożyć Panu Profesorowi, w imieniu społeczności akademickiej Uniwersytetu i swoim własnym, serdeczne gratulacje oraz wyrazy uznania i najwyższego szacunku.

Miałem kilkakrotnie przyjemność gościć Pana Profesora na konferencjach naukowych, organizowanych przez Zakład Edukacji Międzykulturowej Uniwersytetu w Białymstoku, poświęconych pedagogicznym i socjologicznym problemom na obszarze wschodniego pogranicza. Dziękuję serdecznie za aktywne uczestnictwo, nowe myśli, cenne refleksje i uwagi do wygłaszanych referatów. Dlatego też zwróciliśmy się do Profesora z prośbą o recenzję naukową naszych materiałów konferencyjnych pt. „Międzygeneracyjna transmisja dziedzictwa kulturowego”.

Profesor Wojciech Pędich z wykształcenia i specjalizacji zawodowej jest lekarzem, a Jego praca w Białymstoku wiąże się z funkcją ordynatora w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym oraz kierownika Zakładu Gerontologii Akademii Medycznej. Jednakże Jego zainteresowania naukowe i społeczne wykraczają znacznie poza dziedzinę medycyny i stąd między innymi współpracą z pracownikami Uniwersytetu w Białymstoku.

Innym obszarem kontaktów Jubilata z naszym uniwersytetem jest działalność w Radzie Programowej Uniwersytetu Trzeciego Wieku, którego był inicjatorem, w porozumieniu z Profesorem Władysławem Serczykiem, ówczesnym prorektorem Filii Uniwersytetu Warszawskiego w Białymstoku. Ponad dziesięcioletni rozwój Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku jest jednym z ważnych elementów działalności społecznej i wychowawczej, ukierunkowanej na środowisko starszych wiekiem mieszkańców naszego miasta. To, że Uniwersytet Trzeciego wieku ma się bardzo dobrze i ciągle się rozwija i rozrasta, podejmując i realizując z powodzeniem nowe formy działalności, jest zasługą i – z pewnością radością – Jubilata.

Wyrażając uznanie dla działalności naukowej i społecznej Profesora, chciałbym zwrócić uwagę na owoce naszej współpracy. Bowiem na Wydziale Pedagogiki i Psychologii naszego uniwersytetu rozpoczął funkcjonowanie Zakład Andragogiki i Gerontologii, którego kierownikiem jest jedna z naukowych wychowanek Jubilata. Życząc Panu Profesorowi należytej satysfakcji z dotychczas uzyskanych rezultatów, wszelkiej pomyślności w życiu osobistym, dobrego zdrowia i długich lata życia, wyrażam nadzieję, że doświadczenie i autorytet Pana Profesora będzie także w przyszłości służył rozwijaniu naszej współpracy, dla dobra mieszkańców naszego miasta i regionu.



Prof. dr hab. Jerzy Nikitorowicz
Rektor Uniwersytetu w Białymstoku

* * *

Osiemdziesiąta rocznica urodzin i pięćdziesiąta piąta rocznica pracy naukowej to wydarzenie wyjątkowe. Nic więc dziwnego, że Uczniowie i Przyjaciele Jubilata, Profesora Wojciecha Pędicha, pragną uczcić ten dzień w sposób szczególny, wspólnie z tymi, dla których osoba Pana Profesora jest tak ważna, a możliwość świętowania w tym dniu staje się zaszczytem.

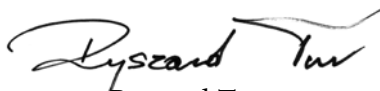
Niech mi wolno będzie w imieniu władz miasta podziękować Panu Profesorowi za Jego potencjał naukowy, który przez wiele lat skrupulatnie przekształcał w konkretne działania praktyczne, z myślą – jak zawsze – o ludziach starych.

Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku, którym przez wiele lat kierował Pan Profesor, realizowała także cele utylitarne. Zainicjowany przez Profesora Pędicha ruch samopomocowy w dzielnicy Białystok-Antoniuk pod nazwą Rada Seniorów, a także powstanie – dzięki wielkiemu zaangażowaniu Jubilata – Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku, to osiągnięcia, które napawają dumą starszych obywateli naszego miasta.

To dzięki Panu Profesorowi Białystok, jako jedyny w Polsce, uczestniczył przez 10 lat w programie EUROBES, a seniorzy Białegostoku rozwijali międzynarodowe kontakty i wymieniali swoje doświadczenia z seniorami innych krajów europejskich. Była to okazja do spotkań ludzi nauki, kreatorów polityki społecznej, osób starszych czynnie zaangażowanych w działania honorowe. Dla miasta i jego władz miało to także znaczenie promocyjne.

Zaszczepiona przez Jubilata w środowisku ludzi starych idea działalności samopomocowej, a także rozwój Uniwersytetu Trzeciego Wieku w naszym mieście i możliwość dalszego uczenia się seniorów, pozytywnie wpływają na poczucie ich przydatności oraz kondycję psychofizyczną.

Z okazji Jubileuszu – jako Prezydent Miasta Białegostoku – chciałbym wyrazić Panu Profesorowi Wojciechowi Pędichowi swoją wdzięczność za wszelkie inicjatywy mające na celu aktywizację ludzi starych w naszym mieście. Do podziękowań i gratulacji pragnę dołączyć życzenia długich i aktywnych lat życia.

A handwritten signature in black ink, reading 'Ryszard Tur'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Ryszard Tur
Prezydent Miasta Białegostoku

* * *

Nauka to ciąg małych kroków, żmudnych prac, tylko niekiedy przerywanych spektakularnymi odkryciami. Nauczyć cierpliwości, konsekwencji i pokory – to zadanie mistrza w stosunku do jego uczniów. Jeżeli poszukiwalibyśmy odpowiedzi na pytanie, co powinno cechować dobrego nauczyciela akademickiego, prawdziwego profesora, to z pewnością można by zwrócić uwagę na trzy przymioty. Po pierwsze, wybitny profesor jest badaczem, który nie tylko sam podejmuje nowe tematy i poszukuje weryfikacji swoich hipotez, ale i z uwagą słucha innych, prowadząc z nimi naukową dyskusję. Po drugie, wybitny profesor to nauczyciel, umiejący przekazać swoją wiedzę studentom, zarażający ich swoją pasją i wskazujący drogę poszukiwań, ale nie przedstawiający gotowych rozwiązań. Uczy otwierać drzwi do wiedzy, nie wyręczając przy tym studentów, lecz umożliwiając im satysfakcję z małych odkryć. Po trzecie wreszcie – wybitny profesor to wychowawca swoich następców. Sam w pewnej mierze czerpie z myśli sformułowanych kiedyś przez innych, opracowanych metod i podejść badawczych, zatem stara się tak wykształcić swoich uczniów, by kiedyś oni – osiągając kolejne szczeble kariery – stali się kontynuatorami jego dokonań.

Jakkolwiek takie postawy badacza, nauczyciela i wychowawcy obserwujemy powszechnie, to jednak niesłuchanie rzadko się zdarza, by jedna osoba odznaczała się tymi wszystkimi cechami naraz. Takim właśnie wybitnym profesorem jest adresat książki jubileuszowej – Profesor Wojciech Pędich.

Profesor Pędich to wybitny badacz, który doskonale rozumie, że w nauce, a zwłaszcza w naukach medycznych i społecznych – jak w większości dziedzin naszego życia – decydującą rolę odgrywa zespół. Jubilat wykazał się kunsztem efektywnego prowadzenia oraz niezwykle zdyscyplinowanego uczestniczenia w badaniach zespołowych, pozostając jednocześnie

wybitną indywidualnością. Co więcej, przywiązując duże znaczenie do interdyscyplinarnego charakteru gerontologii, Profesor podjął dyskurs między różnymi dziedzinami wiedzy, podkreślając jego dużą wagę. Dzięki takiemu podejściu studenci coraz częściej uczą się postrzegać zdrowie pacjenta w jego społecznym kontekście i definiować wpływ sytuacji społecznej starszej osoby na jej potrzeby medyczne.

Profesor, jako nauczyciel, nie przyjmuje mentorskiego tonu, mającego udowodnić otoczeniu, że wie więcej od innych (choć tak jest w rzeczywistości), ale wspólnie poszukuje odpowiedzi, wskazując zarazem na pojawiające się podczas rozwiązywania problemu nowe zagadnienia i wyzwania.

Dzięki swojemu autorytetowi, wiedzy i doświadczeniu klinicznemu Profesor Wojciech Pędich stworzył w Białymstoku prężny interdyscyplinarny ośrodek geriatryczny i gerontologiczny, wychowując w nim kolejne pokolenia swoich uczniów. Profesora cechuje przy tym ogromna życzliwość dla współpracowników i całego środowiska. Wyraża się to między innymi w popularyzowaniu dorobku innych badaczy oraz promowaniu i wspieraniu najmłodszych, stawiających dopiero pierwsze kroki na terenie nauk o starzeniu się i starości. Ponieważ dysponuje jednocześnie rzadką umiejętnością syntetyzowania, jego krótkie, lapidarne i zawsze okraszone uśmiechem komentarze często stanowią doskonałą wskazówkę dla badaczy.

Wkraczając powoli w wiek, który jest atrakcyjny dla gerontologów i geriatrów, Profesor Pędich łączy teorię z praktyką swojego życia, udowadniając słuszność głoszonych przez siebie zasad pomyślnego starzenia się przy zachowaniu aktywności, zainteresowania światem i czynnego udziału w życiu społecznym. Pokazuje, że starość – niech mi będzie wolno użyć tego słowa, mimo że nie ma ono zastosowania bezpośrednio do Jubilata – stwarza rozległe pole dla aktywności, a kontakt z osobami starszymi może przynosić otoczeniu wiele satysfakcji i korzyści.

Pozycja Profesora Pędicha w środowisku gerontologicznym nie wynika jednak wyłącznie z jego zasług dla rozwoju gerontologii i geriatry w Polsce i na świecie (nie można bowiem pominąć udziału Profesora w licznych międzynarodowych programach badawczych), ale i opiniotwórczej roli w środowisku naukowym. Wielu z nas zwracało się do niego po radę w różnych sprawach i cenimy sobie czas, zainteresowanie i gotowość pomocy, jaką nam okazuje.

Te i wiele innych cech zadecydowały o tym, że Profesor Wojciech Pędich stał się pierwszoplanową postacią w Polskim Towarzystwie Gerontologicznym. Wieloletni Prezes Zarządu Głównego piastuje obecnie godność

Honorowego Prezesa PTG. Honor to dla nas – środowiska gerontologów, a Profesor Pędich nadal traktowany jest jak prawdziwy Prezes i we wszystkich ważnych sprawach zasięgamy Jego opinii.

Przyjmując zatem do wiadomości fakt, iż obchodzimy Jubileusz osiemdziesiątych urodzin Profesora, cieszymy się, że to nie wiek kalendarzowy jest wyznacznikiem prawdziwej starości i życzymy Profesorowi, by jeszcze przez długie lata zachował zdrowie i energię, wspierał nas swoją mądrością i doświadczeniem i nieustannie cieszył się szacunkiem, sympatią i uznaniem całego środowiska gerontologów.



Prof. dr hab. Piotr Błędowski

Prezes ZG

Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

LAUDACJE

* * *

Przed osiemdziesięciu laty, a dokładnie piątego lutego 1926 roku – w rodzinie Adeli i Jana Pędichów – rozpoczęło swój szlachetny żywot dziecko płci męskiej, któremu za patrona rodzice wybrali św. Wojciecha. Ten przełożony opiekun ochraniał swego imiennika zarówno w latach beztrudnego dzieciństwa spędzanego, w Sokołowie Podlaskim, jak i w czasie nauki na tajnych kompletach do matury zdanej w roku 1944. Z pewnością przychylnym także okiem spoglądał on na studia lekarskie swego podopiecznego (na Uniwersytecie Warszawskim), łączone zresztą z działalnością publicystyczną (redaktor studenckiego czasopisma *Życie Medyczne*), jak również na pracę społeczną w Kole Medyków, Samopomocowym Stowarzyszeniu Studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Pan Wojciech Pędich, zdolny i ambitny student, a od roku 1950 – absolwent UW, znalazł zatrudnienie w Zakładzie Farmakologii swojego wydziału i tutaj też bardzo szybko uzyskał stopień doktora nauk medycznych (rok 1952).

Bardzo pracowity, lecz jakoś „niezbyt dopasowany” do ówczesnej rzeczywistości, musiał Pan doktor opuścić Warszawę, by w Opolu kontynuować pracę zawodową, przygodę z nauką, jak również nawiązywać kontakty z problemami starzenia się człowieka, z gerontologią i geriatrią. Droga ta zaprowadziła naszego Jubilata do grona założycieli Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego w roku 1973.

Pan Profesor Wojciech Pędich jest od powstania Towarzystwa aktywnym Członkiem Zarządu Głównego, a na stanowisku Przewodniczącego Zarządu kierował Towarzystwem przez kilkanaście lat. Był także Przewodniczącym Zarządu Głównego Sekcji Geriatrycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Pan Profesor jest niewątpliwie działaczem-instytucją, postacią symbolizującą w kraju i poza granicami gerontologię i geriatrię polską. Rozwi-

nał i ustabilizował struktury naszego Towarzystwa, wzbogacił formy jego działalności o coroczne konferencje i sympozja oraz zespołowe badania naukowe. Wprowadził PTG na forum międzynarodowe. Założył wydawnictwo pt. *Zeszyty Problemowe PTG*, które następnie przekształciły się w czasopismo naukowe *Gerontologia Polska*.

Niezwykłą aktywność w Polskim Towarzystwie Gerontologicznym Pan Profesor potrafił łączyć z intensywną działalnością naukową (ponad dwieście dziewięćdziesiąt publikacji), dydaktyczną (promotor siedmiu doktoratów i opiekun naukowy dwóch habilitacji) oraz leczniczą (jako wieloletni Kierownik Zakładu Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku oraz ordynator I Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku), co znalazło uznanie wyrażone tytułem profesora, licznymi nagrodami naukowymi oraz wysokimi odznaczeniami państwowymi (Złoty Krzyż Zasługi oraz Krzyż Kawalerski i Oficerski Orderu Polonia Restituta).

Życzliwy ludziom i sprawom – posiada Pan Profesor Wojciech Pędich – niezwykłą umiejętność otaczania się współpracownikami, którzy porwani Jego entuzjazmem, starają się naśladować mistrza i nauczyciela w dobrze pojętym interesie osób starszych, a zwłaszcza chorujących w tym szczególnym okresie ludzkiego życia. To właśnie krąg przyjaciół Profesora cieszył się przed kilku laty (w 2001 roku) z nadania Mu przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne tytułu Honorowego Prezesa PTG, a obecnie, z okazji Jego Jubileuszu, życzy szczerze i gorąco – *ad multos annos!* –

Profesorze, Przyjacielu – lub najserdeczniej –

Nasz Drogi Wojtku

Prof. dr. hab. Józef Kocemba
Uniwersytet Jagielloński

* * *

Długo zastanawiałem się nad tym, czy jako przedstawiciel nauk społecznych mam prawo, a zwłaszcza – czy jestem kompetentny, by pisać laudację o tak znakomitej postaci, jaką jest Profesor Wojciech Pędich – wybitny lekarz internista o ogromnym dorobku naukowo-badawczym z zakresu nauk medycznych, współtwórca i czołowa postać polskiej geriatrici. Na medycynie nie znam się zupełnie, a moje zainteresowania badawcze z zakresu gerontologii społecznej są mało przekonującym uzasadnieniem. Z racji tych zainteresowań miałem jednak szczęście i prawdziwą przyjemność współpracować przez wiele lat z Jubilatem w ramach działalności organizacyjnej Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, a z tej okazji – i to jest najważniejsze – wspólnie uczestniczyć w dwóch dużych zespołowych projektach badawczych: w badaniach ogólnopolskich pt. Warunki życia i potrzeby ludzi starszych w Polsce – stan aktualny, kierunki zmian oraz zadania polityki społecznej, zrealizowanych w latach 1999-2001 w ramach grantu KBN, oraz w międzynarodowym projekcie EUROFAMCARE *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*, finansowanym przez Komisję Europejską.

W trakcie wielogodzinnych dyskusji odbytych w zespole badawczym w Białymstoku, Sasku, Ostrzycach, Warszawie czy w Gdańsku, nad różnymi fazami realizacji tych projektów, mogłem się zorientować nie tylko w szerokiej wiedzy medycznej Profesora, ale także w Jego głębokich zainteresowaniach zagadnieniami z zakresu nauk społecznych i wielkiej pasji socjologicznej, przejawiającej się w postawie badacza-humanisty w najlepszym słowa tego znaczeniu.

Te wspólne doświadczenia badawcze ośmieliły mnie do zabrania głosu o Jubilacie, ale nie jako lekarzu, lecz badaczowi umiejącym trafnie dostrzegać wagę uwarunkowań czynników społecznych dla zjawisk zdrowotnych oraz poszukiwać wzajemnego związku między nimi. Z takiej posta-

wy poznawczej wynikają wyraźne skłonności Profesora do analiz interdyscyplinarnych.

Tego typu zainteresowania i pasja badacza społecznego występują w zasadzie w całym okresie działalności twórczej Jubilata. Po raz pierwszy w najszerszym zakresie ujawniły się one w pracy zbiorowej poświęconej badaniom nad stanem zdrowia i warunkami życia ludzi starych miasta Opola (wydanej w 1965 roku). Jest to w zasadzie pierwsza w polskiej literaturze gerontologicznej pozycja tak obszernie ujmująca, oprócz zdrowotnych, społeczno-ekonomiczne aspekty sytuacji ludzi starych w naszym kraju. Mogę też powiedzieć, że publikacja ta w jakimś stopniu ukierunkowała moje przyszłe zainteresowania badawcze. Opracowując przegląd literatury związany z przygotowaniem wstępnej koncepcji mojej rozprawy doktorskiej, w pierwszej kolejności postanowiłem sięgnąć do tej właśnie pracy ze względu na rozdział pt. „Samotni starcy jako problem społeczny”. Co więcej, kiedy składałem zamówienie na tę książkę w wypożyczalni międzybibliotecznej byłem przekonany, że jej główny autor jest socjologiem lub politykiem społecznym, a nie lekarzem.

O docenianiu przez Jubilata ważności kontekstu społecznego w wyjaśnianiu zagadnień zdrowotnych świadczy wiele innych Jego badań i publikacji. Wymienić tu można socjologiczną analizę środowiska ludzi starych miasta Białegostoku, badania nad zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych i społecznych, nad aktywizacją zawodową, nad wpływem transformacji społeczno-politycznej na jakość życia, miejsce człowieka starego w społeczeństwie, prawa obywatelskie, politykę społeczną czy satysfakcję życiową.

Profesor Wojciech Pędich ma niezwykle dar wyczuwania ważności zagadnień przez innych badaczy niedostrzeganych lub pomijanych. Najlepszym przykładem jest tu pierwsza publikacja Jubilata o charakterze antropologiczno-socjologicznym, zamieszczona niemal 50 lat temu w *Polskim Tygodniku Lekarskim* (1957), a dotycząca kwestii terminologii lekarskiej w gwarze Śląska Opolskiego. Nie jest chyba przypadkiem, że do znaczenia znajomości gwarowych określeń medycznych w kontaktach lekarz – pacjent Jubilat wrócił kilka lat temu. Nie wiem, czy Profesor Pędich studiował socjologię fenomenologiczną Husserla lub zasady komunikacji społecznej, ale tego rodzaju analizami potwierdził ważność istnienia dla partnerów interakcji społecznej świata wspólnego i „języka wspólnego”, jako istoty komunikacji i podstawowego warunku zrozumienia drugiego człowieka. Nie wystarczy być dobrze wykształconym lekarzem-fachowcem. Trzeba również posiadać dar empatii i rozumienia człowieka. Na podstawie twórczości naukowej Jubilata oraz własnych doświadczeń związanych ze współpracą

organizacyjną i badawczą, mogę powiedzieć, że Profesor Pędich posiadał te dary w najwyższym stopniu.

Chciałbym przywołać jeszcze jeden przykład świadczący o wielkim talencie socjologicznym Jubilata, a zwłaszcza o posiadaniu „wyobraźni socjologicznej”, traktowanej przez twórcę tego pojęcia Ch. W. Millsa jako dysponowanie taką cechą umysłu, która pomaga badaczowi zrozumieć to, co dzieje się z ludźmi i powiązać ich indywidualne losy z uwarunkowaniami zewnętrznymi. W przypadku Jubilata owa wyobraźnia przejawia się między innymi w przywiązywaniu dużej wagi w ocenie zjawisk zdrowotnych ludzi starych do uwarunkowań środowiskowo-kulturowych i regionalnych. Nie znam drugiego lekarza ani przedstawiciela nauk społecznych, który wie tak wiele na temat relacji między czynnikami kulturowymi i zdrowotnymi i który tak często tę kwestię podejmował. Trudno powiedzieć, na ile taką postawę badawczą ukształtował specyficzny teren pracy zawodowej i działalności Jubilata – niezwykle pod względem wielokulturowości i etniczności ciekawy (Opolszczyzna i Białostocczyzna) – a na ile wrodzona wrażliwość poznawcza i przekonanie o tym, jakby to powiedział Peter Berger, że „rzeczy nie są takie, jakimi się wydają”, że rzeczywistość jest bardzo złożona, wielowarstwowa, że nie ma zjawisk wyizolowanych. Za liczbami, procentami czy wskaźnikami Profesor dostrzega zawsze głębsze uwarunkowania, zawsze widzi człowieka wraz z jego świadomością, postawami, doświadczeniami, z jego światem wartości. Można zatem powiedzieć, że w społecznym wymiarze badanych zjawisk Profesor Pędich reprezentuje Weberowską socjologię rozumiejącą, uwzględniając w szerokim zakresie to, co jeden z najwybitniejszych polskich uczonych, Florian Znaniecki, nazwał „wskaźnikiem humanistycznym”. Nie wiem, na ile wybór profesji lekarza był jedynym i wymarzonym wyborem Jubilata, ale na podstawie moich kontaktów naukowych z Profesorem, polegających na długich dyskusjach metodologiczno-teoretycznych, mogę powiedzieć, że gdyby Jubilat wybrał socjologię zamiast medycyny, to profesor Jan Szczepański, najbardziej znany współczesny polski socjolog, miałby poważnego konkurenta.

Wiem, że laudacja kieruje się szczególnymi regułami i prawami. Pisząc niniejszą starałem się jednak o nich nie pamiętać, by moja ocena dokonań i postawy Jubilata była jak najbardziej naturalna i szczerza, pozbawiona patosu, okolicznościowych ozdobników i ogólnikowych zwrotów. Pozostając w tej konwencji, pragnę na koniec powiedzieć, że Profesor Wojciech Pędich jest wybitnym uczonym o gruntownej i szerokiej wiedzy, wielką indywidualnością obdarzoną zdolnością wnikliwego postrzegania i poznawania

świata, niekwestionowanym autorytetem, charyzmatyczną osobowością, wspaniałym człowiekiem. Mądrość Jubilata łatwo dostrzec w Jego spojrzeniu, dobroć – w uśmiechu, ciepło – w głosie, godność – w sylwetce, życzliwość – w stosunku do innych. A nade wszystko – nadzwyczajność Wojtki tkwi w Jego zwyczajności...

Prof. dr hab. Brunon Synak
Uniwersytet Gdański

DOROBEK ZAWODOWY JUBILATA

**Prof. dr hab. Wojciech Pędich jako Kierownik Zakładu
Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku
w latach 1974-1996**

Powstanie i rozwój Zakładu Gerontologii AMB

W 1974 roku z inicjatywy doc. Wojciecha Pędicha powstał na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku Zakład Gerontologii. Organizacyjnie należał do Instytutu Medycyny Społecznej, natomiast lokalowo usytuowany był w lewym skrzydle Pałacu Branickich. Prof. W. Pędich kierował Zakładem Gerontologii od początku jego powstania (1974 roku) aż do momentu przejścia na emeryturę (1996 roku), tj. przez okres 22 lat. Bazę kliniczną Zakładu Gerontologii stanowił I Oddział Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku, którego ordynatorem był także prof. Pędich.

W 1994 roku na wniosek kierownika nazwa Zakładu została zmieniona na Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej dla podkreślenia interdyscyplinarnego charakteru tej dziedziny. Niestety, tę myśl, w dużej mierze, zaprzepaszczone, ponieważ po przejściu Profesora na emeryturę w roku akademickim 2002/2003 Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej został włączony do Wydziału Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia AMB, a następnie przekształcony w Klinikę Geriatrii.

W początkowej fazie swojej działalności Zakład Gerontologii współtworzyło sześć osób: oprócz kierownika zatrudnionych było dwóch asystentów – lekarzy na pełnym etacie, jeden asystent – lekarz na 2 godz. dziennie oraz dwóch pracowników technicznych. W związku z potrzebą interdyscyplinarnego rozwoju Zakładu oraz dzięki usilnym staraniom kierownika struktura Zakładu w roku 1983 uległa korzystnemu zwiększeniu o jeden etat naukowy, na którym zatrudniony został socjolog.

Prof. Wojciech Pędich, przechodząc na emeryturę w roku 1996, pozostawił po sobie wielkie dziedzictwo: dobrze wykształcony i doświadczony zespół pracowników przygotowanych do samodzielnej pracy, niekwestionowany i znaczący dorobek naukowy, a także kilka pokoleń młodzieży studenckiej, której był znakomitym dydaktykiem i wymagającym wychowawcą. Podkreślić także należy wielkie zatroskanie Profesora o stworzenie dogodnych warunków pracy swoim współpracownikom. Przestronne lokum, w którym usytuowany był Zakład, nowoczesny sprzęt techniczny, którym dysponowali pracownicy Zakładu, a nade wszystko bardzo wymagająca, ale pełna zrozumienia postawa szefa i mistrza umożliwiały efektywną i satysfakcjonującą pracę. Dlatego osoby, które miały szczęście pracować z Nim bezpośrednio, mogą być dumne z szeroko rozumianego dziedzictwa kulturowego, które pozostawił po sobie z chwilą przejścia na emeryturę, a z którego my – Jego uczniowie – stale czerpiemy.

Działalność dydaktyczna studencka i podyplomowa Zakładu Gerontologii

W początkowej fazie swojej działalności Zakład realizował minimum dydaktyczne w wymiarze 9 godzin w ramach przedmiotu organizacja ochrony zdrowia oraz higiena. W roku akademickim 1982/1983 do programu nauczania studentów na Wydziale Lekarskim AMB wprowadzony został nowy przedmiot pod nazwą gerontologia kliniczna i społeczna. Zajęcia w formie seminariów były realizowane na VI roku wydziału lekarskiego, początkowo w wymiarze 21 godzin, od roku akademickiego 1990/1991 w wymiarze 45 godzin. W związku z reorganizacją planów dydaktycznych na wydziale lekarskim w roku akademickim 1994/1995 seminaria z gerontologii zostały przeniesione na V rok i były realizowane w zmniejszonym wymiarze, tj. 30 godzin. Program zajęć z gerontologii od samego początku miał interdyscyplinarny charakter. Oprócz zajęć z gerontologii klinicznej (geriatrii), realizowany był program z gerontologii społecznej.

W związku z dużym zapotrzebowaniem na kształcenie podyplomowe z gerontologii i geriatrii pracowników ochrony zdrowia i służb socjalnych pracownicy naukowo-dydaktyczni Zakładu Gerontologii uczestniczyli w charakterze dydaktyków w licznych kursach szkoleniowych organizowanych przez Medyczne Studium Zawodowe w Białymstoku, Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej w Białymstoku, a także przez wojewódzkie zespoły pomocy społecznej w wielu innych województwach na terenie

kraju. We współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych Zakład Gerontologii realizował także kursy „minimum geriatry”, których uczestnikami byli lekarze rejonowi i pielęgniarki środowiskowe. Prof. Wojciech Pędich jest autorem siedmiu podręczników chorób wewnętrznych i geriatry, w tym pierwszego w Polsce podręcznika pielęgniarstwa geriatrycznego (dwa wydania) i podręcznika chorób wewnętrznych dla szkół pielęgniarstwa (pięć wydań). Jest także autorem lub współautorem kilku podręczników akademickich.

Pracownicy naukowcy Zakładu Gerontologii brali także udział w kształceniu słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku oraz w kształceniu seniorów zrzeszonych w stowarzyszeniach samopomocowych na terenie naszego miasta.

Działalność naukowa Zakładu Gerontologii AMB prowadzona pod kierownictwem prof. Wojciecha Pędicha

Prace magisterskie:

Alina Legieta: Badania nad zachowaniem się dobowego rytmu wydalania hydroksyprowiny z moczem u osób w różnych okresach wieku starszego, Uniwersytet im. M. C. Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Biologii i Nauki o Ziemi, 1979 r., promotor – doc. dr med. Wojciech Pędich.

Klara Kościuczyk: Ocena sprawności opieki pielęgniarstwa nad pacjentami w wieku podeszłym w osiedlu miejskim na przykładzie osiedla „Piasta” w Białymstoku, Akademia Medyczna w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa, 1980 r., promotor doc. dr med. Wojciech Pędich.

Prace doktorskie:

Lek med. Ludomira Zarębska: Zastosowanie ultrasonografii do oceny zachowania się zastawek aorty w migotaniu przedsionków, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1981 r., promotor – doc. dr med. Wojciech Pędich.

Lek. med. Czesława Przydatek: Potrzeby zdrowotne i socjalne ludzi starych oraz metody ich zaspokajania przez placówkę leczenia podstawowego małego miasta na przykładzie Poradni Rejonowej w Supraślu, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1983 r., promotor – doc. dr med. Wojciech Pędich.

Lek. med. Barbara Bień: Badania przekrojowe i longitudinalne dotyczące sytuacji demograficznej, socjoekonomicznej i zdrowotnej wybra-

nych kohort wieku starszego mieszkańców Białegostoku, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1984 r., promotor – doc. dr med. Wojciech Pędich.

Lek. med. Wiesława Tarasiuk: Uwarunkowania zdrowotne i środowiskowe ograniczenia sprawności życiowej i uzależnienia ludzi starych, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1991 r., promotor – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

Mgr Małgorzata Halicka: Ludzie starzy jako podmiot i przedmiot patologii społecznej, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, 1992 r., promotor – prof. dr hab. Brunon Synak.

Lek. med. Beata Wojszel: Badania korelacji między stanem zdrowia i sprawnością psycho-fizyczną ludzi starych a ich zaangażowaniem w działalność samopomocową i pracę wolontarną, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1997 r., promotor – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

Lek. med. Dorota Tobiaszewska: Uwarunkowania rozkładu statystycznego odstępów RR w migotaniu przedsionków, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1997 r., promotor – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

Lek. med. Jolanta Wilmańska: Badania czynników ryzyka prowadzących do utraty niezależności osób starych oraz ocena kierunków postępowania profilaktycznego, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1998 r., promotor – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

Rozprawy habilitacyjne zrealizowane w Zakładzie Gerontologii:

Dr n. med. Barbara Bień: Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia na zdrowotną i psycho-socjalną sytuację ludzi starych: 15-letnie przekrojowo-sekwencyjne badania kohortowe ludzi starych w Białymstoku, Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Lekarski, 1997 r., opiekun naukowy – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

Dr n. hum. Małgorzata Halicka: Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, 2005 r., opiekun naukowy – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

Nominacja profesorska:

Rada Wydziału Lekarskiego AMB na posiedzeniu w dniu 16 marca 1983 roku przyjęła wniosek o nadanie doc. dr. hab. Wojciechowi Pędichowi tytułu naukowego profesora nadzwyczajnego nauk medycznych.

Uchwałą Rady Państwa z dnia 26 września 1985 roku Kierownik Zakładu Gerontologii doc. dr hab. Wojciech Pędich otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

Stypendia naukowe i pobyty studyjne pracowników Zakładu:

Doc. dr med. Wojciech Pędich – stypendium WHO, Instytut Gerontologii w Kijowie, 1967 r.

Doc. dr med. Wojciech Pędich – stypendium belgijskiego Ministerstwa Kultury, ośrodki geriatryczne w Belgii, 1972 r.

Dr n. med. Barbara Bień – University of Gothenburg, Dept. of Geriatric and Long Term Care Medicine, Vasa Hospital, Szwecja, 1988 r.

Dr n. med. Barbara Bień – stypendium Fundacji Kurta Boscha, European Academy for Medicine of Ageing, Sion, Szwajcaria, 1996 r.

Dr n. hum. Małgorzata Halicka – stypendium Fundacji TEMPUS, Universitäts Krankenhaus Eppendorf, Institut für Medizin-Soziologie, Hamburg, Niemcy, 1995 r.

Dr n. hum. Małgorzata Halicka – stypendium Fundacji TEMPUS, Ruprecht – Karls – Universität, Institut für Gerontologie, Heidelberg, Niemcy, 1995 r.

Dr n. hum. Małgorzata Halicka – stypendium Fundacji DAAD, Katholische Fachhochschule, Hochschule für Sozialwesen, Religionspädagogik und Pflege, Freiburg, Niemcy, 1997 r. (wniosek złożony do Fundacji w 1996 roku, gdy Zakładem kierował jeszcze prof. Wojciech Pędich).

Projekty naukowo-badawcze krajowe:

1. Program badań rządowych PR-5 pt. Warunki rozwoju opieki zdrowotnej i socjalnej nad różnymi grupami ludności w osiedlach mieszkaniowych realizowany w latach 1975-1979, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

2. Program badań resortowych MZ-11 pt. Optymalizacja opieki zdrowotnej i społecznej. Modelowe rozwiązania potrzeb zdrowotnych i społecznych ludzi starszych realizowany w 1977 r., kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich

3. Projekt badań resortowych pt. Kształtowanie warunków zdrowotnych dla profilaktyki masowych chorób cywilizacyjnych, koordynowany przez Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie, realizowany w latach 1981-1983, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich

4. Projekt badań resortowych pt. Uwarunkowania stanu zdrowia ludności wiejskiej w ramach problemu resortowego MZ-I pt. Ocena wpływu

środowiska (klimat, czynniki psychospołeczne, warunki zdrowotne ludzi starych), koordynowany przez Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie, realizowany w latach 1984-1985, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

5. Projekt badań podstawowych pt. Występowanie zjawisk patologii społecznej w środowisku ludzi starych i ich konsekwencje dla służby zdrowia i służb socjalnych w ramach Centralnego Programu Badań Podstawowych „Patologia społeczna – etiologia, fenomenologia, profilaktyka, resocjalizacja”. Koordynator badań: Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, realizowany w latach 1986-1990, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

6. Grant własny KBN pt. Metody stymulacji działalności samopomocowej ludzi starych (na modelu dzielnicy Białystok-Antoniuk) realizowany w latach 1993-1995, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

7. Praca statutowa AMB Unifikacja systemu pomocy społecznej dla ludzi starych w Zjednoczonej Europie, realizowana w latach 1992-1993, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

8. Projekt naukowo-społeczny Fundacji Współpracy Polsko-Niemieckiej w Warszawie pt. Społeczna i naukowa inicjatywa III wieku, realizowany w latach 1994-1996, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

9. Praca własna AMB pt. Badania sprawności psychofizycznej i przydatności samopomocowej ludzi starych w Białymstoku, realizowana w 1997 r., kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

10. Grant własny KBN pt. Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości, realizowany w latach 1995-1998, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

11. Grant promotorski KBN pt. Badania korelacji między stanem zdrowia i sprawnością psycho-fizyczną ludzi starych a ich zaangażowaniem w działalność samopomocową, realizowany w latach 1996-1997, kierownik projektu – prof. dr hab. Wojciech Pędich.

W ramach działalności naukowej Zakład Gerontologii prowadził w latach 1974-1977 Ośrodek Naukowo-Badawczy w sanatorium geriatrycznym w Inowrocławiu. Celem Ośrodka była ocena wpływu wielokrotnego leczenia uzdrowiskowego na zachowanie się wskaźników starzenia biologicznego.

Projekty naukowo-badawcze międzynarodowe:

1. Współpraca z Regionalnym Biurem WHO w Kopenhadze w latach

1978-1994 w zakresie międzynarodowych badań pt. Study of Health Care in the Elderly.

2. Uczestnictwo w międzynarodowym programie The elderly in eleven countries w 1977 r. i latach następnych.

3. Projekt EUROBES Das Europäische Netzwerk Bürgerengagement – Selbsthilfe -3. Lebensalter realizowany w latach 1994-1996 przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej, koordynowany przez Sozial-Ministerium Baden Württemberg, Stuttgart.

W omawianym okresie działalności prof. Pędich oraz jego współpracownicy opublikowali ponad 100 prac naukowo-badawczych sygnowanych przez Zakład Gerontologii, wśród nich wyniki badań realizowanych w krajowych i międzynarodowych programach badawczych, prace pogładowe, ekspertyzy dotyczące gerontologii oraz publikacje o charakterze pogładowym i dydaktycznym. Kierownik Zakładu Gerontologii oraz inni pracownicy naukowi Zakładu brali wielokrotnie udział w konferencjach oraz zjazdach naukowych na terenie kraju oraz w kongresach międzynarodowych.

Kontakty międzynarodowe zaowocowały oficjalnymi wizytami w Zakładzie prof. geriatry Gastona Verdonka z Uniwersytetu w Gandawie (w 1977 roku) oraz prof. Evisa Devesy (w 1984 roku) z Uniwersytetu w Hawanie.

Po przejściu na emeryturę prof. dr hab. Wojciech Pędich jest nadal bardzo aktywny na polu naukowym i społecznym, o czym świadczy m.in. Jego udział w kilku prestiżowych projektach badawczych krajowych i międzynarodowych. Wielokrotnie słyszeliśmy od innych osób, że mieliśmy szczęście pracować z takim Człowiekiem.



**Prof. dr hab. Wojciech Pędich jako Ordynator
I Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego
Szpitala Zespolonego w Białymstoku**

Dr hab. n. med. Wojciech Pędich swoją pracę na stanowisku Ordynatora I Oddziału Chorób Wewnętrznych rozpoczął 1 sierpnia 1964 roku. Oddział od początku swojego istnienia miał profil ogólnointernistyczny, ale zgodnie z zainteresowaniami doc. Pędicha, a także potrzebami regionu, w obrębie Oddziału były wyodrębnione pododdziały i pracownie. W 1967 roku został utworzony pododdział chorób zawodowych i zatruc. W 1968 roku rozpoczęto organizowanie wyposażonej w nowoczesny sprzęt reanimacyjny sali intensywnego nadzoru, którą w 1972 roku przekształcono w odcinek intensywnej terapii. Staraniem Ordynatora przy Oddziale rozpoczęły działalność pracownie diagnostyczne, prowadzące badania podstawowej przemiany materii, spirometryczne, cykloergometryczne, ultrasonograficzne. Pracownie te były kierowane przez asystentów Oddziału i w późniejszych latach dały początek rozwijającym się osobnym działom diagnostyki polikardiograficznej czy ultrasonograficznej.

W 1981 roku w Szpitalu powstają wąkospecjalistyczne oddziały, takie jak kardiologia, gastrologia, reumatologia, do których przechodzi też część asystentów Oddziału. Działalność I Oddziału Chorób Wewnętrznych skupiła się na diagnostyce i terapii chorób endokrynologicznych, metabolicznych i chorób nerek, a także problemach geriatrii i gerontologii. Związane to było z powstaniem Zakładu Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku, którego kierownikiem został doc. Wojciech Pędich. W pierwszych latach działalności bazę lokalową Zakładu stanowił I Oddział Chorób Wewnętrznych. W 1985 roku doc. Wojciech Pędich uzyskał tytuł profesora.

Od momentu powstania Oddziału prowadzona była różnorodna dzia-

łałność dydaktyczna, obejmująca zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego i Stomatologii z zakresu chorób wewnętrznych i geriatrii, szkolenie uczennic liceum pielęgniarstwa z chorób wewnętrznych i prowadzenie specjalizacji pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa niezabiegowego. Pod kierunkiem prof. Pędicha przeprowadzono kilkanaście kursów podyplomowych z zakresu diagnostyki elektrokardiograficznej, kardiologii, specjalizacji z chorób wewnętrznych i geriatrii. Na naszym oddziale wielu lekarzy odbywało staże specjalizacyjne, szczególnie w okresie, kiedy prof. Pędich był konsultantem wojewódzkim w zakresie chorób wewnętrznych. Spośród lekarzy pracujących i specjalizujących się w naszym oddziale osiemdziesięciu uzyskało specjalizację pierwszego stopnia z chorób wewnętrznych, dwudziestu ośmiu specjalizację drugiego stopnia z chorób wewnętrznych, trzech lekarzy z kardiologii, po jednym lekarzu z gerontologii, pulmonologii i diabetologii. Z grona lekarzy pracujących pod kierunkiem prof. Pędicha ośmiu zostało ordynatorami oddziałów wewnętrznych.



Pod kierunkiem prof. Pędicha prowadzono systematycznie pracę naukową, która zaowocowała licznymi doniesieniami przedstawianymi na zjazdach krajowych i międzynarodowych. W czasopismach medycznych

krajowych i zagranicznych opublikowano w tym okresie około 150 prac. Prof. Pędich jest współautorem pięciu pozycji książkowych:

1. „Pielęgniarstwo geriatryczne”, W. Pędich, D. Jakubowska, T. Kunda, dwa wydania;

2. „Choroby wewnętrzne i pielęgnowanie w chorobach wewnętrznych”, W. Pędich, D. Jakubowska, K. Łazarowicz, trzy wydania;

3. „Choroby wewnętrzne – podręcznik dla szkół medycznych”, W. Pędich, I. Jakubowska-Kuźmiuk, A. Kacprzak-Wiatr, K. Łazarowicz, J. Szczech, trzy wydania;

4. „Farmakoterapia geriatryczna”, W. Pędich, Z. Szreniawski, dwa wydania;

5. „Podręcznik geriatrii dla lekarzy”, W. Pędich, B. Żakowska-Wachelko, jedno wydanie.

W wyniku prowadzonej na Oddziale pracy naukowej pod kierunkiem prof. Pędicha dziewięciu lekarzy uzyskało stopień doktora nauk medycznych.

Prof. Wojciech Pędich jest laureatem licznych nagród i wyróżnień za prowadzoną działalność naukową, a także odznaczeń państwowych.

Jako Ordynator Oddziału i nasz szef prof. Pędich do dzisiaj cieszy się ogromnym, wypracowanym przez lata autorytetem. Zawsze był człowiekiem bardzo wymagającym od swoich asystentów, ale również od siebie, szanującym swoich pracowników. Przez wszystkie lata wspólnej pracy wiedzieliśmy, że w każdej sytuacji możemy liczyć na wsparcie Profesora i Jego lojalność wobec zespołu, życzliwość wobec młodszych kolegów. Posiadając ogromny zasób wiedzy, przekazywał ją kolejnym pokoleniom młodych lekarzy, wyjaśniając w prosty i logiczny sposób zawilosci interny, ucząc całościowego, jakże rzadkiego w dobie rozwoju coraz węższych podspecjalizacji, podejścia do pacjenta. W tym zespole kształtowane były również nasze postawy wobec współpracowników, pacjentów, rozwijane zamiłowanie do medycyny. Zaslugą Profesora było wytworzenie atmosfery lokalnego patriotyzmu panującej na Oddziale, która sprzyjała harmonijnej współpracy całego personelu.

Jak rodziła się gazeta

Verba volant, scripta manent

Wprowadzenie

W dobie dynamicznie rozwijającej się informacji elektronicznej z mniejszym już nabożeństwem wspominamy Jana Gutenberga (1399-1468) i jego wynalazek – tym niemniej stara sentencja łacińska *verba volant – scripta manent*, przyjęta za motto niniejszego wspomnienia, nadal obowiązuje w naszej działalności naukowej. Warto przy tym podkreślić, że minione stulecie dorzuciło jeszcze jedną ważną dla współczesnych pracowników nauki maksymę *publish or dead*, której spełnienie wymaga m.in. dostępu do przyjaznych uprawianej dziedzinie czasopism naukowych.

Gerontologia jako nauka i praktyka

Warto zauważyć, iż polskie określenia „starzeć się” i „starzenie się” mają w istocie dwoiste znaczenie. Z jednej strony terminy te informują, że w wyniku współistnienia jakiegokolwiek bytu i czasu dochodzi do „zaliczania” przez ów byt kolejnych przedziałów czasowych, co w odniesieniu do człowieka oznacza przeżywanie – w warunkach ziemskich – kolejnych lat astronomicznych. Możliwość ominięcia takiego powiązania jest w rzeczywistości marzeniem o pozaczasowym bytowaniu, ale jak na razie – nie wykracza ono poza dziedzinę science fiction.

Gerontolodzy zjawisko upływu lat, czyli „leciwienie”, uwzględniają jako kanwę w swych naukowych dociekaniach nad istotą życia ziemskiego, niekiedy celebrują „okrągłe” rocznice (80, 100 czy nawet 120 przeżytych

lat). Ale przede wszystkim absorbuje nas ten drugi aspekt pojęcia „starzenie się”, który u człowieka oznacza zdeterminowane, nieodwracalne, stopniowe, a przy tym wielowymiarowe gromadzenie się (niekorzystnych w naszym przekonaniu) zmian inwolucyjnych, czyli tzw. „znamion starości”. Dotykają nas one w trzech co najmniej płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej oraz na polu aktywności społecznej (zawodowej, rodzinnej, a nawet towarzyskiej). Istnieje oczywiście pewna, ale osobniczo dość wyraźnie zróżnicowana korelacja między „leciwieniem” a dynamiką procesów starzenia. Badania nad istotą, uwarunkowaniami i nad możliwościami wpływu na przebieg tego starzenia się oraz korzystne jego ukierunkowywanie stanowią istotę gerontologii jako nauki, której szeroka interdyscyplinarność wymaga sprawnego integrowania w ramach odpowiednich towarzystw naukowych.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

W naszym kraju gerontologia (rozumiana jak przedstawiono powyżej) zaczęła się rozwijać dopiero w okresie powojennym. Organizacyjnie najwcześniej wystartowało środowisko medyczne powołując w roku 1967 z inicjatywy dr. Lucjana Dobrowolskiego Sekcję Geriatryczną Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. O ile gerontologia kliniczna (geriatria), znalazłszy oparcie w PTL, mogła korzystać z prasy medycznej, głównie z *Polskiego Tygodnika Lekarskiego*, to pozostałe kierunki gerontologiczne (psychologia, gerontologia społeczna, demografia i pedagogika populacyjna) bazowały na pracach ośrodków specjalizujących się w danej tematyce i na wymianie doświadczeń w ramach różnego rodzaju spotkań i sympozjów. Wreszcie w roku 1973, z inicjatywy Jerzego Piotrowskiego, powstało Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, skupiające ludzi (także lekarzy) zainteresowanych starzeniem się od strony biologii, medycyny, demografii, polityki społecznej, psychologii i innych (Kocemba, Pędich 1995).

Kiedy w roku 1980 (po rezygnacji prof. Z. Kuratowskiej) stanowisko przewodniczącego Zarządu Towarzystwa objął prof. Wojciech Pędich, jednym z głównych zamierzeń Prezesa i podstawowym tematem dyskusji na posiedzeniach Głównego Zarządu Towarzystwa była sprawa czasopisma służącego wymianie informacji naukowych w zakresie własnych badań gerontologicznych, kontaktom międzynarodowym jak również komunikacji organizacyjnej.

A czasy to były niełatwe. Ani skromne zasoby materialne towarzystwa,

ani też sytuacja polityczno-społeczna w kraju nie rokowały pomyślnego zrealizowania zakładanego przez prof. W. Pędicha celu.

Miało jednak Polskie Towarzystwo Gerontologiczne atut znaczącej wagi, którym była osoba Prezesa. Niekonfliktowy, dążący systematycznie do obranego celu (zatem nieco uparty, w pozytywnym tego słowa znaczeniu), założył konieczność (i zrealizował) zgromadzenia, chociażby minimalnych, własnych zasobów finansowych towarzystwa i rozpoczęcie (właściwie z niczego) najprostszej działalności wydawniczej, mając stale na oku prawdziwe czasopismo, będące własnością PTG.

***Gerontologia Polska* – organ Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego**

Cały powojenny okres, aż do roku 1991 włącznie, można nazwać w dziedzinie polskiej informacji gerontologicznej fazą bazowania na formach rozproszonych (pamiętniki zjazdowe, różnorodne czasopisma o dobieieranym do poruszanego tematu profilu, spotkania o charakterze mniejszych bądź większych zjazdów i sympozjów).

Trzy następne lata (od początku 1992 do końca 1994 roku) to okres wydawania jednak przez Główny Zarząd Towarzystwa, we współpracy z Sekcją Wydawniczą Akademii Medycznej w Białymstoku *Zeszytów Problemowych Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*. Zeszyty te nie miały jeszcze charakteru oficjalnego czasopisma naukowego, nie były formalnie zarejestrowane, a pierwszy numer był nawet zaopatrzony w klauzulę „do użytku służbowego”, to jednak stały się one regularnie docierającym posłańcem z ówczesnego „matecznika” gerontologii polskiej (Białystok) do zaangażowanych członków Towarzystwa i wszystkich terenowych, gerontologicznych bądź geriatrycznych, ośrodków w kraju. W pierwszym roku (1992) ukazały się dwa zeszyty poświęcone: polityce społecznej w Polsce (z. nr 1 – w języku angielskim) oraz (z. nr 2) środowiskowym badaniom własnym, prowadzonym w kilku ośrodkach krajowych (Bogna Żakowska-Wachelko – Katowice, Barbara Bień – Białystok, Wiesława Tarasiuk – Białystok, Michał Matłęga – Rzeszów). Już w pierwszym numerze twórca *Zeszytów*, a zarazem ich redaktor, donosił z satysfakcją: „Działając zgodnie z postulatami walnego zebrania członków Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego podejmujemy inicjatywę wydawania *Zeszytów Problemowych PTG*. Ich celem jest przedstawianie członkom Towarzystwa opinii i opracowań naukowych, dotyczących szerokiego zakresu problemów geronto-

logii i jej praktycznych odniesień. Mamy nadzieję, że *Zeszyty Problemowe PTG* przekształcać się z czasem we własny periodyk naukowy Towarzystwa” (Pędich 1992a).

Wieszcie te słowa miały się spełnić nawet wcześniej, niż się można było spodziewać w ówczesnych warunkach czasów przełomowych. Dwa następne lata to regularnie po cztery zeszyty w każdym roku. Jeden z zeszytów (4/1993) w całości był poświęcony I Krajowej Konferencji Lekarzy Specjalistów Geriatrii, w czasie której na wniosek prof. T. Wróblewskiego i dr. M. Kornatowskiego wyłoniono grupę inicjatywną, której zadaniem było powołanie do życia (działającego do dziś) Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce. Zróżnicowanie tematyki *Zeszytów* cieszyło naczelnego redaktora, który w prezentacji kolejnego numeru pisał: „Publikowane badania dotyczą wprawdzie różnych zagadnień szczegółowych, jednak łączy je wspólny cel, jakim jest rozpoznanie potrzeb ludzi starych i określenie praktycznych wniosków wdrożeniowych” (Pędich 1992b).

Wypada podkreślić dalszy, ogromny wysiłek Prezesa, który w roku 1995 doprowadził do ukazania się w Wydawnictwie Medycznym Sanmedica oficjalnego organu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego – kwartalnika zatytułowanego *Gerontologia Polska* (ISSN 1425-4956). Prof. Wojciech Pędich – przewodniczący pierwszego, czternastoosobowego Komitetu Redakcyjnego (B. Tobiasz-Adamczyk, Z. Chodorowski, O. Czerniawska, M. Dziegielewska, M. Halicka, H. Jędrkiewicz, J. Kocemba, W. Pędich, J. Putz, B. Synak, H. Szwarc, J. Twardowska-Rajewska, L. Wrocińska-Sławska, B. Żakowska-Wachelko) – informował: „Intencją Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego jest dotarcie z czasopismem do szerszego niż dotychczas grona czytelników. Pragniemy zainteresować naszym kwartalnikiem nie tylko gerontologów, ale także lekarzy praktyków, zwłaszcza lekarzy rodzinnych, fachowych pracowników pionu pomocy społecznej, specjalistów rehabilitacji leczniczej oraz osoby zajmujące się innymi formami aktywizacji osób starszych” (Pędich 1995). W myśl tych założeń ukształtowało się oblicze czasopisma, którego wyraźnie interdyscyplinarny charakter pozwala do dziś uwzględniać zarówno gerontologię kliniczną, gerontologię społeczną, jak również badania podstawowe i dział sprawozdawczo-informacyjny, chociaż w przyszłości okazało się, że rozłożenie akcentów w większej mierze zależy od nadsyłających swoje prace autorów niż od *a priori* ustalonych schematów. Już drugi zeszyt *Gerontologii Polskiej* dotyczył trudnego tematu eutanazji (Pruszyński, Gross, Wasiak 1995) czy oceny wpływu transformacji społeczno-politycznej w Polsce na jakość życia ludzi starych (Bień, Pędich 2005). Charakter pisma nie zmie-

nił się w latach następnych, chociaż Prezes Towarzystwa obowiązki redaktora naczelnego przekazał autorowi niniejszego opracowania.

W latach 1995-1997 *Gerontologia Polska* ukazywała się w wydawnictwie Sanmedica, później (1998-2004) w Medycynie Praktycznej, a obecnie (2005 i rok bieżący) prowadzi nas Wydawnictwo Via Medica z Gdańska.

Stworzone i „odchowane” przez prof. W. Pędicha dzieło dobrze służy gerontologii polskiej. Czasopismo jest wizytówką istnienia i działalności Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Umożliwia ono publikowanie prac naukowych i wzmacnianie więzi pomiędzy osobami zainteresowanymi gerontologią i geriatrią.

Warto pamiętać, że to właśnie starania i nieustępliwa postawa prof. Wojciecha Pędicha (dziś już Honorowego Prezesa PTG) są niezaprzeczalnym fundamentem przedstawionego w skrócie, edytorskiego osiągnięcia Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Bibliografia:

Bień B., Pędich W.: (1995), Wpływ transformacji społeczno-politycznej w Polsce na jakość życia ludzi starych. *Gerontologia Polska*, 3(3/4), s. 21-32.

Kocemba J, Pędich W.: (1995), Rozwój polskiej gerontologii. *Gerontologia Polska* 3 (1/2), s. 4-5.

Pędich W.: (1992a), Wprowadzenie. *Zeszyty Problemowe PTG*, 1, s. 1.

Pędich W.: (1992b), Wprowadzenie. *Zeszyty Problemowe PTG*, 2, s. 1.

Pędich W.: (1995), Od Redakcji. *Gerontologia Polska*, 3(1/2), s. 3.

Pruszyński J., Gross R., Wasiak B.: (1995), Rozważania o eutanazji. *Gerontologia Polska*, 3(3/4), s. 45-47.

Prof. dr hab. Wojciech Pędich – działalność w Samorządzie Lekarskim

Izby Lekarskie, które w okresie przedwojennym dbały o właściwy poziom fachowy, etyczny i materialny lekarzy, zostały rozwiązane na początku lat pięćdziesiątych. Elitarna i niezależna korporacja zawodowa była bowiem całkowicie spreczna z ideologią państwa totalitarnego. Już jednak w następnych dziesięcioleciach grupa światłych lekarzy rozpoczęła działania zmierzające do reaktywowania samorządu lekarskiego.

Na Białostocczyźnie do propagatorów idei powrotu izb lekarskich należeli przede wszystkim prof. Maria Byrdy i prof. Wojciech Pędich, lekarze znający historię izb przed-, śród- i powojenną. Postulowanie wówczas powrotu do przedwojennych form korporacyjnych wymagało odwagi, jednak z biegiem czasu przybywało zwolenników powołania samorządu, zwłaszcza wśród osób działających w pozarządowych organizacjach lekarskich. Podstawowe znaczenie miała powstająca Solidarność; jej członkowie i sympatycy domagali się reaktywowania izb lekarskich. Wynikiem kilkuletniej dyskusji i sporów stał się poselski projekt ustawy o izbach lekarskich, uchwalonej przez Sejm 17 maja 1989 roku, a więc jeszcze przed wolnymi wyborami w Polsce. Powołany niezwłocznie Komitet Organizacyjny powierzył prof. Pędichowi misję zorganizowania w Białymstoku regionalnego zjazdu lekarzy rozpoczynającego działalność Okręgowej Izby Lekarskiej, obejmującej województwo białostockie, łomżyńskie i suwalskie. Zjazd odbył się w listopadzie 1989 roku; prof. Wojciech Pędich został wybrany przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego w Białymstoku.

Prof. Pędich organizował więc od podstaw sądownictwo lekarskie na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, wprowadzając w życie zasadę, że lekarze za przewinienia zawodowe winni być sędze-

ni przez innych lekarzy, o szczególnie wysokiej etyce i o jak największej wiedzy fachowej. Sądy lekarskie zastąpiły dotychczas działające Komisje Kontroli Zawodowej, które były całkowicie zależne od administracji państwowej i aktualnych układów politycznych.

Profesor, współpracując z prawnikiem mgr Joanną Wojtukiewicz-Olesiuk, już podczas pierwszego roku działalności zorganizował sąd, przeszkolił sędziów, których liczba systematycznie wzrastała; rozpoczęły się też pierwsze rozprawy. Wykonanie tego społecznego zadania wymagało wielkiego zaangażowania i wysiłku, zwłaszcza że prof. Pędich równolegle kierował dużym oddziałem szpitalnym, szefował akademickiemu zakładowi naukowemu oraz prowadził wszechstronną działalność dydaktyczno-naukową. Funkcję przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego pełnił przez dwie kadencje, tzn. przez 8 lat.

Aktywność korporacyjna Profesora nie ograniczała się tylko do sądownictwa. Na pierwszym Krajowym Zjeździe Lekarzy (Warszawa, 10-12 grudnia 1989 roku) został wybrany na członka Naczelnej Rady Lekarskiej. Na jej posiedzeniach zawsze z uwagą wysłuchiowano celnych uwag prof. Pędicha, zwłaszcza w sprawach legislacyjnych, ważnych w pierwszej kadencji izb. Pamiętam też wielogodzinne ożywione dyskusje, które prowadziliśmy w trójkę z Profesorem oraz dr Ewą Hubert, również członkiem NRL, podczas comiesięcznych wyjazdów do Warszawy na posiedzenia Rady. Wiele pomysłów realizowanych później przez białostocką izbę narodziło się właśnie wówczas i było konsekwencją przemyśleń prof. Pędicha.

Jako gerontolog żywo interesował się problemami lekarzy-seniorów, szczególnie w okresie przechodzenia na emeryturę. Jednym z wyników tych rozważań był duży rozdział opracowany przez Profesora i wydrukowany w unikalnej książce „Problemy i sytuacja lekarzy emerytów w Polsce”, redagowanej przez prof. Andrzeja Danysza, wydanej przez Naczelną Radę Lekarską, napisanej przez grupę białostockich i warszawskich profesorów.

W trzeciej kadencji izb lekarskich (1997-2001) prof. Pędich rozpoczął nowy etap działalności samorządowej. Został powołany przez Okręgową Radę Lekarską na przewodniczącego Komisji Bioetycznej, której zadaniem było opiniowanie badań klinicznych prowadzonych na ludziach. Zorganizował ją od podstaw, tworząc komisję kompetentną, cieszącą się autorytetem wśród badaczy i sponsorów. W skład Komisji weszli przedstawiciele różnych zawodów – lekarze kilku specjalności, duchowni dwu wyznań, etyk, farmaceuta, farmakolog, prawnik, pielęgniarka. Dużą zasługą przewodniczącego była wielka wnikliwość ocen przy rozpatrywaniu zgłoszo-

nych tematów badawczych, wysoki poziom dyskusji merytorycznej, pełna bezstronność, szybkość rozpatrywania spraw, jak też sprawność administracyjna. Prof. Pędich nadal kieruje pracami Komisji, która obecnie należy do najlepszych w Polsce.

Profesor od lat bierze również udział w pracach Komisji Etyki, rozpatrującej konflikty między-ludzkie oraz sprawy naruszania zasad etyki lekarskiej. Jego wielkie doświadczenie i autorytet zawodowy pozwalają rozwiązywać niekiedy trudne problemy lekarskie bez konieczności kierowania ich do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (izbowego prokuratora). Zawsze interesujące są wypowiedzi Profesora na łamach prasy samorządowej, omawiające najczęściej Kodeks Etyki Lekarskiej. Wielki

dorobek w pracy na rzecz samorządu lekarskiego został wyróżniony podczas obchodów 15-lecia reaktywowania izb lekarskich w Polsce, które odbyły się w styczniu 2005 roku w Krakowie – Profesor został odznaczony Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Prof. Wojciech Pędich, wybitny lekarz, naukowiec i nauczyciel, prowadząc szeroką i owocną działalność samorządową, nawiązuje do najlepszych tradycji z lat ubiegłych, gdy podwaliny korporacji lekarskiej tworzyli Rafał Radziwiłłowicz, Mieczysław Michałowicz, Jan Mazurkiewicz, Witold Chodźko lub Władysław Szenajch.



**JUBILAT WE WSPOMNIENIACH
UCZNIÓW I PRZYJACIÓŁ**

Chwila reminiscencji z okazji Jubileuszu

Jubileusz osiemdziesięciolecia życia i ponad pięćdziesięciolecia aktywności zawodowej jest zawsze ogromnym darem, jednak w Pana Profesora biografii zapisuje się jako szczególne wydarzenie. Podsumowuje ono nie tylko długie pasmo Pana dokonań i sukcesów jako lekarza, naukowca czy społecznika, ale przede wszystkim wielkiego człowieka! Jest Pan bez wątpienia jednym z największych autorytetów polskiej i europejskiej gerontologii i twórcą podwalin tej nauki i praktyki w Polsce, a przy tym myślicielem-humanistą. Każdy, kto spotyka Pana Profesora w swoim życiu, doświadcza wiele dobra i czerpie wiele mądrości. Osobiście czuję się szczególnie tym obdarowana. Jako sukcesorka Pana dzieła w Alma Mater Bialostocensis pragnę, by kontynuował je Pan i wspierał nas na tej drodze, by Pana dzieło nadal rozkwitało, dojrzewało i nigdy się nie starzało!

Nie jest moją intencją wyliczanie niezwykle bogatego dorobku życia i pracy naukowej Profesora – tutaj ludzie, fakty, publikacje i strony internetowe z Jego nazwiskiem mnie wyręczają. Pragnę jedynie zwrócić uwagę na niezwykle cechy Jego osobowości, które umykają w oficjalnych dokumentach, zaś w moim osobistym odczuciu wymagają podkreślenia. Należą do nich –głęboka empatia, osobista skromność i pokora wobec ludzi, a jednocześnie wielka ciekawość świata, nauki i człowieka. Ich połączenie wraz z umiejętnością syntezy i uogólniania powoduje, że każdy pragnie Go słuchać i uczyć się od Niego!

Panie Profesorze, Nauczycielu i Przyjacielu, bądź zawsze z nami!

Gratulując zaszczytów, w imieniu zespołu Kliniki Geriatrii AMB i własnym, z całego serca życzę zdrowia i pomyślności w życiu osobistym i w dalszej pracy!

Intelektualna praca u podstaw?

Drogi Jubilacie!!!

Wydaje się pewnym nieporozumieniem, że akurat Tobie dedykujemy konferencję i „Księgę pamiątkową” z okazji kolejnych urodzin. Od lat uczyłeś nas, a my powtarzamy to kolejnym słuchaczom, że wiek kalendaryzowy nie jest najważniejszym kryterium.

Jeżeli najistotniejszy jest stan funkcjonalny, możliwości adaptacji do otaczającego nas świata, potrzeba działania, chęć dzielenia się własnym doświadczeniem i wiedzą, jeżeli to te elementy określają naszą kondycję, to okrągłe rocznice i torty są tylko miłym dodatkiem, zgrabnym pretekstem, by zebrać grono osób świadomych, jak wiele udaje Ci się zdziałać.

Poznaliśmy się na konferencji organizowanej przez Klinikę Geriatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w 1985 roku. Siedzieliśmy obok siebie i czekając z pewną tremą na swój głos w dyskusji panelowej, zaczęłam obserwować Twoje notatki. Wydały mi się tak celne i inspirujące do dalszej dyskusji, że w miejsce niepokoju pojawiła się ciekawość – czy moje wystąpienie da się tak podsumować? Pokiwałeś głową i spytałeś, gdzie pracuję.

Masz miły zwyczaj patrzenia na mówiącego i spokojnego potakiwania, dopóki się zgadzasz z wywoдем. Myślę, że ratowało to niejednego stremowanego referenta. Ale gdy przestajesz pogryzać okulary, pora szykować mocniejszą argumentację. A kiedy zdecydowanym ruchem je składasz i chowasz do futerału – sprawa staje się poważna. „No nie, nie, to nie tak” – stwierdzasz i tłumaczysz swój punkt widzenia. Spokojnie, cierpliwie, bez złośliwości, ze zrozumieniem dla tych, którzy wiedzą mniej. Wielokrotnie obserwowałam, jak ta umiejętność pozwala Ci utrzymać kierunek i po-

ziom dyskusji (często trudnych, jak te między lekarzami i nie-lekarzami) i jak przyciąga osoby różnych profesji do problematyki gerontologii. Zmiana zdania czy przyznanie się do błędu przychodzi Ci w sposób naturalny, jak to u prawdziwego nauczyciela. I tylko wzmacniają autorytet.

Właśnie Twoją niezwykłą otwartość i gotowość użyczenia swego autorytetu chciałabym nazwać intelektualną pracą u podstaw.

Przez ponad dwadzieścia lat naszej współpracy na kolejne propozycje konferencji, kursów, szkoleń, warsztatów, letnich szkół odpowiadasz niezawodnie – „spojrzę w kalendarz”. Będąc profesorem z imponującym dorobkiem naukowym, międzynarodową pozycją, prezesem PTG – nigdy nie odmówiłeś.

I przekonujesz do nowoczesnego patrzenia na problemy i potrzeby ludzi starych następne setki lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, pracowników pomocy, wolontariuszy. Niezwykła łatwość nawiązywania kontaktu powoduje, że potrafisz rano dyskutować z wojewodą, a wieczorem z palaczem kotłowni rozmawiać o prawdziwym życiu pensjonariuszy domu opieki. Obaj byli ważni, obydwu słuchałeś z uwagą i ciekawością, jak wielu innych, dla których te rozmowy były potwierdzeniem sensu trudnej pracy i dokonanych wyborów.

Patrzę od wielu lat, jak ważna jest – szczególnie dla osób z małych ośrodków – możliwość pokazania i poddania ocenie tego, co robią, komuś z taką wiedzą, praktyką i autorytetem. Jak wzmacnia to ich pozycję zawodową i możliwości działania, jak silnie motywuje.

Bywałeś w Ełku i Spale, w Sierakowie, Zakopanym i Krośnie, na „Torze Lodowym” i w „Meksyku”, w Katowicach i Częstochowie. I zwykle w podróży powrotnej pojawia się pytanie: to co dalej? jaką konferencję warto zrobić? To dla Ciebie na ogół nie są konferencje prestiżowe, to nie są wyzwania dla naukowca. To intelektualna praca u podstaw w najlepszym rozumieniu tego pojęcia i w najznakomitszym wydaniu. *Chapeau bas!*

W czasie przeszłym niedokonanym

OCZEKIWANIE. Był koniec grudnia 1963 roku. Właśnie wróciłem z półrocznego stypendium w ośrodku kardiochirurgii Sully Hospital w Anglii, gdy gruchnęła wieść – wnet przychodzi nowy szef oddziału z Opola. Oddział chorób wewnętrznych szpitala wojewódzkiego pozostawał chwilowo bez ordynatora i oczekiwał na rozstrzygnięcie konkursu na to stanowisko. Wprawdzie etatowo byłem od początku związany z pracownią EKG – tym niemniej z racji swoich zainteresowań brałem czynny udział w pracy oddziału.

Po kilku tygodniach oczekiwań ujrzeliśmy młodego, przystojnego, energicznego, z „błyskiem w oku”, jak się okazało – docenta – nowego ordynatora oddziału. Z przyjemnością odnotowałem, że nowy ordynator habilitował się w dziedzinie kardiologii, co zapowiadało ciekawą współpracę. Po uporządkowaniu spraw organizacyjnych oddziału – praca ruszyła pełną parą.

SPEŁNIENIE. Każdy z asystentów został zobowiązany do referowania stosownych czasopism zgodnie ze swoimi zainteresowaniami. Mnie w udziale przypadły: *American Heart Journal*, *Circulation* oraz *British Heart Journal*. Obowiązek tłumaczeń literatury fachowej, poza możliwością poszerzenia wiedzy merytorycznej, skłaniał do podnoszenia poziomu znajomości języka angielskiego. W moim przypadku dobra znajomość angielskiego przydała się w późniejszej pracy za granicą. Codzienne odprawy były swoistym obrzędem celebrowanym przez szefa. Nikt się nie spóźniał. W miarę upływu czasu nowy ordynator zyskiwał coraz większy szacunek i uznanie wśród współpracowników. Dokonał tego zarówno kulturą osobistą, jak i głęboką wiedzą. Autorytet i uznanie zyskiwał również na

szerszym forum w białostockiej społeczności lekarskiej poprzez czynny udział w miejscowych towarzystwach naukowych oraz pracą dydaktyczną i naukową.

Lata sześćdziesiąte ubiegłego wieku były okresem poszukiwań sposobu postępowania z narastającą liczbą zachorowań na schorzenia układu krążenia – szczególnie zatrważająco narastała śmiertelność po przebytych zawałach serca, sięgająca 20%. Temat wczesnej rehabilitacji po przebytych zawałach serca, często poruszany w literaturze fachowej, znalazł natychmiastowe zastosowanie w oddziale. Doc. Pędich, wspólnie z ordynatorem oddziału rehabilitacji, opracował system rehabilitacji tych chorych. Na efekty nie trzeba było długo czekać i po roku śmiertelność wśród chorych z zawałem serca spadła do wartości jednocyfrowej.

Obok nowelizacji postępowania przy łóżku chorego, w oddziale prowadzone były prace doświadczalne. Wówczas na czasie były prace dotyczące zawału przedsionka serca, stąd ruszyły badania na zwierzętach (psach), a epikardialne odprowadzenia z doświadczalnie uszkodzonego przedsionka dostarczyły nowych danych zarówno diagnostycznych jak i terapeutycznych.

Lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte XX wieku w Polsce były okresem trudnym pod każdym względem. Mimo to na oddziale panowała twórcza atmosfera. Poza pracą przy łóżku chorego kwitła praca naukowa, w ciągu roku publikowano kilkanaście prac naukowych. Posiedzenia naukowe oddziałowe, referaty na posiedzeniach towarzystw naukowych, wyjazdy do zaprzyjaźnionych oddziałów terenowych, praca w ramach tzw. „białych niedziel” itp. Dziś trudno jest wymienić rozliczne zainteresowania nowego szefa. Przy tym ciekawa rzecz – zwłaszcza młodym kolegom pod uwagę – nikt w owym czasie nie dążył do gromadzenia dóbr materialnych (bo tak naprawdę nie było co gromadzić), szef jeździł starą, rozklekotaną syrenką i nikt na to nie zwracał uwagi. Działo się naprawdę dużo, i to zarówno w miejscowym środowisku, jak i na forum ogólnopolskim, poprzez czynne uczestnictwo w zjazdach krajowych towarzystw naukowych.

Mówiąc o pracy naukowej i aktywności naszego szefa, nie sposób pominąć jego zainteresowania diagnostyką i leczeniem zaburzeń rytmu serca. Osobiście dopiero teraz nauczyłem się sztuki leczenia naparstnicą. Mówiąc – nauczyłem się – oznacza również, że wyzbyłem się także lęku przed jej stosowaniem. I chociaż dzisiaj jest ona w niełasce, uważam, że lek ten nic nie stracił na swojej wartości. Do dziś stosuję ją z powodzeniem. I to zawdzięczam szefowi.

Mijają lata. Nadchodzi rok 1985 i doc. Pędich uzyskuje tytuł profesora.

Jednak nie zwalnia tempa, nadal jest pochłonięty pracą zawodową, naukową i dydaktyczną. Jest powszechnie znaną i lubianą postacią w środowisku.

Wśród licznych zainteresowań Profesora oddzielny rozdział stanowi geriatrya. Stał na czele Zakładu Gerontologii AM w Białymstoku oraz zorganizował szkolenie z „minimum geriatryi” wszystkich lekarzy rejonowych powiatu białostockiego. Ludzie starzy znaleźli w Jego osobie przyjaciela i opiekuna. Jest autorem licznych publikacji i podręczników z zakresu geriatryi i gerontologii oraz zasiada we władzach krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych.



PRZEMIJANIE. Drogi Wojtku, wybacz, jeżeli pomiąłem którąś z funkcji pełnionych przez Ciebie, ale było ich tak wiele. Po latach nasze drogi się rozeszły z powodów życiowych. Teraz obaj jesteśmy na emeryturze, czasami jednak się spotykamy, a tematykę tych spotkań można by sparafrazować strofami z Kabaretu Starszych Panów:

Już szron na głowie i nie to zdrowie
A w sercu ciągle maj.

Ad multos annos, drogi Profesorze, wraz z wyrazami najgłębszego szacunku i uznania, oraz podziękowania za dotychczasową wieloletnią owocną współpracę.

Rola Profesora Wojciecha Pędicha w powstanie i rozwój Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku

*Staraj się nie być człowiekiem sukcesu
lecz człowiekiem wartościowym*
A. Einstein

Wprowadzenie

Ten cytat w pełni odzwierciedla sylwetkę i osobowość prof. dr hab. n. med. Wojciecha Pędicha, znanego lekarza, cenionego organizatora opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi, wieloletniego kierownika Zakładu Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku, wybitnego naukowca z zakresu gerontologii i geriatry, organizatora wielu ogólnopolskich i międzynarodowych konferencji z tej dziedziny.

Dotąd może nieco mniej znana była opinii społecznej działalność prof. Wojciecha Pędicha w zakresie popularyzacji problemu opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami w starszym wieku. To właśnie on był jednym z inicjatorów powstania Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku oraz innych organizacji społecznych działających na rzecz ludzi starszych.

Próba ukazania dorobku i zasług prof. Wojciecha Pędicha na tym polu stanowi treść niniejszego artykułu.

Udział Profesora Wojciecha Pędicha w organizowaniu UTW w Białymstoku

Powszechnie wiadomo, że inicjatorką idei uniwersytetów trzeciego wieku była prof. Halina Szwarc, założycielka UTW w Warszawie oraz patronka i opiekunka wielu dalszych tego typu placówek organizowanych na terenie Polski. Przez wiele lat, aż do śmierci, była też przewodniczącą

Sekcji Uniwersytetów Trzeciego Wieku Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, którym kierował prof. Wojciech Pędich.

Inicjatywa zorganizowania Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku nie była jednak związana bezpośrednio z osobą prof. Haliny Szwarc. Zaczynem było powołanie w 1993 roku przez prof. Wojciecha Pędicha Rady Seniorów dzielnicy Antoniuk. To właśnie uczestnicy tego stowarzyszenia pierwsi wysunęli postulat zorganizowania uniwersytetu trzeciego wieku w naszym mieście. Postulat ten zbiegł się w czasie z propozycją rektora Filii Uniwersytetu Warszawskiego w Białymstoku, prof. Władysława Serczyka, aby przy organizacji i funkcjonowaniu UTW skorzystać z bazy lokalowej i kadrowej białostockich wyższych uczelni. Spotkało się to także z poparciem Zakładu Gerontologii, kierowanego przez Wojciecha Pędicha, i władz Akademii Medycznej. Filia UW zapewniła odpowiednią salę wykładową, zaś współpraca innych uczelni umożliwiła powołanie Rady Programowej i pozyskanie wysoko kwalifikowanych wykładowców. Wykłady, których tematykę zatwierdza Rada na poszczególne semestry, są prowadzone nieodpłatnie i uzupełniane wystęпами artystycznymi organizowanymi przez Barbarę Pacholską, wicedyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Animacji Kultury w Białymstoku.

Pomoc organizacyjna i merytoryczna udzielana UTW przez Profesora Wojciecha Pędicha

Powstanie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku w październiku 1994 roku było, jak to często podkreślał prof. Wojciech Pędich, zaledwie „rozpaleniem ogniska”. Dalszy rozwój UTW spoczął na barkach samych słuchaczy, ale nadal przy życzliwym wsparciu organizatorów, w tym zwłaszcza prof. Pędicha. Uczestniczył on w wyborze samorządu słuchaczy, pomógł w skompletowaniu składu Rady Programowej, zostając jednocześnie jej aktywnym członkiem, a także w ustalaniu tematyki i doborze wykładowców.

Sam zresztą, z racji swojej profesji i ciekawie prowadzonych zajęć, był częstym wykładowcą, zwłaszcza w pierwszych latach działalności UTW, a także podczas kolejnych inauguracji nowego roku akademickiego, bądź też organizowanych konferencji naukowych i niezwykle interesujących kameralnych spotkań w sekcjach i zespołach zainteresowań.

Spośród wielu wykładów przeprowadzonych przez prof. W. Pędicha dużym zainteresowaniem słuchaczy cieszyły się:

- „Medycyna u progu XXI wieku” (wykład inauguracyjny wygłoszony w drugim roku działania UTW – 12 października 1995 roku),
- „Farmakoterapia – korzyści i niebezpieczeństwa”,
- „Serce – od poezji do rzeczywistości”,
- „Rola ludzi starszych w społeczeństwie XXI wieku”,
- „Wyzwania starzejących się społeczeństw”.

Szczególnie interesujący wykład wygłosił prof. Pędich w czasie sesji naukowej zorganizowanej z okazji obchodów pięciolecia działalności UTW w czerwcu 1999 roku: „Rola uniwersytetów trzeciego wieku w realizowaniu pomyślnej starości”.

Omawiając wyniki badań, przeprowadzonych na przełomie 1997 i 1998 roku w Zakładzie Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku (M. Halicka, W. Pędich), dotyczących oceny satysfakcji życiowej osób starszych, potwierdzono przypuszczenia, że osiągnięcie „pomyślnego starzenia” w dużym stopniu zależy od zaangażowania się w realizację własnej starości. Profesor wskazał też na wielką rolę, jaką mają do spełnienia w tym zakresie uniwersytety trzeciego wieku. Uczestniczenie w takich zajęciach ułatwia kształtowanie pozytywnych wzorów starości, daje wskazówki właściwego postępowania, poszerza zakres zainteresowań, a przez to zwiększa aktywność umysłową słuchaczy. Jednakże głównym walorem uniwersytetów trzeciego wieku jest łączenie osób starszych we wspólne środowisko, wyrabianie wspólnych zainteresowań i organizowanie wspólnych zajęć, zarówno umysłowych, jak i fizycznych (rehabilitacja umysłowa i rehabilitacja ruchowa). Uzasadnił też, że UTW wyrabia nie tylko postawy prozdrowotne, ale także – prospołeczne, daje okazje do działań na rzecz innych osób, zarówno w obrębie własnego pokolenia, jak i pokoleń młodszych. Referat prof. W. Pędicha wygłoszony na tej sesji, w której uczestniczyli słuchacze UTW w Białymstoku, przedstawiciele dwunastu uniwersytetów z całego kraju i trzech polskich uniwersytetów zza wschodniej granicy, wywarł na uczestnikach duże wrażenie i powszechną akceptację ukazanych potrzeb i możliwości działań na rzecz innych osób.

Działania Profesora Wojciecha Pędicha promujące UTW

Prof. Wojciech Pedich, pełniąc przez wiele lat funkcję Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, był często zapraszany na konferencje naukowe, w tym także organizowane przez uniwersytety trzeciego wieku, najczęściej w charakterze wykładowcy lub prelegenta,

m.in. do Suwałk, Piły, Poznania. Chętnie też dzielił się uwagami i spostrzeżeniami z działalności tamtejszych uniwersytetów i możliwościami przeniesienia dobrych wzorców do białostockiego UTW. Równocześnie promował tam dobre rozwiązania naszego UTW.

Jako współorganizator dziesięciu międzynarodowych konferencji (EUROFORA), z których dwie odbyły się w Białymstoku (VI pod hasłem „Europa bez granic, starość bez ograniczeń” w 1996 roku oraz X, poświęcona współodpowiedzialności ludzi starych za współtworzenie społeczeństw XXI wieku), prof. W. Pędich nie tylko wniósł wielki osobisty wkład organizacyjny i naukowy, ale także przyczynił się do promocji naszego kraju, regionu, miasta Białegostoku i białostockiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

W programie obydwu powyższych Euroforów, jako prezes białostockiego UTW miałem zaszczyt zaprezentować uczestnikom i zaproszonym gościom dorobek i działalność naszego Uniwersytetu.

Za sprawą prof. Wojciecha Pędicha w obradach X Euroforum uczestniczyli także wszyscy słuchacze naszego UTW oraz przedstawiciele miejscowych władz, zapoznając się z istotnymi problemami ludzi starych w Polsce i na świecie oraz propozycjami ich rozwiązań.

Prof. Wojciech Pędich zawsze chętnie i aktywnie uczestniczy w organizowanych przez miejscowe władze samorządowe, uczelniane i organizacje pozarządowe licznych konferencjach i spotkaniach, których problematyka dotyczy opieki społecznej, zdrowotnej oraz bezpieczeństwa (zwłaszcza ludzi starych). Jest zapraszany i chętnie uczestniczy w imprezach organizowanych w ramach miejskich obchodów Dnia Seniora oraz okolicznościowych spotkaniach z seniorami, podnosząc ich rangę i uroczysty charakter oraz wnosząc atmosferę ciepła i życzliwości.

Szacunek, uznanie i podziękowania Profesorowi Wojciechowi Pędichowi od słuchaczy UTW

Tak się szczęśliwie złożyło, że przypadł mi w udziale zaszczyt pisanie o człowieku, z którym, jako prezes UTW, współpracowałem przez 12 lat i który wywarł tak znaczący wpływ na wizerunek i osiągnięcia naszego uniwersytetu, a także na moją osobę.

Na temat prof. Wojciecha Pędicha, dostojnego Jubilata, wielkiego naukowca i prawego człowieka można by pisać wiele. Jestem przekonany, że taką ochotę miało by wiele osób, w tym także słuchaczy UTW. Ja ograni-

czę się do stwierdzenia, że prof. Wojciech Pędich nie starał się być człowiekiem sukcesu lecz człowiekiem wartościowym. Nie jest dumny, nie zabiega o sławę. Wystarcza Mu to, co ma, co wybrał, z czym się związał – czyli nas – słuchaczy UTW. Buduje swoją moralność i autorytet na prawości, życzliwości i dobroci serca. Za to jakim jest i co zrobił dla naszego UTW darzymy Go pełnym zaufaniem, wyrażając jednocześnie głęboki szacunek, uznanie i podziękowanie.

W uznaniu zasług położonych w powołanie oraz wspomaganie rozwoju i działalności naszego UTW walne zebranie słuchaczy nadało prof. Wojciechowi Pędichowi tytuł honorowego członka Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku. Natomiast w czasie uroczystości obchodów 10-lecia UTW w czerwcu 2004 roku wręczono Mu statuetkę z następującą dedykacją: „Za życzliwość i wspieranie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Białymstoku”.

Jestem przekonany, że tego typu skromne, lecz z serca płynące, podziękowania satysfakcjonują Pana Profesora.

Człowiek

*Nasze życie zawsze będzie pełnia
jeśli nasze serca będą nieustannie dawać*

Starszy, elegancki, poważny Pan – ktoś, kto przy pierwszym spotkaniu budzi szacunek, daje poczucie pełnego zaufania, od którego emanuje ciepło i niezwykła moc oddziaływania. Takim był, kiedy miałam przed laty zaszczyt Go poznać i takim jest dzisiaj prof. Wojciech Pędich. Człowiek, którego dewizą jest obecność dobra we wszystkich dziedzinach życia społecznego i zawodowego. Wspaniały lekarz, naukowiec, wychowawca i nauczyciel wielu roczników absolwentów Białostockiej Akademii Medycznej, oddany społecznik. Uznany autorytet w kręgach medycznych i naukowych w kraju i zagranicą. Przed 13 laty zdecydował, że warto podjąć współpracę z osobami starszymi. Ludźmi, którym nie żyje się najlepiej, których życie często bywa pasmem niekończących się problemów. Osobami starszymi, które nie radzą sobie w przerażającym okresie przemian ustrojowych, których przerastają obowiązki, problemy, które czują się odrzucone na margines społeczny, znalazły się w matni obcej im rzeczywistości.

Zarówno ja, jak i moi starsi współpracownicy jesteśmy dumni, że wybrał Pan naszą dzielnicę, że zostaliśmy zauważeni jako warci podjęcia badań naukowych i wdrożenia ich efektów w postaci nowej samopomocowej formy organizacji seniorów. Pierwsze w Białymstoku Stowarzyszenie Samopomocowe Rada Seniorów dzielnicy Antoniuk – to dzieło Pana Profesora i współpracującej z Nim dr Małgorzaty Halickiej.

Dzielnica Antoniuk, w której wówczas pracowałam, należała do najstarszych pod względem demograficznym dzielnic miasta. Niemal 30% mieszkańców stanowili emeryci – w przeważającej mierze byli pracownicy „Fast”, Fabryki Pluszu, Fabryki Uchwytów, osoby posiadające w większości wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Seniorzy z ogromnym бага-

żem doświadczeń życiowych, zawodowych, jednak zagubieni, odizolowani od życia społecznego po przejściu w stan spoczynku zawodowego. Osoby samotne, zapomniane, lekceważone przez rodzinę, sąsiadów. Dobrowolni więźniowie swoich czterech betonowych ścian. To właśnie oni – doświadczeni, najstarsi mieszkańcy dzielnicy, stanowili podstawę do działań nowej organizacji seniorów.

Ogromny potencjał, który dostrzegł Pan Profesor w tej grupie społecznej, miał rozwijać się i doskonalić poprzez pracę dla nich samych i słabszych jednostek, rodzin. Miał stanowić podstawę do rozbudzania potrzeby czynnego udziału w życiu rodzinnym, społecznym, tworzenia przez starszych mieszkańców dzielnicy swych „małych ojczyzn”.

Skąd braliśmy wzorce, jak pomógł nam Pan Profesor w zdobywaniu nowych doświadczeń, poznawania życia seniorów w innych krajach? Podglądaliśmy życie seniorów w krajach zachodniej Europy. Czy naprawdę jesteśmy tak niezaradni? Czy nasi seniorzy są gorsi od seniorów z Niemiec czy Szkocji?

Styczeń 1993 roku. II Euroseminarium w Bad-Boll, Niemcy. Po raz pierwszy uczestniczyliśmy w międzynarodowej konferencji poświęconej problematyce osób starszych. Tu, w bogatym kraju, w którym seniorom żyje się znacznie łatwiej, dowiedzieliśmy się o konieczności szerokiego angażowania starszych osób w działalność w sferze socjalnej. Dyskutowali o tym problemie naukowcy i seniorzy działający już w różnego rodzaju organizacjach.

III Euroforum w Stuttgarcie, Niemcy. Udział większej grupy przedstawicieli Białegostoku i seniorów z Antoniuka.

IV Euroforum w Barcelonie, 1994 rok. „Manifest ludzi starych o aktywny udział w budowie Europy”. Szeroka dyskusja uczestników – seniorów, naukowców, polityków i wnioski płynące z wystąpień i dyskusji: w krajach biorących udział w konferencji seniorzy często nie znajdują należnego im szacunku, negatywnie oceniani są w opinii publicznej, w wielu przypadkach przedstawiani są jako zagrożenie, zbędny balast w starzejącej się Europie. Osobom starszym utrudnia się podejmowanie pracy zawodowej, społecznej, ogranicza prawa demonstrowania swoich poglądów. W Barcelonie po raz pierwszy postulowano, aby dążyć do powoływania na wszystkich szczeblach władzy ciała doradczego składającego się z osób starszych, rad seniorów, które wpływałyby na podejmowanie decyzji w sprawach dotyczących tej grupy wiekowej społeczeństw. Zwrócono uwagę na działania niwelujące bariery wiekowe, które uniemożliwiają seniorom aktywne życie na płaszczyźnie rodzinnej, zawodowej i społecznej.

Stirling, Szkocja – kraj o wielkich tradycjach woluntarystycznych, międzypokoleniowych i solidarności społecznej – doskonałe wzorce dla naszej grupy.

Kwiecień 1996 roku, Białystok, VI Euroforum – „Europa bez granic – starość bez ograniczeń”. Jakże realistyczne hasło dziesięć lat temu podjął Pan wspólnie z innymi uczestnikami konferencji, słuszną decyzję – decyzję o konieczności zawarcia w końcowej deklaracji postulatów dążących do uregulowań prawnych gwarantujących seniorom pełną swobodę praw obywatelskich.

Udział naszych seniorów w międzynarodowych konferencjach i podpatrywanie działań seniorów z innych, bogatszych krajów zachodnich, rozbudzał w nas poczucie, że nie jesteśmy gorsi, że stać nas na więcej. Byliśmy bardzo dumni, że potrafimy tak wiele zrobić, nie dysponując zapleczem finansowym.

Samopomoc i wzajemna wymiana usług wśród seniorów – mieszkańców naszej dzielnicy – była priorytetowym zadaniem stowarzyszenia. Idea, którą Pan Profesor zaraził niemal wszystkich mieszkańców dzielnicy, przyjęła się i została w pełni zaakceptowana. Mogliśmy pracować, sprawdzić się w nowej roli – społeczników, ludzi, na których inni w każdej sytuacji mogą liczyć. Jakże ważna była wówczas Pana Profesora obecność, słowa otuchy, uśmiech na Pana twarzy, będący wyrazem zadowolenia z każdego udanego, choćby małego, kroku w realizacji planów. Dzisiaj, z perspektywy lat, nasze ciągłe pytania: czy dobrze?, czy tak?, co pan o tym sądzi? – wydają się banalne, ale Pan Profesor nigdy nie okazał nam zniechęcenia. Na wszystkie pytania otrzymywaliśmy wyczerpujące odpowiedzi. Takiej cierpliwości i wyrozumiałości oczekiwać mogliśmy tylko od wspaniałego człowieka, przyjaciela. Czy ktoś, nawet ktoś bardzo bliski, potrafi podarować drugiemu człowiekowi kilka lat życia? Pan Profesor potrafi dokonać takich cudów. Przytoczę tutaj fakt, który miał miejsce w naszym stowarzyszeniu.

Maria – samotna matka wychowująca dwie córeczki. Obie uczyły się jeszcze w szkole podstawowej. Renta Marii – bardzo niska, alimenty docierały nieregularnie. Mimo to rodzina była szczęśliwa. Świat Marii runął, kiedy z ust lekarza padła diagnoza – choroba nowotworowa. Zaczęła się walka o życie, o życie nie tylko dla Marii, ale przede wszystkim dla jej ukochanych córeczek. Pobyty w szpitalu, operacje, chemioterapia. Krótkie okresy remisji i nawroty choroby. Maria chwilowo traciła chęć do życia, chciała się poddać, nie miała sił, by przezwyciężyć ból, cierpienie.

Szukałam pomocy dla matki małych dzieci, włączyłam się w walkę

z chorobą, ale i mnie coraz częściej ogarniała niemoc tym bardziej, że lekarze nie dawali pacjentce żadnych szans przeżycia. To była wyjątkowo dzielna kobieta. Nie zniechęciła się do walki z chorobą nawet wtedy, kiedy podczas jednej z wizyt usłyszała od lekarza prowadzącego: „To pani jeszcze żyje?”. Żyła, bowiem motywacja do życia była ogromna.

Wówczas, kiedy obie wyczerpałyśmy wszystkie swoje możliwości, poprosiłam Pana Profesora o pomoc. Poza leczeniem szpitalnym, osobistą opieką, zaproponował mi rzecz wówczas dla mnie niezrozumiałą: „Może pani Marii powierzyć bardziej odpowiedzialną pracę w stowarzyszeniu?” Przysnąję, miałam wątpliwości, czy ta schorowana kobieta poradzi sobie z obowiązkami, ale zastosowałam się do rady. Maria została naszą przewodniczącą. Wspaniale wywiązywała się z obowiązków. Cierpiała z powodu postępującej choroby, ale łatwiej znosiła przeciwności losu. Myślała teraz nie tylko o sobie i dzieciach, ale także o swoich podopiecznych. Praca społeczna połączona z obowiązkami wobec rodziny, wypełniły czas, a świadomość dobrze spełnionego obowiązku wobec innych dała jej poczucie samorealizacji, spełnienia oraz ogromną satysfakcję.

Z czasem choroba okazała się silniejsza i pokonała Marię. Musiała odejść, przegrała niesamowitą, nierówną walkę z rakiem. To, co uważałam za mało realne, okazało się cudownym sposobem na podarowanie tej kobiecie jeszcze dwóch lat życia. W tym trudnym okresie Pan Profesor był zawsze przy Marii. Niekoniecznie w gabinecie, przy łóżku na sali szpitalnej, w białym fartuchu, był jak ktoś bardzo bliski, kto, tak jak chora, walczył o jeszcze jedno życie.

Dzisiaj córki Marii są dorosłe, skończyły studia, pełnią ważne role społeczne. Kiedy po latach spotykam je, wspominają ten trudny okres dzieciństwa. Pamiętają o Pana szczególnym zainteresowaniu i ogromnym wysiłku, jaki włożył Pan w ratowanie życia ich matki. O cudownym darze, jaki dał Pan Marii – naszej przyjaciółce i jej ukochanym córeczkom – dwa lata życia.

Po wielu latach nie odeszliśmy od tej słusznej i potrzebnej pracy. Pomoc społeczna nie zrobiłaby tak wiele, jak czynią to organizacje seniorów, które powstały na bazie Rady Seniorów. Dzisiaj niemal w każdej dzielnicy miasta organizacje pozarządowe pracują na rzecz osób starszych, mniej sprawnych. Uczestnicy tych działań, podopieczni i społeczni pracownicy mają satysfakcję i odczuwają ogromną radość, że mogą być potrzebni, użyteczni, a wiek nie stanowi już bariery w aktywnym uczestnictwie w życiu rodzinnym i społecznym.

To najważniejsze i najbliższe mi wspomnienia dotyczące współpracy

z Panem Profesorem. W tych niewielu zdaniach nie mogłam odzwierciedlić jednak wszystkiego, co jest niezwykle ważne, co chciałabym przekazać samemu Jubilatowi. Pozwolę sobie na kilka refleksji, które nasuwają mi się, kiedy wracam do wspomnień.

Człowiek – jakże dumnie brzmi to miano. W tytule moich wspomnień o współpracy z Panem Profesorem nabiera ono szczególnego znaczenia. Człowiek będący kimś niezwykłym, oddanym bez reszty drugiemu człowiekowi. Znajdujący czas, zrozumienie dla każdego, i dla osoby młodej, zdrowej, wykształconej, i dla schorowanego, prostego staruszka. Oddający się bez reszty idei najpiękniejszej, najbardziej ludzkiej – niesieniu radości.

Dziękuję, Panie Profesorze (a jest ku temu szczególna okazja), za to, że Pan jest, że mogę pośrednio korzystać z Pana doświadczeń, że nauczyłam się dawać innym część siebie, że ludzie stali się wrażliwsi, że goście uśmiech na ich twarzach.

Gratuluje – wszystko to, co dzieje się dobrego wśród osób starszych i wokół nich, to Pana, Profesorze, niezaprzeczalna zasługa. To ogromne dzieło, równie ważne jak sukcesy zawodowe, naukowe, jak uznanie i sława w kraju i za granicą.

Chciałabym, aby radością i satysfakcją dla Pana był rozwój ruchu samopomocowego seniorów w naszym mieście.

Proszę spojrzeć oczyma wyobraźni: Antoniuk, Dziesięciny, os. Sienkiewicza, Kraszewskiego, Śródmieście, os. Tysiąclecia, Nowe Miasto – seniorzy kontynuują Pana ideę wszędzie. Rozwijają swoją działalność, uczestniczą aktywnie w życiu swojej społeczności lokalnej. Któż, jak nie Pan, Profesorze, dodał nam, seniorom, nie lat, ale życia! Życia, które każdy z nas szanuje, bo jest ono najcenniejszym darem, który każdy starszy człowiek wykorzystuje najrozsądniej, jak potrafi – kształcąc się, pomagając innym i umiejętnie przyjmując pomoc, kiedy jej naprawdę potrzebuje.

Z okazji jubileuszu życzę wielu jeszcze szczęśliwych lat w zdrowiu, miłości i radości w życiu rodzinnym, satysfakcji z pracy, którą ofiarowuje Pan drugiemu człowiekowi.

Guru

Ten, inspirowany pięknym podwójnym jubileuszem, artykuł wspomnieniowy chciałoby się zacząć jak piękną bajkę – dawno temu, za górami, za lasami... Czy jednak życie zawodowe bohatera tego artykułu i współpraca z nim było bajką? Trudno ocenić, ale jak pisze G. G. Marquez – „cieszymy się, że się nam przytrafiło”.

W moim życiu prof. Wojciech Pędich pojawił się na początku lat siedemdziesiątych, kiedy to w Studium Medycyny Społecznej Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego podjęto pierwsze kursy z zakresu geriatry i gerontologii. Słuchaczy było niewielu – kto się wtedy pasjonował problematyką starości, gdy budowaliśmy dziesiątą potęgę gospodarczą świata. Tematyka starości nie cieszyła się szczególnym zainteresowaniem zarówno w przed-, jak i podyplomowym szkoleniu. Wykładowcy i pionierzy geriatry i gerontologii to byli prawdziwi entuzjaści i pasjonaci, dostrzegający nietypowość, ale i piękno tej dyscypliny. Nieliczna wówczas, ale wyborowa kadra ekspertów i specjalistów zainicjowała intensywne prace na rzecz rozwoju i popularyzowania tematyki gerontologicznej. Na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych działo się istotnie wiele. Byliśmy dumni, że zespół polskich naukowców kierowany przez prof. Jerzego Piotrowskiego uczestniczył w pierwszych w Europie międzynarodowych badaniach porównawczych dotyczących sytuacji i miejsca osób starszych w społeczeństwie, a z których książkowy raport stał się pierwszą, fundamentalną pozycją naukową, do dziś wykorzystywaną jako punkt odniesienia i znakomity podręcznik metodologiczny. To w odniesieniu do tego raportu zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, pod

kierunkiem prof. Brunona Synaka, przeprowadził badania porównawcze – Polska Starość 2002.

W Warszawie odbyło się pierwsze sympozjum gerontologii klinicznej organizowane przez Sekcję Geriatrii Polskiego Towarzystwa Lekarskiego kierowanej przez doc. Jana Rutkiewicza i dr. Lucjana Dobrowolskiego, w której udział wzięli m.in. ówczesne VIP-y światowej gerontologii – legendarna prof. Ana Aslan z Rumunii i prof. Dymitr Czebotariew, oraz młody doc. Wojciech Pędich. Pojawiły się pierwsze podręczniki i popularyzatorskie książki, pisane głównie, choć nie tylko, przez doc. Kingę Wiśniewską-Roszkowską, pierwsze oddziały szpitalne nazywające się – geriatryczne, prowadzone przez dr Bognę Żakowską-Wachelko w Katowicach i dr. Bernarda Bieleckiego w Warszawie.

Przy CMKP utworzony został przez prof. Halinę Szwarc pierwszy w Polsce, a w takiej formule to chyba i w Europie, Uniwersytet Trzeciego Wieku.

Przedmiot – gerontologia – wprowadzony został do programu kształcenia formującej się nowej grupy zawodowej – pracowników socjalnych. W 1973 roku powołane zostało, przy życzliwej inspiracji Mieczysława Karczewskiego, dyrektora Departamentu Pomocy Społecznej w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, o interdyscyplinarnym charakterze, integrujące praktycznie wszystkich zajmujących się tematyką gerontologiczną, z różnych ośrodków w Polsce.

Krótko mówiąc, wydawało się, że triumfalny rozwój gerontologii i geriatrii jest kwestią najbliższego czasu. Dla ich przyszłego rozwoju najistotniejszym jednak było utworzenie w Akademii Medycznej w Białymstoku pierwszego Zakładu Gerontologii, z bazą łóżkową na Oddziale Chorób Wewnętrznych szpitala im. J. Śniadeckiego.

Zakładem i oddziałem kierowała ta sama osoba – opromieniony sukcesem pionierskich badań na temat sytuacji ludzi starych w Opolu – doc. Wojciech Pędich.

Pierwsze z Nim spotkanie, na kursie w CMKP, gdzie wśród wykładowców były takie znakomitości, jak prof. Jerzy Piotrowski, i młodziutka, przy nadziei wówczas będąca, dr Joanna Staręga-Piasek, pozostawiło niezatarte wrażenie. Budzący szacunek i nieco przestrasz stawianymi nam pytaniami, doc. Pędich poprowadził swój wykład ze swadą, ale i z konsekwentną dydaktyczną dyscypliną, profesjonalnie i obficie korzystając z najnowszego wówczas środka pomocy wizualnych, czyli rzutnika przeźroczy. Doceniliśmy to tym bardziej, że slajdy przygotowane były z niezwykłą starannością

i, co równie ważne – nietypowością. Jak się miałem wkrótce przekonać, intrygujące swoim nowatorstwem przeźrocza były jedną z cech wyróżniających wykłady i prezentacje przygotowywane przez Pana Docenta. Na dalszy ciąg tych intelektualnych niespodzianek nie trzeba było zresztą długo czekać. Wkrótce odbywały się w Białymstoku Dni Geriatryczne organizowane oczywiście przez Zakład Gerontologii i Sekcję Geriatryczną PTL. Nie do zapomnienia był wykład wprowadzający do tematyki biologii starzenia. Narracja, wygłoszona spokojnym, pewnym głosem ilustrowana była... zdjęciami przyrody Białostockizny! Ani jednego przeźrocza stricte medycznego, a przecież wszyscy uczestnicy znakomicie zobaczyli(!) specyfikę procesów starzenia człowieka na podanych ilustracjach i... piękno ziemi białostockiej. Prawdziwy majstersztyk! Uczestniczyłem później jeszcze w bardzo wielu konferencjach w kraju i na świecie, ale na palcach jednej ręki mogę policzyć takie jak ówczesna prezentacje (wliczając w to zresztą jeszcze kilka autorstwa W. Pędicha).

Nie mogłem powstrzymać się przed wyrażeniem wielkiemu autorytowi swojego podziwu. Jakby w nagrodę, w trakcie drugiego zjazdu PTG – w Katowicach, usłyszałem jak Pan Docent – z ciepłym uśmiechem zaczynając wykład na sesji plenarnej, zwraca się do audytorium – „Przygotowanie dzisiejszej prezentacji (na temat pracy jako wartości w życiu ludzi starszych) sprawiło mi sporo kłopotu. Wiedziałem, że będzie mnie słuchał kolega Putz i zastanawiałem się, jakie slajdy mam przygotować, aby go zaskoczyć i sprawić mu przyjemną niespodziankę...” No i udało się – tezy referatu ilustrowały slajdy przedstawiające różne sceny z życia – zapracowanych krasnoludków. Panie Docencie – jeszcze raz dziękuję...

I tak Pan Docent stał się ważnym dla mnie guru – na zawsze autorytetem w sytuacjach i sprawach zawodowych. Nawet wtedy, gdy nie byliśmy razem na konferencjach, przygotowując swoje wystąpienia i wykłady zawsze myślałem, czy zyskałbym tym wystąpieniem Jego akceptację.

Podziwiałem Jego szerokie, kompleksowe podejście do problematyki starości, tak rzadkie u wysokiej klasy specjalistów medycyny, które zawodziło na przykład przyjęciem wspólnego stanowiska PTG i Polskiego Towarzystwa Urbanistów w sprawie mieszkalnictwa osób starszych i likwidacji barier urbanistycznych. Dziś, gdy temat ten jest oczywistością, warto może przypomnieć, że podejmowaliśmy go – za sprawą Pana Docenta – jako jedni z pierwszych już w latach siedemdziesiątych.

Życie toczyło się coraz szybciej, a wydarzenia w kraju dopingowały do zwiększania aktywności środowiska gerontologów. Niestety, sprawy ludzi starych, choć politycznie coraz częściej artykułowane, nie znajdowały

praktycznego efektu. Nawet wyniki kolejnego międzynarodowego badania, przeprowadzonego pod auspicjami WHO, w których Polskę reprezentował właśnie zespół Pana Docenta, nie zostały należycie wypromowane i wykorzystane.

Kolejna wspomniana sytuacja, to radosny, pełen nowych nadziei zjazd PTG w 1980 roku, w Białymstoku – Pan Docent, niekwestionowany już lider gerontologii, usuwa się na drugi plan, promując na stanowisko przewodniczącej PTG doc. Zofię Kuratowską. Kiedy po odwołaniu stanu wojennego doc. Kuratowska rezygnuje z funkcji, a w środowisku PTG pojawiają się głosy zniechęcenia, to właśnie doc. Pędich podejmuje się tego nowego, bardzo trudnego wyzwania – odbudowy organizacji – stając na jej czele. Robił to jak zawsze metodycznie, planowo i spokojnie, przywracając na powrót poczucie słuszności i wartości realizowanych przez członków PTG zadań.

Wiele z tych inicjatyw, mądrych i słusznych nie doczekało się powszechnego aplauzu, jak na przykład: projekt systemu opieki geriatrycznej, program kształcenia studentów medycyny z zakresu geriatry i gerontologii czy przygotowanie nowoczesnych materiałów dydaktycznych (trzy filmy video nakręcone przy życzliwej pomocy Wojciecha i Hanny Jędrkiewiczów). Stanowią one jednak niekwestionowany dorobek Towarzystwa i jego liderów na czele z, już w tym czasie mianowanym na profesora, Wojciechem Pędichem.

Wybierany jeszcze dwukrotnie na stanowisko przewodniczącego PTG, nadał pracy Towarzystwa wyraźne piętno swojej osobowości, którą jednał innych, wybitnych partnerów, a z których kilkoro, ze względu na długoletnią, twórczą współpracę, należałoby wspomnieć: prof. Józefa Kocembę, prof. Brunona Synaka, prof. Andrzeja Myślińskiego, dr Bognę Żakowską-Wachelko, dr Joannę Staręgę-Piasek, mgr Hannę Jędrkiewicz i najbliższych Jego uczniów i współpracowników z Zakładu Gerontologii. Dwie z tych osób – Barbara Bień i Małgorzata Halicka uzyskały stopień doktora habilitowanego. To również w jakimś zakresie jest Jego zasługą.

Wielką podwójną satysfakcją – zawodową i towarzyską – było uczestniczenie u Jego boku, wspólnie z Barbarą Bień, we wspólnych badaniach z kolegami z uniwersytetu w Lovain w Belgii.

Nie czując się upoważnionym do prezentowania bogatego dorobku naukowego Profesora, na jedną cechę Jego publikacji chciałbym zwrócić uwagę – na humanizm.

Tak jak zaskakujące bywały ilustracje prezentowane na przeżroczach, tak, praktycznie w każdym wystąpieniu naukowym czy publikacji, za-

warta była nie tylko informacja, ale i szerszy, ogólnoludzki jej kontekst, czasem żartobliwy, czasem bardziej refleksyjny, zawsze pogłębiający i nie pozostawiający odbiorcy obojętnym na przekazywane treści. Wspaniały tekst Solona, zamieszczony w skromnym podręczniku „Pielęgniarstwo Geriatryczne”⁴, wykorzystuję, Panie Profesorze, na wykładach do dziś... Zdumiewające jest bogactwo różnych cytatów z literatury pięknej umieszczanych w Jego książkach i artykułach. Ta Jego cecha zapewne powoduje, iż jest również osobą bardzo towarzyską. Nie pamiętam żadnej imprezy naukowej PTG, w czasie której nie byłby organizowany tzw. program socjalny. Jego centralną postacią zawsze był Profesor – bawiący wszystkich, żartujący, tańczący: „No, to jeszcze niech Jacek przeskoczy przez ognisko i wracamy na obrady”. Część socjalna to często były spotkania w plenerze, nie kosztowne, ale zawsze sympatyczne, które się tak miło wspomina...

Wydobywając z pamięci różne spotkania z Profesorem, zawsze widzę Go zajętego, ale w sposób spokojny i rzeczowy, z żartobliwym błyskiem w oku, otoczonego szacunkiem i sympatią...

Ad multos annos, Profesorze!

Mój Nauczyciel

Pierwsza praca, pierwszy nauczyciel – to niezwykle ważny etap w życiu każdego człowieka. Kształtuje nas, przygotowuje do dalszej pracy zawodowej, uczy postaw życiowych. Szczególnie istotne jest to w przypadku tak odpowiedzialnego zawodu, jakim jest zawód lekarza. Kończąc studia medyczne, mamy wiedzę teoretyczną, której właściwego wykorzystania uczymy się dopiero w konfrontacji z pacjentem czy konkretnym przypadkiem chorobowym. Stawką jest zdrowie i życie ludzkie, dlatego nie można się uczyć na własnych błędach. Trzeba mieć kogoś, kto podzieli się swoim doświadczeniem, wskaże jak postąpić, czego nie zaniedbać, w razie potrzeby wesprze swoim autorytetem. Miałam szczęście spotkać na początku swojej drogi zawodowej takiego człowieka. To właśnie prof. Wojciech Pędich.

Był październik 1969 roku, kiedy rozpoczynałam kierunkowy staż z interny na I Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w Białymstoku, kierowanym przez Pana Profesora (wówczas w stopniu docenta). Trochę się bałam tej pierwszej pracy, konfrontacji swoich wiadomości z praktyką, zetknięcia z prawdziwą medycyną. Na szczęście odbywała wtedy również staż moja koleżanka z roku Nela Ptak, która była na oddziale już zdomowiona i mogłam liczyć na jej wsparcie. Od niej dowiedziałam się, że czeka mnie ciekawa praca w bardzo sympatycznym zespole. Rzeczywiście, oddział był zorganizowany perfekcyjnie – podzielony na trzy sprofilowane odcinki liczące po około 20 łóżek: endokrynologiczny, reumatologiczny i kardiologiczny, nadzorowane przez specjalistów – dr Danutę Jakubowską (endokrynologa), dr Hannę Mroczek (reumatologa) i dr. Zdzisława Klepackiego (kardiologa). Oprócz tego była jeszcze 3- czy 4-łóżkowa sala intensywnego nadzoru medycznego. Oczywiście

przekrój przypadków hospitalizowanych obejmował całą szeroką inter-
nę – wszystko, z czym lekarz chorób wewnętrznych może się spotkać. Na
każdym z odcinków pracowali koledzy ze specjalizacją pierwszego stopnia
z chorób wewnętrznych. Pamiętam z tego okresu Basię Dąbrowską, Jolę
Fiedorowicz i Andrzeja Stogowskiego. Do tego cała armia lekarzy specja-
lizujących się oraz stażyści. Czasami z trudnością mieściliśmy się w dosyć
obszernym gabinecie lekarskim w czasie porannego raportu. Praca zaczy-
nała się punktualnie o godzinie 7.30 relacją lekarza dyżurnego i omówie-
niem ciekawych i trudnych przypadków, przy czym w dyskusji uczestni-
czyli wszyscy i każdy mógł być wezwany „do tablicy”.

Wizyta ordynatorska odbywała się każdego dnia na innym odcinku.
Ponadto po ostrym dyżurze oglądani byli nowo przyjęci chorzy. W związ-
ku z tym, że pracowało nas wówczas na oddziale sporo, mieliśmy ten
komfort, że na jednego lekarza przypadało od 4 do 8 pacjentów. Można
było zatem nad każdym chorym się zastanowić, przemyśleć. Istotną częś-
cią historii choroby była wstępna ocena przypadku, która zawierała plan
diagnostyczny, z uwzględnieniem diagnostyki różnicowej. Każdy chory
traktowany był indywidualnie i pacjenci bardzo to sobie cenili. Nie było
podziału pacjentów na mniej lub bardziej ważnych, z racji np. stanowi-
ska czy prominenccji. Pamiętam taką sytuację, która świetnie to obrazuje,
a która miała miejsce na dyżurze dr Danuty Jakubowskiej. Na sali inten-
sywnego nadzoru leżał wówczas pacjent ze świeżym zawałem. Panowie,
którzy przyszedli go odwiedzić, nie przyjęli do wiadomości tłumaczenia pani
doktor, że na tej sali nie ma odwiedzin. Zaczęli wymachiwać legitymacją
partyjną, z komentarzem – „Czy pani wie, kim my jesteśmy?”. Doktor ze
spokojem poprosiła o ową legitymację, schowała ją do kieszeni fartucha
i zakończyła całą rozmowę stwierdzeniem – „Legitymacja partyjna nie
jest do straszenia. Odbierzecie ją panowie u swoich przełożonych”. Jak na
owe czasy było to zdarzenie wymagające pewnej odwagi, poczucia własnej
wartości i, oczywiście, pełnego poparcia ze strony Ordynatora.

Uczyliśmy się medycyny we wszystkich jej aspektach – zarówno teorii
jak i praktyki. Stażyści osobiście wykonywali iniekcje dożylnie u swoich
pacjentów. Lekarz prowadzący był zobowiązany np. w schorzeniach he-
matologicznych oglądać i oceniać rozmazy krwi obwodowej czy szpiku,
w przypadkach kardiologicznych opisywać elektrokardiogram, fonokar-
diogram, wykonywać próbę wysiłkową, EKG przezprzełykowe, robić wy-
kres nasycenia preparatami naparstnicy, w schorzeniach układu oddech-
owego – pomiary spirometryczne. W razie wątpliwości zawsze można było
uzyskać pomoc ze strony starszych kolegów. Uczestniczyliśmy również

często w badaniach radiologicznych. Funkcjonowało podręczne laboratorium zorganizowane na potrzeby Oddziału. Profesor był otwarty na wszelkie nowinki techniczne w medycynie. Mieliśmy – jako jedni z pierwszych w Polsce – prototypowy jeszcze wówczas, aparat do echokardiografii serca. Raz w miesiącu odbywały się szkolenia oddziałowe. Miało to miejsce w godzinach popołudniowych. Brali w nich udział również lekarze spoza Oddziału, specjalizujący się lub sympatycy. Tych ostatnich była spora grupa. Referaty dotyczące jakiegoś konkretnego problemu przygotowywane były przez zespół kolegów, w oparciu o aktualne piśmiennictwo.

Prof. Pędich potrafił i kochał szkolić. Organizowane były na Oddziale również wewnętrzne szkolenia z zakresu elektrokardiografii, wektokardiografii, prowadzone osobiście przez Profesora. Powtarzaliśmy medycynę przy okazji każdego diskutowanego przypadku. Mobilizowani byliśmy przez szefa do zdobywania specjalizacji. Harmonogram zaplanowanych kolokwiiów i zaliczeń był ściśle przestrzegany i egzekwowany. Była również sprzyjająca atmosfera do działalności naukowej. Wyszło z Oddziału wiele prac kazuistycznych i poglądowych, w niczym nie ustępujących tym z renomowanych klinik. Pracując na oddziale kierowanym przez prof. Pędicha czuło się prawdziwą, dobrą medycynę, pozbawioną rutyny i bezosobowości i niezaprzeczalny, ogromny autorytet szefa. Na zawsze pozostał mi w pamięci życzliwy, pełen wyrozumiałości i troski stosunek do chorego, do jego dolegliwości, nawet tych wyolbrzymianych. Pacjent był bardzo ważny, ale równie ważny czuł się lekarz. Profesor nigdy nie zwrócił uwagi lekarzowi przy pacjencie. Jeżeli miał do kogoś z nas jakieś zastrzeżenia, rozmowa odbywała się najczęściej w cztery oczy i była prowadzona w sposób niezwykle taktowny i życzliwy.

Nie zapomnę faktu, kiedy jako początkujący lekarz miałam ostry dyżur na izbie przyjęć. Nad ranem przywieziono mi pacjenta z zaostrzeniem przewlekłej niewydolności krążeniowo-oddechowej. Na tym dyżurze był to już pięćdziesiąty chory, który trafił na izbę przyjęć. Pacjent wymagał hospitalizacji, a ja nie dysponowałam o tej porze żadnym wolnym łóżkiem, ani nawet dostawką. Podałam doraźnie leki, wykonałam EKG, wezwałam karetkę pogotowia ratunkowego i skierowałam chorego do Szpitala Miejskiego, który o godz. 8.00 zaczynał dyżur. Następnego dnia ten chory zmarł w szpitalu i zaczęły się pod naszym adresem zastrzeżenia. Nie czułam się winna, niemniej sytuacja wymagała tłumaczenia i była niewątpliwie stresująca dla młodego lekarza. I wtedy Profesor nie zostawił mnie samej z problemem. Osobiście wyjaśnił okoliczności wydarzenia. Byłam ogromnie wdzięczna. I chociaż wydawałoby się to takie naturalne, to mu-

sze przyznać, że w późniejszym życiu zawodowym wielokrotnie spotykałam się z zupełnie odmiennymi postawami szefów.

Po zakończeniu stażu były kłopoty z zatrudnieniem. Oddział nie dysponował wolnymi etatami. I tu znowu mogłam liczyć na pomoc Profesora. Z Jego inicjatywy otrzymałam etat internisty konsultanta w Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczy, z oddelegowaniem w godzinach 7.30–11.00 na Oddział Wewnętrzny w celu kontynuowania specjalizacji. Oczywiście, jako lekarz bez doświadczenia zawodowego, nie miałam w tym momencie uprawnień do tego rodzaju pracy i Profesor zaręczył za mnie własnym autorytetem. Zachowywał się tak w stosunku do wszystkich pracowników i dlatego na I Oddziale Wewnętrznym czuliśmy się po prostu członkami jednej wielkiej oddziałowej rodziny. Profesor interesował się nie tylko naszym rozwojem naukowym i zawodowym, ale również życiem rodzinnym, drobnymi nawet sukcesami czy niepowodzeniami. Narodziny dziecka w „oddziałowej rodzinie” były świętem. Basia Dąbrowska po urodzeniu syna dostała od nas w prezencie piękną kołyskę, którą Profesor osobiście wybierał i przywoził do szpitala. Pamiętam wspólne oddziałowe majówki, na które wyjeżdżaliśmy z dziećmi i mężami czy żonami. Niezapomniane były spotkania w starym wiatraku pod Białymstokiem, który Profesor kupił i zaadaptował do celów rekreacyjnych. Imieniny szefa były co roku celebrowane w klubie szpitalnym. I nie była to tylko kawa i ciasto, ale prawdziwa integrująca impreza oddziałowa, z muzyką i tańcami.

Pracowałam później na wielu różnych oddziałach szpitalnych, ale nigdzie nie spotkałam już takiej atmosfery jak na I Oddziale Wewnętrznym Szpitala Wojewódzkiego, którym kierował prof. Wojciech Pędich.

W 1976 roku z przyczyn rodzinnych opuściłam Białystok. Przed wyjazdem Pan Profesor zaproponował mi otwarcie przewodu doktorskiego, co jeszcze na kilka lat związało mnie z Białymstokiem i z Oddziałem. Później spotkaliśmy się jeszcze w roku 1978 w Staszowie na sympozjum gerontofarmakologii organizowanym przez miejscowe koło PTL. Po roku 1981 rzadko odwiedzałam Białystok, ale śledziłam losy Profesora i mojego pierwszego miejsca pracy.

W tym roku przechodzę na emeryturę. Przepracowałam w służbie zdrowia trzydzieści siedem lat, starając się realizować to, czego nauczył mnie Profesor. Mam nadzieję, że mi się udało.

Cieszę się, że Jego osoba oraz dorobek naukowy i zawodowy zostaną uhonorowane i że mogę mieć w tym swój skromny udział.

REFLEKSJE NAD STAROŚCIĄ

Wędrowanie – kilka uwag o starości w literaturze

Starość stanowi nie tylko obszar zainteresowań badaczy nauk medycznych i społecznych, jest także obecna w sztuce. Łatwo przywołać tu powszechnie znane wielkie dzieła literackie, w których bohaterowie, ludzie w późnym wieku, stanowią niezapomniane postaci. Takim jest Szekspirowski król Lear, starzejący się władca, który swą bezrozumną dumą i uporem doprowadza do własnego szaleństwa i całkowitej destrukcji otaczającego go świata, aby następnie osiągnąć jasność widzenia tak porażającą, że jedynym wyjściem jest śmierć w rozpacz. W książce „Baśń zimowa. Esej o starości” Ryszard Przybylski pisze: „Każdy starzec, który odważył się myśleć o tym, co przypadło mu przeżyć, wie, że życie zawsze kończy się katastrofą. I nie jest nią śmierć, lecz niedopoznanie, istota kondycji ludzkiej”. Król Lear zaprzecza tej tezie. Najpierw swą starczą nieostrością widzenia i fałszywym osądem doprowadził do bezmiaru zniszczenia w obrębie swojego świata, ale u kresu osiągnął pełnię tragicznego zrozumienia.

Inną wielką postacią literacką mężczyzny w późnym wieku jest Santiago z opowiadania Ernesta Hemingwaya „Stary człowiek i morze”, pokazujący jak klęska, wynikająca ze słabości fizycznej, może być przekuta na triumf ducha. Niezapomnianą postać starzejącego się bohatera w literaturze polskiej stanowi Ignacy Rzecki z „Lalki” Bolesława Prusa. Barwnymi postaciami zawadiaków w dojrzałym wieku są pan Zagłoba z „Trylogii” i Gerwazy z „Pana Tadeusza”.

W literaturze popularnej ostatnich lat intrygujący obraz starości został stworzony w powieści „Tato” Williama Whartona, najpopularniejszego amerykańskiego pisarza w Polsce w latach dziewięćdziesiątych. Ten sam pisarz stworzył ciekawą postać starej niewidomej kobiety w powieści

„Spóźnieni kochankowie” – Mirabelle, na przekór dogmatom współczesnej kultury popularnej, relegującym świat uczuć i przeżyć fizycznych z nimi związanych do okresu młodości, udowadnia, że późny wiek nie jest ogranicznikiem doznań i kategorii przeżyć. O namiętnościach towarzyszących starości intrygująco pisze Gabriel Garcia Marquez w powieściach „Miłość w czasach zarazy” i „Rzecz o mych smutnych dziwkach”. W odróżnieniu od Whartona, Marquez posługuje się subtelną ironią i prezentowanym obrazem starości nadaje odcień magiczny.

Bystrość umysłu i niezbywalna wartość doświadczenia życiowego są atrybutami jednej z najpopularniejszych bohaterek literatury kryminalnej XX wieku, panny Marple, starszej pani detektyw-amator z wielu powieści Agaty Christie. Poparta doświadczeniem bystrość umysłu panny Marple zawsze umożliwia ujawnienie zbrodniarza i wybawienie bezradnej policji z opresji. Także inny bohater powieści kryminalnych Agaty Christie, Hercule Poirot, do późnej starości z powodzeniem rozwiązuje zagadki popełnianych zbrodni.

W poezji także nie brakuje dojmujących obrazów starzenia i metafor starości. Wielcy poeci często dożywali późnego wieku. Wprawdzie angielscy romantycy umierali młodo – John Keats w wieku lat dwudziestu sześciu, George Byron w trzydziestym szóstym roku życia, Percy Shelley w wieku lat trzydziestu, ale można podać wiele przykładów z których wynika, że oddawanie się poetyckiej refleksji nad światem sprzyja długowieczności. William Wordsworth, wybitny angielski romantyk, dożył osiemdziesiątki, Johann Wolfgang Goethe – osiemdziesiątego trzeciego roku życia, Czesław Miłosz – dziewięćdziesiątego trzeciego. Późnego wieku doczekali trzej ważni poeci amerykańscy dziewiętnastego wieku: Walt Whitman zmarł mając siedemdziesiąt trzy lata, William Cullen Bryant – osiemdziesiąt sześć, Henry Wadsworth Longfellow – siedemdziesiąt pięć. Zapewne nieprzypadkowo prapoeta Homer także jest przedstawiany jako stary człowiek.

Literatura zwykle patrzy na ciemną stronę życia. Stąd też zapewne gorzkość starości wydaje się dominować w poetyckiej refleksji nad późnym wiekiem. W poetyckich obrazach starzenia częste są wizje głęboko pesymistyczne. Taka wizja zawarta jest w poemacie Thomasa Stearnsa Eliota „Gerontion”, programowo, jak sugeruje tytuł, poświęconemu starości. Jest to obraz stworzony nie na fundamencie przeżyć własnych, gdyż piszący go poeta dobiegał trzydziestki, ale wynikający z obserwacji, empatii i refleksji nad kulturą.

Jednakże poezja nie zawsze dostarcza obrazów cierpienia i beznadziej-

ności starości. Często metaforą życia ludzkiego w poezji jest wędrówka. Późny wiek to czas pięknego podróżowania – pogłębionego doświadczeniem i świadomością, że kres jednostkowego życia jest jedynie kontynuacją świata. Starość to złoty wiek dla wędrowca, gdyż nawet jeśli ciało jest słabe, łatwiej jest docenić wartość doznań, zracjonalizować przemijanie, nazwać nienazywalne. Spokój wieloletniego wędrowania przez życie można pokazać na wybranych przykładach bardzo różnych poetów z odmiennych czasów i kultur.

Emily Dickinson, wybitna poetka amerykańska XIX wieku, tworzyła swoje niezwykle wiersze w izolacji własnego pokoju w rodzinnym domu w Amherst w Massachusetts. Unikając rozgłosu i utrzymując kontakt ze światem jedynie poprzez bogatą korespondencję, Dickinson stworzyła poezję nowatorską w formie i stylu, inspirując wielu poetów XX wieku. Tematycznie poezja Dickinson utrzymywała się w konwencji jej czasów, dotycząc miłości, religii, śmierci, przyrody. Metaforę życia, przemijania i tworzenia zawiera jeden z jej najczęściej przywoływanych w antologiach wierszy, w tłumaczeniu Stanisława Barańczaka, zatytułowany słowami pierwszego wersu – „Nie mogłam stanąć i czekać na śmierć”. Wiersz przedstawia przejażdżkę damy konnym powozem w towarzystwie wytwornego towarzysza podróży, którym jest Śmierć (w wersji angielskiej mężczyzna, w polskim tłumaczeniu – kobieta). Jest to podróż pełna spokojnej refleksji, rozpatrująca kolejne etapy życia: dzieciństwo i młodość symbolizowane przez „Boisko Szkolne”, dorosłość przez „Łany [dojrzałego zboża]” i starość poprzez „Słońca Zachód”. Ostatnia stacja to „Dom niski”, o dachu ledwie widocznym, z gzysami wrośniętymi w ziemię. Spokój podróży czerpie poetka z przeświadczenia, że w bryczce wraz z nią jest także „Nieśmiertelność”. Jak mówi ostatni wers, „Końskie Łby prą w Wieczność”, przy czym nie jest to kres, gdyż pozostaje wiara w nieśmiertelną duszę i poezja stworzona za życia, które zapewniają trwanie i nieśmiertelność. Religia i owoce twórczego życia stają się źródłem niezmaconego spokoju wobec perspektywy ziemskiego przemijania.

O wędrówce przez życie ocenianej jednocześnie z perspektywy człowieka starego i młodego mówi w wierszu »Droga nie wybrana« ulubiony poeta Amerykanów, Robert Frost. Utwór otwiera przejrzysta metafora wyboru dokonywanego w młodości, gdy na początku dorosłego życia podmiot liryczny kontempluje dwie drogi w lesie, który jednakże jest już lasem jesiennym („dwie drogi w żółtym lesie szły w dwie różne strony”), a tym samym znamionuje nieuchronność końca, symbolizowanego rytmem czterech pór roku. Drogi pozornie różnią się niewiele, jedna z nich

jest „rzadziej używana”, zarośnięta trawą i z tej przyczyny wydaje się wędrowcowi bardziej „warta wyboru”. Decyzji o wybraniu jednej lub drugiej drogi towarzyszy nieuchronne przekonanie, że wybór jest nieodwracalny i że „nie zjawię się w tym samym miejscu po raz drugi”. Wiersz nie sugeruje jednak, iż któryś wybór okaże się zły – każda z dróg oferuje ciekawe życie. Refleksja o interesującym życiu jest podana z perspektywy starości:

Po wielu latach, z twarzą przez zmarszczki zoraną,
Opowiem to, z westchnieniem i mglistym morałem:
Zdarzyło mi się niegdyś ujrzeć w lesie rano
Dwie drogi; pojechałem tą mniej uczęszczaną –
Reszta wzięła się z tego, że to ją wybrałem.

Obrachunki z życiem nie budzą niepokoju i obaw, co do źle dokonanego wyboru. Dają wrażenie, że wędrowało się właściwie wybraną drogą, a z przemyśleń wyrażonych w wierszu emanuje wewnętrzny spokój.

Główna persona polskiej poezji po II wojnie światowej, stworzony przez Zbigniewa Herberta Pan Cogito, wypowiada się na bardzo różne tematy, w tym także o długowieczności. Wypowiedź w wierszu »Pan Cogito a długowieczność« zabarwiona jest nutą ironii, charakterystyczną dla poezji Herberta. Pan Cogito „może być z siebie dumny” – wszak reprezentuje gatunek, który żyje dłużej niż „pszczola -robotnica”, „mysz domowa”, „jaskółka”, „koza”, „karp / aligator / krab”, a wiek ostateczny człowieka, gdy „wygasają ambicje Pana Cogito”, mieści się pomiędzy wiekiem węgorza a słonia. Pan Cogito nie pragnie jednakże długowieczności „papugi”, „orla podniebnego” lub „pancernego żółwia”. Docenia starzenie się:

Pan Cogito
chciałby do końca
śpiewać urodę przemijania.

Z godnością akceptuje późny wiek – bez „eliksirów” i „paktów z Mefistem”. Pielęgnuje starość:

z troską dobrego ogrodnika
hoduje zmarszczki na twarzy.

Pan Cogito triumfuje nad mankamentami starości: nie przeszkadza mu „luki pamięci”, wszak pamięć może być źródłem udręki. I czemuż

miałaby służyć nieśmiertelność? Herbert sugeruje, że los bogów jest losem smutnej starości: „niebieskich przeciągów”, „partackiej administracji”, „nienasyconej chuci”, „potężnego ziewania”, a Pan Cogito jest śmiertelnikiem. Pan Cogito, bohater naszych czasów, wydaje się z pogodą ducha akceptować starzenie się.

W różnych barwach mówią o starości wiersze wybitnego współczesnego polskiego poety, Jarosława Marka Rymkiewicza. W zbiorze „Zachód słońca w Milanówku”, którego tytuł może być odczytany jako metafora późnego wieku, odzwierciedlonego w cyklu poranka, południa i wieczoru ludzkiego życia, znajdujemy wiersz zatytułowany »Stary kapelusz, plecak, wiatr, nocny wędrowiec«. Komponenty tytułu (inspirowane fragmentem z Hermanna Hessego) sugerują podróż dojrzałego wiekiem wędrowca – w starym kapeluszu, z plecakiem doświadczeń, ze świadomością wiatru, który ułatwia lub utrudnia wędrowanie, w nocy, ostatnim etapie cyklu ludzkiego życia. Wiersz rozpoczyna strofa o poszukiwaniu Boga, a kończy wers o znalezieniu małego kotka – a zatem refleksja zawarta w wierszu wydaje się przesuwac od metafizyki do doznania zmysłowego reprezentowanego przez „kocię młode”, miękkie i spolegliwe stworzenie. Obrazowanie w wierszu nawiązuje do sugerowanych przez tytuł zbioru przedmiotów wielkiego miasta – „krzaki jeżyn podmiejskie śmietniska”, kolejka dojazdowa i chwasty na nasypie. Jest to krajobraz smutny, ale o ileż spokojniejszy od „okoliczności” starości sugerowanych przez Ryszarda Przybylskiego: „Niebo jest ponure i groźne. Wieją zimne wichry. Dokoła błoto i gnój. Na korytarzach szpitalnych rdzawe plamy porozlewanej krwi”. Określenie „zimne wichry” sugeruje zupełnie inny krajobraz starości, niż użyte przez Rymkiewicza słowo „wiatr”.

Podobnie jak w cytowanym wierszu Roberta Frosta, u Rymkiewicza występuje jesienny krajobraz: „czarne liście [...] sucha jabłoń klon ścięty złamane pokrzywy [...] trzy brzoźki schorzałe / stara sosna i wrzosi [...] suchy jaśmin sosenki”. Krajobraz dopełniają wiadukt i dziurawy płot, ten ostatni będący metonimią starzenia, wyraźnie wyrażonego także we frazie „Przez jesień mego życia idziemy pomału”. Wiersz jest o poszukiwaniu Boga, a może tylko właściwej ścieżki przez jesień życia. Symbolika religijna wydaje się wyrazista, gdy poeta obrazuje zachód słońca: „Chmury wiszą na niebie jak skrwawione chusty”, przywołując na myśl chustę Weroniki. I choć w pejzażu wędrowania dominują zabiedzone ptaki i koty oraz wędnąca roślinność, końcowe wersy wiersza są zaskakująco pogodne i dobrze wróżące na przyszłość:

To co niosę na rękach to jest kocię młode
Mała gwiazdka nam wróży przyjemną pogodę.

W innym, późniejszym wierszu Rymkiewicza, »Przez wiadukt w dół po schodkach«, centralnym elementem poetyckiego obrazu jest także wiadukt umiejscowiony w podwarszawskim pejzażu:

Kilka brzóz kilka grabów pejzaż spod Warszawy
Przez wiadukt nad torami idzie kot kulawy.

Wiadukt, słowo nawiązujące do rzymskich źródeł cywilizacji europejskiej, reprezentuje przejście ponad torami, po których mkną pociągi, do i z wielkiego miasta. Kot w drugim cytowanym wierszu Rymkiewicza to stary kot „na trzech nogach”, który jest, jak podkreśla poeta „jak ja ledwie żywy”. Fraza „ledwie żywy półślepy w dodatku półgłuchy” pobrzmiewa echem słynnego szekspirowskiego monologu o siedmiu etapach w życiu człowieka z „Jak wam się podoba”: „Sans teeth, sans eyes, sans taste, sans everything”. W wierszu Rymkiewicza »Przez wiadukt w dół po schodkach«, jak w utworze poety cytowanym wcześniej, krajobraz zdominowały wysypiska śmieci, a pora dnia jest wyraźnie określona – „o zmierzchu”. Jednakże brzoźki – zapewne te same, co w poprzednim wierszu – „znowu są zielone”. Końcowa refleksja wiersza przypomina, poprzez nawiązanie do nieśmiertelności, ostatnie wersy cytowanego wcześniej wiersza Dickinson. U Dickinson „Końskie łby prą w Wieczność”, u Rymkiewicza:

Minie eon i drugi miną trzy eony
Ktoś inny na to spojrz – też będzie zdziwiony.

Wcześniej w wierszu polski poeta, podobnie jak cytowana poetka amerykańska, „szuka drogi do wieczności”. U Rymkiewicza wieczność wydaje się kryć w niekończącym się cyklu przyrody, aczkolwiek jest także miejscem poszukiwania Boga:

Wysypiska płonące gdzieś na skraju życia
Jeśli gdzieś – to tam właśnie Bóg wyjdzie z ukrycia.

Czy poeta znajdzie nieśmiertelność? To już decyzja „późnego wnuka”. W historii cywilizacji basenu Morza Śródziemnego najważniejszą podróż, która stała się mitycznym prawzorem wszelkich podróży, odbył Ody-

seusz. Jak prapodróżą zbiorowości w kulturze Zachodu jest droga Żydów z Egiptu do Ziemi Obiecanej, tak prapodróżą jednostki jest powrót Odyseusza na Itakę. I trudno byłoby znaleźć poetę bardziej predestynowanego do nawiązania do owej podróży niż Konstandinos Kawafis, twórca nowoczesnej poezji greckiej. Wiersze Kawafisa reprezentują modernistyczny styl poetycki: suchy, zwarty, głęboko ironiczny i zakorzeniony w dorobku cywilizacyjnym ludzkości. Wiersz »Itaka« Kawafisa to modlitwa o długie życie, którego metaforą jest pełna przygód wyprawa Odyseusza. Wiersz jest też pochwałą duchowości i partycypowania w kulturze. Nie można liczyć na to, że własne życie będzie przypominało pełną barwnych przygód wyprawę Odyseusza, jeżeli „Lajstrygoni, Cyklopi, Posejdon szalony” nie mają swego miejsca w naszej duchowości. Podróż, o którą prosi Kawafis w wierszu o Itace, obfituje także w przyjemności zmysłowe, symbolizowane przez klejnoty i wonności. Celem podróży jest Itaka i cel ten nie powinien zniknąć wędrowcowi z pola widzenia, jednakże podróży nie należy przyspieszać. Oby była jak najdłuższa, a przybycie na Itakę nastąpiło w późnym wieku: „abyś stary już był, gdy dotrzesz do swej wyspy”. Itaka nie obiecuje bogactwa, ale dążenie do niej zapewnia piękną podróż.

Itaka dała ci tę piękną podróż,
Bez Itaki nie wyruszyłyś w drogę.
Niczego więcej już ci dać nie może.

I choćbyś ujrzał, że jest biedna –
nie oszukała cię Itaka
Wróciwszy tak mądry, po tylu doświadczeniach,
zrozumiesz prawdziwie, co to jest Itaka.

I choć Kawafis o tym nie wspomina, jak wiadomo każdemu podróżnikowi świadomemu kulturowych korzeni Europy, na Itace czeka na wędrowca piękna i wierna Penelopa. Nadchodzi koniec żeglowania, ale u kresu jest rodzinna wyspa, gdzie już nie gonią huragany namiętności i intelektualnej niepewności. Jest Itaka.

Bibliografia:

Dickinson E.: (1998), Nie mogłam stanąć i czekać na śmierć. W: S. Barańczak. Od Walta Whitmana do Boba Dylana. Antologia poezji amerykańskiej. Kraków: Wydawnictwo Literackie, s. 53-54.

Frost R.: (1998), Droga nie wybrana. W: S. Barańczak. Od Walta Whitmana do Boba Dylana. Antologia poezji amerykańskiej. Kraków: Wydawnictwo Literackie, s. 68-69.

Herbert Z.: (2004), Pan Cogito a długowieczność. W: Z. Herbert. Wiersze wybrane. Kraków: Wydawnictwo a5, s. 252-254.

Kawafis K.: (1979), Itaka. Z. Kubiak, [tłum.]; <http://turdan.w.interia.pl/kaw/kk-p.13.html> [28.04.2006].

Przybylski R.: (1998), Baśń zimowa. Esej o starości. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

Rymkiewicz J. M.: (2002), Stary kapelusz, plecak, wiatr, nocny wędrowiec. W: Zachód słońca w Milanówku. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

Rymkiewicz J. M.: (2005), Przez wiadukt w dół po schodkach. W: *Newsweek*. 28.12.2005, s. 160.

Starzenie się i starość w świetle filozoficznych rozważań nad tożsamością

*Wszystkie subtelne zagadnienia, które dotyczą tożsamości
osobowej, nie dadzą się nigdy rozstrzygnąć ostatecznie*
Hume (1963, s. 340)

Wprowadzenie

Tożsamość to jedna z najstarszych kategorii metafizycznych, analizowana z wielu punktów widzenia. Problem tożsamości wyraża się w stosunku istoty i istnienia (Tomasz z Akwinu), stosunku bytu realnego i idealnego (Schelling), stosunku bytu i innobytu, bytu i nicości lub bytu i myśli (Hegel), stosunku bycia i myśli (Heidegger; Skarga 1997). Etymologiczny sens słowa „tożsamość” (*idem* i *ipse*) wskazuje, z jednej strony, na podobieństwo, identyczność, z drugiej zaś, na odrębność i różnicę. Dwoistość terminu „tożsamość” oddaje w słowach M. Chebel – „tożsamość jest fenomenem niestałym, którego cechą jest poszukiwanie stałości w zmienności” (za: Malewska-Peyre 1992, s. 21). Próba interpretacji przytoczonej myśli, przeprowadzona z perspektywy procesu starzenia się człowieka przybiera postać szczególnie złożonego problemu. Konsekwencją naturalnego procesu starzenia się są zachodzące w jednostce zmiany o charakterze biologicznym, psychicznym oraz społecznym. Dynamika tych zmian sprawia, że dostrzeżenie owej stałości w zmienności nie jest łatwe, zarówno z perspektywy indywidualnego wglądu w siebie, jak i z perspektywy przyjętej przez innych. Owa zmienność jest nieuchronna. Obraz człowieka starszego z biegiem lat ulega zmianie. Czy nadal możemy mówić, że jest to ten sam człowiek? Odpowiedź na to pytanie pozostaje w ścisłym związku z zagadnieniem trwałości w czasie i może być różna w zależności od podzielanych definicji tożsamości.

Starzenie się człowieka – identyczność i różnica

Proces starzenia się człowieka przejawia się, najogólniej mówiąc, w zachodzących wraz z upływem czasu zmianach. Zmiana wpisana jest w życie ludzkie. Stanowi element naszej rzeczywistości. Już Heraklit, przyrównując obraz rzeczywistości do rzeki, dostrzegał w niej przede wszystkim zmienność. Dla Heraklita zmienność była jednak jedyną stałością. Człowiek bowiem nie może powiedzieć, że jest tak jak rzeka – jest i nie jest zarazem. Człowiek nie trwa, lecz zmienia się. Równocześnie wszystko jest względne. Nieustanna zmiana powoduje zacieranie się granic pomiędzy przeciwieństwami. I tak jak dzień i noc, młodość i starość w swojej osnowie są tym samym (za: Tatarkiewicz 1997, s. 30-32). Zastanawiając się nad tą kwestią, można dojść do odmiennego przekonania. Zmiana nie powoduje zacierania się przeciwieństw, ona je raczej uwidacznia, tworzy, wydobywa z czegoś tworzącego całość. Młodość i starość są raczej przejawem zmiany, która wpisana jest w życie ludzkie.

Zdaniem D. Hume'a „wobec tego, że natura rzeki polega na ruchu i zmianie części, to chociaż te części zmieniają się tu całkowicie [...], ta zmiana nie przeszkadza przecież, iżby rzeka pozostała ta sama w ciągu szeregu wieków” (Hume 1963, s. 335). Przyjmując, że „natura” człowieka, podobnie jak natura rzeki, wyraża się w zmianie, wydawać by się mogło, że przechodzenie przez kolejne fazy życia stanowi tylko inny przejaw zawsze jednak tej samej „formy”. Mówiąc inaczej, młodość i starość, wpisana w życie ludzkie, mimo zmienności, odnosi się zawsze do tego samego człowieka, a raczej jest tym samym człowiekiem. Czy jednak bycie tym samym człowiekiem oznacza bycie takim samym człowiekiem? Problem wydaje się o wiele bardziej złożony, kiedy zadamy sobie pytanie – czy stateczny 70-latek może odpowiadać za czyny 20-latka? Okazuje się wówczas, że nie zadawała nas identyczność, wyprowadzona z prostego stwierdzenia, że starość i młodość są przejawem tego samego. Poszukujemy raczej tożsamości wywiedzionej z różnorodności, wyszukanej wśród tego, co zmienne. Rozważania prowadzone na gruncie filozofii, a podejmujące kwestię identyczności, nie są jednoznaczne, szczególnie w odniesieniu do rzeczy, które ze swojej natury są zmienne i niestałe.

G. W. Leibniz wskazuje na logiczne i ontologiczne rozumienie identyczności. W znaczeniu logicznym, prawdy pierwsze, fundamentalne, zawarte są w zdaniach tożsamościowych przybierających postać „A jest A”, albo „A nie jest nie-A”. Wyrażając to przykładem: „»Każda rzecz jest taka jaka jest«; »Każda rzecz jest podobna samej sobie lub samej sobie równa«;

»Nic nie jest większe lub mniejsze od samego siebie«” (Leibniz 1969, s. 87). O ile logiczne ujmowanie identyczności dotyczy refleksji nad formą zdania, o tyle ontologiczne rozpatrywanie analizowanej kwestii odnosi się do przedmiotów świata realnego – substancji. Ontologiczne rozpatrywanie identyczności opiera się na zasadzie, „że nieprawdą jest, aby dwie substancje były całkiem do siebie podobne i różniły się tylko liczbą. [...] Nigdy nie znajdzie się dwóch jaj albo dwóch liści, albo traw w ogrodzie w zupełności do siebie podobnych” (Leibniz 1969, s. 89). Zastanawiając się nad logicznym ujmowaniem identyczności okazuje się, że relacja A jest A może być różnie rozumiana. Zdaniem Hume’a w zwrocie „równy sobie samemu” ($A=A$) przedmiot określany zaimkiem zwrotnym musi być pod jakimś względem różny od oznaczanego wprost. Inaczej sąd wypowiadałby dwa razy to samo, a tożsamość byłaby czymś nieodróżnialnym (za: Frank 1991, s. 195). Hume, rozważając kwestię tożsamości „ja”, stwierdza, że nie sposób mówić o tożsamości „ja”, skoro istnienia „ja” dowieść nie można (Hume 1963, s. 326). Uznanie, że dany przedmiot pozostaje ciągle taki sam, oparte jest na fikcyjnym przekonaniu o jego trwaniu. Możemy dowieść istnienia tylko naszych, zjawiających się kolejno w czasie postrzeżeń (percepcji). Hume, mówiąc o tożsamości osoby, przyrównuje ją do tożsamości przypisywanej roślinom i zwierzętom. Twierdzi, że mamy ideę tożsamości, czyli „wyraźną, odrębną ideę rzeczy, która pozostaje niezmienna i ciągła poprzez zmiany czasu” (Hume 1963, s. 329). Błędem jest jednak zastępowanie pojęcia rzeczy powiązanych ze sobą pojęciem identyczności. Następstwo części powiązanych ze sobą podobieństwem, stycznością lub przyczynowością stanowi o różnorodności, a nie identyczności. Nasza wyobraźnia, nasze myśli skłaniają nas do przypisywania tożsamości rzeczom. Jeżeli zmiana powstaje stopniowo, niepostrzeżenie, nieprzerwane przechodzenie myśli sprawia, że bez trudu uznajemy identyczność przedmiotu. Problemy pojawiają się, gdy zmiany te stają się znaczne. Wtedy, mimo przerwy w przechodzeniu myśli, skłaniamy naszą wyobraźnię do uznania identyczności, poprzez ustalenie wzajemnych stosunków między częściami i związanie ich we wspólnym celu. Tożsamość, którą przypisujemy umysłowi człowieka, zdaniem Hume’a, jest tylko fikcyjna, analogicznie do tej, którą przypisujemy roślinom i zwierzętom. Stanowi przedmiot wyłącznie wyobraźni. Umysł nie jest w stanie złączyć wszystkich odrębnych percepcji w jedno. Mimo odrębności oddzielenia każdej percepcji, przyjmujemy, że cały tok percepcji związany jest z identycznością. „Tożsamość jest po prostu własnością, którą przypisujemy percepcjom dlatego, że ich idee wiążą się ze sobą w wyobraźni, gdy je poddamy refleksji”

(Hume 1963, s. 337). Powiązanie idei w wyobraźni, gdy rozpatrujemy istnienie osoby, jest możliwe dzięki stosunkowi podobieństwa i przyczynowości. Stosunek podobieństwa między percepcjami wytwarza pamięć. To ona odkrywa tożsamość i zarazem przyczynia się do jej wytworzenia. Bez względu na to, jakim zmianom podlega człowiek, poszczególne jego części są powiązane stosunkiem przyczynowości. Ta sama osoba może zmieniać swój charakter, nie tracąc swej identyczności. Dzięki pamięci istnieje łańcuch przyczyn i skutków tworzący naszą osobę. Pamięć, według Hume, stanowi źródło tożsamości osobowej. Odkrywa tożsamość, wskazując na stosunek przyczyny i skutku między różnymi percepcjami, jak również podobieństwo między nimi. Przekonanie, że człowiek wraz z upływem czasu pozostaje identyczny z samym sobą, czyli posiada tożsamość, jest fikcją, naszą wyobraźnią, która dzięki pamięci przywołuje oderwane percepcje przeszłości, a następnie łączy w oparciu o stosunek podobieństwa i przyczynowości.

W nawiązaniu do refleksji Hume'a, istotnym wydaje się zwrócenie uwagi na znaczenie pamięci człowieka dla zachowania ciągłości jego tożsamości. Podejmując kwestie tożsamości człowieka starszego, nie stawiamy pytań – czy człowiek starszy jest identyczny z sobą z okresu, gdy był młody? Brak identyczności wydaje się być oczywisty, zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym, jak i duchowym. Identyczność staje się problemem wówczas, gdy jest ona względna. „Dźwięk, który się rozlega, jest identyczny z tym, który słyszałem wczoraj, a jednak inny, bo brzmi w innym czasie” (Skarga 1997, s. 169). Tam, gdzie mamy do czynienia ze zmianą czasową lub przestrzenną, stwierdzenie identyczności staje się problemem. Dotyczy to również człowieka. Czy zachodzące w człowieku zmiany pozwalają mówić o identyczności czy raczej o różnicy?

Zdaniem P. Ricoeur nie można, jak to czyni Hume, łączyć tożsamości wyłącznie z identycznością, „tożsamość powraca właśnie wtedy, gdy jednakowość odchodzi” (1992, s. 35). Można rozumieć to tak, że całkowita niezmiennosc osoby nie wymagałaby podejmowania kwestii tożsamości. Niezmienna osoba byłaby zawsze identyczna z samą sobą. Nie mielibyśmy wówczas do czynienia z ambiwalencją pomiędzy młodością a starością.

Wracając jednak ponownie do Hume, wydaje się, że o ile negował on możliwość stwierdzenia tożsamości, rozumianej jako identyczność, o tyle akcentował zmienność. Twierdził, że identyfikować jakąś rzecz z sobą samą, to zakładać, że stała się ona inna (por. Frank 1991, s. 197). Myśl tę rozwinął F. Schelling, który zakładał, że w tożsamości może mieścić się zarówno niezłożoność, jak i rozróżnienie. Uważał, że tylko o tym, co

mogłoby być inne, można powiedzieć, że jest równe samemu sobie. Idea zmiany może rozwinąć się tylko w obrębie czegoś pozostającego w obrębie idei jedności czegoś pozostającego samym sobą – „pod równością samemu sobie ukrywa się możliwość stania się sobie nierównym” (Schelling, za: Frank 1991, s. 197). Kwestia ta podjęta została również przez G. Hegla, który pisze: „istota jako byt [...], jest odnoszeniem się do siebie samej tylko o tyle, o ile jest ono odnoszeniem się do tego co inne”. Można rozumieć to tak, że kwestia tożsamości, wyłania się w wyniku refleksji prowadzącej do uświadomienia sobie tego, co w człowieku inne, co podważa jego ontologiczny status bycia sobą. Można w tym momencie zaryzykować tezę, że problem tożsamości staje się szczególnie wyraźny w starości, kiedy to człowiek dostrzega w sobie różnicę, np. przywołując swój obraz sprzed lat.

Nawiązując do podjętych rozważań dotyczących kwestii tożsamości i różnicy Hegel (1990, s. 166-168) wyróżnia trzy pojęcia tożsamości: tożsamość abstrakcyjna (formalna, rozsądkowa), tożsamość absolutna, tożsamość istotowa (refleksyjna). Tożsamość abstrakcyjna (formalna, rozsądkowa) nie uwzględnia różnicy, pomija różnorodność. Jest prawem abstrakcyjnego rozsądku, które już w samej zasadzie tożsamości nie uwzględnia różnicy, mimo, że w samej formie zdania $A=A$ taką różnicę zapowiada. Tożsamość absolutna stanowi pojęcie graniczne, wyrażające doskonałość, polegającą na zniesieniu wszelkiej różnorodności „świata samego w sobie i świata zjawiskowego” (Hegel 1997, s. 166). Tożsamość istotowa to tożsamość z samym sobą. „Istota jest w sobie pozorem, czyli jest czystą refleksją. W ten sposób jest ona odnoszeniem się do siebie nie jako odnoszenie się bezpośrednio, lecz tylko jako odnoszenie się refleksyjne – tożsamość z sobą” (Hegel 1990, s. 166). Tożsamość istotowa wytwarza się w samym bycie. W wyniku refleksji kieruje się ku sobie i neguje to, co w niej inne. Jest rezultatem znoszenia inności, a tym samym „zniesieniem samego odróżniania się”. Wprowadzony przez Hegla zwrot „tożsamość tożsamości i różnicy” akcentuje wagę przydawaną różnicy. Różnica nie niszczy tożsamości, lecz ją warunkuje. Dzięki niej tożsamość z samym sobą staje się możliwa, przyjmuje charakter mediacyjny. Na relacyjny charakter tożsamości, poza Schellingiem i Heglem, uwagę zwraca również M. Heidegger (por. Skarga 1997, s. 85-86). Podobnie jak Hegel, uznaje formułę $A=A$ za niewłaściwą. Uważa, że zrównuje ona dwa przedmioty, podczas gdy tożsamość dotyczy jednego. Za bardziej odpowiednią uważa formułę A jest A , w której A jest tożsame z samym sobą, co wskazuje na relację i syntezę, czyli na jedność. Jedność nie jest równością, czy jednakowością i nie neguje mediacji. Heidegger, w odróżnieniu od Schellinga czy Hegla, w formule A jest A kła-

dzie akcent nie na A, lecz na „jest”, zwracając tym samym uwagę na „bycie” tego, co jest. Prawo tego bycia wyraża się w tym, że „każdemu bytowi jako takiemu przynależy tożsamość, jedność z samym sobą” (za: Skarga 1997, s. 86). Dla Heideggera tożsamość nie jest cechą bytu. To bycie charakteryzuje tożsamość. Tożsamość jest czymś pierwotnym, jedynym, choć nie czymś substancjalnym czy uniwersalnym. Stanowi ona jedność bycia i myśli, które pozostają we współprzynależności. Istotą tak rozumianej tożsamości jest *Ereignis*. Słowo to, zdaniem B. Skargi, jest nieprzetłumaczalne. Można je jednak próbować zrozumieć poprzez słowa uwłaszczenie, uwłasnościowienie. Owo uwłasnościowienie dotyczy stosunku, który łączy bycie i istotę człowieka. Stosunek ten przejawia się w działaniu, w mediacji wypływającej z ujawniającej się różnicy (por. Skarga 1997, s. 87-89). Tożsamość w ujęciu Heideggera jest różnie interpretowana. W myśl jednej z interpretacji zaproponowanych przez Skargę, rozumienie tożsamości urasta u Heideggera do rangi zadania człowieka, do jego najistotniejszego celu. Człowiek „słyszając głos tożsamości potrafi ocenić znaczenie własnego świata, także techniki, historii, przyrody. Będzie mógł wybrać właściwą drogę” (Skarga 1997, s. 90).

Podjęty wątek rozważań, dotyczący identyczności i różnicy, rozwijany jest przy uwzględnieniu jedynie wybranych elementów koncepcji filozoficznych, bez dokonywania ich kompleksowej oceny. I tak na przykład Ricoeur (1992, s. 33-34) wyróżnia dwa bieguny osobowej tożsamości, nawiązując do wskazanego już etymologicznego znaczenia słowa. Tożsamość tego, co jednakowe – *idem*, i tożsamość siebie samego – *ipse*. W odniesieniu do wyróżnionych rodzajów tożsamości rozpatruje kwestię trwałości w czasie. W przypadku tożsamości *idem*, czyli tożsamości tego, co jednakowe, kwestia trwałości w czasie wydaje się oczywista. Wyróżnia tu tożsamość numeryczną, kiedy dwa przedmioty faktycznie stanowią jedną i tę samą rzecz. Następnie tożsamość jakościową, czyli najwyższe podobieństwo, pozwalające na wzajemne zastępowanie. W przypadku, kiedy podobieństwo nie występuje, przyjmuje się kryterium nieprzerwanej ciągłości między pierwszym i ostatnim okresem życia (tamże). Czyli mamy tu do czynienia z jednakowością bez konieczności bycia sobą. Drugi, wyróżniony przez Ricoeur, typ tożsamości – *ipse*, odnosi się do tożsamości siebie samego, do bycia sobą bez identyczności. O trwałości w czasie świadczy tu charakter i dotrzymywanie słowa. Charakter oznacza zbiór trwałych skłonności, wyuczonych sposobów identyfikacji z wartościami, normami, ideałami, wzorami, dzięki którym osoba rozpoznaje samą siebie, jak również jest rozpoznawana przez innych. Dotrzymywanie słowa, jako drugi

wyznacznik niezmienniej struktury osoby, „jest dowodem stałości własnego „ja”, nie zakładającej wcale braku zmian w czasie, lecz przyjmującej wyzwanie zmienności przekonań i uczuć” (Ricoeur 1992, s. 34). Wyróżnione przez Ricoeura tożsamości – *idem* i *ipse* – stanowią dwa bieguny tożsamości. Pozostają one ze sobą w dialektycznym związku, dzięki tożsamości narracyjnej. Tożsamość narracyjna uwzględnia wymiar czasowy, wprowadza równowagę pomiędzy jednakowością a byciem sobą (Ricoeur 1992, s. 40-41).

Z punktu widzenia analizy procesu starzenia się człowieka za bardziej interesującą można uznać tożsamość typu *ipse*, którą można rozumieć jako poczucie względnej stałości, mimo zachodzących zmian i widocznych różnic, czyli bycie sobą bez identyczności. U Hegla tożsamość istotowa wydaje się mieć charakter *ipse*. Również u E. Levinasa, w filozofii którego pojęcie tożsamości i różnicy wydają się kluczowe, mamy do czynienia z tożsamością typu *ipse*.

Dla Levinasa (1998, s. 22) istnienie „Ja” nie polega na pozostawianiu cały czas takim samym, ale na utożsamianiu się, odnajdywaniu swojej tożsamości w tym wszystkim, co mu się przydarza – „*być Ja – to mieć za swą treść tożsamość*”. „Ja” pozostaje ze sobą tożsame, pomimo zachodzących przemian. Po pierwsze dlatego, że uniwersalna tożsamość ogarnia wszelką różnorodność. Po drugie, „Ja” nawet wtedy, kiedy dostrzega swoją inność, kiedy czuje się sobie samemu obcym, jest nadal Toż-Samym, nie może wyprzeć się tego „innego” siebie. Nierozzerwalna tożsamość „Ja” ze sobą sprawia, że mimo zmian, „Ja” pozostaje sobą. Utożsamianie się Toż-Samego w „Ja” wychodzi jednak, zdaniem Levinasa (1998, s. 23-24), poza formalizm A jest A. „Ja” odsłania się jako Toż-Same w ścisłym sensie nie poprzez przedstawianie siebie przez siebie, lecz poprzez przebywanie w świecie. „Sposób, w jaki Ja istnieje wobec „innego” świata, polega właśnie na przebywaniu, na utożsamianiu się przez istnienie w nim jak u siebie. W świecie, na pierwszy rzut oka innym, Ja jest jednak autochtonem, który oswaja, usuwa tę inność”. O ile inność dzieląca człowieka od świata, w którym mieszka, jest tylko formalna, o tyle absolutnie Innym dla człowieka jest drugi człowiek. Relacja między Toż-Samym a Innym ma charakter metafizyczny i przybiera postać dyskursu, „w którym Toż-Samy, skupiony w sobości Ja – jedyny i autochtoniczny byt szczegółowy – wychodzi z siebie” (Levinas, s. 26). Istotnym wydaje się zwrócenie uwagi na charakteryzującą człowieka nierozzerwalność pragnienia siebie oraz pragnienia drugiego człowieka. Pogłębienie własnej tożsamości, odseparowanie się od tego, co inne, uwrażliwia zarazem na to, co na zewnątrz, pozwa-

ła otworzyć się na Innego, nawiązać z nim kontakt. Nie bez znaczenia dla budowania tożsamości człowieka starszego wydają się interakcje z innymi ludźmi. Pragnienie drugiego człowieka może nasilać się w starości, co może wiązać się z tym, że potencjalnie w tym okresie życia ilość interakcji społecznych maleje.

Złożoność zachodzących zmian związanych z procesem starzenia się człowieka, w przypadku rozważań nad tożsamością, skłania do poszukiwań czegoś, co pozwoli nazwać siebie sobą w świetle zachodzących zmian. Owa „sobość”, jak proponuje Skarga (1997, s. 172-174), może być i była przez filozofów rozumiana na kilka sposobów. W pierwszym przypadku, „sobość” stanowi strukturę w pewien sposób spoistą i pełną. Jest tym, co dla człowieka najważniejsze. Jest tym, co scala, integruje wszystko to, co inne, obce. Jest to tak zwana „sobość eidetyczna”, od *eidos* – charakterystycznego centrum, istoty stanowiącej stały punkt odniesienia. W drugim rozumieniu sobość nie posiada stałego centrum, decydującego o jej konstytucji. Ona cały czas kształtuje się, tworzy się, zmienia się. Stanowi zadanie, które realizuje zmagając się nieustannie z wątpliwościami, przeciwnościami, z wyborem. Określa się ją jako sobość teleologiczną. Sobość może być również rozumiana jako „moment egzystencjalny tu i teraz”. Człowiek nie określając siebie stwierdza, że to on, że to o niego chodzi. Sobość egzystencjalną najczęściej odczuwa się w momentach zagrożenia.

Wyróżnione rodzaje sobości w rozważaniach filozoficznych często się łączą, mimo odrębności, wzajemnie nie wykluczając. Poszukiwaniu stałej istoty człowieka, owego *eidos*, charakteryzującego sobość eidetyczną, towarzyszą teoretyczne dylematy, uniemożliwiające precyzyjne i jednoznaczne zdefiniowanie pojęcia.

Dla zobrazowania dylematów wynikających z odmiennego podejścia do kwestii tożsamości człowieka przybliżone zostaną wybrane poglądy R. Ingardena i H. Bergsona. Ingarden, poszukując odpowiedzi na pytanie – czym jest niezmiennie „ja”, analizuje dwa odmienne sposoby doświadczania czasu. Pierwszy z nich ma charakter zjawiskowy. To, co w nim istnieje „naprawdę”, to my sami – „w stałym biegu, i nieustannej nowości czasu czuję się wciąż tym samym człowiekiem i żyję w pierwotnym poczuciu, że i w przyszłości pozostanę sobą” (1987, s. 42). Drugi ze sposobów doświadczania czasu wiąże się z uznaniem niszczyielskiej roli czasu, jak również z przekonaniem, że człowiek, jako osoba, konstituuje się dopiero w „różnorodnych przeżyciowych perspektywach czasowych” (Ingarden 1987, s. 49). Czas stanowi tu jedyną rzeczywistość, a człowiek podlega dokonującym się w czasie przemianom. W przypadku pierwszym tożsamość

człowieka oznacza, po pierwsze to, że człowiek przez całe swoje życie pozostaje jednym indywiduum, po drugie, że pozostaje tym samym człowiekiem „w pełnej swej jakościowo niezmienniej naturze” (Ingarden 1987, s. 42). Oznacza to, że mimo zachodzących zmian człowiek, dzięki swojej niezmienniej naturze, czuje się wciąż sobą. Mimo upływu czasu wydaje się sobie wciąż takim samym. Przewyćcza czas, pozostaje niezależny od niego, przekraczając stale granice teraźniejszości. Poczuciu pozostawania sobą nie przeszkadza zauważalny proces starzenia się jednostki. Nawet jeżeli człowiek wydaje się sobie obcy, myśli inaczej, nie zgadza się z sobą z przeszłości, to dalej ma poczucie bycia sobą, „bycia tym samym, co niegdyś” (Ingarden 1987, s. 43). W przypadku drugim, kiedy uznamy, że człowiek tworzy się w czasie, pojawia się niszczyielskie działanie czasu, ograniczające byt do aktualnej teraźniejszości. Czym jest niezmiennne „ja” w obliczu tak pojmowanego czasu, który uwidacznia starzenie się, przemijanie człowieka. Ingarden nie ukrywa swoich wątpliwości pisząc: „w pierwotnym bezpośrednim wyczuciu wydawało mi się, że wiem, czym ono jest. Lecz to w tej chwili nie wystarcza. Teraz bowiem stoję wobec dwóch różnych, niezgodnych z sobą doświadczeń czasu” (Ingarden 1987, s. 51-52). Poszukując niezmiennego, identycznego „ja” zauważa, że jest ono wplecione w czas – „Kimże przeto jestem w tych wszystkich przemianach i zmienionych perspektywach czasowych? Czym jest owo »ja«, które mimo wszystko transcenduje te wszystkie przemiany i perspektywy i które mimo ciasnoty teraźniejszości i dwu otchłani niebytu wydaje się jednak trwać i istnieć? Czyż w ostatecznym obrachunku nie jest ono niczym innym jak tylko *f a n t o m e m*, *z w i d e m* wytworzonym przez moje życie w teraźniejszości i moją wiedzę o przeszłości i jej różnorodne wyglądy czasowej perspektywy?” (Ingarden 1987, s. 54).

Ingarden, mimo wątpliwości, u podłoża których leżą dwa różne sposoby przeżywania czasu, twierdzi, że człowiek poprzez swoje czyny może pozostać niezmienionym w czasie. Człowiek jest siłą, która dąży do wolności, która istnieje poprzez wytwarzanie dobra, piękna i prawdy. Ingarden przeczuwa istnienie niezmiennego „ja”, równocześnie jednak dostrzega element zmiany, niszczyielskiej roli czasu. Wyróżniając tożsamość statyczną i dynamiczną, wydaje się wychodzić poza precyzyjnie określoną, niezmienną stałość. „Statyczna tożsamość występuje tam, gdzie pewien moment przedmiotowy stale występuje w przedmiocie w doskonałej niezmienności swego jakościowego określenia. Natomiast dynamiczna tożsamość występuje tam, gdzie jakościowe określenie pewnego momentu przedmiotowego ulega wprawdzie pewnej zmianie, ale zmiana ta dotyczy

jedynie sposobu i stopnia doskonałości jego bytowego i zjawiskowego występowania” (Ingarden 1987, s. 224-225).

Wynika z tego, że za stałe można uznać coś, co ulega zmianom, jeżeli zmiany te polegają na doskonaleniu, poprawie jakości. Indywidualna natura człowieka pozostaje tą samą przez całe życie. Jej dynamika określa ją jakościowo, np. w obliczu charakterystycznych dla danej fazy życia sposobów jej rozwoju (Ingarden 1987, s. 223-224). Człowiek, bez względu na swój wiek, pomimo zachodzących zmian, pozostaje sobą, ponieważ jego natura pozostaje niezmieniona, pozostaje sobą, mimo że w swojej dynamice jakościowo ulega zmianie.

Przekonanie o istnieniu w człowieku stałości mimo widocznej zmienności, nie jest jednak w poglądach filozoficznych tak oczywiste. Ingarden, wskazując na trudność związaną z uchwyceniem siebie w teraźniejszości, która nieustannie przemija, przywołuje poglądy Bergsona, zgodnie z którymi, człowiek zmienia się „nieprzerwanie.” „Stan mojej duszy, posuwając się naprzód gościńcem czasu, nabrzmiewa ciągle tym trwaniem, które zbiera po drodze: tworzy niejako kulę śnieżną, narastającą samą z siebie” (Bergson 1957, s. 16). Przyrównanie osobowości człowieka do śnieżnej kuli wydaje się wykluczać możliwość czegoś stałego w osobowości człowieka. Tak jak do śnieżnej kuli przyklejają się coraz to nowe warstwy, tak osobowość człowieka zmienia się bezustannie pod wpływem gromadzonego doświadczenia. Każda chwila, zdaniem Bergsona, jest czymś nowym, dodającym się do tego, co było poprzednio. Człowieka charakteryzuje trwanie – „jego cała przeszłość przedłuża się w teraźniejszość, pozostaje w niej aktualna i czynna” (Bergson 1957, s. 27).

Podsumowując rozważania Ingardena i Bergsona, należy wskazać na dwa odmienne sposoby podejścia do zagadnienia tożsamości człowieka. O ile w ujęciu pierwszym tożsamość jest czymś danym, określonym przez „jądro sobości”, o tyle w przypadku drugim tożsamość nieustannie tworzy się. Współcześnie w refleksji filozoficznej wydaje się dominować drugie stanowisko. Tożsamość uważana jest za zadanie do wykonania, poszukiwanie siebie, niepowtarzalne tworzenie siebie. Z. Bauman pytanie – kim jestem? – uważa za typowo nowoczesne. „Nie miałoby ono sensu w warunkach, gdy »jest się, kim się jest« bezproblemowo, w sposób oczywisty i niepowtarzalny, bez potrzeby – a i możliwości – wyboru” (Bauman 1993). W aktualnie podejmowanej refleksji filozoficznej zauważalny jest niepokój dotyczący tożsamości człowieka. Wskazuje się na „rozmycie tożsamości współczesnego człowieka”, „samotne poszukiwanie tożsamości”, narastający zamęt tożsamościowy, „niedookreśloność”, „manipulował-

ność”, niepewność (por. May 1995; Fromm 1996; Tischner 1997). Nasuwa się w tym momencie pytanie: dlaczego tożsamość dla współczesnego człowieka staje się problemem? J. Derrida w swoich poglądach idzie dalej, twierdząc, że odnalezienie własnej tożsamości dla współczesnego człowieka jest niemożliwe (za: Tańczuk 1998). Również zdaniem L. Grossberga fragmentaryzacja ponowoczesnego świata, zamazanie granicy pomiędzy tym, co realne a nierealne, brak stabilności znaczeń wyklucza pojęcie stabilnego podmiotu. Tożsamość typowa dla modernizmu jest niemożliwa w świecie postmodernistycznym z uwagi m.in. na pluralistyczny, zdeorganizowany charakter współczesnej kultury. Rozpatrywanie tożsamości jako układu stabilnego, powiązanego z instytucjami i symbolami współcześnie nie jest możliwe, na co zwraca również uwagę R. J. Lifton, który wskazuje na nowy typ tożsamości, tj. „człowieka proteańskiego” (Tańczuk 1998, s. 40-41). Współczesny człowiek przestał być „pielgrzymem” przemierzającym życie w określonym porządku, zmierzającym do założonego celu, projektującym swoje życie i swoją tożsamość w oparciu o reguły racjonalności. Człowiek nie ma pewności, jaka będzie jego przyszłość, nie może jej zaplanować, przewidzieć ani się do niej przygotować. Zmienna, nieokreślona, pozbawiona stabilnych układów odniesień rzeczywistość stawia przed człowiekiem nowe zadania związane z koniecznością nieustannego poszukiwania własnej tożsamości. „Kontekst ponowoczesny foruje więc, [...] brak ściśle określonej tożsamości; im mniej dokładnie tożsamość jest zdefiniowana, tym lepiej dla jej posiadacza. [...] Osobowość iście ponowoczesna wyróżnia się brakiem tożsamości. Jej kolejne wcielenia zmieniają się równie szybko i gruntownie, co obrazy w kalejdoskopie” (Bauman 1993, s. 16). Nasuwa się wątpliwość, czy stwierdzenie braku tożsamości w tradycyjnym, stabilnym rozumieniu musi prowadzić do uznania tezy o braku tożsamości. W rzeczywistości mamy do czynienia z zastępowaniem tożsamości stabilnej tożsamością nieokreśloną, zmienną, jak określa to W. Welsch (1991) – tożsamością wieloraką. Życie współczesnego człowieka to „życie w liczbie mnogiej” – zewnątrz i wewnątrz – „życie w różnych społecznych i kulturalnych kontekstach”, „życie, które w sposobie potrafi przebiec i skonstelować wiele tego rodzaju projektów” (Welsch 1991, s. 87). Człowiek radzi sobie z wielością rzeczywistości, dzięki umiejętności dokonywania przejść, przenikalności podmiotowych części. Wewnętrzna wielość jest warunkiem pomyślnego rozwoju człowieka w sytuacji pluralizmu zewnętrznego. Tradycyjny „silny podmiot” walczy z wielością, podmiot słaby – ponowoczesny – uczy się z nią żyć, jest otwarty na inność, gotowy do konfrontacji z perspektywami innych, dopusz-

czający zmianę własnego działania. Ponowoczesny podmiot to „podmiot transwersalny”, który jednoczy w sobie wiele części siebie, równocześnie pozostając zdolnym do przejść na zewnątrz, pomiędzy różnymi ramami znaczeniowymi (Welsch 1998, s. 31). Człowiek nieustannie wytwarza, konstruuje własną tożsamość, co jest związane z samym funkcjonowaniem tożsamości, nie zapewniającym „twardej całości”, lecz prowadzącym do jej wielu wersji. Integralność podmiotu jest możliwa dzięki zdolności „dokonywania przejść” pomiędzy wieloma konstrukcjami własnej tożsamości (tamże). Współczesny człowiek staje się sobą, jego tożsamość jest otwarta, wieloraka, co nie oznacza, że niezintegrowana.

Współczesny człowiek wydaje się zatem poszukiwać swojej tożsamości. Odpowiedź na pytanie kim jestem? nie jest już jednak tak jednoznaczna i bezproblemowa. Z pewnością przywołana metafora „człowieka proteańskiego” oddaje niestabilność tożsamości współczesnego człowieka. Przywołując postać mitycznego bohatera i odnosząc go do kondycji współczesnego człowieka nie można jednak poprzestać na pobieżnej interpretacji, zadowalając się słownikową definicją, przyrównującą postać Proteusza do człowieka o zmiennych poglądach, uczuciach, chorągiewki na dachu, kameleona (por. Kopaliński 1975, s. 795), co jest bliskie odniesieniu przez Baumaną tożsamości człowieka do obrazów kalejdoskopu. W powierzchownej analizie postaci Proteusza dostrzegana jest wyłącznie zdolność zmiany postaci, bez próby zrozumienia motywów działania. Takie podejście pozwala uznać Proteusza za postać „bez wyrazu”, bez wnętrza, pozbawioną refleksyjności i etycznych wyznaczników, dostosowującą się do sytuacji. W rzeczywistości, kiedy odwołamy się do Homera, obok zmienności odkrywamy mądrość. Proteusz to nieomylny, nieśmiertelny starzec morski, który poza umiejętnością przyjmowania dowolnej postaci odznacza się mądrością, wynikającą z niej znajomością przeszłego i przyszłego biegu wydarzeń, sprawiedliwością, umiłowaniem prawdy, dobrocią, opiekuńczością (por. Homer 1959; Dobrowolski 1987). Proteusz nie zmieniał się dla samej zmiany. Czynił to w obronie własnej tożsamości, a czując się bezpiecznie stawiał się sobą, powracając do postaci morskiego starca. Nie bez znaczenia Proteusz to osoba sędziwa. Pomijaną w interpretacjach mitu kwestią jest mądrość bohatera. Atrybut ten, właściwy dla ostatniego okresu życia, nadaje sens przemianom, których celem jest nie tyle dostosowywanie się do zmieniającej się rzeczywistości, ale przekazywanie prawdy na jej temat. Przywołując ponownie myśl Ingardena, zgodnie z którą człowiek pozostaje niezmienny w czasie poprzez swoje czyny, można przyjąć, że zmiana wpisana w życie ludzkie, widoczna w procesie starzenia się, jest

wtórna w stosunku do czynów jednostki, zwłaszcza tych ukierunkowanych na przekazywanie prawdy, piękna i dobra. Czyny tego rodzaju świadczą o niezmienności jednostki, pozwalają przetrwać w pamięci kolejnych pokoleń, zgodnie z formułą przypisaną okresowi starości przez E. H. Eriksona, a wyrażającą się stwierdzeniem: „jestem tym, co przetrwa ze mnie” (Erikson 1997).

Tak więc, przyrównując współczesnego człowieka do Proteusza, należy uwzględnić dwa współokreślające tę postać wymiary: zmienność oraz mądrość. Człowiek może koncentrować się w swoich działaniach na powierzchownej, dostosowanej do sytuacji zmianie, jak również może refleksyjnie przekształcać siebie, dążyć do rozwoju, kierując się zasadą *unitas multiplex*. Jedynie w przypadku pierwszym można podnosić w dyskusji tezę o braku tożsamości współczesnego człowieka. W przypadku drugim natomiast tożsamość jawi się jako nieustanne zmaganie z samym sobą, refleksyjne poszukiwanie siebie i punktów odniesienia dla własnej działalności (Bugajska, Ryś 2000).

Uwagi końcowe

W społeczeństwach podlegających szybkim zmianom bardzo wyraziste stają się zagadnienia dotyczące tożsamości człowieka. Szczególne problemy mogą mieć jednostki przynależne równocześnie do dwóch odrębnych „epok”, „światów” społecznych. Do takich niewątpliwie należą przedstawiciele najstarszego pokolenia, których można uznać za świadków przechodzenia od społeczeństwa preindustrialnego do industrialnego i postindustrialnego, od społeczeństwa „sterowanego tradycją” do społeczeństwa „wewnątrzsterownego” i „zewnątrzsterownego”, od kultury „postfiguracywnej” do „kofiguracywnej” i „prefiguracywnej”, od „nowoczesności” do „ponowoczesności”, od „świata losu” do „świata wyboru” (Bugajska 2005). W kulturach tradycyjnych wchodzenie w okres starości stanowiło jeden z „rytuałów przejścia”, który jednak z uwagi na niezmiennność przekazu kulturowego nie wymagał od jednostki indywidualnego rozstrzygnięcia kwestii własnej tożsamości. W społeczeństwach nowoczesnych natomiast tożsamość nie jest czymś danym, a „zmiany tożsamościowe wymagają odkrywania i konstruowania w ramach refleksyjnego procesu, w którym przemiana osobista przeplata się ze społeczną” (Giddens 2002, s. 74).

Dynamiczny charakter tożsamości pozwala poszukiwać ciągłości, stabilności i niepowtarzalności tożsamości jednostki w jej biograficznym,

a zarazem społeczno-kulturowym kontekście. Zmienność jako atrybut współczesnej rzeczywistości nie wydaje się jednoznacznie prowadzić do tezy o braku tożsamości współczesnego człowieka. Wskazuje raczej na potrzebę przededefiniowania samego pojęcia „tożsamość”, w którym zmienność rzeczywistości nie wykluczałaby możliwości zintegrowania tożsamości, a zintegrowanie nie wykluczałoby możliwości zmiany. Różnorodność świata implikuje wiele problemów związanych z wyborem własnego stylu życia, również w okresie starości. Współczesność, jak zauważa D. Riesman (1996, s. 195), otwiera przed człowiekiem szersze możliwości wyboru własnej, bardziej interesującej drogi życia, „gdyż osłabł społeczny nacisk wymagający wczesnej decyzji i zanikło poczucie paniki, towarzyszące niemożności dokonania wyboru”. Z drugiej strony, jednak możliwość wyboru, i związana z nim kwestia odpowiedzialności, może okazać się zadaniem zbyt trudnym, któremu człowiek nie jest w stanie sprostać, do którego nie jest przygotowany. Wielość uprawomocnionych wzorów życia, mimo możliwości wyboru, może zagrażać budowaniu tożsamości człowieka. Świat współczesny nie przypomina bowiem świata sprzed kilkudziesięciu lat. Znane sposoby, pozwalające na „zadomowienie w świecie”, straciły na swojej aktualności, co sprawia, że i dla człowieka starszego bycie sobą, a zarazem odnajdywanie siebie w zupełnie nowym, innym świecie, może być zadaniem trudnym.

Zmiana roli człowieka starszego będzie możliwa, jeżeli przyszłe oczekiwania formułowane wobec tej roli będą tak różnorodne, że nie będzie zbiorczych wzorów zachowań i nastawień (por. Mahoney 1994). Propagowanie nowych wzorów przeżywania ostatniego okresu życia to kwestia wymagająca świadomego oddziaływania wychowawczego.

Bibliografia:

- Bauman Z.: (1993), Ponowoczesne wzory osobowe. *Studia Socjologiczne*, 2.
- Bergson H.: (1957), Ewolucja twórcza. Warszawa.
- Bugajska B.: (2005), Tożsamości człowieka w starości. Studium socjopedagogiczne. Szczecin.
- Bugajska B., Ryś E.: (1999), Człowiek w świecie kultury czyli zmagania współczesnego Proteusza, *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 1.
- Dobrowolski W.: (1987), Mitologia. Poznań.
- Erikson E. H.: (1997), Dzieciństwo i społeczeństwo. Poznań.
- Frank M.: (1991), Tożsamość i podmiotowość. W: Schelling a pojęcie subiektywno-

ści, „Idea” IV, Studio nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych. M. Czarnawska, J. Kopania, [red.]. Białystok.

Fromm E.: (1996), Rewolucja nadziei. Poznań.

Giddens A.: (2002), Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności. Warszawa.

Hegel G.: (1990), Encyklopedia nauk filozoficznych. Warszawa.

Homer: (1959), Odyseja. Warszawa.

Hume D.: (1963), Traktat o naturze ludzkiej, O rozumie, t. 1. Warszawa.

Ingarden R.: (1972), Książeczka o człowieku. Kraków.

Ingarden R.: (1987), Spór o istnienie świata, Ontologia egzystencjalna, t. 1. Warszawa.

Kopaliński W.: (1975), Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Warszawa.

Leibniz G. W.: (1969), Wyznanie wiary filozofa. Warszawa.

Mahoney A. R.: (1994), Change in the older-person role: An application of Turner's process role and model of role change. *Journal of Aging Studies*, 8(2).

Malewska-Peyre H.: (1992), Ja wśród obcych. W: Tożsamość a odrębność kulturowa. P. Boski, M. Jarymowicz, H. Malewska-Peyre, [red.]. Warszawa.

May R.: (1997), Błaganie o mit. Poznań.

Ricoeur P.: (1992), Filozofia osoby. Kraków.

Riesman D.: (1996), Samotny tłum. Warszawa.

Skarga B.: (1997), Tożsamość i różnica. Eseje metafizyczne. Kraków.

Tańczuk R.: (1998), Współczesne kłopoty z „tożsamością”. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 1.

Tatarkiewicz W.: (1979), O szczęściu. Warszawa.

Tischner J.: (1997), Jak żyć? Wrocław.

Welsch W.: (1991), Ku jakiemu podmiotowi – dla jakiego innego? W: Schelling a pojęcie subiektywności, „Idea” IV, Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych, M. Czarnawska, J. Kopania, [red.]. Białystok.

Welsch W.: (1998), Nasza postmodernistyczna moderna. Warszawa.

Wartości w życiu człowieka starego

„Każdy pragnie żyć długo, ale nikt nie chciałby starości” (Jonathan Swift). To „Jedyna rzecz, która się Panu Bogu nie udała”, mówi powszechnie znane powiedzenie. Czy rzeczywiście starość musi się nam kojarzyć tylko z negatywnymi zjawiskami, z utratą czegoś pięknego, twórczego, nowego, cennego? Czy w starości nie ma niczego wartościowego? Czy niczego nie osiągamy? Czy nie można polubić swojej starości? Pytania takie stają przed każdym, także przed młodym człowiekiem, który na ulicach naszych miast coraz częściej spotyka osoby starsze, częściej niż dzieci. Przede mną stanęły one wyraźnie jakieś 30 lat temu, kiedy od 84-letniej kobiety, stojącej przed dużym lustrem, usłyszałem: „Nienawidzę starości, nie lubię siebie”. A dodam – jak ukazywały przechowywane zdjęcia – była kiedyś piękną, atrakcyjną kobietą, w miarę dobrze sytuowana, wychowana w dworcu szlacheckim, mieszkała w Warszawie, Moskwie, Kijowie, Lublinie. Nowoczesne społeczeństwo w swoisty sposób mści się na ludziach, bo przedłuża ludzkie życie i jednocześnie kształtuje swoistą odrazę do starości, wprost bezkrytyczne uwielbiając młodość, wymusza na ludziach starych naśladowanie młodości.

Z przyjemnością słucham lub czytam stwierdzenia: „Odnajduję się w swojej starości”, „Polubiłem/am swoją starość”. Ale są one rzadko wypowiedziane. Nie często też dzisiejsze media ukazują pogodną, dobrą starość, chociażby w wydaniu niedawno zmarłej Hanki Bielickiej, wspaniałej osobowości polskiej sceny.

W niniejszym szkicu wskazuję właśnie tylko na pozytywne aspekty starości. Nie znaczy to, że nie dostrzegam negatywów ostatnich lat życia ludzkiego, ale przecież okres starości ma też swoje cenne wartości, które

nas mogą wzbogacić, dzięki którym możemy stawać się pełniejszymi, dojrzalszymi ludźmi.

Dzieciństwo i młodość to stopniowe wchodzenie w świat natury i kultury, to kształtowanie właściwości samoorientacji w obydwu światach. Wiek dojrzały to działanie w tych światach, i w zależności od przyjmowanych wartości, norm, wzorów zachowań, jest ono mniej bądź bardziej udoskonalające świat zewnętrzny i własną osobowość, albo też destruktywne. W okresie młodości nastawieni jesteśmy na zdobywanie wszystkiego, świat stoi przed nami otworem. W wieku dojrzałym nie zatracamy tej właściwości, ale występuje silna chęć tworzenia czegoś nowego: zakładamy rodzinę, budujemy dom-mieszkanie, uprawiamy działkę, coś wytwarzamy w miejscach pracy zawodowej, włączamy się w działalność organizacyjną, by ulepszać świat. Kolejną znaczącą fazą w naszym życiu, kiedy musimy ponownie przeorientować się, jest przechodzenie w starość. Wycofujemy się wówczas z pracy zawodowej i życia publicznego, słabnie nasza aktywność psychofizyczna, sieć naszych kontaktów zacieśnia się do kilku osób, słabną w nas wszelkie receptory łączące ze światem zewnętrznym. Wszystkie te zmiany wskazują na kierunek przeorientowania dotychczasowego stylu życia i całościowego myślenia, a tym kierunkiem jesteśmy my sami, nasze wnętrze. Wiele cech starości kształtuje więc sytuację korzystną do bardziej intensywnego i głębszego wejścia w siebie. Wyłączając się stopniowo z życia zewnętrznego, stajemy przed szansą pogłębienia, a w niektórych przypadkach wręcz odkrycia, życia wewnętrznego i kształtowania go. Jest to zjawisko wprost paradoksalne, bo im mniej człowiek czuje i widzi, z im większą trudnością czyta cudze teksty, tym lepiej może czytać w życiu własnym i innych, tym częstokroć lepiej może rozumieć własne człowieczeństwo, które w czasie pełnej aktywności i sprawności fizycznej było zmieszane z doraźnymi dążeniami, działaniami i osiągnięciami, a nieraz – przez nie zagłuszone. Jeżeli ktoś do tego dochodzi, to osiąga najbardziej istotną wartość swojej starości. Ten nowy stan życia niesie więc ze sobą szereg wyzwań. Pierwszym z nich jest wyzwanie do samotności.

Wartość samotności. Samotność nie jest tylko właściwością wieku starczego, ale jest ona jego stałym zjawiskiem, swoistym stanem życia, od którego nie ma ucieczki, i każdy go przeżyć musi na swój sposób. Wchodzenie w stan samotności jest zatem jednym z najważniejszych zadań człowieka starzejącego się i bywa trudne. Ma wtedy wiele czasu dla siebie, zawęża swoje kontakty ze światem zewnętrznym i swoje życie psychiczne

skierowuje na samego siebie, ogarnia refleksją wszystko, co w życiu poznał, przeżył i zdziałał, wyraźniej niż kiedykolwiek dotychczas dostrzeżga pozytywne i negatywne cechy swojej osobowości. Staje niejako twarzą w twarz z samym sobą. Dochodzi do głosu poczucie odpowiedzialności za los własny i innych ludzi, szczególnie za osoby sobie bliskie. Stan samotności ułatwia dokonanie oceny stosunków z innymi, uczuć, pragnień, działań. Daje to możliwość swoistego, a można powiedzieć powtórnego, odnalezienia samego siebie, potwierdzania swojej tożsamości, powrotu do źródeł życia. Samotność tak rozumiana jest warunkiem osiągnięcia pełnego człowieczeństwa.

Nie jest to łatwy stan dla człowieka. Jego jakość zależy, zdaniem Arтура Schopenhauera, od całości dotychczasowego życia i cech duchowych. To „czy samotność jest dla człowieka błogosławieństwem, czy przekleństwem, pisał Schopenhauer, zależy nie tyle od samotności, co od samego człowieka. W samotności bowiem człowiek marny czuje całą swoją marność, wielki duch – swą wielkość” (cyt za: Gajda 1997, s. 169). Szczególnie boleśnie doświadczają samotności „ludzie ścigani przez »cień przeszłości«, traumę przeżyty w dzieciństwie lub w młodości, skrywaną głęboko »tajemnicę« strasznych przeżyć, które zmusiły ich do oddzielenia części siebie i nie ujawniania jej wobec innych, czasem także wobec samego siebie” (Heidtman 2003, s. 8). Te stwierdzenia świetnie uzupełnia Roman Ingarden: „Człowiek może dokonywać czynów straszliwych, okrutnych, »niehumanicznych«, lecz zarazem jest jedynym stworzeniem, które czuje się upokorzone przez swe złe czyny i stara się odpokutować za swoje winy” (Ingarden 1987, s. 22). Właśnie samotność w starszym wieku jest takim stanem, który może ułatwić człowiekowi prowadzenie najgłębszej refleksji nad swoim życiem, nad poszukiwaniem sensu swoich decyzji i działań, sensu własnego życia i świata. Człowiek ma tu ostateczną możliwość dokonania korekty, już nie skutków swoich działań, ale ich oceny, i dokonania ponownego, tym razem, lepszego wyboru. W stanie samotności człowiek stary ma możliwość wprost wyjątkowej koncentracji nie tyle nad sobą, co koncentracji wsobnej, obejmującej całą osobę, sięgającej podstaw swojego istnienia, działania i celu ostatecznego.

Filozofowie i psycholodzy, zajmujący się tym zagadnieniem, najczęściej stwierdzają, że w samotności człowiek odzyskuje pełną wolność, wchodzi w najbardziej głęboką więź z drugą osobą i ze światem transcendentalnym, z samym Bogiem.

Wolność jako szczególnie cenny owoc samotności mocno podkreślał A. Schopenhauer: „kto zatem nie lubi samotności, ten nie kocha też wol-

ności, wolnym bowiem człowiek jest wtedy tylko, gdy jest samotny” (Schopenhauer 1991, s. 53). Według Schopenhauera, im ktoś jest wyżej w hierarchii natury, „tym bardziej jest samotny i to z istoty swej nieuchronnie” (Schopenhauer 1991, s. 52). A wolny jest przede wszystkim od pomyłek i niewłaściwych wyborów. Poznanie i wola człowieka starego właściwie przeżywającego swoją samotność są zdecydowanie nastawione na prawdę, dobro i piękno, osiąga on mądrość, która dla starożytnych ludów Wschodu była ideałem doskonałości i wiązano ją z Bogiem.

Terapeuta Wojciech Eichelberger uważa, iż aby właściwie przeżywać relacje z drugim człowiekiem, należy najpierw nauczyć się być samotnym. „Umieć być samemu, znaczy stać się kimś emocjonalnie niezależnym, kimś kto wie, co w związkach z dorosłymi ludźmi jest możliwe, a co nie. [...] Umiejętność twórczego przeżywania samotności jest powszechnie uważana za rzecz cenną, za coś, w czym warto się ćwiczyć” (Eichelberger 2006). W samotności człowiek ma wielką szansę zrozumienia, że więź z drugim człowiekiem nie opiera się na posiadaniu go, na uzależnieniu go od siebie, na wykorzystywaniu go dla realizacji własnych celów, ale na dobrowolności wzajemnych świadczeń, na umiejętności zarówno dawania, jak i brania, na duchowym zjednoczeniu. Człowiek stary od najbliższych doświadcza różnorodnych przejawów opieki, troski, zrozumienia, pomocy, a on sam może tylko okazać im wdzięczność. Bezinteresowność dawania jest tu podobna do tej, jaka występuje w przypadku troski rodziców o małe dziecko. Obydwu stronom daje to poczucie wzajemnego przynależenia do siebie, przeżywania solidarności międzypersonalnej, głębokiej więzi.

Wartość świata transcendentnego. W poszczególnych okresach życia człowiek koncentruje swoje pytania i poszukiwania na nieco odmiennych problemach. W wieku dojrzewanego interesują go problemy początku i celu wszechświata oraz życia ludzkiego, problemy płci, przyjaźni, wierności, celu życiowego. W wieku dojrzałym zainteresowany jest tworzeniem i przemianą samego siebie oraz otaczającego go świata. Kiedy wchodzi w okres starości, coraz wyraźniej stają przed nim problemy utraty sił, sensu cierpienia, śmierci, własnego życia i nieśmiertelności. Z kręgu bliskich osób wciąż ktoś ubywa. Wszystko, czego doświadcza, mówi mu, że życie ziemskie ma swój kres, że nie panuje nad swoją własną bytowością, że zależy ona nie tylko od niego lub innych ludzi. A jednocześnie odczuwa w sobie wrodzony pęd do życia i czyni wszystko, by to życie przedłużyć. Tak postępuje każda normalna jednostka. Lęki i nadzieje na dalsze życie, pytania o jego kształt i jakość są szczególnie natrączywe. W ciągu życia

przeżywamy je również, ale w końcówce życia są one szczególnie intensywne.

Sposób i efekty poszukiwania odpowiedzi na nurtujące problemy i pytania w okresie starości, jak i w każdym poprzednim okresie życia, zależą od wielu czynników: światopoglądu (religijny lub niereligijny), preferowanych wartości, kontekstu kulturowego, osobistych doświadczeń życiowych, wiedzy, aktualnej sytuacji materialnej, społecznej i rodzinnej, psychicznej odporności na sytuacje stresowe, stanu zdrowia, prawdopodobieństwa śmierci. Jednym z wielu czynników kształtujących postawę człowieka wobec własnej i cudzej starości jest religia, i na ogół przyjmuje się, że jest ona czynnikiem bardzo ważnym. Wtedy jawi się wyraźniej niewidzialny i niedotykalny świat transcendentalny, i tym, którzy są przekonani o jego istnieniu, pomaga rozstać się ze światem, z którym przez wiele lat się żyli. Jawi im się wyraźniej Bóg jako miłosierny Ojciec, który czeka na nich i ich przyjmie, kiedy będą rozstawać się z bliskimi.

Wiara w świat nadprzyrodzony, a przede wszystkim w Boga osobowego, pomaga pełniej interpretować całość swojego życia, zaakceptować utratę sił witalnych, znosić dolegliwości i cierpienie, przyjąć śmierć i widzieć w niej swoistą wartość, budzi i utrwala postawę życiowego optymizmu, wzmacnia poczucie własnej wartości i godności, zapewnia osobową trwałość.

Starzającemu się człowiekowi, doskonale zdającemu sobie sprawę ze swoich słabości i kruchości egzystencji, wiara w Boga oferuje nowe moce i ukazuje mu, że życia swojego nie może brać tylko takim, jakim je aktualnie widzi, lecz powinien je łączyć z Tym, który jest ponad tym światem materialnym, że wejdzie w nowy świat, w którym spotka się z Bogiem i wszystkimi ludźmi, którzy przeszli już przez śmierć. Owo spotkanie ludzkiej niemocy i kruchości ziemskiej egzystencji z Bogiem jest zbawieniem. Wyraża się ono w spotęgowaniu, ulepszeniu, upiększeniu, poszerzeniu i pogłębieniu życia, a także w dewaloryzacji życia dotychczasowego i w przejściu do całkiem nowego życia. Wiara w świat nadprzyrodzony, w Boga, „zawsze nastawiona [jest] na zbawienie, nigdy zaś na samo życie, jakie ono jest dane” (Leeuw 1978, s. 722). Tym samym przekonuje ona człowieka o krótkotrwałości dotychczasowego stanu, także wszelkich cierpień. Zaleca wobec nich cierpliwość i traktowanie ich jako ostatniej próby i okazji do zbierania zasług na przyszłe życie.

Dla człowieka nie ma nic bardziej interesującego jak przyszłość, szczególnie przyszłość świata i przyszłość osobista po śmierci. Pytania o nią nasilają się ze szczególną mocą w wieku starszym. Odpowiedzi są bardzo różne. Wszystkie religie zapewniają o trwałości człowieka, także po śmierci, i róż-

nie przedstawiają tę wieczność. Dwie prawdy są pewne: że ta wieczna przyszłość istnieje i że na człowieka czeka Bóg z pełnią swojego życia. Ale jakim ten Bóg naprawdę jest, pozostaje tajemnicą. Najważniejsze jest to, że On jest całą nadzieją człowieka starego, umierającego, że On udziela odpowiedzi na wszelkie jego pytania i wypełni wszelkie jego szlachetne pragnienia.

Wiara w Boga nie uwalnia człowieka od lęku przed śmiercią. Występuje on zarówno u osób religijnych, jak i niereligijnych. Dla jednych i drugich śmierć jest tragicznym wydarzeniem. Różnica między nimi jest jednak zasadnicza.

Dla człowieka niereligijnego śmierć zawiera w sobie większą tajemniczość i tragizm, widziana jest jako coś absurdalnego i destrukcyjnego. Niesie ze sobą smutek, lęk, bezsens. Myśli on o niej niechętnie i ucieka od niej (Makselon 1983, s. 108, 157-158). A nawet przyspiesza ją przez różne formy eutanazji. Osoby religijne akceptują śmierć pomimo jej tragiczności i tajemniczości, patrzą na nią pozytywnie, przyznają jej określoną wartość i sens. Śmierć jest dla nich „straszna, ale niesie nadzieję”, „jest pojednaniem z Bogiem”, jest „drogą do Boga” (Makselon 1983, s. 159; Makselon 1979, s. 117-131). Jest sposobem wyzwania się z przywiązania do rzeczy materialnych, poszerzania wolności, ostatecznego zwycięstwa nad złem; wiedzie do wszechmocy, wszechrozumienia, ostatecznego sensu, źródła życia i wiecznego istnienia. Otwiera ona nowe życie, jest czymś fascynującym i pozytywnym. Osoby religijne często myślą o śmierci, aczkolwiek nie zawsze chętnie. Refleksja nad śmiercią skłania je do stawiania pytań, jak pokierować życiem, by go nie zmarnować. Częściej niż osoby niereligijne chcą być przygotowane na śmierć, gdy tymczasem te ostatnie najczęściej życzą sobie śmierci nagłej. Przygotowanie na śmierć dla chrześcijanina oznacza bycie w stanie łaski uświęcającej i przyjaźń z Bogiem (Makselon 1983, s. 159).

Wiara w świat transcendentny, przede wszystkim w Boga osobowego, wspiera i rozbudza w człowieku starszym życiowy optymizm, budzi w nim nadzieję wiecznego trwania, zobaczenia się z wszystkimi, których w czasie ziemskiego życia kochał, dopełnienia sprawiedliwości i zrealizowania miłości – dwóch ideałów, które człowiek przez całe życie pragnie realizować. Ukształtowanie tego typu postawy życiowej, która pozwala na pogodnie i mające w sobie pełnię życia odejście z tego świata, jest największym zadaniem religii. Rolę wiary w świat transcendentny, w Boga osobowego, w życiu człowieka starszego, najkrócej można by ująć następująco: ułatwia mu ona życie i życie z nim, a ukazując śmierć jako przejście do nowego życia, pomaga mu znieść pogodnie wszelkie cierpienia i dolegliwości.

Aby pokonać problemy związane z ostatnią fazą życia ludzkiego, czyli ze starością, kultury tradycyjne, jak chińska lub hinduska, ukształtowały specyficzne wzorce człowieka starego, określając jego cechy duchowe, zachowania, formy zamieszkania, stosunki rodzinne, ćwiczenia duchowe mające zapewnić osiągnięcie odpowiedniego dystansu do świata i łagodne przejście do wieczności. W chrześcijaństwie nie ma czegoś podobnego. Religia chrześcijańska, której podstawową prawdą wiary jest zmartwychwstanie, nie koncentruje się na starości, lecz na przemianie człowieka i osiągnięciu przez niego czegoś nowego, wspaniałego, czym ostatecznie jest zjednoczenie z Bogiem. Człowiek – jak określił to Jezus Chrystus – ma się odradzać „z wody i ducha świętego” niezależnie od wieku. Woda, chrzest, Duch św. oznaczają młodość. Kto z ducha jest narodzony, jest odnowiony, tzn. wolny i przygotowany do przezwyciężania wszystkiego przez miłość. Chrześcijanin zorientowany na zmartwychwstanie widzi swój wiek starczy nie jako centralny i niemal święty stan, a tym bardziej jako ostatni etap swojego życia, lecz jako etap przemiany wiodącej ku pełnemu zjednoczeniu się z Bogiem.

W chrześcijańskim widzeniu starości jest wiele miejsca na młodość, która przejawia się w poznawaniu, przeżywaniu i osiągnięciu czegoś nowego i cennego.

Bibliografia:

Eichelberger W.: Samotność. Chwila, wyrok, wybór. www.2gazeta.pl/kobieta [data dostępu: 8 czerwca 2006].

Gajda J.: (1997), Wartości w życiu człowieka: prawda, miłość, samotność. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Heidtman J.: (2003), Każdy jest samotną wyspą. *Charaktery*, grudzień.

Ingarden R.: (1987), Książeczka o człowieku. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Makselon J.: (1979), Religijność a postawa wobec śmierci. *Analecta Cracoviensia*, t. 10.

Makselon J.: (1983), Struktura wartości a postawa wobec śmierci. Studium z tanatopsychologii. KUL Lublin.

Schopenhauer A.: (1991), Aforyzmy o mądrości życia. W: Wypisy z ksiąg filozoficznych. O samotności. O spotkaniu. Wybrał ks. T. Gadacz SP. Kraków.

Van der Leeuw G.: (1978), Fenomenologia religii. Warszawa: Książka i Wiedza.

Mądrość andragogicznej refleksji Heleny Radlińskiej

*Wielkie umysły są powołane do stwarzania
związku między nauką a życiem*

Helena Radlińska

To, co w sposób istotny opisuje ludzką rzeczywistość, co wyjaśnia podstawy ludzkiej egzystencji, co podpowiada człowiekowi „wszech czasów”: jak żyć? jak czynić życie szczęśliwszym? – nigdy nie ginie. Przekazywane z pokolenia na pokolenia jako mądrość, wiecznie trwa, zawsze uzyskuje wyznawców, wciąż inspiruje ludzi w ich doczesnej wędrówce. Mądrość jest składnikiem i wartością kultury, wiekami tworzona przez ludzkość, w tym także przez wybitne umysły. W obszarze refleksji naukowej, dotyczącej wychowania człowieka, można taką mądrość wyodrębnić. Obecna jest ona także w refleksji andragogicznej. Doskonale reprezentuje ją myśl Heleny Radlińskiej – twórczyni andragogiki na gruncie polskim. Poniżej zostaną przedstawione Jej wybrane refleksje, dotyczące wychowania człowieka, w szczególności człowieka dorosłego. Często mają one charakter sentencji. Wciąż są aktualne i mogą wspierać współczesnego wychowawcę, ale także i każdego człowieka, w jego życiowym trudzie rozwoju i podążaniu ku pełni. Wielcy uczeni nigdy nie odchodzą – pozostaje po nich spuścizna ich dzieła.

„Wychowawcy z powołania wnoszą wiarę w przebudowującą moc myśli, intuicyjnie odnajdują siły ludzkie. Do zainteresowań ideologów zasadami, do przejęcia się organizatorów powodzeniem instytucji – dodają dbałość o zadośćuczynienie potrzebom rozwoju i o szczęście człowieka” (Radlińska 1947, s. 22). H. Radlińska tak więc spostrzega głęboki sens oddziaływań andragogiki jako nauki „o prowadzeniu ludzi dorosłych”. Nauka, jeśli chce spełnić swoją misję w społeczeństwie i wobec poszcze-

gólnych ludzi, powinna uwzględniać dalekosiężny cel, jakim jest uczynić życie człowieka szczęśliwszym.

Wychowanie, według Radlińskiej, nie może obyć się bez odniesienia do ideału, do wartości wiecznych, aktualnych także w przyszłości. Autorka pisze: „Stosunek do ideału [...] jest głównym tematem oddziaływań wychowawczych” (1947, s. 18). „W imię ideału siłami człowieka wychowanie przetwarza dzień dzisiejszy. [...] Istotę wychowania stanowi wydobywanie wartości jednostek i grup ludzkich w celu wprowadzania w życie odwiecznego dążenia do doskonalenia” (Radlińska 1935, s. 24). „Wychowanie sięga po wartości duchowe, które są jego orężem. [...] dla spełnienia swych zadań musi korzystać z walorów najtrwalszych i rzutować w przyszłość” (Radlińska 1944, s. 80-81). Choć ideał wytycza drogę postępowania wychowawczego, to należy pamiętać, że: „Od celu ważniejsza staje się droga” (Radlińska 1947, s. 18).

Wychowanie silnie wiąże się z twórczością, a ta rozumiana jest szeroko jako „sztuka budowania życia. Każdy człowiek jest współtwórcą życia własnego i życia innych, nie tylko przez udział w twórczości, lecz i przez sposób korzystania z ogólnego dorobku” (Radlińska 1947, s. 17).

Wychowanie silnie wiąże się z samowychowaniem: „Wychowawcy nie mogą wykonywać pracy za młodzież: dawanie nie zastępuje szukania; mogą jednak dopomóc” (Radlińska 1935, s. 26). Samowychowanie dotyczy także wychowawców.

Wychowanie odbywa się na tle trzech zjawisk życia: wzrostu, wrastania i wprowadzania, przy czym wzrost (rozwój) duchowy może być nieograniczony: „W życiu duchowym wzrost nie ma kresu, choć w dziedzinie intelektualnej zna zgrzybiałość” (Radlińska 1944, s. 78).

Wychowanie realizuje się w wielu zakresach. „Najbardziej charakterystyczną cechą wychowania duchowego jest doprowadzenie do harmonii wiedzy i życia, nie tylko do posiadania uzdolnień i zasobów, lecz do ich świadomego używania w służbie dobra” (Radlińska 1947, s. 26). Gdy chodzi o wychowanie społeczne, które stanowi oś refleksji Radlińskiej, ma ono wprowadzać jednostkę w społeczeństwo i w kulturę, ma przygotowywać siły przetwarzające to społeczeństwo w imię cenionych ideałów. Wychowanie uszlachetnia relacje między ludźmi, w tym także między płciami: „Im głębsza kultura, im szersze zainteresowania, tym czystsze stosunki między kobietą i mężczyzną” (1947, s. 30). Wychowanie społeczne wymaga kierownictwa, przewodnictwa: „Przewodzenie duchowe wymaga wielkiego wysiłku i uczucia, wyrobienia w sobie, czy w swej grupie charakteru, świadczenia własnym życiem o wartości głoszonych haseł”

(1947, s. 32). Wychowanie, oświata powinny być powszechne i stwarzające szansę awansu społecznego: „droga poza wieś, warsztat, miasteczko musi być dla wszystkich otwarta” (1947, s. 34).

Konieczność wychowania narodowego wynika z faktu zakotwiczenia każdego człowieka w określonej rzeczywistości narodowej, a przez to i w całej ludzkości: „Każdy jest duszą w swoją ojczyznę wcielony. [...] Człowiek jest częstką większej, potężnej całości: narodu, i przez niego – ludzkości; jest falą jedną w wiecznym ruchu oceanu wszechżycia” (Radlińska 1910, s. 7). Wychowanie narodowe czyni człowieka „świadomym we wspólnym dziele” (1910, s. 6). „Nieśmiertelność i wielkość człowieka leży w tym, że ze wszystkich zdobyczy ducha ludzkiego może korzystać, dziedziczy rezultaty wszystkich prac przez poprzednie pokolenia podejmowanych i jest twórcą nowych dóbr dla swego narodu i ludzkości” (1910, s. 7). Wychowanie narodowe wiąże się także z wychowaniem do demokracji: „ustrój demokratyczny wymaga wykształcenia rozbudzającego w każdym człowieku świadomość człowieczeństwa, które stanowi jego wartość i godność, które obdziela go jednocześnie obowiązkami i prawami” (1910, s. 5).

Istotna jest rola nauczyciela w wychowaniu narodowym: „Wychowawcy z zawodu pamiętać powinni, że najzgubniejszy w wychowaniu jest rozbrat słowa i czynu: kto się czuje powołanym do głoszenia słów wielkich – zobowiązuje się do czynienia wedle wiary swojej” (1910, s. 20).

Wychowanie, opisywane szeroko, jako powiązane z wartościami i działaniami życia społecznego oraz z kulturą, jako działania zamierzone i niezamierzone, jako wpływ obiektywnych i subiektywnych składników środowiska życia człowieka, w tym także uwzględniające oddziaływania tzw. czynników niewidzialnych – psychicznych, spostrzegane jest także jako sztuka wychowania. „Sztuka wychowywania polega w znacznej mierze na dopomaganiu jednostce do odnalezienia sił i wartości, tkwiących w środowisku” (Radlińska 1947, s. 28). Wychowanie jest przy tym „służbą nieodgadnionemu wynikowi przeżyć i twórczości. Bywa potężne, gdy znajduje utajone siły, usprawnia ich działanie. Zawodzi, jeśli hamuje pęd życia” (Radlińska 1944, s. 80).

Wychowaniem zajmują się nie tylko profesjonalnie przygotowani nauczyciele szkolni, ale wszyscy ci, którzy wspierają rozwój innych osób. Wychowawca bowiem to ten, który „dopomaga”. Wychowawca powinien prowadzić także systematyczną pracę samowychowawczą: „Pomoc udzielona wzrastaniu wymaga pracy nie tylko z wychowankiem, lecz również ze sobą” (Radlińska 1947a, s. 83). Pracownicy oświatowi, wychowawcy nie powinni być osobami bezimiennymi.

Wychowanie jest służbą rozwojowi: „Służba rozwojowi nie może łać i gasić. Ma dopomagać do prostowania i rozświeclania od wewnątrz”. Służba rozwojowi to także pomoc w pokonywaniu trudności: „Trudności istnieją po to, by siły ludzkie ćwiczyły się w ich przewycięzaniu” (Radlińska 1935, s. 58-59). Rozwój może być procesem całego życia, a dla całości cyklu rozwojowego człowieka znaczenie mają wszystkie jego fazy: „wypadanie w cyklu rozwoju jakiejś fazy życia, przyspieszenie wieku społecznych obciążeń mści się na rozwoju” (Radlińska 1948, s. 85). „Fazy wieku stwarzają we wspólnym życiu różne sytuacje i wnoszą inne wartości” (Radlińska 1949, s. 197). Każda spośród wymienionych przez Radlińską czterech podstawowych faz rozwojowych: dzieciństwo, młodość, dorosłość, starość uzyskuje charakterystykę uwypuklającą jej specyfikę.

Radlińska uznaje prawa dziecka „od chwili poczęcia”. Jednym z tych praw jest prawo do szczęśliwego dzieciństwa, które zapewniałoby dziecku optymalne warunki rozwoju: Ten pierwszy okres życia człowieka Radlińska opisuje: „Dzieciństwo, swobodne ćwiczenie sił, radość poznawania świata” (Radlińska 1949, s. 197), łącząc je z radością, miłością najbliższych, poczuciem bezpieczeństwa.

Młodość wiąże z „poszukiwaniem miejsca dla siebie” (Radlińska 1949, s.197). W młodości „najsilniej kształtują się ideały, rozbudza wola” (Radlińska 1935, s.207). Autorka zauważa, że nie każdy w jednakowym stopniu doświadcza pełni młodości: „Na dnie życia społecznego, w środowiskach nędzy nie ma miejsca na młodość. [...] Młodzież proletariacka dziwi się, że dojrzałość może być piękna, radosna, ofiarna. Przeciwnie, kojarzy z nią twarde rozczarowania, wiedzę o najgorszym i rezygnację z uroku życia” (Radlińska 1947, s. 9, 12).

Dorosłość jest dla Radlińskiej plastyczną, tak pod względem duchowym, jak i fizycznym fazą życia człowieka. Możliwy jest w niej rozwój: „Trudno stwierdzić, iż rozwój w dorosłości, w wielu przypadkach, ustaje; trudno bowiem wyodrębnić postęp w zakresie mądrości i twórczości życiowej” (Radlińska 1935, s. 55). Dorosły w pewnym stopniu skazany jest na rozwój; w procesie rozwoju człowieka dorosłego konieczna jest jego aktywność własna: „Za nikogo nie można się rozwijać, za nikogo wzrastać. [...] Osobowości dorabia się człowiek własnym wysiłkiem dzięki swojej postawie twórczej” (Radlińska 1947, s. 20-22). Dorosłość wyraża się poprzez dojrzałość. „Człowiek w pełni dojrzały raduje się pięknem i pożytkiem nie tylko swoich najbliższych, swojej grupy, lecz również odmiennością form i barw, jak ogrodnik hodujący kwiaty” (1947, s. 11-12). Jego dojrzałą psychikę charakteryzuje „afirmacja życia i dojrzała cecha odmienności. [...]

Dojrzałość, czas równowagi, harmonijnej twórczości, raduje się po rodzielsku odnową życia” (1949, s. 197). Najbardziej charakterystyczną cechą dorosłości jest jednak „realność zadań, które podejmują, wyraźna i bezpośrednia odpowiedzialność za czyny” (1947, s. 9-10). Dorosły zмага się ze swą niełatwą i monotonną codziennością i pełni trzy podstawowe role społeczne – zawodową, rodzinną i polityczną: „przychodzi z rozgwaru spraw codziennych, ma wiele trosk i zainteresowań, związanych z odpowiedzialnością zawodową, rodzinną i polityczną. Warunki bytu utrudniają mu skupienie, równocześnie niosą nadmiar pytań. Monotonia pracy zarobkowej przysypuje dusze pyłem takiego zmęczenia, że trzeba wielkiego wysiłku, by utorować przezeń drogi do uśpionych zainteresowań” (1947, s. 224-225).

Istotna myśl Radlińskiej, podnosząca względność wieku kalendarzowego, szczególnie interesująco odnosi się do starości. Starość modyfikowana jest wykonywanym zawodem, a w tym wykształceniem i pracą nad sobą: „W zawodach wymagających wykształcenia i ciągłej pracy nad sobą – starość się opóźnia”. Starość odnosi człowieka do spraw uniwersalnych, ponadczasowych: „ku starości przychodzi stępienie wrażliwości na rzeczy najbliższe, wpatrywanie się w wieczne, w wieku męskim często pomijane” (1947, s. 12). „Starość, najmniej wrażliwa na zdobywanie dla siebie, pogłębia stosunek do spraw wiekuistych” (1949, s. 197). Istotna jest rola starszych w pokoleniu historycznym – pokolenie historyczne to „rodzice, dzieci wnuki, podlegający tym samym wydarzeniom swego czasu” (1947, s. 10).

Według Radlińskiej każdy człowiek może przejawiać twórczy stosunek do swego życia. Każdy jest „współtwórcą życia własnego i gromadnego. I życia nowej generacji. Każdy musi zdobyć najtrudniejszą ze sztuk, sztukę kształtowania życia” (1935, s. 35).

Pomocną rolę wspomagania człowieka w jego procesie rozwoju odgrywa oświata pozaszkolna: „Zakres jej jest nieograniczony, uzupełnia dzieło szkoły powszechnej, jak i akademickiej, buduje instytucje, które służyć mają dziecku i dorosłemu, ubogiemu duchem, i temu, kto skarby już posiadane pomnaża” (1924, s. 219). Szczególnie ważne są jej dwie dziedziny: oświata zawodowa i wychowanie do wczasów. Oświata zawodowa powinna wykraczać poza „ciasny krąg pracy fachowej”. Człowiek nie może być przygotowywany tylko do pracy: „wyłączne przygotowanie do pracy wychować musi – niewolników. Człowiek wolny ma być wychowywany do pełni życia” (cyt. za St. Karpowiczem; Radlińska 1947, s. 38).

Punktem wyjścia dla koncepcji wychowania do wczasów jest: „poszu-

kiwanie harmonii, uznanej za jedno z podstawowych praw życia, które zmusza do uzupełniania braków i niedoborów. [...] Bez treści wczasów nie ma pełnego wychowania człowieka” (1947, s. 39, s.44). Niezwykle ważne jest wczasowanie w przypadku mieszkańców miast: „Często w rozgwarze życia miejskiego, w przeludnieniu mieszkań, wśród nadmiaru wrażeń narzucających się a nie przeżywanych – człowiek ma poczucie, że zgubił siebie. Żeby się odnaleźć, potrzebuje skupienia i spokoju, zetknięcia się z przyrodą, przemyslenia podstawowych zagadnień” (1947, s. 43).

Kończąc ten swoisty rejestr mądrości, sformułowanych na bazie refleksji Radlińskiej o wychowaniu człowieka, warto podnieść także rolę, jaką przypisywała twórczyni pedagogiki społecznej, nauce, badaniom naukowym i uczonej. Pisała m.in. „nauka zyskuje posłuch, gdy zbliża się do życia, [...] by czerpać dla siebie podniecie, a nie tylko po to, by dawać”. Badania nie powinny mieć charakteru tylko specjalistycznego. Specjalizacja oznacza bowiem „rzemieślnicze traktowanie nauki”. Nauki specjalistyczne, o hermetycznym języku, „wpływają na technikę życia, zaniedbują wpływ bezpośredni na dusze”. Nauka o wychowaniu, jak i praktyka wychowawcza potrzebują wielkich umysłów: „Wielkie umysły są powołane do stwarzania związku między nauką a życiem” (1924, s. 230).

Bibliografia:

Radlińska H.: (1951), Egzamin z pedagogiki społecznej. Łódź: skrypt powielony przez Koło Naukowe Pedagogów Społecznych Uniwersytetu Łódzkiego.

Radlińska H.: (1947), Oświata dorosłych Zagadnienia Dzieje Formy Pracownicy Organizacja. Warszawa: Ludowy Instytut Oświaty i Kultury.

Radlińska H.: (1961), Pedagogika społeczna. Wstęp R. Wroczyński i A. Kamiński. Wrocław-Warszawa-Kraków: Wydaw. Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich.

Radlińska H.: (1949), Młodociani w społeczeństwie. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

Radlińska H.: (1924), Najważniejsze zagadnienia. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

Radlińska H.: (1948), Obywatelstwo i przywileje dziecka. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

Radlińska H.: (1935), Postawa wychowawcy wobec środowiska społecznego. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

Radlińska H.: (1932) Podstawy walki z drugorocznością. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

Radlińska H.: (1910), Wychowanie narodowe. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

Radlińska H.: (1947a), Wychowawca, dziecko i świat rzeczy. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

Radlińska H.: (1944), Zasięg wychowania. W: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, 1961.

O niektórych mitach wokół ludzi starych i starości

W Polsce jest blisko 6 milionów osób w wieku poprodukcyjnym. W tym prawie dwukrotnie więcej kobiet niż mężczyzn (kobiety 60 lat i więcej, mężczyźni 65 lat i więcej). Przeciętny dochód emeryta wynosi około 1000 zł; prawie 7% korzysta z pomocy finansowej dzieci; niemal 20% pomaga finansowo dzieciom lub wnukom. 40% emerytów prowadzi gospodarstwo domowe wspólnie z dziećmi. Samotnie gospodaruje ponad 50%. Około 40% to wdowcy lub wdowy, a 20% ludzi starych żyje w gospodarstwie rolnym (Rocznik Statystyczny 2002).

Jest to uproszczona charakterystyka ludzi starych w Polsce na początku XXI wieku. Tę kategorię społeczną cechują realia, o których wspomniałam wyżej, a otacza całe mnóstwo wyobrażeń i mitów, które chcę przeanalizować.

Czymże są owe mity? Przyjmuję, że są ogólnym, w miarę powszechnym przekonaniem, mającym wpływ na postrzeganie rzeczywistości, a wynikającym często z międzypokoleniowego i międzyśrodowiskowego przekazu, opartego zazwyczaj na słabych i nieudokumentowanych przesłankach. Mimo tego siła oddziaływania mitów jest na tyle znacząca, iż ma wpływ na formowanie się postaw, zachowań i opinii społecznej. Nierzadko stają się one silnym argumentem dla populistów, ale – co również warto odnotowania – zdarza się, że odwołują się do nich niektórzy profesjonaliści, szczególnie zajmujący się zbliżonymi do gerontologii dyscyplinami, które ze względu na specyfikę metodologiczną nie operują prostymi, łatwo weryfikowalnymi wskaźnikami.

Zasadnym wydaje się stwierdzenie, że silnie utrwalone mity społeczne są odporne na dyskusję o nich, jak i na ich podważanie. W konsekwencji

– często deformują rzeczywistość, blokują zmiany, bądź je utrudniają, a niejednokrotnie zdarza się, że zniechęcają do nich politycznych decydentów i polityków społecznych. Wiele przykładów na potwierdzenie tej tezy można znaleźć przy analizie tzw. kwestii kobiecych. A więc problemach związanych z zatrudnianiem kobiet, okresem urlopów wychowawczych, macierzyńskich czy wiekiem przechodzenia na emeryturę.

Z kilku wybranych dyscyplin, z których wywodzą się ogólne przekonania dotyczące ludzi starych i starości, chciałabym wybrać niektóre mity w myśl podanej wyżej definicji i spróbować wskazać na ich podłoże, genezę, skutki oraz elementy prawdy i nieprawdy w nich zawarte.

Oczywistym wydaje się, że przy podjęciu tego tematu bardzo trudno uchronić się przed subiektywizmem, jak również, ze względu na charakter opracowania, poddać analizowane mity metodologicznie poprawnej weryfikacji.

Dla jasności dalszych rozważań chciałabym oprzeć się na następujących przesłankach:

1. Starość i proces starzenia się poszczególnych osób, obserwowane z zewnątrz, są do siebie podobne, podlegają podobnym mechanizmom.

2. Ludzie starzy są kategorią silnie zróżnicowaną wewnętrznie i to we wszystkich aspektach: medycznym, społecznym, ekonomicznym i psychologicznym.

3. Każdy człowiek starzeje się zgodnie z ogólnymi prawidłowościami, ale jednocześnie indywidualnie i adekwatnie do swojej przeszłości. Stary człowiek to nie inny człowiek, ale kontynuacja jego jednostkowych cech, wymiarów i wyznaczników.

4. Psychologicznym wymiarem stopnia starości jest zakres rezygnacji z potrzeb i uproszczenie sposobu ich zaspokajania.

5. Społecznym wymiarem stopnia starości jest podporządkowanie się, internalizacja przymusowego ograniczania ról społecznych jako wyznacznika stosunku do ludzi starych.

6. Wraz z wiekiem coraz silniejszym jawi się subiektywizm dotyczący postrzegania nie tylko własnego życia (co oczywiste), ale subiektywizm w ocenie świata zewnętrznego.

Chciałabym zatrzymać się na sześciu dość powszechnych przeświadczeniach dotyczących ludzi starych lub ich otoczenia. Oto one:

1. Ludzie starzy są najuboższą kategorią społeczną.
2. Ludzie starzy są obciążeniem dla społeczeństwa i dla budżetu państwa.
3. Rząd nie prowadzi polityki społecznej wobec ludzi starych.

4. Wraz z osiągnięciem wieku emerytalnego powstaje obowiązek przejścia na emeryturę.

5. Ludzie starzy to nie tylko podatni na wykluczenie, ale i wykluczona kategoria społeczna.

6. Starość jest pełnym negatywów okresem w życiu człowieka.

Mit pierwszy: ludzie starzy są najuboższą kategorią społeczną. Blisko 95% osób starych (wskazują na to jednoznacznie wszystkie badania) mają jakieś źródło dochodu: emerytura, renta, czasem uzupełniane pracą zawodową, świadczeniami z pomocy społecznej, bądź pomocą ze strony rodziny. Zgodnie więc z założeniami polityki społecznej każda osoba w wieku emerytalnym ma dochód, który kształtuje się przeciętnie na poziomie od 800 zł do 900 zł miesięcznie.

Ludzie starzy, w przeciwieństwie do niektórych innych kategorii (np. rodzin wielodzietnych, młodych małżeństw), mają mieszkanie, nie zawsze o wysokim standardzie, ale wyposażone technicznie i umeblowane. Innymi słowy – mają pewne zasoby materialne. Problemem mogą być bieżące wydatki, szczególnie związane z opieką zdrowotną (lekarze, leki), ale wiąże się to bardziej z dysfunkcjonalnością tej instytucji, ponieważ osoby w innych kategoriach wiekowych miewają analogiczne trudności.

A więc ludzie starzy mają stały, bezpieczny, zagwarantowany dochód, który nie jest łaską, ale wypracowanymi i odkładanymi (w budżecie państwa) środkami finansowanymi wypłacanymi po przejściu na emeryturę. Można się oczywiście zastanawiać, czy i na ile wysokość świadczenia jest satysfakcjonująca. Na pewno nie jest. Na pewno nie wszystkie potrzeby można za pomocą tych środków zaspokoić.

Z wysokością emerytury dzieją się zresztą dziwne rzeczy. Na przykład w rolniczych gospodarstwach domowych znaczenie człowieka mającego stałe, systematyczne dochody (a więc i emeryta) od lat wzrasta. Brak jednak możliwości podniesienia dochodów, czyli emerytury powoduje, psychiczny niepokój i strach przed pauperyzacją. Tak więc stała, wciąż ta sama kwota emerytury z jednej strony cieszy, z drugiej jest źródłem lęku.

Raz jeszcze chcę powtórzyć, iż niesłusznie traktuje się emeryturę tak, jakby było świadczeniem z pomocy społecznej. Jest ona bowiem własną oszczędnością zabezpieczoną przez system emerytalny. Emerytura jest wypracowana, zarobiona, a nie dana. Szczególnie w nowym systemie emerytalnym mechanizm podtrzymywania wartości nabywczej (waloryzacja) jest prawnie chroniona.

Problem obecnego pokolenia ludzi starych polega na tym, że nie posiadają lub jedynie w małym stopniu dysponują własnymi oszczędnościami,

które mogłyby być uzupełnieniem stałego dochodu, jakim jest emerytura. Wspomniana sytuacja będzie ulegała zmianie dopiero w następnych pokoleniach, bowiem ani straty wojenne, ani powojenne stosunki społeczne, ani późniejsza hiperinflacja nie będą (tak przynajmniej należy zakładać) ich udziałem. Rozwijać się też będzie indywidualna zapobiegliwość owo-cująca na starość większymi zasobami dzięki przywróceniu praw własności i wyższymi oszczędnościami pieniężnymi. A więc – co się z tym wiąże – większą niezależnością.

Mit drugi, po części związany z mitem poprzednim, to przekonanie, że wydatki związane z ludźmi starymi są obciążeniem dla budżetu państwa i społeczeństwa. Tymi, często powtarzanymi, stwierdzeniami stwarza się niedobłą atmosferę społeczną wokół ludzi starych, a w nich budzi nieuzasadnione poczucie winy. Gdyby podjąć wysiłek i zrobić bilans wpływów pochodzących od ludzi starych i wydatków na ludzi starych (ze względu na charakter i objętość niniejszego opracowania nie zaprezentuję tej analizy), to można byłoby stwierdzić, że (w uzależnieniu od przyjętej metodologii) owe wydatki i dochody w zasadzie się bilansują. Postrzegać więc należy ludzi starych jako rzetelnych podatników, a także stałych i przewidywalnych konsumentów. Ludzie starzy to kategoria, z którą wprawdzie nie bezpośrednio, ale jednak zawarta została umowa międzypokoleniowa nie tylko w aspekcie ekonomicznym, ale społecznym i kulturowym. Ludzie starzy to strażnicy wartości, obyczaju i tradycji. To grupa, która trzyma w rękę busolę zmian. Ich reakcja wymusza równowagę między „starymi i nowymi laty”.

Restryktywnie traktowane przez pracodawców i zaakceptowane przez pracowników przekonanie, że 60 rok życia dla kobiet i 65 dla mężczyzn jest w zasadzie obowiązkowym wiekiem przejścia na emeryturę, to kolejny mit. A przecież zgodnie z ustawą emerytalną jest to jedynie wiek, w którym osiąga się prawo do przejścia na emeryturę. O tym, czy chce się z tego prawa skorzystać, czy też nie – decydować powinien sam zainteresowany, biorąc pod uwagę własny zawód, stan zdrowia, sytuację rodzinną oraz życiowe plany.

Stopień powszechności chęci lub niechęci przejścia na emeryturę jest dość dobrym pośrednim wskaźnikiem określającym:

- samopoczucie człowieka starego,
- jego faktyczne kwalifikacje i sprawność zawodową,
- społeczną akceptację starości,
- komfort odczuwany przez ludzi starych przy świadczeniu pracy.

Ale nie tylko stosunek do wieku emerytalnego zależy od wspomnia-

nych elementów. Istnieje też (nie do końca uzasadnione) przekonanie, że po przejściu na emeryturę będzie wreszcie czas i możliwości, aby robić to, co się naprawdę chce. To, na co nie było wcześniej czasu lub możliwości. Takie przekonanie to niejako druga strona mitu, iż emerytura jest obowiązkiem, a nie prawem.

Argument o pozytywach przejścia na emeryturę pojawiał się dość często podczas dyskusji nad przesunięciem do 65 roku życia wieku emerytalnego kobiet. Argumentowano wówczas: „Chcemy odpocząć; chcemy być wolne od zawodowych obowiązków”. A przecież tylko zdrowa i dostatnia starość stwarza ku temu szanse, choć też nie dając pewności. W tym miejscu warto również zwrócić uwagę na to, na co jedynie (i jednostronnie) wskazują demografowie. Twierdzą mianowicie, że wzrasta liczba osób starych, a zmniejszać się będzie liczba młodych, co jest efektem spadku dzietności. Naukowcy prognozują nawet, że zbliża się katastrofa demograficzna. Co to będzie oznaczać dla ludzi starych? Wartość człowieka starego jako pracownika będzie wzrastała. Pracodawcy zaczną zabiegać o przesunięcie wieku emerytalnego, aby zatrzymać dobrze wykwalifikowanych, sumiennych fachowców i pracowników. Choćby dlatego, że młodych ludzi będzie coraz mniej, politycy społeczni zaczną mówić o „zarządzaniu wiekiem” w ramach istniejących zasobów pracy. Sformułowanie takie oddaje istotę konstatacji, choć brzmi bardzo technicznie.

Na tym tle niezmiernie interesująca jest dyskusja społeczna na temat przedłużenia (zrównania) wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn. Większość kobiet – i to bez względu na wykształcenie – opowiada się za niższym wiekiem emerytalnym, godząc się tym samym na niższe świadczenie. Nasuwa się więc pytanie: czy tak nęcące jest życie bez pracy? Czy tak dokuczliwa jest aktywność zawodowa? Czy tak duży brak zaufania do polityków i proponowanych przez nich zmian w zakresie prawa emerytalnego? Czy tak silne jest przekonanie, iż ewentualne zmiany mogą jedynie pogorszyć dotychczasową sytuację, więc lepiej skorzystać z tego, co się w tej chwili należy?

Problem ten z pewnością wymaga pogłębionych badań. Nie powinniśmy ograniczać się do prostych i pozornie łatwych odpowiedzi.

Dość groźnym i hamującym rozwój światowych tendencji jest przekonanie o koniecznej bliskości organizacyjnej pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. Należy koniecznie rozróżnić te dwa aspekty. Komplementarność, współpraca, współdziałanie służb medycznych i służb społecznych wtedy, kiedy adresatem tych działań jest człowiek stary i chory. Nie wszyscy bowiem ludzie ze względu na swą starość wymagają wsparcia pomocy społecznej, tak jak nie wszyscy starzy są ludźmi chorymi.

Bardzo ważną zasadą w pomocy społecznej jest zasada subsydiarności, która, najogólniej rzecz biorąc, określa, iż służby socjalne włączają się wtedy, kiedy zostały wyczerpane wszystkie inne możliwości pomocy. Te inne możliwości, to zarówno aktywność własnej rodziny, jak i inne elementy zabezpieczenia społecznego.

Jeszcze jednym z dość powszechnych mitów jest przekonanie, iż polityka społeczna i pomoc społeczna to obszary pokrywające się. Nic bardziej błędnego. Pomoc społeczna jest częścią (więcej – instrumentem) polityki społecznej. Przez pomoc społeczną, w zależności od koncepcji i jej kondycji, można realizować wiele celów przyjętych przez politykę społeczną: ograniczać skutki biedy, chronić jednostki słabsze ekonomicznie (np. rodziny wielodzietne, niepełne, osoby niepełnosprawne lub stare). W niektórych wypadkach pomoc społeczna może prowadzić działania profilaktyczne. Może więc być potrzebna praca socjalna z ludźmi starymi czy rodzinami, w których żyją ludzie starzy z przewlekłą ciężką chorobą (np. Alzhaimera), osoby owdowiałe, samotne lub z innych powodów potrzebujące wsparcia psychicznego i organizacyjnego.

W Polsce istnieje też dość specyficzny problem i dość specjalny sposób podejścia do niego. Dotyczy on seksualnych potrzeb ludzi starych. Wokół tych problemów panuje zgodne milczenie wśród lekarzy i wśród psychologów. Jedynie pracownicy socjalni stają przed tym problemem. Szczególnie widoczny jest on w domach pomocy społecznej. Dość powszechną reakcją służb społecznych na „te” sprawy jest ich infantylizacja. Tymczasem ludzie starzy mają potrzeby seksualne i istnieje cała gama sposobów ich zaspakajania, mówienia o nich i rozładowywania napięć z nimi związanych. Na pewno jednak zmowa milczenia nie jest właściwym rozwiązaniem. To prawda – niewiele jest literatury na ten temat, jeszcze mniej profesjonalnych dyskusji. Wiąże się to zagadnienie (choć nie pokrywa) z problemem wdowieństwa oraz koniecznością przystosowania się człowieka chorego do innego życia, niż to, które pędził przez kilkadziesiąt poprzednich lat.

Jednym z często powtarzających się ogólnych stwierdzeń jest brak polityki społecznej wobec ludzi starych w Polsce. Czy rzeczywiście jej brak? Odpowiadając na to pytanie, można bez wątpienia stwierdzić, że na pewno nieczęsto i niewiele mówi się o tym, że rząd zajmuje się w sposób szczególny ludźmi starymi. Przyjrzyjmy się jednak rzeczywistości, mając w pamięci założenia wyjściowe naszej analizy.

Ludzie starzy, którzy osiągnęli wiek emerytalny, mają stały dochód w postaci renty lub emerytury. Osoby stare o bardzo niskich dochodach mają prawo do różnych dodatkowych świadczeń finansowych (zasiłek pie-

łęgnacyjny, dodatki mieszkaniowe etc.). Jak wspomnieliśmy, dysponują też mieszkaniami o różnym charakterze własności, wielkości i kosztach utrzymania.

W ramach polityki społecznej prowadzonej przez samorządy lokalne, w opracowywanych przez nie strategiach rozwiązywania problemów społecznych, ludzie starzy są podmiotem wielu działań podejmowanych i finansowanych lokalnie. Zaczniemy od oferty instytucjonalnej: domy pomocy, domy dziennego pobytu, uniwersytety trzeciego wieku, kluby. Istnieją usługi opiekuńcze w domu, dowożone są posiłki. Pracownicy socjalni udzielają ludziom starym psychologicznego, ale również i organizacyjnego – bardzo ważnego dla tych osób – wsparcia. Należy stwierdzić, że dobrze prowadzona praca socjalna bardzo silnie uwzględnia kontekst funkcjonowania rodziny i poszczególnych osób w rodzinie, co dla człowieka starego ma istotne znaczenie. Bowiem w rodzinie, w stosunku do rodziny i odwrotnie – czyli stosunku rodziny do człowieka starego, jak w zwierciadle odbija się całe życie człowieka, jego koleje losu, jego sukcesy i porażki. Rodzina daje szanse na zaspokojenie wielu wyższych potrzeb: społecznych czy psychicznych, takich jak poczucie własnej wartości, uznania oraz poczucie bezpieczeństwa.

I na koniec parę słów o wykluczeniu ludzi starych. Należy postawić pytanie: czy ludzie starzy, jako kategoria społeczna, należą do łatwo wykluczanych, czyli stawianych poza społeczeństwem? Czy jest tendencja do oszczędzania na zaspokajaniu potrzeb ludzi starych przez administrację rządową i samorządową, bądź na nie zauważaniu ich lub traktowaniu jako mało ważne? Odpowiedź, moim zdaniem, brzmi – nie.

Ludzie starzy jako grupa nie są wykluczeni, są zauważalnie ważnym adresatem kampanii wyborczych, są ważnym podmiotem polityki społecznej, opieki zdrowotnej i liczącymi się konsumentami. Natomiast jednostki – czyli poszczególne osoby stare – są podatne na wykluczenie, zarówno z powodu biedy, jak i wówczas, gdy stają się zależne od innych, z racji swego ubóstwa, choroby, niesprawności i bezradności.

Rekapitulując – to nie starość wyklucza, ale szczególna jednostkowa sytuacja życiowa. Warte jest to odnotowania, bowiem przeciwdziałanie, przy użyciu różnych instrumentów, może zjawisko wykluczenia jednostkowego ludzi starych ograniczać!

Przemoc wobec dzieci, przemoc wobec kobiet zaprzęta uwagę dziennikarzy, jest przekazywana opinii publicznej z wieloma przejmującymi i bulwersującymi szczegółami. A przemoc wobec ludzi starych? Jeden z mitów polega na przeświadczeniu, iż przemoc tych osób nie dotyczy. Czy

naprawdę ludzie starzy nie są ofiarami przemocy ze strony osób obcych, a także bliskich?

Przemoc wobec ludzi starych wiąże się ściśle z ich stale zmniejszającą się niezależnością i sprawnością. Kiedy analizujemy problem przemocy wobec innych kategorii społecznych rozważamy ją głównie w kategoriach przemocy fizycznej. W odniesieniu do ludzi starych trzeba natomiast zwrócić szczególną uwagę na rozbudowaną w formie przemoc psychiczną.

Pojawia się jeszcze jeden aspekt. Bardzo złożony. Można go nazwać przemocą urojoną. W sytuacji daleko posuniętego dyskomfortu psychicznego, dyskomfortu życia codziennego, a także przy początkowych objawach, jak i zaawansowaniu, chorób neurologicznych osoba stara jest przekonana, że podlega przemocy, a zewnętrznym jej przejawem jest niepodawanie jej leków, jedzenia, opuszczenie, okradanie etc. Człowiek taki ma głębokie przekonanie o presji z zewnątrz, mimo że w rzeczywistości nic takiego nie ma miejsca. Nie są to łatwe do rozwiązania problemy. Poczucie krzywdy dotyczy bowiem w takich przypadkach nie tylko osoby starej, ale również członków jej rodziny oraz opiekunów.

Istnieje powszechne przekonanie, że starość to zły i smutny okres w życiu człowieka. Starość budzi niepokój. Starzy ludzie budzą mniej lub bardziej nieuświadomioną niechęć. Może jednak warto choćby na moment zatrzymać się nad pozytywami starości, przy założeniu, że mówimy o starości w zdrowiu. W innym przypadku rozważania dotyczyłyby choroby, a nie starości.

Zaznaczmy parę kwestii, które dość rzadko są poruszane, a należą do obszaru psychospołecznego. Ludzi starych cechują – bez względu na poziom ich wykształcenia, sytuację rodzinną czy finansową – wymienione niżej, wynikające z doświadczeń wielu przeżytych lat stany, które rzutują zarówno na ich sytuację, jak i wspomniane wyżej mity:

- długa perspektywa oglądu rzeczywistości,
- emocjonalny dystans do rzeczywistości,
- stabilna, a więc trudna do zmiany pozycja społeczna,
- autoświadomość własnych potrzeb i sposobów najskuteczniejszego ich zaspokajania,
- wieloletnia weryfikacja i internalizacja wartości, wokół których kształtuje się życie społeczne.

Te atrybuty są ogromnym kapitałem społecznym, decydującym o wartości ludzi starych dla społeczeństwa. Atrybuty te (a nie jest to zamknięty ich katalog) powinny być wyzwaniem nie tylko dla polityków społecznych, ale i dla samych ludzi starych, aby w większym stopniu mogli kształtować

swoje życie – tak sami, jak i przy pomocy innych: rodziny, samorządu, rządu i społeczeństwa.

Do starości można się przygotowywać, troszcząc się zawczasu o swoją niezależność. Mówiąc o przygotowaniu ludzi starych do realiów tego okresu ich życia nie tylko należy myśleć o tym w kategoriach psychologicznych, ale również i takich jak:

- gromadzenie zasobów finansowych (oszczędności),
- wygodnie urządzone mieszkanie,
- utrwalaniu zwyczajów, które dają poczucie bezpieczeństwa, pozwalając na poruszanie się w świecie znanym i w miarę przewidywalnym,
- rozwijanie zainteresowań, umiejętności organizowania czasu wolnego.

Ludzie starzy powinni stać na straży swoich wartości, które ukształtowały świat, otoczenie, ich samych, i nie rezygnować z nich pod presją siły młodości. Obecnie, na początku XXI wieku w Polsce trudno zaobserwować konflikt pokoleń, mimo że tempo i charakter przemian mogłyby na to wskazywać. Ludzie starzy są wycofani, niepewni siebie, swojej przeszłości, pozbawieni wielu szans.

Ludzie starzy powinni być otwarci na zmiany w wielu obszarach – technologicznym, kulturowym, edukacyjnym, estetycznym, co nie musi pozostawać w sprzeczności z ochroną wartości tradycyjnych. Sprostanie temu jest jednak bardzo trudnym zadaniem, bowiem nie sprzyjają temu mechanizmy związane z procesem starzenia się, takie jak apoteoza przeszłości czy, coraz trudniejsza wraz z wiekiem, adaptacja do nowości i zmian. Niemniej bez otwarcia na nowe ludzie starzy będą skazywani na marginalizację.

Człowiek – jak opisywała to w swoich pracach Maria Susułowska – starzeje się konsekwentnie do swojego charakteru, swoich cech, całego swojego życia. Na starość nie staje się nikim innym, jedynie pewne jego cechy się wyostriżają, zaczynają być widziane jak w nieco krzywym zwierciadle. Dlatego nie tylko w młodości trzeba poszukiwać odpowiedzi na pytanie jak ma wyglądać życie, co się chce osiągnąć, kim się chce być, ale również po przekroczeniu „smugi cienia” należy się zastanawiać: jakim człowiekiem chce się być na starość, jaki model życia kontynuować oraz jak się do tego przygotować.

Czy wystarczy sama gotowość człowieka, by sprostać wyzwaniom starości. Czy nie musi iść to w parze z działaniami polityków społecznych?

Politycy społeczni, mając świadomość, że człowiek stary to pełnopraw-

ny obywatel, muszą tworzyć warunki, aby mógł zaspokoić swoje potrzeby w sposób gwarantujący możliwość indywidualnego wyboru formy. Powinni wpływać na rozwój usług społecznych ze szczególnym uwzględnieniem usług opiekuńczych, aby tak długo, jak to jest możliwe, ludzie starzy zachowali samodzielność i niezależność. Redystrybucja dochodów państwa powinna uwzględniać potrzeby ludzi starych tak, aby starość nie pociągała za sobą pauperyzacji.

Opracowanie niniejsze ma charakter szkicu, który udokumentowany, bardziej pogłębiony byłby lepszym opisem mitów i ich oceną. Ale to w następnym wydaniu.

Piękny umysł czy kidult

*Każdy chce żyć długo
Ale nikt nie chce być stary*
Jonathan Swift

Elder boom u progu XXI wieku czyni jednym z ważniejszych problemów współczesnej cywilizacji sposób przeżywania okresu starości. Lepiej lub gorzej ukrywany ageizm (ang. *ageism*) jest powodem rozpaczliwych poszukiwań ludzi w okresie późnej dojrzałości, jak atrakcyjnie zestarzeć się i dyskretnie wycofać z tego świata. Artykuł podejmuje próbę przedstawienia dwóch skrajnych sposobów funkcjonowania człowieka starego na tle młodszych pokoleń: jako model dziecięcego dorosłego i starszego oraz model „pięknego” starca. Tekst prezentuje szeroko rozumiane podejście gerontologiczne – interdyscyplinarne, humanizujące, jakże ciągle obce paradygmatom tradycyjnej medycyny i nawet naukowej geriatrii. Zapewne przedstawia podejście niekiedy kontrowersyjne, jednak w nadziei na pobudzenie własnej refleksji czytelnika, gdyż z problemem starości, prędzej czy później, będzie musiał się zmierzyć każdy.

Mimo formalnych deklaracji o równości młodych i starych, mimo obowiązujących zabezpieczeń prawnych, cywilizacja zachodnia jest cywilizacją ageizmu (lub kryptoageizmu) (Binczycka-Anholcer 2005, Dziegielewska 2000; Pędich 2001; Tokarz 2005). Starość i śmierć są nadal tematami tabu (Dyczewski 1994). Ciągłe funkcjonują etykiety starości: człowiek stary to chory, niezdolny, niesprawny, uzależniony od opieki, społecznie i ekonomicznie niepożądany, niestety – zazwyczaj brzydki („nieapetyczny”), zatem powszechnie nieakceptowany, raczej bardziej wzbudzający niezręczne zaambarasowanie i zniesmaczenie ze względu na „nieestetyczną obecność” aniżeli empatię, litość, miłosierdzie (Twardowska-Rajewska 2005, Twardowska-Rajewska 2005). Skontrastowanie młodości ze starością oczywiście wypada z niepodważalną korzyścią dla młodości: jest ona

piękna, zdrowa, sprawna, odnosząca sukces, zatem – zachwycająca, godna naśladowania, a więc ze wszech miar – pożądana!

Ludzie, umierając coraz później, żyją coraz dłużej jako starzy: metrykalnie, biologicznie i funkcjonalnie. „Masz tyle lat, na ile wyglądasz” – to stwierdzenie potwierdza stygmatyzującą rolę starości, w której człowiek przeżywa obecnie nawet połowę swojego życia (od momentu nabycia prawa do emerytury około 50 roku życia, do śmierci – coraz częściej około setnego roku życia). Kiedy żyje się w tak etykietującym świecie, logika nakazuje podjąć próbę takiego odgrywania społecznych ról, by uniknąć wszelkich negatywnych konsekwencji starości, a być społecznie akceptowalnym, a nawet pożądanym. Role te można zmieścić między dwoma skrajnymi postawami: postawą „pięknego umysłu – pięknego człowieka” i postawą „kidult”, dziecięcego człowieka dorosłego czy starego (Brown 1992; Perls, Hutter Silver, Lauerma 1999; Restak 1999).

Wieczna „dziecinność” jako zaprzeczenie starości

Pojęcie „kidult” pojawiło się w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych jako wynik zapotrzebowania społecznego, zgodnie z tezą: osoby dorosłe (stare) nie chcą nigdy dorosnąć, gdyż starość (a nawet dorosłość) jest niepożądana. Panująca obsesja kultu młodości sprawia, że ludzie chcą w tej młodości uczestniczyć zawsze – nieustająco. Ponieważ z dojrzałością i starością związana jest etyka obowiązku i pracy, samokontroli i wyrzeczeń (Wojciszke 1999), dorosłość jest niepożądana. Młodość kreuje etykę przyjemności, braku obowiązku pracy, dostatku wolnego czasu, z czym wiąże się zewnętrzna stylistyka świata materialnych przedmiotów. Zatem kultem młodości to także konsumpcja typowa dla młodych, nawet nastolatków. W przeciwieństwie do niezarabiających młodych, osoby dorosłe i zamożne stare mogą sobie pozwolić na zakupy kosztownych produktów przeznaczonych dla młodszych. Przykładem może być samochód Ford Ka, Audi TT, Mini Cooper czy Volkswagen Beetele, jak również wyposażenie mieszkań – kuchni (dzbanki do kawy, korkociągi, wyciskarki do owoców), łazienek w kolorowe bajkowe dziecięce gadzety (firma Alessi). Innym przykładem jest popularna wśród kidultów konsola do gier PlayStation (firma Sony), książki i filmy dla dziecięcych dorosłych (Harry Potter, Shrek). Coraz częściej kidulci w każdym wieku noszą odzież z typowo dziecięcym zdobnictwem, np. z Myszka Miki (Dolce & Gabbana, japońska firma Hello Kitty), czy także breloczki, broszki

(firma Prada). W Hongkongu corocznie odbywają się targi Kidult Festival z gadżetami dla dziecięcych dorosłych. Umiłowanie dziecięcych zabawek lego wyraża skrót AFOL (*Adult Fan Of Lego*) czy ALE (*Adult Lego Enthusiast*), inaczej – AFOLB (*Adult Fan Of Lego Briks*). Również w naszym kraju istnieje spora grupa dojrzałych entuzjastów lego. Członkowie AFOL budują z lego np. wieżę Babel, Tadz Mahal, sceny biblijne, obrazy z mitologii azteckiej czy amerykańskiego życia politycznego.

Podsumowując ten sposób funkcjonowania w dorosłości i starości: nie bawisz się – nie żyjesz, bo życie to zabawa i radość. Zabawa zatem stała się głównym zajęciem, nadrzędną wartością, nawet obowiązkiem dla kidultów. Jak zauważył Bryan Page, antropolog z University of Miami, nosi to wyraźne znamiona cofania się w rozwoju (Melosik 2001). Kidulci, aby spełnić warunki przynależności do tej społeczności, muszą charakteryzować się „nieokreślonym” wiekiem. Typowi kidulci dojrzały to np. Brad Pitt, Kuba Wojewódzki, starsi – Adam Hanuszkiewicz. Socjologowie uzasadniają istnienie dziecięcych dorosłych nie tylko zapotrzebowaniem na wieczną młodość, ale również potrzebą rekompensaty za szare dzieciństwo, np. w PRL-u, które nie zaspokoilo potrzeby dziecięcej przyjemności. W ten sposób nie zrealizowane w odpowiednim czasie życia dzieciństwo może być przedłużane nawet do śmierci.

We współczesnej polskiej rzeczywistości na życie w stylu kidult ma szanse niewiele osób, zarówno z pokolenia trzydziestolatków jak i sześćdziesięcioletnich. Z jednej strony, młodzi uczą się długo, aby potem pozostać bezrobotnymi (dwukrotnie częściej, aniżeli w starszych grupach wiekowych) i być na utrzymaniu rodziców, z drugiej strony, starsi środki, zamiast na przyjemną zabawę, muszą przeznaczać na swe bezrobotne dzieci. Zatem zarówno młodzież, jak i ich zasobniejsi rodzice, nie są zorientowani na zabawę, lecz na obowiązek, pracę, karierę, sukces (Wojciszke 1999).

Podobny fenomen daje się ostatnio zaobserwować również na drugiej półkuli: Dwudziestolatkowie powracają do rodziców, co nawet zostało opatrzone nazwą *boomerang generation*.

Ułatwieniem w realizowaniu filozofii kidult jest również zanik formalizmu, skutkujący rozdzieleniem pozycji społecznej i sposobu ubierania się (*dress code*). Jednak dla kidulta *dress code* istnieje w innym sensie i niesie ze sobą treść: „jestem (ciągle) młody i OK”. I nie wydaje się, aby ten trend miał zanikać! Kidult ma szansę być kontynuacją współczesnego pokolenia *yettie* (y – *young*, e – *entrepreneur*, przedsiębiorca, t – *techno*), zawodowo związanego z Internetem, bezdzietnego, orientującego się w nowych tendencjach, urodzonego w latach 1981-2002. Yetties to pokolenie, które

nastąpiło po yuppies (*young urban professionals*) i dinks (*double income, no kids*).

Funkcja „rozczulająca” dziecinności

Silne tendencje do trwałego zdziecinnienia obserwowane są w Azji, co ma być antytezą (obroną?) dla sztywnej, hierarchicznej kultury dojrzałych, realizującej tylko trudy szarego życia, jakże typowej dla przemijających pokoleń. To zdziecinnienie aż do śmierci, wyraża się poprzez powszechną obecność tzw. „rozczulaczy” dla kidultów. Rozczulacze to przedmioty o wyglądzie miłym, słodkim, wdzięcznym, niewinnym, słabe, bezbronne, małe, żałosne, jak np. mała panda, słonik, miś koala czy ludzkie niemowlę. Według badań neurologów (University Wisconsin-Madison, USA), takie cechy, jak duże głowy z dużymi oczami, małymi noskami, gapkowatym, nieporadnym zachowaniem, drepczące, tuptające (jak niemowlęta, pingwiny, Teletubisie czy Myszka Miki) aktywują w mózgu dorosłych ośrodek nagrody (ten sam, co podczas odczuwania przyjemności związanej z seksem czy czekoladą). Jest to zjawisko pedomorfizmu. Twórca tego pojęcia, Konrad Lorenz (lata pięćdziesiąte XX wieku), twierdzi, że „dziekopodobne” cechy wywołujące wzruszenie są wynikiem adaptacji ewolucyjnej, warunkującej zajmowanie się swoim potomstwem. To wzruszenie (kobiet) wykorzystali, dla poprawy wskaźników sprzedaży, producenci samochodów o „wzruszającej” stylistyce: Mini Cooper, Suzuki Swift czy Volkswagen Garbus, a także chirurdzy plastyczni, drenujący kieszenie kobiet, poddawanych „wzruszającym” przeobrażeniom twarzy. Wzruszające zdziecinnienie świata dorosłych i starszych widać na pomalowanych w zwierzątka dźwigach, samolotach czy licznych komiksach dla starszych panów, a także powszechnie stosowanych w miejscach pracy firmowych maskotkach. Dowodem na trwałe zdziecinnienie kobiet jest obrazkowe pismo *kawai*, wylansowane przez japońskie nastolatki (lata siedemdziesiąte XX wieku), zbuntowane przeciw rodzinnej tradycji i porządkowi.

Nasuwa się pytanie, dlaczego ludzie starzy, powracający do cielesnych proporcji (np. twarzy) niemowląt, o chodzie podobnie nieporadnym, nie rozczulają. Dlaczego „wszystkie dzieci nasze są”, zaś starzy nie? Dlaczego ludzie dają przyzwolenie na nieporadność i dziecinność, a nie na nieśprawnosć i zdziecinnienie? Wydaje się, że przyczyną mogą być morfologiczne i funkcjonalne cechy starzejącego się organizmu, które są sprzeczne z przyjętymi kanonami estetyki – mimo podobnych proporcji ciała

(przewaga mózgowca nad twarzoczaszką), jednak cechy starczej skóry, włosów, paznokci, nieporadny chód, wynikający z choroby (zwyrodnienia stawów) a nie dojrzewających funkcji motorycznych niemowląt, częsty brak kontroli fizjologicznych potrzeb (z którego się „nie wyrośnie”), niestety budzą negatywne odczucia, przeciwne do wzbudzanych przez niemowlęta czy zwierzęta-maskotki. Eskalacja potrzeb opiekuńczych aż do kresu życia, narastające koszty finansowe i organizacyjne, niejednokrotnie przykre dla opiekunów objawy charakteropatii czy cerebrastenii seniorów (zespół psychoorganiczny), wszystko to skutkuje negatywnym stosunkiem do człowieka starego, który już nie wzrusza, lecz irytuje (Leońska 2000).

Sporty ekstremalne seniorów jako zaprzeczenie starości

Osoby w wieku późnej dorosłości i starości usiłują poprawić nie tylko swój obraz wizualny na tle młodszych grup wiekowych, ale również funkcjonalny, podejmując rozmaite aktywności. Najlepszym przykładem jest uprawianie sportów niemal-ekstremalnych przez osoby, niejednokrotnie bardzo sędziwe. A oto kilka przykładów. 70-letni Yuichiro Miura zdobył (w maju 2003 roku) Mount Everest, jego 99-letni ojciec Keizo Miura zjechał (w jego towarzystwie) na nartach z Mount Blanc. Amerykanin Herb Tanner (lat 92), z aparatem słuchowym i dwoma endoprotezami stawów kolanowych, skoczył na spadochronie bez asysty z wysokości 1067 m, czego również dokonał Norweg Bjarne Maeland mając ponad 100 lat. 84-letnia Brytyjka Doroty Williams opuściła się po linie z 30-metrowego budynku w Londynie, aby zdobyć przez ten pokaz środki na leczenie biednych. 88-letni książę Konstantyn z Lichtensteinu w ekstremalnym saneczkarstwie pokonał tor Cresta Run w St. Moritz, zjeżdżając z prędkością 145 km/godz. 82-letni Amerykanin James Janssen jest nadal ratownikiem na basenie w Klubie Davenport Quting. Ciągłe czynni zawodowo lekarze to 103-letni Ishwar C. Dalel (Indie) i dr Valanjatti Kuruvilla, który od 1935 roku prowadzi swą stomatologiczną praktykę. Rumunka Cella Delevrancea dała ostatni koncert w 103 roku życia, 99-letni Col Kugel nadal pilotuje samolot (przechodząc kilka razy w miesiącu szczegółowe badania kontrolne), Holender, 88-letni Charles Ruijter, został najstarszym windsurferem. Francuzka Jeanie Louise Palmet (1875-1997) w 114 roku życia zagrała w filmie „Vincent i ja”, 99-letni Philips Rabinowitz z RPA to najstarszy chodziarz (na 20 km). Żeglarz, Brytyjczyk Michael Ridley, pokonał samotnie Atlantyk w wieku 80 lat.

Seksualność w podeszłym wieku – potwierdzeniem wiecznej młodości

Innym obszarem, w którym seniorzy usiłują zaprzeczyć upływowi czasu, jest seks, mimo że miłość w starości obwarowana jest cenzurą. Jak wykazują najnowsze badania, libido u starych kobiet nie zawsze zdecydowanie się obniża. Duńskie badania nad seksualnością seniorów (lata dwudzieste XX wieku) wykazały, że spośród 179 kobiet 70-letnich aż 22% odbywa stosunek dwa razy w miesiącu. W powszechnej opinii erotyzm jest dozwolony dla starszych mężczyzn. Według badań Lwa Starowicza, aktywność seksualna kobiet nasila się po sześćdziesiątce, a ciągle traktowane są one jako seksualne dinozaury. Starsi ludzie mają nadal fantazje seksualne, z którymi muszą ukrywać się z lęku przed ośmieszeniem. W naszym kraju (i nie tylko) niewiele jest miejsc, gdzie wolni i otwarci na nowe znajomości seniorzy mogliby spotykać się i np. potańczyć. Dopuszczalne są, co najwyżej, podwieczorki przy muzyce. Pewien wyłom w społecznej mentalności stanowi Klub Seniora Ikar w Warszawie, gdzie połączyło się wielu seniorów i powstało kilkadziesiąt małżeństw, zawieranych w pośpiechu, aby dorosłe dzieci nie przeszkodziły (co zresztą jest regułą). Dla wielu wyzwolonych seniorów, świadomość swego nieestetycznego, starego ciała nie stanowi hamulca. Jak twierdzą Matti Gerhefeld i Judith Newman („Miłość po pięćdziesiątce”), trzeba pozbyć się lęków i fobii i „polubić tę starość i iść na randkę jak nastolatek”. Seks w jesieni życia odmładza i leczy lepiej niż farmaceutyki. A więc seniorzy mogą wygrywać wyścig w seksie z młodszymi od siebie (Twardowska-Rajewska 2005).

Wieczna młodość szansą na materialną zasobność

Wiek XXI generalnie traktuje życie ludzkie jak wielką arenę wyścigów, szczególnie o młodość i perfekcjonizm. Kultury młodości i perfekcjonizmu, objawiające się na polu wykonywanej pracy zawodowej, prowadzące do destruktywnego i wyniszczającego stylu życia, są typowe już nie tylko dla młodości. Często należąc do wrodzonych cech osobowości, nasilają się wraz z upływem życia – poprzez dorosłość, dojrzałość aż do starości. Wśród silnych motywów występowania tej prawidłowości, kluczowe miejsce zajmuje trudna sytuacja na rynku pracy: kurczące się zasoby młodej siły roboczej w wyniku starzenia się społeczeństw będą wymuszały przedłużający się czas aktywności zawodowej, a lepszą pracę zdobędzie ten,

kto jest lepszy, tzn. młodszy (niekoniecznie metrykalnie) i bardziej perfekcyjny. Z drugiej strony, świadczenia emerytalne dla rosnącej rzeszy seniorów będą (już są!) groźnym obciążeniem dla budżetów nawet bardzo bogatych krajów (Pędich 2001; Obuchowski 2002), stąd pożądany jest jak najdłuższy czas aktywności zawodowej.

Autoakceptacja jako warunek zdrowia

Niestety, w naszym kraju ciągle jeszcze panuje zwyczaj na eksponowanie osobistych mankamentów, cielesnych i duchowych, a zapominanie o swych zaletach i atutach. Pograżamy się w poczuciu winy za niezrealizowane, uprzednio zaplanowane, zadania, nie projektujemy marzeń czy tęsknot, które mogą leczyć z monotonii i szarości codziennej egzystencji. Zwykle nie lubimy siebie, nie akceptujemy swojego wizerunku w starości, boimy się zmian, jesteśmy lękliwi i bierni wobec losu, odczuwamy zewnętrzzną i wewnętrzną presję pracy nad sobą, bo ciągle „nie jesteśmy sobą – bo musimy być KIMS”. Nawet w drugiej części życia (po pięćdziesiątce) nie pozwalamy sobie na spokojne życie, gdyż odczuwamy presję uczenia się, trenowania, upiększania itp. I właśnie filozofia kidultów jest próbą realizacji marzeń młodości, choć czasem jej realizacja bliska jest groteski. Aby zachować zdrowe proporcje, należałoby zastanowić się, na czym naprawdę nam zależy, dopuścić do głosu emocje, pragnienia, nie warunkować doznawania szczęścia nabytymi sprawnościami i formalnymi sukcesami, utracić chore poczucie obowiązku (również wobec dorosłych dzieci). Trudno jest niejednokrotnie przekreślić „terror doskonałości i zaplanować przyjemność”, albowiem rutyna i powtarzalność jest dla wielu ludzi źródłem poczucia bezpieczeństwa (pracoholizm). Niestety, ceną za takie funkcjonowanie jest niewielka przyjemność istnienia, bezbarwność i nieciekawość. Na emeryturze, choć późno, jest czas na to, aby uzmysłwić sobie swoje wizje przeżywania tego czasu, odcinając się od twierdzenia, że „na pewne rzeczy jest już za późno i nie wypada”. Edukacja ustawiczna – tak, ale jako hobby czy przymus?

Piękny umysł – piękny człowiek

Zaprezentowane wyżej rozważania mogą wydawać się ze wszech miar kontrowersyjne, jednak dostarczając wiele szalonych pomysłów na życie,

mogą inspirować do poszukiwania własnej szczęśliwej drogi. Ta szczęśliwa droga ku najlepszej jakości życia, aż po jego kres, we wszystkich wymiarach realizować się może inaczej. „Piękny człowiek” – tak określiła 90-letniego Józefa Czapskiego Krystyna Zachwatowicz. Osiągnąć piękno człowieczeństwa, w wymiarze umysłu i duszy, to chyba niemal niedościgły cel w osobistym rozwoju każdego. Piękny umysł genialnego mędrca pod koniec życia osiąga apogeum wiedzy czy sztuki, jednak nie konsumuje własnego intelektualno-duchowego bogactwa sam, lecz udostępniając je innym – swym bliskim, uczniom, postronnym obserwatorom, czytelnikom. Promieniuje wokół nie tylko geniuszem, wiedzą, lecz przede wszystkim dobrocią i mądrością życiową, skupia wokół siebie ludzi, pragnących w jego ciepłym promieniowaniu nie tylko uczyć się, ale duchowo doskonalić się, wzrastać, dojrzewać. Są tu potrzebne pożądane cechy osobowości, wrodzone czy nabyte, głównie poprzez socjalizację i własny trud pracy nad sobą, które łącznie kształtują relacje interpersonalne i przyciągają, a nie zrażają innych. Co do udziału tych czynników, psychologowie nadal toczą zaciekle spory, co jest ważniejsze w formowaniu charakteru: geny, wpływ rodziców czy środowisko rówieśnicze i szkoła (Obuchowski 2002).

Odnosnie doskonalenia sprawności intelektualnych w miarę starzenia się – do niedawna opinie na ten temat były dość sceptyczne. Przez wiele lat postrzegano starość jako kres wszelkich możliwości, czas bilansu i oczekiwanie na śmierć. Dziś znamy nieograniczone wręcz możliwości kompensacyjne mózgu – morfologiczne i funkcjonalne. Obecność, u ludzi dojrzałych i starych, komórek macierzystych również dla neuronów, zdolność do tworzenia odgałęzień dendrytów (nawet do 85 roku życia) i nowych synaps oraz powstawania naczyń włosowatych, również w układzie nerwowym, to negowana dotąd zdolność mózgu do neuro-, synapso- i angiogenezy, dających morfologiczną podstawę do rozwoju funkcjonalnego-kognitywnego.

Neurofizjolodzy twierdzą, że w miarę upływu lat dochodzi do ściślejszej integracji obu półkul mózgu, co szczególnie cenne jest w takich dyscyplinach jak prawo, medycyna, zarządzanie, edukowanie czy redagowanie. Z wiekiem struktura mózgu zwana spoidłem wielkim (lub ciałem modelowatym – *corpus callosum*) lepiej integruje obie półkule: lewą, zazwyczaj odpowiedzialną za myślenie logiczne i mowę oraz prawą – realizującą zadania intuicyjne i stany emocjonalne. Potwierdziły to badania obrazujące, takie jak jądrowy rezonans magnetyczny (NMR) i pozytrona emisyjna tomografia komputerowa (PET). W odróżnieniu do młodych, starsi tracą asymetrię mózgu i wykorzystują obie półkule równocześnie.

nie, co określa się zjawiskiem HAROLD (*hemispheric asymmetry reduction in older adults*) (Cabeza, Duke University). Pozwala to osobom starszym nie tylko na utrzymanie dawnego poziomu inteligencji, ale również integrację myśli z uczuciami, co przejawia się jako „zrównoważenie” seniora. Z wiekiem ciała migdałowate, struktury układu limbicznego, odpowiedzialnego za odruchowe zachowania (które poprzedzają świadome reakcje korowe) funkcjonują słabiej, stąd obserwowane zmniejszenie impulsywności, głównie w zakresie wyrażania uczuć negatywnych: strachu, gniewu, nienawiści.

Wszystkie te prawidłowości są możliwe pod warunkiem, że człowiek po zakończeniu formalnego okresu kształcenia nie zaprzestanie edukacji, zwanej permanentną. Podobnie jak należy ćwiczyć ciało, aby zapobiec np. utracie masy kostnej czy mięśniowej, równocześnie, aby utrzymać sprawność umysłową, należy ćwiczyć mózg. Zresztą obie – sprawność fizyczna i umysłowa – wzajemnie wspierają się (Górska, Grabowska, Zagrodzka 2005). Systematyczne ćwiczenia dużych grup mięśniowych (aerobowe) nasilają ukrwienie mózgu (dostarczenie tlenu i glukozy, uprzątnięcie szkodliwych produktów przemiany materii) jak również zwiększają produkcję endorfin poprawiających nastrój. Aby utrzymać i poprawić stan kognytywny mózgu, niekoniecznie trzeba pisać magisterium czy doktorat (jak 92-latką otwierającą przewód doktorski!) Według neurofizjologów najlepszymi sposobami na przeciwdziałanie demencji są: taniec towarzyski, gry planszowe, gra na instrumencie muzycznym, rozwiązywanie krzyżówek i czytanie (Brześkiewicz 2005a; 2005b; Buzan 2002). Poczucie kontroli własnej i mistrzostwa w wykonywanych czynnościach poprawia stan zdrowia seniorów.

Zdobycze nauki, jak widać, obaliły szereg dotychczasowych mitów o nieuchronności utraty vitalności mózgu na starość i zaprzeczyły zasadności istnienia etykiet przydawanych człowiekowi staremu (Brown 1992). To od nas samych, w znacznej mierze, zależy kształt naszej starości, formowanie naszego „pięknego umysłu w pięknym człowieku”, mimo utraty fizycznej młodości. Fundamentalnym zadaniem jest zatem walczyć z mitem, że „starość nie udała się Panu Bogu”, bo starość to „żniwa z całego naszego życia”. Starość jest tak piękna, jak piękny może być stary człowiek o pięknym umyśle!

Bibliografia:

Binczycka-Anholcer M., [red.]: (2005), *Przemoc i agresja jako problem zdrowia psychicznego*. Poznań: Wyd. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.

Brown D.: (1992), *Najlepsze lata masz jeszcze przed sobą*. Warszawa: Warszawski Dom Wydawniczy.

Brzeškiewicz Z.: (2005a), *Super pamięć*. Białystok: Wyd. Studio Astropsychologii.

Brzeškiewicz Z.: (2005b), *Super umysł*. Białystok: Wyd. Studio Astropsychologii.

Buzan T.: (2002), *Ruszyć głowę*. Łódź: Wyd. Ravi.

Dyczewski L., [red.]: (1994), *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Dzięgielewska M., [red.]: (2000), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Łódź: Wyd. Akademickie, Polskie Towarzystwo Andragogiczne.

Górska T., Grabowska A., Zagrodzka J.: [red.]: (2005), *Mózg a zachowanie*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

Leońska L., [red.]: (2000), *Profile starości*. Poznań: Wyd. Miejskie IBIS.

Melosik Z., [red.]: (2001), *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Poznań: Wyd. WOLUMIN.

Obuchowski K., [red.]: (2002), *Starość i osobowość*. Bydgoszcz: Wyd. Akademii Bydgoskiej.

Perls T. T., Hutter Silver M., Lauerman J. F.: (1999), *Dożyć do setki*. Poznań: Wyd. Moderski i S-ka.

Pędich W., [red.]: (2001), *Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku*. Białystok: Wyd. Stowarzyszenie Wolontariatu Międzypokoleniowego w Białymstoku.

Restak R. M.: (1999), *Starsi znaczą mądrzejsi*. Warszawa: Wyd. Prószyński i S-ka.

Tokarz B., [red.]: (2005), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*. Warszawa: Wyd. Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce.

Twardowska-Rajewska J., [red.]: (2005), *Przeciw samotności*. Poznań: Wyd. UAM.

Twardowska-Rajewska J.: (2005), *Miłosierdzie w zawodzie lekarza – wartość przebrzmiała? W: Edukacja, teologia i dialog, t. 2*. Poznań: Wyd. UAM, s. 177-183.

Wojciszke B., [red.]: (1999), *Psychologia rozumienia zjawisk społecznych*. Warszawa-Łódź: Wyd. Naukowe PWN.

Dziesięć zasad dobrego starzenia się

Nie starzą lata, ale tarapata
przysłowie polskie

Tempo, głębokość i zasięg zmian w strukturze ludności świata w pełni uzasadniają tezę o globalizacji starzenia się¹, co – prędzej czy później – musi stać się podstawą mobilizacji politycznej, gospodarczej i społecznej wywołanej zmianami populacyjnymi. Konsekwencje starzenia się większości społeczeństw² już dzisiaj pociągają za sobą konieczność restrukturyzacji gospodarki, redefinicji wielu polityk szczegółowych (zwłaszcza polityki społecznej), zaś w niezbyt odległej przyszłości spowodują reorientację kultury z dzisiejszej apoteozy młodości ku przywracaniu roli doświadczenia, którego głównym depozytariuszem jest najstarsze pokolenie. Najbardziej radykalni futurogerontolodzy przewidują nawet rearanżacje globalnego porządku geopolitycznego twierdząc, że prognoza dotycząca globalnego starzenia się nie jest hipotezą, a zapowiadana rewolucja zdarzy się na pewno – „potem już nic nie będzie takie samo”³.

W świetle prognoz demograficzno-gerontologicznych koniecznością staje się aktywne i zobiektywizowane przeciwstawianie się tym utrzymującym się nieprawdziwym wyobrażeniom o starości, prowadzącym do marginalizowania, pomijania, a nawet wykluczania najstarszego pokolenia z uczestnictwa w życiu społecznym. W projektach urzeczywistniania ONZ-owskiej koncepcji „społeczeństwa dla wszystkich grup wieku” zakłada się⁴:

- wysiłek, inicjatywa, nakłady samych ludzi starych,
- zasoby, potencjał zdolności, umiejętności i możliwości akumulowane przez całe życie,
- wzbogające wzajemnie stosunki międzypokoleniowe w rodzinie i społeczności,

– dostosowanie infrastruktury kraju do zmian demograficznych i innych przemian społeczno-ekonomicznych i kulturowych.

Istotne jest zatem podjęcie zarówno debaty publicznej, jak i bardzo konkretnych działań, które z jednej strony pozwoliłyby chronić zasoby seniorów, z drugiej zaś budowałyby wśród członków społeczeństwa świadomość własnego potencjału i możliwości jego tworzenia na wszystkich etapach rozwoju. Wkład poszczególnych faz życia w budowanie długości i jakości życia starzejącego się człowieka można przedstawić następująco⁵.

Dzieciństwo musi być traktowane jako „kolebka” długowieczności i predykcja kondycji zdrowotnej w starości (znacząca rola okresu prenatalnego i pierwszych miesięcy życia). Dzieci i młodzież to stosunkowo nowy priorytet w programach dla ludzi starych – to także najważniejsza kategoria społeczna z punktu widzenia antycypacyjnych oddziaływań socjalizacyjno-wychowawczych, bowiem dorastające pokolenie musi przyswoić nową wiedzę, umiejętności i zachowania, jeżeli ma osiągnąć dorosłość, a potem starość w dobrym zdrowiu i przy bezpiecznych dochodach, wspierającej rodziny i ze społecznym oparciem.

Tak zwana „emocjonalna inteligencja” nabywana jest w dzieciństwie, razem ze wzorcami współzależności i niezależności – to specyficzna forma know-how, ułatwiająca przyszłe rodzinne współżycie, poleganie na sobie samym oraz budowanie umiejętności współpracy. Mamy wiele dowodów na to, że istnieje swoista, nieledwie naturalna więź emocjonalna pomiędzy dziećmi a osobami starszymi. A zatem, jeżeli ci ostatni zostaną odpowiednio „przeszkoleni”, mogą stać się „dziadkami z wyboru” dla poszukujących uczucia dzieci.

Młodość to czas kształtowania stylu życia budującego zdrową i aktywną starość, przezorność, zaradność oraz zdolność do samoopieki. Wejście w samodzielne, dorosłe życie oznaczać musi realne, a nie tylko prawne przejęcie odpowiedzialności za własny rozwój, standard życia, sukces i miejsce w strukturze społecznej (zróżnicowanie społeczne). Ta faza życia to czas nabywania umiejętności, kompetencji społecznych i samodzielności przez pokolenia wchodzące w dorosłe życie.

Dzisiejsi ludzie młodzi to znacząca grupa docelowa polityki społecznej, wymagająca aktualnej wiedzy i nowych umiejętności oraz kształtowania zachowań umożliwiających wejście w starość w zdrowiu, sprawności i z odpowiednim dochodem oraz wypracowanym nawykiem oszczędzania, a także ze wsparciem rodziny i społeczności lokalnej. Dorastające pokolenie potrzebuje stale uaktualnianej informacji, wiedzy na temat perspektywnego wpływu stylu życia zamożnych społeczeństw, dys stresu

i zanieczyszczenia środowiska naturalnego na kondycję zdrowotną człowieka.

Zdolność jednostki do wczesnego podjęcia procesu adaptacji do wydłużonego okresu starości to warunek zmiany postaw społecznych wobec starzenia się i ludzi starych.

Młode pokolenie musi być świadome faktu, że zmienia się tradycyjny system wsparcia i zabezpieczeń socjalnych (być może na gorsze) również w odniesieniu do rodziny i szerszego systemu wsparcia społecznego, szczególnie w krajach rozwijających się, przy jednoczesnej erozji służb socjalnych w rozwiniętych gospodarkach. Bardzo ważne jest zatem wytwarzanie u przedstawicieli wszystkich kategorii wieku nawyku oszczędzania przez cały okres aktywności zawodowej.

Dorosłość jest z kolei okresem budowania kapitałów (finansowego, materialnego, środowiskowego i społecznego) – to czas generowania „kapitału pokoleniowego” (tabela 1).

Trzeba zatem już dzisiaj obniżyć ryzyko kosztownego dziedzictwa pokoleniowego w sferach takich jak: środowisko naturalne, kapitał fizyczny (infrastruktura), społeczny (stosunki międzyludzkie, spójność, aktywność społeczna, potencjał ludzki i organizacyjny) i kulturowy (wartości, zasady, normy), determinujących jakość życia⁶ całego społeczeństwa, a osób starszych w szczególności.

Generalnie nie ma specjalnych różnic w określaniu jakości życia seniorów i innych kategorii społecznych, ale największe znaczenie w kształtowaniu jakości życia najstarszego pokolenia odgrywają w kolejności następujące sfery: dobre zdrowie fizyczne, bezpieczeństwo ekonomiczne (dysponowanie stabilnym i adekwatnym dochodem, służącym zaspokojeniu potrzeb podstawowych), towarzystwo, koleżeństwo i życie społeczne; szczęśliwe życie rodzinne; funkcjonalne zdrowie – zdolność samoobsługi i samoopieki oraz doświadczanie miłości, przywiązania i opieki ze strony potomstwa (tabela 2) (Wan 1997).

Lata średnie to czas przystosowań – to okres szczególnie ważny z punktu widzenia postaw sprzyjających akceptacji późniejszych faz życia, a także sprzyjający „nauce” traktowania przestrzeni społecznej jako „swojej” także w latach późniejszych.

Wydłużenie życia powoduje wzrost znaczenia wieku średniego – okres ten może zostać spożytkowany na dokonanie rewizji przeszłych i planowanych dokonań oraz możliwości, zarówno w kontekście stylu życia, jak też umiejętności umożliwiające pozostanie aktywnym członkiem społeczeństwa w późnych latach życia (przewidywanie i przezorność).

Tabela 1. Kapitał pokoleniowy

Typ i cechy kapitału	Ludzki ⇐ ⇨	Społeczno-kulturowy ⇐ ⇨	Ekonomiczny ⇐ ⇨	Środowiskowy ⇐ ⇨
Główni inwestorzy (pierwotni)	– jednostki – rodziny – szkoły itp.	– rodziny – społeczności lokalne – grupy interesu – lobby – media itp.	– rodziny – społeczności lokalne – sektor prywatny – agendy rządowe itp.	– władze lokalne – planiści – innowatorzy itp.
Zasady	niezależność inicjatywność prężność	współzależność wzajemność	wzrost środków utrzymania	udostępnianie połączenia komunikacja
Aktywa (walory)	⇓ – zdrowie – wiedza – rozumienie – zdolności i umiejętności – wola	⇓ – rozbudowane więzi – zaufanie – wzajemne wsparcie	⇓ Formalne i nieformalne: – umiejętności pracy – systemy wartości – systemy bezpieczeństwa itp.	⇓ Otoczenie i środowisko: – wolne od barier – dostosowane do potrzeb wszystkich grup wieku
Rezultaty	⇓ Długo żyjący ludzie: – wykwalifikowani – prężni i witalni – przystosowani – refleksyjni – rozwijający się przez całe życie	⇓ Społeczność: – opiekuńcza – wspierająca – pluralistyczna – tolerancyjna – zintegrowana – utrzymująca tradycję i współczesność	⇓ Gospodarka: – otwarta – bezpieczna – gwarantująca równoprawność podmiotów – konkurencyjna – przystosowana do potrzeb starzejącej się populacji	⇓ Środowisko: – przyjazne – ułatwiające życie – dostępne i przystosowujące się do zmian – reagujące elastycznie na potrzeby – integrujące różne kategorie wieku

Źródło: Report of Secretary General International Year of Older Persons 1999: activities and legacies. Highlights of an expert consultation on developing a policy framework for a society for all ages. From the Annex of A54/268 – międzyregionalna konsultacja ekspertów w Seulu: 11-16 czerwca 1999.

Tabela 2. Podstawowe domeny jakości życia – profil globalny i kategorialny

Istnienie w wymiarze:	Profil egzystencjalny	
	Globalny	Zwłaszcza dla seniorów
fizycznym	– zdrowie somatyczne – higiena osobista – żywienie – ćwiczenia fizyczne – zadbanie i ubiór – ogólny wygląd fizyczny	– zdolność do samodzielnego poruszania się w domu i poza mieszkaniem – zdolność do samoobsługi – właściwe żywienie – zbilansowana dieta
psychicznym	– zdrowie psychiczne – przystosowanie – życie uczuciowe	– zdolność logicznego myślenia – radzenie sobie z codziennymi zadaniami i problemami
duchowym	– podzielane wartości – osobiste standardy zachowania – duchowe przekonania i wierzenia	– poczucie dokonania życiowych – uczestnictwo w życiu duchowym i religijnym
społecznym	– pozycja i status społeczny – role społeczne	– szanse readaptacji i dopisywania nowych ról społecznych do pozycji osoby starszej
Przynależność:	Związki ze środowiskiem	
w wymiarze fizycznym	– dom – miejsce pracy/szkoła – dzielnica/sąsiedztwo – społeczność	– posiadanie sfery prywatności – życie w miejscach posiadających wyposażenie szczególnie przydatne dla osób starszych
w wymiarze społecznym	– znaczący bliscy – rodzina – przyjaciele – współpracownicy – sąsiedztwo i społeczność	– posiadanie kręgu rodzinnego zdolnego nieść pomoc – realna szansa uzyskania wsparcia sąsiedzkiego
do społeczności	– adekwatny dochód – świadczenia i usługi zdrowotne – zatrudnienie – programy edukacyjne – programy rekreacyjne – wydarzenia i działania na poziomie społeczności	– dostępność i zdolność korzystania ze świadczeń zdrowotnych – korzystanie z placówek usługowych i handlowych w dzielnicy (w pobliżu miejsca zamieszkania)

Realizowanie się	Osiąganie celów osobistych, realizacja pragnień i aspiracji	
w praktyce codziennego życia	– prace domowe – praca zarobkowa – aktywność edukacyjna i/lub wolontaryjna – dostrzeganie i rozumienie potrzeb zdrowotnych i socjalnych	– opieka nad partnerem życiowym – wsparcie dla innych dorosłych – zdolność wykonywania prac domowych – aktywność społeczna
w czasie wolnym	– działania promujące aktywność i relaksację – działania sprzyjające redukcji stresu	– posiadanie hobby, zainteresowań – uczestnictwo w zorganizowanych formach rekreacji i wypoczynku
w wymiarze rozwojowym	– działania promujące utrzymanie lub przyrost wiedzy i umiejętności – adaptacja do zmian	– poprawianie/podtrzymywanie sprawności intelektualnej i pamięci – przystosowanie do zmian życiowych

Źródło: zmodyfikowana przez autora wersja propozycji Quality of Life Research Unit Uniwersytetu w Toronto Quality of life, <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>: [data dostępu: 15.02.2005].

Lata średnie to także okres szczególnej socjalizacji umożliwiającej poszczególnym pokoleniom wzajemne inwestowanie w siebie oraz dzielenie się owocami tych inwestycji, zgodnie z zasadą odwzajemnienia i równości.

Starość to czas realizowania scenariuszy pisanych w kolejnych fazach życia (bilans życiowy). Współuczestnictwo osób starszych w życiu społeczności obejmować powinno wszystkie aspekty życia zbiorowego, w tym zwłaszcza samokształcenie, edukację obywatelską, a także rynek pracy. Procesy i zjawiska związane z globalizacją starzenia się prawdopodobnie sprzyjać będą w kolejnych dziesięcioleciach „recydywie gerontokracji”⁷ oraz doprowadzą z całą pewnością do bardzo istotnych przekształceń w strukturze rodziny⁸.

Skoro tyle już wiadomo na temat wkładu poszczególnych faz życia w budowanie starości warto zastanowić się, w jaki sposób proces starzenia się uczynić satysfakcjonującym oraz sprzyjającym wydłużaniu życia i poprawianiu jakości egzystencji seniorów. Korzystając z dorobku gerontologii oraz posiłkując się własnymi przemyśleniami, autor proponuje rozważenie w dalszej części opracowania dziesięciu zasad dobrego starzenia.

Zasada I: Bądźmy ostrożni w wyborze rodziców.

Ta przewrotna teza sformułowana przez brytyjskiego lekarza i genetyka J. Smitha zwraca uwagę na cechy dziedziczne jako ważne źródło danych o potencjale biologicznym, rozwoju i kondycji człowieka w poszczególnych fazach życia. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy starzenie się nie jest chorobą, lecz naturalnym procesem zmian, którym kierują geny (starzenie się komórek i tkanek – skutek: dezorganizacja ich struktury i funkcji) i/lub jest to wynik nagromadzenia się różnych błędów „eksploatacyjnych” do „zużycia się” organizmu lub też rezultat braku substancji biochemicznych, albo też starość jest przejawem kumulujących się skutków chorób i/lub uszkodzeń ciała. Jest pewne, że organizm starzejącego się człowieka ma mniejszą odporność na choroby, co osłabia jego zdolność utrzymania tkanek i organów oraz sterujących nimi procesów w równowadze.

Istnieją dowody naukowe na to, iż nierównomiernym tempem starzenia się organizmów ludzkich zawiadują geny, a także na to, że „długowieczność” biegnie przez rodzinę – istotne są zwłaszcza analizy genealogiczne oraz dożywanie późnego wieku wśród bliźniąt (Kirkwood 2005; Jeune i Christensen 2005; McClearn i Petrill 2005).

Jakkolwiek rola rodziców, od których geny dziedziczymy, jest trudna do przecenienia, to jednak genetycy zawsze dodają, że nie mniej ważne jest jednak środowisko, w którym żyjemy i starzejemy się. Oznacza to, że proces starzenia się ma, co prawda, komponentę genetyczną, jednakże jednostka może wpływać na przebieg tego procesu, przede wszystkim za pośrednictwem stylu życia, właściwych motywacji i postaw wobec starości. Jest procesem o indywidualnym, osobniczym przebiegu – zatem nie u wszystkich objawia się w tym samym czasie i w taki sam sposób. Nie można zatem mówić o jakimś jednym, wszechobejmującym kryterium „wejścia” w starość – nie istnieje także jakiś jeden „prototyp” starości. Jednym tchem dopisuje się przy tej okazji także twierdzenie, iż od długości życia ważniejszą jest jego jakość.

Zasada II: Zaopiekujmy się wcześniej własnym zdrowiem i czynimy to przez całe życie.

Jakkolwiek podwaliny długowieczności buduje okres prenatalny i dzieciństwo, to jednak w starość wnosimy także skutki zdrowotne realizowanego wcześniej stylu życia (kluczowa rola lat średnich). Źródło większości chorób ma długą historię przed wejściem jednostek na ścieżkę starzenia się, a całkowity stan zdrowia ludzi starych jest rezultatem zmienianego w poszczególnych fazach życiowych stylu życia, stąd też większość proble-

mów zdrowotnych wywołują choroby przewlekłe z wyboru jednostkowego (czasami także zbiorowego) prowadzące na ogół do niepełnosprawności.

Patogenetyczny model wyjaśniania zmian zdrowotnych w starości nie jest w stanie sprostać wyzwaniom, jakie niesie ze sobą globalne starzenie się populacji – co więcej, taki punkt widzenia prowadzi do utrwalania w szerokich kręgach społecznych (także wśród lekarzy i polityków społecznych) przekonania, iż zmiany w strukturze demograficznej społeczeństw będą wyłącznie źródłem problemów zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych. Taki pesymizm jest tyle bezpodstawny, co szkodliwy, gdyż hamuje rozwój efektywnych programów z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej (nihilizm terapeutyczny) oraz związanych z nimi świadczeń i usług (zwłaszcza w rehabilitacji i rewitalizacji).

Nadzieją zmian jest coraz powszechniejsze rozpatrywanie starzenia się z dwójakiej perspektywy: jako stanu niepatologicznego⁹, lecz zagrożonego chorobami bezpośrednio związanymi z wiekiem, bądź jako statusu o wysokiej funkcjonalności z niewielkim ryzykiem chorobowym.

W wymiarze fizjologicznym starzenie się ma z reguły towarzyszącą temu procesowi komponentę patologiczną – stąd też mamy wielu normalnie funkcjonujących ludzi starych, których nie można jednak nazwać osobami zdrowymi.

W poprawianiu kondycji zdrowotnej i sprawności najstarszego pokolenia znaczenia nabiera zatem pierwotna profilaktyka starzenia się (geriatryczna), obejmująca działania służące zapobieganiu przedwczesnej i patologicznej starości, a jej adresatem są ludzie zdrowi w średnim wieku, zagrożeni przedwczesnym starzeniem się (ochrona przed chorobami i/lub powikłaniami z ich strony). Zapobieganiu niedołęstwu starczemu służy natomiast profilaktyka wtórna, adresowana do osób starszych z chorobami przyspieszającymi proces starzenia się i/lub prowadzącymi do utraty samodzielności życiowej.

Zasada III: Partnera życiowego niekoniecznie poszukujemy w kręgu rówieśników.

Badania socjologiczne dostarczają dowodów na rzecz tezy o swoistej, ochronnej funkcji małżeństwa w starości – informacje uzyskane od czterech tysięcy wdów i wdowców przez Instytut Zdrowia Publicznego Johns Hopkins University w USA pozwoliły stwierdzić, że:

– osoby owdowiałe i żyjące samotnie po śmierci współmałżonka umierają o kilka lat wcześniej, niż osoby z tej samej kategorii wieku pozo-

stające w związkach małżeńskich (prawidłowość silniej zaznaczona wśród mężczyzn),

- wdowcy żyjący samotnie żyją zdecydowanie krócej niż ich żonaci rówieśnicy,

- wdowcy wchodzący ponownie w związek małżeński żyją dłużej niż mężczyźni, którzy przeżyli życie u boku jednej kobiety.

Równocześnie obserwuje się, że związki rówieśników są częściej narażone na kryzys i zagrożone dezercją mężów/partnerów w okresie menopauzalnym ich małżonek/partnerek.

Tak więc znany w poprzednich pokoleniach układ: młodsza kobieta – starszy mężczyzna przy optymalnej różnicy wieku 5-10 lat, stwarzać może większą szansę wejścia w fazę starzenia się męża i żony mniej więcej w tym samym czasie.

Zasada IV: Starajmy się jak najlepiej poznać rodziców, rodzinę potencjalnego partnera życiowego.

Zdarzenia życiowe w poszczególnych fazach rozwojowych osadzone są w konkretnym kontekście kulturowym zawierającym cele, normy i wartości konkretnej grupy rodzinnej, przekładane w toku socjalizacji na role społeczne, postawy, zachowania codzienne – generalnie na styl życia. Presja grup rówieśniczych wzmacniana tradycją i normami oraz ogólny klimat moralny i duchowy rodziny generuje cechy osobowościowe oraz postawy i zachowania wobec grupy rodzinnej i jej członków (zwłaszcza niesamodzielnych, chorych i niesprawnych), zobowiązania dzieci wobec rodziny i rodziców (wsparcie, opieka), wzory relacji w obrębie systemu rodzinnego (wymiana społeczna), a także zachowania wobec grup i ludzi znajdujących się w potrzebie (dobroczynność, miłosierdzie).

Tak więc częste kontakty z rodziną potencjalnego męża/żony to skarbnica wiedzy nie tylko o prawdopodobnym przyszłym wyglądzie fizycznym, ale także o cechach psychicznych, temperamencie i kulturowo warunkowanych zachowaniach człowieka wybranego na partnera życiowego.

Zasada V: Ćwiczmy stale intelekt.

Ludziom starym zapatrzonym w przeszłość przyszło żyć w świecie zorientowanym w przyszłość. Reprezentowana przez nich „kultura ostrożności” oraz walory jakie przynosi późna dojrzałość, stały się w nowych warunkach wartościami mało funkcjonalnymi.

Z wiekiem coraz częściej „świat” przychodzi do człowieka starego, zaś sam człowiek stary coraz rzadziej wychodzi do „świata”. W podeszłym

wieku nowe zakresy aktywności podejmowane są bardzo rzadko – raczej obserwujemy stałość podejmowanych zachowań (niewielka liczba zmian w aktywności) i/lub kontynuowanie albo ewentualne poszerzanie działań i zainteresowań, lecz w uprzednio ustalonych płaszczyznach (we wcześniejszych fazach życia – nie jest to jednakże tożsame z pasywnością).

Dlatego właśnie znaczenia nabiera kształcenie ustawiczne – uczymy się całe życie, ale w kolejnej fazie życia u każdego człowieka następuje przewartościowanie wiedzy. Dla ludzi młodych ważne jest pytanie: co powinienem wiedzieć? W latach średnich pytamy: jak powinienem wykorzystać to, co wiem? W starości wagi nabiera kwestia: dlaczego powinienem wiedzieć?

Generalnie aktywność intelektualna w starości „obsługuje” na ogół to, co zostało nabyte wcześniej, oraz dopasowuje doświadczenia do wcześniej ustalonego układu odniesienia – nie eliminuje to jednak zarówno kontynuacji różnorodnych form aktywności intelektualnej, jak również praktykowania nowości, które niesie współczesność (nowoczesne technologie, nowe rozwiązania instytucjonalne, odmienione sposoby i narzędzia komunikowania się, media).

Żyjąc coraz dłużej, ludzie przystosowują się do zmian – należy zakładać, że coraz łatwiej będziemy poruszać się na rynku pracy, przechodząc z pracy do pracy, ale musimy odbierać czytelne sygnały o wartości rynkowej inwestycji edukacyjnych.

Zasada VI: Nauczmy się czerpać satysfakcję z każdej fazy życiowej.

Każda faza życia obejmuje zarówno rozwój, jak też utratę czegoś, posiadanie możliwości i ograniczeń – każda z nich ma coś do dania i otrzymywania, a także jest okresem nabycia określonych praw, jak i przypisanych obowiązków.

Ważne jest zatem jak postrzegamy poszczególne etapy prowadzące ku starości – jak oceniamy ich wartość z punktu widzenia przebiegu jednostkowego życia. Konieczne jest przewartościowanie dzisiejszej apoteozy młodości jako jedynej wartości godnej zabiegów oraz źródła pozytywnych ocen i podjęcie działań zmierzających do czerpania zadowolenia z każdego okresu naszego życia – od najmłodszych lat człowiek musi mieć powód do dalszego życia.

Proces starzenia się jest ważny zarówno dla tych, co już są seniorami, jak i dla tych, którzy dopiero wchodzi lub wejdą w przyszłości na ścieżkę prowadzącą ku schyłkowi życia.

Podejmujemy indywidualnie i zbiorowo działania służące kontynuowa-

niu lub substytucji znaczących, produktywnych ról społecznych – dążmy do zatrzymania i odwrócenia procesu przyznawania osobom starszym „statusu bez roli”.

Aktywacja i reaktywacja służyć ma poprawie i utrzymaniu jakości życia w starości (zwłaszcza „sędziwych starców”) oraz zapewnianiu poczucia bezpieczeństwa socjalno-zdrowotnego oraz stabilności świadczeń emerytalno-rentowych, podtrzymywaniu zdolności do pracy oraz zwiększaniu szans zatrudnienia dla osób starszych.

Zasada VII: Wcześnie rozwijajmy różne formy aktywności – zwłaszcza aktywność fizyczną i zainteresowania pozazawodowe.

Aktywny tryb życia wpływa na lepszą kondycję psychofizyczną człowieka i wydłuża trwanie ludzkiej egzystencji, zaś aktywne starzenie się oznacza proces optymalizacji fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu na każdym etapie rozwoju osobniczego, służący wydłużeniu przeciętnego trwania ludzkiego życia i w zgodzie z uznanymi standardami jego jakości.

Wybór stylu życia gwarantującego aktywne starzenie się powinien obejmować najwcześniejsze fazy rozwojowe człowieka i obejmować:

- uczestnictwo w życiu rodziny i społeczności,
- zrównoważone żywienie, zdrową dietę,
- utrzymywanie adekwatnej do możliwości aktywności fizycznej,
- powstrzymywanie się od palenia tytoniu,
- unikanie nadmiernej konsumpcji alkoholu.

Aktywność fizyczna sprzyja wyprzedzaniu niekorzystnych z punktu widzenia procesu starzenia się zjawisk, zdarzeń i procesów, zwłaszcza w sferze zdrowia – zachowamy dzięki temu vitalność i niezależność w okresie, gdy ich najbardziej potrzebujemy. Rośnie także dzięki tym działaniom szansa dopisywania nowych ról do dość statycznej pozycji emeryta.

Jeśli człowiek osiąga wysoką pozycję w jednej sferze życia (np. w pracy) i im większą osiąga z tego satysfakcję oraz im większy wachlarz potrzeb jest w ten sposób zaspokajanych, tym dotkliwsze poczucie straty tej formy aktywności po przejściu na emeryturę. Z kolei wiele form aktywności we wcześniejszych fazach życia stwarza szanse na etapowe, stopniowe, powolne ograniczanie i opuszczanie obszarów aktywności po przejściu w stan bierności zawodowej.

Aktywność (zwłaszcza interpersonalna) umożliwia zdobycie oparcia po utracie jednej lub wielu ról życiowych (substytucje utraconych ról), zaś wysoki poziom aktywności wiąże się z wysokim morale i wieloma mierni-

kami satysfakcji (choć spotkać można nieaktywnych, acz zadowolonych ludzi starych – wystarczy dobre zdrowie i odpowiedni dochód).

Aktywnemu starzeniu się sprzyjać będzie promocja prozdrowotnego stylu życia, tworzenie warunków służących utrzymaniu zdrowia i rewitalizacji, wykorzystywanie zasobów jednostki i jej otoczenia oraz minimalizowanie zależności ludzi starych i kształtowanie pozytywnego obrazu starości. W ostatecznym rachunku wszystko to służyć ma tworzeniu warunków sprzyjających aktywności i elastyczności w konfrontacji ze zmianami w otoczeniu, budowaniu poczucia godności i zaufania do własnego potencjału oraz możliwości dokonywania osobistych wyborów w różnych fazach cyklu życiowego.

Eksperti zwracają także uwagę, by promując koncepcje aktywnego starzenia się, zachowywać równowagę i ostrożność w wyborze form służących przeciwdziałaniu separacji i izolacji osób starszych i unikać działań obciążonych „ekstremalnym aktywizmem”, który dla części seniorów przekraczać może ich możliwości. Dotyczy to zwłaszcza pracy na emeryturze i aktywności fizycznej.

Zasada VIII: Bądźmy otwarci na świat i ludzi.

Dajmy innym szansę, by nas poznali i docenili; nie unikajmy odmienności i różnorodności oraz trudności – pielęgnujmy przyjaźnie i znajomości.

Indywidualizacja, podmiotowość, niezależność i akcentowanie odpowiedzialności jednostkowej za ważne obszary życia (zdrowie, dobrostan psychofizyczny i społeczny, kariera, pomyślność, sukces), to wartości niosące współcześnie zmiany w relacjach międzyludzkich, także między pokoleniami.

Włączajmy się w proces zaspakajania potrzeb i rozwiązywanie istotnych problemów indywidualnych i społecznych – zabierajmy głos w swoich sprawach i dążmy do tego, by mieć udział w decyzjach dotyczących nas na poszczególnych etapach życia.

Pamiętajmy: mężczyźni umierają wcześniej, zaś kobiety żyjąc dłużej doświadczają kumulacji problemów wywołanych pogorszeniem kondycji zdrowotnej i sprawności. Kobiety stanowią większość wśród rodzinnych dawców opieki (także w opiece nad najstarszym pokoleniem) i z tej racji wymagają one szczególnego wsparcia – to jedno z kluczowych wyzwań dla polityki społecznej, zwłaszcza zdrowotnej, oraz zobowiązanie dla systemu rodzinnego.

Zasada IX: Bądźmy dobrzy dla bliźnich.

Zawsze, ale zwłaszcza wtedy, gdy spotykamy bliskich i obcych na kolejnych szczeblach własnej kariery życiowej, starajmy się kształtować i utrzymywać dobre relacje z innymi ludźmi: to mogą być ci sami ludzie, gdy będziemy powracać!

Starajmy się w kolejnych fazach życia być przydatnymi innym ludziom – nie bądźmy obojętni na ich potrzeby i problemy: angażując się w życie zbiorowe, pracujemy na potencjalny i realny udział w wymianie społecznej (zwłaszcza międzypokoleniowej) i budujemy status społeczny procentujący w starości. Pomagajmy i domagajmy się uruchamiania procedur interwencyjnych w przypadkach dewiacji i patologii społecznych wśród seniorów oraz na rzecz ochrony i wsparcia dla seniorów – ofiar zamachów kryminalnych, nadużyć, przemocy.

Zasada X: Generujmy i pielęgnujmy relacje międzypokoleniowe.

Poszczególne generacje sprostać muszą towarzyszącej starzeniu się transformacji i restrukturyzacji stosunków międzypokoleniowych. Propagowana przez społeczność międzynarodową międzypokoleniowa solidarność przejawiać się może w wielu wymiarach: w bliskości emocjonalnej i terytorialnej (zwiększenie szansy dla interakcji), wspólnocie idei, norm i wartości, wzajemnej wymianie emocji, dóbr i usług oraz wsparcia (wsparcie instrumentalne i emocjonalne), powiązaniach między przedstawicielami poszczególnych pokoleń oraz powinnościach wobec starzejącego się pokolenia. W procesie integracji międzypokoleniowej każda generacja wnosi unikatowe zasoby i umiejętności, wzmacniając społeczność i partnerów. Prowadzić to może do swoistego „kontraktu międzypokoleniowego”, który, za Bengtsonem, należy rozumieć jako „zespół norm społecznych określających nieformalne oczekiwania oraz obowiązki negocjowane każdego dnia i kreujące solidarność, bądź konflikt między partnerami”.

W relacjach młode pokolenie-ludzie starsi zyskiwać winna w przyszłości rola seniorów jako depozytariuszy i nosicieli wzorów kultury, wartości, modeli ról oraz doświadczenia życiowego.

Poziom stosunków międzypokoleniowych obniżają nie tyle specyficzne problemy zdrowotne i/lub ograniczenie sprawności ludzi starych, lecz zdolności (możliwości) adaptacyjne systemu rodzinnego. Rodzinom brak pełnej orientacji w sposobach właściwego realizowania opieki nad najstarszym pokoleniem (tradycja, powielanie wzorów). Towarzyszy im niepewność co do tego, czy zaspokajają potrzeby swych najstarszych członków (zwłaszcza niepełnosprawnych). Z kolei ludziom starym brak rozeznania,

jasnego określenia tego, czego mogą oczekiwać (żądać) od potomstwa i krewnych oraz brak umiejętności i gotowości do przyjęcia opieki, gdy jest ona konieczna.

Podsumujmy: gremia eksperckie zwracają od kilku lat uwagę na nieadekwatność strategii polityki społecznej wobec starości koncentrujących uwagę prawie wyłącznie na zapewnieniu dochodu i opieki osobom starszym (zwłaszcza w krajach transformacji ustrojowej), zalecając równocześnie konieczność uelastyczniania procedur przechodzenia z fazy aktywności zawodowej do bierności, ustawicznego kształcenia i zachęcania do pracy wolontaryjnej oraz rozwoju zróżnicowanych form wspierania rodziny w opiece nad jej najstarszymi członkami¹⁰. Działania te zwiększać mają szansę prowadzenia przez najstarsze pokolenie aktywnego, samodzielnego i niezależnego życia tak długo, jak to tylko możliwe z punktu widzenia zachowanego potencjału zdrowotnego, sprawności oraz osobniczych możliwości i potrzeb – zaproponowane „zasady” wskazują rolę samych seniorów w tej kwestii.

Przypisy:

¹ W nowe millenium Ziemianie weszli z liczbą 580 milionów ludzi, którzy ukończyli minimum 60 rok życia, a za 25 lat globalna liczba seniorów wzrosnąć ma do 1 miliarda. Demografowie przewidują, iż w roku 2030 co trzecia osoba w krajach europejskich będzie miała powyżej 60 lat, ale 70% ogólnej liczby seniorów będzie żyło w krajach rozwijających się. Znaczący jest zwłaszcza dwa razy szybszy przyrost liczby ludzi określanych mianem sędziwych starców niż wzrost ogółu ludzi starych – ludzie starzy stanowią najszybciej rosnącą część populacji światowej, także wśród ludzi najuboższych (Kalache 1999; Global aging 2000).

² Globalizacja starzenia się światowej populacji przynosi zapowiedź poważnych, niekorzystnych zmian dla państwa (m.in. pogłębienie się luki między wpływami i wydatkami na świadczenia emerytalne, destabilizacja budżetu), gospodarki (zwłaszcza zwężenie rynku pracy i rynku konsumentów, wyższe koszty pracy), jednostki (szczególnie obniżenie świadczeń emerytalnych, wzrost udziału własnego w gwarantowaniu bezpieczeństwa socjalnego) oraz rodziny (wzrost obciążeń podatkowych, przejęcie opieki nad najstarszym pokoleniem) (Dychtwald 1997; Stuckelberger 1999; Global aging 2000).

³ K. Dychtwald np. zaleca uważne śledzenie konsekwencji zmian demograficznych, przypominając, iż: „od czasów Tukidydesa historycy obserwowali związek rozwoju i upadku wielkich cywilizacji z trendami demograficznymi”.

- ⁴ Program zainicjowany został w Międzynarodowym Roku Seniorów (1999).
- ⁵ Nazewnictwo faz zaczerpnięte zostały z materiałów ONZ (United Nations 1999), zaś ich zawartość to rezultat przemyśleń autora.
- ⁶ Jakość życia – to wszystko, co składa się na „dolność prowadzenia normalnego życia, osiągania poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości oraz możliwość wykorzystania zdolności intelektualnych i psychofizycznych w dążeniu do realizacji celów osobistych, a także stwarza szansę samorealizacji” (Engquist).
- ⁷ Dzisiejsi Yuppies zakorzenia się w budowanych przez siebie strukturach gospodarczych i politycznych na tyle mocno, by nie oddawać władzy raz zdobytej, ani łatwo, ani szybko.
- ⁸ O specyfice faz życiowych wiedział już Konfucjusz, pisząc: „Kiedy miałem 15 lat mój umysł był otwarty na naukę; po trzydziestce stałem się nieustępliwy; po czterdziestce pozbyłem się złudzeń; po pięćdziesiątce zrozumiałem prawa Opatrzności; po sześćdziesiątce moje uszy wyculone były na prawdę; po siedemdziesiątce powinienem słuchać podszeptów serca nie przekraczając jednakże księżycą”.
- ⁹ W odróżnieniu do patologii towarzyszącej starzeniu się, a będącej rezultatem chorób nie związanych bezpośrednio z wiekiem.
- ¹⁰ Bank Światowy ogłosił w roku 1999 swoistą krucjatę pod hasłem: „Zapobiec kryzysowi, jaki rodzi starzenie się”. Znaczące sugestie programowe dla polityki społecznej odnaleźć można w publikacjach: Older people and transition economies: An overview of their plight in the ECA region, Environmentally and Sustainable Development (1990). Washington: World Bank; R. Holzmann, J. Stiglitz [ed.]: (2001), New ideas about social security. Washington: World Bank.

Bibliografia:

- Albrecht G. L., Verbrugge L.: (2000), The global emergence of disability. W: Handbook of social studies in health and medicine. G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw, [ed.]. London, s. 154-296.
- Atchley R.: (1998), Social forces and aging. Belmont-California.
- Averting the Old Age Crisis.: (1994). New York: Bank Światowy.
- Brown D.: (1992), Najlepsze lata masz jeszcze przed sobą, czyli poradnik o tym jak się wesoło i zupełnie bez godności zestarzeć. Warszawa.
- Dychtwald K.: (1997), Speculations on the future of aging, INSIDE magazine. Hawaii: 21st Century Publishers.
- Flynn P., Berry D., Heintz Th.: (2002), Sustainability and quality of life indicators: toward the integration of economic, social and environmental measures. *The Journal of Social Health*, vol. 1, 4, s. 16-28.

Giarrusso R., Silverstein M., Gans D., Bengtson V.: (2005), Ageing parents and adult children: New perspectives on intergenerational relationships. W: The Cambridge handbook of age and aging. M. L. Johnson, [ed.]. Cambridge-New York-Melbourne-Madrid. s. 413-421.

Global aging. The Challenge of the New Millenium: (2000), Watson Wyatt, Data Services, New York.

Heckhausen J.: (2005), Psychological approaches to human development. W: The Cambridge handbook of age and aging. M. L. Johnson, [ed.]. Cambridge-New York-Melbourne-Madrid, s. 181-189.

Holzmann R., Stiglitz J., [ed.]: (2001), New ideas about social security. Washington: World Bank.

Jeune B., Christensen K.: (2005), Biodemography and epidemiology of longevity. W: The Cambridge handbook of age and aging. M. L. Johnson, [ed.]. Cambridge-New York-Melbourne-Madrid, s. 85-94.

Kalache A.: (1999), WHO aging and health programme. W: Management of aging. Michel J. P., Hof P. R., [ed.]. The University of Geneva experience. Basel, s. 247-260.

Kirkwood T.: (2005), The biological science of human ageing. W: The Cambridge handbook of age and aging. M. L. Johnson, [ed.]. Cambridge-New York-Melbourne-Madrid, s. 72-81.

Leońska L., Woźniak Z., [red.]: (2000), Profile starości. Poznań.

Lifelong Preparation for Old Age in Asia and the Pacific.: (1996). New York, publikacja ESCA.

McClearn G., Petrill S.: (2005), The genetics of behavioural ageing. W: The Cambridge handbook of age and aging. M. L. Johnson, [ed.]. Cambridge-New York-Melbourne-Madrid, s. 141-148.

Michaud C.: (1999), The global burden of disease and injuries in 1990, *International Social Science Journal*. Health Policies and Social Values, 161, s. 287-296.

Older people and transition economies: An overview of their plight in the ECA region, Environmentally and Sustainable Development. (1990). Washington: World Bank.

Spicker P.: (2003), Solidarity between generations: A conceptual account. 4th International Research Conference on Social Security: Social security in a long life society. Antwerp, 5-7 May, (powielony materiał konferencyjny).

Staehelin H.: (2005), Promoting health and wellbeing in later life. W: The Cambridge handbook of age and aging. M. L. Johnson, [ed.]. Cambridge-New York-Melbourne-Madrid, s. 165-177.

Stuckelberger A.: (1999), Networking in the 21st century: GINA – International Network on Aging. W: Management of aging. J. P. Michel, P. R. Hof, [ed.]. Basel-Freiburg-Paris-London-New York, s. 236-245.

Synak B., [red.]: (2000), Polska starość. Gdańsk.

3. Steps toward a society for all ages: (1999). W: Preparation for 1999 – Toward a society for all ages. United Nations. www.un.org/esa/socdev/iyop/iyopppe3.htm [data dostępu: 5 września 2003].

Wan K. P.: (1997), An exploratory study of the elderly people's perception of quality of life. Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong.

Woźniak Z.: (2001), Globalizacja problemów zdrowotnych i starzenia się a rodzina. W: Współczesne rodziny polskie. Ich stan i kierunek przemian. Z. Tysza, [red.]. Poznań, s. 281-408.

Woźniak Z.: (2001), Teraźniejszość i perspektywy polityki społecznej adresowanej do seniorów na tle procesu globalizacji starzenia się. W: Ludzie przełomu tysiąclecia a cywilizacja przyszłości. M. Ziółkowski, [red.]. Poznań, s. 169-197.

Woźniak Z.: (2002), The state and family in the provision of social services for older persons in economies in transition – continuity and change: the Polish case. W: Sustainable social structures in a society for all ages. New York: United Nations, s. 83-88.

Woźniak Z.: (2003), Priorytety w programach gerontologicznych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych. W: Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej. M. Szlązak, [red.]. Kraków, s. 14-33.

PROBLEMY GERONTOLOGII SPOŁECZNEJ

Starsze osoby wobec świadczeń służby zdrowia i pomocy społecznej – wyniki badań empirycznych

Wprowadzenie

Postępujący proces demograficznego starzenia się społeczeństwa Polski powoduje wzrost zainteresowania problematyką starości i jej społecznych oraz ekonomicznych konsekwencji. Nie ulega wątpliwości, że starzenie się powinno być postrzegane jako okres, w którym zmiany ulegają pełnione przez jednostkę role społeczne i następuje stopniowe ograniczenie aktywności życiowej. Jednak większość osób starszych zachowuje sprawność do późnych lat i nawet jeśli wycofuje się z niektórych pól aktywności, to zastępuje je innymi. Na szczególne podkreślenie zasługuje często niedoceniany fakt, że wraz ze starzeniem się i przechodzeniem w okres bierności zawodowej kapitał ludzki i kapitał społeczny, jaki reprezentuje środowisko ludzi starych, nie ulega szybkiemu ograniczeniu, a wręcz przeciwnie, w początkowym okresie starości może często ulec zwiększeniu. Dzieje się tak za sprawą nowych pól aktywności, jakie coraz częściej stanowią ofertę lokalnych podmiotów polityki społecznej adresowaną do ludzi starych, jak na przykład uniwersytety trzeciego wieku. Jakkolwiek ta „jasna strona księżycy”, jak to sformułował Wojciech Pędich¹, staje się coraz bardziej dostrzegalna, to przecież nadal koncentrujemy swoją uwagę na problemach starości zależnej.

Niestety, pogarszający się poziom sprawności osób starych i malejąca w związku z tym ich samodzielność powodują, że z biegiem czasu nasila się potrzeba korzystania z pomocy lub wręcz opieki ze strony osób trzecich. Sprawia to niejednokrotnie konieczność ponoszenia dodatkowych wydatków. Starość na tym etapie staje się coraz bardziej ryzykiem społecznym, rozumianym jako takie wydarzenie w życiu jednostki czy gospo-

darstwa domowego, które pociąga za sobą albo ograniczenie dochodów, albo wzrost niezbędnych wydatków. Wśród osób starych bodaj najczęściej dochodzi jednak do tego, że równocześnie ujawniają się oba wymienione rodzaje konsekwencji. Często pociąga to za sobą gwałtowne pogorszenie kondycji materialnej gospodarstw domowych osób starszych. Rodzi się więc pytanie, w jakim stopniu osoby starsze są przygotowane na ponoszenie dodatkowych wydatków i w jakiej mierze mają możliwość korzystania z odpłatnie udzielanych świadczeń i pomocy.

Problem ten staje się coraz częściej przedmiotem badań. Również w Polsce podejmowane są próby szacowania wydatków ponoszonych przez osoby starsze w związku ze złym stanem zdrowia i potrzebą korzystania ze świadczeń opiekuńczych lub pielęgnacyjnych². Jednym z badań, które ma przybliżyć odpowiedź na pytania związane z partycypacją osób starych i ich rodzin w finansowaniu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz obciążeniem finansów publicznych tymi wydatkami było zrealizowane w 2004 roku badanie zatytułowane „Opieka długoterminowa i świadczenia opiekuńcze dla osób starszych – diagnoza i możliwości zaspokojenia potrzeb”³. Chociaż wyniki badania nie zostały jeszcze całkowicie opracowane, można na podstawie wybranych wstępnych informacji sformułować kilka uwag na temat finansowego obciążenia osób starszych wydatkami na sfinansowanie pomocy.

Za punkt wyjścia do dalszych analiz przyjęto samoocenę stanu zdrowia respondentów oraz ich stanowisko w sprawie ewentualnego korzystania ze świadczeń w przyszłości, gdyby zaszła taka potrzeba. Przyjęto, że obecnie pomoc jest potrzebna przede wszystkim tym osobom, które oceniają swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Jakkolwiek jest to pewne uproszczenie, bowiem i w przypadku bardzo złego stanu zdrowia można zachować daleko idącą samodzielność, to na ogół negatywna ocena stanu własnego zdrowia sygnalizuje oczekiwanie jednostki, iż otrzymywać ona będzie pomoc ze strony jej otoczenia. Przyjęcie takiego założenia jest uzasadnione rozkładem odpowiedzi na pytanie, czy respondenci potrzebują pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego i w związku z chorobą. W pierwszym przypadku niemal 12% badanej populacji uznało, że ze względu na zły lub bardzo zły stan zdrowia potrzebują pomocy stałej, a dalszych 6% twierdziło, iż wymagają pomocy okresowej, w drugim natomiast było to odpowiednio 10% oraz 6% respondentów. Odsetek respondentów twierdzących że potrzebują stałej pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego wyniósł w badanej populacji 16%, a tych, którzy oczekiwali pomocy okresowej – 8%. W przypadku pomocy związanej ze stanem zdrowia

odpowiednie odsetki wyniosły 14% i 8%. Problem pomocy nie jest zatem dominującym w życiu respondentów, aczkolwiek ze względu na wzrastającą populację ludzi starych będzie stanowił coraz trudniejsze zadanie dla otoczenia starszego pokolenia.

Warto zwrócić uwagę, że wśród tych, którzy oceniają swój stan zdrowia negatywnie, odsetek stale potrzebujących pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego jest o prawie 8 punktów procentowych większy niż potrzebujących pomocy w związku z chorobą. Jest to istotna przesłanka rozwoju systemu świadczeń w formie usług, organizowanego (co nie znaczy, że zawsze realizowanego) przez instytucje pomocy społecznej. Ocena skali zadań służby zdrowia i pomocy społecznej oraz związanego z tym obciążenia tych instytucji wydatkami z funduszy publicznych zostanie dokonana w dwóch aspektach: finansowania pomocy organizowanej przez samego zainteresowanego lub jego otoczenie oraz do jej organizowania i oferowania potrzebującym.

Finansowanie pomocy przez osoby starsze

Zarówno stała, jak i okresowa pomoc, z której korzystają respondenci, udzielana jest przede wszystkim przez rodzinę. Zdecydowana większość respondentów ponosi w związku ze swoją niedobłą sytuacją zdrowotną dodatkowe koszty. Dotyczą one nie tylko opłacania pracy osób świadczących usługi opiekuńcze bądź pielęgnacyjne, ale również wydatków na transport, zakup specjalnej żywności (odżywianie dietetyczne, dieta wysokokaloryczna itp.), wydatków na zakup lekarstw, środków opatrunkowych, środków higienicznych, dostosowania mieszkania do potrzeb i możliwości osoby niepełnosprawnej czy wreszcie na świadczenie medyczne udzielane poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Przytłaczającą część respondentów (ponad 96%), którzy zmuszeni są do ponoszenia dodatkowych wydatków w związku ze złym stanem zdrowia i/lub niskim poziomem sprawności, przeznacza pieniądze na zakup lekarstw i środków opatrunkowych. Obowiązujący system finansowania świadczeń medycznych i refundacji wydatków na lekarstwa wprowadził wiele ograniczeń w dostępie do bezpłatnych lub opłacanych ryczałtem lekarstw. Znaczna część obciążeń związanych z ich zakupem przeniesiona została na pacjentów. Budżety ich gospodarstw domowych często nie mogą udźwignąć tego dodatkowego ciężaru, stąd częste przypadki rezygnacji z zakupu niektórych lekarstw.

Problem finansowego obciążenia budżetów gospodarstw domowych wydatkami na leki i środki opatrunkowe będzie zyskiwał na znaczeniu. Podmioty polityki społecznej będą zmuszone do zajęcia stanowiska wobec faktu nadmiernego obarczenia starszych wiekiem pacjentów i ich gospodarstw domowych tymi wydatkami. Jedną z możliwości zaradzenia temu obciążeniu będzie społeczne ubezpieczenie od kosztów długotrwałego leczenia czy też ubezpieczenie pielęgnacyjne. Ponieważ w przypadku osób, których stan zdrowia – zły na skutek przewlekłej choroby lub urazu – raczej nie może ulec poprawie, największą pozycję w wydatkach na leki stanowią te, które nie mają działania bezpośrednio terapeutycznego, a raczej osłonowe, podtrzymujące. Finansowanie ich stanowić będzie istotną pozycję w wydatkach z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Rozłożenie kosztów długotrwałych świadczeń medycznych na całe społeczeństwo pozostaje w zgodzie z zasadą solidarności społecznej.

Co piąty respondent przeznaczał pieniądze na pomoc lekarską lub pielęgnarską świadczoną poza ubezpieczeniem zdrowotnym lub na opłaty dla innych osób udzielających pomocy. Najwyższy odsetek korzystających z nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym świadczeń służby zdrowia notowany jest w Wałbrzychu (27%). W tym mieście dostępność publicznej służby zdrowia jest równocześnie największa. Wysoki udział starszych osób kupujących usługi medyczne na rynku wskazuje zatem na to, że świadczenia publicznej służby zdrowia nie są satysfakcjonujące. Może to wynikać z ograniczonej dostępności do lekarzy, szczególnie specjalistów, długiego okresu oczekiwania na wizytę lub badanie diagnostyczne, jak też z przekonania, że lekarze z publicznych zakładów, przeciążeni pracą, nie poświęcają pacjentom dostatecznie dużo uwagi. Jakkolwiek opinie te mogą być całkowicie nieprawdziwe, mogą powodować, że starsi ludzie, chcąc uniknąć czekania na pomoc lekarską i zapewnić sobie poczucie bezpieczeństwa, korzystają z pomocy lekarzy przyjmujących w prywatnych przychodniach.

Wydatki na dodatkową pomoc stanowią znaczne obciążenie budżetów gospodarstw domowych starych ludzi. Respondenci, pytani o wysokość ponoszonych wydatków na pomoc związaną z prowadzeniem gospodarstwa domowego, chorobą oraz zaopatrzeniem w środki rehabilitacyjne i opatrunkowe, mówili o sumach sięgających miesięcznie nawet około 700 zł (tabela 1). Uzyskane informacje sygnalizują skalę problemu, ale nie mogą być interpretowane jako reprezentatywne dla ogółu starszych mieszkańców badanych miejscowości, gdyż około połowa respondentów nie udzieliła jednoznacznej odpowiedzi.

Tabela 1. Struktura respondentów według zapotrzebowania na pomoc i ponoszonych wydatków

Przedziały wydatków	Rodzaj oczekiwanej pomocy	
	Stała	Okresowa
	Pomoc w gospodarstwie domowym	
Do 100,00 zł	12,6%	10,3%
100,01 – 200,00 zł	4,9%	19,0%
200,01 – 300,00 zł	11,7%	8,6%
300,01 – 400,00 zł	5,8%	1,7%
400,01 – 500,00 zł	4,9%	1,7%
500,01 – 600,00 zł	6,8%	-
600,01 i powyżej	1,9%	5,2%
Trudno powiedzieć, brak odpowiedzi	51,4%	53,5%
	Opieka w związku z chorobą	
Do 100,00 zł	11,1%	12,5%
100,01 – 200,00 zł	5,6%	16,1%
200,01 – 300,00 zł	11,0%	7,1%
300,01 – 400,00 zł	5,6%	1,8%
400,01 – 500,00 zł	5,6%	1,8%
500,01 – 600,00 zł	7,8%	-
600,01 i powyżej	3,3%	3,6%
Trudno powiedzieć, brak odpowiedzi	50,0%	57,1%
	Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze	
Do 100,00 zł	10,9%	12,0%
100,01 – 200,00 zł	9,3%	10,0%
200,01 – 300,00 zł	17,2%	6,0%
300,01 – 400,00 zł	6,3%	2,0%
400,01 – 500,00 zł	9,4%	-
500,01 – 600,00 zł	7,8%	3,0%
600,01 i powyżej	3,1%	3,0%
Trudno powiedzieć	36,0%	64,0%
Ogółem	100,0%	100,0%

Źródło: Badania w ramach grantu KBN 2 H02E01925

Jak widać, w przypadku respondentów potrzebujących stale pomocy największa grupa wydaje kwoty od 200,01 zł do 300 zł miesięcznie, niezależnie od tego, na co ponoszone są wydatki. Dominanta w tym przedziale występuje zarówno w przypadku wydatków na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, opiekę w związku z chorobą jak i na zakup artykułów rehabilitacyjnych i pomocniczych. Ci natomiast z respondentów, którzy pomocy oczekują okresowo, wydają najczęściej do 200 zł, przy czym w dwóch pierwszych przypadkach częściej wskazywany jest przedział od 100,01 zł do 200 zł. Jak nietrudno się domyślić, kwota ta jest już znacznym wydatkiem. Potwierdzają to opinie respondentów, uznających, że wydatki związane z finansowaniem pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, związane z chorobą i z użytkowaniem sprzętu ortopedycznego oraz zakupem materiałów pomocniczych stanowią dla ich budżetów duże obciążenie. Uznała tak łącznie – zależnie od rodzaju finansowanych wydatków – ponad połowa stale korzystających z wymienionych form pomocy i około jedna trzecia korzystających okresowo.

Ponieważ część respondentów, odpowiadając na pytanie o wysokość wydatków, udzieliła konkretnej odpowiedzi, nie ograniczając się do wskazania odpowiedniego przedziału, na podstawie tych wskazań obliczono średnie wydatki gospodarstw potrzebujących stale i okresowo pomocy. W przypadku pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego wynosiły one 360,91 zł i 297,79 zł, w przypadku opieki w związku z chorobą – 410,91 zł i 264,86 zł i w przypadku zakupu artykułów rehabilitacyjnych – 312,31 zł i 379,88 zł. Dodatkowe wydatki związane z chorobą są przeciętnie najwyższe, choć uzyskane odpowiedzi nie pozwalają na pełne wyjaśnienie podjętego problemu. Można na przykład przypuszczać, że osoby podające konkretne wydatki lepiej je pamiętają dlatego, że były to wydatki szczególnie duże.

Na podstawie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu w ponoszonych wydatkach partycypują inne osoby, można ustalić, że najczęściej osoby trzecie (głównie rodzina zamieszkała wspólnie) współuczestniczą w wydatkach związanych ze sprawowaniem opieki w razie choroby. Wydatki na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego ponoszone są w niewielkim stopniu przez inne osoby, są to na ogół osoby niepozostające we wspólnym gospodarstwie domowym.

Kolejnym elementem oceny skali zapotrzebowania na świadczenia ze strony pomocy społecznej (zwłaszcza w formie pieniężnej) jest rozkład odpowiedzi na pytanie, czy respondenci liczą się w przyszłości z koniecznością opłacania pomocy w razie pogorszenia sprawności i zdrowia. Jak wy-

nika z tabeli 2, większość badanych ma świadomość, że w miarę starzenia się będą musieli sięgać po opłacaną pomoc.

Tabela 2. Respondenci według miejscowości i stosunku do opłacania pomocy w przyszłości*

	Miejscowość					
	Wałbrzych	Lubartów	Krzepice	Mielnik	Mogilany	Ogółem
Opieka w razie krótkotrwałej choroby						
A	13,3%	11,9%	3,0%	17,2%	14,1%	11,9%
B	8,9%	2,2%	6,7%	1,5%	6,7%	5,2%
C	3,7%	0,7%	3,7%	4,5%	8,9%	4,3%
D	42,2%	14,1%	11,9%	15,7%	14,8%	19,7%
E	17,8%	8,9%	16,3%	9,0%	28,9%	16,2%
Opieka w razie obłożnej choroby						
A	14,1%	10,4%	3,0%	14,2%	13,3%	11,0%
B	10,4%	4,4%	6,7%	3,7%	11,9%	7,4%
C	3,7%	0,7%	3,0%	5,2%	7,4%	4,0%
D	43,0%	18,5%	12,6%	17,2%	17,0%	21,7%
E	17,0%	10,4%	17,0%	10,4%	33,3%	17,7%
Opieka w razie konieczności stałego pozostawania w łóżku						
A	11,9%	11,1%	,7%	13,4%	12,6%	9,9%
B	10,4%	5,2%	5,9%	3,7%	12,6%	7,6%
C	3,7%	0,7%	4,4%	4,5%	8,1%	4,3%
D	43,7%	20,7%	11,9%	18,7%	16,3%	22,3%
E	18,5%	11,9%	18,5%	11,9%	32,6%	18,7%
Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego						
A	11,9%	11,9%	0,7%	9,0%	14,1%	9,5%
B	12,6%	3,7%	4,4%	0,7%	6,7%	5,6%
C	2,2%	1,5%	3,7%	2,2%	8,1%	3,6%
D	43,7%	19,3%	11,1%	14,2%	15,6%	20,8%
E	17,8%	9,6%	20,0%	12,7%	30,4%	18,1%
Pomoc w zachowaniu higieny osobistej						
A	11,9%	10,4%	1,5%	11,3%	13,3%	9,7%
B	9,6%	3,0%	4,4%	3,0%	6,7%	5,3%
C	2,2%	1,5%	3,7%	3,0%	8,1%	3,7%
D	43,7%	19,3%	11,9%	15,8%	14,1%	21,0%
E	20,7%	11,1%	19,3%	14,3%	31,1%	19,3%

	Dotrzymanie towarzystwa, głośna lektura					
A	11,1%	8,9%	1,5%	7,5%	12,6%	8,3%
B	8,9%	2,2%	5,2%	-	6,7%	4,6%
C	2,2%	0,7%	3,0%	3,0%	8,1%	3,4%
D	43,7%	18,5%	11,1%	13,5%	14,8%	20,4%
E	19,3%	11,1%	20,0%	16,5%	29,6%	19,3%
	Pomoc w poruszaniu się poza mieszkaniem					
A	11,1%	9,0%	0,7%	8,3%	14,1%	8,6%
B	10,4%	1,5%	4,4%	1,5%	7,4%	5,1%
C	3,0%	0,7%	3,7%	4,5%	8,1%	4,0%
D	44,4%	18,7%	11,9%	14,3%	17,0%	21,3%
E	17,8%	12,7%	20,0%	12,0%	28,1%	18,2%

A – jestem na to przygotowany; B – nie mogę sobie na to pozwolić; C – zdobędę pieniądze lub opłaci to rodzina; D – nie mam skąd zdobyć środków; E – nie wiem

* Procenty nie sumują się do 100, ponieważ nie uwzględniono kategorii „brak odpowiedzi”

Źródło: Badania w ramach grantu KBN 2 H02E01925

Jak wynika z tabeli 2, około 10% respondentów jest przygotowanych finansowo na ewentualną konieczność ponoszenia dodatkowych wydatków w związku z możliwym pogorszeniem stanu zdrowia lub obniżeniem poziomu sprawności życiowej. Równocześnie jednak co czwarty respondent twierdzi, że nie ma żadnych możliwości finansowania dodatkowej pomocy. Na tę grupę składa się średnio około 5% respondentów, którzy mają świadomość, że w przyszłości taka potrzeba może się pojawić i ci (około 20%), którzy takiej możliwości w ogóle nie dopuszczają, gdyż nie widzą realnych szans na zdobycie pieniędzy. Obie grupy to potencjalni klienci pomocy społecznej, którzy w obliczu realnej potrzeby i braku własnych środków mogą zgłaszać się po pomoc ze środków publicznych. Odsetki te są dość zróżnicowane, widać jednak, że mieszkańcy Wałbrzycha są w szczególnie trudnej sytuacji. Często można też dostrzec swoistą polaryzację respondentów, polegającą na tym, że dwie najliczniejsze grupy stanowią ci, którzy są finansowo przygotowani na ewentualność uzależnienia od pomocy innych i ci, którzy w ogóle nie mają możliwości takiego przygotowania. Widać też, że rodzina jako ewentualne źródło pomocy odgrywa niewielką rolę. Częściowo dzieje się tak zapewne dlatego, że już obecnie jest ona włączona w udzielanie aktywnego wsparcia dla starszych osób. Mimo sceptycznego nastawienia respondentów do możliwości ponoszenia dodatkowych wydatków przez rodzinę, około połowa badanych jest zdania,

że to właśnie członkowie rodziny mogą udzielać im pomocy w zakresie wymienionym w tabeli. Stąd ponownie pojawia się wniosek o wspieranie rodziny w jej zadaniach. Inaczej bowiem znaczna część zadań przejdzie na instytucje pomocy społecznej i organizacji pozarządowych. Na istnienie takiej możliwości wskazują odpowiedzi udzielone na pytanie, kto mógłby uczestniczyć w finansowaniu różnych form pomocy.

Uderzający jest fakt, że w Wałbrzychu co piąty respondent (a w przypadku opieki w razie konieczności stałego pozostawania w łóżku – nawet co trzeci) uważa, że będzie musiał uciec się do świadczeń finansowych pomocy społecznej. Odsetki te są w przypadku każdej z form pomocy dwukrotnie wyższe niż przeciętne dla wszystkich objętych badaniem miejscowości. Ustalenie przyczyn tego stanu wymagałoby dalszych badań, jednak wydaje się, że dwie hipotezy zasługują na rozważenie. Pierwsza z nich wiąże się z wielkością ośrodka – można zaryzykować opinię, że im większa miejscowość, tym trudniej o pomoc ze strony rodziny, która być może nie mieszka w tej samej miejscowości. Druga odnosi się do wysokiej stopy bezrobocia na terenie Wałbrzycha: im większe bezrobocie, tym gorsze warunki życia (niższe dochody) i większa skłonność do poszukiwania pomocy poza rodziną. Niezależnie jednak od tego, w jakim stopniu obie te hipotezy wyjaśniałyby większą gotowość starszych wiekiem mieszkańców Wałbrzycha do szukania wsparcia w sektorze pomocy społecznej, należy spodziewać się, że w wielu większych miastach o podobnej sytuacji społecznej, co Wałbrzych, wzrastać będzie presja społeczna na współfinansowanie świadczeń ze środków publicznych. Najmniej wskazań na pomoc społeczną obserwujemy w Mielniku. Tradycyjna rola rodziny w nieco słabiej rozwiniętych gospodarczo regionach kraju stanowi swego rodzaju szansę na znalezienie w rodzinie sprzymierzeńca w realizacji polityki społecznej wobec ludzi starych.

Tym, którzy potwierdzili gotowość do wydawania pieniędzy na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne dla siebie w przyszłości, zadano pytanie o kwotę, jaką gotowi byliby wydatkować. Jakkolwiek od początku założono, że deklarowana przez respondentów kwota ma służyć jako ogólna informacja o ich preferencjach, a nie być traktowana jako informacja o sytuacji dochodowej i – ewentualnie – wielkości oszczędności, można na podstawie uzyskanych odpowiedzi sformułować wniosek o istnieniu związku między oceną sytuacji materialnej gospodarstwa domowego a zamiarem przeznaczenia części dochodu na zaspokojenie potrzeb wynikających ze złej kondycji zdrowotnej. Informacje na ten temat zebrane zostały w tabeli 3.

Tabela 3. Respondenci według średniej kwoty w PLN możliwej do przeznaczenia na zaspokojenie potrzeb związanych ze stanem zdrowia i oceny sytuacji materialnej

Potrzeba	Ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego				
	Wystarcza na wszystkie potrzeby bez specjalnego oszczędzania	Żyjemy oszczędnie i dlatego wystarcza na wszystkie potrzeby	Żyjemy oszczędnie, aby odłożyć na większe wydatki	Pieniądzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie i ubranie	Ogółem
Opieka w razie krótkotrwałej choroby n=169	157,00	148,88	89,57	128,02	133,55
Opieka w razie obłożnej choroby n=174	227,20	202,81	167,89	160,67	184,14
Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego n=150	160,20	133,30	97,42	128,09	130,81
Pomoc w zachowaniu higieny osobistej n=148	119,16	141,57	81,58	115,11	121,55
Dotrzymanie towarzystwa, głośna lektura n=119	116,50	121,32	78,24	117,89	113,82
Pomoc w poruszaniu się poza mieszkaniem n=142	123,56	108,00	76,84	110,02	107,22

Źródło: Badanie w ramach grantu KBN 2 H02E01925

Konieczne jest jednak podkreślenie, że w każdym przypadku odchylenie standardowe miało bardzo duże wartości, co wskazuje na znaczny rozrzut odpowiedzi. Mimo to można wskazać na swego rodzaju priorytety, szczególnie ważne dla respondentów. Najwięcej (ponad 180 zł miesięcznie) są gotowi wydać na zapewnienie sobie pomocy w razie obłożnej choroby. Na kolejnych miejscach znajduje się pomoc w razie krótkotrwałej choroby i pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Sugeruje to, że ponad jedna piąta respondentów (tj. ci, którzy odpowiedzieli na pytanie), nie ma poczucia bezpieczeństwa, jeśli chodzi o zapewnienie należytej opieki w razie utraty zdrowia i sprawności. Charakterystyczne jest, że niemal w każdym przypadku ci badani, którzy uznali, że ich sytuacja

wymaga znacznej dyscypliny finansowej („żyjemy oszczędnie, aby odłożyć na większe wydatki”), są skłonni wydać mniej niż osoby najgorzej oceniające swoją sytuację. Być może wynika to z przekonania tych ostatnich, że nie mając możliwości poczynienia większych wydatków, najważniejszym celem staje się utrzymanie zdrowia i względnej samodzielności. Owa gotowość do wydawania pieniędzy na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych i pielęgnacyjnych może być – z jednej strony – traktowana jako swoiste wotum nieufności wobec istniejącego modelu organizowania i finansowania świadczeń. Starsze osoby są świadome jego słabości i dopuszczają możliwość dodatkowego finansowania. Z drugiej jednak strony może to być sygnał mówiący o tym, że ewentualna składka na sprawnie działające ubezpieczenie pielęgnacyjne będzie zaakceptowana przez starsze osoby, skoro i tak są gotowe ponosić wydatki na usługi.

Struktura zapotrzebowania na pomoc jest zależna od oceny stopnia zależności. Im większy – tym większe zapotrzebowanie na świadczenia (tabela 4). Jak można zauważyć, najczęściej zgłaszają zapotrzebowanie osoby o największym stopniu zależności od innych, co oznacza, że udzielana im pomoc często nie jest wystarczająca. Warto także zwrócić uwagę, że największe zapotrzebowanie dotyczy pomocy finansowej.

Tabela 4. Respondenci według oceny stopnia zależności od innych osób i zapotrzebowania na formy pomocy

Pożądane formy pomocy	Ocena stopnia zależności od innych					
	Jestem zupełnie niezależny	Jestem prawie niezależny	Jestem nieznacznie zależny	Jestem umiarkowanie zależny	Jestem poważnie zależny	Ogółem
Czy chciałby korzystać z większej pomocy w zakresie potrzeb osobistych? n=23	0,3%	1,5%	7,1%	12,7%	15,2%	3,4%
Czy chciałby korzystać z większej pomocy w zakresie poruszania się?	0,7%	1,5%	7,1%	16,4%	18,2%	4,0%
Czy chciałby korzystać z większej pomocy w zakresie potrzeb emocjonalnych? n=82	4,1%	13,1%	21,4%	29,1%	21,2%	12,1%

Czy chciałby korzystać z większej pomocy w zakresie czynności gospodarskich n=83	4,5%	10,1%	23,5%	36,4%	21,2%	12,3%
Czy chciałby korzystać z większej pomocy w zakresie pomocy w sprawach finansowych i administracyjnych? n=68	3,4%	10,6%	16,3%	25,5%	21,2%	10,1%
Czy chciałby korzystać z większej pomocy w zakresie wsparcia finansowego? n=101	8,3%	15,1%	18,4%	29,1%	39,4%	15,0%

Źródło: Badanie w ramach grantu KBN 2 H02E01925

Organizowanie pomocy przez służby socjalne i medyczne

Pomoc osobom cierpiącym na przewlekłe choroby jest jednym z najważniejszych, z punktu widzenia ludzi starszych, problemów, których rozwiązanie w znaczący sposób wpływa na ich poczucie bezpieczeństwa. W opiece nad osobami chorymi, podobnie jak w pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, centralną rolę odgrywa rodzina. Uzyskane wyniki wskazują jednak, że rodzina nie zawsze może dobrze wypełnić oczekiwania seniorów. W związku z tym pewna część starszych respondentów czuje się sfrustrowana i wyraża gotowość zmiany miejsca zamieszkania poprzez przeprowadzkę do dzieci, mogących – w opinii respondentów – zapewnić im lepszą opiekę. Tego rodzaju stanowisko wyraził co szósty respondent, oceniający swój stan zdrowia jako bardzo zły, i co dziewiąty, który uznał stan swojego zdrowia jako zły. Łącznie obie te grupy stanowiły 5% respondentów. Należy podkreślić, że większość spośród tej grupy to osoby mieszkające samotnie, a niewielki odsetek – mieszkające wspólnie z dziećmi lub innymi członkami rodziny. W przypadku tej grupy respondentów można uznać, że w ich odczuciu jakość udzielanej im pomocy i opieki pozostawiała wiele do życzenia. Pierwsza grupa natomiast okazała się być skazana na samą siebie lub na pomoc ze strony innych osób, ale pomoc ta nie okazywała się wystarczająca. W stosunku do obu grup należałoby zatem podjąć działania zmierzające do poprawy ich komfortu życia przez poprawę opieki przy wykorzystaniu pomocy spoza rodziny. Dla służb społecznych i ochrony zdrowia oznacza to konieczność podjęcia dwóch

rodzajów działań. Po pierwsze, zintensyfikowania działań mających na celu identyfikację i dotarcie do środowisk, w których potrzeby niesprawnych starszych ludzi nie są w dostatecznym stopniu zrealizowane. W skali lokalnej pożądane jest zatem prowadzenie swego rodzaju monitoringu zaspokojenia potrzeb najstarszych mieszkańców. Po drugie, podjęcie działań zmierzających do możliwie najlepszego zaspokojenia zdefiniowanych potrzeb. Powinno to następować nie tylko przy wykorzystaniu potencjału placówek administracji publicznej i organizacji pozarządowych, ale i we współpracy z rodziną starszego człowieka, zarówno zamieszkującą wspólnie, jak i oddzielnie.

Jednym z elementów wymagających ciągłego monitorowania jest pora, w której dodatkowa pomoc jest potrzebna. Niemal co trzecia osoba oceniająca swój stan zdrowia jako bardzo zły uznała, że potrzebuje dodatkowej pomocy w określonych porach doby. Podobnie wypowiedziało się niespełna 18% osób oceniających swój stan zdrowia jako zły. Wśród potrzebujących pomocy w określonych porach doby 36% stanowią osoby mieszkające samotnie, a kolejne 36% – mieszkające w dwuosobowym gospodarstwie. Takie gospodarstwa najczęściej prowadzili małżonkowie, a więc obie osoby mogą być już w starszym wieku i sprawność drugiego mieszkańca może także być ograniczona. W grupie niepotrzebujących pomocy w określonych porach przeciętna wielkość gospodarstwa domowego była nieznacznie większa niż w grupie takiej pomocy wymagającej (przeciętna wielkość gospodarstwa domowego osób potrzebujących pomocy w określonych porach i źle oceniających stan swojego zdrowia wyniosła 2,44, a bardzo źle oceniających swoje zdrowie – 2,48). Jednak znaczne odchylenie standardowe pokazuje, że w tej grupie było wiele gospodarstw jednoosobowych. Ponadto potrzebujący pomocy nieco częściej uskarżali się na brak dobrych stosunków w rodzinie. Być może rodziny te należałoby skuteczniej wspierać, by mogły lepiej wspomagać osoby starsze.

Można zatem spodziewać się, że gdyby udzielić pomocy osobie starszej i jej rodzinie w formie wsparcia w określonych porach doby (np. w godzinach przedpołudniowych, kiedy osoby dorosłe są w pracy), to rodzina byłaby w stanie wywiązać się ze swoich pozostałych funkcji. Rodzina powinna być traktowana jako najważniejszy sprzymierzeniec instytucji i organizacji udzielających pomocy. Jest to szczególnie ważne nie tylko z uwagi na racjonalne wykorzystanie potencjału ludzkiego (zwłaszcza wykwalifikowanych kadr udzielających pomocy), ale i ze względów ekonomicznych. Należy zatem wspierać rodzinę, by była ona zainteresowana sprawowaniem opieki. Do możliwych form pomocy materialnej dla rodzi-

ny starszej osoby niepełnosprawnej lub osób wspólnie prowadzących z nią gospodarstwo domowe mogłoby należeć m.in.:

- objęcie osób sprawujących opiekę ubezpieczeniem zdrowotnym i społecznym (zwłaszcza chorobowym i wypadkowym) z tego tytułu,
- wyrównanie części zarobku utraconego w związku z koniecznością sprawowania opieki przez osoby aktywne zawodowo,
- opłacanie części składek ubezpieczeniowych za osoby zaprzestające pracy zawodowej w związku ze sprawowaniem opieki.

Każda z form takiej pomocy byłaby sygnałem ze strony systemu polityki społecznej, iż zadanie opieki nad starszymi osobami jest ważne z ogólnospołecznego punktu widzenia.

Jak wynika z udzielonych odpowiedzi, zmienia się społeczny odbiór takich placówek, jak domy pomocy społecznej. Jeszcze do niedawna decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej traktowano często jako publiczne przyznanie się do porażki życiowej, potwierdzenie braku osoby chcącej i odczuwającej obowiązek sprawowania opieki. Obecnie społeczne odczucie zmieniło się i zamieszkanie w takiej placówce coraz częściej traktowane jest jako naturalna konsekwencja pogarszającej się sprawności osoby starszej, stałego zapotrzebowania na pielęgnację i opiekę czy też niezależnego od woli członków rodziny jej rozproszenia, przykładowo na skutek poszukiwania pracy. Dlatego niemal co piąty respondent (19,5%) dopuszcza zamieszkanie w domu pomocy społecznej, a ponad jeden procent respondentów, to osoby oczekujące na przyjęcie do odpowiedniej placówki pomocy społecznej.

Do najważniejszych czynników warunkujących decyzję o przeniesieniu do domu pomocy społecznej należy stan zdrowia. Około 43% osób oczekujących na przyjęcie to respondenci oceniający stan zdrowia jako bardzo zły. W grupie osób dopuszczających ewentualnie przeniesienie do placówki pomocy społecznej osoby uznające stan zdrowia za zły lub bardzo zły stanowiły około 70%. Można spodziewać się, że gdyby osoby te otoczone były lepszą opieką, która gwarantowałaby zaspokojenie podstawowych potrzeb, skłonność do przeniesienia do domu pomocy społecznej byłaby mniejsza. Tymczasem problem ten ma wymiar nie tylko społeczny, ale i ekonomiczny: zapewnienie świadczeń pielęgnacyjnych w miejscu zamieszkania jest z reguły tańsze niż udzielanie ich w domu pomocy społecznej lub zakładzie opieki długoterminowej.

Warto także zwrócić uwagę, że respondenci, pytani o to, czy w razie potrzeby mogliby znaleźć kogoś, kto byłby gotów zastąpić osobę sprawującą nad nimi opiekę, częściej udzielali odpowiedzi negatywnej wówczas, gdy byli w gorszym stanie zdrowia i zapewne mieli już za sobą pierwsze

doświadczenia w organizowaniu sobie pomocy i opieki. Respondenci w lepszym stanie zdrowia nie dopuszczają myśli, że mieliby trudności z zastąpieniem osoby gotowej do sprawowania nad nimi opieki. Ta konstatacja pozwala na ponowne podkreślenie, że instytucja pomocy społecznej i środowiskowej opieki medycznej powinna być nastawiona na wspieranie rodziny w jej funkcjach opiekuńczych. Jeżeli bowiem rodzina nie uzyska pomocy, to może cały ciężar opieki nad niesprawnym starszym człowiekiem przesunąć na placówki zamkniętej opieki medycznej lub pomocy społecznej.

Rozbudowy wymaga zatem system opieki nad osobami starszymi w ich środowisku. Doświadczenia w tym zakresie są już przedmiotem licznych publikacji w m.in. w Niemczech. Jak można oczekiwać, pomoc ambulatoryjna i środowiskowa (tj. udzielana w domu pacjenta, osoby niesprawnej) nie tylko jest tańsza, ale ma dodatkowe znaczenie z uwagi na większą konkurencję między usługodawcami (zwłaszcza konkurencję w jakości usług) i tworzenie nowych, liczniejszych niż w przypadku opieki zakładowej miejsc pracy, zwłaszcza w niepełnym wymiarze. Nie ulega wątpliwości, że ten aspekt – chociaż niewątpliwie znacznie mniej ważny od bezpieczeństwa socjalnego ludzi starych – musi w obecnej sytuacji makrospołecznej być również brany pod uwagę.

Przypisy:

¹ W. Pędich, *Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżycy*, w: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Materiały konferencyjne*, Oddział Mazowiecki PTG, Warszawa 2004, s. 139 i n.

² Zob. np. *Polska starość*, red. B. Synak, UG, Gdańsk 2002. Pomysłodawcą badania (grant KBN 1H02F00716), nawiązującego do przeprowadzonego w 1967 roku pierwszego ogólnopolskiego badania sytuacji ludzi starych, był prof. W. Pędich. Był on również członkiem zespołu, który zrealizował badanie i opracował raport.

³ Grant KBN 2 H02E01925; badanie zrealizował zespół w składzie: P. Błędowski – kierownik, A. Kurzynowski, B. Błaszczuk, S. Kostrubiec i J. Putz. Badanie empiryczne przeprowadzone zostało w pięciu miejscowościach: dużym, średnim i małym mieście oraz w dwóch ośrodkach wiejskich: wsi w regionie uprzemysłowionym i w regionie tradycyjnym. Były to następujące ośrodki: Wałbrzych, Lubartów, Krzepice, Mogilany oraz Mielnik. Łącznie wywiady przy pomocy skategoryzowanego kwestionariusza przeprowadzono z 675 osobami w wieku 65 lat i więcej (po 135 osób w każdym z ośrodków). Dobór próby zapewniał reprezentatywność w stosunku do ogółu mieszkańców w wieku 65 lat i więcej w wybranych miejscowościach.

Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce

Założenia badawczo-metodologiczne

W ostatnich latach coraz częściej badacze zajmują się rozpoznawaniem szeroko rozumianych kwestii odnoszących się do funkcjonowania opiekunów rodzinnych ludzi starych. Znaczenie roli, jaką odgrywają członkowie rodzin pełniących funkcje opiekunów zaawansowanych wiekiem członków swoich rodzin, trudno wręcz przecenić.

Wiąże to się przede wszystkim z coraz większym udziałem ludzi starszych w strukturze demograficznej wielu krajów i – w konsekwencji – ze wzrastającym obciążeniem finansowym i organizacyjno-instytucjonalnym, wynikającym z konieczności zapewnienia opieki osobom starszym, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania. Wystarczy powiedzieć, że sytuacja ta jest powszechnie uznawana w Unii Europejskiej (m.in. w tzw. Raporcie Wima Koka, dotyczącym zagrożeń realizacji Strategii Lizbońskiej) za jedno z najważniejszych wyzwań, z którym będzie się musiała uporać w nadchodzących latach. Dlatego politycy społeczni i decydenci coraz intensywniej poszukują możliwości poszerzenia pozainstytucjonalnych form opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia. Ponadto coraz więcej zwolenników mają te formy pomocy, które zapewniają starszej osobie pozostawanie jak najdłużej w jej środowisku i w otoczeniu swoich najbliższych. Jest zatem rzeczą naturalną, że opieka rodzinna nad starszym pokoleniem skupia coraz większą uwagę także badaczy.

W Polsce nie ma w zasadzie badań na większą skalę w tej dziedzinie. Za jeden z istotnych kroków, który posłużył dogłębnemu rozpoznaniu sytuacji życiowej tej grupy opiekunów i ich podopiecznych, można uznać

międzynarodowy projekt UE zatytułowany EUROFAMCARE¹. Celem tego projektu, realizowanego w latach 2003-2005, była ocena sytuacji opiekunów rodzinnych ludzi starych w Europie pod kątem dostępności, znajomości, korzystania i akceptowania świadczeń wspierających pełnienie rodzinnej opieki nad seniorami. To rozpoznanie sytuacji opiekunów ma przyczynić się do wprowadzenia zmian w polityce społecznej na poziomie lokalnym i krajowym, które ukierunkowane byłyby na partnerskie stosunki pomiędzy opiekunem, podopiecznym i usługodawcą. Zasadniczym zadaniem projektu było dotarcie do możliwie szerokiej zbiorowości opiekunów rodzinnych, czyli ludzi dorosłych (18+), którzy opiekują się² osobami starymi, mającymi co najmniej 65 lat, przez przynajmniej 4 godziny tygodniowo. W każdym z 6 krajów uczestniczących w projekcie (tj. w Grecji, Niemczech, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Włoszech i Polsce) przebadano po około 1000 sytuacji opiekuńczych. Chodziło przy tym o to, aby badane przypadki reprezentowały maksymalnie zróżnicowane typy środowisk, w jak największym stopniu reprezentatywne dla sytuacji opiekuńczych danego kraju. Przyjęcie podobnych zasad doboru środowisk we wszystkich krajach miało również na celu stworzenie możliwości przeprowadzenia porównań uzyskanych wyników.

Do badań w Polsce wybraliśmy trzy regiony (województwa), zróżnicowane przede wszystkim pod względem struktury demograficznej oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej i historyczno-kulturowej, uwzględniając łącznie kilkanaście wskaźników (Synak 2005). Wybranymi na tej podstawie województwami były: podlaskie, małopolskie i wielkopolskie. Następnie z każdego województwa wyselekcjonowaliśmy najbardziej dla niego reprezentatywne społeczności, uwzględniając obowiązującą zasadę, by próba obejmowała proporcjonalnie duże miasta, miasta małe oraz obszary wiejskie. Łącznie badania przeprowadzone zostały w 22 społecznościach – w 12 miejskich (w dużych miastach były to dzielnice i ulice) oraz 10 wiejskich. Liczebność próby w poszczególnych województwach (z podziałem na środowiska wiejskie i miejskie) wyliczona została na podstawie proporcjonalnego udziału osób starszych (65+) w ogólnej strukturze ludności wybranych regionów. Łącznie przebadaliśmy 1000 rodzinnych sytuacji opiekuńczych, w tym 174 w województwie podlaskim, 425 w małopolskim i 401 w wielkopolskim.

Podobnie jak w pozostałych krajach, przy doborze przypadków w poszczególnych społecznościach stosowaliśmy zasadę saturacji (nasycenia), docierając do kolejnych respondentów, aż do momentu osiągnięcia założonej dla danej społeczności liczebności. Wykorzystywaliśmy przy tym róż-

ne „kanały” kontaktów. Najczęściej była to metoda „od drzwi do drzwi” (około 36%), informacje uzyskane w ośrodkach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (28%) oraz „kula śniegowa” (15%). Chodziło też o to, by w każdej społeczności stosować zróżnicowane kanały docierania, by w ten sposób uzyskać jak najwyższy stopień reprezentatywności próby.

Podstawą analizy przedstawionej w tym artykule są odpowiedzi na pytania uzyskane bezpośrednio od głównych opiekunów rodzinnych osób starych, w trakcie obszernych wywiadów kwestionariuszowych, przeprowadzonych przez przeszkolonych ankieterów. Ze względu na ograniczoną objętość artykułu, wyniki zostały zaprezentowane w odniesieniu do całej Polski, w postaci prostego i opisowego raportu³, z pominięciem tabel. Taka forma ma ułatwić czytelnikowi zorientowanie się w tym, jak w głównym zarysie przedstawia się zróżnicowanie sytuacji opiekuńczych i jak opiekunowie rodzinni ludzi starych doświadczają sprawowanej przez siebie opieki.

Wybrane wyniki badań

Chcąc całościowo opisać sytuację opiekuńczą i możliwości sprawowania opieki, należy uwzględnić wiele czynników. Prezentację naszych wyników rozpoczniemy od przedstawienia wybranych czynników o charakterze obiektywnym, bardziej wymiernym. Jednym z najistotniejszych z nich jest typ relacji rodzinnych łączących opiekuna i starszą osobę, której on pomaga. Najliczniejszą grupę opiekunów, obejmującą nieco ponad połowę wszystkich badanych, stanowią dzieci starszych osób (51,1%). Zdecydowanie rzadziej rolę głównego opiekuna rodzinnego pełnią małżonkowie osób starych (18,2%) oraz synowie i zięciowie osoby starej (13,4%). Pozostali członkowie rodziny niezbyt często pełnią rolę głównych opiekunów. Wyjątek stanowią tu wnuki (6,6%), przy czym można przypuszczać, że odsetek wnuków pełniących rolę opiekunów rodzinnych byłby większy, gdyby nasze badanie obejmowało również osoby poniżej 18 roku życia.

Opisane relacje rodzinne osób pełniących rolę głównych opiekunów są zrozumiałe, gdy uwzględnimy chociażby czynniki wpływające na strukturę demograficzną polskiej rodziny (stosunkowo duża liczba dzieci), jak i preferowany model opieki nad jej najstarszymi członkami (opieka pełniona przez najbliższą rodzinę, i to przede wszystkim w domu).

Kolejne istotne zagadnienie to liczba osób starych (czyli 65+), którymi opiekun się zajmuje. Najliczniejsza grupa opiekunów (85,3%) pomaga jed-

nej starszej osobie. Mimo tak znaczącej przewagi tego typu przypadków, warto zauważyć, że liczba opiekunów wspomagających dwie⁴ (12,8%) lub jeszcze więcej starszych osób (1,9%) nie jest wcale mała, skoro co siódmy opiekun znajduje się w takiej sytuacji.

Przyjrzyjmy się teraz odległości, jaka dzieli miejsce zamieszkania opiekuna i osoby starszej, której świadczy on pomoc. Niemalże trzy czwarte opiekunów mieszka bądź w tym samym gospodarstwie domowym co podopieczny, bądź w innym, ale mieszczącym się w tym samym budynku. Jeżeli dodamy odsetek opiekunów, o których wspomnieliśmy powyżej, i odsetek tych, którzy mieszkają w pobliżu (w zasięgu spaceru), to łączna liczebność tych sytuacji stanowić będzie prawie 86%. Wydaje się zatem, że dla zdecydowanej większości opiekunów odległość miejsca zamieszkania nie stanowi przeszkody w sprawowaniu opieki nad osobą starszą.

Pozostali opiekunowie (blisko 15%) mieszkają dalej i potrzebują co najmniej 10 minut jazdy samochodem, autobusem czy pociągiem, aby dotrzeć do podopiecznego. Dla tej grupy opiekunów odległość miejsca zamieszkania może stanowić jedną z istotniejszych barier w bardzo szybkim dotarciu do osoby wymagającej wsparcia. W niektórych bowiem rejonach Polski – szczególnie na terenach wiejskich – problemy komunikacyjne nasiliły się w ostatnich latach, zwłaszcza z powodu likwidacji nierentownych połączeń kolejowych czy autobusowych, lub zmniejszenia częstotliwości kursowania niektórych pociągów i autobusów.

Stopień odczuwania obciążenia przez opiekuna może być związany z długością okresu, w którym świadczy on opiekę osobie starszej. W polskiej próbie średnia liczba miesięcy przeznaczonych na opiekę wyniosła 70, czyli blisko 6 lat (maksymalny zarejestrowany okres opieki wyniósł 50 lat). Aby nieco bliżej przyjrzeć się tej kwestii, czas sprawowania opieki podzieliliśmy na dwa umowne okresy: krótszy, w którym opieka była sprawowana do dwóch lat, i dłuższy – powyżej dwóch lat. Okazało się, że znacznie większy odsetek opiekunów (74,1%) opiekuje się osobą starszą relatywnie długo, bo powyżej dwóch lat.

Interesujące jest również to, przez ile – średnio – godzin w tygodniu opiekun zajmuje się osobą starą. Nie wchodząc w szczegóły, można powiedzieć, że najczęściej opiekunowie przeznaczają na opiekę kilka godzin dziennie. Łączny odsetek opiekunów sprawujących opiekę w wymiarze nie przekraczającym 5 godzin dziennie wyniósł 66,6%, czyli dotyczył dwóch trzecich badanych sytuacji. Dodajmy, że 18,2% opiekunów zadeklarowało, że udziela opieki co najmniej 12 godzin na dobę, a 9,2% opiekunów uznało, że pełni opiekę przez 24 godziny. Mamy świadomość, że zwłaszcza do

tej ostatniej informacji trzeba podchodzić z rezerwą, bowiem wiadomo, że w takich przypadkach opiekun raczej nie świadczy opieki non stop, ale przez cały czas jest do dyspozycji swojego podopiecznego. Niezmiernie istotną kwestią w tego typu sytuacji staje się możliwość posiadania odpowiednich przerw w opiece – tym bardziej, że opieka ta stanowi często „dodatek” do istniejących już obowiązków domowych czy nawet związanych z pracą zawodową. Przerwy są też niezbędne do tego, aby opiekun mógł zadbać o siebie samego. Jeżeli tego nie uczyni, prawdopodobnie przyspieszy dzień, w którym sprawowanie opieki będzie trudniejsze, bądź wręcz niemożliwe.

Powstaje zatem pytanie, jak przedstawia się możliwość robienia przerw w pełnieniu roli opiekuna? Okazuje się, że blisko dwie trzecie opiekunów bez większego kłopotu mogłoby znaleźć zastępstwo w sprawowaniu opieki. Pozostali opiekunowie bądź mogliby znaleźć kogoś, kto zaopiekowałby się osobą starszą, chociaż z pewną trudnością (23,1%), bądź nie mają nikogo takiego (13,3%). Warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że ten ostatni odsetek opiekunów jest wyraźnie najmniejszy.

Istotne dla nas było również rozpoznanie takich sytuacji, w których nie tyle opiekunowie pragnęliby zrobić sobie przerwę w opiece, ale byliby zmuszeni do tego ze względu na swoją potencjalną chorobę. Odpowiedzi dotyczące tej kwestii były niemal identyczne, jak poprzednio. Z odpowiedzi na te dwa pytania jasno wynika, że sektor usług powinien zwrócić większą uwagę na świadczenia związane z opieką zastępczą, gdyż zapotrzebowanie na nie może okazać się stosunkowo duże.

Jak zatem opiekunowie – na tle tych zróżnicowanych szans znalezienia opieki zastępczej – w bardziej ogólnym wymiarze oceniają możliwości uzyskiwania wsparcia w pełnieniu swoich ról opiekuńczych? Chociaż większość opiekunów w pełnieniu swoich zadań uzyskuje wystarczające wsparcie „zawsze” (42,7%) bądź „często” (28,5%) – łącznie w 71,2% przypadków – to równocześnie niemal co czwarty opiekun otrzymuje to wsparcie jedynie od czasu do czasu, a co dwudziesty nigdy. Zwłaszcza ta ostatnia sytuacja musi niepokoić.

Badając opiekunów rodzinnych ludzi starych należy pamiętać, że osoby te nie tylko opiekują się ludźmi starymi, czyli na przykład swoimi starymi rodzicami lub starymi małżonkami, ale nierzadko sprawują opiekę również nad młodszymi osobami. Potwierdza to wysoki odsetek opiekunów, którzy mają pod swoją opieką także osoby młodsze, wynoszący aż 39,1%. Tymi młodszymi osobami, które otrzymują wsparcie, są zazwyczaj własne dzieci opiekunów.

Przejdźmy do prezentacji czynników, które mogą warunkować sposób sprawowania opieki nad osobą starszą, a które w większym stopniu mają charakter subiektywny⁵. Jednym z najistotniejszych z tej grupy czynników jest motywacja do sprawowanej opieki. Jako główny powód podjęcia się opieki nad osobą starszą blisko połowa opiekunów (47,5%) wymieniła „więzy uczuciowe (miłość, przywiązanie)”. Następne dwa deklarowane powody, tj. „poczucie obowiązku” oraz „osobiste poczucie zobowiązania wobec osoby starszej jako członka rodziny”, były wymieniane niemal tak samo często (odpowiednio przez 22,0% i 21,1% respondentów). Są to motywacje zrozumiałe, biorąc pod uwagę to, że badaliśmy przecież opiekunów sprawujących opiekę nad członkami swoich rodzin. Pozostałe przyczyny sprawowania opieki były deklarowane (jako te główne) już bardzo rzadko. Warto dodać, że tylko bardzo nieliczny odsetek respondentów wybrał odpowiedź „nie było innej alternatywy” (2,1%), a najmniej opiekunów (0,2%) podjęło się opieki głównie ze względu na to, że „koszt opieki profesjonalnej byłby zbyt wysoki”.

Pytając respondentów o to, czy w kolejnym roku będą chętni kontynuować opiekę nad osobą starszą, zaproponowaliśmy do wyboru pięć wariantów odpowiedzi. Okazało się, że trzy czwarte opiekunów chciałoby kontynuować opiekę, a nawet zwiększyć jej wymiar. Opiekunowie ci wybrali bądź odpowiedź: „Tak, a nawet w razie konieczności rozważyłbym zwiększenie wymiaru opieki, którą zapewniam” (65,6%), bądź odpowiedź: „Tak, a nawet rozważyłbym zwiększenie przez pewien czas wymiaru opieki jaką zapewniam” (9,3%).

Druga pod względem liczebności grupa opiekunów podjęłaby się dalszego sprawowania opieki, jeżeli sytuacja opiekuńcza nie uległaby zmianie (21,4%). Zdecydowanie najmniej liczna grupa opiekunów chciałaby ograniczyć wymiar sprawowanej opieki, na co wskazują wybory dwóch pozostałych rodzajów odpowiedzi: „Tak, jestem gotowy/a kontynuować opiekę, ale tylko wtedy, kiedy otrzymam trochę więcej wsparcia (od usługodawców, rodziny, przyjaciół itp.)” (2,8%) oraz – odpowiedź świadcząca o bezwarunkowej gotowości do wycofania się z opieki – „Nie, nie jestem gotowy/a kontynuować opieki nad osobą starszą, niezależnie od tego, jakie dodatkowe wsparcie otrzymam”. Optymistyczne wydaje się to, że odsetek opiekunów, którzy wybrali tę ostatnią odpowiedź, jest minimalny (niecały 1%).

Biorąc pod uwagę polskie realia, za jedno z najdelikatniejszych zagadnień, jakie poruszono w rozmowach z opiekunami osób starszych, należy uznać to, które odnosiło się do kwestii ewentualnego umieszczenia osoby

starszej w domu opieki. Niemalże dziewięciu na dziesięciu opiekunów (dokładnie 86,9% z nich) nie jest gotowych do tego, aby rozważyć umieszczenie osoby starszej w takim domu, i to niezależnie od sytuacji, która miała by miejsce. Pozostali opiekunowie rozważaliby umieszczenie osoby starej w domu opieki, ale jedynie w przypadku, gdyby sytuacja osoby starszej uległa pogorszeniu (11,6%), albo – ale już w minimalnym odsetku (1,5%) – rozważaliby ewentualność umieszczenia osoby starszej w tego typu domu nawet wówczas, gdyby sytuacja się nie pogorszyła. Taki rozkład wyborów w dużym stopniu jest zrozumiały, gdy weźmiemy pod uwagę wyniki uzyskane w odpowiedzi na powyżej omówione pytanie o chęć kontynuowania opieki w przyszłości.

Wspomniana niechęć do umieszczania osoby starej w domach opieki jest niejako odpowiedzią na to, czego oczekują same osoby stare. Z polskich reprezentatywnych badań nad sytuacją życiową ludzi starych (65+) wynika, że blisko 70% spośród nich nigdy nie chciałoby zamieszkać w domu pomocy społecznej dla ludzi starszych, a dalsze 22% zaawansowanych wiekiem respondentów brało pod uwagę taką możliwość, ale skorzystałoby z niej tylko w ostateczności (por.: Czekanowski 2002). Niechęć do zamieszkiwania w tego typu instytucjach nie jest w Polsce niczym nowym. Dla wielu osób starych, ale nie tylko dla nich, dom opieki/pomocy przez wiele lat kojarzył się z miejscem, w którym zamieszkują osoby najbiedniejsze, nie radzące sobie w życiu, wyrzucone przez rodzinę lub odrzucone przez społeczeństwo, z miejscem, w którym ponadto należy podporządkować się sztywnemu regulaminowi. W jakimś sensie jest to wizja już obecnie nieaktualna, stereotypowa, chociaż nie da się ukryć, że sposób funkcjonowania wielu placówek tego typu w dużej mierze odpowiadał powyższemu opisowi.

Na zakończenie tej krótkiej prezentacji spójrzmy na wyniki obrazujące jedną z najistotniejszych kwestii decydujących o przebiegu całego procesu sprawowania opieki, a mianowicie na sprawę odczuć respondenta dotyczących samooceny, a więc tego, czy dobrze radzi sobie w roli opiekuna. Okazuje się, że najwięcej opiekunów dobrze radzi sobie z tą rolą „zawsze” (60,9%) bądź „często” (29,7%), stanowiąc łącznie aż 91%. Z kolei co jedenasta osoba jedynie „czasami” dobrze radzi sobie z zadaniami opiekuńczymi, natomiast odsetek opiekunów, którzy nigdy nie są w stanie bez trudności podołać tym obowiązkom jest znikomy (0,2%). Istnieje z pewnością wiele czynników wpływających na zróżnicowaną samoocenę wypełniania roli opiekuna osoby starszej, związanych zarówno ze stopniem uciążliwości opieki, jej zakresem, wsparciem zewnętrznym, również z sytuacją rodzin-

ną i zawodową opiekuna, jak i z innymi uwarunkowaniami. Sprawy te zasługują jednak na odrębne omówienie.

Ogólnie jednak można powiedzieć, że opiekunowie rodzinni osób starszych w naszym kraju silnie identyfikują się ze swoją rolą i stosunkowo dobrze sobie z nią radzą – mimo słabo rozwiniętego systemu wspierania ich roli przez usługi zewnętrzne.

Przypisy:

¹ Projekt „Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage – EUROFAMCARE” był realizowany w ramach 5 Programu Ramowego UE (Contract QLK6-CT-2002-02647). Koordynatorem krajowym badań w Polsce była prof. Barbara Bień. Szczegółowe informacje dotyczące projektu znajdują się w Internecie pod adresem: www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare.

² W opisie stosujemy zamiennie takie określenia, jak opieka, wsparcie czy pomoc, gdyż w badaniu EUROFAMCARE rozpoznawaliśmy szeroko rozumiane i różnorodne formy pomagania.

³ Większość wyliczeń do tego artykułu wykonali B. Sielawa i M. Rybarczuk, za co składamy im serdeczne podziękowanie.

⁴ Jeżeli opiekun udzielał wsparcia więcej niż jednej osobie starszej, to proszono go o to, aby odpowiadając na pytania myślał o tej osobie starszej, której świadczy największą pomoc.

⁵ Pytania, którymi posłużyliśmy się do rozpoznania tych subiektywnych wymiarów opieki, należały do pytań o charakterze osobistym. Duża liczba odpowiedzi uzyskanych na te pytania może wskazywać na to, że pomimo osobistego charakteru tych pytań, opiekunowie chcieli się podzielić z ankieterami swoimi odczuciami.

Bibliografia:

Czekanowski P.: (2002), Sytuacja materialna. W: Polska starość. B. Synak, [red.]. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, s. 101-114.

Synak B.: (2005), Metodologiczne założenia badań EUROFAMCARE, *Gerontologia Polska*, t. 13, 2, s. 140-141.

Drogi edukacyjne osób starszych, ich początki

Wprowadzenie

Opracowanie to powstało na bazie tzw. biografii edukacyjnych, które cechuje, według Pierre Dominicé, koncentrowanie się przez narratora na faktach i wydarzeniach kształtujących jego osobę i wybory zawodu, drogi życiowej (Dominicé 2003). W wywiadach z osobami starszymi, tzn. mającymi 60 lat i więcej, proszono o wyodrębnienie etapów życia: dzieciństwa, młodości i dorosłości. Opracowanie to obejmuje pierwszy okres, a więc dzieciństwo – w tym obraz domu rodzinnego, szkoły i nauczania domowego. Materiały uzyskane przez wywiady biograficzne obfitują w informacje dotyczące przedmiotów, wydarzeń, zwyczajów, realiów życia okresu historycznego, w którym żyli narratorzy. W przypadku tych wywiadów jest to okres długi, bowiem najstarszy narrator miał 92 lata, a pozostali – 80, 70 do 60 lat. Zebrałam około stu wywiadów. Do jednego dołączyłam dokumentację: dyplomy, nagrody i wypowiedzi dotyczące szeroko pojętego międzywojnia po początki PRL.

Obraz rodziny

Narratorzy z uznaniem i szacunkiem mówią o swoich rodzicach. Uważają, że wpoili im wartości najważniejsze w życiu: uczciwość, miłość ojczyzny, pracowitość, odpowiedzialność, wiarę i dobroć. 80-letnia pani Irena mówi: „Urodziłam się w Szydłowcu, pięknej miejscowości koło Radomia. Wychowywałam się z dwoma braćmi i dwiema siostrami, opiekowała się

nami tylko mama, tata umarł, gdy byłem mała. Mama była silną i mądrą kobietą, po śmierci taty umiała zająć się domem, pracą, zapewnić nam bezpieczeństwo i dobre wychowanie. Uczyła nas, że w życiu należy myśleć o bliźnich. W domu nie brakowało nigdy rozmów na tematy ojczyzny, patriotyzmu, dlatego miłość do Polski to kolejny ważny aspekt, który wpoila nam matka”.

Inna narratorka, 86-letnia kobieta, chętnie wspomina swoją rodzinę. „Sytuacja w moim domu była bardzo dobra. Miałam kochającą rodzinę. Mieszkaliśmy we czworo: ja, mój brat, mama i tata. W życiu powodziło nam się dobrze, aż do wybuchu wojny, kiedy zostaliśmy wysiedleni do Kutna. Tata miał swoją drukarnię, więc finansowo wiodło nam się dobrze. W moim rodzinnym domu panowały ideały: Bóg, Honor i Ojczyzna. Byłam bardzo żywym dzieckiem, można powiedzieć, że wszędzie mnie było pełno, w przeciwieństwie do mego brata, który był cichy i spokojny. Lata młodości miałam kolorowe, bo czego można więcej chcieć od kochającej rodziny, na której zawsze można polegać”.

Nie wszyscy mieli tak spokojne dzieciństwo. Młodsza o dwadzieścia lat inna narratorka, 67-letnia emerytowana nauczycielka, mówi: „Przyznam szczerze, że niechętnie wracam wspomnieniami do tamtych czasów. To niezwykle traumatyczne wspomnienia dla każdego człowieka. Ktoś mógł stwierdzić, że jako dziecko niewiele z tego rozumiałam [O. Cz. z wybuchu II wojny], ale to bzdura. Dzieci zawsze więcej widzą i czują. Dzięki Bogu, nie straciłam żadnej bliskiej mi osoby. Ale to był naprawdę trudny czas dla nas wszystkich. Moi rodzice potrafili się dobrze o mnie zatroszczyć. Tato już nie żyje, ale gdy sobie o nim przypominam, to stale staje mi przed oczyma uśmiechnięty i stale gotowy do pracy. W domu niczego mi nie brakowało. Co prawda, książki czytałam przy świecach, a później przy lampie naftowej, ale to były właśnie takie czasy”.

Rówieśniczka emerytowanej nauczycielki, 67-letnia pani Ania, tak charakteryzuje swoją rodzinę: „Moja mama była krawcową, szyła ubrania, była od »waszeci« – szlachcianka. Mój ojciec natomiast był rolnikiem. Moja mama wysoko się stawiała, bo mój tata był spokojny i ugodowy. Mama mówiła, że wyszła za tatę, bo on wcześniej nabył połowę ojcowizny, a żeby nie uległa zatraceniu, to się z nią ożenił. Matka wołała na niego Antosiek. Rodzice nie próżnowali – albo pleli buraki, albo kartofle. Zawsze mieli coś do roboty”. W domu narratorki w czasie II wojny na kwaterze mieszkało czterech starszych Niemców. Obiecali jej przysłać zabawki, jak wrócą z wojny. Nie przysłali, pewnie nie wrócili”.

Emerytowany oficer 67-letni pan Andrzej pochodzi ze wsi położonej

u podnóża Bieszczad. „Z okresu dzieciństwa – mówi – niewiele pamiętam. Mieszkaliśmy wraz z rodzicami i trojgiem rodzeństwa w starej dwuizbowej chałupie. W domu była bieda, ale jedzenia nigdy nam nie brakowało. Mój ojciec był szewcem, miał też kilka hektarów ziemi, matka zajmowała się gospodarstwem”.

Inny obraz rodziny wyłania się z wywiadu z 92-letnim panem Leonar-dem. Urodził się w 1914 roku. Pochodził ze wsi z biednej rodziny. Wychowywał się z dwoma siostrami. Jego matka zmarła, gdy miał 5 lat. Ojciec ożenił się po raz drugi. Po kilku latach jego rodzina powiększyła się o pięć siostr i jednego brata. Ojciec i przybrana matka starali się, aby dzieci nauczyły się pisać i czytać. Nauka odbywała się w domu. Przychodziły także dzieci rodziców analfabetów. Pan Leonard po zakończeniu I wojny światowej poszedł do I klasy szkoły podstawowej. Dobrze wspomina dom rodzinny i rodziców. Szanuje ich za trud i wspieranie go w dążeniu do nauki.

Dzieciństwo starszych osób – narratorów – wspominać jest dobrze, choć było biedne i trudne. Niektórzy musieli pracować. 64-letnia kobieta stwierdza, że różniło się od obecnego dzieciństwa jej wnuków. „Jako 6-letnia dziewczynka od godziny 6 rano udawałam się do bogatych gospodarzy, aby pilnować bydła na pastwisku przez 4-5 godzin. Podczas tych kilku godzin mogłam odrobić lekcje [np. uczyła się wiersza]. Później biegłam na 11 do szkoły. Do 4 klasy zajęcia trwały 2-4 godziny. Później wracałam do domu na obiad, po zjedzeniu posiłku wracałam na pastwisko i czekałam, aż gospodarz sprowadzi zwierzęta do pasienia. Pasłam bydło aż do zachodu słońca”.

84-letnia pani Maria wyręczała matkę w pracach domowych. Wcześniej bawiła dzieci u sąsiadów. Nauczyła się u nich szyć oraz robótek ręcznych. Szyła ubrania swemu rodzeństwu, a miała siostrę i pięciu braci. Wymienia ich imiona: „najstarsza Hela, potem ja, dalej Franek, Michał, Stasiek, Władek i Józek”.

76-letnia pani Stefania wyrastała w rodzinie trzypokoleniowej. Miała pięcioro rodzeństwa: dwie siostry i trzech braci. Mieszkali z nimi dziadkowie. Jej rodzice byli rolnikami, mieli 24 morgi ziemi. Narratorka opowiada, jak uprawiali owoce i ziemniaki, jak robiło się masło i śmietanę, którą sprzedawano w Skierniewicach na rynku. Podaje dokładny przepis na przechowywania mięsa: „Były świnię, które tatuś bił co roku, mięso peklowało się do beczek, soliło i takie mięso mogło stać rok. Robiło się specjalną solankę – do wiadra z wodą sypało się tyle soli, aż włożone jajko kurze wypływało na wierzch. Inne świnię tuczyło się, a potem ojciec

sprzedawał je rzeźnikowi na ubój”. Pani Stefania opowiada, jak pieczono chleb w domu, i że wystarczał „duży bochenek chleba na dwa tygodnie”.

Jeszcze klasyczny przykład –jej edukacja domowa. „Mama pierwsze, co uczyła, to żegnać się i na klęczkach paciorek zmalować. Potem najbardziej szanować dziadziusia i babcię oraz szanować wszystkich starszych ludzi. Trzeba, na przykład, przy powitaniu czy pożegnaniu całować w rękę starszych, a księdza to już był święty obowiązek. Mama mówiła: »starszych w rękę całować, to jak Chrystusa całować«. No i to było najważniejsze: »Zawsze mówić prawdę, bo Bóg patrzy, widzi i karze za kłamstwo«. To są słowa moich rodziców”.

Rodzice uczyli też higieny osobistej – myć się trzeba było przed pójściem spać, do szkoły i do kościoła. Służył do tego drewniany ceber, do którego wlewano ciepłą wodę. Dziewczynki myły się oddzielnie, oddzielnie chłopcy. Starsze dzieci myły młodsze, dziewczynki siebie, chłopcy siebie.

Opieka nad rodzeństwem i praca w domu, nawet pomoc w gospodarstwie starszych dzieci była zjawiskiem naturalnym, przyjętym, akceptowanym, powszechnym. Ale osoby starsze przeżyły swoje dzieciństwo w wyjątkowym czasie, w okresie II wojny światowej. Dlatego ich dzieciństwo zostało przerwane dramatycznie. Musiały szybko stać się dorosłe. 76-letnia narratorka pani Agnieszka mówi: „Do szkoły miałam w miarę blisko, gdzieś 3,5 km. Codziennie przed wyjściem do szkoły, jako że mieszkalam na wsi, musiałam pomagać rodzicom przy oprzędzie. Wojna zastała mnie, jak zdałam do 5 klasy. Niemcy osiedlili się w pobliskich szkołach i kościołach i przez to nie mogliśmy się uczyć. W czasie wojny nie litowali się nad nami – dziećmi. Jako 12-letnia dziewczynka została wezwana do Arbeitsamtu i musiała opuścić dom rodzinny, bo zabrali ją do opieki nad dwójką dzieci i pomocy starszej osobie. Po wojnie wróciła do domu; miała wtedy 16 lat.

Opiekę nad niemieckimi dziećmi i pracę u Niemców z wielkim żalem wspomina jedna z mieszanek Domu Opieki Społecznej w Sieradzu. W trakcie zajęć, jakie miałam w tym DPS w 2004 roku, na moją prośbę o wypowiedzi na temat ważnych wydarzeń osobistych z dzieciństwa opowiedziała o swojej pracy w czasie wojny. Paśla bydło i opiekowała się dziećmi. Zimno i głód oraz praca nie były tak uciążliwe, jak opieka nad dziećmi, które jej nie słuchały, i nie mogła temu zaradzić.

Dramat wojny wdzierał się w rodziny starszych osób w różnych zakresach. Już I wojna światowa doprowadziła do sieroctwa wiele osób i wdowieństwa ich matki. Tracili dobytek, dom, ojcowiznę. Ginęli ich bliscy. Jedna z narratorek wspomina nieszczęście, jakie dotknęło jej rodzinę po

informacji o Katyniu. Niemcy po rozpoczęciu wojny z Rosją sowiecką opublikowali fotografie polskich oficerów zabitych w Katyniu – na tych fotografiach odnalazła krewnych. Inny narrator, 74-letni pan Kazimierz, opowiada o okupacji w Łodzi: „Ostatnie lata wojny to smutne dni, w czasie których nikt nie wiedział, co przyniesie następny dzień. Gdy skończyłem 14 lat, musiałem być zarejestrowany w Urzędzie Pracy”. Chodził do szkoły z językiem niemieckim. W szkole były porozwieszane plakaty i zdjęcia pomordowanych policjantów i oficerów w Katyniu. W czasie przerw musiał pracować w folwarku.

Wywiady przypominały mi fakt, że ja również widziałam owe zdjęcia i wycinałam fotografie niektórych osób. Były to inteligentne twarze młodych mężczyzn, sympatyczne i uśmiechnięte. Nie schowałam owych fotografii i materiałów, zginęły w trakcie powrotu do Łodzi. Piszę o tym, bo jest to przykład występowania faktów i podobnych wspomnień w grupie rówieśniczej, w kohorcie wieku. Czas historyczny, jak stwierdza teoria stratyfikacji wieku, tworzy wspólne ramy pamięci, zbliża pokolenie. Jest pokolenie Katynia, jest i Rodzina Katyńska.

Z opowieści narratorskich wyłania się obraz rodziny, którą można określić jako tradycyjną, wielodzietną, w licznych przypadkach kilkupokoleniową, rozszerzoną. Rodzina świadomie pełniła funkcje edukacyjne, socjalizacyjne i ekonomiczne. Występowało w niej zjawisko sieroctwa naturalnego, kompensowane przez ponowne małżeństwo rodziców. Narratorzy nie mówili źle o swych macochach i ojczymach. Używali najczęściej określeń „mama”, „tato”. Rozumieli surowe zasady wychowania. Stosowanie kar fizycznych akceptowali, stwierdzali, że to było naturalne.

68-letni pan Roman tak opisał swojego ojca: „Ojciec był surowy. Nieraz dostało się pasem, a wiadomo, jakie były czasy. Przekonałem się później wiele razy, że te lekcje pokory i uczciwość wyniesiona z domu były naprawdę cenne”.

Kwestia rodziny pojawia się jeszcze w następnym paragrafie pracy, poświęconym nauczaniu domowemu.

Edukacja szkolna. Pamięć szkoły

68-letni pan Roman opowiada: „[...] więc poszedłem do szkoły podstawowej, na którą składało się siedem klas. Wiadomo, że kiedyś w szkole było inaczej, wychowanie było surowsze, ale tak poza tym trzeba było się uczyć. Później było technikum mechaniczne, gdzie zdobyłem zawód”.

Pamięcią szkoły zajmowałam się kilkakrotnie. Badałam wpływ oceny siebie jako ucznia na dalszy tok kształcenia, na motywy podejmowania edukacji (Czerniawska 2002). Szkoła w badaniach biograficznych zajmuje ważne miejsce (Lani-Bayle 2000). Narratorzy, opisując szkołę, mówią o sobie, jako uczniu, o nauczycielach, o atmosferze wychowawczej, o rzeczywistości szkolnej – budynku, przedmiotach, obyczajach, o wydarzeniach. Podobne zakresy tematyczne można wytyczyć w wywiadach dotyczących edukacji osób starszych. Wiek narratorów obejmuje średnio trzydzieści lat. Najstarszy rozmówca miał 92 lata, a najmłodszy 55 lat. Początek szkoły przypadał na lata międzywojenne do wybuchu II wojny światowej i pierwsze lata PRL. Szkoła podstawowa, bo o niej będzie mowa, kompensowała straty wywołane I i II wojną światową. Była tworzona od podstaw, organizowała się. Dlatego występuje w niej wiele zjawisk nietypowych, np.: zróżnicowany wiek uczniów, obok dzieci 7-, 8-letnich chodzili do szkoły młodzieńcy 16-, 17-, 18-letni, a nawet 20-latkowie.

Urodzony w 1922 roku pan Henryk mówi o takiej szkole w Łodzi. Brak specjalnych budynków zmuszał władze odpowiedzialne za oświatę do urządzania szkół w czynszowych kamienicach bez boiska i sali gimnastycznej. Warunki nauki były trudne. Niektórzy uczniowie kilkakrotnie zmieniali szkołę. Przyczyną były przeprowadzki. Przenoszenie się ze szkoły do szkoły dla jednych oznaczało polepszenie sytuacji lokalowej, dla innych – zmiany na gorsze. Prawie wszyscy podkreślają przeżycia z tym związane: utratę kolegów, konieczność przyzwyczajania się do nowych nauczycieli. Zmiana szkoły jest elementem występującym w obecnie prowadzonych badaniach w Polsce i we Francji (Mallet 2005).

Polska szkoła w okresie dwudziestolecia dbała o dyscyplinę. Nauczyciele byli surowi, stosowali kary. Wielu narratorów pisze o stawianiu do kąta, zostawianiu w „kozie”, biciu, a nawet klęczeniu na grochu. Popularne tzw. łapy i stanie w kącie uważano za normalne w szkole. Bano się, ale i nie protestowano.

Szkoła starała się wychowywać patriotycznie. I tak pan Henryk był w Krakowie ze swoją klasą i woził ziemię na kopiec J. Piłsudskiego. Wspólnie chodzono do kościoła. Szkoła organizowała – wg pana Kazimierza – wycieczki do miasta, do Krośniewic, „w celu zobaczenia jak wygląda poczta, telefon i jak się go obsługuje”. Odbывały się także akademie z okazji 3 maja.

Z wdzięcznością wspomina szkołę urodzona w 1914 roku kobieta: „Naukę rozpoczęłam w 1922 roku w publicznej szkole powszechnej, która trwała 7 lat. Tam uczono nas języka francuskiego, który do tej pory biegle

pamiętam. Bardzo lubiłam wszystkie lekcja związane ze śpiewem, grą na pianinie oraz robót kobiecych i ręcznych”. Narratorka była od 1935 roku guwernantką, uczyła dzieci bogatych fabrykantów. W czasie wakacji wyjeżdżała z dziećmi nad morze do Juraty i tam prowadziła zajęcia.

Jednak w szkole nie wszyscy nauczyciele byli dobrzy. Pan Franciszek, 79-latek, powiedział: „Swoją szkołę podstawową wspominam bardzo miło. Pamiętam tylko jedną niemiłą nauczycielkę. Nauczycielka była antysemitką. Do naszej szkoły uczęszczała Żydówka. Ta nauczycielka kazała jej sisać na końcu klasy samotnie. Byłem przewodniczącym klasy i nie zgadzałem się z takim traktowaniem mojej koleżanki. Do tej pory pamiętam, jak się z nią przekomarzałem. Ona nie lubiła mnie, a ja nie lubiłem jej”.

Wywiady biograficzne potwierdzają działalność znanych szkół. I tak urodzona w 1917 roku pani Laura przedstawia dzieje swojej edukacji, którą rozpoczęła w domu: „Początkowo pisania, czytania i rachunków uczył mnie mój ojciec. Nie miał jednak cierpliwości, denerwował się. Na szczęście przyszła mi z pomocą ciocia. Chętnie chodziłam do niej na drugi koniec Bemowa. Kiedy miałam 9 lat rozpoczęłam naukę w prywatnej średniej szkole Panien Kowalczykówny i Jaworczykówny w Warszawie przy ulicy Wiejskiej 5. Gimnazjum miało swoje zeszyty. Kupowaliśmy je w sklepiku szkolnym, na czołowej stronie widniał napis: »A jeśli komuś otwarta droga do nieba – tym co służą Ojczyźnie«” (Szkola na Wiejskiej 1974).

O mniej znanych faktach piszą inni narratorzy. Pan Franciszek wspomina prywatne liceum męskie Zimowskiego w Łodzi i uczącego tam nauczyciela języka polskiego Dobrowolskiego, który kazał mówić wypracowania, aby nauczyć składnych wypowiedzi swoich uczniów. 68-letnia pani Iza opisuje pierwszy złóbek w Łodzi na rogu ulic Nawrot i Przędzalnianej. Narratorka przypomina sobie Halinę Fejową – metodyczkę klas początkujących, pod której urokiem i kierownictwem przygotowywała się do zawodu nauczycielskiego.

Szkola na wsi i w mieście, droga do niej

Może to być przysłowiowa droga pod górkę lub wygodne jakieś środki lokomocji. Narratorzy wspominają swoją drogę do szkoły. 79-letnia pani Jadwiga opowiada: „Nie zapomnę pierwszego dnia w szkole. Rodzice nie mogli mnie odprowadzić, poszłam z rodzeństwem. Do szkoły było około 3 km. Chodziliśmy na boso albo w drewniakach. Pamiętam, że przed wejściem do szkoły myliśmy ręce i nogi w studni na rynku, zaraz pod szkołą”.

O tym, że boso chodziło się do szkoły, opowiada też mieszkaniec Bałut. Nie wszystkie dzieci chodziły do szkoły codziennie.

Nauka w szkole w okresach przełomowych, po I i II wojnie światowej, nie przebiegała bez przerw. Dlatego wprowadzano okresowo przyspieszony tok nauki. 75-letnia pani Anna mówi o przyspieszonym kursie nauki po zakończeniu II wojny światowej w ciągu jednego roku realizowano materiał dwóch klas.

Niektóre osoby starsze uczęszczały na tajne komplety lub uczyły się w domu. Rodzice, choć sami mieli jedynie podstawowe wykształcenie i to często niepełne, starali się zorganizować systematyczną naukę dla swoich dzieci w domu. Zmuszali dzieci do czytania i pisania codziennie. Członkowie rodziny – ciocie, wujkowie czy starsze rodzeństwo – pełnili funkcję domowego edukatora. Narratorzy mówili także o praktycznych umiejętnościach przekazywanych dzieciom, najczęściej przez matki, babcie czy ciotki. Było to szycie i roboty ręczne. Umiejętności te okazywały się bardzo przydatne. Można było nawet zarabiać szyciem czy robieniem swetrów.

Narratorzy opowiadają o książkach, które czytano w domu, o opowiadanych bajkach i historiach. Ten rodzaj edukacji domowej był bardzo ważny, wyrażał szacunek dla nauki, której realizację utrudniały warunki ekonomiczne i polityczne. Niewykształceni rodzice próbowali wykształcić swoje dzieci, zabiegali o to, żeby chodziły do szkoły. Organizowali im mieszkania w mieście, w internacie, na stacji lub u rodziny.

Obraz szkoły zawiera liczne opisy, których nie zamieściłam w tym opracowaniu, to, co P. Dominicé określił jako historyczny element badań biograficznych (Dominicé 2003, s. 177-179).

Projekty edukacji na emeryturze

Dalsze losy edukacyjne osób starszych to dążenie do dalszego kształcenia się, w niektórych przypadkach zakończone sukcesem, studiami na Uniwersytecie Warszawskim czy Politechnice, to łączenie studiów w systemie dziennym z zaocznymi czy wieczorowymi. Kilka osób przedstawia swoje projekty edukacyjne po przejściu na emeryturę lub na emeryturze. Emerytowana nauczycielka matematyki postanowiła nauczyć się obsługi komputera i korzystania z Internetu. Chce mieć dobry kontakt z wnukiem. Niektóre projekty edukacyjne są zaskakujące. I tak 75-letnia pani Krystyna czytała kryminały oraz książki z serii „Tygrys”, które są, według niej, prawdą. Obecnie raczej zajmuje się prawnukami.

Mieszkanka domu pomocy społecznej, pani Stanisława, czyta wiersze Juliana Tuwima, Marii Konopnickiej i Adama Mickiewicza. Ma wycinki z licznych czasopism. Interesuje się profilaktyką zdrowia. Inna narratorka w wieku 60 lat zaczęła uczyć się języka włoskiego i teraz już biegle się nim posługuje. Wyjeżdża do Włoch do pracy, zwiedziła ten kraj. Planuje dalsze podróże.

Zakończenie

Przedstawione drogi edukacyjne osób starszych, z szerszym uwzględnieniem dzieciństwa i nauki w szkole podstawowej, potwierdzają wiedzę o edukacyjnej funkcji rodziny. Odbudowują niewidzialne środowisko szkoły okresu międzywojennego, tego, co Gustaw Holubek określił jako wspomnienia z niepamięci, co odnajdujemy w „Ferdydurke” Witolda Gombrowicza, w „Umarłej klasie” Tadeusza Kantora, u Stefana Żeromskiego w „Syzyfowych pracach” czy w nowelce Brunona Schulza „Emeryt”.

Rodzina i szkoła to wieczne tematy wspomnień, pamięci i rozmowy. Można zapytać, co pozostało w osobach starszych z dziecka, z ucznia, z edukacji szkolnej (Czerniawska 2000). Co chcieliby przekazać wnukom i prawnukom? Co to znaczy uczyć się z życia?

Bibliografia:

Czerniawska O.: (2000), Pamięć dzieciństwa. W: Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Łódź: Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, s. 90-100.

Czerniawska O.: (2002), Pamięć szkoły w badaniach andragogicznych. W: Edukacja dorosłych w erze globalizmu. E. A. Wesołowska, [red.]. Płock: Novum, s. 173-181.

Dominicé P.: (2003), Learning from our lives. San Francisco: A. Wiley.

Lani-Bayle M.: (2000), Raconter l'école au cours du siècle. Paris: L'Harmattan

Mrożek S.: (2006), Baltazar. Autobiografia. Warszawa: Noir sur Blanc.

Holubek G.: (2000), Wspomnienia z niepamięci. Warszawa: Muza SA.

O pojęciu „całościowej pedagogiki osób starszych”

Wprowadzenie

Pedagogika jest nauką o wychowaniu. To krótkie zdanie oczywiście nie w pełni oddaje całą istotę tej nauki. Zagłębiając się w rozważania terminologiczne, należałoby wykazać, że to nauka, która współcześnie zajmuje się nie tylko dziećmi i młodzieżą (a więc tymi grupami, które są wychowywane), ale też dotyczy oddziaływania na rozwój ludzi dorosłych, a w tym i starszych (Kunowski 1996). Należałoby się więc zastanowić, czy pojęcie „wychowanie osób starszych” może być używane. Oczywiście musimy wtedy brać pod uwagę szerokie pojęcie wychowania, jako wszystkie sytuacje, procesy i działania, które mogą spowodować u ludzi pozytywne oceniane nastawienia, postawy i sposoby zachowań, rozszerzające ich horyzonty i pozwalające im na odpowiedzialne określanie samych siebie, a także umożliwiające rozwój (Hamann 1991, s. 12). W takim rozumieniu wychowanie nie może być nigdy zakończone. Zmiany i rozwój własnej osoby lub otaczającego ją środowiska wymagają stałej korekty wymienionych już nastawień, postaw i sposobów zachowania. Tym samym wychowanie jawi się jako zjawisko towarzyszące, a zarazem zadanie ludzkiego bytu. Wychowanie (w podeszłym wieku również, a może nawet dopiero wtedy) jest nacechowane odpowiedzialnością za samego siebie, emancypacją i odniesieniem do codzienności. Pojęcie „wychowanie osób starych” praktycznie nie jest stosowane. W literaturze stosuje się natomiast inne pojęcia, takie jak: edukacja osób starszych, gerontologia, geragogika.

Gerontogogika, geragogika, geragogika społeczna

W nauce oprócz pojęcia pedagogiki dorosłych używane są też inne, zamienne pojęcia: geragogika, gerontogogika, geragogika społeczna i edukacja osób starszych. Poprowadzenie granicy między tymi pojęciami jest o tyle trudne, że są stosowane synonimicznie przez tych samych autorów. Geragogika, gerontogogika to pedagogika człowieka starzejącego się i staroego. Jest nauką o uwarunkowaniach pedagogicznych, zjawiskach towarzyszących oraz skutkach procesu starzenia się (Zych 1999; Czerniawska 2000; Halicki 2003; Szarota 2004; Dubas 2005). Naukowy charakter geragogiki podkreśla się również z tego względu, iż wcześniej nie miały miejsca, ani systematyczne zajmowanie się działaniem w obszarze edukacji osób starszych, ani teoretyczna podbudowa opierająca się na takim punkcie widzenia pedagogicznego. Geragogika czy gerontogogika w ich praktycznym wymiarze realizują zadania wychowania i edukacji, doradztwa i opieki w przypadku osób starszych, jak również starzejących się, a dzieje się to w wymiarze prewencyjno-profilaktycznym (przygotowującym), interwencyjno-terapeutycznym i rehabilitacyjnym. A więc obszarami działania geragogiki są, ogólnie mówiąc, badania, nauka i praktyka. Do zadań geragogiki możemy zaliczyć:

- badanie implikacji pedagogicznych procesu starzenia się,
 - przeprowadzanie działań profilaktycznych i przygotowujących do starości, np. doradztwo i informacja,
 - doprowadzanie osoby starszej do „istoty” człowieczeństwa,
 - wypracowanie „ogólnej higieny pedagogicznej” wieku podeszłego.
- (Mieskes 1971, s. 282).

Musimy mieć zawsze na względzie takie działania wpływające zarówno na środowisko przestrzenne, jak i na środowisko społeczne ludzi starszych, by ich skutkiem było stworzenie całościowego systemu pedagogicznych form opieki grupowej i indywidualnej nad ludźmi starszymi, a także przygotowanie osób, które pracują z seniorami.

Pojęcie „geragogiki społecznej” stosowane jest przede wszystkim przez gerontologa Ludgera Veelkena. Do tego pojęcia Veelken (1990, s. 48-49) dochodzi z jednej strony dzięki temu, że widzi je jako swoistego rodzaju kontynuację pojęcia „pedagogiki społecznej”, które ogranicza do wieku młodzieńczego, a z drugiej strony poprzez silne akcentowanie socjalizacji, którą w stosunku do wychowania postrzega jako fenomen nadrzędny. Jego zdaniem główne zadanie socjalizacji polega na tym, by, w oparciu o nowe wyniki badań gerontologicznych, wypracować warunki indywidualizacji

podmiotu pojmowanego jako osoba tożsama z samą sobą, znajdująca się w dalszym procesie wzrostu, i opisać czynniki społeczne, które wobec tożsamości w trzecim wieku spełniają funkcje wspomagające. Wyniki gerontologicznych badań podstawowych geragogika społeczna próbuje przełożyć na praktykę, wypracowywać modele działania i stosować je po to, by umożliwić wzrost i osobisty rozwój ludzi starszych (1990, s. 55).

W literaturze angielskojęzycznej stosowane jest również pojęcie *educational gerontology*. Pojawiło się ono masowo na początku lat siedemdziesiątych i posłużyło za tytuł dla czasopisma założonego w 1976 roku w USA. W *educational geontology* rozróżnia się „edukację w starości” (*education for older people* lub *instructional gerontology*), „edukację na temat starzenia się” (*social gerontology* lub *education about aging*) i „wychowanie osób pracujących z ludźmi starszymi” (*education of professionals and paraprofessionals* lub *gerontological education*). W angloamerykańskim obszarze językowym zaproponowano jeszcze pojęcie *eldergogy*. W niemieckojęzycznym obszarze językowym stosuje się czasami pojęcia „pedagogika wieku podeszłego” (*Alterspädagogik*) i „pedagogika osób starych” (*Altenpädagogik*) (Klingenberger 1996, s. 23). Można spotkać także inne określenia, jak np. „edukacja seniorów” lub „dalsze kształcenie w wieku podeszłym”.

Edukacja osób starszych

Przez edukację osób starszych będziemy tu rozumieć wszelkie oferty i działania dające ludziom starszym możliwość sprostania w odpowiedni sposób pojawiającym się przed nimi zadaniom, przy czym na szczególną uwagę zasługują tu ujęcie antropologiczne i ekologiczne powiązania jednostki, jak również nastawienie biograficzne.

W tym kontekście można dokonać rozróżnienia między edukacją osób starszych w węższym i w szerszym znaczeniu. W pierwszym przypadku będziemy rozumieć wyraźne działania edukacyjne oferowane członkom starszej generacji. Natomiast szersze znaczenie obejmuje dodatkowo wszelkie działania pośrednie, pozytywnie oddziałujące na zadowolenie z życia, satysfakcję życiową (Halicka 2004), a także na samopoczucie i przeżywanie sensu, dzięki wywieraniu wpływu na warunki życia i ich samodzielne kształtowanie.

Edukacja osób starszych, oprócz edukacji dla, z i poprzez ludzi starszych, obejmuje również edukację zajmującą się problemem procesu starzenia się, tzn. przygotowaniem na starość (w rozumieniu edukacji osób

starszych) i kształcenie ludzi działających w obszarze edukacji i pracy z osobami starszymi (ich wykształcenie, dalsze kształcenie, doksztalcanie się). Z jednej strony jest częścią pedagogiki społecznej, a z drugiej edukacji dorosłych. Konkretna praca w zakresie edukacji osób starszych kieruje się i kierowała różnymi koncepcjami, np. teorią uczenia się przez całe życie, zasadami samodzielności i samookreślenia, emancypacji i całościowości. Na podstawie różnych punktów widzenia w zależności od wieku sformułowano różne cele edukacji osób starszych:

- unikanie zjawisk ograniczonej sprawności w podeszłym wieku (tłó: teoria deficytów i nieużywania – Disusetheorie),

- realizacja zadań stojących na drodze rozwoju (tłó: teoria zadań rozwojowych),

- umożliwienie zadowolenia z życia (tłó: np. teoria ciągłości),

- stworzenie dla starszej generacji równości szans (np. dla kobiet; tłó: metody krytyki społecznej, teoria emencyjacyjna),

- przygotowanie do wieku podeszłego i emerytury (Haske 1991, s. 23-24).

Mówiąc o edukacji osób starszych należy zawsze pamiętać, że starsze generacje nie przedstawiają sobą jednorodnej grupy, dlatego też w edukacji i pracy z osobami starszymi trzeba uwzględniać zarówno różnice społeczne, jak i indywidualne.

Przy organizowaniu edukacji dla seniorów trzeba wziąć pod uwagę wszelkie zjawiska i procesy mające na nią wpływ. Do najważniejszych zjawisk możemy tu zaliczyć:

- rozwój demograficzny (wydłużenie życia, niższy procent urodzeń itd., a te muszą zostać sprowadzone do wspólnego mianownika w hasłach takich, jak „nadmierne starzenie się” lub „posiwienie” społeczeństwa),

- istotne wydłużenie fazy postzawodowej lub fazy życia po zakończeniu obowiązków rodzica do najdłuższej fazy życia w ogóle,

- powstanie nowych grup wiekowych (np. „nowych starych”), których wzorce ról są jeszcze nieuporządkowane i nieokreślone,

- ogólny pęd do edukacji, obowiązujący również w odniesieniu do osób w podeszłym wieku,

- zrozumienie konieczności uczenia się przez całe życie, wybiegające poza okres pracy zawodowej,

- ekonomiczne rozwiązania powodujące odciążenie budżetu zdrowotnego i socjalnego, dzięki wspieraniu samodzielności starszych generacji,

- przygotowanie do czynności wykonywanych po zakończeniu życia zawodowego,

- rosnące znaczenie polityczne grupy osób starszych,

- obawy, że zobaczymy narastanie konfliktu generacyjnego („wojna generacji”) lub, co gorsza, że dojdzie do konfrontacji generacji,
- doświadczenia pochodzące z edukacji dorosłych, wskazujące na udział w niej osób starszych,
- niepełne wykorzystanie potencjału pedagogicznego w obliczu malejącej liczby dzieci i młodzieży,
- pozytywne wyniki badań w odniesieniu do zdolności uczenia się i edukacji w wieku podeszłym,
- wyniki badań dokumentujące fakt, że udział w działaniach edukacyjnych osób starszych są przyczynkiem do wytworzenia dobrego samopoczucia w wieku podeszłym i „konieczności egzystencjalnej” wieku podeszłego (Klingenberger 1996, s. 18-19).

Edukacja osób starszych podlega dziś również krytyce. Zarzuca się jej infantyлизację i ubezwłasnowolnienie osób starszych, kolonizowanie ich świata życia (np. poprzez stosowanie takich metod pracy z seniorami, które dają im poczucie zbyt natarczywego nagabywania, osaczenia zarówno w ich własnych mieszkaniach, jak i w przeznaczonych do tego celu instytucjach), a tym samym podejście powodujące w tej, dotychczas „wolnej”, nie rozplanowanej fazie, społeczne zaplanowanie życia i powrót do szkolnej ławy. Ponadto krytykuje się to, że oferta działań edukacji osób starszych sugeruje potrzebę wychowania ludzi starszych, a tym samym przedstawia deficytowy obraz wieku podeszłego; a to w końcu bardziej szkodzi niż pomaga ludziom starszym. Poza tym krytykuje się fakt, że działania edukacyjne dla osób starszych, jak do tej pory, trafiają jedynie do takich osób starszych, które już i tak były aktywne i samodzielne z natury, i właściwie „nie potrzebowałyby” takich działań (Gronemeyer 1991, s. 28-30). Są to może uzasadnione obawy, jednak nie mogą one prowadzić do tego, by wylewać dziecko z kąpielą, a więc by w całości potępić i odrzucić edukację osób starszych. Raczej chodzi tu o to, aby w taki sposób kształtować oferty edukacji dla osób starszych, żeby takie obawy lub rzeczywiście występujące objawy uboczne nie mogły mieć miejsca.

Całościowa pedagogika osób starszych

W naszych czasach „całość” lub „całościowość” są pojęciami bardzo modnymi. Pojęcia te weszły również do dyskusji naukowej i teorii nauki. Tu całościowe myślenie, zwane holistycznym, postrzega się jako paradygmat stwarzający przeciwwagę w stosunku do myślenia mechanistyczne-

go. Holizm to zasada całościowości w rozumieniu i opisywaniu świata. W ujęciu holistycznym człowiek jest jednością psychofizyczną, doświadczającą świata „całym sobą”, rozwija swoje możliwości rozumienia i działania w procesie całościowej integracji bodźców ze świata zewnętrznego i wewnętrznych przeżyć. Holizm zakłada, że nie encyklopedyczna wiedza jest nam potrzebna, lecz rozumienie siebie w świecie, w którym musimy nauczyć się funkcjonować w zgodzie z sobą (Szyszko-Bogusz 1989). Ujęcie holistyczne prowadzi do znacznego przewartościowania metod stosowanych w edukacji. Również i w geragogice, jako konieczną, postuluje się zasadę całościowości, choć do tej pory pojęcie to nie zawiera zbyt wielu treści. Bezspornym jest jedynie fakt, że osoba w jesieni życia i otaczające je środowisko nie mogą być widziane wyłącznie z perspektywy jednego (naukowego) kierunku (np. medycyny, psychologii, socjologii), lecz że konieczne jest tu spojrzenie możliwe jak najszersze, również i takie, że człowiek i jego świat życia widziane są jako całość. Tylko takie ujęcie może sprostać pytaniu o przeżywanie i doświadczenie sensu życia w podeszłym wieku.

W ramach całościowej pedagogiki osób starszych należy uwzględnić trzy główne obszary:

1. Uwzględnienie wszystkich wymiarów bycia człowiekiem – należy orientować się na antropologiczne pojęcie człowieka starszego. Istotne cechy bycia człowiekiem obowiązują również w odniesieniu do wieku podeszłego i w pedagogicznym zwracaniu się ku starszej generacji nie można ich pomijać.

2. Uwzględnienie wymiarów czasowych – starsze generacje w perspektywie indywidualnej i społecznej posiadają wcześniejsze uwarunkowania zarówno biograficzne, jak i historyczne.

3. Uwzględnienie środowisk ludzi starych. Nie można zaniedbywać zajmowania się środowiskiem (w najszerszym tego słowa znaczeniu), w którym człowiek starszy żyje. W tym miejscu należy uwzględnić zasadniczą wymowę ekologicznych badań nad socjalizacją.

Uwzględnienie tych wymiarów całościowego myślenia i badania stwarza również konieczność zróżnicowania i współpracy wszelkich instytucji badawczych (Hamann 1991, s. 26-29).

Wymiar bycia człowiekiem

Człowiek w swej istocie, jako główny punkt odniesienia, nie może zniknąć z pola widzenia myślenia i działania pedagogicznego. Istota człowieka i jej rodzaj w sposób wyraźny określają i kierują zdarzeniem wychowawczym. Wychowanie i edukacja mają stanowić przyczynek do stawania się człowiekiem, a tym samym mają uwzględniać człowieka w jego całości i go wspierać. Zasadnicze określenie i samopoczucie człowieka, jak również jego wewnętrzna struktura, są fundamentami celów i wiodącymi zasadami działania pedagogicznego (a tym samym i działania geragogicznego). Z takiego stanu rzeczy wynikają także zarówno kwestie dydaktyczne i metodyczne, jak i wymagania.

Uwzględniając właśnie takie warunki ludzkiego sposobu egzystencji, da się sformułować specyficzne wymiary wychowania, a mianowicie (Hammann 1991, s. 18-31):

1. Wychowanie jako „pomoc w naturalizacji”. Pod tym hasłem ujmuje się wszelkie te wpływy, które mają na celu z jednej strony wspomaganie rozwoju życia, mającego swe korzenie w fizyczności (tzn. „natury subiektywnej”), z drugiej strony – uzasadnienie zdrowego nastawienia do zdarzeń natury zewnętrznej i prawidłowego obchodzenia się z nimi i w końcu wytworzenie zdolności do wykazywania naturalnych sposobów zachowań i rodzajów przeżywania – zgodnych zarówno z naturą wewnętrzną, jak i zewnętrzną.

2. Wychowanie jako „pomoc w osiągnięciu socjalizacji”. Hasło to odnosi się z jednej strony do wysiłków i prób włączenia jednostki w społeczny świat życia, względnie do udzielania pomocy podczas wrastania w ten świat; z drugiej strony, z omawianym tu wymiarem wiąże się również staranie zmierzające ku temu, by u poszczególnych jednostek wytworzyć zdolność do konstruktywno-krytycznego działania.

3. Wychowanie jako „pomoc w enkulturacji”. Również i tu chodzi o dwa rodzaje pomocy – o wspomaganie wejścia w specyficzny świat kultury (z określonymi wartościami i normami) i o wytworzenie zdolności do aktywności kulturalnej, kreatywności i produktywności.

4. Wychowanie jako „pomoc w duchowości” (spirytualizacji). W ramach tego wymiaru pedagogicznego chodzi o przeżywanie i doświadczanie życia wypełnionego wartościami i sensem, jak również o wspieranie „duchowej formy życia” (Dubas 2000).

5. Piątym wymiarem działania wychowawczego jest personalizacja. To ogół procesów uczenia się i formowania (zarówno w rozumieniu pro-

cesu, jak i rezultatu), a posiadających udział w „budowie struktury osoby”. Personalizacja leży w opozycji do naturalizacji, socjalizacji, enkulturacji i spirytualizacji. Należy tu uwzględnić również fakt, że w każdym wymiarze osobowości zachodzą różne etapy rozwoju

Człowiek starszy jest istotą socjo-kulturalną, naturalną, duchowo-religijną i personalną. Wychowanie i edukacja, a tym samym również pedagogika i geragogika, w swoim myśleniu i działaniu mają odzwierciedlać i uwzględniać te tak różnorodne wymiary bycia człowiekiem.

Wymiar czasowy

Kolejnym ważnym zadaniem całościowej pedagogiki osób starszych jest uwzględnienie wymiaru czasowego bytu człowieka. Człowiek przez całe życie znajduje się na drodze ku całości samego siebie; przez pryzmat rozwojów historycznych wyraźniej ukazują się również społeczne i ekologiczne struktury bycia człowiekiem (Auer 1995, s. 73). Sytuacja, w jakiej człowiek żyje narosła historycznie i wykazuje tendencje do dążenia do pewnych cech charakterystycznych i konkretnych rozwojów; tak samo i każda jednostka posiada swoją oś czasową: swoje cechy biograficzne i potencjalne rozwoje. Ponadto trzeba wymienić jeszcze indywidualne perspektywy i doświadczenia czasowe (np. rytmizacja dnia codziennego) (Dzięgielewska 2005), które można znaleźć w świadomości ludzi, ich interpretacje przeszłości i zamiary na przyszłość.

Pedagogice, a w szczególności geragogice, przypada zadanie orientacji na społeczne przesłanki życia, biografie indywidualne, na specyficzne dla wieku potrzeby, zadania uczenia się i warunki poszczególnych faz życia. Do perspektyw czasowych, które muszą zostać uwzględnione, należy więc, po pierwsze – przeszłość. Zarówno środowisk ludzkich (społeczne, kulturalne, naturalne, duchowo-religijne), w których żyją starzy ludzie i w których się zestarzelili, jak również ich indywidualna, biograficzna przeszłość, jej indywidualna interpretacja i ocena (Czerniawska 2000, s. 144-151). Wiek podeszły jest częścią biografii; ponieważ każda osoba w swej biografii rozwinięła specyficzne formy przeżywania i działania, ludzie starsi różnią się od siebie sposobem, w jaki przeżywają zadania, wymogi i granice, i tym, jak się z nimi konfrontują. Zatem jako jedno z nieodzownych zadań pedagogicznego wywierania wpływu na osoby starsze jawi się analiza przeszłości biograficznej i jej tła historycznego (Czerniawska 2002, s. 30-31). Po drugie – należy również uwzględnić aktualny stan środowiska socjo-

-kulturalnego, naturalnego i duchowo-religijnego starszej generacji, tak samo, jak i położenie sytuacyjne samych starych ludzi w powyższych wymiarach ludzkiego bytu. Po trzecie zaś – należy przewidzieć przyszłe rozwoje i trendy, mające miejsce na płaszczyźnie indywidualnej, tzn. przygotować się na przyjście tego, zaplanować to.

Wymiar środowiskowy ludzi starych

Tworzenie tożsamości osoby konstyтуuje się w konfrontacji z różnymi środowiskami (które ze swojej strony stały się historyczne). Pomoc i oferty pedagogiczne, również dla osób starszych, muszą te środowiska uwzględnić. W pedagogice osób starszych wyjaśnienia takie określa się pojęciem „ekologii”. Podejście ekologiczne kieruje swą uwagę na środowiska codzienne ludzi, obserwuje ich aspekty przestrzenno-regionalne, materialne, społeczne i historyczno-kulturowe – a dzieje się to przy pomocy metod możliwie „naturalistycznych” (Siebert 1985). Paradygmat ekologiczny ukierunkowuje zainteresowania teorii i praktyki na środowisko życia jednostki, na to, co robi w sferze polityki, życia społecznego, na codzienne relacje z otoczeniem.

Urie Bronfenbrenner (1981) rozróżnia cztery systemy środowisk, w których osadzona jest dana jednostka:

- mikrosystem (osobiste związki w bliższym, pierwszoplanowym obszarze życia; np. rodzina); pojedyncze stosunki,
- mezosystem (stosunki zachodzące między kilkoma obszarami życia, w których jednostka partycypuje; np. dom rodzinny – szkoła); ważne grupy życia,
- egzosystem (obszary życia, w których jednostka nie partycypuje bezpośrednio, a które wywierają jednak wpływ); ważne grupy społeczne,
- makrosystem (jako system społeczny zawierający wymienione wyżej systemy cząstkowe i stosujący wartościowanie w odniesieniu); ogół społeczeństwa/ogół kultury.

Gerontologia ekologiczna w badaniach nad wiekiem podeszłym i starzeniem się przejmuje społeczno-ekologiczne podejście w jego węższym rozumieniu. Zachowanie, przeżywanie i dobre samopoczucie ludzi starszych w stosunku do konkretnego otoczenia przestrzenno-społecznego jest przedmiotem gerontologii ekologicznej. Do jej zadań zaliczają się: teoretyzowanie wzajemnych stosunków między osobą a środowiskiem, opis zachowania się i przeżywania osób starszych w odniesieniu do przestrze-

ni, jak również analiza ich warunków i eksplikacja możliwości optymalizacji warunków środowiskowych dla osób starszych (Klingenberger 1996, s. 34). Właśnie ten ostatni z wymienionych aspektów ma dla geragogiki szczególne znaczenie, w szczególności z punktu widzenia formy działania, jaką jest tu „aranżowanie środowisk”. Taka perspektywa środowiska jest ważna i wiążąca przede wszystkim dla pracy sektora publicznego.

Bibliografia:

Auer A.: (1995), *Geglücktes Altern: eine theologisch-ethische Ermutigung*. Freiburg: Verlag Herder.

Bronfenbrenner U.: (1981), *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.

Czerniawska O.: (2000), *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*. Łódź: Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.

Czerniawska O.: (2002), *Drogi edukacyjne i ich meandry*. W: *Drogi edukacyjne i ich biograficzny wymiar*, t. 27. E. Dubas, O. Czerniawska, [red.]. Warszawa: Biblioteka Edukacji Dorosłych, s. 29-34.

Dubas E.: (2000), *Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka*. W: *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. M. Dzięgielewska, [red.]. Łódź: Biblioteka Edukacji Dorosłych, s. 117-128.

Dubas E.: (2005), *Geragogika – dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i do starości*. W: *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*. A. Fabiś, [red.]. Sosnowiec: Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, s. 143-155.

Dzięgielewska M.: (2005), *Życie codzienne ludzi starszych*. W: *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*. A. Fabiś, [red.]. Sosnowiec: Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, s. 27-40.

Gronemeyer R.: (1991), *Die Entfernung vom Wolfsrudel: über den drohenden Krieg der Jungen gegen die alten*. Frankfurt: Verlag Fischer.

Halicka M.: (2004), *Satysfakcja życiowa ludzi starych*. Białystok: Akademia Medyczna.

Halicki J.: (2003), *Geragogika*. W: *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. 2. Warszawa: Żak, s. 29-30.

Hamann B.: (1991), *Grundfragen und Grundbegriffe der Pädagogik*. München: Vielfältiges Informationsblatt.

Haske H. E.: (1991), *Bildung im Alter*. W: *Lehrbuch der psychologischen und sozialen*

Alternswissenschaft. J. Howe, [red.]. Bd. 3: Hilfe und Unterstützung für ältere Menschen. Heidelberg: Verlag Asanger, s. 21-43.

Klingenberg H.: (1996), Handbuch Altenpädagogik. Heilbronn: Verlag Julius Klinkhardt.

Kunowski S.: (1996), Podstawy współczesnej pedagogiki. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.

Mieskes H.: (1971), Geragogik – ihr Begriff und ihre Aufgaben innerhalb der Gerontologie. *Actuelle Gerontologie*, 1(5), s. 279-283.

Siebert H.: (1985), Lernen in Lebenslauf. Zur biographischen Orientierung der Erwachsenenbildung. Bonn: Pädagogische Arbeitsstelle Deutscher Volkshochschul-Verband.

Szarota Z.: (2004), Gerontologia społeczna i oświatowa. Kraków: Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Szysko-Bogusz A.: (1989), Pedagogika holistyczna. Wrocław: Ossolineum.

Veelken L.: (1990), Neues Lernen im Alter: Bildungs- und Kulturarbeit mit „Jungen Alten“. Heidelberg: Verlag Sauer.

Zych A. A.: (1999), Człowiek wobec starości. Katowice: Wyd. Śląsk.

Wykluczenie i spójność społeczna wobec procesu starzenia się ludności

Wykluczenie społeczne nie jest bynajmniej zjawiskiem nowym, lecz zainteresowanie nim narasta w wielu krajach Unii Europejskiej, w których coraz szerzej rozwija się ekonomia społeczna. Istnieje bardzo wiele definicji wykluczenia społecznego. W Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski znajdujemy następującą definicję wykluczenia społecznego: „to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a szczególnie dla osób ubogich” (Narodowa strategia 2004, s. 5). Inaczej mówiąc: „to sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób” (Narodowa strategia 2004, s. 5).

Tym samym wykluczenie społeczne można rozpatrywać z punktu widzenia funkcjonowania instytucji, jak również godności tych grup ludności, które nie mają możliwości korzystania z ról społecznych. Obejmuje zatem osoby, rodziny lub grupy ludności dotknięte ubóstwem materialnym, niekorzystnymi procesami społecznymi i gospodarczymi, brakiem wykształcenia umożliwiającym im normalną pozycję społeczną, dyskryminacją, skutek niedorozwoju właściwego ustawodawstwa i uprzedzeń kulturowych oraz stereotypów utrudniających normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Wykluczenie społeczne można rozpatrywać również jako wykluczenie strukturalne (miejsce zamieszkania lub posiadanie dochodów poniżej granicy ubóstwa), wykluczenie fizyczne (wiek, niepełnosprawność, poziom wykształcenia rodziców) i wreszcie wykluczenie normatywne (konflikty

z prawem, zjawiska patologii, opieka postpenitencjarna, brak odpowiedniej legislacji w odniesieniu do migrantów).

Według badań opublikowanych w Diagnozie Społecznej 2005 (Czapieński, Panek 2005) najwyższy odsetek Polaków jest zagrożonych wykluczeniem fizycznym (14,4%), potem – strukturalnym (11,8%) i – normatywnym (3,3%). W odniesieniu do emerytów powyższe dane kształtują się odmiennie. Wykluczeniem fizycznym zagrożonych jest 28,5%, wykluczeniem strukturalnym 9,5%, a normatywnym 1,7%. Istnieją przy tym duże zróżnicowania regionalne. W najkorzystniejszej sytuacji (niski udział wykluczonych – poniżej 20%) znajduje się województwo śląskie, pomorskie, opolskie, wielkopolskie; w najgorszej (wysoki udział wykluczonych – około 40%): zachodnio-pomorskie, warmińsko-mazurskie oraz lubuskie.

W dokumentach Unii Europejskiej można znaleźć wiele innych prób definiowania i mierzenia rozmiarów wykluczenia społecznego, przy czym na szczególną uwagę zasługuje raport Programu Poverty 3 (Muras 2005, s. 232)), w którym wykluczenie społeczne określa się jako proces dynamiczny i wielowymiarowy, prowadzący do deprywacji, a przejawia się brakiem lub niewystarczającym uczestnictwem w głównych systemach społecznych (opieka medyczna, zabezpieczenie społeczne, edukacja). Co gorzej wykluczenie społeczne może doprowadzać do zerwania więzi rodzinnych i społecznych, utraty tożsamości, a tym samym może nieść pokoleniowy charakter wykluczenia i w związku z tym – ulegać dziedziczeniu. Jest to proces szczególnie niebezpieczny i wymaga różnych form jego przeciwdziałania.

Grupy ludności znajdujące się w sytuacji wykluczenia społecznego zostały określone Ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 15 kwietnia 2004 roku). Artykuł 7 wyraźnie określa osoby i rodziny, którym powinna być udzielona pomoc społeczna w przypadku:

- ubóstwa,
- sieroctwa,
- bezdomności,
- bezrobocia,
- niepełnosprawności,
- długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- przemocy w rodzinie,
- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,

- braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze,
- trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy,
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- alkoholizmu lub narkomanii,
- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- klęski żywiołowej lub ekologicznej.

Artykuł 15 przywołanej ustawy określa szczegółowo zadania pomocy społecznej:

- przyznawanie i wypłacanie przewidzianych ustawą świadczeń,
- praca socjalna,
- prowadzenie i rozwój niezbędnej infrastruktury socjalnej,
- analiza i ocena zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- realizacja zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych,
- rozwijanie nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

Sposób realizacji tych zadań określa z kolei artykuł 119, który powierza pracownikom socjalnym następujące działania:

- pracę socjalną,
- dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń,
- udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej,
- skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji tych zadań,
- pomoc osobom będącym w trudnej sytuacji życiowej w uzyskaniu porad dotyczących możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy,
- udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych,
- współpracę i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa,

- inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz zachęcanie do powoływania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin,
- współuczestnictwo w inicjowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia.

Nie wystarczy jednak działanie legislacyjne, jakim w przypadku Polski może być wspomniana Ustawa o pomocy społecznej, lecz także szeroki ruch społeczny na rzecz grup ludności zagrożonych wykluczeniem. Oczywiście każda społeczność musi wypracować własne metody takich działań, nie ma bowiem strategii uniwersalnych.

W warunkach Polski ustalono następujące priorytety na rzecz spójności społecznej, zawarte w dokumentach Ministerstwa Polityki Społecznej:

1. Aktywni, świadomi obywatele, aktywne wspólnoty lokalne:
 - edukacja obywatelska,
 - aktywizacja obywateli w sprawach publicznych,
 - aktywizacja społeczności lokalnych w partnerstwach lokalnych (kapitał społeczny),
 - tworzenie lokalnej infrastruktury dla działań obywatelskich.
2. Silne organizacje pozarządowe w dobrym państwie:
 - wzmocnienie potencjału sektora pozarządowego,
 - wyrównywanie szans organizacji – wsparcie rozwoju infrastruktury trzeciego sektora,
 - jakość zarządzania w nowoczesnej administracji publicznej,
 - promowanie dialogu obywatelskiego jako formy partycypacji obywatelskiej.
3. Integracja społeczna:
 - zapobieganie powstawaniu ryzyka wykluczenia społecznego przez wzmacnianie roli i funkcji rodziny oraz wspólnoty lokalnej,
 - zapewnienie dostępu do usług i dostarczanie pomocy grupom najbardziej narażonym na ryzyko wykluczenia społecznego,
 - zapewnienie tworzenia i funkcjonowania mechanizmów kompleksowego wsparcia integracji społecznej.
4. Ekonomia społeczna:
 - trzeci sektor jako pracodawca,
 - budowanie wzajemnościowych form w gospodarce,
 - społeczna odpowiedzialność biznesu,
 - innowacyjne formy gospodarki społecznej.

Konsekwencją prawidłowo funkcjonujących działań na rzecz spójności

społecznej staje się niewątpliwie kapitał społeczny. Jego rozwój uzależniony jest znacznie od stopnia spójności, lecz równocześnie warunkuje on możliwość integracji społecznej, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

Poglądy na definiowanie kapitału społecznego są bardzo zróżnicowane i ulegają ewolucjom (Frąckiewicz, Rączaszek 2004).

W większości dokumentów Unii Europejskiej podkreśla się doniosłą rolę, jaką spełnia spójność społeczna, którą należy traktować jako podstawę działań zapobiegających wykluczeniu społecznemu. Warto w tym miejscu zacytować Raport Komisji Europejskiej z października 2001 roku pt. „Społeczne włączanie”. Określono w nim podstawowe cele, mianowicie: umożliwienie dostępu do praw, dóbr i usług, przeciwdziałanie zagrożeniu ekskluzją, pomoc najbardziej zagrożonym, mobilizację wszystkich instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy. We wspomnianym raporcie sformułowano zadania i metody działań, które stanowią wytyczne dla polityki społecznej w odniesieniu do grup ludności podatnych na wykluczenie, wymagających niekiedy różnorodnych form wsparcia (Draft Joint Report 2001). Oto one:

Zasada	Działania/cele
Subsydiarność	planowanie polityki i dostarczanie usług możliwie jak najbliżej ludzi potrzebujących
Holistyczne podejście	formułowanie polityki i dostarczanie usług ujmowane całościowo, w sposób zintegrowany, przewyższając podziały instytucjonalne i odpowiadając na potrzeby ludzi
Przejrzystość i odpowiedzialność	zagwarantowanie klientom i użytkownikom usług pełnej informacji dotyczącej procedury decyzyjnej oraz trybu odwoławczego
Przyjazna użytkownikom	dostosowywanie usług do potrzeb, a nie odwrotnie, czyli usługi otwarte, łatwo dostępne, zmienne
Skuteczność	dostarczanie usług szybko, przy minimum biurokracji oraz położenie nacisku na wczesną interwencję i rozwiązania uzasadnione ekonomicznie
Solidarność i partnerstwo	wzmacnianie solidarności i spójności w społeczeństwie oraz promowanie partnerstwa i łączności między wszystkimi aktorami (politycznymi, ekonomicznymi, społecznymi) przez odpowiednie kształtowanie polityki i dostarczanie świadczeń
Godność i prawa człowieka	uznanie i poszanowanie ludzkiej godności i fundamentalnych praw przez promowanie równości i przeciwdziałanie dyskryminacji
Uczestnictwo	zaprojektowanie, dostarczanie, monitorowanie polityk i usług w sposób umożliwiający uczestnictwo ludzi biednych i wykluczonych
Wzmacnianie i rozwój osobisty	zmniejszanie uzależnienia oraz wspieranie autonomii i polegania na sobie; stwarzanie możliwości osobistego rozwoju ludziom biednym i wykluczonym
Stałe ulepszanie i zrównoważenie	permanentne monitorowanie rezultatów polityk i działań oraz konsultowanie ich z użytkownikami i usprawnianie

Spełnienie tych zasad opiera się oczywiście na realizacji spójności społecznej, co bynajmniej nie jest sprawą prostą. Spójność społeczna jest bowiem posiadaną przez społeczeństwo zdolnością zapewnienia dobrobytu wszystkim swym członkom, minimalizowania rozbieżności między nimi i unikania polaryzacji. Społeczeństwo spójne to wspólnota wolnych, wspierających się nawzajem ludzi, którzy dążą do tych wspólnych celów metodami demokratycznymi.

Spójność społeczna polega nie tylko na zwalczaniu wykluczenia społecznego i ubóstwa. Chodzi tu również o tworzenie solidarności w społeczeństwie tak, by zminimalizować wykluczenie. Jednocześnie, przy ciągłym utrzymywaniu się ubóstwa i wykluczenia, istnieje również potrzeba podjęcia konkretnych kroków, by pomóc tym członkom społeczeństwa, którym brak zabezpieczenia. Dlatego strategia spójności społecznej musi zwalczać wykluczenie za pomocą prewencji, jak i leczenia (Nowa strategia 2004).

W tych warunkach zrozumiałą jest fakt, że problematyce starzenia się społeczeństw poświęca się ostatnio bardzo wiele uwagi. Ludzie starzy bowiem są grupą szczególnie wrażliwą na wykluczenie społeczne, a problem spójności społecznej jest w tym kontekście szczególnie ważący. Nie można tu pominąć tak istotnego dokumentu, jakim jest Strategia Lizbońska. Strategia ta omawia szeroko traktowane zabezpieczenie na starość, wyodrębniając trzy podstawowe obszary działań:

- zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń emerytalnych,
- zapewnienie stabilności finansowej systemów emerytalnych,
- modernizacja systemów emerytalnych.

Celem tych działań jest między innymi (Białecki, Czepulis-Rutkowska i in. 2003, s. 50):

- zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób starszych, polegające na ochronie ich przed ubóstwem, zapewnieniu im uczestnictwa we wzroście dobrobytu kraju i umożliwienie im przez to aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym,
- umożliwienie osobom starszym utrzymania ich wcześniejszego poziomu życia, przez zapewnienie dostępu do odpowiednich systemów emerytalnych zarówno publicznych, jak i prywatnych,
- wspieranie solidarności wewnątrz pokolenia i pomiędzy pokoleniami. W pierwszym wypadku chodzi o względną równość sytuacji materialnej w ramach populacji osób starszych, w drugim zaś o to, żeby poziom życia osób starszych nie odbiegał niekorzystnie od przeciętnego poziomu życia w społeczeństwie.

W dalszej części Strategii omawia się podstawy ekonomiczne istniejących i przyszłych systemów emerytalnych, które powinny zagwarantować możliwość zaspokajania rosnących potrzeb ludności starszej.

Warto jednak zwrócić uwagę na szereg innych dokumentów, które w sposób jednoznaczny określają zasady budowania spójności społecznej będącej podstawą realizacji praw człowieka w każdym okresie jego cyklu życia. Wyraźnie uwidacznia się konieczność, aby obok problemów materialnych zabezpieczenia społecznego ludności starszej realizować zasady spójności społecznej.

„Spójność społeczna wiąże się ze zdolnością zapewnienia wszystkim jego członkom dobrobytu, zminimalizowania rozbieżności między nimi i uniknięcia zjawiska polaryzacji. Natomiast dobrobyt, to nie tylko sprawiedliwy i pozbawiony dyskryminacji dostęp do praw człowieka, ale również:

- godność każdej osoby oraz uznanie jej własnych możliwości i udziału w społeczeństwie, przy pełnym poszanowaniu różnorodności kultur, opinii i przekonań religijnych,
- wolność dążenia każdej jednostki do osobistego rozwoju w ciągu jej życia,
- możliwość czynnego i pełnego uczestnictwa każdej jednostki w społeczeństwie.

Dlatego jest rzeczą naturalną, że Rada Europy dąży do wypracowania stanowiska wobec zagadnienia spójności społecznej w oparciu o prawa człowieka. Prawa tworzą najtrwalsze podstawy polityki społecznej. To one zapewniają wszystkim członkom społeczeństwa równe szanse. Gdy prawa człowieka stanowią bazę, działania państwa w obszarze polityki społecznej przestają być kwestią dobroczynności lub opieki ukierunkowanej na członków społeczeństwa, którym w mniejszym stopniu dopisało szczęście; stają się natomiast sprawą zagwarantowania wszystkim takich samych praw.

Nawet przy najsilniejszej ochronie prawnej, jaką można by otoczyć prawa człowieka, nigdy nie jest rzeczą prostą zapewnienie wszystkim członkom społeczeństwa, a zwłaszcza najsłabszym, możliwości rzeczywistego korzystania z przysługujących im praw. Paradoksem jest to, że ci, którzy najbardziej potrzebują ochrony ich praw, są często najgorzej przygotowani do ich egzekwowania. Prawnej ochronie praw muszą towarzyszyć zdecydowane środki w dyspozycji polityki społecznej celem zapewnienia, że każdy będzie miał rzeczywisty dostęp do swych praw” (Nowa strategia 2004, s. 5).

Polska zgodnie z tendencjami istniejącymi we wszystkich krajach UE

poświęca ostatnio szczególnie dużo uwagi określeniu kierunków działań sprzyjających spójności społecznej. Strategia polityki społecznej na lata 2007-2013 wyraźnie określa, że polityka ukierunkowana na sprzyjanie spójności społecznej jest niezwykle istotna.

Każde państwo powinno dbać o jak najlepszą jakość życia wszystkich swoich obywateli.

W ostatnich latach w Polsce wskaźniki dotyczące skali ubóstwa i zagrożenia wykluczeniem społecznym są na nieakceptowalnym poziomie. Ze względu na coraz mniej korzystne relacje grupy osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku nieprodukcyjnym konieczne jest mobilizowanie do aktywności wszystkich grup społecznych. Potencjał społeczny przekłada się bezpośrednio na potencjał gospodarczy. Spójne społeczeństwo, w którym funkcjonują silne więzy rodzinne i społeczne jest bardziej odporne na zagrożenie negatywnymi zjawiskami (Strategia polityki 2005).

Tym samym opracowana „Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013” uznaje między innymi jako zadanie priorytetowe:

- budowę systemu wsparcia dla osób w wieku poprodukcyjnym,
- aktywizację i mobilizację partnerów lokalnych.

Przyjęte założenia w dużej mierze dotyczą sytuacji ludności starszej, która jak już wspomniano w krajach europejskich wzrasta w tempie wyjątkowo szybkim. Stanowi to niewątpliwie jedno z najpoważniejszych i najtrudniejszych dla polityki społecznej problemów do rozwiązania zarówno w skali makro, jak i mikroregionalnej.

Interesujące badania nad ludźmi starszymi (Kusińska 2002) bardzo wyraźnie wskazują, że zagospodarowanie czasu wolnego przez osoby starsze jest ściśle skorelowane z wiekiem i poziomem wykształcenia. Generalnie jednak wypada stwierdzić, że obszar zainteresowań osób starszych jest bardzo niewielki. Do rzadkości należy korzystanie z kin, teatru, zajmowanie się własnym hobby, angażowanie się w prace społeczne, działalność polityczną, uczestnictwo w klubach czy uniwersytecie trzeciego wieku.

Trzeba przy tym zauważyć, że żyjący dziś w Polsce ludzie starsi to osoby urodzone przed rokiem 1940. Był to okres II wojny światowej, a następnie okres odbudowy, trudnej egzystencji, niedostatku, a także intensywnej pracy – która często wykonywana była w bardzo trudnych, niebezpiecznych warunkach, przekraczająca niekiedy ustawowo określany czas pracy. Niski poziom techniczny, przestarzałe technologie odbudowującego się przemysłu i budownictwa powodowały, że zatrudniani pracownicy legitymowali się na ogół wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym. Nie było wówczas możliwości rozbudzania zainteresowań kultu-

ralnych, nawyków edukacji permanentnej. Niewiele też uwagi poświęcano profilaktyce, promocji zdrowia, co niewątpliwie odbija się na złym stanie zdrowotnym najstarszej generacji. Komentarzy nie wymaga stan zagrożenia środowiska szkodliwymi dla zdrowia substancjami. Dokumentują to między innymi wskaźniki trwania życia, które wśród krajów europejskich lokują Polskę na jednym z ostatnich miejsc. Nie bez wpływu na stan zdrowia pozostawały fatalne warunki mieszkaniowe, nadmierne ich zagęszczenie, niedostatek wyposażenia w podstawowe urządzenia, a przede wszystkim ich lokalizacja pod przysłowiowym „płotem fabryki”.

Trudno się dziwić, że w okresie wieku poprodukcyjnego zainteresowania starszej generacji nie wybiegają ponad zaspokojenie potrzeb podstawowych i nie aspirują do potrzeb wyższego rzędu. Zaskakujący jest przy tym fakt, że przeprowadzone badania w ramach wspomnianej już Diagnozy Społecznej 2005 udowodniły blisko 85% udział osób starszych określających jakość swojego życia jako satysfakcjonującą.

Poważnym jednak problemem, zauważanym i dotkliwie odczuwanym przez osoby starsze jest pogarszająca się w miarę postępu wieku sprawność. Wymaga ona intensyfikacji działań profilaktyki zdrowotnej od najmłodszych lat i jej intensyfikacji w przedpolu starości. Wielu badaczy, powołując się na koncepcję M. Lalonda, podkreśla, że na stan zdrowia populacji wpływa w 50% przede wszystkim styl życia (pole zachowań), pozostałe 50% uzależnione jest od warunków genetycznych (pole biologiczne), środowiska naturalnego i opieki zdrowotnej.

Takie podejście do zdrowia wymaga wielokierunkowych działań, lecz przede wszystkim edukacji, w której niepoślednią rolę odegrać mogą uniwersytety trzeciego wieku, środki masowego przekazu, kluby seniorów. Od działań tych zależy niewątpliwie jakość życia najstarszych generacji, dla których być może mniej ważna jest długowieczność, niż życie pełne godności i szeroko rozumianego bezpieczeństwa.

Uwidacznia się szczególnie rola pracowników socjalnych, których zakres działalności poważnie wykracza poza instytucjonalną bazę infrastrukturalną. Oczywiście realizacja przykładowo wybranych zadań w zakresie ochrony zdrowia, polityki oświatowej i kulturalnej wymaga odpowiedniej bazy, ale nie ulega wątpliwości, że większość zadań dotyczy odpowiednio wykształconej i zaangażowanej kadry. Na niej też głównie spoczywa obowiązek realizacji zasad spójności społecznej w rozumieniu omówionej wyżej Strategii Lizbońskiej. Wymaga to przygotowania kadr, które zdolne byłyby do wdrożeń nowych i nowatorskich metod bezpośredniego oddziaływania, przy czym podkreślić należy fakt, że w programach nauczania

szkolnictwa średniego, wyższego ta nowa problematyka nie była dotychczas w pełni realizowana.

O ile wśród osób najstarszych sytuację tę można tłumaczyć ograniczającą się w miarę wieku mobilnością przestrzenną, o tyle wśród osób młodszych nie bez znaczenia jest brak poczucia bezpieczeństwa, trudności komunikacyjne lub może po prostu brak zainteresowań.

Nie można jednak nie zauważać, że poważną barierą w organizacji życia osób starszych jest na ogół niedostosowana do omawianej grupy ludności infrastruktura społeczna oraz jej lokalizacja. Infrastruktura społeczna była bowiem w okresie socjalizmu ze względów ideologicznych i praktycznych rozwijana w zakładach pracy i głównie w ich otoczeniu, a ponadto służyła dzieciom i młodzieży oraz ludności produkcyjnej, z pomijaniem potrzeb ludności poprodukcyjnej.

Nowa sytuacja demograficzna oraz nie zrównoważony rynek pracy przesądziły nie tylko o wzroście liczby emerytów (w tym przedwczesnych), lecz również o nowych potrzebach wynikających z postępu społecznego. Widocznym wskaźnikiem tego postępu jest nie tylko wzrost poziomu wykształcenia udokumentowany wynikami narodowych spisów powszechnych, lecz także rozwój zainteresowań rozbudzany powszechnym dostępem do telewizji i internetu.

Jest on widoczny także w działaniach na rzecz spójności społecznej, która niewątpliwie rozwijać się może jedynie w skali mikroregionalnej – obejmującej stosunki międzyludzkie. Dużą rolę odegrać może infrastruktura społeczna, która jednak nawet pod względem lokalizacji przybliżona być musi do środowiska zamieszkania, a nie pracy. Musi być ponadto dostępna dla osób starszych z ograniczoną sprawnością ruchową, ograniczonym polem widzenia, w miejscach dostępnych, oświetlonych.

Infrastrukturę społeczną stanowią kadry i baza materialna, czyli obiekty służące zaspokojeniu potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, kultury, sportu. Sprawą oczywistą jest fakt, że inaczej przedstawia się to na szczeblu podstawowym – gminie i osiedli, inaczej na szczeblu powiatu i województwa.

Na szczeblu podstawowym sprawą szczególnie ważną jest, aby izochrona i izolinia była powszechnie dostępna, tzn. by odległość od miejsca zamieszkania nie przekraczała 1,5 km, a czas dojścia nie przekraczał 15 minut. Nie wymaga komentarzy fakt, że większość zadań realizowanych na szczeblu podstawowym stanowią obowiązki gmin, które zobowiązane są do realizacji lokalnej polityki społecznej.

Problem ten jest tym bardziej zaskakujący, że okres ostatnich kilku lat

zaowocował ogromną liczbą przeprowadzonych badań nad warunkami życia i potrzebami ludności starszej. Nie doczekały się one jednak szerszych wniosków dotyczących kształcenia kadr dla potrzeb szeroko traktowanej pomocy osobom starszym. Liczyć się przy tym trzeba, że pomoc ta będzie szczególnie istotna wśród coraz szerszej grupy osób starszych samotnych, często pozbawionych wsparcia rodzinnego. Ujawniające się trendy rozpadu rodzin wielopokoleniowych, kryzysu rodziny nuklearnej, znacznej ruchliwości przestrzennej młodszych generacji przesądzi o osamotnieniu osób starszych wymagających różnorodnych form pomocy. Wizja taka wymaga intensywnych działań zapobiegawczych i nakierowania na realizację spójności społecznej.

Starości nie da się uniknąć, można jednak uczynić ją mniej uciążliwą przygotowując do niej poprzez promocję i profilaktykę zdrowego i aktywnego trybu życia, rozwijanie zainteresowań, utrzymywanie więzów środowiskowych – słowem poprzez zapobieganie ekskluzji społecznej i poszukiwanie nowych metod i form spójności społecznej. Nie ma bowiem na nią gotowej recepty, jest ona zmienna w czasie i przestrzeni, uzależniona od indywidualnych i społecznych potrzeb. Wydaje się, że przy poszukiwaniu tych nowych form współżycia społecznego zasadniczą rolę może odegrać infrastruktura społeczna, która do tych nowych zadań musi być wyposażona w odpowiednią bazę, a przede wszystkim dobrze wykształconą kadre.

Na problematykę szczególnej roli państwa zwracają uwagę ekonomiści europejscy za „Alternatywną polityką gospodarczą w Europie Grupa EuroMemorandum” (Po Lizbonie 2004, s. 18): „Istnienie dość wszechstronnych systemów zabezpieczeń socjalnych można uważać za jedno z tradycyjnych osiągnięć we wszystkich krajach UE, mimo że były one w poszczególnych krajach rozwijane w bardzo różnych formach. Jednakże w ciągu ostatnich kilku lat systemy publiczne padają ofiarą ostrych ataków i są w różnych zakresach podważane. »Modernizacja« opieki społecznej, która zajmuje ważne miejsce w programie UE kładzie nacisk na odpowiedzialność jednostki za jej zdrowie czy poziom życia na starość i nakłada na nią więcej obciążeń finansowych przeznaczonych na te cele. W takim samym stopniu systemy opieki społecznej są coraz bardziej prywatyzowane, a zarządzanie nimi delegowane jest na korporacyjnych aktorów na rynkach finansowych. Wbrew temu trendowi utrzymujemy, że obowiązek opieki społecznej, zabezpieczeń i ochrony socjalnej dla każdego leży przede wszystkim po stronie społeczeństwa i że najlepszym sposobem na jego wypełnienie są systemy państwowe”. Wymaga to jednak realizacji spójności społecznej w pełnym tego słowa znaczeniu.

W realizacji zadań związanych z polityką przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu nie sposób pominąć roli Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, a zwłaszcza roli, jaką spełniał jej długoletni przewodniczący prof. dr hab. n. med. Wojciech Pędich. To z Jego inspiracji organizowane zjazdy Towarzystwa w podsumowaniach wytyczały kierunki realizacji polityki społecznej w odniesieniu do starzejącej się ludności. Postulaty te były zawsze nacechowane troską o byt materialny ludności starszej, konieczność wzmożonej opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, a także, a może przede wszystkim, o godne miejsce w społeczeństwie. Niezwykle aktualnie brzmią sformułowane przez W. Pędicha na zjeździe w roku 1980, a zatem sprzed ćwierć wieku, szczegółowe zalecenia dotyczące poprawy warunków bytowych, opieki zdrowotnej, opieki i pomocy i wreszcie w zakresie zaspokajania potrzeb psychospołecznych ludzi starszych. Te ostatnie mają szczególnie duże znaczenie dla zminimalizowania skutków wykluczenia społecznego, warto je więc przypomnieć. Oto one (Frąckiewicz 1985):

1. Opracowanie programu działań przygotowujących osoby starsze jeszcze zatrudnione do aktywnej emerytury.

2. Włączenie ludzi starszych w życie ich naturalnego środowiska, na dalszym planie należy pozostawić sprawę wypełniania im czasu wolnego w izolacji od innych pokoleń (chodzi tu m.in. o dostosowanie programu działania ogólnych placówek kulturalnych, wydawnictw itp. do zainteresowań osób starszych).

3. Rozwijanie różnego rodzaju placówek, klubów, kursów i uniwersytetów III wieku, a także wczasów na działkach, wycieczek i innych form wypoczynku i rozrywki dla ludzi starszych.

4. Wpływanie na środki masowego przekazu, by podjęły taktowną i urozmaiconą działalność popularyzującą zagadnienia starszego wieku oraz na rzecz zapewnienia ludziom starym poszanowania ich godności osobistej.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne stwierdza, że pomoc, jakiej należy udzielić ludziom starzejącym się i starym, powinna polegać na zwiększeniu ich szans życiowych drogą udostępnienia im aktywności odpowiedniej do ich sił i sprawności. Organizacja życia ludzi starszych to nie tylko wypełnianie im wolnego czasu i ułatwianie codziennego życia przez świadczenie różnych usług, ale również pomoc w znalezieniu każdemu, kto tego potrzebuje, satysfakcjonującego miejsca w społeczeństwie, dającego mu poczucie bezpieczeństwa, własnej użyteczności i akceptacji przez otoczenie.

Bibliografia:

Białecki I., Czepulis-Rutkowska Z., Sztanderska U., Wóycicka I.: (2003), Biała Księga 2003. Część VI: Nowy model społeczny. Gdańsk-Warszawa: Polskie Forum Strategii Lizbońskiej.

Czapiński J., Panek T., [red.]: (2005), Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa.

Draft Joint Report on Social Inclusion: (2001), Part. I: The European Union, Including Executive Summary, s. 81. Cyt. za: Warzywoda-Kruszyńska W., Grotowska-Leder J., Krzyszkowski J.: (2003), Lokalna polityka wobec biedy. Bieda poza granicami wielkiego miasta. Łódź: Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, s. 193; Społeczne włączanie. Raport Komisji Europejskiej, październik 2001.

Frąckiewicz L.: (1985), Karta Praw Człowieka Starego. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Frąckiewicz L., Rączaszek A., [red.]: (2004), Kapitał społeczny. Katowice: Wydaw. Akademii Ekonomicznej w Katowicach.

Kusińska A., [red.]: (2002), Warunki życia ludzi starszych i ich zachowanie na rynku. Warszawa.

Muras M.: (2005), Pojęcie wykluczenia społecznego. W: Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. J. Czapiński, T. Panek, [red.]. Warszawa.

Nowa Strategia na rzecz spójności społecznej: (2004). Strasburg: Europejski Komitet Spójności Społecznej (CDCS). Wydawnictwo Rady Europy.

Po Lizbonie. Kierunki polityki gospodarczej i społecznej oraz konstytucyjne kamienie węgielne pod Europejski Model Społeczny: (2004). Bruksela: EuroMemorandum.

Strategia Polityki Społecznej 2007-2013: (2005). Warszawa: Ministerstwo Polityki Społecznej.

Losy wdów po władcach z dynastii Piastów i Jagiellonów

Niniejsza praca stanowi próbę rekonstrukcji losów wdów po władcach z rodów Piastów oraz pierwszych Jagiellonów. Ma ona charakter jedynie zarysu; nie wzięto pod uwagę wszystkich osamotnionych kobiet, a jedynie wybrane przykłady. Pominęto być może kilka kluczowych postaci, takich jak Elżbieta Łokietkowa, królowa Bona, Jadwiga Śląska czy Wiola, ale wykorzystano inne, które również doskonale prezentują wzorzec średniowiecznej wdowy. Zwrócono także uwagę na losy Anny i Marii, które nie pochodziły z polskiej linii Jagiellonów, ale kolejne ich życia były na tyle ciekawe, iż zdecydowano się je wykorzystać.

Bardzo ważne jest, by nie traktować wszystkich niewiast i ich możliwości dalszego kierowania swoim życiem w sposób jednakowy. Należy mieć na uwadze, że czynnikiem, który je ze sobą łączy, jest przede wszystkim wdowieństwo. Dopiero na dalszym planie jest ich działalność bądź poglądy.

W doborze osób do analizy kierowano się przede wszystkim ramami chronologicznymi, dlatego też przy czytaniu pracy trzeba wziąć pod uwagę, iż czasy, w których przyszło im żyć, znacznie się od siebie różniły. Pierwsze Piastówny miały zadanie utrudnione, gdyż w wieku X pozycja kobiet nie była ugruntowana, a z ich zdaniem raczej się nie liczone. Wtedy były skazane na postanowienia możnowładztwa bądź rodziny. Dopiero wiele lat później zaczęły o sobie decydować. Dało im to możliwość zadbania o interesy dzieci oraz swoje. Należy zauważyć, że Jagiellonki nie miały już takich problemów, jak żony z poprzedniej dynastii. Ich stanowisko było mocne, a czasem nawet nienaruszalne. Królowa-matka mogła mieć tak samo duży wpływ na syna, jaki przypadał jego współpracownikom.

Często podstawowym zadaniem wdowy była pomoc synowi w objęciu władzy po zmarłym ojcu. Zmuszało je to do angażowania się w życie publiczne. Wiele z nich sprostало powierzonymu zadaniu, osiągały prestiż, który dawał możliwość decydowania o sprawach wagi państwowej.

W tworzeniu tekstu bazowano przede wszystkim na opracowaniach. Źródła kronikarskie stanowiły tylko dodatek, gdyż na ich podstawie nie da się w pełni przedstawić życia wdów. Wzmianki o wdowach, które podaje „Kronika” Galla¹, „Kronika Wielkopolska”² czy „Roczniki” Jana Długosza³ stanowiły ważną podpowiedź w próbie ustalenia dalszych ich losów. Dwa dzieła, dzięki którym można było określić, czy kobieta z danego rodu była wdową, czy też nie, to „Genealogia Piastów”⁴ oraz „Genealogia Jagiellonów”⁵.

Najważniejszym opracowaniem w ustalaniu losów niemal każdej kobiety był „Polski słownik biograficzny”. Podane w nim hasła stanowiły przegląd ich życia, ale czas wdowieństwa opisano z niezwykłą dokładnością. W przypadku niektórych zasłużonych postaci można się powołać na oddzielne monografie, bądź biografie na ich temat. Wiele nowych, szczegółowych informacji do tematu wnoszą też pozycje Jadwigi Żylińskiej⁶ oraz Edwarda Rudzkiego⁷. Słownik hagiograficzny⁸ zawiera np. wiele informacji na temat wdów, które znalazły cel swej egzystencji w życiu klasztornym.

W pracy przedstawione zostały następujące obszary życia wdów: miejsce pobytu, środowisko społeczne i uposażenie wdów oraz ich dalsze losy, a także rolę w życiu publicznym. Opisy życia każdej z wdów były traktowane w sposób indywidualny.

Bardzo ważną, być może najważniejszą kwestią dla kobiety opłakującej śmierć swego męża było uposażenie wdowie. Niezwykle często zdarzały się sytuacje, że to właśnie środowisko, w którym przyszło samotnie egzystować, decydowało o jej dalszych losach. Oczywiście nie bez znaczenia był też posiadany majątek, a także stosunki rodzinne. Kiedy zabrakło osoby, która wspierała bądź też broniła królową przed atakami możnowładców, nie pozostawało nic innego, niż tylko opuścić kraj.

Tak stało się w przypadku **Rychezy** – żony Mieszka II – która sprawowała po jego śmierci władzę w imieniu 11-letniego wówczas Kazimierza (Odnowiciela) i posiadała własną pieczęć, która upoważniała do wydawania niepodważalnych decyzji. Nie zdecydowała się dobrowolnie na opuszczenie kraju, lecz została z niego wygnana przez grupę dostojników, która dążyła do zwiększenia swego udziału w kierowaniu monarchią.⁹ Mimo nieobecności w kraju, Rycheza wspierała roszczenia swego syna do koro-

ny polskiej. Przyczyną wypędzenia mogła być też postawa królowej, wykształconej w jednym z najbardziej kulturalnych środowisk ówczesnego świata, czyli klasztorze na ziemiach Cesarstwa. Trzeba również podkreślić różnicę między pozycją kobiet w poszczególnych krajach. Na terytorium germańskim mogły one pełnić bardzo ważną rolę. Przykładem jest swoboda w podejmowaniu decyzji, którą cieszyły się niewiasty w klasztorach. Ich uprawnienia były równorzędne z możliwościami mężczyzn, podczas gdy w tym samym czasie w Polsce nie posiadały żadnych praw osobowych. Przez całe życie były traktowane jako istoty nieletnie, którymi opiekować się musiał ojciec, mąż, brat lub syn.¹⁰ Dlatego też Rycheza gardziła polskimi obyczajami.

Historiografia średniowieczna wprowadziła obraz Rychezy jako królowej, która nie dbała o Polaków i nie liczyła się z ich zdaniem, po zgonie Mieszka wprowadziła podatki obciążające rycerstwo, na swoim dworze trzymała wyłącznie Niemców oraz obdarzała pieniędzmi każdego przybysza z rodzinnego kraju.¹¹ Należy jednak pamiętać, że podobne zarzuty kronikarze często stawiali królowym pochodzącym z obcych krajów.

Rycheza, zwana także Ryksą, była w komfortowej sytuacji, gdyż mogła szukać wsparcia u rodziny. Istnieją przypuszczenia, że z Polski zabrała ze sobą fundusze na utrzymanie własnego dworu.¹² Uzyskawszy pomoc od najbliższych udało jej się na przełomie lat trzydziestych i czterdziestych zorganizować swój dwór na terenie Lotaryngii, w dobrach stanowiących wiano jej matki. Dzięki temu zyskiwała samodzielność przy formalnym zachowaniu opieki Ottona.¹³ W ostatnich latach życia królowa przekazywała swoje dochody Kazimierzowi Odnowicielowi, a po jego śmierci, która nastąpiła w 1058 roku, wnukowi – Bolesławowi Krzywoustemu. Aby ułatwić kontakty z dworem monarszym i kościołem w Polsce, Rycheza przeniosła się na przełomie 1057 i 1058 roku do Saalfeld. Tam też zmarła 21 marca 1063 roku. Jej ciało znajduje się w kaplicy św. Jana katedry kolońskiej.¹⁴

Podobny los spotkał **Ode** – drugą żonę Mieszka I – która jednak nie mogła liczyć na wsparcie ze strony najbliższych, gdyż to właśnie jej pasierb – Bolesław Chrobry – doprowadził do wygnania macochy z kraju.¹⁵ Przyjmuje się, że wydarzenie miało miejsce w roku 995.¹⁶ Nie mając po śmierci ojca skutecznego poparcia wśród feudałów saskich, musiała się pogodzić z wygnaniem. Nawet zarządzający od 1009 roku Marchią Północną brat wdowy, Bernard, nie wykorzystał swego stanowiska dla poprawienia losów siostry. Dlatego też w bliżej nieokreślonych okolicznościach Oda przywdziała habit mniszy w jednym z klasztorów żeńskich w Kwedlinburgu, gdzie też zakończyła swoje życie w 1023 roku.¹⁷

Warto tu również wspomnieć o **Marii** – żonie Ludwika Jagiellończyka. Niestety, źródła nie podają o niej wielu informacji. Po śmierci króla wyjechała z Węgier i z ramienia brata, cesarza habsburskiego Karola V, była od 1530 do 1556 roku namiestniczką Niderlandów. Zmarła bezpotomnie w Cigales w Hiszpanii 18 października 1558 roku. Została pochowana w krypcie Eskurialu w Madrycie.¹⁸

Inaczej potoczyły się losy **Gryfiny**, gdyż jej małżeństwo z Leszkiem Czarnym było bezdzietne. Nie musiała martwić się o losy potomków, jednak, według niektórych źródeł obcych, dążyła do przekazania siostrzeńcowi księstwa krakowskiego i sandomierskiego. Była potężną panią feudalną, która skupiała w swym ręku szereg uprawnień książęcych. Być może miała prawo do poboru danin i służebności. Sądeczyzna w czasach jej rządów stanowiła rodzaj lenna.

Gryfina dysponowała monopolami, które należały wcześniej do księcia. Czerpała dochody z opłat celnych, wydawała pozwolenia na lokacje wsi na prawie niemieckim, zatwierdzała transakcje dobrami nieruchomymi. W dokumentach pochodzących z tamtego okresu zaczęła się tytułować „panią sądecką” i dysponować dobrami, które stanowiły własność zakonu.¹⁹

Po roku 1300 przebywała w Czechach jako opiekunka Ryksy, córki Przemysława II, a narzeczonej Wacława II, króla czeskiego i polskiego. W 1303 roku powróciła na jakiś czas do Polski. Wtedy też wzięła udział w sporze między klaryskami starosądeckimi a miechowitami o prawo patronatu nad kościołem w Łącku. Kolejne lata spędziła znów w Czechach. Wacław II nadał jej miasto Budzyń z należącymi doń wsiami. Zmarła między 1303 a 1309 rokiem. Zwłoki spoczywają w praskim kościele franciszkanów obok grobu jej siostry, królowej czeskiej Kunegundy.²⁰

Inną grupę wdów stanowiły te, które nie opuściły kraju po śmierci małżonka. Wiemy, że **Dobroniega** przeżyła Kazimierza Odnowiciela o ponad 30 lat, a o 6 – swego pierworodnego syna. Jednak co działo się przez te 30 lat, nie wiadomo. Ustalono, iż wdowa doczekała się powrotu synowej i wnuka, jako że zmarła w rok po powrocie Wyczesławy i Mieszka do Polski.²¹ Również Balzer w swoich badaniach powołuje się na „Rocznik Kapi tuły Krakowskiej”, w którym podano datę jej śmierci – rok 1087.²²

Podobnie rysują się losy **Elżbiety** – żony Przemysła I. Po jego śmierci wdowa z czterema córkami i synem niemowlęciem przeszła pod opiekę brata zmarłego księcia. Bolesław Pobożny, książę gnieźnieńsko-kaliski, zajął się nimi i przez czas małoletniości bratanka, Przemysła (II), sprawował rządy nad jego dzielnicą.²³ Kolejne wzmianki o losach Elżbiety podaje

„Kronika Wielkopolska”, jednak są to jedynie wiadomości o jej śmierci, która przypada na rok 1265.²⁴

Osamotnione małżonki bardzo często decydowały się na pozostanie w kraju ze względu na dzieci. W średniowieczu przeciętna długość życia była nieporównywalnie krótsza niż współcześnie. Dlatego też umierający władca, który zwykle żenił się parokrotnie, pozostawiał po sobie małoletnich synów.²⁵ Zadaniem wdowy było zapewnienie nieletnim możliwości władania terenami należącymi wcześniej do ojca. Dlatego też kobiety nie opuszczały kraju, rozpoczynały często działalność polityczną, a miejsce ich pobytu związane było przede wszystkim z ziemiami przypisanymi synowi.

Tak postąpiła żona Leszka Białego – **Grzymisława**. Dzięki poparciu możnowładztwa małopolskiego objęła na czas małoletniości Bolesława (Wstydliwego) regencję w połączonym księstwie krakowsko-sandomierskim.²⁶ Istnieje przypuszczenie, że rządy opiekuńcze sprawowała też małżonka Władysława Odonica – Jadwiga, gdyż w dokumentach wydawanych w latach 1239-1241 występuje jako główny wystawca.²⁷ Również Perejasława, po zabójstwie Siemowita I, księcia mazowieckiego, przez Litwinów, sprawowała rządy regencyjne na Mazowszu w imieniu nieletnich synów: Konrada (II) oraz Bolesława (II). Sprzymierzeńca i opiekuna znalazła w księciu wielkopolskim Bolesławie Pobożnym, który pospieszył z końcem września 1262 roku na Mazowsze i odbudował zburzony przez Litwinów gród plocki, przekazując go Perejasławie i jej synom. Regencja wdowy rozciągała się początkowo na całe Mazowsze i nie była ograniczona współudziałem synów we władzy. Usamodzielnienie Konrada miało miejsce w 1270 roku. Faktem jest, że matka miała wpływ na politykę i ważniejsze decyzje aż do śmierci. Datę jej śmierci przekazał Długosz: 12 kwietnia 1283 roku, opierając się prawdopodobnie na zaginionym źródle mazowieckim. Miejsce pochówku nie jest znane, ale można przyjąć, że była nim katedra lub klasztor Dominikanów w Płocku.²⁸

Helena, po śmierci Kazimierza Sprawiedliwego, objęła regencję, aby zgodnie z wolą możnowładców i wiecu aż do pełnoletniości Leszka (Białego) sprawować rządy nad księstwem obejmującym prawie całą Polskę, prócz Wielkopolski i Śląska.²⁹

Z kolei **Salomea**, po śmierci Bolesława Krzywoustego, pozostała w Polsce tytułując się *ducissima Poloniae*. Osiadła w wydzielonej jej testamentem zmarłego oprawie wdowiej. Mogła to być osobna dzielnica łęczycko-sieradzka lub zaledwie kilka włości z Łęczycą, gdzie odtąd rezydowała,

opiekując się dwoma małoletnimi synami: Henrykiem (Sandomierskim) i Kazimierzem (Sprawiedliwym).

Oczywiście nie powinno się stawiać znaku równości pomiędzy wpływami na życie polityczne wdów z rodu Piastów i Jagiellonów. Należy pamiętać, że wraz ze zmianą dynastii i upływem lat pozycja kobiet nieustannie się zmieniała. Dlatego też analizując udział Jagiellonek w działalności publicznej, należy podkreślić, iż ich sytuacja na początku samotnego pożycia była znacznie lepsza niż pozycja wdów w czasach rozbitcia dzielnicowego. Siła Królestwa znacznie wzrosła w momencie zjednoczenia wszystkich ziem pod jednym berłem. A zatem ważniejsza rola przypadała też żonom królewskim.

Nie wszystkie wdowy mogły poszczycić się tak wielkimi włościami, jakie miała **Sońska Holszańska**. W chwili śmierci Jagiełły miała 29 lat. Król zapisał jej w wianie 10000 grzywien groszy praskich, ubezpieczonych na Radomiu, Sączu, Bieczu, Korczynie, Żarnowcu, i drugą taką sumę, której zabezpieczeniem był Sanok, Inowrocław oraz Nieszawa. Do Zofii należały też przyległe wsie, przewóz na Wiśle, karczma i miasto Nowa Nieszawa koło Torunia. W innym dokumencie zapisał żonie jeszcze wsie i folwarki: Zagość oraz Bogucie w województwie sandomierskim. Zabezpieczenie sumy miało trwać dożywotnio i w stanie wdowieństwa. Wszystkie te nadania zostały potwierdzone matce przez Kazimierza Jagiellończyka w roku 1453.³⁰

W okresie, kiedy w Polsce rządy sprawował kanclerz Zbigniew Oleśnicki, Sońska nie prowadziła żadnej działalności politycznej i przebywała najchętniej w swych dobrach oprawnych. W licznych sprawach nie zgadzała się z synem, jednak kwestię małżeństwa Kazimierza Jagiellończyka z Elżbietą Rakuszą gorąco popierała. Od chwili przybycia do kraju Elżbiety Polska miała dwie królowe. Często przebywały razem w Krakowie i nieraz wspólnie towarzyszyły Kazimierzowi w jego podróżach. Długosz uważa, że skłonna do gniewu i impulsywna teściowa zupełnie zdominowała cichą Elżbietę.³¹ Gdy urodził się wnuk (Władysław II), Zofia była powszechnie uznawana za starszą królową, a jej siedzibę stanowił apartament na Wawelu zwany pałacem starszej królowej.

Aktywność wdowy miała duże znaczenie dla kultury narodowej. W roku 1433 rozpoczęto po raz pierwszy tłumaczyć Biblię na język polski. Część pierwsza dzieła odnaleziono w Saros-Patak na Węgrzech, stąd „Biblia królowej Zofii” zwana jest także „szarospatacką”. Około 1460 roku Sońska ukończyła 55 lat, co stanowiło wówczas wiek podeszły. Wiele osób z jej otoczenia już nie żyło. W 1458 roku zmarła jej krewna – Anna Holszań-

ska.³² Kiedy przyszedł na świat wnuk, monarchini czuła się jeszcze dobrze. Długosz podaje, że w sierpniu 1461 roku zleciła przeróbki drzwi w swoim apartamencie. Niedługo później zachorowała. Licząc, że organizm sam pokona chorobę, odmawiała przyjmowania leków. Jednak wkrótce została sparaliżowana, po czym zmarła 21 września 1461 roku w wieku 56 lat.

„Matka Jagiellonów” – jak nazwano **Elżbietę Rakuszanę** – dbała, aby rodzina wykazywała solidarność dynastyczną i wierność swojemu krajowi. Dlatego też do końca swoich dni pozostała oddana domowi rodzinnemu męża. Królowa, Habsburżanka, uwielbiała podkreślać swoje wysokie pochodzenie. Określała siebie jako „wnuczkę cesarza, córkę, siostrę i żonę królów”.³³ Mimo iż lubiła przepych, jej dwór był skromny: miała przy sobie kilka dam, wśród nich hrabinę Annę Cylejską, Dorotę – wdowę po kanclerzu Janie Koniecpolskim. Jedynie tam, gdzie należało zaznaczyć majestat córki cesarskiej, występowała okazale. Ostatnie wdowie lata spędziła w domu fundowanym jej na Wawelu przez Jana I Olbrachta. Wtedy też inwestowała w rozwój literatury i sztuki, których znaczenie doskonale rozumiała. Na dwór królewski udało jej się ściągnąć obcych pisarzy, poetów, artystów. A byli to: Wit Stwosz, Kellar, Schilling, Hantczel. Wprawdzie Elżbieta nie napisała sama sławnego traktatu o wychowaniu królewicza, ale fakt ujęcia go w formę listu królowej do syna Władysława (Jagiellończyka) i związek ze spodziewanymi narodzinami Władysławowego potomstwa, pozwala przypuszczać, że powstał na jej zamówienie.³⁴

Lata wdowieństwa królowa-matka spędzała głównie w Krakowie. Mieszkała w zachodnim skrzydle zamku. Poza tym kupiła dom na Wawelu, położony pod wieżą przy szkole. Przebywała z nią stale córka Elżbieta, mająca w chwili śmierci ojca, Kazimierza Jagiellończyka, zaledwie dziewięć lat, a początkowo także i czternastoletnia królowna Barbara. Z synów rezydował tam Fryderyk, a Zygmunt (Stary) bywał bardzo częstym gościem. W 1501 roku zmarł ukochany syn Jan Olbracht. Jego następcą został Aleksander (Jagiellończyk), który początkowo przybył na Wawel bez małżonki, gdyż nie cieszyła się sympatią teściowej. Jednym z powodów owej niechęci był fakt, iż Helena nie była katoliczką. Teściowa nie mogła znieść, że polscy duchowni odprawiają nowej pani prawosławne nabożeństwa.³⁵

Nowy król otaczał matkę równym szacunkiem, jak czynił to Jan Olbracht. Królowa matka zajmowała te same apartamenty i zgromadziła wokół siebie oddany dwór. Ochmistrzynią jej była Barbara z Tęczyna Rabztyńska. Z dam znane są nazwiska dwóch: Małgorzaty Kostrzeckiej i Joanny Piekarskiej. Kanclerz Elżbiety, Latałski, cieszył się dużym zaufaniem. W życiu starej monarchini dużą rolę odgrywał lekarz Jan Lieberhandt,

Niemiec pochodzący z Gdańska. Na jej wniosek Jan Latański został kasztelanem gnieźnieńskim, a Jan Targowicki biskupem krakowskim. Niegdyś Rakuszanka musiała zastawiać swoje suknie, by zdobyć fundusze, a za panowania Aleksandra mogła czynić bardzo kosztowne fundacje, choć dwór wiecznie zalegał z wypłaceniem posagów królowom.³⁶

W roku 1505 Elżbieta osiągnęła sędziwy wiek 69 lat. Mało wiadomo o stanie zdrowia królowej, jednak musiała dłużej chorować, skoro Zygmunt dwukrotnie przysyłał jej ze Śląska chirurgów Włochów. Rakuszanka zmarła 30 sierpnia 1505 roku. Matkę Jagiellonów pochowano w kaplicy Świętej Trójcy w płytkiej komorze pod posadzką, a grób pokryty został płytą, którą jeszcze za życia przygotowała.³⁷

Żona Aleksandra, **Helena Moskiewska**, córka księcia moskiewskiego Iwana III, z racji tego, że nie pochodziła z kraju męża i nie chciała przejść na katolicyzm, była z góry na przegranej pozycji. Jak wiadomo, możnowładztwo niechętnie popierało władczynię z obczyzny. Jednak ona, by dochować wierności swojej religii, zrzekła się nawet korony królewskiej. Jednak była gorącą propagatorką kultury polskiej. Negowała potrzeby budowania cerkwi w Królestwie. Nie miała wielu obrońców w Polsce, o czym świadczy tajna korespondencja prowadzona z bratem, w której to uskarżała się na ciągły brak opieki w kraju.³⁸

Mało wiadomo o posagu Heleny. Prawdopodobnie był niewielki. Znały jest znacznie późniejszy list Zygmunta Starego do Zygmunta Augusta, w którym pisze, że królowa zabrała ze sobą z Moskwy jedynie pantofle wyszywane perłami. Aleksander nadał żonie dobra jako oprawę względnie późno. Dopiero bowiem 28 sierpnia 1501 roku w Grodnie otrzymała Kniażęce, Smoleniany, Krędyżyce, Loczyce, Czyrczynisk, Brasław, Tereszyn, Żyżmonty oraz zamek Popowa Góra i starostwo mohylewskie. Większość posiadłości znajdowała się w województwie wileńskim i trockim, niektóre w okolicy Mińska, a jedynie Popowa Góra leżała w pobliżu granicy. Część tych dóbr było w użytkowaniu dożywotnim, a pozostałe mogła przekazywać. Często odwiedzała wszystkie posiadane ziemie i przebywała tam nawet po kilka tygodni.³⁹

Dwór nie był liczny, a pod względem narodowym stanowił prawdziwą mieszaninę. Znajdowali się tam Polacy, spolszczeni w różnym stopniu Litwini oraz litewscy i moskiewscy Rusini. Podkreślano, że Helena była miła dla przybyszów z Królestwa i że nie chciała mieć przy sobie zbyt wielu poddanych jej ojca. Z towarzyszącego z Moskwy orszaku pozostawiła w Wilnie tylko starą nianię, kucharza i dwóch bojarów. Odesłała nawet popa Fomę, zastępując go miejscowym spowiednikiem. Po owdowieniu

opiekę nad nią sprawował Zygmunt, wedle ostatniego życzenia Aleksandra.

Od śmierci męża nie podróżowała już tak często po swoich włościach, a czas spędzała głównie w Wilnie na Dolnym Zamku. W styczniu 1507 roku Zygmunt Stary nadał królowej Bielsk z przyległościami, Suraż i Brańsk. Kilka lat później wydał monarcha przywilej przekazujący jej patronat nad monastylem Święto-Troickim z prawem wyznaczenia archimandryty.⁴⁰

Królowej-wdowie udało się zgromadzić liczne skarby, co uczyniło z niej osobę bardzo bogatą. Bała się jednak, że zostanie ograbiona i dlatego przekazała je na przechowywanie franciszkanom wileńskim. Nie wiadomo, czy umieściła tam całą sumę, gdyż niektórzy badacze twierdzą, że część powierzyła księciu Konstantemu Ostrogskiemu, który po jej śmierci wyposażył z tych środków cerkwie. Skarb stanowiły głównie klejnoty oraz złote i srebrne naczynia. Mieściły się one w 16 skrzyniach, a były tak liczne, że po śmierci Heleny trzech ludzi nie zdążyło opisać w ciągu całego dnia zawartości jednego kufra. Pieniądze te nie zostały dobrze wykorzystane, gdyż przyczyniły się do porażki królowej.

Około roku 1511 Helena zdecydowała się na powrót do Moskwy. Być może w Wilnie czuła się osamotniona, a tam posiadała liczne rodzeństwo. Jednak do opuszczenia kraju potrzebna była zgoda panującego, co w przypadku wdowy było niemożliwe do spełnienia, ze względu na napięte wówczas stosunki z Moskwą i posiadane skarby. Dlatego też zdecydowała się działać bez wiedzy szwagra. Wraz z członkami poselstwa wielkiego księcia moskiewskiego, którzy odwiedzili ją w 1511 roku, ułożyła plan „ucieczki”. Zdecydowano, iż królowa uda się do Brańska, gdzie miał czekać oddział, by doprowadzić Helenę przed oblicze brata, Wasyla III. Do jego realizacji nie doszło, gdyż tajne zamierzenia zostały zdradzone staroście, który zabronił gwardianowi franciszkanów, Janowi Komorowskiemu, wydać królewskie skarby. Od tego czasu zakon utracił pomoc ze strony wdowy.

W styczniu 1513 roku monarchini udała się do Brześcia, by urządzić wesele jednej z dworek. Ponownie zażądała wydania skarbów i tym razem życzenie zostało spełnione. Kilka dni później, 20 stycznia, niespodziewanie zmarła mając 37 lat. Komorowski napisał w swojej kronice, że otruił ją klucznik, by móc zagarnąć drogocenności. Inne źródła nie potwierdzają jednak tego oskarżenia. Zmarłą pochowano w ulubionym przez nią w so-borze Przeczystej Bogurodzicy w Wilnie. Budynek ten został zburzony, gdy Rosjanie, tłumiąc powstanie kościuszkowskie, zajmowali Wilno. Początkowo na jego gruzach wzniesiono pomocniczy gmach uniwersytetu,

później odbudowano cerkiew, a w rezultacie tych wszystkich zmian grób królowej Heleny zaginął.⁴¹

Zdarzało się, że owdowiałe i osamotnione kobiety powtórnie wychodziły za mąż. Decyzję taką podejmowały rodziny kobiet, licząc, że poprzez związek dojdzie do zawarcia nowych sojuszy politycznych, uzyskania przywilejów oraz nabytków terytorialnych. W takiej sytuacji udawały się najczęściej do państw, które stanowiły siedziby ich przyszłych mężów. W taki właśnie sposób potoczyły się losy Małgorzaty, która zaledwie kilka miesięcy była królową Polski, gdyż 8 lutego 1296 roku w wielkopolskim Rogoźnie jej mąż został zamordowany. Stało się to za sprawą margrabiów brandenburskich, ale kronikarz lubecki Dietmar ją obciąża winą za tragiczną śmierć Przemysła II. Przed 15 maja 1298 roku zawarto układ w sprawie małżeństwa Małgorzaty z księciem rostockim Mikołajem. Jednak układ nie doczekał się realizacji.⁴² W 1302 roku wdowa wyszła za mąż za księcia sasko-lauenburskiego Albrechta III. W wianie otrzymała od małżonka kilka miejscowości wraz z ich przynależnościami, między innymi ważny gród książęcy w Ratzeburgu. Jako księżna sasko-lauenberska odgrywała doniosłą rolę zarówno za życia swojego męża, jak i po jego śmierci.

W podobny sposób swoim życiem pokierowała matka Władysława Łokietka – Eufrozyna. Po śmierci męża – Kazimierza I, księcia kujawskiego, sprawowała opiekę nad synami. Trwało to aż do roku 1275, kiedy Władysław objął samodzielne rządy. W tym samym czasie wyszła za mąż za Mszczuja II, księcia pomorskiego. Małżeństwo było bezdzietne oraz niezgodne. Na dworze matki i ojczyma przebywał syn z poprzedniego związku. Eufrozyna zabiegała o przekazanie dzieciom spadku po Mszczuju, ale układ w Kępnie z 1282 roku dowodzi, że już w tym czasie jej stosunki z mężem były złe. Ich małżeństwo zostało unieważnione 13 maja 1288 roku. Eufrozyna osiadła na Kujawach w dobrach przyznanych jej przez małżonka jako opawa. Tam też zapewne zmarła 4 listopada 1292 roku.⁴³

Inny przykład dotyczy Anastazji – żony Bolesława, księcia sandomierskiego, który na łożu śmierci przekazał swemu bratu, Ziemowitowi, Mazowsze. Anastazja nie doczekała się opawy wdowiej. Po śmierci Bolesława wdowa wyszła po raz drugi za mąż za bojarzyna węgierskiego Dymitra. Taką wiadomość podają latopisy. Również Balzer domyślał się, że jej drugim małżonkiem był któryś z Dymitrów, występujących w dokumentach pochodzących z Węgier z lat 1233-1263 jako sędziowie nadworni. O dalszych losach i roku śmierci Anastazji nic nie wiadomo.⁴⁴

Inaczej toczyły się losy kobiet, które po utracie współmałżonka szukały ukojenia za murami klasztoru. Często wyzbywały się swojej opawy

wdowiej, a pieniądze w ten sposób uzyskane przeznaczały na fundacje zakonne.⁴⁵ Trudno wysnuwać hipotezy, co tak naprawdę wpływało na decyzję kobiet decydujących się poświęcić swoje życie Bogu. Wiele z nich nie miało predyspozycji do działalności politycznej, dochodziło więc do sytuacji, w której klasztor mógł pełnić rolę opiekuńczą, a zarazem stanowić źródło utrzymania.

Wybitna indywidualność kobieca jedynie w zakonie znajdowała odpowiednie pole do działania. Przez całe średniowiecze ksienie posiadały pełną jurysdykcję, której zostały pozbawione dopiero dekretem papieskim w XIX wieku. Wcześniej opatki nadawały beneficja i miały prawo wydawania wyroków na poddanych w swoich włościach. Niekiedy decydowały o ważności związków małżeńskich, egzaminowały kandydatów na studia prawnicze, zatwierdzały spowiedników, prezydowały na synodach.⁴⁶

Niektóre kobiety widziały swoje powołanie jedynie w życiu za murami klasztoru. Szczególnym przykładem są dzieje Kunegundy (inaczej – Kingi), żony Bolesława Wstydliwego. Mimo iż wyszła za mąż za Bolesława, to jednak nigdy nie zdecydowała się na konsumpcję małżeństwa. Podjęła decyzję o zachowaniu czystości. Jeszcze za jego życia poświęciła się pomocy ubogim i potrzebującym.⁴⁷ Ze swej strony Bolesław, chcąc okazać żonie wdzięczność za trud współrządów, a zwłaszcza za ofiarowanie w momencie krytycznym dla skarbu państwa części posagu na potrzeby kraju, oddaje Kunegundzie na mocy przywileju z dnia 2 marca 1252 roku w wieczyste posiadanie prawie całą ziemię sądecką, ustanawiając ją prawną i jedyną jej właścicielką. Była niezwykle hojna, a cały swój majątek przekazywała na potrzeby księstwa, nad którym panowała.⁴⁸

Plany wstąpienia do zakonu św. Franciszka Kinga powzięła jeszcze, gdy mąż był w pełni sił. W roku 1279 umarł Bolesław. Pochowano go w klasztorze Franciszkanów w Krakowie. By urzeczywistnić swoje pragnienia, księżna wraz z owdowiałą siostrą wystąpiły na pogrzebie Wstydliwego w habitach. Piotr Skarga opisuje to wydarzenie w następujący sposób: „Szła [...] wspołek z siostrą swoją Bolentą księżną Wielkiej Polski i tam wzięwszy prześcieradło męża zmarłego, rozerznęły je i pokryły pokorne głowy swoje jako mniszki i wyszły na pogrzeb Bolesława do chóru Franciszkanów w Krakowie. A gdy je panowie i lud wszytek tak ujrzał, wielce płakać począł mówiąc: Oboje zaraz umarli, król śmiercią, a królowa zakonem. Płakały modląc się za duszę umarłego, tak iż od łez pokrycia głowy ich zzieleniały”⁴⁹.

Leszek Czarny, objąwszy władzę, zakwestionował prawa Kingi do ziemi sądeckiej. Sam zatarg między nimi wyrósł na tle sprzeciwu księcia wo-

bec chęci dokonania przez wdowę aktu darowizny ziemi sądeckiej na rzecz nowo fundowanego konwentu.⁵⁰ Doszło jednak do pojednania między nimi, po czym księżna mogła przystąpić do budowy klasztoru. Dobrowolnie zrzekła się władzy, wszelkich dostojęństw i zamieszkała w ufundowanym domu zakonnym.⁵¹ Lecz faktycznie spór między nimi o władzę nad ziemią biecką i sądecką trwał nadal. W roli rozjemcy wystąpił z ramienia legata Filipa biskup krakowski Paweł z Przemankowa. Leszek zobowiązał się nie niepokoić Kunegundy aż do zakończenia arbitrażu, jednak obietnicy nie dotrzymał. Ostatecznie Kinga utrzymała się przy swej fundacji i Sądecczyźnie, książę z kolei zabrał kasztelanę korczyńską i biecką.⁵²

W roku 1283 wdowa uzyskała potwierdzenie swej fundacji przez papieża. Mimo że nie objęła stanowiska opatki, jednak faktycznie rządziła konwentem i jego dobrami, dbając tak o potrzeby materialne, poziom umysłowy, oraz życie religijne zakonnic. Jej żywociarz podaje, że odmawiała psalmy, recytowała żywoty świętych *In vulgari*, a więc posiadała ich polski przekład. Dlatego też przez jakiś czas hipotetycznie z nią wiązano powstanie pieśni „Bogurodzica”.⁵³

Z maja i kwietnia 1292 roku zachowały się dwa dokumenty wystawione w Sączu: jeden w imieniu Kunegundy za zgodą „naszej najdroższej córki Gryfiny”, drugi w imieniu Gryfiny za zgodą „najdroższej naszej matki Kunegundy”. Na obu tytuł pani sądeckiej nosi żona Leszka Czarnego. W ten sposób Kinga przekazała rządy swej siostrzenicy, a zarazem ciotce Wacława II. Zabezpieczyła przy tym byt swojej fundacji oraz przez siebie zagospodarowanych terenów. Jednak dopiero Jadwiga Łokietkówna zadbała o kult Kunegundy, gdyż cuda przypisywane jej interwencji zaczęto notować od 1307 do 1312 roku.

W świetle tych dokumentów i żywej tradycji można stwierdzić, że najdawniejszymi miejscami kultu błogosławionej Kingi na ziemiach Polskich są miejscowości w szczególny sposób z nią związane, a więc: Stary Sącz, Kraków, Nowy Korczyn, Bochnia, Wieliczka.⁵⁴ Centralny ośrodek stanowił grób wdowy w klasztorze starosądeckim. Z dokumentów wiadomo, że między 1484 a 1684 rokiem wyjęto kości klaryski z prostej, drewnianej trumny, po czym włożono do cynowej trumienki, umieszczając ją wraz ze srebrnym relikwiarzem w ozdobnym grobowcu o kształcie ołtarza, przylegającym do ściany kaplicy. Sarkofag ten istniał prawdopodobnie aż do XVI wieku.⁵⁵ Starania o beatyfikację Kingi toczyły się przez kilkadziesiąt lat. Ostatecznie została ogłoszona błogosławioną 14 czerwca 1827 roku przez papieża Leona XII, który też wyznaczył termin jej święta na 17 czerwca. Wówczas też miało miejsce przeniesienie relikwii wdowy na ołtarz kapli-

cy klarysek. W obecnym kalendarzu liturgicznym święto błogosławionej przeniesione jest na dzień 15 czerwca.⁵⁶

Zakończenie

Przeprowadzona analiza pokazała bardzo zróżnicowane losy wdów z dynastii Piastów i Jagiellonów. Jednak mimo tej różnorodności zauważa się elementy łączące poszczególne typy kobiet. Najogólniej można wskazać na dwie takie grupy: wdowy, które postanowiły samotnie egzystować, bądź wstąpiły do klasztoru, czym zadecydowały o swoim trwałym wdowieństwie, oraz wdowy, które powtórnie wyszły za mąż. W grupie pierwszej można zauważyć pewną prawidłowość, a mianowicie: damy, które żyły w osamotnieniu prawie zawsze angażowały się czynnie w życie polityczne, jak też trwale wspomagały kościół poprzez nadania oraz fundacje na jego rzecz. Zdarzało się także, że celem ich dalszej egzystencji stawało się zdobycie jak najwyższej i najbardziej uprzywilejowanej pozycji dla swoich dzieci. Aby do tego doprowadzić sprawowały regencję w imieniu małoletnich potomków, nawet gdy synowie byli już w wieku dającym im pełne prawo do sprawowania samodzielnych rządów. Warto także podkreślić, iż opuszczenie rodzinnego kraju w przypadku „zatwardziałej” wdowy było czymś wyjątkowym. W trudnych momentach można było liczyć na pomoc rodziny bądź dworu, co w przypadku pobytu na emigracji byłoby raczej niemożliwe. Z królestwa wyjeżdżały tylko te osoby, które z niego niepochodziły lub zostały zmuszone do podjęcia takiej decyzji.

Z kolei wdowy, które decydowały się na powtórne zamążpójście, nie musiały, a zarazem nie przywiązywały tak dużej wagi do zapewnienia przyszłości swoim dzieciom. Nagminnie zdarzały się też przypadki wyjazdu, by zamieszkać wspólnie z nowym wybrankiem. Nie zawsze była to emigracja. Przeprowadzka oznaczała także jedynie zmianę dzielnicy. Kobiety te również brały czynny udział w życiu publicznym, a ich sytuacja była znacznie ułatwiona, gdyż miały oparcie w osobie męża. Zdarzało się, że świadczyły dobra na rzecz Kościoła, jednak nie były one już tak hojne. Być może wynikało to z przekonania, że są to obce świątynie w związku z czym raczej niechętnie je wspomagały.

Reasumując, należy stwierdzić, że przeprowadzona analiza dostarcza wielu interesujących danych na temat losów wdów żyjących w tamtych czasach, aczkolwiek może wydawać się niepełna, gdyż oparta jest na grupie dwudziestu postaci. Gdyby badania źródłowe były dokładniejsze i gdyby

uwzględniono wszystkie owdowiałe Piastówny i Jagiellonki, analiza zyskałaby na wartości. Byłoby pożądane przeprowadzenie w przyszłości pełnego studium nad owdowiałymi kobietami z dynastii Piastów i Jagiellonów. I jak się wydaje, taka analiza mogłaby przyczynić się do odkrycia nowych zagadnień, które tu nie zostały podjęte.

Przypisy:

- ¹ Gall tzw. Anonim, *Kronika Polska*, tł. R. Grodecki, Wrocław 1968.
- ² *Kronika Wielkopolska*, tł. K. Abgarowicz, Warszawa 1965.
- ³ J. Długosz, *Roczniki czyli Kroniki sławnego Królestwa Polskiego*, I-XII, Warszawa 1961-2004.
- ⁴ O. Balzer, *Genealogia Piastów*, wyd. 2, Kraków 2005.
- ⁵ Z. Wdowiszewski, *Genealogia Jagiellonów*, Warszawa 1968.
- ⁶ J. Żylińska, *Piastówny i żony Piastów*, wyd. 2, Warszawa 1969.
- ⁷ E. Rudzki, *Polskie królowe. Żony Piastów i Jagiellonów*, Warszawa 1985.
- ⁸ *Nasi Święci. Polski słownik hagiograficzny*, red. A. Witkowska, Poznań 1995.
- ⁹ S. Trawkowski, *Rycheza*, PSB XXXIII 370.
- ¹⁰ J. Żylińska, dz. cyt., s. 49.
- ¹¹ J. Długosz, dz. cyt., II 398.
- ¹² J. Żylińska, dz. cyt., s. 65.
- ¹³ S. Trawkowski, dz. cyt., s. 371.
- ¹⁴ S. Trawkowski, dz. cyt., s. 372.
- ¹⁵ O. Balzer, dz. cyt., s. 54.
- ¹⁶ K. Jasiński, dz. cyt., Wrocław, s. 65.
- ¹⁷ G. Labuda, *Oda*, PSB XXIII 531.
- ¹⁸ Z. Wdowiszewski, *Genealogia Jagiellonów*, Warszawa 1968, s. 129.
- ¹⁹ M. Piszczkowska, dz. cyt., s. 72.
- ²⁰ M. Piszczkowska, *Gryfina*, PSB IX 73.
- ²¹ *Tamże*, s. 84.
- ²² O. Balzer, dz. cyt., s. 164.
- ²³ J. Żylińska, dz. cyt., s. 199.
- ²⁴ *Kronika Wielkopolska*, tł. K. Abgarowicz, Warszawa 1965, s. 277.
- ²⁵ K. Jasiński, *Powiązania genealogiczne Piastów (Małżeństwa piastowskie)*, w: *Pia-stowie w dziejach Polski*, red. R. Heck, Warszawa 1975, s. 145.
- ²⁶ J. Wyzumski, *Grzymisława*, PSB IX 122.
- ²⁷ K. Jasiński, *Jadwiga*, PSB X 299.
- ²⁸ K. Jasiński, *Perejesława*, PSB XXV 603-604.

- ²⁹ Z. Budkowa, Z. Penanowski, Helena, PSB IX 358.
- ³⁰ Z. Wdowiszewski, dz. cyt., s. 46-47.
- ³¹ J. Długosz, dz. cyt., XII 182.
- ³² E. Rudzki, dz. cyt., s.117-125.
- ³³ J. Długosz, dz. cyt., XII 408.
- ³⁴ J. Garbacik, Elżbieta Rakuszanka, PSB VI 253-254.
- ³⁵ E. Rudzki, dz. cyt., s. 147-150.
- ³⁶ Tamże, s. 151.
- ³⁷ Tamże, s. 155.
- ³⁸ J. Garbacik, Helena, PSB IX 362.
- ³⁹ E. Rudzki, dz. cyt., s. 165.
- ⁴⁰ Tamże, s. 173-175.
- ⁴¹ Tamże, s. 176-177.
- ⁴² K. Jasiński, Małgorzata, PSB XIX 439.
- ⁴³ K. Górski, Eufrozyna, PSB VI 321.
- ⁴⁴ M. Korduba, Anastazja, PSB I 88-89.
- ⁴⁵ J. Żylińska, dz. cyt., s. 178.
- ⁴⁶ J. Żylińska, dz. cyt., s. 64-65.
- ⁴⁷ Tamże, s. 172.
- ⁴⁸ A. Witkowska, Kinga Kunegunda, w: Nasi święci. Polski słownik hagiograficzny, red. taż, Poznań 1995, s. 373-374.
- ⁴⁹ P. Skarga, Żywyoty świętych polskich, Kraków 1986, s.103.
- ⁵⁰ A. Witkowska, Kinga Kunegunda, w: Nasi święci. Polski słownik hagiograficzny, red. Taż, Poznań 1995, s. 374-375.
- ⁵¹ W. Zaleski, Święci na każdy dzień, Warszawa 2002, s.420.
- ⁵² Z. Budkowa, Kunegunda, PSB XVI 188.
- ⁵³ Z. Budkowa, Kunegunda, PSB XVI 188.
- ⁵⁴ A. Witkowska, Kinga Kunegunda, w: Nasi święci. Polski słownik hagiograficzny, red. A. Witkowska, Poznań 1995, s. 377-378.
- ⁵⁵ Tamże, s. 378.
- ⁵⁶ Tamże, s. 314-315.

Aneks – Chronologia życia wdów

1. Oda:

- 980 – zaślubiny Ody i Mieszka I
- 992 – śmierć Mieszka
- 995 – Oda zostaje wygnana z kraju przez Chrobrego
- 1023 – śmierć wdowy w klasztorze żeńskim w Kwedlinburgu

2. Rycheza:

- 993 – data urodzin Rychezy
- 1034 – śmierć męża, Mieszka II
- 1034-1036 – wygnanie wdowy przez polskich możnowładców
- 1057 – liczne nadania Rychezy na rzecz katedry kolońskiej i würzburskiej
- 1057/1058 – przeniesienie się wdowy do Saalfeld
- 21 marca 1063 – śmierć Rychezy, zwłoki znajdują się w kaplicy św. Jana katedry kolońskiej

3. Dobroniega:

- 1041 – 1043 – zaślubiny Dobroniegi i Kazimierza
- 1058 – śmierć Odnowiciela
- 1087 – śmierć wdowy

4. Salomea:

- 1101 – narodziny Salomei
- 1138 – śmierć męża, Bolesława Krzywoustego
- 1141 – zjazd książąt w Łęczycy pod jej przewodnictwem
- 27 marca 1144 – śmierć wdowy, pochowana w katedrze płockiej

5. Helena:

- 1164 – narodziny Heleny
- 1194 – śmierć Kazimierza Sprawiedliwego, wdowa obejmuje rządy regencyjne
- 1206 – śmierć Heleny

6. Jadwiga:

- 1239 – umiera jej mąż, Władysław Odonic
- 1245 – koniec sprawowanej przez nią regencji, gdyż syn, Bolesław Pobożny uzyskał pełnoletniość
- 29 grudnia 1249 – śmierć wdowy, a miejscem jej pochówku stała się katedra gnieźnieńska

7. Elżbieta:

- 1244 – zaślubiny Elżbiety z Przemysłem I
- 1257 – śmierć męża
- 1265 – śmierć wdowy

8. Jolenta Helena:

- 1244 – narodziny Jolenty
- 1256 – zaślubiny Jolenty i Bolesława Pobożnego
- 13 kwietnia 1279 – śmierć męża
- po 25 kwietnia 1298 – śmierć wdowy

9. Małgorzata:

- 1296 – zamordowanie męża, Przemysła II
- 1298 – układ w sprawie powtórnego małżeństwa wdowy, lecz nie doszedł do skutku
- 1302 – powtórne wyjście za mąż za Albrechta III

10. Małgorzata:

- 1227 – śmierć Leszka Białego
- 1228 – Grzymisława powierza opiekę nad synami Henrykowi Brodatemu
- 1230 – Konrad odsuwa wdowę od rządów, w 1232 powtórnie ją przywraca
- 23 grudnia 1233 – Grzegorz IX wydaje bullę, którą bierze wdowę pod opiekę
- 1234 – rozpoczyna się okres współrządów matki z synem
- 1258 – śmierć Grzymisławy

11. Kinga:

1235 – narodziny Kingi

1247 – zaślubiny Kingi i Bolesława Wstydliwego

1279 – śmierć męża

1283 – wdowa otrzymuje od papieża dokument potwierdzający jej fundację

1291 – wdowa zapada na ciężką chorobę

1292 – śmierć Kingi

12. Anastazja:

1245 – 1247 – zaślubiny z Bolesławem, księciem sandomierskim

1248 – śmierć męża

po 1248 – powtórne wyjście za mąż za

Dymitra, bojarzyna węgierskiego

data śmierci – nieznana

13. Eufrozyna:

1257 – zawarcie małżeństwa z Kazimierzem, księciem kujawskim

14 grudnia 1267 – śmierć męża

1275 – powtórne małżeństwo z Mszczujem

13 maja 1288 – małżeństwo z Mszczujem zostaje unieważnione

4 listopada 1292 – śmierć Eufrozyny

14. Perejesława:

1248 – zawarcie małżeństwa z Siemowitem

1262 – mąż zostaje zamordowany

1270 – syn się usamodzielnia, ale wdowa nadal sprawuje rządy w jego imieniu

12 kwietnia 1283 – śmierć Perejesławy

15. Gryfina:

1244 lub 1251 – narodziny Gryfiny

1265 – ślub z Leszkiem Czarnym

1288 – śmierć męża

1300 – wdowa wyjeżdża do Czech, jako opiekunka Ryksy

1303 – krótkotrwały powrót do Polski

13 marca 1309 – śmierć wdowy, zwłoki spoczywają w Pradze, w kościele Franciszkanów

16. Anna:

1430 – 1431 – ślub ze Świdrygiełłą

1452 – śmierć męża

1471 – ostatnie znane nadanie wdowy dla bojarów

1482 – śmierć Anny

17. Zofia Holszańska:

1405 – narodziny Zofii

1422 – zaślubiny Zofii z Władysławem Jagiełłą

1434 – śmierć męża

1453 – Kazimierz Jagiellończyk potwierdza wszystkie nadane matce przywileje

20 sierpnia 1461 – śmierć królowej

28 sierpnia 1461 – pogrzeb Zofii, miejsce pochówku to kaplica św. Trójcy w katedrze

18. Elżbieta Rakuszanka:

1436 – narodziny Elżbiety

sierpień 1453 – posłowie zaręczają Rakuszkę z Kazimierzem Jagiellończykiem

10 lutego 1454 – koronacja Elżbiety

1492 – śmierć męża

30 sierpnia 1505 – śmierć wdowy, pochowana w kaplicy św. Krzyża na Wawelu

19. Helena Moskiewska:

19 maja 1476 – narodziny Heleny na Kremlu

18 lutego 1495 – ślub Heleny i Aleksandra Jagiellończyka

4 lutego 1502 – uroczysty wjazd Heleny na Wawel

19 sierpnia 1506 – śmierć męża

styczeń 1507 – nadania Zygmunta Starego dla Heleny

1511 – nieudana próba powrotu do Moskwy

20 stycznia 1513 – śmierć Heleny

20. Maria:

17 września 1505 – narodziny Marii
22 lipca 1515 – układ dotyczący zaślubin
Marii i Ludwika
13 stycznia 1522 – ślub Marii i Ludwika
11 grudnia 1521 – koronacja Marii na
królową węgierską
1 czerwca 1522 – koronacja Marii na kró-
lową czeską

1526 – śmierć męża
1530 – 1556 – Maria jest namiestniczą
Niderlandów
18 października 1558 – śmierć wdo-
wy w Cigales w Hiszpanii, pochowana
w krypcie Eskurialu w Madrycie

Bibliografia:**Źródła:**

Długosz J.: (1961-2004), Roczniki czyli Kroniki Królestwa Polskiego, I-XII. Warszawa.
Gall tzw. Anonim: (1968), Kronika Polska, R. Grodecki, [tł.]. Wrocław
Kronika Wielkopolska. Warszawa 1965.
Skarga P.: (1986), Żywoty świętych polskich. Kraków.

Opracowania:

Balzer O.: (2005), Genealogia Piastów. Kraków, wyd. 2.
Budkowa Z.: (1971), Kunegunda. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 16. Wrocław,
s. 186-189.
Budkowa Z., Penanowski Z.: (1960), Helena. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 9.
Kraków, s. 358-359.
Garbacz J.: (1960), Helena. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 9. Kraków, s. 359-362.
Garbacz J.: (1948), Elżbieta Rakuszanka. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 6. Kra-
ków, s. 250-254.
Górski K.: (1948), Eufrozyna. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 6. Kraków, s. 321.
Halecki O.: (1935), Anna. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 1. Kraków, s. 124.
Jasiński K.: (1964), Jadwiga. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 10. Wrocław, s. 299.
Jasiński K.: (1974), Małgorzata. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 19. Gdańsk, s. 439-440.
Jasiński K.: (1960), Perejesława. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 25. Kraków,
s. 603-604.
Jasiński K.: (1975), Powiązania genealogiczne Piastów (Małżeństwa piastowskie).
W: Piastowie w dziejach Polski. R. Heck, [red.]. Warszawa.
Jasiński K.: (1992), Rodowód pierwszych Piastów. Wrocław.
Korduba M.: (1935), Anastazja. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 1. Kraków, s. 88-89.
Kozłowski J.: (1992), Salomea. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 34. Kraków, s. 364-365.
Labuda G.: (1978), Oda. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 23. Gdańsk, s. 530-531.

Łaszczyńska O.: (1964), Jolenta. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 11. Wrocław, s. 264-265.

Niezgoda C.: (2002), Błogosławiona Jolenta wśród Arpadów i Piastów. Kraków.

Piszczkowska M.: (1960), Gryfina. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 9. Kraków, s. 72-73.

Rudzki E.: (1985), Polskie królowe. Żony Piastów i Jagiellonów. Warszawa.

Święci nie przemijają. Materiały z sympozjum naukowego o błogosławionej Jolencie z okazji 700-lecia jej śmierci: (2002). Gdańsk.

Trawkowski S.: (1991), Rycheza. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 33. Kraków, s. 368-373.

Wdowiszewski Z.: (1968), Genealogia Jagiellonów. Warszawa.

Witkowska A.: (1986), Bł. Kinga w średniowiecznych przekazach hagiograficznych. Tarnowskie Studia Teologiczne, t. 10, s. 274-282.

Witkowska A.: (1995), Kinga Kunegunda. W: Nasi święci. Polski słownik hagiograficzny. A. Witkowska, [red.]. Poznań.

Wyczawski H.: (1995), Jolenta Helena. W: Nasi święci. Polski słownik hagiograficzny. A. Witkowska, [red.]. Poznań.

Wyrozumski J.: (1960), Grzymisława. W: Polski Słownik Biograficzny, t. 9. Kraków, s. 122-123.

Zaleski W.: (2002), Święci na każdy dzień. Warszawa.

Żylińska J.: (1969), Piastówny i żony Piastów. Warszawa, wyd. 2.

Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym

*Świat ludzkiego cierpienia przyzywa
niejako bez przystanku inny świat,
świat ludzkiej miłości...*

Jan Paweł II (1980)

Wprowadzenie

O wyborze tytułu prezentowanego artykułu zadecydowała w przeważającej mierze śmierć Papieża Jana Pawła II. W kontekście wydarzeń związanych ze śmiercią Papieża wydało mi się, że i moja wieloletnia praca naukowa, poświęcona ludziom starym, nabiera także nieco innego znaczenia. Ojciec Święty w swoim cierpieniu i długim procesie umierania pozwolił nam uczestniczyć. Dał świadectwo, jak godnie się starzeć i godnie umierać. W ten sposób wpisał cierpienie w naszą świadomość, które – jak powiedział w Liście apostołskim „Salvifici Dolors” (1980) – pozostaje nie-tykalną tajemnicą.

Celem prezentowanego artykułu jest skoncentrowanie uwagi na wyzwaniach, jakie w związku z procesem starzenia się i przeobrażeniami demograficznymi może stwarzać rodzinie niesprawni i cierpiący człowiek stary. W artykule podjęta zostanie próba przedstawienia człowieka starego niesprawnego w środowisku rodzinnym i problemów opiekuńczych z tym związanych. Punktem odniesienia moich rozważań będzie ideał starzenia, cierpienia i umierania Jana Pawła II. W tym kontekście powstaje wiele pytań. Kiedy człowiek stary staje się niesprawni? Jakie przyczyny stanowią o niepełnosprawności osoby starszej? Czy rodzina jako główny opiekun osób starszych w Polsce, jest wydolna w sprawowaniu opieki? Czy członkowie rodziny we właściwy sposób pojmują swoją powinność wobec starych rodziców? W jaki sposób wspierać opiekunów rodzinnych? Wreszcie – jakie jest przesłanie cierpienia i czego ono nas uczy?

Człowiek stary niesprawny

Człowiek jest sprawny życiowo, jeśli posiada zdolność do wykonywania określonych czynności, ról społecznych w granicach przyjętych za prawidłowe dla danego wieku. Odnosi się to zarówno do sprawności fizycznej, jak i psychicznej. Procesy starzenia oraz procesy chorobowe wpływają na zmniejszenie sprawności życiowej.

W gerontologii (Pędich, Wojszel 1997) przyjęło się oceniać sprawność życiową na podstawie trzech kategorii:

1. Sprawność lokomocyjna – czyli zdolność do przemieszczania się. W Polsce najczęściej stosuje się czterostopniową skalę oceny, zastosowaną po raz pierwszy przez J. Piotrowskiego (1973):

I grupa – chodzący swobodnie,

II grupa – chodzący z trudnością,

III grupa – nie wychodzący z domu,

IV grupa – nie wychodzący z łóżka (obłożnie, przewlekłe choroby).

2. Zdolność do samoobsługi – sprawność w samodzielnym wykonywaniu czynności higienicznych, takich jak: mycie się, korzystanie z łazienki i toalety, samodzielne ubieranie się i rozbieranie, czyli podstawowe codzienne czynności (P-ADL).

3. Instrumentalne codzienne czynności (I-ADL) – zdolności do wykonywania codziennych czynności, takich jak: przygotowanie posiłku, sprzątanie mieszkania, korzystanie z telefonu, robienie zakupów, korzystanie z publicznych środków lokomocji.

Z punktu widzenia procesu rehabilitacyjnego niesprawność definiowana jest jako jakiegokolwiek uszkodzenie fizyczne lub psychiczne, mające obiektywny aspekt, który może być zidentyfikowany przez lekarza (Salmon 1981). Konieczność korzystania z pomocy innych osób na skutek utraty możliwości samodzielnego funkcjonowania oznacza ograniczenie autonomii osoby starszej i prowadzi do uzależnienia człowieka starego.

W ujęciu socjologicznym zależność jest stanem przejawiającym się w toku interakcji społecznych jednostki z drugą osobą, z grupami, czy instytucjami, dysponującymi wartościami niezbędnymi dla zaspokojenia ważnych potrzeb jednostki (biologicznych, materialnych, kulturowych, psychospołecznych itp.), która we własnym zakresie nie jest w stanie tego dokonać, stąd istnieje konieczność korzystania z pomocy innych. Zależność ludzi starych całkowicie zawiera się w tych ramach znaczeniowych, aczkolwiek można mówić o jej szczególnych rodzajach, płaszczyznach czy wymiarach (Synak 1990). Następstwem niesprawności są ograniczenia,

jako skumulowany rezultat przeszkód psychospołecznych i środowiskowych napotkanych przez jednostkę. Biorąc pod uwagę stopień realizacji potrzeb, w badaniach nad zależnością ludzi w starszym wieku można wyróżnić następujące rodzaje zależności: zależność ekonomiczną, fizyczną (funkcjonalną), psychiczną oraz społeczną (Synak 1990). Niektórzy badacze, np. Benedict, Ganikos, Goffman (za: Salmon 1981), twierdzą, że starość i niesprawność są stałym przedmiotem stygmatyzacji społecznej.

Czynniki ryzyka uzależnienia osób starszych od opiekunów

Istnieje wiele przyczyn niesprawności osób starszych, które mogą prowadzić do uzależnienia. W gerontologii wskazuje się najczęściej na czynniki zdrowotne i społeczne.

Zdrowotne czynniki ryzyka uzależnienia osób starszych:

- przewlekła choroba somatyczna lub psychiczna,
- zespoły geriatryczne (np. nietrzymanie moczu/stolca, upadki, upośledzenie lokomocji),
- upośledzenie zmysłów (wzroku, słuchu),
- kalectwo (nabyte we wcześniejszym okresie życia lub w starości),
- niedożywienie,
- zaawansowana starość.

Społeczne czynniki ryzyka uzależnienia osób starszych:

- samotne zamieszkiwanie,
- złe warunki bytowe,
- bezdzietność,
- sytuacja socjalna (ubóstwo),
- zespoły utraty (wdowieństwo, rozwód, odejście dzieci i syndrom „pustego gniazda”),
- pełnienie roli głównego opiekuna osoby niesprawnej,
- nadużycia, zaniedbania i przemoc w rodzinie,
- zamieszkanie w instytucji opiekuńczej,
- wydarzenia losowe (wypadek, pożar, kradzież).

Ja wynika z badań (Raport 1999) najczęstszą przyczyną niesprawności osób starszych w Polsce jest choroba niezwiązana z wykonywanym niegdyś zawodem – około 75% przypadków, w dalszej kolejności – choroba zawodowa (11,5%), wypadek (10,9%) i choroba wrodzona (2,2%). W sferze psychicznej, zdaniem Shonitza, rozstrzygającym czynnikiem odnoszącym się do doświadczeń emocjonalnych związanych z niepełnosprawnością

fizyczną i utratą jest nagłość zmiany w znoszeniu stanu somatycznego, natomiast w opinii Liebermana – stopień zmiany (za: Salmon 1981). Niezależnie od cytowanych wyżej poglądów pewne jest, że wiele czynników może wpływać na naturę indywidualnego przystosowania się do charakterystycznej dla wieku podeszłego utraty, wśród których czynniki osobowościowe także odgrywają znaczącą rolę.

Tylko niewielu badaczy informowało o przystosowaniu się do niesprawności w późnym wieku. Zdaniem Britton i Britton (za: Salmon 1981) na przystosowanie się do niesprawności i utraty w dużym stopniu wpływa „ja mediacyjne”, które jest rezultatem zróżnicowania starszych jednostek w ich percepcji, interpretacji i ewaluacji. Wiek chronologiczny sam z siebie nie wydaje się mieć bezpośredniego wpływu na zmiany czy to pozytywne, czy negatywne. Główne zróżnicowanie może istnieć między osobami, które są niesprawne od wcześniejszego wieku i wnoszą tę niesprawność w wiek starszy, a osobami, które po raz pierwszy stają się niesprawne w starości.

Wyzwania dla rodziny

Z badań nad polską starością wynika, że aż 46% osób ankietowanych w wieku 65 i więcej lat określiło się jako osoby niesamodzielne, tj. zależne przynajmniej w jednej z 12 ocenianych czynności życia codziennego. Wśród osób niesamodzielnych przewagę stanowili uzależnieni od pomocy opiekuna w stopniu nieznacznym (38%) oraz w poważnym (35%) (Bień 2002). Człowiek starszy niesprawny wymaga od rodziny wsparcia: informacyjnego, rzeczowego, emocjonalnego, duchowego.

W polskim modelu rodziny głównym opiekunem osoby starszej są jej członkowie (Bień, Wojszel, Wilmańska i inni 2001; Synak 2002; Błędowski, Pędich 2004). Rodzina w naszym kraju niezależnie od środowiska zamieszkania (miasto/wieś) jest nadal najważniejszą grupą wsparcia dla osób starszych i najważniejszym miejscem zaspokajania jej potrzeb emocjonalnych, opiekuńczych i społecznych.

W zależności jednak od sytuacji życiowej i rodzinnej poszczególnych osób starszych relacje opiekuńcze w rodzinie mogą przybierać różną postać, np. nadmiaru pomocy (nadopiekuńczość) lub niedoboru pomocy (próba samoopieki). Optymalnym modelem jest typ relacji opiekuńczych na zasadzie równowagi, tj. proporcjonalność usług w stosunku do potrzeb.

Powinność moralna

Pomoc i opieka rodziny jest tradycyjną i naturalną postawą, powinnością utrwaloną od pokoleń. Relacje rodzinne pomiędzy osobami starszymi a innymi członkami rodziny winny być postrzegane jako wymiana darów. Rodzice mają prawo oczekiwać od swoich dzieci uznania, czci i wdzięczności. W Piśmie Świętym Starego Testamentu w „Księdze Syrachy” czytamy: „Nie odsuwaj od siebie opowiadania starców, albowiem i oni nauczyli się go od swoich ojców; od nich i ty nauczysz się rozumu, by w czasie potrzeby dać odpowiedź” (Syr 8,9). W innym zaś miejscu nakazuje dzieciom troskę o starych, zniedołężniałych rodziców: „Synu wspomagaj swego ojca w starości, nie zasmucaj go w jego życiu. A jeśliby nawet rozum stracił miej wyrozumiałość, nie pogardzaj nim, choć jesteś w pełni sił. Miłosierdzie względem ojca nie pójdzie w zapomnienie” (Ks. Syrachy 3, 12-14). Powinność wobec rodziców zawarta jest także w IV przykazaniu Dekalogu: „Czcij ojca swego i matkę swoją, a będziesz długo żył i dobrze ci się powodziło na ziemi”.

Chrześcijaństwo nie traktuje starości jako szczególnego przejawu błogosławieństwa Bożego, lecz jako jeden z etapów ludzkiego życia w jego rozwoju i wewnętrznym dojrzewaniu. Chrześcijaństwo zobowiązuje wszystkich do szacunku dla osób starszych (Dyczewski 1994). Dzieci są zobowiązane do okazywania rodzicom czci. Jan Paweł II w „Liście do Rodzin” z okazji Roku Rodziny 1994 napisał, że słowo „czcij” nie oznacza przewidywanej korzyści, jest postawą bezinteresowną. Z kolei dzieci – te dorosłe także – mają prawo oczekiwać od rodziców miłości, opieki, która zapewni im właściwy rozwój osobowościowy, a kiedy stają się dorosłe i samodzielne – zrozumienia i poszanowania.

W sondażu OBOP z 1991 roku zrealizowanego wśród dorosłych Polaków, zdecydowana większość zadeklarowała aprobatę twierdzenia, że należy kochać i szanować rodziców, niezależnie od ich zalet i wad (84,7%), a tylko co dziesiąty dorosły Polak uważał, że nie ma obowiązku szanowania rodziców, którzy nie zasłużyli na to swoim postępowaniem i swoimi postawami.

W badaniach socjologicznych nad okazywaniem szacunku i miłości rodzicom w zależności od cech ich charakteru lub postępowania opinie młodzieży były zróżnicowane. Około trzech czwartych młodzieży szkolnej w latach dziewięćdziesiątych akceptowało twierdzenie, że należy kochać i szanować rodziców niezależnie od ich wad i zalet. Co dziesiąty badany kwestionował obowiązek kochania i szanowania rodziców, którzy nie zasłużyli sobie na to swoim postępowaniem (Mariański 2001).

Nie tylko w sferze deklaratywnej zasada szacunku i poszanowania dla rodziców jest wysoko aprobowana. W Polsce przejawy troski ze strony członków rodziny w stosunku do rodziców są stale dostrzegane. W sposób szczególny uwidaczniają się one w odniesieniu do rodziców starych, niesprawnych. Członkowie rodziny na ogół czynią dobro poprzez świadczenie pomocy i opieki tak bardzo potrzebnej szczególnie w późnej starości.

Niewydolność rodziny w sprawowaniu opieki

Jednak rodzina nie zawsze zdolna jest sprostać obowiązkom opiekuńczym wobec starzejących się rodziców. Zgodnie z koncepcją rozwoju E. Eriksona (za: Cavanaugh 1997) może dojść do konfliktu ról. Członkowie rodziny jako formalni opiekunowie osób starych niesprawnych zmagają się na co dzień z wieloma trudnościami, ograniczeniami, co w znacznym stopniu obciąża ich fizycznie, psychicznie, a w wielu przypadkach nawet materialnie. Ponadto niekorzystne zmiany w obrazie samego siebie człowieka starego, mogą stanowić dodatkową przeszkodę w realizowaniu przez członków rodziny usług opiekuńczych.

Niesamodzielnosc człowieka starego obciąża w poważnym stopniu opiekuna, który, angażując się w realizację funkcji opiekuńczej, narażony jest na liczne stresujące sytuacje wynikające np. z braku kompetencji, środków finansowych bądź wyczerpania psychofizycznego. Z tego punktu widzenia opieka nad człowiekiem starym niesprawnym w rodzinie jest problemem złożonym. Z jednej strony istnieje powinność moralna – „Synu wspomagaj swego ojca w starości”, z drugiej zaś – obowiązek zatroszczenia się o byt własnej rodziny i potrzeba samorealizacji.

Z badań C. P. M. Knipscheera (1986) wynika, że rodzina może popaść w poważny kryzys z powodu starzejących się i wymagających opieki rodziców. Krytycznie ocenia się jakość pomocy nad osobami starszymi, mówi się nawet o kryzysie zachowań. Zdaniem J. Mariańskiego (2001) przejście od wartości powinnościowych do wartości samorozwojowych dokonuje się także w rodzinach polskich, co należy mieć na uwadze mówiąc o funkcji opiekuńczej współczesnej rodziny.

Do najczęściej występujących czynników, mogących utrudniać bądź uniemożliwiać realizację funkcji opiekuńczej wobec starych niesprawnych rodziców, zalicza się: strukturę rodziny i jakość relacji rodzinnych, aktywność zawodową opiekuna/ów, niedostateczne środki finansowe, zły stan zdrowia opiekuna/ów, złe warunki życia opiekuna lub podopiecznego, zmianę postaw i zachowań ludzi starych, brak fachowej wiedzy i umiejętności w zakresie opieki, postawy życiowe młodszych pokoleń.

Jakość relacji rodzinnych i więzi łączących osoby starsze z rodziną są konsekwencją poprzednich okresów życia rodzinnego. Zdaniem L. Dyczewskiego: „Kto każdego dnia nie przekraczał siebie choć trochę, nie dawał siebie dzieciom, rodzicom, rodzeństwu, bliźnim, kto nie traktował i nie przeżywał swej pracy jako służby bliźniemu – i tego wszystkiego nie uczył swoich dzieci i wnuków – ten w ostatnim okresie życia będzie samotny. [...] Wiąż rodzinna, na którą liczy w okresie starości każdy człowiek, musi być rozwijana i pielęgnowana we wszystkich poprzednich okresach życia” (Dyczewski 1994, s. 52). Uczucia – jak pisze M. Ossowska (1985) – można zalecać, ale nie można nikogo zmusić do ich przeżywania.

W świetle wyników badań nad sytuacją materialną ludzi starych w Polsce (Czekanowski 2002) 32% osób po 65 roku życia oceniło, że są niezadowolone ze swojej sytuacji materialnej, a 10% jest z niej bardzo niezadowolonych. Największe obciążenie stanowią wydatki na leczenie i leki (26%), co nie powinno dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę, iż ponad połowa badanych oceniła swój stan zdrowia jako raczej zły (24%) bądź wręcz zły (28%). Niewiele mniejsze problemy mają respondenci z wydatkami związanymi z zakupem opału oraz opłaceniem energii elektrycznej i gazu (25%). Trudne warunki życia wielu rodzin zmuszają dorosłych członków rodziny do podejmowania nowych ról w celach zarobkowych kosztem zaniedbywania usług opiekuńczych w rodzinie wobec starszych wiekiem jej członków. W takiej sytuacji może dochodzić do konfliktu ról.

Także postawy życiowe młodszych pokoleń mogą stanowić barierę w realizacji funkcji opiekuńczej w rodzinie. Indywidualizacja życia polegająca na wzrastającej niezależności od systemów społecznych, a co się z tym wiąże – malejące poczucie obowiązku, to program życia skoncentrowany na doznaniach, przyjemnościach i zaspokajaniu własnych potrzeb (Mariański 2001). Na płaszczyźnie wartości proces indywiduacji oznacza przechodzenie od wartości obowiązku do wartości samorozwojowych. Ludzie młodzi w ramach swoich osobistych celów i dążeń życiowych akcentują takie wartości jak: samorealizacja, indywidualność, własny rozwój. W tym kontekście osobiste szczęście jednostki ma większe znaczenie niż zobowiązanie i zaangażowanie na rzecz dobra wspólnego. „Współczesny Polak – jak zauważa J. Mariański – uświadamia sobie w sposób pełniejszy prawo do osobistej realizacji wartości i norm, wraz z poczuciem niezależności (wolności), nie zawsze jednak także z poczuciem odpowiedzialności za siebie samego i innych” (Mariański 2001, s. 431).

Indywidualizacja życia i samorealizacja, która daje członkom rodziny tak upragnioną i cenioną przez współczesnego człowieka wolność, może

jednak przebiegać kosztem dobra innych domowników, szczególnie osób starszych (Tyszka 1995). W sprzeczności z tym pozostaje nauczanie społeczne i moralne Kościoła, które stale przypomina, że człowiek spełnia się poprzez bezinteresowny dar z siebie samego.

Zmiana postaw i zachowań człowieka starego to dalsze potencjalne przeszkody w realizacji funkcji opiekuńczej. Wraz z procesem starzenia się bądź w związku z przyjęciem roli chorego postawy i zachowania człowieka starego mogą być bardzo stresujące i wyczerpujące dla opiekuna (Kawczyńska-Butrym 1999; Halicki 2004). Człowiek stary może bowiem występować w roli podmiotu („nadawcy”) emocji i zachowań negatywnych. Obniżenie kontroli emocji osoby starszej w procesie starzenia się może być czynnikiem wyzwalającym agresję. Ludzie starzy dotknięci tymi przypadłościami fizycznymi i emocjonalnymi dzielą swój ciężar z innymi, ale odpowiedzialność za siebie chcą niekiedy przerzucić na innych. W ten sposób cierpienie w rodzinie może się pomnażać, czemu dodatkowo sprzyja brak fachowej wiedzy na temat starzenia się i starości oraz brak dostatecznych umiejętności w zakresie pełnienia usług opiekuńczych.

Zasygnalizowane wyżej bariery w realizacji funkcji opiekuńczej wobec starszych wiekiem członków w rodzinie, mogą doprowadzić do stanu wyczerpania psychicznego i fizycznego opiekuna/opiekunów, czyli tzw. wypalenia.

Stan wyczerpania psychicznego i fizycznego opiekuna

Choroba, „cierpienie nie tylko wyniszcza człowieka w nim samym, ale zdaje się czynić go ciężarem dla drugih. Człowiek czuje się skazany na ich pomoc i opiekę a równocześnie sam zdaje się sobie niepożytecznym” (Jan Paweł II 1980, s. 71). Zaangażowanie opiekunów rodzinnych w proces pielęgnowania, a także długi czas trwania opieki prowadzić mogą do tzw. wypalenia, czyli niewydolności opiekuna/opiekunów w sprawowaniu opieki nad starym, niesprawnym członkiem rodziny. W takich sytuacjach opiekun – ze względu na swoją niewydolność, a równocześnie niemożność zmiany sytuacji opiekuńczej – może stać się także nadawcą emocji negatywnych w stosunku do starego, cierpiącego członka rodziny.

Przeprowadzone przez K. Kosmałą i I. Kłoszewską badania wśród 59 pacjentów z chorobą Alzheimera i ich opiekunów wskazują, że zaburzenia zachowań pacjentów mają związek z samopoczuciem ich opiekunów. „Nadmierna aktywność ruchowa i agresja chorych zwiększały poczucie

stresu u opiekunów. [...] Ogólne natężenie zaburzeń zachowania u chorych zwiększało poczucie beznadziejności, stresu, obciążenia opieką, wpływało na obniżony nastrój i jakość życia opiekunów” (Kosmala, Kłoszewska 2003, s. 47).

Opiekunowie rodinni obarczeni ponad miarę różnymi codziennymi obowiązkami stają się po jakimś czasie niezdolni do sprawowania opieki z powodu narastania wyczerpania emocjonalnego, a w związku z brakiem osiągnięć i niezadowoleniem z roli, jaką pełnią, dochodzić może do przejawów depersonalizacji. Wyczerpani psychicznie i fizycznie sami wymagają wsparcia. Towarzyszący im stres wyzwała w nich emocje negatywne i nie służy zdrowiu ani jednym, ani drugim. Na skutek wypalenia może dojść do sytuacji anomicznej w rodzinie. Obce dotychczas członkom rodziny agresywne zachowania wobec siebie mogą się ujawnić i przybierać na silne wraz z niemożnością rozwiązania problemu opiekuńczego.

Z punktu widzenia ludzkiego, rola opiekuna rodzinnego jest bardzo wyczerpująca, może nawet bardziej niż opiekuna formalnego (np. pielęgniarke). Trzeba w tym miejscu podkreślić, że wiele niekorzystnych zachowań towarzyszących procesowi choroby, których człowiek stary, chory, nieśprawny, cierpiący nie ujawnia w obecności opiekuna formalnego, będzie przejawiał w odniesieniu do członków rodziny. Niekiedy wymagania osób cierpiących narastają nieproporcjonalnie do rzeczywistych potrzeb. Taka sytuacja może oddziaływać negatywnie na relacje opiekuńcze w rodzinie. Stan wyczerpania psychofizycznego opiekuna może w nim samym wyzwać wrogość, niechęć, złe traktowanie, a nawet agresję w stosunku nie tylko do podopiecznego, ale także w stosunku do innych osób z otoczenia. Taka sytuacja będzie sprzyjać zaniedbaniom opiekuńczym w rodzinie.

Zaniedbania opiekuńcze wobec ludzi starych nie są wprawdzie zjawiskiem masowym, ale niekoniecznie muszą być rezultatem tzw. wypalenia się. Jak wynika z badań prowadzonych przed laty w Białymstoku (Halicka 1996), ponad 20% mężczyzn 70-letnich skarży się na brak opieki, natomiast 13% czuje się izolowanymi od spraw rodzinnych. U kobiet dominują zaniedbania opiekuńcze (od około 13% w kohorcie kobiet 60-letnich do około 17% w kohorcie kobiet 80-letnich i około 19% w kohorcie kobiet 70-letnich) oraz w sferze emocjonalnej – a więc nieokazywanie uczuć: od 10% w grupie kobiet najmłodszych, tj. 60-letnich, do około 14% w grupie kobiet najstarszych, tj. 80-letnich.

Należy zachować odpowiednie proporcje w dążeniach do samorealizacji a powinnością moralną wobec potrzebującego i cierpiącego człowieka starego. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że prawie 16% seniorów w Polsce jest

niezadowolonych z obecnego życia (Halicka 2004), to można domniemywać, że w opiece nad osobą starą niesprawną, nie chodzi tylko o rutynowe usługi opiekuńcze.

Jan Paweł II w Liście Apostolskim o cierpieniu (1984) pisze o ewangelicznym paradoksie słabości człowieka. Równocześnie podkreśla jego moc, nieodkryte zasoby siły i psychiczną zdolność do pokonywania problemów. Czy jednak jest to wyzwanie któremu można sprostać z godnością? Czy też zdolni są do tego jedynie wybrani przez Boga herosi, jak np. Jan Paweł II?

Pojąć tajemnicę cierpienia – po ludzku biorąc – jest bardzo trudno. Cierpienie jest wprawdzie czymś złym, ale człowiek winien zła doświadczyć po to, aby zrodziło się w nim dobro, czyli wrażliwość na człowieka niesprawnego, cierpiącego, starego. Nowa jakość człowieczeństwa powinna zatem polegać na zaprzyjaźnieniu się z chorobą i chęci pomocy, rozumieniu starości oraz przyjęciu i akceptacji prawd ostatecznych, że człowiek jest śmiertelny. W aspekcie ludzkim, tym zwyczajnym, pełnym ograniczeń i złożoności, są to niekiedy bardzo trudne do rozstrzygnięcia problemy. W związku z powyższym opieka rodziny nad starym, niesprawnym jej członkiem winna być wspierana.

Wspieranie opieki rodzinnej

W naszym kraju rola opiekuna rodzinnego wobec osób starych niesprawnych jest – jak dotąd – niejednoznacznie określona, mimo że opiekun jest w największym stopniu obciążony sprawowaniem usług opiekuńczych. Niewydolny i wyręczany – jak dotąd – przez opiekunów nieformalnych system opiekuńczy państwa powinien bardziej skutecznie realizować politykę z myślą o rodzinie, politykę przyjazną dla jej wszystkich członków niezależnie od wieku, politykę, która pozwoli na modyfikację przepisów prawnych także z myślą o opiekunach rodzinnych.

Aby więc nieformalny opiekun rodzinny, którego wydolność w sprawowaniu opieki jest ograniczona, mógł nadal z pożytkiem pełnić swoją rolę, należy stworzyć odpowiedni do potrzeb system wsparcia. Czynniki stymulującymi mogłyby być następujące formy podjętych działań: prorodzinna polityka państwa z przyjaznym akcentem na ludzi starych, modyfikacja przepisów prawnych korzystna dla opiekunów nieformalnych, stworzenie systemów wsparcia opiekuna rodzinnego (na szczeblu środowiska lokalnego i na szczeblu samorządu np. grupy samopomocy), rekonstrukcja postaw społecznych, w tym rola społecznej nauki Kościoła.

Zdaniem Jana Pawła II należy kształtować takie systemy opieki, które na pierwszym miejscu stawiają godność człowieka starszego i pomagają mu – w miarę możliwości – zachować poczucie własnej wartości, aby nie doszło do sytuacji, w której poczuje się bezużyteczny i będzie pragnął, a nawet domagał się śmierci (Jan Paweł II 1999a).

Zakończenie

W niektórych współczesnych społeczeństwach starość jest ceniona i poważana, w innych cieszy się znacznie mniejszym szacunkiem. Na pierwszym miejscu stawia się tam przydatność i wydajność człowieka. Także w społeczeństwie polskim obserwuje się nowe usytuowanie ludzi starych. Dotyczy ono zarówno zmian w strukturze rodziny, jak i zmian w strukturze społecznej: w zawodzie, generacji, społeczeństwie.

Starzenie się, które skłania dzisiaj do refleksji niemal cały świat, dotyczy w istocie rzeczy ludzi młodych. Ograniczenie procesów starzenia demograficznego może się dokonać poprzez odwrócenie negatywnych trendów rozwoju współczesnej rodziny – spadku liczby zawieranych małżeństw, rozpadu małżeństw zawartych, oraz negatywnych procesów prokreacyjnych (ograniczanie liczby dzieci, model rodziny z jednym dzieckiem). Kluczem do tego jest rewizja wartości i stylu życia rodziny we współczesnym świecie.

W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabierają zadania stojące przed gerontologią. Jednym z podstawowych postulatów współczesnej gerontologii jest zachowanie niezależności ludzi starych, które można między innymi osiągnąć poprzez propagowanie pozytywnych wzorców starzenia się, a w szczególności pomoc profesjonalistów w kształtowaniu pozytywnego obrazu samego siebie. Należy także dążyć do zaprzyjaźnienia się z prawdą o życiu ludzkim, a w szczególności o życiu człowieka starego, niesprawnego i cierpiącego. „Życie musi mieć przecie swój ostateczny kres. [...] Mądry człowiek znieść tę konieczność powinien ze spokojnym umysłem. Bo walka z prawem przyrodzenia czym by innym była, jeno wojną olbrzymów z Bogami?” (Cyceron 1879, s.147).

Z troską o człowieka i świat Jan Paweł II swoją postawą wobec choroby, przeżywaniem starości i procesem umierania pokazał, w jaki sposób odkryć w człowieku starym, niesprawnym jego godność i człowieczeństwo. Papież-Polak dał świadectwo, że są sytuacje kiedy należy zrezygnować z uporczywej terapii, „że prawo moralne pozwala odrzucić »terapię

uporczywą», a za obowiązki uznaje jedynie takie leczenie, jakie wchodzi w zakres normalnej opieki medycznej, której najważniejszym celem – w przypadku chorób nieuleczalnych – jest łagodzenie cierpień” (Jan Paweł II 1999b, s. 6). Godności cierpienia i umierania powinien jednak towarzyszyć powrót do tradycji, tj. do umierania w domu, w otoczeniu rodziny i osób bliskich.

Ta ostatnia przekazana nam „encyklika”, którą można by zatytułować „Społeczna rola cierpienia i umierania”, jest wyzwaniem dla nas żyjących, a w szczególności dla gerontologów. Oby doświadczenie przemiany nas, Polaków, mocą starego i schorowanego Ojca Świętego – herosa naszych czasów – przetrwało w naszym myśleniu, postawach i zachowaniu, a tym samym przyczyniło się do rozwoju myśli gerontologicznej w duchu humanizmu.

Przesłaniem niech pozostaną więc słowa motta: „Świat ludzkiego cierpienia przyzywa niejako bez przystanku inny świat, świat ludzkiej miłości” (Jan Paweł II 1980, s. 74).

Bibliografia:

Bień B.: (2002), Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: Polska starość. B. Synak, [red.]. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, s. 35-77.

Bień B., Wojszel Z. B., Wilmańska J. i inni: (2001), Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce: porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego. Kraków: Oficyna Wydawnicza TEXT.

Błędowski P., Pędich W.: (2004), Opiekunowie rodzinni jako podstawowe źródło opieki domowej nad niesprawnymi osobami starszymi. W: Między transformacją a integracją. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, s. 171-182.

Cavanaugh J. C.: (1997), Starzenie się. W: Psychologia rozwojowa. P. E. Bryant, A. M. Colman, [red.]. Poznań: Zysk i S-ka.

Cyzeron M. T.: (1879), Pisma filozoficzne M. T. Cyzerona. Część II. Poznań.

Czekanowski P.: (2002), Sytuacja materialna. W: Polska starość. B. Synak, [red.]. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, s.102-114.

Dyczewski L., [red.]: (1994), Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze. Wyd. KUL, Lublin.

Halicka M.: (1996), Człowiek stary jako ofiara nadużyć. *Gerontologia Polska*, t. 4, s. XXXVI-XL.

Halicka M.: (2004), Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne. Białystok: AMB.

Halicki J.: (2004), Wyłączanie się jako czynnik ryzyka niepomysłnego starzenia. *Edukacja Dorosłych*, 3, s. 15-22.

Jan Paweł II: (1980), List apostolski *Salvifici Doloris*. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. Watykan, s. 39-79.

Jan Paweł II: (1999a), W oczekiwaniu na „wieniec sprawiedliwości”. *Ethos*, 47, s. 11-12.

Jan Paweł II: (1999b), List Ojca Świętego do moich braci i siostr – ludzi w podeszłym wieku. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/listy/do_starszych_0110199 [data dostępu: 18 kwietnia 2005, s. 1-12].

Kawczyńska-Butrym Z.: (1999), Seniorzy w rodzinie. *Problemy Rodziny*, 5-6.

Knipscheer C. P. M.: (1986), Anomie in der Mehregenerationenfamilie: Kinder und die Versorgung ihrer alten Eltern. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, s. 40-46.

Kosmala K., Kłoszewska I.: (2003), Ocena wpływu zaburzeń zachowania z chorobą Alzheimera na samopoczucie ich opiekunów. *Rocznik Psychogeriatryczny*, t. 6, s. 39 -49.

Mariański J.: (2001), Kryzys moralny czy transformacja wartości. Studium socjologiczne. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Ossowska M.: (1985), Normy moralne. Próba systematyzacji. Warszawa.

Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia: (1987), wyd. III. Poznań-Warszawa: Wydawnictwo Pallottinum.

Pędich W.: (1996), Ludzie starzy. Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.

Pędich W., Wojszel B. Z.: (1997), Higiena wieku podeszłego. W: Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Z. Jethon, [red.]. Warszawa: PZWL, s. 203-218.

Piotrowski J.: (1973), Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. Warszawa: Państwowe Wyd. Naukowe.

Raport o rozwoju społecznym „Polska 1999”. Ku godnej, aktywnej starości: (1999). S. Golinowska, [red.]. Warszawa: UNDP/CASE.

Salmon H.E.: (1981), Theories of Aging, Disability and Loss. *Journal of Rehabilitation*, vol. 47, 4, s. 44-50.

Synak B.: (1990), Teoretyczne i pojęciowe problemy zależności w starszym wieku. W: Społeczne problemy starzenia się i starości. J. Staręga-Piasek, B. Synak, [red.]. Warszawa: CMKP, s. 88-108.

Synak B.: (2002), Polska starość. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego.

Tyszka Z.: (1995), Rodzina w krajach cywilizacji postindustrialnej. *Problemy Rodziny*, 4, s. 3-10.

Społeczne teorie starzenia się

Wprowadzenie

Jedna z klasycznych definicji gerontologii społecznej mówi, iż jest to zorganizowany obszar wiedzy zajmujący się behawioralnymi aspektami starzenia się jednostki, starzeniem jako procesem społecznym i wzajemnymi relacjami między tymi dwoma obszarami (Tibbitts 1960). Gerontologia społeczna w budowaniu swoich teorii czerpie z wielu dyscyplin i faktycznie rozwinęła własny obszar badań interdyscyplinarnych oraz charakterystyczną dla siebie perspektywę teoretyczną. Istnieje wiele prób formalnego zestawienia teorii. Traktując starzenie się jako zjawisko indywidualne i społeczne, akcentuje się najczęściej psychologiczną i socjologiczną afiliację teorii. Większość teorii idzie nie tylko w kierunku artykulacji swoich treści, ale również zastosowania ich do szerzej rozumianego społecznego procesu starzenia się, związanego z nim statusu społecznego ludzi starszych i sposobu, w jaki instytucje społeczne są kształtowane czy też adaptowane w zależności od zmian w strukturze wieku społeczeństwa. A zatem uwzględnia interwencję.

Postawmy jednak zasadnicze pytanie: co to jest teoria? W. Marciszewski (2004) uważa, że jest nią zbiór zdań opisujących pewien fragment rzeczywistości. V. Bengston (1996) natomiast twierdzi, że teorię można określić jako konstrukcję precyzyjnego wyjaśniania w odniesieniu do danych empirycznych. Przypomina on, że w historii nauki, od epistemologii Arystotelesa po zastosowanie w naukach sztucznej inteligencji, teoria naukowa dowodzi swojej użyteczności na cztery ważne sposoby. Po pierwsze, integruje wiedzę, czyli spaja wiele oderwanych od siebie danych i tworzy krót-

kie twierdzenia łączące koncepcje teoretyczne z danymi empirycznymi. Po drugie, wyjaśnia w jaki sposób zjawiska są ze sobą powiązane i dlaczego znajdują się w takiej a nie innej relacji. Po trzecie, stara się przewidzieć coś, co nie jest jeszcze znane lub obserwowalne. Po czwarte, przedstawia propozycję interwencji w istniejący porządek rzeczy, by rozwiązać problemy, którym stawiamy czoło.

J. Hendricks (1996) w oparciu o rozległą literaturę przedstawia alternatywną perspektywę teorii, powstałą jako część postmodernistycznej krytyki istniejącego w nauce stanu rzeczy. W odróżnieniu od podejścia pozytywistycznego, interpretatywny i krytyczny model tworzenia teorii skupia się na procesie i zrozumieniu. Mniej chodzi tu o przewidywanie i kontrolę. Zmierzający ku interpretacji badacz zbiera dane i czyni obserwacje w celu określenia tematów czy też problemów, które wynikają z badań. Zdobyta w ten sposób wiedza zmierza raczej ku zrozumieniu zjawiska. W gerontologii ci krytyczni analitycy stawiają pytanie o zasadnicze założenia nauki, ujawniają uciążliwości wynikające z dominujących wizji i skłaniają się ku mniej wpływowym punktom widzenia, rzadziej artykułowanym doświadczeniom. Nawiązują oni do nowych koncepcji, takich jak teoria chaosu, która zmniejszyła zainteresowanie centralnymi tendencjami i wzorcami linearnymi.

W polskiej literaturze gerontologicznej poświęcono niewiele miejsca prezentacji i analizie społecznych teorii starzenia się. J. Piotrowski (1973) w swoim klasycznym już dziele wymienia implícite teorię wyłączenia i aktywności. W pamiętniku zjazdu założycielskiego PTG M. Susułowska (1975) zaprezentowała psychologiczne ujęcie teorii wyłączenia w konfrontacji z teorią osobowości w wieku starszym. W swojej późniejszej pracy „Psychologia starzenia się i starości” (1989) poświęciła cały rozdział teoriom starzenia się. Jest to jednak bardziej omówienie obszarów badań psychologicznych i socjologicznych ze wskazaniem niektórych rezultatów niż prezentacja konkretnych teorii starzenia się. J. Rembowski (1984) przedstawia i analizuje przede wszystkim teorię aktywności i wyłączenia. A. Zych (1995, 2005), oprócz rozważań dotyczących dwóch klasycznych teorii (aktywności i wycofania), przedstawia jeszcze teoretyczny dorobek gerontologii niemieckiej. Obszerny przegląd teorii starzenia się dała B. Tryfan (1993). Omawia ona wszystkie ważniejsze socjologiczne teorie starzenia się, ilustrując je różnymi przykładami z literatury. Najobszerniejszy i bez wątpienia najlepiej opracowany przegląd ważniejszych społecznych teorii starzenia się prezentuje B. Synak (1999). Omawia on prawie wszyst-

kie prezentowane dalej w tekście teorie socjologiczne, analizując je jednak w nieco innej konstelacji.

Szkielet niniejszego artykułu stanowią prace J. A. Kuypersa i V. L. Bengtsona (1973) P. M. Passuth, V. L. Bengtsona (1988), L. Tornstama (1989), V. L. Bengtsona, T. M. Parrott, E. O. Burgess (1996), J. J. Schrootsa (1996a, 1996b). Wymienione publikacje uzupełnione zostały poglądami innych autorów oraz moimi spostrzeżeniami. Sporą część bibliografii stanowią pozycje, które podaję z drugiej ręki, a zaczerpnąłem je z głównych dzieł stanowiących podstawę niniejszej pracy. Zachowując ją, nie chcę przypisywać sobie fałszywej erudycji, ale dać szansę czytelnikowi dotarcia do podstawowych źródeł prezentowanego przeglądu teorii starzenia się. Pomiąłem też parę obecnych w literaturze teorii, które są moim zdaniem zbyt „nafaszerowane” biologią i fizyką, mając przy tym wybitnie elitarny zasięg. Ograniczyłem również do niezbędnego minimum krytykę prezentowanych teorii, wychodząc z założenia, że moim zadaniem jest za-prezentowanie różnych koncepcji, a nie ich obalanie.

Artykuł prezentuje socjologiczne i psychologiczne teorie starzenia się. Istnieją jednak teorie, które obecne są zarówno w części socjologicznej, jak i psychologicznej. Chodzi tu przede wszystkim o tzw. wielkie teorie, czyli aktywności i wyłączenia. Nie jest to wynikiem przeoczenia autora, ale chęcią zaprezentowania oddzielnie aspektów psychologicznych i socjologicznych zgodnie z twierdzeniem M. Susułowskiej (1989), iż w badaniach nad starzeniem się psychologowie zajmują się zdolnościami adaptacyjnymi jednostki, a socjologowie wyjaśniają zmiany ról społecznych i aktywności.

Teorie starzenia się z perspektywy socjologicznej

Wczesne teorie gerontologii społecznej skupiały się na trudnościach jednostki w przystosowaniu do starości, później zaś skoncentrowano się raczej na zagadnieniach związanych ze społecznymi aspektami starzenia się i starości.

W obszarze socjologii starzenia się nie ma teorii wyjaśniającej wszystkie zjawiska społeczne. W każdej skupiono się na pojedynczych aspektach zachowania społecznego, lekceważąc inne cechy rzeczywistości. Dzieje się tak, ponieważ w jednych teoriach, dążąc do wyjaśnienia procesu starzenia się, podkreśla się makrostruktury, w innych zaś – choć rzadziej – kładzie

się nacisk na bezpośrednie relacje społeczne albo mikrospołeczną płaszczyznę analizy (Synak 1999).

Teorie socjologiczne starzenia się wyłoniły się *implicite* bądź *explicite* z pięciu głównych perspektyw socjologicznych: strukturalizmu funkcjonalnego, wymiany, symbolicznego interakcjonizmu, marksizmu i fenomenologii społecznej. V. Bengston i P. Passuth (1988) proponują następujący schemat porządkujący główne perspektywy teoretyczne w gerontologii społecznej, odnosząc je do tradycji teoretycznej w socjologii.

Główne teorie socjologiczne	Główne teorie starzenia się
strukturalny funkcjonalizm	teoria wycofania
	teoria modernizacji
	teoria stratyfikacji wiekowej
	teoria biegu życia
teoria wymiany	teoria wymiany
symboliczny interakcjonizm	teoria aktywności
	teoria załamania społecznego/kompetencji
	teoria subkultury
marksizm	teoria ekonomii politycznej wieku
fenomenologia społeczna	fenomenologia społeczna

Strukturalny funkcjonalizm

Wpływy strukturalizmu funkcjonalnego na teorie starzenia się zauważa się w koncepcjach wycofania, modernizacji, a w mniejszym stopniu stratyfikacji wiekowej. Każda z nich trochę inaczej ujmuje sposób, w jaki normy społeczne wpływają na strukturę ról dostępnych dla różnych grup wieku.

Teoria wycofania

Teoria wycofania (Cummings, Henry 1961) najpełniej chyba odzwierciedla strukturalny funkcjonalizm, jeśli chodzi o warunki życia ludzi starszych, to znacząco ich społeczne i psychologiczne reakcje na starzenie się. Termin wycofanie odnosi się do uniwersalnego, wzajemnego i nieuniknionego procesu wyłączenia się ludzi starszych z konfiguracji ról charakterystycznych dla wieku średniego. Teoria bada proces starzenia się w zakresie

potrzeb i wymagań społeczeństwa; jednostki są postrzegane jako pasywni przedstawiciele systemu społecznego. W efekcie osoby starsze, jako poddani pełnej socjalizacji członkowie społeczeństwa, uznają swoją gotowość do wycofania się w jego imieniu.

Teoria wycofania utrzymuje, że proces ten jest funkcjonalny zarówno dla społeczeństwa, jak i jednostki. Umożliwia to społeczeństwu stworzenie przestrzeni dla bardziej wydajnych młodych ludzi, osobom starszym zaś daje się czas na ewentualne przygotowanie się do całkowitego wycofania z życia społecznego – śmierci.

Teoria wycofania była krytykowana na gruncie empirycznym, teoretycznym i logicznym (Hochschild 1975; Maddox 1964; Palmore 1968).

Teorii wycofania, mimo swoich ograniczeń, wywarła głęboki wpływ na obszar gerontologii społecznej. Była to pierwsza formalna teoria, która usiłowała wyjaśnić proces starzenia się. Stała się impulsem do tworzenia opozycyjnych teorii dotyczących starości.

Teoria modernizacji

Teoria modernizacji (Cowgill 1974; Cowgill, Holmes 1972) próbuje wyjaśnić zmiany w statusie wieku zarówno z perspektywy historycznej, jak i społecznej. Skupia się ona na makrostrukturalnych warunkach ludzi starych w rozmaitych obszarach społeczno-kulturowych. Jest to spojrzenie funkcjonalistyczne, w którym sugeruje się, że status ludzi starych wywodzi się z ich stosunku do rozwiniętych systemów ról społecznych. Role te zmieniają się w społeczeństwach zależnie od stopnia industrializacji (albo „modernizacji”).

Teoria modernizacji wskazuje, że status ludzi starszych jest odwrotnie proporcjonalny do poziomu industrializacji danego społeczeństwa. Podczas gdy w społeczeństwach przedindustrialnych osoby starsze cieszyły się wysokim poważaniem ze względu na kontrolę zasobów i tradycyjną wiedzę, w społeczeństwach przemysłowych ich status się obniżył. W teorii tej wymienione są cztery elementy modernizacji – technologię zdrowotną, technologię ekonomiczną, urbanizację i masową edukację – których rezultatem jest niższy status ludzi starszych.

Współczesne analizy historyczne kwestionują wiarę w idealną egzystencję preindustrialnych ludzi starszych, jak też postrzeganie prostej, linearnej relacji pomiędzy stopniem industrializacji a statusem ludzi starszych. Historie starości podkreślają różnorodność w doświadczeniach ludzi starszych, zależnie od płci, rasy, klasy społecznej, regionu i okresu historycznego (Minois 1995, Bois 1996).

Stratyfikacja wieku

Model stratyfikacji wieku (Riley 1971, 1987; Riley, Johnson, Foner 1972) stał się jedną z ważnych perspektyw teoretycznych przy powstawaniu socjologii starzenia się. Jego intelektualnymi korzeniami jest w przede wszystkim strukturalny funkcjonalizm. Model ten bada ruchy następujących po sobie kohort wieku w czasie, co określa się mianem „napływu kohortowego”. Kohorta jako grupa ludzi urodzona w tym samym czasie historycznym jest unikatowa, ponieważ ma swoją własną charakterystykę i doświadczenia wydarzeń historycznych, które w procesie starzenia się oddziałują na postawy i zachowania ich członków.

Teoria stratyfikacji wieku dostarczyła głównym nurtom socjologicznym narzędzi do badań nad starością, a szczególnie w obszarze stratyfikacji społecznej i demografii. Poza tym podejście to podkreśla, że istnieje znaczne zróżnicowanie wśród osób starszych zależne od charakterystyki ich kohort urodzenia.

Jest jednak wiele ograniczeń w modelu stratyfikacji wieku. Powstała pokusa określania ludzi za pomocą kategorii wieku chronologicznego i ignorowania subiektywnego wymiaru wieku. Teoria stratyfikacji wieku nie brała po uwagę sytuacyjnego zróżnicowania wśród członków kohorty (Frankfather 1977, Matthews 1979, Ross 1977, Stephens 1976).

Koncepcja biegu życia

Koncepcję biegu życia (Cain 1964, Clausen 1972, Neugarten, Hagestadt 1976) umieszcza się pośrednio w ramach funkcjonalizmu strukturalnego, ponieważ podnosi się tu problem norm społecznych w kształtowaniu zachowań. Bieg życia nie jest teorią sensu stricte, ale koncepcyjną strukturą służącą prowadzeniu badań i interpretowaniu danych. Kluczowe elementy tej struktury zawierają się w następujących stwierdzeniach:

- 1) starzenie się ma miejsce od urodzin aż po śmierć (w odróżnieniu od innych teorii, które skupiały się wyłącznie na osobach starszych),
- 2) starzenie się dotyczy procesów społecznych, psychologicznych i biologicznych,
- 3) doświadczenie starości jest kształtowane przez czynniki historyczno-kohortowe.

Coraz częściej wskazuje się na wzrastającą instytucjonalizację biegu życia ludzkiego (Dannefer 1987, Kohli 1986, Lawrence 1984). Brak ścisłych powiązań tej koncepcji z teoriami socjologicznymi powoduje dowolność w określaniu, czym jest bieg życia.

Starzenie się w ujęciu teorii wymiany

Teoria wymiany (Blau 1964, Homans 1961) stosuje w badaniach zachowań społecznych model ekonomiczny. Życie społeczne polega na angażowaniu się jednostek w społeczną wymianę. Wchodzenie w interakcje zależy od kalkulacji kosztów i zysków. Jednostki angażują się w interakcje, jeśli te są dla nich opłacalne, i wycofują się z nich, jeśli są zbyt kosztowne. Porządek społeczny istnieje więc jako produkt uboczny maksymalizujących zyski jednostek.

Teorię wymiany G. C. Homansa (1961) i P. M. Blaua (1964) adaptował do sytuacji ludzi starszych J. J. Dowd (1975). Dąży on do wyjaśnienia, dlaczego ludzie starsi skłaniają się ku wycofywaniu z interakcji społecznych. Wskazuje on, że seniorzy mają mniej siły w konfrontacji z osobami młodymi, ponieważ posiadają mniejsze zasoby (tj. niższe dochody, gorsze wykształcenie, słabsze zdrowie). Kontynuowanie interakcji z ludźmi starszymi staje się dla młodszych grup bardziej kosztowne. W rezultacie ludzie starzy zmniejszają swój udział w życiu społecznym. Tylko ci, którzy dysponują niezbędnymi zasobami do podtrzymania relacji z innymi grupami wieku pozostają aktywnie zaangażowani w sprawy społeczne.

Teoria wymiany, skupiając się na bezpośredniej interakcji pomiędzy osobami starszymi i innymi grupami wieku, w badaniach nad starzeniem się dodaje nowy wymiar. Jednakże perspektywy czysto ekonomicznego, racjonalnego modelu są w rzeczywistości ograniczone. Teoria nie zwraca uwagi na jakość relacji wymiany, definiując interakcje społeczne jedynie w kategoriach ilości zainicjowanych interakcji. Godzi się zauważyć, że jednostki rozmaicie postrzegają i rozumieją znaczenie zysków i kosztów w mających miejsce relacjach wymiany.

Interakcjonizm symboliczny

Interakcjonizm symboliczny (Hałas 1998) podkreśla dynamikę i znaczenie procesu interakcji społecznej. Jednostka odbiera siebie przez interpretację reakcji innych na swoje zachowanie. Porządek społeczny jest uwarunkowany znaczeniem, które powstaje w zachodzącej interakcji. Według V. Bengstona na teorii starzenia się: aktywności, społecznej kompetencji/załamania i subkultury wpływ ma do pewnego stopnia symboliczny interakcjonizm.

Teoria aktywności

Teoria aktywności (Cavan, 1962; Cavan, Burgess, Havighurst, Goldhamer 1949; Havighurst, Albrecht 1953; Lemon, Bengtson, Peterson 1972),

w przeciwieństwie do teorii wycofania, wskazuje, że aktywniejsze osoby starsze są bardziej usatysfakcjonowane swoim życiem. Początkowy okres powstawania teorii aktywności (Cavan et al. 1949; Havighurst, Albrecht 1953) nie wiązał ją ze spojrzeniem charakterystycznym dla symbolicznego interakcjonizmu. Jednak późniejsze analizy (Cavan 1962) bardziej bezpośrednio wiązały ją z tym nurtem socjologicznym, kładąc większy nacisk na mającą miejsce społeczną interakcję i jej wpływ na rozwój koncepcji samego siebie wśród ludzi starszych.

To, w jaki sposób postrzegają siebie ludzie starzy, zależy jest od roli, jaką pełnią, bądź od działań, w które są zaangażowani. Osoby starsze, w celu utrzymania pozytywnego obrazu samego siebie, muszą zastąpić nowymi rolami te, które utraciły wraz z procesem starzenia się. W ten sposób dobre samopoczucie w wieku starszym jest rezultatem wzrastającej aktywności w nowo zdobytych rolach.

Teoria aktywności stanowi uzasadnienie dla głównego założenia, leżącego u podstaw wielu programów interwencyjnych na rzecz ludzi starszych: społeczna aktywność jest korzystna i prowadzi w rezultacie do większej satysfakcji życiowej. W teorii tej zakłada się, że wszystkie osoby starsze potrzebują i dążą do wysokiego poziomu aktywności społecznej, co – zdaniem V. Bengtsona – nie uwzględnia znaczenia różnych wariantów aktywności w życiu ludzi starszych, np. aktywności samotniczej (solitarnej).

Teoria społecznych kompetencji i społecznego załamania

Inną aplikacją teorii interakcjonizmu symbolicznego jest teoria społecznych kompetencji i społecznego załamania (Kuypers, Bengtson 1973). Zmierza ona ku wyjaśnieniu zarówno normalnego, jak i budzącego wątpliwości aspektu starzenia się. Perspektywa ta dokonuje zapożyczeń z wielu innych teoretycznych tradycji w tłumaczeniu wzajemnej zależności pomiędzy ludźmi starszymi i ich światem społecznym. Syndrom załamania społecznego odnosi się do procesu, w którym podatna na zranienie psychiczne jednostka otrzymuje negatywne komunikaty ze swojego środowiska społecznego, inkorporowane następnie do wizji samego siebie, co powoduje niebezpieczną spiralę negatywnego sprzężenia zwrotnego. J. A. Kuypers i V. Bengtson (1973) stwierdzają, że spirala negatywnego sprzężenia zwrotnego może mieć miejsce wówczas, gdy osoby starsze stają się podatne na zranienie ze względu na utratę roli albo negatywne stereotypy związane ze starzeniem się czy też doświadczanie kryzysów związanych ze zdrowiem. Prowadzi to do etykietowania osób starszych przez środowisko

społeczne – personel medyczny albo rodzinę – jako zależnych. Następuje wówczas atrofia dawnych kompetencji i kwalifikacji. Jednostka przyjmuje zewnętrzne postrzeganie samego siebie jako osoby chorej albo niekompetentnej. Prowadzi to do eskalacji opisanych wyżej postaw.

Spiralne załamanie kompetencji u starszych osób może być odwrócone poprzez coś, co J. A. Kuypers i V. Bengtson (1973) określają mianem syndromu rekonstrukcji społecznej. Przykładem rozwiązywania tych problemów jest starzejąca się rodzina nieprzygotowana do nagłej zależności starego członka i powstałych w ten sposób problemów opiekuńczych. Tworzy się wiele napięć w kompetencjach rodziny, jak też w zakresie indywidualnych kompetencji. Jednak świadomość natury interakcji jednostka środowisko, które wpływają na poczucie kompetencji, mogą pomóc w określeniu tego, co należy wnieść w funkcjonowanie rodziny w celu udoskonalenia poczucia tych kompetencji. W ten sposób redukuje się również poczucie bezradności odczuwane przez wielu opiekunów.

Teoria subkultury

W tej teorii utrzymuje się (Rose 1964, 1965), że osoby starsze tworzą swoją własną subkulturę. Jest ona wynikiem wykluczenia seniorów z interakcji z innymi grupami wieku, wzrostu interakcji między osobami starszymi oraz wspólnoty ich poglądów i zainteresowań. W ramach subkultury osoby starsze tworzą własne normy i wartości specyficzne dla ich grupy. Wynikiem istnienia tej subkultury może być fakt powstawania w USA takich organizacji jak Szare Pantery czy też Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów (AARP). Jednak inni twierdzą, że osoby starsze nie posiadają obecnie zbyt silnej świadomości grupowej mierzonej na przykład wzorcami zachowań wyborczych, czego przykładem w Polsce może być niezwykle popularna przed laty Partia Emerytów i Rencistów, która jednak poniosła klęskę w wyborach parlamentarnych w 2001 roku.

Chociaż teoria subkultury (Rose 1964, 1965) zawiera elementy funkcjonalizmu, odnosząc się do norm społecznych, jej główną tezą jest jednak twierdzenie, że normy te powstają w wyniku interakcji z innymi. Podkreśla się (Passuth, Bengtson 1988), że symboliczny interakcjonizm jest ważną teorią w badaniu procesu starzenia się, ponieważ koryguje statyczną wizję interakcji spotykaną w podejściu funkcjonalistycznym. W symbolicznym interakcjonizmie jednostkę postrzega się jako bardziej aktywnego uczestnika interakcji społecznej. Jednostka nie tyle wchodzi w nowe role, jak to wskazuje strukturalizm funkcjonalny, ale raczej angażuje się w proces „brania ról”, modelowania swojego zachowania zależnie od reakcji innych.

Natomiast ograniczeniem podejścia badawczego symbolicznego interakcjonizmu jest to, że w przede wszystkim skupia się ono na płaszczyźnie mikroanalizy, brakuje zaś pełnego poznania strukturalnych komponentów zachowania społecznego.

Marksowskie teorie starzenia się: ekonomia polityczna wieku starszego

Spojrzenie marksowskie wskazuje, że społeczna dystrybucja władzy i zasobów jest osadzona w kontekście społecznych relacji produkcji. W istniejącej organizacji sfery ekonomicznej nieliczni mają możliwości partycypacji we władzy i zasobach, podczas gdy wyklucza się większość innych. Zróżnicowane interesy klasowe powodują istniejące napięcia pomiędzy współzawodniczącymi w życiu społecznym frakcjami.

W ostatnim ćwierćwieczu podejście ekonomiczne zaczęto stosować w badaniu wieku starszego. Dla wyjaśnienia sytuacji ludzi starszych skupia się ono na państwie i jego stanowisku wobec ekonomii w społeczeństwie kapitalistycznym (Estes 1979; Olson 1982; Phillipson 1982; Quadagno 1982; Walker 1981). Ekonomiści polityczni utrzymują, że efekty programów społecznych skierowanych ku osobom starszym dają o wiele więcej beneficjów kapitalistom niż samym osobom starszym. Wskazuje się, że rozwój rządowych programów opiekuńczych dla ludzi starszych bardziej wspiera powstawanie nowych służb, rozkręcając w ten sposób ekonomię kapitalistyczną, niż poprawia standard życia ludzi starszych.

Teorie starzenia się w fenomenologii społecznej

Fenomenologia społeczna (Schutz 1967, 1970; Garfinkel 1967) nie interesuje się tym, czy rzeczy są realne, czy nie. Zajmuje się badaniem procesów społecznego konstruowania tych rzeczy. Ponieważ podejście to, podobnie jak symboliczny interakcjonizm, koncentruje się na definicyjnej naturze życia społecznego, fenomenologia społeczna bardziej zajmuje się użyciem języka i wiedzy jako konstytutywnych elementów codziennej rzeczywistości. Stosowana do rozważań nad starzeniem się (Gubrium, Buckholdt 1977; Hochschild 1973, 1976), bada pojawiające się sytuacyjne i konstytutywne cechy doświadczeń związanych ze starzeniem się. Krytykuje przy tym badania pozytywistyczne, które nie biorą pod uwagę zależnych od sytuacji znaczeń nadawanych zjawisku przez uczestników.

Fenomenologia społeczna włączyła badania nad społeczną konstrukcją sytuacji w życiu codziennym do analiz doświadczenia starzenia się. Jednocześnie, podobnie jak symboliczny interakcjonizm, w podejściu feno-

menologicznym podkreśla się procesy mikrospołeczne, natomiast traci się z pola widzenia cechy strukturalne życia społecznego.

Teorie starzenia się z perspektywy psychologicznej

J. Schroots wyróżnia dwie kategorie w badaniach nad starością: starość i wiek (kalendarzowy). Psychologia starości, czy też ludzi starych, koncentruje się na ich zachowaniach. Oparta na stadiach życia perspektywa prezentuje podejście tematyczne (np. badanie problemów związanych z chorobą Alzheimera, emeryturą, wdowieństwem itd.). Psychologia wieku bada różnicowanie w zachowaniu w zależności od wieku, porównując grupy ludzi w różnym wieku w badaniach poprzecznych. Najcenniejsze badania skupiają się na przyczynach i konsekwencjach procesu związanego z zachodzącymi wraz z wiekiem zmianami i ich różnicowaniem. Wiek i starość łączą się ze sobą w dynamicznej kategorii starzenia się. Stąd psychologia starzenia się bada wzorce zmian w zachowaniu, stosując procedury longitudinalne.

Będące przedmiotem niniejszych rozważań główne teorie psychologiczne starzenia się będą prezentowane w porządku chronologicznym. Od teorii klasycznych przez współczesne aż do najnowszych.

Klasyczne teorie

Zadania rozwojowe – teoria aktywności

W 1948 roku R. J. Havighurst opublikował swoją pracę o koncepcji zadań rozwojowych w perspektywie przestrzeni życia. Zadania rozwojowe powstają w określonej fazie życia jednostki. Mają one podłoże biologiczne (dojrzewanie fizyczne), psychologiczne (aspiracje albo wartości) i kulturowe (oczekiwania społeczne). Pomyślne rozwiązanie jednego zadania prowadzi do zadowolenia i sukcesu w rozwiązywaniu kolejnych zadań, podczas gdy niepowodzenie rodzi niezadowolenie jednostki, dezaprobatę społeczną i trudności na przyszłość. R. J. Havighurst wyróżnia sześć stadiów rozwojowych, wraz z określonymi dla każdego z nich zadaniami: niemowlęstwo i wczesne dzieciństwo, środkowe dzieciństwo, dorastanie, wczesną dorosłość, wiek średni i późną dojrzałość (powyżej 60 roku życia). Na zadania rozwojowe późnej dojrzałości składają się: a) radzenie sobie ze zmianami fizycznymi spowodowanymi starzeniem się; b) skierowanie energii ku nowym rolom i działaniom, c) akceptacja własnego życia, d) wyrabianie w sobie spojrzenia na problem śmierci. Koncepcja zadań

rozwojowych została później określona mianem teorii aktywności w opozycji do teorii wycofania.

Psychospołeczna teoria rozwoju osobowości

Praca „Childhood and Society” publikowana w 1950 roku okazało się wielkim wkładem E. Eriksona w zrozumienie rozwoju osobowości w przestrzeni życia. E. Erikson sformułował psychologiczną teorię ośmiu stadiów rozwojowych, każde ze swoim własnym charakterystycznym kryzysem, który powstawał na bazie konfliktu między dwoma opozycyjnymi tendencjami. Zadanie rozwojowe każdej z faz wieku zmienia się w konflikt, który wymaga integracji potrzeb osobistych z oczekiwaniami społecznymi. Pomyślne rozwiązanie każdego konfliktu prowadzi do rozwoju. Niepowodzenie zaś rozwój ten hamuje. Interesujące z gerontologicznego punktu widzenia ostatnie stadium życia, czyli starość, odnosi się do opozycyjnych tendencji: „integracja kontra rozpacz”. Życie jest odbierane jako sensowne albo znaczone poczuciem rozpacz i pozbawione sensu. Dążenie i osiągnięcie integracji może prowadzić do osiągnięcia mądrości.

Fazy życia, wg E. Eriksona, i ich odpowiednie stadia rozwoju, przeciwstawne trendy i potencjalne zalety przedstawiają się następująco:

- 1) niemowlęstwo: 0-1 rok, zaufanie vs. brak zaufania/nadzieja,
- 2) wczesne dzieciństwo: 1-6 lat, autonomia vs. wstyd i zwątpienie/chęć,
- 3) wiek zabawy: 6-10 lat, inicjatywa vs. poczucie winy/cel (zamiar),
- 4) wiek szkolny: 10-14 lat, przedsiębiorczość vs. poczucie niższości/kompetencja,
- 5) dorastanie: 14-20 lat, tożsamość vs. rozproszenie ról/zaufanie,
- 6) wczesna dorosłość: 20-35 lat, intymność vs. izolacja/miłość,
- 7) dojrzałość 35-65 lat, produktywność vs. stagnacja/opieka,
- 8) starość: 65+ lat, integracja vs. rozpacz/mądrość.

E. Erikson widzi rozwój jako funkcję zarówno wskaźników indywidualnych, jak i kulturowych, stąd określenie tej koncepcji jako psychospołecznej teorii rozwoju osobowości. Wcześniejsze stadia są definiowane dokładniej, chociaż okres adolescencji zawiera tylko jedną czwartą przestrzeni życia. Natomiast rozciągający się aż do kresu życia okres postadolescencyjny składa się tylko z trzech spośród ośmiu stadiów. Ale właśnie tu mamy do czynienia z wzrastającym psychospołecznym różnicowaniem: zadania rozwojowe okresu niemowlęstwa są stosunkowo uniwersalne, natomiast zadania rozwojowe w późnym wieku zależą zarówno od ogólnych reguł, jak i osobistych doświadczeń.

W pośmiertnej, rozszerzonej wersji wcześniejszej pracy E. Eriksona „The life cycle completed” (Erikson 1998) jego żona i współpracownik, Joan, posunęła teorię o krok dalej i dodała nowe, dziewiąte stadium. Uważa ona, że możliwy jest rozwój w późnym wieku, któremu towarzyszy satysfakcja życiowa.

W dziewiątym stadium rozwojowym rozwiązania poprzednich kryzysów konfrontowane są z procesem starzenia się. W pierwszym stadium zaufanie kontra brak zaufania, na przykład, syntoniczny element (tj. zaufanie) stanowi wsparcie potencjału rozwojowego, w którym dziecko rozwija siłę ego ku zaufaniu – jeśli stadium jest pozytywnie rozwiązane. W późnym wieku, wraz ze wzrastającą świadomością zmian psychicznych i fizycznych, na skutek wzrastających deficytów osoby starsze mogą tracić ufność w swoją zdolność utrzymania niezależności i w ten sposób powstaje kryzys zawierający te same cechy.

W odniesieniu do ósmego stadium kryzysu ego: integracja kontra rozpacz, J. Erikson pisze, że trudności, którym stawiają czoła jednostki w osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych latach życia, zawierają ciągłą batalię z elementem dystonicznym. Codziennie następuje konfrontacja z rozpaczą. Gdyby osoby starsze mogły poradzić sobie z elementami utrudniającymi współżycie z otoczeniem, obecnymi w ich doświadczeniu życiowym, w dziewiątym stadium mogłyby dążyć ku gerotranscendencji.

Teoria duplikatu

J. E. Birren (1960) zaprezentował ogólną teorię starzenia się jako duplikat rozwoju. Twierdzi on, że istnieją ukryte struktury zachowania, przenoszone z wcześniejszych doświadczeń, które wchodzą w interakcje z obecną sytuacją. Starzenie się jest widziane jako transformacja biologicznego i behawioralnego rozwoju organizmu, wyrażonego na zasadzie duplikatu w zmiennych ekologicznie kontekstach.

Obserwacje osób starszych wskazują, że istnieje pewien wzorzec zmian mających miejsce w późnym wieku, które nie są jedynie konsekwencjami przeżytych wydarzeń. Teoria duplikatu J. E. Birrena stwierdza, że porządek bazujący na biologii w charakterystyce późnego wieku musi powstawać w połączeniu z duplikatem charakterystyk rozwoju, które były przedmiotem selekcji.

Teoria wycofania/aktywności

Pojęcie wycofania odnosi się do rezygnacji z przeszłych ról i działań. Wychodząc z założenia, że ludzie, którzy osiągnęli wiek średni, zaczynają kierować się ku swemu wnętrzu, E. Cumming i W. E. Henry (1961) tworzą teorię przyjmującą ten psychiczny proces jako zasadniczą przyczynę wycofywania się z ról i aktywności społecznych oraz wzrastającą troskę o swoje ja. Zmniejsza to w konsekwencji emocjonalne zaangażowanie na rzecz innych. Teoria ta była krytykowana za przyjęcie założenia, iż wycofanie jest postawą powszechną i normalną. Chociaż w tej teorii starano się tłumaczyć psychologiczny i społeczny proces starzenia się, to jednak nie dostrzegano znacznej liczby ludzi starych, którzy nie wykazują utraty zainteresowania życiem i nie wycofują się ze społeczeństwa.

Teoria wycofania przyczyniła się do rozwoju opozycyjnej wizji mianowicie teorii aktywności, która opiera się na koncepcji zadań rozwojowych. Według jej głównego promotora, R. J. Havighursta, w celu utrzymania pozytywnego obrazu samego siebie osoby starsze muszą zastępować nowymi rolami te, które tracą na starość. W teorii aktywności prezentuje się bardziej realistyczne spojrzenia na ludzi starych. Jednak trzeba zauważyć, że te twierdzenia są nieco wątpliwe w odniesieniu do okresu późnej starości.

Teoria osobowości w procesie starzenia się i w starości

W 1968 roku B. L. Neugarten opublikowała klasyczny zbiór artykułów „Middle Age and Aging” w perspektywie cyklu życia. Zaczynając od studiów mających początek w latach pięćdziesiątych, B. L. Neugarten i współpracownicy opisali cykl życia w kategoriach dwóch akcentów teoretycznych. Pierwszy to badania wydarzeń dotyczących zmian w życiu i roli jednostek. Wydarzenia w życiu, takie jak małżeństwo, rodzicielstwo albo emerytura są określone normatywnie. Prowadzą one do zmian w koncepcji samego siebie i tożsamości. Metaforycznie rzecz ujmując – jednostki internalizują „zegar społeczny”, a normy wieku działają jako impulsy i hamulce zachowań w przestrzeni życia. Tym niemniej wydarzenia nieoczekiwane, czyli nienormatywne (np. wypadek samochodowy), mogą mieć również konsekwencje rozwojowe.

Drugie miejsce akcentowane w badaniach, to typy osobowości jako predyktory pomyślnego starzenia się. Starzejące się osoby w różny sposób radzą sobie ze stresami życiowymi czy też dopasowują się do zmian w ich sytuacji życiowej. B. L. Neugarten wyróżnia osiem różnych wzorców starzenia się: typ reorganizatora, typ skupiony, typ niezaangażowany, typ trzymający się, kurczący się, szukający wsparcia, apatyczny i zdezorgani-

zowany (zob. Halicka 2004 s. 339-340). Krótko mówiąc, starość jest widziana jako proces adaptacji, w którym kluczowym elementem jest osobowość. Starzejąca się jednostka nie tylko odgrywa aktywną rolę w adaptacji do pojawiających się z czasem zmian biologicznych i społecznych, ale też tworzy wzorce życia, które mogą dać większe zaangażowanie i satysfakcję życiową.

Poznawcza teoria osobowości i starzenia się

Twórcą poznawczej teorii starzejącej się osobowości jest H. Thomae (1970). Jego zamysł polegał na zintegrowaniu rozmaitych perspektyw. Skupił się szczególnie na psychodynamice starzenia się. Centralną kategorią w jego teorii jest percepcja; postrzeganie sytuacji i postrzeganie siebie. H. Thomae uważa, że zmiana zachowania nie jest wynikiem zmian obiektywnych, ale raczej subiektywnego postrzegania tych zmian. Są one postrzegane i oceniane w kontekście dominujących zainteresowań i oczekiwań starzejącej się osoby. Zaadaptowanie się do związanych z wiekiem zmian zależy od utrzymania i restrukturyzowania równowagi między systemem poznawczym a motywacyjnym, tj. równowagi między akceptacją kogoś jako starego, bądź odrzuceniem takiego odbioru. H. Thomae twierdzi, że jest to jedno z zadań rozwojowych starzejącej się osoby.

Współczesne teorie

Rozwój w przestrzeni życia a starzenie się

Od początku lat osiemdziesiątych P. B. Baltes i jego współpracownicy prowadzili szereg badań nad procesem rozwoju psychicznego i starzeniem się z perspektywy przestrzeni życia. Zgodnie z tradycją psychologii rozwoju w przestrzeni życia rozwój i starzenie się są postrzegane jako synonimy zmian w postawie. Wychodząc z tych badań P. B. Baltes (1990), stworzył teoretyczną strukturę siedmiu propozycji dotyczących natury starzenia się człowieka:

1. Istnieją główne różnice między starzeniem się normalnym, patologicznym i optymalnym, definiowanym później jako starzenie się pod wpływem wzmocnionego rozwoju i w przyjaznych starości warunkach środowiskowych.
2. Przebieg starzenia się wskazuje na jego mocno zindywidualizowaną zmienność.
3. Istnieją znaczne ukryte rezerwy pojemności w starości.
4. Z procesem starzenia się wiąże się utrata możliwości adaptacyjnych.

5. Wiedza indywidualna i społeczna (inteligencja skryształizowana) wzbogaca umysł i może kompensować malejącą z wraz z wiekiem inteligencję płynną.

6. Balans między zyskami i stratami staje się wraz z wiekiem coraz bardziej negatywny.

7. Ja (self) w wieku starszym pozostaje nadal elastyczne, co umożliwia radzenie sobie i utrzymanie integralności.

W oparciu o te propozycje opracowany został model pomyślnego starzenia się, określany jako selektywna optymalizacja z kompensacją (Baltes, Baltes 1989). Model ten skupia się wokół umiejętności zarządzania zyskami i stratami, to znaczy ogólnym procesem adaptacji składającym się z trzech elementów wchodzących ze sobą w interakcje. Po pierwsze, istnieje element selekcji, który odnosi się do wzrastających ograniczeń z powodu związanej z wiekiem utraty potencjału adaptacyjnego. Po drugie, element optymalizacji odzwierciedlający spojrzenie, że ludzie angażują się w działania, aby wzbogacić i powiększyć ogólne rezerwy i maksymalizować wybrane przez nich obszary życia i towarzyszące temu formy zachowań. Trzeci element – kompensacja – wynika, podobnie jak selekcja, z ograniczeń adaptacyjnych. Działa to wówczas, gdy tracone są albo redukowane specyficzne sprawności poniżej standardu wymaganego dla właściwego funkcjonowania.

Osobowość i starzenie się

Badania dotyczące osobowości i starzenia się traktują osobowość jako ustalone, charakterystyczne dyspozycje, które określają styl emocjonalny, interpersonalny oparty na doświadczeniu, styl postaw i motywacji. Można tu wyróżnić dwie tradycje teoretyczne: model cech i model stadiów rozwoju. W obydwu tradycjach jako zasadnicze pozostaje pytanie: do jakiego stopnia procesy starzenia się same z siebie są odpowiedzialne za zmianę osobowości?

Badania longitudinalne cech osobowości wskazują zgodnie niezmienną strukturalną osobowości w czasie. Z badań longitudinalnych P. Costy i R. McCrae (1988) – typowych przedstawicieli teorii modelu cech – wyniknęły, przy użyciu różnych podejść, te same główne wskaźniki (neurotyzm, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, zgodność, sumienność). Posługując się teorią pięcioczynnikową podkreślają oni (McCrae, Costa 2005), że ludzie w większości pozostają tacy sami, jeśli chodzi o dyspozycje bazowe i wykazują w wysokim stopniu stabilność osobowości, szczególnie podczas drugiej połowy ich życia.

Mimo niewielkiej ilości badań na ten temat, wzrasta świadomość, że cechy osobowości mają tendencje do utrzymywania trwałości wraz z wiekiem, podczas gdy kluczowe aspekty ja (self), takie jak cele, wartości, style radzenia sobie i poczucie kontroli, podlegają zmianie.

Teoretyczne modele rozwoju dorosłej osobowości stanowią również ważną rolę w badaniach nad osobowością i starzeniem się. W dwóch teoriach, E. Eriksona i D. Levinsona, przedstawione są stadia rozwojowe, poza okresami wczesnej dorosłości. Koncepcja E. Eriksona została omówiona wcześniej.

W teorii rozwoju osobowości D. Levinsona (1978) (opartej na serii wywiadów pogłębionych z 40 mężczyznami) struktura życia każdego człowieka to uporządkowane sekwencje okresów, które zmieniają się pomiędzy stałymi fazami i fazami przejściowymi stanowiącymi przełomowe punkty w życiu. Po przejściu przez młodość (17-22 lata) człowiek wkracza w dorosłość, podzieloną na trzy główne okresy: wczesna dorosłość (17-45 lat), środkowa dorosłość (40-65 lat) i późna dorosłość (po 60 roku życia). Okresy te zachodzą na siebie, ponieważ łączą je 5-letnie okresy przejściowe. Czas i długość każdego okresu i rozwój, jaki w nim ma miejsce, zmienia się w zależności od człowieka oraz od warunków jego życia: biologicznych, psychicznych i społecznych.

Teorie najnowsze

Gerotranscendencja

We wczesnych pracach C. G. Jung (1985) twierdził, że znaczenie i cele wieku starszego są zupełnie różne od celów wieku średniego. W pierwszej części życia celem jest poznanie społeczeństwa i socjalizacja, podczas gdy celem wieku starszego jest poznanie siebie i kolektywnej nieświadomości. Można to rozumieć jako transcendentálną zmianę definicji rzeczywistości.

Stało się to punktem wyjścia dla L. Tornstama (1989) do tworzenia teorii gerotranscendencji. W swej teorii Tornstam wskazuje, że wraz ze starzeniem się wzrasta stopień transcendencji. Proces ten jest wewnętrzny, ale modyfikowany przez specyficzne wzory kulturowe. Może na przykład być przyspieszany przez kryzys życiowy, po którym jednostka całkowicie restrukturyzuje swoje widzenie świata. Może też być opóźniany na przykład przez elementy kultury. Badania wskazują na trzy wymiary gerotranscendencji: płaszczyznę kosmiczną, własną osobę (ja) oraz relacje społeczne i indywidualne.

Płaszczyzna kosmiczna akcentuje zmiany w postrzeganiu czasu i przestrzeni oraz przekraczanie granicy między przeszłością a teraźniejszością. Wzrasta również poczucie więzi z wcześniejszymi generacjami, pojawia się nowa relacja między rozumieniem życia i śmierci oraz akceptacja tajemniczego, niemożliwego do wyjaśnienia wymiaru życia.

Zmiany dotyczące własnego ja obejmują odkrycie nowego aspektu własnego ja zawierającego zarówno dobro, jak i zło. Maleje dążność do zyskania osobistego uznania oraz rozwija się „transcendencja ciała”, polegająca na trosce o nie, ale bez obsesji na jego punkcie. Człowiek staje się mniej egoistyczny, a bardziej skłonny do altruizmu. Powraca myślami do dzieciństwa i przekształca je, zdając sobie zarazem sprawę, że wydarzenia jego życia, jak elementy układanki, stanowią części całości.

Występują również zmiany na płaszczyźnie relacji społecznych i indywidualnych. Powierzchowne kontakty traktowane są bardziej selektywnie i pojawia się potrzeba samotności. Coraz bardziej dostrzega się różnicę między ja a pełnioną rolą. Następuje emancypacja prostoduszności, która stanowi składnik mądrości. Człowiek wyzwala się z paraliżującej troski o własny dobrobyt. Pojawia się niechęć do tworzenia prostego dualizmu dobro i zło, co przejawia się w powstrzymywaniu się od wydawania wyroków i doradzania (Tornstam 1989).

Teoria gerotranscendencji przypomina jedną z klasycznych koncepcji, a mianowicie teorię wycofania, ale różni się od niej w wielu aspektach. Gerotranscendencja zakłada redefinicję rzeczywistości, podczas gdy teoria wycofania – zwrócenie się ku wnętrzu. Gerotranscendencja obejmuje więc większy zakres społecznej aktywności (z występującą jednocześnie potrzebą samotnego filozofowania), podczas gdy omawiana klasyczna teoria – tylko społeczne wycofanie. A zatem gerotranscendencja jest perspektywą bardziej ofensywną, podczas gdy w teorii wycofania zakłada się strategię defensywną. Nie ulega jednak wątpliwości, że koncepcja L. Tornstama nawiązuje wprost do teorii wycofania i stanowi jej uwspółcześnioną wersję.

Zakończenie

Starzenie się jest procesem jednostkowym i społecznym, dlatego wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Zaprezentowane powyżej teorie socjologiczne i psychologiczne ukazują tylko pewien aspekt starzenia się. Proces ten odbywa się w określonym kontekście, stąd, oprócz analiz podstawowego zjawiska, wzrasta znaczenie badania cech kontekstualnych to-

warzyszących starzeniu się. Chodzi tu o spojrzenie historyczne, polityczne, ekonomiczne, pedagogiczne itd. Gerontologia jest dziedziną, której przedmiotem jest starzenie się i starość. Cechuje ją – jak już wspomniano wyżej – interdyscyplinarność, dlatego anachroniczne i niebezpieczne wydają się zarzuty stawiane czasami przez przedstawicieli niektórych nauk (częściej artykułowane ustnie niż w formie pisemnej) o zawłaszczaniu obszaru badań.

Bibliografia:

Baltes P. B.: (1990), Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, vol. 41, s. 1-24.

Baltes P. P., Baltes M. M.: (1989), Optimierung durch Selektion und Kompensation: Ein psychologisches Modell erfolgreichen Altern. *Zeitschrift für Pädagogik*, vol. 35, s. 85-105.

Bengston V. L., Parrott T. M., Burgess E. O.: (1996), Progress and pitfalls in gerontological theorizing. *The Gerontologist*, vol. 36, s. 768-72.

Birren J. E.: (1960), Behavioral theories of aging. W: *Aging: Some social and biological aspects*. N. W. Shock, [ed.]. Washington: American Association for the Advancement of Science.

Blau P. M.: (1964), *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.

Bois J-P.: (1996), *Historia starości: od Montaigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen Wyd. Marabut.

Cain L.: (1964). Life course and social structure, W: *Handbook of modern sociology*. R. Faris, [ed.]. Chicago: Rand McNally, s. 272-309.

Cavan R. S.: (1962), Self and role in adjustment during old age. W: *Human behavior and social processes*. A. Rose, [ed.]. Boston: Houghton Mifflin.

Cavan R. S., Burgess E. W., Havighurst R. J., Goldhamer H.: (1949), *Personal adjustment in old age*. Chicago: Science Research Associates.

Clausen J.: (1972). The life course of individuals. W: *Aging and society*, vol. 3: A sociology of age stratification. M. Riley, M. Johnson, A. Foner, [eds.]. New York: Russell Sage Foundation, s. 457-514.

Costa P. T., McCrea R. R.: (1988), Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 54, s. 853-863.

Cowgill D. O.: (1974), Aging and modernization: A revision of the theory. W: *Late life*. J. F. Gubrium, [ed.]. Springfield: Charles C Thomas, s. 123-146.

Cowgill D. O., Holmes L. D.: (1972), *Aging and modernization*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Cumming E., Henry W. E.: (1961), *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.

Dannefer D.: (1987), Aging as intracohort differentiation: Accentuation, the Matthew Effect and the life course. *Sociological Forum*, vol. 1, s. 8-23.

Dowd J. J.: (1975), Aging as exchange: A preface to theory. *Journal of Gerontology*, vol. 30, s. 584-594.

Erikson, E. H.: (1950), *Childhood and society*. New York: Norton. (Wyd. pol.: *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis 1997)

Erikson E. H.: (1998), *The life cycle completed*. Extended version with new chapters on the ninth stage by Joan. M. Erikson. New York: Norton.

Estes C. L.: (1979), *The aging enterprise*. San Francisco: Jossey-Bass.

Frankfather D.: (1977), *The aged in the community*. New York: Praeger.

Garfinkel H.: (1967), *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Gubrium J. F., Buckholdt D. R.: (1977), *Toward maturity: The social processing of human development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Halicka M.: (2004), *Satysfakcja życiowa ludzi starych*. Białystok: Akademia Medyczna.

Hałas E.: (1998), *Interakcjonizm symboliczny*, W: *Ecyklopedia socjologii*, t. 1. Warszawa: Oficyna Naukowa, s. 353-357.

Havighurst R. J.: (1948), *Developmental tasks and education*. Chicago: The University of Chicago Press.

Havighurst R. J., Albrecht R.: (1953), *Older people*. New York: Longmans, Green.

Hendricks, J.: (1996), The search for new solution. *The Gerontologist*, vol. 36, s. 141-144.

Hochschild A.: (1973), *The unexpected community*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hochschild A.: (1975), Disengagement theory: A critique and proposal. *American Sociological Review*, vol. 40, s. 553-569.

Homans G. C.: (1961), *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Jung C. G.: (1985), *Gesammelte Werke*, Bd. 8: *Die Dynamik des Unbewussten*. Olten.

Kohli M.: (1986), *The world we forgot: An historical review of the life course*, W: *Latter life: The social psychology of aging*. V. W. Marshall, [ed.]. Beverly Hills: Sage Publications, s. 271-303

Kuypers J. A., Bengtson V. L.: (1973), Social breakdown and competence: A model of normal aging. *Human Development*, vol. 16, s. 181-201.

Lawrence B.: (1984), Age grading: The implicit organizational timetable. *Journal of Occupational Behavior*, vol. 5, s. 23-35.

Lemon B. W., Bengtson V. L., Peterson J. A.: (1972), An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, vol. 27, s. 511-523.

- Levinson D. J.: (1978), *The seasons of a man's life*. New York: Knopf.
- Maddox, G.: (1964), Disengagement theory: A critical evaluation. *The Gerontologist*, vol. 4, s. 80-82.
- Marciszewski W.: (2004), Metodologia nauk społecznych. <http://www.calculemus.org/lect/LogMet04/akt-met04/index.html> [dostęp: 20 maja 2006].
- Matthews S. H.: (1979), *Social world of old women*. Beverly Hills: Sage.
- McCrae R. R., Costa P. T.: (2005), *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: Wyd. WAM.
- Minois G.: (1995), *Historia starości: od antyku do renesansu*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen Wyd. Marabut.
- Neugarten B. L., [ed.]: (1968), *Middle age and aging: a reader in social psychology*. Chicago-London: The University of Chicago Press.
- Neugarten B. L., Hagestad G. O.: (1976), Age and the life course. W: *Handbook of aging and the social sciences*. R. Binstock, E. Shanas, [eds.]. New York: Van Nostrand Reinhold, s. 35-55.
- Olson L. K.: (1982), *The political economy of aging*. New York: Columbia University Press.
- Palmore, E. B.: (1968), The effects of aging on activities and attitudes. *The Gerontologist*, vol. 8, s. 259-263.
- Passuth P. M., Bengston V. L.: (1998) *Sociological Theories of Aging: Current Perspectives and Future Directions*. W: *Emergent Theories of Aging*. J. E. Birren, V. L. Bengston, [ed.]. New York: Springer Publishing Company, s. 333-355.
- Phillipson C.: (1982), *Capitalism and the construction of old age*. London: Macmillan.
- Piotrowski J.: (1973), *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN.
- Quadagno J. S.: (1982), *Aging in early industrial society*. New York: Academic Press.
- Rembowski J.: (1984), *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa: PWN.
- Riley M. W.: (1971), Social gerontology and the age stratification of society. *The Gerontologist*, vol. 11, s. 79-87.
- Riley M. W.: (1987), On the significance of age in sociology. *American Sociological Review*, vol. 52, s. 1-14.
- Riley M. W., Johnson M., Foner A.: (1972), *Aging and society*, vol. 3: *A sociology of age stratification*. New York: Russell Sage Foundation.
- Rose A. M.: (1964), A current theoretical issue in social gerontology. *The Gerontologist*, vol. 4, s. 46-50.
- Rose A. M.: (1965), The subculture of aging: A framework for research in social gerontology. W: *Older people and their social world*. A. M. Rose, W. A. Peterson, [ed.]. Philadelphia: F. A. Davis, s. 3-16.

- Ross J.: (1977), *Old people, new lives*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schroots J. J.: (1996a), Theories of Aging: Psychological. *Encyclopedia of Gerontology*, vol. 2, s. 557-567.
- Schroots J. J.: (1996b), Theoretical development in the psychology of aging. *Gerontologist*, vol. 36, s. 742-748.
- Schutz A.: (1967), *The phenomenology of the social world*. Evanston: Northwestern University Press.
- Schutz A.: (1970), *On phenomenology and social relations*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stephens J.: (1976), *Loners, losers, and lovers*. Seattle: University of Washington Press.
- Susułowska M.: (1975), Problematyka i osiągnięcia psychologii gerontologicznej. W: *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*. J. Piotrowski, [red.]. Warszawa-Wrocław, s. 36-51.
- Susułowska M.: (1989), *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN
- Synak B.: (1999), *Ludzie starzy*. W: *Encyklopedia socjologii*, t. 2. Warszawa: Oficyna Naukowa, s. 144-149.
- Thomae H.: (1970), Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development*, vol. 13, s. 1-16.
- Tibbits C.: (1960), *Handbook of social gerontology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tornstam L.: (1989), Gerotranscendence: a reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research*, vol. 1, s. 55-63.
- Tryfan B.: (1993), *Wiejska starość w Europie*. Warszawa: PAN.
- Walker A.: (1981), Towards a political economy of old age. *Aging and Society*, vol. 1, s. 71-94.
- Zych A. A.: (1995), *Człowiek wobec starości*. Warszawa: Interart.
- Zych A. A.: (2005), *The Living Situations of Elderly Americans of Polish Descent in Chicago*. Wrocław: Wyd. Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP.

Älter werden in Europa – Subjektive Eckpunkte einer Europäischen Gerontologie

Europa hat ein Jahrhundert des Alterns hinter sich und eine völlig neue gesellschaftliche Wirklichkeit älterer Gesellschaften vor sich.

Europa hat die Wissenschaft des Alterns und der Altersmedizin hervorgebracht und hat in eine entstehende Pädagogik des Alterns/Aspekte der europäischen Aufklärung eingefügt: „Freiheit und Emanzipation des Alters“.

Während die westliche Hälfte des Kontinents bis 1990 auf ein sozialstaatliches Modell der Grundsicherung im Alter setzte durch Rentenversicherung, setzte die östliche Hälfte des Kontinents auf ein staatssozialistisches Modell staatlicher Alimentierung – beide Modelle tun sich schwer mit der Finanzierung und Passivierung der Ältern. Ihnen steht gegenüber eine zivilgesellschaftliche Vorstellung von Eigenverantwortung und Solidarität an den Schnittstellen von Familie, Wirtschaft und Staat.

Europa wird sich um eine Vision bemühen müssen, der über staatliche Sicherung und den Dreh- und Angelpunkt Erwerbsarbeit hinausreicht, wenn über die Hälfte der europäischen Gesellschaften, zu jung oder zu alt für Erwerbsarbeit geworden sind und der Staat ein Rentnerdasein von fast 30 Jahren nicht mehr sichern kann.

Europa wird sich dabei besinnen auf vielerlei Fähigkeiten, deren Entfaltung zur Alltagsbewältigung im Alter gezielter gefördert werden müssen, gelernt und neu entwickelt, wie es M. Mead genannt hat als praefigurative Kultur.

Europa wird sich aber auch zurückbesinnen müssen auf die Grundwerte der Aufklärung und des Sozialstaates wie z.B. des Genossenschafts-

wesens, der Arbeiterverbände und Kirchen, also der gesellschaftlichen Gruppen.

Innerhalb dieser Gruppen und Milieus herrschen unterschiedliche Werte und Normen, bis heute und weiter differenziert in vielfältige interkulturelle Migrantenmilieus Europas. Diese Werte ermöglichen durch die Fortschritte der Rechtssprechung ein gewisses Maß an Differenzierung zur eigenen Familie, zur Kirche oder zur Arbeit.

Dennoch wird dieses zivilgesellschaftliche Feld, die Mobilisierung der Verantwortung, Selbsthilfe, der Selbsttätigkeit erst noch in die gerontologische Diskussion einzufügen sein.

Noch ist die Wechselwirkung quasi die Rückwirkung der Altersmedizin auf die Medizin oder der Geragogik auf die Erwachsenenbildung gering. Noch herrscht das Prinzip vor, dass Ältere, wenn sie denn profitieren von gesellschaftlichen Entwicklungen, dies tun als „Nebenprodukt“ der Forschung, d.h. Medizin, Psychologie, Umwelttechnologie, Wohnungswirtschaft entwickeln sich und darunter sind vorteilhafte Teilentwicklungen für Ältere.

Dies wird dem hohen Anspruch einer inzwischen „bunt“ gewordenen europäischen Gesellschaft nicht gerecht. Sie hat Rosenmayer dadurch definiert, dass sie in vielfältiger Weise wiederum auf alle anderen Generationen Einfluss nimmt und Impulse gibt.

Dies wären nicht nur „Erfahrungswissen“ (Lehr) oder „Reifung“ (Rosenmayer), sondern auch praefigurative Elemente (s.o.), also neue Problemlösungen und kreative Ideen.

So könnte die Geriatrie ein Stachel in einer viel zu spezialisierten technischen Medizin sein, die Geragogik eine Hürde gegen viel zu instrumentalisierte Berufsbildung, altengerechter Wohnungsbau ein Meilenstein gegen Zersiedlung und Anonymisierung des modernen Wohnens.

Eine europäische Alterswissenschaft müsste Wege der Vielfalt für den, um Versicherungslogik, staatliche Verantwortung, Eigenleistungen und nicht monetäre Sozialleistungen (Zeit, Kompetenz etc.) zu kombinieren.

Darin könnte eine Zukunft liegen, aus alten Staatsmodellen und Denkstrukturen über das Alter einen neuen Mix der unterschiedlichen Formen zu machen, für ein europäisches Altersmodell. Dies gilt auch für den Gegensatz von Arbeit und Ruhestand.

In einer Zeit aktiver Selbsttätigkeit und „Unruhestand“ und dem Nebeneinander von erwerblichen und unendgeldlichen Tätigkeiten, ist diese Trennung überfällig.

Nicht nacheinander, sondern parallel und unterschiedlich ausgeprägt,

werden die alten Dimensionen in Erscheinung treten: Arbeit, Selbsttätigkeit, Freizeit, Privatleben, Soziales, Lernen, Fitness und Pflegebedürftigkeit. Eine europäische Gerontologie wird deshalb ein vielschichtiges, komplexes Bild des individuellen Alters entwerfen müssen, das aber große Chancen beinhaltet, individuelle Wahlfreiheit mit Grundelementen sozialer Sicherheit durch Stadt und Versicherungsgemeinschaft zu verbinden.

Unverzichtbar darin werden Elemente sein, selbstaktiv gegenseitige Hilfe und Aufeinander-Angewiesen sein zu erleben. Der Nachbarschafts- und Genossenschaftsgedanke muss zwischen Familie und käufliche Dienstleistung als eigenständiger Bestandteil des Alters enthalten bleiben und weiterentwickelt werden.

Nicht zuletzt die moderne Altersmedizin selbst kann nicht ohne motivationale Aspekte, Sinnhaftigkeit und Integration auskommen, wenn sie beim älteren Patient, zumal alleinstehend und auf ein unverzichtbares Netzwerk um ihn herum angewiesen, Erfolg haben will.

Von großer Bedeutung ist dabei welche Rollenbilder, Rollenerwartungen die jeweilige Kultur ihren älteren Mitgliedern bereitstellt, damit sie in solch vielfältige antagonistische Rollen (geben und nehmen, führen und folgen) hineinwachsen können.

Dies ist nicht zuletzt eine Frage des sozialen Vergleichs etwa innerhalb unserer europäischen Sozialstrukturen. Ein anspruchsvoller Entwurf benötigt den praktischen sozialen Vergleich nicht nur zwischen alt und jung, den Migranten und den Einheimischen, den europäischen Nachbarn und uns.

Dieser Vergleich geht als alltägliches Lernen ein in den Zukunftsentwurf, den ein älter werdendes Europa von sich machen muss.

Also braucht es eine ganze Menge kluger Bausteine, um zu einer Gerontologie des zukünftigen Europas mitzuwirken:

- Aufarbeiten des Fachwissens der sich spezialisierten Disziplinen von Medizin (Geriatric) bis Bildung (Geragogik),
- Einbettung in die sozialen Prozesse der Modernisierung, Vergesellschaftung und Zivilisierung als Teil europäischer Sozial- und Geistesgeschichte mit Vertretung der eigenen Interessen,
- kritische ökonomisch-demografische Abwägung und Mischung der Sicherungssysteme,
- Entfaltung eines zivilgesellschaftlichen Bildes von Erwerb von mehr Eigenverantwortung, Solidarität und sozialem Vergleich.

Der Eifer in jedem einzelnen Punkt mag verständlich sein, aber nicht

nachhaltig in Sozialsystemen, die kaum noch nationale Grenzen und Ideologien, aber die Notwendigkeit von gemeinsamen Werten kennen.

Solche lassen sich nicht anweisen, nicht ableiten, sie entstehen in einem Prozess politischer Suche, wissenschaftlicher Aufmerksamkeit, individueller Bemühungen und sozialer Offenheit und Lernbereitschaft.

In glücklichen Momenten der Geschichte treffen Ideen, Mächte und die richtigen Personen aufeinander, um so etwas voranzubringen. Der Prozess der Euroforen und von Eurobes war ein solcher Moment.

Das Euroforum war über 10 Jahre eine Begegnungsplattform zwischen Ost und West mit und über aktive Alte in Europa. Einer baden-württembergischen Landesregierung war es wichtig Zeichen für ein aktives Alter zu setzen, den Katalanen genauso, später den schottischen Seniorenvolunteers und aktiven Gerontologen in Polen mit der Gastgeberstadt Bialystok.

Noch konkreter gelang die Kooperation Bialystok, Geislingen (D) und Olot (E) im Städtenetzwerk Eurobes.

Hier wurden Einrichtungen angeschaut, Vorträge diskutiert, Freundschaften geschlossen. Weitere Modellprojekte wie die Seniorenengenossenschaft Riedlingen (D) schlossen sich an.

Dreh- und Angelpunkt für die Modelle, die fachliche Aufbereitung und die Energie, das jedes Mal finanziert und vorbereitet zu bekommen, war auf polnischer Seite Prof. Pedich.

Eben dies alles, die Leistung zur Differenzierung und zur Synthese über die Fachdisziplinen hinaus, hat der polnische Mediziner und Gerontologe Pedich als Grenzgänger zwischen Ost und West, vorangebracht, weiterentwickelt und Anstöße dazu gegeben.

W. Pe̋dich hat Forschung konsequent mit internationaler Begegnung verknüpft, hat Wissenschaft mit Praxismodellen verbunden, die er aus allen Systemen herausgepickt hat als jemand, der die Grundwerte von Respekt, Förderung, Solidarität aber auch Eigenverantwortung erkannt hat und eine konkrete Seniorenengenossenschaft selbst gegründet hat in Bialystok.

Prof. Pe̋dich war und ist umgeben von einem lokalen Kreis kompetenter gerontologischer Fachleute und auf nationaler Ebene von Frau Schwarzc in Warschau.

Unermüdlich hat er Kontakte nach Westen genützt, um auch dem Osten Europas jenseits von Polen Brücken des Austausches zu bauen.

Für ihn war die Abfassung einer Tagungserklärung so wichtig, wie die gute Atmosphäre. War eine gute Praxis so wichtig, wie ein formgerechter Vortrag.

W. Pędich selbst verkörpert dieses Europa im besten Sinn des Wortes: er verbindet Humanismus, Gerontologie, Sozialpolitik und grenzüberschreitendes Lernen.

Das Euroforum, wurde seine Plattform, er selbst zum Brückenbauer für eine Gerontologie Europas. Wohin wir die Reise uns führen, welche Türen haben uns Gerontologen wie Rosenmayer, Pędich u.a. aufgestoßen?

Ein älter werdendes Europa wird Gerontologie überall benötigen, im Alltag, nicht nur der Medizin. Sie wird ein Lernen bedeuten, das existentieller sein wird als z.B. Hobbys oder Sprachtraining im Alter. Es geht um Lebenssteuerung und Verhaltensänderungen, die viele Ältere benötigen werden, um mit so vielen anderen Älteren, sinnvoll und human älter werden zu können.

Während alt und jung heute in einem weiteren Sinne aufeinander angewiesen sind, werden es in Zukunft viele Ältere untereinander sein, die aufeinander angewiesen sind. Ein neues Spiel von Nähe und Distanz, Verschiedenheit und Gleichheit wird zu entfalten sein, z.T. unter schwierigen Bedingungen der schweren Pflege einerseits und großer ökonomischer und intellektueller Unterschiede im 3. Alter andererseits.

Aneinander lernen, das Eigene, das Fremde und das Gemeinsame.

Nichts weniger als eine Bildungsreform, eine Art Sozialisationsreform benötigt Europa, um die Altenentwicklung erfolgreich zu steuern.

Wohlweislich geht das nicht mit Schulpflicht. Nicht-formale Bildung ist gefragt auf allen Ebenen, von der Gesundheit bis zum Wohnen.

Die nachfamiliäre und nachberufliche Phase wird eine Neuorientierung bedeuten, die der Phase des Berufseinstieges in Nichts nachsteht.

Kompliziert gilt es abzuwägen zwischen einem Konsumverhalten, mit dem Ältere sinnvolle Dienstleistungs- und Warenmärkte auslösen und einem Konsumverhalten, mit dem Ältere Ressourcen binden, z.B. Gesundheitsmittel verbrauchen ohne nachhaltige Verbesserungen.

Und damit ist die Gerontologie der Zukunft näher an ethischen Grundsatzen, als viele andere Wissenschaften.

Wie haben wir mit dem Lebensabschluss umzugehen, mit den Grenzen individueller Leistungsvorstellungen, dem Tod und dem „Erbe der Geschichte“.

Mit Prof. Pędich haben wir mutig das Tor aufgestoßen zu einer europäischen Gerontologie, wo der Mensch des Menschen Bruder/Schwester werden können soll.

Osoby starsze i sędziwe na obszarach wiejskich. Obraz demograficzny z przełomu stuleci oraz prognozy

Wprowadzenie

Problemy demograficzne polskiej wsi w ostatnich latach nie budzą tak szerokiego zainteresowania badaczy jakie istniało jeszcze w latach osiemdziesiątych i wcześniejszych ubiegłego stulecia, którego wyrazem były liczne opracowania dotyczące m. in. migracji pomiędzy miastem a wsią (np. Witkowski 1990), przemian w strukturze demograficznej (Rosset 1975), a także zdarzeń demograficznych decydujących o charakterze i typie reprodukcji ludności wiejskiej.

Z nowszych opracowań mieszczących rozważania dotyczące demografii obszarów wiejskich wymienić należy m.in. książkę M. Okólskiego (2004, s. 230-264), A. Gawryszewskiego (2005), a także pracę zbiorową pod redakcją A. Stasiaka wykorzystującą wyniki ostatniego spisu powszechnego ludności oraz Powszechnego Spisu Rolnego z 2002 roku (Stasiak 2004, s. 17-49). Regionalne zróżnicowanie sytuacji materialnej, zdrowotnej i rodzinnej osób starszych na wsi oraz ich opinie w tych kwestiach na przełomie stuleci prezentują badania przeprowadzone przez W. Pędicha (2002).

Waga i znaczenie wsi dla sytuacji demograficznej w skali kraju wynika z samej liczby ludności wiejskiej w Polsce na początku XXI wieku (31 grudnia 2004 roku – 14704 tys. osób). Przypomnijmy, że partycypując nieco ponad 38% w zaludnieniu kraju, stanowi ona wśród krajów Unii Europejskiej drugą co do liczebności subpopulację. Liczbę ludności wiejskiej wyższą niż w Polsce w 2002 roku miały tylko Włochy (18,9 mln), a porównywalną – Francja (14,5 mln). Odsetek mieszkańców wsi w wymienionych krajach wynosił odpowiednio 33% oraz 24,4%. Dodajmy, że

najniższy, z krajów Unii, udział ludności wiejskiej, według miejscowych kryteriów podziału administracyjnego, występował w tym czasie w Belgii i sięgał zaledwie 2,7% (nieco ponad 270 tys. w liczbach bezwzględnych). Poza aspektem ilościowym przydatność rozpatrywania struktur i procesów demograficznych na obszarach wiejskich wiąże się z faktem szybkiego przekształcania wsi polskiej w przestrzeń wielofunkcyjną pod względem infrastruktury i gospodarki, w której rolnictwo w większości jednostek administracyjnych nie odgrywa już decydującej roli jako źródło utrzymania (zob. Stasiak 2004, s. 18, 30-31).

Obserwuje się również zmiany w dotychczasowym przebiegu i efektach procesów demograficznych. Jedną z ważniejszych dla przyszłego kształtu struktur ludności (także społeczno-ekonomicznych) poza miastami wydaje się dywersyfikacja efektów migracji w przekroju miasto – wieś. Od roku 2000 saldo migracji wewnętrznych (inaczej niż w poprzednich dziesięcioleciach) jest dla wsi, narastająco z roku na rok, dodatnie – w 2004 roku wynosiło 41,6 tys. (zob. także Okólski 2004, s. 264). Sygnalizowane zjawisko wydaje się mieć znamiona trwałości. Tak też ocenia je GUS w ostatniej prognozie ludności Polski, przyjmując do roku 2025 wzrost liczby mieszkańców wsi do 15182 tys., przy równoczesnym, znaczącym ubytku zaludnienia w skali kraju (GUS 2004, s. 36, 42, 96). Założenie takie nie bierze jednak pod uwagę zmian administracyjnych, w wyniku których – tak jak w przeszłości – część miejscowości obecnie wiejskich może być inkorporowana do miast już istniejących bądź uzyskać prawa miejskie.

Miejsce osób starszych w strukturze demograficznej mieszkańców wsi, stan obecny i perspektywy

Do początku lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia tempo przyrostu udziałów osób w starszym wieku było szybsze na wsi niż w miastach. Działo się tak głównie w rezultacie ujemnych dla wsi efektów migracji, w której przeważały młode roczniki kobiet i mężczyzn. Ostatnia dekada XX wieku przyniosła odwrócenie sytuacji w tym względzie. Wcześniejsze migracje ze wsi do miast spowodowały, że jeszcze obecnie udział osób w starszym (poprodukcyjnym) wieku jest nieco wyższy na wsi niż w miastach (zob. tabela 1), ale w nieodległej przyszłości (przy obecnych rozmiarach i kierunkach migracji wewnętrznych), sytuacja ulegnie odwróceniu. Jeśli zaś chodzi o zróżnicowanie zaawansowania starości w poszczególnych grupach społecznych ludności wiejskiej, to charakterystyczne było w tym względzie

do początków lat osiemdziesiątych szybsze starzenie się ludności rolniczej niż utrzymujących się ze źródeł pozarolniczych. Sytuacja uległa zmianie m.in. w rezultacie wprowadzenia wielokrotnie modyfikowanego systemu emerytur rolniczych, który pozwalał użytkownikowi gospodarstwa w wieku emerytalnym uzyskiwać inne, niż praca w rolnictwie, główne źródło utrzymania (niezarobkowe). Coraz szerzej korzystały i korzystają z tego źródła także mieszkańcy wsi niezwiązani z gospodarstwem rolnym, których w maju 2002 roku było 6114,8 tys.

Tabela 1. Udziały osób w wieku 60 lat i więcej, 65 lat i więcej oraz w wieku poprodukcyjnym w Polsce w przekroju miasto-wieś w roku 1988 i 2002 (jako % ogółu ludności)

Rok	Ogółem	Miasta	Wieś
Osoby w wieku 60 lat i więcej			
1988	14,6	13,1	16,9
2002	17,0	16,6	17,5
Osoby w wieku 65 lat i więcej			
1988	9,8	8,6	11,7
2002	12,7	12,2	13,5
Osoby w wieku poprodukcyjnym			
1988	12,5	11,2	14,6
2002	15,0	14,7	15,6

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników spisów z 1988 i 2002 roku

Wracając jeszcze do zawartości tabeli 1, zauważmy, że bez względu na przyjętą dolną granicę wieku dla starszego odłamu ludności (60 lat, 65 lat, $60+K/65+M$), zarówno w momencie przedostatniego spisu ludności, jak i tego z roku 2002, udziały rozpatrywanych grup wyższe były na wsi niż w miastach. W ciągu czternastu lat (1988-2002) różnice pomiędzy odsetkami wyraźnie się zmniejszyły, do około jednego punktu procentowego w każdym przypadku, podczas gdy w roku 1988 przekraczały trzy punkty.

Niwelowanie różnic obserwuje się także w przypadku osób sędziwych, do których zaliczeni zostali mieszkańcy w wieku 75 lat i więcej (zob. tabela 2). W roku 2002 osób takich było w Polsce nieco ponad 1,8 mln, z czego

42,8% zamieszkiwało na wsi, stanowiąc 5,4% ogółu ludności wiejskiej. W miastach, w tym samym roku, udział osób w wieku 75 lat i więcej sięgał 4,5% zaludnienia.

Tabela 2. Liczba i odsetek osób w wieku 75 lat i więcej w Polsce według miejsca zamieszkania w latach 1988 i 2002 (w tys. i jako % ludności ogółem)

Rok	Ogółem		Miasta		Wieś	
	w tys.	%	w tys.	%	w tys.	%
1988	1571,5	4,1	836,3	3,6	735,2	5,0
2002	1841,3	4,8	1052,7	4,5	788,6	5,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników spisów z 1988 i 2002 roku

Przy lekkiej przewadze udziałów osób w starszym wieku wśród ogółu ludności wiejskiej w porównaniu z sytuacją w miastach w skali kraju, przestrzennie, to znaczy w przekroju województw, sytuacja kształtuje się pod tym względem różnorodnie. W przypadku grupy 60 lat i więcej w roku 2004 w połowie jednostek (dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, małopolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie) odsetki były wyższe w miastach niż na wsi. Różnice pomiędzy omawianymi wielkościami wahały się od 0,6 (lubuskie) do 4,6 punktów procentowych (pomorskie). Z województw, które charakteryzowały się wyższymi odsetkami osób sześćdziesięcioletnich i starszych na wsi niż w miastach najbardziej widoczne było to w podlaskim (8 punktów różnicy), lubelskim (5,2 punktu) oraz świętokrzyskim (2,7 punktu różnicy). W województwie mazowieckim omawiane odsetki w 2004 roku były niemal równe: 18,6 – miasto, 18,4% – wieś (zob. tabela 3).

W przypadku województwa podlaskiego bardzo wysoki, w stosunku do miast, a także w odniesieniu do innych województw, odsetek osób w starszym wieku na wsi, kształtuje się pod wpływem nadal ujemnych dla wsi sald migracji, przede wszystkim wewnętrznych.

Analogiczną do przedstawionej konfigurację województw obserwujemy w przypadku badania udziałów osób w wieku poprodukcyjnym w przekroju miasto – wieś (zob. tabela 4).

Także w tym przypadku najniższym udziałem badanej grupy wśród mieszkańców wsi legitymowało się w roku 2004 województwo pomorskie (10,9%), a maksymalnym, niemal dwukrotnie wyższym odsetkiem w sto-

sunku do ostatnio wymienionego charakteryzowało się podlaskie (21,0%). Na uwagę zasługuje fakt, że udziały osób w starszym wieku w miastach poszczególnych województw są mniej zróżnicowane niż na wsi. Obszary zmienności wynosiły tu odpowiednio 3,3 oraz 10,1 punktu. Dodajmy jeszcze, że w skali kraju odsetki osób w wieku 60 lat i więcej były w 2004 roku równe w przekroju miasto – wieś (po 17,1%), natomiast w wieku produkcyjnym udział dla wsi był o 0,3 punktu wyższy niż w miastach (odpowiednio 15,5 i 15,2).

Tabela 3. Odsetki osób powyżej 60 roku życia według województw w przekroju miasto – wieś (jako % ludności ogółem) w roku 2004

Województwo	% osób w wieku 60 lat i więcej	
	Miasta	Wieś
Dolnośląskie	17,7	15,6
Kujawsko-pomorskie	16,6	15,0
Lubelskie	15,4	20,6
Lubuskie	15,2	14,6
Łódzkie	18,5	20,0
Małopolskie	17,9	16,4
Mazowieckie	18,6	18,4
Opolskie	16,4	18,3
Podkarpackie	15,1	17,3
Podlaskie	15,1	23,1
Pomorskie	17,0	12,4
Śląskie	17,6	17,9
Świętokrzyskie	17,2	19,9
Warmińsko-mazurskie	15,0	14,6
Wielkopolskie	15,9	14,4
Zachodniopomorskie	16,3	13,8
P o l s k a	17,1	17,1

Źródło: Rocznik Demograficzny 2005, GUS

Struktura według płci mieszkańców wsi po sześćdziesiątce, podobnie jak wśród ludności całego kraju, charakteryzowała się przewagą liczebną kobiet, wzrastającą wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku. Dla całej subpopulacji 60 lat i więcej współczynnik feminizacji, według wyników spisu ludności z roku 2002, wyniósł 147, natomiast w grupie wieku 80 lat i więcej przekraczał 218.

Nie było pod tym względem zdecydowanej różnicy pomiędzy ogółem starszych mieszkańców wsi, a tą ich częścią, która zamieszkiwała w go-

spodarstwach domowych z użytkownikiem gospodarstwa rolnego. Tutaj omawiane współczynniki wyniosły odpowiednio 140 (dla grupy 60+) oraz 219 (dla roczników 80+).

Prawny stan cywilny mężczyzn w wieku 60 i więcej lat mieszkających na wsi w roku 2002 charakteryzował się dominacją kategorii żonatych (79,4%), wdowców w tej grupie było 13,8%, a kawalerów 5,1%. Udział rozwiedzionych i będących w separacji łącznie nie sięgał 2%. Podobnie kształtowały się udziały poszczególnych kategorii stanu cywilnego starszych mężczyzn zamieszkujących na wsi w gospodarstwach z użytkownikiem gospodarstwa rolnego, z tym że odsetek żonatych był tu nieco wyższy (80,5%), a kawalerów nieznacznie niższy (4,5%).

Tabela 4. Odsetki osób w wieku poprodukcyjnym w przekroju miasto – wieś w województwach (jako % ludności ogółem) w roku 2004

Województwo	Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym	
	Miasta	Wieś
Dolnośląskie	15,9	14,2
Kujawsko-pomorskie	14,8	13,5
Lubelskie	13,6	18,8
Lubuskie	13,6	13,0
Łódzkie	16,7	18,2
Małopolskie	15,9	14,8
Mazowieckie	16,8	16,7
Opolskie	14,8	16,3
Podkarpackie	13,4	15,6
Podlaskie	13,5	21,0
Pomorskie	15,1	10,9
Śląskie	15,4	15,8
Świętokrzyskie	15,3	18,1
Warmińsko-mazurskie	13,4	13,2
Wielkopolskie	14,2	13,1
Zachodniopomorskie	14,5	12,5
P o l s k a	15,2	15,5

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z Rocznika Demograficznego 2005, GUS

Wśród kobiet po sześćdziesiątce, mieszkanek wsi ogółem, jak i tej ich części, która zamieszkiwała w gospodarstwach z użytkownikiem działki lub gospodarstwa rolnego, przeważała kategoria stanu cywilnego wdowy (odpowiednio 52,8 i 53,2%). Odsetki wdów wzrastają wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku. Udziały zameężnych kobiet wynosiły odpowiednio 41,9 oraz 42,4%, a panien 4,1 oraz 3,4% (w subpopulacji

związanej z rolnictwem). Udziały kobiet rozwiedzionych i będących w separacji były w rozpatrywanych grupach śladowe – poniżej 1,2%.

Dla przedstawienia przyszłych zmian udziałów osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie mieszkańców wsi wykorzystane zostaną informacje zamieszczone w tabeli 5. Wskazują one, że w skali kraju już w roku 2010 odsetek osób należących do grupy 60+K/65+M w miastach będzie o 2 punkty procentowe wyższy niż na wsi (odpowiednio – 17,8 i 15,7%). Wzrost różnic w poziomie odsetka osób w wieku poprodukcyjnym pomiędzy miastem a wsią utrzymywać się ma aż do roku 2030 stanowiącego horyzont czasowy prognozy, kiedy to udziały rozpatrywanej grupy mają osiągnąć w mieście 29,6, a na wsi 23,2%.

Tabela 5. Odsetki osób w wieku poprodukcyjnym w województwach, w przekroju miasto – wieś, stan aktualny i perspektywy do roku 2030

Województwo	% osób w wieku poprodukcyjnym wśród ogółu ludności											
	2002		2005		2010		2015		2020		2030	
	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś
Dolnośląskie	15,6	14,5	16,1	14,1	18,5	14,5	22,8	16,9	26,9	20,0	30,8	24,0
Kujawsko-pomorskie	14,3	13,7	14,9	13,5	17,5	14,0	21,4	15,9	25,2	18,4	29,6	22,4
Lubelskie	13,0	19,0	14,0	18,7	16,6	18,5	20,7	19,3	24,7	20,7	29,5	23,8
Lubuskie	13,3	13,4	13,8	13,2	16,2	13,8	20,5	16,2	24,7	19,3	29,0	23,3
Łódzkie	16,4	18,4	16,8	18,1	19,3	18,3	23,4	19,6	27,4	21,5	31,7	24,7
Małopolskie	15,4	14,8	16,2	14,8	18,4	15,0	21,7	16,1	25,0	18,0	29,1	22,2
Mazowieckie	16,5	16,8	17,0	16,6	18,9	16,6	22,3	17,9	25,5	19,9	28,7	23,4
Opolskie	14,2	16,1	15,1	16,4	17,9	16,9	21,8	18,5	25,8	20,9	31,0	26,1
Podkarpackie	12,9	15,6	13,7	15,6	16,1	15,8	20,0	16,8	24,3	18,4	29,4	22,5
Podlaskie	13,0	21,1	13,7	20,9	15,7	20,5	18,9	20,5	22,9	21,2	29,0	24,4
Pomorskie	14,6	11,0	15,3	11,0	17,7	11,6	21,5	13,6	25,0	16,2	28,9	20,4
Śląskie	14,7	15,6	15,5	15,9	18,1	16,6	21,9	18,3	26,0	20,6	31,0	24,6
Świętokrzyskie	14,8	18,4	15,7	18,1	18,4	17,9	23,0	19,2	27,4	21,2	32,0	24,8
Warmińsko-mazurskie	13,1	13,1	13,5	13,1	15,6	13,5	19,5	15,2	23,6	17,7	28,6	22,0
Wielkopolskie	14,0	13,2	14,3	13,0	16,7	13,8	20,5	15,9	23,9	18,4	27,8	22,4
Zachodniopomorskie	14,1	12,7	14,6	12,4	17,2	13,1	21,6	15,5	25,8	15,5	30,0	22,8
Polska	14,8	15,6	15,4	15,4	17,8	15,7	21,6	17,2	25,4	19,3	29,6	23,2

Źródło: Prognoza demograficzna na lata 2003-2030. GUS, Warszawa 2004; obliczenia własne

Oceniając proporcje osób w wieku poprodukcyjnym w województwach oraz różnice w tym względzie pomiędzy miastem a wsią, łatwo zauważyć, że w roku 2010 już tylko w dwóch województwach (lubelskie i podlaskie)

odsetki dotyczące tych grup będą wyższe na wsi niż w miastach. Godny uwagi jest fakt, że dla obszarów wiejskich w latach 2005-2010 prognoza nie przewiduje wzrostu wartości rozpatrywanych odsetków w wymienionych województwach. W roku 2015 już tylko województwo podlaskie charakteryzować się ma wyższym udziałem osób w starszym wieku na wsi (20,5%) niż w miastach, a poczynając od roku 2020, sytuacji takiej prognoza nie przewiduje w żadnym województwie.

Sumując rozważania dotyczące przyszłych zmian udziałów osób w wieku poprodukcyjnym w miastach i na wsi warto zaznaczyć, że wzrost odpowiedniego odsetka dla populacji miast w latach 2004-2030 będzie niemal dwukrotny (194,7% – w stosunku do roku 2004), na wsi przyrost udziału sięgnie 49,7%. Ekonomiczne i społeczne konsekwencje procesu starzenia się ludności w perspektywie 20-25 lat wyraźniej będą zatem odczuwane na terenach miast niż na wsi. Uwaga powyższa dotyczy przede wszystkim takich województw, jak: kujawsko-pomorskie, łódzkie, pomorskie, świętokrzyskie oraz zachodniopomorskie, w których różnice w procesie starzenia się mieszkańców wsi i miast, wyrażone w punktach procentowych, są największe.

Dodajmy jeszcze, że najwyższy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym na wsi prognoza GUS dla roku 2030 przewiduje w opolskim (26,1%), a w miastach – w świętokrzyskim (32,0%).

Sytuacja w podregionach

Zróznicowanie udziałów osób w starszym (poprodukcyjnym) wieku na obszarach wiejskich w podregionach jest wyraźnie większe niż w przekrojach województw. Uwaga powyższa dotyczy zarówno sytuacji aktualnej, jak i przyszłości, z tym że w perspektywie 20 lat (od roku 2025) omawiana tu dyspersja ulegnie znacznemu zmniejszeniu. Jeżeli bowiem w roku 2010 względna różnica pomiędzy najniższym na wsi odsetkiem osób w wieku poprodukcyjnym (podregion gdański 11,4%), a najwyższym (podregion białostocko-suwański 21,5%), w świetle prognozy demograficznej GUS z roku 2003, będzie wynosiła 88,6%, to w roku 2025 tak samo mierzony dystans pomiędzy wielkościami wskaźników ekstremalnych (znów podregion gdański 18,3% oraz częstochowski 23,8%) ma wynosić 30,0% (zob. tabela 6). Dodajmy, że ryzyko błędu prognozy demograficznej, w przypadku gdy szacowane na przyszłe lata wielkości i wskaźniki są pochodną zabiegu tzw. postarzania – jest stosunkowo niskie (w porównaniu np. z sy-

tuacją, gdy liczebności osób w okresie perspektywicznym generowane są jako efekt rozrodczości pomiędzy momentem wyjściowym dla rachunku prognostycznego, a jego horyzontem czasowym). Szerzej na temat błędów w projekcjach demograficznych piszą m. in. S. K. Smith, J. Tayman i D. A. Swanson (Smith i inni 2001, s. 307-328).

Tabela 6. Podregiony o relatywnie niskich i wysokich udziałach osób starszych wśród mieszkańców wsi w roku 2010 i 2025

Podregiony ^a	% osób w danej grupie wśród ogółu mieszkańców wsi			
	2010		2025	
	Wiek produkcyjny (60+K/65+M)	75 lat i więcej	Wiek produkcyjny (60+K/65+M)	75 lat i więcej
Polska	15,7	6,5	20,5	7,1
Podregiony o relatywnie niskich udziałach osób starszych				
gdański	11,4	4,2	18,3	5,4
śląpski	12,0	4,6	19,5	5,4
poznański	12,8	4,7	20,7	6,3
koszaliński	12,9	5,0	21,5	6,3
pilski	12,9	4,9	20,2	6,2
szczeciński	13,1	5,2	21,1	6,9
olsztyński	13,1	5,0	20,4	6,0
elbląski	13,4	5,4	19,8	6,0
bydgoski	13,5	5,1	20,9	6,4
zielonogórski	13,7	5,6	21,7	6,5
gorzowski	13,9	5,6	21,8	6,6
wrocławski	13,9	5,7	22,1	6,7
Podregiony o relatywnie wysokich udziałach osób starszych				
częstochowski	17,7	7,3	23,8	8,1
świętokrzyski	17,9	8,4	23,2	8,0
łódzki	18,2	7,6	23,6	8,4
lubelski	18,3	7,9	21,8	7,7
piotrkowsko-skierniewicki	18,3	7,9	22,9	8,1
białsko-podlaski	18,4	8,4	21,8	7,7
łomżyński	18,5	8,5	20,9	7,9
chełmińsko-zamojski	19,3	8,7	23,4	8,4
białostocko-suwalski	21,5	10,3	23,6	9,0

a – podregiony uporządkowane według rosnącego odsetka osób w wieku produkcyjnym w roku 2010

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników prognozy demograficznej GUS z roku 2003 dla podregionów

Wracając do informacji zawartych w tabeli 6 – zauważmy, że dotyczą one dwóch grup podregionów. Pierwszą stanowią jednostki o relatywnie niskich udziałach osób w wieku poprodukcyjnym na wsi (o ok. 2 i więcej punktów niższych od średniej krajowej dla obszarów wiejskich). Drugą o udziałach wysokich, przewyższających o 2 lub więcej punktów średnią krajową w roku 2010. W grupie pierwszej znalazły się podregiony o niskich na ogół udziałach mieszkańców wsi utrzymujących się z rolnictwa. Wyjątek stanowiły tu podregiony poznański i pilski należące do województwa wielkopolskiego, w którym 21,9% gospodarstw domowych na wsi miało głównie lub wyłącznie rolnicze źródło utrzymania. Pamiętajmy jednak, że struktura własności użytków rolnych w tym województwie charakteryzowała się wysokimi udziałami gospodarstw większych o powierzchni powyżej 15 ha (56,8%), podobnie jak w województwie dolnośląskim (59,8%). Dodajemy jeszcze, że we wszystkich podregionach (12 jednostek) o niskich udziałach osób starszych na wsi zarówno w roku 2010, jak i 2025, nie będą one sięgały poziomu analogicznych wskaźników dla mieszkańców miast.

Podregiony o stosunkowo wysokich, w odniesieniu do średniej krajowej, odsetkach osób w starszym wieku na wsi położone były głównie w województwach o stosunkowo wysokich udziałach mieszkańców wsi utrzymujących się z rolnictwa. Dodatkowo w większości z nich przekształcenia w strukturze wielkości gospodarstw były słabo zaawansowane.

Wyjątek w tym względzie stanowią podregiony łomżyński i białostocko-suwański, gdzie 55% ziemi pozostaje we władaniu większych gospodarstw rolnych i równocześnie są to jednostki o skrajnie wysokich udziałach osób starszych na wsi. Powodem takiej sytuacji (podobnie jak w podregionie białsko-podlaskim i lubelskim oraz chełmińsko-zamojskim) były (o czym już wspomniano) wysokie, ujemne w poprzednich dziesięcioleciach, salda migracji dla wsi. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że w większości podregionów zaliczanych do drugiej grupy (w analizie pominięto jednostki o wartościach wskaźników zbliżonych do średniej krajowej) w 2010 roku spodziewane są wyższe odsetki osób w starszym wieku na wsi niż w miastach, a tylko w jednym (łomżyńskim) sytuacja taka ma się utrzymać jeszcze w 2025 roku.

Druga grupa wskaźników prezentowanych w tabeli 6 przedstawia udziały osób sędziwych wśród mieszkańców wsi wybranych celowo podregionów, tworzących grupy o niskich oraz wysokich odsetkach osób w wieku poprodukcyjnym. W pierwszej zbiorowości tych jednostek, zarówno w 2010 jak i 2025 roku, odsetki osób sędziwych (w wieku 75 lat i więcej) będą relatywnie niskie, a ich wzrost w rozpatrywanym przedziale cza-

wym powolny. W podregionach zaliczonych do drugiej grupy odsetki tych osób w roku 2010 będą wyraźnie wyższe w porównaniu do ich poziomu w jednostkach wcześniej przywoływanych (obszar zmienności odsetków 7,3-10,3). Co ciekawe, w większości podregionów legitymujących się wysokimi udziałami osób w wieku poprodukcyjnym na wsi, w latach 2010-2025 wystąpić ma przejściowo nieznaczny spadek udziałów sędziwych starców. Istnieją jednak przesłanki demograficzne pozwalające przyjąć, że wyraźnie przyrosty odsetków osób w wieku 75+ wystąpią tam po roku 2025.

Podsumowując część rozważań dotyczącą podregionów można również stwierdzić, że czynniki kształtujące proces starzenia się ludności związanej z gospodarstwami rolnymi poprzez zamieszkiwanie i utrzymywanie się z rolnictwa wpływa na strukturę demograficzną ogółu mieszkańców wsi.

Bibliografia:

- Gawryszewski A.: (2005), *Ludność Polski XX wieku*. Warszawa: IGiPZ PAN.
- GUS: (2003a), *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań, część I: Ludność*. Warszawa: GUS.
- GUS: (2003b), *Raport z wyników Powszechnego Spisu Rolnego 2002*. Warszawa: GUS.
- GUS: (2004), *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*. Warszawa: GUS.
- GUS: (2005), *Rocznik Demograficzny 2005*. Warszawa: GUS.
- Kowaleski J. T.: (1991), *Ludność w starszym wieku w rolnictwie polskim. Studium demograficzne*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Okólski M.: (2004), *Demografia zmiany społecznej*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Pędich W.: (2002), *Regionalne zróżnicowanie sytuacji ludzi starych na wsi*. W: *Polska starość*. B. Synak, [red.]. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, s. 231-285.
- Rosset E.: (1975), *Demografia Polski, t. 1*. Warszawa: Państwowe Wyd. Naukowe.
- Smith S. K., Tayman J., Swanson D. A.: (2001), *State and Local Population Projections. Methodology and Analysis*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Stasiak A., [red.]: (2004), *Wieś polska w świetle wyników NSP 2002 i PSR 2002 (Aspekty społeczne, ekonomiczne i przestrzenne)*. Warszawa: Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju, PAN.
- Witkowski J., [red.]: (1990), *Wybrane problemy migracji ludności wiejskiej w Polsce*. Warszawa: SGPiS.

Reprodukcja ludności w dekadach przełomów politycznych w Polsce

Wprowadzenie

Proces zastępowalności pokoleń jest ze swej natury czysto biologiczny. Natomiast w demografii używa się określenia czynników determinujących natężenie tego procesu. Odnosi się to głównie do współczynników płodności, i wówczas jest mowa o determinantach stopy płodności. Wśród tych czynników, które mogą wpływać na natężenie płodności, wymienia się także czynniki psychospołeczne. Zdaniem autora tak można również określić całokształt wpływu ważnych przełomów politycznych na proces zastępowalności pokoleń. W odniesieniu do reprodukcji ludności, takie okresy przełomowe wywołują konsekwencje psychospołeczne. W niniejszym tekście zwrócono uwagę na dwa okresy najnowszej historii Polski oraz przebieg procesu zastępowalności pokoleń w tych okresach. Analizie poddano, w przybliżeniu, dekadę lat osiemdziesiątych oraz pierwszą dekadę okresu transformacji.

Reprodukcja ludności w latach osiemdziesiątych

Na początku lat osiemdziesiątych występuje kulminacja reprodukcji naturalnej generacji wyżowej, jeżeli przyjmiemy, że pokolenie drugiej połowy lat pięćdziesiątych osiąga najwyższe współczynniki reprodukcji w wieku 20-30 lat. Takie jest przynajmniej powszechne mniemanie tłumaczące ten raczej niespodziewany w 1983 roku wzrost płodności. Należy tu jednak postawić pytanie, czy zmiana dynamiki demograficznej nie wiąże się z innymi wydarzeniami?

Tabela 1. Urodzenia i płodność kobiet w latach 1979-1988

Lp.	Rok	Urodzenia w tys.	Współczynnik urodzeń	Płodność na 1000 kobiet	Ludność w tys.
1	2	3	4	5	6
2	1979	691,3	19,6	76	35 414
3	1980	695,8	19,5	76	35 735
4	1981	681,7	19,0	75	36 062
5	1982	705,4	19,5	77	36 399
6	1983	723,6	19,7	79	36 745
7	1984	701,7	19,0	77	37 063
8	1985	680,1	18,2	74	37 341
9	1986	637,2	17,0	69	37 572
10	1987	607,8	16,1	66	37 764
11	1988	587,7	15,5	64	37 862

Źródło: Roczniki Statystyczne, GUS, Warszawa

Z powyższego zestawienia wynika, że w badanym okresie maksimum liczby urodzeń wystąpiło w 1983 roku. Także wówczas maksymalny był współczynnik urodzeń i współczynnik płodności, chociaż zwłaszcza w zakresie urodzeń podobny poziom współczynnika obserwowano także w kilku wcześniejszych latach.

Generalnie uważa się, że na drugą połowę lat siedemdziesiątych i początek lat osiemdziesiątych przypada echo demograficzne spowodowane przez wyż urodzeń z lat pięćdziesiątych. Można nawet wyliczyć, że między rokiem, w którym wystąpiło maksimum poprzedniego wyżu i okresem ostatniego wyżu, minęło 27 lat (Bubnowa 1989, s. 36). Wartość ta mieści się w przedziale maksymalnej płodności kobiet w Polsce – 20-29 lat. Wysoka liczba urodzeń była zatem oczekiwana. Nastąpił jednak wzrost liczby urodzeń ponad oczekiwany poziom. Spowodowany został wieloma czynnikami i istnieją różne hipotezy tłumaczące to zjawisko.

Według pierwszej: nastąpiła modyfikacja wzorca płodności kobiet przy utrzymaniu dotychczas realizowanej dzietności całkowitej na dotychczasowym poziomie. Przyspieszenie w realizacji planów dotyczących modelu rodziny mogło zostać wywołane przez zmianę, stosowanych także

w innych krajach (Moors, Rozendal 1985, s. 47), przepisów o urlopie wychowawczym – z bezpłatnego na płatny. Modyfikację o zasiłku na okres 18 miesięcy wprowadzono w 1981 roku, a w 1982 roku przedłużono ten okres do 24 miesięcy. Przy zachowaniu uprawnień wynikających ze stosunku pracy znaczna liczba kobiet zdecydowała się na dziecko i na wykorzystanie urlopu wychowawczego (Holzer 1984, s. 66). Jeśli ta teza jest słuszna, to występuje tu potwierdzenie skuteczności polityki prorodzinnej państwa o charakterze pronatalistycznym w kształtowaniu przyrostu naturalnego. Należy dodać, że inne były zasadnicze cele wprowadzonych rozwiązań. Na etapie reformy gospodarczej z początku lat osiemdziesiątych istniała niedopuszczalna systemowo groźba pojawienia się bezrobocia w socjalistycznej Polsce. W sposób świadomy, poprzez zwiększenie uprawnień kobiet i młodych matek, doprowadzono do czasowej dezaktywizacji zawodowej wielu tysięcy kobiet, co mogło poprawić sytuację na rynku pracy, a przy okazji wpłynąć na wzrost rodności. Zjawiska te – rodność i aktywizacja zawodowa kobiet – są bowiem ze sobą ściśle powiązane (Wingen 1980, s. 46).

Hipoteza druga ma charakter ekonomiczny i ukazuje jak procesy ekonomiczne oddziałują na proces reprodukcji. Wynika z ekonomicznej teorii H. Liebensteina, według której dzieci stanowią konkurencyjny wybór w stosunku do dóbr trwałego użytku. Po okresie relatywnej poprawy poziomu życia w początkowych latach siedemdziesiątych i dążności do posiadania dóbr materialnych nastąpił głęboki kryzys gospodarczy na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. W efekcie mogło to wywołać falę wysokich współczynników urodzeń o charakterze kompensacyjnym w stosunku do okresu poprzedniego (Holzer 1984, s. 66).

W literaturze przedmiotu zauważa się jednak, że hipoteza dotycząca zmian modelu dzietności i wzrostu urodzeń dalszych niż drugie nie znalazła potwierdzenia. Nie zanotowano istotnych zmian w zachowaniach prokreacyjnych (Holzer 1984).

Zdaniem autora, trudny do zbadania wpływ na wzrost współczynników urodzeń miały wydarzenia polityczne i patriotyczne, takie jak wybór Papieża Polaka, pielgrzymki do Polski Papieża Jana Pawła II, powstanie „Solidarności” i specyficzny stan „wolności ducha” w trakcie 16 miesięcy, a także stan wojenny. Wydarzenia te w sposób naturalny prowadziły do konsolidacji rodziny, wzrostu uczuć religijnych i patriotycznych, generalnie – postaw bardziej prawdziwych, poprawnych i akceptowanych społecznie (Jałowiecki 1999, s. 44). Konsekwencją tych tendencji mógł być m.in. także, mniej lub bardziej świadomy, wzrost urodzeń (Okólski 1988, s. 241).

Dalszych badań wymaga jednak wyjaśnienie przyczyn wzrostu współczynników urodzeń, głównie wśród kobiet w wieku 25-39 lat w miastach.

Z literatury znane są także przykłady zwiększonej reprodukcji naturalnej jako konsekwencji nieoczekiwanych jednorazowych wydarzeń zakłócających codzienny rytm życia. Głośna była np. przed laty sprawa wielogodzinnej awarii sieci energetycznej w Nowym Jorku i zwiększonych współczynników urodzeń w dziewięć miesięcy później, obserwowanych dla tej populacji. W Polsce wydarzenie nieoczekiwane trwało ponad rok, co niewątpliwie konsekwencje demograficzne mieć powinno.

Po 1983 roku następuje systematyczny spadek dzietności i przyrostu naturalnego. Może to wynikać z przyczyn demograficznych, ale także z marazmu i stagnacji, jakie zapanowały w kraju w końcowych latach realnego socjalizmu. Niestety, co zostanie przedstawione poniżej, te negatywne tendencje utrzymują się także w okresie transformacji.

Przełom lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych (*Demographische Informationen* 1981, s. 93) i koniec lat osiemdziesiątych charakteryzują się wzrostem migracji zagranicznych. Ponieważ emigrują głównie ludzie młodzi, może to mieć wpływ na spadek współczynników urodzeń i przyrostu naturalnego. Odbija się to niewątpliwie także na liczbie i strukturze ludności. Jak powszechnie wiadomo statystyki migracji zagranicznych do 1990 roku nie wzbudzają zaufania, stąd też trudno jest zbadać dokładniej populację emigrującą. Z badań wynika także interesująca rejonizacja migracji zewnętrznych do końca lat osiemdziesiątych (Rauziński 1999, s. 24). Główne obszary odpływu to Górny Śląsk i Śląsk Opolski oraz Mazury, co sugeruje emigrację ludności autochtonicznej lub etnicznie niemieckiej. O wiele mniejsze nasilenie emigracji dotyczy następnie obszarów Kaszub, Podhala, Małopolski i Dolnego Śląska. Wszystkie te znane procesy muszą jednak znajdować odbicie także w natężeniu reprodukcji ludności, zwłaszcza w układzie regionalnym. Zjawiska te były charakterystyczne do końca okresu realnego socjalizmu w Polsce, a liczba, współczynnik urodzeń oraz współczynniki płodności systematycznie spadały.

W odniesieniu do tabeli 1 należy zaznaczyć również, że w wyniku wysokiego poziomu płodności, współczynników urodzeń i bezwzględnych liczb urodzeń (powyżej 600 tys. w badanym okresie) znacznie wzrosła ogólna liczba ludności Polski na przestrzeni badanej dekady, bowiem o około 7%.

Zmiany demograficzne w początkach okresu transformacji

Wczesne lata dziewięćdziesiąte, a więc początkowy okres transformacji, także i w demografii przynoszą zupełnie nową jakość. Minęły, wydaje się że bezpowrotnie, lata wysokiego przyrostu naturalnego, znanego jeszcze z początków poprzedniej dekady, wysokich współczynników małżeństw i urodzeń. Obserwujemy zmiany w trwaniu życia i we współczynnikach zgonów. Może jeszcze za wcześnie wskazywać na trwałość tych zjawisk i ich przyczyny, ale pewne wnioski zostały już opublikowane i przedstawione.

Zmiany, i to istotne, dotyczą migracji. Minęły lata wielkich przemieszczeń ze wsi do miast, obserwuje się raczej powolny ruch powrotny. Nie potwierdzają się obawy polityków minionej epoki, że otwarcie granic doprowadzi do opustoszenia kraju. Tempo emigracji, jeżeli nie spada, to przynajmniej stabilizuje się na poziomie około 20 tys. rocznie. Obserwuje się nowe dla Polski XX wieku, a nieznane zwłaszcza w okresie realnego socjalizmu, zjawisko stałego wzrostu imigracji. Nie są to już jednostki, jak to bywało w latach sześćdziesiątych czy siedemdziesiątych. Imigracja w 1998 roku sięga 9 tys., co dla salda migracji zewnętrznych ma już poważniejsze znaczenie. Saldo to zbliża się powoli do około 10 tys. rocznie. Nie jest to poziom istotny dla narodu liczącego prawie 40 mln, ale nie bez znaczenia przy przyroście naturalnym rzędu 20 tys. lub mniejszym. Ta imigracja wymaga dalszych badań. Możliwe są tu tendencje długotrwałe, zapoczątkowane przez swego rodzaju migracje rodzinne. Nową jakość w imigracji może przynieść określona polityka migracyjna, której wprowadzenie jest niezbędne w celu rozwiązania problemu repatriacji Polaków ze wschodu. Sejm podjął niegdyś w tej sprawie stosowne postanowienia (Gazeta Wyborcza 2000).

Współczesne problemy demograficzne w Polsce, a także w całej Europie Środkowo-Wschodniej są efektem trwania procesu przejścia demograficznego. Teoria przejścia demograficznego wskazuje na istotne zmiany w procesach ludnościowych wynikające ze zmian społeczno-ekonomicznych. Obserwowano w przeszłości rolnicze przejście demograficzne, a następnie przemysłowe przejście demograficzne (Latuch 1986, 184). Obecnie Polska, i jej sąsiedzi, znajdują się w fazie przejścia demograficznego od społeczeństw tradycyjnych do społeczeństw nowoczesnych, dla których charakterystyczne są niska płodność i umieralność (Cieślak 1992, s. 44).

Jest to etap przejścia od równowagi demograficznej typu archaicznego do równowagi demograficznej typu nowoczesnego (Rosset, Billig 1987, s. 42).

Zmiany w zakresie ruchu naturalnego, migracji oraz przejście demograficzne to istotne tło zmian w zastępowalności pokoleń w Polsce w pierwszej dekadzie okresu transformacji.

Powyżej przedstawiony został rozwój wydarzeń w stosunkach ludnościowych w Polsce w wybranym okresie PRL. Istotne zmiany pojawiają się w tendencjach ludnościowych w nowej Polsce w dekadzie lat dziewięćdziesiątych, zwłaszcza w stosunku do lat osiemdziesiątych. Zmiany w stosunkach ludnościowych były jednak obserwowane w każdej dekadzie. Taka jest specyfika zjawisk ludnościowych, że stale działa echo demograficzne, przynosząc nowe tendencje do istniejących procesów jako konsekwencje przeszłości. Nie inne są konsekwencje zmian politycznych.

Minęło dziesięć lat od najistotniejszej zmiany w sytuacji społeczno-politycznej w Polsce w okresie powojennym, zmiany ustroju. Okres ten przyniósł nowe tendencje w rozwoju życia społecznego, politycznego i gospodarczego kraju. Nie bez znaczenia są też obserwowane w minionej dekadzie zmiany w stosunkach ludnościowych. Mają one istotny wpływ na podejmowane reformy systemowe (Holzer 1994, s. 12). Zwłaszcza że określają one skalę potrzeb we wszystkich reformowanych sferach życia państwa i narodu, a obserwowane tendencje będą miały długotrwałe konsekwencje (Frąckiewicz 1998).

Liczba ludności w latach 1989-1998 wzrosła o 629 tys. (tj. o 1,65%). Jest to przyrost zaledwie o 20% przewyższający roczne przyrosty osiągane w latach pięćdziesiątych. Podane informacje o liczbie ludności w minionej dekadzie wskazują na przyczynę tej tendencji, którą są zmniejszające się liczby przyrostu rzeczywistego w ostatnich latach.

W pierwszym pięcioleciu badanego okresu liczba ludności zwiększyła się o 467 tysięcy, podczas gdy w drugiej połowie dekady jedynie o 162 tys. Powyższy podział ujawnia widoczny spadek dynamiki przyrostu liczby ludności od 1994 roku. Czy tendencja ta dotyczy także szczegółowych badanych tu procesów ludnościowych, przedstawiają kolejne zestawienia.

Proces reprodukcji ludności w okresie transformacji

Wybrane elementy procesu zastępowalności pokoleń w badanym okresie prezentuje tabela 2. Wartości przedstawiono w tysiącach, dla Polski ogółem, oraz w wielkościach stosunkowych, ukazujących natężenie.

Tabela 2. Urodzenia i płodność kobiet w latach 1989-1998

Lp.	Rok	Urodzenia w tys.	Współczynnik urodzeń	Płodność na 1000 kobiet	Ludność w tys.
1	2	3	4	5	6
2	1989	564,4	14,9	60	38 038
3	1990	547,7	14,3	58	38 183
4	1991	547,7	14,3	58	38 309
5	1992	515,2	13,5	53	38 418
6	1993	494,3	12,8	51	38 505
7	1994	481,3	12,5	49	38 581
8	1995	433,1	11,2	43	38 609
9	1996	428,2	11,1	42	38 639
10	1997	412,7	10,7	41	38 660
11	1998	395,6	10,2	39	38 667

Źródło: Rocznik Demograficzny 1999. GUS, Warszawa

Liczba urodzeń w pierwszej dekadzie okresu transformacji uległa istotnej zmianie. Z poziomu ponad 560 tys. spadła do niecałych 400 tys., tj. o 30%. Tempo spadku wykazuje tendencję niespotykaną w powojennej historii stosunków ludnościowych w Polsce. Przy tak istotnych zmianach celowo przedstawiono najpierw bezwzględny poziom analizowanych procesów. Wartości stosunkowe prezentują następne kolumny tabeli 2. Obserwacja współczynników reprodukcji ludności wskazuje na zmiany w natężeniu wszystkich analizowanych procesów (Raport 1998, s. 27). Obserwowany spadek był w zasadzie stały. Dotyczyło to wszystkich analizowanych powyżej współczynników, a spadek w tym przypadku nie jest zjawiskiem pozytywnym, w przeciwieństwie np. do współczynników zgonów niemowląt, których tu nie badano, ale zmianę tę należy podkreślić, bowiem spadek oznacza, że osiągnięto 50% poprawę (Rączaszek 1999, s. 395).

Przebieg zmian w elementach ruchu naturalnego ludności wpływa na przyrost naturalny. Tu zanotowane zostało najpoważniejsze pogorszenie sytuacji. Współczynnik przyrostu naturalnego za dekadę zmniejszył się dziesięciokrotnie, do nieznanego nigdy w Polsce poziomu 0,5‰, a i ten dalej będzie spadał (Bolesławski 1999, s. 2). Takie będą konsekwencje spad-

ku przedstawionego w tabeli współczynnika urodzeń o około jedną trzecią. Podobna zmiana dotyczy współczynników płodności. To zaś oznacza, że zastępowalność pokoleń w Polsce nie gwarantuje nawet reprodukcji prostej. Pośrednią konsekwencją tego faktu jest liczba ludności z kolumny nr 6. Dla roku 1998 jest ona najwyższa, jaką kiedykolwiek odnotowano w Polsce. W pierwszej dekadzie okresu transformacji wygasły wszelkie trendy rozwojowe w stosunkach ludnościowych. Można zatem stwierdzić, że transformacja spowodowała poważne koszty demograficzne, a ich źródła należy szukać wśród czynników psychospołecznych. Tak należy bowiem ocenić spadek płodności kobiet w Polsce do roku 1998 (39), wobec dwukrotnie wyższego współczynnika w roku 1983 (79).

Podsumowanie

Przedstawiono powyżej dwie dekady zmian w stosunkach ludnościowych w Polsce. Były to dekady nacechowane istotnymi zmianami politycznymi. W latach osiemdziesiątych ówczesnej władzy udało się stłumić zryw niepodległościowy związany z powstaniem „Solidarności”. Odruch patriotyzmu zaowocował zwiększeniem fali oczekiwanego wyżu demograficznego. Okres lat dziewięćdziesiątych nie przyniósł podobnej tendencji. Powrót do gospodarki rynkowej oznaczał znaczne pogorszenie sytuacji na rynku pracy, a to wpływa na czynniki psychospołeczne decydujące o procesie reprodukcji ludności. Można jedynie stwierdzić, że wpływ tej nowej rzeczywistości jest większy, niż wynika to z przedstawionych danych statystycznych. Transformacja ustrojowa trwa nadal. Liczba ludności w roku 2004 spadła do 38 191 tys. Przedstawiana w tablicach liczba urodzeń spadła do 356 tys., a współczynnik urodzeń do 9,3‰. Jest to efektem spadku płodności kobiet do poziomu 36 urodzeń na 1000 kobiet w wieku rozrodczym (Rocznik Statystyczny 2005). Konsekwencje okresu transformacji są zatem bolesne. Proces reprodukcji ludności jest silnie uzależniony od okresów zmian politycznych, a w zasadzie od najistotniejszych przełomów politycznych. Jeżeli uznamy, że ujemny przyrost naturalny i reprodukcja ludności poniżej prostej zastępowalności pokoleń są zjawiskami niepożądanymi i niekorzystnymi, to należy oczekiwać że powstanie IV RP, jak ogłasza to obecne ugrupowanie rządzące, będzie oznaczać kolejny istotny przełom polityczny. Pozostaje tylko oczekiwać na pozytywne zmiany demograficzne w jego konsekwencji, bowiem rządząca koalicja ma pro-

wadzić politykę prorodziną. Warto przeanalizować za kilka lat, czy po raz kolejny taki przełom polityczny wpłynie na czynniki psychospołeczne determinujące poziom zastępowalności pokoleń.

Bibliografia:

Bolesławski L.: (1999), Założenia prognozy ludności Polski na lata 1999-2030. Warszawa: GUS, Departament Badań Demograficznych.

Bubnowa H.: (1989), Falowanie demograficzne. Przyczyny, charakter, prognozy. *Studia Demograficzne*, 1(95). Warszawa: PWN.

Cieślak M., [red.]: (1992), Demografia. Metody analizy i prognozowania. Warszawa: PWN.

Demographische Informationen: (1981), Institut für Demographie. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften.

Frąckiewicz L., [red.]: (1998), Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej. Katowice: AE.

Gazeta Wyborcza 10-12 listopada 2000 r. Na posiedzeniu Sejmu 8.11.2000 r. przegłosowano ustawę o repatriacji Polaków z kaukaskiej i azjatyckiej części byłego ZSRR.

Holzer J. Z.: (1984), Wyże demograficzne w Polsce. Analiza porównawcza. *Studia Demograficzne*, 4(78), Warszawa: PWN.

Holzer J. Z.: (1994), Demografia. Warszawa: PWE, s.12.

Jałowiecki S.: (1999), Powódź a system wartości. W: Naturalna katastrofa i społeczne reakcje. K. Frysztacki, T. Sołdra-Gwiżdż, [red.]. Opole: PIN, IŚ.

Latuch M., [red.]: (1986), Problemy ludnościowe. Warszawa: PWE.

Moors H., Rozendal P.: (1985), Einstellung zur Bevölkerungspolitik in den Niederlanden. W: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, Jg. 11, 1. Boppard am Rhein: Verlag H. Boldt.

Okólski M.: (1988), Reprodukcyjność ludności a modernizacja społeczeństwa. Warszawa: KiW.

Raport 1997. Sytuacja demograficzna Polski: (1998). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Ministerstwo Gospodarki.

Rauziński R.: (1999), Współczesne migracje zagraniczne na Śląsku Opolskim. Opole: Wyd. IŚ.

Rączaszek A.: (1999), Trendy rozwojowe i zagrożenia sytuacji demograficznej w województwie śląskim. W: Spatial information management in the new millenium. G. Szpor, D. Kerekovič, [red.]. Katowice: Wydział Techniki Uniwersytetu Śląskiego, Stowarzyszenie SILGIS Center.

Rocznik Statystyczny RP 2005. Warszawa: GUS.

Rosset E., Billig W.: (1987), Studia nad teoriami ludnościowymi. Warszawa: SGPiS.

Wingen M.: (1980), Der Kinderwunsch in der modernen Industriegesellschaft. Stuttgart-Köln-Mainz: Verlag W. Kohlhammer.

Jakość życia w fazie starości – próba diagnozy

Wprowadzenie

„Jakość życia” należy do tych pojęć ze słownika nauk społecznych, które im częściej są używane przez badaczy reprezentujących różne dyscypliny naukowe, tym bardziej stają się wieloznaczne i nieostre. „Jakość życia” jest też pojęciem obecnym w medycynie, w której silnie związana jest z definicją zdrowia, określanego jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Psychologowie chętnie łączą jakość życia z dobrostanem psychicznym, zagadnieniami stresu życiowego, poczuciem szczęścia (Czapiński, Panek 2005, s. 110). Socjologowie podkreślają związki jakości życia z systemem wartości, subiektywnymi ocenami życia i jego warunków, poszukując obiektywnych i subiektywnych wskaźników „dobrego życia” i „dobrego społeczeństwa”. Ekonomisci i statystycy społeczni analizują jakość życia głównie w kontekście poziomu i warunków życia oraz ich subiektywnej oceny formułowanej przez członków badanej społeczności. Nauka o polityce społecznej zainteresowana jest jakością życia w różnych jej wymiarach i nadaje temu pojęciu zróżnicowany zakres, zawsze jednak wiążąc ją z zaspokajaniem przez człowieka potrzeb i warunkami, jakie stwarza ludziom społeczeństwo (Rysz-Kowalczyk 2001)

W pewnym uproszczeniu wyróżnić można trzy zakresy pojęcia „jakość życia”, którymi posługują się politycy społeczni i statystycy społeczni (Szatur-Jaworska 2005). W każdym jednak przypadku jest to kategoria wartościująca, służąca określeniu tego, co dobre i co złe w życiu poszczególnych ludzi i całych społeczeństw, nieograniczająca się do opisu. W najszerszym rozumieniu na jakość życia składa się poziom życia (rozumiany

jako poziom zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych), stan środowiska przyrodniczego i technicznego, charakter więzi społecznych (w rodzinie, w szerszych zbiorowościach) oraz odczucia ludzi dotyczące wymienionych obszarów. W węższym znaczeniu: poziom i warunki życia oraz związane w nimi odczuwanie zadowolenia (lub braku zadowolenia). Taki zakres nadaje temu pojęciu np. E. Allard, który wyróżnia warunki życia (dobra zabezpieczające materialne podstawy życia i dobra zapewniające spełnienie potrzeby przynależności) oraz subiektywne elementy jakości życia (oceny dotyczące warunków życia wyrażane przez: „nadzieję, strach, szczęście, samotność, niepewność, dostrzeganie konfliktów oraz priorytetów, ale szczególnie przez zadowolenie albo troski”) (Kordos 1991, s. 28). W jeszcze węższym zakresie jakość życia badacze utożsamiają z satysfakcją z życia, poczuciem szczęścia itp., ograniczając się do jej subiektywnych miar. Przykładem takiego podejścia jest definicja J. Rutkowskiego, który pisze, że „jakość życia jest to ocena stopnia zaspokojenia potrzeb, dokonywana bezpośrednio przez jednostkę” (Rutkowski 1991, s. 33).

Dyskusyjne jest, czy jakość życia jest zmienną, którą można badać tylko na poziomie indywidualnym (jednostkowym), czy też można mówić o jakości życia jako cesze badanej na wyższych poziomach socjologicznej analizy, np. na poziomie społeczności. Wydaje się, że stosując najszerszą definicję jakości życia, można mówić o jej wymiarze ponadjednostkowym, np. gdy oceniamy stan środowiska przyrodniczego czy charakter więzi społecznych w zbiorowości – analizowany np. z punktu widzenia współdziałania bądź rywalizacji. Węższe jednak pojmowanie jakości życia wyraźnie wiąże tę kategorię z jednostką – jej potrzebami, odczuciami, ocenami.

Przedmiotem dalszych rozważań będą wybrane elementy jakości życia badanej na poziomie jednostkowym w stosunku do osób w wieku 45 lat i więcej. Skoncentruję się na subiektywnych miarach jakości życia, które zastosowano w formie pojedynczych wskaźników lub indeksów w badaniach warunków i jakości życia spopularyzowanych pod nazwą „Diagnoza społeczna 2005” (Czapiński, Panek 2005).

Zdrowie i samopoczucie jako element jakości życia

Autorzy „Diagnozy społecznej 2005” zajmowali się zdrowiem rozumianym bardzo szeroko – i w kontekście dobrostanu fizycznego, i psychicznego, i społecznego. Nie sposób w krótkim z założenia tekście omówić

wszystkie najważniejsze wyniki tak obszernych badań, stąd też ograniczę się tylko do niektórych ich rezultatów.

Syntetyczną miarą dobrostanu fizycznego może być odpowiedź na pytanie o odczuwane dolegliwości. Podobnie jak inne badania na ten temat, także „Diagnoza społeczna 2005” potwierdza zdroworozsądkową obserwację, że kondycja fizyczna człowieka pogarsza się z wiekiem i powoduje to rosnące ograniczenia życiowej aktywności. Polacy stosunkowo wcześniej zaczynają odczuwać dolegliwości fizyczne – w grupie wieku 45-59 lat tylko co czwarty nigdy ich nie doświadczał, a w grupie wieku 65 lat i więcej tylko co dziesiąta osoba nie doświadczała fizycznych dolegliwości (tabela 1). I jest to przyczyną ograniczenia ich aktywności życiowej w różnych obszarach (tabela 2), a więc wpływa także na jakość życia – szczególnie w najstarszych grupach wieku.

Tabela 1. Odczuwał(a) Pan(i) dolegliwości fizyczne? (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Często	Zdarzyło się	Nigdy
Ogółem	16,93	43,85	39,22
45-59 lat	18,93	54,31	26,75
60-64 lata	26,46	58,33	15,21
65 i więcej lat	43,05	47,20	9,75

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P25; www.diagnoza.com.pl

Tabela 2. Problemy ze zdrowiem utrudniały Panu(i) wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach? (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Często	Zdarzyło się	Nigdy
Ogółem	13,74	46,19	40,07
45-59 lat	15,10	54,16	30,74
60-64 lata	19,58	58,54	21,88
65 i więcej lat	35,86	51,97	12,17

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P26; www.diagnoza.com.pl

Psycholog J. Czapiński – współautor badań i współredaktor raportu końcowego – dokonał bardzo wnikliwej analizy dobrostanu psychicznego Polaków, uwzględniając liczne jego aspekty i posługując się licznymi jego miarami. Analiza ta doprowadziła do wniosku, że „najważniejszym czynnikiem wyjaśniającym dobrostan psychiczny Polaków jest wiek życia. Im ktoś starszy, tym prawdopodobnie jest w gorszej kondycji psychicznej, zwłaszcza jeśli chodzi o symptomy nieprzystosowania (depresji).[...] co więcej w przeciwieństwie do społeczeństw zachodnich (USA, Kanada) w Polsce zależność (kilkakrotnie niż tam silniejsza) między wiekiem i depresją nie jest negatywna lecz pozytywna. W Stanach Zjednoczonych to ludzie młodszy częściej cierpią na depresję niż starsi, w Polsce zaś odwrotnie: niemal z każdym rokiem życia zwiększa się nasilenie objawów depresji psychicznej” (Czapiński, Panek 2005, s. 116). Stwierdzonego w badaniach pogarszania wraz z wiekiem dobrostanu psychicznego nie można zatem wiązać z fazą życia, lecz z sytuacją społeczną, która niekorzystnie wpływa na kondycję psychiczną osób w różnym wieku, nasilając się w najstarszych grupach wieku. Omawiane badania wykazały, że depresja bardzo często (szczególnie w bardziej zaawansowanym wieku) wywołuje dolegliwości somatyczne.

Warto podkreślić, że większemu zagrożeniu starszych grup wieku depresją psychiczną u osób w fazie starości towarzyszą gorsze oceny dotychczasowego życia (co można by uznać za skrócony bilans życia) (tabela 3).

Tabela 3. Jak ocenia Pan(i) swoje dotychczasowe życie jako całość? (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Wspañiale	Udane	Dosyć dobre	Ani dobre, ani złe	Niezbyt udane	Nieszczęśliwe	Okropne	Średnia ocen
	1	2	3	4	5	6	7	
Ogółem	2,76	33,51	35,93	19,90	6,28	1,16	0,47	2,99
do 24 lat	5,92	38,00	34,50	15,42	4,92	0,67	0,58	2,80
25-34 lata	3,32	39,32	34,34	16,59	5,41	0,58	0,43	2,85
35-44 lata	2,16	33,67	37,30	19,41	6,30	0,64	0,51	2,98
45-59 lat	1,82	32,08	36,73	20,69	6,81	1,35	0,51	3,05
60-64 lata	1,25	25,99	36,59	25,36	8,52	1,66	0,62	3,21
65 i więcej lat	2,25	28,63	35,61	24,42	6,61	2,25	0,22	3,12

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P3, P3a; www.diagnoza.com.pl

Zjawisko to można tłumaczyć przy pomocy różnych hipotez. Jedną z nich jest pogląd B. Synaka, iż starsze pokolenie w Polsce ma odczucie, iż jego dorobek został zakwestionowany przez transformację. Posrednio slaba identyfikacje z przemianami z ostatnich kilkunastu lat potwierdzaja w "Diagnozie..." odpowiedzi na pytanie o to, czy badanym zylo sie lepiej przed 1989 rokiem, czy obecnie. 2/3 najstarszych respondentów ocenia jako lepsze życie przed 1989 rokiem (tabela 4).

Tabela 4. Kiedy żyło się Panu(i) łatwiej – przed 1989 rokiem, czy obecnie? (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Przed rokiem 1989	Obecnie	Trudno powiedzieć	Nie pamiętam czasów sprzed '89
Ogółem	43,62	13,58	22,68	20,11
60-64 lata	64,23	18,41	17,36	0,00
65 i więcej lat	62,15	15,45	21,74	0,66

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J.Czapiński, T.Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P4; www.diagnoza.com.pl

Życie rodzinne i funkcjonowanie gospodarstwa domowego

Polacy deklarują w badaniach bardzo wysoki stopień zadowolenia ze swojego życia rodzinnego – w 2005 roku bardzo zadowolonych było 22%, zadowolonych – 49%, a dosyć zadowolonych – 21%. Wiek nie różnicuje w sposób znaczący rozkładu odpowiedzi na to pytanie. W grupie wieku 65 lat i więcej rozkład podanych wyżej odpowiedzi wyglądał odpowiednio: 25%, 50%, 19%. Ze stosunków w najbliższej rodzinie zadowoleni są zatem i starzy, i młodzi (Czapiński, Panek 2005, tabela P67.1). Można zatem uznać, że komponent rodzinny jakości życia ma na nią pozytywny wpływ w przypadku większości dorosłych osób.

Życie rodzinne to także prowadzenie gospodarstwa domowego, „zajmowanie się domem”, któremu osoby starzejące się i starsze poświęcają około jednej szóstej doby. Obowiązki te mogą być źródłem zadowolenia, ale mogą też być źródłem rujnującego zdrowie i relacje społeczne stresu. Ocena materialnych warunków życia jest jednocześnie elementem powtarzającym się w wielu definicjach jakości życia. Najgorzej oceniali własny poziom materialny respondenci z grupy wieku 45-59 lat,

zaś najlepiej najmłodszy – w wieku 18-24 lata. Osoby najstarsze oceniały swoją sytuację gorzej niż młodzi, ale nieco lepiej niż będący w fazie późnej dojrzałości (tabela 5). Jednocześnie w fazie starości największe jest poczucie pewności dochodów. Dochody w tej fazie życia nie są więc satysfakcjonujące, ale dają na pewno największe poczucie bezpieczeństwa, jeśli idzie o brak zagrożenia nieuzyskaniem dochodu (tabela 6).

Tabela 5. Jak ocenia Pan(i) materialny poziom swego obecnego życia? (w % i średnia ocen)

Grupa społeczno-demograficzna	Wspomniały 1	Dobry 2	Dosyć dobry 3	Ani dobry, ani zły 4	Niezbędny 5	Zły 6	Traagiczny 7	Średnia ocen
Ogółem	0,55	12,99	19,94	31,64	20,94	10,70	3,23	4,05
do 24 lat	1,00	18,58	23,50	27,33	18,58	7,83	3,17	3,80
25-34 lata	0,94	15,86	23,58	31,15	17,45	8,07	2,96	3,84
35-44 lata	0,51	12,42	19,24	30,25	21,85	12,04	3,69	4,11
45-59 lat	0,34	10,71	18,60	30,75	22,40	12,95	4,26	4,20
60-64 lata	0,00	10,44	19,42	33,82	20,46	12,53	3,34	4,15
65 i więcej lat	0,29	10,61	16,42	38,37	23,18	9,81	1,31	4,08

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P38, P38a; www.diagnoza.com.pl

Tabela 6. Czuł(a) Pan(i), że Pana(i) źródło dochodów jest niestale i niepewne? Pominięto odpowiedzi „nie dotyczy” (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Często	Zdarzyło się	Nigdy
Ogółem	21,39	40,76	37,85
60-64 lata	9,75	31,52	58,73
65 i więcej lat	4,60	18,40	77,00

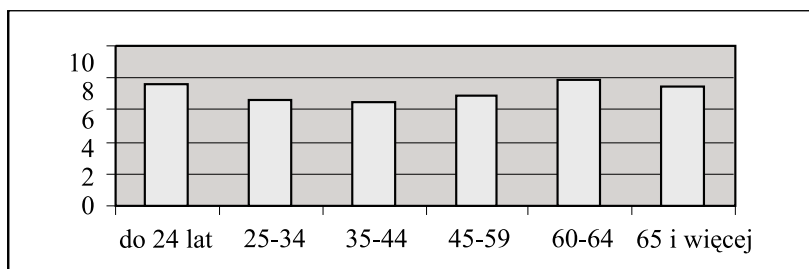
Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P17; www.diagnoza.com.pl

Okazuje się też, że w zbiorowości osób najstarszych (65 lat i więcej) relatywnie najrzadziej zdarzało się, że kłopoty finansowe przysparzały im

zmartwień i utrudniały życie. Najczęściej takie problemy zgłaszały w badaniach osoby w wieku 35-44 lata i 45-59 lat (38% odpowiedzi, że zdarza się to często), zaś najrzadziej właśnie osoby najstarsze (17,5% odpowiadających, że zdarza się to często, i 30%, że nigdy) (Czapiński, Panek 2005, tabela P18). Większe jest zatem prawdopodobieństwo, że sytuacja finansowa wpłynie negatywnie na jakość życia w fazie późnej dojrzałości niż w fazie starości.

Kontakty pozarodzinne – przyjaciele, sąsiedzi, środowisko lokalne, organizacje społeczne

Wyniki „Diagnozy 2005” wskazują na to, że ani późna dojrzałość, ani starość nie są fazami życia, w których brakuje nam przyjaciół. W odpowiedzi na pytanie – „Ile osób zalicza Pan(i) do grona swoich przyjaciół?” – wszyscy respondenci wskazywali średnio 7 osób. Wartości powyżej tej średniej uzyskano w najmłodszej populacji (do 24 lat) i w najstarszej (rycina 1). Relatywnie duża liczba przyjaciół nie chroni jednak przed poczuciem osamotnienia – doświadcza go co czwarta osoba w wieku 60 lat i więcej (Czapiński, Panek 2005, tabela P51).



Rycina 1. Średnia liczba przyjaciół

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P48a; www.diagnoza.com.pl; opracowanie własne

Najbardziej zadowolone z kontaktów ze znajomymi i przyjaciółmi są osoby najmłodsze (do 24 lat), wśród których co piąta jest bardzo zadowolona z tego typu kontaktów. W starszych grupach wieku odsetek bardzo zadowolonych waha się pomiędzy 5,8% (osoby w wieku 60-64 lata) a 10,8% (25-34 lata). Przeważają osoby zadowolone i dosyć zadowolone – około 80% respondentów z grup wieku powyżej 24 roku życia. Można

stąd wnosić, że we wszystkich fazach życia – także w starości – kontakty ze znajomymi są czynnikiem sprzyjającym jakości życia.

Gorzej kształtują się relacje sąsiedzkie. Co trzecia badana osoba sygnalizowała problemy w tych relacjach. Przy czym najrzadziej (co czwarty) na kontakty z sąsiadami lub innymi osobami w okolicy narzekali najstarsi respondenci (tabela 7).

Tabela 7. Problemy związane z sąsiadami lub innymi ludźmi z okolicy zatruwały Panu(i) życie? (w %)

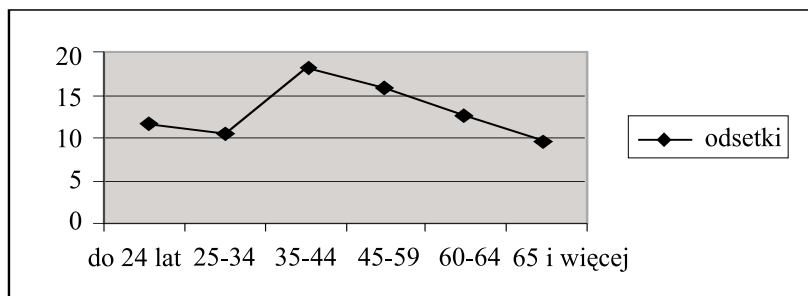
Grupa społeczno-demograficzna	Często	Zdarzyło się	Nigdy
Ogółem	3,61	29,28	67,12
60-64 lata	1,88	30,33	67,78
65 i więcej lat	2,83	22,53	74,64

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek, [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P24; www.diagnoza.com.pl

Środowisko, w którym mieszkamy, jest wyraźnie słabszym, niż krąg rodzinny czy przyjacielski, ogniwem w zbiorze czynników kształtujących naszą jakość życia – co drugi dorosły Polak ma obniżone poczucie bezpieczeństwa, gdyż obawia się przestępczości, narkomanii i chuligaństwa w swojej dzielnicy, osiedlu, okolicy. Te obawy na podobnym poziomie stwierdzono u osób z wszystkich badanych grup wieku, a zatem nie potwierdza się potoczna opinia, że osoby starsze mają szczególnie osłabione poczucie bezpieczeństwa w swoim miejscu zamieszkania (Czapiński, Panek 2005, tabela P23).

Dziwi natomiast niska aktywność najstarszych osób w środowisku lokalnym, gdy skonfrontujemy dane z „Diagnozy” z danymi uzyskanymi z GUS-owskich badań budżetów czasu (Budżet czasu 2005). Z badań tych wynika, że dobrowolną pracę w organizacjach i poza nimi wykonuje 48% osób w wieku 65 lat i więcej, przeznaczając na nią przeciętnie 1 godz. 33 min (Budżet czasu 2005, tabela 2). Z „Diagnozy” zaś wynika, że najstarsi wykazują najmniejsze zaangażowanie w sprawy lokalnej społeczności (rycina 2). Prawdopodobnym wyjaśnieniem tej niespójności wyników różnych badań jest to, że osoby starsze, choć relatywnie częściej poświęcają swój czas na działalność na rzecz innych ludzi, nie uznają za ważnego beneficjenta swojej

pracy społecznej społeczności lokalnej, lecz inaczej zdefiniowane grupy (np. potrzebujących pomocy, kombatanów) lub konkretnych ludzi.



Rycina 2. Czy w ciągu ostatnich dwóch lat zdarzyło się, że angażował(a) się Pan(i) w działania na rzecz społeczności lokalnej? Odpowiedzi „tak”

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P66; www.diagnoza.com.pl

Działania podejmowane na rzecz innych ludzi charakteryzują się niskim poziomem formalizacji – przeciętnie około 12% dorosłych Polaków należy do jakiejś organizacji. Najmniejszy odsetek członków organizacji odnotowano w populacji w wieku do 18-34 lata, największy w populacji 35-44 lata. Przy czym po 45 roku życia odsetek ten zaczyna się obniżać (tabela 8).

Tabela 8. Czy jest Pan(i) członkiem jakichś organizacji, stowarzyszeń, partii, komitetów, rad, związków lub grup religijnych? (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Tak, jednej	Tak, dwóch	Tak, trzech lub więcej	Nie
Ogółem	10,01	1,77	0,51	87,71
do 24 lat	7,52	0,75	0,50	91,23
25-34 lata	7,51	1,08	0,36	91,04
35-44 lata	12,99	2,10	0,45	84,47
45-59 lat	11,47	2,33	0,68	85,53
60-64 lata	9,17	2,71	0,42	87,71
65 i więcej lat	9,02	1,67	0,44	88,87

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P103; www.diagnoza.com.pl

Wypoczynek, uczestnictwo w kulturze

Osoby w fazie starości są – podobnie jak osoby od nich młodsze – częściej zadowolone niż niezadowolone ze spędzania czasu wolnego. Choć uważam, że około 25-30% niezadowolonych z wykorzystania czasu, który każdy z nas ma do własnej dyspozycji, który zgodnie z istotą czasu wolnego powinniśmy spędzać tak jak chcemy – to dużo. Czas wolny jest bardzo ważnym elementem jakości życia, zwłaszcza w tych jego fazach, gdy wycofujemy się z pracy zawodowej. Niezadowolenie z jego wykorzystania na pewno wpływa negatywnie na jakość życia w tym okresie (tabela 9).

Tabela 9. W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(a) ze sposobu spędzania wolnego czasu? Pominięto odpowiedzi „nie dotyczy” (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Bardzo zadowolony(a)	Zadowolony(a)	Dosyć zadowolony(a)	Dosyć niezadowolony(a)	Niezadowolony(a)	Bardzo niezadowolony(a)
Ogółem	4,78	31,51	35,50	14,60	10,17	3,44
60-64 lata	1,68	31,93	37,18	15,55	11,76	1,89
65 i więcej lat	3,95	33,26	36,99	12,45	9,69	3,65

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek, [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P67.15; www.diagnoza.com.pl

Jedną z przyczyn niezadowolenia ze sposobu spędzania czasu jest niewątpliwie niski poziom satysfakcji z uczestnictwa w kulturze. Najwyższy odsetek niezadowolonych i bardzo niezadowolonych z udziału w życiu kulturalnym znajdujemy wśród osób po 45 roku życia, choć to niezadowolenie narasta już od 35 roku życia. Warto zauważyć, że wśród osób najstarszych stopień niezadowolenia jest podobny do obserwowanego w fazie późnej dojrzałości (tabela 10).

Tabela 10. W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(a) z uczestnictwa w kulturze?
Pominięto odpowiedzi „nie dotyczy” (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Bardzo zadowolony(a)	Zadowolony(a)	Dosyć zadowolony(a)	Dosyć niezadowolony(a)	Niezadowolony(a)	Bardzo niezadowolony(a)
Ogółem	1,31	14,73	32,62	22,45	19,12	9,76
do 24 lat	2,72	19,59	42,55	18,09	10,40	6,65
25-34 lata	1,20	16,99	36,84	23,21	14,59	7,18
35-44 lata	0,97	12,51	34,05	22,03	20,99	9,45
45-59 lat	1,01	13,21	27,53	23,74	22,40	12,11
60-64 lata	1,41	13,11	29,98	23,19	22,25	10,07
65 i więcej lat	1,05	13,80	27,24	23,73	22,67	11,51

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek, [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P 67.22; www.diagnoza.com.pl

Szczęście i jego uwarunkowania

Syntetycznym wskaźnikiem jakości życia, gdy ograniczymy to pojęcie do subiektywnych ocen formułowanych przez ludzi, jest odpowiedź na pytanie o to, czy badana osoba czuje się szczęśliwa. Większość Polaków odpowiada na to pytanie pozytywnie, choć osoby, które ukończyły 45 lat czynią tak nieco rzadziej niż osoby młodsze. Odsetek tych, którzy czują się niezbyt szczęśliwi lub nieszczęśliwi rośnie wraz z wiekiem i największą wartość (prawie 40%) osiąga w grupie wieku 65 lat i więcej. (tabela 11)

Tabela 11. Jak ocenił(a)by Pan(i) swoje życie w tych dniach – czy mógłby(mogłaby) Pan(i) powiedzieć, że jest: (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	Bardzo szczęśliwy(a)	Dosyć szczęśliwy(a)	Niezbyt szczęśliwy(a)	Nieszczęśliwy(a)
Ogółem	5,76	62,99	27,90	3,34
do 24 lat	10,50	67,33	20,25	1,92
25-34 lata	9,52	69,14	19,54	1,80
35-44 lata	4,78	63,86	29,00	2,36
45-59 lat	3,76	60,82	31,23	4,18
60-64 lata	2,91	59,04	33,26	4,78
65 i więcej lat	3,41	57,15	34,20	5,23

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P39; www.diagnoza.com.pl

To, jaką fazę życia przeżywamy, ma wpływ na nasze oceny na temat tego, co jest w życiu najważniejsze, jakie czynniki decydują o szczęśliwym, udanym życiu (tabela 12).

Tabela 12. Najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia (można było wskazać do trzech wartości) (w %)

Grupa społeczno-demograficzna	A*	B*	C*	D*	E*	F*	G*	H*	I*	J*	K*	L*	Ł*
Ogółem	32,95	45,78	55,58	34,53	7,78	15,63	9,17	10,20	6,78	3,42	65,24	5,74	4,81
do 24 lat	45,97	15,79	41,32	41,10	21,12	11,99	10,88	10,43	8,15	9,05	54,88	19,18	9,32
25-34 lata	35,51	40,81	60,54	45,17	10,18	10,74	9,22	7,12	5,73	3,54	59,66	5,63	5,11
35-44 lata	32,35	55,94	61,91	41,31	5,02	11,87	9,07	6,15	4,83	3,02	62,36	3,24	4,12
45-59 lat	31,85	52,09	59,52	36,13	4,07	14,55	8,27	10,36	5,39	2,17	66,11	3,30	4,53
60-64 lata	28,75	49,85	53,10	19,91	5,35	21,49	8,77	18,18	10,02	1,79	73,36	2,80	4,77
65 lat i więcej	23,09	52,96	49,90	12,78	4,19	27,82	9,42	14,66	10,15	1,56	78,76	2,25	1,88

*A – pieniądze; B – dzieci; C – udane małżeństwo; D – praca; E – przyjaciele; F – Opatrzność, Bóg; G – pogoda ucha; H – uczciwość; I – szacunek otoczenia; J – wolność, swoboda; K – zdrowie; L – wykształcenie; Ł – silny charakter.

Źródło: Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek, [red.]; załącznik 2 z kwestionariuszy indywidualnych (populacja 18+); tabl. P2; www.diagnoza.com.pl

Wyniki analizowane dla całej dorosłej populacji wskazują na to, że najważniejszymi warunkami udanego życia są (w kolejności): zdrowie (65,2%), udane małżeństwo (55,6%), dzieci (45,8%), praca (34,5%) oraz pieniądze (33,0%). W grupie osób najstarszych ta hierarchia wygląda nieco inaczej – dla blisko 80% osób najważniejsze jest zdrowie, na drugim miejscu są dzieci (53,0%), na trzecim – udane małżeństwo (49,9%), na czwartym – Opatrzność, Bóg (27,8%), a na piątym – pieniądze (23,1%). W starości zatem wzrasta ranga zdrowia i wiary jako czynników szczęścia.

Podsumowanie

Materiały zgromadzone w toku badań „Diagnoza społeczna 2005” potwierdzają zdroworozsądkową obserwację, że jakość życia w poszczególnych jego fazach uzależniona jest częściowo od czynników stałych, a częściowo od zmieniających się. Ważnymi jej czynnikami w każdym wieku są: zdrowie, życie rodzinne, kontakty ze znajomymi. Przy czym znaczenie zdrowia jako warunku udanego życia bardzo rośnie wraz z wiekiem. Czynnikami „szczęściotajnymi”, których rola jest wyraźnie zróżnicowana zależnie od wieku są pieniądze, praca i religijność. Można w uproszczeniu powiedzieć, że pieniądze są istotne dla młodzieży, która w znacznej części jeszcze nie pracuje, ale ma rozbudowane potrzeby konsumpcyjne, praca jest ważna dla tych, którzy są w fazie aktywności zawodowej, a wiara dla tych, którzy są w ostatniej fazie życia i odczuwają zwiększoną potrzebę religijnej refleksji i przygotowania się na spotkanie ze śmiercią. Choć rola religii w starszych grupach wieku może wynikać także z efektu kohorty – osoby starsze to takie, które już wcześniej były religijne.

W najstarszej grupie wieku spotykamy relatywnie dużo osób, które czują się niezbyt szczęśliwe, a zatem ich jakość życia należałoby ocenić jako niską. Jest to efekt pogarszania się dobrostanu fizycznego i psychicznego u starzejących się Polaków i relatywnie częstego występowania depresji w najstarszych grupach wieku. Gorsza jakość życia na starość pogarsza w widoczny sposób bilansu życia – osoby starsze najgorzej (na tle innych grup wieku) oceniają swoje dotychczasowe życie.

Bibliografia:

Budżet czasu ludności 1VI 2003 – 1 VI 2004: (2005). Warszawa: GUS.

Czapiński J., Panek T., [red.]: (2005), Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego. <http://www.diagnoza.com.pl>.

Kordos J.: (1991), Wskaźniki społeczne w organizacjach międzynarodowych. W: Wskaźniki społeczne [praca zbior.]. Warszawa: GUS.

Rutkowski J.: (1991), Badania jakości życia. W: Jakość życia i warunki bytu [praca zbior.]. Warszawa: GUS, PTS.

Rysz-Kowalczyk B., [red.]: (2001), Leksykon Polityki społecznej. Warszawa: Aspra-JR, s. 63-64.

Szatur-Jaworska B.: (2005), Diagnozowanie w polityce społecznej. Warszawa: Aspra-JR.

Przeżywając trzeci wiek – zmiany prawdopodobieństwa przeżycia między 60 a 80 rokiem życia w powojennej Polsce

Wprowadzenie

Pod koniec roku 1999 mój nieżyjący już ojciec – rocznik 1920, dochodzący zatem wówczas do obecnego wieku naszego Jubilata – wspominał, iż chodząc do szkoły w latach trzydziestych XX stulecia otrzymał wraz z innymi uczniami jego klasy zadanie przygotowania pracy pisemnej „Świat w roku 2000”. Śmiejąc się, mój ojciec stwierdził, iż przewidywania jego i rówieśników okazały się być całkowicie niezgodne z rzeczywistością, nikt nie mógł przewidzieć przede wszystkim tak szybkiego postępu technicznego. Tym, co chciałbym z przywołanej rozmowy wspomnieć szerzej w tym miejscu, jest inna wypowiedź mojego ojca, brzmiąca mniej więcej tak – „Kto zresztą miał głowę do przewidywania. Z perspektywy naszych rodzin, w których w zasadzie brak było osób mających więcej niż 75 lat, nikt z nas nie dowierzał, że dożyje roku 2000, gdy mieć będzie 80 lat”. Faktycznie, patrząc z perspektywy dziadków mojego ojca, z wyjątkiem jednej z babć mającej w chwili zgonu 76 lat, wszyscy pozostali umierali w wieku 55-65 lat.

Takie doświadczenia rodzinne były udziałem nie tylko moich przodków, wręcz można powiedzieć, iż przedwczesna umieralność była wówczas na porządku dziennym, prowadząc do biologicznego sieroctwa częściowego i całkowitego na dużą skalę. Osób w bardzo zaawansowanym wieku, zgodnie ze spisami przeprowadzonymi w Polsce, w okresie międzywojennym było niewiele, podobnie jak w pierwszych powojennych dekadach. Dopiero ostatnie trzydziestolecie jest okresem szybkiego zwiększania się liczby najstarszych Polaków. Odsyłając zainteresowanych tym zagadnie-

niem do innych opracowań skupionych na prezentacji tendencji w tym zakresie i ich przyczyn (Szukalski 2000), chciałbym niniejszy tekst poświęcić spojrzeniu na zmianę prawdopodobieństwa przeżycia trzeciego wieku, czyli szansy, iż sześćdziesięciolatek dożyje dnia swoich osiemdziesiątych urodzin. Przypomnę bowiem, iż pojęcie „trzeci wiek” zarezerwowane jest dla tej fazy życia, gdy niesamodzielność ekonomiczna (tj. utrzymywanie się nie z pracy, lecz świadczeń emerytalnych lub rentowych) współwystępuje z pełną samodzielnością wykonywania kluczowych czynności dnia codziennego. W przypadku czwartego wieku niesamodzielność ekonomiczna współwystępuje z niesamodzielnością funkcjonalną, tj. stałą koniecznością odwoływania się do pomocy innych. Choć wszelkie cezury wieku używane w demografii i gerontologii skażone są uznaniowością, przyjmijmy w niniejszym opracowaniu, iż trzeci wiek rozpoczyna się wraz z osiągnięciem 60 lat, zaś wiek czwarty – w dniu osiemdziesiątych urodzin¹.

Prezentowane w dalszej części niniejszego opracowania obliczenia własne bazować będą na dwóch różnych źródłach danych. Dla lat 1948-1994 są nim obliczenia M. Kędelskiego (1995, s. 98-238). Drugim zaś źródłem danych są corocznie, począwszy od roku 1995, publikowane przez Główny Urząd Statystyczny pełne tablice trwania życia.

O ile w przypadku pierwszego źródła informacji podkreślić należy, iż – zwłaszcza w pierwszych latach badanego okresu – są to wielkości przybliżone, zafałszowane zapewne wskutek występującego zawyżania wieku w momencie zgonu, o tyle w przypadku współczesnych tablic trwania życia zaznaczyć należy, iż są one w pełni wiarygodne. Uwaga powyższa dotyczy zwłaszcza umieralności w starszym wieku, albowiem w okresie bezpośrednio powojennym dochodziło na masową skalę do fałszowania dokumentów, w tym i tych mówiących o wieku (z reguły podwyższano wiek), współcześnie zaś – jak można się domyślać analizując dane z innych krajów położonych niedaleko Polski – intensywność zgonów osób starszych jest w świetle statystyki publicznej oszacowane poprawnie, podczas gdy umieralność osób młodych, często zamieszkujących *de facto* poza granicami kraju, jest z reguły zaniżona.

Dokonane obliczenia odnoszą się do wielkości pochodzących z okresowych tablic trwania życia, a zatem muszą być interpretowane z ostrożnością jako wartości warunkowe. Tak bowiem wyglądałby w rzeczywistości przebieg procesu ubytku ludności pod wpływem występowania zgonów w sytuacji utrzymywania się w długim okresie natężenia zgonów, odnotowanego wśród ludności w danym wieku.

Dożywanie do zaawansowanego wieku – prawidłowości

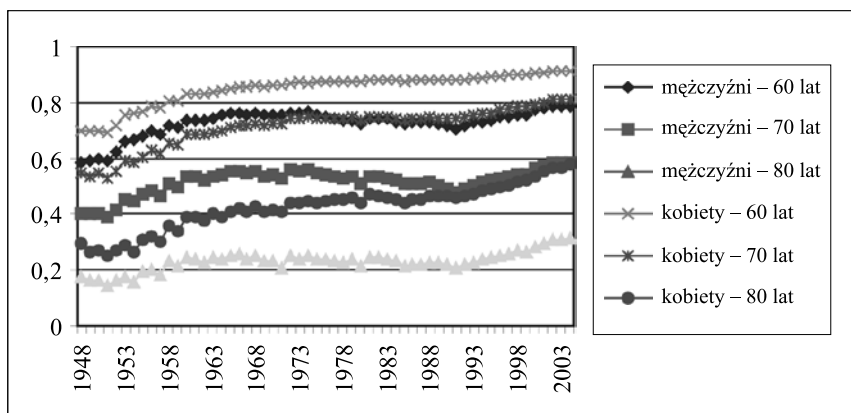
Choć niniejszy tekst poświęcony jest analizie zmian w zakresie przeżywalności w trzecim wieku w Polsce, zanim zagłębimy się w dane krajowe, warto zapoznać się z kilkoma prawidłowościami w sferze zmian w umieralności, wyłaniającymi się z przeglądu literatury powstałej na podstawie obserwacji krajów zdecydowanie bardziej zaawansowanych na drodze redukcji natężenia zgonów.

Zmiany związane z występowaniem przejścia demograficznego² i przejścia epidemiologicznego³ owocują bardzo dużą redukcją umieralności, a co za tym idzie zwiększającym się prawdopodobieństwem dożycia do zaawansowanego wieku. Generalnie, im mamy do czynienia z wyższym wiekiem, tym chwila, gdy natężenie zgonów w danym wieku zaczyna się obniżać, następuje później. A zatem, o ile szybko zwiększa się szansa dożycia do cezury trzeciego wieku, o tyle brak jest początkowo większych postępów w ograniczaniu częstości zgonów w starszym wieku⁴ (Szukalski 2003). Redukcja umieralności w zbiorowości seniorów następuje dopiero wtedy, gdy spełnione są dwa warunki (Costa 2005). Po pierwsze, gdy powszechnie akceptowane są zmiany behawioru, przejawiające się większą dbałością o dietę, aktywnością fizyczną, ograniczaniem konsumpcji antystresorów (nikotyna, alkohol, kofeina) i świadomym wyborem tego ich typu, który przynosi mniejsze szkody dla organizmu. Po drugie zaś, gdy do starszego wieku dochodzą generacje, które w trakcie swej drogi życiowej nie doświadczyły okresów niedoborów składników odżywczych w ne-wralgicznych okresach życia⁵. W rezultacie spełnienia obu powyższych warunków mamy obecnie do czynienia z pojawieniem się w krajach wysoko rozwiniętych bardzo wyraźnej redukcji umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia oraz generalnie ze spowolnieniem tempa fizjologicznego starzenia się organizmu (Vallin, Meslé 2005).

Prawdopodobieństwo dożycia do trzeciego i czwartego wieku w powojennej Polsce

Zanim przejdziemy do realizacji podstawowego celu niniejszego opracowania, warto chwilę przyrzeć się przemianom, jakim podlegała szansa dożycia do wieku 60 lat, 70 lat i 80 lat w trakcie ostatniego półwiecza w naszym kraju. O ile pierwsza i trzecia z powyższych wielkości traktowane być mogą jako punkty graniczne trzeciego i czwartego wieku, o tyle wpro-

wadzenie wielkości 70 lat uzasadnione jest głównie chęcią sprawdzenia, czy również i w powojennej Polsce występowało wraz z osiąganiem coraz wyższego prawdopodobieństwa dożycia starości, przyspieszenie zmian, polegające na przesuwaniu się granicy wieku największej redukcji natężenia zgonów. Odpowiednie dane przedstawione zostały na rycinie 1.

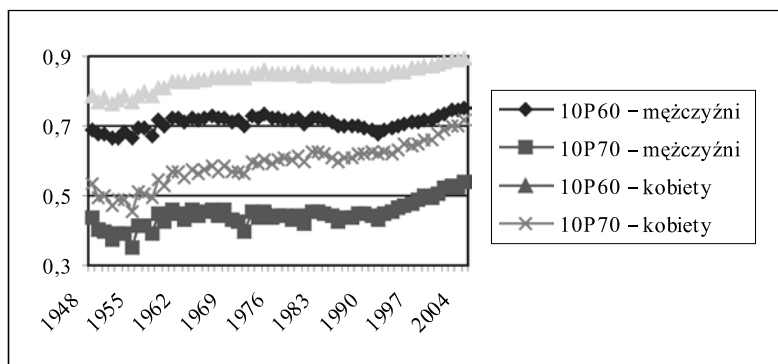


Rycina 1. Prawdopodobieństwo dożycia przez noworodka wieku 60, 70 i 80 lat według okresowych tablic trwania życia z lat 1948-2004

Powyższe linie, obrazujące zmiany szansy dożycia przez nowo narodzone dziecko płci męskiej i żeńskiej wieku 60, 70 i 80 lat, przedstawiają trzy etapy w powojennym okresie. Pierwszych 20 lat to okres szybkiego zmniejszania się umieralności, a w rezultacie szybkiego wzrostu prawdopodobieństwa dożycia do zaawansowanego wieku. Następne ćwierćwiecze to okres późnosocjalistycznej stagnacji, kiedy, w wyniku kumulacji niekorzystnych przemian w sferze społecznej (behawior i systemy wartości), ekonomicznej i ekologicznej, następuje wyraźne spowolnienie redukcji umieralności wśród kobiet i okresowe odwrócenie wcześniejszych korzystnych zmian w populacji mężczyzn. Wreszcie trzeci okres rozpoczyna się w roku 1992 i odznacza się szybkim wzrostem prawdopodobieństwa dożycia do starości, zwłaszcza tej bardziej zaawansowanej. Podkreślić należy przy tym bardzo duże różnice występujące pomiędzy szansą noworodka płci męskiej i żeńskiej na dożycie do interesującego nas wieku. Przykładowo, w ostatnich latach mniej więcej równe sobie są prawdopodobieństwa dożycia przez mężczyznę wieku 70 lat i – 80 lat przez kobietę. Mamy zatem do czynienia ze zdecydowanie bardziej korzystną sytuacją wśród kobiet.

Z uwagi na przedstawione wcześniej prawidłowości, występujące w krajach bardziej zaawansowanych na drodze redukcji umieralności, oczekiwać należy, że poprawa stanu zdrowia dotyczy w pierwszej kolejności osób mających 60-69 lat, a dopiero później – osób w kolejnej dekadzie życia.

Rzeczywiście, możemy uzyskać potwierdzenie takiego oczekiwania, analizując zmiany prawdopodobieństwa dożycia przez osoby mające dokładnie 60 lat momentu osiągnięcia wieku o 10 lat wyższego (${}_{10}p_{60}$) i takiego samego prawdopodobieństwa dla jednostek mających 70 lat (${}_{10}p_{70}$) (rycina 2).



Rycina 2. Prawdopodobieństwo przeżycia przez 60- i 70-letnie osoby dalszych 10 lat w Polsce w latach 1948-2004

Generalnie, zarówno w zbiorowości mężczyzn, jak i kobiet, większym zmianom w trakcie ostatnich 56 lat podlegały prawdopodobieństwa przeżycia kolejnych 10 lat przez osoby mające lat 70, niż te same prawdopodobieństwa odnoszące się do seniorów młodszych o 10 lat. Zauważyć przy tym można dziwną na pierwszy rzut oka sytuację – początek lat pięćdziesiątych XX wieku odznaczał się wyraźnym obniżeniem szansy przeżycia kolejnych 10 lat przez jednostki w wieku 70 lat, gdy grupa osób młodszych o 10 lat została dotknięta redukcją takiej szansy w stopniu symbolicznym. Nie jest to bynajmniej świadectwo pogorszenia stanu zdrowia najstarszych Polaków w tym właśnie okresie historycznym, lecz jeno występujące również i w innych, bardziej zaawansowanych na drodze ograniczania umieralności, krajach świadectwo poprawy wiarygodności wieku rejestrowanego przez Urzędy Stanu Cywilnego. Okres po roku 1992 odznacza się generalnie wzrostem wartości zajmujących nas prawdopodobieństw, a jednocześnie krzywe opisujące zmiany owych prawdopodobieństw dla

mężczyzn i kobiet w wieku 70 lat są w ostatnich kilkunastu latach zdecydowanie bardziej strome niżli krzywe dla sześćdziesięciolatek.

Chcąc sprawdzić powyższą konstatację o odmiennej ważności zmian umieralności w „młodszej” i „starszej” grupie osób znajdujących się w trzecim wieku w sposób bardziej sformalizowany, odwołamy się w dalszej części niniejszego opracowania do metod używanych w demografii potencjalnej.

Demografia potencjalna jest zbiorem metod i technik pozwalających na opis zachodzących przemian ludnościowych w kategoriach zbiorowego bądź indywidualnego potencjału życiowego i jego składowych. Punktem wyjścia dalszych analiz będzie indywidualny potencjał, który w przypadku, gdy obliczony jest na resztę życia, równy jest dalszemu trwaniu życia osoby w danym wieku. Przewagą analiz dokonywanych w kategoriach indywidualnego potencjału życiowego jest fakt, iż ów potencjał szacować można również na określoną część dalszego życia, szacując tym samym wagę umieralności na pewnym etapie życia na liczbę lat, jakie jednostka ma jeszcze do przeżycia.

Poniżej przedstawiono graficznie wyniki obliczeń mówiące o liczbie lat, jaką ma przed sobą do przeżycia przeciętny sześćdziesięciolatek (e_{60}), oraz o tym, ile lat średnio przeżyje osoba danej płci mająca dokładnie 60 lat pomiędzy 60 a 80 rokiem życia (rycina 3).

Poniższe wielkości obliczone zostały zgodnie z metodą zaproponowaną przez E. Vielrosego (1958). Indywidualny potencjał życiowy osoby w wieku x lat na dalsze m lat, czyli $V(x, m)$:

$$V(x, m) = \frac{l_x e_x - l_{x+m} e_{x+m}}{l_x} \quad (1)$$

gdzie l_x, l_{x+m} liczba ludności w wieku odpowiednio x i $x + m$, zaś e_x, e_{x+m} to tablicowe dalsze przeciętne trwanie życia osoby w wieku x i $x + m$ lat.

Indywidualny potencjał życiowy osoby w wieku x lat na okres pomiędzy wiekiem $x + m$ a $x + m + n$, czyli $V(x, m, n)$:

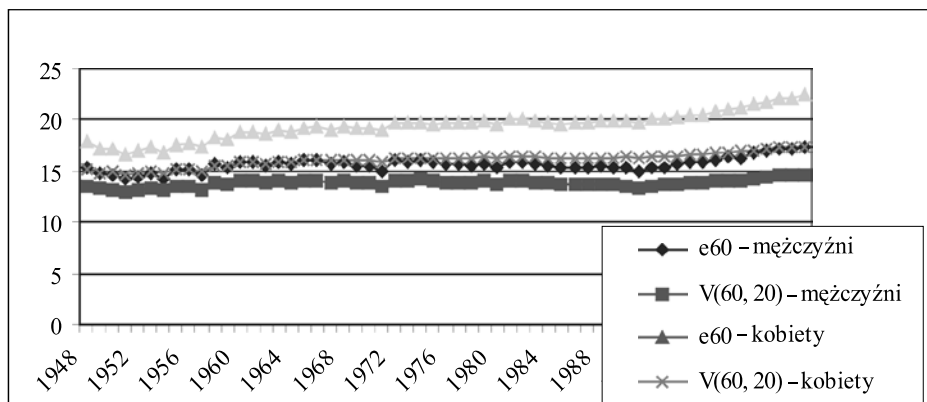
$$V(x, m, n) = \frac{l_{x+m} e_{x+m} + l_{x+m+n} e_{x+m+n}}{l_x} \quad (2)$$

z oznaczeniami jak wyżej, gdzie symbole l_{x+m+n}, e_{x+m+n} oznaczają „tablicową” liczbę osób w wieku $x + m + n$ i dalsze przeciętne trwanie życia osoby w tym wieku. Zaznaczyć przy tym trzeba, iż jeśli interesuje nas in-

dywidualny potencjał życiowy osoby w wieku x lat na resztę życia po przekroczeniu wieku $x + m$ lat, iloczyn $l_{x+m+n}e_{x+m+n}$ równy jest zero (przyjmujemy bowiem, iż n jest bliskie ∞).

Powyższe wielkości szacowane są na podstawie okresowych tablic trwania życia, co pociąga za sobą wszelkie ograniczenia interpretacyjne wynikające z bazowania na podejściu przekrojowym, tj. przede wszystkim wspomnianą wcześniej konieczność formułowania wniosków w trybie warunkowym.

Pomni powyższych uwag, przejdźmy do analizy danych przedstawionych na rycinie 3.



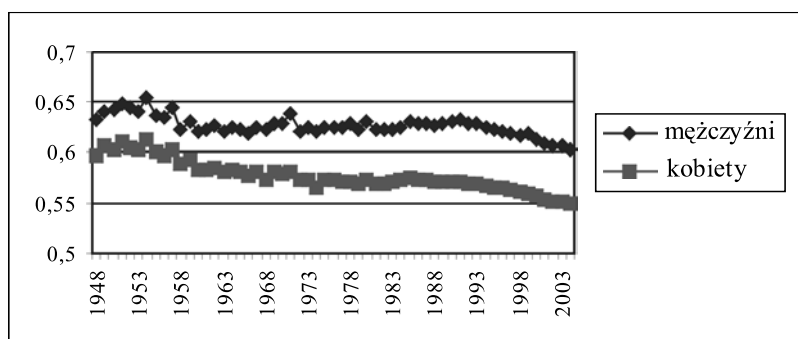
Rycina 3. Dalsze trwanie życia osoby 60-letniej [e_{60}] i indywidualny potencjał życiowy osoby 60-letniej na dalsze 20 lat życia [$V(60, 20)$] w Polsce w latach 1948-2004

Dane pochodzące z ostatnich kilkudziesięciu lat wskazują na podobne kształtowanie się trwania życia osób mających dokładnie 60 lat, jak miało to miejsce w przypadku szansy noworodków na dożycie zaawansowanego wieku (rycina 1). Różnica polega tylko na wyraźnym obniżeniu się e_{60} w okolicach roku 1950. Ponownie uderza różnica pomiędzy tendencjami widocznymi w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych a sytuacją zaistniałą po roku 1992.

Jeśli z kolei przyjrzymy się wielkościom obliczonym na podstawie metod demografii potencjalnej, najbardziej widocznymi wnioskami płynącymi z analizy powyższych danych jest z jednej strony odmienne znaczenie tego okresu życia dla kobiet i mężczyzn. Typowa kobieta w trakcie dwudziestu lat, jakie upływają pomiędzy jej 60 a 80 urodzinami, przeżywa

obecnie 17,4, podczas gdy indywidualny potencjał życiowy przeciętnego sześćdziesięciolatka płci męskiej na 20 lat wynosi jedynie 14,7 lat. Wielkości te to jeszcze jedno potwierdzenie skali nadumieralności mężczyzn. Drugą widoczną w ostatnich kilkunastu latach tendencją jest powolne zmniejszanie się znaczenia przeżywania dwóch dalszych dekad życia dla kształtowania się dalszego trwania życia sześćdziesięciolatków (przejawia się to wzrastającym odstępem pomiędzy e_{60} a $V(60, 20)$). Nie powinno nas to dziwić, albowiem po roku 1992 nastąpiło szybkie wydłużanie się czasu, jaki typowy sześćdziesięciolatek przeżyje po osiągnięciu swych 80 urodzin z 1,8 lat na 2,7 w zbiorowości mężczyzn i z 3,6 lat na 5,1 wśród kobiet. Tym samym – zgodnie z oczekiwaniami bazującymi na znajomości trendów w krajach bardziej zaawansowanych na drodze ograniczania umieralności – następuje coraz większy wzrost znaczenia czwartego wieku dla dalszego trwania życia osoby wchodzącej w trzeci wiek.

Jednakże również i w ramach trzeciego wieku mamy do czynienia ze zwiększaniem się wagi przeżycia drugiej dekady (rycina 4).



Rycina 4. Udział indywidualnego potencjału życiowego osoby w wieku 60-69 lat w indywidualnym potencjale życiowym osoby 60-letniej na następne 20 lat.

Dane przedstawione na powyższym rysunku jednoznacznie wskazują na postępujące w długim okresie zmniejszanie się ważności pierwszych dziesięciu lat dla kształtowania się indywidualnego potencjału osób sześćdziesięcioletnich – ponownie wyjątkiem w tym względzie są niektóre podokresy „późnego” PRL. Tym samym uzyskujemy potwierdzenie, iż wydłużanie się trwania życia osób będących u progu trzeciego wieku jest możliwe przede wszystkim dzięki redukcji umieralności wśród najstarszych jednostek. Fakt, iż mamy do czynienia ze zmniejszaniem się znaczenia

indywidualnego potencjału życiowego w wieku 60-69 ukończonych lat, nie wynika tylko wyłącznie z tego, że znacząco wzrosło znaczenie okresu życia 70-79 lat. Jak już wspomniano, podniósł się w analizowanym okresie również indywidualny potencjał życiowy osób w wieku 60 lat w okresie ich życia po przekroczeniu wieku 80 lat – w przypadku mężczyzn z 1,5 na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych na 2,7 lat obecnie, zaś w zbiorowości kobiet odpowiednio z 2,3 na 5,1 lat. Tym samym obecnie około jedna czwarta życia typowej sześćdziesięciolatki realizuje się po przekroczeniu przez nią granicy czwartego wieku, gdy tymczasem w przypadku mężczyzn jest to wielkość równa jedynie jednej szóstej.

Podsumowanie

Przemiany prawdopodobieństwa przeżycia przez trzeci wiek w Polsce w ostatnich dekadach – poza okresem „późnego” PRL, gdy pojawił się kryzys zdrowotny – przypominają długookresowe zmiany odnotowane w innych krajach. Widoczne są zatem z jednej strony podwyższanie się szansy dożycia do wieku 60 lat, z drugiej zaś wzrost prawdopodobieństwa dożycia do wieku 80 lat. W rezultacie znacznie podwyższa się szansa przeżycia trzeciego wieku. W rzeczywistości zmiany, o których wspomniano wyżej, prowadzą do wydłużania się tego właśnie okresu życia, albowiem w świetle literatury przedmiotu najprawdopodobniej długookresowej redukcji umieralności towarzyszy odraczanie momentu pojawienia się niepełnosprawności, zwłaszcza zaś poważnego i trwałego ograniczenia samodzielnego funkcjonowania. Używam terminu „najprawdopodobniej”, albowiem istniejące szeregi czasowe danych statystycznych odnoszące się do częstości niepełnosprawności wśród seniorów zawierają dane nieporównywalne, tak z uwagi na odmienne rozumienie, czym jest ograniczenie samodzielnego funkcjonowania, jak i na odmienny sposób definiowania niepełnosprawności w okresie starości⁶.

Zdecydowanie optymistycznym wnioskiem, płynącym z analizy prezentowanych w niniejszym opracowaniu danych, jest odnotowany w ostatnich kilkunastu latach w Polsce powrót ewolucji umieralności osób sześćdziesięcio- i siedemdziesięcioletnich do „naturalnej” trajektorii przemian znanej z przykładów państw, które nie doświadczyły wpływu negatywnych tendencji w tym względzie. Tym samym po blisko ćwierćwieczu odstępstw od oczekiwań mamy do czynienia z wyraźnym i trwałym obniżaniem się prawdopodobieństw zgonów wśród polskich seniorów, a tym samym wydłużaniem się trwania ich życia. Osiągnięcie trzeciego wieku

staje się zdarzeniem, które zgodnie z tablicami trwania życia z 2004 roku doświadczanym jest przez blisko 80% ogółu mężczyzn i 90% wszystkich narodzonych kobiet. Również pełne przeżycie całego trzeciego wieku staje się powoli czymś powszechnym, skoro 40% sześćdziesięcioletnich mężczyzn i 60% ich rówieśniczek dożywa do wieku 80 lat.

Dochodzimy tym samym do czasu, gdy z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo przeżycia pełnego okresu trzeciego wieku w relatywnie dobrym zdrowiu (wszak jego pośrednią miarą jest natężenie zgonów), coraz większe zainteresowanie osób zaabsorbowanych tematyką gerontologiczną powinno skupiać się na jednostkach najstarszych, tj. tych w czwartym wieku.

Przypisy:

¹ Obie granice mogą zostać równie dobrze podniesione. Przykładowo zgodnie z powszechnym w kręgu literatury amerykańskiej podejściem trzeci wiek zaczyna się w wieku 65 lat, zaś czwarty w wieku 85 lat (można bowiem uznać, iż zakres terminu „osoba w czwartym wieku” pokrywa się ze znaczeniem pojęcia „najstarszy stary”). Jak się jednak wydaje, w polskich warunkach istnieją mocne przesłanki za opowiedzeniem się za niższymi granicami, używanymi w niniejszym opracowaniu. Do owych przesłanek zaliczyć należy zarówno dane odnoszące się do typowego wieku przechodzenia na emeryturę (a ten, w przypadku osób pobierających świadczenia z ZUS w latach 1992-2004, kształtował się w przedziale 58,3-60,5 wśród mężczyzn i 54,1-56,7 wśród kobiet), jak i pochodzące z ostatniego spisu powszechnego dane świadczące, iż blisko połowa Polaków mających 75 lat i więcej deklaruje niepełnosprawność.

² Przejście od reprodukcji „rozrzutnej”, czyli wymagającej wysokiego natężenia urodzeń – z uwagi na wysoką umieralność wynikającą z niekorzystnych warunków środowiska naturalnego (niedożywienie, często przechodzące w głód, zły stan higieny, epidemie), do reprodukcji „oszczędnej” (prosta zastępowalność wymaga niskich nakładów reprodukcyjnych dzięki niskiej umieralności).

³ Przejście epidemiologiczne to długookresowe zmiany wzorca umieralności wynikające z przemian rozkładu umieralności według wieku i przyczyny. W zamierchłej przeszłości dominowały zgony będące efektem chorób pasożytniczych i zakaźnych. Dziś przyczynami zdecydowanej większości zgonów są choroby cywilizacyjne i degeneratywne. Jednocześnie nastąpiła zmiana rozkładu zgonów według wieku – obecnie zdecydowana większość nowo narodzonych dożywa starości, zaś okresem życia charakteryzującym się największym natężeniem zgonów jest siódma, ósma i dziewiąta dekada życia, podczas gdy w przeszłości takim okresem było dzieciństwo, a zwłaszcza pierwszy rok życia.

⁴ Wręcz – jak wskazują doświadczenia krajów, które wprowadziły obowiązkową

rejestrację urodzeń i zgonów jeszcze w XIX wieku – natężenie zgonów wśród osób po 80 roku życia, a zwłaszcza zaś tych mających przynajmniej 90 lat, podnosi się, wskutek eliminacji zawyżania wieku, sztucznie obniżającego rzeczywiste prawdopodobieństwa zgonów.

⁵ Owymi newralgicznymi okresami są – poza okresem życia płodowego – te okresy, które odznaczają się najwyższym zapotrzebowaniem na wysokokaloryczny i bogaty w składniki odżywcze pokarm. W zbiorowości kobiet to okresy ciąży i, w mniejszym stopniu, karmienia piersią, zaś w populacji mężczyzn – czas dojrzewania.

⁶ Chodzi mi o odejście od powszechnego w przeszłości uznania starości jako okresu życia nierozłącznie związane z występowaniem poważnego ograniczenia możliwości samodzielnego funkcjonowania na rzecz rozpowszechnienia się poglądów o możliwości występowania „pomyślnego starzenia się”. W efekcie te niedomagania, które w przeszłości traktowane były jako „naturalne” i niewymagające artykułowania, stają się „nienaturalnym” ograniczeniem, rezultatem nie starości tylko złego stanu zdrowia.

Bibliografia:

Costa D. L.: (2005), Causes of improving health and longevity at older ages: A review of explanations. *Genus*, vol. LXI, 1, s. 21-38.

Kędelski M.: (1995), Koniunktura demograficzna w Polsce w latach 1948-1994, t. 1, Szacunki statystyczne struktury wieku i trwania życia ludności. Poznań: Wyd. AE.

Szukalski P.: (2000)), Najstarsi Polacy: szkic demograficzny. *Gerontologia Polska*, t. 8, 4, s. 3-8.

Szukalski P.: (2003), Trwanie życia osób starych w Europie na przełomie XX i XXI wieku. *Gerontologia Polska*, t. 11, 2, s. 55-62.

Vallin J., Meslé F.: (2005), Convergence and divergence: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy. *Genus*, vol. LXI, 1, s. 83-124.

Vielrose E.: (1958), Zarys demografii potencjalnej. Warszawa: PWN.

Skutki zmian systemowych w Polsce dla ludzi w starszym wieku

Ogólnospołeczne skutki polskich przemian

Po roku 1989 społeczeństwo polskie przeżyło szok transformacyjny, generowany zmianami politycznymi i gospodarczymi, a w konsekwencji także społecznymi i kulturowymi. Z jednej strony był to ogromny skok jakościowy: odzyskanie suwerenności państwowej, zastąpienie totalitaryzmu demokracją, otwarcie granic, gwarancje wolności i praw obywatelskich, urynkowienie gospodarki, z drugiej – zaś ekonomiczna polaryzacja społeczeństwa i ujawnienie ogromnych deficytów kapitałowych: niski poziom skolaryzacji i bezradność jednostek oraz grup społecznych, zawodowych, wiekowych, inflacja, deficyt budżetowy, słaba infrastruktura, niska chłonność rynku pracy, rosnące zapotrzebowanie na gwarantowane przez państwo osłony socjalne.

Zmiany w różnym stopniu dotknęły poszczególne grupy społeczne. Nieliczni stali się beneficjentami nowej rzeczywistości, inni znaleźli się na marginesie życia społecznego, a jeszcze inni „zastygli” na pograniczu tych grup – starając się sprostać wyzwaniom zachodzących przemian. Problem polegał na tym, że wielu do zmian, generowanych gospodarką rynkową i kapitałowymi deficytami, nie było przygotowanych. E. Dürkheim zjawisko to utożsamiał ze stanem anomii w sytuacji braku środków do skutecznego działania (Tarkowska 1998).

Zamiast porządku powstał chaos, w wyniku którego zignorowano kapitał:

- obywatelski, rozumiany jako brak idei, niewykorzystana siła samorządów, wreszcie jako stała konfrontacja „my – oni”,

- moralny, związany z korozją państwa w sytuacji narastających konfrontacji politycznych, afer i korupcji,
- społeczny, oznaczający brak poczucia wspólnotowości, nepotyzm, klientyzm, upolitycznienie instytucji państwowych,
- kulturowy, polegający na niszczeniu komercjalizacją wartości kultury, na tolerowaniu zachowań powszechnie uznawanych za naganne, jak: wulgaryzm, przebojowość, tupet, niekompetencja, arogancja,
- edukacyjny, związany z zaniedbaniem rozwoju infrastruktury oświatowej adekwatnie do coraz wyższych aspiracji społecznych, a skutkujący przesunięciem odpowiedzialności za wykształcenie obywateli (w dobie dążenia do budowania społeczeństwa opartego na wiedzy) na nich samych (Trafiałek 2004).

Zignorowano też ogromny potencjał tkwiący w licznej populacji ludzi w wieku emerytalnym i przedemerytalnym. W zamian za odejście od aktywności zawodowej, współuczestnictwo w kreowaniu nowej rzeczywistości, zagwarantowano im różne formy minimalnych świadczeń (wcześniejsze emerytury, zasiłki i świadczenia przedemerytalne) – eliminując z rynku pracy, skazując na pauperyzację i odsuwając na boczny tor.

W wyniku komercjalizacji niemal wszystkich dziedzin życia nastąpiła specyficzna „materializacja” świadomości społecznej, a społeczeństwo zostało podzielone na nowe klasy – ekonomiczne (Frąckowiak 1998). S. Kawula (1999) nazwał je:

- elitą pieniądza – 10% społeczeństwa,
- klasą średnią, kategorią pogranicza lub zastygłej nadziei – 60-65%,
- centrum biedy – 20-30% ogółu.

Zarówno badania naukowe, jak i sondaże opinii społecznej, prowadzone w Polsce od połowy lat dziewięćdziesiątych, pokazują wyraźną polaryzację społeczną, podział na „przegranych” i „wygranych”, na „beneficjentów” i „poszkodowanych”, na dobrze i źle przystosowanych do zmiany systemowej (Falkowska 1997; Czapiński, Panek 2005). Funkcjonujący w okresie PRL podział na „my” (obywatele, rodzina, grupy nieformalne) i „oni” (władza, państwo, administracja, aparaty kontroli) nawet po 17 latach transformacji nie został wyeliminowany z mentalności społecznej, ani też nie zastąpiony propagowanym modelem społeczeństwa obywatelskiego i wspólnotowego. Takie cechy, preferowane w dawnym systemie, jak: solidarność grupowa, specyficzna zaradność i przedsiębiorczość (nie w samokreacji, ale w skutecznym egzekwowaniu różnorodnych świadczeń i omijaniu obowiązków obywatelskich), roszczeniowość wobec państwa, religijność i relatywizm moralny – uległy dalszemu wzmocnieniu, nie in-

tegrując, ale głębiej polaryzując społeczeństwo (ekonomicznie, społecznie, kulturowo).

Ludzie w starszym wieku na tle społeczeństwa

W odniesieniu do przedstawicieli trzeciego pokolenia jednoznaczna kwalifikacja skutków transformacji nie jest łatwa. Chociaż w kolejnych latach przemian odsetek seniorów niezadowolonych z ich przebiegu wykazywał tendencje wzrostowe: w latach 1994-2004 wzrósł z 49% do 76%, to tempo deprywacji społecznej tej grupy było znacznie niższe niż całego społeczeństwa (Nastroje społeczne 1994-2005). Odpowiedzi na pytanie – dlaczego? – dostarcza „Raport społeczny 2005” i „Diagnoza społeczna 2005”, w świetle których to dokumentów grupę tę charakteryzuje „najniższy poziom materializmu, zakupoholizmu i motywacji zewnętrznej”, czyli czynniki pozytywnie stymulujące poziom dobrostanu psychicznego (Czapiński, Panek 2005). Ludzie w starszym wieku, z uwagi na swoje wcześniejsze przyzwyczajenia, utrwalone postawy, preferowany system wartości, okazali się odporni na modny konsumizm, ale też stroniący od aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. W obronie przed skutkami komercjalizacji, w zdecydowanej większości zaczęli zamykać się w hermetycznej przestrzeni życiowej, ograniczonej do domu, rodziny i Kościoła (Synak 2002; Halicka 2004). W świetle cytowanej „Diagnozy społecznej”, w 2005 roku około 60% osób w wieku 60 lat i więcej twierdziło, że reformy w Polsce po 1989 roku nie udały się i miały niekorzystny wpływ na ich życie. Twórcy opracowania ocenili tę grupę społeczną (obok bezrobotnych) jako „rekordzistów” w wypełnianiu czasu wolnego oglądaniem programów telewizyjnych, domatorów (Czapiński, Panek 2005). Jednocześnie w rankingu ogólnego wskaźnika jakości życia (na podstawie syntetycznych miar jakości takich wymiarów jak: kapitał społeczny, dobrostan psychiczny, społeczny i fizyczny, poziom cywilizacyjny, dobrobyt materialny, stres życiowy, patologie), zaliczyli ją do kategorii, które w latach 2003-2005 awansowały. Podobną ocenę sformułowali autorzy „Raportu społecznego 2005”, zdaniem których „populacja emerytów i rencistów traktowana jest jako grupa, która skorzystała w okresie transformacji”. Do znaczących korzyści zaliczono też możliwość wykonywania, niezależnie od wieku, pracy zarobkowej przez osoby wykształcone, o wysokich kwalifikacjach (Golińska 2005).

Pozytywne skutki transformacji

Zdaniem analityków rynku, socjologów, polityków społecznych oraz zgodnie z powszechnym przekonaniem świadczeniobiorcy emerytur stanowią w Polsce grupę najmniej zagrożoną biedą i wykluczeniem. Niezależnie od stanu finansów państwa mają zagwarantowane stałe dochody. Są one wprawdzie zróżnicowane, podobnie jak zróżnicowana jest struktura wiekowa wszystkich świadczeniobiorców^a, ale pozwalają na zachowanie poczucia bezpieczeństwa socjalnego przynajmniej na minimalnym poziomie. Pozostałe grupy społeczne takich gwarancji nie posiadają. Utrzymywanie się z niezarobkowych źródeł stało się w Polsce popularne już w pierwszej fazie transformacji. O tym, że liczna grupa osób w wieku 50 i więcej lat od początku przemian bardziej była zainteresowana uzyskaniem prawa do świadczeń, niż podejmowaniem ryzyka organizowania własnej działalności gospodarczej, zarobkowej świadczy fakt, że w latach 1988-2002 liczebność grupy emerytów i rencistów wzrosła z 7,4 mln do 10,5 mln, stanowiąc ponad jedna czwarta ogółu społeczeństwa. Liczba emerytów wzrosła w tym okresie o 63%, a rencistów o 22% (Golinowska 2005).

Do pozytywnych skutków zmiany systemowej, w różnym wprawdzie stopniu odczuwanych przez poszczególne osoby, zaliczyć także należy:

- uzyskanie prawa artykułowania preferencji wyznaniowych, zrzeszania się i prowadzenia działalności gospodarczej,
- prawo ubiegania się o zwrot własności utraconych po 1945 roku,
- rehabilitację polityczną byłych żołnierzy Armii Krajowej, powstańców warszawskich i działaczy organizacji antykomunistycznych, przywrócenie honorów i godności byłym więźniom – wrogom systemu totalitarnego,
- perspektywę dłuższego życia, dzięki możliwości korzystania z osiągnięć medycyny światowej.

Ostatnie stwierdzenie, w sytuacji trwającej od lat zapaści w polskiej służbie zdrowia, można uznać za kontrowersyjne, ale faktem jest, że średnia trwania życia w Polsce w latach 1950-2005 wzrosła o niemal 15 lat. Przeciętne dalsze trwanie życia w 2004 roku dla kobiet w wieku 60 lat wynosiło 22,5 roku, a dla mężczyzn – 17,4 roku. Zatem w drugiej dekadzie przemian przeciętnie polski emeryt miał przed sobą jeszcze jedną czwartą życia (Rocznik Demograficzny 2005; Gębska-Kuczerowska 2005).

W pierwszej dekadzie wprowadzono korzystne zasady waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych, a ich odbiorców, relatywnie do pozo-

stałych grup społecznych, traktowano priorytetowo, gwarantując różnorodne ulgi i zniżki kosztów (abonament telefoniczny, komunikacja miejska, zakup leków itp.) Z dostępnych analiz GUS i CBOS wynika, że przynajmniej do roku 1997 odsetek osób starszych zadowolonych z polskich przemian ustawicznie rósł, podobnie jak i relacje świadczeń emerytalnych do przeciętnego wynagrodzenia (w latach 1989-1997 zanotowano wzrost o 20 punktów procentowych, do poziomu 73%) (Trafiałek 1997; Golinowska 2005).

W 1998 roku co trzeci Polak w wieku 65 lat i więcej pozytywnie postrzegał zmiany społeczne (37%), a co szósty akceptował sytuację polityczną w kraju (15%). Odsetek deklarujących niedostatki finansowe spadł do 40% (z 70% w 1994 roku). Wprawdzie w następnej dekadzie sytuacja uległa radykalnej zmianie: relacje emerytur i rent do wynagrodzeń spadły do 59%, a odsetek seniorów niezadowolonych ze skutków transformacji ponownie wzrósł do 76%, ale relatywnie do diagnozowanych wówczas warunków życia pozostałych grup społecznych, dysponentów świadczeń gwarantowanych nadal postrzegano w kategorii beneficjentów przemian (Trafiałek 1997; Rocznik Statystyczny 2005, www.cbos.pl/komunikaty).

Paradoksalnie, ludzie w starszym wieku, najbardziej zagrożeni samotnością, izolacją i niesamodzielnnością – w wielu przypadkach zyskali też na komercjalizacji życia oraz bezrobociu i biedzie ludzi młodych. Wprawdzie nie w kategoriach ekonomicznych, ale psychicznych i społecznych. Stali się ważnymi członkami wspólnot rodzinnych, zyskali role opiekunów młodego pokolenia, nierzadko partycypując w kosztach utrzymania całej rodziny. Wielu zrezygnowało z prowadzenia kosztownych, jednoosobowych gospodarstw domowych, decydując się na sprzedaż lub wynajmem mieszkania i prowadzenie wspólnego gospodarstwa z dziećmi, wnukami lub dalszymi krewnymi. Z uwagi na mniejsze obciążenia pracodawców składkami na ZUS, na rynku pracy wzrosła też potencjalna „atrakcyjność” emerytów i rencistów, co zwiększyło ich szanse na tzw. dorabianie do stałych dochodów.

Negatywne skutki transformacji

Dychotomiczne kategorie podziału społeczeństwa w głównej mierze opierają się na cechach, predyspozycjach i warunkach powstałych w okresie przedtransformacyjnym. Można do nich zaliczyć: stan zdrowia, sytuację materialną, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania,

cechy psychiczne i preferowane wzory zachowań kulturowych. Wśród „przegranych” w nowej rzeczywistości społecznej znaleźli się zarówno przedstawiciele określonych grup zawodowych, społecznych wiekowych, środowiskowych, regionalnych, jak i jednostki niezdolne do przystosowania. W głównej mierze były to osoby zatrudnione przed rokiem 1989 na stanowiskach pracowników fizycznych, legitymujące się wykształceniem najdalej zasadniczym zawodowym, w wieku przedemerytalnym lub emerytalnym, osoby o niskich dochodach prowadzący jednoosobowe gospodarstwa domowe, członkowie rodzin wielodzietnych, pracownicy dawnych PGR-ów, górnicy, rolnicy, pracownicy przemysłu włókienniczego oraz – niezależnie od wcześniej wymienionych wyznaczników – osoby mało mobilne, niezdolne do samodzielnego poruszania się po trudnym, często niezrozumiałym w zasadach funkcjonowania, rynku pracy. Na przykład likwidacja PGR-ów pozbawiła pracy ponad 650 tys. mieszkańców słabo rozwiniętych regionów rolniczych (Marks-Bielska 2005). Brak kwalifikacji i wykształcenia, brak możliwości ponownego zatrudnienia w ciągu kilku lat spowodował pauperyzację, a nierzadko i degradację zawodową ogromnej rzeszy ludzi. Byli pracownicy rolni, robotnicy, a także renciści, mieszkańcy wsi, przez lata pozostający pod osłoną państwa, już w pierwszej fazie polskich przemian stworzyli liczną grupę „przegranych”, rozgoryczonych, zrezygnowanych brakiem szans na poprawę swej sytuacji, a jednocześnie niezdolnych do aktywności, której wcześniej nie musieli przejawiać. Sytuacja emerytów i mieszkańców miast zawsze była znacznie lepsza niż rencistów i mieszkańców środowisk wiejskich, ale rozległe, negatywne skutki transformacji znacznie obniżyły także i ich poziom bezpieczeństwa społecznego. Należy do nich zaliczyć:

- komercjalizację instytucji publicznych, ograniczającą dostęp do placówek kultury, służby zdrowia, rekreacji, oświaty i wypoczynku,
- brak wyspecjalizowanych placówek i służb społecznych zapewniających usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego w miejscu zamieszkania,
- ustawiczny wzrost kosztów diagnostyki medycznej, leczenia, rehabilitacji,
- ograniczony dostęp do leków (brak zniżek, refundacji i stały wzrost cen),
- pauperyzację, brak odpowiednich relacji między dochodami i kosztami utrzymania,
- trudne warunki mieszkaniowe (brak środków na remonty i zagwarantowanie funkcjonalności zajmowanych domów oraz lokali),

- niekorzystne zasady waloryzacji świadczeń po 1997 roku,
- społeczną stygmatyzacją starości,
- bezradność w sytuacji doświadczania przemocy, osamotnienia lub dyskryminacji,
- zdrowotne, ekonomiczne i kulturowe bariery w uzyskiwaniu samodzielności oraz w dochodzeniu swych praw obywatelskich (Bień 2002; Pędich 2004)

Po 1997 roku realne dochody emerytów i rencistów zaczęły ustawicznie maleć. Narastające bezrobocie w wielu przypadkach zmuszało ich też do udzielania wsparcia materialnego młodszym członkom rodziny, pozbawionym stałych źródeł dochodu. Jednocześnie, poza obowiązującymi w kraju regulacjami prawnymi, w wielu środowiskach i instytucjach zaczęto wprowadzać zasady dyskryminujące najstarszych. Polskie Koleje Państwowe odebrały im prawo do zniżkowych biletów, Telekomunikacja Polska SA pozbawiła ulg w opłatach abonamentowych, w wielu miastach odebrano prawo do bezpłatnych przejazdów komunikacją miejską, instytucje ubezpieczeniowe zaczęły zawyżać stawki ubezpieczenia na życie i zdrowie, osobom w wieku powyżej 80 lat odbierając wszelkie należne wcześniej ulgi (między innymi za bezszkodową jazdę w opłatach za OC i AC), a banki przyjęły zasadę nieudzielania im jakichkolwiek kredytów. W latach 1997-2006 sytuacja życiowa ludzi w starszym wieku w Polsce uległa wyraźnemu pogorszeniu, szczególnie w sferze dostępu do profilaktyki i opieki zdrowotnej, do rehabilitacji (Bień 2002; Pędich 2004), z uwagi na narastające inne kwestie społeczne - w coraz mniejszym stopniu angażując jednak opinię społeczną.

W świetle badań przeprowadzonych przez organizację „Forum 50+ – Seniorzy XXI wieku” w 2005 roku 58% osób w wieku 50 lat i więcej uważało, że osoby starsze są w Polsce dyskryminowane, a połowa badanych oceniła, że nie są traktowane z należnym szacunkiem. Wśród głównych obszarów gorszego ich traktowania wymieniono: środki komunikacji miejskiej (51%), placówki służby zdrowia (45%), urzędy (44%) i ulicę (35%). Za najczęściej występujące przejawy dyskryminacji uznano: lekceważenie i obojętność (83%), nieprzyjemne żarty (60%), wykorzystywanie materialne (27%), groźby, zastraszanie i przemoc fizyczną (50%). Wśród problemów w dostępie do opieki medycznej najwięcej wskazań zanotowano w kwestiach takich jak: odmowa wykonania badań, lekceważenie, odmowa udzielenia pomocy medycznej oraz traktowanie wieku jako diagnozy dolegliwości (Łuczak 2005; www.pbj.com.pl, www.helptheaged.org.uk).

Zakończenie

Scenariusz przebiegu polskiej transformacji, wbrew pozorom, nie odbiega w sposób znaczący od modelu znanego z historii. Każda zmiana systemowa obejmuje trzy płaszczyzny: polityczną, prawną i społeczną. O ile pierwszą można zmienić w ciągu kilku miesięcy, a nawet dni (przewroty, rewolucje), drugą ukształtować według nowych zasad w ciągu 2-3 lat (sprawnie funkcjonująca władza ustawodawcza), to trzecia, związana ze zmianą mentalności społecznej, z reguły wymaga czasu trwania życia przynajmniej jednego pokolenia. Tak też jest w Polsce. Po dawnym systemie pozostała tęsknota za bezpłatnym dostępem do oświaty, kultury i wypoczynku, za dostępną dla wszystkich pracą i socjalną działalnością zakładów pracy, za wczasami rodzinnymi i sanatoriami, za wyrównanymi dochodami wszystkich grup społecznych, za powszechnym poczuciem bezpieczeństwa socjalnego. Pozostała jednak także niechęć do aktywności społecznej (niewielkie zainteresowanie działalnością na rzecz środowiska, niska ranga organizacji pozarządowych), przekonanie o prawie do jednakowych dochodów – niezależnie od aktywności, preferowanie więzi rodzinnych i towarzyskich bez kontekstu społecznego, niechęć do władzy, brak zrozumienia istoty demokracji (malejąca frekwencja wyborcza), konformizm, niechęć do wszelkich zmian (zawodu, mieszkania, miejsca zamieszkania, statusu społecznego). Tylko nieliczni, głównie ludzie młodzi, zdolali zinternalizować podstawowe zasady gospodarki rynkowej: ograniczonych możliwości transferowania środków publicznych na cele społeczne oraz współzależności jakości życia z wykształceniem, kwalifikacjami i aktywnością na rynku pracy.

Obecne problemy ludzi w starszym wieku w Polsce mają charakter przejściowy, podobnie jak i pozostałe kwestie społeczne. Współczesne trzecie pokolenie to pokolenie specyficznego przełomu: z jednej strony przywiązane do określonego systemu wartości, z drugiej bezradne wobec zawirowań historii i źle prowadzonej polityki społecznej. Pokolenie nieprzygotowane do starości, pozbawione realnych możliwości zmiany swego statusu społeczno-ekonomicznego, zmuszone do konsumowania skutków trzech nałożonych na siebie zjawisk: transformacji, społeczno-demograficznych przekształceń (starość demograficzna, zmiana funkcji i struktury rodziny) i pokoleniowej rywalizacji na rynku pracy.

Następne pokolenia seniorów będą lepiej wykształcone, przygotowane do samodzielnego sterowania swym życiem na wszystkich jego etapach,

bardziej niezależne, sprawne, indywidualnie zabezpieczone, świadome swych praw.

Ludzie w starszym wieku przynajmniej przez 25-30 kolejnych lat będą stanowić znaczący potencjał polityczny, zdyscyplinowany elektorat, którego preferencje wyborcze kształtować będą władze zarówno na szczeblu rządowym, jak i samorządowym.

Niż demograficzny i masowy odpływ ludzi młodych na europejskie rynki pracy radykalnie odmieni ich status zawodowy i społeczny. Perspektywa pustoszenia rynków pracy z pewnością przywróci potrzebę regulacji (adekwatnej do potrzeb) obowiązujących obecnie progów wieku emerytalnego. I dopiero wtedy, gdy w mentalności społecznej utrwali się przekonanie o zasadności optymalnego zagospodarowywania kapitału społecznego tkwiącego we wszystkich grupach społecznych, skuteczności inwestowania w przyszłość, w siebie – głównymi architektami jakości życia na emeryturze (tak jak to jest w Europie Zachodniej, w Japonii, Kanadzie, w Stanach Zjednoczonych Ameryki) w kategorii podmiotów - będą sami ludzie, a w kategorii stymulatorów społecznych – solidaryzm, samodzielność i niezależność.

Przypisy:

¹ W 2004 roku 40% emerytów i rencistów w Polsce stanowiły osoby w wieku do 64 lat. Wśród otrzymujących świadczenia z ZUS – 12,4% uzyskiwało miesięcznie do 650 zł brutto, 43,3% – do 1000 zł brutto, a 8,2% – powyżej 2000 zł brutto. Dla porównania: średnia emerytura wynosiła wówczas 1100 zł, a średnia płaca 2200 zł brutto miesięcznie. Na podstawie: Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2005, s. 278-279.

Bibliografia:

Bień B.: (2002), Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: Polska starość. B. Synak, [red.]. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, s. 35-77.

Czapiński J., Panek T., [red.]: (2005), Diagnoza społeczna 2005. Warszawa: WSiFiZ, s. 182-292.

Falkowska M., [red.]: (1997), Style życia Polaków. Warszawa: CBOS.

Frąckowiak T.: (1998), Edukacja, demokracja i sumienie. Poznań: UAM.

Gębska-Kuczerowska A.: (2005), O zdrowiu po sześćdziesiątce. *Trzeci Bieg*, 0, s. 15-17.

Golinowska S.: (2005), Raport społeczny Polska 2005. Warszawa: Fundacja im. Friedricha Eberta. Przedstawicielstwo w Polsce, s. 5-29, 141-148.

Halicka M.: (2004), Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne. Białystok: Akademia Medyczna.

Kawula S.: (1999), Obszary nierówności współczesnych na przełomie wieków. *Auxilium Sociale*, 11/12.

Łuczak M.: (2005), Dyskryminacja ze względu na wiek w oczach ludzi starszych. Prezentacja wyników badania przeprowadzonego przez „Forum +50. Seniorzy XXI wieku”. W: Stop dyskryminacji ze względu na wiek. B. Tokarz, [red.]. Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, s. 90-93.

Marks-Bielska R.: (2005), Byli pracownicy PGR jako „przegrani” transformacji ustrojowej. *Polityka Społeczna*, 7(376), s. 9-11.

Nastroje społeczne: (1994-2005), Komunikaty z badań. Warszawa: CBOS.

Pędich W.: (2004), Samodzielność w starości czyli jasna strona księżycy. W: Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne. Warszawa: Polskie Towarzystwo Gerontologiczne Oddział Mazowiecki, s. 139-142

Rocznik Demograficzny: (2005). Warszawa: GUS, s. 412.

Rocznik Statystyczny RP: (2005). Warszawa: GUS, s. 274.

Synak B., [red.]: (2002), Polska starość. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego.

Tarkowska E.: (1998), Emile Dürkheim. W: Encyklopedia socjologiczna, t. 1. Warszawa: Oficyna Naukowa, s. 144-151.

Trafiałek E.: (1997), Człowiek starszy w Polsce w latach 1994-1997. Katowice: Wyd. Naukowe Śląsk, s. 101.

Trafiałek E.: (2004), Ludzie starzy jako kapitał społeczny. W: Kapitał społeczny. L. Frąckiewicz, A. Rączaszek, [red.]. Katowice: Akademia Ekonomiczna w Katowicach, s. 159-169.

www.sstat.gov.pl/serwis/nierregularne

www.pbj.com.pl

www.helptheaged.org.uk

www.cbos.pl/kom.pl/1994-2005

Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce¹

Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa polskiego wiąże się ze wzrostem liczby osób starych przewlekle chorych i niesprawnych w środowisku. Wymagają one długoterminowej opieki innych osób – najczęściej członków rodzin. Rodzina stanowi bowiem główną „instytucję opiekuńczą” świadczącą pomoc osobom starszym (Walker, Pratt, Eddy 1995; Bień i inni 2001). Od wydolności opiekuńczej rodziny oraz od stopnia obciążenia opiekuna zależy w dużej mierze to, czy osoba starsza, mimo niesprawności, pozostawać będzie w środowisku, czy też znajdzie się w instytucji opieki długoterminowej. Rozpoznaniu sytuacji opiekunów rodzinnych poświęcony był projekt międzynarodowy EUROFAMCARE, prowadzony w latach 2003-2005 w sześciu krajach europejskich – w tym w Polsce². Wstępne wyniki badań zawarte zostały w odrębnym raporcie (Bień 2006). Celem prezentowanej pracy jest ocena subiektywnego obciążenia opieką opiekunów rodzinnych osób starszych w Polsce oraz jego uwarunkowań.

Materiał i metody

Badaniem objęto 1000 opiekunów rodzinnych, którzy świadczyli opiekę i pomoc swoim krewnym w wieku 65 lat lub starszym przez co najmniej cztery godziny w tygodniu. Z uwagi na brak operatu losowania (nie istnieją rejestry opiekunów rodzinnych osób starszych w Polsce), próba nie mogła być dobrana losowo, jednakże metoda doboru osób ankietowanych

opracowana została tak, by zapewnić reprezentatywność zgromadzonych danych dla sytuacji opiekuńczych w Polsce. W oparciu o parametry demograficzne, odnoszące się do ludzi starych, regionalne wskaźniki społeczno-ekonomiczne i różnice kulturowe wybrano 3 regiony badań (Podlasie, Wielkopolska, Małopolska), a w nich wytypowano mniejsze obszary, w których – przy zastosowaniu metody saturacji – zebrano informacje na temat 1000 sytuacji opiekuńczych. Szczegóły metodologiczne dotyczące doboru próby zawiera odrębna publikacja (Synak 2006).

Jako narzędzie badawcze zastosowano opracowany we współpracy międzynarodowej kwestionariusz CAT – *Common Assessment Tool*. Zmienne zawarte w kwestionariuszu, charakteryzujące sytuację opiekuna i osoby podopiecznej, stały się także podstawą do stworzenia szeregu syntetycznych skal i indeksów (Wojszel 2006).

Do oceny stopnia obciążenia opiekuna opieką zastosowano jedną ze skal COPE Indeksu – tj. Indeksu Opiekuna Osoby Starszej (McKee i inni 2003) – skalę negatywnego wpływu opieki. Zbudowana jest ona z 7 pytań, na które odpowiedzi oceniane są punktowo (od 1 do 4 punktów), a uzyskane przez badanego wartości mieszczą się w przedziale 7-28 punktów. Wyższe wartości uzyskane w tej skali wskazują na wyższy poziom obciążenia. Wynik uzyskany w skali negatywnego wpływu opieki traktowany był jako zmienna zależna w analizie regresji wielorakiej zastosowanej dla oceny wpływu szeregu zmiennych niezależnych na subiektywne poczucie obciążenia opiekuna sprawowaną opieką.

Zmienne uwzględnione w modelu regresji wybrane zostały w oparciu o dane literaturowe dotyczące wpływu różnych czynników na jakość życia opiekuna osoby starszej (Aneshensel i inni 1995) – przedstawia je tabela 1. Obejmują one charakterystykę osoby starszej podopiecznej (dane demograficzne, sytuacja finansowa, potrzeby opiekuńcze), charakterystykę opiekuna (dane demograficzne, zadania opiekuńcze, sieć wsparcia, motywy podjęcia się sprawowania opieki, pozytywny wpływ opieki) oraz charakterystykę korzystania/niekorzystania z usług wspierających. Poza zmiennymi dychotomicznymi użyte tu zostały niektóre skale i indeksy utworzone w oparciu o podstawowe zmienne – dokładna konstrukcja tych wskaźników i ich charakterystyka opisane są w odrębnej publikacji (Wojszel 2006). Dla oceny potrzeb opiekuńczych osoby starszej zastosowano skalę oceny sprawności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego (samoobsługowych: Barthel Indeks i instrumentalnych: skala IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*), skalę oceny występowania zaburzeń zachowania oraz skalę całkowitej potrzeby opieki (liczba sfer potrzeb

Tabela 1. Model analizy regresji wielorakiej obciążenia opiekuna sprawowana opieką (COPE Indeks – skala negatywnego wpływu opieki) – charakterystyka sytuacji opiekuńczych w zakresie zmiennych zawartych w modelu

Zmienna	Wartość (odsetek w grupie badanej/w przypadku skal: min. – max; średnia w grupie badanej± SD)
Charakterystyka osoby starszej podopiecznej	
I. Dane demograficzne	
Wiek	65-79 lat =0; 80+ lat =1 [44,7%]
Samotne zamieszkiwanie	nie=0; tak=1 [19,9%]
II. Sytuacja finansowa	
Osoba starsza ma potrzebę wsparcia finansowego	nie=0; tak=1 [37,7%]
III. Potrzeby opiekuńcze	
Skala Barthel Indeks – sprawność ADL	0-100; 79,27±26,21
Skala IADL – sprawność IADL	0-6; 2,18±2,0
Skala zaburzeń zachowania	0-9; 1,66±2,38
Występowanie zaburzeń pamięci	nie=0; tak=1 [42,4%]
Indeks całkowitej potrzeby opieki	0-8; 5,71±1,78
Indeks potrzeb osoby starszej, w zakresie których istnieje potrzeba większego wsparcia	0-8; 1,62±2,12
Charakterystyka opiekuna	
I. Dane demograficzne	
Płeć	mężczyzna=0; kobieta=1 [79,7%]
Wiek	<60 lat (>18)=0; ≥60 lat=1 [27,23]
Miejsce zamieszkania	wieś=0; miasto=1 [63,4%]
Współzamieszkiwanie z podopiecznym	mieszkają oddzielnie=0; razem=1 [68,5%]
Zatrudnienie	nie pracuje=0; pracuje=1 [39,7%]
II. Zadania opiekuńcze	
Przeciętna liczba godzin opieki sprawowanej nad osobą starszą w ciągu tygodnia	4-168; 44,69±49,25
Indeks potrzeb osoby starszej zaspokajanych przez opiekuna	0-8; 5,29±1,91

Liczba osób starszych będących pod opieką opiekuna	1-7; 1,18±0,49
Liczba innych (młodszych) osób będących pod opieką opiekuna	0-8; 0,87±1,34
III. Sieć wsparcia opiekuna	
Indeks potrzeb osoby starszej zaspokajanych przez innych opiekunów nieformalnych	0-8; 2,22±2,28
COPE Indeks – skala wsparcia opiekuna	4-16; 11,92±2,98
IV. Motywy podjęcia się sprawowania opieki nad starszą osobą	
Więzy uczuciowe (miłość, przywiązanie)	nie=0; tak=1 [94,1%]
Opiekun znalazł się w tej sytuacji przypadkowo	nie=0; tak=1 [32,3%]
V. Pozytywny wpływ sprawowania opieki	
COPE Indeks – skala pozytywnego wpływu opieki	4-16; 13,91±2,18
Usługi	
Indeks potrzeb osoby starszej zabezpieczanych przez usługi formalne	0-7; 0,21±0,82
Liczba usług, z których korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy osoba starsza	0-15; 3,28±2,33
Liczba usług, z których korzystał w ciągu ostatnich 6 miesięcy opiekun	0-5; 0,48±0,71
Istnieją usługi, których potrzebuje osoba starsza/opiekun, ale dotychczas z nich nie korzystali	nie=0; tak=1 [24,7%]
Usługi świadczone osobie starszej/opiekunowi nie są zbyt kosztowne	nie=0; tak=1 [59,0%]

Gdzie: SD – odchylenie standardowe; ADL – sprawność w zakresie samoobsługowych czynności dnia codziennego (od Activities of Daily Living); IADL – sprawność w zakresie instrumentalnych czynności dnia codziennego; COPE Indeks – Indeks Opiekuna Osoby Starszej (od Carers of Older People in Europe Index)

osoby starszej, w zakresie których istnieje u niej konieczność wsparcia). Dla wymogów projektu wyróżniono osiem sfer potrzeb: zdrowotne, fizyczne/osobiste, w zakresie lokomocji, emocjonalne/psychologiczne, gospodarskie, w prowadzeniu finansów, potrzeba wsparcia finansowego oraz w zakresie organizowania opieki. W oparciu o wyróżnione sfery potrzeb powstały też inne sumaryczne wskaźniki oceny wykorzystane w analizie, takie jak indeksy potrzeb osoby starszej: zabezpieczanych przez badanego opiekuna, przez usługi formalne, przez innych opiekunów nieformalnych oraz w przypadku których istnieje potrzeba dodatkowego wsparcia (deficyt opiekuńczy). Jako zmienne niezależne zastosowano także pozostałe dwie skale oceny sytuacji opiekuna osoby starszej zawarte w COPE Indeksie, tj. skalę oceny wsparcia opiekuna oraz skalę pozytywnego wpływu opieki.

Analizę regresji przeprowadzono przy pomocy pakietu statystycznego SPSS 12.0 PL.

Wyniki badań

Tabela 1 zawiera charakterystykę badanych sytuacji opiekuńczych w zakresie zmiennych uwzględnionych w modelu regresji wielorakiej negatywnego wpływu opieki. Większość ankietowanych opiekunów stanowiły kobiety (79,7%), osoby zamieszkujące w mieście (63,4%), najczęściej razem ze swym podopiecznym (68,5%), w większości przypadków niepracujące zawodowo (60,3%). Prawie jedna trzecia opiekunów (27,2%) ukończyła 60 rok życia, a prawie połowa podopiecznych (44,7%) miała 80 lat lub więcej.

Średnia wartość uzyskana w skali negatywnego wpływu opieki w badanej grupie wyniosła $9,86 \pm 3,56$ (modalna i zarazem dolny kwartyl – 7,0 (liczność mody – 317); mediana – 9,0; górny kwartyl – 11,0). Wskazuje to na stosunkowo niewielkie poczucie obciążenia sprawowaniem opieki nad osobą starszą, ocenione przy pomocy tej skali wśród opiekunów w badanej grupie.

Wyniki analizy regresji wielorakiej standardowej dla zbudowanego modelu przedstawia tabela 2. Jak widać, zmienne niezależne wprowadzone do modelu objaśniają 49,7% wariancji wskaźnika obciążenia opiekuna ($N = 853$, poprawione $R^2 = 0,497$, $SE = 2,56$, $F = 31,07$, $p < 0,0001$). W tabeli 2 zaznaczono także zmienne istotne w regresji krokowej wstecznej tego modelu – sumarycznie objaśniały one 49,02% całkowitej wariancji zmiennej zależnej.

Większe poczucie obciążenia dotyczyło: starszych opiekunów, zamieszkujących w mieście, opiekujących się osobami starszymi bardziej niesprawnymi w zakresie samoobsługowych i złożonych czynności dnia codziennego, opiekunów osób, u których występowały zaburzenia zachowania oraz potrzeba większego wsparcia w zakresie większej liczby sfer potrzeb (większy deficyt opiekuńczy). Wyższe wartości negatywnego wpływu opieki związane były także z niższym poczuciem wsparcia i mniejszą satysfakcją z opieki nad osobą starszą oraz z faktem, że opiekun/podopieczny nie korzystał z usług, które w ich sytuacji opiekuńczej byłyby potrzebne. W analizie regresji standardowej istotnymi były także takie zmienne objaśniające, jak potrzeba wsparcia finansowego osoby starszej i fakt, że opiekun znalazł się w tej sytuacji przypadkowo. W regresji krokowej wstecznej zmienne te okazały się zmiennymi nieistotnymi, natomiast istotną dodatkową zmienną objaśniającą było poza wyżej wymienionymi współzamieszkiwanie opiekuna i podopiecznego. Inne zmienne wprowadzone do modelu (tabela 1) nie były niezależnie związane z obciążeniem opiekuna opieką, mierzonym w skali negatywnego wpływu opieki.

Rycina 1 przedstawia wyniki regresji krokowej postępującej dla badanego modelu. Przedstawiono na niej, jaki procent wariancji objaśnionej dodaje kolejna zmienna wprowadzona do modelu, po uwzględnieniu wariancji objaśnionej przez zmienne już obecne w modelu. Jak widać największy odsetek zmienności objaśniają takie zmienne jak: sprawność osoby starszej, w zakresie instrumentalnych czynności dnia codziennego, poziom wsparcia opiekuna w opiece, występowanie zaburzeń zachowania u podopiecznego, liczba sfer potrzeb osoby starszej w zakresie których istnieje potrzeba większego wsparcia, wiek opiekuna, pozytywny wpływ opieki na opiekuna (satysfakcja z opieki) oraz sprawność podopiecznego w zakresie samoobsługi. Inne zmienne, wprowadzone istotne w analizie regresji krokowej postępującej, objaśniały dodatkowo mniej niż 1% wariancji zmiennej zależnej w kolejnych krokach.

Omówienie

Szereg czynników może kształtować sytuację opiekunów osób starszych (Walker, Pratt, Eddy 1995). Wyniki badań wskazują, że to, w jaki sposób osoba sprawująca opiekę nad starszym członkiem rodziny ocenia swoją sytuację jako opiekuna, zależy przede wszystkim od poziomu niesprawności podopiecznego oraz od niektórych charakterystyk opiekuna (Pruchno

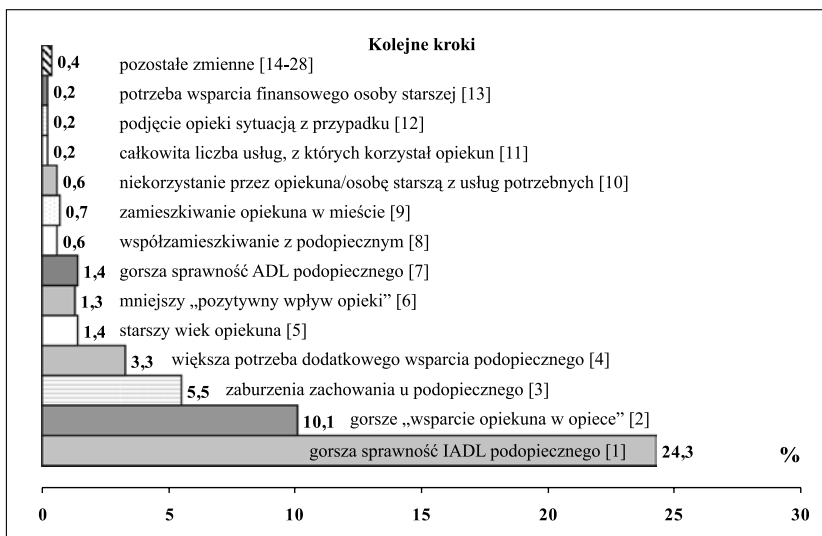
Tabela 2. Wyniki regresji wielorakiej standardowej negatywnego wpływu opieki.

Zmienne niezależne	B	SE (B)	BETA (β)	Poziom p
Wyraz wolny***	14,04	1,09		<0,000001
I. Charakterystyka osoby starszej podopiecznej				
Wiek	-0,06	0,19	-0,01	NZ
Samotne zamieszkiwanie	-0,17	0,34	-0,02	NZ
Potrzeba wsparcia finansowego	0,52	0,23	0,07	<0,05
Sprawność ADL***	-0,02	0,01	-0,12	<0,01
Sprawność IADL***	0,28	0,08	0,16	<0,001
Zaburzenia zachowania***	0,35	0,05	0,23	<0,000001
Upośledzenie pamięci	-0,1	0,22	-0,01	NZ
Całkowita potrzeba opieki	-0,19	0,13	-0,09	NZ
II. Charakterystyka opiekuna				
Płeć	-0,01	0,23	-0,001	NZ
Wiek***	0,5	0,24	0,06	<0,05
Miejsce zamieszkania (miasto)***	0,54	0,22	0,07	<0,05
Współzamieszkiwanie z podopiecznym***	0,33	0,31	0,04	NZ
Zatrudnienie	-0,36	0,2	-0,05	NZ
Liczba godzin opieki sprawowanej nad osobą starszą w ciągu tygodnia	0,002	0,002	0,03	NZ
Indeks potrzeb osoby starszej zaspokajanych przez opiekuna	0,2	0,11	0,1	NZ
Liczba osób starszych pod opieką opiekuna	0,12	0,19	0,02	NZ
Liczba osób <65lat pod opieką opiekuna	-0,08	0,07	-0,03	NZ
Indeks potrzeb osoby starszej zaspokajanych przez innych opiekunów nieformalnych	-0,04	0,04	-0,03	NZ
COPE Indeks – skala wsparcia opiekuna***	-0,11	0,04	-0,09	<0,01
Więzy uczuciowe (miłość, przywiązanie)	0,31	0,39	0,02	NZ
Opiekun znalazł się w tej sytuacji przypadkowo	0,45	0,2	0,06	<0,05
COPE Indeks – pozytywna wartość opieki***	-0,33	0,05	-0,2	<0,000001

III. Usługi				
Indeks potrzeb osoby starszej zaspokajanych przez usługi formalne	0,15	0,11	0,03	NZ
Liczba usług, z których korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy osoba starsza	0,03	0,04	0,02	NZ
Liczba usług, z których korzystał w ciągu ostatnich 6 miesięcy opiekun	0,25	0,13	0,05	NZ
Istnieją usługi, których potrzebuje osoba starsza/opiekun, ale z nich nie korzystali**	0,61	0,21	0,07	<0,01
Indeks potrzeb osoby starszej, w zakresie których istnieje potrzeba większego wsparcia***	0,23	0,05	0,13	<0,0001
Usługi świadczone osobie starszej/opiekunowi nie są zbyt kosztowne	-0,13	0,19	-0,02	NZ

(N=853; Skorygowane $R^2=4970$; $F(28,824)=31,07$; $p<0,0001$; błąd standardowy estymacji=2,56)

Gdzie: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$ dla regresji krokowej wstecznej; R^2 – współczynnik determinacji; beta – znormalizowany parametr równania regresji; SE – błąd standardowy; ADL – sprawność w zakresie samoobsługowych czynności dnia codziennego (od Activities of Daily Living); IADL – sprawność w zakresie instrumentalnych czynności dnia codziennego; COPE Indeks – Indeks Opiekuna Osoby Starszej (od Carers of Older People in Europe Index); NZ – brak istotności statystycznej; N – liczba przypadków uwzględniona w analizie; F – statystyka F. Snedecora



Rycina 1. Wyniki regresji krokowej postępującej negatywnego wpływu opieki

1997; Pinquart, Sorensen 2003). Stopień niesprawności podopiecznego jest najważniejszym determinantem obiektywnego obciążenia opiekuna opieką, warunkując ilość sfer potrzeb, w zakresie których opiekun tę pomoc świadczy. Większy stopień niesprawności podopiecznego związany jest z większym negatywnym wpływem na sprawującego opiekę (Pinquart, Sorensen 2003). Szczególnie obciążające i stresujące, jak wykazano, jest sprawowanie opieki nad osobą starszą z demencją, u której występują zaburzenia zachowania (Meshefedjian 1998). Przeprowadzona analiza potwierdza te obserwacje – istotnymi zmiennymi objaśniającymi poczucie obciążenia opieką okazały się być przede wszystkim gorsza sprawność osoby starszej w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego oraz występowanie u osoby starszej zaburzeń zachowania, charakterystycznego elementu zaburzeń otępiennych.

W przedstawionej analizie istotną zmienną objaśniającą obciążenie opieką okazał się być także starszy wiek opiekuna. Nie obserwowano natomiast istotnego związku między jego płcią i oceną obciążenia. Dane literaturowe wskazują, że starsi opiekunowie są bardziej podatni na stres związany ze sprawowaniem opieki niż osoby młodsze (Jutras, Veilleux 1991), chociaż niektórzy badacze stwierdzili, że to młodszy wiek opiekuna łączył się z większym niezadowoleniem z tej roli (Mafulul, Morriss 2000). Przynależność do różnych generacji wiekowych i tym samym odmienne doświadczenia życiowe, mogą stać się elementem sprzyjającym konfliktom i utrudniającym porozumienie między podopiecznym a opiekunem (Lowenstein 1999). To córki częściej niż żony są skłonne do umieszczenia starszego podopiecznego w instytucji opiekuńczej (Seltzer, Wailing 2000). Starszy wiek opiekuna kojarzy się natomiast często z gorszym stanem zdrowia, mniejszymi zasobami finansowymi, brakiem zatrudnienia itd. Podobnie, opiekunowie płci żeńskiej podają większe obciążenie opieką niż opiekunowie płci męskiej oraz częściej doświadczają zaburzeń sfery psychicznej w następstwie wypełniania tej roli (Yee, Schulz 2000).

Wydawać by się mogło, że praca zawodowa stanowi dodatkowe obciążenie i stwarza konieczność godzenia ze sobą dwóch ról – pracownika i opiekuna. Niektóre badania wskazują jednak, że opiekunowie, którzy nie pracują, doświadczają większego obciążenia i stresu (Jutras, Veilleux 1991). W prezentowanym modelu regresji nie obserwowano istotnego związku negatywnego wpływu opieki z faktem zatrudnienia opiekuna.

W wykonanej analizie fakt zamieszkiwania w mieście związany był z większym negatywnym wpływem sprawowania opieki na opiekuna. Miejsce zamieszkania (wieś lub miasto) rozpoznawane było jako predyka-

tor następstw sprawowania opieki, chociaż stosunkowo niewiele badań poświęconych było określeniu różnic między opiekunami na wsi i w mieście, a ich wyniki nie były jednoznaczne (Glasgow 2000; Bedard i inni 2004). Niektórzy badacze sugerują, że opiekunowie na wsi doświadczają mniejszego stresu i obciążenia, ponieważ osoby starsze mieszkające na wsi wydają się być lepiej zintegrowane z rozbudowaną strukturą rodzinną (Scott, Roberto 1987). Inni autorzy wskazują, że opiekunowie wiejscy są bardziej podatni na stres i obciążenia związane z opieką, z uwagi na fakt, że osoby starsze na wsi wymagają większej opieki z powodu gorszego stanu zdrowia i ograniczonego dostępu do usług medycznych i socjalnych (Krout 1988; Bień i inni 2001).

Innym ważnym aspektem wpływającym na sytuację opiekunów są zasoby finansowe osoby starszej i opiekuna. To one w dużej mierze determinować mają na przykład korzystanie z usług wspierających (Aneshensel i inni 1995). Z drugiej strony, sprawowanie opieki niekorzystnie może wpływać na posiadane środki finansowe (konieczność redukcji wymiaru zatrudnienia i pośrednio zarobków, wydatki związane z zapewnieniem opieki). W analizie regresji sytuację finansową reprezentowała zmienna „istnieje potrzeba finansowego wsparcia osoby starszej”, która okazała się istotną zmienną objaśniającą negatywny wpływ opieki.

Ważne jest także, jaką siecią wsparcia dysponuje opiekun: czy istnieje ktoś, kto go wesprze, gdy opieka stanie się trudniejszą, lub zastąpi go w sprawowaniu opieki wtedy, gdy będzie tego potrzebował (choroba, konieczność wyjazdu). Ta nieformalna sieć wsparcia opiekuna pomaga mu w codziennym wypełnianiu jego roli, świadczy wsparcie emocjonalne. Od tego zależy w dużej mierze zachowanie przez opiekuna równowagi psychicznej oraz to, czy będzie kontynuował sprawowanie opieki w przyszłości, czy też brał pod uwagę instytucjonalizację starszego podopiecznego (Bień i inni 2001). W analizie regresji gorszy poziom wsparcia opiekuna (oceniany w skali wsparcia opiekuna COPE Indeks) był jedną z najbardziej istotnych zmiennych objaśniających poczucie obciążenia. Pozostałe zmienne istotne dotyczyły wsparcia formalnego opiekuna i jego podopiecznego – większe poczucie obciążenia związane było z mniejszą całkowitą liczbą usług wspierających, z których korzystał opiekun, istnieniem usług, które byłyby potrzebne opiekunowi lub jego podopiecznemu, ale z których nie korzystali, oraz wyższym wskaźnikiem potrzeby dodatkowego wsparcia osoby starszej.

Dobre i złe strony ma także współzamieszkiwanie podopiecznego z opiekunem. Oczywiście ważne jest to, czy jest to sytuacja z wyboru (ro-

dzina wielopokoleniowa, w której istnieją silne związki i współzależności), czy też konieczność wynikająca z niesprawności podopiecznego – szczególnie w przypadku opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z demencją. Muszą oni pełnić rolę opiekuna przez „36 godzin na dobę” (Mace, Rabins 2005). Prowadzi to do utraty przyjaciół i znajomych, a w konsekwencji do izolacji społecznej i większego, niż w przypadku innych opiekunów, poczucia obciążenia opieką (Wenger 1994). Współzamieszkiwanie okazało się istotnym czynnikiem determinującym poczucie obciążenia opiekuna sprawującego opiekę nad osobą starszą, szczególnie obciążoną demencją (Yeatman i inni 1993; Herlitz, Dahlberg 1999). Wyniki naszej analizy potwierdzają te obserwacje.

Wnioski

1. Wśród charakterystyk podopiecznego istotnymi elementami kształtującymi sytuację opiekuńczą i obciążenie opiekuna sprawowaną opieką są przede wszystkim: stopień upośledzenia sprawności, występowanie zaburzeń zachowania, zła sytuacja finansowa oraz większy deficyt opiekuńczy.

2. Istotnymi determinantami obciążenia wśród charakterystyk opiekuna są: starszy wiek, zamieszkiwanie w mieście, gorsza ocena uzyskiwanego wsparcia, nie korzystanie z potrzebnych w danej sytuacji opiekuńczej usług, znalezienie się w roli opiekuna przypadkowo oraz niższa satysfakcja z pełnienia opieki.

3. Istnieje pilna potrzeba identyfikowania opiekunów zagrożonych przeciążeniem opieką oraz organizowania im w środowisku sieci usług wspierających i odciążających, które ułatwią opiekunom z grupy większego ryzyka kontynuowanie opieki nad starszym podopiecznym.

Przypisy:

¹ Praca zrealizowana w ramach projektu EUROFAMCARE (QLK6-CT-2002-02647) oraz pracy własnej KBN (Nr 4-01492/2006).

² Informacja na temat projektu EUROFAMCARE dostępna jest na stronie internetowej: www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare/

Bibliografia:

- Aneshensel C. S., Pearlin L. I., Mullan J. T., Zarit S. H., Whitlatch C. J.: (1995), *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. London: Academic Press.
- Bedard M., Kivuranta A., Stuckey A.: (2004), Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adult: rural versus urban settings. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 9(1), s. 15-23.
- Bień B., [ed.]: (2006), *Family caregiving for the elderly in Poland*. Białystok: Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana.
- Bień B., Wojszel Z. B., Wilmańska J., Sienkiewicz J.: (2001), *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza TEXT.
- Gaugler J. E., Kane R. L., Kane R. A., Clay T., Newcomer R. C.: (2005), The effects of duration of caregiving on institutionalization. *The Gerontologist*, 45, s. 78-89.
- Glasgow N.: (2000), Rural/Urban Patterns of Aging and Caregiving in the United States. *Journal of Family Issues*, 21(5), s. 611-631.
- Herlitz C., Dahlberg L.: (1999), Causes of strain affecting relatives of Swedish oldest elderly. *Scand J. Caring. Sci.*, 13, s. 109-115.
- Jutras S., Veilleux F.: (1991), Informal caregiving: Correlates of perceived burden. *Canadian Journal on Aging*, 10, s. 40-55.
- Krout J.: (1988), The elderly in rural environments. *Journal of Aging Studies*, 4, s. 103-114.
- Lowenstein A.: (1999), Intergenerational family relations and social support. *Gerontol. Geriat.*, 32, s. 398-406.
- Mace N. L., Rabins P. V.: (2005), *36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia*. Warszawa: Medi Page.
- Mafulull Y., Morriss R. K.: (2000), Determinants of satisfaction with care and emotional distress among informal carers of demented and non – demented elderly patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, s. 594-599.
- McKee K. J., Philp I., Lamura G., Prouskas C., Öberg B., Krevers B. et al.: (2003), The COPE Index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health*, 7, s. 39-52.
- Meshefedian G., Mc Cusker J., Bellavance F., Baumgarten M.: (1998), Factors associated with symptoms of depression among informal caregivers of demented elders in the community. *The Gerontologist*, 38(2), s. 247-253.
- Pinquart M., Sorensen S.: (2003), Association of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58(B), P112-P128.

Pruchno R. A.: (1997), Caregiving research: Looking back, looking forward. In: The many dimensions of aging. Rubenstein R. L., Moss M., Kleban H., [eds.]. New York: Springer, s. 22-40.

Scott J. P., Roberto K. A.: (1987), Informal Supports of Older Adults: A Rural-Urban Comparison. *Family Relations*, 36, s. 444-449.

Seltzer M.M., Wailing L.: (2000), The dynamics of caregiving. Transitions during a three year prospective study. *The Gerontologist*, 40, s. 165-178.

Synak B.: (2006), Sampling and representativeness of the national survey in Poland. In: Family caregiving for the elderly in Poland. B. Bień, [ed.]. Białystok: Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana.

Walker A., Pratt C. C., Eddy L.: (1995), Informal caregiving to aging family members. A critical review. *Family Relations*, 44, s. 402-411.

Wenger G. C.: (1994), Support networks and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, s. 181-194.

Wojszel Z. B.: (2006), Research instruments and scales applied. In: Family caregiving for the elderly in Poland. B. Bień, [ed.]. Białystok: Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana.

Yeatman R., Bennetts K., Allen N., Ames D., Flicker L., Waltrowicz W.: (1993), Is caring for elderly relatives with depression as stressful as caring for those with dementia? A pilot study in Melbourne. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, s. 339-342.

Yee J. L., Schulz R.: (2000), Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 40, s. 147-164.

Starzenie się ludności jako determinanta wzrostu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa

Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności, wzrost liczby osób starszych i sędziwych w społeczeństwie to wyzwanie dla usług medycznych, tak w sferze świadczeń publicznych, jak i prywatnych. Celem niniejszego artykułu jest analiza obiektywnych potrzeb zdrowotnych wynikających z systematycznego wzrostu liczby ludności w starszym wieku, jak również przedłużania się okresu życia całej populacji.

Starość posiada swój wydźwięk społeczny i aspekt indywidualny – dotyczy bowiem każdej jednostki, która przeszła już przez wcześniejsze fazy życia: dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały. Negatywny obraz starości jako okresu niesprawności i zależności od innych, nie jest w pełni prawdziwy. Historyk francuski J. P. Bois zauważa trafnie: „Rzeczywiście, znaczne postępy, jakie dokonały się w sposobie życia, odżywianiu, higienie, medycynie, pozwoliły na zachowanie sprawności fizycznej większej liczby ludzi do późniejszego wieku, niż miało to miejsce dawniej, a proces ten jeszcze się nie zakończył” (Bois1966). Wymiar społeczny starzenia się ludności polega na wzroście liczby i udziału procentowego osób starszych w całości społeczeństwa. Starzenie się ludności jest głównie pochodną dwu równoległe przebiegających procesów demograficznych: spadku liczby urodzeń oraz wydłużania się życia ludzkiego. Polska już obecnie zalicza się do krajów starych demograficznie, bowiem ponad 12% jej mieszkańców jest w wieku 65 i więcej lat. Ilość osób w starszym wieku, jak wskazują prognozy, będzie systematycznie wzrastała, co stanowić będzie szczególne wyzwanie dla opieki zdrowotnej. Starość, wiek późny stały się obecnie powszechnym

udziałem ludzi żyjących w krajach wysoko cywilizacyjnie rozwiniętych; w przeszłości długie życie dane było tylko nielicznym, szczególnie osobom stojącym na szczycie ówczesnej hierarchii społecznej.

Wydłużanie się życia ludzkiego

W Polsce nastąpiła w ostatnich dziesięcioleciach radykalna zmiana wiekowej struktury demograficznej (co można wyrazić słowami „dużo dziadków, mało wnuków”). Oznacza to zarazem zmianę struktury konsumpcji dóbr i usług, w tym – wydatków na ochronę zdrowia i cele socjalne. Starzenie się ludności rozwija popyt na usługi zdrowotne. Stan zdrowia zmienia się bowiem recesywnie wraz z wiekiem; spada sprawność funkcjonowania, występuje wielochorobowość, współistnienie wielu chorób przewlekłych. Z wiekiem wzrasta nie tylko częstość występowania chorób, ale także długość ich trwania. Wzrost liczby osób starszych, sędziwych to zwiększone zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i pielęgnacyjną w sektorze usług publicznych i prywatnych.

Wydłużenie się życia ludzkiego w skali masowej jest zjawiskiem pozytywnie świadczącym o rozwoju społeczeństwa i warunkach życia ludności. Z drugiej wszakże strony szybki proces zwiększania się udziału ludności starszej w populacji kraju staje się poważnym wyzwaniem nie tylko medycznym, ale także społecznym i ekonomicznym.

Coraz więcej ludzi osiąga próg starości i coraz dłużej żyje po jego przekroczeniu. W roku 1950 na 25 mln ludności Polski liczba osób w wieku 60 lat i więcej wynosiła 2,1 mln. W roku 2002 ludność Polski liczyła 38,2 mln, zaś populacja w wieku powyżej 60 lat – 6,3 mln. Oznacza to, że ludność kraju zwiększyła się półtora raza, zaś osób w wieku starszym – trzykrotnie. Podobny proces starzenia się można obserwować w innych krajach europejskich. Podwyższenie średniej oczekiwanej długości życia oznacza również przesunięcie wieku zgonów na okres późnej starości. Odsetek osób w starszym wieku będzie systematycznie wzrastał. Dalszemu starzeniu się społeczeństw towarzyszyć będzie szczególnie wysoki udział najstarszych roczników, w tym – w wieku sędziwym (powyżej 90 lat).

Jednym z zadań opieki zdrowotnej jest utrzymanie ludzi starszych w dotychczasowym środowisku w stanie możliwie największej sprawności, samodzielności i niezależności. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, osoby starsze są najpoważniejszymi odbiorcami usług zdrowotnych. Podkreślić trzeba zarazem, że w większości krajów zachodnich wydatki

na publiczną ochronę zdrowia na osobę w wieku powyżej 65 lat są ponad czterokrotnie wyższe niż na osobę w wieku 0-64 lat. W wielu krajach rozwiniętych ludność powyżej 65 roku życia, stanowiąca od 12% do 20% ogółu ludności, wykorzystuje ponad 50% udzielanych świadczeń medycznych (Leowski 2004).

W wielu publikacjach zwraca się uwagę na konieczność wielorakiego wsparcia działań mających na celu utrzymanie aktywności osób w starszym wieku, która zabezpieczałaby tę populację przed złą kondycją psychofizyczną, pauperyzacją i postawami pasywno-rozszczeniowymi wobec opieki zdrowotnej (Hayflick 1996; Golinowska 1999).

W ostatnich dziesięcioleciach systematycznie wydłużało się przeciętne trwanie życia ludzkiego, co ilustruje poniższa tabela.

Tabela 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w latach 1990-2004

Lata	Mężczyźni				Kobiety			
	Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku lat							
	0	30	45	60	0	30	45	60
1990	66,5	39,1	26,0	15,3	75,5	47,2	33,0	20,0
1995	67,6	39,8	26,7	15,8	76,4	47,9	33,6	20,5
2000	69,7	41,4	27,9	16,7	78,0	49,0	34,7	21,5
2002	70,4	42,0	28,5	17,2	78,8	49,8	35,4	22,2
2003	70,05	42,0	28,5	17,1	78,9	49,8	35,4	22,2
2004	70,7	42,1	28,6	17,4	79,2	50,0	35,6	22,5

Źródło: Rocznik Statystyczny RP 2004, Warszawa, GUS, s. 210; Mały Rocznik Statystyczny 2005, Warszawa, GUS, s. 127

Jak wiadomo, przeciętna długość życia stanowi znany powszechnie wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności. W roku 2004 przeciętne dalsze trwanie życia w momencie narodzin wynosiło 70,7 dla noworodka płci męskiej i 79,2 dla płci żeńskiej, zatem tylko w latach 1990-2004 życie mężczyzn i kobiet wydłużyło się w Polsce o około 4 lata. Warto w tym miejscu

wspomnieć, że na początku lat pięćdziesiątych XX wieku, długość życia mężczyzn szacowano na 58,6 lat zaś życie kobiet na 64,2 lata. Oznacza to, że w minionym półwieczu w Polsce życie mężczyzn wydłużyło się o blisko 12 lat, zaś życie kobiet o 15 lat. Wydłużenie się ludzkiego życia w Polsce nie zmienia faktu, że jest ono ciągle krótsze w porównaniu z innymi krajami Europy. Długość życia w „starych” krajach Unii Europejskiej wynosiła w roku 2003 średnio 75,8 lat dla mężczyzn i 81,6 lat dla kobiet, co oznacza, że mężczyźni żyli tam średnio o 5,5 lat dłużej, zaś kobiety o 3 lata dłużej niż w Polsce. Oznacza to zarazem istnienie w naszym kraju potencjalnie znacznej rezerwy w zakresie wydłużania się ludzkiego życia (Worach-Kardas, Indulski 1999). Dalsze wydłużanie życia będzie głównie pochodną działań na rzecz ograniczenia umieralności w następstwie chorób układu krążenia, nowotworów oraz urazów i zatruc, które są najczęstszymi przyczynami przedwczesnych zgonów.

Wiek starszy a zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne

Struktura wiekowa populacji determinuje w istotnym stopniu zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, przy czym starsze grupy wiekowe są najbardziej narażone na zachorowania i „konsumują” najwięcej świadczeń, zarówno w sferze publicznych, jak i prywatnych usług medycznych (Borowiak, Bogus, Kostka 2004).

W świetle prognoz demograficznych w nadchodzących latach nie będziemy obserwować gwałtownych zmian w liczbie ludności Polski, lecz raczej w jej strukturze wieku i płci. Liczba ludności w danej grupie wieku wyznacza (determinuje) wielkość i zakres potrzeb zdrowotnych. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych uwarunkowane jest takimi czynnikami, jak: płeć, wiek, typ gospodarstwa domowego, faza cyklu życia rodziny, warunki ekonomiczne w powiązaniu z zawodem i aktywnością lub biernością zawodową. Wiek stanowi często przeszkodę (organizacyjną lub finansową) w dostępie do badań diagnostycznych a także do placówek rehabilitacji leczniczej zajmujących się kompleksową diagnostyką oraz terapią geriatryczną. Osoby starsze są głównymi konsumentami leków, pomimo że wysokie ceny mogą stanowić barierę w dostępie do nowoczesnych środków farmakologicznych. Przewiduje się wszakże, iż zwiększy się spożycie leków, zarówno tych ratujących życie, jak i wspomagających kondycję, vitalność i samopoczucie (Michalik, Mruk 2006).

Wraz z wiekiem i starzeniem się organizmu ludzkiego wzrasta ryzyko

zdrowotne. Jest zatem zrozumiałe, że wydatki ludności starszej na usługi medyczne są kilkakrotnie wyższe niż osób w młodszym wieku. Dotyczy to zarówno wydatków z dochodów osobistych, jak też ze środków publicznych. Relatywnie niskie nakłady na opiekę zdrowotną w Polsce, utrudniają jednak zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności znajdującej się w stosunkowo gorszym położeniu ekonomicznym.

Potrzeby zdrowotne i możliwości ich zaspokojenia

Potrzeby zdrowotne, to ilość świadczeń (usług), która powinna być potencjalnie dostarczona określonej populacji, z uwzględnieniem jej cech społeczno-demograficznych. Potrzeby zdrowotne dzieli się na rzeczywiste, wyrażone i zrealizowane. Potrzeby rzeczywiste (obiektywne) mierzone są poprzez analizę aktualnej sytuacji demograficznej danego segmentu populacji, jak również metodami epidemiologicznymi. Potrzeby wyrażone to oczekiwania (żądania), które stanowią właściwy popyt na usługi zdrowotne. Potrzeby zdrowotne zrealizowane (zaspokojone) to usługi i świadczenia zrealizowane, czyli faktycznie wykonane przez system opieki zdrowotnej. Informacje ilościowe o tych świadczeniach można uzyskać z systemów sprawozdawczych (Gorynski, Wojtyniak 2002).

Obiektywne potrzeby zdrowotne prezentowane w postaci danych demograficznych nie zawsze są wyrażone, a tym bardziej realizowane; obrazują one raczej obiektywny stan populacji, który jest sumą stanów jednostkowych. Liczba ludności stanowi podstawowy czynnik determinujący ilościowy wymiar rzeczywistych potrzeb danej populacji, informuje bowiem o ilościowym wymiarze problemów zdrowotnych. Obok liczby ludności potrzebna jest wszakże jej bliższa charakterystyka, przede wszystkim pod względem struktury wieku, płci oraz innych cech społeczno-demograficznych.

Populacje o większym odsetku osób starszych charakteryzują się gorszym stanem zdrowia i większymi potrzebami zdrowotnymi niż populacja demograficznie młodsze.

Potrzeby zdrowotne w różnych subpopulacjach wyróżnionych ze względu na wiek różnią się znacząco pod względem stopnia sprawności organizmu i ogólnego stanu zdrowia. Potrzeby wyrażone przez pacjentów to: zgłaszanie się po porady lekarskie, rutynowe badania diagnostyczne, hospitalizacja w ostrym stanie choroby. Zakłada się, że zwiększenie udziału osób w wieku poprodukcyjnym w strukturze ludności Polski kształto-

wać będzie sytuację zdrowotną ogółu Polaków, a także wyrażone potrzeby zdrowotne społeczeństwa (Mianowany, Maniecka-Bryła, Drygas 2004).

W problemie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych coraz wyraźniej ujawnia się czynnik kosztów. Badanie porównawcze kosztów leczenia szpitalnego chorób układu krążenia (z uwzględnieniem płci i wieku) wykazało, iż koszty te były relatywnie niskie w młodszych grupach wiekowych, do 40 roku życia. W odniesieniu do wieku 40-54 lata koszty hospitalizacji chorób układu krążenia gwałtownie rosną. W wieku 55-59 lat koszty leczenia chorób układu krążenia obniżają się nieznacznie, po czym powtórnie gwałtownie rosną, osiągając wartość maksymalną dla osób w wieku powyżej 70 lat (Wdowiak, Kondracki, Ostrowski 2000).

Istnieje także znaczne zróżnicowanie częstości porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Badanie przeprowadzone w poradni lekarzy rodzinnych na terenie Łodzi wykazało, że roczna liczba porad lekarskich z powodu infekcji dróg oddechowych jest u osób w wieku 65 i więcej lat ponad dwukrotnie wyższa niż w pozostałych grupach wiekowych. Zbliżoną częstość porad z tej przyczyny stwierdzono tylko wśród najmłodszych pacjentów, czyli dzieci w wieku 1-6 lat (Herczyński, Kardas 2003).

Podsumowanie

Starzenie się społeczeństwa będzie powodować zmiany w strukturze usług medycznych. Rozszerzać się powinny dotychczasowe i powstawać nowe segmenty rynku towarów i usług, nastawione na zaspokajanie potrzeb i obsługę osób starszych.

Znajomość liczby i wieku osób należących do danej populacji może w znacznym stopniu ułatwić podejmowanie decyzji dotyczących profilu świadczeń nabywanych na rzecz tej populacji. Starzenie się populacji zwiększy zapotrzebowanie na opiekę nad ludźmi starszymi, także, a może głównie, na świadczenia ze strony lekarzy podstawowej opieki zdrowotne (Pędich 1998, Pędich 1999). Wymusza to również konieczność przygotowania nowoczesnej oferty sprawowania opieki dostosowanej do specyficznych potrzeb tej zwiększającej się liczebnie z roku na rok grupy pacjentów.

Starość oraz starzenie się należy rozpatrywać w dwu wymiarach: makrospołecznym (polityka, ekonomia, kultura) oraz mikrospołecznym (wartości, styl życia, rodzina, codzienna aktywność). Osoby starsze charakteryzują się zwiększoną zachorowalnością na choroby przewlekłe,

a także wyższym poziomem niepełnosprawności. Demograficzne starzenie się populacji polskiej stawia zatem szczególne wyzwania przed całym systemem ochrony zdrowia. Starość, jako późnej fazy cyklu życiowego, nazbyt często towarzyszy wielochorobowość, współistnienie wielu chorób przewlekłych, spadek sprawności funkcjonalnej w życiu codziennym. Istnieje potrzeba szerszego kształcenia zarówno lekarzy rodzinnych, jak też pielęgniarek, w zakresie tej złożonej dyscypliny, jaką jest geriatria i gerontologia.

Samodzielności osób starszych sprzyjają działania rehabilitacyjne i terapeutyczne. Istotą tych działań powinno być wspieranie w samodzielnym zaspokajaniu potrzeb życiowych oraz integracja z lokalną społecznością.

Jednym z głównych zadań podstawowej opieki zdrowotnej – w tym lekarzy rodzinnych – w odniesieniu do osób starszych – jest zatem pomoc w zachowaniu niezależności fizycznej i socjalnej, zwłaszcza zaś samodzielnego bytowania w naturalnych warunkach domowych i rodzinnych. Niesprawności wieku starszego generują również koszty społeczne i ekonomiczne, więc nie mogą pozostawać wyłącznie sprawą poszczególnych jednostek. Istnieje zarazem konieczność stworzenia nowoczesnej oferty usług medycznych i pielęgnacyjnych tak, aby starszej części naszego społeczeństwa ułatwić zachowanie samodzielności i podmiotowości w życiu społecznym.

Pragnę w tym miejscu przytoczyć jakże trafne słowa Honorowego Prezesa Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, prof. Wojciecha Pędicha: „Utrzymanie, a może raczej podtrzymanie samodzielności ludzi starych wykracza poza zadania służby zdrowia; powinno stać się wyzwaniem dla gerontologii, polityki społecznej, a także dla całego społeczeństwa. Nauczmy się żyć ze starością – nie tylko ze starością innych, ale także z przyszłą lub obecną starością własną. [...] Starość przypomina księżyc w trzeciej i czwartej kwadrze; jeszcze świeci, jeszcze bawi swoim pięknem, ale z każdym dniem światła jest coraz mniej. Można przedłużyć blask starości poprzez wielokierunkowe działania profilaktyczne, pomoc medyczną i zabezpieczenie socjalne” (Pędich 2004). Należy sobie wspólnie życzyć, aby ten blask towarzyszył starości możliwie jak najdłużej.

Bibliografia:

Bois J. P.: (1996), Historia starości. Od Montaina do pierwszych emerytur. Warszawa: Oficyna Wydawnicza.

Borowiak E., Bogus K., Kostka T.: (2004), Analiza świadczeń medycznych realizowanych przez pielęgniarki oraz oczekiwania starszych mieszkańców Łodzi na ten rodzaj usług. *Polska Medycyna Rodzinna*, 6, suplement 1, s. 147-154.

Herczyński D., Kardas P.: (2003), Wpływ wieku na częstość porad lekarskich spowodowanych infekcjami dróg oddechowych wśród podopiecznych poradni lekarzy rodzinnych. *Medycyna Rodzinna*, 2, z. 23, s. 85-88.

Golinowska S., [red.]: (1999), Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Warszawa: UNDP.

Goryński P., Wojtyniak B.: (2002), Ocena potrzeb zdrowotnych populacji. *Polska Medycyna Rodzinna*, 4, s. 91-104.

Halicka M.: (2004), Satysfakcja życiowa ludzi starych. Białystok: Akademia Medyczna.

Hayflick L.: (1996), How and why we age. New York: Ballantine Books, s. 31.

Mianowany L., Maniecka-Bryła J., Drygas W.: (2004), Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. *Gerontologia Polska*, 12, s. 172-176.

Michalik M., Mruk H.: (2006), Zachowania pacjenta na rynku farmaceutycznym. *Polityka Zdrowotna*, V, Konteksty polityki lekowej w Polsce.

Pędich W.: (1998), Człowiek stary w praktyce lekarza rodzinnego. *Klinika*, 12, s. 1203-1026.

Pędich W.: (1999), Ludzie starzy w perspektywie XXI wieku. *Ethos*, 12, 3, s. 129-136.

Piotrowski J.: (1973), Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. Warszawa: PWN.

Pędich W.: (2004), Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżyca. W: Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski, PTG Materiały konferencyjne PTG – Oddział Mazowiecki. Warszawa, s. 215-216.

Wdowiak L., Kondracki M., Ostrowski T.: (2000), Koszty hospitalizacji chorób układu krążenia członków Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, cz. I: Koszty hospitalizacji ogółem oraz chorób układu krążenia. *Zdrowie Publiczne*, 112(1), s. 24-29.

Worach-Kardas H., Indulski J.: (1999), Umieralność przedwczesna. Przyczyny i uwarunkowania, Łódź: IMP.

Worach-Kardas H.: (2005), Sytuacja demograficzna i jej związek ze stanem zdrowia ludności. W: Epidemiologia z elementami biostatystyki. I. Maniecka-Bryła, J. Martini-Fiwek. Łódź: Uniwersytet Medyczny, s. 80-94.

Wielkopolska seniorom

Starzenie się społeczeństwa jako wyzwanie dla polityki społecznej państwa i samorządów lokalnych

W ostatnim półwieczu dokonały się istotne zmiany w strukturze ludności świata. Nastąpił wzrost ilości ludności w starszych grupach wiekowych wskutek wydłużania się przeciętnego trwania życia i zmniejszenia współczynnika urodzeń. W 1995 roku w krajach rozwijających się na 1 osobę w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) przypadało 13 osób w wieku produkcyjnym (15-64 lata), a przewiduje się, że w 2025 roku wskaźnik ten zmniejszy się do 8 osób. Starzeje się też sama populacja seniorów. Już dzisiaj około 10% ludności w wieku powyżej 60 roku życia dożywa około 80 lat. Do 2025 roku przewiduje się, że odsetek ten wzrośnie do 25%.

Polska pod względem liczby ludności znajduje się na 29 miejscu wśród krajów świata i na 8 miejscu w Europie. Województwo wielkopolskie zajmuje wśród szesnastu nowych regionów Polski trzecie miejsce w kraju, po mazowieckim i śląskim, pod względem całkowitej liczby ludności – 8,7%. W Wielkopolsce obserwuje się wzrost liczby ludności, zarówno z powodu przyrostu naturalnego, jak i migracji. Prawie jedna trzecia mieszkańców to osoby młode w wieku 18-39 lat. Grupa produkcyjna liczy 2 mln osób, co stanowi 60% ogólnej liczby ludności. Struktura demograficzna przedstawia się następująco: 26% to osoby w wieku przedprodukcyjnym, 60,5% – w wieku produkcyjnym i 13,5% – w wieku poprodukcyjnym.

Według S. Wierzchosławskiego ludność regionu Wielkopolski stosunkowo wcześniej została objęta wpływami modernizacji demograficznej. Z tych względów dynamika rozwoju ma charakter słabszy w porównaniu

do innych obszarów kraju. Zatem procesy demograficzne w czasie podlegają charakterystycznemu falowaniu pod wpływem zachodzących przemienne wyżów i niżów demograficznych. Procesy demograficzne w układzie przestrzennym są zróżnicowane, co posiada swe podłoże w historycznym rozwoju tych ziem. Niepoślednią rolę odgrywają tu miasta, takie jak Poznań, Leszno, Kalisz, Konin, Piła, Gniezno, które wykazują znacznie niższą żywotność rozwoju ludności pod względem przyrostu naturalnego.

Na podstawie wykonanych szacunków oraz prognoz Głównego Urzędu Statystycznego przewiduje się, że do 2020 roku ludność Wielkopolski będzie wzrastać do 3,5 mln osób, a po 2020 – zacznie się obniżać.

Tempo wzrostu ludności w starszym wieku (15% ogółu ludności to osoby w wieku 60 i więcej lat) pozwala na stwierdzenie, iż w niedalekiej przyszłości Wielkopolska należeć będzie do regionów o intensywnym procesie starzenia się.

Tabela 1

Wiek	2005	% z ogółu	2010	% z ogółu	2020	% z ogółu
0-17	746,6	22,2	687,6	20,0	713,7	20,0
18-59/64	2157,2	64,1	2226,1	65,0	2086,2	60,0
60+/65+ Kobiety/Mężczyźni	461,5	13,7	505,2	15,0	692,3	20,0
Razem	3365,3	100,0	3418,9	100,0	3492,2	100,0

Źródło: dane GUS

W związku z tym wyzwaniem dla polityki społecznej Wielkopolski staje się zabezpieczenie potrzeb około 500-tysięcznej grupy osób starszych, a w szczególności:

- stworzenie warunków do zachowania samodzielności i niezależności starszych osób,
- integracja starszego pokolenia ze społeczeństwem (we wszystkich grupach wiekowych),
- zapewnienie opieki osobom jej wymagającym,
- rozwój zaplecza organizacyjno-usługowego,

- aktywizacja rodzin i środowisk lokalnych do działań samopomocowych,
- prowadzenie badań naukowych i wytyczanie kierunków działań.

Instytucje publiczne, organizacje pozarządowe i inne zaspokajające potrzeby seniorów

Samorząd województwa wielkopolskiego, mając na uwadze zachodzące procesy demograficzne, przyjął w 2001 roku program aktywizacji seniorów i ich rodzin pt. „Więcej wiosny jesienią”, jako integralną część wojewódzkiej strategii rozwoju pomocy społecznej.

Celem tego programu jest poprawa jakości życia ludzi starszych w Wielkopolsce poprzez rozwój aktywności własnej seniorów i ich rodzin, a tym samym zapobieganie marginalizacji życia starszego pokolenia, a w szczególności:

- jak najdłuższe utrzymanie zdolności seniora do samoegzystencji w swoim naturalnym środowisku życia oraz optymalizację jego aktywności,
- aktywizowanie rodziny i społeczności lokalnej do szerokich działań na rzecz najstarszych pokoleń.

Ma to swe odzwierciedlenie w założeniach strategicznych, jakimi są rozwój ilościowy i jakościowy gminnych i powiatowych specjalistycznych placówek świadczących zróżnicowane usługi socjalne.

Powyższe nawiązuje do realizowanej już wcześniej w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych polityki społecznej województwa poznańskiego i ościennych. Sprzyjając tworzeniu warunków do zachowania samodzielności i niezależności osób starszych założono w Poznaniu w 1979 roku Uniwersytet Trzeciego Wieku, jako innowacyjną formę ustawicznego kształcenia seniorów. Aktywność słuchaczy, widoczna w wieloletnim uczęszczaniu na wykłady plenarne, naukę języków obcych i zajęcia fizyczno-ruchowe oraz w pracach organizacyjnych stowarzyszenia, potwierdza słuszność i atrakcyjność wybranej formy zaspokojenia potrzeb najstarszej populacji Poznania i okolic. Ma to swoje odzwierciedlenie również w systematycznym rozwoju ilości i różnorodności zajęć oraz stale rosnącej liczbie zainteresowanych osób w wieku powyżej 50 lat (w roku akademicki 2005/2006 liczba słuchaczy wynosiła 1300).

Obecnie w Wielkopolsce, oprócz wspomnianego Uniwersytetu, działa siedem innych: w Lesznie, Pile, Wolsztynie, Kościanie, Koninie, Ostrze-

szowie i drugi w Poznaniu – Uniwersytet Każdego Wieku – zrzeszających ogółem około 2500 osób.

Inną ciekawą inicjatywą, utrzymującą samodzielność osób starszych, było powołanie do życia w 1993 roku w Pniewach koło Poznania pensjonatu spokojnej starości Jutrzenka. Stworzenie wzorcowych form wsparcia osób w podeszłym wieku, opartych na samodzielnych jedno- i dwuosobowych mieszkaniach wyposażonych w meble zamieszkujących je seniorów, z dostępnością do usług gastronomicznych, opiekuńczych, pralniczych, fryzjersko-kosmetycznych, organizacją czasu wolnego, z jednoczesnym zapewnieniem wygody poprzez dobre uniwersalne urządzenia techniczne, brak barier architektonicznych i usytuowanie w ładnej, spokojnej części miasta, w pobliżu kościoła i punktów usługowych, spowodowało ogromne zainteresowanie seniorów nie tylko z Pniew. Obecnie podobne placówki oparte na tej samej zasadzie działają w Środzie Wielkopolskiej, Bojanowie i oferują 45 miejsc stałego zamieszkania. W 2006 roku, wzorując się na ponad 10-letnich doświadczeniach wymienionych gmin, w Grodzisku Wielkopolskim otwarto ośrodek usług środowiskowych z pokojami dla seniorów.

Integracja starszego pokolenia ze społeczeństwem wiąże się z utrzymywaniem więzi społecznych zarówno w obrębie starszej generacji, jak i między nią a otoczeniem. Wiele konfliktów ujawniających się podczas codziennych spraw między starszymi a młodszymi osobami wynika z braku zrozumienia zachowań typowych dla danej generacji. Starość jest procesem, o którym wiemy ciągle zbyt mało. W powszechnej opinii starość jest okresem nierozzerwalnie związanym z utratą zdrowia i sił, postępującym uzależnieniem od otoczenia i wycofywaniem się na margines życia społecznego. Integracja między generacjami może następować dzięki poznaniu się nawzajem i zrozumienia sytuacji życiowej każdego pokolenia. Ułatwia to organizacja wspólnych zajęć, takich jak:

- tworzenie kawiarenek internetowych w szkołach, gdzie seniorzy pod okiem nauczyciela i przy wsparciu uczniów poznają tajniki świata komputerów,
- organizacja zajęć plastycznych przez seniorów dla dzieci z świetlic socjoterapeutycznych,
- pomoc seniorów w sprawowaniu opieki nad dziećmi w placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
- organizowanie wykładów, zajęć gimnastycznych, malarskich, wokalnych itp. dla seniorów na terenie uczelni, szkół podstawowych i średnich,

- występy artystyczne dzieci i młodzieży dla Uniwersytetu Trzeciego Wieku, mieszkańców domów dziennego i stałego pobytu,
- pomoc dzieci i młodzieży w zakupach, przynoszenia opału i towarzyszenia na ulicy, szczególnie w okresie zimy,
- prowadzenie wykładów dla słuchaczy szkół policealnych i studentów szkół wyższych kierunków społecznych,
- pisanie artykułów przez młodzież akademicką o formach aktywności seniorów do gazetek i biuletynów studenckich.

Wszystko to przyczynia się do przełamywania nieufności, zawierania nowych znajomości i umożliwia wymianę poglądów, co ostatecznie prowadzi do wzbogacenia wiedzy u osób młodych o starości i u osób starszych o współczesnej młodzieży.

Przez pojęcie zapewnienia opieki osobom starszym rozumie się całokształt świadczeń mających na celu ułatwienie organizacji życia i zaspokajanie właściwych dla wieku potrzeb. Pomoc seniorom obejmować winna między innymi organizację pielęgnacji, czasu wolnego, prowadzenie gospodarstwa domowego itp. Celem jest ułatwienie życia seniorom, pomoc w utrzymaniu jak najdłuższego kontaktu z otoczeniem. Służą temu usługi, porady gminnych ośrodków pomocy społecznej, placówki środowiskowe, takie jak kluby seniora (około 50), domy dziennego pobytu (24) i wiele organizacji społecznych działających wokół problemów osób starszych (60).

Podstawową formą usług jest opieka nad chorymi w domu organizowana przy współudziale organizacji społecznych i środowisk sąsiedzkich. Realizacja usług opiekuńczych kształtuje się na poziomie około 6500 rodzin w ciągu roku. W Wielkopolsce 24 domy dziennego pobytu w 19 powiatach oferują ponad 1700 miejsc, umożliwiając osobom starszym korzystanie z aktywnych form spędzania czasu jakim są terapie zajęciowe, rehabilitacja ruchowa, wycieczki i zabawy, spotkania okolicznościowe oraz całodobowe wyżywienie. Dla osób starszych z ograniczonymi zdolnościami do samoegzystencji przy jednoczesnej niewydolności rodziny i służb środowiskowej pomocy społecznej przeznaczone są domy stałego pobytu. W województwie wielkopolskim prowadzone są 34 takich domy na ponad 3000 miejsc.

Chcąc zapewnić odpowiedni poziom jakości świadczonych usług godnych człowieka starego w tych domach w okresie lat dziewięćdziesiątych – w pierwszych latach reformy pomocy społecznej – dokonywano wielu zmian organizacyjnych, remontowo-budowlanych, technicznych i kadrowych. Wiedza o potrzebach osób starszych, wymiana doświadczeń zawodowych pracowników społecznych spowodowały wybudowanie dwóch

nowych domów w Łęczeczkach i Lisówkach koło Poznania o charakterze geriatrologicznym z cechami wzorcowymi pod względem architektoniczno-funkcjonalnym, wyposażenia technicznego oraz zatrudnienia fachowego personelu terapeutycznego – rehabilitantów, pedagogów i psychologów.

Obecnie obowiązujące standardy nakładają na samorząd powiatowy obowiązek dostosowania wszystkich placówek do odpowiedniego poziomu technicznego, jak i zatrudnienia personelu. Przywiązuje się dużą wagę do usług osobistych, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości mieszkańca, jak również aktywnych form rehabilitacji fizycznej, psychicznej i terapii zajęciowej. Zakres świadczeń uwzględniać musi nie tylko organizację życia i zapewnienie opieki czy pielęgnacji, ale również zabezpieczenie takiej atmosfery, w której starsza osoba będzie mogła czuć się jako pełnoprawny mieszkaniec.

Rozwój zaplecza organizacyjno-usługowego poszerza się znacznie wraz z żywiołowym powstawaniem organizacji pozarządowych – samopomocowych, skupiających się wokół problemów, z którymi się spotykają. W Wielkopolsce w obszarze działania na rzecz osób starszych zaangażowanych jest około 60 organizacji społecznych. Prócz znanych dotychczas – Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów (ponad 20 kół lokalnych), Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej, PCK – pojawiły się nowe, zainteresowane aktywizacją osób starszych np.: Wielkopolska Fundacja Rozwoju Regionalnego, Stowarzyszenie Krąg, Fundacja Odzew, Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, Młodzi Wielkopolanie itp. Oferują one różne formy zajęć własnych i podejmują się realizacji zadań zleconych ogłaszanych w formie konkursowej przez samorząd województwa.

W latach 2005-2006, zgodnie z obowiązującą ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, samorząd województwa wielkopolskiego ogłosił 10 konkursów na zadania specjalistyczne, takie jak: rehabilitacja i edukacja seniorów, warsztaty aktywizujące osoby starsze, prezentacje twórczości osób starszych, kreowanie pozytywnego wizerunku seniora, których realizacji podjęło się kilkanaście organizacji w ramach 81 opracowanych przez siebie projektów.

Wymiana doświadczeń krajowych i zagranicznych – ustawiczne doskonalenie kadry zawodowej i wolontaryjnej

Dokonujące się w naszym kraju gwałtowne zmiany społeczne powodują większą złożoność życia, pogarszanie się warunków bytowych, zdrowotnych i osłabienie więzi wewnątrzrodzinnych. Stanowi to zagrożenie dla sprawnego funkcjonowania osób starszych, zaspokojenie potrzeb ludzi słabych, wycofujących się z aktywnego życia społecznego. Taka sytuacja wymusza konieczność zintegrowania działań wszystkich podmiotów zainteresowanych wspieraniem i pomocą osobom starszym. Wykorzystanie istniejącego potencjału ludzkiego, finansowego, a także organizacyjnego na wszystkich szczeblach – wojewódzkim, powiatowym i gminnym – ułatwi osobom starszym dostęp do różnych form wsparcia, podwyższy jakość świadczonych usług, zintensyfikuje działania profilaktyczne, zminimalizuje skutki patologii w odniesieniu do osób starszych, skuteczniej i taniej pomoże realizować marzenia o poprawie jakości życia ludzi starszych.

Mając świadomość tych zależności, służby socjalne Wielkopolski podjęły się w 2002 roku zorganizowania międzyresortowej debaty pracowników pomocy społecznej, ubezpieczeń społecznych, nauki, praktyków i wolontariuszy organizacji społecznych, Kościoła z udziałem gości z prowincji Północna Brabancja (Holandia) nad integrowaniem systemu pomocy osobom starszym. W wyniku dyskusji podjęto wspólne zobowiązania dotyczące m.in.:

- stworzenia kompleksowego systemu informacyjnego o podmiotach i formach wspierania osób starszych (bazy danych o specjalistach, instytucjach i planowanych działaniach w województwie na rzecz osób starszych),
- inspirowania do tworzenia własnych lokalnych systemów wsparcia i pomocy osobom starszym,
- ustawicznej edukacji zawodowej i społecznej w zakresie problemów wynikających z procesu starzenia się społeczeństwa,
- podnoszenia umiejętności samodzielnego radzenia sobie osób starszych;
- zintensyfikowania działań w zakresie aktywnego życia seniorów i ich samopomocy.

Dzięki realizacji tych postanowień, powoli rozszerza się krąg gmin zainteresowanych podnoszeniem jakości świadczeń na rzecz osób starszych.

Organizowanie konferencji przez Poznański Oddział Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i różne formy szkoleń Regionalnego Ośrodka

Polityki Społecznej w Poznaniu, w tym wyjazdy studyjne do wielu krajów Europy, znacznie poszerzyły świadomość decydentów i osób bezpośrednio pomagających seniorom w zabezpieczeniu ich potrzeb i organizowaniu usług według standardów współczesnej gerontologii.

Projekty międzynarodowe, dające nam szansę wymiany doświadczeń i ustawicznego rozwoju form wspierania osób w podeszłym wieku, wspólnie opracowywane z Północną Brabancją, Północną Nadrenią-Westfalią, Dolną Saksonią, Zgromadzeniem Regionów Europy, dotyczą:

- tworzenia sieci regionów europejskich, instytucji badawczych i organizacji pozarządowych w celu rozwiązywania problemów wynikających ze starzenia się społeczeństw,

- opracowywania nowych metod pozwalających stawiać czoło zmianom demograficznym,

- ujednolicenia programu kształcenia opiekunów osób starszych.

Wydawane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu publikacje obrazujące natężenie problemów związanych ze starzejącym się społeczeństwem i przykładami dobrych praktyk oraz nowatorskie rozwiązania z kraju i zagranicy pomagają kreować pożądane europejskie kierunki rozwoju i zachęcają do aktywności społecznej i indywidualnej Wielkopolan.

Zakończenie

Sieć placówek świadczących usługi środowiskowe (ambulatoryjne i dzienne), zwane pomocą półotwartą, oraz stacjonarna pomoc dla osób starszych w województwie wielkopolskim są niewystarczające, przestrzennie nierównomiernie rozmieszczone i wymagają stałego ilościowego i jakościowego rozwoju.

W Wielkopolsce są, niestety, również gminy, które nie dysponują żadnymi placówkami dla osób starszych. Mamy nadzieję, że zaczynający się w 2006 roku trzyletni program wsparcia obszarów wiejskich, finansowany z Banku Światowego, będzie kolejnym krokiem dla 16 wybranych gmin województwa wielkopolskiego w rozwoju infrastruktury socjalnej, w tym środowiskowych form opieki o różnym zakresie i charakterze dostosowanym do potrzeb osób starszych.

Mamy świadomość, iż wszystko, co osiągamy i planujemy zrealizować w bliższej lub dalszej perspektywie z myślą o wielkopolskich seniorach, zawdzięczamy między innymi posiadanej wiedzy z zakresu geriatrii i ge-

rontologii, którą czerpiemy od trzydziestu już lat z doświadczeń i umiejętności wielu wybitnych przedstawicieli świata nauki, a wśród nich prof. dr. hab. Wojciecha Pędicha.

Chcielibyśmy podziękować za wiele ciekawie zorganizowanych konferencji naukowych, za inspirujące, zawsze zrozumiałe, nowe treści w wygłaszanych przez Pana Profesora referatach, skłaniające nas do działania. Prosimy uznać nasze osiągnięcia za swoje, w ramach krajowego zintegrowanego systemu działań członków Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Bibliografia:

Opracowania własne Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu na podstawie: Diagnozy problemów społecznych; Wojewódzkiego bilansu potrzeb i środków w zakresie pomocy społecznej; roczników statystycznych.

Wierchosławski S.: (2001), Procesy demograficzne zachodzące w Polsce i Wielkopolsce. W: Holenderskie świadczenia socjalne dla osób starszych na tle europejskiego Programu ALIVE. L. Wrocińska-Sławska, [red.]. Poznań: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, s. 9-14

PROBLEMY GERONTOLOGII KLINICZNEJ

Czy istnieją plejotropowe efekty cholesterolu?

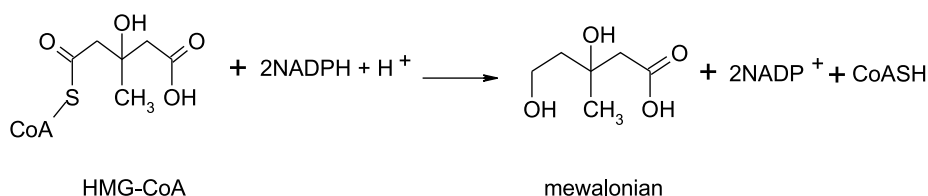
Jednym z kanonów współczesnej medycyny jest głęboko zakorzeniony pogląd, że podwyższony poziom cholesterolu w surowicy krwi, a ściślej mówiąc jego frakcji związanej z lipoproteinami o małej gęstości (LDL-low density lipoproteins), jest jednym z czynników ryzyka miażdżycy i jej konsekwencji, takich jak choroba niedokrwienna serca, miażdżycza naczyń obwodowych, miażdżycza naczyń mózgowych itd. Pogląd ten jest głęboko uzasadniony biorąc pod uwagę liczne potwierdzające go wyniki badań.

W tym roku minie 26 lat od opublikowania pracy, w której autorzy informują o nowo odkrytym inhibitorze reduktazy 3-hydroksy-3-metyloglutarylo koenzymu A (HMG-CoA) nazwanym Mevinoliną, związku z grupy określanej dzisiaj mianem statyn, wyizolowanym z *Aspergillus terreus* (Alberts, Chen, Kuron i wsp. 1980).

Minione 20-lecie potwierdziło przydatność statyn w leczeniu hiperlipidemii, szczególnie hypercholesterolemii, co było bodźcem dla wielu firm farmaceutycznych do syntezy nowych leków z tej grupy. W tej chwili na rynku znajduje się kilkanaście statyn, z których prawie wszystkie cieszą się dobrą opinią w medycynie praktycznej. Co więcej, intensywne badania prowadzone nad farmakologicznym mechanizmem działania statyn przyniosły zaskakujące odkrycia. Okazało się bowiem, że ich dobroczynny wpływ obserwowany w przebiegu chorób będących konsekwencją miażdżycy, nie wynika tylko z hamowania biosyntezy cholesterolu, ale z istniejących dodatkowych efektów na naczynia krwionośne, określanych jako efekty plejotropowe.

Będąc inhibitorami reduktazy 3-hydroksy-3-metyloglutarylo koenzymu A (HMG-CoA), statyny hamują w sposób kompetycyjny przekształ-

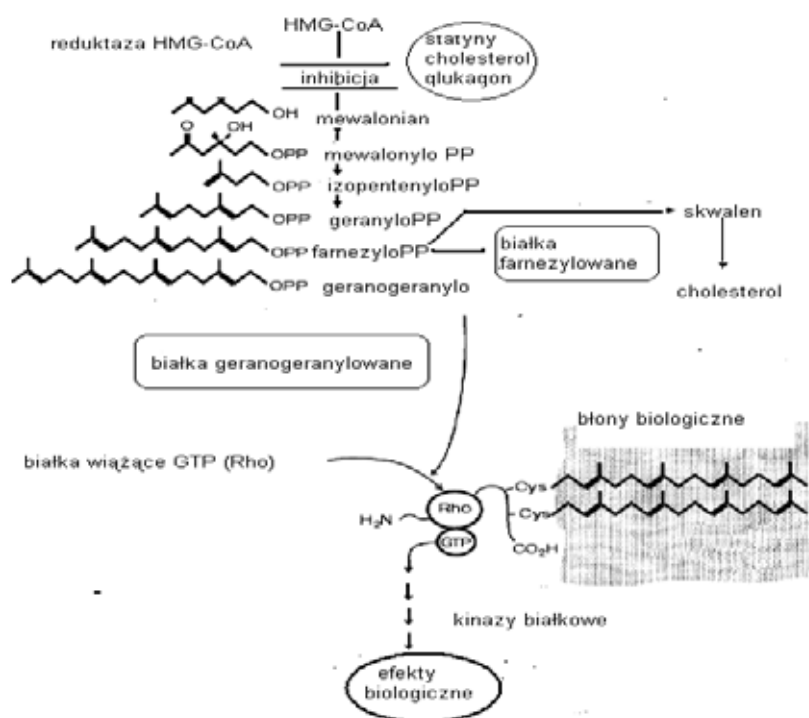
cenie HMG-CoA w mewalonian (rycina 1) Mewalonian jest prekursorem tzw. aktywnego izoprenu, którego dwie izomeryczne formy – pirofosforan izopentenylu oraz pirofosforan dwumetyloallilu – ulegają dalszym przekształceniom prowadzącym do powstania dziesięcio- i piętnastowęglowych jednostek prenylowych, czyli odpowiednio pirofosforanu geranylu i pirofosforanu farnezylu. Te związki ulegają dalszym przekształceniom prowadzącym w efekcie do powstania cząsteczki cholesterolu (rycina 2) Ale nie tylko. Reszty prenylowe, a mianowicie pirofosforan farnezylu (15C) oraz pirofosforan geranogeranylu (20C – powstaje przez kondensację dwóch reszt geranylowych) są również substratami w procesach posttranslacyjnej modyfikacji (tzw. prenylacji) białek, istotnych dla życia komórki, pełniących w niej ważne funkcje regulacyjne, jak np. małych wiążących GTP-białek rodzin Ras i Rho, a także prelamin A i B. Również białek patologicznych jak np. progeryny, która odgrywa kluczową rolę w patofizjologii progerii Hutchinson-Gilforda (Capell, Erdos, Madigan i wsp. 2005).



Rycina 1. Reakcja katalizowana przez reduktazę 3-hydroksy-3-metyloglutarylo koenzymu A [E. C. 1. 1. 1. 34]

Przyłączone do nich piętnastowęglowe reszty farnezylowe czy dwudziestowęglowe geranogeranylowe umożliwiają kotwiczenie w hydrofobowych błonach plazmatycznych, co jest niezbędne do wywarcia przez nie określonych efektów biologicznych. Reakcje przyłączenia reszt prenylowych (tzw. reakcje prenylacji) katalizowane są przez odpowiednie enzymy, tzw. prenylotransferazy białkowe (farnesylotransferaza i geranogeranylotransferazy), i wymagają obecności w prenylowanych białkach specyficznych sekwencji C-aminokwasowych, które warunkują przyłączenie piętnasto- bądź dwudziestowęglowych reszt prenylowych (Zhang, Casey 1996). Wiele z tych prenylowanych białek, jak np. białka rodziny Ras odgrywa kluczową rolę we wzroście komórki, bądź też, jak białka Rho, w ich różnicowaniu morfologicznym (stąd też inhibitory prenylotransferaz stanowią ważny punkt zainteresowań onkologów). Wydaje się być udowodnionym, że antyaterogenne właściwości statyn wynikają przede wszystkim z ich ingerencji

w proces posttranslacyjnej modyfikacji tych białek sygnałowych. Działanie statyn prowadzi do akumulacji nieaktywnych (nieprenyloowanych) form białek Ras i Rho w cytoplazmie komórki. Jakkolwiek statyny w równym stopniu hamują farnezylację białek Ras i geranogeranylację białek Rho, ich dobroczynny wpływ na naczynia w procesie miażdżycy wydaje się wynikać głównie z ingerencji w modyfikację białek Rho (Cicha, Schneiderhan-Marra, Yilmaz i wsp. 2004). Manifestuje się on stabilizacją płytki miażdżycowej, naprawą upośledzonej funkcji endothelium, działaniem antyzapalnym, hamowaniem rozplemu oraz migracji komórek mięśniówki gładkiej naczyń, inhibicją w nich ekspresji interleukiny-6, poprawą właściwości wazomotorycznych, rozkurczem naczyń, działaniem przeciw zakrzepowym, wzrostem stężenia tlenku azotu (NO), działaniem immunomodulacyjnym itd., itd. Opisane efekty, które statyny wywierają w ścianie naczyń, wskazują, że ich lecznicze działanie w chorobach będących konsekwencją miażdżycy nie jest tylko konsekwencją obniżenia stężenia „złego” cholesterolu w surowicy krwi (Fenton, Jeske, Catalfamo. i wsp. 2002; März, Winkelmann 2002; Cicha, Schneiderhan-Marra, Yilmaz i wsp. 2004).



Rycina 2. Schemat ilustrujący powiązanie metabolizmu steroli z prenylacją białek

Te właściwości statyn znalazły również swoje miejsce w leczeniu chorób nerek (Lecian, Komers, Teplan 2004), a w przyszłości być może w leczeniu chorób nowotworowych (Wen-Bin Zhong, Chih-Yuan Wang, Tien-Chun-Chang i wsp. 2003).

Wszystkie opisane powyżej biologiczne i terapeutyczne właściwości statyn wynikają z tego, że są one kompetycyjnymi inhibitorami reduktazy HMG-CoA. Konsekwentnie inne czynniki, które podobnie do statyn hamują aktywność reduktazy HMG-CoA, winny wywierać podobne do nich efekty biologiczne. Takim czynnikiem winno być głodzenie, pora dnia – uwzględniając rytm dobowy aktywności reduktazy HMG-CoA, a także glukagon, który w wątrobie wywiera efekty prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia aktywności tego enzymu. Takim związkiem winien też być cholesterol! Zdolność do jego biosyntezy posiadają prawie wszystkie tkanki człowieka, aczkolwiek głównym źródłem jest wątroba, przewód pokarmowy i skóra. Odkryta dawno inhibicja reduktazy HMG-CoA przez cholesterol jest uznanym, klasycznym przykładem inhibicji zwrotnej, w której ciąg metaboliczny prowadzący od aktywnego octanu do cholesterolu jest hamowany poprzez jego produkt końcowy (Rodwell, Nordstrom, Mitschelen 1976; Goldstein, Brown 1977; Brown, Goldstein 1980; Goldstein, Brown 1990; Ness, Chambers 2000).

Wzrost stężenia cholesterolu w surowicy krwi jest dla produkujących go tkanek sygnałem do zahamowania cholesterologenezy. Aby ten efekt miał miejsce, cholesterol, zawarty głównie w frakcji LDL, musi być przeniesiony poprzez błonę komórkową do wnętrza komórki, aby tam wyrzucić dalsze efekty, co m.in. manifestuje się zmniejszeniem aktywności reduktazy HMG-CoA i zahamowaniem biosyntezy miewalonianu (a w konsekwencji cholesterolu). Do tej pory hamujący aktywność reduktazy HMG-CoA wpływ cholesterolu był rozpatrywany głównie w kategoriach inhibicji zwrotnej procesu cholesterologenezy. Odkryte efekty plejotropowe statyn każą jednakże przyjrzeć się inhibicji wywieranej przez cholesterol (i inne czynniki zmniejszające aktywność reduktazy HMG-CoA) pod nowym kątem. Każą również inaczej spojrzeć na patogenezę niektórych chorób. Hypercholesterolemia rodzinna jest genetycznie uwarunkowanym schorzeniem, w którym transport LDL do komórki jest upośledzony poprzez błędy struktury i funkcji, specyficznego dla LDL, receptora błonowego. Schorzenie manifestuje się podwyższonym stężeniem cholesterolu w surowicy krwi, a szczególnie tej frakcji, która związana jest z LDL (Goldstein, Brown 1990).

Panuje pogląd, że wielokrotnie większa zapadalność na zawały mięśnia

sercowego, notowana u osób cierpiących na to schorzenie, wynika z podwyższonego stężenia frakcji tych aterogennych lipoprotein w surowicy krwi. Można by jednakże pokusić się o wzbogacenie interpretacji patogenety tej choroby o następującą, do tej pory nie udowodnioną hipotezę, a mianowicie: mające w niej miejsce upośledzenie transportu cholesterolu (inhibitora reduktazy HMG-CoA) do wnętrza komórek pozbawia je mechanizmu endogennej kontroli biosyntezy reszt prenylowych, co, jak można przypuszczać, w konsekwencji może prowadzić do wzmożonej (nadmiernej?) prenylacji wspomnianych wyżej białek sygnałowych, z wszelkimi konsekwencjami biologicznymi. Innymi słowy, można przypuszczać, że komórka w hypercholesterolemii rodzinnej zostaje pozbawiona fizjologicznych efektów plejotropowych cholesterolu. Podwyższony poziom cholesterolu w surowicy krwi obserwowany w tym schorzeniu byłby niejako konsekwencją drugorzędą, wynikającą z a) zaburzeń jego transportu do komórek i b) jego „nadprodukcji” wynikającej z braku zwrotnej inhibicji reduktazy HMG-CoA.

Co jest bardziej niebezpieczne – czy pozbawienie komórek efektów plejotropowych cholesterolu, czy podwyższone stężenie tego związku w surowicy – pozostaje kwestią, którą należy rozważyć i która nie została do tej pory rozstrzygnięta. Tak zresztą, jak nie rozstrzygnięto do końca, które z „dobroczynnych” efektów wywieranych przez statyny są „ważniejsze”: czy obniżenie stężenia frakcji LDL cholesterolu, czy też wywierane przez nie efekty plejotropowe? Istnieją dane pozwalające przypuszczać, że dobroczynne antymiażdżycowe efekty statyn wynikają głównie z ich działań plejotropowych, zaś obniżenie stężenia frakcji LDL we krwi, ma znaczenie drugorzędne (West of Scotland Coronary Prevention Study Group 1998; Bucher, Griffith, Guyatt 1998; Culpo 2005; Wiviott, Cannon, Morrow i wsp. 2005).

Taki hipotetyczny (i jak podkreślam, nie udowodniony) pogląd implikowałby nowe przesłanki w terapii miażdżycy. Rodzą się pytania: czy obniżenie stężenia cholesterolu we krwi ma rzeczywiście najważniejszy sens terapeutyczny, czy jest tylko korzystnym markerem działania statyn? Czy ograniczenie podaży cholesterolu w diecie ma znaczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych? Wszak zmniejszenie jego spożycia ograniczy i tak upośledzone w hyperlipidemiach efekty plejotropowe tego związku.

Niniejsza publikacja po raz pierwszy wprowadza termin „działanie plejotropowe” w odniesieniu do cholesterolu i każe nań zwrócić uwagę. Można przypuszczać, że efekty plejotropowe wywierane przez statyny imitują niejako te wywierane fizjologicznie przez cholesterol i inne czyn-

niki dietetyczne będące inhibitorami reduktazy HMG-CoA (Fenton, Jeske, Catalfamo i wsp. 2002).

Wiadomo, że mechanizmy inhibicji zwrotnej przez cholesterol, charakterystyczne dla każdej zdrowej komórki, są często upośledzone w tkankach nowotworowych (Harry, Morris, McIntre 1971; Lehoux, Kandalaft, Belisle i wsp. 1985). Aktywność reduktazy HMG-CoA w komórkach nowotworowych wzrasta, zaś wzrastająca aktywność biosyntezy mewalonianu i będących jego metabolitami poliprenoli może stymulować wzrost nowotworu poprzez aktywację białek promujących proliferację komórek. Wykazano, że mewalonian promuje wzrost komórek ludzkiego raka piersi, zaś czynniki dietetyczne wykazujące działanie antynowotworowe są często inhibitorami reduktazy HMG-CoA (Duncan, El-Sohemy, Archer 2005). Wykazano również, że zwierzęta doświadczalne trzymane na diecie wzbogaconej w cholesterol są bardziej odporne na działanie czynników kancerogennych (El-Sohemy, Bruce, Archer 1996).

Można więc przypuszczać, że inhibicja zwrotna reduktazy HMG-CoA przez cholesterol stanowi ważny element, nie tylko w regulacji cholesterologenezy, ale również tych procesów metabolizmu komórkowego, w których prenylacja białek odgrywa kluczową rolę.

Bibliografia:

Alberts A. W., Chen J., Kuron G., Hunt V., Huff J., Hoffman C., Rothrock J., Lopez, M., Joshua H., Harris E., Patchett A., Monaghan R., Currie S., Stapley E., Albers-Schonberg G., Hensens O., Hirshfield J., Hoogsteen K., Liesch J., Springer J.: (1980), Mevinolin: A Highly Potent Competitive Inhibitor of Hydroxymethylglutaryl-Coenzyme A Reductase and a Cholesterol-Lowering Agent. *Preced. Ntl. Ac. Sc.*, 77(7), s. 3957-3961.

Brown M. S., Goldstein J. L.: (1980), Multivalent feedback regulation of HMG-CoA reductase, a control mechanism coordinating isoprenoid synthesis and cell growth. *Journal of Lipid Res.*, 21, s. 505-517

Bucher H. C., Griffith L. E., Guyatt G. H.: (1998), Effect of HMG CoA reductase inhibitors on stroke. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann. Intern. Med.*, 128, s. 89-95.

Capell B. C., Erdos M. R., Madigan J. P., Fiordalisi J. J., Varga R., Conneely K. N., Gordon L. B., Der C. J., Cox A. D., Collins F. S.: (2005), Inhibiting farnesylation of progerin prevents the characteristic nuclear blebbing of Hutchinson-Gilford progeria syndrome. *Proc. Natl. Ac. Sc. USA*, 102(36), s. 12879-12884.

Cicha I., Schneiderhan-Marra N., Yilmaz A., Garlich C. D.: (2004), Goppelt-Strube

Monitoring the cellular effects of HMG-CoA reductase inhibitors in vitro and ex vivo. *M. Arteioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 24, s. 2046-2050.

Culpo A.: (2005), LDL Cholesterol „Bad” Cholesterol, or Bad Science? *Journal of Am. Phys. and Surgeons*, 10(3), s. 83-89.

Duncan R.: (2005), El-Sohemy A, Archer M Dietary factors and the regulation of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase: Implications for breast cancer development. *Molecular Nutrition and Food Research*, 49(2), s. 93-100.

El-Sohemy A., Bruce W. R., Archer M. C.: (1996), Inhibition of rat mammary tumorigenesis by dietary cholesterol Carcinogenesis, 17(1), s. 159-162.

Fenton J. W. II, Jeske W. P., Catalfamo J. L., Brezniak D. V., Moon D. G., Shen G.: (2002), X Statin drugs and dietary isoprenoids downregulate protein prenylation in signal transduction and are antithrombotic and prothrombolytic agents. *Biochemistry (Moscow)*, 67(1), s. 85-91.

Goldstein J. L., Brown M. S.: (1977), The low density lipoprotein pathway and its relation to atherosclerosis. *Annu Rev Biochem*, 46, s. 897-930.

Goldstein J. L., Brown M. S.: (1990), Regulation of the mevalonate pathway *Nature*, 343, s. 425-430.

Harry D. S., Morris H. P., McIntre N.: (1971), Cholesterol biosynthesis in transplantable hepatomas: evidence for impairment of uptake and storage of dietary cholesterol *Journal of Lipid Res.*, 12, s. 313-317.

Lecian D., Komers R., Teplan V.: (2004), Pleiotropic effects of statins: The role in progression of renal diseases. *Klinicka Biochemie a Metabolismus*, 12(4), s. 244-247,

Lehoux J. G., Kandalaft N., Belisle S., Bellabarba D.: (1985), Characterization of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase in human adrenal cortex. *Endocrinology*, 117(4), s. 1462-1468.

März W., Winkelmann B. R.: (2002), HMG-CoA Reductase Inhibition in the Treatment of Atherosclerosis: Effects Beyond Lipid Lowering. *Journal für Kardiologie*, 9(7-8), s. 284-294.

Ness G. C., Chambers C. M.: (2000), Feedback and hormonal regulation of hepatic 3-hydroxy-3-methylglutaryl Coenzyme A reductase: the concept of cholesterol buffering capacity. *Proc. Soc. Exp. Biol. Medicine*, 224, s. 8-19.

Rodwell V. W., Nordstrom J. L., Mitschelen J. J.: (1976), Regulation of HMG-CoA reductase *Adv. Lipid Res.*, 14, s. 1-74.

Wen-Bin Zhong, Chih-Yuan Wang, Tien-Chun-Chang and Wen-Sen Lee: (2003), Lovastatin induces apoptosis of anaplastic thyroid cancer cells via inhibition of protein geranogeranylation and de novo protein synthesis. *Endocrinology*, 144(9), 3852-3859.

West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Influence of pravastatin and plasma lipids on clinical events in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*, 97, s. 1440-1445.

Wiviott S. D., Cannon C. P., Morrow D. A., Ray K. K., Pfeffer M. A., Braunwald E.: (2005), Can low-density lipoprotein be too low? The safety and efficacy of achieving very low low-density lipoprotein with intensive statin therapy. *J. Am. Coll. Cardiol.* 46(8), s. 1411-6.

Zhang F. L., Casey P. J.: (1996), Protein prenylation: Molecular mechanisms and functional consequences. *Annu. Rev. Biochem.* 65, s. 241-269.

Rys historyczny i perspektywy insulinoterapii

Terapia insuliną

Leczenie cukrzycy insuliną ma już za sobą ponad 80-letnią historię i nadal rozwija się dynamicznie. Rok 1922 miał charakter przełomowy w terapii cukrzycy. Po krótkim okresie badań F. Banting i Ch. Best uzyskali z trzustek płodów cielęcych wyciąg działający obniżająco na stężenie glukozy we krwi. Czynnik aktywny nazwano insuliną i wkrótce zastosowano z powodzeniem u ludzi. W historii medycznych nagród Nobla niewiele jest przykładów tak szybkiego docenienia i uhonorowania odkrycia od chwili rozpoczęcia badań do wyróżnienia przyszłych laureatów (Banting, Macleod 1923).

Pierwsze preparaty insuliny miały stosunkowo krótki okres działania. W latach trzydziestych łącząc insulinę z protaminą i cynkiem uzyskano preparaty o przedłużonym działaniu (Levinson 2003). Za opracowanie sekwencji aminokwasów w cząsteczce insuliny F. Sanger w 1958 roku otrzymał nagrodę Nobla. Kolejnym, ważnym etapem było wytworzenie w końcu lat siedemdziesiątych insuliny ludzkiej, co stało się możliwe dzięki zastosowaniu inżynierii genetycznej i technologii rekombinacji DNA. Dalszy rozwój technik biologii molekularnej pozwolił poprzez niewielkie zmiany struktury aminokwasowej insuliny na stworzenie w 1996 roku pierwszego szybko działającego analogu lispro (Humalog, firmy Eli Lilly), a w 1999 roku kolejnego podobnego analogu aspart (Novo Rapid, firmy Novo Nordisk) (Owens 2001; Patlak 2002; Levinson 2003). Preparaty te rozpoczynają działanie hipoglikemiczne po 5-15 minutach od chwili wstrzyknięcia, mają krótszy szczyt i całkowity okres działania (2-4 go-

dziny). Umożliwia to zrezygnowanie z konieczności zachowania odstępu między podaniem insuliny a posiłkiem i bardziej skutecznie chroni przed poposiłkową hiperglikemią. Podobnie, przez zmianę struktury insuliny, zdołano uzyskać analogi bezszczytowe, zachowując pełną aktywność biologiczną i stałe stężenie we krwi przez okres 24 godzin (insulina glargina) (Lepore 2000). Stosowanie długo działających analogów dość dobrze naśladuje podstawowe wydzielanie insuliny przez trzustkę ludzi zdrowych i ułatwia zmniejszenie częstości występowania hipoglikemii nocnej.

O wykorzystaniu powierzchni pęcherzyków płucnych do przyjmowania insuliny drogą wziewną myśłano niemal od chwili wprowadzenia leczenia tym hormonem. Pierwsza praca na ten temat pochodzi z 1925 roku (Gaensslen 1925). Wielokrotnie ponawiane próby zastosowania insuliny wziewnej aż do końca XX wieku wykazywały małą skuteczność tej metody. Główną przyczyną niepowodzeń były zbyt duże cząsteczki wytwarzanego proszku insuliny, bowiem cząsteczki o wielkości powyżej 5µm osadzają się na tylnej ścianie gardła. Dzięki postępowi technicznemu ostatnich lat udało się opracować cząstki insuliny o optymalnej wielkości oraz bardziej doskonałe urządzenia do ich podawania. Aktualnie do wytwarzania insuliny wziewnej wykorzystuje się insulinę ludzką krótko działającą. Inhaluje się ją przed posiłkami u chorych na cukrzycę typu 1 i 2, zwykle z zachowaniem jednego podskórnego wstrzyknięcia insuliny ultralente dla zapewnienia całodobowej wartości podstawowej hormonu (Odegard 2005). Insulina jest zawarta w kapsułkach po 1 lub 3 mg, co odpowiada 3 lub 9 jednostkom insuliny podawanej parenteralnie. Po automatycznym przerwaniu kapsułki tworzy się w inhalatorze aerozol wdychany przez pacjenta. Stosując jeden lub dwa wdechy przed posiłkami, chory inhaluje ekwiwalent 3, 6, 9 lub 18 jednostek insuliny podawanej podskórnie. Tak wprowadzona insulina rozpoczyna działanie bezpośrednio po zainhalowaniu, a więc równie szybko lub nawet szybciej aniżeli analog lispro (Rave 2005).

Preparat insuliny wziewnej o nazwie Exubera wyprodukowany przez firmę Pfizer i Sanofi-Aventis został w 2006 r. zatwierdzony przez FDA oraz Europejską Agencję Oceny Produktów Medycznych do leczenia wyłącznie dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 i 2 (Lenzer 2006). Chorzy aktualnie palący tytoń lub byli palacze, którzy zerwali z nałogiem w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie mogą być leczeni insuliną wziewną, bowiem w dotychczas przeprowadzonych badaniach okazało się, że wchłanianie insuliny w pęcherzykach płucnych jest u palaczy zmienione (Rosenstock 2005; Becker 2006; Teeter 2006). Preparat nie jest rekomendowany dla

chorych z astmą oskrzelową, zapaleniem oskrzeli i rozedmą płuc (Lenzer 2006). Wprowadzenie Exubery do lecznictwa zostanie poprzedzone kilkumiesięcznym programem przygotowawczym, w tym również przez Internet (www.INHprogramme.co.uk; Charlesworth 2006). Bezpieczeństwo insuliny wziewnej zostało udokumentowane licznymi próbami klinicznymi, w których uczestniczyło ponad 3500 ochotników, a najdłuższy czas obserwacji wynosił 7 lat (Odegard 2005; Scherbaum 2005; Charlesworth 2006; Lenzer 2006). W niektórych badaniach spostrzegano nieznamienne obniżenie maksymalnej pojemności wydechowej jedno-sekundowej (FEV_1), z powrotem jej do wartości prawidłowych po przerwaniu leczenia insuliną wziewną (Brain 2005). Najczęstszym objawem niepożądanym stosowania preparatu Exubera jest łagodny lub umiarkowany kaszel z tendencją do samoistnego ustępowania (Rosenstock 2005; Teeter 2006). Zaobserwowano również dość znaczny wzrost miana przeciwciałach przeciwinulinowych, jednak bez jakiegokolwiek wpływu na poziom HbA1c, zapotrzebowanie na insulinę, częstość występowania hipoglikemii ani też na wartości testów czynnościowych płuc czy też częstość występowania objawów alergicznych lub reakcji nadwrażliwości (Fineberg 2005).

Insulina wziewna była dobrze tolerowana przez pacjentów i bardziej akceptowana przez nich aniżeli insulina podawana podskórnie (Freemantle 2005). Chorzy po konwersji z insuliny podskórnej na insulinę wziewną nawiązywali bliższą współpracę z prowadzącym lekarzem i byli bardziej zdyscyplinowani (Mandal 2005). Akceptacja insuliny wziewnej przez pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2, ochotniczo uczestniczących w próbach klinicznych, była wysoce pozytywna. W Kanadzie zdecydowana większość chorych na cukrzycę wyraziła gotowość pokrywania kosztów zakupu insuliny wziewnej, pomimo iż według wstępnych ocen jej koszt ma być trzykrotnie wyższy aniżeli insuliny w iniekcjach (Sadri 2005). Zakładając, że w przyszłości wielu chorych na cukrzycę typu 1 i 2 będzie zamierzało przyjmować insulinę wziewną przez całe życie, należy obserwacje objawów niepożądanych rozszerzyć na okres powyżej 7 lat, a więc ponad czas obecnie dostępny do retrospektywnej analizy (Trubo 2005). Diabetologów niepokoją, poza zmianą w niektórych testach czynnościowych płuc, potencjalne odległe następstwa lokalnego działania stymulującego insuliny jako czynnika wzrostowego wobec pęcherzyków płucnych.

Skyler i wsp. oceniali skuteczność działania insuliny wziewnej w porównaniu do podawanej podskórnie (Skyler 2001). W badaniach uczestniczyło 73 pacjentów z cukrzycą typu 1. Podzielono ich na grupę przyjmu-

jących insulinę wżewną przed każdym posiłkiem i jedną dawkę insuliny ultralente we wstrzyknięciu wieczornym oraz grupę pacjentów otrzymujących 2-3 iniekcje insuliny podskórną. Po 12 tygodniach badania okazało się, że insulina wżевна skutecznie obniża glikemię poposiłkową, zaś wielkość HbA1c i częstość występowania epizodów hipoglikemii w obydwu grupach były zbliżone. Parametry czynności oddechowej i średnia masa ciała były stabilne, bez istotnych różnic między grupami chorych. Pacjenci wysoko ocenili łatwość użycia insuliny wżewnej oraz możliwość jej stosowania bezpośrednio przed posiłkami.

Inhalowana insulina jest również wysoce efektywna u pacjentów z cukrzycą typu 2 jako uzupełnienie mało skutecznej terapii preparatami doustnymi. Szczególnie ważny jest stresujący okres wtórnej niewrażliwości na doustne leki przeciwcukrzycowe. Chorzy są pełni obaw i niechętnie rozpoczynają wstrzykiwanie insuliny, zwłaszcza gdy zachodzi potrzeba podawania więcej niż jednej iniekcji dziennie. Dodanie insuliny wżewnej w okresie wyczerpywania się działania doustnych leków przeciwcukrzycowych poprawia kontrolę metaboliczną, czego wyrazem jest obniżenie wartości HbA1c. W badaniach De Fronzo i wsp. porównywano u 143 chorych z cukrzycą typu 2 efektywność terapeutyczną Exubery i rosiglitazonu. Insulina wżевна okazała się bardziej skuteczna w obniżaniu HbA1c, natomiast zmiany w czynnościowych testach płuc (maksymalna pojemność wydechowa jednosekundowa i zdolność dyfuzji CO) były niewielkie i porównywalne w obydwu grupach (De Fronzo 2005).

Transplantacja trzustki i wysp trzustkowych

Transplantacja wielu narządów wewnętrznych wyodrębniła się jako samodzielna dyscyplina medyczna i nadal rozwija się dynamicznie, natomiast postęp w zakresie przeszczepiania trzustki i wysp trzustkowych jest niewielki. Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (ADA) w zaleceniach w 2003 roku rekomenduje przeszczep trzustki łącznie z przeszczepem nerki u chorych na cukrzycę typu 1, zaś transplantację samej trzustki ogranicza do przypadków wyjątkowo złego wyrównania metabolicznego cukrzycy i jakości życia u chorych optymalnie leczonych zachowawczo (Robertson 2004). Do 2000 roku przeszczepy wysp trzustkowych były nieliczne, a ich wyniki mało obiecujące. Dopiero wprowadzenie „protokołu Edmonton” przez Shapiro i wsp. zrodziło nadzieję na uzyskanie lepszych wyników (Ryan 2001; Shapiro 2003). Założeniem protokołu jest wyelimi-

nowanie z terapii immunosupresyjnej glikokortykosteroidów na korzyść preparatów sirolimus i takrolimus oraz przeciwcytokinowego leku daklizumab przy powtarzaniu infuzji wysp trzustkowych od co najmniej dwóch lub więcej dawców do chwili uzyskania pełnej insulinoniezależności. Większość wiodących ośrodków transplantacyjnych na świecie przystąpiło do „protokołu Edmonton” (Shapiro 2003). Postępowanie zgodne z protokołami zapewnia po roku insulinoniezależność 80% przeszczepionych chorych, ale po 5 latach zaledwie 10% pacjentów zachowuje nadal pełną insulinoniezależność (Balamurugan 2006). Niemniej ADA w zaleceniach z 2003 roku nadal traktuje przeszczep wysp trzustkowych jako procedurę eksperymentalną. Przyczyną ostrożnego podejścia ADA do problemu transplantacji wysp trzustkowych są wysokie koszty tej procedury, trudności i ograniczenia w pozyskiwaniu trzustki od zmarłych dawców, duże straty komórek beta w czasie transportu i oczyszczania wysp z pozostałej tkanki trzustkowej i powikłania przy przezskórnym i przezwątrobowym podawaniu wysp do żyły wrotnej (Markmann 2003; Robertson 2004; Balamurugan 2006).

Biologiczna sztuczna trzustka

Zamysł biologicznej sztucznej trzustki pojawił się przed wielu laty i nadal swoją pozorną prostotą fascynuje wielu badaczy. Jego istota polega na umieszczeniu wysp trzustkowych w porowatych mikro- lub makrokapsułkach (Calafiore 2003; Robertson 2004). Mikropory uniemożliwiają przenikanie przeciwciał przeciwwyspowych do świata kapsuł, a równocześnie umożliwiają swobodne przechodzenie wytwarzanej insuliny do płynów ustrojowych (Kizilel 2005). Mikrokapsulacją można objąć również ksenogeniczne komórki beta, bowiem są one zabezpieczone przed atakiem immunologicznym, a tym samym chorzy po ich wszczepieniu nie wymagają terapii immunosupresyjnej (Sakata 2006). Jednak umieszczone w kapsułach wyspy są pozbawione prawidłowego ukrwienia i stosunkowo łatwo tracą właściwości fizjologiczne. Podejmowane są próby tworzenia generatorów tlenu dla wysp trzustkowych zawierające jednokomórkowe algi *Chlorella* (Bloch 2006).

Potencjalne wykorzystanie komórek macierzystych

Nadal trwają intensywne badania nad wykorzystaniem komórek macierzystych pobranych z organizmów dorosłych w celu przekształcenia ich poprzez etapy pośrednie w komórki trzustkowe beta wytwarzające insulinę (Lechner 2003; Stock 2004; Calne 2005). Do tego celu wykorzystywane są hormony i czynniki wzrostu (m.in. gastryna, analogi peptydu glukagonopodobnego-1, naskórkowy czynnik wzrostu), jak również liczne czynniki transkrypcyjne. Zdołano dzięki nim uzyskać w warunkach eksperymentalnych komórki zawierające i wydzielające insulinę oraz stan euglikemii po przeszczepieniu tych komórek zwierzętom z doświadczalną cukrzycą. Najbardziej obiecujące wydają się być komórki macierzyste szpiku kostnego (Hows 2005). Jednakże pozyskiwanie podobnych komórek u ludzi natrafia na poważne trudności i będzie wymagało pokonania wielu kolejnych barier (Bouwens 2005; Todorow 2005; Stainer 2006).

Niektórzy autorzy reprezentują bardzo ciekawy pogląd, iż drugą drogą, obok namnażania komórek beta *in vitro*, jest stosowanie czynników powodujących wzmożone dzielenie się zachowanych komórek beta w trzustce chorych na cukrzycę typu 2 (Dor 2004).

Nowoczesne monitorowanie glikemii

Opracowanie samodzielnego monitorowania glikemii w 1978 roku stanowi jedno z głównych osiągnięć w leczeniu cukrzycy w XX wieku. Samodzielne monitorowanie stężenia glukozy we krwi uznaje się obecnie za standard postępowania w cukrzycy. Częste dokonywanie pomiarów stężenia glukozy we krwi jest jednym z podstawowych warunków uzyskania optymalnej kontroli glikemii, natomiast sporadyczne, nieregularne pomiary dostarczają wyników przygodnych, na podstawie których dość często trudno jest optymalnie skorygować leczenie.

Przy obecnym szerokim wyborze licznych glukometrów należy zwracać uwagę na indywidualne potrzeby pacjentów. Chorzy w wieku podeszłym częściej preferują glukometry o stosunkowo dużym ekranie i z dużymi przyciskami. W celu uzyskania bardziej dokładnych danych opracowano urządzenie umożliwiające niemal ciągły odczyt stężenia glukozy w płynie śródmiąższowym. Amerykański Urząd Kontroli Leków i Żywności (FDA) zaakceptował urządzenie do monitorowania glikemii w płynie śródmiąższowym (CGMS – *Continuous Glucose Monitoring System*). Uzyskane stę-

żenie glukozy w płynie śródmiąższowym odpowiada stężeniu glukozy we krwi. CGMS wyposażony jest w niewielki czujnik, wprowadzony płytko pod skórę, najczęściej w obrębie nadbrzusza. Urządzenie to wykonuje około 288 pomiarów dziennie, czyli jedno co 5 minut, maksymalnie przez 3 dni, po czym czujnik zostaje zdjęty, a zebrane dane przenosi się i odczytuje na ekranie komputera. Bode i wsp. prowadzili badania glikemii u 101 chorych na cukrzycę typu 1 i 2 średnio przez 287 ± 132 godzin uzyskując precyzyjny rozkład czasowy euglikemii, hiperglikemii i hipoglikemii w ciągu doby (Bode 2005a). Dokładna analiza tych danych może pomóc lekarzowi zmodyfikować leczenie w celu lepszego wyrównania glikemii. System CGMS okazał się przydatny w obniżaniu stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) u chorych z niewłaściwą kontrolą glikemii, w rozpoznawaniu zjawiska brzasku i w zapobieganiu epizodom ciężkiej hipoglikemii (Bode 2005a, Bode 2005b). Nowe czujniki używane w ciągłym monitorowaniu glukozy w płynie śródmiąższowym cechują się większą czułością (Tansey 2005). Dokładność oznaczeń CGMS jest większa w stanach hiperglikemii niż hipoglikemii (Tansey 2005).

W 2001 roku FDA zaakceptowała pierwsze nieinwazyjne urządzenie do monitorowania stężenia glukozy w płynie śródmiąższowym (GlucoWatch Biographer firmy Cygnus, USA) (Tierney 2001; Potts 2002). Aparat oparty na zasadzie odwróconej jontoforezy pozwala śledzić trendy w zmianach stężenia glukozy (Dunn 2004). Wyniki uzyskiwane zarówno w CGMS, jak i GlucoWatch Biographer, u dzieci i młodzieży są bardziej dokładne w stanach hiperglikemii, natomiast ich przydatność w rozpoznawaniu stanów hipoglikemii jest ograniczona (Diabetes Research in Children Network (DirecNet) Study Group). Ponadto pocenie się zmienia wartości wyników w nieinwazyjnym monitorowaniu stężenia glukozy (Nunnold 2004). Nie zaleca się więc używania GlucoWatch Biographer przy wykonywaniu umiarkowanych i ciężkich wysiłków fizycznych (Nunnold 2004). Urządzenie to może niekiedy wywoływać w miejscu założenia obrzęk, rumień i bolesność skóry. Tramcynolon i hydrokortyzon w sprayu zastosowany na przedramię przed założeniem GlucoWatch Biographer zmniejszają częstość występowania odczynów skórnych odpowiednio o 57% i 43% (Tamada 2004).

Inne zaawansowane prace nad nieinwazyjną oceną wartości glukozy we łzach bazują na zjawisku fluorescencji substancji wprowadzonych do specjalnych soczewek kontaktowych (Fang 2004; March 2004; Bloch 2006).

Bibliografia:

Balamurugan A. N., Bottino R., Giannoukakis N., Smetanka C.: (2006), Prospective and challenges of islet transplantation for the therapy of autoimmune diabetes. *Pancreas*, 32, s. 231-243.

Becker R. H., Sha S., Frick A. D., Fountaine R. J.: (2006), The effect of smoking cessation and subsequent resumption on absorption of inhaled insulin. *Diabetes Care*, 29, s. 277-282.

Bloch K., Papismedov E., Yavriyants K. i wsp.: (2006), Photosynthetic oxygen generator for bioartificial pancreas. *Tissue Eng.*, 12, s. 337-344.

Bode B. W., Schwartz S., Stubbs H. A., Block J. E.: (2005a), Glycemic characteristics in continuously monitored patients with type 1 and type 2 diabetes: normative values. *Diabetes Care*, 28, s. 2361-2366.

Bode B. W.: (2005b), Demonstrations and discussions of continuous glucose monitors. *Diabetes Technol. Ther.*, 7, s. 805-808.

Bouwens L., Rooman I.: (2005), Regulation of pancreatic beta-cell mass. *Physiol. Rev.*, 85, s. 1255-1270.

Brain J. D.: (2005), Unlocking the opportunity of tight glycaemic control. Inhaled insulin: safety. *Diabetes Obes. Metab.*, 7, Suppl 1, s. 14-18.

Calafiore R.: (2003), Alginate microcapsules for pancreatic islet cell graft immunoprotection: struggle and progress towards the final cure for type 1 diabetes mellitus. *Expert Opin. Biol. Ther.*, 3, s. 201-205.

Calne R.: (2005), Cell transplantation for diabetes. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.*, 360, s. 1769-1774.

Charlesworth B.: (2006), Approval of inhaled insulin in Europe and United States. *BMJ*, 332, s. 730.

De Fronzo R. A., Bergenstal R. M., Cefalu W. T. i wsp.: (2005), Exubera Phase III Study Group. Efficacy of inhaled insulin in patients with type 2 diabetes not controlled with diet and exercise: a 12-week, randomized, comparative trial. *Diabetes Care*, 28, s. 1922-1928.

Diabetes Research in Children Network (DirecNet) Study Group: (2004), Accuracy of the GlucoWatch G2 Biographer and the continuous glucose monitoring system during hypoglycemia: experience of the Diabetes Research in Children Network. *Diabetes Care*, 27, s. 722-726.

Dor Y., Brown J., Martinez O. I., Melton D. A.: (2004), Adult pancreatic beta-cells are formed by self-duplication rather than stem-cell differentiation. *Nature*, 429, s. 41-46.

Dunn T. C., Eastman R. C., Tamada J. A.: (2004), Rates of glucose change measured by blood glucose meter and the GlucoWatch Biographer during day, night, and around mealtimes. *Diabetes Care*, 27, s. 2161-2165.

Fang H., Kaur G., Wang B.: (2004), Progress in boronic acid-based fluorescent glucose sensors. *J. Fluoresc.*, 14, s. 481-489.

Fineberg S. E., Kawabata T., Finco-Kent D., Liu C., Krasner A.: (2005), Antibody response to inhaled insulin in patients with type 1 or type 2 diabetes. An analysis of initial phase II and III inhaled insulin (Exubera) trials and a two-year extension trial. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 90, s. 3287-3294.

Freemantle N., Blonde L., Duhot D. i wsp.: (2005), Availability of inhaled insulin promotes greater perceived acceptance of insulin therapy in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28, s. 427-428.

Gaensslen M.: (1925), Über inhalation von insulin. *Klin. Wochenschr.*, 2, s. 71.

Hows J.: (2005), Adult stem cell therapy beyond haemopoietic stem cell transplantation? An update. *Transpl. Immunol.*, 14, s. 221-3.

Kizilel S., Garfinkel M., Opara E.: (2005), The bioartificial pancreas: progress and challenges. *Diabetes Technol. Ther.*, 7, s. 968-85.

Lechner A., Habener J. F.: (2003), Stem/progenitor cells derived from adult tissues: potential for the treatment of diabetes mellitus. *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.*, 284, s. 259-266.

Lenzer J.: (2006), Inhaled insulin is approved in Europe and United States. *BMJ*, 332, s. 321.

Lepore M., Pampanelli S., Fanelli C. i wsp.: (2000), Pharmacokinetics and pharmacodynamics of subcutaneous injection of long-acting human insulin analog glargine, NPH insulin, and ultralente human insulin and continuous subcutaneous infusion of insulin lispro. *Diabetes*, 49, s. 2142-2148.

Levinson P. D.: (2003), Eighty years of insulin therapy: 1922-2002. *Med. Health. R. I.*, 86, s. 101-106.

Mandal T. K.: (2005), Inhaled insulin for diabetes mellitus. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, 62, s. 1359-1364.

March W. F., Mueller A., Herbrechtsmeier P.: (2004), Clinical trial of a noninvasive contact lens glucose sensor. *Diabetes Technol. Ther.*, 6, s. 782-789.

Markmann J. F., Deng S., Desai N. M. i wsp.: (2003), The use of non-heart-beating donors for isolated pancreatic islet transplantation. *Transplantation*, 75, s. 1423-1429.

Nunnold T., Colberg S. R., Herriott M. T., Somma C. T.: (2004), Use of the noninvasive GlucoWatch Biographer during exercise of varying intensity. *Diabetes Technol. Ther.*, 6, s. 454-462.

Odegard P. S., Capoccia K. L.: (2005), Inhaled insulin: Exubera. *Ann. Pharmacother.*, 39, s. 843-853.

Owens D. R., Zinman B., Bolli G. B.: (2001), Insulins today and beyond. *Lancet*, 358, s. 739-746.

Patlak M.: (2002), New weapons to combat an ancient disease: treating diabetes. *FA-SEB J.*, 16, s. 1853.

Potts R. O., Tamada J. A., Tierney M. J.: (2002), Glucose monitoring by reverse iontophoresis. *Diabetes Metab. Res. Rev.*, 18, Suppl 1, s. 49-53.

Rave K., Bott S., Heinemann L. i wsp.: (2005), Time-action profile of inhaled insulin in comparison with subcutaneously injected insulin lispro and regular human insulin. *Diabetes Care*, 28, s. 1077-1082.

Robertson R. P.: (2004), Islet transplantation as a treatment for diabetes – a work in progress, *N. Engl. J. Med.*, 350, s. 694-705.

Rosenstock J., Zinman B., Murphy L. J. i wsp.: (2005), Inhaled insulin improves glycaemic control when substituted for or added to oral combination therapy in type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. *Ann. Intern. Med.*, 143, s. 549-558.

Ryan E. A., Lakey J. R., Rajotte R. V. i wsp.: (2001), Clinical outcomes and insulin secretion after islet transplantation with the Edmonton protocol. *Diabetes*, 50, s. 710-719.

Sadri H., MacKeigan L.D., Leiter L.A., Einarson T.R.: (2005), Willingness to pay for inhaled insulin: a contingent valuation approach. *Pharmacoeconomics*, 23, s. 1215-27.

Sakata N., Gu Y., Qi M. i wsp.: (2006), Effect of rat-to-mouse bioartificial pancreas xenotransplantation on diabetic renal damage and survival. *Pancreas*, 32, s. 249-257.

Scherbaum W. A.: (2005), Unlocking the opportunity of tight glycaemic control. Inhaled insulin: clinical efficacy. *Diabetes Obes. Metab.*, 7, Suppl. 1, s. 9-13.

Shapiro A. M., Nanji S. A., Lakey J. R.: (2003), Clinical islet transplant: current and future directions towards tolerance. *Immunol. Rev.*, 196, s. 219-36.

Skyler J. S., Cefalu W. T., Kourides I. A. i wsp.: (2001), Efficacy of inhaled human insulin in type 1 diabetes mellitus: a randomised proof-of-concept study. *Lancet*, 357, s. 331-335.

Stainier D.: (2006), No stem cell is an islet (yet). *N. Engl. J. Med.*, 354, s. 521-3.

Stock P. G., Bluestone J. A.: (2004), Beta-cell replacement for type I diabetes. *Annu. Rev. Med.*, 55, s. 133-156.

Tamada J. A., Davis T. L., Leptien A. D. i wsp.: (2004), The effect of preapplication of corticosteroids on skin irritation and performance of the GlucoWatch G2 Biographer. *Diabetes Technol. Ther.*, 6, s. 357-367.

Tansey M. J., Beck R. W., Buckingham B. A. i wsp.: (2005), The Diabetes Research in Children Network (DirecNet) Study Group. Accuracy of the modified Continuous Glucose Monitoring System (CGMS) sensor in an outpatient setting: results from a diabetes research in children network (DirecNet) study. *Diabetes Technol. Ther.*, 7, s.109-114.

Teeter J., Becker R.: (2006), The clinical relevance of inhaled insulin in the diabetic lung. *Am. J. Med.*, 119, s. 184-185.

Tierney M. J., Tamada J. A., Potts R. O. i wsp. Cygnus Research Team: (2001), Clinical

evaluation of the GlucoWatch biographer: a continual, non-invasive glucose monitor for patients with diabetes. *Biosens. Bioelectron.*, 16, s. 621-629.

Todorov I., Nair I., Ferreri K. i wsp.: (2005), Multipotent progenitor cells isolated from adult human pancreatic tissue. *Transplant. Proc.*, 37, s. 3420-3421.

Trubo R.: (2005), Interest in inhaled insulin grows. *JAMA*, 294, s. 1195-1196.

**Kornelia Kędziora-Kornatowska,
Karolina Szewczyk-Golec, Jolanta Czuczejko,
Katarzyna van Marke de Lumen,
Hanna Pawluk, Jadwiga Motyl,
Tomasz Kornatowski, Józef Kędziora**

Ocena wybranych wykładników stresu oksydacyjnego w krwinkach czerwonych w procesie starzenia. Suplementacyjno-metaboliczne działanie melatoniny

Wprowadzenie

W warunkach fizjologicznego starzenia w organizmie człowieka zachodzą różnorodne zmiany zarówno na poziomie biochemicznym, jak i molekularnym. Dotyczy to między innymi zaburzenia homeostazy pro- i antyoksydacyjnej, w wyniku czego dochodzi do rozwoju stresu oksydacyjnego. Zgodnie z wolnorodnikową teorią starzenia się, zaproponowaną po raz pierwszy przez Harmana (Harman 1956), nagromadzenie wraz z wiekiem w komórkach uszkodzeń oksydacyjnych powstających pod wpływem reaktywnych form tlenowych (RFT) jest przyczyną upośledzenia ich funkcji, co w konsekwencji prowadzi do starzenia się organizmu i rozwoju chorób związanych z wiekiem podeszłym (Ashok, Ali 1999; Bokov i wsp. 2004). Hipoteza ta, mimo wielu badań w tym zakresie, jest w dalszym ciągu przedmiotem licznych kontrowersji. Wiadomo jednak, że choroby, w których dochodzi do zwiększonego generowania RFT, wiążą się z progresją procesu starzenia.

Podwyższony poziom RFT w wieku podeszłym może być częściowo związany z zaburzeniami w zakresie obrony antyoksydacyjnej. Układ antyoksydacyjny człowieka składa się z szeregu enzymów antyoksydacyjnych oraz z niskocząsteczkowych antyoksydantów (jak np. zredukowany glutation (GSH), kwas askorbinowy, witamina E, β -karoten i melatonina). W procesie starzenia może dochodzić do osłabienia obrony antyoksydacyjnej (zarówno enzymatycznej, jak i nieenzymatycznej), co sprzyja nasileniu stresu oksydacyjnego (Ashok, Ali 1994; Kędziora-Kornatowska i wsp. 2004).

W badaniach układu endokrynnego u ludzi w podeszłym wieku obserwowano między innymi obniżenie stężenia melatoniny (Reiter 1995; Touitou 2001; Karasek 2004). Melatonina jest wydzielana głównie przez szyszynkę zgodnie z okołodobowym rytmem wykazującym maksymalne stężenie hormonu we krwi w godzinach nocnych i około 10-15 razy niższe wartości w ciągu dnia (Karasek, Reiter 2002). Z wiekiem dochodzi do zmniejszania się amplitudy wydzielania hormonu, aż do prawie całkowitego zaniku rytmu dzień – noc u osób w wieku powyżej 65 lat (Touitou 2001; Karasek, Reiter 2002). Melatonina ma istotny wpływ na szereg funkcji naszego organizmu, między innymi na regulację rytmów okołodobowych i sezonowych oraz funkcjonowanie układu odpornościowego, a ponadto wykazuje silne działanie antyoksydacyjne (Reiter 2003). Rozpatrywane są różne teorie dotyczące wpływu tego hormonu na procesy starzenia się (Reiter 1995; Karasek, Reiter 2002). Obniżenie stężenia melatoniny wraz z wiekiem może prowadzić do zaburzeń licznych procesów fizjologicznych wykazujących rytmy dobowe (np. rytm snu i czuwania, termoregulacji, wydzielanie wielu innych hormonów), osłabieniu może ulec również funkcjonowanie układu odpornościowego (Karasek 2004). W aspekcie wolnorodnikowej teorii starzenia się szczególnie interesujące wydają się właściwości antyoksydacyjne tego hormonu, dzięki którym mógłby chronić makrocząsteczki, szczególnie DNA, przed szkodliwym działaniem RFT.

Melatonina jest bardzo efektywnym antyoksydantem hydro- i lipofilnym. W bezpośredniej reakcji neutralizuje wiele reaktywnych form tlenu, w tym rodnik hydroksylowy, nadtlenek wodoru, tlen singletowy i anion nadtlenoazotowy (Reiter i wsp. 2003; Reiter 2003). Poza bezpośrednim działaniem antyoksydacyjnym, w badaniach *in vivo* wykazano pośrednie działanie fizjologicznych stężeń melatoniny na obronę antyoksydacyjną organizmu. Hormon ten wpływa stymulująco na aktywność oraz ilość mRNA enzymów antyoksydacyjnych, chroni te enzymy przed procesami oksydacyjnymi, stymuluje syntezę glutationu, zwiększa aktywność innych antyoksydantów, hamuje aktywność prooksydacyjnego enzymu – syntazy tlenu azotu, a także zmniejsza generowanie RFT przez łańcuch oddychowy poprzez wzrost wydajności fosforylacji oksydacyjnej (Mayo i wsp. 2002; Reiter i wsp. 2003; Reiter 2003; Akcay i wsp. 2005).

Wykazano, że obniżenie stężenia melatoniny wraz z wiekiem wiąże się ze zmniejszeniem się całkowitej zdolności antyoksydacyjnej osocza (Benot i wsp. 1999; Reiter i wsp. 2002). Jednakże zależność między stężeniem melatoniny a procesem starzenia się w powiązaniu z właściwościami antyoksydacyjnymi tego hormonu nie jest na obecnym etapie wiedzy dokładnie

wyjaśniona. W świetle przytoczonych danych interesującym kierunkiem terapii gerontologicznej wydaje się suplementacja melatoniną.

Celem badań była ocena nasilenia peroksydacji lipidów oraz aktywności wybranych enzymów antyoksydacyjnych w krwinkach czerwonych u osób zdrowych i w wieku podeszłym w porównaniu z grupą osób dorosłych młodszych oraz zbadanie wpływu suplementacji melatoniną na powyższe parametry w obu przedziałach wiekowych.

Materiał i metody

Badaniami objęto 28 zdrowych osób, które podzielono na dwie grupy w zależności od wieku: osoby młode (8 mężczyzn, 6 kobiet, średnia wieku $35,9 \pm 9$ lat) i starsze (7 mężczyzn, 7 kobiet, średnia wieku $79,4 \pm 6$ lat). Z badań wyłączono osoby nadużywające alkohol, palaczy tytoniu, a także przyjmujące leki o właściwościach antyoksydacyjnych. U wszystkich badanych na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego oraz rutynowych badań laboratoryjnych wykluczono choroby o poznanej etiologii wolnorodnikowej.

Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum UMK w Toruniu.

U wszystkich badanych zastosowano 30-dniową suplementację preparatem melatoniny (Melatonina, Lekam) w dawce 5 mg na godzinę przed snem. Krew do badań pobierano na czczo z żyły odłokciowej na skrzep (3 ml) oraz na antykoagulant (heparynę) (6 ml). Badania wykonywano w dniu poprzedzającym podanie pierwszej dawki melatoniny oraz po 30 dniach suplementacji tym hormonem.

W krwinkach czerwonych oznaczano stężenie dialdehydu malonowego (MDA) metodą wg Placera i wsp. (Placer i wsp. 1966), aktywność dysmutazy nadadtlenkowej (SOD-1) metodą wg Misra i Fridovich (Misra, Fridovich 1972) oraz aktywność katalazy (CAT) metodą Beersa i Sizera (Beers, Sizer 1952). Stężenie melatoniny w surowicy oznaczono metodą immunologiczną (Melatonin ELISA, IBL, Hamburg, Niemcy).

Opracowanie statystyczne wyników wykonano za pomocą testu jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). Za różnice istotne statystycznie przyjęto prawdopodobieństwo $p < 0,05$.

Wyniki

Stężenie dialdehydu malonowego w erytrocytach w grupie osób starszych było statystycznie znamienne wyższe ($p < 0,05$) w porównaniu do osób młodszych (odpowiednio: $0,283 \pm 0,05$ i $0,244 \pm 0,03$ $\mu\text{mol/gHb}$). Aktywność SOD-1 w krwinkach czerwonych osób starszych była istotnie niższa ($p < 0,05$) w porównaniu do grupy osób młodszych (odpowiednio 2643 ± 196 i 2895 ± 197 U/gHb).

Nie stwierdzono znamiennej statystycznie różnicy w aktywności katalazy w erytrocytach między grupą osób starszych i młodszych (odpowiednio: $23,36 \pm 2,8$ i $24,55 \pm 3,3$ BU/gHb). Stężenie melatoniny w surowicy oznaczone w godzinach porannych było statystycznie znamienne ($p < 0,05$) niższe w grupie osób starszych w porównaniu z grupą osób młodszych (odpowiednio: $11,37 \pm 10,1$ ng/l i $17,61 \pm 8,0$ ng/l).

Po 30 dniach suplementacji melatoniną stężenie tego hormonu w surowicy zwiększyło się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) zarówno w grupie osób starszych ($26,0 \pm 24,9$ ng/l), jak i młodszych ($36,96 \pm 25,0$ ng/l). Suplementacja melatoniną wpłynęła na istotne statystycznie ($p < 0,05$) obniżenie stężenia MDA zarówno w erytrocytach osób starszych jak i młodszych (odpowiednio: $0,226 \pm 0,03$ i $0,219 \pm 0,02$ $\mu\text{mol/gHb}$), a także znamieny ($p < 0,05$) wzrost aktywności SOD-1 w erytrocytach w obu badanych grupach (osoby starsze 3174 ± 388 , osoby młodsze 3060 ± 165 U/gHb).

Suplementacja melatoniną, zarówno w grupie osób starszych, jak i młodszych, nie wpłynęła istotnie na aktywność katalazy (odpowiednio: $22,77 \pm 2,9$ i $25,77 \pm 2,1$ BU/gHb).

Omówienie

W wykonanych badaniach zaobserwowano zaburzenie równowagi pro- i antyoksydacyjnej w erytrocytach zdrowych osób w wieku podeszłym w kierunku reakcji utleniania w porównaniu z osobami dorosłymi młodszy. Stwierdzono istotnie zwiększone stężenie MDA, a także obniżoną aktywność SOD-1. Aktywność CAT w krwinkach czerwonych osób starszych nie różniła się od obserwowanej u osób dorosłych młodszych.

Zaobserwowany wzrost stężenia MDA, będącego jednym z końcowych produktów peroksydacji lipidów, wskazuje na nasilenie procesów oksydacyjnych w organizmie osób starszych. Potwierdzają to także badania innych autorów (Inal i wsp. 2001; Spiteller 2001; Kawamoto i wsp. 2005; Gil

i wsp. 2006). Istotnymi konsekwencjami wzmożonej peroksydacji lipidów jest obniżenie płynności błon, wzrost ich niespecyficznej przepuszczalności oraz inaktywacja niektórych enzymów błonowych (Yu 1994; Spiteller 2001), co może wpływać na progresję procesu starzenia się i stymulować rozwój wielu chorób wieku podeszłego, zwłaszcza o tzw. etiologii wolnorodnikowej.

Liczne badania dotyczące związku między aktywnością enzymów antyoksydacyjnych a procesem starzenia dostarczyły rozbieżnych wyników.

Wykazane w badaniach własnych obniżenie aktywności kluczowego komórkowego enzymu antyoksydacyjnego-SOD-1 może świadczyć o osłabieniu obrony antyoksydacyjnej u osób starszych. Badania innych autorów potwierdzają zmiany w aktywności enzymów antyoksydacyjnych, zachodzące w procesie starzenia się organizmu. Kasapoglu i Özben (2001) zaobserwowali w erytrocytach zależne od wieku obniżenie aktywności GSH-Px przy jednoczesnym wzroście aktywności SOD i CAT. Podobnie Ýnal i wsp. (2001) stwierdzili obniżenie aktywności SOD oraz wzrost aktywności GSH-Px i CAT w erytrocytach u osób starszych. Bolzán i wsp. (1997) wykazali zależne od wieku obniżenie we krwi aktywności SOD, wzrost aktywności GSH-Px oraz brak zmiany w aktywności CAT. W badaniu Péreza i wsp. (1991) obniżeniu uległa aktywność SOD przy braku zmiany w aktywnościach CAT, GSH-Px, natomiast w badaniu Kędziory-Kornatowskiej i wsp. (2004) obniżeniu uległa aktywność SOD, a aktywność CAT była zwiększona. Obserwowany przez niektórych autorów wzrost aktywności enzymów antyoksydacyjnych u osób starszych może wskazywać na kompensacyjną odpowiedź organizmu na wzmożone generowanie RFT. Wykazane w badaniach własnych obniżenie aktywności SOD-1 może być związane z deficytem jonów Zn^{2+} u ludzi w podeszłym wieku (Sato i wsp. 2002). Postuluje się również możliwość obniżenia aktywności enzymów wskutek oksydacyjnych modyfikacji białek wywołanych przez RFT (Sohal 2002).

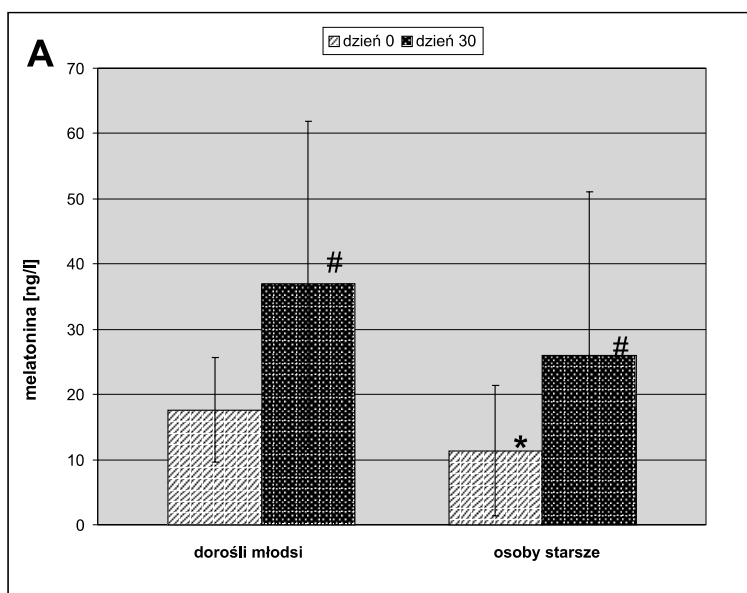
Obniżenie aktywności enzymów może wiązać się nie tylko z wiekiem organizmu, ale także z wiekiem komórek. Zjawisko to może występować w starzeniu erytrocytów (Bartosz 2000).

W wielu badaniach stwierdzono obniżony poziom melatoniny we krwi ludzi w podeszłym wieku (Reiter 1995; Karasek, Reiter 2002; Reiter i wsp. 2002). Niektórzy autorzy nie zaobserwowali zależnych od wieku zmian w stężeniu tego hormonu (Zeitzer i wsp. 1999). Większość badań dotyczyła stężenia melatoniny mierzonego nocą (maksymalne wydzielane melatoniny), natomiast w badaniach własnych wykazano, że również

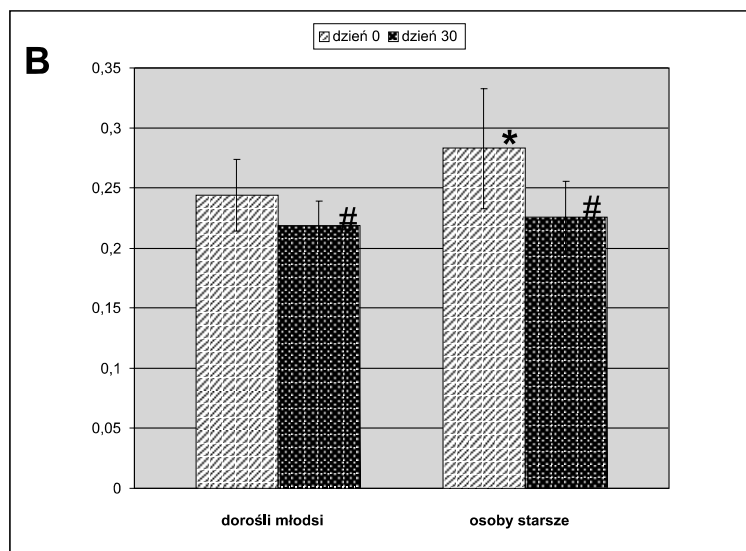
w godzinach porannych (minimum wydzielania melatoniny) poziom melatoniny u zdrowych osób w wieku podeszłym jest istotnie niższy niż u zdrowych osób dorosłych młodszych. Za główną przyczynę obniżenia wraz z wiekiem poziomu melatoniny uważa się mniejsze wydzielanie hormonu przez szyszynkę u osób starszych, przede wszystkim na skutek obniżenia liczby receptorów β -adrenergicznych w błonie pinealocytów, a także obniżenia aktywności istotnego enzymu szlaku syntezy melatoniny, N-acetylotransferazy, w szyszynce (Reiter 1995). Zmniejszenie wydzielania melatoniny u osób starszych może wiązać się z wieloma konsekwencjami, jak zaburzenie rytmów okołodobowych i zaburzenia snu, upośledzenie funkcjonowania układu odpornościowego, a także zmniejszenie obrony antyoksydacyjnej organizmu (Karasek, Reiter 2002; Karasek 2004). Wymienione skutki niedoboru hormonu mogą wpływać na tempo procesów starzenia się organizmu i rozwój zależnych od wieku chorób.

W badaniach własnych zaobserwowano ponad dwukrotny wzrost porannego stężenia melatoniny w surowicy po miesięcznej suplementacji melatoniną zarówno u zdrowych osób młodszych, jak i u starszych. Ze względu na niski okres półtrwania melatoniny w organizmie (około 30-50 minut) wydaje się, że suplementacja tym hormonem spowodowała zwiększenie syntezy melatoniny endogennej. Obserwacja ta może mieć istotne znaczenie zwłaszcza dla osób starszych z upośledzeniem wytwarzania melatoniny przez szyszynkę.

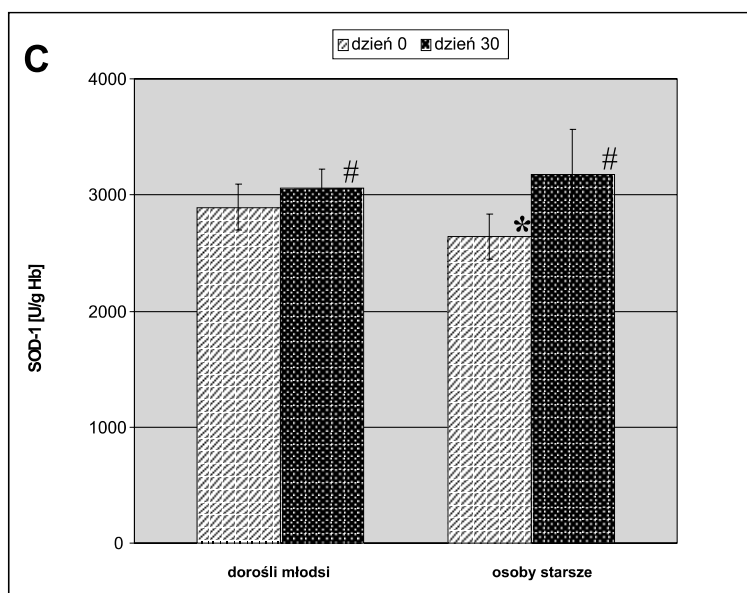
W prezentowanej pracy stwierdzono znamienny wpływ suplementacji melatoniną na procesy pro- i antyoksydacyjne w erytrocytach zarówno u osób młodszych, jak i starszych. Zaobserwowano istotne obniżenie stężenia MDA u osób dorosłych młodszych, ale jeszcze silniejszy efekt obserwowano w grupie osób starszych. Korzystny wpływ melatoniny na osłabienie procesów peroksydacji lipidów potwierdzają też inni autorzy. Akbulut i wsp. (1999) stwierdzili niższy poziom MDA w osoczu u starych szczurów, którym podawano melatoninę, w porównaniu do grupy kontrolnej. Ponadto stwierdzono wyższe stężenie MDA w osoczu u szczurów po wycięciu szyszynki (Sahna i wsp. 2004). Badania *in vitro* potwierdzają hamujący wpływ melatoniny na peroksydację lipidów (Chen i wsp. 1995; Sewerynek i wsp. 1995). Mechanizm hamowania peroksydacji lipidów przez melatoninę nie jest jednak do końca wyjaśniony. Stwierdzono, że melatonina nie wykazuje właściwości antyoksydanta reagującego z ponadtlenkami lipidowymi (Livrea 1997; Antunes 1999), jednakże ma zdolność do działania jako antyoksydant hamujący procesy oksydacyjne katalizowane przez jony metali (Antunes i wsp. 1999). Dlatego przypuszcza się, że hamujący wpływ



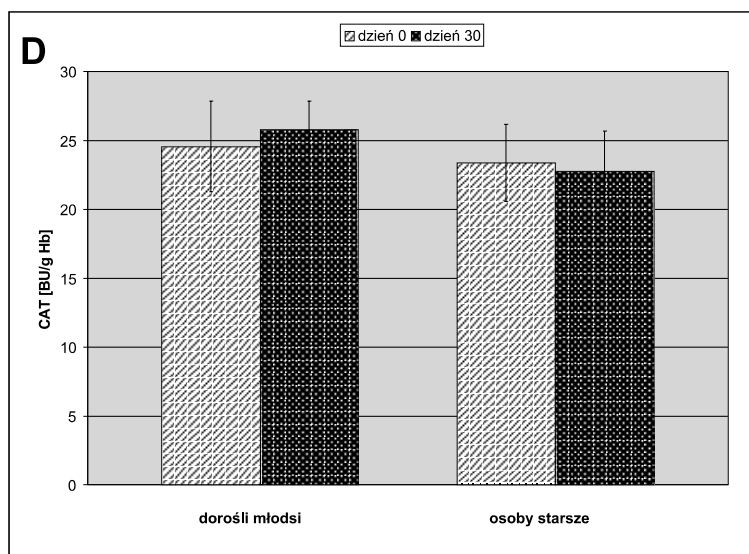
Rycina 1. Stężenie melatoniny w surowicy



Rycina 2. Stężenie dealdyhydu malonowego (MDA) w erytrocytach



Rycina 3. Aktywność dysmutazy ponadtlenkowej (SOD-1) w erytrocytach



Rycina 4. Aktywność katalazy (CAT) w erytrocytach

hormonu na peroksydację lipidów może wynikać ze zdolności melatoniny do wygaszania wolnych rodników inicjujących peroksydację lipidów lub innych jeszcze nie poznanych czynników (Reiter i wsp. 2003).

Bardzo duże znaczenie ma zdolność melatoniny do pośredniego działania antyoksydacyjnego poprzez stymulację układu antyoksydacyjnego. W badaniach własnych po suplementacji melatoniną zaobserwowano w erytrocytach znamienny wzrost aktywności SOD-1, zwłaszcza u osób starszych. Aktywność CAT w erytrocytach nie uległa zmianie. Badania innych autorów potwierdzają korzystny wpływ melatoniny na aktywność enzymów antyoksydacyjnych (Mayo i wsp. 2002; Akcay i wsp. 2005). Stwierdzono, że hormon ten działa nie tylko stymulująco na aktywność enzymów antyoksydacyjnych, ale także na ekspresję genów odpowiadających za syntezę mRNA dla tych enzymów (Reiter i wsp. 2000).

Wnioski

1. W erytrocytach osób w wieku podeszłym stwierdzono nasilenie stresu oksydacyjnego przy jednoczesnym obniżeniu stężenia melatoniny w surowicy osób starszych.

2. Suplementacja melatoniną wpływa korzystnie modyfikująco na homeostazę prooksydacyjno-antyoksydacyjną w kierunku wzmocnienia obrony antyoksydacyjnej.

3. Suplementacyjno-metaboliczne działanie melatoniny może mieć znaczenie w opóźnianiu procesu starzenia oraz prewencji chorób wieku podeszłego o poznanej etiologii wolnorodnikowej.

Bibliografia:

Akbulut K. G., Gönül B., Akbulut H.: (1999), Differential effects of pharmacological doses of melatonin on malondialdehyde and glutathione levels in young and old rats. *Gerontology*, 45, s. 67-71.

Akcay Y. D., Yalcin A., Sozmen E. Y.: (2005), The effect of melatonin on lipid peroxidation and nitrite/nitrate levels, and on superoxide dismutase and catalase activities in kainic acid-induced injury. *Cell. Mol. Biol. Lett.*, 10, s. 321-329.

Antunes F., Barclay L. R. C., Ingold K. U., et al.: (1999), On the antioxidant activity of melatonin. *Free Radic. Biol. Med.*, 26, s.117-128.

Ashok B. T., Ali R.: (1999), The aging paradox: free radical theory of aging. *Exp. Gerontol.*, 34, s. 293-303.

Bartosz G.: (2000), Erytrocyty. W: Fizjologia krwi t.2.Z. Dąbrowski, [red]. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 72-166.

Beers R., Sizer T.: (1952), Spectrophotometric method for measuring the breakdown of hydrogen peroxide by catalase. *J. Biol. Chem.*, 195, s.133-140.

Benot S., Goberna R., Reiter R. J., et al.: (1999), Physiological levels of melatonin contribute to the antioxidant capacity of human serum. *J. Pineal. Res.*, 27, s. 59-64.

Bokov A., Chaudhuri A., Richardson A.: (2004), The role of oxidative damage and stress in aging. *Mech. Ageing. Dev.*, 125, s. 811-826.

Bolzán A. D., Bianchi M. S., Bianchi N. O.: (1997), Superoxide dismutase, catalase and glutathione peroxidase activities in human blood: influence of sex, age and cigarette smoking. *Clin. Biochem.*, 30, s. 449-54.

Chen L-D., Melchiorri D., Sewerynek E., Reiter R. J.: (1995), Retinal lipid peroxidation in vitro is inhibited by melatonin. *Neurosci. Res. Commun.*, 17, s. 151-158.

Gil L., Siems W., Mazurek B., et al.: (2006), Age-associated analysis of oxidative stress parameters in human plasma and erythrocytes. *Free Radic. Res.*, 40, s. 495-505.

Harman D.: (1956), Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry. *J. Gerontol.*, 11, s. 298-300.

Ýnal M. E., Kaubak G., Sunal E.: (2001), Antioxidant enzyme activities and malondialdehyde levels related to aging. *Clin. Chim. Acta*, 305, s. 75-80.

Karasek M., Reiter R. J.: (2002), Melatonin and aging. *Neuro Endocrinol. Lett.*, 23, s. 14-16.

Karasek M.: (2004), Melatonin, human aging, and age-related diseases. *Exp. Gerontol.*, 39, s. 1723-1729.

Kasapoglu M., Özben T.: (2001), Alterations of antioxidant enzymes and oxidative stress markers in aging. *Exp. Gerontol.*, 36, s. 209-220.

Kawamoto E.M., Munhoz C.D., Glezer I., et al.: (2005), Oxidative state in platelets and erythrocytes in aging and Alzheimer's disease. *Neurobiol. Aging*, 26, s. 857-864.

Kędziora-Kornatowska K., Czuczejko J., Pawluk H., et al.: (2004) The markers of oxidative stress and activity of the antioxidant system in the blood of elderly patients with essential arterial hypertension. *Cell. Mol. Biol. Lett.*, 9, s. 635-641.

Livrea M. A., Tesoriere L., D'arpa D., Morreale M.: (1997), Reaction of melatonin with lipoperoxyl radicals in phospholipid bilayers. *Free Radic. Biol. Med.*, 23, s. 706-711.

Mayo J. C., Sainz R. M., Antolin I., et al.: (2002), Melatonin regulation of antioxidant enzyme gene expression. *Cell. Mol. Life. Sci.*, 59, s. 1706-1713.

Misra H. P., Fridovich I.: (1972), The role of superoxide anion in the auto-oxidation of epinephrine and a simple assay for superoxide dismutase. *J. Biol. Chem.*, 247, s. 3170-3175.

Pérez R., López M., De Quiroga G. B.: (1991), Aging and lung antioxidant enzymes, glutathione, and lipid peroxidation in the rat. *Free Radic. Biol. Med.*, 10, s. 35-39.

Placer Z., Cushman L., Johnson B.: (1966), Estimation of product of lipid peroxidation malondialdehyde in biochemical systems. *Anal. Bioch.*, 16, s. 359-364.

Reiter R. J., Tan D. X., Burkhardt S.: (2002), Reactive oxygen and nitrogen species and cellular and organismal decline: amelioration with melatonin. *Mech. Ageing. Dev.*, 123, s. 1007-1019.

Reiter R. J., Tan D. X., Mayo J. C., et al.: (2003), Melatonin as an antioxidant: biochemical mechanisms and pathophysiological implications in humans. *Acta Biochim. Pol.*, 50, s. 1129-1146.

Reiter R. J.: (1995), The pineal gland and melatonin in relation to aging: a summary of the theories and of the data. *Exp. Gerontol.*, 30, s. 199-212.

Reiter R. J.: (2003), Melatonin: clinical relevance. *Best. Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.*, 17, s. 273-285.

Sahna E., Parlakpınar H., Vardi N., et al.: (2004), Efficacy of melatonin as protectant against oxidative stress and structural changes in liver tissue in pinealectomized rats. *Acta Histochem.*, 106, s. 331-336.

Sato M., Yanagisawa H., Nojima Y., et al.: (2002), Zn deficiency aggravates hypertension in spontaneously hypertensive rats: possible role of Cu/Zn-superoxide dismutase. *Clin. Exp. Hypertens.*, 24, s. 355-370.

Sewerynek E., Melchiorri D., Ortiz G. G., et al.: (1995), Melatonin reduces H₂O₂-induced lipid peroxidation in homogenates of different rat brain regions. *J. Pineal. Res.*, 19, s. 51-56.

Sohal R. S.: (2002), Role of oxidative stress and protein oxidation in the aging process. *Free Radic. Biol. Med.*, 33, s. 37-44.

Spiteller G.: (2001), Lipid peroxidation in aging and age-dependent diseases. *Exp. Gerontol.*, 36, s. 1425-1457.

Touitou Y.: (2001), Human aging and melatonin. Clinical relevance. *Exp. Gerontol.*, 36, s. 1083-1100.

Yu B. P.: (1994), Cellular defenses against damage from reactive oxygen species. *Physiol. Rev.*, 74, s. 139-162.

Zeitzer J. M., Daniels J. E., Duffy J. F., et al.: (1999), Do plasma melatonin concentrations decline with age? *Am. J. Med.*, 107, s. 432-436.

Kserostomia – etiologia i objawy kliniczne

Wprowadzenie

Zmniejszenie ilości wydzielanej śliny oraz zmiana jej składu chemicznego powoduje wystąpienie stanu opisywanego jako kserostomia. Stały dyskomfort obecny w jamie ustnej jest przyczyną utraty, szeroko pojętego, zdrowia. Brak przyjemności w przyjmowaniu wszelkich pokarmów, ze względu na dolegliwości w jamie ustnej, powoduje konieczność zmian nawyków żywieniowych. W krańcowych przypadkach dieta staje się niepełnowartościowa, co prowadzi do niedożywienia. Prawidłowe funkcjonowanie w społeczności jest również ograniczone przez pojawiające się trudności w mówieniu, połykaniu, odczuwaniu smaku, użytkowaniu uzupełnień protetycznych oraz nasilający się nieprzyjemny zapach z ust zwanym *halitiosis*.

Ślina i jej rola w prawidłowym funkcjonowaniu jamy ustnej

Ślina jest wydzieliną produkowaną w 90% przez ślinianki przyuszne, podżuchwowe oraz podjęzykowe. Małe gruczoły ślinowe umiejscowione na języku, wargach, błonie śluzowej policzków oraz podniebieniu wydzielają 10% śliny. Rodzaj wydzielanej śliny różni się pod względem składu i zależy od typu komórek danego gruczołu. Prawidłowa ilość śliny nie-stymulowanej wynosi od 0,3 ml/min do 0,4 ml/min. Spadek ilości wydzielanej śliny spoczynkowej poniżej 0,1 ml/min świadczy o kserostomii prawdziwej (Jańczuk 2004).

Ślina spełnia w jamie ustnej następujące funkcje: wydzielniczą, obron-

na, trawienną, oczyszczającą, wydalającą, przeciwbakteryjną, gojącą, buforową, przeciwutleniającą, obronną, jest mediatorem smaku, współdziała w czynności mowy oraz w procesach demineralizacji zębów (Knychalska-Karwan 2002, Jańczuk 2004). Redukcja ilości lub zmiana jakości wydzielanej śliny powoduje szereg dolegliwości oraz zmian patologicznych w obrębie jamy ustnej określanych mianem kserostomii.

Wydzielanie ślinianek pozostaje pod kontrolą układu wegetatywnego, jednakże wiele hormonów oraz modulatorów działających za pomocą cAMP oraz kanałów wapniowych wpływa na pracę ślinianek. Stymulacja parasympatykomimetyczna powoduje wydzielanie dużej ilości śliny z małą zawartością białek, podczas gdy stymulacja współczulna powoduje produkcję gęstej śliny bogatej w białka, której to mała ilość może być przyczyną odczuwania suchości jamy ustnej. Istnieje wiele czynników, które powodują zmianę pracy ślinianek.

Epidemiologia kserostomii

Kserostomia jest opisywana jako oddzielna jednostka chorobowa lub jako jeden z objawów chorób ogólnoustrojowych i przyjmowanych w związku z tym leków. Zebrane dane dowodzą, iż występuje w każdym wieku. Badania przeprowadzone w Szwecji podają, iż częstość występowania kserostomii w grupie wiekowej 20-80 lat wynosi około 21% u mężczyzn i około 27% u kobiet (Nederfors 1997). W badaniach tych odnaleziono korelację między występowaniem kserostomii a wiekiem, długim stosowaniem leków ogólnych oraz ilością leków przyjmowanych jednocześnie. Inne badania przeprowadzone w Rochester, New York w grupie wiekowej 19-88 lat, wskazują na występowanie kserostomii u 18% mężczyzn oraz 24% kobiet (Billings 1996). W badaniach przeprowadzonych przez Moore'a i współpracowników stwierdzono częstsze występowanie kserostomii u pacjentów z typem I cukrzycy w związku ze zmniejszeniem ilości wydzielanej śliny. Przebadani pacjenci podawali dodatkowe objawy utraty wody w organizmie w postaci suchości oczu, przelyku lub pochwy (Moore 2001). Badania wskazują również, iż kserostomia występuje u 30% pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową, a nasilenie objawów suchości jamy ustnej postępuje wraz z zaawansowaniem procesu nowotworowego.

Dane statystyczne nie wskazują jednoznacznie na koincydencję kserostomii i wieku: tylko około 30% populacji w wieku powyżej 65 roku życia cierpi z powodu suchości jamy ustnej. Kserostomia u osób starszych jest

spowodowana głównie przez leki, choroby ogólnoustrojowe lub radioterapię guzów głowy i szyi (Cassolato 2003).

Etiologia kserostomii

Kserostomia jest subiektywnym odczuciem suchości jamy ustnej. W wielu przypadkach suchość błony śluzowej jest rzeczywista (ilość śliny spada poniżej 0,1 ml/min), a dolegliwości pojawiają się głównie nocą, gdy zmniejsza się czynność wydzielnicza ślinianek.

Najczęstszą przyczyną powstania kserostomii u pacjentów zgłaszających się do praktyk stomatologicznych, jest przyjmowanie leków z powodu chorób ogólnoustrojowych. U osób starszych najczęstszymi przyczynami wystąpienia objawów suchości jamy ustnej są: zmiana dawki przyjmowanego leku, zwiększenie liczby leków czy też utrata tolerancji organizmu na lek. Badania przeprowadzone przez Bergdahl w 2000 roku, wskazują na częstsze występowanie kserostomii u kobiet, u pacjentów przyjmujących leki psychotropowe, przeciwastmatyczne i diuretyki. Obecnie sklasyfikowano około 500 preparatów, których stosowanie ma wpływ na czynność wydzielniczą ślinianek (Tack 2002, Scully 2003).

Tabela 1. Leki wywołujące objaw suchości jamy ustnej

Leki antycholinergiczne	Trócykliczne leki przeciwdepresyjne Fenotiazyny Leki przeciwhistaminowe
Sympatykomimetyki	Leki przeciwnadciśnieniowe Leki antydepresyjne(antagoniści serotoniny)
Benzodiazepiny	
Opioidy	
Antagoniści receptorów H2 oraz inhibitory pompy protonowej	
Leki cytotoksyczne	
Retinoidy	
Cytokiny	
Diuretyki	

Kserostomia może również być poważnym powikłaniem radioterapii guzów głowy i szyi. Promieniowanie potrzebne do zabicia komórek nowotworowych wynosi 40-70 Gy, podczas gdy dawka przekraczająca 30 Gy trwale uszkadza miąższ ślinianek. Stopień uszkodzenia zależy od dawki promieniowania. Ważnym działaniem profilaktycznym, którego celem jest jak najmniejsze uszkodzenie gruczołów ślinowych, jest osłanianie ślinianek w trakcie naświetlania lub/i zmniejszenie, jeżeli to możliwe, dawki promieniowania (Cassolato 2003).

Objawy kliniczne kserostomii

Klinicznie wyróżniamy dwie postacie kserostomii: prawdziwą (pierwotną), której przyczyną powstania są zmiany w śliniankach powstałe w wyniku choroby miejscowej lub ogólnoustrojowej, oraz – rzekomą (objawową, wtórną), w której nie dostrzega się patologicznych zmian w gruczołach ślinowych, a przyczyną są przyjmowane leki, stany emocjonalne lub psychonerwice.

Rozróżnia się dwa typy kliniczne kserostomii prawdziwej. I typ to odczucie suchości i pieczenia jamy ustnej, zmniejszenie ilości lub zmiana jakości wydzielanej śliny. W typie II do wspomnianych objawów dołączają się: zapalenie zanikowe jamy ustnej, wygładzenie języka, zapalenie kątów warg lub zapalenie złuszczone warg. Pacjenci podają, iż błona śluzowa jest sucha, a ślina lepka i spieniona. Badaniem klinicznym nie udaje się zauważyć śliny zalegającej na dnie jamy ustnej.

Brak śliny powoduje szereg powikłań. Zgłaszane dolegliwości to głównie trudności w mówieniu, żuciu i połykaniu pokarmów oraz odczuwaniu ich smaku. Dolegliwości te powodują zmianę nawyków żywieniowych, unikanie pokarmów suchych, ostro przyprawionych oraz owoców i warzyw. Dieta staje się stopniowo niepełnowartościowa, co może prowadzić do niedoborów żywieniowych. Brak śliny wtórnie powoduje zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej. Początkowo zauważa się pękające kąty warg, suchość i wygładzenie języka oraz postępujące zapalenie tkanek przyzębia. Dodatkowym współistniejącym problemem może być nasilający się nieprzyjemny zapach z ust – halitiosis. Badaniem stwierdza się próchnicę nietypowych miejsc, która jest wynikiem spadku pH śliny oraz nadmiernego rozwoju bakterii *Streptococcus mutans* oraz *Lactobacillus*. Zaburzenie flory bakteryjnej powoduje nadmierny rozrost wybranych szczepów bakterii oraz grzybów, co prowadzić może do kandydozy jamy ustnej lub

nadkażeń bakteryjnych. Innymi objawami kserostomii są owrzodzenie na błonie śluzowej jamy ustnej, która staje się bardziej wrażliwa na urazy mechaniczne, suchość gardła i nosa, zmiany w odczuwaniu zapachów, zgaga, suchość i pieczenie oczu, zaparcia, suchość skóry, nadkażenie bakteryjne lub grzybicze pochwy (Miller 1997; Knychalska- Karwan 2002).

Podsumowanie

Kserostomia występująca w wieku starszym wydaje się być następstwem naturalnego procesu starzenia, w powiązaniu z częściej występującymi przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi, wpływającymi na czynność wydzielniczą ślinianek, oraz z typową dla starszego wieku terapią wielolekową. Złożoność etiologii suchości jamy ustnej i trudności w leczeniu tej jednostki chorobowej wskazują na konieczność kompleksowej opieki lekarskiej ze strony stomatologów i geriatrów.

Bibliografia:

Billings, et al.: (1996), Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 24, s. 312-316.

Cassolato S. F.: (2003), Xerostomia: Clinical Aspects and Treatment. *Gerodontol.*, 20, s. 64-77.

Jańczuk Z., [red.]: (2004), Choroby błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Knychalska-Karwan Z.: (2002), Fizjologia i patologia błony śluzowej jamy ustnej. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

Miller L.: (1997), Choroby błony śluzowej jamy ustnej. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner.

Moore et al.: (2001), Type 1 diabetes mellitus, xerostomia, and salivary flow rates. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 92, s. 281-291.

Nederfors T., et al.: (1997), Prevalence of perceived symptoms of dry mouth in adult Swedish population: relation to age, sex and pharmacotherapy. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 25, s. 211-216.

Scully C.: (2003), Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral Diseases*, 9, s. 165-176.

Ship J. A.: (2002), Xerostomia and the geriatric patient. *Journal Am. Geriatr. Soc.*, 50, s.535-543.

Tack D. A., Rogers R. S.: (2002), Oral drug reactions. *Dermatol. Therapy*, 15, s. 236-250.

BIBLIOGRAFIA
PROFESORA WOJCIECHA PĘDICHA

Bibliografia Profesora Wojciecha Pędicha

Wprowadzenie

Po raz pierwszy pracę nad bibliografią dorobku naukowego mojego ojca, prof. Wojciecha Pędicha podjąłem w 2001 i 2002 roku w ramach pisanie pracy licencjackiej na kierunku Informacja Naukowa i Bibliotekoznawstwo na Uniwersytecie w Białymstoku. Temat okazał się być jednak zbyt obszerny na pracę licencjacką i ostatecznie znalazł się w niej zaledwie niewielki wycinek materiału bibliograficznego. Dlatego też z wielką przyjemnością podjąłem się dokończenia tej pracy w poniższym artykule.

Warto przy tym zaznaczyć, że stworzenie kompletnej bibliografii nie byłoby możliwe bez wydatnej pomocy i dostępu do zbiorów prof. Pędicha. Większość istniejących opracowań bibliograficznych, takich jak „Polska bibliografia lekarska”, „Bibliografia pracowników Akademii Medycznej w Białymstoku”, czy baza MedLine, zawierają zaledwie niewielką część wszystkich prac prof. Pędicha. Poza tym wiele pozycji jest trudno dostępnych, lub wręcz nieosiągalnych, jak chociażby wymieniane w bibliografii obszerne opracowanie „Projekt systemu opieki geriatrycznej” przygotowane w 1990 roku przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (180).

Ze względu na jubileuszowy charakter poniższego opracowania bibliografia ułożona jest w porządku chronologicznym. W obrębie każdego rocznika opisy ułożone są alfabetycznie według tytułów. Bibliografia zawiera zarówno samoistne, jak i niesamoistne wydawniczo dokumenty, takie jak artykuły z czasopism i rozdziały z książek. Ponieważ prof. Wojciech Pędich jest autorem bądź współautorem wszystkich przedstawionych

tu prac, jego nazwisko zostało pominięte w większości opisów. Wyjątkiem są tu prace redaktorskie. Bibliografia zaopatrzona jest również w indeks nazwisk autorów i redaktorów prezentowanych w niej prac oraz w indeks tytułów tychże prac i wykaz tytułów czasopism.

Chronologiczny układ bibliografii pozwala na prześledzenie na podstawie bibliografii przebiegu pracy naukowej prof. Pędicha. Wyraźnie widać w niej wczesne rozpoczęcie pracy (pierwsza pozycja pochodzi z 1947 roku, kolejne z początku lat pięćdziesiątych), jak również jej nieustanną kontynuację – ostatnia praca pochodzi z 2005 roku (291). Bibliografia wskazuje też na szerokie zainteresowania prof. Pędicha, zarówno zawodowe, jak i wykraczające niekiedy poza zakres pracy zawodowej, jak na przykład publikacja językoznawcza w książce „Język trzeciego tysiąclecia” (266).

Poza prezentacją dorobku prof. Wojciecha Pędicha opracowanie to powinno być również użyteczne dla badaczy zagadnień geriatrii i gerontologii.

Bibliografia

1947

1. Dlaczego czy po co? W: *Życie Medyczne* 1947, z. 12-13, s. 9

1952

2. Badania doświadczalne nad zachowaniem się antagonizmu adrenalinowo – ergotaminowego u zwierząt pozbawionych tarczycy (rozprawa doktorska). W: *Acta Physiologica Polona* 1952, 3, s. 349-361

1954

3. Czy praca naukowa na prowincji jest możliwa? W: *Pol. Tyg. Lek.* 1954, 9, s. 637-639
4. Przypadek wybitnej eozynofilii w przebiegu zapalenia wsierdza ściennego. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1954, 9(37), s. 1192
5. Rzadki przypadek zejścia powolnego zapalenia wsierdza. Zdzisław Traunfellner. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1954, 9(11), s. 333

1955

6. Badania nad wartością próby piramidonowej u dorosłych. Ryszard Kochan. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1955, 10(15), s. 464

7. Zastosowanie hyaluronidazy w medycynie praktycznej. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1955, 10(25), s. 845

1956

8. Postępowanie z nieprzytomnymi. *Pielęgniarka Polska* 1956, 9(11), 2-4.

9. Przypadek migotania przedsionków w następstwie ostrego zatrucia nikotyną. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1956, 11(16), s. 705

1957

10. Terminologia lekarska w gwarze Śląska Opolskiego. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1957, 12(50), s. 1952

1958

11. Uwagi nad patogenezą zespołu Waterhouse-Friderichsena. W: *Patologia Polska* 1958, 9(4), s. 351-365

12. Wyniszczenie psychogenne czy diencephalitis? W: *Wiadom. Lek.* 1958, 6, s. 265-269

1959

13. Przypadek rodzinnej nieprawidłowości obrazu ekg. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1959, 14(22), s. 1011

14. Wpływ zespołu Waterhouse-Friderichsena na obraz ekg i na ciążę. Zdzisław Traunfellner, Gertruda Dulko-Kańska. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1959, 14(29), s. 1354-1356

1960

15. Dziedziczny zespół odwróconego załamka T. W: *Post. Hig. Med. Dośw.* 1960, 14 (supl. 3: Spatial Vectorcardiography), s. 247-257

16. Interpretacja cybernetyczna patomechanizmów niektórych stanów chorobowych. Danuta Jakubowska. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1960, 15(50), s. 1936

17. Pozanerkowy wpływ chlorotiazydu na wydalanie wody. Józef Morawiec. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1960, 15(14), s. 501

18. Wpływ butazolidyny na przebieg cukrzycy. Klara Cieśla. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1960, 15(13), s. 470

1961

19. Stosowanie butazolidyny w zawale serca. Ryszard Kochan. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1961, 16(38), s. 1450

1962

20. Badania nad farmakologicznym wpływem geriokainy na dolegliwości wieku starczego. Danuta Jakubowska. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1962, 17(50), s. 1937

21. Badania nad środowiskiem ludzi starych miasta Opola. Danuta Jakubowska, Henryk Zamorowski. W: *Przegląd Lekarski* 1962, 18(6), s. 237-245

22. Rodzinne podobieństwo i cechy genetyczne serca w obrazie bioelektrycznym (rozprawa habilitacyjna). W: *Zeszyty Przyrodnicze Kwartalnika Opolskiego* 1962, s. 153-224

23. Wykorzystanie aparatu ekg. „Multiscriptor Hellige” dla aksonokardiografii. Aurelia Podkówka. W: *Post. Hig. Med. Dośw.* 1962, 16, s. 851-853

1963

24. Zaburzenia czynności tarczycy w interpretacji cybernetycznej. Danuta Jakubowska. W: *Endokrynologia Polska* 1963, 14, s. 589-595

1964

25. Mechanizm śpiączki w ziarnicy złośliwej. Jerzy Onisk. W: *Przegląd Lekarski* 1964, 20, s. 367-369

26. Rola poradni geriatrycznych. Danuta Jakubowska. W: *Przegląd Lekarski* 1964, 20(10), s. 445-447

27. Znaczenie bariery mózgowo-rdzeniowej w patogenezie kernicterus. Maria Pędich. W: *Ginekologia Polska* 1964, 35(5), s. 641-646

1965

28. Badania nad leczniczą wartością geriokainy. Danuta Jakubowska. W: *Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola*. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 81-91

29. Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965

30. Badania nad zachowaniem się pojemności życiowej i WKOS u starych. Danuta Jakubowska. W: *Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola*. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 47-50

31. Charakterystyka demograficzna środowiska ludzi starych miasta Opola. Danuta Jakubowska. W: Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 11-16

32. Choroby układu krążenia w wieku starczym. Franciszek Kusch. W: Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 38-42

33. Choroby układu trawienia w wieku starczym. Danuta Jakubowska, Franciszek Kusch. W: Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 51-57

34. Objaw Hilmera: rzekomowieńcowe załamki T. Zdzisław Klepacki. W: *Kardiologia Polska* 1965, 8(4), s. 303-305

35. Podobieństwo elektrokardiogramów i wektokardiogramów u trojaczków. W: *Kardiologia Polska* 1965, 8(1), s. 39-42

36. Próba zastosowania metod matematycznych do oceny podobieństwa elektrokardiogramów. W: *Post. Hig. Med. Dośw.* 1965, 19, s. 805-822

37. Przypadek wrodzonej kiły żołądka u 12-letniej dziewczynki. Klara Cieśla, Henryk Mynte. W: *Pol. Przegl. Radiologii i Medycyny Nuklearnej* 1965, 29(6), s. 671-674

38. Rola poradni geriatrycznej. W: Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 99-102

39. Samotni starcy jako problem społeczny. Danuta Jakubowska. W: Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 23-26

40. Schorzenia wieku starczego w materiale oddziału chorób wewnętrznych. Danuta Jakubowska, Franciszek Kusch. W: Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 31-37

41. Sprawność fizyczna i stan zdrowia ludzi po 60 r. życia. Danuta Jakubowska. W: Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 27-30

42. The significance of the cerebrospinal barrier in the pathogenesis of kernicterus. Maria Pędich. W: *Polish Medical Journal* 1965, 4(40), s. 756-761

43. Warunki ekonomiczne ludzi po 60 r. życia zamieszkujących Opole. Danuta Jakubowska. W: *Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola*. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 17-22

44. Wprowadzenie. W: *Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola*. Red. Wojciech Pędich, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, Wydział Nauk Przyrodniczych, Opole 1965, s. 5-10

45. Zastosowanie metody dendrytowej do oceny podobieństwa elektrokardiogramów bliźniąt. W: *Zeszyty Przyrodnicze*, Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk, 1965, z.5, s. 41-51

46. Zawał mięśnia serca u chorych oddziału B chorób wewnętrznych szpitala wojewódzkiego w Opolu. Włodzimierz Wartenberg, Bronisław Komorowski. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1965, 20(19), s. 683

47. Zmiany elektrokardiogramu w przypadkowej hipotermii. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1965, 20(17), s. 611

1966

48. Leczenie usprawniające we wczesnym okresie zawału serca. Ryszard Kinalski, Andrzej Sawicki. W: *Wiadomości Lekarskie* 1966, 19(22), s. 1771-1773

49. Niektóre wskazania do stosowania wazopresyny w moczówce prostej. Danuta Jakubowska. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1966, 21(19), s. 721

50. Przyczynę do patomechanizmu wybiórczych krwotoków do nadnerczy. Jerzy Popow. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1966, 21(31), s. 1214

51. Vaccinia gangrenosa w przypadku przewlekłej białaczki limfatycznej. Franciszek Kusch. W: *Przegląd Lekarski* 1966, 22(3), s. 319

52. Wpływ hipotermii na pętlę QRS wektokardiogramu. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1966, 21(22), s. 829

53. Zastosowanie maszyn liczących do automatycznej oceny elektrokardiogramów. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1966, 21(9), s. 327

54. Zawał serca po rażeniu piorunem. Danuta Jakubowska, Manfred Gabor. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1966, 21(15), s. 559

1967

55. Kardiogenetyka i jej problemy. W: *Kardiologia Polska* 1967, 10(1), s. 11-15

56. Otwarta i domowa opieka nad człowiekiem starym. W: *Szpitalnictwo Polskie* 1967, 11(6), s. 253-255

57. Wpływ glikozydów nasercowych na rozkład statystyczny odstępów komorowych R-R w niemiarowości zupełnej. W: *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1967, 39(10), s. 449-457

58. Wykorzystanie aparatu „Multiscriptor Hellige” do zapisu ekg z regularnych sieci odprowadzeń wektokardiograficznych. W: *Kardiologia Polska* 1967, 10(1), s. 55-58

59. Zastosowanie rozkładu statystycznego odstępów R-R w badaniach patomechanizmu niemiarowości zupełnej. Zbigniew Antoniuk. W: *Post. Hig. Med. Dośw.* 1967, 21, s. 569-578

1968

60. Neurotoksyczne działanie piperazyny. Danuta Jakubowska, Witold Lebensztejn, Zenon Rudziński, Barbara Wollna. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1968, 23(39), s. 1484-1485

61. Schwangerschaft und Geburt bei Diabetes insipidus. Danuta Jakubowska, Henryk Niedworok. W: *Zentralblatt für Gynäkologie* 1968, 90(38), s. 1301-1304

62. Studia kardiogenetyczne. I. Ocena układu krążeniowo-oddechowego w zespole Marfana. Karol Brysiewicz, Andrzej Sawicki. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1968, 23(42), s. 1589-1591

63. Studia kardiogenetyczne. II. Przypadek współistnienia wrodzonej wady serca z translokacją chromosomalną w grupie 13-15. Danuta Jakubowska, Krystyna Zajączkowska. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1968, 23(48), s. 1855-1857

1969

64. Czy istnieje „atrial microflutter”? Krystyna Dzienis, Zdzisław Klepacki. W: *Kardiologia Polska* 1969, 12(3), s. 243-246

65. Przypadek zrównoważonej translokacji chromosomalnej D-D u pacjentki z wadą serca. Krystyna Zajączkowska, Danuta Jakubowska. W: *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 1969, 19(3), s. 281-285

66. Statistical distribution of the R-R intervals in atrial fibrillation and its evolution during Digitalis therapy. Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedorowicz. W: *Polish Medical Science and History* 1969, 12(3), s. 120-123

67. Studia kardiogenetyczne. III. Rodzinne występowanie zespołu WPW. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1969, 24(32), s. 1232-1234

68. Traitement de certaines affections du tractus gastro-intestinal par un agent antiinflammatoire non hormonale – dosage de stéroïdes. Wła-

dysław Pręgowski, Danuta Jakubowska, J. Żbikowski. W: *Modern Gastroenterology* 1969, s. 288-289

69. Wewnątrzsercowe odprowadzenia ekg w doświadczalnej martwicy przedsionka. Zdzisław Klepacki. W: *Kardiologia Polska* 1969, 12(3), s. 197-202

70. Wpływ leczniczy kompleksów żelazo-sodowych kwasu askorbinowego i aloksanowego w chorobie wrzodowej i przewlekłym zapaleniu jelita grubego. Władysław Pręgowski. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1969, 24(41), s. 1568-1570

1970

71. Analiza kliniczna zawału serca u osób po 60 roku życia. Zdzisław Klepacki, Jolanta Fiedorowicz, Danuta Jakubowska, Hanna Mroczek, Andrzej Stogowski. W: *Wiadomości Lekarskie* 1970, 23(19), s. 1647-1651

72. Badania nad stanem narządów oddychania i krążenia u ludności rolniczej województwa białostockiego w zależności od warunków geograficznych i kultury rolnej. Danuta Jakubowska, Zdzisław Klepacki, Jarosław Diakowski, Władysław Sadokierski, Andrzej Stogowski, Hanna Mroczek, Aniela Ptak, Helena Buluk, Danuta Dzierżanowska, Paweł Jakubowicz. W: *Materiały II Zjazdu naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej*. Red. Piotr Boroń, Białystok 1970, s. 121-136

73. Czy cor pulmonale chronicum jest schorzeniem wieku starczego? Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedorowicz, Zdzisław Klepacki, Hanna Mroczek, Andrzej Stogowski. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1970, 25(35), s. 1321-1322

74. Postulaty organizacyjne wynikające z obecnego stanu opieki nad ludźmi starymi w Polsce. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1970, 25(35), s. 1331-1333

75. Problematyka geriatryczna w działalności lekarskich towarzystw naukowych w Polsce w okresie 25-lecia. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1970, 25(35), s. 1333-1334

76. Profilaktyka procesów starzenia. W: *Geriatra w aspekcie klinicznym i społecznym*. Red. J. Rutkiewicz, PZWL, Warszawa 1970, s. 325-336

77. Zaburzenia rytmu i przewodnictwa w wieku starszym. Jolanta Fiedorowicz, Danuta Jakubowska, Zdzisław Klepacki, Hanna Mroczek, Andrzej Stogowski. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1970, 25(35), s. 1318-1321

1971

78. Choroby układu oddechowego. W: *Geriatra*. Red. K. Roszkowska-Wiśniewska, PZWL, Warszawa 1971, s. 141-159

79. Digitalistoleranz im hohen und Greisenalter. W: *Zeitschr. f. Altersforschung* 1971, suppl. 1, s. 156-161

80. Opieka poradniana nad człowiekiem starym. W: *Geriatrics*. Red. K. Roszkowska-Wiśniewska, PZWL, Warszawa 1971, s. 432-440

81. Próby wykorzystania fitohemaglutyniny (PHA) w leczeniu zespołów aplastycznych. W: *Wiadomości Lekarskie* 1971, 24(4), s. 343-345

82. Vectorcardiographic pattern of hypothermic J-deflection. W: *Annals of the Medical Section of the Polish Academy of Science* 1971, 16(1-2), s. 323

83. Wyniki leczenia częstoskurczu przedsionkowego z blokiem A-V. Zdzisław Klepacki, Danuta Jakubowska, Hanna Mroczek. W: *Kardiologia Polska* 1971, 14(2), s. 165-172

84. Zagadnienie tzw. „fenomenu R na T” w niemiaryowościach ekstrasystolicznych. Zdzisław Klepacki. W: *Wiadomości Lekarskie* 1971, 24(15), s. 1421-1426

85. Zastosowanie „mostka solnego” jako elektrody przełykowej w przyłożkowej diagnostyce ekg. Zdzisław Klepacki. W: *Wiadomości Lekarskie* 1971, 24(8), s. 797-799

1972

86. Niewydolność krążeniowo-oddechowa w wieku starszym. W: *Pamiętnik Krajowego Sympozjum Gerontologii Klinicznej* 1971. Red. L. Dobrowolski, PZWL, Warszawa 1972, s. 153-158

87. Przebieg ciąży i porodu u kobiet z wadami serca w materiale własnym. Jerzy Orciuch, Andrzej Cretti. W: *Ginekologia Polska* 1972, suppl. 2, s. 77-80

1973

88. Analiza socjologiczna środowiska ludzi starych miasta Białegostoku. Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedorowicz. W: *Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej*, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973, s. 21-26

89. Powiązania rehabilitacji leczniczej i społecznej. W: *Rehabilitacja inwalidów w PRL (materiały konferencji 1971)*. Red. A. Hulka, PZWL, Warszawa 1973, s. 628-631

90. Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973

91. Stan zdrowia ludzi starych miasta Białegostoku. Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedorowicz. W: Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973, s. 15-20

92. Tolerancja naparstnicy w różnych okresach wieku starczego. Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedorowicz. W: Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973, s. 106-110

93. Wpływ aktywności ruchowej na wydalanie hydroksyproliny u osób starszych. Danuta Jakubowska, Stanisław Kreczko, Zygmunt Zarębski. W: Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973, s. 57-60

94. Wydalanie kwasu wanilino-migdałowego w różnych grupach wieku starczego. Danuta Jakubowska, Larysa Ciemnicka, Jolanta Fiedorowicz, Andrzej Stogowski. W: Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973, s. 61-63

95. Zakrzepice płucne jako powikłanie końcowego okresu życia ludzi starych. Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedorowicz, Andrzej Stogowski. W: Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973, s. 120-123

96. Znaczenie badań demograficznych dla planowania zorganizowanej opieki nad ludźmi starymi. W: Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Białystok 1973. Red. Wojciech Pędich, Białystok 1973, s. 10-15

1974

97. Nauki medyczne a ludzie starsi. W: Problemy ludzi starych w Polsce. Red. B. Früboes, PWE, Warszawa 1974, s. 288-297 (patrz też 104)

98. Pielęgniarstwo geriatryczne: podręcznik. Danuta Jakubowska, Teresa Kunda, PZWL, Warszawa 1974

99. Problemy gerontologii w naukach medycznych. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1974, 29(47), s. 2049-2051

100. Rehabilitacja uzdrowiskowa ludzi w wieku podeszłym, (dyskusja okrągłego stołu). Wojciech Pędich (moderator). W: Ostre choroby narządów jamy brzusznej u ludzi w wieku podeszłym. Rehabilitacja uzdrowiskowa ludzi w wieku podeszłym. Materiały IV Dnia Geriatrycznego w Inowrocławiu. Red. Eugeniusz Gawlak i Stanisław Hryniuk, Inowrocław 1974, s. 55-80

101. Rola poradni geriatrycznej w kwalifikowaniu do leczenia w sanatorium geriatrycznym. Danuta Jakubowska, Bogdan Snarski. W: Ostre choroby narządów jamy brzusznej u ludzi w wieku podeszłym. Rehabilitacja uzdrowiskowa ludzi w wieku podeszłym. Materiały IV Dnia Geriatrycznego w Inowrocławiu. Red. Eugeniusz Gawlak i Stanisław Hryniuk, Inowrocław 1974, s. 85-90

102. Wpływ leczenia w sanatorium geriatrycznym w Inowrocławiu na poziom ciał tłuszczowych w surowicy. Bogdan Snarski, Eugeniusz Gawlak, Stanisław Kreczko. W: Ostre choroby narządów jamy brzusznej u ludzi w wieku podeszłym. Rehabilitacja uzdrowiskowa ludzi w wieku podeszłym. Materiały IV Dnia Geriatrycznego w Inowrocławiu. Red. Eugeniusz Gawlak i Stanisław Hryniuk, Inowrocław 1974, s. 81-84

1975

103. Geriatryczny Ośrodek Naukowo-Badawczy w Inowrocławiu. W: 100 lat uzdrowiska Inowrocław. Red. Eugeniusz Gawlak, Inowrocław 1975, s. 73-75.

104. Nauki medyczne a ludzie starsi. W: Analizy i Opinie 7: Geriatria i Gerontologia, Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1975, s. 105-110 (patrz też: 97)

105. Problemy geriatrii i gerontologii. Olgierd Buraczewski, Zdzisława Czyżewska, Zdzisław Falicki, Danuta Jakubowska, Edmund Nartowicz, Jerzy Piotrowski, Kinga Roszkowska-Wiśniewska, Maria Sułowska, Tadeusz Szelachowski, Halina Szwarc. W: Analizy i Opinie 7: Geriatria i Gerontologia, Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1975, s. 1-121

106. Problemy gerontologiczne w biologii i medycynie. W: Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Red. J. Piotrowski, PTG, Roczniki Gerontologii, Warszawa 1975, s. 67-71

107. Przystosowanie placówek lecznictwa zamkniętego do potrzeb ludzi starych. Danuta Jakubowska. W: Analizy i Opinie 7: Geriatria i Gerontologia, Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1975, s. 75-80

108. Stan aktualny i perspektywy rozwoju geriatrici w Polsce. W: Analizy i Opinie 7: Geriatrici i Gerontologia, Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1975, s. 36-38.

109. Stan zdrowia ludzi starych w Polsce. W: Analizy i Opinie 7: Geriatrici i Gerontologia, Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1975, s. 41-53.

110. Środowiskowe zróżnicowanie sytuacji społecznej i zdrowotnej ludzi starych. Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedorowicz, Teresa Woźniak. W: Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Red. J. Piotrowski, PTG, Roczniki Gerontologii, Warszawa 1975, s. 95-101

111. Wlijanie żywnościowej aktywności na udalenie oksiprolina u starików. Danuta Jakubowska, Stanisław Kreczko. W: Preventia v geriatrici: zbornik prac zo sympozia o prevencii v geriatrici. Red. St. Litomericky, Bratislava 1975, s. 145-146

112. Zadania wojewódzkich poradni geriatricznych. Danuta Jakubowska. W: Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Red. J. Piotrowski, PTG, Roczniki Gerontologii, Warszawa 1975, s. 299-304

113. Założenia programowe katedry (zakładu) gerontologii. W: Analizy i Opinie 7: Geriatrici i Gerontologia, Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1975, s. 111-114.

1976

114. Aktualne i perspektywiczne problemy zdrowotne Polski (recenzja). W: *Polityka Społeczna* 1976, 28(4), s. 32

115. Application of Wrocław Taxonomy for evaluation of the similarity between electrocardiograms from twins. W: *Advances in Cardiology*, 1976, 19(12), s. 1

116. Badania nad wpływem różnic regionalnych na stan zdrowia, warunki bytowe oraz potrzeby socjalne ludzi starych na wsi w województwie białostockim. Danuta Jakubowska, Teresa Woźniak. W: *Medycyna Wiejska* 1976, 40(1), s. 13-21

117. Bloki przedniej gałązki lewej odnogi pęczka Hisa w materiale I oddziału chorób wewnętrznych szpitala wojewódzkiego w Białymstoku. Ludomira Zarębska. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1976, 31(14), s. 583-584

118. Profilaktyka procesów starzenia. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1976, 31(28), s. 1217-1219

119. Rola szpitali w leczeniu i rehabilitacji ludzi starych. Cz. I: Pacjenci po 60 roku życia w szpitalach województwa białostockiego. Tamerlan Smolski. W: *Zdrowie Publiczne* 1976, 87(2), s. 107-113

120. Rola szpitali w leczeniu i rehabilitacji ludzi starych. Cz. II: Przy-stosowanie placówek lecznictwa zamkniętego do potrzeb ludzi starych. Danuta Jakubowska. W: *Zdrowie Publiczne* 1976, 87(3), s. 219-225

1977

121. Ocena sytuacji zdrowotnej regionu białostockiego. Aniela Ptak, Barbara Bień. W: *Nauka i Praktyka*, OBN Białystok, 1977, 2, s. 49-80

122. Polskie piśmiennictwo geriatryczne w okresie 1946-1974. Barbara Bień. W: *Śląski informator medycyny praktycznej (Geriatra)*. Red. Józef Japa, Katowice 1977, s. 67-138.

123. Problemy kliniczne trzeciego wieku. W: *Biul. TWWP „Człowiek w pracy i osiedlu”* 1977, 14, s. 7-15

124. Problemy socjalno-ekonomiczne i zdrowotne ludzi starych we wsiach regionu białostockiego. Danuta Jakubowska, Jolanta Fiedoro-wicz, Teresa Woźniak. W: *Biul. TWWP „Człowiek w pracy i osiedlu”* 1977, s. 32-40

125. Wpływ aktywności ruchowej na wydalanie hydroksyproliny u osób starszych. Stanisław Kreczko, Danuta Jakubowska, Bogdan Snar-ski, Zygmunt Zarębski. W: *Roczniki Akad. Med. w Poznaniu* 1977, suppl. 4, s. 67-70

126. Wydalanie hydroksyproliny z moczem w stanach długotrwałej hipokinezji. Stanisław Kreczko, Danuta Jakubowska, Zygmunt Zarębski. W: *Roczniki Akad. Med. w Poznaniu* 1977, suppl. 4, s. 62-66

1978

127. Badania kliniczne nad preparatem Cinnavit Polfa. Danuta Jaku-bowska. W: *Pamiętnik sympozjum gerontofarmakologii*, Staszów 30 wrze-sień 1978. Red. M. Zarębski, Staszów 1978, s. 47-48

128. Fizjopatologia procesu starzenia. W: *Pamiętnik sympozjum ge-rontofarmakologii*, Staszów 30 wrzesień 1978. Red. M. Zarębski, Staszów 1978, s. 5-8

129. Naparstnica w leczeniu niewydolności serca u ludzi starych. Da-nuta Jakubowska, Aleksander Zagórski. W: *Pamiętnik sympozjum ge-rontofarmakologii*, Staszów 30 wrzesień 1978. Red. M. Zarębski, Staszów 1978, s. 29-30

1979

130. Choroby wewnętrzne i pielęgnowanie w chorobach wewnętrznych (podręcznik dla średnich szkół medycznych). Danuta Jakubowska. PZWL, Warszawa 1979

131. Die Rolle der Kurorttherapie in der geriatrischen Prophylaxe. Danuta Jakubowska. W: *Zeitschr. f. Alternsforschung* 1979, 34(5), s. 423-428

132. Pielęgniarstwo geriatryczne. Danuta Jakubowska, Teresa Kunda. W: wyd. II, PZWL, Warszawa 1979

133. Problemy opieki nad ludźmi starymi z upośledzonym wzrokiem. W: *Prace Naukowe U. Śl. Katowice*, 1979, 6, s. 143-147

134. Zależność rytmu dobowego kortyzolemii od wieku i aktywności ruchowej. Józef Krętowski. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1979, 34(47), s. 1817-1819

1980

135. Leczenie niewydolności krążenia w wieku starczym. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1980, 35(36), s. 1389-1391

136. Nauczanie gerontologii i geriatrii na wydziałach lekarskich akademii medycznych. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1980, 35(36), s. 1399-1401

137. Ocena sprawności opieki medycznej i społecznej nad ludźmi starymi w wybranych osiedlach mieszkaniowych Białegostoku. Aniela Ptak, Barbara Bień. W: *Wybrane problemy społeczne nowych osiedli mieszkaniowych*. Red. L. Frąckiewicz, Górnośląskie Studia Socjologiczne, Katowice, 1980, t. 14, s. 167-175

138. Starość funkcjonalna a starość chronologiczna. W: *Referaty. Procesy demograficzne a model rodziny – demograficzne i zdrowotne uwarunkowania polityki społecznej i ludnościowej*, Rada do Spraw Rodziny, Warszawa 1980, s. 113-124 (materiały sekcji I krajowej konferencji naukowej „Rodzina i Polityka Społeczna na Rzecz Rodziny w PRL”)

1981

139. Badania nad strukturą i sprawnością opieki zdrowotnej i społecznej w osiedlach mieszkaniowych. Tadeusz Januszko, Ryszard Grębowski, Franciszek Taraszkiewicz, Zdzisław Korfel, Tadeusz Szelachowski, Aniela Ptak, Wiesława Zdanowicz, Mikołaj Rybaczuk. W: *Roczniki Akad. Med. Białystok*, 1981, 26, s. 191-247

140. Badania nad zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych i społecznych ludzi starych. Red. Wojciech Pędich. W: *Nauka i Praktyka*, OBN Białystok, 1981, 3

141. Działalność geriatryczna przychodni rejonowej osiedla Piasta

w Białymstoku. W: Badania nad zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych i społecznych ludzi starych. Red. Wojciech Pędich, Nauka i Praktyka, OBN Białystok, 3, 1981, s. 13-28

142. Ludzie starzy na wsi w województwie białostockim i ich potrzeby. W: Materiały konferencji OBN w Białymstoku „Warunki bytu ludności wiejskiej”, Supraśl 1981, s. 1-20

143. Podsumowanie badań. W: Badania nad zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych i społecznych ludzi starych. Red. Wojciech Pędich, Nauka i Praktyka, OBN Białystok, 3, 1981, s. 97-100

144. System of medical and social care for the old people. W: Aging: a challenge to science and society. Red. W. Beattie, J. Piotrowski, M. Marois, Oxford Univ. Press 1981, vol. 2, s. 213-220

145. Uwagi wprowadzające, metodyka i zakres badań. Aniela Ptak. W: Badania nad zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych i społecznych ludzi starych. Red. Wojciech Pędich, Nauka i Praktyka, OBN Białystok, 3, 1981, s. 5-12

1982

146. Badania stanu zdrowia i potrzeb socjalnych osób powyżej 70 roku życia w województwie białostockim. Grażyna Gruszczyńska, Maria Załęska, Alina Szulecka. W: *Zdrowie Publiczne* 1982, 93(5-6), s. 215-221

147. Częstość występowania chorób przewlekłych w populacji ludzi starych miasta Białegostoku na podstawie badań kohortowych. Barbara Bień. W: Choroba przewlekła w aspekcie epidemiologii, profilaktyki i społeczno-rehabilitacyjnym: Materiały V Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Łomżyńskiej i Suwalskiej, Białystok 1982, s. 19-21

148. Dyspanseryzacja geriatryczna jako metoda oceny epidemiologicznej stanu zdrowia ludzi starych województwa białostockiego. Grażyna Gruszczyńska, Maria Załęska. W: Choroba przewlekła w aspekcie epidemiologii, profilaktyki i społeczno-rehabilitacyjnym: Materiały V Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej, Łomżyńskiej i Suwalskiej, Białystok 1982, s. 312-314

149. Warunki mieszkaniowe ludzi starych w dużym mieście w Polsce w porównaniu z innymi miastami Europy. Barbara Bień. W: *Zdrowie Publiczne* 1982, 93(12), s. 549-554

150. Zdrowotne przesłanki aktywizacji zawodowej ludzi starszych. W: Problemy pracy i zabezpieczenia społecznego ludzi starszych, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, 1982, 49(7), s. 72-79

1983

151. Pielęgniarstwo geriatryczne. Danuta Jakubowska, Teresa Kunda, PZWL, Warszawa 1983, wyd. III

152. The elderly in Białystok. Barbara Bień. W: *Roczniki Akad. Med. Białystok* 1983, 28, s. 53-104

1985

153. Choroby wewnętrzne i pielęgnowanie w chorobach wewnętrznych. Danuta Jakubowska, PZWL, Warszawa 1985, wyd. III

154. Epidemiologia nadciśnienia tętniczego osób po 70 r. życia w województwie białostockim. Barbara Bień, Małgorzata Halicka, Grażyna Gruszczyńska. W: Społeczno-kliniczne problemy nadciśnienia tętniczego, Włocławek 1985, s. 114-117 (materiały konferencji)

155. Socjometryczna analiza populacji w wieku podeszłym w Polsce. Barbara Bień. W: Materiały Naukowe X Zjazdu Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Kielce 1985, s. 73-81

1986

156. Cele i zadania lecznictwa geriatrycznego. W: Encyklopedia seniora. Red. Irena Borsowa, Wojciech Pędich, Jerzy Piotrowski, Tadeusz Roźniatowski, Stanisław Rudnicki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 286-289

157. Choroby układu krążenia u osób starszych. W: Encyklopedia seniora. Red. Irena Borsowa, Wojciech Pędich, Jerzy Piotrowski, Tadeusz Roźniatowski, Stanisław Rudnicki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 296-305

158. Choroby układu oddechowego. Danuta Jakubowska. W: Encyklopedia seniora. Red. Irena Borsowa, Wojciech Pędich, Jerzy Piotrowski, Tadeusz Roźniatowski, Stanisław Rudnicki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 306-311

159. Człowiek stary w szpitalu. W: Encyklopedia seniora. Red. Irena Borsowa, Wojciech Pędich, Jerzy Piotrowski, Tadeusz Roźniatowski, Stanisław Rudnicki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 442-449

160. Encyklopedia seniora. Red. Irena Borsowa, Wojciech Pędich, Jerzy Piotrowski, Tadeusz Roźniatowski, Stanisław Rudnicki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986

161. Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, PZWL, Warszawa 1986

162. Opieka domowa nad obłożnie i przewlekle chorym. Danuta Jakubowska

bowska. W: Encyklopedia seniora. Red. Irena Borsowa, Wojciech Pędich, Jerzy Piotrowski, Tadeusz Roźniatowski, Stanisław Rudnicki, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 423-441

1987

163. Badania nad stanem zdrowia ludności wiejskiej po 70 roku życia w różnych regionach kraju. Małgorzata Halicka. W: *Medycyna Wiejska* 1987, 22(1), s. 28-36

164. Minimal data set in long-term care. W: Continuity of care of the elderly. Raport on a WHO working group, WHO Regional Office for Europe, EUR/HFA target 2, 1987, s. 35-38 (materiały konferencyjne)

1988

165. 20 lat współpracy I oddziału chorób wewnętrznych wojewódzkiego szpitala zespólnego z zakładem anatomii patologicznej AM w Białymstoku. Jolanta Fiedorowicz, Iwona Jakubowska, Lech Zimnoch. W: *Roczniki Akad. Med. Białystok* 1988-1989, 33-34, s. 85-97

166. Analiza kliniczna 50 przypadków polithelii. Anna Radziwon. W: *Przegląd Lekarski* 1988, 45, s. 598-600

167. Podręcznik geriatry dla lekarzy. Bogna Żakowska-Wachelko, PZWL, Warszawa 1988

168. Problemy gerontofarmakologii. Róża Fiedorowicz. W: Postępy gerontologii. Red. B. Synak i T. Wróblewski, PZWL, Warszawa 1988, s. 197-207

1989

169. Badania longitudinalne nad zachowaniem się kilku wskaźników wieku biologicznego. Urszula Drązkiewicz, Jerzy Sienkiewicz. W: *Problemy Uzdrowiskowe* 1989, 5-6, s. 89-98

170. Choroby wewnętrzne: podręcznik dla średnich szkół medycznych. Iwona Jakubowska-Kuźmiuk, Alina Kacprzak-Wiatr, Klara Łazarowicz, Jadwiga Szczech, PZWL, Warszawa 1989

171. Wpływ 24-dniowej uzdrowskiej rehabilitacji geriatrycznej na zachowanie się ciśnienia tętniczego u normotensyjnych i hipertensyjnych osób po 60 roku życia. Wiesława Tarasiuk, Urszula Drązkiewicz, Wanda Choroszuca, Jerzy Sienkiewicz. W: *Problemy Uzdrowiskowe* 1989, 5-6, s. 127-135

172. Zachowanie się ciśnienia tętniczego osób po 60 roku życia w okresie 10-letniej rehabilitacji geriatrycznej. Wanda Choroszuca, Urszula Drązkiewicz. W: *Problemy Uzdrowiskowe* 1989, 5-6, s. 119-126

173. Zachowanie się tolerancji glukozy u pacjentów geriatrycznego szpitala uzdrowskiego w Inowrocławiu. Wiesława Tarasiuk, Wanda Choro-szucha-Depta, Urszula Drażkiewicz. W: *Problemy Uzdrowskie* 1989, 5-6, s. 99-109

1990

174. Application of the Geriatric Assessment Card (GAC) in the monitoring of socio-medical status of the elderly, Polish experiences. Barbara Bień, Małgorzata Halicka, Wiesława Tarasiuk. W: *Geriatric care at primary level*. Red. G. Dooghe, Centrum voor bevolkings- en gezinsstudien, Brussel 1990, s. 78-88

175. Choroby wewnętrzne: podręcznik dla średnich szkół medycznych. Iwona Jakubowska-Kuźmiuk, Alina Kacprzak-Wiatr, Klara Łazarowicz, Jadwiga Szczech, PZWL, Warszawa 1990, wyd. II

176. Fazy życia a zdrowie i jego zagrożenie, wiek poprodukcyjny. W: *Człowiek, środowisko, zdrowie*. Red. J. Kopczyński i A. Siciński, PAN, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Warszawa 1990, s. 289-299

177. Health status of the elderly people in the city of Białystok. Barbara Bień. W: *Geriatric care at primary level*. Red. G. Dooghe, Centrum voor bevolkings- en gezinsstudien, Brussel 1990, s. 13-23

178. Influence of psycho-social factors on the living conditions and health status of elderly people. Barbara Bień. W: *Geriatric Care At Primary Level*. Red. G. Dooghe, Brussel 1990, s. 103-111

179. Projekt Systemu Opieki Geriatrycznej. Red. Wojciech Pędich, PTG, Białystok 1990, druk do użytku wewnętrznego opracowany na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

180. Rola szpitali w strukturze opieki geriatrycznej. W: *Projekt Systemu Opieki Geriatrycznej*. Red. Wojciech Pędich, PTG, Białystok 1990, s. 40-53

181. Trudności metodyczne badania zjawisk patologii społecznej w środowisku ludzi starych. Małgorzata Halicka. W: *Społeczne aspekty starzenia się i starości*. Red. J. Starega-Piasek i B. Synak, Warszawa 1990, s. 82-87

1991

182. Application of the geriatric assessment card (g.a.c.) in the monitoring of socio-medical status of the elderly. Barbara Bień, Małgorzata Halicka, Wiesława Tarasiuk. W: *Materia Medica Polona* 1991, 23(1), s. 47-50

183. Editorials. W: *Materia Medica Polona* 1991, 23(1), s. 3-4

184. Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, PZWL, Warszawa 1991, wyd. II

185. Leczenie nadciśnienia tętniczego. Zbigniew Szreniawski. W: Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, PZWL, Warszawa 1991, wyd. II, s. 129-143

186. Leczenie przewlekłej niewydolności krążenia. Zbigniew Szreniawski. W: Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, PZWL, Warszawa 1991, wyd. II, s. 81-97

187. Problemy leczenia farmakologicznego w wieku podeszłym. Iwona Jakubowska-Kuźmiuk. W: Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, PZWL, Warszawa 1991, wyd. II, s. 19-23

188. The dynamic of isolated systolic hypertension during the 10-year period of geriatric treatment. Wanda Choroszuca, Urszula Drażkiewicz. W: *Materia Medica Polona* 1991, 23(1), s. 36-39

189. The origin and development of gerontology in Poland. Józef Kocemba. W: *Materia Medica Polona* 1991, 23(1), s. 51-52

1992

190. Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla szkół medycznych. Iwona Jakubowska-Kuźmiuk, Alina Kacprzak-Wiatr, Klara Łazarowicz, Jadwiga Szczech. Red. Wojciech Pędich, PZWL, Warszawa 1992, wyd. III

191. Gerontologia. W: Encyklopedia zdrowia. Red. W. Gomułka i W. Reverski, PWN, Warszawa 1992, s. 85-88

192. Miejsce człowieka starego w społeczeństwie XXI wieku. W: Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne. Red. M. Dzięgielewska, Wyd. UŁ, Łódź 1992, s. 7-12 (materiały międzynarodowego sympozjum, Łódź 12-13 czerwca 1992)

193. Opieka geriatryczna w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. W: Lekarz ogólny – zadania i organizacja pracy. Red. M. Latański, Polskie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Środowiskowej, Lublin 1992, s. 211-227

194. Wpływ starzenia demograficznego na zadania służby zdrowia i kierunki kształcenia lekarzy. Barbara Bień. W: *Problemy Higieny* 1992, (38), s. 117

195. Wpływ zjawisk demograficznych na kierunki kształcenia lekarzy u progu XXI wieku. Barbara Bień. W: Uniwersalizm i medycyna. Red. K. Imieliński, Biblioteka Dialogu, UW, Warszawa 1992, s. 140-143

196. Wpływ zjawisk demograficznych na kierunki kształcenia lekarzy. Barbara Bień. W: *Pol. Tyg. Lek.* 1992, 47(27-28), s. 614-615

1993

197. Central trends and problems in care for the elderly in Poland. W: Social and health care planning for the elderly in Europe. Care – participation – Networking. Red. H. Döhner, Lit. Verl., Munster, Hamburg 1993, s. 227-22 oraz: *Gerontologie* 1993, 3, s. 227-229

198. Environmental conditioning of pathological behavior in old age. Małgorzata Halicka. W: *Roczniki Akad. Med. Białystok* 1993, 38(2), s. 134-145

199. Principle and realization of Small Area Planning for the elderly in Białystok. W: Social and health care planning for the elderly in Europe. Care – participation – Networking. Red. H. Döhner, Lit. Verl., Munster, Hamburg 1993, s. 169-178 oraz: *Gerontologie* 1993, 3, s. 169-178

200. Wskazówki metodyczne do kształcenia lekarzy rodzinnych z zakresu gerontologii. Bogna Żakowska-Wachelko, Małgorzata Halicka, Hanna Jędrkiewicz. W: *Zeszyty Problemowe PTG*, 1993, t. 6, s. 1-30

1994

201. Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla szkół medycznych. Iwona Jakubowska-Kuźmiuk, Alina Kacprzak-Wiatr, Klara Łazarowicz, Jadwiga Szczech. Red. Wojciech Pędich, PZWL, Warszawa 1992, wyd. IV

1995

202. Analiza wieku i płci osób zmarłych w końcu XIX wieku i obecnie w parafii katolickiej Białegostoku. Małgorzata Halicka. W: *Gerontologia Polska* 1995, 3(3/4), s. 33-34

203. Challenges for elder care in Tampere and Białystok. Riitta-Liisa Heikkinen, Barbara Bień. W: *Pendulum: health and quality of life in older Europeans*. Red. L. Ferrucci, E. Heikkinen, E. Waters, A. Baroni, Florence 1995, s. 209-230

204. Medyczne aspekty współczesnej gerontologii. W: *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1995, 94, s. 79-86

205. Pacjenci w starszym wieku. Bogna Żakowska-Wachelko, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1995, s. 1-199

206. Quality of life of the elderly during the economic and political transformation in Poland. Barbara Bień. W: *Pendulum: health and quality of life in older Europeans*. Red. L. Ferrucci, E. Heikkinen, E. Waters, A. Baroni, Florence 1995, s. 105-124

207. Selbsthilfe aufbauen – das Beispiel Białystok in Polen. W: *Deutsche Zeitschr. f. Sozialarbeit* 1995, 9, s. 211

208. Social and health situation of the elderly in Poland. Zyta Beata Wojszel. W: Development of care of elderly in Central Europe, Bratislava 1995, s. 41-45 (materiały „Fourth Central European Symposium on Socio-Gerontology”)

209. Wpływ transformacji społeczno-politycznej w Polsce na jakość życia ludzi starych. Barbara Bień. W: *Gerontologia Polska* 1995, 3(3/4), s. 21-38

210. Zasady postępowania z ludźmi w podeszłym wieku. W: Choroby wewnętrzne. Red. A. Wojtczak, PZWL, Warszawa 1995, t. 3, s. 853-865

1996

211. Leczenie farmakologiczne osób starszych. W: *Nowa Medycyna* 1996, 3(26), s. 2-4

212. Ludzie starzy. W: wyd. CRSS, Warszawa 1996, s. 1-52

213. Prawa ludzi starych w Polsce a europejskie deklaracje praw człowieka. Barbara Szatur-Jaworska, Małgorzata Halicka. W: *Polityka Społ.* 1996, 23(10), s. 20-24

214. Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a Europejskie Deklaracje Praw Człowieka (Ekspertyza Pol. Tow. Gerontologicznego). Małgorzata Halicka, Barbara Szatur-Jaworska. W: *Gerontologia Polska* 1996, 4(2), s. I-XLIII

215. Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a Europejskie Deklaracje Praw Człowieka (Ekspertyza Pol. Tow. Gerontologicznego). Małgorzata Halicka, Barbara Szatur-Jaworska. W: *Praca Socjalna* 1996, 11(3), s. 3-50

216. Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a Europejskie Deklaracje Praw Człowieka (Ekspertyza Pol. Tow. Gerontologicznego). Małgorzata Halicka, Barbara Szatur-Jaworska, PTG, Białystok 1996 (materiały sympozjum PTG w ramach VI Euroforum, Białystok 19-20 kwietnia 1996)

217. Prawa obywatelskie ludzi starych w Polsce a Europejskie Deklaracje Praw Człowieka – omówienie ekspertyzy Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Barbara Szatur-Jaworska, Małgorzata Halicka. W: VI Euroforum: Białystok 18-21 kwietnia 1996. Red. Wojciech Pędich i Małgorzata Halicka, Oficyna Wydawnicza AMB, Białystok 1996, s. 87-103

218. Przewlekła zastoinowa niewydolność serca: aspekty geriatryczne. W: *Nowa Medycyna* 1996, 3(26), s. 9-11

219. VI Euroforum: Białystok 18-21 kwietnia 1996. Red. Wojciech Pędich i Małgorzata Halicka, Oficyna Wydawnicza AMB, Białystok 1996

220. Wpływ działalności grupy samopomocowej na zmianę świadomości seniorów – studium w Białymstoku. Małgorzata Halicka. W: VI Eu-

roforum: Białystok 18-21 kwietnia 1996. Red. Wojciech Pędich i Małgorzata Halicka, Oficyna Wydawnicza AMB, Białystok 1996, s. 63-70

221. Wpływ działalności grupy samopomocowej na zmianę świadomości seniorów – studium w Białymstoku. Małgorzata Halicka. W: *Gerontologia Polska* 1996, 4(3), s. 47-51

222. Wskazania i przeciwwskazania do aktywności ruchowej osób starszych. W: *Aktywność ruchowa osób starszych*. Red. A. Jopkiewicz, Wyd. WSP, Kielce 1996, s. 9-13

1997

223. Działania samopomocowe ludzi starszych jako element uzupełnienia profesjonalnej pomocy społecznej. Małgorzata Halicka. W: *Problemy społeczne w okresie zmian systemowych w Polsce*. Wyd. WSP, Rzeszów 1997, s. 375-383

224. Działania samopomocowe ludzi starszych: badania panelowe w Białymstoku. Małgorzata Halicka, Wyd. Akad. Med., Białystok 1997

225. Higiena wieku podeszłego. Beata Wojszel. W: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Red. Z. Jethon, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1997, s. 203-218

226. Program Międzynarodowego Towarzystwa Gerontologicznego, Regionu Europejskiego – jako wyzwanie dla Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. W: *Gerontologia Polska* 1997, 5(4), s. 4-7

227. Uwarunkowania środowiskowe patologicznych zachowań w starości. Małgorzata Halicka. W: *Zdrowie Publiczne* 1997, 107, s. 50-55

1998

228. Bliźnięta – uwarunkowania jakości życia i starości. W: *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1998, 24, s. 151-156

229. Człowiek stary w praktyce lekarza rodzinnego. W: *Nowa Klinika* 1998, 5(12), s. 1203-1206

230. Czy w Polsce istnieje polityka społeczna wobec ludzi starych? W: *Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla polityki społecznej*. Red. Lucyna Frąckiewicz, Katowice 1998, s. 73-88

231. Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998, wyd. III

232. Holistyczne podejście do terapii osób w wieku podeszłym. Iwona Jakubowska-Kuźmiuk. W: *Farmakoterapia geriatryczna*. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998, wyd. III, s. 302-309

233. Leczenie choroby niedokrwiennej serca w starości. W: Kardiologia starszego wieku. Red. G. Świątecka, wyd. Via Medica, Gdańsk 1998, s. 141-149

234. Leczenie nadciśnienia tętniczego. Zbigniew Szreniawski. W: Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998, wyd. III, s. 147-163

235. Leczenie przewlekłej zastoinowej niewydolności krążenia. Zbigniew Szreniawski. W: Farmakoterapia geriatryczna. Red. Wojciech Pędich i Zbigniew Szreniawski, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998, wyd. III, s. 90-108

236. Niewydolność krążenia w wieku starszym. W: *Nowa Klinika*, 1998, 5(12), s. 1233-1238

237. Specyfika badań środowiskowych populacji ludzi starych, niehomogenność wieku i środowiska. W: Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji. Red. Lucyna Frąckiewicz i W. Koczura, Katowice 1998, s. 27-32

238. The mechanism of the silent zone on Lorenz plots in atrial fibrillation. Jan Popiołek, Dorota Tobiaszewska. W: *Roczniki Akad. Med. w Białymstoku* 1998, 43, s. 232-244

239. The place of geriatrics in the health care system in Poland. Barbara Bień. W: Geriatric Programs and Departments Around the World. Red. J. Michel i inni, Springer Publ. Comp. 1998, s. 107-118

240. Uwagi dotyczące specyfiki badań populacji ludzi starszych. W: *Gerontologia Polska* 1998, 6(2), s. 3-5

1999

241. Cechy procesu starzenia się i starości, aspekt biologiczno-medyczny. W: Raport o rozwoju społecznym Polska 1999, Ku godnej starości. Red. S. Golinowska, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 1999, s. 17-25

242. Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla szkół medycznych. Iwona Jakubowska-Kuźmiuk, Hanna Kachaniuk, Klara Łazarowicz, Jadwiga Szczech, Wyd. Lek. PZWL Warszawa, 1999, wyd. V

243. Factors influencing the perception of one's own aging. (Study upon the elderly citizens of the city Białystok – Poland). Małgorzata Halicka. W: *Zeitschr. f. Gerontologie u. Geriatrie* 1999, 32, supl. 2, s. 187 (streszcz.)

244. Komentarz do raportów na temat systemów opieki zdrowotnej i społecznej nad ludźmi starszymi w Polsce i we Włoszech. W: *Gerontologia Polska* 1999, 7(3/4), s. 54-56

245. Ludzie starzy w perspektywie XXI wieku. W: *Ethos* 1999, 12(3), s. 129-137

246. Miesto starych ľudí v spoločnosti 21. storočia. W: Problemy seniorov na konci storočia (Probleme der Senioren zum Jahrhundertende). Red. L. Hegyi & A. Potocky, Bratislava 1999, s. 26-31

247. Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości – obiektywne wyznaczniki jakości życia. Małgorzata Halicka. W: *Gerontologia Polska* 1999, 7(3-4), s. 63-68

248. Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości – subiektywne wyznaczniki poczucia zadowolenia z życia. Małgorzata Halicka. W: *Gerontologia Polska* 1999, 7(3-4), s. 69-74

249. Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w realizowaniu pomysłu starości. UTW, Białystok 1999, s. 15-20

250. The influence of sex, advancement of age and physical fitness upon the quality of social contacts of the elderly in the city Białystok (Poland). Małgorzata Halicka. W: *Zeitschr. f. Gerontologie und Geriatrie* 1999, 32, supl. 2, s. 124 (streszcz.)

251. Zastosowanie kwestionariusza EASY do badań socjo-medycznych ludzi starych. Beata Z. Wojszel. W: *Praca Socjalna* 1999, 14(4), s. 148-154

2000

252. Dziesiąte Euroforum w Białymstoku. W: Uśmiech seniora, 2000, 2, s. 5-9

253. Ankiety lekarzy-seniorów w oczach gerontologa. W: Problemy i sytuacja lekarzy emerytów w Polsce. Red. A. Danysz, Nacz. Rada Lek., Warszawa 2000, s. 21-30

254. Człowiek stary wobec śmierci – badania środowiskowe. Małgorzata Halicka. W: *Gerontologia Polska* 2000, 8(2), s. 27-32

255. Głos w dyskusji. W: Seniorzy w polskim społeczeństwie. Red. J. Szymańczak i A. Chodyra, Konferencje i seminaria 4(32), Biuro Studiów i Ekspertyz Sejmu RP, Warszawa 2000, s. 110-117

256. Higiena wieku podeszłego. Beata Z. Wojszel. W: Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Red. Z. Jethon i A. Grzybowski, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, wyd. II, s. 307-323

257. Postawy obywatelskie starszych mieszkańców Białegostoku. Małgorzata Halicka. W: Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej. Red. Brunon Synak, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000, s. 43-50

258. Postulaty Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego dotyczące

opieki nad ludźmi starymi w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce. W: Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny (Materiały seminarium naukowego), Szkoła Zdrowia Publicznego, Łódź 2000, s. 19-30

259. Recenzja książki Bogny Żakowskiej-Wachelko pt. Zarys medycyny geriatrycznej. W: *Gerontologia Polska* 2000, 8(2), s. 42

260. Refleksje nad starością. W: W kręgu rodziny dawniej i dziś. Red. J. M. Markowska, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, Białystok 2000, s. 112-121

261. Relacje społeczne między pokoleniami, opinie seniorów Białego-stoku. Małgorzata Halicka. W: Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych. Red. M. Dzięgielewska, Łódź 2000, s. 43-51

262. System opieki zdrowotnej nad osobami starymi w Polsce. W: Seniorzy w polskim społeczeństwie. Red. J. Szymańczak i A. Chodyra, Konferencje i seminaria 4(32)2000, Biuro Studiów i Ekspertyz Sejmu RP, Warszawa 2000, s. 57-76, tamże: WP: Głos w dyskusji, s. 110-117

263. Zadowolenie z życia ludzi starych w warunkach przemian ustrojowych i cywilizacyjnych. Małgorzata Halicka, Barbara Bień. W: Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej. Red. Brunon Synak, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000, s. 16-22

264. Zagrożenia późnego wieku rozwojowego (gerontologiczne). Beata Z. Wojszel. W: Zdrowie publiczne. Red. J. Indulski, Z. Jethon, L. Dawydzik, IMP, Łódź 2000, s. 297-314

265. Znaczenie znajomości gwarowych określeń medycznych w kontaktach lekarz – pacjent. W: Język trzeciego tysiąclecia. Red. W. Chłopicki, M. Dąbrowska, G. Szpila, Wyd. Tertium, Kraków 2000, s. 167-172

2001

266. Jerzy Piotrowski. Adam Kurzynowski. W: Przeszłość dla przyszłości. Red. Lucyna Frąckiewicz, Katowice 2001, s. 137-144

267. Pharmacotherapy in the elderly. W: *Gerontologija* 2001, t. 2, 2, s. 102-105

268. Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku – współtworzenie i współodpowiedzialność. Red. Wojciech Pędich, Stowarzyszenie Wollontariatu Międzypokoleniowego, Białystok 2001

269. Wiejska starość – Charakterystyka badań i założenia metodologiczne. Brunon Synak. W: Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi. Red. D. Karwat i L. Jabłoński, Lublin 2001, s. 18-25

270. Wkraczanie kohort seniorów w XXI wiek. W: Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku – współtworzenie i współodpowiedzialność. Red. Wojciech Pędich, Białystok 2001, s. 14-19

271. Zróżnicowanie regionalne sytuacji życiowej ludzi starych na wsi. W: *Przegląd Lekarski* 2001, 59(4-5), s. 207-210

272. Zróżnicowanie statusu społecznego ludzi starych w obszarze małego regionu wiejskiego. Joanna Borowik, Jerzy Nikitorowicz, Wojciech Pędich, Anna Sajewicz. W: Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi. Red. D. Karwat i L. Jabłoński, Lublin 2001, s. 26-328

2002

273. Autorytet ludzi starych w rodzinach wiejskich Białostocczyzny. Joanna Borowik. W: *Gerontologia Polska* 2002, 10(3), s. 149-153

274. Godność przechodzenia na emeryturę, Czy Izby lekarskie mogą złagodzić „szok emerytalny” lekarzy? W: *Biuletyn Okr. Izby Lekarskiej w Białymstoku* 2002, 12(4), s. 56-61 (patrz też: 280)

275. Polska gerontologia – jej perspektywy i bariery. W: *Gerontologia Polska* 2002, 10(4), s. 1-3

276. Regionalne zróżnicowanie sytuacji ludzi starych na wsi. W: Polska starość. Red. Brunon Synak, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 231-285.

277. Satysfakcja życiowa ludzi starych. Małgorzata Halicka. W: Polska starość. Red. Brunon Synak, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 219-230

278. Wspomnienie o Pani prof. Halinie Szwarc. W: *Gerontologia Polska* 2002, 10(3), s. 154

2003

279. „Szok emerytalny” lekarzy. W: *Gazeta Lekarska* 2003, 1(144), s. 24-25 (patrz też: 275)

280. Rozważania na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. W: *Biuletyn Okr. Izby Lekarskiej w Białymstoku* 2003, 2, s. 65-68

281. Zdrowie ludzi starych. W: Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Red. Z. Strzelecki, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa 2003, t. XVII, s. 313-319

2004

282. Opiekunowie rodziny jako podstawowe źródło opieki domowej nad niesprawnymi osobami starszymi. Piotr Błędowski. W: Między transformacją a integracją, Polityka społeczna wobec problemów współczesności. Red. Piotr Błędowski, SGH, Warszawa 2004, s. 71-182

283. Pomoc wzajemna która łączy pokolenia. Małgorzata Halicka. W: My też – Seniorzy w Unii Europejskiej, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004, s. 101-103

284. Recenzja książki „Polska starość w dobie przemian”. W: *Gerontologia Polska* 2004, 12(2), s. 100

285. Recenzja książki dr Małgorzaty Halickiej „Satysfakcja życiowa ludzi starych – studium teoretyczno-empiryczne”. W: *Gerontologia Polska* 2004, 12(4), s. 205

286. Samodzielność w starości czyli jasna strona księżyca. W: Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne. Wyd. PTG, Oddz. Mazowiecki, Warszawa 2004, s. 139-142

287. Status społeczny ludzi starych na wsi (na przykładzie Białostocczyzny). Joanna Borowik. W: Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Red. L. Solecki, Inst. Medycyny Wsi, Lublin 2004, s. 37-45

288. Uwarunkowania jakości życia ludzi starych na polskiej wsi. W: Nasze starzejące się społeczeństwo – nadzieje i zagrożenia. Red. J. Kowaleski i P. Szukalski, Wyd. Uniw. Łódzkiego, Łódź 2004, s. 311-322

289. Zróżnicowanie warunków życia i sytuacji socjalnej ludzi starych na wsi. W: Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie. Red. L. Solecki, Inst. Medycyny Wsi, Lublin 2004, s. 26-36

2005

290. Zróżnicowanie kulturowe „tradycyjnych społeczności terytorialnych” na przykładzie badań ludzi starych w wybranych gminach województwa Podlaskiego. Joanna Borowik, Małgorzata Halicka. W: Kultura grup mniejszościowych i marginalnych. Red. Leon Dyczewski, Wyd. KUL, Lublin 2005, s. 249-258

Indeks autorów

- Antoniuk Zbigniew 59
 Baroni Alberto 203, 206
 Beattie W. 144
 Bień Barbara 121, 122, 137, 147,
 149, 152, 154, 155, 174, 177, 178,
 182, 194, 195, 196, 203, 206, 209,
 239, 263
 Błędowski Piotr 282
 Boroń Piotr 72
 Borowik Joanna 273, 274, 288, 290
 Borsowa Irena 156, 157, 158, 159,
 160, 162
 Brysiewicz Karol 62
 Buluk Helena 72
 Buraczewski Olgierd 105
 Chłopicki W. 265
 Chodyra A. 156, 262
 Choroszuca-Depta Wanda 171,
 172, 173, 188
 Ciemnicka Larysa 94
 Cieśla Klara 18, 37
 Cretti Andrzej 87
 Czyżewska Zdzisława 105
 Danysz A. 253
 Dawydzik L. 264
 Dąbrowska M. 265
 Depta Wanda patrz Choroszuca-
 Depta Wanda
 Diakowski Jarosław 72
 Dobrowolski L. 86
 Döhner H. 197, 199
 Dooghe G. 174, 177, 178
 Drażkiewicz Urszula 169, 171, 172,
 173, 188
 Dulko-Kańska Gertruda 14
 Dyczewski Leon 290
 Dzienis Krystyna 64
 Dzierżanowska Danuta 72
 Dziągiewska Małgorzata 192, 261
 Falicki Zdzisław 105
 Ferrucci Luigi 203, 206
 Fiedorowicz Jolanta 66, 71, 73, 77,
 88, 91, 92, 94, 95, 110, 124, 165
 Fiedorowicz Róża 168
 Frąckiewicz Lucyna 230, 237, 266
 Früboes B. 97
 Gabor Manfred 54
 Gawlak Eugeniusz 100, 101, 102,
 103
 Golinowska Stanisława 241
 Gomułka W. 191
 Grębowski Ryszard 139
 Gruszczyńska Grażyna 146, 148,
 154
 Grzybowski Andrzej 256
 Halicka Małgorzata 154, 163, 174,
 181, 182, 198, 200, 202, 213, 214,
 215, 216, 217, 219, 220, 221, 223,
 224, 227, 243, 247, 248, 250, 254,
 257, 261, 263, 277, 283, 290
 Hegyi Ladislav 246
 Heikkinen Enio 203, 206
 Heikkinen Riitta-Liisa 203
 Hryniuk Stanisław 100, 101, 102
 Hulka A. 89
 Imieliński Kazimierz 196
 Indulski Janusz 264
 Jabłoński L. 269, 272
 Jakubowicz Paweł 72
 Jakubowska-Kuźmiuk Iwona 165,
 170, 175, 187, 190, 201, 232, 242
 Jakubowska Danuta 16, 20, 21, 24,
 26, 28, 30, 31, 33, 39, 40, 41, 43,
 49, 54, 60, 61, 63, 65, 66, 68, 71,

72, 73, 77, 83, 88, 91, 92, 93, 94,
 95, 98, 101, 105, 107, 110, 111,
 112, 116, 120, 124, 125, 126, 127,
 129, 130, 131, 132, 151, 153 158,
 162
 Januszko Tadeusz 139
 Japa Józef 122
 Jaworska Barbara patrz Szatur-Ja-
 worska Barbara
 Jethon Z. 225, 256, 264
 Jędrkiewicz Hanna 200
 Jopkiewicz Andrzej 222
 Kacprzak-Wiatr Alina 170, 175,
 190, 201
 Kałaska Gertruda patrz Dulko-
 Kałaska Gertruda
 Karwat Irena 269, 272
 Kinalski Ryszard 48
 Klepacki Zdzisław 34, 64, 69, 71,
 72, 73, 77, 83, 84, 85
 Kochan Ryszard 6 19
 Koczura W. 237
 Komorowski Bronisław 46
 Kopczyński J. 176
 Korfel Zdzisław 139
 Kowaleski Jerzy 288
 Kreczko Stanisław 93, 102, 111,
 125, 126
 Krętowski Józef 134
 Kunda Teresa 98, 132, 151
 Kurzynowski Adam 266
 Kusch Franciszek 32, 33, 40, 51
 Kuźmiuk Iwona patrz Jakubow-
 ska-Kuźmiuk Iwona
 Lebensztejn Witold 60
 Litomericky Stefan 111
 Łazarowicz Klara 170, 177, 190,
 201, 242
 Markowska J. M. 260
 Marois Maurice 144
 Michel J. 239
 Morawiec Józef 17
 Mroczek Hanna 71, 72, 73, 77, 83
 Mynte Henryk 37
 Nartowicz Edmund 105
 Niedworok Henryk 61
 Nikitorowicz Jerzy 272
 Orciuch Jerzy 87
 Pędich Maria 27, 42
 Piotrowski Jerzy 105, 106, 110, 112,
 144, 156, 157, 158, 159, 160, 162
 Podkówka Aurelia 23
 Popiołek Jan 238
 Potocky A. 246
 Pręgowski Władysław 68, 70
 Ptak Aniela 72, 121, 137, 139, 145
 Radziwon Anna 166
 Rewerski Wojciech 191
 Roszkowska-Wiśniewska Kinga 78,
 80, 105
 Roźniatowski Tadeusz 156, 157,
 158, 159, 160, 162
 Rudnicki Stanisław 156, 157, 158,
 159, 160, 162
 Rudziński Zenon 60
 Rutkiewicz Jan 76
 Rybaczuk Mikołaj 139
 Sadokierski Władysław 72
 Sajewicz Anna 272
 Sawicki Andrzej 48, 62
 Siciński Andrzej 176
 Sienkiewicz Jerzy 169, 171
 Smolski Tamerlan 119
 Snarski Bogdan 101, 102, 125
 Solecki L. 287, 289
 Staręga-Piasek Joanna 181
 Piasek Joanna patrz Staręga-Piasek
 Joanna

- Stogowski Andrzej 71, 72, 73, 77, 94, 95
- Strzelecki Z. 281
- Sułowska Maria 105
- Synak Brunon 168, 181, 257, 263, 269, 276, 277
- Szatur-Jaworska Barbara 213, 214, 215, 216, 217
- Szczech Jadwiga 170, 177, 190, 201, 242
- Szelachowski Tadeusz 105, 139
- Szpila G. 265
- Szreniawski Zbigniew 161, 184, 185, 186, 187, 231, 232, 234, 235
- Szukalski Piotr 288
- Szulecka Alina 146
- Szwarc Halina 105, 278
- Szymańczak J. 255, 262
- Świątecka Grażyna 233
- Tarasiuk Wiesława 171, 173, 174, 182
- Taraszkiewicz Franciszek 138
- Tobiaszewska Dorota 238
- Traunfellner Zdzisław 5, 14
- Wachelko Bogna patrz Żakowska-Wachelko Bogna
- Wartenberg Włodzimierz 46
- Waters E. 203, 206
- Wiatr Alina patrz Kacprzak-Wiatr Alina
- Wiśniewska Kinga patrz Roszkowska-Wiśniewska Kinga
- Wojszel Zyta Beata 208, 225, 251, 256, 264
- Wojtczak A. 210
- Wollna Barbara 60
- Woźniak Teresa 110, 116, 124
- Wróblewski Tadeusz 168
- Zajączkowska Krystyna 63, 65
- Załęska Maria 146, 148
- Zamorowski Henryk 21
- Zarębska Ludomira 117
- Zarębski Maciej 127, 128, 129
- Zarębski Zygmunt 93, 125, 126, 127, 128, 129
- Zdanowicz Wiesława 139
- Zimnoch Lech 165
- Żakowska-Wachelko Bogna 167, 200, 205
- Żbikowski J. 68

Indeks tytułów

- 10 Euroforum w Białymstoku 252
100 lat uzdrowiska Inowrocław 103
20 lat współpracy I oddziału chorób wewnętrznych... 165
Aging: a challenge to science and society 144
Aktualne i perspektywiczne problemy zdrowotne Polski 114
Aktywność ruchowa osób starszych 222
Analiza kliniczna 50 przypadków polithelii 166
Analiza kliniczna zawału serca u osób po 60 roku życia 71
Analiza socjologiczna środowiska ludzi starych miasta... 88
Analiza wieku i płci osób zmarłych w końcu XIX wieku... 202
Analizy i Opinie 7: Geriatria i Gerontologia 104, 105, 107, 108, 109, 113
Ankiety lekarzy-seniorów w oczach gerontologa 253
Application of the Geriatric Assessment Card... (1990) 174
Application of the geriatric assessment card... (1991) 182
Application of Wrocław Taxonomy for evaluation... 115
Autorytet ludzi starych w rodzinach wiejskich... 274
Badania doświadczalne nad zachowaniem się antagonizmu... 2
Badania kliniczne nad preparatem Cinnavit Polfa 127
Badania longitudinalne nad zachowaniem się kilku... 169
Badania nad farmakologicznym wpływem geriokainy... 20
Badania nad leczniczą wartością geriokainy 28
Badania nad stanem narządów oddychania i krążenia... 72
Badania nad stanem zdrowia i warunkami żywymi ludzi... 28, 29, 30,
31, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 43, 44
Badania nad stanem zdrowia ludności wiejskiej po 70... 163
Badania nad strukturą i sprawnością opieki zdrowotnej... 139
Badania nad środowiskiem ludzi starych miasta Opola 21
Badania nad wartością próby piramidonowej u dorosłych 6
Badania nad wpływem różnic regionalnych na stan zdrowia... 116
Badania nad zachowaniem się pojemności życiowej... 30
Badania nad zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych... 140
Badania stanu zdrowia i potrzeb socjalnych osób... 146
Bliźnięta - uwarunkowania jakości życia i starości. 228
Bloki przedniej gałązki lewej odnogi pęczka Hisa... 117
Cechy procesu starzenia się i starości, aspekt... 241
Cele i zadania leczenia geriatrycznego 157
Central trends and problems in care for the elderly... 197

Challenges for elder care in Tampere and Białystok 203
 Charakterystyka demograficzna środowiska ludzi starych... 31
 Choroba przewlekła w aspekcie epidemiologii, profilaktyki... 147, 148
 Choroby układu krążenia u osób starszych 157
 Choroby układu krążenia w wieku starczym 32
 Choroby układu oddechowego (1971) 78
 Choroby układu oddechowego (1986) 158
 Choroby układu trawienia w wieku starczym 33
 Choroby wewnętrzne (1995) 210
 Choroby wewnętrzne i pielęgnowanie... (1979) 130
 Choroby wewnętrzne i pielęgnowanie... (1985) 153
 Choroby wewnętrzne: podręcznik... (1989) 170
 Choroby wewnętrzne: podręcznik... (1990) 175
 Choroby wewnętrzne. Podręcznik... (1992) 190
 Choroby wewnętrzne. Podręcznik... (1992) 201
 Choroby wewnętrzne. Podręcznik... (1999) 242
 Continuity of care of the elderly. Raport on a WHO working... 165
 Częstość występowania chorób przewlekłych w populacji... 147
 Człowiek stary w praktyce lekarza rodzinnego 229
 Człowiek stary w szpitalu 159
 Człowiek stary wobec śmierci – badania środowiskowe 254
 Człowiek, środowisko, zdrowie 176
 Czy cor pulmonale chronicum jest schorzeniem... 73
 Czy istnieje „atrial microflutter”? 64
 Czy praca naukowa na prowincji jest możliwa? 3
 Czy w Polsce istnieje polityka społeczna wobec ludzi starych? 230
 Development of care of elderly in Central Europe 208
 Die Rolle der Kurorttherapie in der geriatrischen... 131
 Digitalistoleranz im hohen und Greisenalter 79
 Dlaczego czy po co? 1
 Dyspanseryzacja geriatryczna jako metoda oceny... 148
 Działalność geriatryczna przychodni rejonowej osiedla... 141
 Działania samopomocowe ludzi starszych jako element... 223
 Działania samopomocowe ludzi starszych: badania... 224
 Dziedziczny zespół odwróconego załamka T 15
 Editorials. (Materia Medica Polona) 183
 Encyklopedia seniora 157, 158, 159, 160, 161, 163
 Encyklopedia zdrowia 191
 Environmental conditioning of pathological behavior... 198

Epidemiologia nadciśnienia tętniczego osób po 70... 154
 Factors influencing the perception of one's own aging 243
 Farmakoterapia geriatryczna (1986) 161
 Farmakoterapia geriatryczna (1991) 184, 185, 186, 187
 Farmakoterapia geriatryczna (1998) 231, 232, 234, 235
 Fazy życia a zdrowie i jego zagrożenie; wiek poprodukcyjny 176
 Fizjopatologia procesu starzenia 128
 Geriatria 78, 80
 Geriatria w aspekcie klinicznym i społecznym 76
 Geriatric Care at Primary Level 174, 177, 178
 Geriatric Programs and Departments Around the World 239
 Geriatryczny Ośrodek Naukowo-Badawczy w Inowrocławiu 103
 Gerontologia 191
 Głos w dyskusji 254
 Godność przechodzenia na emeryturę; Czy Izby lekarskie... 275
 Health status of the elderly people in the city of Białystok 177
 Higiena wieku podeszłego (2000) 256
 Higiena wieku podeszłego (1997) 225
 Holistyczne podejście do terapii osób w wieku podeszłym 232
 Influence of psycho-social factors on the living conditions... 178
 Interpretacja cybernetyczna patomechanizmów niektórych... 16
 Jerzy Piotrowski 266
 Język trzeciego tysiąclecia 265
 Kardiogenetyka i jej problemy 55
 Kardiologia starszego wieku 233
 Komentarz do raportów na temat systemów opieki... 244
 Kultura grup mniejszościowych i marginalnych 290
 Leczenie choroby niedokrwiennej serca w starości 233
 Leczenie farmakologiczne osób starszych 211
 Leczenie nadciśnienia tętniczego (1991) 185
 Leczenie nadciśnienia tętniczego (1998) 234
 Leczenie niewydolności krążenia w wieku starszym 134
 Leczenie przewlekłej niewydolności krążenia 186
 Leczenie przewlekłej zastoinowej niewydolności krążenia 235
 Leczenie usprawniające we wczesnym okresie zawału serca 48
 Lekarz ogólny - zadania i organizacja pracy 193
 Ludzie starzy na wsi w województwie białostockim i ich... 142
 Ludzie starzy w perspektywie XXI wieku 245
 Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej 257, 263

Ludzie starzy 212
 Materiały II Zjazdu naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej 72
 Materiały konferencji OBN w Białymstoku „Warunki bytu... 142
 Materiały Naukowe X Zjazdu Polskiego Towarzystwa... 156
 Mechanizm śpiączki w ziarnicy złośliwej 25
 Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa 225, 256
 Medyczne aspekty współczesnej gerontologii 206
 Miejsce człowieka starego w społeczeństwie XXI wieku 192
 Miasto starych ludzi w społeczności 21. stulecia 246
 Między transformacją a integracją; Polityka społeczna wobec... 282
 Minimal data set in long-term care 164
 My też – Seniorzy w Unii Europejskiej 283
 Naparstnica w leczeniu niewydolności serca u ludzi starych 129
 Nasze starzejące się społeczeństwo – nadzieje i zagrożenia 288
 Nauczanie gerontologii i geriatrii na wydziałach lekarskich... 136
 Nauki medyczne a ludzie starsi (1974) 97
 Nauki medyczne a ludzie starsi (1975) 104
 Neurotoksyczne działanie piperazyny 60
 Niektóre wskazania do stosowania wazopresyny... 49
 Niewydolność krążenia w wieku starszym 236
 Niewydolność krążeniowo-oddechowa w wieku starszym 86
 Obiektywne i subiektywne [...] obiektywne wyznaczniki... 247
 Obiektywne i subiektywne [...] subiektywne wyznaczniki... 248
 Objaw Hilmera: rzekomowieńcowe załamki T 34
 Ocena sprawności opieki medycznej i społecznej nad... 137
 Ocena sytuacji zdrowotnej regionu białostockiego 121
 Opieka domowa nad obłożnie i przewlekle chorym 162
 Opieka geriatryczna w placówkach podstawowej opieki... 193
 Opieka poradniana nad człowiekiem starym 80
 Opiekunowie rodzinni jako podstawowe źródło opieki... 282
 Otwarta i domowa opieka nad człowiekiem starym 56
 Pacjenci w starszym wieku 205
 Pamiętnik Krajowego Sympozjum Gerontologii Klinicznej 86
 Pendulum: health and quality of life in older Europeans 206
 Pharmacotherapy in the elderly 267
 Pielęgniarstwo geriatryczne: podręcznik 98
 Pielęgniarstwo geriatryczne (1979) 132
 Pielęgniarstwo geriatryczne (1983) 151
 Podobieństwo elektrokardiogramów i wektokardiogramów... 35

Podręcznik geriatry dla lekarzy 167
 Podsumowanie badań. (Badania nad zaspokajaniem...) 143
 Polska gerontologia – jej perspektywy i bariery 275
 Polska starość 276, 277
 Polskie piśmiennictwo geriatryczne w okresie 1946-1974 122
 Pomoc wzajemna która łączy pokolenia 284
 Postawy obywatelskie starszych mieszkańców Białegostoku 257
 Postępowanie z nieprzytomnymi 8
 Postępy gerontologii 168
 Postulaty organizacyjne wynikające z obecnego stanu... 74
 Postulaty Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego... 258
 Powiązania rehabilitacji leczniczej i społecznej 89
 Pozanerkowy wpływ chlorotiazydu na wydalanie wody 17
 Prawa ludzi starych w Polsce a europejskie deklaracje... 213
 Prawa obywatelskie ludzi starych... (Gerontologia Polska) 214
 Prawa obywatelskie ludzi starych... (mat. Symp. PTG) 216
 Prawa obywatelskie ludzi starych... (Praca Socjalna) 215
 Prawa obywatelskie ludzi starych... (VI Euroforum) 217
 Preventia v geriatryi: zbornik prac zo sympozia o prevencii v... 111
 Principle and realization of Small Area Planning for... 199
 Problematyka geriatryczna w działalności lekarskich... 75
 Problemy geriatry i gerontologii 105
 Problemy gerontofarmakologii 168
 Problemy gerontologiczne w biologii i medycynie 106
 Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w... 88, 90, 91, 92, 93, 94,
 95, 96
 Problemy gerontologii w naukach medycznych 99
 Problemy i sytuacja lekarzy emerytów w Polsce 253
 Problemy kliniczne trzeciego wieku 123
 Problemy leczenia farmakologicznego w wieku podeszłym 187
 Problemy ludzi starszych i niepełnosprawnych w rolnictwie 287, 289
 Problemy ludzi starych w Polsce 97
 Problemy opieki nad ludźmi starymi z upośledzonym... 133
 Problemy pracy i zabezpieczenia społecznego ludzi starszych 150
 Problemy seniorów na konci storočia (Probleme der Senioren... 246
 Problemy socjalno-ekonomiczne i zdrowotne ludzi starych... 124
 Problemy społeczne w okresie zmian systemowych w Polsce 223
 Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i... 269, 272
 Procesy demograficzne u progu XXI wieku 281

Profilaktyka procesów starzenia (1970)	76
Profilaktyka procesów starzenia (1976)	118
Program Międzynarodowego Towarzystwa...	227
Projekt Systemu Opieki Geriatrycznej	180
Próba zastosowania metod matematycznych do oceny...	36
Próby wykorzystania fitohemaglutyniny (PHA) w leczeniu...	81
Przebieg ciąży i porodu u kobiet z wadami serca w...	87
Przeobrażenia demograficzne kraju i ich konsekwencje dla...	230
Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych	261
Przeszłość dla przyszłości	266
Przewlekła zastoinowa niewydolność serca: aspekty...	218
Przyczynnik do patomechanizmu wybiórczych krwotoków...	50
Przypadek migotania przedsionków w następstwie ostrego...	9
Przypadek rodzinnej nieprawidłowości obrazu ekg.	13
Przypadek wrodzonej kiły żołądka u 12-letniej dziewczynki	37
Przypadek wybitnej eozynofilii w przebiegu zapalenia...	4
Przypadek zrównoważonej translokacji chromosomalnej...	65
Przystosowanie placówek lecznictwa zamkniętego do...	107
Quality of life of the elderly during the economic and...	206
Raport o rozwoju społecznym Polska 1999; Ku godnej starości	241
Recenzja książki „Polska starość w dobie przemian”	284
Recenzja książki Bogny Żakowskiej-Wachelko pt. Zarys...	259
Recenzja książki dr Małgorzaty Halickiej „Satysfakcja...	285
Referaty. Procesy Demograficzne a model rodziny...	138
Refleksje nad starością - aspekty społeczne, edukacyjne i...	192
Refleksje nad starością	260
Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji	237
Regionalne zróżnicowanie sytuacji ludzi starych na wsi	276
Rehabilitacja inwalidów w PRL (materiały konferencji 1971)	89
Rehabilitacja uzdrowiskowa ludzi w wieku podeszłym	100
Relacje społeczne między pokoleniami; opinie seniorów...	261
Rodzinne podobieństwo i cechy genetyczne serca w obrazie...	22
Rola poradni geriatrycznej w kwalifikowaniu do leczenia...	101
Rola poradni geriatrycznej	38
Rola poradni geriatrycznych	26
Rola szpitali w leczeniu i rehabilitacji ludzi starych. Cz. I	119
Rola szpitali w leczeniu i rehabilitacji ludzi starych. Cz. II	120
Rola szpitali w strukturze opieki geriatrycznej	180
Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w realizowaniu...	249

Rozważania na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej 280
 Rzadki przypadek zejścia powolnego zapalenia wsierdza 5
 Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i... 286
 Samodzielność w starości czyli jasna strona księżyca 286
 Samotni starcy jako problem społeczny 39
 Satysfakcja życiowa ludzi starych 277
 Schorzenia wieku starczego w materiale oddziału chorób... 40
 Schwangerschaft und Geburt bei Diabetes insipidus 61
 Selbsthilfe aufbauen - das Beispiel Białystok in Polen 207
 Seniorzy w polskim społeczeństwie 255, 262
 Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku – ... 268, 270
 Social and health care planning for the elderly in Europe... 197, 199
 Social and health situation of the elderly in Poland 208
 Socjometryczna analiza populacji w wieku podeszłym... 155
 Specyfika badań środowiskowych populacji ludzi starych... 237
 Społeczne aspekty starzenia się i starości 181
 Społeczno-kliniczne Problemy Nadciśnienia Tętniczego 155
 Sprawność fizyczna i stan zdrowia ludzi po 60 r. życia 41
 Stan aktualny i perspektywy rozwoju geriatrici w Polsce 108
 Stan zdrowia ludzi starych miasta Białegostoku 91
 Stan zdrowia ludzi starych w Polsce 109
 Starość funkcjonalna a starość chronologiczna 138
 Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce 106, 110, 112
 Statistical distribution of the R-R intervals in atrial... 66
 Status społeczny ludzi starych na wsi (na przykładzie... 287
 Stosowanie butazolidyny w zawale serca 19
 Studia kardiogenetyczne. I. Ocena układu krążeniowo-... 62
 Studia kardiogenetyczne. II. Przypadek współistnienia... 63
 Studia kardiogenetyczne. III. Rodzinne występowanie... 67
 System of medical and social care for the old people 144
 System opieki zdrowotnej nad osobami starymi w Polsce 262
 Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce 258
 Szok emerytalny lekarzy 279
 Środowiskowe zróżnicowanie sytuacji społecznej... 110
 Terminologia lekarska w gwarze Śląska Opolskiego 10
 The dynamic of isolated systolic hypertension during... 188
 The elderly in Białystok 152
 The influence of sex, advancement of age and physical... 250
 The mechanism of the silent zone on Lorenz plots in atrial... 238

The origin and development of gerontology in Poland	189
The place of geriatrics in the health care system in Poland	239
The significance of the cerebrospinal barrier in the...	42
Tolerancja naparstnicy w różnych okresach wieku starczego	92
Traitement de certaines affections du tractus gastro-...	68
Trudności metodyczne badania zjawisk patologii społecznej	181
Uniwersalizm i medycyna	195
Uwagi dotyczące specyfiki badań populacji ludzi starszych	240
Uwagi nad patogenezą zespołu Waterhouse-Friderichsena	11
Uwagi wprowadzające, metodyka i zakres badań	145
Uwarunkowania jakości życia ludzi starych na polskiej wsi	288
Uwarunkowania środowiskowe patologicznych zachowań...	227
Vaccinia gangrenosa w przypadku przewlekłej białaczki...	51
Vectorcardiographic pattern of hypothermic J-deflection	82
VI Euroforum: Białystok 18-21 kwietnia 1996	219
W kręgu rodziny dawniej i dziś	260
Warunki ekonomiczne ludzi po 60 r. życia zamieszkujących...	43
Warunki mieszkaniowe ludzi starych w dużym mieście w...	149
Wewnątrzsercowe odprowadzenia ekg w doświadczalnej...	69
Wiejska starość – Charakterystyka badań i założenia...	269
Wkraczanie kohort seniorów w XXI wiek	270
Wlianie żyźniennoj aktywnosti na udalenie oksiprolina...	111
Wpływ 24-dniowej uzdrowiskowej rehabilitacji...	171
Wpływ aktywności ruchowej na wydalanie... (1973)	93
Wpływ aktywności ruchowej na wydalanie... (1977)	125
Wpływ butazolidyny na przebieg cukrzycy	18
Wpływ działalności grupy samopomocowej... (Geront. Pol.)	221
Wpływ działalności grupy samopomocowej... (VI Euroforum)	220
Wpływ glikozydów nasercowych na rozkład statystyczny...	57
Wpływ hipotermii na pętlę QRS wektokardiogramu.	52
Wpływ leczenia w sanatorium geriatrycznym w...	102
Wpływ leczniczy kompleksów żelazo-sodowych kwasu...	70
Wpływ starzenia demograficznego na zadania służby...	194
Wpływ transformacji społeczno-politycznej w Polsce na...	209
Wpływ zespołu Waterhouse-Friderichsena na obraz ekg...	14
Wpływ zjawisk demograficznych na kierunki kształcenia...	195
Wpływ zjawisk demograficznych na kierunki kształcenia...	196
Wprowadzenie. (Badania nad stanem zdrowia i warunkami...)	44
Wskazania i przeciwwskazania do aktywności ruchowej...	222

Wskazówki metodyczne do kształcenia lekarzy rodzinnych...	200
Wspomnienie o Pani prof. Halinie Szwarc	278
Wybrane problemy społeczne nowych osiedli mieszkaniowych	137
Wydalanie hydroksyproliny z moczem w stanach...	126
Wydalanie kwasu wanilino-migdałowego w różnych...	94
Wykorzystanie aparatu „Multiscriptor Hellige” do zapisu...	58
Wykorzystanie aparatu ekg „Multiscriptor Hellige”...	23
Wyniki leczenia częstoskurczu przedsionkowego z blokiem A-V	83
Wyniszczenie psychogenne czy diencephalitis?	12
Zaburzenia czynności tarczycy w interpretacji cybernetycznej	24
Zaburzenia rytmu i przewodnictwa w wieku starszym	77
Zachowanie się ciśnienia tętniczego osób po 60 roku życia w...	172
Zachowanie się tolerancji glukozy u pacjentów...	173
Zadania wojewódzkich poradni geriatrycznych	112
Zadowolenie z życia ludzi starych w warunkach przemian...	263
Zagadnienie tzw. „fenomenu R na T” w niemiarkowościach...	84
Zagrożenia późnego wieku rozwojowego (gerontologiczne)	264
Zakrzepice płucne jako powikłanie końcowego okresu życia...	95
Zależność rytmu dobowego kortyzolemii od wieku i...	134
Założenia programowe katedry (zakładu) gerontologii	113
Zasady postępowania z ludźmi w podeszłym wieku	210
Zastosowanie „mostka solnego” jako elektrody przełykowej...	85
Zastosowanie hyaluronidazy w medycynie praktycznej	7
Zastosowanie kwestionariusza EASY do badań socjo-...	251
Zastosowanie maszyn liczących do automatycznej oceny...	53
Zastosowanie metody dendrytowej do oceny podobieństwa...	45
Zastosowanie rozkładu statystycznego odstępów R-R...	59
Zawał mięśnia serca u chorych oddziału B chorób...	46
Zawał serca po rażeniu piorunem	54
Zdrowie ludzi starych	281
Zdrowotne przesłanki aktywizacji zawodowej ludzi starszych	150
Zmiany elektrokardiogramu w przypadkowej hipotermii	47
Znaczenie badań demograficznych dla planowania...	96
Znaczenie bariery mózgowo-rdzeniowej w patogenezie...	27
Znaczenie znajomości gwarowych określeń medycznych...	265
Zróżnicowanie kulturowe “tradycyjnych” społeczności...	290
Zróżnicowanie regionalne sytuacji życiowej ludzi starych...	271
Zróżnicowanie statusu społecznego ludzi starych w obszarze...	272
Zróżnicowanie warunków życia i sytuacji socjalnej ludzi...	289

Spis tytułów czasopism i ich skrótów

Acta Physiologica Polona
Advances Cardiology
Annals of the Medical Section of the Polish Academy of Science
Biuletyn Okr. Izby Lekarskiej w Białymstoku
Biuletyn TWWP „Człowiek w pracy i osiedlu” – Biul. TWWP „Człowiek w pracy i osiedlu”
Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit – Deutsche Zeitschr. f. Sozialarbeit
Endokrynologia Polska
Gazeta Lekarska
Gerontologia Polska
Gerontologie
Gerontologija (Vilnius)
Ginekologia Polska
Kardiologia Polska
Kliniczna Perinatologia i Ginekologia
Materia Medica Polona
Medycyna Wiejska
Neurologia i Neurochirurgia Polska
Nowa Klinika
Nowa Medycyna
Patologia Polska
Pielęgniarka Polska
Polish Medical Journal
Polish Medical Science and History
Polityka Społeczna
Polski Przegląd Radiologii i Medycyny Nuklearnej – Pol. Przegl. Radiologii i Medycyny Nuklearnej
Polski Tygodnik Lekarski – Pol. Tyg. Lek.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej – Pol. Arch. Med. Wewn.
Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej – Post. Hig. Med. Dośw.
Praca Socjalna
Problemy Uzdrowiskowe
Przegląd Lekarski
Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku – Roczniki Akad. Med. Białystok
Roczniki Akademii Medycznej w Poznaniu – Roczniki Akad. Med. w Poznaniu

Siechtum Seniors

Szpitalnictwo Polskie

Wiadomości Lekarskie

Wiadomości Lekarskie – Wiadom. Lek.

Zdrowie Publiczne

Zeitschrift für Altersforschung – Zeitschr. f. Altersforschung

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie – Zeitschr. f. Gerontologie und Geriatrie

Zentralblatt für Gynäkologie

Zeszyty Problemowe PTG

Zeszyty Przyrodnicze Kwartalnika Opolskiego

Życie Medyczne

Informacje o autorach

Lucyna Aleksandrowicz-Pędich, prof. dr hab.: Instytut Filologii Angielskiej, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa.

Jacek Sein Anand, dr n. med.: I Klinika Chorób Wewnętrznych, Akademia Medyczna, Gdańsk.

Barbara Bień, prof. dr hab. med.: Klinika Geriatrii, Akademia Medyczna, Białystok.

Piotr Błędowski, prof. dr hab.: Instytut Gospodarstwa Społecznego, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, prezes ZG Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Wojciech Bogusławski, prof. dr hab. med.: Katedra i Zakład Chemii Medycznej, Akademia Medyczna, Gdańsk.

Beata Bugajska, dr: Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin.

Zygmunt Chodorowski, prof. dr hab. med.: I Klinika Chorób Wewnętrznych, Katedra i Zakład Chemii Medycznej, Akademia Medyczna, Gdańsk.

Piotr Czekanowski, dr: Zakład Socjologii Ogólnej, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.

Olga Czerniawska, prof. dr hab., emerytowany profesor Uniwersytetu Łódzkiego, profesor Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.

Jolanta Czuczejko, dr n. med.: Katedra i Zakład Biochemii, Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.

Leon Dyczewski, prof. dr hab.: Katedra Socjologii Kultury, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin.

Elżbieta Dubas, prof. dr hab.: Zakład Andragogiki i Gerontologii, Uniwersytet Łódzki, Łódź.

Małgorzata Dziegielewska, dr: Zakład Andragogiki i Gerontologii, Uniwersytet Łódzki, Łódź.

Lucyna Frąckiewicz, prof. dr hab. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.

Jan Górski, prof. dr hab. med.: Rektor Akademii Medycznej, Białystok.

Anna Halicka, studentka: Wydział Humanistyczny, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin.

Małgorzata Halicka, dr hab.: Klinika Geriatrii, Akademia Medyczna, Białystok, od roku akademickiego 2006/2007 Zakład Andragogiki i Gerontologii, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok.

Jerzy Halicki, dr: Zakład Edukacji Międzykulturowej, Uniwersytet w Białymstoku, od roku akademickiego 2006/2007 Zakład Andragogiki i Gerontologii, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok.

Konrad Hummel, dr: Sozial- und Jugendreferent der Stadt Augsburg.

Iwona Jakubowska, dr n. med.: I Oddział Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii, SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, Białystok.

Hanna Jędrkiewicz, mgr: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.

Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. dr hab.: Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.

Józef Kędziora, prof. dr hab.: Katedra i Zakład Biochemii, Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.

Zdzisław Klepacki, dr hab. med.: Białystok.

Józef Kocemba, emerytowany prof. dr hab. med.: Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, redaktor naczelny Gerontologii Polskiej.

Jerzy T. Kowaleski, prof. dr hab.: Zakład Demografii, Uniwersytet Łódzki, Łódź.

Tomasz Kornatowski, dr n. med.: Katedra i Zakład Farmakologii i Re-rapii, Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.

Czesław Kryszkiewicz, mgr inż.: Uniwersytet Trzeciego Wieku, Białystok.

Katarzyna van Marke de Lumen, mgr: Katedra i Zakład Biochemii, Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.

Jadwiga Motyl, lek. med.: Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.

Jerzy Nikitorowicz, prof. dr hab.: Rektor Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.

Hanna Pawluk, dr n. med.: Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Katedra i Zakład Biochemii, Toruń.

Renata Pełka: Stowarzyszenie Samopomocowe „Rada Seniorów”, Białystok.

Beata Petkiewicz, lek. stom.: Katedra i Zakład Periodontologii, Akademia Medyczna, Lublin.

Marcin Pędich, mgr: Uniwersytet w Białymstoku, Białystok.

Jacek Putz, dr n. med.: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.

Andrzej Rączaszek, prof. dr hab.: Katedra Polityki Społecznej i Gospodarczej, Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego, Katowice.

Marta Skiba, lek. stom.: Katedra i Zakład Periodontologii, Akademia Medyczna, Lublin.

Joanna Starga-Piasek, dr: Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.

Jan Stasiewicz, prof. dr hab. med.: Okręgowa Izba Lekarska, Białystok.

Brunon Synak, prof. dr hab.: Zakład Socjologii Ogólnej, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.

Barbara Szatur-Jaworska, prof. dr hab.: Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.

Karolina Szewczyk-Golec, dr n. med.: Collegium Medium, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Katedra i Zakład Biochemii, Toruń.

Piotr Szukalski, dr: Zakład Demografii, Uniwersytet Łódzki, Łódź.

Elżbieta Trafialek, prof. dr hab.: Akademia Świętokrzyska, Kielce.

Ryszard Tur, mgr inż.: Prezydent miasta Białegostoku.

Jolanta Twardowska-Rajewska, dr n. med.: Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet A. Mickiewicza, Poznań.

Zyta Beata Wojszel, dr n. med.: Klinika Geriatrii, Akademia Medyczna, Białystok.

Halina Worach-Kardas, prof. dr hab.: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź.

Zbigniew Woźniak, prof. dr hab.: Instytut Socjologii, Uniwersytet A. Mickiewicza, Poznań.

Lidia Wrocińska-Sławska, mgr: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Poznań.

Joanna Wysokińska-Miszczyk, prof. dr hab. med.: Katedra i Zakład Periodontologii, Akademia Medyczna, Lublin.

Ludomira Zarębska, dr n. med.: Zagnańsk.