

Monika Mularska-Kucharek  
Ewa Czernik

Jesień życia otwiera  
przed nami możliwości,  
jakich wiosna życia  
zaoferować nam nie mogła.  
*Jolanta Kwaśniewska*

Jesień życia?

# Wiosna możliwości!

Przewodnik  
po późnej dorobku



Jesień życia?

# **Wiosna możliwości!**

**Przewodnik  
po późnej dorosłości**



WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU  
ŁÓDZKIEGO

**Monika Mularska-Kucharek  
Ewa Czernik**

Jesień życia?

# **Wiosna możliwości!**

**Przewodnik  
po późnej dorostłości**

Monika Mularska-Kucharek – Uniwersytet Łódzki, Wydział  
Nauk Geograficznych, Instytut Zagospodarowania Środowiska  
i Polityki Przestrzennej  
90-142 Łódź, ul. Kopcińskiego 31  
Ewa Czernik – Adults. Psychoterapia i Pomoc Psychologiczna  
90-607 Łódź, ul. Wólczańska 20 nr lok. 1, [www.ewaczernik.pl](http://www.ewaczernik.pl)

#### RECENZENCI

*Beata Bugajska, Monika Kamińska, Krystyna Mazurówna*

#### REDAKTOR INICJUJĄCY

*Iwona Gos*

#### OPRACOWANIE REDAKCYJNE

*Iwona Gos*

#### SKŁAD I ŁAMANIE

*AGENT PR*

#### KOREKTA TECHNICZNA

*Leonora Wojciechowska*

#### PROJEKT OKŁADKI

*Katarzyna Turkowska*

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/aletia

© Copyright by Authors, Łódź 2016

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.07479.16.0.K

Ark. wyd. 15,0; ark. druk. 15,625

ISBN 978-83-8088-252-2

e-ISBN 978-83-8088-253-9

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

[www.wydawnictwo.uni.lodz.pl](http://www.wydawnictwo.uni.lodz.pl)

e-mail: [ksiegarnia@uni.lodz.pl](mailto:ksiegarnia@uni.lodz.pl)

tel. (42) 665 58 63

# Spis treści

## **11 Drodzy Czytelnicy!**

*Monika Mularska-Kucharek, Ewa Czernik*

## **I. NA DOBRY POCZĄTEK**

### **15 Starość nie radość? O umiejętności dostrzegania pozytywnych aspektów życia**

*Monika Mularska-Kucharek*

16 Późna dorosłość – kolejny etap życia

18 Rola emocji w postrzeganiu świata

27 Zmiana nawyków myślenia

### **31 Czym później, tym lepiej – pozytywne zmiany w pracy mózgu**

*Ewa Czernik*

32 Mózg a umysł

34 Pozytywy starzenia się mózgu

35 Trening mózgu

- 36 Zmiany zachodzące w mózgu
- 38 Działanie trzech mechanizmów
- 40 Rozwój mózgu z biegiem lat
- 41 Sposoby na lepszą pracę mózgu

## **II. W TROSCE O ZDROWIE**

### **49 Zmiany w organizmie związane z wiekiem**

*Jakub Kaźmierski*

- 50 Zdrowie
- 55 Zapobieganie chorobom

### **59 Najczęstsze choroby oczu u osób starszych**

*Adam Rojek*

- 61 Zaćma
- 64 Jaskra
- 66 Zwrodnienie plamki związane z wiekiem – AMD
- 71 „Muszki latające”
- 72 Zespół suchego oka
- 73 Inne zmiany

### **75 Nadgryzione zębem czasu**

*Joanna Kunert*

- 76 Jama ustna zmienia się z wiekiem
- 82 Profilaktyka zawsze ważna
- 86 Własny ząb czy implant

### III. AKTYWNOŚĆ DLA CIAŁA I DUCHA

#### **91 Aktywność fizyczna – nieodzowna dla organizmu**

*Paweł Piątkowski*

- 91 Korzyści zdrowotne
- 92 Formy aktywności: nordic walking i Tai-chi
- 95 Przykładowe ćwiczenia
- 102 Techniki usprawniania w razie upadku i unieruchomienia
- 105 Zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt pomocniczy

#### **109 Wiek nie gra roli – formy spędzania czasu wolnego**

*Aleksandra Podębska, Martyna Repetowska*

- 110 Nowe perspektywy
- 112 Nieodpłatne zajęcia
- 112 Wolny czas
- 113 Potrzeby zdrowotne
- 115 Znajomość nowych technologii
- 116 Wolontariat
- 117 Potrzeba dawania siebie
- 118 Potencjał leaderski
- 119 Sztuka ponadczasowa

#### **123 Hobby – szansa na sprawny umysł**

*Ewa Czernik*

- 124 Sposoby wypełniania czasu wolnego
- 128 Rozbudzanie życiowej aktywności



## **IV. O SPRAWACH WAŻNYCH I NIEŁATWYCH**

### **139 Trening pamięci na zaburzenia procesów poznawczych**

*Ewa Czernik*

140 Przykładowe ćwiczenia poprawiające pamięć

148 Przykładowe ćwiczenia wzmacniające możliwości wzrokowe, słuchowe, dotykowe, orientację w czasie i przestrzeni

### **151 Opiekuję się bliskim – mam dość!**

*Ewa Czernik*

151 Praca na trzech etatach

156 Myśli, emocje

161 Ratuj się, jak możesz

### **167 Pomoc środowiskowa i instytucjonalna**

*Zofia Szweda-Lewandowska*

168 Diagnoza sytuacji seniora

169 Formy pomocy środowiskowej

172 Domy pomocy społecznej

174 Placówki całodobowej opieki

175 Domy dziennego pobytu

175 Placówki opiekuńcze

### **177 Żyj i pozwól umrzeć. Czy można oswoić żałobę?**

*Krzysztof Pękala*

180 Odbicie straty w funkcjonowaniu organizmu

- 185 Modelowe reagowanie na odchodzenie
- 186 Oswajanie żałoby

## **V. PÓZNA DOROSŁOŚĆ OCZAMI GERONTOLOGÓW**

### **197 Życie dopełniane starością – rozwojowy czas życia człowieka**

*Elżbieta Dubas*

- 198 Etapy rozwoju w starości
- 201 Procesy starzenia się – biologiczny,  
psychiczny, społeczny, kulturowy,  
duchowy
- 208 Modele starości: deficytowy, zachowawczy,  
rozwojowy

### **211 Teorie starzenia się**

*Jakub Kaźmierski*

- 212 Teorie genetyczne
- 213 Teorie neuroendokrynne i zapalne
- 214 Teoria wolnych rodników
- 214 Teoria błonowa
- 215 Teoria mitochondrialna

### **217 Era ludzi starszych – demografia i prawo**

*Bogusława Urbaniak*

- 218 Mierzenie poziomu starzenia się  
społeczeństwa
- 221 Zróżnicowany obraz starzenia się ludności
- 227 Prawa ustawowe osób starszych

- 228 Prawo do godności osobistej
- 229 Prawo do opieki
- 230 Prawo do pomocy społecznej
- 232 Ageizm – dyskryminacja ludzi starszych

**235 Literatura**

**243 Noty o autorach i recenzentach**

# Drodzy Czytelnicy!

Przewodnik powstał z myślą o osobach, które wkraczają bądź wkroczyły w etap nazywany potocznie „jesienią życia” i dostarcza wiedzy z wielu ważnych aspektów tego okresu życia. Ze względu na zawarte treści stanowi jednak źródło wiedzy także dla tych wszystkich, którzy im w tym czasie towarzyszą. A zatem jest to publikacja dla osób starszych i ich opiekunów. Gdyby jednak powiedzieć, że jest to książka tylko o późnej dorosłości, to byłoby to stanowczo za mało.

O czym zatem jest ta książka?

Podążając za słowami klasyka: „Starość powitajmy życzliwie i pokochajmy. Bo i ona jest pełna uroku, jeśli potrafisz z niej korzystać” (Seneka 1961, s. 37), proponujemy nieco inne niż zwykle spojrzenie na starość i jej specyfikę, nazywając ją późną dorosłością, a metaforycznie „wiosną możliwości” i pokazując, jak radzić sobie z upływem lat i sił, korzystając jednocześnie z tego, co daje nam życie,

dbając o swoje zdrowie i dobrostan psychiczny. Starość ma bowiem nie tylko wymiar biologiczny, lecz także poznawczy, emocjonalny i społeczny, warto zatem dołożyć wszelkich starań, aby każdemu z nich poświęcić choć trochę uwagi. Mając świadomość, że o jakości ludzkiego życia nie przesądzają jedynie kwestie fizjologiczne, postanowiłyśmy, poza zagadnieniami niezwykle istotnymi, jakimi są sprawy zdrowotne, uwzględnić również te związane z aspektami społecznymi oraz psychologicznymi. Dlatego też swoją wiedzę w tym zakresie dzielą się lekarze, psychologowie, psychoterapeuci czy animatorzy, a także naukowcy. Treści zawarte w przewodniku mają wymiar zarówno poznawczy, jak i użyteczny. Dostarczają informacji i wskazówek umożliwiających skutecznie radzić sobie z symptomami tzw. późnej dorosłości, tymi bardziej i mniej akceptowanymi.

Serdecznie dziękujemy wszystkim tym, którzy przyjęli zaproszenie do współpracy i podzielili się swoim doświadczeniem, czyniąc publikację swoistym kompendium wiedzy z zakresu późnej dorosłości.

Żywimy nadzieję, że przewodnik spotka się z przychylnym odbiorem i będzie źródłem wiedzy oraz impulsem do podejmowania działań i inicjatyw, tak aby „jesień życia” stała się „wiosną możliwości”.

Zapraszamy do lektury!

Monika Mularska-Kucharek  
Ewa Czernik

**Na dobry  
początek...**



Czas płynie nieubłagalnie, choć chcielibyśmy go zapewne zatrzymać, aby opóźnić dokonujące się zmiany w naszym ciele i umyśle, zachowując aktywność fizyczną i psychiczną. Jak się okazuje, jest to w pewnym stopniu możliwe, mimo upływającego czasu. To od nas w dużej mierze zależy, jak te zmiany będą przebiegać, a przede wszystkim, jak będziemy sobie z nimi radzić. Wiele zależy bowiem od naszego nastawienia, od tego, jak postrzegamy starość czy tzw. późną dorosłość, co robimy, aby dbać o kondycję psychiczną i sprawność intelektualną. Warto zatem zmieniać nasze nawyki myślowe, zarządzać emocjami i nieustannie ćwiczyć swój mózg, aby cieszyć się życiem bez względu na wiek. I o tym właśnie jest ta część książki.

# Starość nie radość? O umiejętności dostrzegania pozytywnych aspektów życia

**Monika Mularska-Kucharek**

Każdy etap w życiu człowieka cechuje się typowym sposobem patrzenia na świat. Kiedy jesteśmy dziećmi, życie postrzegamy na ogół jako bez troskie, pełne radości, bo nawet jeśli pojawiają się problemy, to wiemy, że są wokół nas dorośli, którzy pomogą nam je rozwiązać. W wieku młodzieńczym patrzymy na życie przez pryzmat naszych możliwości, szans, perspektyw. Wydaje się wówczas, że życie staje przed nami otworem. Podejmujemy ważne decyzje, konstruujemy swoją przyszłość, wchodzimy w świat ludzi dorosłych. Jesteśmy coraz bardziej świadomi tego, co się wokół dzieje, mamy coraz większe oczekiwania od innych, a oni wobec nas. Zaczynamy funkcjonować w wielu rolach społecznych, co wiąże się z różnego rodzaju obowiązkami, trudnościami, a niekiedy wręcz problemami. Wraz z wiekiem wzrasta również poczucie odpowiedzialności za to co robimy, za innych, a także za siebie.



Złożoność rzeczywistości, w której żyjemy, sprawia, że życie staje się bardziej intensywne, trudniejsze, bardziej wymagające. Człowiek musi sprostać wielu obowiązkom, wyzwaniom. Nic zatem dziwnego, iż wraz z upływem lat багаż doświadczeń staje się znacznie bardziej ciężki, niż można byłoby sobie tego życzyć, a ilość spraw niekiedy niemalże przytłaczająca. Jeśli spojrzeć na życie, jako swoistego rodzaju podróż, to równie uzasadnione jest stwierdzenie, że im więcej lat za nami, tym bardziej możemy być utrudzeni tą życiową wędrówką.

W tym kontekście zrozumiałe wydają się przekonania płynące z ust osób starszych, że *życie jest trudne, że życie nie rozpieszcza, że jest niesprawiedliwe* itp. To niczym komentarz zmęczonego wędrowcy, który przebył bardzo długą drogę. Rodzi się jednak pytanie, czy podróż to tylko trudności? A życie to tylko zmartwienia i troski?

## **Późna dorosłość – kolejny etap życia**

Z obserwacji życia społecznego, a także wielu badań wynika, że znacznie gorzej swoje życie oceniają osoby starsze niż młodsze, wskazując głównie na jego deficyty, traumatyczne wydarzenia i dolegliwości. W tym kontekście ciężko zapewne jest dostrzegać to, co dobre wokół nas, to co pozytywne. Na plan pierwszy wysuwają się wszelkiego rodzaju zmartwienia, które jakby w zupełności zdominowały funkcjonowanie człowieka. Do tego dochodzi jeszcze poczucie schyłku życia, a wraz z nim tendencja do podsumowań, rozliczeń, oceny życia, siebie etc. Nie bez znaczenie są również funkcjonujące w świadomości ludzi stereotypy dotyczące starości i osób starszych. Nadal normą jest postrzeganie starości głównie w kontekście deficytów, spadku sprawności i dysfunkcji. Nic zatem dziwnego, że starość bardzo często utożsamiana jest z powolną degra-

dacją i to nie tylko społeczno-zawodową. Stereotypowy jest również wizerunek osoby starszej, postrzeganej jako schorowana, smutna, wycofana z życia, zaniedbana itp. Jakże wymowne i prawdziwe wydają się w tym kontekście bardzo często wypowiedziane słowa: *starość nie radość! Trzeba się z tym pogodzić!* Czy jednak właśnie tak musi wyglądać starość? NIE!

Starość, czy też tzw. późna dorosłość, to kolejny etap w życiu człowieka, który tak jak każdy inny ma swoją specyfikę. Jest on o tyle szczególny, że pojawia się u schyłku naszego życia. Pojęcie starości w znaczeniu medycznym to ogół zmian biologicznych zachodzących w ciele człowieka (głównie zużycie narządów i zmniejszona regeneracja komórek) w wieku starszym, czyli po 60.–65. roku życia. Jednakże starość ma nie tylko wymiar biologiczny (fizjologiczny), lecz także poznawczy, emocjonalny i społeczny. Z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania człowieka w okresie starości wszystkie te wymiary mają niebagatelne znaczenie. Oznacza to zatem, że nie wystarczy jedynie zadbać o zapewnienie możliwości realizacji podstawowych potrzeb w fizycznym środowisku życia osoby starszej, ale należy także wziąć po uwagę jej potrzeby, oczekiwania, możliwości, innymi słowy, zadbać o dobrostan psychiczny. Zgodnie z tym założeniem osoba starsza ma prawo do godnego i szczęśliwego życia, ma prawo nadal w czynny sposób z niego korzystać, rozwijać się, uczyć, być osobą aktywną i szczęśliwą. O ile jednak na poziomie wielu instytucji starość traktuje się już na równi z innymi okresami rozwojowymi i podejmuje się szereg inicjatyw na rzecz poprawy jakości życia osób starszych, o tyle sami zainteresowani nadal w niewielkim stopniu z tego korzystają. Daje się jednak zauważyć pewne zmiany w tym zakresie, polegające na przełamywaniu barier związanych z aktywnością, rozwojem, sferą psychiczną. Jest to niewątpliwie dobry kierunek, ponieważ starość

może wyglądać zupełnie inaczej niż bywało to przez dziesiątki lat. Nie musi sprowadzać się do wycofania z życia, do rezygnacji z siebie, swoich potrzeb i skupieniu jedynie na aspektach zdrowotnych. To zbyt mało, żeby odczuwać satysfakcję z życia i właściwie funkcjonować. Człowiekowi w okresie starości potrzeba nie tylko sprawności fizycznej, ale również tego, co dotyczy sfery emocjonalnej, poznawczej, społecznej. Dlatego też dobrostan staje się ważnym pojęciem w naukach o zdrowiu, które definiowane jest współcześnie również przez takie czynniki, jak: samopoczucie psychiczne i szeroko pojętą jakość życia. W ujęciu psychologicznym owa jakość życia obejmuje takie aspekty, jak: sens życia, panowanie nad otoczeniem, pozytywne relacje z innymi ludźmi, autonomię, rozwój osobisty i samoocenę. Czynniki te związane są z najważniejszymi sferami funkcjonowania człowieka, warto zatem w odpowiedni sposób je kształtować. Przełoży się to z pewnością na bardziej satysfakcjonujące życie w okresie późnej dorosłości, a starość wyglądać będzie zupełnie inaczej.

## Rola emocji w postrzeganiu świata

Smutek, złość, strach i radość to cztery podstawowe emocje, z którymi przychodzimy na świat. Ma je każdy człowiek od momentu urodzenia i każdy z nas je wyraża, bez względu na wiek. Emocje pełnią dwie podstawowe funkcje:

- **informacyjną** – mówią, że coś jest dla nas istotne, a także o tym, co jest dla nas dobre, a co złe. Informują, kiedy należy walczyć (złość), kiedy uciekać (strach), a kiedy czuć się bezpiecznie (radość). Stanowią również informację dla innych o naszym stanie emocjonalnym, co może wpływać na ich zachowanie wobec nas;

- **adaptacyjną** – uruchamiają reakcję fizjologiczną skłaniającą nas do działania w określony sposób. Na przykład złość powoduje napływ krwi do rąk (dzięki czemu stają się bardziej chwytne), zwiększa poziom adrenaliny we krwi, przyspiesza rytm serca, zwiększa refleks i pogłębia oddech – błyskawicznie przygotowuje organizm do walki, do obrony. Kiedy z kolei doświadczamy smutku, nasz oddech staje się płytszy i wolniejszy, spada nam tętno, ciśnienie krwi.

Poza reakcjami fizjologicznymi emocje mają także wymiar poznawczy i behawioralny. Gdy towarzyszy nam strach, czujemy, że jesteśmy w niebezpieczeństwie i mamy ochotę uciec, schować się, przed kimś lub przed czymś. Czując złość, mamy poczucie frustracji lub krzywdy, a na poziomie behawioralnym pojawia się chęć obrony lub ataku. Mamy bowiem poczucie, że ktoś lub coś nam zagraża, chce nam wyrządzić krzywdę. Kiedy odczuwamy smutek, towarzyszy nam przekonanie o bezradności i beznadziejności, a to co mamy ochotę w tym momencie zrobić, to wycofać się, zachować się biernie, czy też po prostu użalać się nad sobą i nad tym, co nas spotyka. Będąc radosnym, odczuwamy przyjemność, zadowolenie, satysfakcję, a w sferze behawioralnej wyraża się to dążeniem do czegoś, aktywnością, chęcią działania. Bez trudu zatem można się domyślić, że emocja, którą chętnie chcielibyśmy odczuwać, którą lubimy i akceptujemy, ze względu na jej naturę, to radość. Złości ludzie często się boją, nawet w życiu dorosłym, a lęku unikamy, żeby nie być postrzeganym jako osoby słabe. Smutku z kolei na ogół po prostu nie lubimy. Szczególnie w dzisiejszym świecie, który ze względu na dominujące w nim wartości postmaterialistyczne kreuje obraz człowieka pięknego, uśmiechniętego i wiecznie szczęśliwego. Można by rzec, że nie ma dla smutku miejsca, a jeśli nawet się pojawia, to szybko chcielibyśmy się

go pozbyć. Dlatego też, kiedy widzimy kogoś smutnego, to mamy ochotę go rozweselić, pocieszyć, a gdy nas dopada smutek, to robimy wiele niewłaściwych rzeczy, żeby go po prostu zagłuszyć. Oczywiście, nie jest możliwe, aby pozbyć się tej emocji, ponieważ tak, jak pozostałe o zabarwieniu negatywnym, spełnia ona swoje istotne funkcje, ale tylko wtedy, gdy potrafimy we właściwy sposób z tego smutku skorzystać. Z pewnością jednak bycie wiecznie smutnym nie jest dobre dla prawidłowego funkcjonowania człowieka, ponieważ obniża nastrój i pogarsza samopoczucie psychiczne. Sprawia, że czujemy się zmęczeni, przygnębieni, zniechęceni życiem, a często po prostu sfrustrowani.

Niestety smutek to emocja, której bardzo często doświadczają osoby starsze, z racji wielu trudności, dolegliwości, chorób, z którymi przychodzi im się zmagać. Do tego dochodzi jeszcze poczucie samotności i osamotnienia. To wszystko sprawia, iż percepcja otaczającej rzeczywistości jest przykra i przygnębiająca, a smutek staje się wszechobecny. Trudno w takiej sytuacji o aktywność, podejmowanie działań na rzecz rozwoju, miłe spędzanie czasu. To, co wydaje się najbardziej uzasadnione w tym stanie, to kompletne wycofanie się z życia, zamknięcie się w przysłowionych *czterech ścianach* i ubolewanie nad swoją sytuacją. Niestety ludzie często nie mają świadomości, że w sensie psychicznym robią sobie krzywdę, ponieważ „uprawiają” wówczas coś, co potocznie nazywa się nakręcaniem czy też czarnowidztwem. Czy to pomaga? Raczej nie. Nie zdajemy sobie sprawy, że tak, jak przygnębiające jest dla nas słuchanie przykrych opowieści innych ludzi, tak frustrujące jest użalanie i uskarżanie się nad sobą. Nawet, jeśli nie wypowiadamy naszych myśli na głos, to i tak je słyszymy. Co można z tym zrobić? Jak sobie poradzić z wszechobecnym smutkiem? Odpowiedzi w tym zakresie dostarcza w pewnym stopniu bajka o zasmuconym smutku, która w bardzo przystępny sposób tłumaczy jego specyfikę.

Po piaszczystej drodze szła niziutka staruszka. Choć była już bardzo stara, to jednak szła tanecznym krokiem, a uśmiech na jej twarzy był tak promienny, jak uśmiech młodej, szczęśliwej dziewczyny. Nagle dostrzegła przed sobą jakąś postać. Na drodze ktoś siedział, ale był tak skulony, że prawie zlewał się z piaskiem. Staruszka zatrzymała się, nachyliła nad niemal bezcielesną istotą i zapytała: „Kim jesteś?”

Ciężkie powieki z trudem odsłoniły zmęczone oczy, a blade wargi wyszeptaly: „Ja? ... Nazywają mnie smutkiem” „Ach! Smutek!”, zawołała staruszka z taką radością, jakby spotkała dobrego znajomego. „Znasz mnie?”, zapytał smutek niedowierzająco. „Oczywiście, przecież nie jeden raz towarzyszyłeś mi w mojej wędrówce. „Tak sądzisz ...”, zdziwił się smutek, „to dlaczego nie uciekasz przede mną. Nie boisz się?” „A dlaczego miałabym przed Tobą uciekać, mój miły? Przecież dobrze wiesz, że potrafisz dogonić każdego, kto przed Tobą ucieka. Ale powiedz mi, proszę, dlaczego jesteś taki markotny?” „Ja ... jestem smutny” – odpowiedział smutek łamiącym się głosem. Staruszka usiadła obok niego. „Smutny jesteś ...”, powiedziała i ze zrozumieniem pokiwała głową”. „A co Cię tak bardzo zasmuciło?” Smutek westchnął głęboko. Czy rzeczywiście spotkał kogoś, kto będzie chciał go wysłuchać? Ileż razy już o tym marzył. „Ach, ... wiesz ...”, zaczął powoli i z namysłem, „najgorsze jest to, że nikt mnie nie lubi. Jestem stworzony po to, by spotykać się z ludźmi i towarzyszyć im przez pewien czas. Ale, gdy tylko do nich przyjdę, oni wzdrygają się z obrzydzeniem. Boją się mnie jak morowej zarazy”. I znowu westchnął. „Wiesz ..., ludzie wynaleźli tyle sposobów, żeby mnie odpędzić. Mówią: tralalala, życie jest wesołe, trzeba się śmiać. A ich fałszywy śmiech jest przyczyną wrzodów żołądka i duszności. Mówią: co nie zabije, to wzmocni. I dostają zawału. Mówią: trzeba tylko umieć się rozerwać. I rozrywają to, co nigdy nie powinno być rozerwane. Mówią: tylko słabi płaczą.

I zalewają się potokami łez. Albo odurzają się alkoholem i narkotykami, byleby tylko nie czuć mojej obecności”.

„Masz rację”, potwierdziła staruszka, „ja też często widuję takich ludzi”. Smutek jeszcze bardziej się skurczył. „Przecież ja tylko chcę pomóc każdemu człowiekowi. Wtedy gdy jestem przy nim, może spotkać się sam ze sobą. Ja jedynie pomagam zbudować gniazdko, w którym może leczyć swoje rany. Smutny człowiek jest tak bardzo wrażliwy. Niejedno jego cierpienie podobne jest do źle zagojonej rany, która co pewien czas się otwiera. A jak to boli! Przecież wiesz, że dopiero wtedy, gdy człowiek pogodzi się ze smutkiem i wypłacze wszystkie wstrzymywane łzy, może naprawdę wyleczyć swoje rany. Ale ludzie nie chcą, żebym im pomagał. Wolą zasłaniać swoje blizny fałszywym uśmiechem. Albo zakładać gruby pancerz zgorzknienia”. Smutek zamilkł. Po jego smutnej twarzy popłynęły łzy: najpierw pojedyncze, potem zaczęło ich przybywać, aż wreszcie zaniósł się nieutulonym płaczem. Staruszka serdecznie go objęła i przytuliła do siebie. „Płacz, płacz smutku”, wyszeptała czule. „Musisz teraz odpocząć, żeby potem znowu nabrać sił. Ale nie powinieneś już dalej wędrować sam. Będę Ci zawsze towarzyszyć, a w moim towarzystwie zniechęcenie już nigdy Cię nie pokona”. Smutek nagle przestał płakać. Wyprostował się i ze zdumieniem spojrział na swoją nową towarzyszkę: „Ale ... ale kim Ty właściwie jesteś?”. „Ja?”, zapytała figlarnie staruszka, uśmiechając się przy tym tak beztrudnie, jak małe dziecko.

„JA JESTEM NADZIEJA!”

Po co jest smutek? Po to, żeby pokazać nam, że ktoś jest dla nas ważny, że na czymś nam zależy. S m u t e k może stać się także formą oczyszczenia, refleksji, krytycznego spojrzenia na pewne sprawy, przewartościowania różnych aspektów życia. Nie należy zatem przed nim

uciekać, bo i tak nas dogoni, ale nie należy także permanentnie w nim trwać. Warto wprowadzać w swoje życie także radość i to w sposób intencjonalny. Tym bardziej, że jak wynika z tej bajki, smutek także ją poczuł, spotykając na swojej drodze kogoś, z kim wędruje przez życie. To nadzieja! Jest to niezwykle optymistyczne w kontekście trudności, z którymi przychodzi się nam zmagać na co dzień. Z tego optymistycznego zakończenia płynie bardzo ważna mądrość. Smutek nie wędruje sam, jest z nim nadzieja, czyli wiara w to, że będzie dobrze, że to co złe minie, że zrealizujemy nasze cele, że będzie po prostu lepiej, że możemy sobie z czymś poradzić. Warto w to wierzyć, bo wtedy nasze życie zaczyna wyglądać zupełnie inaczej. Oczywiście póki sobie tego nie uświadomimy, jest to niemożliwe. Dlatego też często wydaje się ludziom, że w smutku trzeba trwać przez całe życie, że jesteśmy jakby na niego skazani. Taka perspektywa sprawia, że w codziennym życiu jesteśmy przyzwyczajeni do tego, aby niemalże odruchowo wchodzić w rolę ofiary i osoby poszkodowanej, przez coś, przez kogoś. Tyle tylko, że będąc w roli ofiary, nie za wiele możemy zrobić, żeby zmienić swoją sytuację, ponieważ taka postawa cechuje się biernością. Co więcej, zaczynamy wierzyć, że nie mamy prawa do lepszego życia, że musimy się godzić na to, co nas spotyka, że nie można tego zmienić, tylko cierpliwie znosić. Tak jest często ze starością i wszystkim tym, co się z nią wiąże. Osoby starsze żyją często w przeświadczeniu, że muszą znosić wszelkie trudy, dolegliwości, choroby, że muszą po prostu pogodzić się ze starością i ją przetrwać. Można powiedzieć, że zatrzymują się na pewnym etapie zmiany i tam pozostają do końca. Ta zmiana, to oczywiście starość, która zawsze przychodzi za wcześnie, nie w porę, tak trochę niespodziewanie i przynosi ze sobą choroby, dolegliwości, zmartwienia, lęki. Ta zmiana, tak jak każda, wprowadza w życie chaos, niezrozumienie, bo wymaga od



człowieka przystosowania do nowej sytuacji, wytworzenia nowych schematów działania. Mózg człowieka jest leniwy, więc reaguje na owe zmiany oporem, który wyraża się poprzez doświadczanie trudnych emocji. Jak wynika jednak z wielu badań, jest on niezwykle elastyczny, więc zmiana schematów działania jest możliwa. Trzeba jednak do tego dobrej woli i zaangażowania, żeby nie zaciętrzewić się na czymś, na co i tak nie mamy wpływu.

Bo czy można wyeliminować starość? Czy można zatrzymać czas? Odpowiedź jest oczywista. W jednym i drugim przypadku brzmi ona: nie. To, co można zrobić, to zaakceptować i jedno i drugie, nauczyć się z tym żyć i czerpać z tego satysfakcję w najbardziej możliwy dla siebie sposób. Żeby to jednak było możliwe, trzeba przejść przez określone etapy zmiany. Pierwszy z nich to wstrząs i negowanie tego, co nas spotyka i typowa dla tego etapu seria pytań: dlaczego teraz, dlaczego ja, po co to, jak teraz będzie, czy ja sobie poradzę itp.? Etap drugi to złość i gniew z powodu zmiany, która nas dotyka. Może to być złość w stosunku do siebie, do innych, do świata. W przypadku ludzi wierzących, im bardziej dotkliwa zmiana, w im bardziej traumatyczny sposób ona przebiega, tym większy żal do Boga, a czasami wręcz gniew. Trzeci etap radzenia sobie ze zmianą to negocjacje, prowadzone niekiedy z innymi, niekiedy z samym sobą, a jeszcze innym razem z siłami sprawczymi. Wygląda to mniej więcej tak, jakbyśmy chcieli przekonać kogoś lub siebie do tego, żeby nasze życie się nie zmieniało, aby dalej było tak jak wcześniej. Trudność w radzeniu sobie ze zmianą powoduje tak duży brak akceptacji tego co nowe i nieznanne, że wiele byśmy zrobili, żeby tego uniknąć. Wielokrotnie jednak nie da się zatrzymać toczących się zmian w życiu człowieka i trzeba pogodzić się tym, że nie udało się nam wynegocjować tego, na czym nam zależało. Nie jest to przyjemny stan dla człowieka, bo nagle oka-

zuje się, że zmiana jest nieuchronna, że trzeba z nią żyć. I wtedy wchodzimy w etap czwarty, w pewnym stopniu najtrudniejszy. Nazywa się go depresją, przy czym nie musi on przebiegać tak, jak jednostka chorobowa. Trzeba jednak mieć świadomość, że i tak może się zdarzyć. Jest to wysoce prawdopodobne w sytuacjach doświadczania bardzo traumatycznych zmian, takich jak ciężka choroba czy śmierć bliskiej osoby. Najczęściej jednak owa depresja utożsamiana jest z tzw. dołkiem. Z pewnością temu etapowi towarzyszy bardzo obniżony nastrój, apatia, bierność, przygnębienie, czyli smutek. Mało w nas wówczas chęci do radzenia sobie ze zmianą, do zmagania się z rzeczywistością. Może pojawiać się swoistego rodzaju pustka i beznadzieja. Niestety, wystarczy zaledwie trochę wyobraźni, żeby uświadomić sobie, że będąc w dole, nie dostrzegamy tego, co jest na powierzchni. Widzimy jedynie dół i tracimy nadzieję, że można z niego wyjść. Pociuszające jednak jest to, że nie jest to ostatni etap. Przed nami jeszcze dwa. Po depresji pojawia się eksperymentowanie, czyli podejmowanie prób radzenia sobie ze zmianą, z nową sytuacją. Nie jest to łatwe i często ma postać syzyfowej pracy, ale im więcej wysiłku podejmujemy w zaakceptowanie zmiany w naszym życiu, tym szybciej przez ten etap przechodzimy. I w końcu etap ostatni, akceptacja zmiany. W tym przypadku następuje pogodzenie się ze zmianą sytuacji, z tym co nas spotkało i życie z tą zmianą. To, jak szybko przejdziemy przez te wszystkie etapy, zależy głównie od nas, ale również od pewnych okoliczności, a przede wszystkim ludzi, których mamy wokół siebie. Ważne jest to, że nie zawsze jesteśmy w stanie poradzić sobie ze skutkami zmian sami. Potrzeba nam niekiedy do tego innych, ich wsparcia, dobrego słowa, pomocy, bliskości. Korzystajmy z tego, bo wtedy będzie nam łatwiej. Pamiętajmy jednak o tym, że może zdarzyć się tak, że nasi najbliżsi, ci na których tak liczyliśmy, nie

będą mogli nam pomóc. Uszanujmy to, bo być może jest do dla nich zbyt ciężkie, być może nie wiedzą jak. Wielokrotnie zdarza się, że dzieci swoich starzejących się rodziców nie są w stanie okazać im takiej pomocy i takiego wsparcia, jakiego faktycznie potrzebują. Dotyczy to zarówno aspektów typowo zdrowotnych, jak i psychicznych. To, co można zrobić w tej sytuacji, to zwrócić się o pomoc do specjalisty, odpowiedniego lekarza czy psychoterapeuty, psychologa. Osoby posiadające profesjonalną wiedzę w zdecydowanie lepszy sposób mogą pomóc w rozwiązaniu tego typu problemów, a wtedy przechodzenie przez poszczególne fazy zmiany będzie przebiegać łatwiej i szybciej. Bo najważniejsze to mieć nadzieję, że przyjdzie czas, w którym pogodzimy się z tym, co nas spotkało, że to zaakceptujemy i będziemy mogli znów normalnie żyć. Jak powiedziała kiedyś pewna starsza schorowana pani, *na kolanach, ale do przodu. Nie poddawać się.*

Każda zmiana w życiu człowieka, zarówno starość, jak i odejście kogoś bliskiego, choroba, a nawet przeprowadzka czy nagle inny lekarz w gabinecie, to dokonująca się zmiana w naszym życiu, która przebiegać będzie zgodnie z pewnym schematem, określonymi fazami. Oczywiście, im bardziej to dla nas dotkliwe, tym przebieg tego procesu może być bardziej rozciągnięty w czasie. Jednakże świadomość, że przyjdzie wreszcie akceptacja może być źródłem satysfakcji i radości. Warto to sobie uświadamiać i korzystać z tego co daje nam radość, zarówno na poziomie fizjologicznym, jak i poznawczym oraz behawioralnym. Ona nadaje sens naszemu życiu i pomaga nam radzić sobie z trudnościami, problemami dnia codziennego. Może także okazać się niezwykle przydatna w radzeniu sobie ze starością. Warto zatem wprowadzać ją w swoje życie. Wtedy będzie łatwiej i przyjemniej. To niewiele kosztuje. Wystarczy świadomość i motywacja. No i uśmiech, do siebie i do innych!

## Zmiana nawyków myślenia

Wraz z wiekiem wzrasta przekonanie, że życie składa się z wielu trosk i problemów. Niestety bardzo często stopień nasycenia trudnymi emocjami w znaczny sposób nasila się u osób w podeszłym wieku. Przejawia się to m.in. w tym, że im ludzie są starsi, tym większą mają skłonność do narzekania i dostrzegania w swoim życiu głównie negatywów. Warto jednakże zmieniać swoje nastawienie do życia, bo jest to oczywiście możliwe, czego bardzo często nie jesteśmy świadomi. Żyjemy niejednokrotnie w przekonaniu, że nie mamy wpływu na to, co nas spotyka, co czujemy. Uważamy, że tak po prostu jest i koniec, a jedyne co nam pozostaje, to uskarżać się i narzekać. Nic bardziej mylnego!

Nasze spojrzenie na życie może wyglądać zupełnie inaczej, nawet bez względu na wiek, do czego warto przekonać także osoby starsze, rozszerzając im nieco świadomość i pokazując, że sposób, w jaki patrzą na swoje życie zależy przede wszystkim od emocji, jakie im wówczas towarzyszą. Tak to już jest, że z natury mamy tendencję do dostrzegania w życiu głównie negatywów, chociażby z tego powodu, iż na cztery pierwotne emocje aż trzy mają zabarwienie pejoratywne. Dlatego też mówi się, że w ujęciu psychologicznym człowiek jest tak skonstruowany, że „chodzi po równi pochyłej”. Oczywiście ważne jest też to, że emocje, które odczuwamy, mają wpływ na to, jak spostrzegamy rzeczywistość, a także o czym myślimy, co sobie przypominamy. Jeśli człowiek odczuwa radość, to patrzy na życie, jak przez różowe okulary, jego myśli są pozytywne, a wspomnienia miłe. Jeśli natomiast odczuwamy smutek, wówczas bardziej negatywnie odbieramy to, co nas otacza, a nasz mózg niczym magnes ściąga z naszego życia negatywne doświadczenia, smutne historie. W praktyce wygląda to mniej więcej tak, jak w historii pewnej starszej pani, która chciała poprawić sobie relacje z córką. Miała do niej żal o wiele rzeczy. Kiedy zaczęła

przychodzić na terapię i była na nią głównie zła, a także smutna, że ją „zostawiła” i wyprowadziła się z domu, nie potrafiła powiedzieć o niej nic pozytywnego. Zawsze stawiała ją w złym świetle. Nawet, kiedy wracała do lat jej dzieciństwa, podawała wiele przykładów, które miały potwierdzić jej tezę, że córka jest zła, niedobra i egoistyczna. Kiedy jednak zrozumiała, że córka jest dorosła i ma prawo do swojego życia, do podjęcia pracy w innym mieście, to uświadomiła sobie jednocześnie, że ona nie jest taka, jaką ją widziała, przez ten ostatni czas. Zaczęła dostrzegać wreszcie również pozytywne rzeczy, których wcześniej zupełnie nie widziała. Znacznie inne były także wspomnienia i opowiadane historie. Owa świadomość, a także uporanie się z tymi negatywnymi odczuciami spowodowały zmianę w życiu tej starszej pani, zaczęła bardziej pozytywnie patrzeć na siebie, na córkę, a przede wszystkim na swoje życie.

Warto uzmysławiać sobie, że życie to nie tylko pasmo problemów związanych z upływającymi latami, ale także miłe chwile, te mniej lub bardziej znaczące, ale miłe. W pewnym stopniu może pomóc w tym bajka o jabłku, która może być tym przysłowiowym lekarstwem poprawiającym samopoczucie, a jednocześnie ważną życiową wskazówką, z którą warto wędrować przez życie.

Brzmi ona mniej więcej tak:

**Każdego poranka bogaty i wszechpotężny król Bengodi odbierał hołdy swoich poddanych. W swoim życiu zdobył już wszystko to, co można było zdobyć i zaczął się trochę nudzić.**

**Pośród różnych poddanych zjawiających się codziennie na dworze, każdego dnia pojawiał się również punktualnie pewien cichy żebrak. Przynosił on królowi jabłko, a potem oddawał się równie cicho, jak wchodził.**

**Król, który przyzwyczajony był do otrzymywania wspaniałych darów, przyjmował dar z odrobiną ironii i pobłażania, a gdy tylko żebrak się odwracał, drwił sobie z niego, a wraz z nim cały dwór. Jednak żebrak tym się nie zrażał.**

**Powracał każdego dnia, by przekazać królewskim dłoniom kolejny dar. Król przyjmował go rutynowo i odkładał jabłko natychmiast do przygotowanego na tę okazję koszyka znajdującego się blisko tronu. Były w nim wszystkie jabłka cierpliwie i pokornie przekazywane przez żebraka. Kosz był już prawie całkiem pełen.**

**Pewnego dnia ulubiona królewska małpa wzięła jedno jabłko i ugryzła je, po czym plując nim, rzuciła pod nogi króla. Monarcha oniemiał z wrażenia, gdy dostrzegł wewnątrz jabłka migoczącą perłę. Rozkazał natychmiast, aby otworzono wszystkie owoce z koszyka. W każdym z nich, znajdowała się taka sama perła.**

**Zdumiony król kazał zaraz przywołać do siebie żebraka i zaczął go przepytować. „Przynosiłem ci te dary, panie – odpowiedział człowiek – abys mógł zrozumieć, że życie obdarza cię każdego dnia niezwykłym prezentem, którego ty nawet nie dostrzegasz i wyrzucasz do kosza. Wszystko dlatego, że jesteś otoczony nadmierną ilością bogactw. Najpiękniejszym ze wszystkich darów jest każdy rozpoczynający się dzień”.**

Zakończenie tej bajki jest dość zaskakujące, ale niewątpliwie prawdziwe. Najczęściej nie dostrzegamy tego wszystkiego, co mamy wokół siebie, ciągle oczekując czegoś więcej od życia, od innych ludzi, od siebie. Skoro zawsze jesteśmy przekonani, że czegoś nam brakuje, to rodzi się smutek, a może żal, czasami złość, że nie mamy

tego, co chcielibyśmy mieć. Ta roszczeniowa postawa wobec życia powoduje, że nie zauważamy tego wszystkiego, co mogłoby pozwolić nieco inaczej na nie spojrzeć, a przede wszystkim cieszyć się nim, cieszyć i doceniać to, co osiągnęliśmy i wypracowaliśmy. **Na nasze życie składa się tyle wspaniałych chwil. Zauważajmy je, bo warto! Wtedy będzie się żyło znacznie lepiej, nawet w późnej dorosłości.**

Na potwierdzenie tego niech będzie rozmowa ze starszą osobą po stracie jej męża:

- **Moje życie skończyło się z chwilą śmierci mojego męża.**
- **Najpiękniejszym ze wszystkich darów jest każdy rozpoczynający się dzień.**
- **Przecież dla mnie to życie nie musi się skończyć, prawda?**
- **Oczywiście, że nie. Ma pani prawo do tego, żeby żyć, żeby cieszyć się życiem.**
- **Bo wie pani – ja mam dla kogo żyć. Mam dwoje dzieci i wnuki, i nawet fajne koleżanki. Ale nie widziałam tego, nie potrafiłam się z tego cieszyć. Mój mąż zapewne nie chciałby, żebym była tak przygnębiona i wiecznie smutna. Może jest to możliwe, żebym cieszyła się z tego co mam, z tego, że żyję.**
- **Tak, jest to możliwe. Mam nieodpartą ochotę zapytać panią co dobrego u Pani...?**

**Warto również siebie zapytać: *Co dobrego u mnie?***

# Czym później, tym lepiej – pozytywne zmiany w pracy mózgu

**Ewa Czernik**

Późna dorosłość może niektórym osobom (szczególnie młodym) kojarzyć się ze zniedołężnieniem, przygnębieniem i wielką nudą. No i oczywiście z chorobą Alzheimera lub innym rodzajem demencji. Społeczeństwu wydaje się często, że czas ten jest jakby oderwany od wcześniejszego życia, pojawia się znikąd, niczym kara boska i zrzuca na nas wszystkie choroby, plagi i zniszczenia. Dopiero kiedy sami dotykamy tego wieku, okazuje się, że jest on częścią nas, jest wynikiem naszego życia, jest też jego kontynuacją. Mniej więcej po czterdziestce zaczynamy odczuwać nadchodzący wiek, ale machamy ręką i ze swobodą żartujemy: „A, starzeję się”. Patrzymy w lustro, liczymy pierwsze zmarszczki i siwe włosy. A kiedy przychodzi sześćdziesiątka, z przerażeniem stwierdzamy, że to chyba już, właśnie teraz, przyszła kolej na nas – przyszła starość!

Wtedy właśnie pojawia się przerażenie w oczach i wielkie pytanie, co z moim mózgiem? Czy on też się zestarzał?



Czy zaraz zaleje się białkiem, tym od Alzheimera? I czy to już będzie koniec?

Nie, nie będzie żadnego końca. Jest też duże prawdopodobieństwo, że nie zalał się tym białkiem (tau). Ale na pewno się zestarzał!

Zacznijmy jednak od początku ...

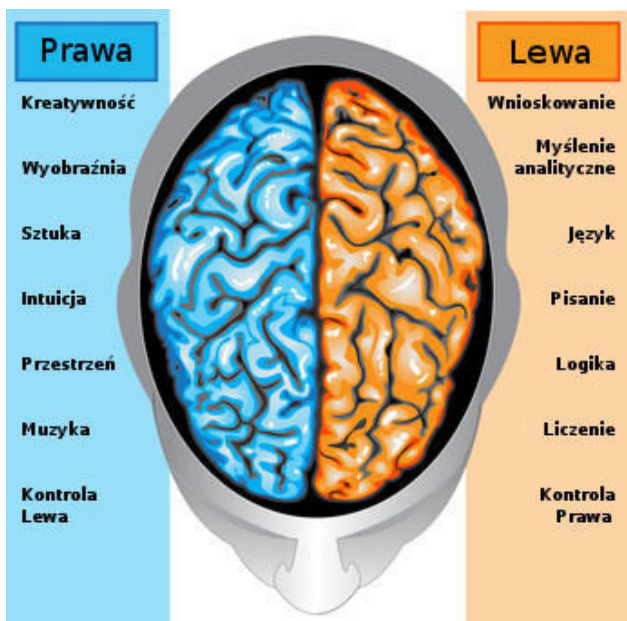
## Mózg a umysł

W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że mózg przypomina mięsień. Przyjrzyjmy się przez chwilę sercu – pracując, pompuje krew w organizmie, dzięki temu wszystkie komórki naszego ciała są odżywione i zaopatrzone w tlen. Podobnie jest z mózgiem. Efektem pracy mózgu (zachodzących w nim procesów i jego interakcji ze światem zewnętrznym) jest umysł. Umysł jest to ogół aktywności mózgu nieświadomej i świadomej (spostrzeganie, uwaga, pamięć, myślenie, uczenie się, odczuwanie emocji).

Mózg jest najbardziej skomplikowanym narządem w naszym organizmie. Mimo prowadzonych wielu badań nadal nie wiemy dokładnie, na jakich zasadach działa i nie znamy do końca jego możliwości. Stosunkowo niedawno pojawiło się wiele urządzeń (m.in. rezonans magnetyczny, tomografia), które sprzyjają badaniu mózgu. Dzięki temu wiemy znacznie więcej i będziemy wiedzieć coraz więcej. To, co dzisiaj odkryliśmy w pracy i budowie mózgu, jutro może okazać się nieprawdą, np. całkiem niedawno uważano, że mózg się nie regeneruje, co oznacza, że rodzi się z określoną liczbą neuronów, a potem one tylko umierają. Dziś wiemy, że mózg ma bardzo duże możliwości regeneracji i kompensacji (równoważenia, zastępowania) nawet utraconych funkcji. Stale tworzą się nowe neurony, co więcej nowe neurony powstają także w mózgach osób cierpiących na chorobę Alzheimera.

Mózg zbudowany jest z dwóch półkul. Te są połączone włóknami i nerwami. Półkule mózgowe, jakkolwiek na pierwszy rzut oka podobne do siebie, różnią się budową i wykonywanymi funkcjami. **Lewa półkula** odpowiada za mowę i jej rozumienie, obliczenia matematyczne, pisanie, logikę, myślenie analityczne, zdolność rozpoznawania za pomocą dotyku. **Prawa półkula** odpowiada za kreatywność, wyobraźnię, myślenie abstrakcyjne, zdolności muzyczne, intuicję, wyobraźnię przestrzenną, zdolności artystyczne.

Z wiekiem nasz mózg się zmienia: maleje jego objętość i masa (ok. 2% z każdą kolejną dekadą życia dorosłego), komory się powiększają, bruzdy stają się większe, połą-



### RYC. 1. PÓLKULE MÓZGOWE

Źródło: <http://rozumiec.blog.pl/tag/zycie/> (21.02.2016).

czenia między neuronami rzadną, zmniejsza się gęstość synaps, w istocie białej pojawiają się małe, ogniskowe uszkodzenia, osłabia się praca płatów czołowych, przepływ krwi w mózgu słabnie, a w związku z tym, zmniejsza się zaopatrzenie w tlen.

Zmiany te przyczyniają się do obniżenia funkcji psychicznych: spada szybkość wykonywania czynności i operacji umysłowych, obniżeniu ulega zdolność odbierania bodźców informujących nas o świecie, osłabia się zdolność do utrzymania pewnych informacji w umyśle podczas wykonywania operacji poznawczych (pamięć operacyjna), zdolność do szybkiego przełączania się z jednego procesu umysłowego na drugi i przechodzenia z jednego stanu w inny (elastyczność umysłowa), osłabia się także zdolność do przekierowywania uwagi w tę i z powrotem na różne działania zachodzące równolegle (tzw. podzielność uwagi), obniża się pamięć, czyli zdolność uczenia się nowych faktów i pojęć (pamięć semantyczna) oraz formowania wspomnień o konkretnych wydarzeniach (pamięć epizodyczna), zwiększa się podatność na rozproszenie i osłabia się zdolność do wychwytywania istotnych zdarzeń z otoczenia i koncentrowania się na nich (uwaga selektywna).

## Pozytywy starzenia się mózgu

Naukowcy, przyglądając się pracy mózgu i zachodzących w nim procesach starzenia, dostrzegli pewien paradoks. Zauważyli, że mimo niekorzystnych zmian fizjologicznych i psychicznych dojrzały ludzie świetnie funkcjonują, radzą sobie tak samo dobrze, jak młodszy, by nie powiedzieć, że w niektórych obszarach lepiej. Często świetnie realizują się w pracy zawodowej, mają duże osiągnięcia w dziedzinach nauki, sztuki czy w polityce. Jak to wytłumaczyć? Po pierwsze – do końca naszych dni w mózgu tworzą się nowe

połączenia neuronalne, pozwalające utrzymać jego pracę na stałym poziomie. To już wiemy. Po drugie – zauważono, że starszy mózg pracuje aktywniej i ciężiej, popelniając przy tym mniej błędów niż młodszy. Po trzecie – mózg, jak każdy mięsień, nieużywany ulega zanikowi. Oznacza to, że trenowany może utrzymać swoją kondycję lub ją podnieść. Po czwarte – stwierdzono, że praca półkul mózgowych z wiekiem coraz bardziej się różnicuje. I po piąte – odkryto trzy tajne mechanizmy! Ale o tym za chwilę...

## Trening mózgu

Do ćwiczenia mózgu można wykorzystywać różne metody, np. krzyżówki. Warto pamiętać jednak, że trening trzeba urozmaicać i stawiać sobie nowe wyzwania. Kiedy będziemy tylko rozwiązywać krzyżówki, nasz mózg osiągnie określony stopień rozwoju i się zatrzyma. Będzie korzystał z możliwości już rozwiniętych i nie nabędzie nowych. Tak jest np. z mięśniami przedramienia. Kiedy w ćwiczeniach wykorzystujemy kilogramową hantle, mięsień rozwija się do określonego momentu. By rozwinął się dalej, musimy dołożyć do obciążenia kolejny kilogram. Podobnie jest z mózgiem.

**PRZYKŁAD.** *Wykonano doświadczenie z udziałem zdrowych ochotników, którzy nigdy nie żonglowali. Przez trzy miesiące ćwiczyli żonglowanie trzema piłeczkami. Opanowali tę czynność do tego stopnia, że potrafili żonglować minutę, nie upuszczając piłeczek. Skanowano ich mózg przed rozpoczęciem ćwiczeń i po trzech miesiącach. Okazało się, że w płatach skroniowych obu półkul i płacie ciemieniowym lewej półkuli przybyło istoty szarej. Ochotnicy następnie przerwali ćwiczenia na trzy miesiące i mieli ponownie zeskanowane mózgi. No, cóż – owy przyrost stopniowo się redukował.*

## Zmiany zachodzące w mózgu

Mózg zmienia się dokładnie tak samo, jak reszta naszego ciała. Półkule mózgowe różnicują się coraz bardziej, z korzyścią dla nas. (Przedstawiony poniżej opis dotyczy osób praworęcznych – nie jest do końca jasne, czy u osób leworęcznych działa to na odwrót.)

Półkula prawa lepiej sobie radzi z nowymi czynnościami, rozwiązywaniem problemów; półkula lewa lepiej funkcjonuje jako magazyn umysłowych nawyków, czynności rutynowych, wspomnień. Oznacza to, że kiedy jesteśmy dziećmi dużo intensywniej pracuje półkula prawa – cały świat jest dla nas nowy, stale uczymy się nowych umiejętności, słów itp. Kiedy się już tego nauczymy, cała wiedza jest przekazywana do półkuli lewej i tu magazynowana. Za każdym razem, gdy sięgamy po wiedzę już zdobytą, sięgamy do lewej półkuli.

Tak właśnie jest w przypadku mowy, za którą odpowiedzialna jest półkula lewa. Prawa półkula odgrywa dużą rolę na początku życia, gdy np. uczymy się ojczystego języka i w późniejszym okresie, gdy uczymy się nowych języków. Zdobytą wiedzę przekazuje na lewo, a tam jest stale przetwarzana i używana zależnie od naszych potrzeb.

Idźmy dalej. Prawa półkula przekazuje informacje na duże odległości, między obszarami korowymi; półkula lewa woli połączenia lokalne, między przylegającymi obszarami. To tak jak z transportem i magazynowaniem. Wyprodukowany towar trzeba zmagazynować, tam czeka na sprzedaż. Zdobytą wiedzę magazynujemy w lewej półkuli, gdzie czeka spokojnie, aż po nią sięgniemy. Do magazynu towar trzeba przewieźć, czasem na dużą odległość (prawa półkula i jej połączenia między półkulowe). W magazynie zaś poruszamy się na krótkich trasach i tylko wtedy, gdy sięgamy po potrzebny nam produkt (lewa półkula).

A teraz kilka słów o emocjach. Wszyscy wiemy, że odczuwamy sercem, niektórzy wiedzą, że też brzuchem. Kiedy kochamy, serce rośnie, a w brzuchu mamy kolorowe motyle. Gdy się denerwujemy, skręca się żołądek. Kiedy dotknie nas duże zmartwienie, boli serce. Wszyscy znamy te odczucia z ciała. Przyszedł czas na niespodziankę. Za przeżywanie emocji odpowiada mózg. Lewa półkula zajmuje się emocjami pozytywnymi, a prawa negatywnymi. Podział ten jest tak silny, że wpływa na nasz ogólny sposób przeżywania. Osoby niczym się nieprzejmujące, mające pozytywne, pogodne usposobienie – mają bardziej aktywne lewe obszary czołowe; osoby bardziej refleksyjne, ze skłonnością do przygnębienia i depresji mają bardziej aktywne prawe obszary czołowe. Uszkodzenie prawej półkuli prowadzi do nonszalancji, euforii, manii. Uszkodzenie lewej półkuli przyczynia się do depresji.

Łatwo wywnioskować, że wraz z wiekiem częściej korzystamy z półkuli lewej, częściej ją ćwiczymy i rozwijamy. Dzieje się tak, ponieważ mamy coraz więcej doświadczenia, większą wiedzę i umiejętności. Magazynujemy je, stąd lewa półkula może się bardziej rozwijać. Często czujemy, że wiemy wszystko, co jest nam potrzebne do dobrego życia i nie mamy motywacji, by rozwijać półkulę prawą poprzez dalszą naukę. Powoduje to, że półkula prawa nie ćwiczona rozleniwia się, trochę jakby „wiotczeje i rozpada się”. Uczenie się pozwala zachować obie półkule w dobrej kondycji.

**TABELA 1. FUNKCJE PÓLKUL MÓZGOWYCH**

<b>Półkula lewa</b>	<b>Półkula prawa</b>
lepiej funkcjonuje jako magazyn umysłowych nawyków, czynności rutynowych, wspomnień	lepiej sobie radzi z nowymi czynnościami, rozwiązywaniem problemów
woli połączenia lokalne, między przylegającymi obszarami	przekazuje informacje na duże odległości, między obszarami korowymi
odpowiada za większość procesów opartych na rozpoznawaniu bodźców językowych i pozawerbalnych	odgrywa dużą rolę na początku życia, np. gdy uczymy się języka
zajmuje się emocjami pozytywnymi	zajmuje się emocjami negatywnymi
z wiekiem ulega mniejszemu „rozpadowi”	z wiekiem ulega większemu „rozpadowi”
z wiekiem korzysta w coraz większym stopniu z ćwiczeń umysłowych	korzysta mniej z ćwiczeń umysłowych
lepiej opiera się skutkom starzenia	słabiej opiera się skutkom starzenia

*Źródło: opracowanie własne.*

## **Działanie trzech mechanizmów**

### **Ekspansja wzorców**

Nabywane doświadczenie, codzienne powtarzanie czynności powodują, że określone obszary w mózgu odpowiedzialne za daną umiejętność powiększają się i przejmują

sąsiednie części kory. Na przykład, osoby niewidome czytają brajłem za pomocą palca. Jego korowa reprezentacja jest większa niż korowa reprezentacja tego palca u osób widzących nieznających tego alfabetu. Muzycy grający na instrumentach smyczkowych mają większą korową reprezentację lewej ręki niż inni ludzie.

### **Zdolność do wykonywania dobrze opanowanego zadania przy zmniejszonym wykorzystaniu zasobów**

Dalej jesteśmy w temacie praktyki i doświadczenia. Kiedy pierwszy raz, po długiej przerwie, idziemy na basen, z pewnością trudno będzie nam przepłynąć trzy jego długości. Będziemy zmęczeni, ponieważ wykorzystaliśmy dużo energii naszych mięśni i zużyliśmy sporo tlenu. Gdy będziemy systematycznie pływać, okaże się, że po jakimś czasie przepłyniemy pięć długości basenu, bez zmęczenia i zadyszki. Dokładnie tak samo jest z mózgiem. Kiedy nabywamy nową umiejętność lub sięgamy po nią po długim okresie niekorzystania z niej, zużyjemy dużo energii i tlenu. Z czasem, gdy nabędziemy praktyki, potrzeby metaboliczne tkanki nerwowej odpowiedzialnej za tę czynność, zmaleją. Oznacza to, że mózg oszczędza energię i tlen. Przypomnij sobie, gdy jesteś zmęczony lub niewyspany, rutynowe czynności wykonujesz bez większego wysiłku. Sytuacja się zmienia diametralnie, gdy będziesz musiał zmierzyć się z czymś po raz pierwszy.

### **Kompensacja**

To niezwykła zdolność mózgu. Polega ona na „zastępowaniu” utraconej funkcji inną, niezbędną do sprawnego funkcjonowania organizmu. Wszyscy znamy tę potoczną prawdę o tym, że kiedy stracimy słuch, to wyostrią się nam wzrok i odwrotnie. A kiedy stracimy te zmysły, to wyostrią się węch i odczucie smaku. Wykonano wiele eksperymentów pokazujących ten proces. Przytoczę dwa.



**PRZYKŁAD 1.** *Zasłonięto ochotnikom jedno oko, po dwóch tygodniach włókna nerwowe z zamkniętego oka zaczęły się wycofywać, by oddać miejsce neuronom sprawnego oka.*

**PRZYKŁAD 2.** *Po stracie jednego palca obszar mózgu odpowiedzialny za jego pracę zanikał, a jego miejsce zajęły reprezentacje reszty palców.*

## **Rozwój mózgu z biegiem lat**

Czym dłużej żyjemy, tym więcej znamy słów i chętnie ich używamy. Zapewne łatwo nam zauważyć, że czym jesteśmy starsi, tym częściej przypominają nam się słowa używane przez naszych rodziców czy dziadków. Nie raz zaskoczyliście swoich bliskich i usłyszeliście: „Mamo, skąd znasz takie słowo?”

Wzrasta też nasza wiedza o świecie i o życiu. Coraz lepiej rozumiemy zasady nim rządzące, wiemy, że nic nie jest stałe, widzimy, że to co wydarzyło się wiele lat temu, powraca, zawsze w lekko zmienionej formie. Szybciej wyczuwamy nastroje drugiej osoby. Wiele przeżyliśmy, a to często zwiększa naszą wyrozumiałość, cierpliwość, otwartość. Coraz mniej rzeczy jest dla nas nowych. No, może poza rozwiązaniami technicznymi.

Nieuchronnie zmiany te powodują, że jesteśmy coraz mądrzejsi. Warto przypomnieć definicję mądrości ks. prof. Zdzisława Chlewińskiego, która wyraża istotę tego słowa:

*Mądrość wyraża się w orientacji, co w życiu jest naprawdę ważne i w dystansie wobec wszystkiego, co tak szybko przemija. (...) Z mądrością wiąże się wgląd we własne możliwości i ograniczenia, pewien autokrytycyzm, umiejętność milczenia, gdy brak odpowiedzi.*

Budowaniu mądrości towarzyszy duchowość, która jak najbardziej wzrasta wraz z wiekiem. Zmienia się nasza hierarchia wartości – bardziej cenimy kontakt z człowiekiem niż z pieniądzem, ważniejsza staje się rodzina, przyjaciele, bliskość. Staramy się już nie być w centrum uwagi, schodzimy na drugi plan, wykonując często zadania równie ważne lub ważniejsze, niż wcześniej. Bardziej doceniamy swoje życie, nasze dokonania. Osiągamy coraz większą harmonię w sobie i w kontakcie ze światem.

Sprzyja temu procesowi wycofanie się z obowiązku zawodowego, spokojniejsze tempo życia, fizjologiczne osłabienie energii, popędów i potrzeb życiowych. Dzięki temu nasz mózg i umysł mają szansę wyciszyć się, a my możemy bardziej wsłuchać się w siebie, więcej kontemplować, medytować czy modlić się.

## **Sposoby na lepszą pracę mózgu**

Jakkolwiek byśmy nie starali się żyć dobrze, zawsze możemy lepiej. By mózg świetnie pracował, możemy zwrócić uwagę na rytm dnia, dietę, aktywność, rozwijanie naszych pasji oraz przeżywanie emocji.

### **Rytm dnia**

Mózg lubi, gdy dzień ma swój plan. Jest w nim miejsce na pracę, zabawę i odpoczynek. Czas na to przeznaczony powinien się rozkładać w podobnej liczbie godzin. Wtedy możemy realizować się, uzyskując satysfakcję i dobry nastrój. Niestety najczęściej dzień wypełniamy głównie pracą. Zapominamy o odpoczynku, o zabawie nie wspominając. Powoduje to poczucie zmęczenia, przeciążenia obowiązkami, niechęć do robienia tego, co w życiu przyjemne i dobre dla nas.

Warto pamiętać, że czas poświęcony na pracę i zabawę powinien być wypełniony różnorodnymi czynnościami, podczas których myślimy, ruszamy się i ćwiczymy zdolności manualne. Czas odpoczynku to głównie sen, ale też relaks, masaż, ciepła kąpiel itp. Codziennie starajmy się pozytywnie myśleć i z uśmiechem podchodzić do życia. Wtedy nasz mózg będzie szczęśliwy i efektywny.

## Dieta

Do pracy potrzebna jest energia, a ją pozyskujemy z odpowiednio dobranego paliwa. Nasz mózg, żeby dobrze pracować, musi smacznie i zdrowo zjeść. Uwielbia kwasy omega3, koenzym Q10, kwas liponowy, witaminę K, resweratol, witaminę B1, B2, B3, B6, l-karnitynę. I tak:

- kwasy omega3 są w rybach, szczególnie morskich;
- koenzym Q10 jest również w rybach, ale też w szpinaku i brokułach;
- kwas liponowy zawierają brokuły i szpinak, a także podroby;
- witamina K jest w zielonych warzywach: kapuście, sałacie, lucernie, jarmużu, brokułach, brukselce i szpinaku oraz w niektórych olejach i owocach;
- resweratol znajduje się w winogronach, a co za tym idzie też w winach, szczególnie czerwonych;
- witamina B1 występuje w wieprzowinie, ziemniakach, orzechach brazylijskich, nasionach dyni, w słoneczniku, sezamie, fasoli i brunatnym ryżu;
- witamina B2 jest w przetworach mlecznych (mleko, jogurty naturalne, białe sery, kefiry), w jajach i drobiu;
- witamina B3 występuje w wątróbce, drobiu, nasionach roślin strączkowych, ryżu i ziemniakach;

- witaminę B6 można uzupełnić, jedząc łososia lub wzbogacone płatki zbożowe;
- L-karnityna jest w mięsie (baranina, wołowina, wieprzowina, ryby) i produktach mlecznych.

Mózg lubi także przyprawy. Szczególnie upodobał sobie kurkumę, szafran, tymianek, bazylię, szalwię, cynamon, oregano, czosnek, imbir, rozmaryn.

## **Aktywność**

Pamiętasz żonglowanie? Wracamy do tematu.

Ćwiczenia fizyczne stymulują proces neurogenezy, czyli tworzenia się nowych neuronów. Najlepsze formy aktywności dla mózgu to spacer (trzy razy w tygodniu po czterdzieści minut), tenis stołowy i żonglerka. Spacer w takim rytmie przyczyniają się do zwiększenia objętości mózgu w różnych jego rejonach. Każde ćwiczenia fizyczne mają działanie ochronne dla mózgu, zwłaszcza trwające do trzech dni (dlatego powinniśmy ćwiczyć co najmniej co trzeci dzień). Niezależnie od tego, czy wcześniej ćwiczyłeś czy nie, rozpoczęcie od dzisiaj spowoduje ożywienie Twojego mózgu, a z czasem jego regenerację.

Aktywność to nie tylko ruch, to także rozwijanie naszej psychiki. By umysł działał sprawnie, trzeba ciągle się uczyć, a zdobywanie nowych umiejętności traktować jak wyzwanie. Nie bójmy się nauki – możemy nauczyć się nowego obcego języka, ale równie dobrze możemy zacząć od prostego wiersza, piosenki czy zdobycia wiedzy o pielęgnacji rośliny, którą chcemy mieć w domu. Z wiekiem nauka może nie jest taka łatwa jak kiedyś, ale może sprawić wiele przyjemności.

## Rozwijanie pasji

To, co w życiu jest najważniejsze, to pasja. Jej rozwijanie ma bardzo korzystny wpływ na funkcjonowanie mózgu i umysłu.

Po pierwsze – muzyka. Możesz śpiewać, grać, tańczyć, słuchać – wszystko to rozwinie twój mózg. Dowiedziono naukowo, że osoby uczące się gry na instrumentach potrafią lepiej wychwycić własne błędy i naprawiają je szybciej niż inni ludzie. Przypuszcza się, że już umiarkowane zdolności muzyczne mogą uchronić nas przed spadkiem zdolności poznawczych (pamięci, koncentracji uwagi, spostrzegania). Ponadto dowiedziono, że gra na instrumencie i słuchanie muzyki wspierają naszą odporność i pomagają zredukować stres. Muzyka klasyczna relaksuje umysł i ciało. Muzykoterapia zaś wpływa na spowolnienie pulsu i obniża ciśnienie tętnicze krwi.

Podobnie działają na nas inne formy sztuki – malarstwo, rzeźba, teatr, film itd. Sprawiają nam przyjemność, relaksują, korzystnie wpływają na odpowiednie ustawienie fal mózgowych.

Po drugie – nauka języków obcych. Z wcześniejszych informacji wiesz, że gdy uczysz się języka obcego, ćwiczysz półkulę prawą. Dzięki temu pozwalasz zachować równowagę między pracą obu półkul.

Po trzecie – kontakt z ludźmi i działalność o charakterze społecznym. Kiedy spotykamy się z ludźmi, jednocześnie ćwiczymy wiele umiejętności – m.in. musimy reagować na różne sytuacje, wypowiedzi, ćwiczymy nasz refleks. Jednak co ważniejsze, wtedy właśnie budzą się w nas emocje. Te pozytywne i te trudniejsze ...

## Emocje

Nasz mózg bardzo lubi przeżywać różne emocje, nie tylko te dobre. Choć miło jest, gdy te ostatnie są w przewadze. Kiedy się nie zamartwiamy, nie dusimy w sobie przykro-

ści, złości, wtedy nasz umysł jest jasny i świeży. Gdy pozwalamy, by zalewały nas przykre uczucia, wtedy nasz umysł skupia się tylko na nich i nie potrafi dostrzec pojawiających się dobrych momentów i radości. Stąd ważne jest by dbać o swój pozytywny nastrój rozwiązując swoje trudności, tak szybko, jak to możliwe, samemu lub w towarzystwie rodziny czy przyjaciół. Gdy to nie wystarczy, warto skorzystać ze spotkania z psychoterapeutą, z którym można wspólnie popracować nad dobrą dla siebie zmianą.

Fantastycznie jest, gdy życie staje się pasją, radością, satysfakcją... Kiedy nasze zaangażowanie w większość rzeczy, które robimy, przynoszą nam pozytywne emocje, spełnienie. Mamy efekty naszej pracy, np. mądre wnuki, dobre relacje z ludźmi, zadbane zwierzęta i/lub rośliny, ładny i wygodny dom, ciekawy wystrój mieszkania, który wykonaliśmy sami, piękne obrazy namalowane przez nas, atrakcyjne ubrania, które zaprojektowaliśmy i uszyliśmy dla siebie i bliskich, piękny ogród, działkę, smaczne przetwory itp. Wtedy czujemy, że życie ma sens. Jesteśmy zdrowsi, piękniejsi i jakby młodsi. A nasz mózg, stale zachęcany do pracy, starzeje się znacznie wolniej!



# **W trosce o zdrowie**





Zdrowie to jedna z najcenniejszych wartości w życiu człowieka i to bez względu na wiek. Zapewne jednak umiejętność jego doceniania zmienia się wraz z upływem lat, a może wraz z obawami o jego utratę. Im więcej wiosem za nami, tym zdrowie zaczyna stawać się jeszcze cenniejsze i ważniejsze. Jesteśmy bardziej o nie zatroskani, a wszelkie symptomy jego przemijania przyjmujemy z niepokojem. Nie pozostaje zatem nic innego, jak dbać o ten największy skarb w życiu człowieka, aby czerpać z niego korzyści. Bo choć nie da się go wymienić na wartości materialne, to jego posiadanie umożliwia nam osiągnięcie wielu życiowych celów. Potrzebujemy go w każdym momencie życia. A zatem i w każdym wieku należy o nie dbać, o czym możemy się przekonać, czytając tę część książki.

# Zmiany w organizmie związane z wiekiem

**Jakub Kaźmierski**

Poszukując początków tego co nieuchronne, możemy przytoczyć słynne słowa: „Dziś ujrzałem pierwszy siwy włos na twojej skroni”, pochodzące z piosenki Mieczysława Fogga. Czym jest starzenie się organizmu? Pierwsze, co przychodzi na myśl, to „zmiana”. Zmiany zachodzące w nas z upływem lat postrzegamy zazwyczaj jako negatywne, ale czy zawsze musi tak być? Czy jest możliwe, że mają one również swój pozytywny wymiar?

Według jednej z teorii, starzenie się komórek i ich śmierć to proces adaptacji organizmu zapobiegający namnażaniu się nieprawidłowych, zmienionych nowotworowo komórek, których nadmierne gromadzenie się doprowadza do rozwoju chorób nowotworowych, w tym także nowotworów złośliwych, takich jak rak. W myśl tej hipotezy można spekulować, że starzenie się jest ceną, którą nasz organizm płaci za walkę ze śmiertelnymi nowotworami.

Rozwój medycyny, higieny, poprawa warunków życia sprawiły, że ludzkość doświadcza starości, zaś oczekiwany czas przeżycia zwiększył się o 27 lat w ciągu ostatniego stulecia.

## **Zdrowie**

Z upływem czasu dochodzi do zmian w naszym organizmie. W zależności od struktury i funkcji niektóre z narządów podlegają procesom starzenia wcześniej, inne zaś nieco później.

### **Oczy**

Pierwsze namacalne symptomy upływu czasu możemy obserwować w wieku 40 lat. W tym okresie większość z nas zaczyna korzystać z okularów do czytania. Soczewki oka stają się mniej elastyczne, co skutkuje ich zmniejszającą się akomodacją przy przenoszeniu wzroku z dali do bliży, pojawiają się wtedy trudności w czytaniu, szczególnie drobnych tekstów. Z kolei po 60 roku życia może dochodzić do zmętnienia soczewek i rozwoju zaćmy. Długotrwała ekspozycja na światło słoneczne może zwiększać ryzyko rozwoju zaćmy.

### **Słuch**

Okolo 1/3 osób w wieku 60 lat i powyżej doświadcza różnego stopnia niedosłuchu. Dzieje się tak z powodu ubytku receptorów odbiorczych w uchu wewnętrznym. Bardziej narażeni na ten proces są mężczyźni. Jeśli dochodzi do nagłego pogorszenia słuchu, tylko w jednym uchu, bólu czy wycieku z ucha należy zawsze skonsultować się z lekarzem.

## Serce i naczynia krwionośne

Kolejne zmiany dotyczą serca i układu naczyniowego naszego organizmu. W mięśniu sercowym dochodzi do spadku liczby komórek mięśniowych i wzrostu ilości kolagenu. Maksymalna liczba uderzeń serca na minutę maleje, zmniejsza się zatem możliwość sprawnego reagowania układu sercowo-naczyniowego na wysiłek i stres. W naczyniach dochodzi do pogrubienia warstwy wewnętrznej i środkowej (spadek tkanki sprężystej kosztem wzrostu włókien kolagenu). Niestety sprzyja to rozwojowi nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej serca. Do innych czynników, które mogą przyczyniać się do rozwoju nadciśnienia, zaliczamy uwarunkowania genetyczne, nadwagę i otyłość, niewłaściwą dietę (duże spożycie soli, alkohol). Z upływem czasu dochodzi do tworzenia się w narządach (także tych strategicznych, jak mózg czy serce) blaszki miażdżycowej. Jej tworzenie się jest przyspieszane i nasilane właśnie przez nadciśnienie tętnicze (dochodzi do mikrouszkodzeń w ścianie naczyń) oraz dietę wysokotłuszczową i nieprawidłową gospodarkę węglowodanowo-tłuszczową organizmu.

**TABELA 1.** ZESTAWIENIE KATEGORII CIŚNIENIA TĘTNICZEGO

<b>Ciśnienie tętnicze</b>	<b>Skurczowe (mmHg)</b>	<b>Rozkurczowe (mmHg)</b>
Optymalne	<120 i	<80
Prawidłowe	120–129 i/lub	80–84
Wysokie prawidłowe	130–139 i/lub	85–89

<b>Ciśnienie tętnicze</b>	<b>Skurczowe (mmHg)</b>	<b>Rozkurczowe (mmHg)</b>
Nadciśnienie tętnicze		
Łagodne	140–159 i/lub	90–99
Umiarkowane	160–179 i/lub	100–109
Ciężkie	≥ 180 i/lub	≥110

*Źródło: opracowanie własne.*

### **Drogi oddechowe**

Kolejne narządy, które zmieniają się wraz z wiekiem, to organy układu oddechowego. Dochodzi tu do osłabienia siły mięśni oddechowych, usztywnienia ścian klatki piersiowej, spadku ilości tkanki podporowej w płucach, osłabienia odruchu kaszlowego, pogorszenia funkcji aparatu rzęskowego. Zmiany te sprzyjają rozwojowi przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP) oraz zwiększają podatność na zakażenia, szczególnie zapalenia płuc, które mogą przebiegać bez swoistych objawów takich, jak górczka czy nasilony kaszel.

### **Układ immunologiczny i odporność**

W wieku podeszłym dochodzi także do zmian w układzie immunologicznym. Obserwujemy zaburzenia produkcji cytokin, spadek liczby limfocytów B, wzrost produkcji autoprzeciwciał (przeciwciała skierowane przeciwko własnym komórkom), a co za tym idzie wzrost zachorowań na choroby z autoagresji (choroby, w których organizm produkuje przeciwciała przeciwko własnym komórkom) i nowotworowe.

## Nerki

Regularnie spada także liczba czynnych nefronów i wielkość nerek, a co za tym idzie filtracja kłębuszkowa (ilość moczu filtrowana przez nerki w jednostce czasu). Szacuje się, że na każdą dekadę po 30 roku życia filtracja spada o 10%.

Zmiany nerkowe prowadzą do wzrostu zatrzymywania w organizmie potasu, zatem rośnie ryzyko hiperkaliemii (zbyt wysokie stężenia potasu we krwi) oraz odwodnienia (spowodowanego spadkiem pragnienia i utratą zdolności zagęszczania moczu). Należy także wspomnieć, że do uszkodzenia i utraty kłębuszków nerkowych u starszych pacjentów przyczynia się duże użycie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Leki te mają działanie nefrotoksyczne (szkodliwe dla nerek), a są szeroko stosowane przez pacjentów geriatrycznych głównie z powodu bólów stawowych i mięśniowych.

## Przewód pokarmowy

Pacjenci często skarżą się na dolegliwości gastryczne. Z wiekiem dochodzi do spadku siły skurczu mięśni przewodu pokarmowego i ilości neuronów cholinergicznym przewodu pokarmowego. Pojawiają się także zmiany zanikowe błony śluzowej żołądka z towarzyszącym zmniejszeniem ilości kwasu solnego. Wskutek powyższych procesów dochodzi do opóźnionego opróżniania żołądka, możliwego przemieszczania się bakterii do przewodu pokarmowego, nasilenia procesów fermentacyjnych i zaburzeń wchłaniania. Gorsze wchłanianie dotyczy głównie witaminy D, wapnia, żelaza, witaminy B12. Niedobory witaminowe mogą z kolei niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie w innych zakresach. Przewlekły niedobór witaminy B12 może mieć niekorzystny wpływ na pracę mózgu i funkcje poznawcze, zaś wapnia i witaminy D na metabolizm kości.

## **Stawy i kości**

Powszechnym problemem związanym ze starzeniem się jest spadek masy kostnej spowodowany deficytem odbudowy kostnej. Skutkuje to większą podatnością kości na złamania, do których może dochodzić nawet przy niewielkich urazach.

## **Mózg i funkcje poznawcze**

Istotną rzeczą jest odróżnienie, które zmiany w funkcjach poznawczych zaliczają się do prawidłowego procesu starzenia, a które są objawem choroby. Podobnie ważne jest rozróżnienie, jakie zmiany patomorfologiczne i patofizjologiczne mózgu można zaliczyć do naturalnie związanych ze starzeniem się, a jakie nie? Gdzie jest zatem granica pomiędzy normą a chorobą, czy można ją wyraźnie nakreślić, czy jest raczej pewnym kontinuum, trudnym do uchwycenia i prześledzenia.

Według dostępnych badań, wraz z wiekiem naturalnemu obniżeniu ulega szybkość uczenia się, funkcje wykonawcze oraz pamięć epizodyczna (pamięć zdarzeń wraz z ich kontekstem). Nie powinno jednak dochodzić do obniżenia funkcji językowych, zdolności logicznego myślenia, wiedzy semantycznej.

Badając budowę mózgu zauważono, że zmniejsza się objętość w obrębie płatów czołowych, i płatów skroniowych. Uważa się, że najbardziej wrażliwe na starzenie się są ośrodki, które w przebiegu rozwoju mózgu dojrzewają najpóźniej, w myśl hipotezy „kto przychodzi ostatni, żegna się jako pierwszy”. Obszary te, jak np. kora oczodołowo-czołowa są bardziej złożone pod względem cytoarchitektoniki w porównaniu do struktur filogenetycznie starszych i wcześniej dojrzewających. Tłumaczy to upośledzenie funkcji wykonawczych u zdrowych starszych pacjentów, gdyż pamięć operacyjna i funkcje wykonawcze są kontrolowane właśnie przez okolice czołowe kory móz-

gowej. Zaburzone funkcje wykonawcze mogą niekorzystnie wpływać na bardziej złożone funkcjonowanie, możliwości planowania, tempo wykonywania trudniejszych zadań.

Najczęstszą chorobą mózgu związaną z wiekiem jest choroba Alzheimera. We wczesnych etapach dochodzi do zapominania bieżących informacji, trudności w doborze słów, znacznie upośledzone jest, a później niemożliwe uczenie się i przyswajanie nowych informacji i umiejętności. Problemy z pamięcią doprowadzają do gorszego radzenia sobie w życiu zawodowym, rodzinnym, wreszcie codziennym, pacjenci doświadczają trudności w komunikowaniu się, nazywaniu, przypominaniu sobie słów, imion, faktów, orientacji w czasie, miejscu i otoczeniu.

Dotychczas brak jest leków czy metod pozafarmakologicznych mogących zatrzymać czy zupełnie zapobiec chorobie Alzheimera. Możemy jednak zmniejszyć ryzyko jej wystąpienia. Udowodniono, że pomocna jest tutaj odpowiednia dieta: spożycie warzyw (szczególnie papryki i warzyw zielonych), wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (zawartych w rybach czy owocach morza), niewielkie ilości czerwonego wina, a także regularna aktywność fizyczna i intelektualna.

## Zapobieganie chorobom

Na długość i jakość naszego życia w późnej dorosłości pracujemy już od wczesnych lat dziecięcych. To, jak się zmieniamy z wiekiem jest wypadkową odziedziczonych przez nas genów, ale także obciążeń lub zaniechań w środowisku życia i pracy, poziomie socjalnym, regularnym dbaniu o zdrowie fizyczne i psychiczne.

Czynniki ryzyka przyspieszonego starzenia się organizmu oraz sposoby profilaktyki zestawione są w tabeli 1.



**TABELA 2. CZYNNIKI RYZYKA NIEPRAWIDŁOWEGO STARZENIA SIĘ I ICH ZAPOBIEGANIE**

<b>Narząd</b>	<b>Czynniki ryzyka</b>	<b>Zapobieganie</b>
Oczy	Narażenie na promienie słoneczne. Nadciśnienie tętnicze.	Stosowanie okularów z filtrem UV. Wczesne rozpoznawanie i leczenie nadciśnienia tętniczego.
Słuch	Narażenie na hałas. Stosowanie leków uszkadzających ucho wewnętrzne (np. gentamycyna).	Stosowanie słuchawek w obszarach hałasu. Unikanie leków ototoksycznych.
Serce	Otyłość. Brak ruchu. Palenie tytoniu. Zwiększone stężenie lipidów, homocysteiny i glukozy we krwi.	Dieta uboga w sól. Regularny wysiłek fizyczny. Redukcja stresu psychicznego. Leczenie nadciśnienia i innych chorób towarzyszących.
Mózg i funkcje poznawcze	Niskie wykształcenie. Mała aktywność intelektualna. Przebyte urazy głowy. Nieprawidłowa dieta. Nielezione nadciśnienie.	Jak najdłuższe utrzymywanie aktywności fizycznej i intelektualnej. Leczenie nadciśnienia, cukrzycy, dyslipidemii. Spożycie niewielkich ilości czerwonego wina. Wczesne rozpoznawanie zaburzeń poznawczych.

**TABELA 1.** (CD.)

<b>Narząd</b>	<b>Czynniki ryzyka</b>	<b>Zapobieganie</b>
Układ immunologiczny	Cukrzyca. Choroby serca. Siedzący tryb życia. Uboga dieta.	Spacery na świeżym powietrzu. Szczepienia ochronne (np. przeciwko grupie). Dieta bogata w witaminy.
Drogi oddechowe	Palenie tytoniu. Częste infekcje. Siedzący tryb życia.	Wstrzymanie się od palenia tytoniu. Unikanie miejsc z dużym zanieczyszczeniem powietrza. Umiarkowany wysiłek fizyczny.
Nerki	Nawracające infekcje dróg oddechowych. Nadciśnienie tętnicze. Nadużywanie leków przeciwbólowych. Małe spożycie płynów, nadmierne spożycie soli.	Prawidłowa higiena okolic intymnych. Leczenie nadciśnienia tętniczego. Ograniczenie spożycia soli, prawidłowa podaż płynów.
Przewód pokarmowy	Zakażenie <i>Helicobacter Pylori</i> . Przewlekły stres. Nadużywanie alkoholu. Nadużywanie leków przeciwbólowych.	Leczenie zakażeń błony śluzowej żołądka. Unikanie stresu. Leczenie psychoterapeutyczne lub psychiatryczne w razie zaburzeń psychicznych związanych ze stresem. Ograniczenie spożycia alkoholu, papierosów.

**TABELA 1.** (CD.)

<b>Narząd</b>	<b>Czynniki ryzyka</b>	<b>Zapobieganie</b>
Kości i stawy	Niedostateczne spożycie lub wchłanianie wapnia, witaminy D. Nadmierne obciążenie pracą, szczególnie długotrwałe przebywanie w jednej pozycji. Brak aktywności fizycznej.	Dieta bogata w wapń, witaminy. Umiarkowana aktywność fizyczna. Unikanie wymuszonego długotrwałego przebywania w jednej pozycji.

*Źródło: opracowanie własne.*

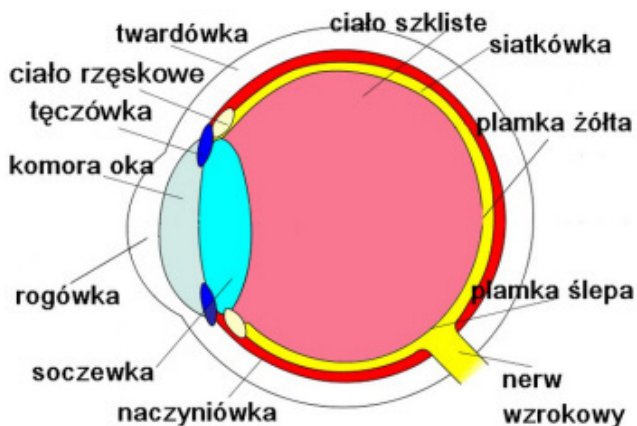
Jeśli chodzi o profilaktykę starzenia się, bardzo dużo uwagi przypisuje się obecnie właściwej diecie, zachowaniom prozdrowotnym oraz wczesnemu rozpoznawaniu chorób. Korzystna jest tzw. dieta śródziemnomorska, urozmaicona, obfitująca w warzywa, owoce, ryby, umiarkowane ilości orzechów, pełnoziarnistego pieczywa. Ochronne działanie mają też niewielkie ilości czerwonego wina. Kolejny istotny czynnik profilaktyczny rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i otępiennych to umiarkowana systematyczna aktywność fizyczna, utrzymywanie prawidłowego stężenia lipidów i glukozy we krwi, podtrzymywanie aktywności intelektualnej, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób sercowo-naczyniowych i zaburzeń funkcji poznawczych.

# Najczęstsze choroby oczu u osób starszych

**Adam Rojek**

Oko młodego człowieka, niemające żadnej wady wzroku (krótkowzroczności, dalekowzroczności, astygmatyzmu), widzi doskonale przedmioty odległe, oddalone o kilkaset czy kilkanaście metrów, jak i położone blisko, np. kilkadziesiąt centymetrów – jak drobny druk czytany w gazecie.

To automatyczne, błyskawiczne nastawianie się oka na oglądanie przedmiotów odległych, jak i bliskich nazywamy akomodacją. Ten niezwykle, potężny mechanizm działa niezawodnie mniej więcej do czterdziestego, a najwyżej do czterdziestego piątego roku życia. Z reguły pacjenci w tym wieku zauważają, że czytanie drobnego druku sprawia im trudność. Bywają jednak dni lepsze i gorsze. Kłopoty z czytaniem występują początkowo wieczorem oraz przy słabym oświetleniu. Pacjenci „ratują się”, odsuwając tekst coraz bardziej od oczu, a gdy „brakuje im rąk”, przychodzą do okulisty. Często zbolalym głosem mówią: *Doktorze tracę wzrok!* Zadaniem okulisty jest wówczas



**RYC. 1.** BUDOWA OKA

Źródło: <http://tajemnice.estrefa.net/Jak-dziala-ludzkie-oko> (21.02.2016).

zbadać i ... uspokoić pacjenta. Tak niestety niedoskonale jesteśmy skonstruowani, że po czterdziestce potrzebne są nam okulary do pracy wzrokowej z blizy. To normalne, fizjologiczne zjawisko nosi niezbyt elegancką nazwę: starczowzroczność, po łacinie *presbyopia*.

Pierwsze okulary do czytania u osoby po czterdziestce, mającej tylko starczowzroczność (a nie jest ani krótkowidzem, ani dalekowidzem, ani astygmatykiem), są zazwyczaj bardzo słabe i nie przekraczają plus 1 dioptrii. Okulary do blizy trzeba zmieniać co kilka lat – na silniejsze – oczywiście po badaniu okulistycznym. Jest to konieczne i normalne.

Starowzroczność, czyli osłabienie akomodacji, dotyka także pacjentów ze wspomnianymi powyżej wadami wzroku, czyli korzystających z okularów do patrzenia w dal. W tym przypadku sprawa noszenia takich czy innych okularów jest bardziej złożona i wymaga wizyty u okulisty.

Czasem mamy w otoczeniu starsze osoby, które czytają bez okularów i pytamy, jak to jest możliwe, czy nie dotknęła tych osób starczowzroczność? Wyjaśnienie jest następujące: osoby te mają krótkowzroczność. Krótkowidz czyta sprawnie bez okularów, ale potrzebuje szkieł minusowych do patrzenia w dal.

## Zaćma

W oku człowieka, w jego przedniej części, tuż za kolorową tęczówką znajduje się soczewka. Ma ona wielkość małego guzika i – w wieku młodym – jest idealnie przezroczysta oraz może zmieniać swój kształt: jest bardziej wypukła, np. przy czytaniu (akomodacja).

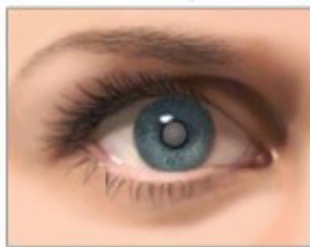
Zaćma albo z języka łacińskiego *katarakta* to dziś bardzo częsta choroba oczu, polegająca na stopniowym mętnieniu tej właśnie soczewki (nie jest to więc narastanie jakiejś nieprzezroczystej błonki na oko). Jakie są przyczyny mętnienia soczewki? W bardzo wielu przypadkach nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Jeśli choroba dotyczy osób w starszym wieku (zaćma starcza, zdecydowanie najczęstsza) uznać ją trzeba za chorobę zwyrodnieniową, czasem zaćma jest powikłaniem stanów zapalnych oka, częściej występuje u osób z wysoką krótkowzrocznością oraz u cukrzyków. Częste są przypadki występowania zaćmy u spawaczy i hutników pracujących bez odpowiednich osłon. Zaćma może być wreszcie spowodowana urazem oka, np. uderzeniem pięścią, albo też ciałem obcym, które przebije ścianę gałki ocznej i wpada do wnętrza oka. Znane są też przypadki zaćmy wywołane porażeniem łukiem elektrycznym i piorunem. Trzeba też wspomnieć o zaćmie wrodzonej, która może się ujawnić u zupełnie małych dzieci.

Jak szybko postępuje proces mętnienia soczewki? Odpowiedź jest trudna: u poszczególnych osób i w różnych postaciach zaćmy niejednolicie. Po urazie np. soczewka może zmętnieć w ciągu kilku czy kilkunastu godzin. U osób starszych zaćma „dojrzewa” kilka czy nawet kilkanaście lat. W tym okresie mogą występować przyspieszenia, jak i zwolnienia procesu mętnienia soczewki, jednakże zmętnienia, które już nastąpiły, nie cofają się. Zmętnienia te mogą dotyczyć bardziej części środkowej (jądra) albo obwodowej soczewki, bardziej części przedniej lub tylnej, mogą być bardziej mleczne lub bardziej brązowe.

**bez zaćmy**



**z zaćmą**



**FOT. 1. OKO ZDROWE I Z ZAĆMĄ**

<http://comarch-optima.biz.pl/> (21.02.2016).

Zaćma starcza dotyczy z reguły obu oczu, choć najczęściej w różnym stopniu. W początkowym okresie rozwoju zaćmy można podejmować próby „oszukania jej” okularami, szczególnie u pacjentów, którzy wcześniej już korzystali ze szkieł korekcyjnych. Wraz jednak z postępującym mętnieniem soczewek pogarsza się wyraźnie ostrość wzroku, a okulary – niestety – nie są w stanie poprawić widzenia.

Współczesna medycyna – okulistyka – nie zna skutecznego specyfiku (np. kropli do oczu) leczącego zaćmę. Dziś – na całym świecie – jedynie zabieg operacyjny jest w stanie przywrócić choremu normalne widzenie.

Najstarszą operację zaćmy, wykonaną bez większych modyfikacji przez około trzy tysiące lat temu, było przemieszczenie, zepchnięcie zmętniałej soczewki do wnętrza gałki ocznej (do komory szklistej) wprowadzoną do oka igłą. Jeśli nie doszło do poważnych powikłań infekcyjnych i krwotocznych ostrość wzroku – mimo bezsoczewkowości – poprawiała się trochę. Dopiero od trzystu lat usuwa się zmętniałą soczewkę na zewnątrz po wykonaniu odpowiedniego przecięcia gałki. Stosowana do dziś powszechnie technika operacji zaćmy nosi skomplikowaną nazwę: **fakoemulsyfikacji**.

Zmętniałą soczewkę usuwa się z oka nie w całości, ale rozdrabnia się ją, rozbija ultradźwiękami (nie laserem!) i wysysa na zewnątrz przez cienką igłę – rureczkę. A włożenie tej igły – rureczki, do oka wymaga bardzo małego przecięcia rogówki. Następnie do wnętrza gałki wprowadza się plastikową soczewkę.

Aby wprowadzać soczewkę do oka przez wyżej wspomniane małe cięcie, specjalny przyrząd zwija ją w „rulonik”, który samorzutnie się rozwija, rozprostowuje wewnątrz gałki ocznej. Szycie rany rogówki jest zbędne i albo w dniu zabiegu, albo następnego dnia pacjent idzie do domu.

Operacje przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym, zabieg jest niebolesny. Nigdy nie operuje się jednocześnie obu oczu. Powikłania śródoperacyjne i pooperacyjne są rzadkie, ale bywają.

W Polsce przeprowadza się rocznie około 100 tysięcy operacji usunięcia zaćmy. Potrzeby są jednak znacznie większe – stąd bardzo długie kolejki.

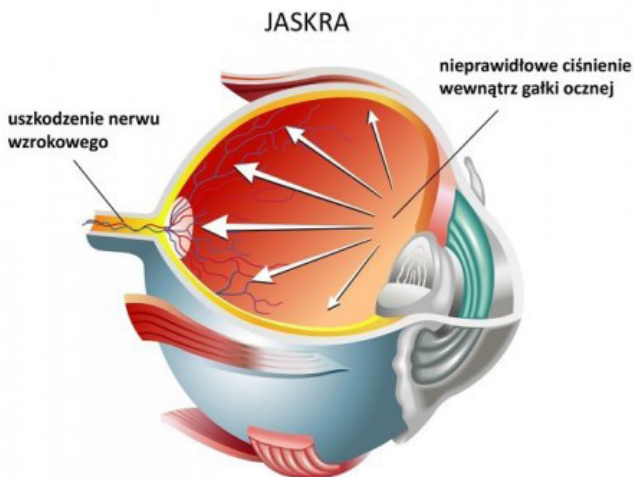


## Jaskra

Wyobraźmy sobie małą gumową piłeczkę. Aby utrzymywała ona swój kulisty kształt i aby się sprężyste odbijała, nie może być dziurawa, ale musi być napompowana, czyli musi być w niej zamknięte powietrze pod stosownym ciśnieniem. Podobnie jest z gałką oczną – musi mieć odpowiednie ciśnienie. W jej wnętrzu tuż za kolorową tęczęwką jest struktura anatomiczna przypominająca nieco pierścień i nazywana ciałem rzęskowym (choć z rzęsami nie ma żadnego związku). Ciało rzęskowe produkuje tzw. ciecz wodnista, która spełnia odżywcze funkcje dla soczewki i rogówki, lecz – w odróżnieniu od czerwonej krwi – jest przezroczysta. Produkowana przez ciało rzęskowe ciecz wypływa z gałki ocznej na zewnątrz przez tzw. kąć przesączania, znajdujący się między obwodem rogówki a tęczęwką. Jeśli produkcja tej cieczy nie jest zaburzona, a jej odpływ nie jest upośledzony, to w gałce ocznej panuje prawidłowe ciśnienie. W warunkach fizjologicznych może się ono wahać od 10 do 20 mm słupa rtęci. Ciśnienie to nie jest w żaden sposób powiązane z ciśnieniem tętniczym krwi, wiadomo tylko, że jest od niego kilkakrotnie niższe.

Bardzo groźnym stanem dla oka jest zbyt niskie ciśnienie śródgałkowe, gdyż grozi zanikiem gałki i nieodwracalną utratą widzenia. Zbyt wysokie ciśnienie to po prostu jaskra. Zachorowalność na jaskrę stopniowo wzrasta w starszych grupach pacjentów. Istnieje wiele rodzajów jaskry. Na przykład jaskra wtórna może być wywołana przewlekłym zapaleniem tęczęwki albo zaawansowaną zaćmą (zaćmą pęczniejącą). Czasem więc mówimy, że u starszych osób zaćma i jaskra występują łącznie jak dwie dobre koleżanki.

Z rodzaju jaskier pierwotnych wymienimy tylko dwie: ostrą i prostą. Z jaskrą ostrą mamy do czynienia wówczas, gdy przy normalnej produkcji cieczy wodnistej jej odpływ jest całkowicie zablokowany. Ciśnienie śródgał-



## **RYC. 2.** JASKRA

Źródło: <https://www.tourmedica.pl/artykuly-medyczne/operacje-i-leczenie-jaskry/> (21.02.2016).

kowe podnosi się wówczas nawet do około 50 mm słu­pa rtęci, znacznie pogarsza się ostrość wzroku, lecz najisto­tniejszym, alarmującym objawem jest bardzo silny ból oka przechodzący na okolicę oczodołu. Taki pacjent powinien się znaleźć jak najszybciej na oddziale okulistycznym dy­żurującego szpitala. Szansa na uratowanie widzenia jest wówczas dość duża (leczenie zachowawcze – krople do oczu lub operacyjne).

Jaskra prosta jest u osób starszych niemal dziesięcio­krotnie częstsza niż groźna postać ostra. Innymi słowy, najczęstszym typem o stosunkowo łagodnym przebiegu jest jaskra prosta. Ciśnienie śródgałkowe nie przekracza 30 mm słu­pa rtęci. Przesączanie cieczy wodnistej nie jest całkowite, lecz jedynie w różnym stopniu utrud­nione, zmniejszone. W aptekach jest około pięćdziesięciu rodzajów kropli obniżających ciśnienie śródoczne. Pod-

stawowym warunkiem skutecznego leczenia jest wczesne wykrycie choroby oraz systematyczne prowadzenie przez lekarza okulistę.

Wśród czynników zwiększających prawdopodobieństwo pojawienia się jaskry wymienić należy: wiek powyżej czterdziestu lat (im starszy pacjent, tym prawdopodobieństwo większe), jaskra u rodziców lub rodzeństwa, migrenowe bóle głowy, objaw zimnych rąk i stóp, zbyt niskie ciśnienie tętnicze krwi, wysoki poziom cholesterolu, otyłość, cukrzyca, przewlekły stres. Jeśli jaskra nie jest leczona, wysokie ciśnienie śródgałkowe „uciska” nerw wzrokowy, który szybciej czy wolniej ulega stopniowemu zanikowi, czyli nieodwracalnemu obumieraniu. W zaawansowanych zanikach tego nerwu chory ma znacznie ograniczone pole widzenia, czyli widzenie na boki przy patrzeniu do przodu. Jaskra dokonana to taka, która dokonała całkowitego obumarcia nerwu wzrokowego. Jeśli ten stan dotyczy obu oczu – pacjent jest trwale niewidomy.

## **Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem – AMD**

Najważniejszym elementem oka jest siatkówka. Inne, także ważne struktury, są – by tak rzec – na jej usługach. Siatkówka wyściela miseczkowato wnętrze gałki ocznej, ma grubość 0,5 mm i składa się aż z dziesięciu delikatnych warstw, w tym z fotoreceptorów, tj. czopków i pręcików. Tu przebiegają błyskawicznie bardzo skomplikowane procesy biochemiczne, w wyniku których następuje zamiana oglądanych przez nas obrazów na impulsy elektryczne przesyłane nerwami wzrokowymi do „centrali widzenia” w korze mózgowej. Wyjątkowa intensywność tych procesów sprawia, że siatkówka potrzebuje kilkakrotnie więcej substancji odżywczych dostarczanych przez krew niż inne tkanki. Najważniejsza, centralna okolica siat-

kówki o powierzchni łożka od zapałki, leżąca na wprost źrenicy i soczewki, nazywana jest plamką żółtą lub po prostu plamką.

### **RYC. 3. PLAMKA ŻÓŁTA**

Źródło: [http://www.amd.org.pl/index.php/2014/05/20/zwyrodnienie-plamki-zwiazane-z-wiekem/\(21.02.2016\)](http://www.amd.org.pl/index.php/2014/05/20/zwyrodnienie-plamki-zwiazane-z-wiekem/(21.02.2016)).



W wyniku niezwykle intensywnych przemian metabolicznych powstają w siatkówce (głównie w okolicy plamkowej) pewne nietrwałe, ale bardzo groźne produkty – odpady zwane wolnymi rodnikami tlenowymi. Nigdzie w organizmie nie powstaje ich tyle, co w plamce żółtej. Powstając, „rozglądają się”, co by tu utlenić, spalić, zniszczyć. Natura przeciwstawia się tym zgubnym reakcjom, szybko wychytując i unieszkodliwiając rodniki przez substancje zwane przeciwutleniaczami, antyoksydantami lub wreszcie zmiataczami. Póki wolne rodniki powstają w ilościach normalnych, a system ich zmiatania działa sprawnie, nie dochodzi do stopniowego, nieodwracalnego uszkodzenia siatkówki plamkowej. Dwa najważniejsze przeciwutleniacze – antyoksydanty, w gałce ocznej to luteina i zeaksantyna. Luteina to żółty barwnik roślinny, który nadaje żółtą, złocistą barwę wielu warzywom.

Nie wszystkie produkty roślinne zawierające luteinę są barwy żółtej, gdyż wielokrotnie barwnik ten jest ukryty, maskowany przez zielony chlorofil. W warunkach przemy-

słowych luteinę pozyskuje się z żółtych kwiatów aksamitki wyniosłej. Jedynym, wyjątkowym produktem pochodzenia zwierzęcego zawierającym luteinę jest żółtko jaja kurzego. Oba te barwniki: **luteina** i **zeaksantyna** muszą być dostarczane do organizmu w diecie roślinnej, gdyż ustrój ludzki nie może ich wytwarzać samodzielnie. Występują obficie w szpinaku, brokułach, kapuście włoskiej, groszku zielonym, dyni, żółtej papryce, cukinii, pietruszce, szczypiorku, pomarańczach. Gotowanie i rozdrabnianie warzyw sprzyja – co zaskakujące – przyswajaniu obu tych barwników przez jelito. Luteina i zeaksantyna odgrywają jeszcze inną fundamentalną rolę. Gromadząc się w okolicy centralnej siatkówki – w plamce żółtej – oraz w soczewce, ochraniają oko (z 99% sprawnością) przed szkodliwym działaniem promieniowania UV. Spełniają zatem funkcję wewnętrznych barwnikowych filtrów – okularów ochronnych. Ustalono, że nasza codzienna dieta uboga niestety w produkty roślinne dostarcza od 1/3 do 1/4 dobowego zapotrzebowania na luteinę, które wynosi 6 mg. To stanowczo za mało!

Nasza codzienna dieta powinna zawierać także wielonienasycone kwasy tłuszczowe (WNKT), a zwłaszcza omega3, tj. DHA oraz EPA. Ich źródłem są oleje roślinne i ryby. Podobnie jak w przypadku luteiny i zeaksantyny nasz ustrój nie może ich samodzielnie wytworzyć i muszą być dostarczane w diecie. Stanowią one podstawowy budulec błon komórkowych czopków i pręcików, działają antyoksydacyjnie, wspomagają prawidłowe ukrwienie siatkówki i nerwu wzrokowego, biorą też udział w niezmiernie złożonym procesie widzenia, tj. zamiany energii świetlnej na impulsy nerwowe.

Znanych jest wiele różnorodnych schorzeń siatkówki czy też jej centralnej, plamkowej okolicy. Poniżej zostanie opisane tylko jedno schorzenie, tj. AMD występujące w dwóch odmianach. Zwyródnienie plamki związane

z wiekiem (skrót angielski: AMD pochodzi od słów Age-related Macular Degeneration) nie jest nową, nieznaną chorobą siatkówki. Ostatnio jednak występuje coraz częściej, a po „opanowaniu” takich chorób, jak jaskra i zaćma, zwyrodnienie plamki wysunęło się na pierwsze miejsce wśród przyczyn znacznej utraty wzroku. Zwyrodnienie rozwija się zazwyczaj w obu oczach, choć często z różnym nasileniem. Nie doprowadza nigdy do całkowitej ślepoty, gdyż nie uszkadza całej siatkówki, lecz jedynie część centralną, czyli okolicę plamki żółtej. Łagodniejszą formą jest **zwyrodnienie suche, czyli zanikowe**. Jest ono rezultatem nieznacznej dysproporcji między powstawaniem a eliminowaniem wolnych rodników tlenowych. W rezultacie tworzą się pod siatkówką druzy, czyli osady albo złogi doprowadzające do powolnego, trwającego często wiele lat zaniku funkcji plamki żółtej aż do późnego stadium zwanego zanikiem geograficznym. Pacjenci skarżą się u okulisty na powolne pogorszenie ostrości wzroku, widzenie szarej plamy przed okiem oraz na powykrzywianie prostych linii (test Amslera). Postać suchą leczą się najczęściej preparatami zawierającymi luteinę wraz z innymi zmiataczami wolnych rodników i ewentualnie z nienasyconymi kwasami tłuszczowymi. Postać sucha, zanikowa może przejść w groźną formę mokrą, czyli wysiękową. Może ona doprowadzić do znacznego upośledzenia wzroku w okresie kilku miesięcy. Na szczęście występuje dziesięciokrotnie rzadziej od suchej.

W **formie wysiękowej** tworzą się pod siatkówką i wra-  
stają do siatkówki nowe dodatkowe naczynia krwionośne. Niestety ich ścianki są słabe, kruche i nieszczelne. Stąd powstają obrzęki siatkówki, następnie niszczące ją krwotoki i w końcu trwałe bliznowacenia. Jednym słowem to nowotwórstwo naczyniowe, czyli inaczej neowaskularyzacja (po angielsku CNV), jest zjawiskiem wysoce zgubnym dla plamki.

W celu precyzyjnej diagnozy obu powyższych form AMD, ale też i innych schorzeń siatkówki, wykonuje się dwa rodzaje badań obrazowych (fotograficznych): AF, czyli angiografię fluoresceiniową, oraz OCT, czyli optyczną koherentną tomografię.

Postać mokrą, wysiękową leczy się (z trudem) metodą zwaną anty-VEGE, która polega na wstrzykiwaniu (niebolesnym!) do wnętrza gałki ocznej, czyli do ciała szklanego, niewielkiej ilości kosztownego preparatu (Avastin, Lucentis. Eylea) blokującego szkodliwe dla siatkówki nowotwórstwo naczyniowe, mającego na celu „zasuszenie” szkodliwych naczyń. Często wstrzyknięcie trzeba wielokrotnie powtarzać, by uzyskać zahamowanie lub nawet pewne cofnięcie się procesu chorobowego. (Należy przypuszczać, że w niedalekiej przyszłości w światowych laboratoriach zostanie opracowana skuteczniejsza i tańsza metoda leczenia).

W odniesieniu do AMD zasada: lepiej zapobiegać niż leczyć, znajduje wyraźne potwierdzenie. Najistotniejszym czynnikiem ryzyka jest wiek – wraz z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo zachorowania. Co czwarta osoba po 65 roku życia jest dotknięta jakąś formą AMD w różnym stopniu zaawansowania. Na ten czynnik nie mamy rady, czas upływa nieubłaganie, a starzenie się jest podstawowym prawem natury. Poza naszym wpływem pozostają także takie czynniki ryzyka, jak: obciążenie rodzinne tą chorobą (udało się wyodrębnić odpowiedzialne geny), płeć żeńska, jasny kolor tęczówek i jasna karnacja skóry. A oto czynniki, na które możemy racjonalnie wpływać, by zmniejszać ryzyko zachorowania i zahamować rozwój choroby: złe odżywianie (zaleca się dietę bogatą w różnorodne produkty roślinne i tabletki zawierające głównie luteinę i nienasycone kwasy tłuszczowe), palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, wysoki poziom cholesterolu,

nadwaga, nadmierna ekspozycja na słońce bez ochrony okularowej, uporczywy brak snu, stres, nadużywanie alkoholu.

## „Muszki latające”

Wnętrze gałki ocznej wypełnione jest przezroczystą, galaretowatą substancją przypominającą białko jaja kurzego. Jej fachowa nazwa brzmi: ciało szkliste lub szklistka.

Budowa tej substancji jest dość wyjątkowa. Proszę sobie wyobrazić rusztowanie, zbrojenie zbudowane nie z rur czy prętów, ale z cienkich włókienek białkowych (kolagenowych). W oczkach tego rusztowania-zbrojenia umieszczone są cząsteczki – kuleczki kwasu hialuronowego. A to wszystko zalane jest dużą ilością wody. Woda stanowi aż 98% składu szklistki i „utrzymywana” jest przez wodochłonny kwas hialuronowy.

Młode, zdrowe ciało szkliste jest idealnie przezroczyste i młody pacjent nie skarży się na widzenie „muszek latających” przed oczami. Ale już pod koniec wieku średniego i w wieku starszym, w pewnych obszarach ciała szklistego dochodzić może do ograniczonego rozpadu rusztowania kolagenowego. Połamane i zwyrodniałe fragmenty rusztowania zbijają się, łączą się w większe konglomeraty, które tworzą męty w ciele szklistym. Te widziane są przez pacjentów jako pływające przed okiem kłaczkki, muszki, pajęczki, pajęczynki, sadze, babie lato itp. Ich ilość bywa bardzo różna, od pojedynczych po całe ciemnoszare gromady. Pływanie mętów jest ułatwione rozwodnieniem, upłynnieniem niegdyś galaretowatego ciała szklistego, które właściwiej jest nazywać wówczas cieczą szklistą. Widzenie mętów nie jest objawem groźnym, niepokojącym, choć niewątpliwie denerwującym.



Omówione poniżej męty nazywamy zwyrodnieniowymi. Są dolegliwością pospolitą u osób starszych, zazwyczaj nie powodują obniżenia ostrości wzroku, częściej pojawiają się u kobiet niż u mężczyzn i częściej u osób krótkowzrocznych.

Mętom zwyrodnieniowym towarzyszą czasem jasne błyski, jak gdyby poprzez gałkę przelatująca świecąca iskra. Otóż zmienione, „niemłode” ciało szkliste odłącza się od siatkówki, do której uprzednio ściśle przylegało. Siatkówka „produkuje” wówczas błyski, nawet przy zamkniętych oczach. Owo odłączanie szklistki występuje aż u 3/4 osób po 65 roku życia. Bardzo rzadko (na szczęście!) prowadzić to może do przedarcia i odwarstwienia siatkówki – poważnego schorzenia wymagającego leczenia operacyjnego.

Inne niż omówione powyżej męty pojawiają się rzadziej, ale stanowią dla pacjenta znaczny kłopot. Mogą to być np. męty po wylewie krwi do ciała szklistego (wylew samostanny lub po urazie) albo męty w przebiegu ciężkiego zapalenia wnętrza gałki ocznej.

## Zespół suchego oka

Wewnątrz oczodołu, nieco skroniowo od gałki ocznej, znajduje się gruczoł łzowy. Jego wydzielina dostaje się przez specjalne kanaliki do worka spojówkowego, gdzie zostaje wzbogacona wydzieliną gruczołów znajdujących się na brzegach powiek oraz na powierzchni spojówek. W ten sposób powstaje tzw. film łzowy, który dzięki mrużeniu rozprowadzony jest skutecznie po powierzchni rogówki i całym worku spojówkowym. W warunkach prawidłowych gałka oczna jest „skąpana” we łzach. Nadmierne łzawienie jest nieprzyjemne i kłopotliwe, ale nie tak groźne, jak ZSO, czyli zespół suchego oka. W podeszłym

wieku gruczoł łzowy ulega częściowemu zanikowi. Jego niewydolność towarzyszy pewnym chorobom reumatycznym, ale może być także rezultatem przyjmowania niektórych leków doustnych oraz kropli do oczu. W łagodnych postaciach zespołu suchego oka, występuje uczucie ciała obcego pod powieką albo nawet „piasku w oczach”. W postaci zaawansowanej dochodzi do bolesnego złuszczenia się nabłonka rogówki lub spojówki wraz z wtórnymi zakażeniami bakteryjnymi, wirusowymi lub grzybiczymi.

Leczenie objawowe tego zespołu polega na przyjmowaniu kropli nawilżających, czyli sztucznych łez. Kupujemy je w aptekach bez recepty, do wyboru mamy kilkanaście preparatów.

## Inne zmiany

Skóra powiek jest wyjątkowo cienka i delikatna. Wraz z wiekiem traci ona swą elastyczność. Stąd pojawiają się łatwiej obrzęki czy worki pod oczami. Powieki opadają i gałki oczne wydają się mniejsze niż były w młodości. Drugim powodem pozornego zmniejszania się oczu w wieku starszym bywa częściowy zanik, spadek objętości tłuszczu oczodołowego, który ma niejako wypychać gałkę ku przodowi. Na powiekach mogą też występować kępki żółte, czyli żółtawe, nieco wyniosłe, kilkumilimetrowe plamy. Powinny być one usunięte prostym zabiegiem chirurgicznym, gdyż nie dodają urody.

Krawędzie, brzegi powiek mogą się odwijać na zewnątrz, co sprzyja uporczywemu drażnieniu gałki przez nieprawidłowo rosnące rzęsy. Tu także wskazany jest zabieg operacyjny.

Na osobną uwagę zasługują też zmiany w naczyniach krwionośnych odżywiających siatkówkę i nerw wzrokowy. U osób starszych na skutek miażdżycy, nadciśnienia tę-

niczego czy łagodnej nawet cukrzycy, dochodzić może do niedokrwienia pewnych struktur oka (zbyt wąskie naczynia), zatorów małych tętniczek lub zakrzepów żylnych, co łączy się często z wylewem krwi do siatkówki.

Ogromną rolę odgrywa tu profilaktyka zmian naczyniowych (dieta, kontrola cukru i cholesterolu, leczenie nadciśnienia tętniczego, leki przeciwzakrzepowe).

# Nadgryzione zębem czasu

Joanna Kunert

Nie ulega wątpliwości, że wraz z wiekiem postępuje stopniowe pogarszanie się wszystkich zmysłów, jednak szybkość zachodzenia tych zmian jest różna u każdego człowieka. Są osoby, które już w wieku 50–60 lat wykazują początkowe cechy demencji, ale też są i tacy jak, Verdi czy Churchill, którzy byli sprawni umysłowo i kreatywni do końca swoich dni. Trudno doszukać się uogólnień odnoszących się do sposobu starzenia się, jednak nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że wszyscy rodzimy się i umieramy, a to co jest pomiędzy powoduje, że jesteśmy różni. Podobnie sprawa wygląda z zębami. Jedni z pomocy stomatologa korzystają rzadziej, a inni częściej. Prawidłowość ta dotyczy oczywiście osób w różnym wieku. Bez wątplenia jednak z upływem lat również ten aspekt naszego zdrowia wymaga szczególnej uwagi.

Wizyta u stomatologa rzadko kiedy miło się nam kojarzy. Nasze wspomnienia mają jednak decydujący wpływ

na nastawienie, a także zachowanie. Towarzyszące obawy mogą powodować odkładanie wizyty i ignorowanie kwestii związanych z pojawiającymi się dolegliwościami. Osoby dojrzałe, które regularnie korzystały i korzystają z usług dentysty szybciej decydują się na wizytę i zwykle nie mają problemów w precyzowaniu swoich dolegliwości i oczekiwań. Umawiają się na wizyty kontrolne, potrafią opisać występujące dolegliwości oraz są w stanie określić swoje potrzeby. Z punktu widzenia stomatologa diagnostyka i leczenie takich osób nie stwarza większych problemów. Lekarz mając do czynienia z otwartą postawą stara się także wyjść naprzeciw pojawiających się oczekiwań i udzielić profesjonalnej pomocy. Takim osobom jest znacznie łatwiej w kontakcie ze stomatologiem.

W gabinecie trudniej odnaleźć się osobom sporadycznie korzystającym z porad dentysty. Z powodu strachu, złych doświadczeń w przeszłości lub po prostu wstydu są bardzo zamknięte w sobie, a zaspokojenie ich potrzeb zdrowotnych w jamie ustnej stanowi pewnego rodzaju wyzwanie.

Warto pamiętać, że do poprawnych relacji lekarz – pacjent są potrzebne dwie strony, których cechy charakteru, sposób porozumiewania się, nastawienie do siebie mają kluczowe znaczenie. Pozytywnie nastawiony do leczenia pacjent i życzliwy, doświadczony lekarz stanowią idealne warunki do budowania relacji opartych na zaufaniu i wzajemnym szacunku. Taka sytuacja sprzyja też osiągnięciu lepszych efektów leczenia, większego komfortu życia pacjentów ze zdrową jamą ustną.

## **Jama ustna zmienia się z wiekiem**

Zęby są tkanką ludzkiego organizmu, która utrzymuje się najdłużej (nawet po śmierci). To badając uzębienie prehistorycznych przodków możemy wiele się o nich dowie-

dzień. Co ciekawe, zęby będąc w jamie ustnej łatwo ulegają uszkodzeniom, są narażone na próchnicę, procesy zużycia. Natomiast po śmierci stanowią niezniszczalny element jamy ustnej, na którym można prześledzić „historię leczenia” od dzieciństwa do późnej starości.

Zmiany w jamie ustnej zachodzące z wiekiem można podzielić na 2 obszary.

W wyniku zaniku tkanek otaczających ząb – dziąsła i błony śluzowej, zęby stają się dłuższe, korzeń zęba staje się widoczny – przy dziąśle pojawiają się brązowe przebarwienia. Czasem dołącza się rozchwianie zęba. Taki stan jest procesem fizjologicznym i nie powinien wzbudzać niepokoju pacjenta.

Drugi tor zmian dotyczy tkanek twardych, czyli zębów. Często występują pęknięcia, złamania zębów i inne procesy związane z procesami zużycia, takimi jak abrazja, erozja, starcie zębów.

W młodym wieku wszystkie tkanki w jamie ustnej mają większy potencjał do odbudowy. Wraz z wiekiem zdolności naprawcze znacznie się zmniejszają, w związku z tym procesy zużycia tkanek są zjawiskiem dominującym i fizjologicznym.

Cechą charakterystyczną jest zmniejszenie wielkości zębów zarówno w wymiarze pionowym, jak i poziomym. Zmiany te są bardziej widoczne u osób dojrzałych, które w ciągu życia straciły wiele zębów. Pozostałe w jamie ustnej są „przeciążone” i szybciej ulegają starciu. Kiedy zniszczeniu ulegnie zewnętrzna, najbardziej twarda tkanka w organizmie – szkliwo – na powierzchni zębów pojawiają się ciemne punkty odsłoniętej wewnętrznej warstwy zęba, znacznie bardziej miękkiej i szybciej ulegającej starciu – zębiny. Użytkowanie protez znacznie opóźnia ten proces, ponieważ podczas spożywania pokarmów żucie rozkłada się na wszystkie zęby – własne i sztuczne.

Podobnie dzieje się na powierzchni zębów. Spożywanie kwaśnych produktów, mycie zębów twardą szczoteczką także powodują ścieranie powierzchniowej warstwy szkliwa, odsłaniając ciemniejszą zębinę oraz powodując ubytki w strukturze zęba. Pojawiają się ubytki w okolicy przydziąsłowej. Mają one różną głębokość, czasem są tak rozległe, że mogą powodować złamanie zęba przy dziąśle. Pozbawione powierzchniowej warstwy ochronnej szkliwa zęby zmieniają kolor, stają się bardziej żółte, nieprzeziernie, matowe. Ubytki tkanek zęba związane z procesem starzenia się mogą być wypełniane ogólnie dostępnymi materiałami kompozytowymi. W przypadkach zaawansowanych zniszczeń zęba wykonuje się korony protetyczne, które oprócz ochrony zęba poprawiają walory estetyczne uzębienia.

Ciekawym zjawiskiem obserwowanym u dojrzałych pacjentów jest zmniejszenie ilości ubytków próchnicowych w koronie zęba. Próchnica uznawana przez wielu stomatologów za chorobę dotykającą głównie dzieci i młodzież, w późnym wieku występuje ze znacznie mniejszą intensywnością. Dzieje się tak z kilku powodów. Po pierwsze: wraz z upływem czasu tkanki zęba wysycają się fluorem, wapniem, fosforanami oraz innymi mikroelementami, które wzmacniają strukturę zęba, czyniąc ją bardziej odporną na próchnicę. Po drugie: dorosły pacjent ma już za sobą pewną „przeszłość stomatologiczną” i w miejscach szczególnie podatnych na próchnicę są już wypełnienia, a więc nastąpiła już eliminacja okolic, w których najczęściej powstają ubytki próchnicowe.

Kolejnym aspektem, ostatnio coraz częściej opisywanym w literaturze medycznej, jest nabywanie z wiekiem odporności przeciwko bakteriom wywołującym próchnicę zębów. Stymulowanie układu odpornościowego do powstawania przeciwciał przeciwko mikroorganizmom odpowiedzialnym za wywoływanie próchnicy zębów odbywa się przez całe życie. Przeciwciała obecne w organi-

zmie sprawiają, że z wiekiem organizm lepiej eliminuje bakterie próchnicotwórcze. Hipoteza ta nie jest jeszcze do końca potwierdzona i wymaga dalszych badań. Należy jednak przyjąć, że mniejsza aktywność próchnicy u osób dojrzałych to efekt współdziałania wszystkich wymienionych powyżej czynników.

Niestety, nie można powiedzieć, że z wiekiem ludzie stają się całkowicie wolni od próchnicy. Zmiany demineralizacyjne w korzeniu zęba, tzw. próchnica cementu korzeniowego jest cechą charakterystyczną uzębienia dojrzałego. Dlaczego tak się dzieje, że starsi pacjenci są w stanie „obronić się” przed próchnicą w koronie zębów, a ta sama choroba zlokalizowana w korzeniu jest jednym z ważniejszych problemów stomatologii wieku dojrzałego?

Wiele dorosłych osób zachowuje w lepszym lub gorszym stanie własne zęby do późnego wieku, co sprawia, że pojawił się problem zarówno odpowiedniej diagnostyki, jak i skutecznej terapii ubytków zlokalizowanych w cementie korzeniowym. Badania wykazują, że liczba ubytków próchnicowych w korzeniu wzrasta wraz z wiekiem pacjentów. W Polsce u pacjentów w wieku 55–64 lat średnio 13,4% uzębienia jest objęte próchnicą korzenia.

Czynnikiem sprzyjającym powstawaniu próchnicy w korzeniu jest zanik dziąseł wokół zęba, a co za tym idzie odsłonięcie korzenia, który jest tkanką mało odporną na działanie bakterii i łatwo ulega niszczeniu. W początkowym okresie zmiana w korzeniu nie jest jeszcze ubytkiem, lecz tylko powierzchownym jasno brązowym przebarwieniem. Z czasem, w miarę narażenia na czynniki próchnicotwórcze zewnętrzna warstwa korzenia staje się coraz bardziej miękka i pojawia się wyraźnie odgraniczony ubytek tkanek. Bardzo często w powstałym zagłębieniu znajdują się bakterie, co jest dodatkowym czynnikiem ryzyka w przypadku próchnicy cementu korzeniowego.



Szczególnie istotnym problemem są ubytki próchnicowe zlokalizowane na powierzchni korzenia występujące u osób użytkujących protezy. Często proteza częściowo przykrywa korzeń zęba i stwarza dogodne warunki do rozwoju próchnicy w cemencie.

Leczenie próchnicy korzenia zęba w zaawansowanych przypadkach polega na oczyszczeniu ubytku i wypełnieniu go materiałami powszechnie dostępnymi w gabinecie. Natomiast początkowe przebarwienia na powierzchni korzenia mogą latami pozostawać bez leczenia, nie sprawiając pacjentowi żadnych dolegliwości.

Zmiany w jamie ustnej związane z wiekiem dotyczą także błony śluzowej. Podobnie jak skóra, traci ona elastyczność, staje się cienka, podatna na urazy oraz zakażenia. Pacjenci, którzy użytkują uzupełnienia protezy, często skarżą się na uszkodzenia błony śluzowej pod protezą. Podczas spożywania posiłków resztki jedzenia dostają się pod protezę, powodując podrażnienia lub skaleczenia śluzówki. Takie sytuacje często występują u osób, które użytkują te same protezy przez wiele lat. Z czasem, w wyniku zmian w jamie ustnej związanych z wiekiem, a szczególnie zaniku kości szczęk i błony śluzowej, uzupełnienie protetyczne staje się mniej przylegające do szczęk i bardziej ruchome, co sprzyja dostawianiu się drobin pokarmowych pod protezę i drażnieniu śluzówki. Pomocą doraźną jest częste mycie protezy i unikanie produktów takich, jak mak czy owoce o drobnych pestkach: maliny, jagody itp. Natomiast niestabilne protezy są wskazaniem do wykonania nowych, które pozwolą korzystać ze wszechstronnej diety oraz przywrócą estetykę twarzy i uśmiecha oraz znacznie poprawiają komfort życia.

Na stan błony śluzowej ma wpływ wiele czynników, oprócz wieku również choroby ogólne. Choroby krążenia związane z ograniczeniem przepływu krwi w naczy-

niach, w jamie ustnej znacznie upośledzają odżywienie błony śluzowej. Wiele leków zażywanych przez pacjentów zmniejsza wydzielanie śliny, a tym samym błona śluzowa staje się sucha, pozbawiona bariery ochronnej, podatna na uszkodzenia. Podobnie dzieje się w przypadku zmniejszonej podaży płynów. Osoba, która mało pije, zmniejsza stopień nawodnienia tkanek, a te z kolei stają się mniej elastyczne, wysuszone, łatwiej dochodzi do powstania urazów. Suchość w jamie ustnej jest także rezultatem naświetlań w okolicy głowy i szyi u pacjentów z chorobą nowotworową. Promieniowanie jonizujące wykorzystywane w onkologii powoduje niszczenie drobnych gruczołów ślinowych rozmieszczonych na błonie śluzowej jamy ustnej, odpowiadających za prawidłowe nawilżenie śluzówki. Uczucie suchości w ustach jest wtedy dla pacjenta bardzo dotkliwe. Nie można spożywać pokarmów, nosić protez, a nawet mówienie sprawia ból. Bardzo pomocne w takich sytuacjach są preparaty ślinozastępcze, dostępne w aptekach w formie żelu lub płynu.

Osoby dorosłe powinny zwracać szczególną uwagę na wszelkie zmiany pojawiające się na powierzchni błony śluzowej. Często pacjenci, nie chcąc robić kłopotu, sami podejmują leczenie. Zwykle stosują różne płukanki, przy-moczki, smarują preparatami ogólnie dostępnymi w aptece bez recepty. Leczenie przebiega z różnym skutkiem, czasem zmiana ulega zaostrzeniu, pojawiają się dolegliwości bólowe, co skłania pacjenta do szukania pomocy u stomatologa. Zgodnie z zasadami profilaktyki onkologicznej każda zmiana pojawiająca się w jamie ustnej nie poddająca się leczeniu przez 2 tygodnie powinna być skonsultowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie błony śluzowej i przyzębia.

## Profilaktyka zawsze ważna

Czas biegnie nieubłaganie, zmiany w jamie ustnej związane z wiekiem stanowią nieodłączny element inwolucji organizmu, czyli wstecznych zmian w budowie i funkcji tkanek lub narządów. Nie mamy wpływu na genetykę. Jednak nie popadajmy w pesymizm, istnieją sposoby pozwalające ograniczyć wpływ czasu na kondycję jamy ustnej i zębów. Działania prewencyjne, czyli zapobiegawcze, dają możliwość utrzymania zdrowia jamy ustnej w pełnym tego słowa znaczeniu.

Profilaktyka u osób dorosłych jest głównie ukierunkowana na zapobieganie próchnicy, procesom zużycia zębów i chorobom błony śluzowej.

Ograniczenie aktywności próchnicy to przede wszystkim utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej, przestrzeganie odpowiedniej diety oraz stosowanie preparatów chroniących zęby przed niekorzystnym wpływem bakterii.

Higiena jamy ustnej to efektywne usuwanie bakterii z powierzchni zęba. Jedynym skutecznym sposobem likwidowania osadów bakteryjnych jest wyłącznie szczotkowanie. W przypadku obnażonych korzeni zębów może to stanowić problem. Ze względu na kształt zębów oraz zanik dziąseł dokładne oczyszczenie okolicy przydziąsłowej za pomocą szczoteczki ręcznej może być trudne, szczególnie u osób mniej sprawnych manualnie. Czasem osoby z chorobami zwyrodnieniowymi w stawach dłoni mogą mieć problem z odpowiednim utrzymaniem szczoteczki. Pomocne w takich przypadkach mogą być specjalne szerokie uchwyty. Nakłada się go na rączkę własnej szczoteczki, staje ona grubsza i pozwala na pewny chwyt szczotki (ryc.1).

Czasem lekarz zauważa, że ręczne mycie zębów przez pacjenta, pomimo wysiłków, nie jest efektywne i zaleca używanie szczoteczki elektrycznej oraz tak zwanych



**RYC. 1. UCHWYT UŁATWIAJĄCY UTRZYMANIE SZCZOTECZKI W DŁONI**

*Źródło: ze zbiorów własnych.*

irygatorów, które silnym strumieniem wody i powietrza oczyszczają przestrzeń pomiędzy zębami. Szczoteczki elektryczne lub soniczne zalecane do profilaktyki jamy ustnej znacznie lepiej usuwają złoży bakterijne z jamy ustnej ze względu na wykonywanie kilku tysięcy ruchów pulsacyjno-rotacyjnych na minutę, co jest niemożliwe do osiągnięcia w przypadku szczoteczki ręcznej. Drugą bardzo istotną zaletą szczoteczki elektrycznej jest jej mała główka, która dociera w trudno dostępne miejsca, co jest szczególnie ważne przy oczyszczaniu powierzchni pojedynczych zębów, np. u osób użytkujących protezy częściowe. Posługiwanie się szczotką elektryczną jest proste, przykładana się ją do zębów i powoli przesuwana po powierzchni. Kupując taką szczotkę, warto wybrać prosty model, niezawansowany technologicznie, z dużymi przyciskami włączania i wyłączania.

Dodatkowo zaleca się po każdym szczotkowaniu zębów stosowanie płukanki o działaniu przeciwpróchnicowym,

najlepiej bez alkoholu, który może powodować drażnienie delikatnej błony śluzowej.

U osób z aktywną próchnicą zlokalizowaną w korzeniu zęba codzienne zabiegi higieniczne powinny być uzupełnione profesjonalnymi zabiegami przeprowadzonymi w gabinecie stomatologicznym lub podczas wizyt przy łóżku chorego. Na oczyszczone mechanicznie powierzchnie korzeni zębów nakładany jest lakier o wysokim stężeniu fluoru od 1% do 5%. Zabieg ten ma na celu zmineralizowanie, czyli wzmocnienie uszkodzonych tkanek, co hamuje proces niszczenia korzenia zęba. Takie procedury powinny być powtarzane co 3 miesiące lub co pół roku.

U osób skarżących się na suchość w jamie ustnej istnieje możliwość stosowania preparatów sztucznej śliny w postaci płynów lub żeli, np.: Biotene, Oralbalance, zawierających substancje nawilżające błonę śluzową, enzymy oraz związki mineralne niezbędne do utrzymania prawidłowej kondycji jamy ustnej. Często jednak stężenie jonów niezbędnych do wzmocnienia struktury zęba, a szczególnie korzenia jest niewystarczające. Należy dodatkowo do codziennej pielęgnacji jamy ustnej dołączyć preparaty zawierające jony wapnia i fosforu, np.: Tooth Mousse, Mi Pasta. Nanosi się je palcem na powierzchnie zębów i rozprowadza językiem w jamie ustnej.

Utrzymanie zdrowia jamy ustnej to także odpowiednia dieta. Zawsze należy rozpocząć od analizy spożywanych posiłków zarówno w aspekcie ilości, jak i jakości. Częste spożywanie lepkich i słodkich pokarmów znacznie zwiększa ryzyko próchnicy. Należy zwrócić szczególną uwagę na ograniczenie spożycia cukrów, które przyjmowane często znacznie zakwaszają jamę ustną i przyczyniają się do próchnicowego uszkodzania zębów. U zdrowej osoby dorosłej, przy prawidłowym wydzielaniu śliny, czas potrzebny na przywrócenie korzystnego

dla zębów środowiska w jamie ustnej po spożyciu posiłku wynosi 20 minut. U osób dorosłych, ze względu na mniejsze wydzielanie śliny ten czas może być dłuższy. Tak zwane podjadanie pomiędzy głównymi posiłkami, szczególnie słodkich przekąsek, stwarza dodatkowe narażenie na próchnicę.

Dbanie o protezy zębowe to nieodzowny element codziennej higieny jamy ustnej. Oczyszczanie protezy z osadów pokarmowych i bakteryjnych należy wykonywać przynajmniej 2 razy dziennie. Przed zabiegami higienicznymi należy wyjąć protezę z jamy ustnej, opłukać ją wodą i umyć szczoteczką z miękkim włosiem i delikatną pastą tak, aby nie uszkodzić powierzchni. Należy także oczyścić dziąsła i podniebienie, które zakrywa proteza. Na zakończenie zabiegów higienicznych zalecane jest płukanie jamy ustnej płynem do higieny jamy ustnej. Zalecane jest także stosowanie tabletek czyszczących do protez – rozpuszcza się tabletkę w wodzie i pozostawia się protezę w tak przygotowanym roztworze przez 30 minut. Przed założeniem należy przepłukać protezę w wodzie. Tabletki czyszczące, np.: Corega, Protefix, należy stosować raz w tygodniu. Nie jest wskazane spanie w protezie. Nocna przerwa trwająca kilka godzin jest konieczna, aby zmniejszyć ryzyko powstawania stanów zapalnych błony śluzowej. Proteza powinna być przechowywana w suchym pojemniku, ponieważ wilgotne środowisko sprzyja rozwojowi grzybów i bakterii na płycie protezy, które mogą powodować infekcje jamy ustnej. Używanie kremów mocujących do protez powinno być ograniczone do wyjątkowych sytuacji: spotkania towarzyskie, wystąpienia publiczne. Substancje w nich zawarte mogą drażnić błonę śluzową. Proteza powinna być wymieniana, co najmniej, co 5 lat.

## Własny ząb czy implant?

Medycyna nie ma lekarstwa na wszystko. Podobnie jest w stomatologii – nie każdy ząb udaje się wyleczyć i czasem należy go usunąć. Powstała więc potrzeba uzupełnienia utraconych własnych zębów czymś, co zastąpiłoby własny ząb. Tak właśnie rozwinęła się dziedzina zwana implantologią. Sama idea wszczepiania implantów nie jest nowa. Zastępowanie utraconych zębów różnymi materiałami spotykano już w ubiegłych stuleciach. Wykorzystywano do tego celu: zęby ludzkie, zwierzęce, drewno lub różne metale. Czytając opisy historyczne tych zabiegów, znamieny jest fakt, że nie ma informacji o długotrwałym sukcesie takiego postępowania. Obecnie, przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii i materiałów, rokowania znacznie się poprawiły, jednak stuprocentowy sukces nie zawsze się uda zagwarantować. Najlepiej wszczepione implanty przyjmują się u młodych osób, bez chorób ogólnych i z odpowiednio ukształtowaną kością. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko niepowodzenia. Przyczyniają się do tego takie czynniki, jak: palenie papierosów, cukrzyca, choroby przyzębia, potocznie zwane paradontozą. Dane dotyczące niepowodzenia w leczeniu implantologicznym przedstawiają się następująco: ok. 2% implantów jest utracone jeszcze przed obciążeniem ich koronami protetycznym, kolejne 2–3% ulega degradacji po ok. 5 latach po obciążeniu, natomiast najwyższy odsetek żywotności sięgający 94% mają implanty funkcjonujące w jamie ustnej powyżej 10 lat. Podsumowując należy stwierdzić, że jeśli implant prawidłowo zrośnie się z kością i nie wystąpią żadne stany zapalne, które doprowadzą do jego utraty przez pierwsze 5 lat, to można powiedzieć, że będzie on dobrze funkcjonował w jamie ustnej przez kolejne lata.

Rozważając problem, czy warto podejmować leczenie, które prowadzi do zachowania własnego zęba w jamie ustnej czy też usunąć ząb i wstawić implant, zawsze trzeba

rozważyć wszystkie aspekty. Jak do tej pory leczenie implantologiczne jest dość kosztowne i część dorosłych pacjentów z powodu chorób ogólnych lub braku odpowiedniej struktury kości, jest dyskwalifikowanych. Natomiast w wielu przypadkach jest to jedyna metoda leczenia, która pozwala „uchronić się” przed użytkowaniem protezy ruchomej. Optymalnym rozwiązaniem jest jak najdłuższe, jeśli to tylko możliwe, utrzymanie własnego zęba w jamie ustnej, a wszczępienie implantu należy rozpatrywać, jako rozwiązanie ostateczne.

Konkludując, tak jak z biegiem lat zmienia się nasz wygląd zewnętrzny, cechy charakteru, tak również zęb czasu dotyka jamę ustną. Zmiany, które fizjologicznie zachodzą z wiekiem, w uzębieniu mogą czasem wzbudzać niepokój u pacjentów. Przyjazny kontakt z doświadczonym stomatologiem zdecydowanie lepiej pozwala osobom starszym zaakceptować i złagodzić niedogodności pojawiające się z czasem w jamie ustnej. Dobre relacje ze „swoim” dentystą zawsze lepiej budować wcześniej, zanim wejdziemy w wiek dojrzały. Istnieje wtedy szansa, aby zarówno pacjent, jak i lekarz lepiej się poznali, zrozumieli swoje potrzeby, oczekiwania i stworzyli zespół, który wspólnie będzie zmagać się z efektami wpływu czasu w jamie ustnej.





# Aktywność dla ciała i ducha



Przez długie lata naszego życia dość aktywnie w nim uczestniczymy, często próbując jak najlepiej łączyć sprawy zawodowe z prywatnymi. Funkcjonujemy tym samym w wielu rolach społecznych, które wymagają od nas różnych aktywności, działań, inicjatyw itp. Pełnione przez nas role dają nam również szanse nawiązywania nowych znajomości, budowania więzi społecznych. To wszystko sprawia, że życie ma sens, bo działamy, realizujemy się, spotykamy z ludźmi. Wielokrotnie nie zdajemy sobie sprawy, że gdy przejdziemy na upragnioną emeryturę może nam tego brakować. Ilość czasu, spokoju, samotności może być dobra na chwilę, ale na dłużej raczej się nie sprawdzi. Człowiek do szczęścia potrzebuje innych ludzi, relacji społecznych, bycia potrzebnym i wartościowym. Potrzebuje również aktywności w sensie fizycznym, żeby zachować nie tylko zdrowego ducha, ale również zdrowe ciało. Jedno z drugim niewątpliwie się łączy. O tym, jak można to robić w bardziej świadomy sposób, jest ta część książki.

# Aktywność fizyczna – nieodzowna dla organizmu

**Paweł Piątkowski**

Po osiągnięciu pewnego wieku w organizmie człowieka zaczyna zachodzić wiele procesów wpływających na sprawność ruchową. Pojawiające się zmiany można jednak spowolnić dzięki systematycznej aktywności fizycznej. Ruch nie tylko wydłuża życie, zapobiega różnym dolegliwościom, ale również pomaga w walce z poważnymi chorobami cywilizacyjnymi.

## **Korzyści zdrowotne**

Dzięki systematycznej aktywności fizycznej zmniejsza się prawdopodobieństwo nadmiernej otyłości oraz ryzyko zachorowania np. na choroby serca, poprawia się wydolność organizmu, obniża się poziom cholesterolu. Ruch zmniejsza skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi, zatem jest wskazany dla osób chorujących na nadciśnienie.

Ma również zbawienny wpływ na nasze serce. Zapobiega niewydolności krążenia, poprzez usprawnianie krążenia krwi, zmniejsza zastój krwi w obwodowych naczyniach krwionośnych, przeciwdziała chorobie wieńcowej serca i jej powikłaniom. Wpływa także korzystnie na układ oddechowy. Zwiększa ruchomość klatki piersiowej i aktywizuje mięśnie oddechowe, co w konsekwencji poprawia życiową pojemność płuc i dotlenienie organizmu.

Ćwiczenia wspomagają walkę z cukrzycą, zmniejszając ryzyko zachorowania nawet o połowę. Osoby cierpiące na bóle stawów, kręgosłupa i osteoporozę powinny korzystać z zajęć rekreacyjnych na basenie. Pływanie nie tylko wzmocni mięśnie pleców (kręgosłupa), kończyn górnych i dolnych, ale także przyczyni się do uwapnienia kości i zmniejszenia bólu w stawach kończyn, zwłaszcza w stawach biodrowych, kolanowych i barkowych.

**UWAGA:** wszystkie podejmowane fizyczne aktywności muszą być odpowiednio dostosowane do stanu zdrowia osoby ćwiczącej, zatem istotna jest konsultacja z lekarzem prowadzącym i z fizjoterapeutą.

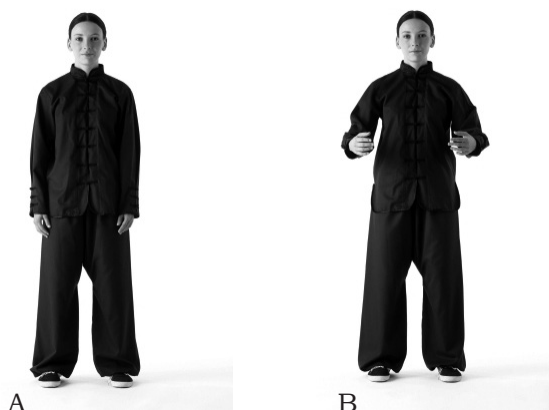
Dla niektórych ludzi pójście na spacer do parku może być już dużym wysiłkiem. Najistotniejsze jednak jest, aby ruch znalazł się w ich codziennym planie dnia.

## Formy aktywności: nordic walking i Tai-chi

Międzynarodowa Organizacja Zdrowia zaleca codzienny półgodzinny wysiłek o umiarkowanej intensywności. Formami aktywności rekomendowanymi szczególnie zimą są: spacer, szybki marsz i gimnastyka. Dobrym pomysłem jest także coraz bardziej popularny w Polsce **nordic walking**. Spacer z dwoma kijkami w dłoniach nie

dość, że usprawni mięśnie ramion, to również zmniejszy ryzyko ewentualnego upadku.

Ostatnio nastąpił wzrost zainteresowania ćwiczeniami, które oddziałują na zasadzie umysł – ciało. Typowym przykładem takiego rodzaju ruchu jest Tai-chi – powolne i łagodne ćwiczenia, które są odpowiednie dla osób z przewlekłymi schorzeniami narządu ruchu. Podkreślają one świadomą kontrolę ruchów ciała. Poniżej zostały zaprezentowane dwa przykładowe ćwiczenia wywodzące się z Tai-chi.



### **RYC. 1. STANIE JAK SŁUP – ZHAN ZHUANG**

*Źródło: <http://www.dao.pl/cwiczenia/podstawy-tai-chi/>; <http://www.dao.pl/cwiczenia/podstawy-tai-chi/zhan-zhuang-stanie-jak-slup/> (19.01.2016).*

**ĆWICZENIE 1.** Stopy ustawione równolegle na szerokość ramion, kolana lekko ugięte, tułów wyprostowany, głowa wyciągnięta lekko do góry, oczy zamknięte lub częściowo przymknięte, ręce luźno opuszczone wzdłuż ciała. Wykonujemy kilka głębszych wdechów i wydechów, po czym wyrównujemy oddech

(oddychamy jednak nieco głębiej niż normalnie) i staramy się jak najlepiej rozluźnić całe ciało. Proces rozluźniania rozpoczynamy od górnych części ciała, kończymy na dolnych, po czym przenosimy naszą uwagę na obszar podbrzusza. Rozluźnianie rozpoczynamy od przeniesienia naszej uwagi z otaczającego świata do wnętrza ciała. W czasie wdechu skupiamy się na obszarach, które chcemy rozluźnić, w czasie wydechu odprężamy je, wyobrażając sobie, jak napięcie opuszcza nasze ciało. Rozluźnianie powinno odbywać się bez poruszania ciałem, tylko przy użyciu umysłu (Ryc. 1A).

**ĆWICZENIE 2.** Unosimy ręce przed tułów, na wysokość przepony z dłońmi skierowanymi wnętrzem do siebie. Z czasem możemy ręce utrzymywać nieco wyżej, na wysokości klatki piersiowej. Tułów cały czas pozostaje wyprostowany, unikamy pochylania się w przód lub w tył. Ciężar ciała spoczywa nieco bardziej na piętach. W myślach obserwujemy siebie i delikatnie korygujemy pozycję. Podczas medytacji staramy się, jak najlepiej wyciszyć umysł i utrzymywać ciało w stanie głębokiego rozluźnienia i równowagi. Powinniśmy mieć wrażenie, że ciało niejako zatapia się w ziemię i staje się niemożliwe do ruszenia. Praktykę rozpoczynamy od kilku minut. Kiedy ciało przyzwyczai się i nie będziemy odczuwać żadnego dyskomfortu, można stopniowo stać coraz dłużej (Ryc. 1B).

Taki trening pomaga zbudować i wzmocnić właściwą strukturę sylwetki, rozluźnić mięśnie, ścięgna i stawy, uspokoić i wyciszyć umysł. Ta forma ruchu może poprawić stan zdrowia bez ryzyka pogłębienia istniejących już zaburzeń, wpływając pozytywnie na pamięć, koncentrację uwagi, spostrzeganie, a także na nastrój.

## Przykładowe ćwiczenia

Aktywność ruchowa powinna oddziaływać na trzy podstawowe elementy:

- poprawiać wydolność tlenową (aerobową);
- wzmacniać siłę mięśni;
- poprawiać gibkość, równowagę i koordynację ruchów.

Dobór aktywności ruchowej zależy przede wszystkim od stanu zdrowia oraz od stopnia sprawności fizycznej. Regularna aktywność fizyczna powinna zawierać ćwiczenia, np.:

- aerobowe;
- siłowe;
- rozciągające;
- koordynacyjne;
- równoważne;
- izometryczne;
- oddechowe.

**Ćwiczenia aerobowe** (wytrzymałościowe), czyli marsz, bieg, pływanie, jazda na rowerze, powinny być wykonywane 2 razy w tygodniu, po co najmniej 20 minut.

**Ćwiczenia siłowe** (oporowe) powinny być wykonywane 2 razy w tygodniu, po 20 minut, i zawierać 1 zestaw obejmujący 8–10 ćwiczeń angażujących mięśnie rąk i nóg. Intensywność obciążeń powinna być dobierana w ten sposób, aby każde ćwiczenie wykonywać 10–15 razy (10–15 powtórzeń danego ruchu).

**Ćwiczenia rozciągające** (gimnastyka, stretching) powinny być wykonywane najlepiej codziennie, 5–10 minut.





**FIG. 1.** ĆWICZENIA WYTRZYMAŁOŚCIOWE

*Źródło:* <http://martafit.pl/aktywny-senior> <http://www.senior.pl/tematy/trening+si%B3owy> (19.01.2016).

**Ćwiczenia równoważne** przeznaczone są dla osób z zaburzeniami równowagi w trakcie chodu, zmian pozycji ciała czy podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Pomagają w utrzymaniu i przywracaniu równowagi w różnych pozycjach ciała, np. w siadzie, kłęk, staniu na jednej, na dwóch nogach itp.

**Ćwiczenia izometryczne** polegają na czynnym napięciu mięśni bez zmiany długości ich włókien. Skurcz izometryczny nie powoduje ruchu w stawie, ponieważ nie zmienia się odległość przyczepów mięśni od kości. Są one tym bardziej zalecane u osób, które mają znaczne zmiany zwyrodnieniowe w stawach, a każdy w nich ruch powoduje ból.

Ćwiczenia te przeciwdziałają zanikom mięśni, wpływają na przyrost masy i siły mięśniowej, utrzymują i zwiększają aktywność mięśni u osób o małej aktywności ruchowej. Dużą zaletą jest to, że ćwiczy się bez jakichkolwiek przyborów i samodzielnie, należy tylko nauczyć się wykonywania skurczów izometrycznych mięśni. Czas trwania skurczu izometrycznego wynosi 5 sekund, a czas odpoczynku między kolejnymi skurczami około 10

sekund. Liczba powtórzeń wynosi od 6 do 10. Ćwiczenia te należy wykonywać systematycznie, kilka razy w ciągu dnia. Mogą być one przygotowaniem do ćwiczeń wytrzymałościowych i siłowych.

**Ćwiczenia oddechowe** polegają na nauczeniu poprawnego oddychania, w tym zwiększenia ruchomości klatki piersiowej i poprawienia funkcji mięśni oddechowych. W trakcie ich wykonywania bardzo duże znaczenie ma pozycja wyjściowa, która wpływa na pracę przepony, jak i na ruchy klatki piersiowej. I tak np. pozycja siedząca z pochyleniem tułowia w przód, leżenie na plecach (zwłaszcza kiedy kończyny dolne są zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, stopy oparte o podłoże) utrudniają pracę przepony. Zwiększa się wówczas amplituda ruchów klatki piersiowej. W trakcie ćwiczeń można zastosować dodatkowy ruch tułowia lub kończyn w celu utrudnienia lub ułatwienia faz oddychania. Liczba powtórzeń każdego ćwiczenia wynosi od 6 do 8. Wykonujemy je na początku i końcu każdej formy aktywności ruchowej, jak również wplątamy między inne rodzaje ćwiczeń.

**UWAGA.** Nie należy stosować ćwiczeń w pozycjach głową w dół, zeskoków z większych wysokości oraz statycznych ćwiczeń siłowych.

**ĆWICZENIE 3.** Pozycja wyjściowa – leżenie tyłem (na plecach):

1) nogi zgięte, stopy oparte o podłoże; przekładamy piłkę z ręki do ręki pod uniesioną, zgiętą nogą;



2) wznosimy prawą nogę prostą w kolanie w górę, toczymy piłkę po nodze w kierunku stopy prawej, głowa i barki unosimy nad podłoże, to samo po drugiej nodze;



3) piłkę trzymamy oburącz na brzuchu, przenosimy obie ręce z piłką przodem za głowę – wdech nosem, powrót rąk na brzuch – wydech ustami;



4) wznosimy ręce z piłką przed siebie, wznosimy nogi zgięte w kolanach (ruchy nóg, jak przy jeździe rowerem), tzw. „rowerek” do przodu i do tyłu;



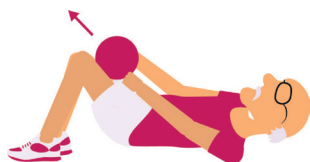
5) wznosimy biodra, przetaczamy piłkę pod biodrami do drugiej ręki, blisko pięt, nie pod plecami i nad brzuchem;



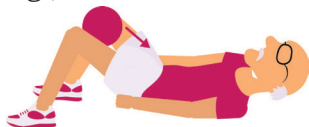
6) piłka między kolanami; ścisnąć piłkę kolanami, wytrzymać – wdech nosem, rozluźnić – wydech ustami;



7) piłka na brzuchu, blisko ud, kolana złączone; toczenie piłki po obu udach na szczyt kolan, wytrzymać, głowa i barki oderwane od podłoża, powrót do pozycji wyjściowej;



8) kolana w rozkroku; wznosimy głowę i barki, toczmy piłkę oburącz po udzie do kolana prawej nogi, następnie do kolana lewej nogi;



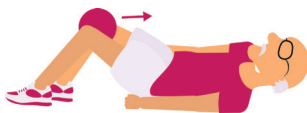
9) przenosimy obie ręce z piłką przodem za głowę – wdech nosem, opuszczamy nogi – wydech ustami;



10) przenosimy obie nogi z piłką za głowę, wznosimy biodra, wyciągnąć się, wytrzymać, powrót;



11) nogi zgięte w górze, piłka między kolanami, dłonie na udach z przodu; dążymy kolanami i piłką w kierunku brzucha, głowa uniesiona; wytrzymać, odpocząć;



12) nogi zgięte, oparte na dłoniach; krążymy z piłką do boku rysując na suficie wielkie koła.



**ĆWICZENIE 4.** Pozycja wyjściowa – leżenie przodem (na brzuchu):

1) nogi proste, dłonie pod brodą; wnosimy raz lewą, raz prawą nogę;



2) wnosimy prawą nogę, góra – dół; potem lewą nogę;



3) nogi proste leżą na podłożu, ręce proste przed sobą, piłka w lewej dłoni; wznosimy lewą dłoń z piłką, następnie prawą dłoń z piłką;



4) naprzemiennie unosimy nogi i ręce – lewa ręka i prawa noga, potem prawa ręka i lewa noga;



5) piłkę trzymamy w obu prostych rękach, głowa schowana między barki; wznosimy ręce w górę, głowę również;



6) dłonie pod brodą; wdech nosem, powrót do pozycji wyjściowej – wydech ustami;



7) leżenie przodem, ręce trzymają piłkę; wznosimy obie ręce z piłką, krążymy nimi w górę i w bok (rysujemy kółka na ścianie);



8) odjechać piłką jak najdalej w przód, głowę schować między barki, wyciągnąć się, wytrzymać, powrót;



9) dłonie bez piłki, pod brodą; wznosimy ręce – wdech, powrót – wydech;



10) nożyce poziome rąk, nad piłką;



11) nożyce pionowe rąk nad piłką;



12) dłonie pod brodą; dmuchamy w piłkę.;



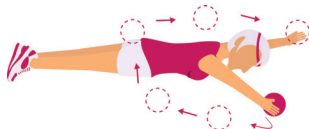
13) dłonie pod brodą; (a) wznoszenie nóg, (b) rozkrok, (c) złączyć, (d) powrót do pozycji wyjściowej;



14) ręce proste, piłka w dłoniach; wznoszenie obu rąk i prawej nogi, wytrzymać, powrót; wznosimy ręce i lewą nogę; wytrzymać, powrót.



15) prawa ręka przenosi piłkę bokiem do tyłu na pośladki, lewa ręka przechwytuje i przenosi do przodu przed głowę;



16) obie ręce i piłka na pośladkach; toczenie piłki po plecach do łopatek i powrót na pośladki;



17) ręce z piłką na pośladkach; wznosimy je z piłką energicznie w górę, ściągamy łopatki, wytrzymujemy, powrót do pozycji wyjściowej;



18) trzymając piłkę na pośladkach, wznosimy barki i głowę, ściągamy łopatki, wytrzymujemy, powrót do pozycji wyjściowej;



19) dłonie pod brodą; wznosimy tułowie, ręce i głowę, wytrzymujemy, powrót do pozycji wyjściowej;



20) dłonie pod brodą; wznosimy głowę – wdech nosem, powrót – wydech ustami.



### **ĆWICZENIE 5.** Pozycja wyjściowa – klęk podparty:

1) spokojnym powolnym ruchem ciągniemy prawe kolano do lewego nadgarstka, następnie lewe do prawego nadgarstka;





2) wznosimy prawą nogę prosta i lewą rękę prosta, wytrzymujemy, powrót do pozycji wyjściowej;

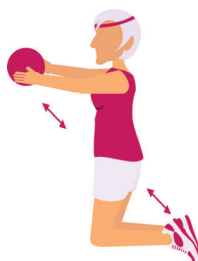


3) krążymy tułowiem, przenosimy ciężar ciała do przodu nad ręce, uginamy je w łokciach zbliżając brodę do podłoża, przesuwamy brodę nad podłożem do tyłu, w kierunku kolan, unosimy tułów do góry i do przodu nad ręce. Krążymy do przodu i do tyłu.



### **ĆWICZENIE 6.** Pozycja wyjściowa – klęk prosty:

1) wznosimy ręce z piłką w górę – wdech, biodra w górze. Siadamy na pięty, opuszczamy ręce z piłką na uda – wydech ustami.



Ćwiczenia należy wykonywać wolno, spokojnie i dokładnie. Początkowo ćwiczy się w pozycjach izolowanych, tzw. niskich, np. leżenie, siad czy klęk. W miarę możliwości czy też czynionych postępów przechodzi się do ćwiczeń w pozycji stojącej. W ich trakcie nie powinno się wstrzymywać oddechu – trzeba oddychać miarowo i spokojnie. Ćwiczenia należy powtarzać parokrotnie, nie ćwiczyć zbyt długo, robić przerwy. Ruch powinien być płynny, nie należy szarpać i sprężynować ruchu. Należy wolno unosić i opuszczać kończyny. Tempo ćwiczeń trzeba dostosować do indywidualnych możliwości ćwiczącego.

## **Techniki usprawniania w razie upadku i unieruchomienia**

### **Urazowość – metody podnoszenia się z upadku**

Urazowość w następstwie upadków spowodowana jest m.in. spowolnieniem odruchów posturalnych (tzn. przybieranie odpowiedniej pozycji wobec zmian ułożenia głowy lub tułowia, zapobiegającej zaburzeniom równowagi) i obronnych oraz osteoporozą. Często po upadku człowiek nie jest w stanie samodzielnie się podnieść, nawet jeśli nie doznał znacznego urazu. Tymczasem dłuższe pozostawanie w pozycji leżącej może skutkować poważnymi fizycznymi lub psychicznymi następstwami. Zatem istotne jest poznanie następujących technik podnoszenia się po upadku.

**METODA 1.** Polega ona na wykonaniu obrotu na bok, podniesieniu się i przejściu do pozycji siedzącej podpartej jednym ramieniem, następnie oparciu drugiej ręki około 30 cm od ręki podpierającej i przeniesieniu ciężaru ciała z przejściem do klęku podpartego, wyprostowaniu bioder i uniesieniu się (samodzielnie

lub z oparciem np. o krzesło), postawieniu jednej stopy i przykłęknięciu na jednym kolanie oraz przejściu do pozycji stojącej.

**METODA 2.** Polega ona na podniesieniu się z kłęknięcia na jednym kolanie z pozycji oparcia tego kolana powyżej poziomu oparcia stopy, następnie z pozycji oparcia na poziomie oparcia stopy, kolejno przejście z kłęknięcia na oba kolana do kłęknięcia na jednym kolanie, finalnie do obracania się na bok, jako pierwszej fazy wstawania.

W zapobieganiu utracie równowagi (upadkom) bardzo pomocne mogą być także ćwiczenia równoważne (na specjalnej piłce terapeutycznej do ćwiczeń w siadzie, w kłęknięciu, w pozycji stojącej) oraz ćwiczenie upadania (dla bardzo aktywnych osób), przy wykonywaniu którego należy pamiętać o zabezpieczeniu podłoża w postaci materaców w celu uniknięcia urazów.

### **Unieruchomienie – przywracanie sprawności**

Unieruchomienie powinno być możliwie jak najkrótsze ze względu na późniejsze komplikacje zdrowotne. Jednak zanim będzie można przywrócić sprawność ruchową osoby leżącej, priorytetem jest utrzymywanie sprawności układu oddechowego. Nieodzowne są zatem częste i regularne zmiany pozycji ciała celem wentylacji wszystkich obszarów płuc, ułatwienia odkrztuszania zalegającej wydzieliny, a wreszcie dodatkowo zapobiegania odleżynom. Pomocny będzie masaż leczniczy wykonywany kilka razy dziennie w formie wibracji lub oklepywania klatki piersiowej i pleców w pozycjach drenażowych (tzn. siedzących – pochylonych do przodu, tyłu lub na boki). Miejsca najbardziej narażone na powstawanie odleżyn, tzn. znajdujące się nad wyniosłościami kostnymi (np. okolica pięt, bocznej okolicy kolana, łopatek, stawów łokciowych, kości krzyżowej, okolicy kości udowych i miednicy), trzeba

kontrolować przynajmniej raz dziennie. Oprócz nauczenia osoby chorej zmiany pozycji i wykonywania możliwie częstych, ale niewielkich ruchów ciałem, konieczne jest dostosowanie łóżka o odpowiedniej powierzchni (materace o właściwościach zmniejszających ucisk na tkanki), utrzymywanie skóry w czystości, eliminacja nadmiernej wilgotności, odpowiednia dieta oraz ćwiczenia, stosowane co kilka godzin w celu zapobiegania przykurczom i poprawiania krążenia obwodowego (np. ćwiczenia izometryczne, oddechowe). W celu poprawienia ukrwienia skóry i mięśni można stosować masaż leczniczy, do którego wykorzystuje się kremy, maści, żele, spraye i inne preparaty do użytku zewnętrznego (np. specjalne plastry) o działaniu kosmetycznym, przeciwbólowym, przeciwzapalnym oraz przeciwobrzękowym.

**UWAGA.** Należy pamiętać, że z wiekiem zmienia się stan skóry i mogą pojawiać się wylewy oraz krwiaki.

Zajmując się unieruchomionymi osobami, nie wolno zapominać, że oprócz somatycznych powikłań mogą się u nich pojawiać zmiany emocjonalne, takie jak lęk czy depresja. Dlatego tak ważne jest, jak najszybsze, na ile to możliwe, rozpoczęcie ćwiczeń przywracających sprawność ruchową seniora.

Przed rozpoczęciem nauki chodzenia po unieruchomieniu konieczne jest wielokrotne przeprowadzanie ćwiczeń mających na celu zwiększenie zakresu ruchów, poprawę siły mięśniowej i równowagi, a w przypadku osłabienia czy nadmiernego napięcia mięśni stosowanie ortez (tzn. aparatów ortopedycznych stabilizujących stawy) lub urządzeń pomocniczych. Osoby z zaburzeniami równowagi rozpoczynają naukę chodzenia od ćwiczeń przy barierkach, a następnie uczą się posługiwać innymi pomocami, takimi jak balkonik, kule czy laska. Konieczne

należy pamiętać o prawidłowym ustawieniu wysokości tych przyborów stosownie do wzrostu ćwiczącego. Szczególną uwagę w początkowym okresie nauki koncentruje się na wyrobieniu właściwego sposobu chodu, koordynacji ruchów i wytrzymałości. O postępach decydują tutaj w dużej mierze poczucie bezpieczeństwa i dobre opanowanie równowagi podczas przemieszczania się. Po opanowaniu chodzenia po terenie płaskim osoba przechodzi do nauki chodzenia po schodach. W tym celu (w zależności od posiadanego sprzętu) można przeprowadzić ćwiczenia na specjalnie przygotowanych schodach, z asekuracją, trzymając się poręczy, wchodząc na 2–3 schody, pokonując niewielki podest i schodząc po 2–3 stopniach. Nauka chodu powinna obejmować także naukę pokonywania szeregu barier architektonicznych, takich jak progi czy krawężniki, powinna uczyć omijania przeszkód oraz czynności towarzyszących przemieszczaniu się np. siadaniu i wstawaniu z krzesła czy otwieraniu i zamykaniu drzwi. Pewne wiadomości dotyczące poprawnego chodzenia i asekuracji powinny być przekazane przez fizjoterapeutę najbliższej rodzinie lub osobie sprawującej bezpośrednią opiekę.

## Zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt pomocniczy

Wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego i samodzielne przemieszczanie się może ułatwić zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt pomocniczy. Tego typu pomoce powinny spełniać kilka warunków: być łatwe w obsłudze, funkcjonalne, estetyczne, mieć lekką konstrukcję i wreszcie być całkowicie akceptowane przez użytkownika. Najczęściej używaną pomocą jest **laska**, pozwalająca utrzymać równowagę, zmniejszyć wpływ negatywnych sił na staw biodrowy, kolanowy i bezpiecznie

pokonać dłuższe dystanse. Powinna ona być właściwie dobrana przede wszystkim pod względem wysokości. Przy korzystaniu z laski, w momencie przenoszenia obciążenia staw łokciowy powinien być zgięty pod kątem nieco mniejszym niż 45 stopni, a rączka umożliwiać powinna pewny uchwyt. Drugą pomocą mogą być **kule**, które jednak (łokciowe) nie zawsze spełniają swoją rolę, z powodu osłabienia rąk i obniżenia koordynacji ruchowej. Stosuje się je więc w wyjątkowych wypadkach. Należy pamiętać, że przy stosowaniu kul pachowych szybko może dochodzić do objawów ucisku na nerw pachowy lub tętnice. Wielu osobom na samodzielne i bezpieczne poruszanie się pozwalają **balkoniki**, wykorzystywane głównie w pierwszych okresach usprawniania. Należy pamiętać, że bezpieczne poruszanie się zależy również od właściwie dobranego obuwia, które powinno być lekkie, łatwe do założenia i zdjecia, posiadać antypoślizgowe podeszwy, odpowiednio stabilizować staw skokowy i łatwo dopasowywać się do zniekształceń stóp. W przypadku znacznych zniekształceń konieczne jest zastosowanie **obuwia ortopedycznego** lub wkładek zmniejszających ból doznawany w czasie chodzenia. Z kolei dla osób, które wymagają korzystania z **wózka inwalidzkiego**, ważny jest właściwy jego dobór oraz przygotowanie do jego używania, w tym także nauka przenoszenia się z wózka na łóżko czy fotel. Szczególnie w pierwszym okresie wiele osób ma trudności z posługiwaniem się wózkiem. Bez uzyskania właściwej pomocy, zniechęcają się do korzystania z niego, co finalnie negatywnie wpływa na jakość ich życia.

Zmiany zwyrodnieniowe czy złamania kompresyjne kręgosłupa wymagają zaopatrzenia **gorsetami**, które unieruchamiają i odciążają chore miejsca. Podobnie **kołnierze ortopedyczne**, w mechanizmie odciążenia redukują ból i objawy ucisku na korzenie nerwowe lub tętnice kręgowy. Przed rozpoczęciem użytkowania każdy

człowiek musi zostać dokładnie poinstruowany o sposobie stosowania takiego zaopatrzenia, ponieważ niewłaściwie noszenie może być przyczyną osłabienia mięśni, a nawet znacznego pogorszenia jego stanu zdrowia.

\*\*\*

Aktywność fizyczna jest niezmiernie ważna w każdym wieku, ale szczególnie powinni ją polubić seniorzy. Stosując różne jej formy, mogą przyspieszyć powrót utraconych funkcji narządu ruchu, a w przypadku zmian nieodwracalnych – wyrobić funkcje zastępcze. Aktywność fizyczna odgrywa również pozytywną rolę w przywracaniu równowagi psychicznej, dając ludziom świadomość ich możliwości i społecznej przydatności. Dzięki temu życie może być wciąż satysfakcjonujące.

# Wiek nie gra roli Formy spędzania czasu wolnego

**Martyna Repetowska, Aleksandra Podębska**

Osoby przechodzące na emeryturę mają zapewne świadomość, że zmienia się styl ich życia. Jeżeli jedyną rozrywką stała się opieka nad wnukami bądź siedzenie przed telewizorem, to można zaproponować inne rozwiązania, dzięki którym poczują znowu chęć do życia. Seniorzy nie są pozostawieni sami sobie, istnieją bowiem sposoby, dzięki którym poczują się docenieni i spełnieni. Dla wielu osób późna dojrzałość kojarzy się z zakończeniem pracy zawodowej i przejściem na emeryturę. Jest to okres odpoczynku i spokoju. Owszem, każdy zasługuje na taki czas po wielu latach funkcjonowania na pełnych obrotach. Często zapomina się jednak o tym, że to jest jedyny moment, aby bardziej zadbać o siebie i spokojnie na swoich warunkach przeżyć ten czas. Coraz większa świadomość społeczna i liczne kampanie skierowane na przeciwdziałanie wykluczeniu mają pomóc w odnalezieniu się w nowej rzeczywistości. Domy kultury, uniwersytety



trzeciego wieku, prywatne instytucje mają w swej ofercie wiele działań aktywujących. Oferują działania wspierające rozwój intelektualny i fizyczny. Są to formy czynnego uczestnictwa pomagające odzyskać aktywność w wielu obszarach, a poprzez to także pewność siebie. Dzięki nim ludzie znowu mogą czuć się spełnieni. Osoba dojrzała nie musi być skazana na nieobecność społeczną. Wspólnie można znaleźć drogi do realizacji potrzeb, marzeń, talentów, zainteresowań. Ponadto przynależność do tego typu instytucji umożliwia nawiązywanie nowych znajomości, budowanie więzi społecznych, integrację itp.

## Nowe perspektywy

Usługi rozwijające aktywność spełniają szereg istotnych funkcji – przeciwdziałają osamotnieniu i wykluczeniu, a także pozwalają społecznie wykorzystać potencjał uczestników, ich doświadczenie życiowe. Zachodzące w Polsce zmiany demograficzne powodują zwiększone zapotrzebowanie na tego typu inicjatywy. Ludzie żyją coraz dłużej, mniej rodzi się dzieci, ujemne saldo migracji, wszystko to sprawia, że osób starszych jest w Polsce coraz więcej i stanowią większą część społeczeństwa. Zdarza się, że obawiają się oni utraty niezależności, nie chcą być ciężarem dla rodziny bądź przyjaciół, a jednocześnie często nie mogą sobie pozwolić na skorzystanie z niezbędnej opieki medycznej, prawnej i innej. W Polsce nie istnieje kompleksowa polityka dla osób starszych. Zapewne niezbędne jest opracowanie ram prawnych i organizacyjnych, które umożliwią współpracę między opieką zdrowotną i społeczną. Obecnie systemy opieki są niespójne i rozproszone, a oferowane świadczenia nie zawsze są dostosowane do potrzeb. Dlatego też trzeba nad tym nieustannie pracować. Z obserwacji życia społecznego wynika, iż od

wielu lat powoływane są instytucje miejskie i rządowe odpowiedzialne za pomoc w realizacji odpowiednich programów. W przypadku Łodzi wymienić można chociażby Zespół ds. Seniorów działający w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych UMŁ. Powstają także organizacje pozarządowe, jak np. Stowarzyszenie „Ponadczasowi”, co świadczy o rozwoju społeczeństwa obywatelskiego i daje dobre prognozy na przyszłość. Głównym zadaniem tego typu stowarzyszeń jest pobudzanie do działania, pozwalające na czynne uczestnictwo w „czymś”. Może to być aktywność rekreacyjno-hobbystyczna, zajęcia sportowe, spacer, malarstwo, ogólnie pojęta sztuka. Mogą być to spotkania o charakterze naukowo-szkoleniowym, kluby seniora, centra seniora, stowarzyszenia lub nawet wspólne oglądanie telewizji przy herbacie. Istotnym aspektem działalności takich podmiotów jest możliwość nawiązywania nowych znajomości oraz przyjaźni wśród uczestników, ale najważniejszym jest zaszczepienie przekonania, że można jeszcze bardzo dużo w życiu zrobić i osiągnąć.

Większość uczestników spotyka się bowiem poza takim klubem, pomagając sobie w życiu codziennym oraz w rozwiązywaniu trosk i problemów. To jednak nie wszystko. Wraz z uczestnictwem w różnego rodzaju zajęciach zauważalne jest zwiększenie pewności siebie oraz większa otwartość. Oczywiście niektóre osoby mają na początku problem z zaklimatyzowaniem się. Negują wszystkie działania i bardzo wiele oczekują, ale w miarę upływu czasu i włożonej pracy stają się aktywnymi uczestnikami zajęć, pomagają innym i same sobie wybierają rolę w grupie. Dzięki uczestnictwu w tego typu działaniach często w znaczącym stopniu poprawia się samopoczucie, bo to co stanowi jeden z najważniejszych wyznaczników szczęścia, to kontakt z ludźmi. Jeśli zatem tak się ułożyło nasze życie, że nie mamy w swoim otoczeniu bliskich nam osób, przyjaciół, znajomych, to warto pamiętać, że przy-

należność do różnych organizacji daje nam możliwość poznania innych ludzi, nawiązania przyjaźni, wspólnego spędzania czasu, dzielenia się zarówno smutkami, jak i radościami. A poza miłym otoczeniem możemy ten wolny czas wykorzystać na zdobywanie nowych umiejętności, rozwijanie talentów itp.

## Nieodpłatne zajęcia

Warto zaznaczyć, iż wiele instytucji realizuje zajęcia nieodpłatne. Oferta jest bardzo ciekawa i różnorodna. Najbardziej aktywne w tym obszarze są niewątpliwie organizacje pozarządowe, takie jak chociażby Stowarzyszenie Miłośników Sztuki „Ponadczasowi”, Latarnicy, Stowarzyszenie na rzecz Wspierania Aktywności Seniorów „AS”, Fundacja Sedeka, Fundacja „Dolina Marzeń”, Stowarzyszenie Możesz Więcej. Tego typu instytucje funkcjonują zapewne w każdym mieście, coraz częściej także w gminach. W Łodzi na przykład działa pięć dofinansowywanych z budżetu miasta Centrów Aktywnego Seniora, które oferują szereg zajęć, jak np. zajęcia językowe, taneczne, pilates, komputerowe, fotograficzne i in. W większość tego typu przedsięwzięć angażują się sami zainteresowani.

## Wolny czas

Wiek nie gra roli, wręcz przeciwnie. W wielu przypadkach jest on zaczynkiem do pokazania światu siebie, przekazania swoich doświadczeń, przemyśleń. Głównie ze względu na większą ilość czasu wolnego, którego po przejściu na emeryturę mamy więcej niż będąc aktywnym zawodowo. Dzięki temu można korzystać z zajęć spędzając swój wolny czas w sposób niepowtarzalny i unikatowy, rozwijając

swoje zainteresowania i ucząc się wielu nowych rzeczy, począwszy od języków, po taniec, a na malarstwie skończywszy. Osoby starsze posiadają atuty, których brak młodszemu pokoleniu. Ich wolny czas może być sojusznikiem, a nie wrogiem, podobnie wiek, doświadczenie i cierpliwość. Również strach przed nieznanym można wykorzystać do mobilizacji oraz pokazania sobie i bliskim, że chce się coś robić, że warto inaczej spędzać czas. Dzięki temu życie staje się bardziej wartościowe i barwniejsze, bowiem to, co jest wielokrotnie źródłem frustracji, to bezczynność i powszechna nuda. Warto zatem po zaprzestanej pracy zawodowej odnaleźć nową formę spędzania czasu wolnego, pozwalającą na aktywne i pomyślne przeżycie swojego życia.

## **Potrzeby zdrowotne**

Jedną z priorytetowych potrzeb większości ludzi są potrzeby zdrowotne. Emerytowani Polacy prowadzą niezdrowy tryb życia, większość deklaruje brak intensywnej aktywności fizycznej. Brak ruchu wraz z niezdrową dietą powoduje nadwagę i związane z nią problemy zdrowotne. Poważnym problemem są też choroby skutkujące trudnościami pamięci. Utrudniają one życie codzienne, w skrajnej fazie uniemożliwiają samodzielne egzystowanie. Jednak, osoby korzystające z usług centrów aktywnych, takich jak np. łódzkie Centra Aktywnego Seniora, trwale zmieniają swój styl życia, w ramach samopomocy kontynuują zajęcia z zakresu gimnastyki zdrowotnej i zdrowego odżywiania, jak również profilaktyki zaburzeń pamięci i grupy samopomocy. I chociaż współczesna kultura promuje kult młodości, to na szczęście zaczynają być zauważane potrzeby seniorów. Jest wiele aktywności, które mogą realizować, by zachować zdrowie i sprawność.



**FOT. 2.** ZAJĘCIA GIMNASTYCZNE W RAMACH AKADEMII TRZECIEGO WIEKU PRZY WYŻSZEJ SZKOLE NAUK HUMANISTYCZNYCH I DZIENNIKARSTWA W POZNANIU

*Źródło:* [http://www.rozruszajstawy.pl/program\\_rozruszaj\\_stawy.aspx?pozycja=Zobacz%20poprzednie%20edycje%20programu&relacja=2](http://www.rozruszajstawy.pl/program_rozruszaj_stawy.aspx?pozycja=Zobacz%20poprzednie%20edycje%20programu&relacja=2)  
(21.02.2016).

Celem podejmowanej aktywności fizycznej jest podniesienie stanu zdrowia, zachowanie ogólnej sprawności fizycznej, a tym samym sprawności życiowej. Należy oswojać społeczeństwo z myślą, że szczęśliwy i zdrowy senior to osoba aktywna, która maszeruje, ćwiczy, pływa, jeździ na rowerze.

Jeśli człowiek starszy w to uwierzy, wówczas podarowany wolny czas będzie spełniał wiele funkcji: wypoczynkową, jako czas na regenerację sił fizycznych i psychicznych, rozrywkową, jako czynnik walki z monotonią dnia codziennego i rozwojową, jako czas na rozwój swojej osobowości, intelektu, sprawności. Tak rozumiana i wykorzystywana ilość niezagospodarowanego, przytłaczającego czasu wolnego może zamiast stresować, stać się źródłem radości i przyjemności. Potrzeba jedynie świadomości i motywacji.

## Znajomość nowych technologii

Kolejnym ważnym aspektem aktywności są nowe technologie. Współczesna kultura, komunikacja międzyludzka coraz bardziej przenoszą się w świat wirtualny, w którym osobom dojrzałym trudno uczestniczyć ze względu na małą wiedzę w tym zakresie. Niewątpliwie owo wykluczenie cyfrowe może doskwierać wielu ludziom. Braki sprzętowe można nadrobić, jednak bez odpowiedniej pomocy nauczyć się obsługi komputera, smartfona czy tabletu nie jest łatwo. Często podstawowe szkolenia z zakresu obsługi komputera, to zbyt mało, konieczne są konsultacje indywidualne. Przez lata bowiem jedynym źródłem wiedzy w tym zakresie byli młodsi członkowie rodziny, którzy zazwyczaj nie mieli czasu ani cierpliwości i zdolności, aby przekazać swoim rodzicom, dziadkom podstawy obsługi komputera i Internetu. Obecnie sytuacja ta ulega zmianie.



**FOT. 3.** PIERWSZE ZAJĘCIA KOMPUTEROWE DLA SENIORÓW W GMINNYM OŚRODKU KULTURY W PILCHOWICACH

Źródło: <http://pl.depositphotos.com/search/senior-ucz%C4%85cy-si%C4%99--komputera-st120.html>.

Wszystko za sprawą rosnącego zainteresowania sprawami i potrzebami osób starszych zarówno ze strony instytucji, jak i organizacji odpowiedzialnych za politykę społeczną państwa. Seniorzy są głównymi adresatami programów profilaktycznych, np. „Kulturalna aktywizacja pokolenia 60+”, mających na celu walkę z wykluczeniem. Głównie z wykluczeniem cyfrowym. Na zajęciach seniorzy mogą ćwiczyć umiejętności, pytać, próbować, a czasem skasować jakąś aplikację. Nie wszystko jest potrzebne. Należy sobie uświadomić, że młodzież w dobie takiej ilości urządzeń, oprogramowań i aplikacji też nie wszystko zna.

## Wolontariat

Wolontariat to również szansa na spędzanie czasu wolnego. Większość seniorów angażuje się w opiekę nad wnukami i pomoc swoim dzieciom, ale nie zapominajmy o samopomocy. Zaktywowanie emerytów w tej sferze jest bardzo istotne. Analizy demograficzne wskazują, że osób 80+ przybywa, a to właśnie emeryci 60+ najlepiej są w stanie dotrzeć do osób potrzebujących wsparcia i im pomóc. Mimo dużej ilości wolnego czasu na wolontariat i aktywność społeczną decyduje się niewielki procent osób po 55 roku życia. Przyczyn jest wiele, jedną z nich jest niski poziom zaufania społecznego w tej grupie wiekowej. Osoby takie zwykle nie miały okazji korzystać z powszechnych obecnie warsztatów umiejętności prospołecznych i działań integracyjnych. Tak niski poziom zaufania społecznego przekłada się również na brak zaufania do organizacji pozarządowych i wolontariatu. Osoby dojrzałe niechętnie angażują się w działania, które są dla nich nowe i obce. Świat wolontariatu i organizacji pozarządowych jest dla nich rzeczą nową i obcą. Ważna jest organizacja spotkań

otwartych pomagających „doświadczyć” instytucji pozarządowych, a w konsekwencji im zaufać. W tym celu realizowane są projekty promujące wolontariat osób starszych w całym kraju. Warto wspomnieć w tym miejscu chociażby działania Towarzystwa Inicjatyw Twórczych ze środków polsko-amerykańskiej Fundacji „Wolność”, realizującego konkurs „Seniorzy w akcji”. Tego typu przedsięwzięcia umożliwiają realizację inicjatyw seniorskich i są okazją do zapoznania się z ideą wolontariatu, który może być szansą nie tylko na spędzanie czasu, ale również dzielenie się swoim doświadczeniem, wiedzą czy też praktycznymi umiejętnościami. Tym bardziej iż katalog działań, które podejmują wolontariusze, jest bardzo długi – angażują się w pomoc organizacjom charytatywnym (np. przy zbiórkach żywności lub kwestach), przychodzą do miejscowych bibliotek, by czytać na głos dzieciom, albo podejmują trud towarzyszenia samotnym pacjentom hospicjów lub zakładów opiekuńczo-leczniczych.

## Potrzeba dawania siebie

Wśród obaw związanych ze starością wskazuje się lęk przed byciem niepotrzebnym, ciężarem dla innych i samotnością. Im bardziej aktywny był człowiek w młodości, tym bardziej obawia się przejścia na emeryturę i ustania aktywności. Bardzo istotną korzyścią płynącą z wolontariatu jest wzrost poczucia wartości, poczucie pewności siebie oraz satysfakcja płynąca z wykonywanych zadań. Efektem są: twórcze myślenie, większy entuzjizm, zapał do poznawania nowego, zainteresowanie nowymi formami. Dzięki nowym przyjaźniom ludzie pokonują własne uprzedzenia, bariery, co daje widoczne zmiany osobowości. Dobrym przykładem jest **wolontariat międzynarodowy**. Wymiany owocują bowiem największym entuzja-



zmem i zapalem do nauki języków obcych. Może to powodować zainteresowanie również innymi działaniami, np. warsztatami czy wyjazdami. Na przykład w ramach CAS-Śródmieście raz w roku organizowane są wycieczki do interesujących miejsc Polski, ogniska i spotkania w okolicach Łodzi. Podobne inicjatywy podejmowane są zapewne w innych miastach. Oczywiście nie da się podjąć aktywności bez dostępności. Osoby dojrzałe są zwykle mniej mobilne niż ludzie młodzi. Na pewno w najbliższej okolicy można znaleźć centrum aktywizacji seniora, a w nim ciekawe zajęcia będące odpowiedzią na samotność i trudności w zagospodarowaniu wolnego czasu.

## Potencjał liderowski

Wiadomo, jak ogromny potencjał liderowski kryje się w uczestnikach warsztatów. Przy odrobinie wsparcia można samemu poprowadzić takie zajęcia. W ten sposób można się stać ambasadorem, działaczem społecznym, który podzieli się swoim doświadczeniem i kompetencjami z innymi potrzebującymi. To zasada „dajesz – dostajesz”. Angażując się, dajesz możliwość pokazania swoich umiejętności, podzielenia się nimi z innymi. Wówczas seniorzy uświadamiają sobie, że są potrzebni. Każdy uczestnik jest inny, ma inne marzenia, motywacje – warto je wykorzystać, działając na rzecz innych. Dzięki temu można rozwijać swoje pasje, zdobywać nowe umiejętności, mając poczucie dobrze wykorzystanego czasu. Będąc liderem, można pomagać innym i sobie. Własne pasje wspierają innych w otwieraniu się na świat, odkrywaniu, tego co zapomniane bądź głęboko ukryte. Uaktywniając siebie, zachęcamy do aktywności innych, zarażamy energią i nadzieją. Czujemy się potrzebni i ważni. Stwarzamy bezpieczną przystań, miejsce gdzie będziemy mogli kreować

przeróżne aktywności. Dzięki zaangażowaniu osób starszych, ich aktywności, wspólnie przygotowanych małych lub większych arcydzieł ożywa wiele miejsc.

## **Sztuka ponadczasowa**

Sztuka, działalność artystyczna to dziedzina, w której odnaleźć się może wiele osób. Jej ramy są bardzo szerokie i z pewnością każdy jej kiedyś spróbował. Rysunek, malarstwo, ogólnie pojęte rękodzieło, ale także teatr, fotografia, chór. Tu każdy może odnaleźć coś, co było kiedyś jego konikiem, ukrywanym talentem lub wielkim marzeniem.

Zajęcia tego typu są również swego rodzaju terapią, dzięki której podnosi się własną samoocenę. Każdy jest inny, pokazując własny świat, otwiera się na ludzi i zaczyna widzieć coś więcej niż tylko białe ściany ciągle tego samego pokoju. Zaczyna się widzieć kolory i słyszeć dźwięki, które do tej pory były tylko szumem. Wszystko to działa na człowieka kojąco i pobudzająco zarazem.

Dzięki seniorom korytarze wielu instytucji wypełniają się kolorowymi pracami, dekoracjami, drobnym rękodziełem. Dzięki nim powstają spektakle, chóry, musicale.

W naszej kulturze gloryfikuje się młodość, tymczasem wieloletnie doświadczenie, ugruntowane wartości, oparte na porażkach i sukcesach dają pole do pracy zarówno przy różnego rodzaju eksperymentach teatralnych, plastycznych czy po prostu technicznych. Powstają więc zespoły teatralne, takie jak np. działający przy Akademickim Ośrodku Inicjatyw Artystycznych w Łodzi zespół w ramach Stowarzyszenia „Ponadczasowi”, skupiający seniorów, którzy pod kierunkiem profesjonalisty tworzą spektakl, albo sami również stają się reżyserami. Warto również w swojej miejscowości rozejrzeć się za takimi rodzajami aktywności. Być może gdzieś niedaleko nas,

w pobliżu jest miejsce, w którym moglibyśmy realizować swoje pasje, talenty i czerpać z tego satysfakcję. Może uda się nam zagrać w teatrze albo wcielić w rolę reżysera i wykorzystać swoje doświadczenie, swoją życiową mądrość. Aktor czy reżyser bez doświadczenia życiowego nie jest w stanie pokazać całego spektrum barw, emocji i sytuacji. Nie bez powodu na ten kierunek na studiach artystycznych przez wiele lat przyjmowani byli ludzie, co najmniej



**FOT. 4–5.** PRÓBY SENIORÓW ZE SPEKTAKLU *PEKAJĄCE TORBY Z PAPIERU*

*Źródło: zdjęcia wykonane dla Akademickiego Ośrodka Inicjatyw Artystycznych w ramach promocji programu UTW-Seniorzy w akcji Towarzystwa Inicjatyw Twórczych „e” i Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności.*

po jednym skończonym kierunku z innej dziedziny. Wiek może być w tym przypadku niesamowitym atutem.

Osoby dojrzałe, tworząc spektakle, takie jak *Pękające torby* czy *Ucieczka, wycieczka* (w AOIA), dzielą się swoimi wartościami i ważnymi sprawami, w których pragną się wypowiedzieć. Wiadomo, że metryka nie jest tu wykładnikiem. Tego typu projekty mają na celu zainspirować, spowodować, by ludzie otworzyli się, wyszli z domu, nie rezygnowali z życia tylko dlatego, że są starsi. To doświadczenia uświadamiające i powalające zrozumieć starsze pokolenie. Wszyscy bowiem wiemy, że w każdym wieku ma się swoje potrzeby towarzyskie i artystyczne oraz chęć samorealizacji. Pozytywna energia, którą daje śpiew i taniec, sprawia radość. Uchybienia warsztatowe czy problemy z tekstem będą tylko pretekstem do kolejnych spotkań. Spotkań, na których traktuje się siebie nawzajem z szacunkiem, okazuje się cierpliwość i zrozumienie, emanuje uśmiechem i troską. Projekty te są skonstruowane tak, aby można było je na każdym etapie modyfikować, pozwalając na lepsze dostosowanie zajęć do potrzeb zgłaszanych przez uczestników.

Osoby będące odbiorcami usług społecznej aktywizacji mają ogromny potencjał, ich talenty doświadczenie i możliwości są na razie wykorzystywane w niewielkim stopniu. Warto to zmieniać i przyłączyć się do procesu zmian. Nie czekając na ofertę innych, sami postarajmy się przy wsparciu pracowników i członków tych instytucji, nie-rzadko też wolontariuszy centrów, wydziałów ds. seniorów i stowarzyszeń, wykreować swoją rzeczywistość.



# Hobby – szansa na sprawny umysł

**Ewa Czernik**

Hobby to zajęcia, jakie wykonujemy dla relaksu, przyjemności, rozluźnienia, najczęściej w czasie wolnym od pracy i obowiązków. Często łączy się je ze zdobywaniem wiedzy w danej dziedzinie, rozwijaniem umiejętności. Hobby może dotyczyć każdej sfery naszego życia. Możemy doskonalić w obrębie naszego domu, np. uczyć się sprzątać ekologicznie i efektywnie, gotować potrawy z różnych krajów, szyć i ozdabiać naszą odzież, dbać o ogród czy piękny wystrój balkonu itp. Niektóre osoby rozwijają swoje zainteresowania w kierunkach naukowych i często określa się ich mianem amatorów w danej dziedzinie, np. historyk-amator, programista-amator, behawiorysta-amator. Możemy hobbystycznie uprawiać sport, kolekcjonować np. znaczki czy pamiątki z czasów PRL-u itp. Możemy także rozwijać się technicznie i niczym p. Adam Słodowy konstruować i naprawiać różne rzeczy w domu czy ogrodzie. Istnieje również hobby związane z artystem, jak choćby

fotografowanie, projektowanie, prace manualne zwane też robótkami ręcznymi itd.

Wszystkie rodzaje hobby mają znaczenie dla naszego samopoczucia, zdrowia oraz pracy mózgu. Warto zatem przyjrzeć się niektórym aktywnościom z nieograniczonego wachlarza możliwości, a mianowicie: muzykowaniu, malowaniu i rzeźbieniu oraz czytaniu i pisaniu. W dalszej kolejności trzeba się zastanowić na tym, co zrobić, by wzmacniać naszą chęć do realizowania wszelkiego rodzaju zainteresowań.

## Sposoby wypełniania czasu wolnego

Hobby może stać się sensem naszego życia lub wypełniać czas wolny po wykonaniu codziennych obowiązków. Spójrzmy zatem na wybrane ciekawe zajęcia mogące stać się pasjami lub będące miłym uzupełnieniem dnia.

### Muzykowanie

Muzykę możemy realizować na wiele sposobów. Pierwsze skojarzenie to słuchanie muzyki: różnych jej rodzajów, samotnie lub w towarzystwie, w ciekawych miejscach. Muzyką może być szelest liści w parku czy płynący strumień. Jest też muzyka ludowa, grana przez ludzi, którym w duszy gra. I ta na salonach, w filharmonii albo na stadionach – popularna czy metalowa. Można by tak w nieskończoność.

Każdy z nas ma przy sobie, a właściwie w sobie, instrument muzyczny. To nasz głos. Możemy śpiewać prawie zawsze i prawie wszędzie. Podśpiewywać, śpiewać na całe gardło, głębiej i mocniej z przepony. Na koncercie, w lesie, w domu, na ulicy i w markecie. W smutku i radości... W chórze i solo... I tak jak wszystko inne możemy udoskonalać pod okiem lepszych od nas, którzy chętnie

dziela się swoją wiedzą. A wtedy uwolni się w mózgu hormon przyjemności (dopamina), obniży się napięcie ciała, dotlenimy się, podniesiemy koordynację mięśniową.

Tworzymy muzykę nie tylko śpiewając, ale również grając na instrumentach. Czy to fortepian, czy cymbałki, a może flet, wszystkie instrumenty, kiedy wydobywamy z nich muzykę, jednocześnie rozwijają nasze zdolności manualne, koordynację wzrokowo-ruchową i ćwiczą mózg. Wyciągajmy zatem zakurzone gitary, podkradajmy wnukom flety czy syntezatory i grajmy.

A kiedy zagramy i pośpiewamy, to może ktoś zatańczy. Taniec ma niezwykle cechy: odmładza, odchudza i poprawia nastrój. Pozwala na poprawę zdrowia fizycznego, rzeźbi sylwetkę, wyrabia wytrzymałość fizyczną, usprawnia przemianę materii i krążenie. Korzystnie wpływa także na zdrowie psychiczne – podnosi naszą samoocenę, pewność siebie, radość życia, budzi zmysłowość, przegania depresję i smutek. Pozwala na bliski kontakt z człowiekiem, przez co otwiera nas na relacje. Jednak dzisiaj, gdy ktoś nie ma ochoty tańczyć w parze, może skorzystać z zajęć, gdzie tańczy się pojedynczo, ale w grupie (np. zumba, taniec hawajski).

## **Malowanie i rzeźbienie**

Łatwo się domyślić, że oba rodzaje sztuki możemy oglądać na wystawach, w muzeach, a także w miejscach wydawałoby się zaskakujących, np. w biurach. Bardzo przyjemne jest, gdy możemy obrazy i rzeźby dotykać. Niezwykle miłe jest czucie pod palcami obrazu namalowanego farbą olejną i jakże inne od obrazu namalowanego akwarelami. Rzeźby wykonane z różnych materiałów mają zupełnie inną fakturę i ciepłość.

Aby oglądać rzeźbę, ktoś musi ją wykonać. Może warto to zrobić samemu. Pewna kobieta powiedziała: *Kiedy przejdę na emeryturę, będę malować*. Każdy kto to usły-



szał, uśmiechał się dyskretnie. Nikt nigdy nie widział, by rysowała, a co dopiero malowała. Kiedy przyszedł dzień jej urodzin, trochę dla śmiechu i zabawy, a trochę dla motywacji, rodzina podarowała jej sztalugi, farby i pędzle. Minął jeszcze jakiś czas i owa kobieta zaczęła malować, a jej obrazy spotkały się z uznaniem nie tylko najbliższych. Swoje zdolności malarskie czy rzeźbiarskie można rozwijać samemu lub korzystać z warsztatów również dla seniorów.

Czy to możliwe, żeby sztukę układać? Jak najbardziej! Puzzle – oto cudowny sposób na kontakt z przepięknymi obrazami i trójwymiarowymi budynkami.

### **Układanie puzzli**

Można powiedzieć rozsypany obrazek do złożenia. Tylko po co? Wielu ludzi układa dla przyjemności. Puzzle uczą cierpliwości i wytrwałości, wzmacniają koncentrację uwagi, dają satysfakcję. Ponadto wzmacniają sprawność manualną dłoni i koordynację wzrokowo-ruchową. Chyba najprzyjemniejsze układanki to te, które można dotykać, przekładać, przyglądać się im. Tym bardziej, że dzisiejsze puzzle mają różnorodną fakturę: śliską, lekko chropowatą, aksamitną. Elementy mogą mieć różną wielkość, kształt i ilość. Dotykanie, dopasowywanie elementów to wciągające i przyjemne zadanie. A co zrobić, gdy nie mamy puzzli w domu, a nie chcemy ich kupować? Można układać przez Internet. Wystarczy wpisać w wyszukiwarce „puzzle online” i wyświetlą się różne propozycje. Obrazek układamy, korzystając z myszki, co jest tak proste, że mogą się tego nauczyć osoby niekorzystające wcześniej z komputera.

### **Czytanie i pisanie**

Oferta książkowa i prasowa jest bardzo bogata. Warto zatem sięgać po periodyki związane z naszym hobby, np. motoryzacyjne, ogrodnicze, kulinarne, sportowe, histo-

ryczne, o dekoracji wnętrz, budowie domów, o zwierzętach. Dobra książka czy ciekawa gazeta to świetny sposób na spędzanie części swojego wolnego czasu. Czasem ludzie mówią, że nie mogą czytać, ponieważ mają słaby wzrok. Dzisiaj to już nie problem. Warto poprosić kogoś bliskiego, by nam czytał. Można też skorzystać z e-booków – tu jest możliwość powiększenia czcionki, ustawienia odpowiedniej jasności ekranu. Kiedy widzimy bardzo słabo, można korzystać z audiobooków – są już coraz tańsze, jest duża oferta nagraniowa, można je wypożyczać w bibliotekach.

Nie tylko czytanie, ale również pisanie może być ciekawe. Warto zacząć od pamiętnika lub dziennika. Pamiętnik piszemy codziennie lub co jakiś czas, np. by ważne zdarzenie, uczucie nie odeszło w zapomnienie. Dzienniki piszemy codziennie, utrwalając nasze życie i myśli. Im więcej piszemy, tym robimy to lepiej: używamy więcej słów, bardziej różnorodnych, poprawia się nasz styl i jego lekkość. Możemy pisać np. bajki czy wiersze dla dzieci. W Łodzi są „Latające Babcie” – cudowne kobiety i mężczyźni, którzy piszą właśnie bajki dla dzieci, szyją do nich stroje i całe dekoracje, a potem pakują w torby i jadą do przedszkoli, do domów dziecka, do szpitali, wszędzie tam, gdzie potrzebna jest pomoc. Dzięki temu realizują swoje pasje i wspierają innych.

Umiejętności pisarskie warto rozwijać np. na warsztatach pisarskich, które organizowane są także dla osób później rozpoczynających swoją przygodę. W czasopiśmie kobiecych bywają ogłoszenia o konkursach literackich. W Internecie także można znaleźć propozycje dla tych, którzy pragną podzielić się swoimi myślami, uczuciami, przeżyciami, a może fantazją z innymi.

Warto opisywać to, co przeżyliśmy, to czego się nauczyliśmy, jak choćby teksty piosenek, wiersze, rymowanki, również te, które sami ułożyliśmy, czy te, których nauczy-

li nas rodzice, dziadkowie, ciocie i wujkowie. Być może wydaje się to niepotrzebne, nieważne... Kilka lat temu, z jedną z mieszkanek Domu Pomocy Społecznej spisywałyśmy wszystkie wiersze, przyspiewki, piosenki, które zapamiętała od momentu swojego przyjścia na świat. Spisywałyśmy również wiersze, które sama napisała. Dziś w domu mam książkę liczącą 600 stron. Chętnie do niej zaglądam i odkrywam ją ciągle na nowo.

## **Rozbudzanie życiowej aktywności**

Omówione aktywności to zaledwie ułamek tego, czym możemy cieszyć się w życiu. Wszystkie wpływają na poczucie naszej satysfakcji, zadowolenie, budują pewność siebie.

Kiedy świetnie się czujemy, wierzymy, że będziemy pasjonatami już zawsze. Nie planujemy przecież rezygnować z czegoś, co daje tyle przyjemności. Zdarza się jednak, że coś się zmieni, a nasza energia spadnie. Co wtedy? Co możemy zrobić, by znów nam się chciało?

Odpowiedź wydaje się prosta. Trzeba znów zacząć robić, to co sprawia przyjemność. Jednak wiemy, że nie jest to łatwe. Spróbujmy zacząć od rozruszania ciała, złagodzenia nieprzyjemnych emocji, poszukania wsparcia w sobie. Potem rozbudzajmy motywację. Dobrze też nauczyć się miło zaczynać i kończyć każdy dzień.

## **Ruszamy ciało**

Ciało, by miało energię, potrzebuje dobrze oddychać. Kiedy przechodzimy trudności, często oddychamy gorzej. Możemy też czuć napięcie w ciele, szczególnie w barkach, szyi, może też boleć głowa. Proponowane ćwiczenie pozwoli się dotlenić i zmniejszyć nieprzyjemne odczucia.

**Relaks wdech – wydech.** Stań prosto, rozluźnij się, ustaw stopy na szerokość bioder, ugnij lekko nogi w kolanach.

1. Zrób wdech nosem i wydech ustami.

2. Zrób wdech z wyciągnięciem rąk ku górze, wydech i opuszczenie rąk (kiedy czujesz się pewnie, możesz z wdechem stanąć na palcach).

3. Zrób wdech z wyciągnięciem rąk ku górze i przeciąganiem się (do sufitu), wydech z opuszczeniem rąk (możesz także z wdechem stanąć na palcach).

4. Zrób wdech w wyciągnięciem rąk ku górze, gwałtowny wydech z opuszczeniem rąk (możesz lekko ugiąć nogi w kolanach przy wydechu).

5. Zrób wdech w wyciągnięciem rąk ku górze, gwałtowny wydech z opuszczeniem rąk i wydaniem dźwięku w postaci głośnego wydechu, okrzyku itp.

I śmieję się do woli!

Wykonuj ćwiczenia w podanej kolejności, a każde powtarzaj trzy razy. Może zdarzyć się, że poczujesz lekki zawrót głowy – to tylko duże dotlenienie, tzw. hiperwentylacja. Usiądź, wróć do normalnego oddechu i za chwilę poczujesz się lepiej. Możesz wrócić do ćwiczeń po kilku minutach.

Kiedy potrzebujesz zrelaksować ciało i umysł możesz skorzystać z treningów, wizualizacji.

Zanim przystąpisz do ćwiczenia, przeczytaj krótki tekst. Zwróć uwagę na gwiazdki – oznaczają one liczbę pełnych oddechów, które można wykonać między jednym wierszem a kolejnym. Ćwiczenie to jest bardzo krótkie, zapewne z łatwością nauczysz się go na pamięć. Nie chodzi tu o dokładne zapamiętanie słów, raczej kolejność czynności, które możesz wykonywać relaksując się.

**ĆWICZENIE 1 – wizualizacja dłoni.** Pomaga doświadczyć odprężenia, odczuć swoje dłonie w całkiem nowy sposób. Mam też

nadzieję, że pozwoli na docenienie ich urody i roli, jaką dla nas pełnią.

**Usiądź wygodnie** w fotelu lub na krześle.

**Poczuj, jak** ciało przylega do podłoża.

**Weź kilka** głębokich wdechów nosem. Wypuszczaj powietrze ustami.

**Skoncentruj uwagę** na prawej ręce.

**Zobacz kolory** ubrania, które masz na sobie i przesunź wzrok aż do nadgarstka.

\*\*\*

**Zwróć uwagę** na miejsce, w którym kończy się ubranie. \*\*

**I gdzie** skóra twojej ręki jest odsłonięta. \*\*\*

**Zwróć uwagę** na wszystkie drobne włoski na niej. \*\*

**Drobne rzęski** twojej skóry. \*\*\*

**Zwróć uwagę** na swój mały palec. \*\*

**Miejsca, w** których się zgina. \*\*

**Zrób tak** z każdym twoim palcem. Widzisz je w najdrobniejszych szczegółach.

\*\*\*

**Czujesz miejsca**, w których wyrastają paznokcie. \*\*

**Skontaktuj się** ze swoim kciukiem. \*\*\*

**Poczuj wszystkie** doznania w twojej ręce. \*\*\*

**I porównaj** je teraz z lewą ręką. \*\*

**Zobacz włoski** na skórze. \*

**Zwróć uwagę** na swój mały palec. \*

**Miejsca, w** których się zgina. \*

**Przyjrzyj się** wszystkim swoim palcom. \*

**Poczuj miejsca**, w których wyrastają paznokcie. \*

**Skontaktuj się** z kciukiem swojej lewej ręki. \*

**Którą rękę** czujesz lepiej? \*\*

**W całej** ręce, prawej i lewej, czujesz odprężenie. \*\*

**Niech ono** krąży w całym twoim ciele. \*\*\*

**ĆWICZENIE 2 – wizualizacja twarzy.** Zasada jej wykonania jest dokładnie taka sama, jak w poprzedniej wizualizacji.

**Usiądź wygodnie** w fotelu lub na krześle. Możesz też położyć się wygodnie na podłodze lub łóżku.

**Poczuj, jak** ciało przylega do podłoża.

**Weź kilka** głębokich wdechów nosem. Wypuszczaj powietrze ustami.

**Przez chwilę** zaciśnij mięśnie twarzy. Napnij wszystkie mięśnie twojej twarzy.

**Wykrzyw się,** rób miny, mocno zaciśnij mięśnie.

**Jeszcze silniej.**

**A teraz** rozluźnij mięśnie i poczuj w sobie to doznanie całkowitego odprężenia, komfortu i relaksu. \* \*

**I od** nowa, napnij mięśnie. Silniej!

**I rozluźnij.** \*

**Po raz** ostatni, powstrzymując oddech. Wdychasz. Blokujesz, zaciskasz do maksimum. Zaciskaj. Zaciskaj!

**Puść. I** wejdź głęboko do twojego wnętrza, do twojego ciała całkowicie wolnego od napięć, zrelaksowanego, odprężonego. \* \*  
\* \*

**Spocznij.** \*

**Odpocznij.** \*

**A teraz** pozwól swemu ciału falować, jak na dywanie (na krześle).

Jeśli dobrze czujesz się w tej formie relaksu, możesz spróbować także dłuższego treningu Jackobsona oraz treningu autogennego Schulza. Obydwa znajdziesz w Internecie.

## **Łagodźmy emocje**

Mózg lubi wszystkie rodzaje emocji. Ich przeżywanie, odpowiednie reagowanie i odreagowywanie, zapewnia mu rozwój. Z przyjemnymi emocjami najczęściej nie mamy

większych trudności – cieszymy się nimi i doceniamy chwile, gdy się pojawiają. Kłopot pojawia się, gdy przychodzą te nieprzyjemne uczucia, które często lubią się w nas rozgościć na dłużej, np. złość. Gdy je poczujemy i chcemy rozładować, spróbujemy propozycji opisanych poniżej.

**ĆWICZENIE 3 – balonik.** Stań w lekkim rozkroku. Weź do ręki mały balonik. Jeśli nie masz go pod ręką, wyobraź sobie, że trzymasz go w dłoni (zaciśnij dłoń w ten sposób, by powstał w niej otwór, przyłóż ją do ust). A teraz tak mocno, jak tylko potrafisz, wdmuchuj powietrze w balonik. Przy każdym wydechu wyobrażaj sobie, że wraz z powietrzem do balonika wdmuchujesz swoją złość. Przerwij, gdy poczujesz, że cała twoja złość jest w baloniku. Wypuść go i pozwól, by swobodnie od ciebie odleciał.

Bardzo zabawny jest odgłos odlatującego balonu. Jeśli jesteś zwolennikiem mocniejszych zakończeń i lubisz trochę pohłasować, po prostu przebij balon igłą. Szybko się nauczysz tego ćwiczenia, gdy wykonasz go kilka razy. Wtedy możesz wykonywać je w wyobraźni, co oznacza, że zawsze będzie przy tobie, gdy go potrzebujesz.

Kolejna propozycja jest dla tych wszystkich, którzy potrzebują odnaleźć wsparcie w sobie, zaufać sobie, poczuć się mocniejszym.

**ĆWICZENIE 4 – jestem dębem.** Stań bosy na podłodze, zamknij oczy. Wyobraź sobie, że jesteś wielkim stuletnim dębem. Poczuj bardzo grubą korę, która otacza całe twoje ciało i chroni cię przed atakami, niepogodą, niebezpieczeństwami. Poczuj długie, silne i grube konary oraz potężny pień zapewniający ci pełną stabilność. Poczuj, że twoje stopy zapuszczają w głąb ziemi korzenie, które sięgają głęboko i rozciągają się szeroko, sprawiając, że masz tak pełny kontakt z ziemią, absolutne

w niej zakotwiczenie. Wyobraź sobie, jak czuje się takie potężne drzewo, któremu nic nie zagraża, nie jest w stanie się przewrócić.

## **Budzimy motywację**

Dewizą wielu ludzi jest pomyśleć, jak coś zrobić, żeby się nie narobić. To słuszna opcja, szczególnie gdy zadanie jest duże i trochę nas przestrasza. Warto więc najpierw zastanowić się, jaki mamy cel – co chcemy zrobić. Dalej myślimy, co trzeba zrobić, żeby nam się udało – dzielimy działanie na mniejsze kroki. Dobrze jest je ułożyć w kolejności, a na początek wybrać zadanie ważne, ale stosunkowo łatwe do wykonania. Kiedy uda nam się je wykonać, będziemy pewniejsi, że pozostałe też możemy zrobić. Warto też określić czas, jaki przewidujemy na czynność, żeby jego upływanie i termin ostateczny zachęcało nas do pracy. Trzeba pamiętać o nagrodzie za wykonanie każdego kolejnego kroku. Należy ją ustalić wcześniej, ma być proporcjonalna do wysiłku, jaki w nie włożyliśmy.

**PRZYKŁAD.** *Pewna pani, nazwijmy ją Jadwigą, usłyszała kiedyś o ćwiczeniach Tai-chi. Wydawało jej się, że będą odpowiednie dla niej. Dwa dni temu lekarz powiedział jej, że ważne, by zaczęła ćwiczyć – wpłynie to korzystnie na poprawę krążenia, tym samym samopoczucia. Przyznał, że Tai-chi byłoby wyśmienite. Pani Jadwiga nigdy w swoim dorosłym życiu nie ćwiczyła i myślała o tym, że ma teraz zacząć, w wieku siedemdziesięciu dwóch lat i przy innych ludziach, przerażała ją. Nie wiedziała, co ma zrobić. Przygotowała sobie herbatkę z kwiatem z czarnego bzu, usiadła i zaczęła szukać rozwiązania. Efektem rozmyślań był pusty kubek i wnioski: na pewno nie pójdzie tam sama, nie wie, gdzie ma iść, w co się ubrać, jak to wszystko wygląda. Zrozumiała, że musi kogoś znaleźć, by z nią poszedł, dowiedzieć się od kogoś, gdzie są takie zajęcia oraz zebrać informacje o warunkach*



korzystania z nich. Otuchy dodawała jej myśl, że zawsze może zrezygnować. Celem stało się pójście na pierwsze zajęcia. Kroki do wykonania to: (1) rozmowa z przyjaciółką i zachęcenie jej do towarzyszenia w realizacji zamiaru, (2) rozmowa z wnuczką, by poszukała w Internecie informacji jej potrzebnych i (3) wybranie się na zajęcia. Postanowiła zacząć od pierwszego kroku, który wydawał się jej najprzyjemniejszym. Nagrodą miało być wspólne z przyjaciółką wyjście na miasto, może do kawiarni. I udało się – przyjaciółka zgodziła się na ten eksperyment, wnuczka pomogła znaleźć potrzebne informacje i tydzień później pani Jadwiga poszła na pierwsze zajęcia. Z zaskoczeniem przyznała, że jest zadowolona i ma ochotę przyjść na kolejne.

Zwiększaniu motywacji sprzyja przypomnienie i prze-myślenie, co jest dla nas ważne, kim jesteśmy, jakie mamy dobre w sobie cechy, co umiemy i czego chcemy. Pomagamy jej porządkując swoje emocje i dbając o dobry wypoczynek.

### **Zaczynamy i kończymy dobrze dzień**

To ważne, żeby dzień był dla nas przyjemny. Los nie zawsze jest łaskawy, czasem daje nam prztyczka w nos, psując humor. Warto zatem codziennie dać sobie chwilę, by dobrze rozpocząć i zakończyć dzień.

**ĆWICZENIE 5 – mruczenie.** Kiedy obudzisz się rano, połącz w łóżku i zmysłowo pomrucz. To masaż strun głosowych poprawiający ich elastyczność. Dzięki temu twój głos stanie się niższy. Codzienne mruczenie pomaga obniżyć głos, znaleźć właściwy rejestr.

**Mruczeniu sprzyja** przeciąganie się. Jeśli masz w domu kota lub psa, to zauważ, że gdy się przeciąga, to wydaje różne zabawne dźwięki. Weź z niego przykład!

**Możesz też**, jadąc samochodem, mrużyć i śpiewać wesołe piosenki. To na pewno poprawi twój nastrój!

**ĆWICZENIE 6 – wdzięczność.** Wieczorem, gdy już jesteś w łóżku i wygodnie układasz się do snu, na chwilę się zatrzymaj. Pomyśl sobie o tym, o którym wierzysz, że czuwa nad tobą – Anioł Stróż, Bóg, mama, tata czy może wyższa Energia. Jeśli nie wierzysz w nic, co może być po drugiej stronie, zwróć się do siebie. Podziękuj za wszystko dobre, co dzisiaj cię spotkało, co się przydarzyło, co ktoś dla ciebie zrobił lub co tobie udało się zrobić dla siebie lub kogoś. Przypomnij sobie – może ktoś się do ciebie uśmiechnął, może zrobił herbatę, może powiedział dobre słowo. I podziękuj z uśmiechem.



# O sprawach ważnych i niełatwych



Są sprawy, o których mówi się lekko i przyjemnie, a o innych mówi się nieco trudniej lub w ogóle nie chce się o nich rozmawiać. W życiu codziennym często nazywamy je tematami tabu i wówczas wiadomo, że poruszanie ich wywołać może określone emocje, i nie są to przyjemne, a raczej trudne emocje. Ludzie zwykli unikać tego, co wiąże się ze smutkiem, lękiem, złością, a zatem niechętnie poruszają zagadnienia, które wiążą się z takimi emocjami. W przypadku późnej dorosłości jest wiele tego typu tematów. Wśród nich wymienić należy przede wszystkim śmierć. Jednakże sprawy, które w różny sposób nas poruszają, to m.in. otępienie, opiekowanie się osobą schorowaną czy też korzystanie z pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Wbrew powszechnym mechanizmom dotyczącym unikania tego, co trudne, postanowiliśmy się zmierzyć z tymi zagadnieniami, które choć niełatwe, są niewątpliwie bardzo ważne. W tej części próbujemy nie tylko wyjaśnić określone problemy związane z życiem osób starszych, ale dać wiele cennych wskazówek, oswajając jednocześnie tematy tabu.

# Trening pamięci na zaburzenia procesów poznawczych

**Ewa Czernik**

Z wiekiem niektóre osoby cierpią z powodu zaburzeń procesów poznawczych, co oznacza, że mają słabszą pamięć, trudniej zapamiętują świeże informacje, często odwołują się do wspomnień, trudniej im się skoncentrować na czynności, wypowiedzianym zdaniu, trudniej też przywołać odpowiednie słowa do wyrażenia swoich myśli. Miewają zaburzenia orientacji w czasie i przestrzeni – nie mogą określić godziny, daty, pory roku, nie wiedzą, gdzie się znajdują, w jakim mieście, kraju.

Możemy im pomóc! Możemy spowolnić ten proces, stosując proste ćwiczenia. Najpierw jednak trzeba zastanowić się, jak bardzo nasilone są zaburzenia procesów poznawczych. Każdy, kto opiekuje się drugą osobą, wie co dla niej stanowi trudność. Łatwo się też zorientować, co jest dobre dla bliskiej nam osoby, a co nie. Kiedy widzimy, że się irytuje, złości, jest niechętna do wykonania proponowanych zadań, to wiemy na pewno, że nie zostały one dobrze dobrane w danym momencie. Oznacza to, że zadanie mogło być za trudne, może nasz podopieczny się źle czuje, jest zmęczony, może odczuwa dyskomfort itp. Zada-

nie mogło być też zbyt łatwe i bliski nam człowiek czuje się przez to niedoceniony. Kiedy natomiast widzimy zadowolenie na jego twarzy, wtedy możemy być pewni, że trafiliśmy w dziesiątkę. Z czasem możemy „podnosić poprzeczkę”, tak by podopieczny mógł rozwijać swoje możliwości i przez to odczuwać satysfakcję. Jeśli mamy trudność z ocenieniem, co jest dla niego dobre, zawsze możemy poprosić psychologa lub lekarza psychiatrę o konsultację.

Warto dopasować ćwiczenia do aktualnego życia podopiecznego, do zawodu, jaki wykonywał, czy zainteresowań. Gdy osoba jest w nowej dla niej przestrzeni, np. w domu córki lub w domu pomocy społecznej, przy układaniu zadań warto oprzeć się na tym, co jest w jej otoczeniu – wpłynie to korzystnie na poprawę pamięci, a także zwiększy przystosowanie do nowego miejsca pobytu.

## Przykładowe ćwiczenia poprawiające pamięć

**Dokończ przysłowia.** Opiekun przygotowuje listę przysłów – może skorzystać z książki przysłów lub ze stron internetowych o tej tematyce. Dobrze jest zacząć od powiedzeń, przysłów łatwiejszych, znanych podopiecznemu, a później wprowadzać mniej znane, trudniejsze.

### Przykłady

*Kto rano wstaje, ... (temu Pan Bóg daje)*

*Komu w drogę, ... (temu czas)*

*Nie od razu, Kraków ... (zbudowano)*

Trudniejsza propozycja ostatniego przysłowia do dokończenia – *Nie od razu, ...*

Możemy mówić przysłowie, przerwać w odpowiednim momencie i zadaniem osoby starszej jest je dokończyć. Możemy też napisać je na kartce i poprosić, by podopieczny dopisał ich zakończenie. Zachęcajmy też go, by nam proponował dokończenie przysłów czy powiedzeń.

**Zagadki.** Układamy je, korzystając z podpowiedzi przedmiotów, ludzi, zwierząt znajdujących się w naszym otoczeniu. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób starszych znajdujących się w nowym otoczeniu – ułatwi zapoznanie się z nim i jego zaakceptowanie. Z czasem, gdy podopieczny będzie radził sobie z łatwiejszymi zagadkami, można wprowadzać trudniejsze. Zagadki można układać dla osób bez większych kłopotów z pamięcią i wtedy muszą być odpowiednio trudne. Jeśli mamy kłopot z tworzeniem zagadek, można skorzystać ze znajdujących się w książkach lub na stronach internetowych. Zachęcajmy też osoby starsze do zadawania nam zagadek.

**UWAGA.** Zagadki powinny być krótkie – podopieczny lepiej je usłyszy i zapamięta.

### **Przykłady**

*Co to jest?*

*Owoc żółty i kwaśny? (cytryna)*

*Służy do leżenia? (łóżko)*

*Co jeszcze służy do leżenia? (leżak, kanapa itp.)*

*Kudłaty i merda ogonem? (pies)*

*Ma cztery nogi i można na nim postawić talerz?  
(stół, taboret, stołek)*

*Trudniejsze:*

*Święto z opłatkiem? (Boże Narodzenie)*

*Biały, wielki zwierzak na krze lodowej  
(niedźwiedź polarny)*

Odpowiedź na wymyśloną przez nas zagadkę może okazać się różna, warto być otwartym na takie możliwości. Dopytujmy, np. *co jeszcze służy do leżenia? Czy są jeszcze jakieś inne zwierzęta, które są kudłate i merdają ogonem?*



Czasem zagadka przywoła wspomnienia, nad którymi warto się zatrzymać, nawet jeśli podopieczny opowiada o nich już trzeci raz.

**Co nie pasuje?** To ćwiczenie daje nam wiele możliwości jego wykonania. Możemy na kartce wypisać słowa, gdzie jedno z nich nie pasuje do pozostałych.

### **Przykłady**

*Jabłko, gruszka, nożyczki, śliwka* (nie pasuje słowo „nożyczki”, gdyż nie są owocem).

*Stół, łyżka, kanapa, krzesło* (nie pasuje słowo „łyżka”, gdyż jest sztucem, nie meblem).

*Ser, ziemniak, mleko, jogurt* (nie pasuje słowo „ziemniak”, ponieważ jest warzywem, nie produktem mlecznym).

*Książka, gazeta, miska, artykuł* (nie pasuje słowo „miska”, jest przedmiotem, nie służy do czytania).

Trudniejsza propozycja:

*Płuca, trzustka, wątroba, łokieć, nerka* (nie pasuje słowo „łokieć”, ponieważ nie jest narządem wewnętrznym).

Zachęcajmy podopiecznego do znalezienia słowa i wyjaśnienia powodu, dla którego nie pasuje do pozostałych.

Możemy układać przed nim obrazki pokazujące różne słowa (też figury, gdzie jedna z nich różni się kolorem, wielkością lub kształtem), a on wskazuje lub mówi, który obrazek nie pasuje do pozostałych. Można także ustawiać przedmioty. Te propozycje są szczególnie użyteczne dla osób mających trudność z wypowiedaniem się lub osób z nasilonymi zaburzeniami pamięci, którym trudno jest czytać lub odnaleźć odpowiednie słowa. Podopieczny wtedy pokazuje palcem odpowiedni przedmiot. Możemy głośno wypowiadać nazwę i zachęcać do powtórzenia razem z nami.

Obrazki potrzebne do tego zadania możemy wykonać sami lub poprosić wnuki i zaprzyjaźnione dzieci.

**Dokończ zdania.** Zabawa polega na dokończaniu zdań, których treść może być związana z codziennym życiem podopiecznego, jego zainteresowaniami, wykonywaną wcześniej pracą zawodową.

### **Przykłady**

*Moja ulubiona rzecz to ...*

*Na obiad można zjeść ...*

*W szafie wisi ... Co jeszcze wisi w szafie?*

*Gdy jesteś chory, to idziesz do ...*

*W kuchni gotuje ...*

*W deszcz zakładasz ...*

*Prezydentem Polski jest ...*

**Wymień.** Możemy wymieniać różne rzeczy, np. te które mają swoją kolejność, mają określoną cechę, właściwość, składnik itp.

### **Przykłady**

*Wymień po kolei dni tygodnia.*

*Wymień po kolei miesiące.*

*Wymień po kolei liczby parzyste/liczby nieparzyste.*

*Wymień produkty z mleka.*

*Wymień ubrania męskie/damskie.*

Wymienianie dni tygodnia i miesięcy wspiera utrzymywanie orientacji w czasie. Jednak, gdy podopieczny nie radzi sobie z tym zadaniem i jednocześnie się złości lub jest niechętny do pracy, należy zrezygnować z tej formy ćwiczenia. Jest to sygnałem, że zaburzenie orientacji może być na tyle duże, że nie możemy wspierać go w tej formie.

**Segregowanie.** Zaproponujmy podopiecznemu segregowanie słów, rzeczy w odpowiednie zbiory.

### Przykłady

Nazwy produktów spożywczych: *wołowina, mleko, chleb, schab, buraki, marchew, ziemniaki, ser biały, jogurt, maślanka, śmietana, karkówka, wieprzowina, ozorki, bułki, angelka, rogal, chałka, ogórek, pomidor* należy segregować na grupy: mięso, nabiał, pieczywo, warzywa.

<b>mięso</b>	<b>nabiał</b>	<b>pieczywo</b>	<b>warzywa</b>
wołowina	mleko	chleb	buraki
schab	ser biały	bułka	marchew
karkówka	jogurt	angelka	ziemniaki
wieprzowina	maślanka	rogal	ogórek
ozorki	śmietana	chałka	pomidor

Wymienione produkty mogą być spisane na kartce lub ułożone przed podopiecznym.

Możemy segregować także ubrania, meble itd. Część z wymyślonych przez nas rzeczy do segregowania możemy dać w rzeczywistości do porozdzielania, np. ubrania. Osoby cierpiące na demencje często przekładają swoje ubrania, może więc ciekawym urozmaicheniem będzie zaproponowanie rozdzielania, np. spodni od bluzek.

**Rozsypanki literowe.** Napiszmy na kartce słowa, w których poprzestawiamy litery i poprosimy podopiecznego, żeby odnalazł odpowiednie słowo:

### Przykłady

*LKWI – WILK*; trudniejsza rozsypanka tego samego słowa to np. *IKLW – WILK*

*ECAŚWI – ŚWIECA*; trudniejsza – *WICASE – ŚWIECA*

*STROLU – LUSTRO*; trudniejsza – *USTOLR – LUSTRO*

*PALAM – LAMPA*; trudniejsza – *MPLAA – LAMPA*

**Pisanie wspak.** Prosimy o napisanie słów od tyłu.

**Przykłady**

*Motor – rotom*

*Mama – amam*

*Kot – tok*

*Kajak – kajak*

*Trudniejsze słowa:*

*Termos – somret*

*Rzeka – akrze*

*Termometr – rtemomret*

**Jeden wyraz – wiele słów.** Z jednego wyrazu można ułożyć kilka słów:

**Przykłady**

*Poligrafia – rafa, lira, gra, filia itd.*

*Segregator – tor, grat, toga, ser itd.*

*Nieboskłon – niebo, boski, skłon, łono, słonko itd.*

**Słowa rozpoczynające się na literę ... k, z, a.** Prosimy podopiecznego, żeby wymienił 5 słów na literę np. k. Kiedy wykona zadanie z łatwością, poprośmy o jeszcze pięć. Możemy proponować różne litery i liczby słów. Podopieczny może wymieniać słowa, może je też spisywać.

Trudniejszą formą tego zadania jest ułożenie całego zdania, w którym wszystkie słowa będą zaczynać się na jedną literę, np. *Kamila kupiła kolorową koszulę Krzysz-kowi.*

**Szukaj przeciwieństw.** Zadanie polega na znalezieniu przeciwieństwa wybranego słowa. Ćwiczenie możemy wykonywać słownie lub pisemnie.

**Przykłady**

*słodki – ... (gorzki)*

*biały – ... (czarny)*

*lato – ... (zima)*

*rodzic – ... (dziecko)*

*wojna – ... (pokój)*

**Dokańczanie słów.** Podopieczny, który ma większe trudności z pamięcią, może dokańczać słowa. Jeśli dalej pisze, warto by korzystał z tej formy, potem może czytać na głos, np. wraz z opiekunem.

### **Przykłady**

*Mo... – morze (mors, mop, Monika itd.)*

*Pias... – piasek*

*Zapa... – zapalki*

*Śniada... – śniadanie*

*Hipopo... – hipopotam*

*Gar... – garnek (gardło, garmaż, garnitur itd.)*

**Do czego służy?** Z wiekiem i/lub postępującą chorobą łatwo zauważyć, że osoba starsza ma coraz większe trudności z odpowiednim doбором słów, wyrażaniem swoich myśli, wyjaśnianiem zdarzeń. Dlatego można zachęcać podopiecznego do podawania znaczeń różnych rzeczy, tworzenia ich definicji.

### **Przykłady**

*Łóżko – mebel, można na nim leżeć, odpoczywać, można się kochać.*

*Ogórek – warzywo zielone, można z niego zrobić mizerię, można go dołożyć do sałatek, można go kisić i konserwować.*

*Lodówka – urządzenie, które chłodzi. Można w nim przechowywać żywność, ale też kosmetyki.*

Warto też zachęcać chorego do opowiadania tego, co wydarzyło się w ciągu dnia, tego co zrobił.

Można także obejrzeć krótki serwis informacyjny i opowiedzieć o tym, co usłyszał. Może opowiadać seriale, fragmenty książek itp.

**Właściwy opis danych słów.** Ćwiczenie to jest łatwiejszą propozycją w stosunku do poprzedniego. Podajemy podopiecznemu słowo, wraz z dwoma lub trzema opisami. Podopieczny ma wybrać, które z nich jest prawdziwe.

**Przykłady**

*Książka:*

*Wyśmienita do jedzenia.*

*Służy do czytania.*

*Materiał do budowania domów.*

*Kartka:*

*Służy do wycierania butów.*

*Działa tak samo, jak proszek do prania.*

*Można na niej robić notatki.*

**Prawda/fałsz.** Podajemy zdanie, a nasz podopieczny mówi czy jest prawdziwe czy fałszywe. Ćwiczenie można także przeprowadzać w formie pisemnej.

**Przykłady**

*Samochód jeździ na trzech kołach.*                      *prawda/fałsz*

*Pomarańcza jest koloru fioletowego.*                      *prawda /fałsz*

*Polska leży w Europie.*    *prawda/fałsz*

**Puzzle.** Puzzle sprzedawane w sklepach często mają bardzo małe elementy. Dlatego zachęcam do samodzielnego zrobienia puzzli. Wybieramy obrazek, np. z gazety, z kalendarza, wycinamy i naklejamy na brystol lub cienką tekturę. Gdy wyschnie, na odwrocie rysujemy linie pionowe i poziome, mogą być ukośne. Następnie tniemy obrazek według narysowanych linii. I mamy wykonane przez siebie puzzle.

Dobrze jest, by elementy nie były zbyt małe, a wybrany obrazek nie miał zbyt wielu szczegółów. Układanki można przechowywać w małych pudełkach lub kopertach.

## Przykładowe ćwiczenia wzmacniające możliwości wzrokowe, słuchowe, dotykowe, orientację w czasie i przestrzeni

### Zdolności wzrokowe

1. Opiekun kładzie na stole kilka podobnych przedmiotów, np. mogą to być piłki czy pudełka. Prosimy podopiecznego o posegregowanie ich według koloru lub wielkości lub materiału z jakiego zostały wykonane.

2. Opiekun wskazuje przedmioty w otoczeniu seniora i prosi, by ten opisał ich wygląd (kolor, wielkość, kształt).

4. Opiekun prosi, by senior opisał wygląd pokazywanych mu przedmiotów dokańczając zdanie: *To jest podobne do...*, *To wygląda, jak...*, *To mi przypomina...*

3. Opiekun kładzie na stole kilka przedmiotów, np. klucze, długopis, zegarek, szklanekę, etui od okularów, opakowanie chusteczek. Podopieczny przygląda się przedmiotom i stara się zapamiętać ich położenie. Następnie odwraca się, a opiekun przekłada jeden z nich. Gdy podopieczny się odwróci, ma zgadnąć, który zmienił swoje położenie. Z czasem opiekun może zmienić położenie więcej niż jednego przedmiotu. Miłą odmianą tego zadania może być zabranie jednego przedmiotu, a wtedy podopieczny zgaduje, który przedmiot zniknął ze stołu.

4. Opiekun kładzie przed podopiecznym kartkę i ołówek oraz przedmiot, np. zegarek, kwiat, talerz. Zadaniem podopiecznego jest narysować kształt przedmiotu.

### Zdolności słuchowe

1. Opiekun staje przed podopiecznym i wyklaskuje rytm, ten go powtarza. Osoby starsze mają różne możliwości ruchowe, stąd podopieczny może klaskać, wystukiwać rytm nogą o podłogę lub dłońią o blat.

2. Senior zamyka oczy. Opiekun stoi w pewnym miejscu w pokoju i klaszcze. Senior ma za zadanie wskazać kierunek, skąd słyszy odgłos. Opiekun zmienia miejsce i znów klaszcze. Senior ponownie wskazuje kierunek. Można stosować różne formy odgłosów – uderzanie w pokrywki garnków, odgłos grzechotki, np. zrobionej z puszki i ryżu, muzyki odtwarzanej w coraz to innych punktach pomieszczenia.

3. Senior zamyka oczy. Opiekun chodzi po pomieszczeniu, poruszając grzechotką lub dzwoniąc dzwonkiem. Podopieczny ma za zadanie wskazywać palcem za opiekunem.

4. Opiekun odtwarza muzykę, pogłaśniając ją lub ściszącą. Senior pokazuje każdą zmianę głośności wznosząc rękę do góry (głośniejsz) lub opuszczając w dół (ciszej). Można także wprowadzić ruch nogi czy oczu.

4. Opiekun wytwarza różnego rodzaju dźwięki, np. klaskanie, uderzanie metalem o metal, pukanie o siebie drewnianymi przedmiotami, szeleszczenie folią, tupanie. Senior z zamkniętymi oczami ma odgadnąć, co ten dźwięk wytwarza.

### **Zdolności dotykowe**

1. Opiekun podaje podopiecznemu przedmioty. Senior z zamkniętymi oczami dotyka ich i zgaduje, co to jest.

2. Senior z zamkniętymi oczami dotyka przedmiotu i sprawdza czy trzymanie tego przedmiotu jest przyjemne, nieprzyjemne, jaki jest przedmiot – gładki, chropowaty, zimny, ciepły, twardy, miękki itd.

3. Opiekun przygotowuje kilka przedmiotów. Senior z zamkniętymi oczami ma za zadanie ułożyć przedmioty od najłżejszego do najcięższego, najmilszego w dotyku do najmniej przyjemnego, od najcieplejszego do najchłodniejszego itd.



4. Odmianą powyższego zadania będzie układanie przedmiotów według kształtów: podłużne, kwadratowe, okrągłe.

### **Orientacja w czasie**

1. Podopieczny przykłada do ucha tykający zegar. Wystukuje rytm chodzącego zegara.

2. Opiekun rzuca do góry dwa przedmioty, np. pióro i rącznik. Senior ma obserwować opadanie przedmiotów i określić, który spadł szybciej. Opiekun może wielokrotnie zmieniać przedmioty.

3. Opiekun podrzuca do góry balon, a podopieczny liczy sekundy zanim balon dotknie podłogi.

### **Orientacja w przestrzeni**

1. Prosimy seniora, żeby przyłożył pionowo dłonie do skroni, w ten sposób ograniczając pole widzenia. Opiekun wskazuje podopiecznemu przedmioty będące w pokoju i prosi, by ten określił, które są bliżej niego, a które dalej.

2. Senior idzie wzdłuż ściany, stawiając duże kroki i głośno je liczy. Potem tą samą odległość przemierza małymi krokami, też je liczy. Ocenia, jaka jest różnica.

Wszystkie wyżej przedstawione zadania mogą się nam, jak i osobie chorej kojarzyć z zabawą z dziećmi. Stąd tematyka zadań powinna być związana z dorosłością. Pamiętajmy, że człowiek cierpiący na zaburzenia pamięci to dorosły człowiek, który ma takie same prawa i potrzeby, jak inni ludzie. Szanujmy się wzajemnie.

# Opiekuję się bliskim – mam dość!

**Ewa Czernik**

Wydłużanie się życia nieuchronnie wiąże się z potrzebą skorzystania z większego niż dotychczas wsparcia innych osób. Najczęściej są nimi małżonkowie, partnerzy, dzieci, rzadziej rodzeństwo. Zdarza się, że pomocną dłoń wyciągają sąsiedzi lub przyjaciele. Opiekują się głównie kobiety, co wynika z ich naturalnej potrzeby i umiejętności zajmowania się drugim człowiekiem, ale też z ich dłuższego życia.

## **Praca na trzech etatach**

Opiekunowie osób starszych lub przewlekle chorych to najczęściej ludzie, którzy nie mają kierunkowego wykształcenia zawodowego, a mimo to potrafią świetnie zajmować się bliskimi, odznaczając się przy tym wysokimi umiejętnościami. Kierują się często intuicją, którą wzmacnia duża wiedza o podopiecznym.

Pomoc niesiona drugiej osobie najczęściej związana jest z codziennym życiem, czyli robienie zakupów, przygotowanie posiłków, głównie obiadu, posprzątanie mieszkania, opłacenie rachunków, załatwianie spraw, np. w urzędach czy bankach, pomoc w czynnościach higienicznych, np. w kąpieli czy przy goleniu. Niekiedy wsparcie jest bardziej związane z dotrzymywaniem towarzystwa niż wykonywaniem konkretnych czynności. Rzadziej pomagamy finansowo.

Z czasem, gdy stan osoby chorej się pogarsza, nasza opieka się zwiększa. Wtedy pomagamy w zjedzeniu posiłków, wypiciu odpowiedniej ilości napojów, zmianie pozycji ciała, przemieszczaniu się poza łóżko, myciu, czesaniu, przy wydalaniu itd. Dziennie zależnie od sytuacji naszej i stanu podopiecznego poświęcamy na te czynności od kilku godzin nawet do całej doby. Nieraz zdarzyło mi się spotkać osoby, które pomagają nie jednej, a dwóm osobom z rodziny czy sąsiedztwa. I nieraz usłyszałam, wypowiedziane cicho i ze wstydem, słowa: „Mam już dość...”, „Nie daję rady...”.

Często też wtedy pada pytanie zadawane samemu sobie: „Dlaczego jestem taka zmęczona? Przecież to mój tata, powinnam z radością mu pomagać”. Pytam wtedy:

**- Co Pani robi dla taty?**

**- Nic takiego, zakupy, obiad, sprzątam, czytam mu książkę, czasem prasę, bo tata lubi przejrzeć „Politykę” i „Przegląd”, a ma słabe oczy. Staram się rozmawiać z nim dużo, żeby mu słowa tak nie uciekały. A, i pomagam w kąpieli, ale to rzadziej, bo tak co trzeci dzień.**

**- A pozostałe czynności, jak często Pani wykonuje?**

**- No, codziennie! – pani odpowiada ze zdziwieniem, ponieważ to dla niej takie oczywiste.**

- Daleko Pani dojeżdża do taty?**
- Nie, dwadzieścia minut tramwajem.**
- Do przystanku długo Pani idzie?**
- Nie, tak z siedem minut, a do taty to z dziesięć.**
- Czyli w jedną stronę dojazd zajmuje Pani ok. trzydziestu siedmiu minut. Dziennie to jest godzinę i kwadrans.**
- No tak ... Prawdę mówiąc, to nie myślałam, że to tak długo trwa.**

Gdy dalej dopytuję, okazuje się, że pani Marta u taty spędza najmniej cztery godziny. Dodaje, że zakupy robi na swoim osiedlu, ubrania pierze u siebie, ponieważ tacie zepsuła się pralka. Gdybyśmy porównali pracę pani Marty do pracy zawodowej, to zajmowałaby ona przestrzeń jednego etatu. Oczywiście gdyby trwała przez miesiąc, pięć dni w tygodniu. Jednak pani Marta do taty jeździ codziennie, również w weekendy. Gdy spytałam, kiedy miała urlop, odpowiedziała ze zdumieniem: „Urlop? Przecież, ja nie pracuję!”.

Czasem pojawiają się znaczne zmiany w życiu samego opiekuna, np. widząc ile czasu zajmuje mu wspieranie bliskiej osoby, postanawia się do niej przeprowadzić. Mogą sobie na to pozwolić osoby samotne lub te, którym rozwiązuje to w jakiś sposób ich sytuację życiową. Czasem przeprowadza się przyjaciółka, by uniknąć samotności i korzystać z obustronnego wsparcia. Zdarza się również i pewnie częściej, że opiekun decyduje o przeprowadzeniu podopiecznego do swojego mieszkania, np. dzieci przyjmują u siebie rodziców lub jedno z nich. To rodzi wiele zmian, które nie zawsze są łatwe. Trzeba wygospodarować miejsce, odpowiednie meble, a nawet wypożyczyć sprzęt medyczny. Czasem warto zaprosić kogoś do pomocy, np. pielęgniarkę czy zawodową opiekunkę. Mimo tych trudności wielu opiekunów mówi, że decyzja o przeprowadzce był dobra,

ponieważ mają więcej czasu, są spokojniejsi („wszystko jest pod kontrolą”), a jednocześnie mogą zachęcić swoich podopiecznych do wykonywania różnych czynności, tak by byli nadal potrzebni. Problem, z jakim się borykają, to tęsknota za domem i częste powroty do rozmów o tym.

Opiekunowie decydujący się na taką zmianę albo nie pracują zawodowo albo rezygnują z pracy. Oznacza, to że z podopiecznym są każdego dnia i nocy. Spokojnie można uznać, że angażują się na dwa etaty – pracują w dzień, wysypiają się w nocy. Osoby te zgłaszają duże zmęczenie, szczególnie rutynowymi obowiązkami, odpowiedzialnością i poczuciem braku satysfakcji z tego, co robią. Starają się sobie ze wszystkim poradzić samodzielnie, tak by nie przysparzać obowiązków innym („bo przecież pracują/uczą się”). Zapytane, czy w czymś im pomóc, szybko i z uśmiechem odpowiadają: „Nie, nie ... Ty masz już wystarczająco dużo na głowie”. Po takiej odpowiedzi pytającemu nie pozostaje nic innego, jak w to uwierzyć.

Bywa tak, że zmiana jest tak duża, że żaden z domowników nie jest w stanie jej unieść. Oto opowieść kobiety odwiedzającej swoją mamę w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy:

**Stan mamy nagle się pogorszył, straciła przytomność i upadła w swoim mieszkaniu. A potem szpital. Wie Pani, jak to jest. Liczyliśmy, że to chwilowe, zaraz minie. Mama odzyskała przytomność i wydawało się, że zaraz będzie tak jak było – wróci do domu i dalej będzie samodzielna. Lekarze nam powiedzieli, że stan mamy się nie poprawi, dlatego też są zmuszeni ją wypisać. I wypisali. Zabraliśmy ją do domu, bo co było robić. Nie wstawała, dostała jakiegoś paraliżu. Mieszkamy w małym domku, mamy trzy nieduże pokoje, dwójkę dzieci. Córka musiała się przenieść do brata, żeby babcia mia-**

**ła swój pokój. Dzieci to nastolatki. Wie Pani, łatwo nie było. Ale to miało być tylko na chwilę, dopóki babcia nie stanie na nogi. Boże! Ciągle w to wierzyliśmy. I się zaczęło. Zrezygnowałam z pracy, bo przecież ktoś musiał się zajmować mamą. Była świadoma, mogłyśmy jeszcze nawet pogadać. Wszystko musiałam koło niej zrobić. Córka chętnie czytała jej książki, lubiły nawet spędzać ze sobą czas. Mąż mi pomagał przy przenoszeniu, dźwiganiu, myciu. Przychodził do nas rehabilitant, pielęgniarka. Trzeba było płacić, też za leki, pampersy... Po kilku miesiącach mama zaczęła mruczeć, potem nawoływać, pokrzykiwać, widziała jakieś osoby. Tak było w dzień i w nocy. Nie spaliśmy. Dzieciaki nie wysypiały się, a przecież chodziły do szkoły. Antek za rok ma maturę. No i wie Pani, musieliśmy..., musieliśmy to zrobić. Po prostu nie dało się tego dłużej wytrzymać.**

Łatwo się domyśleć, że córka podjęła decyzję o skorzystaniu z pomocy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Była bardzo zmęczona i smutna. Czuła się winna, że nie sprostала zadaniu. Mogę mieć tylko nadzieję, że nasza rozmowa pozwoliła zrozumieć, że pomoc, którą zaoferowała swojej mamie, ma po prostu inny wymiar. Osobiście dalej ją wspiera, często ją odwiedzając – rozmawiają, wspominają, czasem śmieją. Pomaga także współpracując z pracownikami ZOL-u i lekarzami, czuwając nad tym, by wszystko, co dzieje się wokół mamy, było dla niej korzystne, na tyle na ile to możliwe w zaistniałej sytuacji.

Opieka p. Agnieszki nad mamą w domu, to praca na trzech etatach, w trudnych warunkach – stała obecność, uważność, czuwanie, odpowiedzialność za zdrowie i dobrostan drugiego człowieka, ciężka praca fizyczna (dźwiganie, noszenie, zmiana pozycji), prowadzenie gospo-

darstwa domowego, wykonywanie wszelkich czynności higienicznych. Ponadto odnajdywanie się i reagowanie we wszystkich niespotykanych wcześniej sytuacjach, niemożliwych do przewidzenia oraz znoszenie, najlepiej ze spokojem, wszelkich nieprzyjemnych zachowań osoby chorej. Czy ktokolwiek zdecydowałaby się podjąć pracę zawodową w takich warunkach?

## Myśli, emocje

Wiele osób opiekujących się bliską im osobą czuje radość z tego, że może pomóc, że są potrzebni. Cieszą się, gdy dostrzegają poprawę lub gdy udaje się utrzymać stabilny stan zdrowia. Dzieje się tak szczególnie, gdy wspieranie i towarzyszenie nie następuje zbyt dużych trudności, nie przekracza możliwości opiekuna i/lub gdy ma wsparcie innych osób - rodziny czy przyjaciół. Niezwykle wzmacniająca jest reakcja podopiecznego – uśmiech i zwykle „Dziękuję”, wdzięczność i docenienie naszego zaangażowania, potrafią być wielkim zastrzykiem energetycznym.

Niestety często podopieczny nie jest w stanie się z nami komunikować w taki sposób, jak przed chorobą. Może wypowiadać tylko kilka słów lub nic nie mówić, może też mieć słabą gestykulację i mimikę twarzy. Wtedy częściej musimy zgadywać, co jest potrzebne naszemu bliskiemu i zapewnić opiekę, kierując się intuicją i naszą wiedzą o tej osobie. Możemy szukać technik kontaktowania się, np. obrazkowych i/lub skorzystać z pomocy logopedy. Sytuacja ta może być wyzwaniem, rozbudzić naszą kreatywność lub może stać się kolejnym dociążeniem.

Zdarza się, że pomoc bliskiej osobie staje się priorytetem i odsuwamy od siebie innych ludzi – męża, żonę, dzieci itd. Przypomina mi się rozmowa z klientką opiekującą się mamą cierpiącą na chorobę Alzheimera w trzeciej fazie. P.

Janina pogodziła się z myślą, że mama nie wróci do zdrowia, że wymaga stałej opieki. Cieszyła się, gdy miała lepsze dni – wtedy można było zamienić z nią kilka zdań, choćby tych nielogicznych. Klientka mieszkała z mężem. Mamę przeprowadziła do siebie, gdy zauważyła jej niesamodzielność. Syn wyprowadził się i założył swoją rodzinę.

- **Co Pani mąż myśli o waszej sytuacji?**
- **Nie wiem, nie rozmawiamy na ten temat.**
- **To ciekawe ... Nie rozmawiacie o tym?**
- **Nie, bo my właściwie nie rozmawiamy. Wiemy, co mamy robić, wymieniamy się obowiązkami i już.**
- **Niekiedy jednak spędzacie czas ze sobą, może oglądacie wspólnie film albo wychodzicie na spacer ...**
- **Jak mama jeszcze trochę chodziła, to faktycznie razem wychodziliśmy do parku. No, ale teraz ...**
- **Hm, chcę zadać pytanie, ale może Pani nie odpowiadać...**
- **Tak?**
- **Czy wieczorem z mężem przytulacie się? Czy może śpiacie ze sobą?**
- **Nie, nie robimy tego (śmiech). Śpimy oddzielnie. Ja z mamą, bo tak łatwiej, a Janek w drugim pokoju.**
- **Kilka minut temu mówiła Pani, że zdaje sobie Pani sprawę z tego, że mama jest naprawdę bardzo chora i może się zdarzyć, że umrze...**
- **Tak właśnie jest.**
- **Mam poczucie, że jest Pani silną kobietą.**
- **Dziękuję (uśmiech).**
- **Zastanawiam się, jak będzie wyglądało Pani małżeństwo, życie z mężem, gdy sytuacja się zmieni.**
- **P. Janina długo się zastanawiała:**
- **Nie wiem ... Naprawdę?!**



W trakcie tej sesji klientka zobaczyła, że mąż się odsunął. Zrobił to, ponieważ ją kocha i wie, jak wiele mama znaczyła w jej życiu. Chętnie jej pomaga, wykonuje wiele czynności, na które pewnie niejeden mężczyzna, by się nie zdecydował. Doceniła jego wysiłki. Poczwała też, jak bardzo się od siebie oddalili i chce to zmienić.

Wielu opiekunów skarży się, że wszyscy ich zostawili z problemem. Niestety często się tak się dzieje. Przyczyn tej sytuacji jest wiele – nie chcą dokładać sobie kłopotów i obowiązków, sami czują się przeciążeni; boją się spotkania z chorym, swoich uczuć i myśli o tym, że sami kiedyś mogą znaleźć się podobnej sytuacji (opiekuna lub chorego); nie potrafią zrozumieć położenia bliskiej osoby, uważają, że „przesadza i koloryzuje”. Zdarza się jednak, że rodzina chce pomóc. Opiekun, mimo że pragnie wsparcia, to odsuwa je z miłości do nich – nie chce by doświadczali tak trudnych sytuacji, woli zacisnąć zęby i wziąć to na siebie. Czasem sobie myśli: „Kto, jak nie ja” i w tym przekonaniu o własnej niezłomności przejmuje obowiązki całej rodziny, nie skarżąc się nikomu. Przemęczenie powoduje, że gdy dzwoni przyjaciel, to nawet nie odbiera telefonu. Kiedy już odbierze, ponieważ dzwoni po raz siódmy, mówi, że boli go głowa i porozmawia („oczywiście chętnie”), ale nie teraz. Czasem przyjaciel wielokrotnie potraktowany w ten sposób też się odsunie, uznając, że tak będzie najlepiej.

Kolejnym krokiem do rezygnacji z siebie jest odłożenie swoich pasji i zainteresowań. Oto rozmowa z p. Marianem:

- **Naprawdę dużo czasu poświęca pan swojemu bratu.**
- **To mój jedyny brat. On jest starszy, zawsze się mną opiekował, teraz czas na mnie (uśmiech).**
- **Teraz rozumiem, skąd tyle zaangażowania. Jest coś, co lubi pan robić?**

**- Tak, lubię oglądać z nim programy motoryzacyjne. Nigdy wcześniej tego nie robiłem. Wydawało mi się to takie nudne. Ale teraz te programy są całkiem ciekawe.**

**- A pan, co lubi oglądać?**

**- Nigdy nie przepadałem za telewizją, wolę książkę.**

**- O świetnie! Jaką książkę czyta pan teraz?**

**- Teraz, żadnej.**

**- A ostatnio, jaką pan czytał?**

**- Ojej, ostatnio czytałem... co ja czytałem..., to chyba było dwa lata temu ... Nie wiem, nie pamiętam.**

**- Rozumiem. Może teraz inaczej spędza pan czas wolny. Ciekawa jestem, co pan wtedy robi?**

**- Powiem szczerze, że raczej nie mam czasu wolnego. Poza bratem pomagam teraz sąsiadowi...**

Odejście od swoich zainteresowań, od ulubionych sposobów spędzania czasu wolnego, to rezygnacja z odpoczynku, z chwili dla siebie, z możliwości regeneracji naszego ciała i umysłu. W konsekwencji to rezygnacja ze swojego zdrowia – fizycznego i psychicznego.

Do takiej sytuacji przyczynia się nie tylko brak czasu, ale często trudna sytuacja finansowa osób opiekujących się osobami chorymi. Wiele wydatków – leki, rehabilitacja i leczenie, środki higieniczne, sprzęt medyczny, przystosowanie mieszkania – powoduje, że opiekunowi nie wystarcza środków na rozrywkę typu kino, teatr, nie wspominając o wyjeździe na wczasy czy do sanatorium.

Brak odpoczynku pociąga za sobą przeżywanie trudnych emocji – rozdrażnienie, złość, agresję (słowną i fizyczną) w stosunku do podopiecznego lub naszych bliskich, czasem nas samych. Odczuwamy niepokój (lęk), że sobie nie poradzimy, że przeoczmy coś, co zaważy na zdrowiu bliskiego nam człowieka. Cierpimy razem z chorym. Czasem czujemy się upokorzeni zachowaniem jego

lub naszej rodziny, która „wie lepiej, co trzeba zrobić”, ale nie uczyni nic, by nas wesprzeć.

Chcę powiedzieć o jeszcze jednym trudnym odczuciu, o którym mówi się nadal za rzadko. Opiekunowie zajmujący się swoimi bliskimi dokładnie znają ten moment, gdy trzeba pomóc w czynnościach fizjologicznych. Dla wielu ludzi nie jest żadnym problemem umyć pupę ojcu, posadzić mamę na sedesie, założyć pampersa. Są jednak osoby, dla których jest to dużym kłopotem. Czują się bardzo nieswojo i są zawstydzeni swoją reakcją (nudności, uczucie „zemdlenia”). Mówią: „Jest mi tak bardzo przykro ... nie wiem co robić. Ja brzydzę się swojej mamy”. To nie tak! Najprawdopodobniej nie czujesz obrzydzenia do podopiecznego, jedynie do jego wydaliny. To jest naturalny odruch człowieka – gdy pojawia się nieprzyjemny zapach, natychmiast zasłaniamy nos i usta, gdy jest bardzo silny wywołuje odruch wymiotny, a także odczucie obrzydzenia. Mamy święte prawo tak czuć.

**UWAGA.** To, co możemy zrobić, to skorzystać z pomocy innych osób, używać pieluchomajtek, podkładow wchłaniających, po zakończeniu czynności spryskać pomieszczenie odświeżaczem zapachów, wywietrzyć. Zachęcam też do zadbania o siebie – dokładnego umycia rąk i twarzy oraz nakremowania. Jeśli to nie wystarcza, możemy wziąć prysznic – zmywamy odczucie nieświeżości, a woda pomoże się zrelaksować.

Gdy opieka nad chorym się przedłuża, możemy być zmęczeni, sfrustrowani rutyną, powtarzalnością czynności, reakcji podopiecznego, poleceń kierowanych do bliskiej nam osoby. Staramy się ponadto wykonywać dotychczasowe obowiązki. Przeciążenie powoduje, że każda dodatkowa czynność, załatwienie kolejnej sprawy, rozwiązanie następnego problemu wywołuje zdenerwowanie

i stres. Bardzo często obniża się nastrój – jesteśmy smutni, przygnębieni, czasem czujemy się bezsilni, bez nadziei na przyszłość. Szczególnie mocno możemy odczuć takie stany, gdy choroba naszego podopiecznego się zaostrza, przedłuża, jej rozwój powoduje, że liczba i ciężar obowiązków wzrasta.

Długotrwały stres, obniżony nastrój, przemęczenie szybko prowadzi do zaburzeń psychicznych, m.in. depresyjnych i lękowych. Staje się też przyczyną wielu chorób, m.in. układu krążeniowego, pokarmowego, nerwowego. Przeciążenia fizyczne powodują zwyrodnienia w układzie kostnym. Łatwo więc zauważyć, że pogarszanie się stanu zdrowia opiekuna z pewnością wpływa na kondycję podopiecznego. Niestety zdarzają się sytuacje, gdy opiekun umiera przed swoim podopiecznym.

## **Ratuj się, jak możesz**

Choroba bliskiej osoby nie musi prowadzić do tak dramatycznych sytuacji. Co zrobić, by opiekując się bliskim zachować swoje zdrowie?

Przyjrzyjmy się, jak wygląda opieka w instytucji takiej, jak dom pomocy społecznej czy zakład opiekuńczo-leczniczy. Tam działa zespół. Są w nim lekarz internista i psychiatra, pielęgniarka, rehabilitant, opiekunka, pokojowa, kucharka, pracownik socjalny, psycholog, terapeuta zajęciowy. Lekarze dbają o zdrowie fizyczne i psychiczne, diagnozują, zlecają odpowiednie badania, konsultacje, kierują do szpitali, wypisują recepty itd. Pielęgniarka realizuje zalecenia lekarzy, organizuje wszystkie badania, wizyty u specjalistów, podaje leki, wykonuje zabiegi i opatrunki. Rehabilitant ma za zadanie wspierać kondycję fizyczną poprzez utrzymywanie aktualnej lub jej poprawianie. Opiekun zajmuje się wszystkimi czyn-

nościami pielęgnacyjnymi i higienicznymi, organizuje też czas wolny podopiecznego. Pokojowa sprząta, a kucharka gotuje. Pracownik socjalny załatwia wszystkie sprawy dotyczące podopiecznego, m.in. sprawy sądowe, ubezpieczenia, organizuje kontakt z rodziną, gdy jest to konieczne, robi zakupy itp. Psycholog współpracuje z lekarzem psychiatrą, ma za zadanie odbarczyć podopiecznego z trudnych emocji, zachęcić do aktywności, pomóc zaadaptować się do nowych sytuacji, np. do obniżania się samopoczucia. Terapeuta zajęciowy wspiera wzmocnianie umiejętności manualnych, organizuje imprezy towarzyskie itp.

Teraz łatwo zrozumieć, dlaczego opiekun w domu jest przemęczony? Pracuje za co najmniej osiem osób, na jednym lub dwóch, a nawet trzech etatach. Dlatego zachęcam, by nie dopuszczać do takiej sytuacji.

**UWAGA.** Zaprosimy do opieki wszystkich członków rodziny, nawet dzieci. One potrafią naprawdę wiele zdziałać – mogą czytać książki, gazety, mogą przeglądać z chorymi albumy ze zdjęciami, książki ze sztuką, oglądać filmy (kto nie lubi bajek animowanych?), mogą też coś przynieść, wynieść, podać. Nawet taka drobna pomoc już odciąża opiekuna. Dorośli pomagają inaczej, np. gotują obiad, robią zakupy – przywożą je do domu, rozpakowują, mogą pomóc w kąpaniu, sprzątaniu mieszkania, praniu, prasowaniu itp. Mogą zostać z podopiecznym, gdy wychodzimy z przyjaciółmi. A ci ostatni mogą zorganizować wypad do kina, do teatru, kilkugodzinny wyjazd za miasto itp.

Jednak nie wszyscy mamy takie zasoby w ludziach. Wtedy warto poszukać wsparcia u lekarza prowadzącego, w ośrodku pomocy społecznej, w kościele, w funda-

cyjach i towarzystwach pomagających osobom wymagającym długotrwałej opieki. Zorientujmy się w możliwości skorzystania ze wsparcia dziennych domów pomocy społecznej, środowiskowych domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej. Nie ograniczajmy się do placówek państwowych, ponieważ wiele jednostek prywatnych współpracuje z instytucjami państwowymi oferując zbliżone warunki. Korzystamy z pomocy – nie oddajemy! Gdybyśmy chcieli oddać swojego podopiecznego do instytucji, to pojedziemy, zostawimy go w pokoju, odjedziemy i więcej nie wrócimy. Tak nie chcemy! Korzystając z pomocy, decydujemy się na to, o czym pisałam wcześniej, opisując zadania pracowników tych placówek. Sami zaś odwiedzamy swoich bliskich, dbamy, by chodzili w swoich ubraniach, możemy je prać, prasować, możemy przynosić jedzenie zgodne z dietą podopiecznego, zapewniać mu towarzystwo. Możemy zabierać do domu bliską nam osobę. Możemy też, gdy nie będziemy zadowoleni, w każdej chwili zrezygnować z oferowanych usług.

Rozmawiałam kiedyś z córką mężczyzny chorego na Alzheimera w trzej fazy. Pan leżał, wymagał całkowitej opieki, był w nielogicznym kontakcie. Córka przemęczona, przeciążona, nie mogła powstrzymać łez. Mówiła, jak bardzo angażuje się w pomoc tacie i jak trudno jej z tym, że korzysta z pomocy instytucjonalnej. Kilka prostych pytań o to, jak sobie radzi i dba o siebie, przyjęła z dużym zdumieniem – „Tata jest tutaj, bo sobie nie radzę”, „Jak mogę myśleć o sobie, gdy tata jest tak chory”. Spytałam p. Zofię, czy ma dzieci. „Tak, mam córkę”. Poprosiłam, by wyobraziła sobie (czego oczywiście jej nie życzę), że jest bardzo chora, cały czas leży i potrzebuje bardzo intensywnej opieki, i spytałam, co chciałaby, by córka robiła w czasie jej choroby. Usłyszałam taką odpowiedź:

**- Chciałabym, żeby dalej pracowała, zajmowała się swoją rodziną, żeby pomogła mi tylko tyle ile może ...**

**- Myśli Pani, że mogłaby wtedy wyjść do kina, spotkać się z przyjaciółmi?**

**- Oczywiście, że tak. Przecież musi odpocząć, jak każdy.**

**- Czy mogłaby pójść do lekarza, skorzystać z rehabilitacji...?**

**- Ona ma kłopoty z kręgosłupem, to nawet musi.**

**- Czy mogłaby wyjechać na krótki odpoczynek?**

**- Oczywiście. Ona ma tyle na głowie, musi odpoczywać.**

**Przecież musi mieć siłę dla swoich dzieci.**

**- Gdy teraz patrzy Pani na swojego tatę, myśli Pani, że chciałby dla Pani tego samego?**

Pani Zofia zamilkła. Potem długo płakała, cicho powtarzając „Na pewno, na pewno ...”

Opiekując się osobą bliską, myśl tyle samo o sobie, co o niej. Kiedy Ty będziesz zdrowy i wypoczęty, twój podopieczny tylko na tym zyska. Nie będziesz dobrym opiekunem, gdy sam będziesz chory. Człowiek, by był zdrowy, by cieszył się życiem, powinien pracować, bawić się i odpoczywać, przeznaczając na to odpowiednią ilość czasu w ciągu doby. Kiedy uznasz, że jest Ci trudno, nie najlepiej się czujesz – nie odkładaj tego na później. Jesteś tak samo ważny, jak twój podopieczny. Idź do lekarza, zrób zalecane badania, skonsultuj się ze specjalistami, gdy jest taka konieczność. Korzystaj z turnusów rehabilitacyjnych i sanatoriów (w tym czasie osoba ci bliska może być pod opieką rodziny lub może czasowo przebywać w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej). Zapisz się do poradni zdrowia psychicznego, tam możesz skorzystać ze wsparcia psychologa, psychoterapeuty i lekarza psychiatry. Nie wstydź się – spotkasz się tam

z dużym zrozumieniem i uznaniem dla twojej pracy. Dowiesz się, co możesz robić inaczej byś czuł się lepiej. Kiedy zauważysz, że masz kłopot z uzależnieniem (zbyt często lub zbyt dużo pijesz czy zażywasz inne substancje psychoaktywne, ponieważ pozwala ci się to zrelaksować po kolejnej trudnej sytuacji), zgłoś się do Poradni Leczenia Uzależnień. Nie kieruj się myśleniem stereotypowym – takie leczenie tylko dla pijaków. Gdybyś chciał porozmawiać z osobami, które korzystają z takiej pomocy, łatwo zauważysz, że jest tam wiele osób mądrych, wrażliwych i rozsądnych, które po prostu gdzieś się zgubiły lub szukają ratunku dla swoich bliskich.

Gdy zauważysz, że zamykasz się w sobie, nie chcesz wsparcia od innych, masz trudność w poproszeniu o pomoc, nie zauważasz, by inni ludzie byli dla ciebie życzliwi, czujesz rozdrażnienie, huśtawkę nastrojów lub stałe przygnębienie, to sygnał, że trzeba coś zmienić. Zadzwoń do przyjaciela, do kogoś bliskiego, umów się na spotkanie, nawet w domu, wyjdź do ludzi – do parku, do marketu, galerii handlowej, do sąsiada, skontaktuj się z psychologiem, by nauczyć się prosić o wsparcie bez poczucia winy.

Dbając o siebie, dbasz o najbliższych!





# Pomoc środowiskowa i instytucjonalna

Zofia Szweda-Lewandowska

W ciągu XX w. ludzkość dokonała ogromnego postępu w liczbie lat, które ma do przeżycia statystyczny człowiek. Na przestrzeni XX w. dodaliśmy około 25 lat do trwania życia. To pierwszy raz w historii, kiedy tak dużo ludzi dożyje 50, 60, 70, 80 lat. Ten niewątpliwy sukces przemodelował nasze społeczeństwo. Coraz rzadziej na ulicach polskich miast, miasteczek i wsi widzimy małe dzieci i młodzież, a coraz częściej osoby po 60 roku życia. Dynamicznie przybywa także najstarszych seniorów, tj. osób po 80 roku życia. Konsekwencją tych przemian jest zmniejszanie się liczby krewnych, którzy mogą świadczyć pomoc osobom starszym. Dodatkowo migracje ludzi młodych powodują, że codzienna pomoc jest niemożliwa. W takich sytuacjach senior wymagający wsparcia musi szukać pomocy wśród znajomych, sąsiadów, organizacji pozarządowych, kościelnych lub w ośrodkach pomocy społecznej. Warto zatem przedstawić różnorodne formy pomocy oferowanej przez system ochrony zdrowia i pomocy społecznej, z których mogą korzystać osoby starsze.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej świadczenia z pomocy społecznej dzielą się na dwie kategorie: świadczenia pieniężne i świadczenia niepieniężne. Do pierwszej grupy zaliczają się wszelkiego rodzaju zasiłki (tj. zasiłek stały, okresowy, celowy, pielęgnacyjny, specjalny zasiłek celowy). Do drugiej grupy należą zarówno świadczenia rzeczowe, jak i usługi w postaci pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej. **Świadczenia niepieniężne** obejmują m.in. zapewnienie posiłku i schronienia, zorganizowanie pogrzebu itp. Najważniejsze formy świadczeń niepieniężnych na rzecz osób starszych to usługi opiekuńcze oferowane w miejscu zamieszkania (pomoc środowiskowa) oraz pobyt i usługi w domach pomocy społecznej. Część instytucjonalnych form opieki długoterminowej (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze), jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia i podlega Ministerstwu Zdrowia. System ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej są ze sobą ściśle powiązane, a problem niedostatecznej komunikacji między systemami wpływa na rodzaj usług oferowanych osobie starszej. Duże znaczenie mają również placówki pomocy półinstytucjonalnej (semiinstytucjonalnej), takie jak domy dziennego pobytu czy kluby seniora.

## Diagnoza sytuacji

Pierwszym etapem poprzedzającym udzielenie pomocy jest diagnoza sytuacji osoby starszej. W tym celu pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej przeprowadza wywiad środowiskowy mający na celu ustalenie potrzeb oraz możliwości ich zaspokojenia przez najbliższe otoczenie. Jeśli osoba posiada rodzinę, wywiad jest często przeprowadzany z jej członkami i zgodnie z zasadą pomocniczości, która oznacza, że każdy szczebel władzy powinien

realizować tylko te zadania, które nie mogą być skutecznie zrealizowane przez szczebel niższy lub same jednostki działające w ramach społeczeństwa. Jeśli rodzina nie może zapewnić pomocy w zakresie zaspokojenia potrzeb osoby starszej, to wtedy pomoc zostaje udzielona przez lokalny ośrodek pomocy społecznej.

## Formy pomocy środowiskowej

Pomoc środowiskowa wobec osób starszych przybiera najczęściej dwie formy:

- wsparcie w zakresie codziennej egzystencji poprzez świadczenia opiekuńcze realizowane w domu osoby starszej;
- specjalistyczne poradnictwo oraz pracę socjalną.

Pierwsza grupa świadczeń jest najczęściej wykonywana przez **opiekunki środowiskowe**, a zakres czynności jest ustalany przez lokalne ośrodki pomocy społecznej. W przypadku Łodzi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS) podzielił czynności wchodzące w zakres pomocy sprawowanej przez opiekunki środowiskowe na 11 kategorii:

- utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości;
- dokonywanie zakupów ze środków podopiecznego;
- załatwianie spraw bieżących;
- zapewnianie i podanie posiłku;
- noszenie do pralni i zmiana bielizny;
- przynoszenie opału i palenie w piecu;
- przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości;
- zabiegi pielęgnacyjne;
- utrzymywanie podopiecznego w dobrej kondycji psychofizycznej;

- pomoc przy ubieraniu;
- zabiegi medyczne.

W poszczególnych regionach Polski różny może być zakres tych usług. W Łodzi ze względu na starą infrastrukturę oraz fakt, że seniorzy częściej mieszkają w starych zasobach lokalowych, gdzie nie ma kanalizacji lub centralnego ogrzewania, konieczne jest często udzielanie pomocy przy wynoszeniu nieczystości i paleniu w piecu (czynności te wymagają siły fizycznej). Zakres świadczonych przez ośrodek pomocy społecznej usług oraz ich wymiar czasowy ustala pracownik socjalny po zdiagnozowaniu sytuacji danej osoby. Usługi opiekuńcze są bardzo zróżnicowaną formą pomocy ze względu na konieczność ich dostosowania do indywidualnych potrzeb beneficjenta.

Specjalistyczne poradnictwo oraz praca socjalna są świadczeniami, których przyznanie nie jest uzależnione od sytuacji finansowej beneficjentów. Głównym celem tych usług jest udzielanie wsparcia jednostkom tego potrzebującym, które obejmuje poradnictwo psychologiczne, prawne i rodzinne. Z punktu widzenia osób starszych najistotniejszym zadaniem poradnictwa specjalistycznego jest informowanie o obowiązujących przepisach prawnych, w tym o świadczeniach z zakresu pomocy społecznej przysługujących danej jednostce.

**Formy pomocy długoterminowej** w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podobnie jak w przypadku pomocy społecznej, można podzielić na formy instytucjonalne oraz pomoc środowiskową udzielaną w domu danej osoby. Opieka domowa jest zapewniana w ramach domowych hospicjów oraz usług świadczonych przez pielęgniarki środowiskowe, terapeutów i rehabilitantów. Pomoc jest również udzielana w ramach poradni geriatrycznych, rehabilitacyjnych oraz poradni medycyny paliatywnej.



### **FOT. 1. OPIEKA NAD SENIOREM**

Źródło: © ginasanders; <http://pl.depositphotos.com/portfolio-1031551.html?qview=11861376>.

Korzystanie z powyższych form pomocy jest uzależnione zarówno od stanu zdrowia, jak i statusu rodzinnego seniora. Jeśli jego stan zdrowia nie pozwala na dalsze samodzielne zamieszkiwanie w dotychczasowym środowisku, zaś pomoc oferowana przez rodzinę, sieci wsparcia, ośrodki pomocy społecznej oraz NFZ (w ramach opieki środowiskowej) jest niewystarczająca, to dopiero wtedy, zgodnie z zasadą pomocniczości, uruchomione powinny być procedury mające na celu umieszczenie osoby starszej w systemie pomocy instytucjonalnej świadczącej długookresowe usługi opiekuńcze.

\*

W zakresie instytucjonalnej opieki nad osobami starszymi występuje przenikanie się systemu pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej. Brak jednoznacznych kryteriów przyjmowania do poszczególnych typów instytucji oferujących pomoc długookresową sprawia, że często pełnią

one wobec siebie rolę substytutów, np. osoby kierowane do domów pomocy społecznej (DPS) dla osób somatycznie chorych oraz do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) charakteryzują się podobnym stanem zdrowia.

## **Domy pomocy społecznej**

Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Zajmują się świadczeniami usług opiekuńczych osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, czyli osobom, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania. Domy pomocy społecznej wywodzą się z dawnych szpitali, które pełniły głównie rolę zamkniętych domów opieki. Instytucje te ulegały przemianom w poszczególnych okresach historycznych. Znaczne przemiany tych instytucji zaszły w Polsce w drugiej połowie XX wieku. Na początku lat 90. XX w. przekształcono je w placówki rehabilitacyjno-leczniczo-opiekuńcze. Od czasu uchwalenia ustawy o pomocy społecznej z 29 listopada 1990 r. DPS przestały podlegać resortowi zdrowia, a zostały przesunięte do resortu pracy. Organizacja i zakres zadań DPS zostały uregulowane rozporządzeniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z 2 lutego 1993 r. („Dziennik Ustaw” nr 13 z 1993 r., poz. 63), w którym stwierdzono, że „zakres i poziom świadczeń domu powinien uwzględnić stopień psychicznej i fizycznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego, godnego życia, ochronę dóbr osobistych oraz możliwość zachowania samodzielności i wyboru stylu życia”. W dokumencie tym zwrócono uwagę na konieczność podmiotowego traktowania mieszkańca DPS w odniesieniu do potrzeb socjalno-opiekuńczych, jak i społeczno-kulturalnych.

W 2004 r. została wprowadzona nowa ustawa o pomocy społecznej, zgodnie z którą w Polsce istnieje obecnie siedem typów DPS przeznaczonych dla:

- osób w podeszłym wieku;
- osób przewlekle somatycznie chorych;
- osób przewlekle chorych psychicznie;
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- osób niepełnosprawnych fizycznie;
- osób uzależnionych od alkoholu;
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Osoby starsze zamieszkują praktycznie we wszystkich typach DPS z wyjątkiem ostatniego.

**UWAGA.** Zgodnie z ustawą, **70% emerytury**, renty bądź innych dochodów, np. zasiłku mieszkańca, jest przeznaczane na pokrycie kosztów pobytu w DPS, pozostała część kosztów powinni ponieść członkowie rodziny, ale jeśli nie mają środków finansowych na pokrycie pełnych kosztów przebywania danej osoby w DPS lub nie posiada ona rodziny, to obowiązek ten przejmuje budżet gminy, na terenie której zamieszkuje senior.

Średni miesięczny koszt pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej wahał się w granicach 2000–4000 zł w 2014 r., podczas gdy średnia miesięczna emerytura wypłacana przez ZUS wynosiła 2043 zł (średnia miesięczna renta wynosi odpowiednio 1536 zł). Gminy w większości przypadków muszą pokrywać część kosztów związanych z pobytem osoby starszej w DPS.

W Polsce na koniec 2013 r. funkcjonowało 1599 stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, w tym 830 domów pomocy społecznej, z czego 606 to domy prowadzone



przez samorząd terytorialny, a 223 to domy prowadzone przez podmioty niepubliczne. We wszystkich województwach, poza śląskim, istnieje prawie dwukrotnie więcej domów prowadzonych przez samorząd terytorialny niż tych należących do niepublicznych podmiotów. Łącznie w 830 domach pomocy społecznej w 2013 r. przebywało 77 409 mieszkańców, a liczba miejsc wynosiła 78 997. W domach podlegających samorządom przebywało 64 174 osób (63 754 miejsc), w domach prowadzonych przez niepubliczne podmioty 13 808 osób (14 223 miejsca). Najmniej miejsc w DPS w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców jest w województwie pomorskim (17 miejsc), śląskim (17 miejsc) i mazurskim (18 miejsc), najwięcej zaś w województwie opolskim – 27 miejsc, w łódzkim – 26, a w świętokrzyskim i wielkopolskim – 25. Należy zaznaczyć, że dane te dotyczą wszystkich typów domów pomocy społecznej, a nie tylko tych, w których przebywają osoby starsze.

Obecnie w DPS obserwuje się zwiększanie liczby mieszkańców w wieku 75 lat i więcej, a stan zdrowia osób w tej grupie wieku jest gorszy niż osób w wieku 60–74 lata. Przemiany społeczne spowodują konieczność poszerzenia oferty w zakresie domów pomocy dla osób starszych. Wzrost zamożności społeczeństwa będzie skutkował zwiększeniem wymagań odnośnie do standardu zamieszkiwania w DPS.

## **Placówki całodobowej opieki**

Powstawanie placówek zapewniających całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku wpisuje się w szersze ramy przekazywania zadań publicznych podmiotom prywatnym (tzw. prywatyzacja zadań publicznych). Zakres usług świadczonych przez tego typu instytucje jest podob-

ny do tych świadczonych przez DPS. Różnica występuje np. w zakresie maksymalnej liczby mieszkańców. Ustawodawca ustalił tę liczbę w DPS na 100 osób, a w przypadku placówek zapewniających całodobową opiekę nie ma limitu liczby mieszkańców. Przy czym, jeśli nie ma wystarczającej liczby miejsc w domach pomocy społecznej, ośrodek pomocy społecznej może podpisać umowę z daną placówką świadczącą całodobową opiekę wyłonioną w otwartym konkursie i skierować do niej osobę oczekującą na miejsce w DPS.

## **Domy dziennego pobytu**

Pomoc semiinstytucjonalna świadczona w ramach systemu pomocy społecznej to opieka zapewniana seniorowi w domach dziennego pobytu (DDP), w których osoba starsza przebywa przez kilka godzin w ciągu dnia. Tworzone są domy dla osób z chorobą Alzheimera, ułatwiające ich opiekunom godzenie pracy zawodowej z opieką nad członkiem rodziny dotkniętym tą chorobą.

## **Placówki opiekuńcze**

W ramach opieki oferowanej przez NFZ można skorzystać z placówek:

- opieki stacjonarnej, w tym oddziały rehabilitacyjne oraz geriatryczne;
- opieki ambulatoryjnej;
- opieki dziennej.

Osoby starsze są największą grupą pacjentów tych dwóch oddziałów.

Opieka w placówkach zamkniętych, zapewniających usługi opiekuńcze finansowane przez NFZ, jest świadczona w ramach:

- oddziałów opieki paliatywnej;
- oddziałów dla osób przewlekle chorych;
- hospicjów;
- zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO);
- zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL).

Na szczególną uwagę zasługują ZOL i ZPO, które jak – już wspomniano – często zastępują domy pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych w opiece nad osobami starszymi.

Problemy w zakresie podziału zadań pomiędzy system ochrony zdrowia a system pomocy społecznej występują obecnie praktycznie we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Konieczne jest zatem wypracowanie zintegrowanego systemu pomocy osobie starszej, tak aby następowało płynne przechodzenie pomiędzy systemami.

# Żyj i pozwól umrzeć Czy można oswoić żałobę?

Krzysztof Pękala

Okazuje się, że umieramy. Wbrew wszystkiemu co sobie tzw. współczesny człowiek myśli. Umieramy. Życie i śmierć są jednymi z pojęć występujących we wszystkich kulturach, w każdym miejscu globu i, na dzień dzisiejszy, w każdym czasie. Wydaje się, iż wszyscy wiemy co oznaczają, ale zakres znaczenia każdego z nich jest ogromny. Tak ogromny, że rysujemy je sobie w głowie inaczej. Tak ogromny, że czasem narysowanie ich sobie w głowie staje się ekstremalnie trudne. Za trudne? Podejźmy zatem do tego tematu klasycznie – od zdefiniowania pojęć w oparciu o ogólnie akceptowane narzędzia, tzn. *Słownik języka polskiego*.

*Życie: «stan organizmu polegający na nieprzerwanym ciągu procesów umożliwiających reagowanie na bodźce i zwykle poruszanie się oraz odżywianie, wzrastanie i rozmnażanie» (...).*

Nadal trudne i skomplikowane, ale już namacalne. Okazuje się, że żyjemy. A co z tym drugim, trudniejszym jeszcze słowem?

Śmierć: «koniec życia człowieka lub zwierzęcia» (...).

Koniec życia, a więc koniec pewnego stanu. Naturalny, zwyczajny, powszechny, konieczny etap. Te dwa słowa istnieją w naszej świadomości jako przeciwstawne. Jedno wyklucza drugie. Cóż jednak zrobić z faktem, że dla istnienia jednego zachodzi konieczność istnienia drugiego? Zupełnie jak w wyświechtanym porównaniu do dnia i nocy. Światło definiuje mrok jednocześnie mu zaprzeczając. Człowiek, by wyróżnić te jakości, musi poznać je obie. By zdefiniować jedną, potrzebna jest druga, dopełniająca ją. Powinniśmy zatem przez uznanie faktu życia już wiedzieć, że umieramy, a to dopiero się okazuje. Logiczny wniosek każe zwątpić w naszą świadomość życia, skoro śmierć nam umyka. Zupełnie jak ze szlachetnym zdrowiem, o którym pisał Jan Kochanowski. Jego istnienie uświadamiamy sobie, gdy przemijają. Ostatecznie jednak to każdy z nas buduje w swojej głowie otaczający go świat. Nazywamy rzeczy w nim istniejące, ustalamy ich wagę, a część chowamy. Nie są nam w danej chwili potrzebne, a często nie są nam miłe. Jak to się stało, że śmierć przestała nam być potrzebna, bo miła bywała rzadko? Zdaje się, że mamy do czynienia z pewnym zjawiskiem społecznym. Przestajemy być rodzinnie, edukacyjnie czy właśnie społecznie przygotowani do zjawiska straty, odejścia bliskiej osoby czy własnego przemijania. Widać to w trudności dzielenia się cierpieniem z bliskimi. Rodzice, często chcąc zaoszczędzić dzieciom bólu, ukrywają przed nimi własny. W nieskończoność odwołują moment zabrania dziecka na kolejne pogrzeby czy konsolacje, zakładając, że ochraniają je przed traumą. W rzeczywistości uniemożliwiają mu rozwój w oparciu o własne doświadczenie, z którym będą w końcu musieli się zetknąć. Tworzymy więc wspólnie tabu wokół tematu umierania. Czemu?

Możemy przyglądać się różnym podejściom i teoriom. Jedni wskazywać będą na postępujący hedonizm. Chcemy odczuwać przyjemność, jak najczęściej. Śmierć zaś jako kres oznacza stratę. Strata oznacza frustrację, lęk, żal, gniew. Stoi więc w sprzeczności z przyjemnością. Dobrze jest ją schować. Co jednak z naszym samopoczuciem kiedy nieuchronne nadejdzie?

Inni dyskutowaliby na temat mechanizmów psychologicznych. Wypieranie rzeczy nieprzyjemnych, za trudnych na obecną chwilę i warunki jest jednym z najbardziej znanych mechanizmów obronnych wyróżnionych jeszcze przez Sigmunda Freuda. Inna zmienna psychologiczna to poczucie kontroli. Zajmując się sprawami, nad którymi we własnym mniemaniu panujemy, czujemy się bezpieczniej. Reszta może nas przerażać. Chowamy więc przestrzeń wpływu i znów możemy się cieszyć wszechmocą. Co jednak z naszym samopoczuciem, gdy okaże się, że nie mamy wpływu tam gdzie myśleliśmy, że mamy?

Jeszcze inni wskażą na postęp w dziejach człowieka. Chociażby niebywały postęp medyczny dający pożywkę wyobraźni, która rozpędza go jeszcze bardziej i podsuwa niewyraźne myśli o braku cierpienia, a może nawet braku kresu. Bardzo dobrze, że dłużej żyjemy, a odczuwana przez nas jakość życia rośnie. To wszystko zasługa rozwoju nauk medycznych. Przekładać się to może niestety również na rosnącą niezgodę na choroby, starzenie czy umieranie. Brak akceptacji dla takich stanów przekłada się na ich unikanie, zagłuszanie i traktowanie jako nienaturalnych. O ile jako naturalnie potrafimy z trudem wciąż przyjąć abstrakcyjne pojęcia śmierci, starości, choroby czy straty, o tyle trudno nam mierzyć się z nimi w konkretnej sytuacji cierpienia naszego bądź bliskich nam osób. Co wtedy z naszym samopoczuciem?

Powodów „zdziczenia” śmierci, jak to zjawisko nazywa w swoich wystąpieniach dr hab. med. Zbigniew Bohdan pracujący na co dzień z umierającymi, możemy znaleźć wiele. Warto by wypracować również jakiś sposób przeciwdziałania usuwaniu śmierci poza świadomość społeczną. Wydaje się to jednak zadaniem dla socjologów i do tego wymagającym czasu. Zastanówmy się, co możemy zrobić dla siebie w ramach naszych możliwości tu i teraz, ale najpierw z czym się mierzymy i czym dysponujemy.

## Odbicie straty w funkcjonowaniu organizmu

W definicji pojęcia „życie” czytaliśmy o procesach, które pozwalają organizmowi na reagowanie. Chcąc przyjrzeć się człowiekowi, możemy podzielić go na różne sfery funkcjonowania, by łatwiej nazwać poszczególne stany. Każda z nich ma swoje odbicie w biologii, fizyce i chemii. Po przeżyciu straty uruchamiają się w nas procesy dotyczące wszystkich poniższych sfer:

- sfera afektywna: według badaczy tego obszaru psychologii wyraża się poprzez: emocje, nastrój oraz temperament; w skrócie: odczucia;
- zachowanie: wszystko co można zaobserwować, patrząc na nas z boku;
- motywacja: stopień gotowości do podjęcia aktywności;
- procesy poznawcze: procesy przetwarzania informacji spoza naszego organizmu, ale również z jego wnętrza. Należą tutaj takie kategorie jak: myślenie, uwaga, wyobraźnia, pamięć;
- fizjologia: jak czujemy stres w ciele.

## Sfera afektywna

W zakresie sfery afektywnej po odejściu osoby bliskiej odczuwamy najczęściej obniżony nastrój. W związku z tym niemal przez cały czas towarzyszy nam poczucie przygnębienia czy melancholii. Co do emocji to pojawiają się w nas dość często w tym niełatwym dla nas czasie. Doskonale wiemy, że najczęściej są to tzw. emocje trudne. Odczuwamy żal, smutek, strach, lęk, gniew, irytację, niepewność. Najczęściej przyjmujemy ten fakt ze zrozumieniem dla sytuacji i siebie. Zapominamy jednak czasem, że emocje mogą być skierowane w różną stronę: do siebie, do innych, do całego świata, do Boga, do losu, ale także do osoby, którą utraciliśmy. Nie ma w tym nic dziwnego czy niestosownego. Każda emocja jest zasadna i najlepiej jest, gdy uda się nam ją zauważyć i przeżyć. Bywa, że nie dajemy sobie prawa do odczuwania społecznie źle postrzeganych emocji. Ważne by pamiętać, że to stany pojawiające się niezależnie od naszej woli. Czasem zwyczajnie odczuwamy gniew na naszego bliskiego, który odszedł. Potrzebujemy się na niego wyzłocić, za naszą samotność, za naszą niepewność i ogromną pustkę. To stan normalny. Obserwując pracę kapelanów posługujących w szpitalach, hospicjach czy parafiach, którzy stykają się ze śmiercią i żałobą, szybko możemy zauważyć, że nie negują oni żadnych emocji, które żałobnik odczuwa, również w kierunku Boga. Namawiają oni do przeżycia tej emocji w dialogu z Nim. Nie istnieją emocje niepoprawne politycznie. Mimo, że czasem wstyd czy poczucie winy zamyka nam drogę do ich otwartego przeżywania. Nie warto, choć jest to możliwe, blokować naszych stanów afektywnych. Blokując przeżycia trudne, z czasem pozbawiamy się przeżyć wszelkich. Pokusa, by odczuwać jedynie przyjemne lub przynajmniej neutralne stany afektywne, jest na tyle silna, że niekiedy próbujemy omijać bardziej wymagające stany.



## **Zachowanie**

Po stracie bliskiej osoby nasze zachowanie wskutek zmian wewnątrz nas samych również ulega zmianie. Znane codzienne obowiązki mogą nam zajmować znacznie więcej czasu niż zwykle. Będąc duchem jednocześnie w otaczającym nas świecie i tym wewnętrznym, możemy zachowywać się nieostrożnie, chaotycznie. Nierzadkie są też zachowania impulsywne. Po tym, jak po raz kolejny rozlejemy kawę, upuścimy klucze, reagujemy agresywnie. Bywa, że unikamy towarzystwa. W głowie oddzielamy się od innych, którzy przecież naszym zdaniem nie są w stanie zrozumieć przez co przechodzimy. Jednocześnie zdarza się, że winimy ich za to, że nie proponują nam pomocy. Nakłada się to na zakłócenia rytmu snu, np. problemy z zasypianiem, wybudzanie w nocy lub przedwczesne budzenie się czy mały apetyt.

## **Motywacja**

Nasz napęd do wykonywania wielu zadań może spaść po tym, jak ktoś bliski nam odejdzie. Zdarza się, że dotyczą nas problemy z zabraniem się za najprostsze czynności. Nie jesteśmy w stanie zmusić się do zrobienia i zjedzenia śniadania, zapłacenia rachunków czy posprzątania. Przytłoczyć nas może wizja wykonywania czynności, które zawsze były naszym udziałem, ale tym bardziej tych, które wiązały się z udziałem bliskiego, przez którego zostaliśmy osieroceni.

## **Procesy poznawcze**

Żałoba nie pozostaje bez wpływu na sposób reagowania i interakcji ze światem zewnętrznym. Nasz stan obniżonego funkcjonowania afektywnego i motywacji prowadzi do zmian w możliwościach poznawczych. Jak przejawia się to w funkcjonowaniu? Ciężiej nam skoncentrować uwagę

na konkretnych bodźcach: wyłączamy się w trakcie rozmów, nie możemy zrozumieć, co przekazują nam w serwisach informacyjnych. Trudności dotyczyć mogą także naszego kreatywnego myślenia. Popadamy w koleiny myślenia stereotypowego i ciężiej nam znaleźć rozwiązania czekających nas nowych wyzwań. Ciężiej nam się myśli. Może się to objawiać natłokiem przemyśleń lub poczuciem pustki w tym zakresie. Co za tym idzie, nie jest nam łatwo podejmować decyzje.

### **Fizjologia**

Co do fizjologii naszego organizmu to znów wachlarz możliwych następstw straty jest szeroki. Możemy spotkać się ze spadkiem odporności naszego organizmu, przeziębia-my się lub czujemy ogólne osłabienie. Odczuwać możemy ból głowy, karku, brzucha. Kiedy ten stan przecho-dzi w chroniczny, czyli stres, możliwe są także wahania wagi.

Wszystkie bardzo oszczędnie opisane sfery mają za zadanie przedstawić możliwe symptomy i pokazać roz-ciągłość reakcji naszego organizmu na stratę. Reakcje te mogą być zupełnie różne u różnych osób. Ważne jednak byśmy pamiętali, że są one całkowicie normalne i uza-sadnione. Pokazują one niemal jednoznacznie drogę do skierowania swojej uwagi na siebie, swoje potrzeby i prze-życia. Warto mieć świadomość możliwości sięgnięcia po pomoc w każdej chwili. Może być to pomoc rodziny, przy-jaciół, osób bliskich lub profesjonalistów: psychologów, pedagogów, kapłanów, psychoterapeutów czy psycchia-trów. To co przeżywamy to żałoba. Co na to *Słownik języka polskiego*?

## Żałoba

1. «smutek po śmierci kogoś bliskiego»
2. «określony czas po śmierci bliskiej osoby, w którym nosi się odpowiedni strój i nie uczestniczy w życiu towarzyskim» (...)

Ta złożona i trwająca dłuższy czas reakcja na utratę drugiej osoby bywa dla nas nie lada wyzwaniem. Czy dałoby się ją jakoś oswoić?

## Oswajanie

oswoić – oswajać

1. «przyzwyczaić do kogoś lub do czegoś albo zapoznać z czymś»
2. «przyzwyczaić dzikie zwierzęta do przebywania wśród ludzi lub do służenia ludziom»

oswoić się – oswajać się

1. «przyzwyczaić się do kogoś, do czegoś i zacząć traktować normalnie»
2. «o dzikim zwierzęciu: stracić dzikość»

Przyzwyczajenie do żałoby dobrze byłoby rozumieć w znaczeniu uznania jej istnienia i wykształcenia rodzaju gotowości do jej przeżywania. Oczywiście możemy też patrzeć na żałobę jako na zwierzę już nie dziczące, ale obłąskawione i mające nam służyć. To również oswojenie. Nietety, albo szczęśliwie, to zwierzę jest nam potrzebne.

Każdy z nas jest niepowtarzalną mieszanką doświadczeń i biologicznych podstaw naszego organizmu. Ciężko w związku z tym wskazać jedyną słuszną drogę przeżywania żałoby, odchodzenia osoby bliskiej czy własnego. Pewne jest, że wszystkich nas to zmienia, dotyka, a niektórych przerasta.

## Modelowe reagowanie na odchodzenie

Elizabeth Kübler-Ross jest jedną z najbardziej znanych (i jedną z pierwszych) osób zajmujących się tematami krańca życia. Na podstawie wieloletnich doświadczeń z osobami odchodzącymi i ich bliskimi zaproponowała ona model pięciu faz reagowania na odchodzenie. Choć sama autorka w kilku miejscach w swych książkach podkreślała, że stadia te nie muszą występować bezpośrednio po sobie, mogą się przeplatać, zamieniać miejscami albo wręcz wcale nie występować, w świadomości społecznej pozostały na stałe żelazne i nieprzekraczalne fazy, które każdy MUSI przeżyć. Podkreślmy zatem raz jeszcze, że jest to jedynie model, rodzaj wskazówki, kompasu, który możemy wykorzystać, ale nie w każdych okolicznościach powinniśmy zawierzać mu bezgranicznie. Zaproponowane przez Kübler-Ross fazy układają się następująco:

- zaprzeczenie,
- złość,
- targowanie się/negocjacje,
- depresja,
- akceptacja.

### Zaprzeczanie

Mamy problem z przyjęciem do wiadomości informacji o śmierci bliskiej nam osoby. Angażujemy się w tej fazie w działanie. Dzięki ucieczce od emocjonalnego doświadczenia straty zyskujemy trochę spokoju. Nie chcemy, aby trudna wiadomość do nas rzeczywiście dotarła.

### Złość

Czas przeżywania wielu emocji. W tej fazie odczuwamy częste zmiany emocjonalne. Zdarza się, że nasze odczucia są skrajne. Częściej niż smutek pojawiają się lęk i obawa.

Sfera afektywna człowieka przypominać tu może wychylone, ruchome wahadło, które wskazuje odległe od siebie stany i siłą ciężkości nie przestaje się przesuwać aż do ich wygaszenia.

### **Targowanie się/negocjacje**

Stan, kiedy staramy się stworzyć scenariusze, które wprowadzone przez nas pozwolą na powrót do stanu sprzed straty. Negocjujemy ze sobą, światem, Bogiem w nadziei na ukojenie i cofnięcie czasu, zmian które przyniósł.

### **Depresja**

Faza żalu i rozpaczania po stracie. Możemy mieć problem z wyobrażeniem życia bez naszego bliskiego. Wątpimy w sens naszego działania, a nawet życia. Nie mamy motywacji działania, niewiele rzeczy nas cieszy. Koncentrujemy się na naszym przeżywaniu. Skupiamy się na przeszłości.

### **Akceptacja**

Czas pogodzenia się z odejściem bliskiej nam osoby. Uznajemy naszą stratę, nasze związane z tym emocje. Potrafimy budować nowe relacje, stawiać sobie nowe cele i je osiągać. Przejście do tej fazy nie oznacza, że zapominamy o naszym bliskim lub, że już nie będzie go nam brakować. To stan pozwalający na dalsze życie bez wymazywania dotychczasowych doświadczeń.

### **Oswajanie żałoby**

Oswoiłiśmy nieco żałobę, starając się ją rozłożyć na części pierwsze. Jak przez ten stan przejść? Jak oswoić to zwierzę, o którym już nieco wiemy? Jednym ze sposobów postrzegania trudności życiowych, w tym i straty (lub ra-

czej wychodzenia i przeżywania ich), jest podejście skoncentrowane na rozwiązaniu. Stworzone przez Insoo Kim Berg oraz Steve'a de Shazera kieruje naszą uwagę na stan przez nas pożądany – w przyszłość. Spójrzmy, jak patrzemy w nim na żałobę.

### **Przełożenie straty na własne trudności**

Problemem nie jest w tym przypadku odejście osoby nam bliskiej. Jest to nasze ograniczenie. Nie możemy nic na to poradzić, choć to na nas wpływa. Możemy natomiast przyjrzeć się własnym trudnościom wynikającym z tej straty. Jeśli jest to obniżony nastrój, to postarajmy się go obserwować. Niemal na pewno okaże się, iż nie jest to stan permanentny. Przebłysk poprawy nastroju może przynieść spotkanie z kimś bliskim, wspomnienie, podjęcie dowolnej aktywności, spacer, odreagowanie emocji – to tylko przykłady. Jeśli nasze ograniczenie (odejście bliskiej osoby) wpływa na trudności w odnalezieniu się w codzienności, obowiązkach i powinnościach – przyjrzyjmy się temu aspektowi naszego życia. Znow, niemal z pewnością można przewidzieć, że pośród trudności odnajdziemy wyjątek, który wskaże, że są zadania dla nas wykonalne. Podobnie z każdą sferą, na którą oddziałuje strata – wszędzie znajdziemy wyjątki. Czym mogą się dla nas stać? Podstawą odbudowy lub budowy nowych lub zapomnianych umiejętności, początkiem wiary i nadziei, że życie bardzo się zmieniło, ale wcale nie zakończyło. Przyglądajmy się tym podstawom, doceniajmy siebie za ich dostrzeżenie i pielęgnujmy tak, by mogły wyrosnąć i objąć swoim działaniem inne sfery.

### **Użyteczność reakcji na stratę**

Nie zawsze będziemy rozumieć nasz stan w żałobie. Może się zdarzyć, że będziemy winić się za własne przeżycia, myśli, zachowania. Niewykluczone, że pojawi się uczucie

wstydu przed innymi w związku z własną reakcją. Postaramy się dać sobie samym nieco zrozumienia. Nie myślę tu o kontynuowaniu zachowań, które w sposób oczywisty są dla nas szkodliwe. Zachowania impulsywne, agresywne, autoagresywne czy sterowanie swoimi emocjami za pomocą substancji chemicznych zdecydowanie nie są konstruktywne i nie warto w nie brnąć. Zastanówmy się jednak co nas w ich kierunku popycha – musi za nimi stać jakaś użyteczność, wartość dla której idziemy w tym niebezpiecznym kierunku. Warto pomyśleć, czy istnieją inne sposoby osiągnięcia tejże użyteczności. Być może szybka, agresywna jazda samochodem da się zastąpić czymś innym. Możliwe, że nie trzeba sięgać po alkohol, by rozmawiać o swojej stracie. Nasza reakcja na żałobę jest tylko w części możliwa do kontrolowania. Jeśli nasze przeżycia wewnętrzne są dla nas zagadkowe, ale niezagrażające pozwólmy sobie na nie. Rozważmy po co nam to konkretne rozwiązanie, ale nie blokujmy zachowania. Być może ubranie się w strój związany z nieżyjącym już bliskim jest nam do czegoś potrzebne, być może zachowanie wszystkiego w jego mieszkaniu bez najmniejszej zmiany będzie dla nas łatwiejsze. Oczywiście, całkiem przeciwne reakcje mogą być dla innych osób w pełni uzasadnione ich potrzebami – uporządkowanie mieszkania, oddalenie od siebie widoku przedmiotów kojarzących się ze zmarłym.

### **Własne rozwiązania**

Sami wiemy najlepiej, co dla nas ważne i najpotrzebniejsze, do czego chcemy dążyć. W każdej fazie przeżywania żałoby możemy mieć inne potrzeby i w związku z tym nieco inaczej postrzegać dalsze cele. Wyobrażenia życia po oswojeniu dzikiego zwierzęcia żałoby mogą być bardzo różne. Dlatego też sposoby na oswojenie powinny być dopasowane do osoby osieroconej, jej obecnego stanu, osobowości, celu. Nie bójmy się zbyt częstych lub zbyt rzad-

kich wizyt na cmentarzu, o ile mamy świadomość, że taki właśnie sposób przejścia przez żałobę jest nam potrzebny i dla nas dobry. Pochylmy się nad własnymi potrzebami i sprawdźmy, jakie mamy możliwości. Nie chodzi tu o zamykanie się na rady i opinie innych, czy całkowite negocjowanie utartych przekonań społecznych, a raczej o pozwoleń sobie na świadomy wybór dalszej drogi. Im dłuższy czas upłynie od straty lub szerzej: poziom stresu zostanie zredukowany, tym prawdopodobnie łatwiej będzie nam tworzyć własne rozwiązania.

### **Wyrozumiałość po stracie dla siebie**

Dajmy sobie czas i dużo wyrozumiałości. Warto teraz (choć właściwie warto zawsze) spojrzeć na siebie z perspektywy swojego najlepszego przyjaciela. Czy konieczny jest pośpiech, czy konieczne są idealne rozwiązania, zdobycie wszystkiego? Może lepszym pomysłem będzie udzielenie samemu sobie wsparcia. Spróbujmy popatrzeć na siebie z uznaniem za każdą najmniejszą rzecz, którą osiągamy. Udało się nam dotrzeć do stanu, w którym jesteśmy w stanie rozmawiać o osobie, którą straciliśmy bez wybuchania płaczem, ale wciąż lży cisną się do oczu? Zauważmy to. Stawiajmy sobie cele, które są w naszym zasięgu. Być może to posegregowanie przedmiotów należących do zmarłego, być może pozwolenie sobie na kilka o nim wspomnień, a być może rozpoczęcie nowego etapu w życiu. Nie ma uzasadnienia dla zmuszania się do kolejnych etapów – nasza motywacja nie będzie nam wówczas pomagać, będziemy odczuwać frustrację i niezadowolenie z siebie, a nasze kolejne osiągnięcia nie będą trwałe.

### **Rozwiązywanie własnych kłopotów po stracie**

W podejściu systemowym (jednej ze szkół psychoterapeutycznych) uznajemy problem za manifestację reakcji na zdarzenie w grupie społecznej. Niekiedy długa dro-



ga prowadzi od przyczyny kłopotu do jego widocznych skutków. Skoro nasz symptom nie musi być koniecznie bezpośrednio związany z przyczyną, zatem działanie na zniknięcie symptomu nie musi się z nią wiązać. Próbuemy dawać sobie szansę na eksperymentowanie z rozwiązaniami, które cisną nam się do głowy, choć nie wydają się adekwatne. Być może dokończenie porzuconych wcześniej studiów jako nowy życiowy cel nie wiąże się bezpośrednio ze stratą i żałobą, ale wpłynie na nasze funkcjonowanie. Założenie pasieki nie ma nic wspólnego z osobą, którą oplakujemy, ale być może nie bez przyczyny pojawia nam się w głowie jako czynnik poprawiający nasz stan. Możliwe też, że rozmowa o osobie, która odeszła z innymi żałobnikami przyniesie podobne rezultaty – rozwiązanie może być związane z trudnościami, które nas dotykają.

### **Nieunikniona zmiana**

Prosta prawda o życiu, którą nie zawsze łatwo przyjąć: nasze życie wciąż się zmienia, zmieniamy się my i nasze otoczenie bliższe i dalsze. Wszystko jest w ciągłym ruchu czy tego chcemy czy nie. Niektórzy z nas odczuwają ten ruch jako wolniejszy, inni szybszy, jednak zmiana wciąż zachodzi. Zajdzie ona również w sposobie przeżywania straty. Niezależnie od naszych starań i działań bądź wycofania, zmiana przyjdzie. Dajmy sobie chwilę na zastanowienie się nad brakiem stałości w życiu. Widzimy to boleśnie tuż po stracie, kiedy okazuje się, że świat wcale nie zwalnia, nie mówiąc już o zatrzymaniu się po naszej osobistej krzywdzie. Potem jednak ten ruch nas może zmobilizować. Zmiany dostrzegane w innych żałobnikach mogą nas irytować lub cieszyć, ale pokazują równocześnie ich drogę przeżywania jako proces.

## **Od małych do większych zmian**

Rewolucje w życiu wydają się kuszące, ale doświadczenia pokazują, że najczęściej nie przynoszą one stałego efektu. Lepszą drogą przy wprowadzaniu zmian jest stopniowa ewolucja. Zacznijmy od najprostszych i najbardziej dostępnych nam kroków. Od zajęcia się najmniejszą z rzeczy, którą chcemy uporządkować czy zmienić. Może to być przyrządzenie sobie porządnego posiłku, pozwolenie sobie na powrót do ulubionych sposobów spędzenia czasu lub znalezienie sobie stałego zajęcia, wokół którego układać się będzie nasza nowa codzienność. Koncentrując się na tym jednym kroku i na każdym następnym dojdziemy być może do stanu zaskoczenia wielkością obszaru naszego życia, który został objęty zmianą. Zupełnie jak w przypadku tzw. efektu motyla – nawet najmniejsza zmiana wprowadzona do systemu zaowocuje nieproporcjonalnie większym skutkiem. Doceniajmy każdy najmniejszy krok i cieszymy się nim.

## **Kontrolowanie sfer życia**

Jednym z trudniejszych odczuć spotykających ludzi jest brak poczucia wpływu na własne życie. Sytuacja utraty sprawności, zdrowia czy wreszcie osoby bliskiej może zdecydowanie wpływać na odbiór własnej sprawności. Znajdźmy więc sfery, na które posiadamy wpływ. Sprawdzmy, czy brak poczucia kontroli nie zgeneralizował się nam na postrzeganie całego życia. Skoro możemy postanowić, że następnego dnia ustawimy budzik, by wstać wcześniej, to być może potem udowodnimy, że możemy zaplanować, co z uzyskanym czasem zrobimy. Po pewnym czasie możliwe, że na nowo zaczniemy śmieiej planować, decydować.

## Niezbędne zasoby

Każdy człowiek ma w sobie zasoby, które pozwalają mu na sprostanie kolejnym wyzwaniom niesionym przez życie. Czym są owe zasoby? W psychologii uznajemy, że w tym zbiorze mieszczą się wszelkie materialne i pozamaterialne narzędzia do radzenia sobie w życiu. Możemy zatem wymienić:

- przedmioty: dom, samochód;
- warunki: porządek dnia, plany;
- cechy osobowości: optymizm, wytrwałość;
- zasoby energetyczne: pieniądze, siły witalne.

Czymkolwiek dysponujemy, jest to zdatne do użycia w oswojaniu straty. Im więcej zasobów mamy, tym łatwiej nam radzić sobie z wszelkiego rodzaju stresem. Jednak zawsze posiadamy wystarczająco dużo, żeby poradzić sobie w danej sytuacji. Musimy sobie tylko to uświadomić. Jeśli sami jesteśmy dość surowi, spójrzmy na siebie oczami ludzi nas otaczających – co oni widzą w nas dobrego. Jaki potencjał, umiejętności, doświadczenie życiowe stanowi dla nich wartość w nas samych byśmy mogli realizować nasze założenia.

## Potrzeby chwili

Jesteśmy ekspertami w zakresie wiedzy na własny temat. Również tej jej części, która traktuje o naszych potrzebach i celach. Czasami potrzebujemy drugiego człowieka by sobie coś uświadomić, rozszerzyć perspektywę, ale to my intelektem i emocjami nadajemy ostateczną ocenę i rangę potrzebom oraz sposobom na ich osiągnięcie. Bliscy, profesjonaliści z zakresu zdrowia psychicznego, kapłani są kolejnymi zasobami, na których możemy się oprzeć. To ważna sfera życia społecznego, ale jej centrum zawsze będziemy my sami. Również osoba, która nas osierociła

i czas spędzony z nią, jest naszym zasobem. Jest możliwością, ale nie obowiązkiem patrzeć w tamtym kierunku podczas zastanawiania się nad przyszłością. Nie bójmy się naszych potrzeb, wyrażajmy je i analizujmy. Nikt lepiej od nas tego nie zrobi.

### **Pozostanie w systemie społecznym**

Po stracie najbliższych często czujemy się wyobcowani. Ludzie z naszego otoczenia nie zawsze umieją z nami rozmawiać. Może powstać dystans między nami a osobami, które nie doświadczyły naszego cierpienia. Nawet wówczas jesteśmy częścią systemów społecznych. Mamy sąsiadów, krewnych, znajomych, przyjaciół, osoby z różnego rodzaju stowarzyszeń, grup. Nie zostaliśmy zupełnie sami, choć często możemy mieć takie wrażenie. Bycie częścią systemu daje możliwość bycia stymulowanym, wymiany myśli, spojrzenia na siebie i swoje życie z innej perspektywy. Możemy być potrzebni innym, możemy innych potrzebować.

Podejście skoncentrowane na rozwiązaniu nie jest oczywiście jedynym systemem, który może nam pomagać w przeżyciu żałoby. Jest jednak bardzo pojemne i otwarte. Jeśli nauczyliśmy się już czegoś, co działa, kontynuujmy to. Jeśli nasze działania chwilowo nie przynoszą efektu, zróbmy coś innego. Pamiętajmy jednak, że żałoba jest naturalnym, choć skomplikowanym stanem. Czas poświęcony na przeżycie jej będzie leczył nasze rany.

\*\*\*

Śmierć jest częścią życia. Nie mamy na to wpływu. Czeką każdego z nas i naszych bliskich. Odrzucając ją, pozwalając aby zdziczała, wrysowujemy ją w krajobraz naszego życia jako groźne i nieprzewidywalne zwierzę.

W każdej chwili może nas zaatakować, zaskoczyć, przerazić, a nawet unicestwić. Jednak by śmierć zaistniała musi najpierw zaistnieć życie. To właśnie w świadomym życiu znajdziemy odpowiedzi na to, jak z tym zwierzęciem postępować, jak sprawić by nam służyło. To życie pozwala na oswojenie śmierci i żałoby. Może się ono zmanifestować nowym człowiekiem, codzienną rutyną, podjęciem nowych wyzwań, zamknięciem pewnego etapu i otwarciem na nowy, pasją, zainteresowaniem, pomocą i czymkolwiek jeszcze byśmy chcieli. Okazuje się, że żyjemy.

# Późna dorosłość oczami gerontologów



Na tzw. późną dorosłość spojrzeć można z wielu stron – medycznej, społecznej, psychologicznej – tej naukowej i bardziej praktycznej. Warto spojrzeć na nią również oczami gerontologów, dowiedzieć się o rzeczach, o których na co dzień raczej nie myślimy.

Gerontologia (gr. *geron, gerontos* – starzec; *logos* – nauka) to nauka o procesach starzenia się. Gerontolodzy natomiast to naukowcy zajmujący się starością i procesem starzenia. Od kilkudziesięciu lat intensywnie poszukują oni skutecznej metody pozwalającej przedłużyć życie oraz zachować młodość i utrzymać sprawność do późnej starości. Instytucją zrzeszającą gerontologów jest Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, które w swych szeregach skupia m.in. lekarzy (geriatrów), socjologów, psychologów, pedagogów, ekonomistów, wskazując tym samym na interdyscyplinarny charakter tej nauki. Przykłady naukowego, ale bardzo przydatnego, spojrzenia na późną dojrzałość są zamieszczone w tej części książki.

# Życie dopełniane starością – rozwojowy czas życia człowieka

**Elżbieta Dubas**

Starość dla współczesnego człowieka to „temat” niejednoznaczny. Zagmatwana jest postawa współczesnego człowieka wobec starości. Z jednej strony, o starości wiele myślimy, mówimy i dyskutujemy. Starość nas emocjonuje i często spędza nam sen z powiek. Z drugiej strony, staramy się jej nie dostrzegać, o niej nie myśleć i przyjmujemy, że najpewniej, wyjątkowo nas, nie będzie ona dotyczyć. Bronimy się przed starością, przeciwdziałamy starości, negujemy starość. Rzadko, czekamy na starość. Zabezpieczamy się na starość. Niekiedy, jeszcze rzadziej, przygotowujemy się do starości. Różne są zatem postawy wobec starości, choć przeważają te negatywne, a i doświadczanie starości rzadko bywa pozytywne. Pozytywne postawy wobec starości z trudem „próbują” przedrzeć się do świadomości współczesnych obywateli wysokorozwiniętych społeczeństw.

Starość jednak przeżywamy, mimo naszej woli. Starość dotyka nas osobiście, ponieważ jej doświadczamy



bezpośrednio lub przez starość innych (w tym najbliższych) osób z naszego otoczenia. Przecież już jako dzieci doświadczamy starości naszych (często ukochanych) dziadków. Starość interesuje nas także jako zjawisko ogólne: demograficzne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe, cywilizacyjne itp. W takim przypadku starość jest badana przez uczonych, jest zabezpieczana bądź nie przez rządzących, jest dostrzegana lub marginalizowana przez społeczeństwo, kulturę i cywilizację, zmierzamy się z nią na rynku pracy...

O starości wiemy już bardzo wiele, lecz ciągle za mało i niedokładnie, co utrudnia nam pomyślne życie w starości (Dubas 2013, s. 135 i n.). A starość obecna jest w naszym ludzkim życiu – jest wpisana w istotę ludzkiego bytu. Jest niezbywalnym składnikiem długiego życia, które przecież jest także ludzkim marzeniem, i trudno wyobrazić sobie długie życie bez starości. Starość włączona jest w rozwojowy bieg naszego życia, które zaczyna się dzieciństwem, a kończy właśnie starością. Starość więc „domyka” nasz cykl życiowy, dopełnia go. Należy jednak uświadomić sobie też, że i my sami „domykamy” starością nasze życie i że nasz udział w tym procesie jest w gruncie rzeczy najistotniejszy. Co warto zatem wiedzieć o starości, by pięknie „domknąć” swoje życie?

## Etapy rozwoju w starości

Starość, w świetle psychologii rozwoju człowieka (Brzezińska 2005), jest ostatnim etapem ludzkiego rozwoju. **Rozwoju** – a więc procesu zmian, które prowadzą w jakimś kierunku, zmierzają do jakiegoś celu, mają przynieść jakiś rezultat. Starość w tym znaczeniu jest więc ważnym, jak każdy z pozostałych etapów, ogniwem tego procesu. Bez starości cykl życia ludzkiego jest niepełny. Dlatego

m.in. jesteśmy wstrząśnięci, gdy umiera młoda osoba – bo oto nie było jej dane „przejsć” całej drogi życiowej, została pozbawiona doświadczeń, które jednak uznajemy, z jakichś powodów, za ważne. Starość w tym znaczeniu jest więc wartością, bo jej doświadczenie pozwala pełniej zrealizować ważne dla nas wartości, w pełniejszym zakresie, być może, zrozumieć, czym jest ludzkie życie i czym było, a być mogło, nasze życie.

Początek starości najczęściej umiejscawiany jest w latach sześćdziesiątych ludzkiego życia. Formalny początek starości często tożsamy jest z granicą wieku emerytalnego, różnie określaną w różnych krajach i często zmienną. Na przykład w Polsce, obowiązująca od 2012 r. granica wieku emerytalnego wynosząca 67 lat, jest aktualnie dyskutowana i możliwy jest powrót do wcześniej obowiązujących ustaleń: 60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn. Starość jest coraz bardziej wydłużającym się etapem życia i coraz bardziej zróżnicowanym, stąd badacze wyróżniają kilka jej okresów. Uogólniając różne stanowiska (Zych 2007, s. 163; Steuden 2011, s. 20–21), można wymienić trzy główne okresy starości, którym przyporządkowane są określone, w przybliżeniu, granice wiekowe: wczesna starość, zwana też wiekiem podeszłym (*young old* – młodzi starzy) to lata 60–74; późna starość, zwana też wiekiem starczym (*old old* – starzy starzy) to lata 75–89; długowieczność, zwana też wiekiem sędziwym (*oldest old* – najstarsi starzy) po 90 roku życia.

**Wczesna starość** to okres „złotej jesieni”, czyli często jeszcze znaczących sił witalnych i perspektyw życiowych. Czas korzystania z dotychczasowego dorobku – materialnego i duchowego. To czas podejmowania nowych zadań i realizacji marzeń, w tym aspiracji edukacyjnych, które musiały ustąpić obowiązkom dorosłości. To czas oddawania się zajęciom z większą dozą przyjemności niż dotychczas. To czas samorealizacji, czas „dla siebie” po uwol-

nieniu się od obowiązków zawodowych. Nowe zajęcia i relacje społeczne, nowa perspektywa doświadczania życia inaczej niż dotychczas, dodają życia do lat. Wzmacniają radość i poczucie własnej wartości.

**Późna starość**, jako czas „zachodzącego słońca, łączy się z systematycznym spadkiem sił witalnych i nasilaniem się zmian chorobowych, wzrastającym poczuciem starzenia się i systematycznym, a czasem i nagłym wycofywaniem się z życia zewnętrznego, w skutek chorób i niesprawności. To także czas bilansowania (podsumowywania) życia.

**Długowieczność** („do końca na scenie” lub „schodzenie ze sceny”) to bardzo zindywidualizowany okres, jest jednak nieuchronnie czasem zbliżania się do finału życia, przeczuwania śmierci jako „bliskiego gościa”. To czas porządkowania swego życiowego doświadczenia, relacji z sobą samym, z otoczeniem, z Bogiem. To czas transcendencji – wykraczania poza dotychczasowe rozumienie swego ziemskiego bytowania. Osobom długowiecznym, hojnie wyposażonym dziedzicznie, często do końca towarzyszy relatywnie dobry stan zdrowia i sprawności psychofizycznej, co pozwala im na aktywny styl życia, choćby w wybranych zakresach. Tu życie się dopełnia w sposób najbardziej pomyślny. Natomiast osobom długowiecznym schorowanym, poddawanych uporczywej terapii, życie zaczyna być ciężarem.

Warto też uwzględnić, coraz bardziej popularny, podział starości na dwa okresy – dwie epoki: trzeci i czwarty wiek. Podział ten opiera się na kryterium sprawności i samodzielności osoby starszej, w mniejszym stopniu łączy się zaś z wiekiem kalendarzowym, choć umowna granica między nimi to 80 albo 90 rok życia (w zależności od klasyfikacji) (Studen 2011, s. 21; Wawrzyniak, Chabior 2015, s. 44). Trzeci wiek to **starość niezależna**, czwarty wiek to **starość zależna**. W miarę jak osoba coraz bardziej obciąża

żona jest chorobami i niesprawnością, uzależniona jest od pomocy i opieki osób z zewnątrz i instytucji, w tym instytucji pomocy społecznej. Łącząc oba podziały, można stwierdzić, że wczesna starość zazwyczaj bywa okresem starości niezależnej. Starość zależna w coraz większym stopniu dotyczy natomiast starości późnej i długowieczności.

Starość nie jest wyłącznie kwestią lat i umownych granic wieku kalendarzowego ani też arbitralnych klasyfikacji badaczy czy decyzji polityków. Dość powszechnie przyjmujemy przecież także, że starość to stan ducha, to nasze poczucie starzenia się (bądź nie), to nasze poczucie bycia (bądź nie) starym. Starość jest w dużej mierze zależna od naszego subiektywnego jej odbioru. W naszych czasach, które tak uwypuklają znaczenie jednostkowych doświadczeń i podmiotowości każdej osoby, subiektywny wymiar starości tym bardziej zyskuje na znaczeniu. Starości zatem w dużej mierze nadajemy kształt naszymi myślami i emocjami. A przede wszystkim naszymi czynami, zachowaniami. To bardzo ważny aspekt postawy wobec starości – starość jest bowiem „plastyczna” i w dużej mierze zależna od nas samych. W większości to my ponosimy odpowiedzialność za naszą starość, choć najchętniej tą odpowiedzialnością obarczamy Innych (członków rodziny, polityków itp., a nawet samego Boga, co uwidacznia znane powiedzenie „Panu Bogu starość się nie udała”).

## **Procesy starzenia się: biologiczny, psychiczny, społeczny, kulturowy, duchowy**

Starość jako etap życia ludzkiego zależy od przebiegu procesów starzenia się. Najczęściej badacze koncentrują się na trzech procesach starzenia się: starzeniu się biologicznym, psychicznym i społecznym (Zych 2007, s. 167–

168; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006, s. 46–58). Można jednak rozpoznawać procesy starzenia się w szerszym kontekście procesu rozwoju, analizowanego bowiem w zakresach rozwoju biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego (Dubas 2004). Współczesna wiedza gerontologiczna pozwala spojrzeć na procesy starzenia się w perspektywie rozwoju, jako procesy zmian tak negatywnych (inwolucyjnych, polegających na rozpadzie, ubożeniu, ubytku i zaniku), jak i pozytywnych, rozumianych jako zmiany adaptacyjne (polegające na przystosowywaniu się do nowych okoliczności życia) i zmiany transgresyjne (polegające na przekraczaniu dotychczasowego siebie i swojej dotychczasowej sytuacji, a nawet doskonaleniu siebie w wybranych zakresach mimo regresu w innych). Procesom regresu towarzyszy mechanizm witalizmu jako „biologicznej mobilizacji sił do przeciwstawiania się postępującej inwolucji prowadzącej do śmierci”, który nie tylko odnosi się do wymiaru biologicznego, ale również i psychicznego (Olszewski 2003). Człowiek zatem nie jest jedynie istotą skazaną na „upadek”, ale tak jego strona biologiczna, jak i psychiczna i duchowa wzbudzają jego siły przeciwdziałające „rozpadowi”. Może więc adaptować się do zmian regresywnych, może te zmiany także przekraczać. Adaptacja i transgresja, a także transcendencja są tego wyrazem. Procesy starzenia się mają złożoną treść i przebieg. Są zależne nie tylko od warunków dziedzicznych, wpływu środowiska, oddziaływań edukacyjnych (w tym wychowawczych), wpływu losu, ale także, a nade wszystko, zależą od aktywności samej jednostki. Innymi słowy, od osobistego zaangażowania człowieka w swój rozwój, tak w okresie przed, jak i w trakcie starości, zależy w dużej mierze jakiej starości później oświadcza.

**Biologiczne starzenie się** człowieka jest wyrazem słabnięcia zdolności organizmu do zachowania homeo-

stazy (równowagi) procesów życiowych. Oznacza pojawianie się w coraz większym nasileniu zmian regresywnych w zakresie funkcji fizycznych i fizjologicznych, co objawia się niewydolnością organizmu i stanami chorobowymi. Biologiczne zmiany regresywne umownie zaczynają przeważać już od lat czterdziestych życia człowieka. Uzewnętrzniają się w starzeniu się ciała i spadku jego sprawności, w zmniejszającej się odporności organizmu i, w związku z tym, zwiększającej się podatności na choroby. Biologiczny regres jest wyrazem „wyczerpywania się” sił witalnych organizmu. W efekcie prowadzi on do śmierci, w naturalnym przebiegu w postaci uwiądu starczego. W zakresie rozwoju biologicznego możliwe jest jednak wzmacnianie sił organizmu poprzez właściwe odżywianie, ćwiczenia fizyczne i aktywność ruchową, systematyczną kontrolę stanu zdrowia, zabiegi higieniczne, działania rewitalizacyjne, a także ascezę i powściągi, sprzyjające dyscyplinowaniu ciała i utrzymaniu go w dobrej kondycji. Do biologicznego starzenia się można się przystosowywać, np. poprzez korzystanie z różnorodnych urządzeń i poprzez zabiegi rehabilitacyjne. Można też nawet starać się „poprawić” stan swego organizmu, w stosunku do wcześniejszego okresu, poprzez stosowanie bardziej systematycznej gimnastyki czy zbilansowanego odżywiania, dostosowanego do możliwości i potrzeb organizmu.

**Psychiczne starzenie się** odnosi się do zmian i spadku możliwości człowieka w zakresie funkcji psychicznych, w tym w zakresie niezwykle ważnych procesów poznawczych, wśród których znaczącym jest starzenie się pamięci, spadek sprawności procesów myślenia oraz zmniejszające się możliwości uczenia się. Słabnie siła woli, zmniejsza się skuteczność i sprawczość ludzkich działań. Zmienia się osobowość, słabną mechanizmy kontrolne, narastają lęki. Spada motywacja do życia, m.in. w skutek przesycenia doświadczeniem życiowym. Zmieniają się

strategie samokontroli i radzenia sobie z emocjami (Janiżewska-Rain 2005, s.605 i n.). W radzeniu sobie z regresem psychicznym nieoceniona jest aktywność umysłowa, podejmowana jako przypominanie, oduczanie, uczenie się nowego; uczenie się tak w instytucjach, jak i poza nimi, a więc na tle sytuacji codziennych; uczenie się w sposób nowoczesny (za pomocą nowoczesnych technologii informatycznych (Internetu, komputera), jak i tradycyjnie (np. za pomocą książki); uczenie się realizowane jako refleksja/namysł nad życiem, sobą samym, nad swoją biografią; uczenie się realizowane w trakcie rozwiązywania problemów, także i w szczególności tych codziennych; wreszcie uczenie się jako praca nad emocjami, które nie powinny rujnować relacji z innymi, lecz wzmocniać pozytywny wizerunek osoby starszej, np. jako seniora rodu czy mentora.

**Spoleczne starzenie się**, silnie warunkowane społecznymi normami i regulacjami życia społecznego, odzwierciedla zmiany w zestawie pełnionych ról społecznych. Niektóre role zanikają, np. rola zawodowa, inne ulegają modyfikacji, np. rola rodzicielska zmienia się wraz z rośnięciem dzieci i wyjściem dzieci z rodzinnego domu. Jeszcze inne role pojawiają się jako nowe, np. rola opiekuna chorego współmałżonka, rola wdowy czy wdowca, rola osoby chorej, osoby niepełnosprawnej. Większość z nich to role trudne i wyczerpujące, o dużym ładunku egzystencjalnym, zawierające troskę i obawy o swoje życie, w kontekście coraz częstszego obcowania ze śmiercią. Szczególny wyjątek w repertuarze ról współczesnego człowieka starszego stanowi rola babci/dziadka, którą można potencjalnie określić jako rolę „pełną radości”. Zmienia się także pozycja społeczna seniora i jego styl życia, chociażby w konsekwencji przejścia na emeryturę i nowej puli czasu do dyspozycji. Z tej perspektywy starość wymaga jakby ponownej socjalizacji (uspolecznienia) – po-

nownego uczenia się bycia w społeczeństwie w nowej roli. Mimo wcześniejszego obcowania ze starością w „nurcie życia”, poprzez uczestnictwo w życiu społecznym, w tym w szczególności rodzinnym, poprzez obserwację społecznych zachowań wobec starości i w starości, może brakować człowiekowi starszemu adekwatnej wiedzy, umiejętności i postaw wobec starości. Starzenie się społeczne silnie łączy się ze stereotypami starości, jakie funkcjonują w danym społeczeństwie. Zazwyczaj w naszych czasach są to stereotypy negatywne. Pomyślnie starzenie się wymagałoby przeciwstawiania się, swoim osobistym przykładem, tym stereotypom, co wymaga nowego podejścia nie tylko do starości, ale i do siebie samego jako człowieka starszego.

**Kulturowe starzenie się** odnosi się do zmian funkcjonowania człowieka starszego w sferze wartości kultury, tak materialnej jak i duchowej. Funkcjonowanie to możemy rozpatrywać w dwóch zakresach uczestnictwa w kulturze: korzystania z kultury (konsumpcja kulturalna) oraz tworzenia kultury. Poprzez ograniczenie możliwości, np. finansowych, zdrowotnych, komunikacyjnych, a często i potrzeb kulturalnych, zmienia się korzystanie z dóbr i instytucji kultury i może zawęzić się do wymiaru domowego. Tu przeważa korzystanie z mediów masowych (radia, telewizji, prasy), stopniowo też ograniczany jest repertuar użytkowanych programów i treści mediów do tych w najmniejszym stopniu wymagających jakiegokolwiek wysiłku. Użytkowanie to ma często charakter bierny. Zmienia się także tworzenie dóbr kultury. Ponieważ w rozumieniu uniwersalnym, ponadczasowym, wymaga ono Tworzenia (przez duże „T”) czegoś nowego, oryginalnego w stosunku do dorobku szerszej społeczności czy nawet całej ludzkości, coraz rzadziej jest realizowane przez osoby starsze, których siły twórcze słabną. Często nie dotyczy to jednak profesjonalistów – artystów, uczo-



nych i reprezentantów innych dziedzin kultury. Trzeba jednak podkreślić, że tworzenie dóbr kultury, w rozumieniu szerokim, psychologicznym, może być realizowane przez każdego, na miarę jego możliwości, w jego codzienności. Wystarczy, by wytwór był nowy i oryginalny w stosunku do doświadczeń samej osoby starszej. Taka twórczość (przez małe „t”) również dostarcza wiele radości i bywa dobrem dla najbliższych. Korzystanie z kultury i tworzenie kultury to ważne aspekty czynienia życia piękniejszym, a tym samym przeciwdziałania szarości i rutynie codzienności. Warto też podkreślić znaczenie aktywności kulturalnej, polegającej na muzykowaniu, malowaniu obrazów, pisaniu wierszy, opowiadań, autobiografii. To kolejny przykład dodawania życia do lat (Zaorska 1999) i tym samym przeciwdziałania negatywnym procesom starzenia się. Nie można też pominąć znaczenia najstarszego pokolenia w procesie przekazywania tradycji i wprowadzania (inkulturacji) młodych w wartości świata kultury.

**Duchowe starzenie się** związane jest ze zmianami ludzkiej duchowości. Pojmuje się ją współcześnie szeroko, wykraczając poza aspekt religijny. Duchowe starzenie się odnosi się do zmian związanych z rozwojem duchowym, który można w znacznym stopniu uznać za wymiar nadrzędny, przenikający wszystkie pozostałe. Duchowe starzenie się może sprzyjać harmonijnemu scaleniu wszystkich wymiarów potrójnej natury człowieka (trójjedni) – ciała (*soma*), psychiki (*psyche*) i ducha (*spirit*). Duchowe starzenie się łączy się ze swoistą duchową kompetencją, czyli umiejętnością, polegającą na kształtowaniu swego życia według najwyższych wartości (prawdy, dobra, piękna, świętości), w kontekście trudności, jakie pojawiają się doświadczając starości. Trudności starzenia się mogą tę kompetencję jeszcze bardziej rozwijać w sto-

sunku do wcześniejszego okresu. Starość przynosi wiele trosk egzystencjalnych, do których zalicza się cierpienie, chorobę, samotność, umieranie i śmierć. Wszystkie one „wymagają” jakiejś odpowiedzi. Im osoba bardziej rozwinięta duchowo, tym dojrzała w przeżywaniu swej starości, a to znaczy w udzielaniu odpowiedzi na te pytania. Starość może być okresem szczególnie intensywnego rozwoju duchowego, zaprzeczającego duchowemu ubożeniu. Duchowe dojrzewanie, a więc starzenie się w pozytywnym znaczeniu, uwidacznia się w doprecyzowaniu własnej filozofii życia, w tym postawy wobec starości i śmierci, w zakresie dojrzewania postaw estetycznych (dostrzegania piękna w życiu i czynienia życia, także codziennego, bardziej pięknym), w zakresie doskonalenia postaw religijnych (kształtowania dojrzałych postaw wobec Boga, Absolutu), w zakresie doskonalenia i dopełniania postaw społeczno-moralnych (wobec najbliższych, wobec młodszych pokoleń, wobec ludzi w ogóle), w zakresie refleksji egzystencjalnej, z kluczową odpowiedzią na pytanie o sens życia, wartość ludzkiego losu i człowieczeństwa. Duchowe starzenie się jako doskonalenie, pozwala dojrzałe przygotować się do odejścia i przejścia „na drugi brzeg” bez rozczarowania, żalu i zazdrości. W zakresie duchowego rozwoju, starość jest czasem wielu wyzwań i możliwości. Może być czasem „postępowania wzwyż” i zmierzania ku pełni, mimo regresywnych zmian biologicznych. Może być czasem głębokiej przemiany i zrozumienia istoty wszystkiego. Czasem nie tylko adaptacji, ale i transcendencji. Nie zawsze mamy jednak do czynienia z duchowym rozwojem w starości. Często starość kończy życie ludzkie wielkim rozczarowaniem i rozpaczą, głębokim, nierozwiązanym dramatem egzystencji. Człowiek „zapada się” w swym człowieczeństwie, a starość traktuje jako przekleństwo.

## Modele starości: deficytowy, zachowawczy, rozwojowy

Starość była i jest wyjaśniana różnorodnie – ukazywane są jej różne modele (Dubas 2004, s. 136 i n.). Według **deficytowego modelu** starości, starzenie się człowieka jest traktowane jako defekt, który należy naprawiać poprzez rozmaite zabiegi, by podtrzymać funkcje życiowe organizmu i w jakimś zakresie, na jakiś czas przeciwdziałać rozpadowi. Taka starość łączy się z negatywnym stereotypem starości. Starość może też być ujmowana według **modelu zachowawczego**, przyjmując, że poprzez podtrzymywanie aktywności człowieka można opóźnić proces starzenia się i przez jakiś czas zachować sprawność organizmu charakterystyczną dla wieku średniego. Można też wreszcie wyjaśniać starość poprzez **model rozwojowy**, w którym określa się starość jako czas rozwoju człowieka, a nawet jego doskonalenia. Przedstawione modele starości są nie tylko mniej lub bardziej aktualnym wynikiem badań naukowych, ale także są propozycją. Wybór jednego z nich wyznacza określony sposób myślenia o starości i w konsekwencji kreuje określone postawy wobec starości oraz sposób przeżywania własnej starości. Rozwojowy model starości napawa optymizmem, jest szansą, daje całościową perspektywę zmierzania ku lepszemu mimo pewnych ograniczeń. Dlaczego by go nie wybrać ?

Starość jest w większości następstwem wcześniejszych „lekcji życia”, wcześniejszych doświadczeń, wyborów życiowych i nabytych postaw wobec życia. Przez całe życie, doświadczając życia, uczymy się starości. To, co pozwala nam pięknie dopełnić swe życie i pomyślnie domknąć cykl swego rozwoju, zawiera się w nabywanej przez całe życie sztuce życia. Sztuka ta zawiera także sztukę starzenia się (Dubas 2012).

Starość nie jest łatwa. Ale starość też nie spada na nas nagle. Mamy wiele lat życia, by się z nią oswajać, by

się jej uczyć. Niewątpliwie, starość jest pewnym codziennym zadaniem (do rozwiązania). Często okazuje się też wyzwaniem, ponieważ wymaga konfrontacji z niezwykle trudnymi doświadczeniami. Ale może być także darem (Zych 2014) – pewną szansą i wartością; służy czemuś – warto to rozpoznać i zaangażować się w tę służbę. Służbę w gruncie rzeczy sobie samemu – ku osobowej dojrzałości i zrozumieniu sensu (własnego) życia. Służbę rozwojowi ku pełni.



# Teorie starzenia się

**Jakub Kaźmierski**

Ludzkość od zawsze interesowała się procesem starzenia. Naukowcy zgłębiali tę wiedzę, głównie po to, by znaleźć sposób zatrzymania tego zjawiska.

Poniżej przedstawione zostaną obecnie najważniejsze teorie biologiczne wyjaśniające proces starzenia się:

- 1) teorie uznające starzenie za proces uwarunkowany genetycznie,
- 2) teorie uznające starzenie się za wynik zaburzonej czynności endokrynej i immunologicznej,
- 3) teoria wolnych rodników,
- 4) teoria błonowa,
- 5) teoria mitochondrialna,

## Teorie genetyczne

**1. Teoria „programowanej śmierci” komórki.** W DNA (kwasie nukleinowym obecnym w każdej komórce naszego ciała) zakodowane są informacje, które otrzymaliśmy od naszych rodziców. Tam również są geny odpowiedzialne za tempo i charakter starzenia się. Geny te warunkują długość życia naszych komórek. Proces „programowanej śmierci” komórki nazywa się apoptozą. Apoptoza warunkuje prawidłowe funkcjonowanie i stabilność organizmu. Na apoptozę wpływają zarówno czynniki wewnętrzne (biologiczno-genetyczne), jak i zewnętrzne (środowiskowe). Zaburzenia tempa apoptozy i proliferacji komórek mogą prowadzić do poważnych chorób, np. zahamowanie apoptozy i nadmierna proliferacja komórek indukuje rozwój nowotworów, natomiast nasiloną apoptozą towarzyszy chorobie Alzheimera (Tosato, Zamboni, Ferrini, Cesari 2007, s. 401–412).

**2. Teoria przypadkowych błędów** (mutacji genetycznych). Do spontanicznych mutacji dochodzi we wszystkich komórkach organizmu. Mogą one zaburzać prawidłowe podziały i rozwój organizmu na różnych etapach jego życia i funkcjonowania. Jedną z najnowszych teorii dotyczących uszkodzenia genów jest teoria telomerazy. Telomery są sekwencjami kwasów nukleinowych wychodzących z końców chromosomów. Skracają się one przy każdym podziale komórki. Uważa się, że to skracanie telomerów prowadzi do uszkodzenia komórki, a tym samym utrudnia prawidłowy jej podział.

**3. Teoria ograniczonej liczby podziałów komórki.** Okazuje się, że komórka ludzka może dzielić się około 50 razy, po czym umiera. Im starszy organizm, tym mniejsza zdolność podziałów komórek.

Wykazano też, że odżywianie wpływa na możliwości podziałów komórki. „Przekarmione” komórki dzielą się szybciej i żyją krócej niż „niedożywione”. Wskazują rów-

nież na to doświadczenia przeprowadzane na zwierzętach, u których restrykcje kaloryczne znacząco przedłużyły im życie.

## **Teorie neuroendokrynne i zapalne**

Teorie te oparte są na wiedzy dotyczącej hormonów i ich wzajemnych powiązań. Główne centrum „hormonalnego” dowodzenia znajduje się w mózgu. Jest nim podwzgórze, które wydzielając szereg substancji, zawiaduje, poprzez przysadkę mózgową, innymi gruczołami dokrewnymi. Z biegiem lat, kiedy stajemy się starsi, podwzgórze traci stopniowo swoją precyzję, a znajdujące się na jego komórkach receptory wychytujące poszczególne hormony są mniej wrażliwe. Jednocześnie wydzielanie hormonów zmienia się z wiekiem, u starszych osób obserwowano zwiększone stężenia kortyzolu oraz czynników prozapalnych, które mogą z kolei wpływać destrukcyjnie na komórki, tkanki i narządy. Stan zapalny jest złożoną reakcją organizmu na fizjologiczne i nefizjologiczne stresory. Końcowym etapem reakcji zapalnej jest uszkodzenie i śmierć komórek. Podczas długotrwałego stresu dochodzi do aktywacji makrofagów i limfocytów (elementy morfologiczne krwi). Jeśli w podeszłym wieku mechanizmy kontrolowania stresu zawodzą i dochodzi do nadmiernej produkcji niektórych czynników zapalnych i niedostatecznej innych, może to przesądzić o niekorzystnym przebiegu procesu starzenia się. Oprócz powiązań stanu zapalnego z wiekiem, wykazano, że stężenia czynników zapalnych (cytokin prozapalnych takich jak interleukina-2, interleukina-6, TNF- $\alpha$ ) oraz kortyzolu produkowanego przez nadnercza są znamienne statystycznie wyższe u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, mająceniem oraz depresją, w porównaniu do osób bez tych obciążeń.



Jednocześnie wszystkie z powyższych zaburzeń są częste u seniorów, a podeszły wiek jest silnym czynnikiem ryzyka wystąpienia majaczenia oraz zaburzeń poznawczych (Kazmierski, Banys, Latek, Bourke, Jaszewski 2014, s. 845–855).

## **Teoria wolnych rodników**

Wolny rodnik to cząsteczka posiadająca wolny elektron. Może on wpływać na inne cząsteczki, niszczyć je i przekształcać również w wolne rodniki. Wolne rodniki produkowane są jako wynik naturalnych procesów zachodzących w naszym organizmie, ale wiele czynników może wpływać na przyspieszenie ich powstawania. Są to między innymi nieprawidłowa dieta, papierosy i alkohol. Wolne rodniki uszkadzają wiele struktur komórkowych, prowadząc do dysfunkcji komórek. „Wymiatacze” wolnych rodników, częściej nazywane antyoksydantami, powodują przekształcanie się wolnych rodników w normalne cząsteczki, stąd uważa się, że mają działanie „odmładzające”. Antyoksydantami są znane powszechnie witaminy C, E, beta-karoten, jak również melatonina.

## **Teoria błonowa**

Z biegiem lat błony komórkowe w naszym organizmie posiadają coraz mniej tłuszczów i wody, stają się coraz bardziej „zbite”. Wpływa to na pogarszanie się pełnionych przez nie funkcji, głównie dotyczących transportu szeregu substancji. W ten sposób dochodzi do gromadzenia się w komórce toksyn.

Jedną z nich jest lipofuscyna, której z biegiem lat jest coraz więcej w mózgu, sercu i w skórze. Dowiedziono mię-

dzy innymi, że pacjenci z chorobą Alzheimera mają znacznie wyższe poziomy lipofuscyny w porównaniu z ludźmi zdrowymi.

## **Teoria mitochondrialna**

Mitochondria są strukturami wewnątrzkomórkowymi (organellami) produkującymi energię dla całego naszego organizmu. Ich podstawowym produktem energetycznym jest cząsteczka o nazwie adenozynotrójfosforan (ATP). ATP pozwala nam żyć, ponieważ każda chwila naszej aktywności wymaga dostarczenia właśnie energii z tej cząsteczki. Wraz z wiekiem mitochondria stają się mniej efektywne, ich liczba zmniejsza się, a z tym związany jest spadek wytwarzania ATP.

Przedstawione powyżej teorie związane są z biologią i geriatrią. Inne dziedziny nauk również zajmują się badaniem zjawiska starzenia się i tworzeniem swoich teorii. Wszyscy pragniemy znać przyczyny tego procesu, by móc sobie z nim coraz lepiej radzić i podnosić jakość naszego życia.



# Era ludzi starszych – demografia i prawo

**Bogusława Urbaniak**

Po raz pierwszy w historii ludzkości mamy do czynienia z erą ludzi starszych – jest ich coraz więcej i żyją coraz dłużej. Jesteśmy świadkami potężnych zmian demograficznych na całym świecie, których wyrazem jest ogromny wzrost liczby ludzi starszych w wieku 60 lat i więcej z 841 mln w 2013 r. do przewidywanych 2 mld w 2050 r. Liczba ludzi, którzy osiągnęli 65 rok życia, po raz pierwszy w historii ludzkości przekroczy liczbę dzieci poniżej 5 lat w 2047 r. Mówimy o starzeniu się ludności, czyli o zwiększaniu odsetka osób starszych w całym społeczeństwie przy jednoczesnym zmniejszaniu się odsetka dzieci.

W ciągu 100 lat (1950–2050) ludność świata powiększy się 3,7 razy, lecz populacja w wieku 60 lat i więcej prawdopodobnie aż 10-krotnie, a liczebność 80-latków wzrośnie 26 razy. Proces ten nazywamy podwójnym starzeniem się, jego miarą jest nie tylko rosnąca liczba osób starszych, ale także wysoki udział wśród nich tej grupy, która ma 80 lat i więcej. Beneficjentami zmian demograficznych są ludzie

najstarsi, gdyż coraz więcej z nich dożywa swoich stuletnich urodzin. Liczba osób w Polsce w wieku 80 i więcej lat wzrosła z 1,5 mln w 2013 r. do 3,5 mln w 2050 r. Społeczność stulatników – jak wskazują prognozy GUS – wzrosła ponad 3-krotnie do 14,7 tys. w 2035 r. (w 1970 r. naliczono ich zaledwie 330). Tak naprawdę nie wiemy, ilu mamy stulatników w Polsce – różne są oceny ich liczby od 3437 (ostatni spis z 2011 r.), do 3320 otrzymujących tzw. świadczynie honorowe dla tych, którzy ukończyli 100 lat, po 4456 stulatników odnotowanych w bazie PESEL (Henzler 2014).

Ludzie żyją dłużej niż dawniej, starzejąca się populacja odgrywa coraz większą rolę w społeczeństwach na świecie zarówno jako konsumenci, jak i aktywnie zaangażowani w życie społecznym i gospodarczym. Wraz z wiekiem nasilają się jednak procesy inwolucyjne, które stawiają przed młodszymi pokoleniami zadania zapewnienia opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej starzejącym się pokoleniom. Wraz z narastającą liczbą osób starszych w społeczeństwie będzie musiała zmienić się optyka spraw związanych z zapewnieniem ludziom starszym warunków godnego spędzenia wydłużających się lat życia, o ile można w ich własnych domach.

## **Mierzenie poziomu starzenia się społeczeństwa**

Miara, która ilustruje poziom zaawansowania procesów starzenia się społeczeństwa na danym terytorium, jest mediana wieku, inaczej wiek środkowy ludności. Jest to liczba lat, której nie osiągnęła połowa społeczeństwa, a druga połowa już ją przekroczyła. O ile w latach 1965–1980 ten poziom wieku był dość stabilny, a jego poziom świadczył o młodości polskiego społeczeństwa (wynosił od 27,5 do 29,4 lat), to w kolejnych latach nastąpiło przyspieszenie, a prognozy do 2050 r. ukazują wręcz sytuację

dramatyczną – o ile w 2013 r. mediana wieku dla Polski wynosiła 38,6 lat, to przewiduje się, że w 2035 r. wyniesie 48,1 lat, a w 2050 r. aż 52 lata, w przypadku kobiet nawet 54,3 lat (GUS 2014a, s. 338). Na tym tle sytuacja w woj. łódzkimi (tab. 1) przedstawia się niekorzystnie, świadcząc o zaawansowanych procesach starzenia się ludności, zarówno mężczyzn jak i kobiet. Wysoka oczekiwana wartość mediany wieku w woj. łódzkim w nadchodzących latach wskazuje na nasilenie procesów starzenia się ludności.

**TABELA 1.** WIEK ŚRODKOWY\* KOBIET I MĘŻCZYŹN W WOJ. ŁÓDZKIM W ŁODZI W LATACH 2005 I 2014 R. ORAZ PROGNOZA DLA LAT 2035 I 2050

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>2005</b>	<b>2014</b>	<b>2035</b>	<b>2050</b>
woj. łódzkie				
Ludność ogółem	39,3	41,3	49,4	53,4
Mężczyźni	36,5	39,0	46,9	50,4
Kobiety	42,1	43,9	51,6	56,2
Łódź				
Ludność ogółem	43,1	44,0	50,9	55,3
Mężczyźni	39,0	40,4	48,2	51,8
Kobiety	46,3	48,0	53,4	58,3

\* Jeśli wartość wieku środkowego rośnie, to oznacza, że dana zbiorowość starzeje się, natomiast jeśli wartość wieku środkowego zmniejsza się, to świadczy o odmładzaniu się danej społeczności.

Źródło: *Rocznik statystyczny województwa łódzkiego (2015)*, s. 98; *GUS (2014a)*, s. 338 oraz dane z zasobu <http://lodz.stat.gov.pl> (15.01.2016).

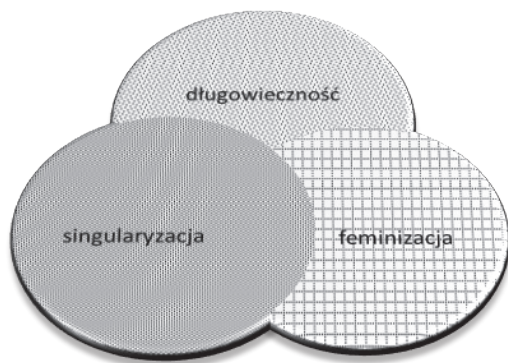
Kolejną miarą świadczącą o wydłużaniu się życia ludzkiego i wynikającym stąd starzeniu się populacji jest rosnąca przeciętna liczba lat (oczekiwanego) dalszego trwania życia, które ma przed sobą osoba w danym wieku w danym okresie kalendarzowym. Osoba urodzona w Polsce w 1950 r. miała przed sobą 61,7 lat życia, jeśli była kobietą i 56,1 lat – mężczyzną (różnica na niekorzyść mężczyzn wynosiła 5,6 lat). Sytuacja diametralnie się poprawiła w ciągu minionych lat i noworodek płci żeńskiej urodzony w 2014 r. będzie miał przed sobą prawdopodobnie aż o 20 lat dłuższe życie niż ten, który pojawił się na świecie w 1950 r. Dziewczynka urodzona w 2014 r. dożyje prawdopodobnie do 81,6 lat, jeśli to chłopiec, to jego szanse na dłuższe życie będą nieco mniejsze niż u dziewczynki i prawdopodobnie dożyje on do 73,8 lat (różnica na niekorzyść mężczyzn zwiększy się w porównaniu do 1950 r. i wyniesie 7,8 lat). Dla społeczności zamieszkującej woj. łódzkie prognozy przeciętnego dalszego trwania życia są mniej korzystne niż dla urodzonych w 2014 r. w kraju, gdyż w przypadku dziewczynki być może dożyje ona 80,8 lat (o 0,8 lat mniej niż w przypadku hipotetycznej dziewczynki w kraju), a w przypadku chłopca – do 71,7 lat, niestety o 2,1 lat krócej niż urodzony w kraju.

Także osoby starsze mają przed sobą coraz lepsze perspektywy odnośnie do liczby kolejnych lat do przeżycia po 65 roku. Tylko w ciągu ostatnich 10 lat (2004–2013) dalsze trwanie życia 65-latków wydłużyło się – u starszych kobiet mieszkających w Unii Europejskiej przeciętnie o 1,4 roku. W związku z czym przeciętna mieszkanka UE w wieku 65 lat ma przed sobą jeszcze 21,3 lat życia, a mężczyzna – 18 lat. W Polsce sytuacja wygląda podobnie, gdyż kobiety 65-letnie mają przed sobą jeszcze 19,9 lat życia, zaś mężczyźni – 15,5 lat. Niestety, tych lat w zdrowiu będzie zdecydowanie mniej – tylko 7,8 lat w przypadku polskich kobiet (niecałe 40% ich życia

w starszym wieku) i 7,2 lat u polskich mężczyzn (blisko połowa lat ich dalszego życia), ale i w tym zakresie następuje niewielka i powolna poprawa. Wydłużające się życie po 65 roku w większości przypadków będzie jednak wiązało się z różnymi dolegliwościami, co zmusza do podjęcia działań przygotowawczych.

## Zróznicowany obraz starzenia się ludności

Obserwowane tendencje demograficzne, pokazują, że wśród starzejącej się populacji większość to kobiety, bo one żyją dłużej od mężczyzn. Konsekwencją tego jest ich samotna starość, życie w pojedynkę. Starość przedstawiana jest więc coraz częściej w postaci wizerunku samotnej kobiety dożywającej późnych lat życia. Trzy najważniejsze wymiary starości to długowieczność, feminizacja i singularyzacja, czyli przewaga gospodarstw jednoosobowych, w których będą gospodarować na ogół samotne, dość długo żyjące kobiety (ryc. 1).



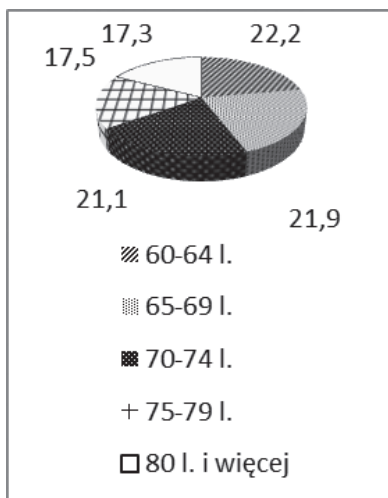
**RYC. 1.** TRZY WYMIARY STARZENIA SIĘ WSPÓŁCZESNYCH SPOŁECZEŃSTW

*Źródło: opracowanie własne.*



Polskie społeczeństwo starzeje się, ale procesy te przebiegają nierównomiernie na terenie kraju – są więc województwa demograficznie młodsze i starsze. W połowie 2015 r. co czwarty mieszkaniec województwa łódzkiego miał co najmniej 60 lat, zaledwie 9 lat temu (w 2005 r.) tylko co piąty. Wśród 623,6 tys. osób w wieku 60 lat i więcej ponad 113 tys. to osoby, które zgodnie z ewidencją na dzień 30 czerwca 2015 r. 8 ukończyły co najmniej 80 lat (odsetek seniorów wśród starszej populacji wyniósł więc 18,1%, stanowiąc jednocześnie 4,5% ogółu mieszkańców województwa). Grupa 80-latków powiększyła się znacząco, bo aż o jedną trzecią w porównaniu z 2005 r., gdy było ich 85 tys. osób. O wiele bardziej dynamicznie, gdyż o blisko 73% wzrosła liczebność osób w wieku 60–64 lat. Oznacza to, że w kolejnych latach liczebność ta przesunie się w szeregi starszych grup ludności, istotnie zasilając liczebność seniorów (rys. 2). W woj. łódzkim mieszka ponad 50 tys. osób, które ukończyły 85 lat i więcej, wśród nich przeważają oczywiście kobiety stanowiące blisko trzy czwarte osób z tej grupy.

Województwo łódzkie wyróżnia się zaawansowanym przebiegiem starzenia się ludności i feminizacją zachodzących procesów. W tabeli 1 umieszczono ranking województw według stopnia zaawansowania procesów starzenia się ludności mierzonego odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej wśród ogółu mieszkańców. Pokazano w niej także, jaki odsetek stanowią najstarsi mieszkańcy, którzy ukończyli co najmniej 80 bądź 85 lat. Z zestawienia wynika, że choć woj. łódzkie zajmuje pierwsze miejsce spośród wszystkich województw pod względem odsetka mieszkańców w wieku 65 lat i więcej, wynoszącym 17,3% (średnio w kraju 15,5%), to jednak największy odsetek seniorów należących do najstarszych grup wieku zamieszkuje woj. podlaskie, świętokrzyskie i mazowieckie (2,1–2,2% stanowi ludność w wieku 85 lat i więcej), a dopiero na-



**RYC. 2.** STRUKTURA WIEKU OSÓB, KTÓRE UKOŃCZYŁY CO NAJMNIEJ 60 LAT WEDŁUG DANYCH NA KONIEC 2005 R. I 2014 R. W WOJ. ŁÓDZKIM

*Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika statystycznego województwa łódzkiego (2015), s. 97.*

stępnie łódzkie i lubelskie (w obu przypadkach 2%); we wszystkich województwach w grupie najstarszych seniorów mniej więcej na każde trzy kobiety przypada jeden mężczyzna, potwierdzając zauważoną powyżej tendencję feminizacji starości.

O ile wśród mieszkańców woj. łódzkiego w wieku 60–64 lat kobiety stanowiły prawie 55% (odpowiednio 45% mężczyźni) w połowie 2015 r., to w grupie seniorów, mających co najmniej 80 lat, kobiet było aż 71,5% (odpowiednio mężczyzn 28,5%) – rys. 3. Większość, bo od 63% do blisko 70% osób z woj. łódzkiego po 60 roku życia, mieszka w miastach.

**TABELA 2.** POZIOM ZAAWANSOWANIA PROCESÓW STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTW WG WOJEWÓDZTWA NA PODSTAWIE ODSETKA OSÓB STARSZYCH I NAJSTARSZYCH WSRÓD OGÓŁU MIESZKAŃCÓW W POŁOWIE 2015 ROKU

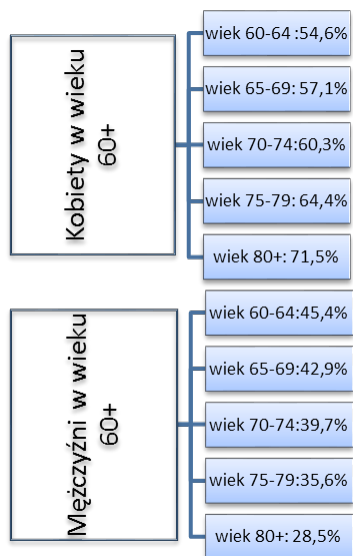
Kraj województwo	Udział % wśród ogółu ludności osób w wieku		Ludność w wieku 85 lat i więcej		Struktura według płci ludności w wieku 85 lat i więcej w %	
	65 lat i więcej	80 lat i więcej	tys. osób	% ogółu ludności	meżczyźni	
					meżczyźni	kobiety
Polska	15,5	4,0	682,4	1,8	27	73
Łódzkie	17,3	4,5	50,6	2,0	25	75
Świętokrzyskie	16,9	4,6	26,2	2,1	27	73
Śląskie	16,3	3,8	72,6	1,6	27	73
Lubelskie	16,1	4,4	42,9	2,0	27	73
Opolskie	16,1	4,1	16,9	1,7	26	74
Mazowieckie	16,0	4,5	110,0	2,1	29	71
Podlaskie	15,9	4,7	25,8	2,2	29	71

Kraj województwo	Udział % wśród ogółu ludności osób w wieku		Ludność w wieku 85 lat i więcej		Struktura według płci ludności w wieku 85 lat i więcej w %	
	65 lat i więcej	80 lat i więcej	tys. osób	% ogółu ludności	mężczyźni	kobiety
Dolnośląskie	15,8	4,1	54,3	1,9	25	75
Małopolskie	15,1	4,0	58,4	1,7	28	72
Zachodniopomor- skie	15,0	3,7	27,8	1,6	25	75
Kujawsko-pomor- skie	15,0	3,7	34,0	1,6	26	74
Podkarpackie	14,7	3,9	36,3	1,7	28	72
Lubuskie	14,4	3,5	15,8	1,6	25	75
Wielkopolskie	14,3	3,4	52,5	1,5	27	73
Pomorskie	14,3	3,5	35,9	1,6	27	73
Warmińsko-ma- zurskie	13,7	3,5	22,4	1,6	25	75

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS, demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx (13.02.2016).

**RYC. 3.** STRUKTURA LUDNOŚCI WEDŁUG PŁCI W WIEKU 60 LAT I WIĘCEJ W WOJ. ŁÓDZKIM NA KONIEC 2014 ROKU

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika statystyczne województwa łódzkiego (2015), s. 97.



Z prognoz dla całego kraju wynika, że w 2050 r. Polska stanie się jednym z krajów w Europie o najbardziej zaawansowanych procesach starzenia się ludności, o czym świadczy zarówno wiek środkowy (49,5 lat), jak i wysoki udział ludności w wieku 65 lat i więcej wśród ogółu mieszkańców naszego kraju (30,2%). Łódzkie należy do województw (obok świętokrzyskiego, śląskiego, lubelskiego), w których obserwujemy znaczące niekorzystne zmiany demograficzne, których wyrazem jest postępujące starzenie się społeczeństwa. Procesy starzenia się demograficznego są charakterystyczne dla całej Europy i świata, lecz intensywności przewidywanych zmian w perspektywie do 2050 r. w odniesieniu do Polski zmieni jej pozycję z kraju względnie młodego demograficznie na kraj o kurczącej się liczebnie populacji (spadek prawie o 10% w stosunku do liczby z 2013 r.) i postępującym starzeniem się – ze względu na wysokość mediany wieku Polska znajdzie się wśród pięciu krajów Unii Europejskiej wyróżniających się naj-

wyższą jej wartością, a ze względu na wysoki udział osób w wieku 65 lat i więcej w ludności ogółem – na siódmej miejscu wśród 28 krajów członkowskich Unii Europejskiej (GUS, *Prognoza ludności...*, s. 167).

## Prawa ustawowe osób starszych

Każdy obywatel naszego kraju, zgodnie z zapisem w *Konstytucji RP* z 1997 r., ma prawa i wolności, których podstawą jest „przyrodzona i niezbywalna godność człowieka”, która jest „nienaruszalna, a poszanowanie jej i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych” (art. 30). To ujęcie odnosi się również do praw i wolności zawartych w *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności* (zwanej w skrócie *Europejską konwencją praw człowieka*), którą Polska ratyfikowała 19 stycznia 1993 r. (kolejne protokoły sukcesywnie w następnych latach, ostatni w 2002 r.). Konwencja uprawnia do wniesienia w uzasadnionych przypadkach skargi przez jednostkę, grupę jednostek lub organizację pozarządową do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przy Radzie Europy w Strasbourgu.

Prawa starszej osoby wynikają z wolności i praw człowieka i obywatela. Na ich straży, w tym także realizacji zasady równego traktowania, stoi Rzecznik Praw Obywatelskich (infolinia obywatelska: 800 676 676). W ramach jego instytucji działa Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych.

Zasada równego traktowania wymaga, aby nikt „ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, **wiek** lub orientację seksualną nie był traktowany mniej korzystnie niż jest, była lub byłaby traktowana inna osoba w porównywalnej sytuacji”. Z tego zapisu wynika,

że osoba starsza nie może być gorzej traktowana niż inni w podobnej sytuacji tylko z tego względu, że jest w zaawansowanym wieku. Jeśli z taką sytuacją spotkałaby się, wówczas ma prawo zwrócić się o pomoc do Rzecznika Praw Obywatelskich (wniosek w sprawie można złożyć internetowo, ustnie lub pisemnie), który działa także przez swoich pełnomocników terenowych w Gdańsku, Katowicach, Wrocławiu oraz punkty przyjęć interesantów w Bydgoszczy, Częstochowie, Lublinie. W przypadku naruszenia przysługujących praw pomocny może być Rzecznik Praw Pacjenta czy Helsińska Fundacja Praw Człowieka.

W przypadku osób starszych istotne znaczenie nabierają takie prawa, jak:

- prawo do zabezpieczenia społecznego, w tym pomocy społecznej;
- prawo do opieki zdrowotnej;
- prawo zakazujące tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, domu i korespondencji.

## **Prawo do godności osobistej**

W 2014 r. Komitet Ministrów Rady Europy zwrócił się do państw członkowskich w sprawie promocji i przestrzegania praw osób starszych w ustawodawstwie krajowym, jak i w praktykach dotyczących osób starszych, a także dokonywania oceny efektywności przedsięwziętych środków (*Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych*). Przypomina się, że ochrona godności osób starszych powinna zostać zagwarantowana we wszelkich

okolicznościach, także w przypadku zaburzeń umysłowych, niepełnosprawności, choroby i stanów terminalnych. Istotną wagę przywiązuje się do takich wartości, jak: autonomia i uczestnictwo osób starszych, co oznacza że mają one prawo do kierowania swoim życiem w sposób niezależny, samodzielny i autonomiczny. Tak więc mają możliwość podejmowania niezależnych decyzji we wszystkich sprawach, które ich dotyczą, w tym związanych z własnością, przychodem, finansami, miejscem pobytu, zdrowiem, leczeniem lub opieką, jak również przygotowaniem uroczystości pogrzebowych (art. III.9).

Kolejna kwestia, na którą zwraca się uwagę, dotyczy zagwarantowania przez państwo ochrony osób starszych przed przemocą, nadużyciami oraz umyślnym lub nieumyślnym zaniedbaniem. Należy przyjąć adekwatne środki, zmierzające do zwiększenia świadomości wśród personelu medycznego, pracowników socjalnych, nieformalnych opiekunów i innych osób, które świadczą usługi na rzecz osoby starszej, w celu wykrywania aktów przemocy i nadużyć we wszelkich formach (art. IV).

## **Prawo do opieki**

Każda starsza osoba ma prawo do opieki, tak aby umożliwić jej pozostanie w swoim domu tak długo jak to tylko możliwe. Przede wszystkim należy podjąć działania prewencyjne, aby utrzymać i poprawić stan zdrowia i samopoczucia osób starszych. W sytuacjach tego wymagających osoby starsze powinny mieć zapewnioną odpowiednią opiekę medyczną oraz wyspecjalizowaną opiekę długoterminową. Podkreśla się, że osoby starsze powinny otrzymywać opiekę medyczną tylko po uzyskaniu ich wolnej i świadomej zgody, którą mogą wycofać w każdym momencie (art. V.35). W przypadkach, gdy osoby starsze nie



mogą lub nie chcą już zamieszkiwać w swoich domach, powinny mieć zapewniony dostęp do opieki instytucjonalnej. Co do zasady, powinny podlegać opiece zinstytucjonalizowanej, psychiatrycznej i być umieszczane w domach opieki tylko po wyrażeniu swojej wolnej i świadomej zgody. Jeśli osoby starsze cierpią na choroby zagrażające lub skracające czas życia, powinny mieć możliwość skorzystania z opieki paliatywnej, tak aby zapewnić im komfort i godną śmierć (art. V.44).

## **Prawo do pomocy społecznej**

Każda starsza osoba bądź rodzina, która znalazła się w trudnej sytuacji życiowej i nie może samodzielnie jej pokonać, ma prawo do pomocy społecznej. Dotyczy to takich sytuacji, jak np. trudna sytuacja materialna, długotrwała, ciężka choroba, nieporadność, która skutkuje brakiem posiłków, dachu nad głową. Pomoc społeczna powinna umożliwić życie w warunkach odpowiadających godności człowieka, tym, którzy sami bądź przy pomocy rodziny nie potrafią zadbać o siebie. Powodem, dla którego osoby starsze mogą skorzystać z pomocy społecznej, jest: ubóstwo, bezdomność, niepełnosprawność, długa lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego, trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm oraz zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa. Osoby starsze mają prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (zasilek stały, okresowy), np. jeśli samotnie gospodarują, a ich dochód nie przekracza kwoty tzw. kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (aktualnie wynosi 634 zł).

Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą

być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia – jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Jeśli osoba wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, i nie można jej zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, wówczas przysługuje jej prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej odpowiedniego typu. Zgodę na umieszczenie w domu pomocy społecznej powinna wyrazić zainteresowana osoba lub jej przedstawiciel ustawowy. Gdy osoba starsza ze względu na swój stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki medycznej, wówczas kierowana jest do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego.

W celu uzyskania świadczenia z pomocy społecznej osoba zainteresowana lub jej przedstawiciel ustawowy, albo inna osoba za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego powinna złożyć wniosek – pisemnie lub ustnie, np. drogą telefoniczną do ośrodka pomocy społecznej. Następnie pracownik socjalny po przyjęciu sygnału o problemie i zapoznaniu się z sytuacją (wywiad środowiskowy) powinien zaproponować najkorzystniejsze formy świadczeń i doprowadzić do ich uzyskania. W każdej gminie w Polsce istnieje ośrodek pomocy społecznej, gdzie można uzyskać indywidualną pomoc. Są to jednostki organizacyjne, które realizują zadania pomocy społecznej w gminach, natomiast w powiatach zadania te wykonują powiatowe centra pomocy rodzinie. W miastach na prawach powiatu zadania powiatowych centrów pomocy rodzinie realizują miejskie ośrodki pomocy społecznej (MOPS). Z takim ośrodkiem mamy do czynienia w Łodzi, który tworzy warunki organizacyjne funkcjonowania pomocy społecznej w mieście, zaspokaja

niezbędne potrzeby życiowe osób i rodzin poprzez świadczenie usług oraz przyznawanie i wypłacanie świadczeń przewidzianych przepisami o pomocy społecznej. MOPS działa poprzez wydziały pracy środowiskowej; w ich skład wchodzi w Łodzi od sześciu do dziesięciu punktów pracy środowiskowej (zależnie od lokalizacji trzech wydziałów), domy dziennego pobytu, świetlice środowiskowe, schronisko dla bezdomnych kobiet. Zadania pomocy społecznej w województwach samorządowych wykonują regionalne ośrodki polityki społecznej.

O pomoc można zwrócić się do powiatowego centrum pomocy rodzinie. Jest to jednostka organizacyjna do realizacji zadań pomocy społecznej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W Łodzi istnieje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, które jest jednostką organizacyjną powiatu łódzkiego wschodniego, powołaną w 1999 r. Jeśli zachodzi nagła potrzeba, np. w przypadku przemocy domowej wobec osoby starszej, można zwrócić się o pomoc do Ośrodka Interwencji Kryzysowej, który np. w Łodzi mieści się na ul. Piotrkowskiej 102 i działa całodobowo (tel. 42 630-11-02).

## **Ageizm – dyskryminacja ludzi starszych**

Osoby starsze mogą spotkać się w codziennym życiu – w sklepach, szpitalach, domach opieki itd. z przejawami ageizm'u (wymawiać –ejdżizm'u), który wynika z nierównego traktowania ludzi z powodu ich wieku. Dyskryminacja ludzi starszych wyrasta na gruncie uprzedzeń i stereotypów, generalizowania obrazu ludzi starszych jako nieatrakcyjnych, kłótliwych, pasożytujących na pomocy medycznej itd. Wyraża się w języku, dowcipach i zwyczajach. Upowszechnianie takiego wizerunku ludzi starszych wywołuje chęć ich izolacji, ograniczania dostępu do dóbr

bądź usług i ogólnie ujmując marginalizowania ich w życiu społecznym. Z wszelkimi przejawami ageizm'u należy walczyć, nie dopuszczać do sytuacji przedstawiających ludzi starszych tendencyjnie. Niedopuszczalne jest także infantylizowanie zwrotów używanych w stosunku do osób starszych, użycie w kontaktach z nimi wyrażen nacechowanych protekcjonizmem, np. przez personel medyczny, opiekunów (*jak się dziś czuje nasza babcia?*), a także posługiwanie się określeniami, np. w mediach jednoznacznie kategoryzującymi osoby jako sędziwe, np. wypadkowi na przejściu dla pieszych uległa 60-letnia staruszka.



# Literatura

- Brzezińska A.I. (red.,) (2005), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Wydawnictwo GWP, Gdańsk.
- Brzezińska A.I., Wilowska J.A. (2010), *Starość w kontekście psychologii pozytywnej*, [w:] Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), *Pomyślna starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Poznań, s. 45–55.
- Carter L., Minirth F. (2015), *Gniew. Jak nad nim zapanaować?*, Wydawnictwo Koinonia, Ustroń.
- Cavallier F.J.P. (2001), *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 2001.
- Chlewiński Z. (2000), *Pamiętam swoją datę urodzenia*, „Charaktery” 10.
- Dodziuk A. (2007), *Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby*, Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- Domańska A. (2007), *Nie jesteś taka mała*, „Sens. Poradnik Psychologiczny” 2.
- Dubas E. (2004), *Starość w perspektywie rozwoju, duchowości i edukacji. Geragogiczny przyczynek do refleksji nad starością i starzeniem się człowieka*, [w:] Wesołowska E.A. (red.), *Człowiek i edukacja*, Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock.
- Dubas E. (2012), *Sztuka starzenia się – uczenie się starości. Kontekst andragogiczny*, [w:] Dubas E.,

- Wąsiński A. (red.), *Edukacyjna przestrzeń starości. Wybrane konteksty refleksji i badań*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej” 1.
- Dubas E. (2013), *Starość znana i nieznaną – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny”.
- Dunajska A. (2006), *Wolontariat w praktyce*, Warszawa.
- Ekman P. (2012), *Emocje ujawnione*, Wydawnictwo Helion (Sensus), Gliwice.
- Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A. (2015), *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Fjell A.M., McEvoy L., Holland D, Dale A.M., Walhovd K.B. (2014), *Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative. What is normal in normal aging? Effects of aging, amyloid and Alzheimer’s disease on the cerebral cortex and the hippocampus*, „Progress in Neurobiology” 117, s. 20–40.
- Ferrero B. (2005), *Kółka na wodzie. Krótkie opowiadania dla ducha*, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa.
- Goldberg E. (2014), *Jak umysł rośnie w siłę, gdy mózg się starzeje*, PWN. Warszawa.
- Gorzowska A., Opala G. (2010), *Rehabilitacja w wieku podeszłym*, „Borgis – Postępy Nauk Medycznych” 6, s. 492–498.
- GUS, dane dostępne w systemie bazy internetowej.
- GUS (2014a), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa.
- GUS (2014b), *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa, listopad.
- Herbert M. (2005), *Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Henzler M. (2014), *Wcześniej urodzeni*, Polityka Cyfrowa, 24 czerwca, <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/>

- spoleczenstwo/1583799,1,coraz-wiecej-polskich-stu-  
latkow.read (4.01.2016).
- Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E., Samborski W.  
(2013), *Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych*,  
„Nowiny Lekarskie” 82(1), s. 89–96.
- Janiszewska-Rain J. (2005), *Okres późnej dorosłości. Jak  
rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?*, [w:]  
Brzezińska A.I. (red.), *Psychologiczne portrety człowie-  
ka*, Wydawnictwo GWP, Gdańsk.
- Josefsson M., de Luna X., Pudas S., Nilsson L.G., Ny-  
berg L. (2012), *Genetic and lifestyle predictors of 15-  
year longitudinal change in episodic memory*, „Journal  
American Geriatrics Society” 60, s. 2308–2312.
- Kazmierski J., Banys A., Latek J., Bourke J., Jaszewski R.  
(2014), *Raised IL-2 and TNF-a concentrations are asso-  
ciated with postoperative delirium in patients undergo-  
ing coronary-artery bypass graft surgery*, „International  
Psychogeriatrics” 26, s. 845–855.
- Keirse M. (2005), *Pożegnanie z matką*, Polwen – Polskie  
Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom.
- Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku  
Praw Obywatelskich (2012), *Prawa człowieka. Porad-  
nik dla osób starszych*, Biuro Rzecznika Praw Obywa-  
telskich, Warszawa.
- Kostka T. (2002), *Trening siłowy (oporowy) w promocji  
zdrowia i rehabilitacji*, „Polski Merkurusz Lekarski”  
13(78), s. 520–523.
- Kozierkiewicz A., Szczerbińska K. (red.), (2007), *Opieka  
długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz  
rozwiązania na przyszłość*, Wydawnictwo TerMedia,  
Poznań.
- Kozyra B. (2008), *Komunikacja bez barier*, MT Biznes,  
Warszawa.



- Krakowiak P. (2008), *Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie*, Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk.
- Kübler-Ross E., Kessler D. (2005), *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*, Scribner, New York.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2005), *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Leś E. (2001), *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Makula W. (2012), *Usprawnianie ruchowe seniorów. Wybrane zagadnienia profilaktyki gerontologii*, [www.pwsz-ns.edu.pl W\\_Makula\\_2012](http://www.pwsz-ns.edu.pl/W_Makula_2012) (13.02.2016).
- Metel S. (2003), *Wpływ Tai Chi oraz ćwiczeń sensomotorycznych na poprawę równowagi u osób w wieku geriatrycznym*, „Rehabilitacja Medyczna” 7 (3), s. 55–60.
- Mularska-Kucharek M., Wiktorowicz J. (2013), *Czy starszej generacji żyje się gorzej? Ocena subiektywnej jakości życia osób w wieku 50+*, [w:] Rusnak Z., Zmysłona B., *Jakość życia a zrównoważony rozwój*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 293, Wrocław.
- Olszewski H. (2003), *Starość i witaukt psychologiczny: atrybucja rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 roku* (2014), GUS, Warszawa.
- Posłuszny M., Lapina S. (2011), *Zapobieganie starzeniu się przez rekreację*, „Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu” 6, s. 9–16.
- Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych*, [www.msz.gov.pl/pl/polityka\\_zagraniczna/](http://www.msz.gov.pl/pl/polityka_zagraniczna/)

- europaeski\_trybunał\_praw\_człowieka/zalecenia\_km/  
%3FprintMode%3Dtrue+&cd=2&hl=pl&ct=clnk&gl=  
pl (10.01.2016).
- Rocznik statystyczny województwa łódzkiego (2015),  
Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź, <http://lodz.stat.gov.pl>  
(21.02.2016).
- Rosławski A., Skolimowski T. (2003), *Technika wykonania  
ćwiczeń leczniczych*, PZWL, Warszawa.
- Seneka (1961), *Listy moralne do Lucyliusza 12, 4*, tłum.  
W. Kornatowski, Biblioteka Klasyków Filozofii 65, War-  
szawa.
- Sierpowska I. (2007), *Ustawa o Pomocy Społecznej. Ko-  
mentarz*, Wolter Kluwer Polska, Warszawa, s. 249–  
250.
- Simon J. (2010), *Solution-focused practice in end-of-life &  
grief counseling*, Springer Publishing Company LLC,  
New York.
- Słownik języka polskiego PWN (2016), [http://sjp.pwn.pl/  
sjp/zaloba;2548006.html](http://sjp.pwn.pl/sjp/zaloba;2548006.html) (25.02.2016).
- Steuden S. (2011), *Psychologia starzenia się i starości*, Wy-  
dawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Szarota Z. (1998), *Wielofunkcyjna działalność domów po-  
mocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Nau-  
kowe WSP, Kraków.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M.  
(2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Wydawni-  
ctwo ASPRA-JR, Warszawa.
- Szukalski P. (2006), *Proces starzenia się ludności – przy-  
czyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Ko-  
cemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami geron-  
tologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk, s. 13–17.
- Szumlicz J. (1989), *Pomoc społeczna w badaniach empi-  
rycznych*, „Studia i Materiały IPiSS”, Warszawa.
- Timonen V. (2008), *Ageing Societies. A Comparative Intro-  
duction*, Open University Press, London.

- Tomaszewski W., Piątkowski P. (2015), *Maści, żele, kremy, spraye i pozostałe preparaty do stosowania zewnętrznego w chorobach i obrażeniach narządu ruchu*, Med-sport, Warszawa.
- Tosato M., Zamboni V., Ferrini A., Cesari M. (2007), *The aging process and potential interventions to extend life expectancy*, „Clinical Interventions Aging” 2, s. 401–412.
- Twardowska-Rajewska J., *Krótki program usprawniania seniorów w celu zminimalizowania zaburzeń równowagi. Doniesienie wstępne*, „Gerontologia Polska” 14 (1)/2006, s. 41–45.
- Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r.* (2004), Dz.U. 64, poz. 593, z późn. zm., rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 stycznia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pomocy społecznej* (2015), Dz.U. poz. 163.
- Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2014 r.* (2015), ZUS, Departament Statystyki, Warszawa, <http://www.zus.pl/> (20.02.2016).
- Woydyłło E. (2010), *Buty szczęścia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Zaorska Z. (1999), *Dodać życia do lat*, Wydawnictwo Klanza, Lublin.
- Zych A.A. (2007), *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Zych A.A. (red.), (2014), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*, Wydawnictwo Progres, Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza.
- Żak M. (2005), *Rehabilitacja osób po 80. roku życia z zaburzeniami czynności życia codziennego*, „Gerontologia Polska” 3(13), s. 200–205.

Żak M., Skalska A., Szczerbińska K. (2008), *Programy nauki samodzielnego podnoszenia się po upadku dla osób starszych – badanie randomiowane*, „Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja” 5(6), 10, s. 496–507.

## **Strony internetowe**

[http://sciaga.pl/tekst/47536-48-cwiczenia\\_gimnastyczne\\_dla\\_osob\\_w\\_starszym\\_wieku](http://sciaga.pl/tekst/47536-48-cwiczenia_gimnastyczne_dla_osob_w_starszym_wieku) (19.01.2016).

<http://www.dao.pl/cwiczenia/podstawy-tai-chi/>; <http://www.dao.pl/cwiczenia/podstawy-tai-chi/zhan-zhuang-stanie-jak-slup/> (19.01.2016).

<http://www.fecwis.org/blog/niecodzienne-opowiadania>.

<http://aleksandraholewa.com/blog/bajka-o-jablku/>.



# Noty o autorach i recenzentach

**Ewa Czernik**, absolwentka psychologii UŁ, certyfikowany psychoterapeuta w kierunku krótkoterminowym skoncentrowanym na rozwiązaniu, od 14 lat współpracuje z osobami starszymi w Domu Pomocy Społecznej, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, Poradni Zdrowia Psychicznego. Współpracuje z Uniwersytetami Trzeciego Wieku, prowadzi szkolenia dla pracowników Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Pomocy Społecznej. Jest przewodniczącą sekcji praktycznej Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

**Elżbieta Dubas**, dr hab. prof. nadzw. Uniwersytetu Łódzkiego, specjalista w zakresie wspierania procesów edukacji i rozwoju człowieka w okresie dorosłości i w wieku starszym, a w szczególności: wielowymiarowe uczenie się ludzi dorosłych, monoseologia pedagogiczna (samotność i osamotnienie), podejście biograficzne w badaniach an-

dragogicznych, edukacyjne i duchowe wsparcie człowieka starszego. Kierownik Zakładu Andragogiki i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, wiceprzewodnicząca Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, członek Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego, wiceprezes Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych.

**Jakub Kaźmierski**, dr hab. n. med., specjalista w dziedzinie psychiatrii, pracuje w Klinice Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego. Jest laureatem nagrody przyznanej przez Europejskie Towarzystwo Psychosomatyczne za najlepsze badanie poświęcone tematyce psychiatrii konsultacyjnej, członkiem Komisji Bioetycznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi oraz naukowcem zaangażowanym w realizację założeń projektu *Healthy Aging Research Centre* przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

**Joanna Kunert**, asystenta w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, od 10 lat prowadzi zajęcia ze studentami z gerostomatologii, przedmiotu, który szeroko zajmuje się profilaktyką i leczeniem stomatologicznym seniorów. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

**Monika Mularska-Kucharek**, dr socjologii, terapeuta, trener umiejętności psychospołecznych. Od wielu lat prowadzi warsztaty dla osób starszych z zakresu rozwoju kompetencji interpersonalnych oraz radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego. Autorka publikacji o kapitale społecznym, jakości życia, postawach przedsiębiorczych i jakości życia osób 50+.

**Krzysztof Pękala**, absolwent psychologii na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego, dr nauk o zdrowiu, psychoterapeuta w nurcie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu. Pracuje w Zakładzie Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jest psychologiem w Łódzkim Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych.

**Paweł Piątkowski**, dr nauk medycznych, specjalista fizjoterapii, pracownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralnego Szpitala Weteranów w Łodzi, wykładowca w Wyższej Szkole Informatyki i Umiejętności na kierunku fizjoterapia oraz w Wyższej Szkole Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi na kierunku kosmetologia, pracownik Zespołu Rehabilitacji Leczniczej Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi.

**Aleksandra Podębska**, absolwentka kulturoznawstwa na Uniwersytecie Łódzkim oraz zarządzania na Politechnice Łódzkiej. Prezes Stowarzyszenia Edukacyjno-Kulturalnego „Zachodnia”. Animator, menadżer kultury, pracownik Akademickiego Ośrodka Inicjatyw Artystycznych w Łodzi. Prowadzi m.in. zajęcia z zakresu filmoznawstwa w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

**Martyna Repetowska**, absolwentka Akademii Sztuk Pięknych w Łodzi. Instruktor artystyczny prowadzący zajęcia i warsztaty plastyczne dla dorosłych, seniorów, młodzieży i dzieci. Prowadzi pracownię artystyczną w Widzewskim Domu Kultury „Widok” oraz współpracuje z Akademickim Ośrodkiem Inicjatyw Artystycznych w zakresie realizacji zajęć dla grup seniorskich.



**Adam Rojek**, dr nauk medycznych, okulista, wieloletni pracownik łódzkiego Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, prowadzi prywatny gabinet w Łodzi.

**Zofia Szweda-Lewandowska**, dr nauk ekonomicznych, socjolog, specjalistka w dziedzinie gerontologii, pracownik naukowy Zakładu Demografii i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego. Uczestniczka Oxford Ageing Spring School (warsztaty dotyczące procesu starzenia) organizowanej przez Uniwersytet w Oxfordzie.

**Bogusława Urbaniak**, prof. dr hab. Uniwersytetu Łódzkiego, kierownik Katedry Pracy i Polityki Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego. Jest specjalistą w zakresie starzenia się społeczeństw, dialogu społecznego i edukacji ustawicznej. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

\*

**Beata Bugajska**, pracownik naukowy Uniwersytetu Szczecińskiego i honorowy członek Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Jest wiceprzewodniczącą szczecińskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i koordynatorką Szczecińskiego Humanistycznego Uniwersytetu Seniora. Otrzymała tytuł Szczecinianki Roku 2014 za wieloletnią pracę na rzecz seniorów.

**Monika Kamińska**, absolwentka filologii polskiej UŁ, pedagog, manager kultury, trenerka. Była ekspertką Ministra Edukacji Narodowej, dyrektorką Pałacu Młodzieży im. J. Tuwima, dyrektorką generalną firmy medycznej. Aktywnie działa na rzecz kultury i edukacji, a także na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych. Organizator-

ka Festiwalu Łódź Miastem Kobiet, konkursu Łódź Miastem Talentów. Pełnomocnik Prezydenta Miasta Łodzi ds. Równości. Ambasadorka Fundacji „Krwinka”, honorowa członkini Łódzkiego Kongresu Kobiet. Za pracę na rzecz dzieci i młodzieży uhonorowana wyjątkowym, przyznawanym przez Kapitułę Dziecięcą Medalem Serce Dziecku. Obecnie Dyrektorka Akademickiego Ośrodka Inicjatyw Artystycznych w Łodzi.

**Krystyna Mazurówna**, absolwentka warszawskiej Szkoły Baletowej w klasie Leona Wójcikowskiego, tancerka, choreografka i dziennikarka. Była solistką baletu Teatru Wielkiego w Warszawie. Występowała też w warszawskim Teatrze Syrena. Jej partnerami scenicznymi byli: Witold Gruca, Stanisław Szymański i Gerard Wilk. Od lat siedemdziesiątych mieszka w Paryżu. Tańczyła w spektaklu Josephiny Baker. Była choreografem w paryskim teatrze Élysées Montmartre. Jest felietonistką w nowojorskim tygodniku „Kurier Plus”. Była choreografką w telewizyjnym programie *You Can Dance – Po prostu tańcz* (TVN) oraz jurorką w programie *Got to Dance. Tylko taniec* (Polsat).