

ZESZYTY NAUKOWE
Wyższej Szkoły Nauk Społecznych
z siedzibą w Lublinie

Nr 1 (4)/2015

ZESZYTY NAUKOWE
Wyższej Szkoły Nauk Społecznych
z siedzibą w Lublinie

Nr 1 (4)/2015

Lublin 2015

Komitet redakcyjny

dr Marlena Matysek-Nawrocka

dr Maria Bernat

mgr Ewa Patyk

Redaktor wydania

dr Marlena Matysek-Nawrocka

Projekt okładki i opracowanie komputerowe publikacji

Marek Popielnicki

Wydawca:

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie

ul. Zamojska 47, 20-102 Lublin, tel. +48 81 531 85 56

www.wsns.lublin.pl

Lublin 2015

Zeszyty Naukowe WSNS

ISSN 2450-0550

Zamieszczane w Zeszytach Naukowych artykuły są recenzowane.

Artykuły opublikowane na podstawie oryginalnych tekstów dostarczonych przez autorów.

Druk i oprawa

C.P.H. „M&M”, cph@op.pl

SPIS TREŚCI

Urszula Tokarska	
<i>Pedagogizacja seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i w Klubach Seniorów w świetle badań</i>	7
Barbara Szczęsna-Dyńska	
<i>Problemy społeczne starzejącego się społeczeństwa na obszarach wiejskich oraz możliwości ich niwelowania za pomocą Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych (badania własne)</i>	26
Joanna Ślázak	
<i>Arteterapia jako sposób na poprawę jakości życia osób starzejących się</i>	48
Marcin Dyński	
<i>Niedostosowanie programu ośrodków sportowych oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe seniorów, jako czynniki prowadzące do rozwoju chorób cywilizacyjnych</i>	60
Monika Turska	
<i>Zmiany skórne związane z procesem starzenia się i działaniem promieni słonecznych</i>	72
Małgorzata Druś	
<i>Społecznie i medycznie trudny klient w domu pomocy społecznej dla osób starszych przewlekle somatycznie chorych</i>	80
Ewa Maria Łaskarzewska	
<i>(Nie)medialna starość? Wizerunek kobiet starzejących się prezentowany na łamach tygodnika „Wysokie Obcasy”</i>	92
Krzysztof Jurek	
<i>Ludzie starzy i starość w świetle wybranych badań opinii społecznej</i>	105
Waldemar Kosiba1, Magdalena B. Kaziuk	
<i>Zaburzenia równowagi ciała u osób starszych z nadciśnieniem tętniczym</i> ...	122

Martyna Babula	
<i>Wsparcie społeczne osób starszych</i>	129
Monika Adamczyk	
<i>Subiektywny i obiektywny wymiar starości i starzenia się</i>	138
Ewelina Dziaduch, Aleksandra Michalczyk, Agnieszka Budny, Marta Dziaduch, Natalia Ścirka	
<i>Substancje antykarcynogenne i antyoksydanty występujące naturalnie w produktach spożywczych – profilaktyka antynowotworowa</i>	154
Monika Turska	
<i>Najczęstsze choroby skóry występujące u osób w wieku podeszłym</i>	176
Monika Turska, Jolanta Parada-Turska	
<i>Skórne zespoły paranowotworowe u osób w wieku podeszłym</i>	188
Aleksandra Waszczuk, Natalia Ścirka, Aleksandra Skublewska, Agnieszka Budny, Andrzej Prystupa, Konrad Rejdak	
<i>Analiza kliniczno-demograficzna pacjentek zakwalifikowanych do terapii II rzutu stwardnienia rozsianego w Katedrze i Klinice Neurologii SPSK4 w Lublinie ...</i>	198
Aleksandra Skublewska, Rafał Ziemiński, Natalia Ścirka, Agnieszka Budny, Aleksandra Waszczuk, Andrzej Prystupa, Patrycja Lachowska-Kotowska, Beata Szczuka, Ewa Kurys-Denis, Grzegorz Dzida	
<i>Colitis ulcerosa – problemy diagnostyczno-terapeutyczne u kobiet</i>	214
Aleksandra Waszczuk, Aleksandra Skublewska, Natalia Ścirka, Agnieszka Budny, Rafał Ziemiński, Andrzej Prystupa, Patrycja Lachowska-Kotowska, Ewa Kurys-Denis, Grzegorz Dzida	
<i>Wodobrzusze jako pierwszy objaw rozsianego raka żołądka – opis przypadku 30-letniej kobiety</i>	226
Natalia Ścirka, Agnieszka Budny, Aleksandra Skublewska, Aleksandra Waszczuk, Rafał Ziemiński, Andrzej Prystupa, Grzegorz Dzida	
<i>Ukryty alkoholizm u pacjentki hospitalizowanej z powodu marskości wątroby ...</i>	241
<i>Publikacje Wyższej Szkoły Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie</i>	254

PEDAGOGIZACJA SENIORÓW
W UNIWERSYTECIE TRZECIEGO WIEKU
I W KLUBACH SENIORÓW W ŚWIECIE BADAŃ

URSZULA TOKARSKA

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie
Wydział Nauk Społecznych i Nauk Medycznych

STRESZCZENIE

Artykuł zajmuje się problemem „pedagogizacji seniorów” w Uniwersytetach Trzeciego Wieku i w Klubach Seniora. Współcześnie obserwuje się wzrost roli dziadków, a zwłaszcza babci w wychowanie wnuków. Przyczynia się do tego konsumpcyjny model życia, bezrobocie, pogoń za realizacją własnego szczęścia, poprzez karierę zawodową, zwłaszcza kobiet, co wpłynęło na przemiany współczesnej rodziny. Występuje zjawisko odejścia od modelu rodziny dwupokoleniowej, nuklearnej, na rzecz rodzin trójpokoleniowych i wielopokoleniowych.

WPROWADZENIE

Rola dziadków w wychowaniu wnuków jest bardzo ważna. Wprowadzają rodziców w rolę wychowawczą poprzez rady i umiejętności praktyczne wynikające z długoletniego doświadczenia. Przede wszystkim łączą one pokolenia, przekazują wiedzę historyczną na tle wydarzeń ważnych dla rodziny (drzewo genealogiczne, losy przodków). Kształtują u wnuków postawy patriotyczne. Wprowadzają w tradycje i kulturę ludową, wierzenia i obyczaje (zwyczaje i obrzędy świąteczne). Przekazywanie wiary i symboli religijnych, narodowych. Dziecko w kontakcie z dziadkami styka się z zagadnieniem

sensu życia, okresu starości, choroby, śmierci i odchodzenia osób najbliższych. Przyswaja również postawy opiekuńcze i prospołeczne.

Pedagogizacja dorosłych (rodziców i dziadków) jest to działalność zmierzająca do stałego wzbogacania posiadanej przez dorosłych potocznej wiedzy – pedagogicznej o elementy naukowej wiedzy o wychowaniu dzieci i młodzieży; dostarczanie wiadomości o celach, zadaniach, treściach, metodach, środkach i uwarunkowaniach procesu wychowania, zachodzącego w rodzinie przez elementy naukowej wiedzy pedagogicznej. [...] Celem pedagogizacji jest udzielanie pośredniej, a także bezpośredniej pomocy rodzicom i dziadkom w ich działalności wychowawczej. Poprzez różnorodne informacje, porady, a nawet interwencje. Pedagogizacja ma przyczyniać się do stałego podnoszenia stopnia refleksyjności dorosłych w ich działalności wychowawczej [19].

W związku z tym pojęciem zostaną przedstawione wyniki i wybrane aspekty badań własnych dotyczących aktualnego poziomu kultury pedagogicznej dziadków przed udziałem w pedagogizacji i po zajęciach w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora. W teoretycznej części artykułu omówiono dotychczasową problematykę pedagogizacji, a także definicję „kultury pedagogicznej” – wybranych autorów. Następnie w części metodologicznej badań ukazane zostaną hipotezy badawcze, metody i grupa badawcza. W części końcowej omówione będą wybrane elementy kultury pedagogicznej uważane za szczególnie ważne, świadomość wychowawcza roli babci i dziadka, a także umiejętność stosowania nagród i kar oraz wyprowadzone zostaną wnioski z przeprowadzonych badań.

Rodzina to podstawowe środowisko życia i wychowania człowieka, a rodzice są pierwszymi wychowawcami, dziadkowie nie mogą ich w pełni zastąpić w wychowaniu, ale mogą im służyć radą i doświadczeniem, a także pomocą. Zwykle posiadają oni wiedzę potoczną o wychowaniu, wyniesioną z własnego domu, z dzieciństwa. Jest ona jednak niewystarczająca, zwłaszcza w dzisiejszych czasach, kiedy dominuje konsumpcyjny model życia i bezrobocie [10].

Doprowadziło to do uprzedmiotowienia człowieka, zwłaszcza dziecka w rodzinie. Rodzice w pogoni za realizacją własnego szczęścia, nierzadko rezygnują z funkcji rodzicielskiej, zrzucając obowiązek wychowawczy na współmałżonka (żonę lub męża, babcię, a także na szkołę, rodzinę zastępczą, opiekuna prawnego, dom dziecka). Sprzyja to tworzeniu się patologii życia rodzinnego (konkubinat, rodziny rozbite, zrekonstruowane, bezrobotne, z czasową nieobecnością matki lub ojca, zjawisko Eurosieroctwa, zawieszenie roli rodzicielskiej zwłaszcza w rodzinach bezrobotnych i ubogich) [3, 11, 16, 18, 28].

Dlatego też niezbędna wydaje się specjalna praca jako pedagogizacja dorosłych nie tylko rodziców, ale też i dziadków, którzy we współczesnych czasach nie tylko wspie-

rają w roli wychowawczej rodziców lecz zdarza się nawet, że ich zastępują, stając się nawet opiekunami prawnymi dziecka poprzez Uniwersytet dla Rodziców, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Kluby Seniora. Jej zadaniem jest spowodować, aby dorośli (rodzice i dziadkowie) kierowali się w wychowaniu przede wszystkim wiedzą i umiejętnościami pedagogicznymi, a nie intuicją i tradycją. Tę potrzebę akcentują przeprowadzone badania nad poziomem kultury pedagogicznej dziadków przed przystąpieniem do pedagogizacji i po zajęciach w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora. Badania są adresowane do nauczycieli, wychowawców, pedagogów i psychologów, a także opiekunów, jak i duszpasterzy, a nade wszystko rodziców i dziadków, a więc do tych, którzy będą zajmować się nie tylko pedagogizacją dorosłych w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych i stowarzyszeniach, lecz także wychowywać dzieci w kręgu rodzinnym. Wszak sam P. Poręba [20], pisał: że znacznie łatwiej wychowywać, aniżeli leczyć.

TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ

Problem pedagogizacji pojawił się pod koniec lat sześćdziesiątych. Ukazały się wówczas pierwsze publikacje, dotyczące kultury pedagogicznej społeczeństwa (dorośli zarówno rodziców, dziadków i nauczycieli): Prof. P. Poręby z 1968 r. – Pedagogizacja rodziców [20], a także pierwsze badania nad jej poziomem na przełomie lat 70. i 80. XX w. z zakresu struktury, rzeczywistego stanu i upowszechniania w społeczeństwie wiedzy pedagogicznej w wychowaniu i rozwoju dzieci, były publikowane przez Prof. S. Kawulę [8], I. Jundziłł [12], J. Maciaszkową [13], K. Kotłowskiego [9], H. Cudaka [2, 3] i J. Wilka [27].

Do oddziaływań włączono także: Towarzystwo Wiedzy Powszechnej (TWP), szkoły, poradnie pedagogiczno – psychologiczne, różne organizacje osiedlowe i lokalne, poradnie rodzinne, Uniwersytety dla Seniorów, Uniwersytety Trzeciego Wieku, Kluby Seniora, Kościół, środki masowego przekazu, radio i telewizję. Pojawiło się wiele książek i broszur o tematyce wychowawczej w formie poradników, skierowanych do rodziców. Na przestrzeni czterdziestu lat powstało wiele programów upowszechniania kultury pedagogicznej [2, 3, 5].

Tworzono je w oparciu o potrzeby rodziców i dostosowywano do możliwości instytucji, zajmujących się tą działalnością. Niektóre programy były zbliżone tematycznie, inne różniły się zakresem poruszanych treści [6, 7], a jeszcze inne ze względu na ograniczone możliwości poruszały zaledwie kilka aspektów wychowawczych [12].

Wieloznaczność ogólnego pojęcia kultury powoduje, że powstało również wiele definicji kultury pedagogicznej. W literaturze poświęconej temu zagadnieniu daje się zaobserwować brak jednoznacznego rozumienia i posługiwania się przez badaczy tym pojęciem, S. Kawula [8] proponuje w tym miejscu termin „świadomości wychowawczej”. *Przez świadomość latentną rozumie się coś, co się ma na myśli, gdy się mówi o czyjejś wiedzy, jego opiniach, postawach, o jego świadomości moralnej, obywatelskiej itp.*

Zdaniem J. Maciaszkowej [13, 14, 15] *kultura pedagogiczna rodziców jest to szczególna zdolność do reagowania w sytuacjach wychowawczych zgodna z potrzebami dziecka, a określona przez wiedzę, system wartości, norm i sposobów zachowania się jednostki, jej świadomości, celów wychowawczych i umiejętne działanie wychowawcze.*

Zatem kultura pedagogiczna dorosłych (rodziców i dziadków) jest to szczególna zdolność do reagowania w sytuacjach wychowawczych w rodzinie obejmująca: zarówno wiedzę pedagogiczną dotyczącą znajomości potrzeb dziecka, celów i zasad wychowawczych, uwarunkowania i przebieg procesu wychowawczego w rodzinie, jak również umiejętności okazywania uczuć, stosunku wychowawczego i organizowania atmosfery wychowawczej domu rodzinnego, a także umiejętności organizowania warunków: zarówno kulturalnych, jak i materialnych, stosowania metod wychowawczych, nagród i kar, organizowania czasu wolnego i kształtowania tożsamości zawodowej w rodzinie [21, 22, 24, 25, 26].

W tak sformułowanej definicji i biorąc pod uwagę wymagania obecnych czasów można wyodrębnić następujące elementy kultury pedagogicznej:

1. Świadomość wychowawcza dorosłych (rodziców, dziadków).
2. Określona wiedza (element poznawczy w kulturze pedagogicznej):
 - a) znajomość potrzeb dziecka;
 - b) znajomość celów i zasad wychowania;
 - c) znajomość cech jakimi winien odznaczać się wychowawca;
 - d) znajomość trudności i zagrożeń rozwojowych.
3. Umiejętność nawiązywania stosunku wychowawczego (element emocjonalny w kulturze pedagogicznej):
 - a) stosunek uczuciowy dorosłych (rodziców, dziadków) do dziecka;
 - b) stosunek wychowawczy (pedagogiczny) do dziecka;
 - c) atmosfera wychowawcza.
4. Znajomość i umiejętność stosowania metod i środków wychowawczych (element behawioralny w kulturze pedagogicznej):
 - a) umiejętność stosowania metod;
 - b) umiejętność stosowania nagród i kar;

- c) umiejętność organizowania warunków wychowawczych w rodzinie;
- d) stosunek do nauki szkolnej i ich dalszego kształcenia;
- e) uznanie potrzeby doskonalenia wiedzy i umiejętności pedagogicznych [21, 22].

CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

Praca niniejsza ma charakter empiryczny i jest jeszcze jedną próbą odpowiedzi na pytanie: jakie treści, formy nauczania i metody pedagogizacji podnoszą kulturę pedagogiczną współczesnych dziadków (wiedzę i umiejętności wychowawcze)?

W celu rozwiązania niniejszego problemu sformułowano następujące hipotezy:

H1: Na obecny poziom kultury pedagogicznej przed zajęciami z pedagogizacji seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora wpływają uwarunkowania wewnątrzrodzinne takie jak: struktura rodziny, płeć, wiek dziadków, wykształcenie, pochodzenie społeczne, warunki materialne, praca zawodowa babci i matek, liczba członków rodziny, a także uwarunkowania zewnątrzrodzinne: środowisko zamieszkania, typ społeczno-zawodowy rodziny, współczesne przemiany (bezrobocie, rytm życia, brak czasu, dostęp do instytucji zajmujących się pedagogizacją dorosłych (rodziców i dziadków), konsumpcyjny model życia).

Zmienną zależną (wyjaśnianą) jest obecny stan kultury pedagogicznej dziadków (świadomość roli babci i dziadka, świadomość roli matki i ojca, znajomość potrzeb, celów i zasad wychowawczych, umiejętność stosunku wychowawczego w rodzinie, umiejętność stosowania nagrody i kary, metod wychowawczych, organizowanie czasu wolnego).

Natomiast zmienną niezależną (wyjaśniającą) są uwarunkowania wewnątrzrodzinne takie jak (wiek, płeć, struktura rodziny, wykształcenie dziadków, praca zawodowa babci i matki) i uwarunkowania zewnątrzrodzinne (miejsce zamieszkania, dostęp do instytucji zajmujących się pedagogizacją dorosłych – rodziców i dziadków, typ społeczno-zawodowy rodziny, itp.).

H2: Na obecny poziom kultury pedagogicznej współczesnych dziadków (wiedzę i umiejętności wychowawcze) wpływają pedagogizacja seniorów poprzez zajęcia Uniwersytetu Trzeciego Wieku i Klubach Seniora (podręcznik multimedialny „Pedagogizacja Seniorów” i Warsztaty umiejętności praktycznych).

Zmienną zależną (wyjaśnianą) jest poziom kultury pedagogicznej seniorów (dziadków) po przeprowadzeniu pedagogizacji (świadomość roli babci i dziadka, świadomość roli matki i ojca, wiedza dotycząca znajomości potrzeb, celów i zasad wychowawczych, umiejętność nawiązywania stosunku wychowawczego w rodzinie, umiejętność organi-

zowania warunków wychowawczych w rodzinie (metody, nagrody i kary), wychowanie seksualne.

Natomiast zmienną niezależną (wyjaśniającą) są treści zawarte w podręczniku multimedialnym „Pedagogizacja Seniorów” realizowane podczas warsztatów praktycznych z dziadkami w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora, 1) świadomość roli rodziny w wychowaniu, roli babci i dziadka, roli matki i roli ojca; 2) znajomość potrzeb dziecka; 3) znajomość temperamentu dziecka; 4) znajomość celów i zasad wychowawczych i cech dziadków-wychowawcy; 5) umiejętność nawiązywania stosunku uczuciowego, wychowawczego w rodzinie i atmosfery wychowawczej w rodzinie; 6) umiejętność stosowania metod wychowawczych; 7) umiejętność stosowania nagród i kar; 8) umiejętność organizowania warunków wychowawczych domu rodzinnego (materialne i kulturalne) i przydzielania stałych obowiązków na rzecz rodziny (wychowanie do pracy w rodzinie); 9) umiejętność organizowania czasu wolnego w rodzinie; 10) umiejętność organizowania nauki w domu rodzinnym; 11) wychowanie seksualne w rodzinie.

Podręcznik multimedialny (opracowany przez Urszulę Tokarską, 2007) – skierowany do rodziców pt.: „Uniwersytet dla Seniorów” „Uniwersytet dla Rodziców” i „Pedagogizacja Rodziców” – skierowana do seniorów, rodziców i nauczycieli, wychowawców, zajmujących się pedagogizacją, składa się z dwóch części: I Teoretycznej – wiedzy i II części zawierającej Warsztaty kształcące umiejętności praktyczne dorosłych (dziadków, rodziców i nauczycieli). Podręcznik zawiera 11 lekcji i dotyczy takich treści, jak:

- Lekcja 1. Rodzina jako podstawowe środowisko wychowawcze. Rola dziadków.
Rola babci. Rola dziadka. Rola rodziców. Rola matki. Rola ojca.
- Lekcja 2. Kultura pedagogiczna dorosłych (rodziców, dziadków) i jej elementy.
Pedagogizacja dorosłych (seniorów, rodziców).
Świadomość wychowawcza. Wiedza pedagogiczna dorosłych dotycząca potrzeb dziecka.
- Lekcja 3. Wiedza pedagogiczna dorosłych (seniorów i rodziców) dotycząca temperamentu.
- Lekcja 4. Znajomość celów i zasad wychowawczych. Cechy dorosłych (rodzica – wychowawcy, dziadków-wychowawcy)
- Lekcja 5. Umiejętność nawiązywania stosunku uczuciowego, wychowawczego i atmosfery wychowawczej domu rodzinnego.
- Lekcja 6. Znajomość i umiejętność stosowania metod i środków wychowawczych
- Lekcja 7. Znajomość i umiejętność stosowania nagród i kar.
- Lekcja 8. Umiejętność organizowania warunków wychowawczych w rodzinie.
Przydzielanie stałych obowiązków dziecku.

Lekcja 9. Organizowanie czasu wolnego dzieci i młodzieży.

Lekcja 10. Stosunek dorosłych (seniorów i rodziców) do nauki szkolnej.

Lekcja 11. Wychowanie seksualne dziecka w rodzinie.

Podręcznik multimedialny zawierał testy utrwalające wiedzę: Test zdań Niedokończonych, Test wyboru, Test Prawda i Fałsz, a także: Pracę domową, zalecane lektury, utrwalające wiedzę i Bibliografię pogłębiającą wiedzę z zakresu wychowania. Ponadto ma opracowaną szatę graficzną i animację niestandardową. (Kolory ciepłe: zielony, żółty, odcienie czerwieni, pomarańczy, brązy, róże symbolizują nagrody pedagogiczne, demokratyczną atmosferę domu rodzinnego, życzliwy stosunek do dziecka, a więc miłość, zainteresowanie. Natomiast czerni, agresywna czerwień, szarości – symbolizowały kary niepedagogiczne: fizyczne, bicie, zamykanie w pokoju, agresję, chłód, zimną atmosferę, odrzucenie). I tak np: „różowe serce z serduszkami” utrzymywało okazywanie zaufania, pochwałę, nagrodę. „Czarna przerośnięta, barczysta postać mężczyzny z pasem, w otwierających się drzwiach na tle agresywnej czerwieni” – symbolizowało te uczucia, które czuje dziecko podczas bicia, zamykania w pokoju, czyli kary niepedagogiczne – utrwalające wiedzę kojarzącą się z nerwicą, lękiem, aż po wywołanie fobii, agresji i samotności dziecka – aby utrwalić wiedzę i umiejętności pedagogiczne dorosłych (rodziców i seniorów) [17].

Podręcznik multimedialny był udostępniony na płycie CD i na Platformie online – tak, aby uczestnicy szkolenia mogli zadawać pytania wykładowcy, pogłębiające zainteresowania, a także mieli możliwość rozwiązywania testu wiedzy z pedagogizacji seniorów. Test zawierał 50 pytań zamkniętych – dotyczących świadomości roli babci i dziadka, roli matki i ojca, potrzeb, celów i zasad, umiejętności nawiązywania stosunku wychowawczego, organizowania warunków wychowawczych domu rodzinnego, metod wychowawczych, nagród i kar, organizowania czasu wolnego. Część teoretyczna była pogłębiona przez warsztaty umiejętności, gdzie dziadkowie oprócz wykonywania kolaży, rysunków, mieli możliwość dzielenia się doświadczeniem i stawiania pytań.

Inspiracją do napisania Podręcznika multimedialnego i prowadzenia zajęć z pedagogizacji seniorów i rodziców były własne przeprowadzone badania nad kulturą pedagogiczną rodziców na przełomie lat 2000/2002; i od 2003 roku wykłady w Podyplomowych Studiach Nauczycielskich, i szkolenia w Wojewódzkim Ośrodku Doskonalenia Nauczycieli, z których wynika, że poziom kultury pedagogicznej ówczesnych rodziców był niezadowolający: 1) świadomości roli ojca w wychowaniu dzieci; 2) znajomości potrzeb dziecka; 3) znajomości celów wychowawczych; 4) wiedzy dotyczącej stosowania zasad wychowawczych; 5) znajomości trudności i zagrożeń rozwojowych takich; 6) umiejętności nawiązywania stosunku uczuciowego; 7) umiejętności nawiązywania stosunku wychowawczego;

8) tworzenia atmosfery wychowawczej w domu rodzinnym; 9) umiejętności stosowania nagród i kar; 10) umiejętności przydzielania dziecku stałych obowiązków; 11) umiejętności organizowania czasu wolnego; 12) stosunku rodziców do nauki szkolnej; 13) uznania potrzeby doskonalenia wiedzy i umiejętności pedagogicznych [21, 22, 24].

Praca jest również próbą odpowiedzi na szereg pytań szczegółowych:

1. Jaką dziadkowie charakteryzują się świadomością własnej roli wychowawczej babci i dziadka przed pedagogizacją seniorów, a następnie po zajęciach z pedagogizacji w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora?
2. Jakie stosują nagrody i kary przed rozpoczęciem pedagogizacji seniorów i jakie umiejętności uzyskują po zajęciach w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora?

Do badań posłużyły trzy narzędzia badawcze: Kwestionariusz do Badania Kultury Pedagogicznej, Test Wiedzy z Pedagogizacji Seniorów (opracowany przez Urszulę Tokarską) – które zastosowano dwukrotnie przed rozpoczęciem pedagogizacji i po jej zakończeniu, a także: Składniki Charakterystyki Środowiska Lokalnego. Obliczeń dokonano w Ośrodku Obliczeniowym KUL z pakietu statystycznego SPSS. W badaniach brali udział seniorzy uczęszczający na zajęcia z pedagogizacji seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora w Lublinie.

WYNIKI BADAŃ

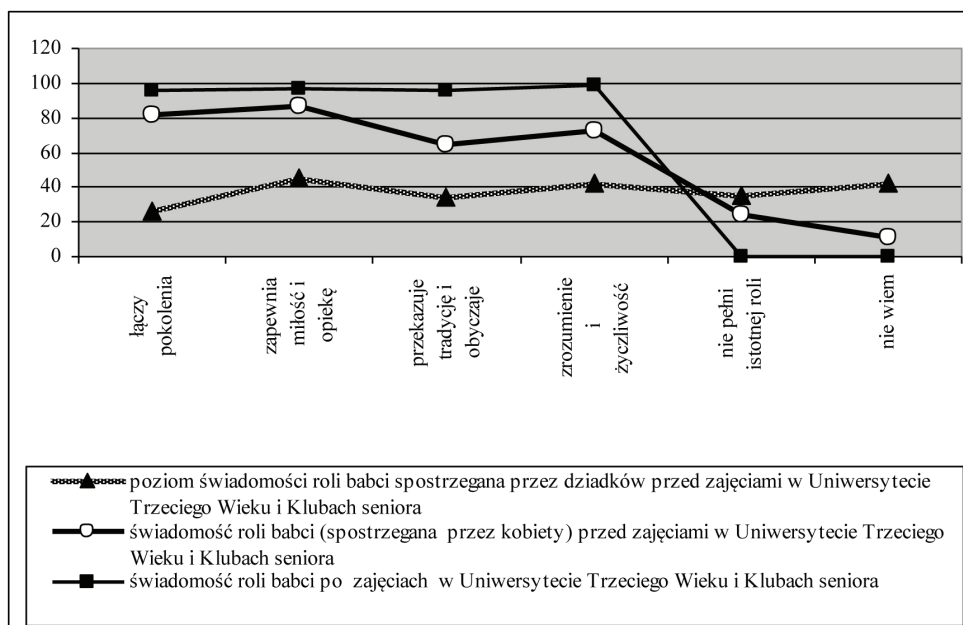
Cel pracy jakim była weryfikacja zamieszczonych we wstępie hipotez, oraz zebrany w toku własnych badań materiał empiryczny, jego statystyczne opracowanie i interpretacja wyników – wyznaczają zakres wniosków końcowych:

I. Na obecny poziom kultury pedagogicznej seniorów wpływają uwarunkowania wewnątrzrodzinne takie jak: pełność rodziny ($p \leq 0,000$), płeć ($p \leq 0,000$), poziom wykształcenia ($p \leq 0,000$), warunki materialne ($p \leq 0,000$), praca zawodowa matek ($p \leq 0,000$), praca zawodowa babci ($p \leq 0,000$) i uwarunkowania zewnątrzrodzinne: miejsce zamieszkania ($p \leq 0,000$), typ społeczno-zawodowy rodziny ($p \leq 0,000$), konsumpcyjny styl życia ($p \leq 0,000$), akceleracja rytmu życia – szybkie tempo życia ($p \leq 0,000$).

II. Na obecny poziom kultury pedagogicznej współczesnych seniorów (wiedzę i umiejętności wychowawcze) wpływają zajęcia z pedagogizacji dziadków (podręcznik multimedialny „Pedagogizacja Seniorów” i Warsztaty umiejętności) prowadzone w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora ($p < 0,000$). Świadomość roli babci i dziadka, a także matki i ojca, wiedza dotycząca znajomości potrzeb, celów i zasad wychowawczych, umiejętność nawiązywania stosunku wychowawczego w rodzinie, umiejętność organizowania

warunków wychowawczych w rodzinie (metody, nagrody i kary), wychowanie seksualne. Po przeprowadzeniu pedagogizacji seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora uwarunkowania wewnątrzrodzinne i zewnątrzrodzinne nie wpływają w istotny sposób na kształtowanie się poziomu kultury pedagogicznej współczesnych dziadków.

1. Płeć przed zajęciami z pedagogizacji seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora wpływa w istotny sposób na świadomość roli wychowawczej babci i dziadka. Seniorki (babcie) wykazują wyższy poziom świadomości roli babci w stosunku do dziadków.



Wykres 1. Świadomość roli babci w wychowaniu pokolenia wnuków spostrzegana przez seniorów UTW i KS, a płeć badanych.

Świadomość roli babci przed pedagogizacją seniorów jest niezadowalająca i dość niska wśród seniorów – dziadków. Wynika ona z tradycji i stereotypów przypisywanych płci, że sprawy wychowania, spoczywają głównie na kobiecie. Ponad 42 % seniorów płci męskiej nie wie na czym polega rola babci, 35% – że babcia nie pełni istotnej roli w wychowaniu wnuka, może to wynikać z subiektywnych uczuć, samotności, rozczarowania, że się jest ciężarem dla dzieci i wnuków. Ponad 45% dziadków uważa, że babcia zapewnia miłość i opiekę, zrozumienie i życzliwość. Natomiast nie doceniają takich cech babci jak: łączy pokolenia (26%), przekazuje tradycję i obyczaje – 34%.

Znacznie wyższym poziomem świadomości roli wychowawczej babci wykazują się seniorki: babcia przede wszystkim zapewnia miłość i opiekę (87%), łączy pokolenia (82%), zapewnia zrozumienie i życzliwość (73%), przekazuje tradycję i obyczaje (65%), nie pełni istotnej roli (24%), nie wie na czym polega rola babci (11%). Świadomość roli wychowawczej babci u kobiet jest z jednej strony wysoka, ale i tu obserwuje się duży odsetek braku świadomości. W fazie starości poczucie osamotnienia ze strony najbliższych jest dość dotkliwy i być może ocena roli wychowawczej babci w wychowaniu wnuczków jest ambiwalentna. Świadczy to, o tym, że wiedza na temat roli babci jest duża, i wynika z doświadczenia, natomiast z wiekiem, w miarę gdy pogłębia się zniechęcenie, a wnuczki dorastają, choroba wyklucza z pełnienia roli wychowawczej, narasta poczucie bycia niepotrzebnym.

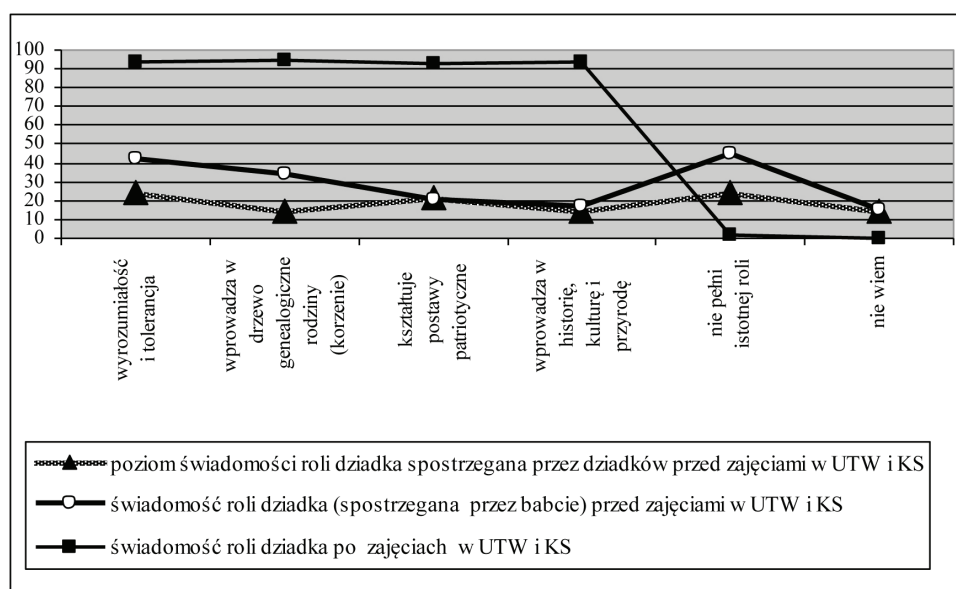
2. Badania przeprowadzone po zajęciach w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora potwierdzają, że świadomość wychowawcza roli babci podniosła się w sposób istotny na poziomie statystycznie istotnym $p < 0,000$. Niezależnie od płci – wszyscy badani seniorzy, babcie i dziadkowie podnieśli poziom świadomości na temat roli wychowawczej babci (około 100%).

Oddziaływanie na umiejętności wychowawcze w Uniwersytecie i Klubach Seniora odbywa się w następujący sposób: seniorzy otrzymują podręcznik multimedialny z pedagogizacji – płytę.

Następnie organizowane są warsztaty umiejętności praktycznych:

- a) Seniorzy na początku przed wykładem otrzymują kartki na których po zastanowieniu się wypisują jaka jest rola babci i dziadka, a także rodziny w wychowaniu?
- b) Uczestnicy odczytują swoje refleksje zapisane na kartkach i wspólnie dyskutują. (Czas około 15 minut).
- c) Wykładowca prowadzi wykład i pokaz multimedialny: „Rodzina jako podstawowe środowisko wychowawcze”, „Rola babci”, „Rola dziadka”.
- d) Przebieg warsztatów: wykładowca wspólnie z seniorami prowadzi dyskusję na temat jaka jest rola babci, dziadka i rodziny w wychowaniu wnuka. Następnie wykładowca dzieli seniorów na 4–5 grup po 4–6 osób i dziadkowie w grupach opracowują kolaż pt.: „Rola babci”, 2 – grupa: „Rola dziadka”, 3 – grupa „Rola rodziny” w wychowaniu wnuczków – najlepiej na dużych planszach A 5. Materiały – kolorowe ilustracje z czasopism, flamastry, klej. Czas – około 35–60 minut. Następnie wykładowca wspólnie dyskutuje z seniorami na temat ról: babci, dziadka w wychowaniu wnuczków.
- f) Dziadkowie wspólnie z wykładowcą wykonują planszę o roli rodziny w wychowaniu dziecka. Na zakończenie omawiają.

Seniorzy uczestniczący w zajęciach wykonują pracę domową, podczas której mogą uświadomić sobie rolę rodziny, babci i dziadka (wykonują rysunki – do wyboru kredkami, farbami, flamastrami, wydzieranki na temat: „Moja rodzina”, „Święta”, „Wspólne spędzanie czasu wolnego”, „Nasz Dom”). Dziadkowie mogą również wykonywać książeczki na temat swojej rodziny – opisywać wnuki, dzieci, (ich wygląd, wiek, zainteresowania, wspólne wydarzenia – święta, wakacje, wyjazdy). Uczestnicy warsztatów poprzez rozwiązywanie Testu Zdań Niedokończonych, Testu Wyboru, Testu Prawda i Fałsz, zalecanej pracy domowej i lektur utrwalają wiedzę dotyczącą roli rodziny w wychowaniu dzieci. Otrzymują również bibliografię, która może pogłębić ich zainteresowania [23].

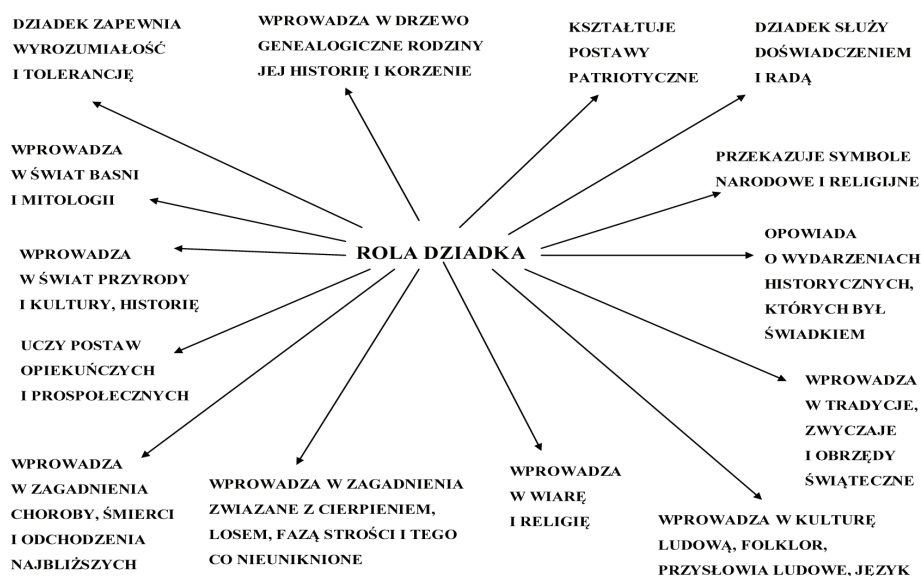


Wykres 2. Świadomość roli dziadka w wychowaniu pokolenia wnuków spostrzegana przez seniorów UTW i KS, a płć badanych.

- Świadomość roli dziadka przed pedagogizacją seniorów jest dość niska i nie zadowalająca. Wynika ona z tradycji i doświadczenia. Zarówno w oczach babć jak i seniorów płci męskiej dziadek nie pełni istotnej roli w wychowaniu – odpowiednio dla kobiet – 45%, dla mężczyzn – 24%, nie wie na czym ta rola polega, przynajmniej dla kobiet – 15%, dla mężczyzn – 14%, wyrozumiałość i tolerancja – odpowiednio dla kobiet – 42%, dla mężczyzn – 24%, wprowadza w drzewo genealogiczne rodziny, jej korzenie – odpowiednio dla kobiet – 34%, dla mężczyzn – 14%, kształtuje postawy patriotyczne – odpowiednio dla sennerek – 21%, seniorów –

- 22%, wprowadza w historię, kulturę i przyrodę – dla 17% babci i 14% – dziadków. Zatem rola dziadka w wychowaniu wnuków jest w pełni niedoceniana i pomijana.
4. Badania przeprowadzone po zajęciach w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora potwierdzają, że świadomość wychowawcza roli dziadka podniosła się w sposób istotny na poziomie statystycznie istotnym $p < 0,000$. Niezależnie od płci zarówno dziadkowie, jak i babcie podnieśli świadomość na temat roli wychowawczej dziadka (około 100%).

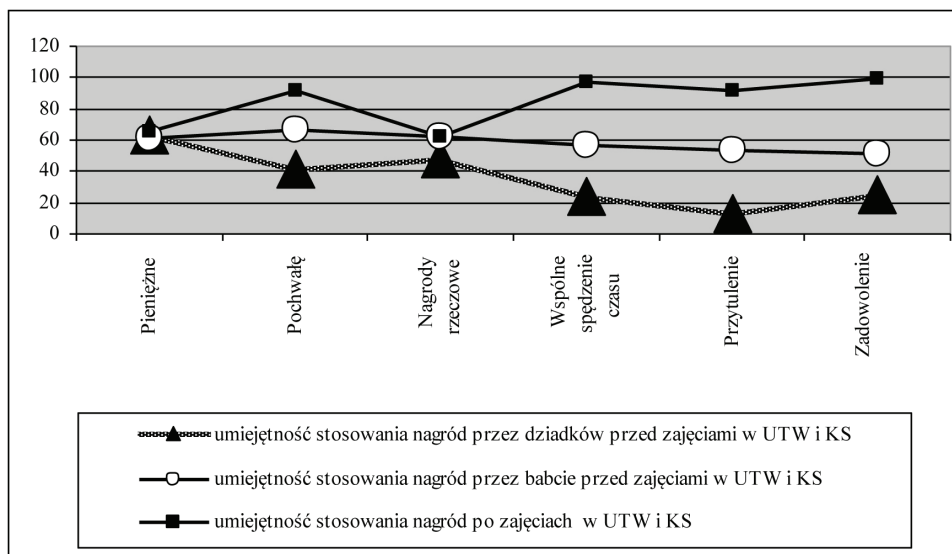
Seniorzy podczas warsztatów i kursów z pedagogizacji wykonują kolaż na temat jaka jest rola dziadka.



Ryc. 1. Kolaż na temat roli dziadka wykonywany przez seniorów w UTW i KS.

Rola wychowawcza dziadka w oddziaływaniu wychowawczym na wnuczków: zapewnia wyrozumiałość i tolerancję, wprowadza w drzewo genealogiczne rodziny (jej historię i korzenie), kształtuje postawy patriotyczne, dziadek służy doświadczeniem i radą, przekazuje symbole narodowe i religijne, opowiada o wydarzeniach historycznych, których był świadkiem, wprowadza w tradycje, zwyczaje i obrzędy świąteczne, wprowadza w kulturę ludową, folklor, przysłowia ludowe, język, wprowadza w wiarę i religię, w świat baśni i mitologii, w historię, przyrodę, kulturę, uczy postaw opiekuńczych i prospołecznych, wprowadza w zagadnienia choroby, śmierci i odchodzenia najbliższych, a także ukazuje sens cierpienia, umiejętności godzenia się z losem i tego

co nieuniknione, a także że życie nie kończy się wraz ze śmiercią, wprowadza w wiarę i religię, pamięć o najbliższych (opieka nad grobami).

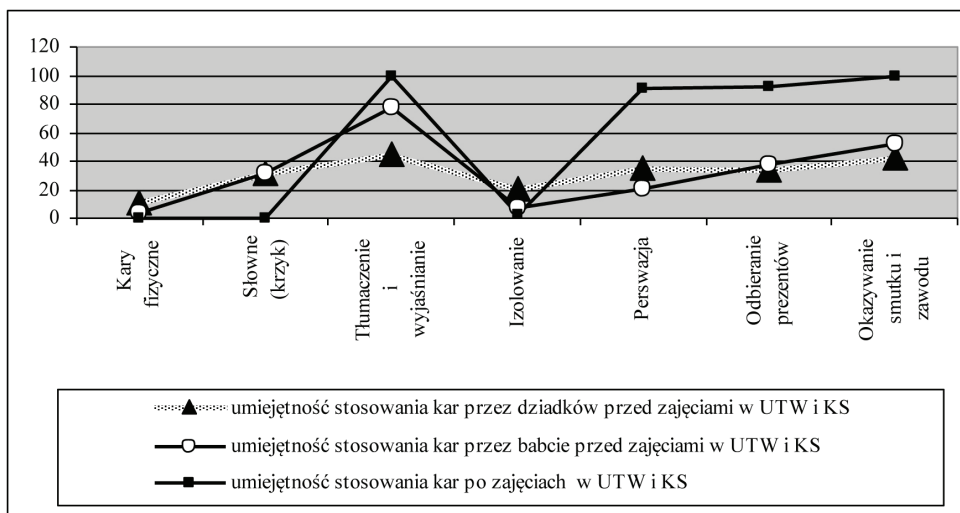


Wykres 3. Umiejętność stosowania nagród w wychowaniu postrzegana przez seniorów UTW i KS, a płeć badanych.

5. Płeć przed zajęciami z pedagogizacji seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora wpływa w istotny sposób na umiejętność stosowania nagród przez babcię i dziadka. Seniorki (babcie) wykazują wyższy poziom umiejętności stosowania nagród w stosunku do dziadków, na poziomie statystycznie istotnym ($p \leq 0,000$). Babcie najczęściej stosują pochwałę – 67%, nagrody rzeczowe – 62%, pieniężne – 61%, wspólne spędzanie czasu – 57%, przytulenie – 53%, zadowolenie – 51%. Badania potwierdzają, że dominuje konsumpcyjny styl życia, babcie wybierają okazywanie uczuć poprzez nagradzanie rzeczowe i pieniężne, nad uczucia zadowolenia, przytulenia, co może kształtować u wnuczków konsumpcyjne postawy (przyniosę zakupy, porozmawiam z babcią, będę grzeczny – jeśli w zamian babcia da mi pieniądze na grę komputerową i własne przyjemności) przywiązanie do materialnego świata wartości, dominacja wartości materialnych, utrwalanie postaw, w których dominuje przekonanie, że na uczucia zasługują Ci, którzy są w stanie nam zapłacić. Niestety nie lepiej postępują również dziadkowie, którzy całkowicie dbają by ich wnuczkom nie zabrakło kieszonkowego: najczęściej stosują nagrody pieniężne – 63%, nagrody rzeczowe – 48%, pochwałę – 42%. Dziadkowie nie doceniają takich nagród jak: zadowolenie – 25%, wspólne spędza-

nie czasu – 24% i przytulenie – tylko 13%. Badania wykazują, że na umiejętność stosowania nagród wpływa konsumpcyjny styl życia, akceleracja rytmu życia, intuicja i tradycja. Tylko pedagogizacja seniorów może przezwyciężyć „materialne podejście do życia”.

6. Badania przeprowadzone po zajęciach w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora potwierdzają, że umiejętność stosowania nagród wychowawczych podniosła się w sposób istotny na poziomie statystycznie istotnym $p < 0,000$. Niezależnie od płci – wszyscy badani seniorzy, babcie i dziadkowie podnieśli poziom umiejętności stosowania nagród wychowawczych (około 100%).



Wykres 4. Umiejętność stosowania kar w wychowaniu przez seniorów UTW i KS, a płć badanych.

7. Płć przed zajęciami z pedagogizacji seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora wpływa w istotny sposób na umiejętność stosowania kar w wychowaniu wnuczków przez babcię i dziadka. Seniorki (babcie) wykazują wyższy poziom umiejętności stosowania kar w stosunku do dziadków, na poziomie statystycznie istotnym ($p \leq 0,000$).

Z badań wynika, że babcie bardzo kochają wnuczków i na ogół nie starają się karać, przeważnie pobłażliwa miłość wybiera na szczęście kary pedagogiczne takie jak: tłumaczenie i wyjaśnianie – 78%, okazywanie smutku i zawodu – 52%, odbieranie wręczonych prezentów – 38%, perswazja – 21%. Natomiast z niepedagogicznych kar najczęściej stosują krzyk, przewiska – 34%, zamykanie w pokoju – 7%, bicie – tylko 4%. W porównaniu dziadkowie rezygnują z karania na

rzecz innych członków rodziny babci lub rodziców. (Niewielu tłumaczy i wyjaśnia – 45%, okazuje smutek i zawód – 42%, perswazję – 35%, odbieranie prezentów – 34%. Dziadkowie wykazują się mniejszymi umiejętnościami stosowania kar: przewiska, krzyk – 32%, odbieranie prezentów – 34%, kary fizyczne – 11%. Badania potwierdzają zatem, że umiejętności karania przez dziadków wynikają z tradycji i nadmiernej pobłażliwości, która okres dzieciństwa traktuje jako okres bez troski.

8. Badania przeprowadzone po zajęciach w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach Seniora potwierdzają, że umiejętność stosowania nagród wychowawczych podniosła się w sposób istotny na poziomie statystycznie istotnym $p < 0,000$. Niezależnie od płci – wszyscy badani seniorzy, babcie i dziadkowie podnieśli poziom umiejętności stosowania kar wychowawczych (około 100%).

Warsztaty umiejętności praktycznych:

- a) Seniorzy otrzymują kartki na których po zastanowieniu się wypisują jakie najczęściej stosują nagrody i kary?
- b) Następnie odczytują swoje nagrody i kary zapisane na kartkach i wspólnie dyskutują.
- c) Wspólnie wykładowca z dziadkami prowadzi dyskusję na temat jakie nagrody i kary są skuteczne a jakie szkodliwe, stają się przyczyną nerwicy, lęków i fobii. Następnie wykładowca dzieli seniorów na 4–5 grup po 4–6 osób i seniorzy w grupach opracowują: „Nagrody pedagogiczne i niepedagogiczne”, a także „Kary pedagogiczne i kary niepedagogiczne” – najlepiej na dużych planszach A5 – około 30–45 minut, następnie każda grupa prezentuje swój kolaż i omawia go z całą grupą seniorów.
- d) W podsumowaniu na dużej planszy wykładowca wspólnie z dziadkami opracowuje „kary i nagrody pedagogiczne i niepedagogiczne”. Seniorzy na planszach wypisują zasady stosowania nagród i kar.
- e) Mogą też odgrywać role i przedstawiać karanego i karzącego, nagradzanego i nagradzającego (umożliwia to wczucie się w sytuację karanego lub nagradzanego dziecka – przeżycie uczucia wstydu, poniżenia, osamotnienia i lęku), lub też umocnienie wiary we własne umiejętności dzięki pochwałom, poczucie przedsmaku dorosłości poprzez okazywanie zaufania. Co prowadzi do zrozumienia, że karanie zwłaszcza w złości, bez zrozumienia kontekstu sytuacji, w której winny przekroczył normy prowadzą do niejasnych i szkodliwych wychowawczo sytuacji. Dorosli uczestniczący w zajęciach poprzez pracę domową mogą utrwalać wiedzę dotyczącą umiejętności karania i nagradzania poprzez rozwiązywanie Testu Zdań

Niedokończonych, Testu Wyboru, Testu Prawda i Fałsz, zalecanej pracy domowej i lektur. Otrzymują również bibliografię, która może pogłębić ich zainteresowania umiejętnością stosowania nagród i kar.

NAGRODY PEDAGOGICZNE	NAGRODY NIEPEDAGOGICZNE
<ul style="list-style-type: none">-POCHWAŁA;- OKAZYWANIE ZAUFANIA;-OKAZYWANIE ZADOWOLENIA;-PRZYTULENIE;-WSPÓLNE SPĘDZANIE WOLNEGO CZASU- WRĘCZANIE PREZENTÓW;	<p>-NAGRODY PIENIĘŻNE, DORASTAJĄCY CHŁOPIEC MOŻE PRZEZNACZAĆ NA UŻYWKI: PAPIEROSY, DOPALACZE, AMFETAMINĘ, SZKODLIWE GRY KOMPUTEROWE, ALKOHOL. PONADTO MOŻE SIĘ UKSZTAŁTOWAĆ LEKCEWAŻĄCY STOSUNEK DO PRACY, ŁATWO ZDOBYTE PIENIADZE KSZTAŁTUJĄ POSTAWĘ LEKCEWAŻĄCĄ DO PIENIĘDZY, A STĄD ŁATWO ROZTRWONIĆ MAJĄTEK. KSZTAŁTUJE SIĘ LENISTWO, KONSUMPCYJNY STYL ŻYCIA, NIE LICZENIE SIĘ Z PRACĄ I WYSILKIEM DRUGICH. POGARDA DO WARTOŚCI DUCHOWYCH.</p>

Ryc. 2. Kolaż na temat umiejętności stosowania nagród w wychowaniu wnuczków przez seniorów UTW i KS.

Dziadkowie uczestniczący w pedagogizacji w UTW i KS przyswajali wiedzę na temat umiejętności stosowania nagród w wychowaniu poprzez wykonywanie w grupach 4–5 osobowych kolaży na temat: nagrody pedagogiczne: (pochwała, okazywanie zaufania, zadowolenia, przytulanie, wspólne spędzanie czasu wolnego, wręczanie prezentów) i niepedagogiczne: pieniądze. Odgrywano też scenki w parach, w których seniorzy byli nagradzającym i nagradzanym.

Dziadkowie podczas pedagogizacji seniorów w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubach seniora przyswajali wiedzę z zakresu umiejętności stosowania kar w wychowaniu wnuczka poprzez wykonywanie kolaży, odgrywanie scenek, rozwiązywanie testów utrwalających wiedzę (kolaż nr 3).

KARY PEDAGOGICZNE	KARY NIEPEDAGOGICZNE
<ul style="list-style-type: none"> - TLUMACZENIE I WYJASNIANIE; - OKZYWANIE SMUTKU I ZAWODU; - PERSWAZJA; - ODBIERANIE WRĘCZONYCH PREZENTÓW. 	<ul style="list-style-type: none"> - BICIE FIZYCZNE, SZARPANIE; - KRZYK; - PRZEWISKA; - IZOLACJA (ZAMYKANIE W POKJU); <p>KARY NIEPEDAGOGICZNE WYWOŁUJĄ LĘKI, FOBIE, KSZTAŁTUJĄ AGRESJĘ, NERWICĘ.</p>
<p>Zasady, których należy przestrzegać stosując kary i nagrody:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkcja nagrody w wychowaniu jest bardziej znacząca aniżeli funkcja kary. • nagradza się osobę, a karze się czyn, • kara nie może być odwetem, dlatego nie należy karać w złości, • kara nie może poniżać godności dziecka, • zagrożenie karą musi być dobrze przemyślane, a następnie konsekwentnie wprowadzone w czyn, • jeżeli dziecko już zostało ukarane, nie wolno drugiej osobie karać za to samo • nagroda i kara muszą być umotywowane i stosowane rozumnie i sprawiedliwie, • wysokość kary winna być dostosowana do wielkości winy, • nagroda nie może wyzwać rywalizacji i zazdrości, lecz pobudzać do wysiłku, • nagrody przyrzeczonej nie wolno odwołać, karę można. 	

Ryc. 3. Kolaż na temat umiejętności stosowania kar w wychowaniu wnuczków przez seniorów UTW i KS.

PODSUMOWANIE

Przeprowadzone własne badania potwierdzają, że kultura pedagogiczna seniorów przed pedagogizacją jest niezadowalająca i wynika z tradycji i doświadczeń wyniesionych z dzieciństwa, tylko w niewielkim stopniu zmienia to poziom wykształcenia, dotyczy to:

- świadomości roli wychowawczej babci i dziadka w wychowaniu dzieci; (badani nie doceniają, że dziadek jest również wychowawcą dzieci, że kształtuje postawy patriotyczne, wprowadza w drzewo genealogiczne rodziny (jej historię i korzenie), wprowadza w historię, przyrodę, kulturę i tradycję, a także zagadnienia śmierci, cierpienia, nieuniknionego losu i pamięci o najbliższych,
- umiejętności stosowania nagród i kar (wielu badanych stosuje niepedagogiczne nagrody takie jak: pieniężne i nagrody rzeczowe).

Natomiast po zajęciach z pedagogizacji w Uniwersytecie Trzeciego Wieku i Klubów Seniora za pomocą podręcznika multimedialnego i warsztatach umiejętności praktycznych, poziom kultury pedagogicznej dziadków wzrasta i osiąga stopień zadowalający.

Podręcznik multimedialny składa się z 11 lekcji i dotyczy takich treści, które odpowiadają elementom kultury pedagogicznej: 1) Rodzina jako podstawowe środowisko wychowawcze.. Rola dziadków. Rola babci. Rola dziadka. Rola rodziców. Rola matki. Rola ojca, 2) Kultura pedagogiczna dorosłych (rodziców i dziadków) i jej elementy. Pedagogizacja dorosłych (rodziców i dziadków). Świadomość wychowawcza. Wiedza pedagogiczna dorosłych dotycząca potrzeb dziecka; 3) Wiedza pedagogiczna dotycząca temperamentu, 4) Znajomość celów i zasad wychowawczych. Cechy dziadków – wychowawcy; 5) Umiejętność nawiązywania stosunku uczuciowego, wychowawczego i atmosfery wychowawczej domu rodzinnego; 6) Znajomość i umiejętność stosowania metod i środków wychowawczych; 7) Znajomość i umiejętność stosowania nagród i kar; 8) Umiejętność organizowania warunków wychowawczych w rodzinie. Przydzielanie stałych obowiązków dziecku; 9) Organizowanie czasu wolnego dzieci i młodzieży; 10) Stosunek dziadków do nauki szkolnej; 11) Wychowanie seksualne dziecka w rodzinie.

Zatem badania potwierdzają, że pedagogizacja i upowszechnianie kultury pedagogicznej jest wskazana zwłaszcza w dzisiejszych czasach, gdy pogoń za dobrami konsumpcyjnymi i realizacją własnego szczęścia przyczynia się do trudności wychowawczych w rodzinie i odrzucenia roli rodzicielskiej.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Cudak. H. (1997). Rodzina polska u progu XXI wieku. Łowicz: Mazowiecka WSHP.
- [2] Cudak. H. (1987). Funkcja szkoły w kształtowaniu kultury pedagogicznej rodziców. Łódź: UŁ.
- [3] Cudak. H. (1997). Rola ośrodków nieszkolnych w kształtowaniu kultury pedagogicznej. Kielce: WSP.
- [4] Czapów. Cz. (1968). Pedagogizacja i doradztwo. W: Rodzina a wychowanie. Warszawa: PZWS.
- [5] Czerniawska. O. (1978). Kształtowanie rodziców jako problem andragogiczny (formy upowszechniania uniwersytetu dla rodziców). Oświata Dorosłych nr 10; s. 20–22, 88–101.
- [6] Dzyr – Gieręk K. (1980). Proces upowszechniania kultury pedagogicznej. Ruch Pedagogiczny 6, s. 737-741.
- [7] Kalabińska. M. (1979). Upowszechnianie kultury pedagogicznej w działalności TWP. w: Okoń W. (red.). Teoria i praktyka upowszechniania wiedzy. Warszawa: WP; s. 276–300.
- [8] Kawula. S. (1875). Świadomość wychowawcza rodziców. Toruń: UMK, s. 19.
- [9] Kotłowski. K. (1968). O pedagogicznym kształceniu rodziców. Warszawa: NK.
- [10] Jabłońska-Deptuła. E. (1984). Współczesne zagrożenia rodziny. Lublin: Zwierciadło.
- [11] Jarosz. M. (1989). Dezorganizacja w rodzinie i społeczeństwie. Warszawa: PWE.
- [12] Jundziłł. I. (1980). Stan kultury pedagogicznej rodziców w świetle badań, w: Rola zawodowa pedagoga szkolnego. Warszawa: PZWS.
- [13] Maciaszkowa. J. (1977). Kultura pedagogiczna rodziców. W: Pedagogika opiekuńcza. Materiały z krajowej konferencji Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN. Warszawa: WSiP, s. 164
- [14] Maciaszkowa. J. (1978). Podnoszenie kultury pedagogicznej rodziny. Warszawa: PWN, s. 112.

- [15] Maciaszkowa. J. (1981). *Kultura pedagogiczna*. Oświata i wychowanie 10, s. 187-194.
- [16] Marzec. H. (1997). Bezrobocie jako czynnik kryzysowy w rodzinie. W: H. Cudak (red.). *Rodzina polska u progu XXI wieku*. Łowicz: Mazowiecka WSHP. s. 241-251.
- [17] Milanowska. K. (1892). *Techniki pracy w terapii zajęciowej*. Warszawa: PZWS, 30–31; 33–39.
- [18] Pielkova. J. A. (1997). *Opieka i wychowanie dzieci w rodzinach dotkniętych bezrobociem*. W: H. Cudak (red.). *Rodzina polska u progu XXI wieku*. Łowicz: Mazowiecka WSHP.
- [19] Pomykało W. *Encyklopedia Pedagogiczna*. (1993). Warszawa: PWN, 1993; s. 581.
- [20] Poręba. P. (1968). *Pedagogizacja rodziców*. Studia Warmińskie, T. 6, s. 2, 347–350,
- [21] Tokarska. U. (2003). *Stan i uwarunkowania kultury pedagogicznej współczesnych rodziców w świetle badań*. Pedagogika Rodziny; mps. Pracy doktorskiej. Archiwum KUL. Lublin.
- [22] Tokarska. U. (2006). *Stan i uwarunkowania kultury pedagogicznej współczesnych rodziców w świetle badań*. Roczniki Nauk społecznych KUL T.XXXIV; z.2; Lublin: KUL: s. 123–137;
- [23] Tokarska U. (red.). (2007). *Podręcznik multimedialny z pedagogizacji rodziców*. Uniwersytet dla Rodziców. Lublin: WSNS z siedzibą w Lublinie, Inter-Edukacja, WODN, s. 10–32.
- [24] Tokarska. U. (2008). *Poziom wiedzy pedagogicznej współczesnych rodziców w świetle badań*. Pedagogika Katolicka, z 1; Stalowa Wola KUL.
- [25] Tokarska. U. (2010). *Wychowanie w rodzinie do pracy i kształtowanie tożsamości zawodowej u dzieci*. W: Jedynek. M; Żerel. E. *Transnacionalne Doradztwo Zawodowe*. Lublin: WSNS z siedzibą w Lublinie, s. 150–165.
- [26] Tokarska. U. (2013). *Kultura pedagogiczna rodziców a kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych dziecka w rodzinie*. W: Jedynek. M., Żerel. M. (red.). Lublin: WSNS z siedzibą w Lublinie.
- [27] Wilk. J. (2002). *Pedagogika rodziny*. Lublin: IP KUL.
- [28] Ziemska. M. (1969). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: PWN, s. 24–30.

PROBLEMY SPOŁECZNE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA
NA OBSZARACH WIEJSKICH ORAZ MOŻLIWOŚCI ICH NIWELOWANIA
ZA POMOCĄ STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH
(BADANIA WŁASNE)

BARBARA SZCZĘSNA-DYŃSKA

Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Katedra Socjologii Wsi i Miasta

STRESZCZENIE

Celem niniejszego artykułu jest po pierwsze rozpoznanie najważniejszych problemów społecznych gminy Piątek w województwie Łódzkim, które mają największy wpływ na życie osób starzejących się, zaś po drugie za pomocą SRPS zaprezentowanie możliwych dróg ich rozwiązań, poprzez nie tylko właściwe zapisy w strategii, ale także partycypację społeczną, deliberatywne sposoby działań i siłę budującego się lokalnego społeczeństwa obywatelskiego.

WPROWADZENIE

STARZEJĄCE SIĘ SPOŁECZEŃSTWO POLSKI

Starzenie się ludności to wzrost odsetka ludzi starych w populacji. Chodzi tu zarówno o wzrost liczby osób starszych jak i zwiększanie się ich procentowego udziału w populacji, a co za tym idzie następuje spadek udziału wszystkich młodszych grup wiekowych. Starzenie się to proces nieodwracalny, przebiega on w niejednakowym tempie i w różnych kulturach próg starości uznawany jest w różnych okresach życia, w Polsce demografowie mówią, iż jest to 60 lub 65 lat. Polska wraz z innymi krajami Europy należy do państw starzejących się, w 2030 roku najprawdopodobniej zajmiemy jednak 14 pozycję wśród krajów UE, co nie daje nam tak tragicznego wyniku w porów-

naniu z Niemcami, które osiągną pierwsze miejsce pod względem posiadania odsetka osób w wieku 60 lat i więcej. Warto zwrócić uwagę również na fakt, iż najgorsza faza wejścia populacji w okres średniej starości (75–84 lata) nastąpi pod koniec drugiej dekady XXI wieku, kiedy to osoby urodzone w powojennym wyżu demograficznym osiągną wspomniany wiek. W dalszej kolejności obserwujemy feminizację społeczeństwa, która w 2010 roku w grupie 85 lat i więcej wyniosła 297 do 100 oraz zróżnicowanie przestrzenne występującego zjawiska które wskazuje, że najstarsze demograficznie obecnie województwa to łódzkie, świętokrzyskie, mazowieckie, podlaskie i lubelskie, czyli centrum i wschód kraju [13]. Pozytywną stroną takiej sytuacji jest jedynie wydłużenie przeciętnego czasu życia, ale oznacza to duże wyzwanie zarówno gospodarcze, techniczne jak i społeczne. Musimy przekształcić cały nasz system na taki, który w głównej mierze zwraca uwagę na osoby w wieku poprodukcyjnym, które pomimo wielości narastających problemów mają wsparcie w prężnie działającym państwie, aby z nimi walczyć.

PROBLEMY SPOŁECZNE

Problem społeczny to zagadnienie o pejoratywnym wydźwięku, jest ono niekorzystne dla danej społeczności, która definiuje je zazwyczaj jako niepożądane lub wręcz niebezpieczne. Problemy społeczne odnoszą się do kwestii uznawanych przez znaczące grupy społeczne jako odstępstwa lub naruszanie przyjętych i uznawanych przez większość członków danej zbiorowości społecznych standardów, które w ich przekonaniu muszą być podtrzymywane oraz jako wzory zachowań ludzkich lub warunków społecznych, które postrzegane są jako szkodliwe lub naruszające społeczny porządek[1]. Z powyższego wynika również, iż odpowiednio zaprojektowane działania prewencyjne lub naprawcze mogą niwelować bądź w zupełności eliminować występowanie w danej społeczności poszczególnych problemów, jednak nie jest to łatwe zadanie, gdyż działanie Ośrodków Pomocy Społecznej, często ich nie usuwa, a jedynie łagodzi skutki. Każdy problem społeczny przeszkadza większości członków danej społeczności, często przyczyniając się do nieefektywnego jej funkcjonowania, z kolei jeden powstały problem wynika z drugiego, co powoduje, iż należy zastosować cały wachlarz działań naprawczych (aby załagodzić skutki jednego należy niwelować również wszystkie inne problemy w jego obrębie). Problemy wynikłe z patologii społecznych są trudne do przezwyciężenia, ponieważ, ciężko jest je diagnozować, czyli stwierdzić co jest bezpośrednią jego przyczyną. Poza tym do rozwiązania tego typu problemów nie wystarczy tylko jeden program, czy krótkotrwałe działanie, musi być to interdyscyplinarna praca całego zespołu ludzi, którzy opracują cały proces działań zmierzających do zlikwidowania

danej sytuacji. Źródło problemu tkwi bardzo często w dysfunkcyjnej rodzinie, potrzeba zatem wyczucia, delikatności a przede wszystkim kompetencji by skutecznie ingerować w życie tej podstawowej komórki społecznej, nie wyrządzając przy tym nikomu krzywdy, a w szczególności mając na uwadze osoby starsze.

Problemy społeczne na obszarach wiejskich dotyczące starzejącego się społeczeństwa są niekiedy tożsame lub zupełnie rozbieżne z problemami miast. Na przykład zarówno na wsi jak i w mieście starsza osoba może nie posiadać bliskich osób w swoim najbliższym otoczeniu, które będą się nią opiekować – w mieście za sprawą np. wyłączonej pracy członków rodziny i braku czasu wolnego, na wsi ze względu na wyjazd do centrów miast wszystkich członków rodziny, lub odwrotna sytuacja: problem dostępności do Ośrodków Opieki Zdrowotnej – na wsiach może być on utrudniony (mała ilość ośrodków lub ich zupełny brak, a także brak komunikacji lub problem z godzinami odjazdów) z kolei w miastach wybór ośrodków jest zazwyczaj duży, a komunikacja miejska z powodzeniem dowozi osoby starsze do każdego z nich.

Populacja miejska jest jednak starsza niż populacja wiejska, a owy stan w przyszłości będzie się stale pogłębiał.

PROBLEMY SPOŁECZNE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA
– OPIS PROJEKTU *DECYDUJ ALBO GIN!*

W dalszej części niniejszego artykułu zagadnienie problemów społecznych starzejącego się społeczeństwa na obszarach wiejskich przedstawię na podstawie przykładu gminy Piątek położonej w województwie łódzkim. Wyniki badań zaprezentuję za pomocą realizowanego projektu *Decyduj albo gin! Projekt, który daje Ci wybór.*, który zakłada w swych produktach sporządzenie Założeń Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych (SRPS), która w przyszłości przyczyni się do zapobiegania i niwelowania problemów seniorów występujących na terenie tej gminy.

Z inicjatywą projektu zatytułowanego *Decyduj albo gin! Projekt, który daje Ci wybór* wystąpiło Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania¹ POLCENTRUM ze Strykowa

1 Jakkolwiek lokalne grupy działania, będąc instytucjami o niedawnej genezie, zdążyły już trwale i pozytywnie wpisać się jako jeden z mechanizmów sprawczych przemian wsi w Polsce, dla orientacji warto wyjaśnić, że Lokalna Grupa Działania jest rodzajem partnerstwa prywatno-publicznego tworzonego oddolnie z inicjatywy mieszkańców w gminach. Zrzesza przedstawicieli lokalnych organizacji z sektora publicznego, prywatnego i pozarządowego oraz samych mieszkańców. Posiada osobowość prawną (najczęściej w formie stowarzyszenia, rzadziej – fundacji bądź zrzeszenia stowarzyszeń), status oraz wybrane władze: radę, zarząd i komisję rewizyjną. Jej zadaniem jest opracowanie Lokalnej Strategii Rozwoju, której cele realizowane są przy pomocy środków finansowych z Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich.

w lutym 2013 r., odpowiadając na konkurs ogłoszony przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Aplikację konkursową złożyła zatem gmina Piątek (za pośrednictwem LGD POLCENTRUM), kierując zarazem zaproszenie do gmin objętych zasięgiem jej działania, to jest Bielaw, Domaniewic, Głowna, Ozorkowa, Strykowa i Piątku. Zgłoszenie i aplikacja zostały wysoko ocenione i uzyskała dofinansowanie w kwocie 250 000,00 zł. Gmina Piątek stała się formalnym, wiodącym partnerem przedsięwzięcia.

Głównym celem projektu było wdrożenie w sposób etapowy procedury konsultacji społecznych w skali gminy. Pierwszym etapem miało być przeprowadzenie szkoleń dla pracowników gminnych instytucji z zakresu technik i narzędzi konsultacji społecznych na terenie wszystkich gmin. Drugi etap obejmował pilotaż konsultacji społecznych na terenie gminy Piątek. Również on zakładał dwie fazy: badawczą i szkoleniowo-konsultacyjną, to jest:

1. Przeprowadzenie socjologicznych badań terenowych w gminie Piątek,
2. Przeprowadzenie warsztatów konsultacyjnych ze znacznie szerszą zbiorowością mieszkańców.

Badania terenowe miały na celu zidentyfikowania i zdiagnozowanie problemów dotyczących podstawowych obszarów życia. Ich koncepcja została opracowana przez zespół socjologów z Katedry Socjologii Wsi i Miasta w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, zaangażowanych w projekt.

Całość badania podzielono na dwie części:

- 1 – Badanie główne, to jest wywiady kwestionariuszowe z mieszkańcami gminy,
- 2 – Badanie dodatkowe w formie ankiety rozdawanej osobom korzystającym ze wsparcia Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Udział mieszkańców gminy w badaniu miał decydujący wpływ na powodzenie i wiarygodność przedsięwzięcia. Zazwyczaj w przypadku terenowych badań socjologicznych decyzja o wybraniu tego a nie innego sposobu doboru próby mieszkańców do badań, powinna być determinowana przez informacje, jakie należy uzyskać. Jednak w praktyce badawczej niejednokrotnie podejmuje się w tym względzie kompromisowe decyzje, biorące pod uwagę głównie dostępność osób badanych lub niemożliwość skorzystania z wiarygodnych list adresowych; w tym wypadku ze względów prawno-organizacyjnych nie było możliwe przeprowadzenie standardowego losowania próby respondentów do badania. W rezultacie zastosowano nielosowy (nie-probabilistyczny, typologiczny) dobór próby. Dobór ten brał pod uwagę dwa kryteria: zamieszkiwanie na stałe na terenie gminy Piątek oraz dostępność badanych (co tworzyło tzw. próby wygodne lub przypadkowe). Z drugiej strony, był to dobór celowy, przeprowadzony na

podstawie własnej wiedzy o populacji i celach badania, dający ankietantom możliwość wpływania na dobór osób.

Ankieteryz dotarli do różnych pod względem społeczno-zawodowym grup, pytając o opinie zarówno pracowników urzędu gminy, Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, policji, banku, szkół. Badaniem objęto rolników jak i przedsiębiorców, radnych i sołtysów, członków organizacji pozarządowych i kół gospodyń wiejskich. Na początku listopada 2013 r. rozpoczął się etap zbierania informacji wśród mieszkańców gminy Piątek. Ankieteryz zgromadzili ponad 150 kwestionariuszy wywiadu oraz ponad 100 ankiet. Udział w badaniu miał formę dobrowolną oraz był w pełni anonimowy – wszystkie uzyskane informacje zostały użyte jedynie do zbiorczych zestawień oraz późniejszej analizy mającej na celu przygotowanie raportu z badań.

W oparciu o wyniki wspomnianych wyżej dwóch faz badań zaprojektowano warsztaty konsultacyjne, podczas których zostały wypracowane założenia do przyszłej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych oraz Programu Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi w gminie Piątek na lata 2014–2020.

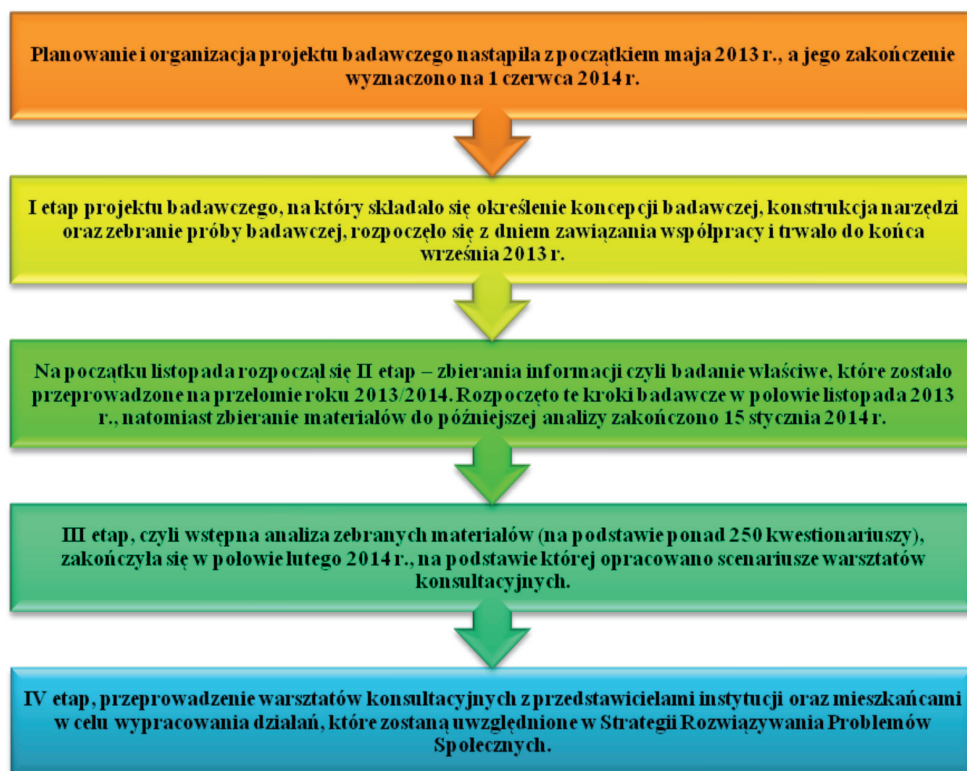
Warsztaty konsultacyjne odbywały się w sali konferencyjnej Urzędu Gminy w Piątku, a moderowane były przez pracowników Uniwersytetu Łódzkiego – mgr Barbarę Szczęsną i mgr Marcina Dyńskiego, przy nadzorze merytorycznym kierownika części badawczego projektu, prof. dr hab. Andrzeja Majera. Program warsztatów został zaplanowany w taki sposób, aby podczas cyklu spotkań z mieszkańcami uzyskać jak najwięcej informacji niezbędnych do budowy omawianych dokumentów. Warsztaty podzielono tematycznie oraz chronologicznie tak, aby dane uzyskane podczas pierwszego z nich były dalej analizowane przez prowadzących oraz ostatecznie podsumowywane podczas kolejnego spotkania warsztatowego. W ten sposób wszystkie dane były zbierane i weryfikowane na podstawie opinii mieszkańców, a jednocześnie zatwierdzane ostatecznie przez nich. Powyższe czynności objęły łącznie 5 osobnych spotkań warsztatowych, w których uczestniczyło łącznie około 150 mieszkańców gminy Piątek.

Rezultatem, a zrazem jednym z głównych celów serii warsztatów konsultacyjnych było wypracowanie, w odpowiedniej współpracy z mieszkańcami, zasadniczych punktów analizy SWOT (Szanse – Zagrożenia – Mocne strony – Słabe strony) gminy Piątek, a następnie określenie na tej podstawie celów strategicznych i kierunków działania, czyli zasadniczych elementów projektowanej strategii – określających obszary i metody przeciwdziałania występujących w gminie problemom [5]. Etapy badania zostały zaprezentowane w formie graficznej (wykres I).

Ze względu na różnorodność obszarów diagnozowanych problemów, do udziału w warsztatach zostali zaproszeni przedstawiciele kluczowych instytucji oraz lokalnych grup społecznych, mających bezpośrednią lub niebezpośrednią styczność z tymi proble-

mami. Instytucje oraz grupy osób zostały określone jako *interesariusze*, czyli bezpośredni odbiorcy/uczestnicy działań wynikających z przyszłej strategii.

Zastawienie interesariuszy zostało przedstawione w postaci tzw. koła partycypacyjnego (diagram I).



Wykres 1. Harmonogram badań.

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–202, Łódź-Piątek, 2014, s.21.*



Diagram I. Grupy interesariuszy

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.22.

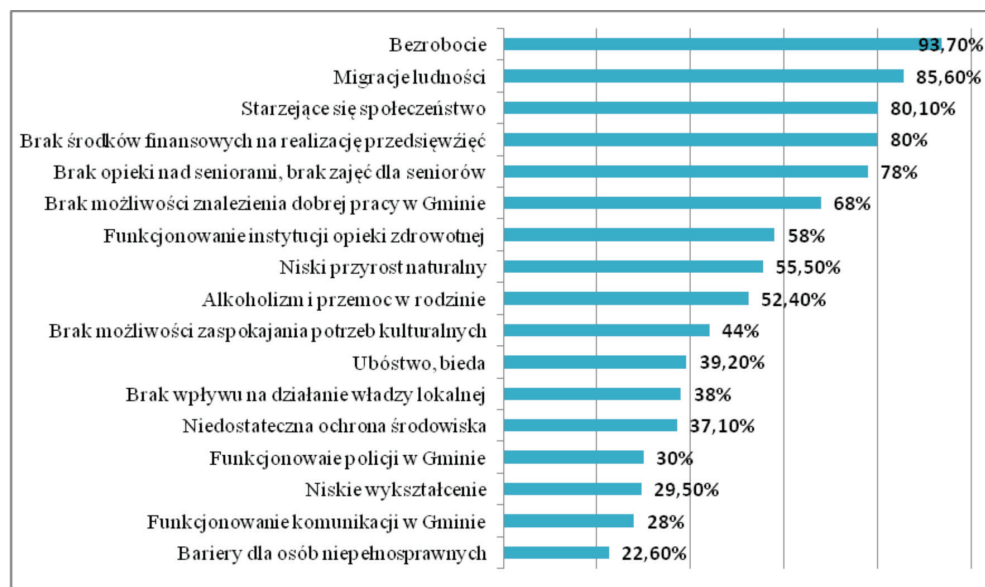
WYNIKI BADAŃ – PROBLEMY SPOŁECZNE GMINY PIĄTEK W KONTEKŚCIE OSÓB STARSZYCH

Zebrany materiał badawczy pozwolił na wytypowanie (i zdiagnozowanie) najważniejszych w opinii mieszkańców problemów społecznych występujących w gminie; uproszczone zestawienie wyników przedstawiają kolejne wykresy.

Najważniejszym problemem społecznym gminy Piątek w przekonaniu mieszkańców okazało się bezrobocie – aż 93,7% respondentów uznało, że jest to najpoważniejszy dylemat gminy. Na drugim miejscu umieszczono zmniejszanie się liczby mieszkańców, czyli migracje ludności poza gminę (aż 85,6% mieszkańców sądzi, że jest to nawet główny problem), na trzecim zaś starzenie się społeczeństwa (80,1% respondentów było przekonanych, że to w ich gminie duży problem). Jak widać, migracje ludności, które są ściśle związane z rosnącym odsetkiem osób starszych pozostających na obszarach wiejskich oraz starzenie się społeczeństwa to dwa główne zdiagnozowane problemy dotyczące seniorów. Skala problemu jest więc bardzo duża i wymaga zaprojektowania wielu działań na przyszłe lata, które by tej sytuacji przeciwdziałały i minimalizowały jej skutki.

Równie wyraźnie zaznaczyły obecność w świadomości mieszkańców takie problemy jak niezadawalający poziom opieki zdrowotnej (58%), który w głównej mierze dotyka osoby starsze, które częściej korzystają z tego typu usług oraz brak dostatecznej

opieki nad seniorami i ciekawych zajęć (dla seniorów) organizowanych przez Gminny Ośrodek Kultury (78%).

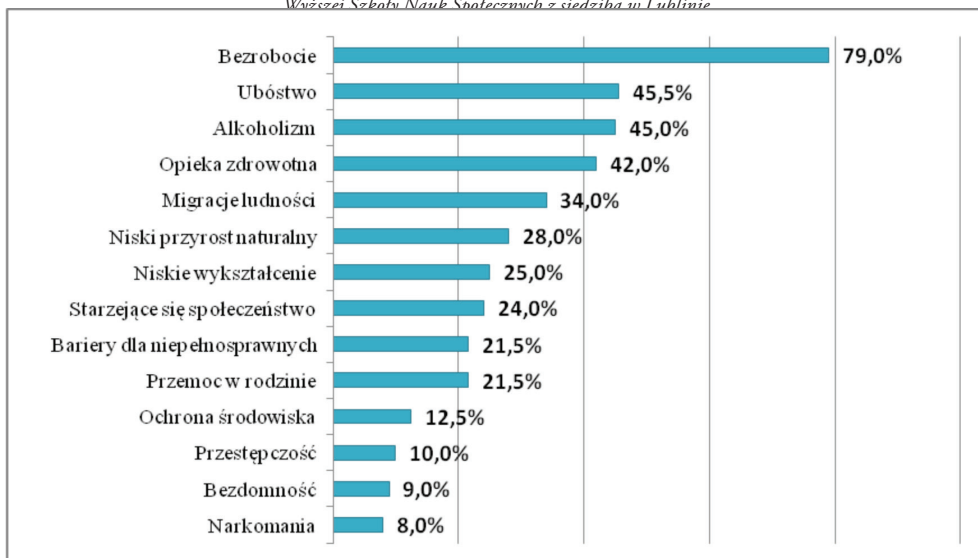


Wykres 2. Problemy w gminie Piątek wskazywane przez respondentów w badaniu kwestionariuszowym.

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.29.

Drugie zestawienie zawiera przekonania na ten sam temat specyficznej grupy respondentów, jaką były osoby korzystające ze świadczeń Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Odpowiedzi osób korzystających ze wsparcia Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej wykazały zbieżność z opiniami szerszej grupy respondentów, co uwiarygodnia wyniki badań. Ponownie za najważniejszy problem gminy uznano bezrobocie – aż 79% spośród wszystkich badanych wskazało go jako główny, niski poziom opieki zdrowotnej w porównaniu z poprzednim wykresem również plasuje się dość wysoko, bo na 4 miejscu wśród najważniejszych problemów społecznych (42%), z kolei starzejące się społeczeństwo zaznaczyło jedynie 24% respondentów i jest to wyraźny spadek w stosunku do badania kwestionariuszowego. Jednakże powyższy wniosek wynika zapewne z faktu, iż osoby korzystające z GOPS-u w większej mierze posiadają problemy skupiające się na patologiach społecznych typu ubóstwo czy alkoholizm.



Wykres 3. Problemy społeczne wskazane w ankiecie przeprowadzonej wśród osób korzystających z usług Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

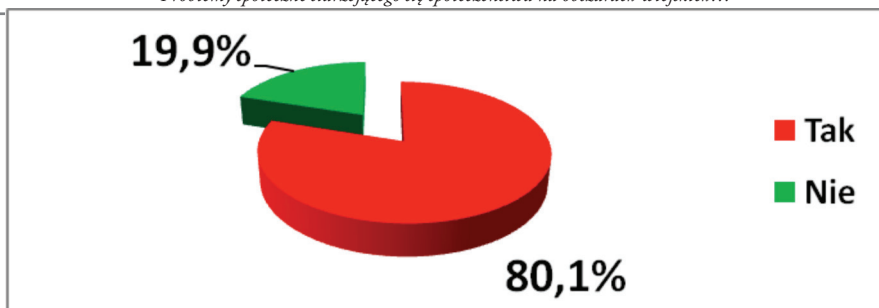
Źródło: Majer A., Szczesna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022, Łódź-Piątek, 2014, s.30.*

Konkludując, na podstawie wyników badań kwestionariuszowych oraz konsultacji społecznych przeprowadzonych w gminie trzema najważniejszymi problemami są: bezrobocie, migracje ludności oraz starzejące się społeczeństwo. Jednak podjęta problematyka oscylująca wokół zagadnień związanych z osobami starszymi sprawia, iż w dalszej części należy skupić największą uwagę wokół analizy wyników badań związanych z takimi problemami jak: starzenie się społeczeństwa i niski przyrost naturalny, odpływ i migracje ludności, funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, sytuacja osób niepełnosprawnych, zaspokajanie potrzeb kulturalnych w gminie oraz wykluczenie społeczne seniorów.

STARZEJĄCE SIĘ SPOŁECZEŃSTWO A NISKI PRZYROST NATURALNY

Pierwszy podjęty problem to starzenie się społeczeństwa i niski przyrost naturalny.

Opinia mieszkańców jest potwierdzeniem tezy, że problem występuje i jest niepokojący – aż 80% badanych potwierdza, że w ich gminie ma on duży wymiar, który również odnosi się do sytuacji w całym regionie, a która zobrazowana została na wykresie IV.



Wykres 4. Czy w gminie Piątek problemem jest starzejące się społeczeństwo?

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.37.

Tabela I. Ruch naturalny ludności w 2012 r. – powiat łęczycki.

Źródło: GUS – Ludność – Dane powiatowe 2013

WYSZCZEGÓLNIENIE	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny
			ogółem	w tym niemowląt				ogółem	w tym niemowląt ^a	
	w liczbach bezwzględnych					na 1000 ludności				
Powiat łęczycki	268	460	711	4	-251	5,1	8,8	13,6	8,7	-4,8
Gminy wiejskie:										
Daszyna	25	36	53	1	-17	6,2	8,9	13,1	27,8	-4,2
Góra Świętej Małgorzaty	28	46	72	-	-26	6,2	10,2	16,0	-	-5,8
Grabów	22	61	81	-	-20	3,5	9,7	12,9	-	-3,2
Łęczyca	42	70	108	-	-38	4,9	8,2	12,6	-	-4,4
Piątek	31	60	98	-	-38	4,9	9,6	15,6	-	-6,1
Świnice Warckie	29	29	45	-	-16	7,1	7,1	11,0	-	-3,9
Witonia	18	30	57	-	-27	5,2	8,7	16,5	-	-7,8

a Na 1000 urodzeń żywych.

Aktualne dane demograficzne świadczą o tym, że sytuacja ludnościowa gminy, to jest rozkład poszczególnych kategorii wiekowych, nie wykazuje odstępstw od normy. Mimo to tendencja rozszerzania się kategorii *utrzymywanych* (emerytów i rencistów) i zmniejszania kategorii *utrzymujących* (pracujących), dostrzegalna w całej Polsce i Europie, mocno niepokoi również opinię publiczną mieszkańców Piątku. W przewidy-

waniu narastania wagi tego problemu w dającej się przewidzieć przyszłości i niejako wychodząc naprzeciw oczekiwaniom ludzi, należałoby podejmować już obecnie działania, które pozwolą lepiej wykorzystać możliwości Gminnego Ośrodka Kultury do potrzeb seniorów (być może na wzór Centrów Aktywnego Seniora w Łodzi). Trzeba także rozwijać, w miarę możliwości, inne formy pomocy seniorom zmierzające do ich utrzymywania w domach we względnie dobrej kondycji, jak proponowanie drobnych form aktywności, pomoc sąsiedzka, samopomoc – do poszukiwania rozwiązań w ekonomii społecznej włącznie.

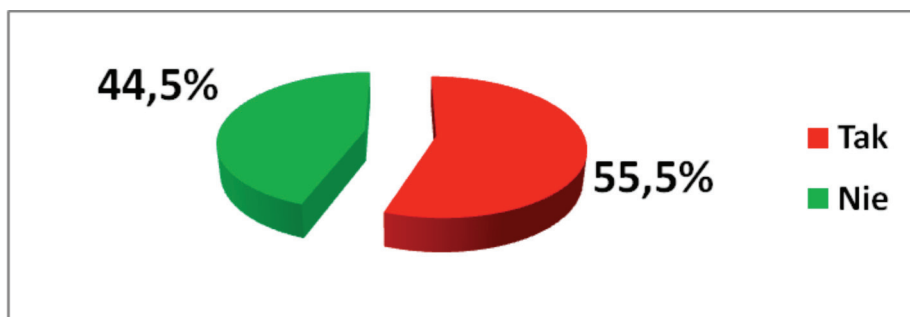
W dłuższej perspektywie czasu powyższy problem będzie się dodatkowo pogłębiał m. in. wskutek ujemnego przyrostu naturalnego w gminie. To również składnik negatywnego, wojewódzkiego trendu (świadczy o tym poniższe zestawienie danych), któremu można jednak próbować przeciwdziałać na poziomie gminy i za pomocą dostępnych jej formalnie instrumentów.

Tabela II. Ubytek ludności województwa łódzkiego.

Źródło: GUS – NSP 2011/2013

Województwo łódzkie	Ludność w tysiącach stan w dniu 31.12				Średnioroczne tempo przyrostu (ubytku) ludności w %			
	2000	2005	2012	2013a	2000	2005	2012	2013a
	2627,8	2577,5	2524,7	2515,2	-0,36	-0,40	-0,36	-0,37

a Bilans ludności został sporządzony: dla lat 2000-2009 – w oparciu o wyniki NSP'2002; od 2010 r. – w oparciu o wyniki NSP'2011. b 2013 r. – dane wstępne.

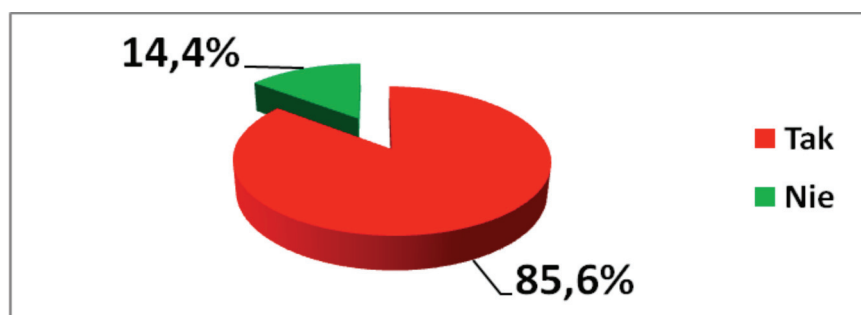


Wykres 5. Czy w gminie Piątek problemem jest niski przyrost naturalny?

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.39.

Respondenci potwierdzają dostrzeganie przez siebie problemu niskiego przyrostu naturalnego w gminie – ponad połowa (55,5%) potwierdza, że ich to niepokoi. Niski przyrost naturalny wiąże się z drugim podejmowanym problemem czyli ruchem ludności, na który składają się zarówno odpływ, czyli migracje stałe poza gminę, jak i migracje wahadłowe – oznaczające codzienne wyjazdy do pracy poza teren gminy.

Sytuację w gminie Piątek pod względem ruchu ludności przedstawia między innymi poniższy wykres, skonstruowany na podstawie opinii mieszkańców oraz wykresy oparte na analizie danych wykonanych przez GUS.



Wykres 6. Czy w gminie Piątek problemem są migracje ludności?

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s. 36.

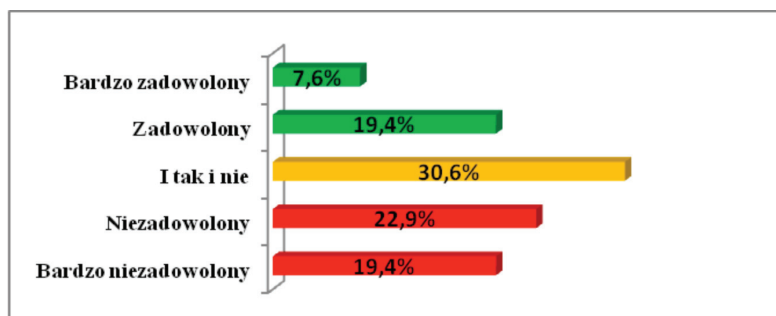
Migracja (a ściślej: emigracja) ludności jest wskazywana przez 86% mieszkańców jako istotny problem. Niezbędne w tej sytuacji są wszelkie działania mające za zadanie zatrzymanie jak największej liczby osób (czyli zahamowanie odpływu, np. poprzez tworzenie nowych miejsc pracy, stwarzanie możliwości rozwoju, itd.) oraz przyciągnięcie jak największej liczby ludności napływowej (np. poprzez promocję walorów gminy) oraz ograniczenie odpływu ludności poza granice gminy.

Mieszkańcy migrują poza granice gminy na pobyt stały np. w poszukiwaniu pracy, co jest odzwierciedleniem trendu na poziomie lokalnym (wojewódzkim), jak i ponadlokalnym (krajowym).

Następnie, zmiany reorganizacyjne z zakresu zarządzania gminą i terenami gminnymi mogą pomóc w realizacji celu, jakim jest próba zwiększenia odsetka osób zamieszkujących teren gminy poprzez zachęcenie osadnictwa zewnętrznego na zasadzie suburbanizacji; jest to możliwe biorąc po uwagę bliskość autostrady A-1 i aglomeracji łódzkiej. W tym celu należy przewidzieć maksymalne, dopuszczalne prawem ułatwienia dla budownictwa indywidualnego i rekreacyjnego.

PROBLEMY OSÓB STARZEJĄCYCH SIĘ A FUNKCJONOWANIE OŚRODKÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

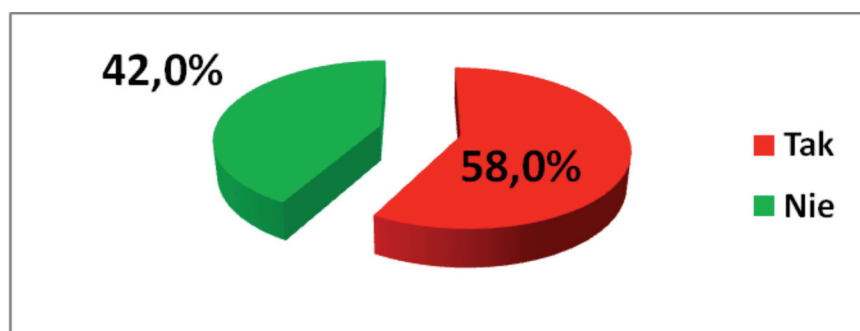
Kolejny ważny obszar mający istotny wpływ na ogólną jakość życia to funkcjonowanie miejscowego systemu opieki zdrowotnej. Poniższe dane pokazują jak kształtują się opinie mieszkańców na temat stanu lokalnej opieki zdrowotnej i jej funkcjonowania.



Wykres 7. Czy jest P. zadowolony z funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia w gminie?

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.42

Niemal 43% respondentów jest niezadowolona z funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia, kolejne 31% jest w tej mierze niezdecydowane; daje to w rezultacie 74% osób, które nie wyrażają pozytywnej opinii na temat danego obszaru.



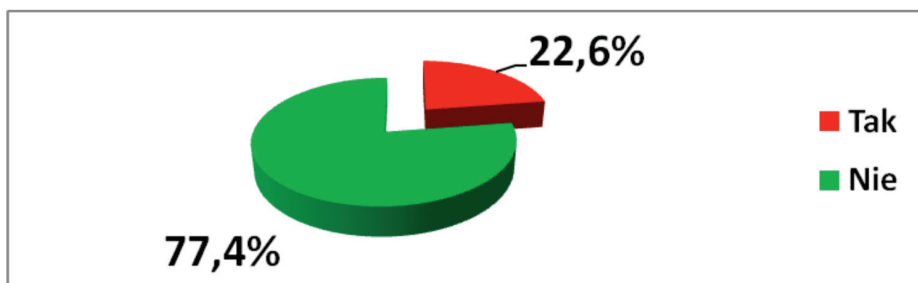
Wykres 8. Czy uważa P., że w Gminie poziom opieki zdrowotnej jest niski?

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.42.

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia nie zaspokaja potrzeb mieszkańców, podobnie jak nie odpowiada im poziom usług w sferze opieki zdrowotnej; 58% osób stwierdza niski poziom tych usług, z kolei ponad 40% osób nie wymienia tego problemu.

PROBLEMY OSÓB STARZEJĄCYCH SIĘ A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Problem starzejącego się społeczeństwa jest nierozdzielnie powiązany z sytuacją osób niepełnosprawnych, emerytów oraz rencistów. Ważnym elementem jest dostosowanie wszelkiego rodzaju lokalnej infrastruktury pod kątem korzystania z niej przez właśnie takie osoby. Badanie określiło czy bariery dla osób niepełnosprawnych są problemem w gminie Piątek.



Wykres 9. Czy uważa P., że bariery dla osób niepełnosprawnych są problemem w gminie Piątek?

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.36.

Tylko 22,6% mieszkańców uznaje bariery dla osób niepełnosprawnych za problem gminy, przy czym odwrotnego zdania było 77,4% badanych. Może się za tym kryć fakt, że pełnosprawne osoby nie postrzegają tego jako problemu, ponieważ się z nim nie stykają. Osoby niepełnosprawne zazwyczaj kojarzą nam się z osobami niepełnosprawnymi fizycznie, zapominamy o tym, że bardzo duży procent tych osób stanowią osoby starsze, niekiedy bardzo schorowane, opuszczone i zaniedbane. Takich osób w społeczeństwie jest coraz więcej, gdyż nawet drobny uraz może spowodować u nich trwałą niepełnosprawność. Starszy organizm posiada mniejszy zasób rezerw potrzebnych do kompensacji skutków choroby. Samo zmniejszenie wydolności organów powoduje, iż osoby starsze narażone są na niepełnosprawność. Wraz z wiekiem istnieje zwiększone ryzyko wypadków w domu, jak i zaniedbań higieny, co prowadzi to do obniżenia jako-

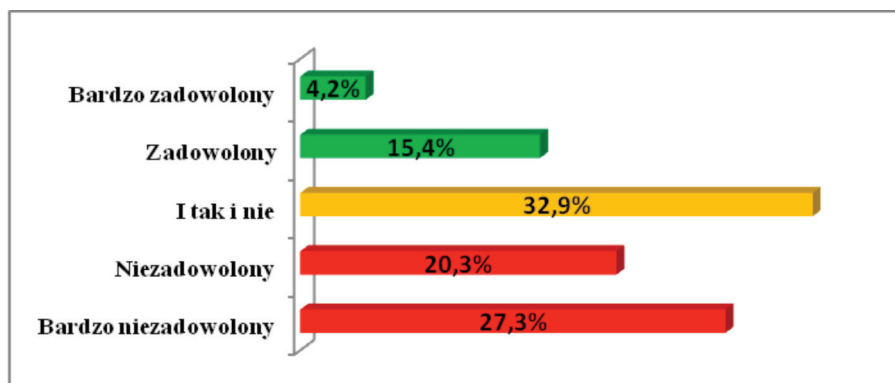
ści życia. Niepełnosprawność związana z wiekiem ma dwie cechy: albo jest wynikiem przewlekłej choroby, albo utrudnia wykonywanie codziennych czynności bez pomocy drugiej osoby. Ludzie w podeszłym wieku często borykają się nawet z kilkoma rodzajami niepełnosprawności, przyczynia się do tego zarówno styl życia, ale także brak wsparcia społecznego lub niedostateczny dostęp do opieki zdrowotnej [2].

PROBLEMY OSÓB STARZEJĄCYCH SIĘ A WYKLUCZENIE SPOŁECZNE

Następny obszar nie dotyczy prawie w ogóle gminy Piątek (przynajmniej nie stwierdzono jego występowania wśród wskazywanych zagrożeń), jest to wykluczenie społeczne. Jednak inne miasta i gminy w Polsce notorycznie borykają się z tym problemem; oznacza on sytuację uniemożliwiającą lub znacznie utrudniającą jednostce lub grupie pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, zdobywanie dochodów w godny sposób. Wykluczeniem społecznym najbardziej zagrożeni są: bezrobotni, rodziny wielodzietne, rodzice samotnie wychowujący dzieci, osoby niepełnosprawne, osoby chore psychicznie, osoby starsze, uzależnieni, bezdomni, osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, ofiary patologii życia rodzinnego, dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych oraz wychowujące się poza rodziną a także osoby będące imigrantami oraz członkowie mniejszości narodowych. Dużą grupę tych osób stanowią osoby starsze i niepełnosprawne w starości, które dotyka także wycofanie społeczne. Jest to co prawda zjawisko naturalne i nieuchronne, o zasadniczo biologicznym podłożu, jednak niektórzy seniorzy chcą aktywnie działać i to jest dla nich nienaturalne – aby pozostać wycofaną jednostką. W świetle teorii aktywności odbiera się im prawo do społecznych działań, często myśląc o nich stereotypowo, na zasadzie: skoro są „starszy” to powinni wycofać się z życia społecznego [8].

PROBLEMY OSÓB STARZEJĄCYCH SIĘ A POTRZEBY KULTURALNE

Ważnym z punktu widzenia rozwoju społeczeństwa oraz ogólnego poziomu jakości życia mieszkańców w tym osób starszych jest możliwość zaspokajania na miejscu potrzeb rozrywkowych czy zapotrzebowania na kulturę. W gminie Piątek jest to, jak się okazało, sfera wyjątkowo problematyczna a podstawowe instytucje kulturalne, np. Gminy Ośrodek Kultury, w powszechnym przekonaniu nie realizują swoich zadań.



Wykres 10. Zadowolenie z możliwości zaspokajania potrzeb rozrywkowych i kulturalnych w gminie.

Źródło: Majer A., Szczęsna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2022*, Łódź-Piątek, 2014, s.51.

Kwestia możliwości korzystania z kultury jest dziedziną powszechnie wskazywaną przez mieszkańców jako wymagającą poprawy. Prawie połowa respondentów (47%) nie jest zadowolona z możliwości, jakie stwarza pod tym względem gmina i gminne instytucje kulturalne. Kolejne 33% nie wyraża pozytywnej ani też negatywnej opinii w tej sprawie, co daje łącznie 80% osób niezadowolonych.

Instytucje kulturalne w gminie nie zapewniają zajęć, które zaspokoiliłyby potrzeby szerokiej grupy osób niepełnoprawnych starzejących się, w każdej formie niepełnosprawności, poczynając od upośledzonych intelektualnie poprzez niedowidzących i niedosłyszących a kończąc na niepełnosprawnych fizycznie. Brakuje zajęć sportowych dla seniorów prowadzonych w ciekawej formie, a z badań wynika, iż ponad 50% społeczności zamieszkującej gminę Piątek uprawia sport. Seniorzy na własną rękę podejmują takie aktywności jak jazda rowerem, *nordic walking* czy spacer. W gminie istnieje wiele infrastruktury sportowej (sale gimnastyczne, boiska, orliki, park), którą można by z powodzeniem wykorzystać do zaaranżowania działań sportowych na ich obszarze.

SRPS A PARTYCYPACJA, SPOŁECZEŃSTWO OBYWATELSKIE I DELIBERACJA

Ten krótki przegląd najważniejszych problemów społecznych w gminie Piątek uświadamia odbiorcy, iż samorząd stale powinien podejmować działania prowadzące do poprawy sytuacji osób starzejących się, a decyzje te *powinny być w jak największym zakresie wypracowane bezpośrednio przez obywateli* [12] za pomocą władz. Jednym z ta-

kich działań może być tworzenie przez samorząd SRPS we współpracy z mieszkańcami. Jednak aby taka możliwość zaistniała na drodze konsultacji społecznych niezbędna jest partycypacja społeczna polegająca na współdziałaniu; w szczególności chodzi tu o obecność obywateli w procesie powstawania i funkcjonowania lokalnych inicjatyw i grup obywatelskich, organizacji pozarządowych, dobrowolnych zrzeszeń i stowarzyszeń, a także *zaufanie społeczne, które stanowi fundamentalny składnik życia społecznego* [7]. Partycypacja to również włączanie się ludności lub jej przedstawicieli w proces powstawania ważnych dokumentów, podejmowania kluczowych decyzji i rozwiązywania nierzadkich, lokalnych problemów. Zakłada współdziałanie dwóch lub więcej stron. Ważne jest to, aby aktywny udział brali w tym wszyscy partnerzy i interesariusze (czyli bezpośredni odbiorcy działań), najbardziej zainteresowani sprawą wymagającą dialogu.

We współrządzeniu kluczową rolę odgrywa społeczeństwo obywatelskie². Współrządzenie to system policentrycznej i zmieniającej się koordynacji politycznej, dlatego wymaga efektywnych powiązań między jednostkami terytorialnymi różnych szczebli i wzmocnienia sfery publicznej. Włączanie społeczeństwa w życie publiczne może służyć ulepszaniu instytucji demokratycznych i wzmocniać legitymizację sfery publicznej w dobie malejącego zaufania obywateli do polityki [10].

Coraz powszechniejsza jest świadomość, że w demokracji nie można obejść się bez wysłuchania głosu obywateli. Jak pisał Lincoln *demokracja to rządy ludu, sprawowane przez lud i dla ludu*, łączy walory demokracji formalnej i partycypacyjnej [6]. Obecnie priorytetem i ustawowym nakazem staje się przygotowanie pracowników instytucji samorządowych, rządowych i wszystkich innych zainteresowanych w zakresie stanu prawnego oraz krajowych i unijnych wymogów dotyczących skutecznego i poprawnego prowadzenia konsultacji społecznych, teoretycznych podstaw dialogu społecznego i demokracji deliberatywnej. Deliberacja jest formą interakcji – wymiany poglądów i uzgadniania stanowisk. Idea demokracji deliberatywnej upatruje w otwartych debatach, przy udziale możliwie jak najszerszych gremiów, centralnego aspektu demokracji, uzasadniając to prawem, zdolnościami i możliwościami członków zbiorowości, będących przedmiotem wszelkich decyzji instytucjonalnych, do współuczestnictwa w kształtowaniu tych decyzji [4]. *Poszukuje się sposobów przenoszenia władzy na niższe poziomy oraz opracowania strategii rozwoju z uwzględnieniem perspektywy regionów społeczności lokalnych. Znaczną rolę odgrywa tu również partnerstwo międzysektorowe. Pozwala ono łączyć zasoby najważniejszych aktorów, którzy reprezentują sektory publicz-*

2 Społeczeństwo obywatelskie – istnieje wiele definicji jednak większość z nich opiera się na założeniu, iż stanowi ono część przestrzeni społecznej, która jest autonomiczna wobec państwa i złożona z dobrowolnie współdziałających, zrzeszonych jednostek [3].

ny, społeczny i prywatny w celu rozwiązania istotnych problemów danego terytorium lub polityki. Są one coraz istotniejsze na obszarach wiejskich, które borykają się z problemami zapóźnień w rozwoju i gorszego dostępu do zasobów [9].

W tak działającej relacji między samorządem a mieszkańcami jedną z możliwych dróg rozwiązania problemów społecznych dotyczących starzejącego się społeczeństwa jest umieszczenie w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych celów strategicznych z których bezpośrednio wynikają cele dotyczące osób starszych i kierunki działań oraz zadbanie o to, aby w strategii znalazły się problemy zgodne z daną rzeczywistością i możliwe do realizacji na przyszłe lata finansowania.

JAK POWINNA WYGLĄDAĆ POPRAWNIE SKONSTRUOWANA SRPS – SPOSOBY TWORZENIA I UWARUNKOWANIA PRAWNE

Oprócz wspomnianych wyżej celów i kierunków działań SRPS powinna odnosić się do wojewódzkiej SRPS i przyczyniać się do jej pomyślnej realizacji. Wyrażając to w kategoriach zastosowanych w strategii województwa, gminna strategia musi być zasadniczo zgodna, po pierwsze, z wojewódzką polityką horyzontalną. Horyzontalność jako model polityki odpowiada tworzeniu i rozwijaniu poziomych (niehierarchicznych) struktur społecznych oraz oparty jest na takich strukturach. Polityki horyzontalne są priorytetowymi kierunkami rozwoju społecznego i gospodarczego w całej Unii Europejskiej. Każdy projekt, a zwłaszcza te które mają być realizowane z udziałem funduszy europejskich, jest oceniany w kontekście zgodności z podstawowymi politykami: zrównoważonego rozwoju, równych szans dla wszystkich grup społecznych, partnerstwa, rozwoju lokalnego, wreszcie z polityką innowacyjności i społeczeństwa informacyjnego.

Po drugie, strategia gminna powinna wpisywać się w wojewódzką politykę terytorialną, polegającą (najogólniej to ujmując) na różnicowaniu działań wobec różnych obszarów – adekwatnie do ich roli i znaczenia w systemie osadniczym. Może ona mieć dwa zasadnicze wymiary: ponadlokalny – obejmujący miasta powiatowe i ich obszary funkcjonalne, oraz lokalny – w ramach którego może dokonywać się rozwój kierowany przez społeczność lokalną (RLKS). W obrębie tak pojmowanego kierowania mieszczą się: partycypacja ludności, konsultacje, angażowanie aktywności społecznej i wiele innych form, czynnych i biernych uczestnictwa [5].

Po trzecie, gminna strategia w obrębie newralgicznej dziedziny, jaką są problemy społeczne, musi być w pełni zgodna z dwoma obszarami, mianowicie: obszary strategicznej interwencji wynikające z założeń polityki państwa oraz – w równym stopniu – z obszarem strategicznej interwencji wynikającej z polityki województwa łódzkiego.

Uwarunkowań prawnych, które pozwalają SRPS funkcjonować jako ważny dokument jest wiele i zależą one głównie od charakteru i kwestii poruszanych w strategii³.

Tak pojmowana strategia na poziomie gminy ma wszelkie szanse przyczyniać się do realizacji głównych, strategicznych celów, jakimi są spójność gospodarcza, spójność społeczna i spójność przestrzenna.

Tworząc SRPS problemy osób starszych powinny po pierwsze znaleźć się w tzw. analizie SWOT, która jest przydatnym narzędziem wskazania negatywnych i pozytywnych aspektów rozpatrywanego przedmiotu, podmiotu lub zagadnienia. Nazwa SWOT jest akronimem angielskich słów *Strengths* (mocne strony), *Weaknesses* (słabe strony), *Opportunities* (szanse w otoczeniu zewnętrznym), *Threats* (zagrożenia w otoczeniu zewnętrznym). W tym wypadku jej celem jest pokazanie zasobów i atutów występujących na terenie gminy Piątek. Mocne strony sprzyjają rozwojowi gminy, wyróżniają ją z otoczenia innych i tworzą podstawy do konkurencyjności. Słabe strony hamują ten rozwój, jeśli nie będą zniwelowane. Z kolei szanse, przy ich umiejętnym wykorzystaniu, mogą wpływać pozytywnie na rozwój gminy. Uwidocznione zagrożenia bardziej poten-

3 Na szczeblu krajowym fundamentalnym dokumentem jest Strategia Polityki Społecznej. Nadrzędnym celem powyższej strategii jest zbudowanie zintegrowanego systemu państwa polskiego prowadzącego do ułatwienia obywatelom równego dostępu do praw społecznych, poprawy warunków funkcjonowania rodzin oraz wsparcia osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym przy jednoczesnym zapewnieniu współuczestnictwa obywateli. Kolejny ważny dokument to Strategia Rozwoju konkretnego Województwa – w tym przypadku województwa Łódzkiego. Następnie jest to Strategia Rozwoju Powiatu i Gminy oraz SRPS danej gminy z lat ubiegłych. Kolejne dokumenty zależą od treści poruszanych w strategii, najczęściej oprócz Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej są to następujące ustawy: Ustawa o pomocy społecznej z 12.03.2004 r. (tekst jednolity Dz. U. 2013.182), Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 29.07.2005 r. (Dz. U. 2005.180.1493 z późn. zm.), Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jednolity Dz. U. 2013.135 z późn. zm.), Art. 7 ust. 1 pkt. 6, 6a i 16 ustawy o samorządzie gminnym z 08.03.1990 r. (tekst jednolity Dz. U. 2001.142.1591 z późn. zm.), Ustawa o świadczeniach rodzinnych z 28.11.2003 r. (tekst jednolity Dz. U. 2006.139.992 z późn. zm.), Ustawa o pomocy osobom uprawnionych do alimentów z dnia 7 września 2007 r. (tekst jednolity Dz. U. 2012.1228 z późn. zm.), Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (tekst jednolity Dz. U. 2011.43.225 z późn. zm.), Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. 2011.127.721 z późn. zm.), Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie z 24.04.2003 r. (tekst jednolity Dz. U. 2010.234.1536), Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z 20.04.2004 r. (tekst jednolity Dz. U. 2008.69.415 z późn. zm.), Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. 2011.231.1375 z późn. zm.), Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. 2012.1356 z późn. zm.), Ustawa o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego z dnia 24 stycznia 1991 r. (tekst jednolity Dz. U. 2012.400), Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z 23.01.2003 r. (tekst jednolity Dz. U. 2008.164.1027 z późn. zm.), Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych (Dz. U. 2001.71.734 z późn. zm.).

cialnie, niż realnie wpływają na funkcjonowanie całej gminy, ale w przyszłości mogą dla niej stanowić niebezpieczeństwo.

W gminie Piątek (w analizie SWOT) problem osób starszych został uwzględniony jedynie w zagrożeniach:

Za najważniejsze zagrożenia dla przyszłości gminy trzeba uznać demografię, czyli niską liczbę urodzeń, migracje, starzenie się społeczeństwa oraz zmniejszenie się populacji osób młodych w wieku produkcyjnym (czyli niekorzystna proporcja między pracującymi i utrzymującymi resztę społeczeństwa a niepracującymi – utrzymywanymi).(...) Zagrożeniem jest także postępujące starzenie się społeczeństwa. Młodych ludzi w gminie jest coraz mniej, co skutkuje tym, iż coraz wyraźniej brakuje osób które mogły by się opiekować osobami starszymi [5].

Po drugie wszystkie działania dotyczące poprawy sytuacji osób starzejących się powinny być umieszczone w celach strategicznych strategii. Cel w kategoriach strategicznych jest rozumiany jako kierunek działania, natomiast w dokumencie jakim jest Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych cel to kierunek, a kierunek to nic innego jak działanie ukierunkowane na poprawę obecnej sytuacji.

Podczas tworzenia SRPS ważna jest zatem przede wszystkim analiza SWOT i cele strategiczne oraz operacyjne wraz z kierunkami działań. Jednakże przed analizą SWOT należy koniecznie wykonać identyfikację problemów występujących na danym obszarze, na przykład za pomocą badań społecznych. Następnie oprócz spójności strategii wraz z innymi dokumentami, powinniśmy przewidzieć sposoby jej wdrażania, monitoring i ewaluację. Dodatkowym atutem będzie także pozyskanie partnerów, którzy mogliby przyczynić się do bardziej efektywnego wdrażania dokumentu.

CELE I KIERUNKI DZIAŁAŃ SRPS GMINY PIĄTEK

Cele strategiczne wynikają bezpośrednio z całej uprzednio wykonanej diagnozy (części badawczej, warsztatowej oraz analizy danych zastanych) i są priorytetowym elementem danego dokumentu. Założenia określają, że w okresie aktualności danej Strategii, tj. latach 2014–2020 należy zaangażować się w realizację wszystkich celów, a tym samym dokonać zmian, które poprawią sytuację osób starszych. Cele operacyjne wyszczególnione w gminie Piątek wyglądają następująco:

Cel I. Zwiększanie potencjału ekonomicznego gminy Piątek w obszarach zrównoważonego rozwoju społeczno- ekonomiczno- ekologicznego

Cel II. Tworzenie innowacyjnej polityki zogniskowanej na integrację i solidarność społeczną w zakresie poprawy jakości życia mieszkańców i promocji gminy

Cel III. Zmniejszanie skali ubóstwa i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez podniesienie ogólnego poziomu świadomości, zatrudnialności i mobilności zawodowej mieszkańców.

Cele związane z osobami starszymi i kierunki działań można odnaleźć w tabeli nr 3. Jak widać w tabeli przyszła SRPS w tym zagadnienia dotyczące osób starszych powinny koncentrować się w głównej mierze na: promowaniu zdrowego stylu życia wśród seniorów, zwiększeniu oferty kulturalnej GOK-u (w tym także dostosowanie zajęć dla osób starszych i niepełnosprawnych oraz lepsze wykorzystanie obiektów sportowych), wykorzystaniu w pomocy ludziom starszym działań samopomocowych czyli np. pomocy sąsiedzkiej oraz wolontariatu.

Tabela III. Tworzenie innowacyjnej polityki zogniskowanej na integrację i solidarność społeczną w zakresie poprawy jakości życia mieszkańców i promocji gminy.

Źródło: Majer A., Szczesna B., Dyński M., *Założenia Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek na lata 2014–2021, Łódź-Piątek, 2014, s.68.*

CEL OPERACYJNY	KIERUNKI DZIAŁAŃ	PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE	PODMIOTY WSPÓŁPRACUJĄCE	WSKAŹNIKI REALIZACJA DZIAŁAŃ
Tworzenie innowacyjnej polityki zogniskowanej na integrację i solidarność społeczną w zakresie poprawy jakości życia mieszkańców i promocji gminy	Wprowadzenie programów promujących zdrowy styl życia i edukacja prozdrowotna	Urząd gminy	GOK, Placówki oświatowe, Placówki zdrowia, organizacje pozarządowe	Ilość takich zajęć i liczba ich uczestników
	Zwiększenie liczby imprez masowych, wydarzeń kulturalnych i sportowych	Urząd Gminy	Placówki oświatowe, organizacje pozarządowe	Ilość imprez i liczba ich uczestników
	Dbłość o sprawne funkcjonowanie GOK-u Wzbogacenie oferty kulturalnej o występy wyłącznie lokalnych artystów a w szczególności zdolnej młodzieży	Urząd Gminy	Stowarzyszenia	Ilość organizowanych zajęć przez GOK, ilość występów lokalnych artystów i ilość imprez
	Lepsze wykorzystanie ośrodków sportowych na terenie gminy oraz dbałość o stałą poprawę ich stanu	Urząd Gminy	Placówki oświatowe, GOK	Organizacja imprez masowych, zajęć sportowych
	Dostosowanie oferty sportowej i kulturalnej do potrzeb osób starszych	Urząd gminy	GOK i GOPS, organizacje pozarządowe	Oferta zajęć oraz liczba uczestników
	Animowanie i inicjowanie działań samopomocowych i wolontarystycznych, w szczególności na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych	Urząd gminy	GOPS, organizacje pozarządowe	Dane GOPS-u
	Zintensyfikowanie działań promocyjnych poprzez działania ukierunkowane na rozwijanie priorytetowych kierunków rozwoju	Urząd Gminy	Wolontariat, stowarzyszenia	Ilość rozdanych ulotek i wywieszonych ogłoszeń
	Wypracowanie „Strategii” promocji gminy wraz z NGO	Urząd Gminy	GOK, NGO	Dokument „Strategii”

PODSUMOWANIE

Podsumowując, starzejące się społeczeństwo, w dobie obecnych przemian demograficznych, to takie w którym stale przybywa ludzi starych, dlatego też powinno budzić to większe zainteresowanie osób z działu polityki, głównie społecznej. Nasze przyszłe planowanie działań zmierzających ku rozwiązywaniu problemów powinno iść w stronę polityki stosowanej w innych państwach, które w mniej lub bardziej spójny sposób prowadzą *politykę wobec ludzi starych* [11]. Jest ona zorientowana na potrzeby i interesy osób starszych, które zamieszkują dany obszar w danym czasie, czyli rozpoznaniu obecnej sytuacji seniorów. Wszystkie działania w tym również tworzone strategie powinny na podstawie zastanej diagnozy problemów społecznych, przewidywać i prognozować sytuacje osób starszych na przyszłe lata objęte danym działaniem.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Frysztański K., Socjologia problemów społecznych, Warszawa, 2009, Wydawnictwo naukowe Scholar, s. 17.
- [2] Hill R.D., Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia, Warszawa, 2010, Wydawnictwo Laurum, s. 251-259.
- [3] Kacprzak T., Kultura dialogu obywatelskiego w Polsce i wybranych krajach UE [w:] Sienkiewicz M.W., Sidor M. (red.), Dialog obywatelski formy, mechanizmy, bariery i perspektywy rozwoju, Lublin, 2014, Wyd. Fundacji Centrum Rozwoju Lokalnego, s. 43.
- [4] Kubiak A., Krzewińska A., Sondaż Deliberatywny – inwentarz problemów [w:] Przegląd Socjologiczny, Łódź, 2012, ŁTN, s. 9–30.
- [5] Majer A., Szczęsna B., Dyński M., Założenia do przyszłej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych oraz Programu Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi w gminie Piątek na lata 2014–2020, Łódź-Piątek, 2014.
- [6] Misztal W., Dialog obywatelski we współczesnej Polsce, Lublin, 2011, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15.
- [7] Mularska-Kucharek M., Kapitał społeczny a postawy i działania przedsiębiorcze mieszkańców Łodzi, Łódź, 2012, Wyd. UŁ, s. 24.
- [8] Niezabitowski M., Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej, problemy uczestnictwa społecznego, Katowice, 2007, Wydawnictwo Śląsk, s. 101.
- [9] Podędworna H. (red.), Nowe inspiracje socjologii wsi, Warszawa, 2011, Wydawnictwo Scholar, s. 263.
- [10] Ruzza C., Wprowadzenie [w:] K.Wód (red.), Negocjowana demokracja, czyli europejskie governance po polsku, Warszawa, 2007, Wydawnictwo Scholar.
- [11] Rzecznik Praw Obywatelskich, Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje., Warszawa, 2012.
- [12] Wasilewski J., Czy demokracja deliberatywna naprawi współczesną demokrację? [w:] Reykowski J., Konflikt i porozumienie. Psychologiczne podstawy demokracji deliberatywnej, Warszawa, 2007, Wyd. SWPS Academica, str. 14.
- [13] Szatur-Jaworska B., Starzenie się ludności – zadania dla pracy socjalnej, [w:] Wódz K. (red.) Aktywizacja – Integracja – Spójność. W poszukiwaniu innowacyjnych rozwiązań w obszarze polityki społecznej i pracy socjalnej, Toruń, 2009, Wydawnictwo edukacyjne Akapit, s. 51–53.

ARTETERAPIA JAKO SPOSÓB NA POPRAWĘ JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB STARZEJĄCYCH SIĘ

JOANNA ŚLĄZAK

Koło Naukowe Młodych Arteterapeutów
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Pedagogiczno-Artystyczny w Kaliszu

STRESZCZENIE

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie pozytywnej strony starzenia się i wielu możliwości jakie (wbrew pozorom) ten okres życia ze sobą niesie. W artykule zwrócono uwagę na to, jak bardzo wykorzystywane techniki arteterapii może poprawić jakość życia osób starzejących się, wnieść do ich życia radość i zmienić nastawienie do nadchodzących w ich życiu zmian, tym bardziej, że starość w społeczeństwie postrzegana jest różnie. Może być odbierana w sposób pozytywny lub negatywny. Duże znaczenie ma tutaj przekonanie społeczeństwa, w którym żyjemy o tym, kim są ludzie starsi i jak należy ich traktować. Często szacunek do osób starszych wynoszony jest po prostu z domu, jednakże nastawienie jakie mamy a wyobrażenie o samej starości to dwie różne rzeczy.

*„To, że starzejemy się, jest jednakie dla wszystkich.
To, jak się starzejemy, jest różne dla każdego”*

Leon Dyczewski

WPROWADZENIE

Niewiele jest osób, których starość nie przeraża. Kojarzy się ona z bólem, cierpieniem i ograniczeniami. Mówiąc o osobie starszej mamy przed oczami obraz wykluczenia, braku zrozumienia ze strony społeczeństwa, obraz kogoś, kto nie jest już częścią „prawdziwego” życia. Dzieje się tak z reguły poprzez zmiany jakie zachodzą w organi-

zmie, zniedołężnienie czy szereg chorób z jakimi muszą walczyć seniorzy. Kolejną stratą jaka ma nadejść wraz z upływem lat to koniec kariery zawodowej, bierność, stagnacja. Dzisiejszy świat, gdzie dominuje pogoń za pieniądzem i sławą, narzuca tak szybki rytm, że kiedy przychodzi czas emerytury, okres w którym trzeba pożegnać się z obowiązkami zawodowymi i z kontaktami społecznymi dla wielu osób jest największym ciosem. Trzecią, ostatnią już stratą lecz najbardziej bolesną jest wizja śmierci. Wizja już nie tyle końca własnego życia co życia współmałżonka, członków rodziny, dzieci i przyjaciół [1]. *„Jesteśmy narażeni na utratę praktycznie wszystkiego, z czego i dzięki czemu w dzieciństwie i młodości budowaliśmy nasze poczucie tożsamości. W latach wczesnej i późnej dorosłości było ono czymś oczywistym, źródłem naszej siły jako opiekunów, pracowników, partnerów”* [1]. Nic więc dziwnego, że starość może nas przerażać.

Starość jest nieodłączną częścią życia każdego człowieka, jednakże w dzisiejszych czasach, gdzie dzieci rodzi się coraz mniej możemy już mówić o zjawisku starzejącego się społeczeństwa. Sytuacja ta je nie tylko kwestią spadku liczby urodzeń (co jednak jest bardzo widoczne zwłaszcza w porównaniu do liczny urodzeń dwadzieścia lat temu) ale też polepszenia jakości życia. Dzięki postępowi medycyny średnia długość życia znacznie wzrosła. Ponadto, po drugiej wojnie światowej w wielu krajach nastąpił wyż demograficzny, którego przedstawiciele osiągają właśnie wiek senioralny [1].

BIOLOGICZNE ZMIANY OSÓB STARZEJĄCYCH SIĘ

Organizm ludzki przez cały proces swojego istnienia podlega nieustannym zmianom. U osób starzejących się nie są one już tak dynamiczne jak w przypadku dzieci czy młodzieży ale nadal są. Zachodzi szereg zmian fizycznych, psychicznych i społecznych. Najbardziej doskwierające zmiany to te biologiczne gdyż są one po prostu nieprzyjemne a co więcej mają wpływ także na psychikę człowieka oraz jego pozycję w społeczeństwie. Ograniczenia fizyczne wynikające z następujących zmian wykluczają osoby starsze z życia towarzyskiego i skazują na samotność [11].

„Biologiczne zmiany w późnej dorosłości mają charakter zmian wstecznych, ich podstawą jest zanik zdolności reprodukcyjnych komórek oraz ich stopniowa degeneracja” [5]. Zaburzenie pracy układu nerwowego poprzez redukcję dendrytów w mózgu prowadzi do opóźnienia reakcji organizmu. Z tego powodu starsi ludzie mają opóźnione ruchy i reakcje na bodźce. Zjawisko to nazywane jest utratą plastyczności synaptycznej. Często wywołuje to irytację u osób młodszych, brak zrozumienia i cierpliwości dla powolnego trybu życia seniorów[5].

Kolejnym zjawiskiem jest niedowidzenie powstające na skutek zmniejszenia ilości krwi dopływającej do gałek ocznych. Prowadzi to do powiększenia się tzw. plamki ślepej i zawężenia pola widzenia. Trudności pojawiają się także podczas patrzenia w ciemności. Często występują takie choroby jak jaskra lub katarakta. Z czasem wady wzorku utrudniają codzienne funkcjonowanie, ograniczają możliwości rozrywki (często jedynej) takiej jak oglądanie telewizji, czytanie książek, spacer, sztybelkowanie.

Zmiany zachodzące w układzie słuchowym także utrudniają codzienne funkcjonowanie. O ile pierwsze symptomy niedosłuchu zaczynają pojawiać się już w wieku średnim tak z upływem lat są coraz bardziej uciążliwe. *„W miarę procesów starzenia się dochodzi do utraty zdolności odbierania dźwięków o wysokiej częstotliwości. Do tego dochodzą trudności z wyodrębnieniem słyszalnych słów. Utrata zdolności rozróżniania słów nasila się w warunkach hałasu. Ponadto pojawiają się inne uciążliwości, jak na przykład nieustanny szum w uszach. Z tego powodu starsi ludzie coraz gorzej znoszą udział w zgromadzeniach publicznych, kiedy na wszystkie wymienione dotkliwości nakłada się jeszcze gwar ludzkich głosów”* [1]. Problemy te można korygować aparatami słuchowymi. Osoby starsze często wstydzą się zaniku słuchu, nie proszą o powtórzenie słów, których nie dosłyszały i jednocześnie nie chcą korzystać z aparatów słuchowych. Powoduje to utrudnienie w kontaktach z innymi a często nawet prowadzi do izolowania się od społeczeństwa.

Z wiekiem zmienia się także intensywność smaków. Nie są one tak intensywne, jedzenie traci na wartości i przestaje być przyjemnością. Taki stan rzeczy może być spowodowany suchością w ustach lub utratą węchu, która występuje już po 60 roku życia. Wpływ na to ma sposób w jaki dana osoba odżywała się w młodości. Nadmiar przypraw, zbyt intensywne zapachy lub wręcz przeciwnie – zbyt jałowa dieta, pogarsza zmysł węchu. Chcąc nadać potrawom dawnego smaku starsi ludzie zaczynają nadużywać np. cukru. Gdyby tego było mało, to pojawiają się także problemy ze snem. Nie jest on już tak mocny i długi jak u młodszych osób. Często osoby starsze budząc się rano już odczuwają zmęczenie. Niedobór snu nadrabiają krótkimi drzemkami w ciągu dnia [8].

Jak już wspomniano, każda z tych zmian biologicznych nie pozostaje bez echa dla psychiki osoby starzejącej się. Dlatego najkorzystniejszym będzie zaakceptowanie owego naturalnego biegu zmian i pogodzenie się z nimi. Wiąże się to oczywiście z sensownym trybem życia i zmianą przyzwyczajeń. Wydaje się, że tylko zaakceptowanie oczywistego stanu rzeczy pozwala na to by ruszyć dalej [4]. Akceptacja starości nie oznacza stagnacji i rezygnacji z marzeń, jest po prostu zwróceniem uwagi na inną drogę, która do realizacji tych marzeń prowadzi.

Dla osób w podeszłym wieku bardzo ważna jest akceptacja otoczenia, relacje z innymi osobami, troska, wyrozumiałość i cierpliwość ze strony najbliższych i nie tylko. W znacznym stopniu ułatwia to przystosowanie się do ograniczeń związanych ze starzeniem się, które w innym wypadku mogłyby być źródłem cierpienia i wstydu [2].

Pojawiają się jednak sytuacje straty silnie blokujące poczucie akceptacji swojej starości. Zdarzenia takie wywierają największe piętno na psychice. Utrata małżonka to utrata stabilizacji, przyzwyczajień, niezmiennego od lat trybu życia, stałego kontaktu z drugą osobą. Nagła utrata ukochanego człowieka jest niewyobrażalnym ciosem. To właśnie samotność uważana jest za największą bolączkę w okresie starości człowieka. „Najczęściej występujące w późnej dorosłości zdarzenia krytyczne to:

- utrata zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej,
- utrata bliskich osób,
- utrata statusu społecznego i ekonomicznego,
- utrata poczucia przydatności i prestiżu,
- zbliżająca się perspektywa śmierci” [5].

Śmierć wbrew pozorom nie jest uważana za najgorszą rzecz jaka może człowieka spotkać. Najbardziej bolesna do zaakceptowania jest zmiana na gorsze fizyczności, pogorszenie się kondycji, zmarszczki, zniedołężnienie. Jest to trudne z tego względu, że „o ile funkcjonowanie fizyczne ulega powolnemu i stopniowemu spadkowi, o tyle inteligencja, czy też skryzalizowane zdolności, pozostające przez wiele lat na tym samym poziomie” [1]. Umysł nie współgra z ciałem. Mózg, który czuje się młodo, chciałby wiele zrobić, być aktywny jest jednak ograniczony przez ciało. Dlatego tak istotne są dla osób starszych kontakty z innymi ludźmi, rozmowy z ukochaną osobą czy z rówieśnikami [2]. Sporadyczne odwiedziny rodziny mogą okazać się niewystarczające, tym bardziej, że często ograniczają się tylko do rozmów o niczym. Z osobami starszymi mało się żartuje, pomija się w rozmowie wiele szczegółów wychodząc z założenia, że i tak nie zrozumieją jej sensu. Wejście osoby starszej w środowisko swoich rówieśników, gdzie wiek warunkuje podobne tematy do żartów, daje poczucie komfortu. Świadomość bycia wśród ludzi z podobnymi ograniczeniami, podobną fizycznością a jednocześnie wielką chęcią życia daje starszym osobom radość.

Możliwości takie stwarza arteterapia, która poprzez szereg artystycznych metod wykorzystywanych na warsztatach, organizowanych specjalnie z myślą o osobach starszych – zachęca ich do aktywnego życia bowiem uwalniania młodego ducha tkwiącego w starzejącym się ciele. Wystarczy tylko chęć i odrobina wolnego czasu.

CZAS WOLNY OSÓB STARSZYCH

Olga Czerniawska wyróżnia następujące style życia na emeryturze:

- **STYL RODZINNY** – to poświęcenie całego swojego wolnego czasu rodzinie, spędzanie czasu z najbliższymi, opieka nad wnukami. Często wiąże się także z opieką

na chorą osobą. Osoba starsza czuje się spełniona ponieważ pomaga, czuje się potrzebna ale jednocześnie pomoc ta jest dla niej samej wyczerpująca. Stopniowe ograniczenie ruchów utrudnia zabawę z wnuczętami jednak z czasem rezygnacja z takiego stylu życia jest niemożliwa. Zadeklarowanie pomocy wobec rodziny wydaje się być ważniejsze niż własne zdrowie.

- STYL REKREACYJNY – przeciwieństwo stylu rodzinnego. Opiera się na stawianiu na pierwszym miejscu własnych potrzeb. Osoby starsze wybierając taki rodzaj spędzania wolnego czasu pracując na działce, pielęgnując rośliny, przebywając na świeżym powietrzu i czerpiąc dzięki temu przyjemność.
- STYL SPOŁECZNY – to poświęcanie się pracy w organizacjach społecznych o charakterze religijnym, charytatywnym, politycznym, naukowym. W niektórych z tych organizacji osoby starsze wiodą prym i gdyby nie one, organizacje te być może w ogóle by nie istniały.
- STYL PRZEDŁUŻANIA AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ – jest ostatnim ze stylów, i prowadzi on do tego jak nie zostać emerytem. Osoby starsze zachowują swoją aktywność zawodową, dalej pracują na tyle, na ile pozwala im własne zdrowie i samopoczucie [3].

Człowiek kończący z aktywnością zawodową, przechodzący na emeryturę nagle ma znacznie więcej czasu i mniej obowiązków. Bywa i tak, że osoby te są wręcz zszokowane, nie wiedzą co mają dalej robić ze swoim życiem, czują nudę i są zdezorientowane. Oczywiście nie musi tak być gdyż obecnie istnieje wiele alternatyw, można spędzać wolny czas ciekawie i aktywnie, społeczeństwo staje się coraz bardziej otwarte na osoby starsze. Jedną z takich alternatyw są zajęcia arteterapeutyczne.

CZYM JEST ARTETERAPIA?

W Polsce arteterapia nie jest uznawana jako zawód, w odróżnieniu od USA czy Wielkiej Brytanii. Liczne warsztaty z dziedziny arteterapii robią osoby, które później wykorzystują zdobytą wiedzę w edukacji, rehabilitacji fizycznej bądź psychicznej czy też podczas terapii zajęciowej [12]. Sztukę i twórczość w celach leczniczych wykorzystywano już w starożytności jednak pojęcie „arteterapia” pojawiło się w kontekście naukowym po raz pierwszy w 1942 roku w Wielkiej Brytanii. W latach 40. XX wieku w Wielkiej Brytanii sytuacja arteterapeutów wyglądała tak jak dzisiaj u nas w Polsce. Specjalista wykorzystujący techniki arteterapeutyczne musiał ukrywać się pod innymi nazwami zawodów: lekarz, terapeuta zajęciowy, psychoterapeuta [13]. „Arteterapia wykorzystywana jest nie tylko jako terapia, której zadaniem jest terapia lecznicza, często stosowana jest także jako metoda rozwoju osobistego, wykorzystywana w szkołach, pla-

cówkach wychowawczych i socjoterapeutycznych, resocjalizacyjnych, w pracy z osobami wykluczonymi społecznie oraz zagrożonymi wykluczeniem społecznym itp.” [12].

Warsztaty arteterapeutyczne realizowane w celach diagnostycznych i leczniczych wykorzystują wszelkiego rodzaju narzędzia i rodzaje działań artystycznych, dzięki czemu prowadzący pozyskuje informacje o pacjencie, jego możliwościach i sposobach działania. Jest to terapia przez szeroko rozumianą sztukę. W zakres twórczości arteterapeutycznej wchodzi wszelkiego rodzaju formy plastyczne, muzyczne, taneczne, literackie oraz teatralne. Oczywiście wyliczenie to nie jest kompletne, arteterapeuci wykorzystują różnorodne techniki dostosowując je do potrzeb i aktualnego stanu psychofizycznego pacjenta. Wachlarz możliwości w doborze metod jest ogromny. Dużą popularność ostatnimi czasy zyskała między innymi terapia bazująca na fotografii [14].

Istotne w tej terapii jest to, że od pacjenta nie są wymagane żadne uzdolnienia czy wcześniejsze przygotowanie w zakresie którejś z wymienionych dziedzin. W arteterapii najważniejszy jest sam proces twórczy, to jak człowiek otwiera się na sztukę, pokazuje siebie, przełamuje swoje słabości [14].

Ze względu na udział pacjenta w zajęciach wyróżniamy dwa rodzaje arteterapii: aktywną i bierną. Stosuje się je w zależności od potrzeb i stopnia zaangażowania uczestnika zajęć. W początkowej fazie, gdy osoby w grupie jeszcze się nie znają i wstydzą się siebie wzajemnie dobrym rozwiązaniem będzie arteterapia bierna, która pozwala na obcowanie ze sztuką bez aktywności pacjenta, jako wykonawcy. Może on słuchać muzyki, oglądać dzieła sztuki, być widzem przedstawienia teatralnego. Z czasem, gdy osoby ośmielą się mogą same być twórcami dzieła plastycznego, utworu muzycznego czy zagrać w etiudzie teatralnej [14].

ROLA I ZNACZENIE ARTETERAPII DLA OSÓB STARZEJĄCYCH SIĘ

Starość wpisana jest w egzystencję każdego człowieka, jest nieunikniona. To etap życia niosący zmiany, które należy zaakceptować nie rezygnując przy tym z rozwijania sprawności umysłu i ciała. O starości pisał już rzymski filozof Marek Tulliusz Ciceron, który nie użalał się na skutki upływających lat lecz spoglądał na starość z optymizmem. Starość może być przykra i wyniszczająca organizm pod warunkiem, że przyjmiemy postawę rezygnacji. Ciceron zwraca uwagę na fakt, że człowiek, a zwłaszcza ten starszy, nadal może być wzorem nie tylko ze względu na doświadczenie życiowe ale też sprawność umysłową i fizyczną – pod warunkiem, że będzie ona ćwiczona. Wszelkie bolączki okresu starzenia się Ciceron uważa za skutek zaniedbania. *„Stwierdza, że wadami, które przypisuje się starości, niesłusznie obciąża się ten etap życia, że są one raczej wadami*

ludzi i ich charakterów” [7]. Starożytne poglądy Cyserona mimo upływu lat są bardzo aktualne. Dziś także uważa się, że aby utrzymać dobrą kondycję ważny jest zdrowy styl życia, prawidłowe odżywianie, które doda siły a nie obciąży organizmu oraz duża dawka ruchu. Starość jest leniwa i przygnębiająca, ale nie starość sama w sobie. To ludzie sprawiają, że taka właśnie ona jest – pozbawiona barw i radości. Długie życie może być szczęśliwe pod warunkiem, że jest aktywne, że jest w nim miejsce także dla innych ludzi oraz doskonalenia posiadanych już umiejętności i rozwijania nowych [7].

DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE

Efektywność działań arteterapeutycznych zależy od wielu czynników. Poza wiedzą i doświadczeniem terapeuty warto zwrócić uwagę na następujące kwestie:

- „wiek uczestnika lub pacjenta (klienta);
- brak lub rodzaj schorzenia (osoba niepełnosprawna fizycznie, umysłowo, głucha, niewidoma, niedostosowana społecznie, przewlekle chora, starsza itp.)
- formy leczenia, oddziaływania terapeutycznego oraz miejsce pobytu” [6].

Dla lepszego samopoczucia pacjenta warto zadbać o większą ilość uczestników bowiem w grupie jest zawsze różnie. Zajęcia indywidualne są przyczyną niepotrzebnego stresu, bycie w centrum uwagi staje się niekomfortowe i zniechęca do pracy, zwłaszcza jeżeli chodzi o osoby z obniżoną sprawnością fizyczną, z kompleksami. W grupie osoba taka czuje się bezpieczniej, nie jest sama, może zabrać głos kiedy ma na to ochotę, nie czuje presji. Nie bez znaczenia pozostaje fakt wspólnego przeżywania sukcesów i porażek. Obcowanie z osobami o podobnych problemach, pozwala na rozmowę z nimi na bazie własnych doświadczeń i gwarantuje pełne zrozumienie ze strony słuchaczy [10].

Najlepsze wyniki pracy osiąga się w małych grupach liczących nie więcej niż 10 osób. Spotkania muszą być oczywiście regularne, np. raz w tygodniu, ponieważ w przeciwnym razie nie przyniosą one oczekiwanych rezultatów. Efekty pracy uwiadcniają się w różnych momentach w zależności od stopnia zaawansowania problemu pacjenta i jego poziomu motywacji. Jest to kolejny cel działań arteterapeuty – sprawić, by uczestnikom chciało się chcieć. Bez wiary w to, że ćwiczenia mają sens, że z czasem polepszy się sprawność fizyczna i intelektualna, udział w zajęciach nie ma sensu. Osoba starsza poprzez zajęcia arteterapeutyczne musi najpierw uświadomić sobie swój problem, zaakceptować go i uwierzyć w to, że wszystko może zmienić się na lepsze. Często bywa to trudne, głównie dlatego, że osoby starsze nie chcą rozmawiać, są zamknięte w sobie i wycofane. Dzieje się tak na skutek negatywnych doświadczeń z przeszłości, odrzucenia przez innych ludzi lub co gorsze, odrzucenia przez osoby najbliższe. Ośmie-

lenie pacjenta i zachęcenie go do działania może okazać się jednym z najtrudniejszych działań [10].

Wzięcie pod uwagę wszystkich tych założeń pozwala na ukierunkowane działanie, które z czasem na pewno przyniesie efekty. Wszelkie techniki wykorzystywane na zajęciach muszą być dostosowane do odbiorców, często zmieniane na potrzebę chwili – dostosowane do samopoczucia i możliwości pacjentów. Poza tym, że zajęcia będą odbywały się w grupie należy mieć na uwadze, że grupa ta powinna być ujednolicona, z podobnym problemem lub podobna pod względem wieku, bowiem to ułatwia pracę a także daje komfort uczestnikom. Pozwala to także na szybszą integrację grupy [7].

PRZEBIEG WARSZTATÓW

Warsztaty arteterapeutyczne skierowane do osób starzejących się mają na celu spowolnienie procesu starzenia poprzez ćwiczenia ruchowe ale też ćwiczenia związane z treningiem pamięci. Mając na uwadze, że wszelkie wynikające z początków demencji ograniczenia są tematem wstydlivym, ćwiczenia powinny być organizowane w jak najbardziej nieformalny sposób. Wykorzystując sytuacje życia codziennego możemy uczynić z nich pretekst do wykonywania ćwiczeń podnoszących sprawność seniora.

Dobrym rozpoczęciem warsztatów będzie zaproponowanie ćwiczeń związanych ze wzajemnym poznawaniem się. Jest to przydatne zwłaszcza wtedy, gdy grupa jest nowa i są to jedne z początkowych zajęć. Dodatkowo można połączyć je już z pierwszymi ćwiczeniami służącymi poprawie pamięci. Poza tym, że uczestnicy będą musieli zapamiętać wzajemne imiona i nazwiska to po krótkiej rozmowie mogą oni także przedstawić osobę siedzącą obok odtwarzając usłyszane wcześniej informacje. Ćwiczenie imion może odbywać się na zasadzie powtarzania ich na wrywki lub dzięki fotografii grupowej wszystkich uczestników zajęć – osoba starsza wymienia imiona jak największej ilości swoich kolegów i koleżanek wskazując ich na fotografii [10].

Warto także wyrobić u seniorów nawyk korzystania ze skojarzeń. Uczestnik zajęć sam może dobierać skojarzenia do nazwisk, łączyć je ze wspomnieniem, z nazwiskiem innej osoby którą już zna. Można także przy okazji przedstawiania się poprosić uczestników aby powiedzieli jaki jest ich ulubiony owoc, co także pozwoli na łatwiejsze zapamiętanie osoby (Anna – gruszka). Pomocne jest także kojarzenie imion osób z przedmiotami zaczynającymi się na pierwszą literę ich imienia (Anna – aparat). Jeżeli dodatkowo osoby siedzące w kole, będą pokazywać wybrane przedmioty, pomoże to (zwłaszcza wzrokowcom) w szybszym zapamiętaniu.

Często zapominanie wiąże się z tym, że staramy się zapamiętać za dużo szczegółów, chłonimy za dużo informacji i mózg zupełnie niepotrzebnie skupia się na informacjach zbędnych. Związki przyczynowo-skutkowe, które tworzy się na bazie „magicznej piątki” pytań znacznie zwiększają koncentrację. Te pytania to: *Kto? Co? Kiedy? Gdzie? Dlaczego/W jakim celu?* Wszelkie docierające do nas informacje można uporządkować właśnie w ten sposób. Na początku może okazać się to trudne i uciążliwe, ale systematyczne stosowanie tej strategii nauczy lepszego myślenia i zapamiętywania. Nawet jeżeli dana osoba nie pamięta co? i gdzie? to na pytanie dlaczego/ w jakim celu? mózg może zareagować i wypełnić luki w pamięci [10].

Problemy z przypominaniem sobie istotnych faktów są przyczyną frustracji i stresów. Nawet w przypadku młodszych osób łatwo zauważyć tę zależność np. podczas egzaminu kiedy im bardziej się denerwujemy tym trudniej jest sobie coś przypomnieć. Stres nie jest sprzymierzeńcem w walce z zaburzeniami pamięci dlatego przyjazna atmosfera i zachowanie spokoju może okazać się kluczem do sukcesu. Pomocna jest rozmowa o stresie z uczestnikami warsztatów. Każdy powinien mieć szansę aby opowiedzieć o tym co dla niego jest źródłem stresu i w jakich sytuacjach się on pojawia. Rozmowa taka nie może odbyć się oczywiście na pierwszych zajęciach, gdyż są to tematy budzące wiele emocji, które wymagają wzajemnego zaufania [10].

Szansę na przepracowanie aktualnych problemów stwarzają elementy teatrotterapii wykorzystywane podczas warsztatów (zwłaszcza drama). Polepsza ona zdolność samoobsługiwania oraz postrzegania innych osób. W przeciwieństwie do działań teatralnych gdzie bazą jest scenariusz, podział na role i z góry ustalony bieg zdarzeń w dramie nie kładzie się nacisku na efekt finalny. To nie końcowa scenka ma największe znaczenie, ale cały proces jej przygotowywania. Drama opiera się na improwizacji, na uwalnianiu uczuć „tu i teraz”, nikt nie kieruje się scenariuszem, przez co powtórzenie scenki dramowej w takiej samej formie jest niemożliwe [9]. W określonej scence, w sytuacji z pozoru fikcyjnej podopieczny, mimo iż jest sobą, może udawać kogoś innego, przez co nie wstydy się emocji, ma okazję wykrzyczeć wszystko to, co skrywa w sobie. Uwalniając te emocje poznaje siebie. Metoda ta jest niezwykle pomocna w przepracowaniu problemów z jakimi boryka się osoba starsza, także z tymi, które są dla niej źródłem stresu. Na przykład w przypadku osoby, której problemem są nieustanne kłótnie domowe z synem, mającym trudności z zaakceptowaniem ograniczeń wynikających ze starości. W przepracowaniu tego problemu może pomóc odgrywanie sytuacji kłótni z różnego punktu widzenia:

- ♦ Wersja 1 – odgrywanie siebie i przebiegu kłótni, pokazanie tego jak ona z reguły wygląda, jaka jest reakcja na brak zrozumienia syna. Następnie ma miejsce powtórzenie tej sytuacji. Wywiązuje się kłótnia ale tym razem musi dojść do próby załagodzenia sprawy, poprowadzeniu rozmowy tak, aby uniknąć konfliktu.

- ♦ Wersja 2 – Osoba starsza odgrywa rolę syna, stara się wczuć w jego postać. Dzięki temu może zauważyć co tak denerwuje syna, dostrzec aspekty, których nigdy przedtem nie brał pod uwagę.
- ♦ Wersja 3 – Do kłótni może włączyć się osoba trzecia, która ma duże znaczenie dla uczestnika, np. zmarły współmałżonek, matka, ojciec. Jest to próba odegrania rozmowy z tą osobą, poradzenie się jej w sprawie konfliktu z synem. Jest to szansa na zastanowienie się, co ta zmarła osoba – autorytet, mogłaby doradzić, jaką dałaby wskazówkę.
- ♦ Wersja 4 – Odegranie roli obserwatora. Uczestnik warsztatów może wcielić się w rolę osoby obserwującej kłótnię. Jak by zareagował wchodząc do mieszkania i widząc starszą osobę nie mogącą porozumieć się z synem? Co by zrobił będąc nowym lokatorem w kamienicy? Jakie towarzyszyłyby mu emocje gdyby odegrał rolę stołu w który uderza pięścią gdy jest zdenerwowany? Jaka byłaby jego reakcja gdyby był małym kotkiem będącym świadkiem kłótni? [15].

W taki sposób można pracować nad wszelkimi problemami z jakimi borykają się osoby starsze. Wcielanie się w rolę pozwala na uzewnętrznienie, mówienie o sobie i swoich przeżyciach niedosłownie. Jeżeli mamy do czynienia z osobą wstydliwą można zacząć od rozmowy. Niech uczestnik zajęć opowie o tym co myśli na dany temat, jak wyobraża sobie daną wersję wydarzeń, co mogłoby się wówczas wydarzyć. Może także odegrać scenkę posługując się kukiełkami lub innymi przedmiotami. Takie ćwiczenia wprowadzające nie będą aż tak krępujące a z czasem pozwolą na odegranie roli przez samego uczestnika.

Pomocne podczas warsztatów są także inne techniki wykorzystujące np. film, kiedy to uczestnicy oglądają sceny poruszające problemy z jakimi się borykają. Tytuły takie jak *Pora umierać* (opowieść o przemijaniu, starości, samotności i pragnieniu bycia potrzebnym), *Daleko od niej* (przedstawiający życie kobiety chorej na Alzheimera) *Odłot* (animowana opowieść o wielkich marzeniach, na których realizację w młodości nie starczyło czasu) wywołują wzruszenie, zarówno śmiech, jak i łzy, ale przede wszystkim stają się pretekstem do rozmowy. Każdy tkwiący w człowieku problem wymaga werbalizacji. Trudno jest się jednak otworzyć i zacząć mówić o swoim życiu. Film stanowi czynnik zapalny do rozmów początkowo o fabule, o bohaterach, a z czasem o własnych przeżyciach i doświadczeniach [7].

Warsztat z wykorzystaniem innej techniki – fotografii – jest okazją do nawiązania dialogu ludzi starszych ze swoją przeszłością. Wspominałam już jak ważna w terapii jest akceptacja swojej starości. Przeglądanie fotografii, które dawniej przez to, że wykonywane było rzadko są jeszcze bardziej wyjątkowe i ważne, pomagają w pobudzeniu emocjonalności uczestników. Rozmowa w oparciu o zdjęcia dotyczy marzeń z przeszłości

i skojarzeń związanych z momentami uchwyconymi na zdjęciu. To powrót pamięcią do czasów dzieciństwa i przypomnienie sobie o czym wówczas marzyliśmy, jakie były nasze plany na przyszłość. Stare fotografie często przywracają wspomnienia, które zatarły się w pamięci i pozwalają z uśmiechem spojrzeć w przeszłość [7].

Zajęcia te można wzbogacić o elementy plastykoterapii i poprosić uczestników warsztatów aby wybrali swoje ulubione zdjęcie, przypomnieli sobie jak się wtedy czuli, jakie towarzyszyły im emocje i przedstawili to za pomocą barw. Ćwiczenie to można stosować także samodzielnie, np. na początku zajęć chcąc zapoznać się z nastrojami uczestników. Oczywiście zadanie to musi być zakończone omówieniem prac, wszyscy mogą przedstawiać swoje spostrzeżenia na temat danej pracy. Zadanie to, daje także pretekst do rozmowy o uczuciach i emocjach, podzieleniu się z pozostałymi osobami wydarzeniami, które przyczyniły się do takiego właśnie samopoczucia.

Muzykoterapia natomiast może być wykorzystywana do relaksacji na koniec zajęć. Uczestnicy leżąc lub siedząc w wygodnej pozycji wsłuchują się w szum fal, odgłosy lasu i opowieść czytana przez prowadzącego, która ma pomóc w zrelaksowaniu się i odprężeniu. Muzyka może być także pomocna w odreagowaniu. Swobodny taniec do szybkiej lub wolnej muzyki aktywizuje jednocześnie ciało i umysł. Dobrym ćwiczeniem na kontrolowanie ruchów własnego ciała i pobudzenie wyobraźni jest powtarzanie tańca prezentowanego przez jednego z uczestników. Jest to krótki taniec, składający się z jednego lub dwóch ruchów łatwych do powtórzenia dla innych.

PODSUMOWANIE

Przedstawione w artykule propozycje to tylko garstka pomysłów, jakie można wykorzystać w pracy z osobami starszymi. Ilość ćwiczeń na bazie sztuki jest nieograniczona. Mogą być one modyfikowane i łączone na różne sposoby. Bez wątpienia jednak można stwierdzić, że arteterapia jest niezastąpiona w podnoszeniu jakości życia osób starzejących się. Daje ogromny wachlarz możliwości. Opierając się na sytuacjach z życia wziętych w szybki sposób można dotrzeć do uczestnika zajęć. Pomocą w zajęciach mogą być wszystkie przedmioty z naszego otoczenia. Niejednokrotnie w swoich warsztatach posługiwałam się kawałkiem materiału (przy improwizacjach tanecznych) metalowym wiadrem (np. dla wyrażania emocji czy odgrywania scenek) lub zwykłą włóczką (która służyła do stworzenia nici przyjaźni, utrwalenia imion wszystkich uczestników – trening pamięci). Praca z wykorzystaniem arteterapii nie wymaga dużych nakładów finansowych co z reguły jest wymówką do podejmowania jakichkolwiek aktywności – tutaj wszystko zależy wyłącznie od wyobraźni prowadzącego i możliwości seniorów.

Wiek nie jest i nie powinien być żadną barierą do aktywnego życia. „Gdy przestajemy się uczyć, zaczynamy się starzeć, gdy przestajemy mieć zainteresowania, również zaczynamy się starzeć, zaczynamy się starzeć, gdy przestajemy ćwiczyć nasze ciało. Nie ma fizjologicznie ustalonego wieku, po którego przekroczeniu musi ustać wszelka działalność, dlatego też nie ma ustalonego wieku, po osiągnięciu którego musielibyśmy się starzeć” [8]. Możemy całe życie przeżyć w pełni sił i nigdy nie stać się staruszkami. Aby żyć dłużej, pogodniej i w lepszym zdrowiu musimy wykorzystywać własne siły i odpowiednio nad nimi panować. Zarówno na początku naszego życia, jak i przy jego końcu, powinniśmy znaleźć czas na rozwijanie i pielęgnowanie naszych zainteresowań, co równa się podtrzymywaniu w sobie chęci do życia. Głowa pełna pasji i gotowa z nich czerpać jak najwięcej, nigdy się nie zestarzeje.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Brzezińska A. J., Psychologiczne portrety człowieka, Gdańsk 2005, s. 592–593, 600, 604.
- [2] Bugajska B. (red.), Życie w starości, Szczecin 2007, s. 285.
- [3] Czerniawska O., Nowe drogi w andragogice i gerontologii, Łódź 2011, s.158–159.
- [4] Feldman R.S., Zrozumieć psychologię, Wrocław 1998, s.602.
- [5] Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka, Warszawa 2007, s. 265, 267.
- [6] Konieczna E., Arteterapia w teorii i praktyce, Kraków 2004, s.15.
- [7] Kostrzewa L., Warsztaty twórcze dla osób starszych z elementami arteterapii [w:] Anita Stefańska (red.), Arteterapia w wymiarze kreacji..., Poznań-Kalisz 2012, s.143–145, 146–147, 149.
- [8] Leszczyńska-Rejchert A., Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości, Olsztyn 2010, s. 47, 141.
- [9] Lewandowska-Kidoń T., Drama w kształceniu pedagogicznym, Lublin 2001, s.10.
- [10] Początki demencji, opracowanie redakcyjne, „Wspólne tematy” 2011, nr 11-12, s.40–46.
- [11] Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M., Psychologia rozwoju człowieka, Warszawa 2000, s. 69.
- [1] Rojewska-Nowak A., Arteterapia w opinii społecznej – doniesienie z badań [w:] Anita Stefańska (red.), Arteterapia w wymiarze kreacji..., Poznań-Kalisz 2012, s.229–230.
- [13] Szulc W., Początki arteterapii jako dyscypliny paramedycznej w Europie [w:] Kataryńczuk-Mania L. (red.), Metody i formy terapii sztuką, Zielona Góra 2005 s.7.
- [14] Tobis S., Kropińska S., Cyłkowska-Nowak M., Arteterapia jako forma terapii zajęciowej w aktywizacji osób starszych, „Geriatría” 2011, nr 5, s.194-198.
- [15] Zagraj tę rolę..., „Na temat” 2010, nr 3, s.15–17.

NIEDOSTOSOWANIE PROGRAMU OŚRODKÓW SPORTOWYCH
ORAZ NIEPRAWIDŁOWE NAWYKI ŻYWIENIOWE SENIORÓW,
JAKO CZYNNIKI PROWADZĄCE DO ROZWOJU
CHORÓB CYWILIZACYJNYCH

MARCIN DYŃSKI

Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Katedra Socjologii Wsi i Miasta

STRESZCZENIE

Zdrowy styl życia i wszelkie obszary życia z nim związane są coraz częściej podejmowaną tematyką przez publicystów, naukowców czy lekarzy. Podstawowymi elementami wpływającymi na zdrowy styl życia są: aktywność fizyczna, rodzaj diety oraz używki. Prawidłowe odżywianie i aktywny tryb życia są istotne dla jakości życia człowieka, gdyż wpływają prawidłowo na rozwój i funkcjonowanie organizmu. Niektóre zmiany w naszym życiu są ściśle powiązane z wiekiem, inne z kolei zależą od panujących i zmieniających się warunków otoczenia. Problem dodatkowo pogłębia się w wyniku nakładania się innych czynników, m.in. nie zróżnicowana i nieodpowiednio zbilansowana dieta, styl konsumpcji zależny także od statusu społecznego i materialnego, czego przykładem jest fakt, że dieta osób ubogich charakteryzuje się zwykle niedoborem białka i nadwyżką węglowodanów, natomiast dieta osób zamożnych – za wysoką podażą tłuszczów. Wszystkie te kwestie w szczególności dotyczą sytuacji osób starszych, dlatego niezwykle istotna jest odpowiednia diagnoza sytuacji i zaplanowanie działań strategicznych (prewencyjnych, jak i naprawczych), które będą na tyle interesujące, że seniorzy chętnie będą braли w nich udział.

WPROWADZENIE

Zdrowy styl życia i wszelkie obszary życia z nim związane są coraz częściej podejmowaną tematyką przez publicystów, naukowców czy lekarzy na całym świecie, a związane jest to głównie z problemami, które w coraz większym stopniu dotyczą społeczeństwa w wielu krajach naszego globu. Do tych problemów zaliczają się przede wszystkim problemy zdrowotne, w wyniku których należy nieustannie poszerzać czynności związane z leczeniem objawów. Te działania w rezultacie powodują ogromne koszty głównie w obszarze finansowania polityki zdrowotnej poszczególnych państw, w których występuje obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Ostatecznie, to głównie państwo jest odpowiedzialne za leczenie obywateli. Zdrowy styl życia jest terminem tak obszernym, że nie sposób wymienić wszystkich jego czynników składowych. Określenie jednej konkretnej definicji byłoby niemożliwe ze względu na tak dużą liczbę czynników. Możliwe jest jednak określenie pewnych podstawowych zasad czy wskazówek, swoistą instrukcję posługiwania się ludzkim organizmem, tak aby utrzymywać go w pełnej sprawności i zdrowiu przez cały okres życia. Na pewno należy się zgodzić z tym, że podstawowymi elementami wpływającymi na zdrowy styl życia będą: aktywność fizyczna, rodzaj diety oraz używki. Zdrowie jest jednym z kluczowych elementów składających się na jakość życia. Pozostałe to między innymi: małżeństwo, życie rodzinne, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, posiadane wykształcenie i standard życia. Wiele z wymienionych powyżej obszarów wiąże się bezpośrednio ze stylem prowadzenia przez nas codziennych aktywności, do których zalicza się uprawianie sportu. Aktywności fizyczne, do których zaliczają się również wszelkiego rodzaju dyscypliny sportowe, mają bardzo pozytywny wpływ na ogólny stan organizmu a poprzez to wpływają bezpośrednio na jakość życia człowieka. Samo pojęcie jakości życia można również określić przy pomocy standaryzowanego zbioru takich kryteriów jak: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość, współuczestnictwo w życiu społecznym, a im większy stopień ich zaspokojenia, tym wyższa jakość życia. Odnosząc się do już wymienionych bądź innych koncepcji mówiących o danym zagadnieniu, można z całą pewnością stwierdzić, że zdrowie, aktywność, czas wolny i inne aspekty z nimi związane powtarzają się w każdym przypadku. Można zatem sądzić, że są zasadniczymi elementami, które znacząco wpływają na jakość życia człowieka, a ich zaspokojenie – na jego wypadkowy poziom. Choroby czy niesprawność fizyczna uniemożliwiają osiągnięcie pozostałych dóbr, takich wartości jak bogactwo, władza, prestiż czy wykształcenie [2]. Podstawowym założeniem funkcjonalistycznej koncepcji Talcotta Parsonsa są zdrowie i choroba jako stany oceniane i uznawane instytucjonalnie przez kulturę społeczeństw

i ich strukturę, a samo zdrowie definiowane jest jako stan, w którym jednostka wykonuje optymalną umiejętność efektywnego realizowania ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. W innym rozumieniu, jest to możliwość wypełniania przez jednostkę ról i związanych z nimi zadań, zdrowie jest wartością jak wykształcenie czy kwalifikacje. W tym przypadku zdrowie psychiczne oznacza zdolność odgrywania ról, zaś zdrowie somatyczne – zdolność wykonywania zadań. Ta jak i wiele innych koncepcji stawia dobry stan zdrowotny jako warunek rozwoju i funkcjonowania społeczeństwa. Wyniki badań wskazują, że zasadniczym elementem wpływającym na zdrowie respondentów jest właśnie prowadzony przez niego styl życia, a co za tym idzie negatywnie na nie mogą wpłynąć m.in. wyuczone nawyki żywieniowe czy niska aktywność fizyczna w młodym wieku, które w przyszłości mogą doprowadzić do chorób układu krążenia bądź cukrzycy. Badania naukowe na przestrzeni ostatnich lat wykazały, że stały i nieproporcjonalny wzrost wydatków na leczenie nie przełożył się na wyraźną poprawę zdrowia i wydłużeniu życia człowieka. Dlatego prawidłowe odżywianie i aktywny tryb życia są tak istotne dla jakości życia człowieka, gdyż wpływają prawidłowo na rozwój i funkcjonowanie organizmu [2], a nie pociągają za sobą tak wielkich kosztów.

Niektóre zmiany w naszym życiu są ściśle powiązane z wiekiem, inne natomiast zależą od panujących i zmieniających się warunków otoczenia. Problem dodatkowo pogłębia się w wyniku nakładania się innych czynników, do których należy także zaliczyć: nieodróżnicowaną i nieodpowiednio zbilansowaną dietę – na styl konsumpcji silnie wpływa status społeczny i bardzo często związany z nim status materialny – dieta osób ubogich charakteryzuje się niedoborem białka i nadwyżką węglowodanów, natomiast dieta osób zamożnych charakteryzuje się za wysoką podażą tłuszczów. Wszystkie powyżej poruszane kwestie w szczególności dotyczą sytuacji osób starszych, dlatego tak niezwykle istotna jest odpowiednia diagnoza sytuacji i zaplanowanie działań strategicznych – zarówno prewencyjnych jak i naprawczych – które będą na tyle interesujące, że seniorzy chętnie będą brali w nich udział.

SYTUACJA OSÓB STARSZYCH NA PODSTAWIE DANYCH ZASTANYCH

Peryferyzacja miast postprzemysłowych – na przykładzie Łodzi – wiąże się między innymi z procesem odpływu młodych osób do innych miast, spowodowanym np. migracjami zarobkowymi [8]. Ten trend jednocześnie implikuje wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym. Przedstawiciele tej grupy zagrożeni są wykluczeniem społecznym, dlatego działania lokalne coraz częściej zogniskowane są na mobilizację oraz aktywizację osób starszych. Starzejące się społeczeństwo i opieka nad osobami starszy-

mi są problemem. Potwierdzeniem tej tezy są wyniki badań prowadzonych na obszarach wiejskich – respondenci podkreślają, że w gminie Piątek kwestia starzejącego się społeczeństwa oraz opieka nad osobami starszymi jest problemem [2]. Lokalne instytucje jak np. Gminny Ośrodek Opieki Społecznej nie mają wystarczającej liczby zasobów osobowych, które zaspokoiłyby potrzeby opieki i wsparcia seniorów żyjących samotnie, których kontakt z otoczeniem jest ograniczony. Należy w tym miejscu zdefiniować kogo nazywamy „starszym” – projekty wsparcia przedsiębiorczości finansowane przez instrumenty Unii Europejskiej zwykle dotyczą osób w wieku 50+, co przewiduje dokumentacja. Natomiast za „seniora” uznamy osobę, która ukończy 60 rok życia. Dlatego w tej sytuacji można przyjąć, że zasadniczą granicą pomiędzy osobą starszą a nie-starszą będzie ukończenie 50 roku życia. Takie rozróżnienie jest niezbędne, gdyż niejednokrotnie osoby starsze, ale jednocześnie aktywne fizycznie są sprawniejsze od osób młodych, które nie uprawiają żadnego sportu (a ich podstawowa aktywność to odejście od ekranu komputera po kawę, dodatkowo słodzoną cukrem) – jednak ze względu na wiek będą oni należeli do grupy „seniorów” – tak jak to wynika z wcześniejszej analizy. Pocieszający jest fakt, że zmieniają się tendencje, którymi kierują się społeczeństwa, co można poznać chociażby po wzroście odsetka osób uprawiających sport w sposób zinstytucjonalizowany [9]. Dodatkowo potwierdzają to wyniki badań, które wykazują, że uwaga, jaką Polacy przypisują zdrowiu ciągle wzrasta [2]. Jednak jednocześnie występują również bardzo negatywne trendy, które dotyczą wzrostu liczby osób otyłych i z nadwagą na całym świecie, a także osób nieuczęszczających na zajęcia wychowania fizycznego. Coraz więcej dzieci w wieku szkolnym nie uczęszcza na tego typu zajęcia szkolne, z czego tylko niewielka część rzeczywiście jest niezdolna do tego typu aktywności (z powodu problemów zdrowotnych bądź innych uniemożliwiających uczęszczanie na zajęcia sportowe), a zdecydowana większość rezygnuje z zajęć z pobudek takich jak lenistwo. Niska aktywność fizyczna w wieku szkolnym może w przyszłości implikować negatywne skutki zdrowotne jak na przykład doprowadzenie do otyłości czy nadwagi, wad postawy i innych. Dany problem dotyczy współczesnych społeczeństw, przeciw rozwojowi których prowadzone są działania instytucjonalne. Dlatego należy aktywizować ludzi do rozpoczęcia działań mających na celu poprawę ich kondycji zdrowotnej poprzez chociażby zajęcia sportowe oraz upowszechniać edukację z zakresu prawidłowego odżywiania [5].

Potwierdzeniem tej tezy są słowa prof. dr hab. n. med. Mirosława Jarosza:

„Rozwój medycyny i nauki o żywieniu człowieka dostarczył niezbitych dowodów na to, że racjonalne prawidłowe żywienie jest najważniejszym czynnikiem zmniejszającym ryzyko rozwoju otyłości i przewlekłych chorób niezakaźnych (chorób układu sercowo-naczyniowego)”

niowego, cukrzycy, chorób nowotworowych, osteoporozy, próchnicy) i wielu innych chorób żywieniowo zależnych. Leczenie większości chorób wymaga również stosowania leczenia dietetycznego, które zwiększa skuteczność leczenia farmakologicznego, zmniejsza ryzyko powikłań (zakażeń układu oddychania I moczowego), skraca czas hospitalizacji i rehabilitacji, by w końcowym efekcie zmniejszyć istotnie wydatki na ochronę zdrowia”[6].

Istotę problemu potwierdzają realizowane na poziomie europejskim działania ukierunkowane bezpośrednio na przeciwdziałanie rozwojowi chorób cywilizacyjnych. Na chwilę obecną do najważniejszych strategii należy wymienić: Globalną Strategię WHO dotyczącą żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia; Europejską Kartę Walki z Otyłością; Białą Księgę: Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością oraz działania podejmowane przez Grupę Roboczą Wysokiego Szczebla ds. żywienia i aktywności fizycznej Komisji Europejskiej [2]. Większość z tych działań, obejmujących zarówno obszar odżywiania jak i aktywności fizycznej, skierowana jest bezpośrednio do osób starszych jako grupy największego ryzyka.

Na starzenie się społeczeństwa mają także bardzo duży wpływ wszelkiego rodzaju migracje mieszkańców, głównie migracje zarobkowe. Poniżej przedstawione zostały dane, które w sposób liczbowy obrazują trend, jaki jest widoczny na terenie województwa łódzkiego w ostatnich latach (tabela I).

Dane wskazują, że największy odsetek wyjeżdżających osób to grupa 25–39 lat, których w 2012 roku było łącznie około 700 osób. Tym samym odsetek osób starszych automatycznie wzrasta. Dodatkowo wzrost ten wzmacnia niewielka migracja w grupie osób w wieku 40 lat i więcej. Należy w tym miejscu wskazać, że dane dotyczą jedynie rejestrowanych migracji a tym samym nie uwzględniają migracji tymczasowych, które dopiero z czasem również mogą zostać zaliczone do grupy migracji na pobyt stały. Analiza danych i prognoza na niej oparta wskazują na zmniejszanie się liczby ludności w województwie łódzkim [12].

Zasadniczo jednym z najważniejszych problemów, z którymi muszą się zmierzyć zarówno władze centralne (poprzez zmiany ustawodawcze i wykonawcze) jak i lokalne jednostki samorządów terytorialnych (poprzez wdrażanie różnego rodzaju programów pomocowych), jest kwestia zwiększania się proporcji osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do innych grup ludności. Starzenie się społeczeństwa ma faktyczny wpływ na zwiększenie odsetka chorób przewlekłych: nowotwory, schorzenia układu oddechowego, krążenia i pokarmowego oraz narządu ruchu [10].

Tabela I. Migracje wewnętrzne ludności na pobyt stały – woj. Łódzkie, 2012 r.

Wiek		Napływ ^a			Odływ ^b			Saldo migracji		
		ogółem	męż- czyźni	kobiety	ogółem	męż- czyźni	kobiety	ogółem	męż- czyźni	kobiety
Ogół- lem	2005	23869	11257	12612	25433	11880	13553	-1564	-623	-941
	2010	22572	10425	12147	24329	11126	13203	-1757	-701	-1056
	2011	22693	10411	12282	24537	11173	13364	-1844	-762	-1082
	2012	21415	9891	11524	23058	10509	12549	-1643	-618	-1025
0– 4 lata		2333	1192	1141	2419	1228	1191	-86	-36	-50
5– 9		1436	728	708	1490	754	736	-54	-26	-28
10–14		874	456	418	895	455	440	-21	1	-22
15–19		907	419	488	930	421	509	-23	-2	-21
20–24		1983	581	1402	2050	594	1456	-67	-13	-54
25–29		4092	1624	2468	4641	1819	2822	-549	-195	-354
30–34		2873	1364	1509	3345	1579	1766	-472	-215	-257
35–39		1984	1034	950	2175	1115	1060	-191	-81	-110
40–44		1062	590	472	1135	648	487	-73	-58	-15
45–49		752	392	360	784	406	378	-32	-14	-18
50–54		754	410	344	770	400	370	-16	10	-26
55–59		758	388	370	754	379	375	4	9	-5
60–64		608	316	292	600	315	285	8	1	7
65 lat i więcej		999	397	602	1070	396	674	-71	1	-72

a Zameldowania. b Wymeldowania.

Źródło: GUS – Ludność – Dane wojewódzkie 2013

Tabela II. Podstawowe dane demograficzne dla lat 1990-2013a – Polska

Migracje zagraniczne na pobyt stały w tys.	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012b	2013b
Imigracja	2,6	8,1	7,3	9,3	10,8	15,0	15,3	17,4	15,2	15,5	14,6	-
Emigracja	18,4	26,3	27,0	22,2	46,9	35,5	30,1	18,6	17,4	19,9	21,2	-
Saldo	-15,8	-18,2	-19,7	-12,9	-36,1	-20,5	-14,9	-1,2	-2,1	-4,3	-6,6	-22,0

a Bilans ludności oraz współczynniki demograficzne zostały opracowane: dla lat 1990–1999 – w oparciu o wyniki NSP'1988; dla lat 2000–2009 – w oparciu o wyniki NSP'2002; od 2010 r. – w oparciu o wyniki NSP'2011.

b Dane oznaczone kursywą stanowią wstępny szacunek.

Źródło: GUS – NSP 2002 – NSP 2011

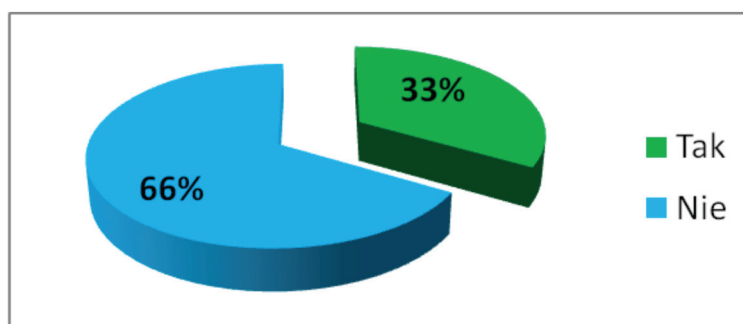
Wszystkie powyższe informacje jednoznacznie potwierdzają, że w Polsce dana tendencja występuje i należy wprowadzić odpowiednie działania instytucjonalne, mające za zadanie poprawę sytuacji. Saldo migracji od roku 2009 pozostaje ujemne, co w rezultacie oznacza nic innego jak zmniejszającą się liczbę mieszkańców.

LOKALNE PROGRAMY WSPARCIA OSÓB STARSZYCH

W Łodzi można wyróżnić kilka istotnych programów – realizowanych instytucjonalnie bądź poprzez organizacje pozarządowe – które mają na celu aktywizację seniorów w życiu społecznym zarówno w obszarze wsparcia integracji społecznej jak i aktywności fizycznej. Wszystkie te działania bezpośrednio wywołują pogłębianie więzi pomiędzy seniorami jak i rozbudowę kapitału społecznego na obszarze w Łodzi oraz poprawę jakości życia – jednak w dalszym ciągu program zajęć nie jest odpowiednio ukierunkowany, a tym samym nie jest wystarczająco zachęcający dla seniorów. Działania, które obejmuje np. *Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim*, są niewystarczające i nie mają bezpośredniego wpływu na działalność prywatnych przedsiębiorców, którzy prowadzą ośrodki sportowe czy siłownie, w których odbywają się zajęcia. Program zajęć dla osób starszych jest ubogi. Dodatkowo bardzo wiele zależy od psychiki pojedynczej osoby – niektórzy wstydzą się pokazywać swoje ciało wśród wielu młodych, wysportowanych osób i z tego powodu zwyczajnie nie pojawiają się w publicznym ośrodku sportu. Centra sportowe także można podzielić pod względem wielkości i grupy docelowej – największe skupiają głównie młodzież, ewentualnie mężczyzn starszych, którzy nie czują wstydu przed innymi osobami, znajdującymi się na siłowni. Natomiast małe siłownie bardzo często organizują zajęcia dla kobiet 50+, gdzie grupy zajęciowe składają się jedynie z kobiet w takim wieku, dlatego Panie nie wstydzą się uczęszczać na takie zajęcia – zajęcia typu Shape+, 50+, zdrowy kręgosłup, itp. Także można mówić o pewnym zróżnicowaniu zajęć, jednak tylko na podstawie jednostkowych przypadków.

Jednak niedostosowanie zajęć pociąga za sobą także pozytywne skutki – z braku możliwości korzystania z zajęć w ośrodkach sportowych, osoby które są zainteresowane sportem wybierają aktywność na świeżym powietrzu, tj. spacer, jazdę na rowerze, *nordic walking* czy infrastrukturę miejską – siłownie zewnętrzne zwykle zlokalizowane w parkach czy stawach miejskich nieopodal miejskich ośrodków sportu i rekreacji. Co do tych ostatnich największy wpływ mają działania władz, które zabezpieczają środki finansowe na rozwój infrastruktury miejskiej i funkcjonalnych mebli miejskich. Wyjście z domu, dla osoby starszej, to także okazja do nawiązywania relacji interper-

sonalnych, do rozmowy z innymi osobami, co w rezultacie znacznie ogranicza uczucie samotności, natomiast już sama wymiana poglądów z innymi daje możliwość ciągłego wykorzystywania procesów poznawczych [1]. Osoby starsze mogą być na emeryturze zawodowej, ale nie chcą być na „emeryturze życiowej” dlatego tak istotna jest kwestia organizacji zajęć, których grupa docelowa będzie obejmować takie właśnie zainteresowane osoby. Kontakt z innymi przy okazji różnego rodzaju zajęć oferowanych seniorom ogranicza wykluczenie społeczne. Rozwiązaniem może być utworzenie zajęć, które zainteresują seniorów i zachęcą do indywidualnej organizacji wolnego czasu przez te osoby. Tym samym równocześnie częściowo rozwiązany zostaje problem potrzeby opieki nad seniorami przez osoby trzecie – członków rodziny czy pracowników instytucjonalnej opieki socjalnej (społecznej).

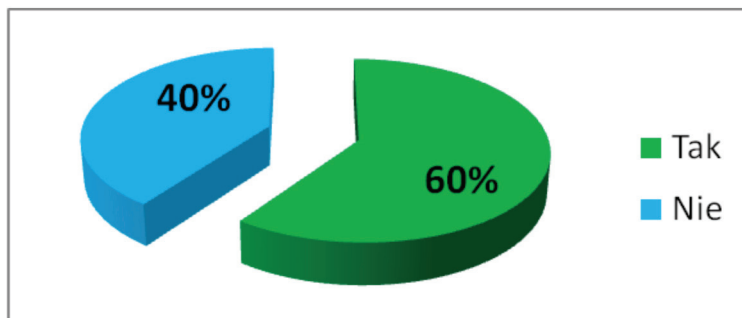


Wykres 1. Odsetek osób w wieku 50 i większym, które deklarują przynależność do organizacji pozarządowej.

Źródło: Raport z badań projektu „Decyduj albo giń! Projekt, który daje Ci wybór” [4]

Takie działania są potrzebne, gdyż wyniki analizy danych zastanych oraz badania terenowe jasno potwierdzają, że jest takie zapotrzebowanie – aktywność seniorów wzrasta zarówno w obszarze działań obywatelskich, ale także aktywności fizycznej nie tylko w mieście, ale także na obszarach gmin wiejskich. Seniorzy są bardzo zaangażowani w działania obywatelskie, np. przynależą do lokalnych organizacji pozarządowych [3], co znacznie ogranicza wykluczenie społeczne i pozwala na pogłębianie kontaktów międzyludzkich pomiędzy tą grupą osób a pozostałymi członkami lokalnych zbiorowości.

Osoby starsze są także aktywne fizycznie i deklarują regularne uprawianie sportu w różnej postaci, co przedstawiają poniższe dane.



Wykres 2. Odsetek osób w wieku 50 i większym, które deklarują uprawianie sportu.

Źródło: Raport z badań projektu „Decyduj albo gin! Projekt, który daje Ci wybór” [4]

Powyższe wyniki potwierdzają tezę, że aktywność osób starszych zarówno na płaszczyźnie obywatelskiej jak i fizycznej wzrasta – ponad połowa respondentów deklaruje aktywność obywatelską oraz fizyczną w różnej formie. Działania zarządcze władz w pewnym stopniu odpowiadają temu zapotrzebowaniu – w Łodzi w ramach nadrzędnego projektu, jakim jest „Aktywizacja 60+” i obejmuje między innymi takie działania jak: Miejska Karta Seniora; szkolenia i warsztaty z zakresu obsługi komputera; Miejska Rada Seniorów; Senioralia; Akademia III Wieku; projekt Aktywny Senior czy Centra Aktywnego Seniora (CAS to projekt swoim zasięgiem obejmuje 5 dzielnic miasta Łódź, gdyż centra są zlokalizowane bezpośrednio przy dzielnicowych domach kultury). Inicjatywa jest pomysłem Urzędu Miasta Łodzi, który to jest jedynym podmiotem finansującym działalność Centrów Aktywnego Seniora i można zwrócić uwagę na pewne podobieństwa do działań Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w obszarze poradnictwa zawodowego [7]. Dodatkowo w projekcie zaangażowanych jest wiele organizacji partnerskich, w tym: Domy Dziennego Pobytu, Domy Kultury, Uniwersytety III Wieku oraz przedsiębiorcy biorący udział w projekcie (np. w formie rabatowania swoich produktów czy usług dla bezpośrednich odbiorców projektu). W działalność pośrednio zaangażowanych jest także wiele organizacji pozarządowych, które działają w kwestii osób starszych, a których nie sposób wszystkich wymienić – jest ich kilkadziesiąt [11]. Środki finansowe na realizację działań związanych z przedsięwzięciem w 100% pochodzą z Urzędu Miasta Łodzi. Każde Centrum otrzymuje corocznie 25 tysięcy złotych na wszystkie zadania, które wykonuje. Wszystkie te zadania mają na celu aktywizację oraz poszerzenie umiejętności seniorów, a także zwiększenie odsetka osób w wieku 60+, będących aktywnymi fizycznie, w tym: aktywizacja osób starszych, również w formie aktywności fizycznej; szkolenia i warsztaty doszkalające uczestników w zakresie między innymi obsługi komputera czy poruszania się w internecie; pośrednio pomoc finansową w formie zniżek i rabatów na wybrane pro-

dukty oraz dofinansowanie zajęć sportowych. Do upowszechniania działań związanych z projektem wykorzystywane się przede wszystkim: portal www.seniorzy.uml.lodz.pl oraz fanpage na Facebook'u. Dodatkowo ulotki, plakaty, furtki miejskie, ale także działanie za pomocą lokalnych liderów opinii, którzy w formie poczty pantoflowej także przekazują informacje o działaniach realizowanych w ramach projektu. Kolejnym przykładem takiej inicjatywy są zajęcia pod nazwą „Aktywnie Dojrzały”, który przewiduje bezpłatne zajęcia *nordic walking*, taniec brzucha, warsztaty z dietetykiem lub zajęcia komputerowe – wszystko w ramach projektu „Żyj pełnią życia” [14].

OBYWATELSKIE PROJEKTY PROMOCJI SPORTU I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Konsultacje społeczne – coraz częściej wykorzystywane przez lokalne władze – dają mieszkańcom możliwość wypowiedzenia się na temat przedsięwzięć, w których chętnie by uczestniczyli jak również zaangażowaliby się osobiście poprzez swój wkład w realizację wydarzenia. Lokalni liderzy i organizacje pozarządowe wraz ze społecznością lokalną mają możliwość zgłaszania coraz to większej liczby projektów obywatelskich mających na celu promocję upowszechniania zdrowego stylu życia i wszelkich form aktywności fizycznej. Poza inicjatywami Urzędu Miasta istotne na terenie Łodzi są także projekty związane z Budżetem Obywatelskim, z środków którego np. rewitalizowane zostają parki czy śródmiejskie stawy – osoby starsze bardzo często korzystają z nich przy okazji spaceru. W wielu spośród proponowanych projektów (np. I edycja Budżetu Obywatelskiego w Łodzi realizowanego przez Fundację Fenomen z Łodzi czy Projekt Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w gminie Piątek realizowany przez Lokalną Grupę Działania POLCENTRUM ze Strykowa) obszerne miejsce przeznaczone jest na wszelkiego rodzaju inicjatywy związane z promocją sportu i szeroko rozumianej aktywności fizycznej. Są to dziedziny jakże istotne w dobie dynamicznie upowszechniających się chorób cywilizacyjnych (głównie otyłości czy chorób układu krążenia), starzejącego się społeczeństwa czy nie stosowania się do zasad zdrowego stylu życia. Nie sposób nie zauważyć komercyjnych wydarzeń sportowych takich jak maratony i inne biegi uliczne bądź plenerowe, organizowanych w centrach dużych miast, ale także niekomercyjne formy wydarzeń realizowanych w formie dobrowolnych zrzeszeń ludzkich a np. poprzez rowerowe Masy Krytyczne. Lokalna społeczność coraz częściej integruje się, wykorzystuje możliwość zgłaszania projektów obywatelskich i ostatecznie realizuje tego typu przedsięwzięcia, co wpływa bardzo pozytywnie na zrównoważony rozwój społeczny i jednocześnie przeciwdziała negatywnym trendom, które związane są z dynamicznymi zmianami w organizacji współczesnego życia społecznego.

WYDARZENIA SPORTOWE

Na przestrzeni ostatnich lat upowszechniły się różnego rodzaju biegi uliczne – w samej Łodzi w roku 2013 odbyło się łącznie ponad 91 formalnie zgłoszonych biegów a w największych imprezach startuje nawet 4000 zawodników. Odsetek startujących osób starszych jednocześnie wzrasta wraz z liczbą osób startujących w ogóle – na listach startowych znajdują się także osoby, które ukończyły 50 rok życia [13]. W 2012 roku na 1000 zawodników ponad 15% reprezentowały osoby 50+, co przedstawia poniższa tabela. To nawet więcej niż grupa osób, która mieści się kategorii poniżej 30 roku życia.

W kolejnych latach (2013–2014) odsetek osób 50+ startujących w maratonie także jest bardzo wysoki [15, 16] co potwierdza tezę, że osoby starsze są coraz bardziej aktywne i biorą udział w tego typu organizowanych wydarzeniach.

Tabela III. Struktura demograficzna uczestników Łódź Maraton Dbam o zdrowie (Łódź, 2012–04–15).

Przedział wiekowy	Mężczyźni	% wśród	%	Kobiety	% wśród	%	Ogółem	%
		mężczyzn	ogółem		kobiet	ogółem		
< 30	142	15.5%	14.1%	26	27.7%	2.6%	168	16.7%
30–40	341	37.3%	33.8%	38	40.4%	3.8%	379	37.6%
40–50	271	29.6%	26.9%	25	26.6%	2.5%	296	29.4%
50–60	131	14.3%	13.0%	2	2.1%	0.2%	133	13.2%
> 60	29	3.2%	2.9%	3	3.2%	0.3%	32	3.2%
Razem	914		90.7%	94		9.3%	1008	

Źródło: http://rankingi.byledobiec.pl/bieg_dem.php?bg=120415LDM

Podstawowym problemem, który związany jest z ewentualnymi możliwościami aktywności fizycznej na świeżym powietrzu, wynika bezpośrednio z warunków otoczenia – tego typu czynności możliwe są praktycznie jedynie przez 6, maksymalnie 8 miesięcy w roku, dlatego tak ważny jest rozwój instytucjonalnych działań wspierających aktywizację osób starszych oraz poszerzenie oferty ośrodków sportowych ze szczególnym uwzględnieniem tej grupy wiekowej. Takie zmiany powoli dokonują się zarówno w świadomości władz jak i osób zarządzających takimi ośrodkami, jednak tempo wprowadzanych reform nie odpowiada potrzebom, które wynikają bezpośrednio ze zmiany struktury społeczeństwa.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Bielawska-Batorowicz E., Wprowadzenie do psychologii dla ekonomistów, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2012
- [2] Boguszewski R. Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce, Komunikat CBOS, BS/138//2007, s. 4–7, 10–11, 14, 16–21.
- [3] Dyński M., Społeczne wzory odżywiania osób aktywnie spędzających czas wolny, Łódź 2011
- [4] Dyński M., Majer A., Szczęsna B. Raport z badań projektu „Decyduj albo Giń! Projekt, który daje Ci wybór!”, Łódź/Stryków 2014
- [5] Dyński M., Szczęsna B. Podsumowanie badania kwestionariuszowego projektu „Decyduj albo Giń! Projekt, który daje Ci wybór”, Łódź 2014
- [6] Grzechnik A., Poradnictwo zawodowe – rola publicznych służb zatrudnienia [w:] Jedynak M. (red.), Żerel E. (red.), Doradztwo zawodowe w epoce ponowoczesnej. Szanse i zadania, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie, Lublin 2007
- [7] Jarosz M. Praktyczny podręcznik dietetyki, Warszawa 2010, s. 5
- [8] Majer A., Odrodzenie miast, Wydawnictwo UŁ, Wydawnictwo SCHOLAR, Łódź-Warszawa 2014
- [9] Mały rocznik statystyczny Polski, 2010
- [10] Starosta P., Zróżnicowanie zasobów kapitału ludzkiego i społecznego w regionie łódzkim, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2012
- [11] Szczęsna-Dyńska B., Konsultacje społeczne jako forma dialogu obywatelskiego na przykładzie gminy Piątek [w:] Sienkiewicz M. W. (red.), Sidor M. (red.), Dialog obywatelski. Formy, mechanizmy, bariery i perspektywy rozwoju, Wydawnictwo Fundacji Centrum Rozwoju Lokalnego, Lublin 2014
- [12] Wojtyniak B., Stokiszewski J., Seroka W., Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej, [w:] Wojtyniak B., Goryński P. (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008

Strony internetowe

- [1] www.biegampolodzi.pl
- [2] www.lodz.naszemiasto.pl/arttykul/aktywnie-dojrzali-bezplatne-zajecia-dla-seniorow,2277242,t,id.html#f89e-aa45b286adf8,1,3,9
- [3] www.lodzmaraton.pl/sites/default/files/images/01_maraton.pdf
- [4] www.online.datasport.pl/results1105/wyniki/01_MARATON_OPEN.pdf

ZMIANY SKÓRNE ZWIĄZANE Z PROCESEM STARZENIA SIĘ I DZIAŁANIEM PROMIENI SŁONECZNYCH

MONIKA TURSKA

Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym

STRESZCZENIE

Starzenie się skóry jest wynikiem upływu czasu oraz działania czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Procesy starzenia chronologicznego skóry, czyli związanego z wiekiem oraz starzenia pod wpływem promieniowania ultrafioletowego (fotostarzenia) przebiegają równolegle. Typowe zmiany skóry starczej to suchość, zwiotczenie, utrata elastyczności, ścieńczenie, pojawienie się zmarszczek, teleangiektazji, przebarwień i odbarwień.

W odróżnieniu od starzenia się skóry związanego z wiekiem, fotostarzenie skóry charakteryzuje się występowaniem grubszych zmarszczek, bruzdowaniem oraz brakiem ścieńczenia skóry. Skóra jest znacznie przesuszona, traci elastyczność, ma poszarzały koloryt, często występują przebarwienia i rozszerzone i pękające naczynia. Następstwem działania promieni UV może być rogowacenie słoneczne, rogowacenie łojotokowe, a czasem rozwój raka skóry lub czerniaka złośliwego.

WPROWADZENIE

Skóra (łac. *cutis*, gr. *derma*) jest największym narządem naszego ciała o złożonej, wielowarstwowej budowie, pełniącym wiele istotnych funkcji. Zbudowana jest z trzech warstw: naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej. Naskórek składa się z pięciu warstw dojrzewających komórek nabłonkowych, zwanych keratynocytami. Najgłębiej leży warstwa rozrodcza (podstawna), kolejno warstwa kolczysta, ziarnista, lśniąca, a najbardziej powierzchownie warstwa rogową. W warstwie rozrodczej zachodzi proces stałego rozmnażania się keratynocytów, które przesuwały się do warstwy rogowej skóry

oraz proces produkcji i magazynowania barwnika skóry (melaniny). Keratynocyty mają zdolność odnawiania się przeciętnie co dwadzieścia osiem dni [11]. W naskórku znajdują się poza tym melanocyty, czyli komórki barwnikowe, komórki Langerhansa odpowiedzialne za reakcje odpornościowe oraz komórki nerwowe Merkla.

Skóra właściwa zbudowana jest z włókien tkanki łącznej (kolagenowych i sprężystych), komórek łącznotkankowych, naczyń krwionośnych, zakończeń nerwowych oraz gruczołów potowych i łojowych. Dzięki włóknom sprężystym (elastycznym) i odpornym włóknom kolagenowym skóra jest elastyczna, rozciągliwa i jednocześnie wytrzymała. Tkanekę podskórną tworzy tkanka tłuszczowa. Gruczoły potowe i łojowe, paznokcie oraz włosy określa się mianem przydatków skóry. Skóra ma doskonałe właściwości regeneracyjne i naprawcze [11].

Skóra jest nie tylko powłoką okrywającą nasze ciało, ale jest też żywym organem pełniącym bardzo istotną rolę w codziennym funkcjonowaniu całego organizmu. Chroni organizm ludzki przed szkodliwym wpływem środowiska zewnętrznego tj. działaniem czynników mechanicznych (urazy), fizycznych (czynniki termiczne), chemicznych i biologicznych (bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty) [4]. Pozwala na utrzymywanie stałej temperatury ciała (udział w procesie termoregulacji), bierze udział w regulacji równowagi wodno-elektrolitowej i oddechowej, w funkcjach wydzielniczych i resorpcyjnych (wchłanianiu substancji przez skórę), w gospodarce białkowej, węglowodanowej i tłuszczowej, magazynowaniu i przemianie energii, produkcji witaminy D, a także w reakcjach odpornościowych ustroju [4]. Skóra stanowi pierwszą linię obrony, ponieważ bezpośrednio chroni organizm przed zakażeniami, alergenami i działaniem substancji drażniących. Dzięki obecności skupisk wyspecjalizowanych limfocytów zlokalizowanych wokół naczyń krwionośnych w tkance podskórnej, skóra bierze również udział w reakcjach obronnych komórkowych i humoralnych zależnych od układu immunologicznego. Melanocyty zlokalizowane w naskórku syntetyzują barwnik – melaninę, który chroni organizm przed niekorzystnym, mutagennym działaniem promieniowania ultrafioletowego (UV). Za pośrednictwem receptorów zlokalizowanych w skórze właściwej i naskórku skóra odpowiada za odbieranie bodźców ze środowiska zewnętrznego, pełni zatem funkcję narządu czucia [4]. Zakończenia nerwowe wykrywają ciepło, zimno, dotyk, ból oraz położenie w przestrzeni.

PROCES STARZENIA SIĘ SKÓRY

Skóra młodych i zdrowych ludzi jest zazwyczaj gładka, elastyczna i jędrna. W miarę upływu czasu skóra każdego człowieka podlega stopniowo postępującemu procesowi starzenia się. U jednych ludzi proces ten zachodzi szybciej, u innych

wolniej. Starzenie się skóry to proces złożony, zależny od wielu czynników zewnętrznych m.in. środowiskowych takich jak promieniowanie UV, zanieczyszczenia środowiska, nałogi (palenie papierosów, spożywanie alkoholu), infekcje, sposób odżywiania, tryb życia, stresy, systematyczna pielęgnacja skóry oraz od czynników wewnętrznych takich jak czynniki genetyczne, płeć, stan ogólny i hormonalny organizmu [8].

Skóra podlega dwu równolegle przebiegającym rodzajom starzenia: starzeniu wewnętrznopochodnemu (endogennemu) i zewnętrznopochodnemu (egzogennemu). Starzenie endogenne, zwane też chronologicznym jest wynikiem zmian spowodowanych upływem czasu, natomiast starzenie egzogenne, wywołane działaniem promieni słonecznych, określane jest fotostarzeniem.

STARZENIE CHRONOLOGICZNE SKÓRY

W miarę upływu czasu w skórze, podobnie jak i w narządach wewnętrznych człowieka, dochodzi do stale postępującego, fizjologicznego procesu starzenia. Starzenie się organizmu jest procesem złożonym, ciągłym, przebiegającym stopniowo, które u kobiet wyraźnie nasila się w okresie menopauzy. W przebiegu tego procesu dochodzi do postępującego zaniku komórek, zmniejszenia rezerw komórkowych tkanek, zmniejszenia zdolności do pełnienia fizjologicznych funkcji przez komórki i tym samym upośledzenia funkcji tkanek i narządów [15].

Głównymi przyczynami starzenia endogennego skóry, czyli związanego z wiekiem są uwarunkowania genetyczne, upośledzenie funkcji układu neuroendokrynnego, immunologicznego, a ponadto destrukcyjne działanie wolnych rodników oraz odkładanie się w organizmie szkodliwych substancji toksycznych [15].

W skórze osób starszych dochodzi do pojawienia się wstecznych zmian morfologicznych, a co za tym idzie upośledzenia wielu jej funkcji. Dochodzi do wydłużenia czasu potrzebnego do przejścia keratynocyta z warstwy podstawnej do warstwy rogowej, zaburzeniu ulegają funkcje skóry jako bariery ochronnej, organu sensorycznego, upośledzeniu ulega funkcja immunologiczna, termoregulacyjna, obniża się produkcja potu, łoju oraz synteza witaminy D [10]. Z upływem lat w skórze pojawiają się zmiany zanikowe, elastosza, narastająca suchość oraz wzrasta ilość wolnych rodników tlenowych [8].

Zmiany zanikowe skóry dotyczą wszystkich jej warstw [3]. Grubość naskórka zmniejsza się, linia skórno-naskórkowa, czyli pofałdowana warstwa brodavek skóry między skórą właściwą a naskórkiem ulega spłaszczeniu i wygładzeniu, a tkanka podskórna zwężeniu [3]. Zmniejsza się liczba gruczołów ekrynowych, a przerastają gruczoły łojowe. Powoduje to większą kruchość skóry. U osób starszych, podobnie jak

pod wpływem ekspozycji skóry na promienie słoneczne, dochodzi do powstania zmian zwyrodnieniowych we włóknach elastycznych i kolagenowych, które zbijają się w bezpostaciową masę [3, 11]. Dochodzi do procesu elastozy, czyli powstawania niepełnowartościowych, pofragmentowanych włókien sprężystych.

Ponadto w przebiegu endogennego starzenia się skóry zmniejsza się synteza kolagenu i tworzenie nowych naczyń krwionośnych, przy jednoczesnym pogrubieniu ścian już istniejących naczyń [3, 11]. Konsekwencją tych zmian jest pojawienie się typowych cech skóry starczej, do których należy: wysuszenie, zwiotczenie, zmniejszenie grubości i elastyczności, pojawienie się zmarszczek i bruzd. Ponadto często widoczne są teleangiektazje, przebarwienia i odbarwienia [9, 11]. Skóra osób starszych wykazuje większą wrażliwość na urazy [9]. Z naturalnym procesem starzenia się skóry związane są tzw. zmarszczki statyczne, które pogłębiają się z czasem i są widoczne na twarzy bez względu na jej mimikę. Określa się również mianem zmarszczek grawitacyjnych [11].

Okolo 75% osób starszych ma problemy z przesuszaniem się skóry, które jest następstwem obniżonej zawartości wody w obrębie naskórka, a nie zwiększonej jej utraty przez skórę [15]. Skóra przesuszona jest nieznacznie zaczerwieniona, wykazuje skłonność do łuszczenia się, a niekiedy tworzą się tzw. pręczozy. Przesuszenie skóry najbardziej widoczne jest na przedramionach, podudziach oraz grzbiecie rąk. Proces ten ulega przyspieszeniu pod wpływem niekorzystnych warunków atmosferycznych (narażenie na słońce, suchy wiatr), gorących kąpeli, a także narażenia na działanie drażniących detergentów. Skóra starcza wykazuje ponadto zwiększoną skłonność do różnych infekcji i podrażnień.

STARZENIE SŁONECZNE SKÓRY

Do przyczyn starzenia egzogenego, czyli zewnętrznego, należy m.in. szkodliwe działanie promieniowania słonecznego, zanieczyszczenia środowiska, palenie tytoniu, klimat, niehigieniczny tryb życia, brak snu, niewłaściwy sposób odżywiania, czynniki hormonalne, stres, różne choroby, w tym choroby infekcyjne [15].

Jednym z najważniejszych czynników odpowiedzialnych za starzenie egzogenne skóry jest promieniowanie słoneczne, a ten rodzaj starzenia skóry określa się fotostarzeniem. Fotostarzenie wynika z kumulowania się wieloletnich ekspozycji na promieniowanie UV.

W procesie fotostarzenia najbardziej istotne jest działanie promieni UVA o długości fali 320–400 nm, które w ponad 50% przenikają przez naskórek do skóry właściwej oraz w mniejszym stopniu promieni UVB o długości fali 290–320 nm, które w 90% są zatrzymywane przez warstwę rogową naskórka [15]. Promieniowanie UVA, stanowiące 90–95% promieniowania słonecznego docierającego do powierzchni Ziemi, ma działanie

powolne, podstępne (nie powoduje reakcji obronnej skóry w postaci rumienia) i zależne od kumulacji częstych podostrych ekspozycji [5, 12]. Ten rodzaj promieniowania ma udowodnione silne właściwości immunosupresyjne i rakotwórcze. Bierze udział w rozwoju nowotworów pochodzenia nabłonkowego (raków), a także czerniaka złośliwego [5, 18].

Promieniowanie UVB wywiera wpływ przede wszystkim na keratynocyty i komórki Langerhansa, prowadząc do hiperkeratozy ogniskowej, cech atypii komórkowej, uszkodzenia komórek Langerhansa, które są odpowiedzialne za mechanizmy obronne skóry oraz do uszkodzenia ochronnej bariery lipidowej skóry [15]. Z kolei promieniowanie UVA dociera do głębszych warstw skóry (warstwy siateczkowej i brodawkowej skóry właściwej) i oddziałując na fibroblasty, komórki dendrytyczne skóry, komórki śródbłónka naczyń, limfocyty T, komórki tuczne i granulocyty uszkadza przede wszystkim tkankę łączną skóry [19]. Promieniowanie UVA potęguje też działanie promieniowania UVB w obrębie naskórka.

Skórę starzejącą się pod wpływem promieni UV cechują: pogrubiały naskórek, przesuszenie, utrata elastyczności, zmarszczki, bruzdy, przebarwienia, poszarzały kolor, często rozszerzone i pękające naczynia, a także atrofia (zanik skóry właściwej).

Pogrubienie naskórka, jego suchość i łuszczenie się jest wynikiem pogrubienia jego warstwy rogowej (hiperkeratynizacji) na skutek uszkodzenia desmosomów, czyli miejsc połączeń sąsiednich komórek i tworzenia skupisk częściowo oderwanych komórek [15].

Pogrubienie warstwy rogowej jest naturalnym mechanizmem obronnym skóry przed szkodliwym wpływem promieni UV na organizm. Suchość skóry jest wywołana zmniejszeniem ilości naturalnego czynnika nawilżającego (NMF – natural moisturizing factor), jak również zubożeniem warstwy lipidowej pokrywającej naskórek.

W odróżnieniu od starzenia chronologicznego skóry, dla starzenia słonecznego charakterystyczne jest występowanie grubszych zmarszczek, bruzdowania oraz brak zmniejszenia grubości skóry. Skóra może być nawet grubsza, ponieważ naskórek ulega wzmożonej proliferacji i nadmiernemu rogowaceniu, a włókna elastyczne pogrubieniu [11]. Szkodliwe działanie promieni słonecznych prowadzi do powstawania tzw. zmarszczek posłonecznych. Zmarszczki powstają na skutek nasilonego fizjologicznego procesu poletkowania skóry, pogłębiania się fizjologicznych fałdów i bruzd. Najbardziej widoczne są one na twarzy, szyi i karku. Bardzo nasilone zmarszczki określa się jako szyja żeglarza lub farmera [11].

W skórze właściwej dochodzi do degradacji kolagenu i elastyny. Włókna kolagenowe ulegają zmianom zwyrodnieniowym, zmniejsza się ilość kolagenu typu I [15]. Dla procesu fotostarzenia skóry najbardziej charakterystyczne jest zjawisko elastozy, czyli nagromadzenia w skórze właściwej nieprawidłowych, zdegenerowanych włókien elastynowych, które tworzą zbite konglomeraty elastyny [6, 15]. Elastozę wiąże się

z zaburzeniami syntezy i degradacją fibryliny na granicy skórno-naskórkowej, która jest białkiem odpowiadającym za prawidłowe usieciowanie włókien elastynowych [15]. W skórze chronionej przed ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe zjawisko elastozoy nigdy nie występuje – nawet u osób starszych.

Na skórze osób starszych pod wpływem działania promieni słonecznych bardzo często powstają teleangiektazje, czyli pajęczki krwionośne. Są one skutkiem upośledzenia mikrokrążenia, poszerzenia i pogrubienia ścian drobnych naczyń krwionośnych, ich krętego przebiegu i zaburzeń procesu tworzenia nowych naczyń krwionośnych (neoangiogenezy) [7, 15].

Następstwem fotostarzenia jest utrata elastyczności skóry i pojawienie się przebarwień. Przebarwienia powstają wskutek uszkodzenia melanocytów, zwiększenia ich liczby, proliferacji i hiperplazji. Atrofia skóry może współistnieć ze zmianami przerostowymi takimi jak rogowacenie słoneczne i rogowacenie łojotokowe [15].

Zmiany skórne powstałe wskutek działania promieni słonecznych sprzyjają rozwojowi różnych stanów przednowotworowych skóry, raka podstawnokomórkowego, kolczystokomórkowego i czerniaka złośliwego [13]. Promieniowanie UV bierze udział w inicjacji, promocji oraz progresji nowotworów skóry dlatego uważane jest za pełny kancerogen.

Najbardziej szkodliwe jest przebywanie na słońcu w środku dnia, gdy kąt padania promieni jest największy. Znacznie mniej szkodliwe jest nasłonecznianie się rano i wieczorem, gdyż promieniowanie UV jest znacznie mniejsze.

Na skutek działania promieni UV dochodzi do wielu zmian molekularnych m.in. do uszkodzenia DNA komórek skóry. Zarówno w naturalnym procesie starzenia skóry, jak i w fotostarzeniu bardzo istotną rolę odgrywają mutacje mitochondrialnego DNA (mtDNA) [1]. W uszkodzeniu skóry przy udziale promieniowania UV duże znaczenia mają tzw. reaktywne formy tlenu (ROS – *reactive oxygen species*). Metabolity tlenowe uszkadzają cząsteczki kolagenu, pobudzają syntezę metaloproteinaz macierzy (MMT), inaktywują fizjologiczne tkankowe inhibitory metaloproteinaz (TIMP) [15]. Pobudzenie MMP-1 przez promienie UV prowadzi do rozszczepienia włókien kolagenowych typu I i III [15]. Pod wpływem promieniowania UV dochodzi do pobudzenia nabłonkowego czynnika wzrostu (ang. *epidermal growth factor* – EGF) oraz cytokin tj. interleukina-1 i czynnika martwicy guza (ang. *tumor necrosis factor* – TNF-) [16].

FOTOPROTEKCJA

Profilaktyka procesu świetlnego starzenia się skóry polega na unikaniu ekspozycji na słońce, noszeniu odzieży pochłaniającej promienie UV, kapelusza z szerokim ron-

dem, używaniu parasoli oraz stosowaniu kremów przeciwsłonecznych z filtrem. Filtry słoneczne z ochroną UVA i UVB odbijają, rozpraszają lub absorbują promieniowanie UV. Aby zapobiec świetlnemu starzeniu się skóry konieczne jest codzienne używanie środków chroniących przez promieniowaniem świetlnym.

W celu zatrzymania fotostarzenia skóry oraz jej regeneracji zaleca się stosowanie retinoidów, czyli pochodnych witaminy A. Mają one działanie antyoksydacyjne, chroniące błony komórkowe przed uszkodzeniem, niszczeniem i rozpadem. Retinoidy pobudzają podziały komórek warstwy podstawnej, normalizują też proces różnicowania się keratynocytów, zmniejszają rogowacenie naskórka. Witamina A działa również głębiej, na elementy skóry właściwej. Zmniejsza rozpad fibroblastów i stymuluje syntezę kolagenu [4, 17]. Retinoidy pobudzają angiogenezę, zmniejszają przebarwienia skóry przez zmniejszenie zawartości melaniny w naskórku [4]. Ponadto wykazują działanie przeciwnowotworowe [4].

Retinoidem, który stosuje się do leczenia objawów starzenia się skóry jest naturalna aktywna forma witaminy A – tretinoina. Stosowana zewnętrznie w postaci kremu zwiększa syntezę kolagenu, pobudza elastynę, efektem czego jest wygładzenie zmarszczek, ustąpienie szorstkości skóry i zmiana jej zabarwienia [15]. W celu zapobiegania starzeniu się słonecznemu skóry zaleca się również 6-miesięczne stosowanie 10–25% kwasu mlekowego i glikolowego, co prowadzi do zmniejszenia hiperkeratozy i zwiększenia syntezy kolagenu [4]. Zarówno w słonecznym uszkodzeniu skóry, jak i w zmianach skórnych powstałych z upływem czasu korzystne efekty przynosi stosowanie witaminy C i E, które wykazują bardzo silne działanie antyoksydacyjne. Witaminy te opóźniają proces starzenia się skóry, chronią skórę przed uszkodzeniami, a także pobudzają jej procesy naprawcze. Witamina C poza działaniem przeciwrodnikowym, bierze udział w fotoprotekcji, wzmacnia produkcję kolagenu, działa przeciwzmarszczkowo oraz wzmacnia odporność skóry przeciw różnym drobnoustrojom [14, 15]. Witaminę C stosuje się w formie preparatów doustnych oraz miejscowo w postaci kremów. Witamina E poza działaniem hamującym uwalnianie wolnych rodników tlenowych, zmniejsza utratę wody przez skórę, a działanie fotoprotekcyjne wywiera tylko w połączeniu z witaminą C [2].

PODSUMOWNIE

Starzenie to proces fizjologiczny, który dotyczy całego organizmu. Oznaki procesu starzenia najbardziej widoczne są na skórze i niejednokrotnie są przyczyną wyraźnego obniżenia jakości życia człowieka. Starzenie się skóry będące wynikiem upływu czasu, jak i działania czynników zewnętrznych i wewnętrznych prowadzi do upośledzenia wielu jej funkcji.

Upływ czasu oraz działanie promieni słonecznych prowadzi do szeregu zmian histopatologicznych i odpowiadających im objawów klinicznych świadczących o starzeniu się skóry. Bardzo ważne jest stosowanie fotoprotekcji, która zapobiega i opóźnia starzenie się skóry, ale ma również istotny hamujący wpływ na procesy nowotworzenia.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ames BN, Shigenaga MK, Hagen TM. Mitochondrial decay in aging. *Biochim Biophys Acta*. 1995; 1271: 165–170.
- [2] Boelsma E, van de Vijver LP, Goldbohm RA, Klöpping-Ketelaars IA, Hendriks HF, Roza L. Human skin condition and its associations with nutrient concentrations in serum and diet. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77: 348–355.
- [3] Branchet MC, Boisnic S, Frances C, et al. Skin thickness changes in normal aging skin. *Gerontology* 1990; 36: 28–35.
- [4] Cork MJ. The importance of skin barrier function. *J Dermatol. Treat* 1997; 8, 7–13.
- [5] Dadej I, Wołowicz J. The role of UVA of the skin pathology. *Post Derm Alerg* 2003; 3: 170–175.
- [6] Dalziel K. Aspects of cutaneous aging. *Clin Exp Dermatol* 1991, 16: 315–323.
- [7] De Winter S, Vink AA, Roza L. et al. Solar-stimulated skin adaptation and its effect on subsequent UV-induced epidermal DNA damage. *J. Invest. Dermatol*. 2001; 117, 678–682.
- [8] Fenske NA, Lober C.W. Structural and functional changes of normal aging skin. *J. Am. Acad. Dermatol*. 1986; 15, 571–585.
- [9] Gilchrist BA. Skin aging and photoaging: an overview. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 610–613.
- [10] Gilchrist BA, Yaar M. Ageing and photoageing of the skin: observations at the cellular and molecular level. *Br J Dermatol*. 1992; 41: 25–30.
- [11] Jabłońska S, Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
- [12] Miller SA, Hamilton SL, Wester UG, Cyr WH: An analysis of UVA emissions from sunlamps and the potential importance for melanoma. *Photochem Photobiol*, 1998; 68: 63–70.
- [13] Na CR, Wang S, Kirsner RS, Federman DG. Elderly adults and skin disorders: common problems for nondermatologists. *South Med J*. 2012; 105: 600–606.
- [14] Nusgens BV, Humbert P, Rougier A, Colige AC, Haftek M, Lambert CA, Richard A, Creidi P, Lapière CM. Topically applied vitamin C enhances the mRNA level of collagens I and III, their processing enzymes and tissue inhibitor of matrix metalloproteinase 1 in the human dermis. *J Invest Dermatol*. 2001; 116: 853–859.
- [15] Olek-Hrab K., Hawryluk A., Czarnecka-Operacz M. Wybrane zagadnienia z zakresu starzenia się skóry. *Post Dermatol Alergol*; 2008; 5: 226–234.
- [16] Ullrich A., Schlessinger J. Signal transduction by receptors with tyrosine kinase activity. *Cell*, 1990; 61: 303–212.
- [17] Varani J, Warner RL, Gharraee-Kermani M, Phan SH, Kang S, Chung JH, Wang ZQ, Datta SC, Fisher GJ, Voorhees JJ. Vitamin A antagonizes decreased cell growth and elevated collagen-degrading matrix metalloproteinases and stimulates collagen accumulation in naturally aged human skin. *J Invest Dermatol*. 2000; 114: 480–486.
- [18] Wang S, Polsky D, Kopf A, et al.: Promienianie UVA i czerniak. *Komentarz Wolska H. Dermatologica*, 2001; 3: 6-15.
- [19] Woźnicka A, Lesiak A, Sysa-Jędrzejewska A. Mechanizmy działania terapeutycznego promieniowania ultrafioletowego na skórę. *Przegl Dermatol*, 2002; 4: 303–306.

SPÓŁECZNIE I MEDYCZNIE TRUDNY KLIENT
W DOMU POMOCY SPÓŁECZNEJ
DLA OSÓB STARSZYCH PRZEWLEKLE SOMATYCZNIE CHORYCH

MAŁGORZATA DRUŚ

Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych
studia doktoranckie

STRESZCZENIE

Jak wynika z prowadzonych w różnych środowiskach rozmów, domy pomocy społecznej kojarzone są najczęściej z wyizolowaną, odciętą od reszty społeczeństwa formą opieki nad osobami starszymi, schorowanymi. Moim zdaniem nie jest to miejsce wykluczenia społecznego. Coraz więcej osób zamieszkujących w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, to osoby pozostawione w chorobie samym sobie oraz osoby z zerwanymi relacjami rodzinnymi, z przeszłością bezdomności. Takich osób i ich problemów dotyczy ten artykuł. W momencie przyjsia do Domu Pomocy Społecznej problemy tych osób stają się problemami instytucji i współmieszkańców zarówno ze społecznego jak i medycznego punktu widzenia. Odrębność świadczeń zdrowotnych i świadczeń z zakresu pomocy społecznej przy jednoczesnej wielochorobowości mieszkańca domu pomocy społecznej generuje dylematy w zakresie właściwego do potrzeb zabezpieczenia starszego człowieka. Konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego, w tym medycznego oraz psychicznego. Konieczna jest więc korelacja finansowania usług medycznych oraz usług z zakresu pomocy społecznej. Ten artykuł poświęcę głównie grupie mieszkańców, którzy tworzą specyficzną społeczność domów pomocy społecznej czyli osobom uzależnionym, schorowanym, w większości przebywających na zasiłkach społecznych. Z punktu widzenia pozostałych mieszkańców domów pomocy społecznej jest to grupa swoista, rządząca się swoimi prawami i wymagająca specyficznego rodzaju wsparcia.

WPROWADZENIE

W wydanej w 1970 r. książce *Starość* Simone de Beauvoir [1], napisała, że są cztery przyczyny, dla których osoby starsze lub schorowane szukają schronienia w różnych formach instytucjonalnych zapewniających całodobową opiekę. Dziś są to domy pomocy społecznej lub domy opieki nad osobami starszymi prowadzone przez prywatne podmioty. Pierwszą przyczyną, którą wskazuje Simone de Beauvoir, są niewystarczające dochody starszego człowieka. We współczesnym społeczeństwie polskim wśród mieszkańców domów pomocy społecznej przeważają osoby będące na utrzymaniu gminy, lub o minimalnych wypracowanych emeryturach czy przyznanych rentach. Natomiast prywatne domy opieki wybierane są przez emerytów posiadających znaczne emerytury lub rodziny pokrywającą koszty. Na tę prawidłowość wskazywała autorka w latach siedemdziesiątych XX wieku i moim zdaniem funkcjonuje ona i dzisiaj. W domu pomocy społecznej, który reprezentuję, na 110 mieszkańców w maju 2014 roku zasiłki z gminy pobiera 45 osób (w tym 32 osoby to mężczyźni), renty otrzymuje 31 osób, a 34 mieszkańców otrzymuje emeryturę. [10]. Drugą przyczyną według de Beauvoir, jest fizyczne zmęczenie spowodowane utrzymywaniem mieszkania lub wręcz bezdomność. Również ten trend obecny jest współcześnie. Na przykład w Warszawie w schroniskach dla bezdomnych, na koniec 2013 roku przebywało 1417 osób, które to osoby w bliższej lub dalszej perspektywie staną się mieszkańcami domów pomocy społecznej. [9]. Ta grupa jest tylko częścią środowiska bezdomnych. Znacząca ilość osób nigdzie nie mieszkających i nie pracujących nie korzysta z żadnych form wsparcia i dopiero w sytuacji kryzysowej, takiej jak: pogorszenie stanu zdrowia, znalezienie się w szpitalu, brak możliwości koczowania podczas mroźnej zimy – osoby te zamieszkają w domu pomocy społecznej. Trzecią przyczyną według autorki są rodzinne decyzje. Dorosłe dzieci mające już swoje dzieci nie chcą lub nie mogą zaopiekować się starszymi rodzicami. Historie przytaczane przez autorkę o pozostawieniu starszego rodzica w szpitalu i braku dalszego zainteresowania zdarzają się także dziś. Również w domu pomocy społecznej w Warszawie, na przykładzie którego pokazuję omawiane przeze mnie zjawiska, zamieszkują dwie osoby przywiezione przez pracownika socjalnego ze szpitala ze względu na brak zainteresowania rodziny. Czwartą przyczyną zamieszkania, między innymi w domu pomocy społecznej jest potrzeba zapewnienia osobie starszej, schorowanej, stałej całodobowej opieki pielęgnacyjnej i medycznej. Stan fizyczny lub psychiczny takiej osoby powoduje, iż najbliżsi członkowie rodziny lub w sytuacji ich braku sąsiedzi, nie są w stanie sprostać temu wyzwaniu.

Polskie tłumaczenie książki *Starość* Simone de Beauvoir [1], które ukazało się w 2011 roku, jak i wzrost liczby publikacji dotyczących starości w ostatnich latach, jest dla mnie kolejnym sygnałem, że również Polska zajęła się tematem, o którym od wielu

lat pisze się już w krajach zachodnich. Jest to głos w dyskursie na temat coraz bardziej widocznego zjawiska demograficznego, jakim jest starzenie się społeczeństw w Europie. Według Igora Radziejewicza-Winnickiego, prezentującego stanowisko powołanej w Polsce w 2012 roku Koalicji na rzecz Zdrowego Starzenia się – do roku 2050 wzrośnie liczba osób niesamodzielnych o 100–140%. W swoim artykule pisze on, iż „pociągnie to za sobą konieczność zapewnienia domowej oraz zinstytucjonalizowanej opieki, skutkującej zwiększeniem nakładów szacowanych w Polsce na dodatkowe 1,2% PKB. Na pierwszy plan wysuwa się konieczność rychłego dostosowania struktur świadczeń sektora ochrony zdrowia, opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego, do typowej dla tego wieku zwiększonej chorobowości (...). Konieczne staje się tym samym tworzenie zintegrowanych form opieki zdrowotnej, opieki społecznej i wsparcia społecznego” [6].

Zapewniające całodobową opiekę różnorodne instytucje pomocowe, w tym domy pomocy społecznej prowadzone w Polsce przez samorząd, organizacje pozarządowe lub jednostki prawne, są taką właśnie formą opieki zdrowotnej i społecznej. Mieszkaniec w ramach pobytu w takiej jednostce ma zapewnione usługi pielęgnacyjne, opiekuńcze i medyczne oraz usługi terapeutyczne, zgodnie ze swoimi potrzebami indywidualnymi i obowiązującymi normami. Oferowane wsparcie społeczne zapewnia starszemu człowiekowi stabilność i bezpieczeństwo, a obowiązujące standardy wskazane przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej [12] zapewniają realizację tej pomocy. Mieszkaniec ma obowiązek wnoszenia 70% odpłatności, ale ze względu na specyfikę osób zamieszkujących domy pomocy społecznej, czyli osoby o bardzo niskich dochodach, główny ciężar utrzymania standardów opieki ponoszą gminy. W omawianych przeze mnie domach pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych zamieszkują także osoby dotychczas bezdomne lub z przeszłością więzienną, osoby z problemem alkoholowym lub z zaburzeniami psychicznymi. Żyją własnym życiem, korzystając tylko z niektórych form wsparcia, głównie dotyczących czynności porządkowych w zamieszkiwanych przez nich pokojach.

Moje rozważania odnoszą się do tej właśnie grupy osób, stanowiącej specyficzną społeczność w domu pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych.

SYLWETKA TRUDNEGO KLIENTA W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Pisząc o osobach dotychczas bezdomnych, a obecnie przebywających w domach pomocy społecznej, mam na myśli zarówno osoby skierowane przez sąd, jak i osoby przywiezione przez służby prewencji podczas zimy, prosto z ulicy, a także osoby skierowane decyzją administracyjną ze schroniska dla bezdomnych lub noclegowni.

W Warszawie na koniec 2013 roku w domach pomocy społecznej (dla osób przewlekle somatycznie chorych, psychicznie chorych i w podeszłym wieku) mieszkało 1556 wspomnianych osób, w tym 140 osób z przeszłością długotrwałej bezdomności [11]. Brak jest natomiast oficjalnych danych ilu mieszkańców przebywających w domach pomocy społecznej to czynni alkoholicy, w tym z przeszłością bezdomności. Z prowadzonych przeze mnie rozmów z dyrektorami jednostek pomocowych, głównie z województwa mazowieckiego, wynika, że w ostatnich latach zwiększa się liczba osób z takimi problemami. W domu pomocy społecznej, w którym pracuję, na 110 mieszkańców jest 16 czynnych alkoholików oraz 32 osoby regularnie nadużywające alkoholu. Z przeprowadzonych wywiadów środowiskowych wynika, że 70% z tej grupy to osoby dotychczas bezdomne lub żyjące w warunkach określanych jako poniżej minimalnego standardu lub wywodzące się ze środowisk osób zagrożonych bezdomnością.

Jak wspomniałam, moje rozważania dotyczą specyfiki problemu związanego z mieszkańcami wywodzącymi się najczęściej ze środowiska osób bezdomnych. Po krótkim okresie adaptacyjnym w domu pomocy społecznej, osoby te wykazują zachowania aspołeczne. Tym, co najbardziej niszczy atmosferę i zaburza spokojne życie pozostałym mieszkańcom, jest agresja i postawa roszczeniowa, za pomocą której obwieszczony zostaje zasięg zawłaszczanego innym pola egzystowania. Następuje prezentowanie swojego „Ja”, jako wyznacznika obowiązujących reguł, czyli na przykład „posiłek ma być mi podany wtedy, kiedy ja mam ochotę”, „pić i śpiewać będę do północy, bo nikt mi tego nie zabroni”, „jak d... jest do s..., tak ty jesteś do sprzątnięcia” [13]. W codziennym toczącym się spokojnie życiu takiej jednostki pomocowej następuje pęknięcie, także w relacjach między mieszkańcami, na zasadzie „kto z nami, a kto przeciwko nam” i związanych z tym konsekwencjami. Pęknięcie to przebiega na linii: starsi schorowani, kulturalni mieszkańcy a starsi lub młodszy nadużywający alkoholu, z „ciekawą”, w negatywnym tego słowa znaczeniu, przeszłością. Normalne, rutynowe działania opiekuńczo-terapeutyczno-wspomagające prowadzone przez personel domu pomocy społecznej i nurt codziennego życia społeczności mieszkańców domu, zostają zaburzone poprzez agresywne, wulgarne i niszczycielskie zachowania osób pod silnym wpływem alkoholu i osób z patologiczną, zaburzoną osobowością.

Parsons twierdzi, że każde działanie człowieka ma swój cel [7]. Dążeniem jednostek w każdej z wymienionych grup w pierwszej kolejności jest socjalne zabezpieczenie się poprzez zagwarantowanie sobie dachu nad głową, codziennego posiłku (w sytuacji niektórych mieszkańców domu pomocy społecznej w zestawieniu: jadłodajni w pokoju, czyli jak mówił jeden z mieszkańców Domu przy Wójtowskiej: „daj jadło do pokoju”) oraz opieki, głównie w aspekcie, cytuję: „mam wysprzątnięte i wszystko uprane” przez zatrudniony personel. Pierwsza grupa mieszkańców zainteresowana jest nawiązaniem

kontaktu z współmieszkańcami i personelem, uczestniczeniem w różnorodnych oferowanych zajęciach terapeutycznych i fizjoterapeutycznych. Druga grupa zainteresowana jest również nawiązaniem kontaktu, ale w innym celu: „kto się ze mną napije i kto pójdzie po alkohol kiedy ja nie mogę”. Członkowie tej grupy nie są absolutnie zainteresowani różnymi formami aktywnego spędzania czasu, w tym proponowanymi spotkaniami okolicznościowymi, czy uczestnictwem w terapii zajęciowej, pomimo prowadzonych wielu działań motywujących.

W moim artykule przedstawiam tę drugą grupę, bardzo zróżnicowaną, w tym osoby nadużywające alkoholu, często niezadowolone, postulatywne, trudne we współżyciu dla innych mieszkańców i personelu. W celu ujęcia moich przemyśleń w ramy teoretyczne, posłużę się schematem myślenia Ervinga Goffmana przedstawionym w *Aneksie. Obłąd miejsca* w jego książce *Relacje w przestrzeni publicznej* [2].

Zdaniem Goffmana jednostki grupują się, ciążą ku sobie ze względu na pewne podobieństwa – podobieństwo losu, zwyczajów, upodobań, zapotrzebowań [2]. Taką grupę tworzą w domu pomocy społecznej osoby z przeszłością więzienną, bezdomnością, a nade wszystko uzależnieniem od podstawowych używek, jakimi są papierosy i alkohol. Codzienne życie w domu pomocy społecznej tych osób koncentruje się na zapewnieniu, poprzez różne działania, w tym żebractwo na zewnątrz, kradzież słabszym mieszkańcom, wymianę towarową – środków na zakup papierosów i alkoholu. Wszelkie próby udaremnienia tego typu procederów przez personel opiekuńczo-wspomagający, który musi zapobiegać pijackim awanturom zagrażającym bezpieczeństwu pozostałych mieszkańców, kończą się agresywnymi zachowaniami wobec tegoż personelu i innych mieszkańców oraz utajnieniem działań. W tej grupie są też mieszkańcy, którzy ze względów fizycznych lub zdrowotnych nie mają możliwości samodzielnego zakupu alkoholu. Taki mieszkaniec znajduje wówczas osobę, innego mieszkańca z podobną przeszłością, bez wypracowanego świadczenia emerytalnego, który za dodatkową opłatą dokona zakupu alkoholu i dostarczy do domu pomocy społecznej. Pomiędzy tymi dwoma typami mieszkańców zawiązuje się specyficzna relacja na zasadzie: potrzebujący, który posiada środki finansowe (nazwijmy go kupiec) a dostarczający, który zakupi alkohol w pobliskim sklepie na prośbę potrzebującego (nazwijmy go dostarczyciel). Relacje te są stałe (zawsze ten sam dostarczyciel, współpracuje z tym samym kupcem) i dni zakupów są stałe, albowiem pory dnia i godziny otrzymania świadczenia pieniężnego w formie zasiłku czy renty są stałe. Po pierwsze, dany kupiec zwraca się do dostarczyciela natychmiast po otrzymaniu swojego świadczenia. Po drugie, jeżeli w stałym terminie kupiec nie zgłosił się do dostarczyciela, to on sam zgłasza się do kupującego po pieniądze. Dwustronne kontakty i dwustronny związek nie jest traktowany jako braterska, szlachetna pomoc słabszym. Zyskują obie strony relacji. Jednemu dostarczono na czas

alkohol, drugi dostał „napiwek”, dzięki czemu nie mając własnych środków finansowych może zakupić sobie papierosy, alkohol lub inną przydatną mu rzecz.

Goffman stwierdza, że wyznawana przez jednostkę definicja samej siebie może różnić się od definicji jej przypisanej przez otoczenie społeczne. Sposób, w jaki traktujemy innych i w jaki sami jesteśmy przez nich traktowani, zazwyczaj jest regulowany normami społecznymi [2]. Co jednak dzieje się, jeżeli w danej społeczności poszczególni jej członkowie lub osoby tworzące grupę – środowisko, nie przestrzegają ustalonych norm? Wracając do rozważań na temat grupy osób nadużywających alkoholu w domu pomocy społecznej, nie przestrzeganie norm zaburza istniejący ład, wypracowany dla wspólnego dobra wszystkich zamieszkujących w nim ludzi starszych.

Zdaniem Goffmana rozmaite reguły pozwalają realizować pewne zadania, które społeczność przydziela swoim członkom, tak aby możliwe było życie w grupie. Jednostka organizuje swoją codzienną aktywność, a „przydział grupowych oczekiwań i obowiązków będzie zależał od jej konkretnych przypuszczeń na własny temat – i będzie je potwierdzał” [2]. Poniżej odniosę się do kolejnego przykładu – grupy mieszkańców domów pomocy społecznej, którzy za pomocą różnego rodzaju ekspresji werbalnej i niewerbalnej przekazują otoczeniu, personelowi i współmieszkańcom – informacje: „ja jestem panem sytuacji, ja dyktuję warunki”. Zapewniają to sobie zastraszeniem, agresją słowną i fizyczną. Przykładem są różnego rodzaju sytuacje, skrupulatnie zapisywane w raportach dyżuru ze względu na powstające zagrożenie i brak możliwości przewidzenia czy groźby zostaną spełnione. Przytoczę kilka zapisów z raportów [13]: „Dzisiaj pan S. zagroził mieszkance, pani G., że jeżeli jeszcze raz w nocy będzie zaglądała do jego pokoju i szukała (alkoholu – przyp. autorki), to połamię jej obie ręce”. Inny przykład dotyczy mieszkańca przybyłego ze schroniska dla bezdomnych, który pobił dotkliwie innego mieszkańca, również ze schroniska dla bezdomnych, ponieważ ten przechwalał się, że on tu rządzi: „wszyscy będą chodzili tak jak ja chcę, i ty też”. Przykłady można mnożyć. Główne pokazy siły, zarówno słownej jak i czynnej, odbywają się głównie wśród męskiej części mieszkańców domów pomocy społecznej. Pozostali członkowie grupy, w ten sam sposób postrzegając jednostkę z powodu jej dotychczasowej działalności, oddają swoje pola działania, stając się biernymi aktorami, widzami lub schodząc w ogóle ze sceny.

Osoba nadużywająca alkoholu może oczywiście zostać uznana za osobę chorą, osobę, która nie kontroluje swoich zachowań, nie ma świadomości konsekwencji własnych działań [8]. Osoba taka może też jednak, znając konsekwencje swoich działań, zdecydować się na nie z powodu swojej złośliwości, chęci dokuczenia. Część mieszkańców powodowana właśnie takimi emocjami, sfrustrowana sytuacją, w której znalazła się lub powodowana swoimi cechami charakteru, które nasiliły się pod wpływem cho-

roby – prowokuje sytuacje, w których ostentacyjnie łamie normy, reguły i oczekiwania społeczne. Jak pisze Ireneusz Kaczmarczyk „Zanik zdolności myślenia refleksyjnego, utrata kontroli nad piciem, a więc utrata wolności osobistej (...) – wszystko to oznacza dla alkoholika liczne problemy” [4]. Przykładami omawianych zachowań na terenie domów pomocy społecznej jest zarówno agresja ze skutkiem pobicia w stosunku do innych mieszkańców domu lub personelu oraz demolowanie pomieszczenia pod wpływem zaburzeń powstałych po spożyciu znacznej ilości alkoholu.

Odnosząc się do koncepcji Goffmana, można powiedzieć, że w obrębie domów pomocy społecznej, podobnie jak to miało miejsce w opisywanych przez tego autora szpitalach psychiatrycznych, „percepcyjna rekonstrukcja wykroczenia lub naruszenia w kategoriach nic nie znaczącego symptomu chorobowego może nastąpić dużo później, a początkowo będzie chwiejna i uzależniona od tego, czy dokonuje jej pacjent, strony poszkodowane, czy profesjonalny personel (...)” [2].

Na przykładzie omawianej grupy okazuje się (najczęściej jednak dopiero po wytrzeźwieniu, nierzadko w Izbie Wytrzeźwień), że jednostki zdają sobie sprawę, iż złamały reguły, często wyrażają skuchę i okazują chęć naprawienia relacji z osobami, dla których w momencie agresji były zagrożeniem. Przyznanie się do nieetycznego zachowania, pogwałcenia praw innych, pozwala im wykorzystać te same osoby, zdobyć kolejny raz ich zaufanie do swoich celów, w tym pomocy w zdobyciu kolejny raz alkoholu, pomocy w załatwieniu spraw różnych (często są to współmieszkańcy z pokoju lub najbliżsi sąsiedzi – bracia do picia lub osoby mogące zaszkodzić im poprzez doniesienie o pozostałych występach, do tej pory nie ujawnionych w szerszym gronie).

Celne stwierdzenie Goffmana „popelniane z premedytacją sytuacyjne niestosowności, które świadczą o tym, że jednostka nie zamierza zachowywać się adekwatnie do swojego miejsca w społeczności” [2] moim zdaniem idealnie pasują do zachowań grupy osób nadużywających alkoholu, będących mieszkańcami domów pomocy społecznej. Zachowanie te są destrukcyjne ze względu na konsekwencje, jakimi są: wprowadzanie zamętu organizacyjnego, zagrożenie bezpieczeństwa innych oraz konieczność podejmowania działań naprawczych, a także znalezienia właściwego miejsca dla osób nie przestrzegających uznanych w tej społeczności norm.

Różnorodność osobowości i zachowań, zarówno wśród mieszkańców, jak i personelu w domach pomocy społecznej powoduje, iż niezwykle ważne jest utrzymanie tego, co Goffman nazywa „cienką siecią obowiązków, która porządkuje ruch i kontakty uczestników. Obowiązują tam określone tryby terytorialności osobistej, a szacunek dla granic stanowi podstawowy sposób strukturyzowania wzajemnej obecności” [2]. Powyższe układy terytorialne są łamane zarówno w sytuacjach wchodzenia w relacje osób pod wpływem alkoholu, jak i osób o tendencjach roszczeniowych lub zaburzeniach

psychicznych, żądających dla siebie specjalnych praw, przywilejów lub innych korzyści ich zdaniem należnych im bez względu na możliwości instytucji lub z pominięciem jakichkolwiek obowiązujących reguł. Osoby te, stawiając swoje żądania zachowują się w stosunku do innych osób w sposób uwłaczający godności osobistej innych, wykrzykują, wyzywają, poniżają, sugerując, iż niespełnienie „prośb” jest dyskwalifikowaniem, nieprzestrzeganiem praw osób chorych, niepełnosprawnych, wręcz działaniem włączającym się w nurt wykluczania społecznego. Ostatecznie o ile zachowania tego typu będą się powtarzały, pozostali członkowie społeczności, w tym personel, dla własnego bezpieczeństwa odsunie się od tak funkcjonującej jednostki, a po pewnym czasie, jak pisze Goffman, zostanie zawarty tajny spiszek w celu umieszczenia takiego członka społeczności w miejscu zapewniającym powrót do „zdrowia” [2]. W domu pomocy społecznej, który reprezentują również występują tego rodzaju sytuacje, w których zachowania mieszkańca, łamanie wszelkich reguł współżycia społecznego, doprowadzają do momentu podjęcia decyzji o konieczności przeniesienia danej osoby do innego typu domu lub powrotu do schroniska dla bezdomnych. Przykładem jest między innymi tocząca się właśnie sprawa – przypadek mieszkanki R. Osoba ta przyszła do domu pomocy społecznej ze schroniska dla bezdomnych, jest w miarę samodzielna, nie wyraża chęci uczestnictwa w żadnej proponowanej formie terapii i opieki, nie korzysta nawet z oferowanych jej usług medycznych. Jej sposób funkcjonowania, czyli nadużywanie alkoholu razem z zakupionymi przez siebie lekami, awantury, dopuszczanie się kradzieży w celu zdobycia pożądanych przedmiotów, alkoholu lub pieniędzy, wykazywanie postawy roszczeniowej, doprowadziły ostatecznie do zawiązania pewnego rodzaju spisku. Zaczęło się od ukrytych przed tą mieszkanką rozmów z personelem opiekuńczym tych osób, które, jako przedstawiciele Rady Mieszkańców, wyraziły kategorię sprzeciw wobec zachowań tak zagrażających funkcjonowaniu domu. W spiszek na kolejnym etapie włączyli się pracownicy socjalni, prowadząc dalsze rozmowy, kompletując odpowiednią dokumentację, która wymagana jest do przeprowadzenia administracyjnej procedury zmiany miejsca zamieszkania nie w domu pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, a na przykład w schronisku dla bezdomnych lub domu dla osób nadużywających alkohol. Te rozmowy i rozpoczęta procedura nie jest w dalszym ciągu jawna dla mieszkanki, chociażby ze względu na lęk pozostałych mieszkańców przed zemstą.

Zachowania mieszkańca powodowane przez chorobę alkoholową, zaburzenia osobowości lub inne utrudniające funkcjonowanie w społeczności zachowania zaczynają się, kiedy mieszkaniec uzna, że sytuacja, w której znajduje się nie spełnia jego oczekiwań. Rozpoczyna więc grę o uzyskanie zmiany, która będzie zaspokajała „jego potrzeby” określone jako prawa niezbywalne, podstawowe, które należą się mu z racji

przebywania w domu pomocy społecznej, a w rzeczywistości wydumane dla własnych korzyści. Przykładem jest mieszkaniec K. (zmarł w lutym 2014 roku), który jako pan około 80-tych z przeszłością kryminalną, przywieziony z ulicy przez służby prewencji w trakcie jednej z surowych zim – sam ustalał reguły jakie mają obowiązywać w jego pokoju, kto ma przynosić mu jedzenie do pokoju, kto ma prawo z nim mieszkać. Swoją pozycję utrzymywał za pomocą łaski starszego pana, która oprócz tego, że do chodzenia, służyła mu także do wymierzania sprawiedliwości i zastraszania „...bo jak nie, to cię tą lachą dzielę”. Innym przykładem jest żądanie mieszkańca M. płci męskiej, który domaga się kąpania go tylko w niedzielę rano przez personel płci żeńskiej oraz zabawianie go rozmową intelektualną podczas wodnego hydromasażu, który ma trwać 20 do 30 minut [13]. W tych i innych wielu przykładach z życia codziennego domów pomocy społecznej widoczna jest postawa, o jakiej mówi Goffman: uznania, że jest się ponad prawem, poczucia wyższości. Mieszkaniec taki ma poczucie wyjątkowości swojej sytuacji. Kiedy nie zostaje wyróżniony, doceniony i nie uznana jest jego wyższość nad innymi, okazuje złość i zniecierpliwienie. Rozpoczyna pokaz niezadowolenia poprzez ignorowanie obowiązujących w domu pomocy społecznej reguł, odmawia korzystania na przykład z takich rytuałów jak posiłki, dni kąpieli, czas rehabilitacji, rozmowy z innymi mieszkańcami i personelem. W swoich wypowiedziach krytykuje wszelkie działania personelu na rzecz mieszkańców, w sposób arogancki i wulgarny odnosi się do innych. Grozi złożeniem skarg do odpowiednich instytucji, powołując się na rzekomo szerokie kontakty, a nade wszystko grozi zawiadomieniem mediów i poinformowaniem ich o nieprzestrzeganiu praw człowieka, dyskredytowaniu niepełnosprawnego człowieka i poniżaniu jego godności.

Jednocześnie nie współuczestniczy w życiu domu, odmawia wykonania prostych czynności wokół siebie, traktując personel jak darmową służbę domową, a wszelkie prośby kwituje stwierdzeniami – wyzwiskami, wskazującymi na miejsce w szeregu jego świty, która jego zdaniem należy mu się jako człowiekowi schorowanemu, niepełnosprawnemu. Poziom agresji wzrasta po spożyciu alkoholu. Taki mieszkaniec prowadzi również własną politykę nawiązywania relacji z osobami, które mogą być mu przydatne lub z osobami słabszymi, które będzie mógł w odpowiednim momencie wykorzystać jako dodatkową służbę, zarówno wśród mieszkańców, jak i personelu.

W sytuacjach, kiedy do sprawy wytoczonej jako pogwałcenie praw człowieka włącza się osoba z zewnątrz – osoba kontrolująca, interweniująca – dopóki nie pozna dobrze stanu, w jakim znajduje się mieszkaniec, jego osobowości, zaburzeń lub historii życia i frustracji jakie w sobie niesie – nie będzie w stanie w obiektywny sposób ocenić prawdziwości lub nieprawdziwości przekazu, jaki jest jej komunikowany. Jednostka będzie przedstawiała się jako przyjacielska, otwarta, życzliwa i wskazywała na brak

możliwości porozumienia się z niezyczliwym, nieprofesjonalnym personelem. Również personel zostanie wówczas potraktowany jako grupa spiskująca przeciwko mieszkańcowi, a nie jako grupa osób znająca jednostkę poprzez relacje budowane przez codzienne przebywanie i zaspokajanie indywidualnych potrzeb lub żądań mieszkańca.

W tym miejscu przytoczę końcowy fragment rozdziału książki Goffmana, do którego nawiązywałam pisząc tę część, a która trafnie oddaje stan relacji: specyficzny mieszkaniec (nazwałam go trudny klient) – współmieszkaniec – personel. Mieszkaniec nadużywający alkoholu, roszczeniowy, awanturujący się „nie ogranicza się do gry społecznej, która wnosi w nasze życie porządek i sens. Przez swoje wysoki pozbawia się szacunku do samego siebie, który przysługiwałby mu w ramach (prawdopodobnie jedynej) nagrody za to, że zna swoje miejsce w społeczeństwie. Rezygnuje z tego, kim mógłby się stać i ze wszystkiego, co przynoszą nam wzajemnie kontrolowane kontakty” [2]. I, mówiąc językiem Goffmana, nie podejmuje żadnego wysiłku, aby zachować twarz.

SOLIDARYZM SPOŁECZNY A INDYWIDUALNA PRZEZORNOŚĆ

Moim zdaniem ważnym elementem spojrzenia na trudnego klienta w starszym wieku w domu pomocy społecznej jest to, co zdaniem Łukasza Jurka jest ryzykiem niesamodzielności, które „może być zabezpieczone na różne sposoby. Generalnie na tym polu ścierają się dwie koncepcje: indywidualna przezorność oraz solidaryzm społeczny. (...) Solidaryzm społeczny oznacza z kolei uspołecznienie ryzyka niesamodzielności i scedowanie odpowiedzialności za los starca na całe społeczeństwo”. [3]. Z jednej strony solidaryzm społeczny to zabezpieczenie, w tym wypadku dla osób starszych bezbronnych w swojej chorobie, szukających wsparcia w tej najtrudniejszej sytuacji wśród członków społeczności lokalnej. Często zdarzają się też przypadki, w których człowiek całe życie zbierał środki na ten szczególny czas, a jakieś wydarzenie spowodowało, że utracił wszystko. Wielu dyrektorów domów pomocy społecznej przytacza wiele opowieści, w których oszustem, złodziejem była najbliższa rodzina, nawet dzieci i wnuki. Nie bez znaczenia jest więc możliwość zamieszkania w domu pomocy społecznej, gdy opieki nie zapewnia już nikt z najbliższych. Z drugiej jednak strony do tego samego domu przychodzą ludzie prosto z ulicy, bezdomni, z chorobą alkoholową. Tak jak w przypadku jednego z mieszkańców, który pracował w życiu tylko 7 miesięcy, odkąd pamięta zawsze był na jakiś zasiłkach i jak sam stwierdził „a po co pracować, pomoc społeczna mi się i tak należy”. W jednym z zaprzyjaźnionych domów pomocy społecznej sama spotkałam dwóch panów – moich sąsiadów, którzy, jak to mówiono – w robocie nikt ich nigdy nie widział, a w sklepie monopolowym – zawsze. Łukasz Jurek w przytaczanej

publikacji [3] odwołuje się do alegorii L. de La Fontaine'a, wskazując na dwie kategorie członków społeczeństwa, jednych nazywając „koniki polne” a drugich „mrówki”. Przy czym: „Koniki polne to niezaradni utracjusze, jednostki beztrósko podchodzące do spraw związanych z zabezpieczeniem swojego bytu. Mrówki natomiast to osoby starannie zabezpieczające swoją przyszłość, dbające o zgromadzenie dostatecznych zasobów na wypadek realizacji któregoś z ryzyk socjalnych” [3].

Obraz ten nasuwa niezmiennie skojarzenie z dwiema grupami mieszkańców w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych. Grupa, którą szczególnie zajęłam się w moim wystąpieniu to właśnie te koniki polne, które nie wypracowały nic w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, a posiadane przez nich środki to jedynie zasiłki – wypłacane z budżetu gminy.

PODSUMOWANIE

Współczesny wzorzec starzenia zakłada aktywny i produktywny czas senioralny. Promowany model aktywizacji osób starszych i deinstytucjonalizacji jednostek pomocowych jako „konstruowany wzorzec jest typowy dla młodszych osób starszych i osób starszych należących do klasy średniej oraz wyższej klasy społecznej i pomija on w szczególności szybko rosnącą liczbę osób bardzo starych, osób starszych o niskich dochodach i/lub chorych i wymagających opieki, jak również społecznie słabych osób starzejących się (...)” [5]. Dodam grupę osób starzejących się z przeszłością długotrwałej bezdomności, więzienną, osób uzależnionych od używek typu alkohol, narkotyki a także jeszcze inną grupę, jaką stanowią osoby z przeszłością emigracyjną, w tym z brakiem jakichkolwiek środków do życia i brakiem więzi rodzinnych.

Pomoc społeczna stara się być formą dostosowaną do możliwości i faktycznych potrzeb. Wprowadzenie standaryzacji podnosi koszty, a jednocześnie nie jest efektywnym działaniem na tak szerokim obszarze. Inne są potrzeby osób nadużywających alkoholu wymagających opieki a inne osób korzystających aktywnie z dorobku kultury i wymagających opieki. Ważne jest więc oferowanie różnorodności usług na różnych poziomach, dostosowanych także i do tego trudnego klienta.

Przedstawiony przeze mnie obraz trudnego klienta, poparty czasami może zbyt drastycznymi przykładami, jest wycinkiem rzeczywistości domów pomocy społecznej, często przemilczanym, ale coraz częściej znaczącym, stąd mój głos w tej sprawie.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Beauvoir S., *Starość*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
- [2] Goffman E., *Relacje w przestrzeni publicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- [3] Jurek Ł., *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Difin S.A., Warszawa 2012.
- [4] Kaczmarczyk I., *Wspólnota anonimowych alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2008.
- [5] Naegele G., *Usługi społeczne dla osób starszych*, w: Olk Thomas red, Heinze Rolf G., Evers Adalbert, *Podręcznik usług społecznych – przykład Niemiec*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Warszawa 2013.
- [6] Radzewicz-Winnicki I., *Znaczenie idei Active Healthy Ageing dla systemu opieki zdrowotnej*, w: Samoliński Bolesław red. nauk., Raciborski Filip, *Zdrowe starzenie się. Biała księga*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.
- [7] Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- [8] Woroniewicz B.T., *Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, 2009.

Druki

- [1] Informacja o osobach bezdomnych. Sprawozdanie – IV kwartał 2013, opracowanie Piotr Zygadło, Wydział Pomocy Społecznej Biura Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu m.st. Warszawy, Warszawa, luty 2014.
- [2] Informacja z dnia 16 maja 2014 r. z Domu Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych w Warszawie przy ul. Wójtowskiej 13.
- [3] Dane ze stycznia 2014 roku z Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie.
- [4] Rozporządzenie o domach pomocy społecznej Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku (Dz.U.2012.964).
- [5] Zapiski z Raportów dyżurów w Domu Pomocy Społecznej w Warszawie przy ul. Wójtowskiej 13.

(NIE)MEDIALNA STAROŚĆ?
WIZERUNEK KOBIET STARZEJĄCYCH SIĘ
PREZENTOWANY NA ŁAMACH TYGODNIKA „WYSOKIE OBCASY”

EWA MARIA ŁASKARZEWSKA

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Teologii,
studia doktoranckie

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł poświęcony jest wizerunkowi kobiet starzejących się prezentowanemu na łamach tygodnika „Wysokie Obcasy”. Tytuł ten nie został wybrany przypadkowo – kobiecy dodatek do „Gazety Wyborczej” uważany jest za pismo publikujące treści feministyczne, którego dziennikarki i dziennikarze nie boją się sięgać po tematy trudne i często kontrowersyjne.

WSTĘP

Współczesny świat niejako boi się słowa „starość”. Zastępowane jest ono takimi pojęciami jak „złota jesień życia”, „podeszły wiek” czy „trzeci wiek”. Młodzi ludzie postrzegają ten okres, jako swoisty koniec wszelkiej cenionej społecznie aktywności, zamiast której pojawia się zniedołężnienie i potrzeba pomocy ze strony innych ludzi. Właściwe pokazanie w mediach samego procesu starzenia się oraz sytuacji człowieka starego może wyakcentować wartość tego okresu, a zarazem przygotować odbiorcę na własną starość.

Jak twierdzą Edyta Zierkiewicz i Izabela Kowalczyk: „świat przedstawiony w kolorowych czasopismach to świat przedstawiony, wyraźnie utrzymany w określonych konwencjach. Jest więc odtwarzany, konstruowany, a nie zrekonstruowany, świat wielokrotnie zinterpretowany, uproszczony, przerysowany, wyidealizowany” [10]. Co istotne, jest on mimo wszystko bardzo odległy od codziennego świata – bliskiego doświadcze-

niu czytelniczek. Z drugiej strony świat z kolorowych czasopism na swój przewrotny sposób bywa niekiedy znacznie prawdziwszy od codziennej rzeczywistości, która często uznana zostaje za nieważną, rutynową, pustą czy nudną. Kobieta przedstawiana w piśmach kobiecych nie odpowiada bowiem żadnej konkretnej osobie czy grupie społecznej, jest tworem abstrakcyjnym, odrealnionym, wyidealizowanym. To rodzaj specyficznej esencji tego, co stereotypowo utożsamiane jest z kobiecością [10].

„We współczesnej kulturze starości jest (stosunkowo) mało – nie pasuje ona do powszechnie obowiązującego modelu zdrowia, młodości i piękna. Te starsze kobiety, które pojawiają się w mediach, są albo znanymi osobistościami świata szeroko rozumianej kultury czy polityki, albo też nie pojawiają się prawie w ogóle – a jeśli już, to są opowiadane w serialach. Zazwyczaj starsze kobiety są ukazywane jako anioły albo jako budzące przestрах wiedźmy czy staruchy” [3]. Starsze panie kojarzone są z kolejkami u lekarza, narzekaniem czy pseudo-politycznymi dyskusjami. Przypisuje się im bierność, powolność, nieorientowanie, zagubienie i mała dbałość o wygląd. Ten negatywny stereotyp starszej pani można ponadto podzielić na kilka typów: typ wiejski, miejski, kościelny czy waleczny [3]. Analizując zawartość różnych tytułów z segmentu prasy kobiecej można zauważyć, że najważniejsza zasada w nich prezentowana jest klarowna: „starzenie się jest niewłaściwie/niewybaczalne, prawdziwa kobieta się nie starzeje. Starość z definicji jest brzydka, odpychająca, przerażająca. Starsza kobieta musi odejść z wizji” [34]. Jak podkreśla Alina Łyska: „starsze kobiety w czasopismach dla młodzieży są głupie, sklerotyczne, niedowidzące, zniedołężniałe, słabe, złośliwe, wredne, zacofane, niedoinformowane. Nie mają żadnych zainteresowań, nie podejmują żadnej aktywności poza «typowymi» dla starych kobiet czynnościami związanymi z rolą babci” [16]. Ten negatywny i bardzo zniekształcony obraz dopełnia wizja staruszki pozbawionej jakichkolwiek marzeń czy planów. Czasami wydaje się, że nie ma ona także uczuć, można zatem taką kobietę ośmieszać i lekceważyć. Takie stereotypy utrzymują czytelniczki i czytelników w przekonaniu, że starość jest czymś złym i zagrażającym, czymś, od czego należy się odseparować, a nawet przed czym należy się chronić [16]. Obecnej sytuacji kobiet nie da się porównać z tą mającą miejsce w wieku dziewiętnastym bądź osiemnastym, niemniej jednak i dzisiaj tradycja patriarchalnego społeczeństwa cały czas daje o sobie znać w dyskryminacji kobiet. Świadomość społeczna jest tak ustrukturyowana, że faworyzuje mężczyzn, a kobietom raczej utrudnia współzawodnictwo w wyścigu po te dobra, którymi społeczeństwo nas nagradza: władzę, prestiż i pieniądze. Jednak dzięki ruchom feministycznym spojrzenie na kobiety (w każdej fazie życia) diametralnie się zmieniło i dzisiaj nikt nie zaprzeczy, że dokonania emancypantek były kolejnym krokiem w budowaniu godności i poszanowania człowieka.

FEMINISTYCZNA OPRESJA STAROŚCI W PRASIE DLA KOBIET

Feminizm jest pojęciem zbiorczym, które określa wiele różnorodnych ruchów i działań społecznych, a także koncepcji teoretycznych, których cechą łączącą jest przekonanie o niesprawiedliwości, której ofiarą stają się kobiety ze względu na płeć. Ze stwierdzenia iż feminizm to ruch wynika, że ciągle pojawia się w nim jakiś nowy rodzaj wizji feminizmu, a poprzednie idee czy działania uznawane są za nieaktualne [1]. Feminizmów jest wiele i różne są ich klasyfikacje. W płaszczyźnie działania dochodzi do wspólnych przedsięwzięć przedstawicielek różnych nurtów, ale nigdy nie obejmują one całej rodziny feminizmów. Feminizm to splot ruchów społecznych i aktywności poszczególnych ugrupowań, ale to też idee feministyczne, które stanowią programy, hasła, ideologie [27].

Według Maggie Humm definicja feminizmu swoim zasięgiem obejmuje zarówno doktrynę równych praw dla kobiet, którą w praktyce realizuje ruch na rzecz praw kobiet, jak też ideologię społecznych przeobrażeń, których celem jest nie tylko społeczna równość, ale też powstanie „świata, który byłby światem także dla kobiet” [8]. Autorka ta podkreśla, że poszczególne definicje formułowane przez feministki zależą od ich wieku, wykształcenia, rasy do której należą czy ideologii, jaką wyznają. Skupiają się wówczas na relacjach między płcią a klasą społeczną, społecznie ukształtowanych różnicach między kobietą a mężczyzną czy też na wieloaspektowej dyskryminacji nie tylko ze względu na płeć, ale też rasę czy wiek [8].

Według działaczek feministycznych kobieta istnieje w społeczeństwie jedynie przez innych i dla innych, posiada zatem ograniczoną autonomię. Miejsce zajmowane przez kobietę w społeczeństwie nadaje jej podrzędny status, zaś role społeczne są ważne, ale nie dominujące. Nie sprawuje ona realnej władzy, zazwyczaj jest podporządkowana mężczyźnie, a jeśli może podejmować jakieś ważne decyzje, to najczęściej wobec jeszcze bardziej podporządkowanych osób, np. dzieci. W sposób szczególny ta opresja dotyczy kobiety starszej. Zgodnie ze społecznym stereotypem nie ma ona własnego życia, zatem musi żyć cudzym. To kobieta tkwiąca w rutynie i stagnacji, a poza miejscem w społeczeństwie i rolami, jakie jej się przypisuje, ważnym elementem tworzącym jej stereotyp jest również wygląd zewnętrzny: siwe włosy, zmarszczki, zgarbiona sylwetka. Starsza kobieta to taka, która zrezygnowała z dbania o swój wygląd, jest nieatrakcyjna w każdej sferze życia. Może zatem zostać zapomniana [32].

Autorzy we wszystkich definicjach podkreślają, że feminizm jest szerokim ruchem o charakterze politycznym, społecznym, kulturowym czy intelektualnym. Jego różne orientacje, szkoły i teorie łączy wspólne przekonanie, iż kobiety były i są przedmiotem dyskryminacji. Sama nazwa feminizm przyjęła się w latach 60-tych XX wieku, choć

jego pierwsze idee i aspiracje były formułowane już znacznie wcześniej [12]. Jako ruch przeszedł dużą zmianę – od ukazania dyskryminacji wynikającej z faktu bycia kobietą, poprzez radykalne odrzucenie świata mężczyzn, aż do przekonania o kulturowej wspólnocie obu płci [17].

W życiu społecznym idea feminizmu opiera się na zinterpretowaniu stosunków międzyludzkich jako niekorzystnych i krzywdzących kobietę. Oznacza to konieczność radykalnych, ideologicznych przemian strukturalnych, które służyć mają uzyskaniu przez kobiety równorzędnej lub nawet decydującej roli w poszczególnych dziedzinach życia. Początkowo feminizm cechowała walka o przyznanie prawa wyborczego kobietom, ich równouprawnienie w życiu politycznym czy naukowym, ochrona przed dyskryminującym ustawodawstwem pracy [5]. Współczesny feminizm nie jest ograniczony jedynie do modyfikacji prawa i zmiany obyczajów. Obok zadań i działań na rzecz głębokich zamian systemowych ma ambicje, by podjąć działania mające na celu dowartościowanie słowa „kobieta”. Feminizm dąży do tego, aby tak przeformułować określenie kobiecości, by każda osoba płci żeńskiej (niezależnie od wieku) była dumna z faktu przynależności do swojej płci. Prawdziwa feministka uważa, że każda kobieta powinna mieć prawo wyboru – może robić karierę np. w polityce lub być gospodynią domową, to jest to jej święte prawo – do decydowania o swoim życiu. Feminizm ideologicznie nie jest skierowany przeciwko samym mężczyznom, lecz przeciwstawia się niesprawiedliwemu porządkowi świata, jako taki powinien być w interesie mężczyzn, bo skoro feminizm zmierza do całościowego przekształcenia kultury i pełnej wolności wyborów indywidualnych, to dotyczy również mężczyzn [13]. Ważne jest tu ujmowanie kobiecości na przestrzeni całego życia, gdyż nawet współcześnie, w dobie gwałtownego rozwoju tendencji feministycznych: „starsze kobiety – świadkowie nieistniejącej już epoki (powojennej), a jednocześnie spadkobierczynie i nosicielki wszystkich kobiecych doświadczeń, ich rozterek, ich (biologicznych i społeczno-kulturowych) uwarunkowań/ograniczeń: «szklanych sufitów» zobowiązań, zależności, ideału służebnictwa, zostają niejako podwójnie wykluczone z dyskursu (jednocześnie jako kobiety i osoby starsze), wyrzucone poza nawias” [3].

Elżbieta Pakszys przedstawia feminizm przez cztery wybrane i dające się zbadać aspekty tego zjawiska. Pierwszym jest wymiar historyczno-polityczny, którego sedno zawiera się w kobiecej interpretacji idei wolności. Wspólnym elementem lokalnych czy narodowych wydań feminizmu jest poszukiwanie własnej historii oraz elementów polityki prawdziwe kobiecej. Pierwsze feministki wyrażały ten postulat głównie poprzez walkę o prawo do wykształcenia, a później prawo do pracy w sferze publicznej. Potem rozumienie idei wolności stało się zależne od konkretnych warunków życia kobiet – mogły to być postulaty walki o podstawowe prawa ludzkie dla kobiet w krajach Trze-

kiego Świata czy też do dysponowania własnym życiem i zdrowiem w przypadku kobiet Zachodu. Wymiar psychospołeczny to kobiecie odczytywanie idei równości międzyludzkiej, która jest ograniczona ze względu na płeć. Głównym motywem tych działań jest zmiana istniejącego stanu rzeczy – dominacji systemu patriarchalnego.

Wymiar filozoficzny rozwija interpretację rzeczywistości poprzez włączenie do tychczas pomijanego problemu płci i skonfrontowanie z nią tradycyjnej wiedzy. Polega on na formułowaniu ogólnych, dostatecznie pojemnych teorii z pozycji kobiety w świecie. Dla przykładu estetyka feministyczna poszukuje wyznaczników płci w sztuce, jej celem jest pogłębianie badań kreatywności kobiet oraz badań nad ich wciąż słabo rozpoznanym geniuszem.

W wymiarze organizacyjno-instytucjonalnym odnajdziemy praktykę działań podejmowanych przez kobiety i na rzecz kobiet. Obecny etap rozwoju ruchu feministycznego polega właśnie na wdrażaniu określonych elementów ideologii feministycznej w struktury polityczno-społeczne. Dzięki temu mogą być inicjowane reformy społeczno-kulturowe [20].

Współcześnie feminizm obejmuje badania metodologiczne, filozoficzne, estetyczne, antropologiczne, psychologiczne, teologiczne i inne. W jego ramach powstają dzieła sztuki, literatury, nowe formy krytyki literackiej i filozoficznej. Feminizm stał się uznanym elementem nowoczesnej edukacji, zaś interdyscyplinarne studia dotyczące płci kulturowej znalazły się w ofercie wyższych uczelni [28]. Przykładem takich badań na poziomie uniwersyteckim mogą być chociażby te prowadzone przez Edytę Zierkiewicz i Izabelę Kowalczyk. Autorki te podejmują problem wykluczenia kobiety realizowanego w prasie teoretycznie skierowanej do kobiet. Adresowana jest ona do kobiet określonego typu raczej młodych lub dojrzałych (wykluczenie kobiet starych), heteroseksualnych (wykluczenie seksualne), sprawnych i zdrowych (lekceważy się kobiety niepełnosprawne i chore). W pismach luksusowych treści adresowane są głównie do kobiet dobrze sytuowanych materialnie (wykluczenie kobiet ubogich), a w pismach z niższej półki – odwrotnie (specyficzna forma wykluczenia kobiet bogatych) [10]. Pisma dla kobiet prezentują wybrane bohaterki codziennego życia, dokonując całkowitej konstrukcji narracji o nich. Pojawia się to już na etapie wyboru bohaterek (np. reportaży lub wywiadów), jak również w sposobie, w jaki są prezentowane: strojach, makijażach, odpowiednich wnętrzach czy przestrzeniach oraz w wyborze zadawanych pytań i w zupełnym pomijaniu niektórych problemów. Bohaterki przedstawiane są jako „żony przy mężach, kobiety, które wzbudzają podziw i zazdrość, doskonale radzą sobie w domu, a zajęcia domowe umiejętnie łączą z karierą zawodową albo pracą społeczną” [10].

MATERIAŁY I METODY BADAŃ

W związku z narastającym znaczeniem prasy kobiecej dla kształtowania obrazu kobiet starzejących się w społeczeństwie, przeprowadzone zostały badania diagnostyczne mające na celu określenie, jaki jest ogólny wizerunek kobiet starzejących się prezentowany na łamach tytułów z tego segmentu. Oceniano, jakie problemy osób starzejących się poruszane są na łamach prasy, a także jakie informacje o wybranych aspektach ich życia i działalności może uzyskać przeciętna czytelniczka/czytelnik takiego czasopisma. Przedmiotem podjętych badań były przekazy (jawne i ukryte) upowszechniane w czasopiśmie dla kobiet, odnoszące się do sposobu funkcjonowania kobiet starzejących się w sferze publicznej i prywatnej.

Istota rozważań była skoncentrowana wokół próby udzielenia odpowiedzi na pytanie: Jakie przekazy dotyczące kobiet starzejących się zawarte są w tygodniku „Wysokie Obcasy”?

W badaniach zrezygnowano ze stawiania hipotez, co jest zgodne z przyjętą koncepcją metodologiczną badań jakościowych, zakładającą bezzałożeniowość w podejściu do interesującego problemu. Jak twierdzi Uwe Flick: „w badaniach jakościowych powstrzymujemy się od formułowania już na wstępie dokładnej definicji przedmiotu badawczego oraz hipotez przeznaczonych do testowania” [6].

Jako metodę analizy danych zostanie zastosowana jakościowa analiza treści. Wykorzystana metoda badawcza została stworzona do badania prasy i najbardziej przekonujące rezultaty otrzymuje się stosując ją do opisu mediów drukowanych. Niemniej przemyślana i dobrze zoperacjonalizowana może być również używana do badania przekazów innych rodzajów mediów. Analizę taką można przeprowadzać jedynie na materiale, który został fizycznie utrwalony w postaci druku, nagrania audio lub video. Analizą zawartości można badać całość dokumentów wizualnych w danym piśmie, brać pod uwagę jedynie teksty należące do wybranego gatunku, analizować wszystkie teksty dotyczące danej problematyki, badać materiał w całości lub ograniczyć się do jednego ich elementu, np. fotografii czy danego akapitu [15].

Postępowanie badawcze polegało na wyselekcjonowaniu wszystkich publikacji o tematyce dotyczącej osób starzejących się z tygodnika „Wysokie Obcasy” mieszczących się w przedziale od 1 stycznia 2013 do 31 grudnia 2013, a następnie wybraniu tych odnoszących się do problematyki kobiecej. Łącznie poddanych analizie zostało 52 numery. Jednostkami analizy były poszczególne artykuły dotyczące starości w szerokim tego słowa znaczeniu.

Aby przyjrzeć się, jakie treści na temat kobiet starzejących się przekazuje analizowany tygodnik, warto wstępnie scharakteryzować analizowany tytuły prasowy.

Od chwili pojawienia się pierwszych czasopism kobiecych dostarczały one czytelnikom „praktycznych rad, jak przetrwać w kulturze patriarchalnej” [22]. W Polsce wśród czasopism kobiecych ujmujących kobiecy los z perspektywy feministycznej wyróżniają się „Wysokie Obcasy”. Przede wszystkim jest to pismo niesamodzielne – jest co prawda tygodnikiem, ale pojawia się jako dodatek do „Gazety Wyborczej” [34]. Jako tygodnik teoretycznie powinien być adresowany do średnio zamożnych kobiet, głównie tych pochodzących ze wsi i małych miasteczek. W rzeczywistości jest to jednak czasopismo skierowane do kobiet wykształconych, mieszkanki miast, pracujących w zawodach wymagających wyższych kwalifikacji. Grupa docelowa jest więc podobna do tej, na jaką zorientowane są luksusowe miesięczniki typu „Pani” czy „Twój Styl”. Z pewnością jednak można tu wyraźnie dostrzec charakterystyczne dla „Gazety Wyborczej” neoliberalne podejście do prezentowanych zagadnień, co najlepiej oddaje promowane hasło „wolności wyboru” oraz często akcentowane elementy feministyczne [34].

ILUSTRACJE PRASOWE W ANALIZOWANYM MATERIALE

Jak podkreśla Magdalena Lisowska-Magdziarz, ilustracje w prasie kobiecej to „częściowo wizerunki kobiet-bohatek tekstów dziennikarskich, częściowo zaś fotografie modelek. Uderza podobieństwo między jednymi a drugimi” [15]. Celem tych ilustracji jest maksymalna estetyzacja kobiety wspomagana retuszem i daleko idącymi modyfikacjami. Tak pokazana bohaterka ma być wzorem dla czytelniczki.

W analizowanych tytułach prasowych najczęściej zdjęć towarzyszących artykułom poruszającym tematykę osób starzejących się ukazuje bohaterki w trzech przestrzeniach – zawodowej, indywidualnej lub sentymentalnej.

Przestrzeń zawodowa najczęściej pokazuje bohaterkę w jej miejscu pracy, np. w galerii sztuki, przy biurku czy na wiecu wyborczym. Przykładem może być chociażby fotografia przedstawiająca Jill Abramson w chwili, gdy otrzymuje ona gratulacje z okazji objęcia posady redaktor naczelnej „The New York Times” [14]. Przestrzeń indywidualną cechuje swoiste wyobcowanie bohaterki – pozuje ona samotnie, najczęściej w swoim mieszkaniu, siedząc w fotelu. Mimo, że wnętrza i plenery na takich fotografiach są pełne światła i kolorów a bohaterki uśmiechają się, to jednak niosą one ze sobą jakiś smutek i przygnębienie. Trzeci aspekt – sentymentalny – ukazuje retrospekcje z życia bohaterek. Są to zdjęcia archiwalne, pokazujące ich dzieciństwo, życie osobiste (na fotografiach towarzyszy im mąż czy dzieci) lub zawodowe. Publikowane w „Wysokich Obcasach” fotografie prezentują treści o różnorodnych relacjach między ich bohaterami,

interakcjach w grupie społecznej czy też stanowią bogate źródło komunikacji niewerbalnej, dającej się wyczytać z mowy ciała fotografowanych osób.

Istotną cechą tych czasopism jest poświęcanie małej ilości treści przestrzeniom społecznie kwalifikowanym jako „kobiece”, tj. kuchni i pokojowi dziecięcemu. Przeczy to stereotypowemu obrazowi kobiety starszej, której powołaniem jest wychowywanie wnuków i która znana jest ze świetnej kuchni. Nawet artykuł pt. „Babcia na etacie” poświęcony babciom wychowującym swoje wnuki został opatrzony jedynie niewielkim rysunkiem babci z wnuczkiem/wnuczką na ręku [29].

Na fotografiach prawie wcale (wyłączając fotografie archiwalne) nie pojawiają się takie elementy jak wspólna praca, zabawa czy wspólny posiłek z rodziną. Wygląda to tak, jakby kobiety te razem z młodością straciły rodzinę, przyjaciół czy współpracowników.

Jakość zdjęć sugeruje, że zostały zrobione przez profesjonalnych fotografów pracujących na zamówienie redakcji. Podobnie jest ze zdjęciami archiwalnymi.

SFERA SPOŁECZNA I AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

W analizowanym czasopiśmie nieomal wszystkie zagadnienia dotyczące osób starzejących się były prezentowane nie jako kwestie globalne – dotyczące całej populacji, ale jako ilustracja losów konkretnych bohaterów. Nie ma starości przedstawionej jako problem, z którym zmierzy się prawie każdy człowiek. Jawi się ona jako swoisty dodatek do prezentowanych treści – nie mówi się o niej do końca wprost, nie jest nadmiernie eksponowana. Pokazuje się ją trochę ze wstydem, a trochę jakby przepraszając za jej istnienie. Nie jest głównym tematem artykułów, lecz wzmianką pomiędzy elementami swoistych schematów: „urodziła się–odnosiła sukcesy–zmarła” lub też „urodziła się–odnosiła sukcesy–nadal odnosi sukcesy”.

Sam dyskurs skoncentrowany między innymi wokół starości prezentowany na łamach „Wysokich Obcasów” można podzielić na dwie grupy 1) „narracja osoby starzejącej się”, 2) „narracja o osobie starzejącej się”. To pierwsze podejście prezentowane jest w artykułach, gdzie bohaterowie sami opowiadają swoją historię. W ten sposób przedstawiają siebie chociażby Zofia Gołubiew [11] czy Zyta Oryszyn [23].

Drugie podejście przedstawia dwa rodzaje opowieści o czyjejs starości: historię widzianą z perspektywy autora bądź autorki tekstu lub osoby związanej z przywoływaną bohaterką. Z perspektywy dziennikarskiej opisywane są osoby znane ze świata kultury, nauki czy polityki albo „osobliwości” jak chociażby 85-letnia Cristina Calderón, która Jest ostatnią czystej krwi przedstawicielką plemienia Jaganów, które od 12 tys. lat zamieszkiwało najbardziej na południe wysunięty skrawek Ameryki Południowej –

Ziemię Ognistą. Została uznana za Żywy Ludzki Skarb przez chilijską Radę Kultury i Sztuki w 2009 roku [26]. Osoba związana z bohaterką to najczęściej ktoś z rodziny, kto dzieli się wydarzeniami z jej życia czy doświadczeniem relacji z nią.

Skupiając się na postaciach głównych bohaterek także można wyróżnić dwa charakterystyczne typy: kobieta żyjąca współcześnie oraz kobieta wyłaniająca się ze wspomnień. I tak mamy tu na przykład osobę Urszuli Kozioł (ur. 1931, poetka, eseistka, autorka felietonów, powieści i dramatów) [19] czy Jovankę Broz (wdowa po Josipie Brozie-Tito, przywódcy Jugosławii, w latach 60. ubiegłego wieku żyła w luksusie, na jaki mogli sobie pozwolić nieliczni na świecie. Od 32 lat walczy o odzyskanie wartego miliony euro majątku po mężu. Bezskutecznie. Gdy bohaterka skończyła 88 lat powiedziała w jednym z nielicznych wywiadów, że żyje „na złość innym”. Przez 28 lat była pierwszą damą kraju, którego już nie ma, żoną jednego z najpotężniejszych, najbardziej tajemniczych i kontrowersyjnych przywódców) [7].

Kobieta nowej generacji wokół której koncentrują swoją uwagę wydawcy kobiecych magazynów luksusowych jest aktywna, wykształcona, sprawuje władzę nad innymi, zajmuje ważne stanowisko i dużo dzięki temu zarabia [15]. Podobną perspektywę w odniesieniu do kobiet starzejących się można znaleźć na łamach „Wysokich Obcasów”. Bohaterki osiągnęły sukces zawodowy i z dumą dzielą się nim z czytelniczkami. Wśród nich są między innymi pisarki, lekarki, pierwsze damy, dziennikarki, czy aktorki. Przykładem mogą być chociażby historie: Grace Coddington, która od 25 lat nieprzerwanie jest dyrektorką kreatywną amerykańskiej edycji „Vogue’a” [24], Haliny Szpilman – lekarki, żony Władysława Szpilmana (słynnego pianisty) [21] czy Małgorzaty Potockiej, polskiej aktorki [30]. Ciągłe są aktywne na polu zawodowym, należą kobiet dobrze sytuowanych, z wyższym wykształceniem, mieszkających w dużych miastach. Znają swoją wartość i starają się nie stracić możliwości pracy zawodowej i ciągłego rozwoju. Nie mają one problemów związanych z wymiarem ekonomicznym – nie padają słowa o niskiej emeryturze czy braku środków na leki, są niezależne: „mogę wynająć apartament, opłacić ubezpieczenie. Może kiedyś zamieszkam z gromadą podobnych do mnie osób, tworząc coś w rodzaju komuny staruszków. Na razie zamierzam nadal pisać książki, dawać wykłady i podróżować tak długo, jak się da. Teraz robię to już w towarzystwie, bo nie mam tej energii i siły co dawniej. Nie wyobrażam sobie schyłku życia w szpitalu czy domu opieki, raczej skoczyłabym ze spadochronem!” [4].

Z drugiej strony pokazane zostały nieżyjące już kobiece postacie, które wywarły wpływ na życie społeczno-kulturalne. Jak choćby Marie Ramnbert, która „damą została na starość. Miała 74 lata, kiedy królowa angielska po raz drugi odznaczyła ją Orderem Imperium Brytyjskiego (...). Dziewięć lat wcześniej, gdy po raz pierwszy odbierała odznaczenie z rąk świeżo koronowanej Elżbiety II, nie miała pojęcia, co to

za wyróżnienie, ani kto je nadaje. A jeszcze wcześniej, gdy w 1888 roku w Warszawie przychodziła na świat, nikt nie spodziewał się, że Cywia Ramberg zamieszka w Wielkiej Brytanii, stworzy własną szkołę baletową i zrewolucjonizuje angielski i światowy taniec” [25]. Tutaj starość częściej pokazywana jest jako coś, co przeszkadza, zatrzymuje rozwój, odbiera szanse na sukces. Jak choćby w przypadku aktorki Paulette Goddard: „aż w końcu dopadła Paulette starość. Źle ją znosiła. Odseparowała się od znajomych. Dużo piła, chętnie wódkę z gwinta. (...) Pięć razy usiłowała się zabić” [2].

Jak pokazują „Wysokie Obcasy” przekroczenie swego rodzaju magicznej 60-ki może być również doskonałym czasem na debiut literacki: „Zadebiutowała pani w wieku lat 60. Jakie to uczucie? Szczerze? Absolutnie fantastyczne! Wciąż nie mogę uwierzyć w to, co się stało. Owszem, wydałam kilka poradników zdrowotnych, ale przez 20 lat wszystkie powieści, które napisałam, trafiały do szuflady. Nie wierzyłam, że po tylu latach i w tym wieku coś może się jeszcze wydarzyć” [9] czy też największy sukces zawodowy będący ukoronowaniem kariery – „9 października prezydent Barack Obama ogłasza «jedną z najważniejszych gospodarczych decyzji swojej prezydentury» – mianowanie Janet Yellen szefową Rezerwy Federalnej. 67-letnia Yellen, cała w czerni, ze złotym łańcuchem na szyi i śnieżnobiałymi, krótko obciętymi włosami – fryzury nie zmieniała przez ostatnie 30 lat – stoi po prawej stronie prezydenta. Ze swoim 1,60 m wzrostu (koledzy nazywają ją „małą damą z dużym IQ”) sięga mu do ramienia” [31]. Warto jednak do kolejnej cyfry na torcie podejść z dystansem i spokojem: „ta sześćdziesiątka spadła na mnie jak grom z jasnego nieba. Trochę wspominam, zerkam wstecz. Ale nie rozpamiętuję, nie siedzę w albumach ze zdjęciami. Zawsze patrzyłam przede wszystkim do przodu. Ciągle mam marzenia i plany” [30].

ASPEKT ZDROWOTNY I WYMIAR CIELESNOŚCI

W niewielkiej ilości analizowanych artykułów pojawiają się wzmianki o sposobach dbania o siebie bohaterek. Przestają być wyeksponowane te aspekty kobiecości jak zakupy, makijaż czy wizaż. Z drugiej strony starzejące się kobiety prezentowane na łamach „Wysokich Obcasów” są gustownie ubrane, elegancko umalowane i szykowne. Jednak nie zmienia to faktu, że pewna sfera ich życia została zaszufładowana do kategorii „kiedyś”: „Kiedyś lubiłam malować paznokcie i podkreślać oczy kredką czy cieniem. Teraz się nie maluję, czasem tylko musnę usta beżoworóżową pomadką Inglota, a na wyjście zrobię kreskę na oku. Mam też ulubioną beżową emalię do paznokci. Co innego, jeśli chodzi o perfumy. Lubię pachnące niespodzianki i nie zdarzyło mi się, aby były nietrafione. Nigdy nie ograniczałam się do jednej linii zapachowej”

[18]. Jeśli już pojawiają się przekazy na temat dbania o siebie kobiet starszych, to mają one optymistyczny ton „trzymania się na powierzchni życia”: „Proszę pani, w pewnym wieku można być już tylko estetycznym. Nie akceptuję swojej starości, nie podobają mi się zmarszczki na policzkach. Ale nie można sobie odpuścić, chodzić cały dzień w szlafroku. Codziennie więc ubieram się, myję, czeszę. Zawsze kiedy wychodzę, wkładam dużo wysiłku w to, żeby nie straszyć ludzi. Pudruję się dokładnie. Jeszcze kilka lat temu zawsze malowałam powieki, dziś już tego nie robię. Myję włosy, bo lubię, kiedy są puszyste. Obcinam paznokcie. Mam swój mundurek – spódnica w szkocką kratę, biała jedwabna bluzka, żakiet. Biżuterię zakładałam tę, którą sama zrobiłam. I kiedy ludzie mówią mi, że nie wyglądam na 90 lat – puchnę z dumy” [18].

Podobnie mała część materiałów poświęcona jest problemom zdrowotnym bohatererek. Jedna z nich ma Alzheimera, jednak mówi o nim pogodnie: „no niestety, co jakiś czas zaczyna mi się wtrącać do rozmowy profesor Alzheimer. Nie lubię tego, Panie Profesorze (...). To dziwne, jakie humory miewa pamięć. Człowiek nie wie, ile kosztuje dziś chleb, a pamięta cenę cukru w ,34. Co było wczoraj, staje się z czasem cudzym, a co dawno, wydaje się wczoraj. Podróże, tak dla mnie ważne, które mogłam odbyć tak późno, w bardzo dojrzałym wieku, odbieram na przykład jako cudzą opowieść. Jakbym to nie ja tam była i widziała, tylko ktoś mi opowiedział to wszystko” [19].

PODSUMOWANIE

Ogólny obraz kobiet starzejących się, jaki wyłania się z analizowanej prasy wydaje się być realistyczny, ale tylko dla prezentowanych w niej bohatererek. Nie można go uogólniać na całą populację, gdyż inaczej można by stwierdzić, że składa się ona głównie z ambitnych kobiet, które osiągnęły sukces zawodowy (a przy tym finansowy) a starość jest spokojnym (a niekiedy szalonym) czasem „odcinania kuponów” lub podejmowania nowych wyzwań.

Patrząc na problemy z jakimi zmagają się osoby starzejące się w polskiej rzeczywistości (choćby te na płaszczyźnie ekonomicznej), nie można mówić o jakimś szczególnie optymistycznym, zaś w analizowanych artykułach bohaterki opisywane były zazwyczaj jako osoby aktywne i nie obciążone takimi zmaganiem.

Ze względu na socjalizacyjne i edukacyjne znaczenie prasy kobiecej, ważny jest każdy artykuł traktujący o starości i osobach starzejących się, gdyż zwraca uwagę na ich obecność w społeczeństwie. Ważne jest jednak, by proponowane czytelnikom materiały pokazywały realną sytuację a nie tylko życie wyższych sfer, które dla przeciętnej czytelniczki są jedynie marzeniem nie do spełnienia.

Jak mówi jedna z bohaterek: „Wolałabym, żeby starsi ludzie byli bardziej widoczni. Na swoim profilu na Facebooku wklejam zdjęcia starszych osób. Bo nie tylko zewnętrżność się liczy, wypchane usta, piersi. Trzeba zrozumieć, że życie składa się z różnych pór roku i każda jest piękna. Nie wyglądamy już tak, jak byśmy chcieli, ale mamy inne zalety – doświadczenie, mądrość, wrażliwość” [18]. Niestety dominująca kultura sukcesu, konsumpcjonizm i kult ciała nie sprzyjają wcieleniu tych pragnień w życie społeczne.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Adamiak E., *Feminizm* [w:] *Słownik społeczny*, red. B. Szlachta, Kraków 2004.
- [2] Banasiak M., *Puszka kawioru naraz!*, „Wysokie Obcasy”, nr 11(718), 16 marca 2013, s. 62–65.
- [3] Cieślak A., Zubik A., Bańcharowska M., „*Starość*” w narracjach kobiet w drugiej połowie życia, [w:] *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, red. E. Zierkiewicz, A. Łysak, Wrocław 2005.
- [4] Dąbrowska A., *Rita zmienia skórę*, „Wysokie Obcasy”, nr 30(737), 27 lipca 2013, s. 35–37.
- [5] Durlak E., Szmydki R., *Feminizm*, [w:] *Encyklopedia katolicka*, t. 5, Lublin 1989.
- [6] Flick U., *Projektowanie badania jakościowego*, Warszawa 2011, s. 14.
- [7] Herman-Milenkovska M., *Żyję na złość innym*, „Wysokie Obcasy”, nr 4(711), 26 stycznia 2013, s. 11–17.
- [8] Humm M., *Słownik teorii feminizmu*, Warszawa 1993.
- [9] Jucewicz A., *Debiutantka*, „Wysokie Obcasy”, nr 48(755), 30 listopada 2013, s. 26–29.
- [10] Kowalczyk I., Zierkiewicz E., *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości w prasie kobiecej. Odczytanie krytyczne*, „Teraźniejszość-Człowiek-Edukacja”, nr 2(18)/2002.
- [11] Kozak A., *Podwójna*, „Wysokie Obcasy”, nr 8(715), 23 lutego 2013, s. 8–15.
- [12] Krupa A., *Feminizm*, [w:] *Encyklopedia PWN w trzech tomach*, t.1, Warszawa 2006.
- [13] Ksieniewicz M., *Specyfika polskiego feminizmu*, <http://www.kultu.raiihistoria.umcs.lublin.pl/archives/169> (dostęp online 10 maja 2014r.)
- [14] Lankosz M., *Naczelną*, „Wysokie Obcasy”, nr 3(710), 19 stycznia 2013, 26–30.
- [15] Lisowska-Magdziarz M., *Media powszednie. Środki komunikowania masowego i szerokie paradygmaty medialne w życiu codziennym Polaków u progu XXI wieku*, Kraków 2008.
- [16] Łysak A., *(Nie)obecność starszych kobiet w prasie młodzieżowej*, [w:] *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, red. E. Zierkiewicz, A. Łysak, Wrocław 2005.
- [17] Marczevska – Rytko M., *Feminizm* [w:] *Encyklopedia Politologii*, red. M. Żmigrodzki, t. 4: *Mysł społeczna i ruchy polityczne współczesnego świata*, red. M. Marczevska- Rytko, E. Olszewski, Kraków 2000.
- [18] Mickiewicz O., *4 pory roku*, „Wysokie Obcasy”, nr 49(756), 7 grudnia 2013, s. 22–26.
- [19] Mikołajewski J., *Rozgardiasz szpargałów*, „Wysokie Obcasy”, nr 1(708), 5 stycznia 2013, s. 6–11.
- [20] Pakszys E., *Feminizm w poszukiwaniu współczesnej tożsamości kobiet. Cztery wymiary*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1995, nr 1-2, s. 45–53.
- [21] Rusek M., *Doktor Szpilman*, „Wysokie Obcasy”, nr 26(733), 29 czerwca 2013, s. 12–17.
- [22] Storey J., *Studia kulturowe i badania kultury popularnej*, Kraków 2003, s. 81
- [23] Sulej K., *Będzie ciatko, będzie rozmowa*, „Wysokie Obcasy”, nr 19(726), 11 maja 2013, s. 10–14.
- [24] Sulej K., *Stylistka*, „Wysokie Obcasy”, nr 2(709), 12 stycznia 2013, s. 14–18.
- [25] Sulińska A., *Baletnica sekutnica*, „Wysokie Obcasy”, nr 25(732), 22 czerwca 2013, s. 12–17.

- [26] Szyłło A., *Ostatnia taka Indianka*, „Wysokie Obcasy”, nr 3(710), 19 stycznia 2013, s. 8.
- [27] Ślęczka K., *Feminizm czy feminizmy? Feminizm jako wiązka ideologii*, [w:] *Płeć- kobieta- feminizm*, red. Z. Gorczyńska, S. Kruszyńska, I. Zakidalska, Gdańsk 1997.
- [28] Środa M., *Feminizm*, [w:] *Wielka Encyklopedia PWN*, t.8, Warszawa 2002.
- [29] Tutak-Goll M., *Babcia na etacie*, „Wysokie Obcasy”, nr 16(723), 20 kwietnia 2013, 10–14.
- [31] Urbaniak M., *Aktorka od urodzenia*, „Wysokie Obcasy”, nr 39(746), 28 września 2013, s. 26–33.
- [32] Wężyk K., *Mała dama od wielkich pieniędzy*, „Wysokie Obcasy”, nr 48(755), 30 listopada 2013, s.10–16.
- [33] Wysocka E., *Babcia czy Megiera? Wizerunek starszych kobiet w polskich serialach obyczajowych*, [w:] *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, red. E. Zierkiewicz, A. Łysak, Wrocław 2005.
- [34] Zierkiewicz E., Łysak A., Jasielec K., *Twoje idealne Ja? Analiza okładek tygodnika „Wysokie Obcasy”*, [w:] *Kobiety i mężczyźni (z kolorowych czasopism)*, red. A. Łysak, E. Zierkiewicz, Wrocław 2010.
- [35] Zierkiewicz E., *Na co komu stara kobieta w kolorowym piśmie? Strategie wykluczania i strategie (przymuszonego?) uobecniania starszych kobiet w prasie kobiecej*, [w:] *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, red. E. Zierkiewicz, A. Łysak, Wrocław 2005.

ŁUDZIE STARZY I STAROŚĆ W ŚWIETLE WYBRANYCH BADAŃ OPINII SPOŁECZNEJ

KRZYSZTOF JUREK

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Katedra Socjologii Kultury i Religii

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiona została analiza sondaży przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej, dotyczących problemu osób starszych i starości. Artykuł podzielono na trzy części. W pierwszej zreferowano wyniki badań odnoszące się do granicy starości, zarówno tej duchowej, jak i fizycznej. W części drugiej przedstawiono opinie Polaków na temat starzenia się, częstotliwość myślenia na temat własnej starości, obawy przed starością. W części ostatniej, trzeciej, opisano postawy wobec osób starszych w Polsce. Wskazane bloki tematyczne poprzedza krótka charakterystyka demograficzna sytuacji ludnościowej Polski oraz charakterystyka społeczna przeciętnego Polaka po 60. roku życia.

WSTĘP

W dobie rewolucji demograficznej ukazuje się coraz więcej publikacji i opracowań gerontologicznych, rozpatrujących problemy osób w podeszłym wieku [2, 13]. Starość, ludzie starzy⁴, starzenie się to kategorie badawcze, które odnajdziemy na gruncie wielu nauk.

4 * W literaturze przedmiotu używa się różnych określeń: osoby starsze, stare, osoby starzejące się (wówczas podkreśla się charakter procesualny zjawiska starości). Nie da się ukryć, że termin *stary* często wzbudza negatywne skojarzenia i emocje. *Stary* kojarzy się z kimś niepotrzebnym, zbędnym, niewartym uwagi. Nieco łagodniej brzmi drugi stopień przymiotnika – starszy, starsi. Zamiennikiem „starego” jest senior, czy przedstawiciel pokolenia III wieku. W niniejszym opracowaniu używane są różne określenia, ale traktowane są one jako synonimy.

W ramach geriatryi rozważa się biologiczne, fizjologiczne procesy starzenia się organizmu ludzkiego oraz choroby pojawiające się w późnej fazie życia człowieka. Rozwój tej dziedziny medycyny jest tym bardziej zasadny, że w krajach rozwiniętych systematycznie wydłuża się przeciętna długość życia. Z punktu widzenia psycho-gerontologii interesujące wydają się aspekty osobowościowe związane ze starością, np. umiejętność psychicznego radzenia sobie ze starością, jakość życia, kreatywność, przedsiębiorczość osób starszych. Z kolei, z punktu widzenia geronto-pedagogiki (geragogiki) najważniejsze zagadnienia skupiają się wokół prawidłowej adaptacji do starości. W ramach geragogiki prowadzone są badania nad optymalizacją warunków aktywnego życia i wychowaniem ludzi starzejących się.

Jak widać gerontologia jest nauką uprawianą w ramach (i na styku) wielu dyscyplin i – jak słusznie podkreśla David B. Bromley – potrzebna jest współpraca nauk przyrodniczych i społecznych w tym obszarze badawczym [1].

Zmiana demograficzna i jej społeczne następstwa nie uciekają również z optyki zainteresowania socjologów. W tym kontekście podejmowane są m.in. badania dotyczące warunków życia oraz potrzeb ludzi starszych, analizowana jest rola starszego pokolenia w społeczeństwie oraz postawy wobec osób starych i wobec starości. I to właśnie perspektywa socjo-gerontologiczna wyznacza ramy niniejszego artykułu. Podstawowymi celami niniejszego tekstu są, po pierwsze, nakreślenie obrazu osoby starej na podstawie polskich badań opinii społecznej, po drugie, zwrócenie uwagi na dynamikę postaw i stosunku wobec starości i osób starzejących w Polsce.

Opracowanie powstało (przede wszystkim) na bazie analizy sondaży przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (dalej CBOS). Biorąc pod uwagę zadawane w nich pytania, artykuł podzielono na trzy części. W pierwszej zreferowano wyniki badań odnoszące się do granicy starości, zarówno tej duchowej, jak i fizycznej. W części drugiej przedstawiono opinie Polaków na temat starzenia się, częstotliwość myślenia na temat własnej starości, obawy przed starością. W części ostatniej, trzeciej, opisano postawy wobec osób starszych w Polsce. Wskazane bloki tematyczne poprzedza krótka charakterystyka demograficzna sytuacji ludnościowej Polski (dane GUS, Eurostat i ONZ) oraz charakterystyka społeczna przeciętnego Polaka po 60 roku życia. Z kolei w zakończeniu zawarto stwierdzenia ogólne wyprowadzone z analizy prezentowanych badań.

SYTUACJA LUDNOŚCIOWA W POLSCE

Liczba mieszkańców Polski systematycznie spada. Obecnie ludność naszego kraju wynosi 38 483 957, w tym niespełna 20 mln to kobiety (19 861 tys.) a ponad 18 mln to

mężczyźni (18 623 tys.)⁵. Zgodnie z prognozą demograficzną przygotowaną dla Polski przez Główny Urząd Statystyczny, na lata 2008–2035, liczba Polaków zmniejszy się o dwa miliony (z 38 107 tys. do 35 993 tys.). Eurostat podaje zbliżone dane – przewiduje bowiem, że wskaźnik ludności w Polsce będzie na poziomie 36 141 tys. osób. Bardziej pesymistyczne są prognozy ONZ zgodnie, z którymi w 2035 roku ludność Polski będzie wynosiła nieco ponad 34 mln osób. Szczegółowe zestawienie statystyk zawiera tabela numer 1.

Polska wypada niekorzystnie także w świetle danych Eurostat dla 27 krajów europejskich (25 krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz Bułgaria i Rumunia). W perspektywie do 2035 roku liczba ludności krajów unijnych zwiększy się o 5,1% (z 499 mln w 2010 roku do 521 mln), natomiast ludność Polski zmniejszy się o 5,2%.

Tabela I. Prognozy GUS, Eurostat i ONZ odnośnie sytuacji ludnościowej w Polsce.

Wyszczególnienie	2007 ^{a)}	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ludność w tysiącach <i>Population in thousands</i>							
Eurostat		38 092	38 068	37 960	37 612	36 975	36 141
GUS CSO	38 116	38 092	38 016	37 830	37 438	36 796	35 993
ONZ UN		37 902	37 580	37 079	36 337	35 353	34 197
Saldo migracji w tysiącach <i>Net migration in thousands</i>							
Eurostat	-15,5 ^{b)}	-15,3	8,5	14,0	4,9	-1,3	4,4
GUS CSO	-20,5	-21,7	-11,1	10,0	10,0	10,0	10,0
ONZ UN
Współczynnik dzietności <i>Total fertility rate</i>							
Eurostat		1,28	1,30	1,32	1,34	1,36	1,38
GUS CSO	1,30	1,36	1,42	1,45	1,45	1,45	1,45
ONZ UN		1,23	1,25	1,30	1,35	1,40	1,45
Trwanie życia – mężczyźni <i>Life expectancy – males</i>							
Eurostat		71,9	73,1	74,3	75,5	76,6	77,7
GUS CSO	71,0	71,4	72,3	73,4	74,6	75,8	77,1
ONZ UN		71,3	72,3	73,2	74,0	74,8	75,5
Trwanie życia – kobiety <i>Life expectancy – females</i>							
Eurostat		80,3	81,2	82,1	82,9	83,7	84,5
GUS CSO	79,7	79,8	80,2	80,8	81,5	82,2	82,9
ONZ UN		79,8	80,4	81,1	81,7	82,3	82,8

^{a)} dane rzeczywiste; 2007 – actual data

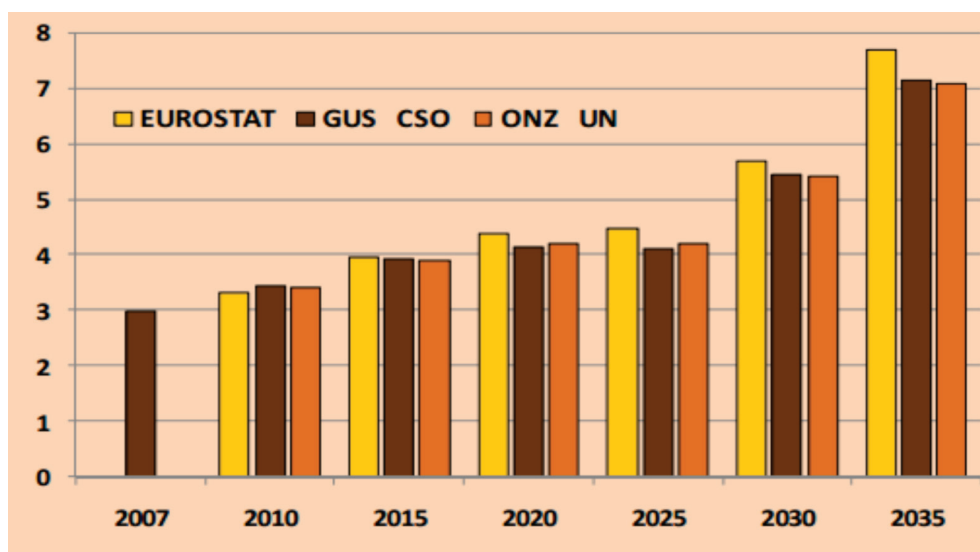
^{b)} 2008

Źródło: Prognoza ludności na lata 2008–2035, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009, s. 188.

5 Dane Głównego Urzędu Statystycznego, stan w dniu 30 VI 2014.

Wraz ze spadkiem liczebności populacji będziemy dostrzegać inny trend demograficzny, mianowicie gwałtownie wzrośnie (z 5 137 tys. do 8 358 tys.) liczba osób starszych, powyżej 65 roku życia. Wzrośnie również odsetek ludzi w wieku 80 lat i więcej, w 2007 roku udział osób omawianej grupy wieku stanowił będzie 3% ogółu ludności, w 2035 będzie wynosił już 7,7%. Potwierdzają to nie tylko dane Eurostatu, ale i GUS i ONZ (choć według GUS i ONZ przyrost ten – w 2035 roku – będzie nieco niższy, odpowiednio 7,2% i 7,1%).

Wzrost współczynnika obciążenia demograficznego potwierdzają również prognozy na 2050. Zgodnie z nimi liczba ludności Polski będzie systematycznie spadać, by w 2050 roku zmniejszyć się do poziomu 33 275 tys., a współczynnik obciążenia demograficznego z 18,9% w 2009 roku, wzrośnie do 55,7% w roku 2050. Prognozy przygotowane dla Polski wskazują również, że będzie się systematycznie obniżał poziom umieralności, sprzyjając tym samym wydłużaniu przeciętnego trwania życia. Przewiduje się, że w 2035 roku mężczyźni będą żyli o ok. 6 lat dłużej, natomiast kobiety o ok. 3 lata dłużej niż obecnie. W miastach mężczyźni będą dożywali wieku 77,5 lat, kobiety 82,8, natomiast na wsi odpowiednio 76,7 i 83 lata [10].



^{a)} 2007 r. – dane rzeczywiste; 2007 – actual data

Ryc. 1. Prognoza ludności Polski w wieku 80 lat i więcej (w milionach).

Źródło: Prognoza ludności na lata 2008–2035, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009, s. 190.

Wskazane powyżej statystyki dobitnie wskazują, że mamy do czynienia z postępującymi procesami, zarówno spadku liczebności ludności w Polsce, jak i starzenia się społeczeństwa [16]. W przeciągu niecałych trzydziestu lat, czyli jednego pokolenia Polaków, odsetek osób starszych w populacji wzrósł z 13,9% do 23,2% [10].

CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNA PRZECIĘTNEGO POLAKA PO 60 ROKU ŻYCIA SYTUACJA MIESZKANIOWA

Z sondażu CBOS *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*⁶ wynika, że trzy czwarte osób starszych, mających powyżej 60 lat (74%), samodzielnie prowadzi gospodarstwo domowe. Stan faktyczny jest w dużym stopniu zbieżny z oczekiwaniami osób starszych, 66% z nich chce mieszkać we własnym domu, a jedynie doraźnie korzysta z pomocy rodziny i znajomych. Niewiele ponad 40% osób starszych (43%) twierdzi, że ich warunki mieszkaniowe są raczej dobre, a 14% uznaje je za bardzo dobre. Mniej więcej co trzeci ankietowany (35%) postrzega własne warunki mieszkaniowe jako przeciętne, zaś 8% ocenia je negatywnie [5].

Okazuje się, że poziom satysfakcji osób w podeszłym wieku z własnych warunków mieszkaniowych jest w Polsce względnie wysoki. Do zadowolonych należy prawie trzy czwarte respondentów (71%), z czego niespełna jedna czwarta (23%) jest bardzo zadowolona. Niezadowolonych ze swojej sytuacji mieszkaniowej jest natomiast ośmiu na stu ankietowanych (8%) [5]. Mimo wysokiego odsetka zadowolonych warto podkreślić, że warunki mieszkaniowe osób starszych odbiegają od przeciętnych, jeśli weźmie się pod uwagę ich wyposażenie w podstawowe urządzenia techniczne (wodociąg, ustęp, łazienka, centralne ogrzewanie) [14].

SYTUACJA MATERIALNA

Według deklaracji ankietowanych, uzyskanych w listopadzie 2009 roku, ponad jedna trzecia z nich (36%) myśląc o swojej starości najbardziej obawia się złych warunków życia i trudności z utrzymaniem się. Obawy te wydają się słuszne. Bardzo wysoki odsetek tj. 90% polskiego społeczeństwa powyżej 60 roku życia nie pracuje zarobkowo. Z pozostałych 10% ankietowanych połowa (5%) pracuje w pełnym wymiarze godzin, 3% w niepełnym wymiarze godzin, a 2% jedynie dorywczo. Warto wiedzieć, że z prognoz Głównego Urzędu Statystycznego na lata 2008–2035 wynika, że udział osób w wieku poprodukcyjnym będzie stale wzrastał i w roku 2035 będą one stanowiły

6 Przepadano osoby w wieku 60 lat lub pozostające na emeryturze.

26,7% ogółu ludności Polski, co oznacza wzrost o 11 punktów procentowych w stosunku do roku 2007 [10].

Spośród ankietowanych w podeszłym wieku, 4% badanych wskazało, że posiada miesięczne dochody netto – na osobę w swoim gospodarstwie domowym – niższe niż 300 zł. Dwie piąte respondentów (39%) ma do wydania miesięcznie od 500 do 900 zł. Co czwarta osoba (25%) szacuje swoje miesięczne dochody w przedziale od 900 do 1 200 zł. Tylko co czwarty badany ma do dyspozycji ponad 1 200 zł. Aby lepiej oddać sytuację osób starszych w Polsce, dane te warto zestawić z subiektywną oceną wielkości dysponowaną kwotą pieniędzy. 7% badanych uważa, że żyje dobrze, a pieniędzy starcza im na wiele bez specjalnego oszczędzania. Prawie co drugi ankietowany w starszym wieku (46%) żyje na średnim poziomie, co oznacza, że starcza na codzienne wydatki, ale na większe zakupy już nie starcza i trzeba oszczędzać. Niewiele mniej (41%) uważa, że żyją skromnie i muszą na co dzień żyć oszczędnie. 6% ankietowanych w swojej opinii żyje bardzo biednie i ma problemy z zaspokojeniem nawet podstawowych potrzeb [5].

SPĘDZANIE WOLNEGO CZASU

Osoby niepobierające świadczeń emerytalnych pytane o to, czym zamierzają zająć się po przejściu na emeryturę wskazują na takie plany jak: słuchanie radia, muzyki (93%), czytanie książek, czasopism i gazet (89%) oraz oglądanie telewizji (87%). 2/3 badanych chciałoby uprawiać sport (67%), podróżować po kraju (67%), uprawiać działkę lub ogródek (63%). Ponad połowa (57%) zamierza podróżować, zwiedzać świat. Wysoką liczbę wskazań uzyskała także opieka nad wnukami (83%) oraz pomoc dzieciom w prowadzeniu domu (80%). Warto te wyniki skonfrontować z odpowiedziami osób starszych, to znaczy tymi, które pobierają świadczenia emerytalne. Zdecydowana większość z nich deklaruje, że ogląda telewizję (92%), słucha radia, muzyki (79%) oraz czyta książki, czasopisma i gazety (75%). Ponadto prawie połowa uprawia działkę lub ogród (49%), pomaga rodzinie w prowadzeniu domu (47%) i opiekuje się wnukami (40%). Co trzeci senior uprawia sport (gimnastykuje się lub chodzi na basen, spaceruje), co piąty – korzysta z internetu, co siódmy – podróżuje po kraju, co ósmy – pracuje na rzecz społeczności lokalnej. Co dwunasty emeryt (8%) wymienił inne formy spędzania czasu, najczęściej spotkania ze znajomymi i zajęcia rekreacyjne, takie jak robotki ręczne (kobiety) czy wędkarstwo (mężczyźni) [12].

Wskazane powyżej wnioski potwierdzają badania Iwony A. Oliwińskiej dotyczące stylów życia Polaków. Badani w wieku 60–65 lat „w niewielkim stopniu uczestniczą w kulturze (raczej telewizja niż teatr czy kino), w sposób bierny spędzają czas wolny (zajęcia nie wymagające ruchu, wysiłku fizycznego)”. Autorka wskazuje na zależność ograniczania aktywności w wielu sferach od wieku. Im starsze osoby tym bardziej

ograniczają aktywność, zamykając się w domu, ewentualnie w gronie znajomych czy rodziny [6].

Dosyć ciekawa wydaje się opinia ludzi starszych na temat brakujących produktów i usług na rynku polskim. Dwie piąte osób otrzymujących świadczenia emerytalne (41%) uważa, że w Polsce brakuje usług opiekuńczych przeznaczonych dla starszych. Dwie piąte emerytów (38%) oczekuje więcej zniżek oraz karnetów dla seniorów do kin, teatrów, muzeów. Jednej trzeciej (34%) brakuje programów telewizyjnych i radiowych adresowanych do starszego pokolenia, a także zajęć w środowisku lokalnym, pośrednictwa pracy dla osób starszych oraz usług turystycznych dostosowanych do stylu życia seniorów [12].

Tabela II. Czas poświęcony na wybrane czynności w czasie wolnym.

Czy i jak dużo czasu poświęca Pan(i) na następujące rodzaje zajęć, czynności:	Poświęcam na to więcej czasu, niżbym chciał(a)	Poświęcam na to tyle czasu, ile chcę	Poświęcam na to mniej czasu, niżbym chciał(a)	W ogóle nie zajmuję się tym, choćbym chciał(a)	Nie zajmuję się tym, bo mnie to nie interesuje
	w procentach				
– oglądanie telewizji	6	82	9	1	2
– rozmowy ze znajomymi, sąsiadami, spotkania towarzyskie, odwiedziny	2	80	12	2	4
– zajmowanie się ogródkiem, działką	3	44	7	8	38
– czytanie książek, prasy, czasopism, magazynów	2	62	13	6	17
– odpoczynek – zdrzemnąć się, posiedzieć, zrelaksować, napić się kawy, herbaty	3	84	11	1	1
– praca zarobkowa (główna lub dodatkowa), także praca w gospodarstwie	3	14	3	6	74
– zajmowanie się dziećmi, wnukami, zabawa, rozmowa z dzieckiem, pomoc dziecku w nauce	3	35	9	8	45
– słuchanie muzyki (z radia lub płyt, kaset)	1	55	7	4	33
– słuchanie audycji radiowych	1	69	8	3	19
– korzystanie z komputera – internet, gry komputerowe	1	8	2	4	85
– remonty i naprawy domowe	2	40	8	9	41
– pójście do kina, teatru lub na koncert	0	9	9	15	67
– pójście do dyskoteki, kawiarni, lokalu, na piwo	0	7	4	9	80
– działalność społeczna, działalność na rzecz środowiska (praca w Komitecie Rodzicielskim w szkole, samorządzie mieszkańców, organizacjach parafialnych itp.)	1	7	2	4	86

Źródło: CBOS, *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*, Warszawa 2010, s. 10.

ZADOWOLENIE Z ŻYCIA

Zadowolenie ze swojego życia w sondażu CBOS deklarowało prawie dwie trzecie badanych (65%), w tym 13% uznaje się za bardzo zadowolonych, a co drugi respondent (52%) wyraża umiarkowaną satysfakcję. Niemal co trzecia starsza osoba (30%) określa poziom swojego zadowolenia jako średni, zaś niezadowolenie ze swojego życia wyraża 5% badanych, w tym jedna osoba na stu respondentów (1%) określa się jako bardzo niezadowolona.

Poziom satysfakcji ludzi starszych jest wyraźnie zróżnicowany społecznie. Zależy on głównie od położenia społeczno-ekonomicznego badanych i tak np. jest tym wyższy, im lepsze są ich warunki materialne, wyższe dochody na osobę w rodzinie i wykształcenie oraz pozycja zawodowa. Ludzie starsi najczęściej zadowoleni są ze swojego życia rodzinnego, 91% rodziców deklaruje zadowolenie ze swoich dzieci. Ponadto zdecydowana większość małżonków wyraża też zadowolenie ze swojego związku. Drugim najczęściej wskazywanym źródłem satysfakcji są więzi osób starszych z małą ojczyzną (miejscem zamieszkania oraz z przyjaciółmi i najbliższymi). Do najmniej satysfakcjonujących aspektów życia należą jego wymiar ekonomiczny i zdrowotny, a także perspektywy na przyszłość. [5].

KIEDY KOŃCZY SIĘ MŁODOŚĆ I ZACZYNA STAROŚĆ?

Z biologicznego punktu widzenia starość to etap w życiu człowieka, w którym następują zmiany w strukturze i w funkcjonowaniu organizmu ludzkiego, prowadzące do obniżenia funkcji życiowych.

W opinii społecznej etap ten rozpoczyna się niedługo po 60 roku życia (Światowa Organizacja Zdrowia [WHO] również przyjmuje za początek starości 60. rok życia). Od lat 90-tych obserwuje się przesuwanie granic młodości i starości w społecznym odbiorze. Andrzej Malinowski uważa, że „przemiany kulturowe zachodzące w XX w. pociągnęły za sobą wydłużenie wieku dojrzałego i około 10 lat późniejsze wchodzenie ludzi w okres starości” [3].

Tabela III. Granice młodości i starości.

Kiedy, Pana(i) zdaniem, mniej więcej w jakim wieku:	VI 1998		I 2007		V 2012	
	Średnia wieku w latach	Odchylenie standardowe	Średnia wieku w latach	Odchylenie standardowe	Średnia wieku w latach	Odchylenie standardowe
- kończy się młodość i zaczyna wiek dojrzały?	34,72	9,38	35,24	10,33	36,97	10,32
- kończy się wiek dojrzały i zaczyna starość?	60,83	8,86	61,63	7,93	63,25	8,67

Źródło: CBOS, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012, s. 3.

Przesuwanie granic młodości i starości następuje wraz z wiekiem. Być może znaczenie ma tu czynnik psychologiczny, tj. osiągnięcie pewnego pułapu wiekowego pozostaje w pewnej sprzeczności z subiektywnym poczuciem wieku. Granice starości i młodości różnicuje również płeć. Według kobiet, niezależnie od wieku, kres młodości następuje później niż według mężczyzn, średnio o 1– 3 lata (w zależności od kategorii wiekowej). Ta sama zasada dotyczy wyznaczania progu starości. Ten okres życia rozpoczyna się zdaniem kobiet średnio o 1 – do 3 i pół roku (w zależności od kategorii wiekowej) później niż według mężczyzn [9].

Tabela IV. Granice młodości i starości a wiek badanych.

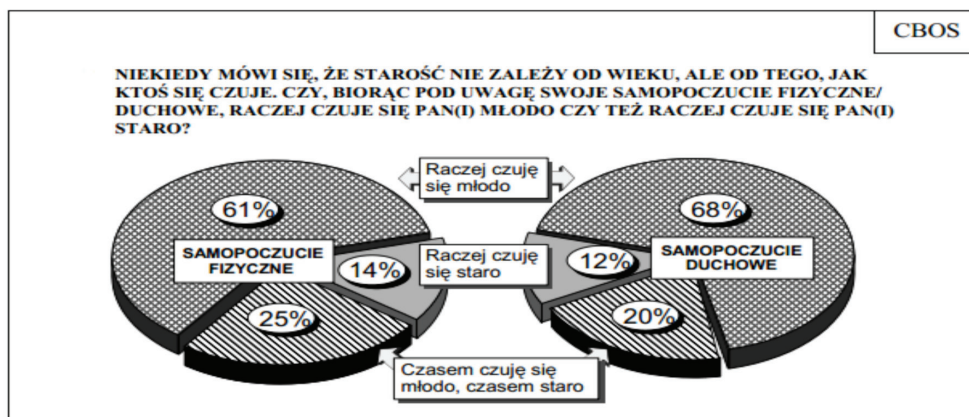
Wiek respondentów	Kiedy, Pana(i) zdaniem, mniej więcej w jakim wieku:			
	kończy się młodość i zaczyna wiek dojrzały?		kończy się wiek dojrzały i zaczyna starość?	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
18-24 lata	33,84	31,39	60,45	59,11
25-34	37,04	34,37	63,43	59,89
35-44	39,16	37,75	64,80	63,44
45-54	37,45	34,04	65,52	62,06
55-64	40,87	37,81	65,98	62,94
65 lat i więcej	40,09	38,02	65,86	64,69
Ogółem	38,27	35,56	64,46	61,94

Źródło: CBOS, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012, s. 3.

Średnia wieku respondentów uznających się za ludzi młodych wynosi 31 lat, za osoby w średnim wieku – 53 lata, natomiast za osoby w starszym wieku 70 lat. Wskazane średnie są nieco wyższe wśród kobiet niż wśród mężczyzn [9].

STAROŚĆ – SAMOPOCZUCIE FIZYCZNE A SAMOPOCZUCIE DUCHOWE

Starość w sferze ducha w znacznym stopniu jest kwestią wyboru człowieka i wyraża się m.in. w pewnej postawie wobec życia czy prowadzonym stylem życia. Samopoczucie duchowe osób starszych jest generalnie lepsze niż ich samopoczucie fizyczne. Badania CBOS pokazują, że dystans między samopoczuciem duchowym a samopoczuciem fizycznym wraz wiekiem coraz bardziej się pogłębia.



Ryc. 2. Wiek a samopoczucie fizyczne i duchowe Polaków.

Źródło: CBOS, *Polacy o starości*, Warszawa 1999, s. 7.

Tabela V. Wiek a samopoczucie fizyczne i duchowe Polaków.

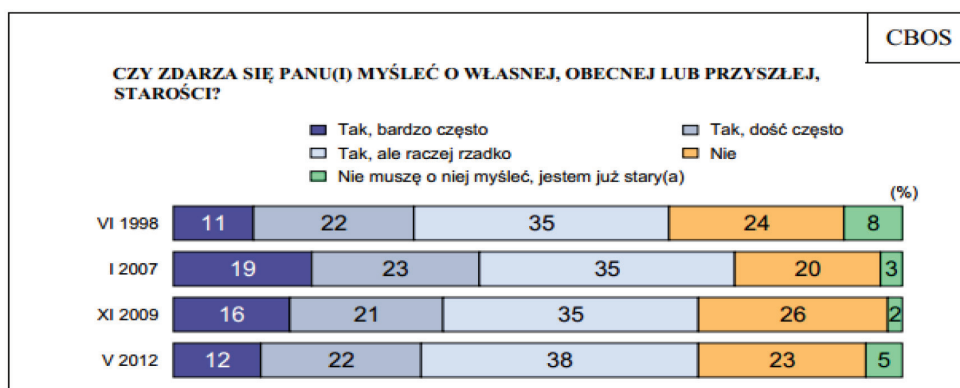
Wiek respondentów	Czy, biorąc pod uwagę swoje samopoczucie fizyczne/duchowe, raczej czuje się Pan(i) młodo czy też raczej czuje się Pan(i) staro?							
	Samopoczucie fizyczne				Samopoczucie duchowe			
	Raczej czuję się młodo	Czasem czuję się młodo, czasem staro	Raczej czuję się staro	Trudno powiedzieć	Raczej czuję się młodo	Czasem czuję się młodo, czasem staro	Raczej czuję się staro	Trudno powiedzieć
Od 18 do 23 lat	96	3	1	0	96	4	0	0
24-29	87	10	3	0	94	5	2	0
30-34	79	16	4	1	78	16	3	2
35-39	78	19	3	1	83	13	4	1
40-44	76	17	7	0	83	12	5	1
45-49	54	32	14	0	62	27	12	0
50-54	50	41	9	0	57	37	6	0
55-59	33	42	25	0	42	41	16	1
60-64	26	51	22	1	42	34	23	1
65-69	18	46	35	1	35	32	32	1
70 lat i więcej	14	30	56	1	27	27	44	2

Źródło: CBOS, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012, s. 8.

Szczególnie wyraźny jest rozdźwięk po przekroczeniu 60 roku życia. Okazuje się, że na samopoczucie duchowe duży wpływ mają warunki materialne, im są one lepsze, tym lepsze samopoczucie duchowe osób starszych [7]. Osoby lepiej sytuowane mają możliwość bardziej kreatywnego spędzania wolnego czasu np. swobodnego korzystania z oferty kulturalnej. Warto zauważyć, że studentami Uniwersytetów Trzeciego Wieku są zazwyczaj osoby, nie tylko lepiej wykształcone, ale i bardziej zamożne.

OPINIE POLAKÓW NA TEMAT WŁASNEJ STAROŚCI

Zainteresowanie własną starością systematycznie wzrasta. Na przełomie lat 1998–2012 można zaobserwować, że maleje procent osób, które nie myślą o starości w ogóle, wzrost zainteresowania własną starością nastąpił głównie poprzez zwiększenie liczby osób myślących o niej rzadko. Autorefleksja na temat starości przychodzi wraz z wiekiem, wtedy gdy temat starości nabiera „realności”. Choć warto też zauważyć, że następuje wzrost myślenia o starości wśród najmłodszych respondentów (mających od 18 do 24 lat). Można przypuszczać, że w znacznym stopniu może być to spowodowane myśleniem o zabezpieczeniu socjalnym własnej starości.



Ryc. 3. Myślenie o własnej starości.

Źródło: CBOS, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012, s. 1.

Okazuje się również, że kobiety wykazują znacznie większe zainteresowanie swoją starością niż mężczyźni. Różnicę to wyraźnie można dostrzec w kategorii osób wieku 65 lat i więcej.

Tabela VI. Myślenie o własnej starości a płeć i wiek badanych.

Wiek	Czy zdarza się Panu(i) myśleć o własnej, obecnej lub przyszłej, starości?							
	Kobiety				Mężczyźni			
	Często*	Raczej rzadko	Nie	Nie, już jestem stary(a)	Często*	Raczej rzadko	Nie	Nie, już jestem stary(a)
	w procentach							
18–24 lata	11	52	37	0	5	60	35	0
25–34	23	45	32	0	25	42	33	0
35–44	40	51	9	0	18	46	36	0
45–54	43	39	18	0	33	33	29	4
55–64	49	30	19	2	44	32	22	2
65 lat i więcej	55	11	6	28	38	28	12	22
* Połączono odpowiedzi „bardzo często” i „dość często”. W tabeli pominięto „trudno powiedzieć”								

Źródło: CBOS, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012, s. 2.

Wśród najważniejszych obaw związanych ze starością dominuje strach przed chorobą (niepełnościami, utratą pamięci) oraz utratą samodzielności. Coraz mniejsza jest obawa Polaków o warunki materialne. Obawy związane ze starością są skorelowane z cechami społecznymi badanych. Osoby starsze bardziej obawiają się cierpienia, związanego z chorobami wieku podeszłego, natomiast młodzi są bardziej pragmatyczni, częściej obawiają się złych warunków życia oraz trudności z utrzymaniem się. Z kolei samotności, utraty bliskich bardziej obawiają się mieszkańcy największych, ponad półmilionowych miast oraz, co ciekawe, badani znajdujący się w dobrej sytuacji materialnej.

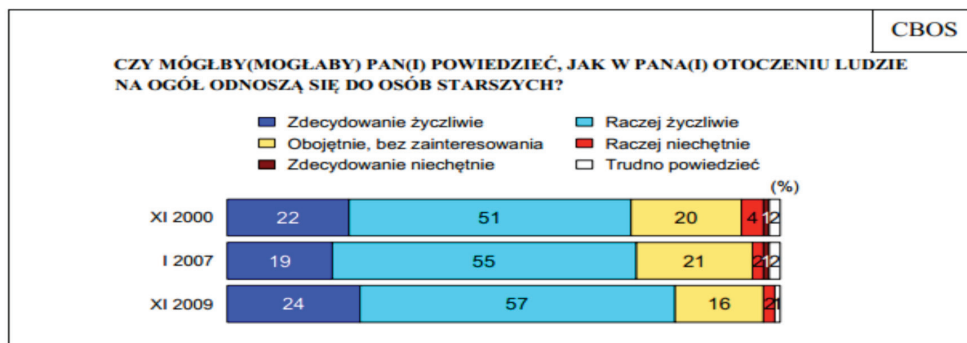
Tabela VII. Obawy Polaków związane ze starością.

Niezależnie od tego, w jakim jest Pan(i) obecnie wieku i jaka jest Pana(i) sytuacja życiowa, proszę powiedzieć, czego najbardziej obawia się Pan(i) myśląc o swojej starości?	Wskazania respondentów według terminów badań		
	XI 2000	XI 2009	V 2012
	w procentach		
Chorób, niepełności, utraty pamięci	71	68	73
Bycia ciężarem dla innych, utraty samodzielności, uzależnienia od innych ludzi	58	50	56
Złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się	41	36	32
Samotności, utraty osób bliskich	37	34	32
Cierpienia	20	20	18
Niepewności, kto będzie się mną opiekować, gdzie i z kim będę mieszkać	15	14	16
Poczucia, że jestem niepotrzebny(a)	12	5	6
Niczego szczególnego się nie obawiam	4	7	6

Źródło: CBOS, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012, s. 2.

POSTAWY WOBEC OSÓB STARSZYCH

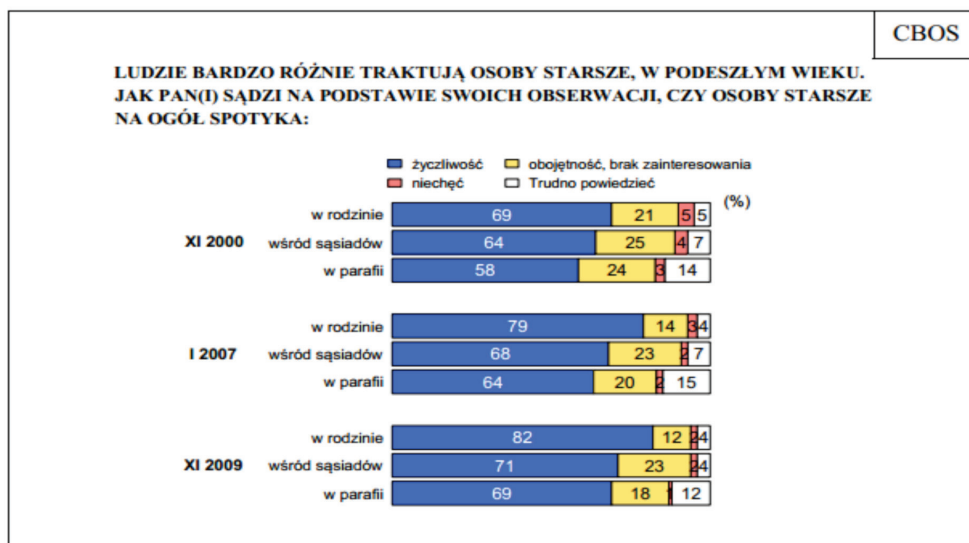
Badania CBOS, prowadzone w latach 1999–2009, pokazują, że sposób traktowania osób starszych w Polsce systematycznie poprawia się. Odsetek osób, które twierdzą, że w ich otoczeniu ludzie na ogół odnoszą się życzliwie (zdecydowanie lub raczej) w przeciągu niespełna dekady wzrósł z 73% do 81%.



Ryc. 4. Stosunek do osób starszych.

Źródło: CBOS, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Warszawa 2009 s. 5.

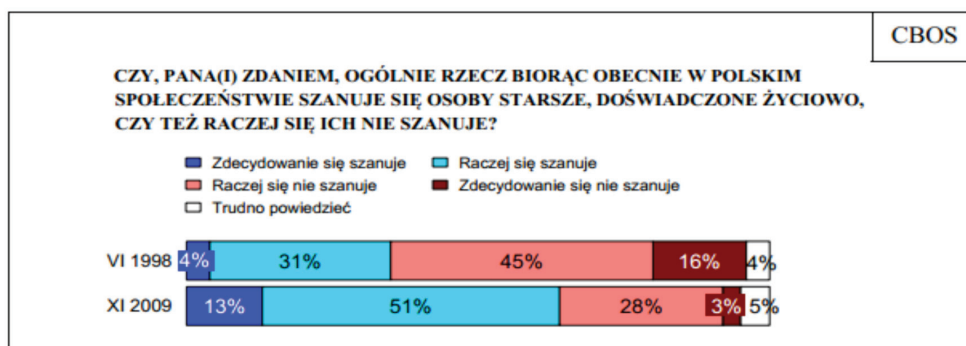
Od lat najbardziej życzliwymi środowiskami wobec seniorów są trzy kręgi społeczne: rodzina (82%), sąsiedzi (71%) oraz wspólnota parafialna (69%). Systematycznie wzrasta odsetek osób, które twierdzą, że we wskazanych grupach społecznych osoby starsze spotyka życzliwość. Największy wzrost odnotować można w kategorii „w rodzinie”. W 2000 roku 69% badanych twierdziło, że osoby starsze spotyka w rodzinie życzliwość, z kolei co piąty badany (21%) uważał, że osoby starsze spotykają się z obojętnością, zaś 5% ankietowanych odpowiedziało, że rodzina odnosi się do osób starszych z niechęcią. W 2009 roku uczucie życzliwości deklarowało 82% badanych, co dziesiąty respondent (12%) twierdził, że osoby starsze spotyka obojętność, zaś 2% odpowiedziało, że tym uczuciem jest niechęć [8]. Mimo wysokiego odsetka poczucia życzliwości ze strony rodziny, warto wiedzieć, że w rodzinach dotkniętych bezrobociem i biedą – jak pisze Elżbieta Trafiałek – czynnikiem integracji pokoleniowej jest nie tyle więź emocjonalna, co korzyści ekonomiczne płynące z prowadzenia wspólnego gospodarstwa z osobami posiadającymi stałe źródło dochodu. Ponadto w rodzinach dysfunkcyjnych ludzie starzy bywają ofiarami przemocy (zarówno fizycznej, jak i psychicznej). Zdaniem Trafiałek „w statystykach trudno wprowadzić znaleźć na ten temat jakiegokolwiek dane, ale tezę potwierdzają dokumenty znajdujące się we wszystkich ośrodkach interwencji kryzysowej i w powiatowych, gminnych oraz miejskich ośrodkach pomocy rodzinie” [15].



Ryc. 5. Stosunek do osób starszych w wybranych środowiskach społecznych.

Źródło: CBOS, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Warszawa 2009 s. 6.

Warto jednak podkreślić, że życzliwość i pozytywne nastawienie do osób starszych idzie w parze z darzeniem ich szacunkiem. Systematycznie wzrasta odsetek osób, które uważają, że w Polsce szanuje się ludzi w podeszłym wieku.



Ryc. 6. Szacunek do osób starszych.

Źródło: CBOS, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Warszawa 2009 s. 4.

W 1998 roku odsetek badanych, którzy mieli takie zdanie (zdecydowanie się szanuje i raczej się szanuje) wynosił 35%, zaś w 2009 roku odsetek ten był prawie dwukrotnie większy i wyniósł 64% [8]. Ten bardzo pozytywny obraz warto jednak uzupełnić

o dodatkowe informacje. Okazuje się, że im lepiej wykształceni respondenci, tym częściej twierdzą, że ich otoczenie odnosi się życzliwie do osób w podeszłym wieku. Na takie opinie wpływają również wyższe dochody badanych, bardziej prestiżowy zawód i lepsze oceny własnych warunków materialnych. Obojętność otoczenia respondenta wobec seniorów rośnie wśród ludzi mniej wykształconych, gorzej zarabiających, emerytów, rencistów i rolników. Można zatem przypuszczać, że wykształcenie, zawód i dochody są istotnymi czynnikami zachowań wobec osób starszych [8].

SOLIDARNOŚĆ Z OSOBAMI STARSZYMI

Osoby starsze nieradzące sobie z wykonywaniem codziennych czynności najczęściej wspierane są przez najbliższych członków rodziny, w większości przypadków są to dzieci (63%). Rzadziej starsi mogą liczyć na współmałżonków (38%) i wnuki (29%). Zdecydowanie rzadziej osoby starsze korzystają z pomocy instytucjonalnej [11].

Ryc. 7. Kategorie osób, które pomagają osobom starszym (pytanie zadano tylko osobom starszym)

Źródło: CBOS, *Spółeczna solidarność z osobami w starszym wieku*, Warszawa 2009 s. 9.

Najczęstsza pomoc dotyczy prowadzenia gospodarstwa domowego, dotrzymywania towarzystwa, udzielania porad i pomocy w załatwianiu różnych spraw w urzędzie, u lekarza, czy w banku. Do rzadszych form wsparcia osób starszych należy pomoc

w czynnościach związanych z higieną osobistą oraz pomoc finansowa. Jak podaje CBOS potrzebę wsparcia z racji swojego wieku deklaruje blisko co czwarty respondent źle oceniający warunki materialne swojego gospodarstwa domowego i jedynie co siedemnasty oceniający je dobrze [11]. Sytuacja materialna przekłada się na jakość życia osób starszych.

PODSUMOWANIE

Celem niniejszego artykułu było nakreślenie obrazu przeciętnej osoby w podeszłym wieku oraz opisanie stosunku Polaków do osób starszych i starości. Analizując przedstawione w artykule statystyki, podawane przez CBOS, możemy wyciągnąć następujące wnioski ogólne:

1. Starość dla Polaków to okres po 60 roku życia, przy czym można dostrzec, że granica ta przesuwa się wraz z wiekiem. Dla młodych starość zaczyna się wcześniej, niż dla osób starszych.
2. Można dostrzec wzrost zainteresowania tematyką starości wśród młodych respondentów, temat starości staje się dla nich coraz bardziej ważny.

Starość biologiczna, fizyczna nie idzie w parze ze starością duchową. W znacznej mierze wiąże się to ze stanem wiedzy medycznej, dzięki której jakość życia osób starszych wzrasta. „Młodość” i „starość” w sferze ducha w większej mierze należą do sfery indywidualnego wyboru.

3. Polacy uważają, że są życzliwi wobec osób starszych.
4. Z badań CBOS wynika, że Polacy uważają, że osoby starsze są potrzebne społeczeństwu (87% jest tego zdania). Są doceniane ze względu na pomoc w wychowaniu wnuczków, pomoc w zakresie doświadczenia i wiedzy, zwracanie uwagi na to co się dzieje w najbliższym otoczeniu np. w sąsiedztwie, czy ze względu na pomoc materialną. Dla 9% badanych starzy ludzie to kłopot (4% odpowiedziało trudno powiedzieć). Ludzie starsi są niesamodzielni, obciążają służbę zdrowia, obciążają system społeczny, mają zbyt wiele przywilejów [8]. Lepiej wykształceni Polacy mają mniejszą skłonność do postrzegania ludzi starszych jako obciążenia. Najbardziej życzliwi wobec starszych są badani w przedziale od 35 do 44 lata wraz z wiekiem przychylność maleje.
5. Osoby starsze mają osobiste poczucie bycia niepotrzebnymi. Wśród osób od 60 do 64 lat odnotowuje się przewagę osób niewiążących z przyszłością większych nadziei. Z kolei wśród ludzi po sześćdziesiątym piątym roku życia zdecydowanie dominuje brak nadziei [4]. Pokazuje to jak wiele w zakresie aktywizacji osób starszych mają do zrobienia instytucje państwowe.

7. Rodzina i bliscy stanowią najważniejszą grupę wsparcia dla osób starych. Świadczy to o wysokiej pozycji rodziny i rodzinności w hierarchii wartości Polaków.
8. Najmniej popularne formy spędzania wolnego czasu, preferowane przez osoby starsze to: korzystanie z komputera (internetu), wyjście do kina, teatru, na koncert, do dyskoteki, kawiarni lub na piwo, a także działalność społeczna i praca na rzecz środowiska. Najbardziej popularne są następujące aktywności: oglądanie telewizji, rozmowy ze znajomymi, sąsiadami, spotkania towarzyskie, a także ogólnie pojęty odpoczynek (drzemka, relaks, picie kawy i herbaty).
9. Starość i starzenie się to zjawiska, które mają podłoże kulturowe. W społeczeństwie mogą pojawiać się wzory kulturowe, które pobudzają lub hamują aktywność ludzi starszych, ich kreatywność, możliwości działania.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Bromley D.B., *Psychologia starzenia się*, Warszawa 1969, s. 373.
- [2] Dubas E., *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny” t. 20, 2013, s. 136–137.
- [3] Malinowski A., *Międzypokoleniowe przemiany właściwości biologicznych i zdrowotnych ludzi w podeszłym wieku*, [w:] Przygotowanie do starości, red. Dzięgielewska M., Łódź 1997, s. 126.
- [4] *Między młodością a starością*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2007, s. 9.
- [5] *Obraz typowego Polaka w starszym*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2010, s. 2-7, 12–16.
- [6] Oliwińska A. I., *Style życia współczesnych Polaków*, [w:] *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, red. Szukalski P., Oliwińska I., Bojanowska E., Szweđa-Lewandowska Z., Warszawa 2008, s. 59.
- [7] *Polacy o starości*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 1999, s. 7.
- [8] *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2009, s. 1–6.
- [9] *Polacy wobec własnej starości*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012, s. 3–4.
- [10] *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009, s. 4, 188–190.
- [11] *Społeczna solidarność z osobami w starszym wieku*, Centrum Badania Opinii Społecznej Warszawa 2009, s. 9–10.
- [12] *Sytuacja ludzi starszych w społeczeństwie – plany a rzeczywistość*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2009, s. 11, 15–16.
- [13] Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa*. Zarys problematyki, Warszawa 2004, s. 9–12.
- [14] Szatur – Jaworska B., *Pieniężne świadczenia społeczne i sytuacja mieszkaniowa osób starszych*, [w:] *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, red. Szatur – Jaworska B., Warszawa 2008, s. 64.
- [15] Trafialek E., *Rodzina i środowisko zamieszkania*, [w:] *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, red. Szatur – Jaworska B., Warszawa 2008, s. 84.
- [16] *Założenia polityki ludnościowej Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2013

ZABURZENIA RÓWNOWAGI CIAŁA U OSÓB STARSZYCH Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

WALDEMAR KOSIBA¹, MAGDALENA B. KAZIUK²

¹ Szpital im. S. Żeromskiego, os. Na Skarpie 66, Kraków

² Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

WPROWADZENIE

Utrzymywanie pionowej pozycji ciała jest czynnością wyuczoną, która kształtowana jest indywidualnie na przestrzeni całego życia. Kontrola równowagi w pozycji stojącej jest wynikiem koordynacji nerwowo-mięśniowej, wymaga zaangażowania trzech układów: wzrokowego, przedsionkowego oraz somato-sensorycznego. W okresie starzenia się automatyzm wielu czynności ruchowych człowieka ulega zmianie. Sprawność układu równowagi wraz z wiekiem ulega pogorszeniu, a zaburzenia funkcjonalne z tego wynikające wiążą się z podwyższonym ryzykiem upadków. Wskutek zmian inwolucyjnych w mózgu oraz wpływie chorób układu sercowo-naczyniowego, dochodzi do upośledzenia funkcji koordynacyjnych ośrodków mózgu [1]. Nadciśnienie tętnicze jest szeroko rozpowszechnione na świecie, a częstość jego występowania wyraźnie rośnie z wiekiem. Obecnie również Polska notuje wzrost zachorowań w związku z wydłużeniem życia, otyłością oraz negatywnymi zmianami żywieniowymi. W badaniu POLSENIOR nadciśnienie tętnicze w grupie Polaków powyżej 64 rż. wyniosło 76% (u mężczyzn 72%, u kobiet 78%), co daje w naszym kraju 10,5 mln osób chorych. Pomimo relatywnie łatwej diagnostyki i szerokiego wachlarza leków, nadal jedynie 1/3 z tych osób ma dobrze kontrolowane ciśnienie tętnicze w Polsce [20]. Skutki nadciśnienia działającego na mózg wydają się być wynikiem złożonej interakcji kilku istotnych czynników: procesu starzenia, czasu ekspozycji i wartości podwyższonego ciśnienia krwi, poziomu uszkodzenia komórek mózgu oraz innych jak np. sztywności tętnic, co w połączeniu z indywidualnymi cechami osobniczymi przekłada się na różny obraz zaburzeń równowagi.

ZMIANY NACZYNIOWE, A ZABURZENIA RÓWNOWAGI U OSÓB STARSZYCH Z NADCIŚNIENIEM

Zmiany naczyniowe są podawane jako najczęstsza przyczyna zawrotów głowy i zaburzeń równowagi u osób po 60 rż. W różnych badaniach osoby te stanowią od 37–86 % badanych. Przewlekłe nadciśnienie tętnicze predysponuje do remodelingu naczyniowego przyczyniając się do progresji tych zmian. Część autorów, w tej grupie wiekowej, to właśnie choroby współistniejące uznaje za główną przyczynę pogorszenia równowagi [17, 19]. Około 30% osób w wieku ponad 65 lat upada co najmniej raz w roku, co prowadzi do zwiększenia potrzeb i kosztów opieki zdrowotnej w społeczeństwie, a kliniczne objawy zaburzeń równowagi występują częściej u starszych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w porównaniu do populacji ogólnej. Wykazano istotną zależność między zmianami w przepływie krwi w naczyniach szyjnych i kręgowych a poziomem uszkodzenia błędnika a długość trwania nadciśnienia tętniczego, co znacząco wpływa na parametry tego przepływu [16]. Badania w tym kierunku prowadzili m.in. Cho i wsp., którzy w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym trwającym co najmniej 5 lat, stwierdzili, że średnia prędkość przepływu w tętnicy środkowej mózgu wyraźnie spadała w porównaniu z osobami o krótszym czasie trwania choroby. Z drugiej strony farmakologiczna interwencja w regulację nadciśnienia tętniczego sama w sobie może prowadzić do spadku perfuzji mózgu i w konsekwencji do zawrotów głowy i zaburzeń równowagi [21]. Osoby w podeszłym wieku w obawie przed nadmiernym spadkiem ciśnienia i związanym z tym upadkiem, czy zaburzeniem funkcji poznawczej, odstawia leki hipotensyjne przez co rzadko osiąga docelowe wartości ciśnienia tętniczego. Strategia powolnego i kontrolowanego obniżania ciśnienia, u osób w wieku podeszłym, można uchronić przed powikłaniami leczenia i dać poprawę przepływu mózgowego w jego trakcie [11].

ZMIANY W MÓZGU, A ZABURZENIA RÓWNOWAGI U OSÓB STARSZYCH Z NADCIŚNIENIEM

Zmiany degeneracyjne i zanikowe występujące w układzie nerwowym powodują słabszy przepływ impulsów nerwowych. Z wiekiem zmniejszają się również ilości motoneuronów w rogu przednim rdzenia kręgowego. W efekcie tych zmian, reakcja na bodźce ulega zakłóceniu, a mechanizmy kontroli równowagi człowieka działają z opóźnieniem. Zmiany w mózgu o typie hiperintensywności istoty białej (white matter hyperintensities, WMHs), stwierdzone w badaniu rezonansu magnetycznego (MRI), związane są z nadciśnieniem. Potwierdzają to badania Benetos i wsp., w których oce-

niono interakcje między ciśnieniem krwi, prędkością przepływu w tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA), a hiperintensywności istoty białej (WMHs). Analiza statystyczna skorygowana dla chorób naczyniowych oraz czynników ryzyka, wykazała, że WMHs najbardziej korelowały z nadciśnieniem tętniczym u osób w wieku 70–73 lat. Również większy przepływ w ICA w tym wieku wiązał się z WMHs. Sugeruje to, że nadciśnienie i WMHs mogą być pośrednio powiązane, ponieważ nadciśnienie tętnicze zwiększa sztywność naczyń, a to z czasem prowadzi do WMHs [2].

Szywność naczyń postępuje wraz z wiekiem niezależnie od chorób współistniejących a ich wystąpienie przyspiesza ten proces. Obecnie trwają badania nad oceną wpływu leków przeciwnadciśnieniowych na zmniejszenie sztywności naczyń, przez co można zmniejszyć progresję WMHs w tej grupie osób. Encefalopatia nadciśnieniowa, czyli uszkodzenie komórek mózgu w wyniku skoków ciśnienia, związana jest strukturalnie i funkcjonalnie z nadmiernym krążeniem mózgowym krwi. Krążenie mózgowe, charakteryzuje się małym oporem naczyniowym, przez co jest szczególnie podatne na skoki ciśnienia. Pulsacyjne fale wywołane nadciśnieniem tętniczym z aorty przemieszczają się na naczynia mózgowe, które ograniczone zamkniętą strukturą czaszki od zewnątrz dają zmiany w MRI pod postacią WHMs. Dlatego encefalopatia uważana jest za mechanizm powodujący lakunarne WMH w przeciwieństwie do głębokich podkorowych WMHs, które to mają pochodzenie niedokrwienne [5,18]. WHMs są również niezależnym czynnikiem ryzyka demencji i udaru, a połączenie WMHs, nieprawidłowości w obrazach mózgu spowodowanych niedokrwieniem oraz zaburzeń chodu, wiążą się ze złym rokowaniem [6].

Kitabayashi i wsp. zwracają uwagę na to, że starzenie się specyficznie wiąże się z większym wpływem na upośledzenie kontroli równowagi w kierunku przedmiotowym. W ich badaniu najgorsze parametry równowagi odnotowano w grupie osób starszych ze stwierdzonymi chorobami układu równowagi, a mniejsze dla zdrowych osób w podeszłym wieku i młodych dorosłych [10].

DEMENCJA A ZABURZENIA RÓWNOWAGI U OSÓB STARSZYCH Z NADCIŚNIENIEM

Związek nadciśnienia z pogorszeniem funkcji poznawczych i demencją jest złożony i wydaje się tym bardziej zależeć od wieku. Im dłuższa jest ekspozycja na nadciśnienie tym większe ryzyko pojawienia się demencji w starszym wieku [14, 15]. Jednym z możliwych wyjaśnień tego procesu jest fakt, że w rozwiniętych postaciach demencji następuje zmniejszenie liczby neuronów, struktur macierzystych mózgu zaangażowanych w kontrolowanie ciśnienia. Zaburzenia poznawcze z kolei korelują z zaburzeniami

równowagi szczególnie u osób starszych. W grupie relatywnie sprawnych osób w starszym wieku, wydolność mechanizmów równowagi i chodu w zastosowanych testach są znacznie ograniczone u osób z nadciśnieniem tętniczym. Sugeruje się, że większe wartości ciśnienia skurczowego, to większy stopień utraty równowagi i zaburzeń chodu. Lepsza kontrola ciśnienia tętniczego zaś wpływa na poprawę równowagi i chodu. Powyższe wnioski udowodniono dla skurczowego ciśnienia tętniczego, natomiast dla ciśnienia rozkurczowego nie wykazano takiego związku [7].

NARZĄD WZROKU A ZABURZENIA RÓWNOWAGI U OSÓB STARSZYCH Z NADCIŚNIENIEM

Narząd wzroku dostarcza informacji o orientacji ciała w przestrzeni i już w wyniku niedowidzenia następuje wzrost zakłóceń kontroli stabilnej postawy ciała. Retinopatia nadciśnieniowa jest przejawem choroby małych naczyń tzw. mikroangiopatii. Analiza komputerowej cyfrowej fotografii siatkówki wykazała, że podwyższone ciśnienie krwi współlistnieje z szerokim spektrum zmian strukturalnych w obrębie naczyń siatkówki a ilość obserwowanych zmian zwiększa się wraz ze wzrostem ciśnienia krwi [12].

NARZĄD PRZEDSIONKOWY, NADCIŚNIENIE A ZABURZENIA RÓWNOWAGI U OSÓB STARSZYCH

Starzenie się populacji prowadzi również do zmniejsza się liczby komórek układu przedsionkowego. Wysokie wartości ciśnienia tętniczego uszkadzają system ślimakowo-przedsionkowy powodując szum w uszach, zawroty głowy, a czasem utratę słuchu. W uchu wewnętrznym wykryto obecność receptorów dla przedsionkowego peptydu natriuretycznego (ANP), którego zmiany stężenia obserwuje się także w nadciśnieniu. Peptyd ANP wpisuje się w teorię genetycznej predyspozycji do nadciśnienia i wiąże się z podwyższonym ciśnieniem tętniczym oraz zwiększonym ryzykiem jego rozwoju [4]. Zmiana poziomu jego stężenia może okazać się wspólnym mianownikiem chorób układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzeń równowagi. U osób starszych mógłby dodatkowo zostać wykorzystany jako predyktor upadków, co jednak jeszcze wymaga dokładniejszych badań.

ZMIANY W UKŁADZIE SZKIELETOWO-MIĘŚNIOWYM ZABURZAJĄCE RÓWNOWAGĘ U OSÓB STARSZYCH Z NADCIŚNIENIEM

Z wiekiem zachodzą zmiany w samej mechanice chodu i ruchach poszczególnych części ciała względem siebie, inny staje się też wzorzec chodu. Różnice dotyczą średniej szybkości chodu, mniejszej u starszych osób, skracania długości kroku i wzrostu różnicy pomiędzy średnimi długościami kroków [8]. Kolejnym objawem pogorszenia kontroli równowagi jest zwiększenie kołysania, obserwowane podczas spokojnego stania. Po części za te zmiany odpowiada proces ubytku masy i siły mięśniowej, który determinowany jest postępującymi zmianami inwolucyjnymi w organizmie człowieka. Od 50 roku życia człowiek traci od 1–2% masy mięśniowej rocznie. W następstwie atrofi mięśni i gromadzenia w nich tłuszczu oraz w połączeniu ze zmianami zachodzącymi w nerwach obwodowych zmianom ulegają cechy fizyczne mięśni jak ich elastyczność i kurczliwość [3]. Istotą kontroli równowagi są specyficzne procesy, pobudzania i rozluźniania mięśni posturalnych, a szybkość odpowiedzi na działający bodziec maleje wraz z wiekiem poprzez wydłużenie fazy skurczu i rozkurczu [13]. W badaniu Kerkhoff i wsp. przewlekłe dolegliwości z układu mięśniowo-szkieletowego były częstsze u mężczyzn z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, czyli ze średnimi wartościami ciśnienia tętniczego powyżej 140/90mmHg, pomimo przyjmowania leków hipotensyjnych [9].

PODSUMOWANIE

W warunkach fizjologicznych informacje docierające z układu przedsionkowego, narządu wzroku oraz receptorów czucia głębokiego, rozmieszczonych w mięśniach, stawach i skórze, umożliwiają prawidłową orientację ciała w przestrzeni oraz utrzymanie równowagi. Ośrodkowy układ nerwowy zwrótnie wysyła informację do układu mięśniowo-szkieletowego, którego celem jest korekcja środka ciężkości przez zmianę położenia ciała. Złożona struktura układu równowagi powoduje, że uszkodzenie jego jednej składowej nie zawsze wiąże się z jej kliniczną manifestacją. Najczęstszą przyczyną zawrotów głowy wynikających z uszkodzenia narządu przedsionkowego są zmiany naczyniowe, a starzenie się uwrażliwia cały system na wpływ podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi. Czas trwania nadciśnienia tętniczego znacząco wpływa na parametry przepływu mózgowego manifestując się zaburzeniami równowagi, a wystąpienie jego powikłań dodatkowo potęguje ten efekt. Z kolei hemodynamiczny wpływ nadciśnienia tętniczego, na który nakładają się zmiany miażdżycowe w ścianach naczyń, prowadzi do uszkodzeń w istocie białej mózgu określanych jako hiperintensywności istoty białej

(WHMs). Retinopatia nadciśnieniowa również jest przejawem choroby naczyń i już niewielkie niedowidzenie powoduje wzrost zakłóceń kontroli pozycji ciała. Z wiekiem zachodzą zmiany w samej mechanice chodu oraz inny staje się wzorzec chodu. Układ mięśniowo-szkieletowy, który poprzez współdziałanie mięśni, ścięgien i stawów przeciwdziała wpływom środowiska, stanowi kolejny z elementów złożonego systemu kontroli równowagi. Starzenie się organizmu człowieka wraz z nadciśnieniem tętniczym powodując zmiany w mięśniach pogarszają kontrolę pionowej postawy ciała również na tym poziomie układu równowagi. Wydaje się, że normalizacja ciśnienia i odpowiednia kontrola choroby w kolejnych latach może skutkować nie tylko zmniejszeniem ryzyka sercowo-naczyniowego, ale również mniejszą liczbą upadków, a co za tym idzie poprawą jakości, jak i wydłużeniem życia.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Baloh RW. Dizziness in older people. *J Am Geriatr Soc.* 1992; 40: 713.
- [2] Benetos A, Waerber B, Izzo J, Mitchell G, Resnick L, et al. Influence of age, risk factors, and cardiovascular and renal disease on arterial stiffness: clinical applications. *Am J Hypertens.* 2002; 15: 1101–1108.
- [3] Budzyńska K. Wpływ starzenia się organizmu na biologię mięśni szkieletowych. *Gerontol Pol.* 2005; 13: 1–7
- [4] Cataliotti A, Costello-Boerrigter LC, Chen HH, et al. Sustained blood pressure–lowering actions of subcutaneous B-type natriuretic peptide (nesiritide) in a patient with uncontrolled hypertension. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 412–415.
- [5] Feugeas H, De Marco G, Peretti II, Godon-Hardy S, Fredy D, Claeys ES. Age-related cerebral white matter changes and pulse-wave encephalopathy: observations with three-dimensional MRI. *Magn Reson Imaging.* 2005; 23: 929–937.
- [6] Hajjar I, Quach L, Yang F, et al. Hypertension, white matter hyperintensities, and concurrent impairments in mobility, cognition, and mood: the Cardiovascular Health Study. *Circulation* 2011; 123: 858–865.
- [7] Hausdorff J, Herman T, Baltadjieva R, et al. Balance and Gait in Older Adults With Systemic Hypertension. *The American Journal of Cardiology* 2003; 91: 643–6.
- [8] Kavanagh JJ, Barrett RS, Morrison S. Upper body accelerations during walking in healthy young and elderly men. *Gait Post.* 2004; 20: 291–298.
- [9] Kerkhoff AC, Moreira LB, Fuchs FD, et al. Association between hypertension and musculoskeletal complaints: a population-based study. *J Hypertens.* 2012; 30: 2112–7.
- [10] Kitabayashi T, Demura S, Kawabata H, Uchiyama M, Demura T. Comparison of the body-sway characteristics of young adults compared to healthy elderly and elderly with equilibrium disorder. *Percept Mot Skill.* 2011; 113: 547–56
- [11] Lipsitz LA, Gagnon M, Vyas M, et al. Antihypertensive Therapy Increases Cerebral Blood Flow and Carotid Distensibility in Hypertensive Elderly Subjects. *Hypertension* 2005; 45: 216–221.
- [12] Ong SY, Cheung CY, Li X, et al. Visual impairment, age-related eye diseases, and cognitive function: the Singapore Malay Eye study. *Arch Ophthalmol.* 2012; 130: 895–900.

- [13] Piirtola M, Era P. Force platform measurements as predictors of falls among older people – a review. *Gerontology* 2006; 52: 1–16.
- [14] Plassman BL, Williams JW Jr., Burke JR, Holsinger T, Benjamin S. Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 182–193.
- [15] Qiu C, Winblad B, Fratiglioni L. The age-dependent relation of blood pressure to cognitive function and dementia. *Lancet Neurol.* 2005; 4:487–499.
- [16] Rizzoni D, De Ciuceis C, Porteri E et al. Altered structure of small cerebral arteries in patients with essential hypertension. *J Hypertens.* 2009; 27: 838–845.
- [17] Rzewnicki L, Borawska B. Przyczyny zawrotów głowy u osób w starszym wieku. *Otolaryngol Pol.* 1997; 24: 118–121.
- [18] Tzourio Ch, Laurent S, Debette S. Is Hypertension Associated With an Accelerated Aging of the Brain? *Hypertens.* 2014; 63: 894–903.
- [19] Zajdel K, Hydzik-Sobocińska K.: Analiza najczęstszych przyczyn zawrotów głowy i zaburzeń równowagi. *Terapia* 2007; 1: 36–39.
- [20] Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P i wsp. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. *Kardiologia Pol.* 2013; 71: 381–392.
- [21] Zhang P, Huang Y, Li Y, et al.: A large-scale study on relationship between cerebral blood flow velocity and blood pressure in a natural population. *J Hum Hypertens* 2006; 20: 742–748.

WSPARCIE SPOŁECZNE OSÓB STARSZYCH

MARTYNA BABULA

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
studenckie koło Naukowe Badań nad Jakością Życia

STRESZCZENIE

W związku ze starzeniem się populacji coraz więcej osób potrzebuje wsparcia. W okresie starczym zmieniają się również potrzeby. Niektóre z nich słabną a niektóre przybierają na potęgę. Jedną z klasyfikacji potrzeb odnoszących się do osób starszych opracował B. Synak. Najczęściej pomocy osobom starszym udziela rodzina, sąsiedzi, przyjaciele. Duży udział w pomocy osobom starszym mają również gminy i powiaty. Główne ich zadania dotyczące form pomocy są opisane w ustawie o pomocy społecznej. Do form wsparcia ze strony państwa można zaliczyć zasiłki, pomoc w naturze, doradztwo zawodowe, domy pomocy społecznej. Główną zasadą polityki społecznej jest pomoc osobom starszym w ich naturalnym środowisku, ponieważ daje wtedy najlepsze efekty. Ostatecznością jest umieszczenie osoby starszej w domach pomocy społecznej. Rosnąca populacja osób starszych jest wyzwaniem dla państwa nie tylko finansowym, ale także organizacyjnym. W celu polepszenia opieki nad osobami starszymi potrzeba wielu zmian w ustawodawstwie. Należy ułatwić lekarzom specjalizację na kierunku gerontologii, zwiększyć ilość miejsc w domach opieki zdrowotnej jak również usprawnić system opieki zdrowotnej.

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest poruszenie ważnego aspektu wsparcia społecznego osób starszych. Nasze społeczeństwo starzeje się i należy podjąć działania w celu pomocy starszym, aby nie zostali samotni podczas ostatnich lat swojego życia.

Ludzie starsi wymagają różnorodnych form wsparcia społecznego. W tym celu przeprowadzona musi być pełna diagnoza ich sytuacji, a zwłaszcza stanu ich zdrowia i sprawności, warunków życia, statusu społecznego, organizacji czasu wolnego, kondy-

cji psychicznej, samotności i osamotnienia. Diagnoza dotyczyć powinna zakresu dotychczasowej opieki, pomocy i wsparcia ludzi starszych, a zwłaszcza ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej realizowanych w konkretnych formach pracy socjalnej. Kolejny obszar diagnozy uwzględniać powinien zagadnienia związane z rolą środowiska lokalnego w kompensowaniu potrzeb ludzi starszych [14].

Wsparcie społeczne jest jednym z wielu czynników mających duży wpływ na poprawę jakości życia. Można wyróżnić cztery typy wsparcia społecznego :

- ♦ emocjonalne, mające na celu wyrażanie troski, zaufania bliskości;
- ♦ informacyjne, dzięki któremu osoby starsze uzyskują nowe umiejętności oraz zostają udzielane im różnego rodzaju porady np. prawne lub zawodowe;
- ♦ instrumentalne, polegające na dostarczeniu potrzebnych dóbr materialnych;
- ♦ oceniające, które polega na wyrażeniu akceptacji, zrozumienia, zachęty [4].

Wsparcie społeczne może być udzielane przez rodzinę, przyjaciół, sąsiadów, ale również przez państwo. Według przeprowadzonych przez A. Głębocką i M. Szarzyńską badań najważniejszymi czynnikami wpływającymi na jakość życia ludzi starszych jest poziom wsparcia społecznego ze strony sąsiadów i znajomych [4].

POJĘCIE STARZENIA SIĘ

Istnieje wiele definicji starzenia się. Jedna z nich mówi o tym procesie, że jest to naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu oraz zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów [3].

Za próg starości przyjmuje się 65 rok życia. Jest on ściśle skorelowany z granicą wieku emerytalnego i jest on równy dla obu płci. W dalszej kolejności należy przypomnieć, że długość trwania życia w Polsce wzrosła od 1950 do 2005 r.: u mężczyzn z 56,1 do 70,8 lat, czyli o prawie 16 lat, zaś u kobiet z 57,7 do 79,4 lat, czyli prawie o 22 lat. Wydłużeniu czasu trwania życia towarzyszył wzrost udziału ludności w wieku podeszłym (powyżej 65 lat) z 5,3% w 1980 do 13,3% w 2005r. O ile w 1950 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 12 osób w wieku poprodukcyjnym, to 55 lat później było ich dokładnie 2 razy więcej, czyli 24 osoby [9]. Polska od wielu lat znajduje się w pierwszej trzydziestce krajów demograficznie starych na świecie [2].

Światowa organizacja zdrowia wyróżnia trzy stopnie starzenia się: wiek podeszły: 60 – 75 lat, wiek starczy: 75–90 lat, wiek sędziwy: powyżej 90 lat [6].

Bez względu na to, jak zinterpretujemy termin starzenie się, skutki na tle społecznym, ekonomicznym czy psychologicznym będą takie same.

Spółecznymi skutkami procesu starzenia się są rosnące koszty zabezpieczenia społecznego, jak również opieki zdrowotnej. Jednak według D. Samoń ¼ wydatków w ochronie zdrowia są tworzone przez ostatnie 2 lata życia. Większą determinacją wydatków jest bliskość śmierci niż wiek [10].

Wraz ze zmianami struktury demograficznej państwa potrzebna jest reforma systemu opieki zdrowotnej. W związku ze starzejącym się społeczeństwem powinno zwracać się uwagę na ilość lekarzy geriatrów oraz na instytucje państwowe pomagające w godnym przeżyciu starości.

POTRZEBY OSÓB STARSZYCH

Wraz ze starzeniem się organizmu zmieniają się jego potrzeby. Potrzeba jest ściśle powiązana ze specyficzną tendencją jednostki do aktywności. Z nią wiążą się specyficzne emocje, reakcje i zainteresowania. Potrzeby ludzkie są przejawem zależności człowieka od otoczenia. Ma ona decydujący wpływ na działanie człowieka.

Można wymieniać wiele klasyfikacji potrzeb człowieka. Najbardziej znana jest klasyfikacja Masłowa. Dzieli ona potrzeby na sześć grup: fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku, samourzeczywistnienia oraz potrzeby estetyczne [8]. Wraz z wiekiem pewne potrzeby zmniejszają swoją wartość, a inne się zwiększają.

Według B. Synak na szczególną uwagę zwraca na takie potrzeby osób starszych jak potrzeba przynależności, użyteczności i uznania, niezależności, bezpieczeństwa oraz satysfakcji życiowej.

Potrzeba przynależności zwana inaczej potrzebą towarzystwa lub integracji. O jej zaspokajaniu świadczy intensywność kontaktów, więź ze środowiskiem, miejsce w rodzinie. Potrzeba użyteczności i uznania – może być zaspokajana poprzez dodatkowe zatrudnienie na emeryturze, zajęcia na rzecz rodziny oraz poprzez aktywność społeczną. W ocenie zaspokojenia tej potrzeby ważna jest subiektywna ocena własnej sytuacji. Potrzeba niezależności wiąże się ze stopniem samodzielności ekonomicznej, jak i mieszkaniowej. Na zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa ma wpływ bezpieczeństwo fizyczne jak i psychiczne. Potrzeba satysfakcji życiowej – o jej zaspokojeniu decyduje subiektywna ocena zadowolenia z własnych osiągnięć, z miejsca, w którym się teraz znajduje [5].

Każda potrzeb wymaga innego rodzaju działania ze strony polityki społecznej. W pierwszej kolejności polityka społeczna powinna zaspokoić potrzebę, związaną z organizacją życia seniorów. Dzięki samodzielnemu życiu w znanym sobie środowisku lub w warunkach umożliwiających godną egzystencję, mimo braku zdrowia czy sprawności, umożliwiają dobre samopoczucie człowieka [5].

ROLA RODZINY W SPARCIU OSÓB STARSZYCH

Najlepszym środowiskiem dla seniora jest zawsze miejsce przy rodzinie. Nic nie zastąpi zaangażowania i troskliwości osób najbliższych, przy czym należy pamiętać, że to na rodzinie spoczywa opieka nad seniorem. Rodzina, jako najbliższa człowiekowi, powinna partycypować w zaspakajaniu potrzeb seniora. Pomoc rodzinna dla seniora w zdecydowanej większości przypadków jest niezbędna, nawet w kontekście wzrostu zapotrzebowania na profesjonalną pomoc. Wspieranie rodziny w różnych wymiarach daje człowiekowi starszemu możliwość bycia dostrzeganym społecznie, bycia potrzebnym.

Z badań przeprowadzonych przez Paulinę Olejniczak rodzina jest dla seniorów największym źródłem wsparcia instrumentalnego (ok. 88%), informacyjnego (87%), duchowego (84%), emocjonalnego (81%) oraz wartościującego (80%). Najprawdopodobniej wynika to z traktowania rodziny jako ośrodka silnych więzi emocjonalnych. Przyjaciele są dla starszych osób komplementarnym wobec rodziny źródłem wsparcia społecznego. W porównaniu do sąsiadów są oni dla seniorów większym źródłem wsparcia wartościującego (49%), duchowego (43%), emocjonalnego (42%) oraz informacyjnego (ok. 55%). Tak kształtujące się wyniki mogą być potwierdzeniem tezy, że przyjaciele uzupełniają pomoc udzielaną przez rodzinę [15].

ROLA PAŃSTWA W SPARCIU STARSZYCH LUDZI

Fakt posiadania rodziny jest bardzo cenny dla wsparcia, ale rodzina nie jest w stanie udzielić pełnego wsparcia i zaspokoić wszystkich potrzeb osób starszych, dlatego aby skuteczniej pomagać osobom starszym potrzebne jest wsparcie instytucjonalne. W działaniach na rzecz ludzi starszych, obowiązkiem całego społeczeństwa, a zwłaszcza władz rządowych i samorządowych jest wspieranie osób starszych, zaspokojenie podstawowych potrzeb.

W Polsce zasadnicze znaczenie w zakresie wsparcia osób starszych odgrywa ubezpieczenie społeczne (emerytury i renty) oraz pomoc społeczna (wsparcia materialne i usługowe, w tym usługi opieki środowiskowej i instytucjonalnej).

Gerontologia wyróżnia dwie perspektywy polityki społecznej: wobec starości oraz wobec ludzi starszych.

Perspektywa polityki wobec starości ma na celu przygotowanie młodych ludzi do starości, kształtowanie pozytywnego wizerunku starości [11]. Natomiast polityka wobec ludzi starszych. Zajmuje się zaspokajaniem potrzeb osób starszych oraz budowaniem zdrowych relacji pomiędzy ludźmi młodymi a starszymi [1].

Do wyzwań polityki społecznej według autorów projektu długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 należą:

- ♦ „zwiększający się udział osób starszych w populacji i przygotowanie się na wiele społecznych i ekonomicznych konsekwencji tego zjawiska;
- ♦ wydłużenie okresu aktywności zawodowej;
- ♦ wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej;
- ♦ zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego
- ♦ z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi)” [7].

Ustawowymi zadaniami pomocy społecznej są: przyznawanie i wydawanie świadczeń przewidzianych ustawą, pracę socjalną, prowadzenie i rozwój niezbędnej infrastruktury socjalnej, analizę i ocenę zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia pomocy społecznej, realizację zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych, rozwijanie nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowania potrzeb [13].

Jednym z podmiotów odpowiedzialnych za przygotowanie systemu wsparcia dla osób starszych jest samorząd, który od 1998 roku posiada obowiązek opracowania i realizacji zadań z obszaru polityki społecznej, a więc także zabezpieczenia potrzeb osób starszych [12].

Gmina, jak i powiat realizuje zadania pomocy społecznej w kategorii: zadań własnych z obszaru pomocy społecznej, zadań własnych o charakterze obowiązkowym, zadań zleconych gminie. Każde z tych zadań jest opisane w Ustawie o pomocy społecznej [13].

Seniorzy mogą ubiegać się o świadczenia społeczne z takich powodów jak: długotrwała choroba, trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego, bezdomność. Pomoc ta może być udzielana w miejscu zamieszkania, w placówkach stacjonarnych tj. domach pomocy społecznej lub w dziennych domach pomocy społecznej. Najczęściej stosowana jest pomoc w miejscu zamieszkania. Dzięki wpływowi naturalnego środowiska życia jest ona najefektywniejszą formą pomocy [6].

Świadczenia pomocy społecznej mogą być realizowane na bazie czterech podsystemów:

- ♦ systemu pomocy pieniężnej. Polega on na wypłacaniu zasiłków stałych, okresowych bądź celowych przyznawane w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb socjalno-bytowych. Jest również możliwość ubiegania się osób po 75 roku życia o zasiłek pielęgnacyjny wypłacany w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Dodatki mieszkaniowe stanowiące

wsparcie finansowe również dla osób starszych, których dochód własny nie pozwala na zaspokojenie niezbędnej potrzeby życiowej jaką jest utrzymanie mieszkania. Można starać się także o zasiłek rodzinny na współmałżonka.

- ♦ systemu świadczeń w naturze. Jest to najczęściej pomoc żywieniowa oraz odzieżowa. Istnieje również możliwość starania się o świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne w ramach tej opieki.
- ♦ systemu pomocy w usługach. Dzięki temu podsystemowi osoby, które mają problemy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych mogą uzyskać opiekę higieniczną, pielęgnację, pomoc w sprawach osobistych oraz kontakt z otoczeniem. Te usługi osoby starsze uzyskują w rodzinnych domach pomocy społecznej, dziennych domach pomocy społecznej lub w innych ośrodkach wsparcia.
- ♦ systemu pomocy instytucjonalnej. Do niego zalicza się różne typy domów pomocy społecznej. W nich usytuowane są osoby, którym nie można było pomóc w miejscu zamieszkania lub był to świadomy wybór osoby starszej bądź jej rodziny [6].

INSTYTUCJE WSPIERAJĄCE OSOBY STARSZE

Najważniejszymi instytucjami wspierającymi osoby starsze w Polsce są: domy pomocy społecznej, domy pomocy, kluby seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku, hospicja, organizacje pozarządowe, działalność samopomocowa.

Dom pomocy społecznej w zależności od tego dla kogo są przeznaczone dzieli się na domy dla osób: starych, przewlekle chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dorosłych niepełnosprawnych fizycznie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnej psychicznie, samotnych matek i kobiet w ciąży. Za pobyt w domu pomocy społecznej płaci sam zainteresowany (do 70% własnego dochodu) i jego rodzina, a jeśli środki, którymi dysponują są niewystarczające, do dopłaty jest zobowiązana gmina (do końca 2003 – budżet państwa). Standard podstawowych usług świadczonych w domach pomocy społecznej obejmuje zapewnienie potrzeb bytowych: miejsca zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie; sanitariaty i łazienki; w dziedzinie opieki: pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, załatwianiu spraw osobistych; w dziedzinie działań wspierających: udział w terapii zajęciowej, wsparcie w trudnych sytuacjach, pobieranie nauki (dzieci, młodzież) i dostęp do biblioteki, zajęcia rewalidacyjne. W każdym domu pomocy społecznej powinien być zatrudniony zespół terapeutyczno-opiekuńczy składający się z psychologa i pracownika socjalnego i kulturalno-oświatowego [17].

Dzienne Domy Pomocy Społecznej są ośrodkami wsparcia przeznaczonymi dla osób samotnych lub osób w rodzinach, które z powodu wieku, choroby lub innych

przyczyn wymagają pomocy, a są jej pozbawione lub rodzina takiej pomocy nie może zapewnić. Dienne Domy Pomocy Społecznej zapewniają swoim pensjonariuszom następujące rodzaje usług: pobyt w godz. 8.00 do 16.00 od poniedziałku do piątku, wyżywienie (śniadanie i obiad), posiłki na wynos, usługi higieniczne (natrysk, usługi pralnicze), udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, załatwianiu spraw osobistych i urzędowych, podnoszenie sprawności i aktywizowanie, pomoc w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych (pomoc w kontaktach z placówkami służby zdrowia, pomoc w zakupie leków), działania wspomagające (pomoc psychologiczna, rekreacja, rozwijanie kontaktów ze środowiskiem i rodziną). Usługi Dziennych Domów Pomocy Społecznej adresowane są do osób, które z różnych przyczyn wymagają wsparcia i pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Osoba kwalifikowana do Dziennego Domu Pomocy Społecznej powinna spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów: wiek emerytalny, orzeczony znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności albo całkowita niezdolność do pracy lub całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, długotrwała choroba udokumentowana stosownym zaświadczeniem lekarskim, określającym rodzaj wymaganej opieki i okres w jakim ta opieka jest niezbędna [18].

Uniwersytety Trzeciego Wieku to placówki o profilu edukacyjnym przeznaczone przede wszystkim dla osób starszych (nie ma granicy wieku), które proponują swoim słuchaczom m.in. kursy, wykłady, seminaria, konwersatoria, lektoraty języków obcych, pracę w różnych sekcjach i kołach zainteresowań. UTW stanowi rodzaj wspólnoty edukacyjnej organizowanej przez i dla osób, które pragną być aktywne na emeryturze. W Polsce funkcjonują trzy typy Uniwersytetów Trzeciego Wieku: działające albo w strukturach, albo pod patronatem wyższej uczelni, kierowane najczęściej przez pełnomocnika rektora danej uczelni, powołane przez stowarzyszenia oraz inne, działające przy domach kultury, bibliotekach, domach dziennego pobytu, ośrodkach pomocy społecznej. Prowadzone w poszczególnych UTW zajęcia odbywają się na podobnych zasadach jak na wyższych uczelniach. Zajęcia prowadzą wykładowcy akademicy lub osoby ze świata kultury i sztuki. Wszyscy prowadzący muszą być profesjonalistami i autorytetami w dziedzinie, którą reprezentują. Rok akademicki jest podzielony na dwa lub trzy semestry, a zajęcia trwają po półtorej godziny. Różnica w odniesieniu do typowych uczelni polega na tym, że studenci-seniorzy za swoją pracę i naukę nie otrzymują żadnych stopni ani zaświadczeń (wyjątek stanowi uniwersytet w Krakowie – słuchacze zdają egzaminy). Jedyną nagrodą jaką otrzymują za swoje osiągnięcia jest satysfakcja z poczynionych postępów oraz zdobytą dzięki tym zajęciom dodatkowa wiedza i umiejętności. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako placówki od lat współpracują z wieloma organizacjami, domami opieki, klubami seniorów, jednostkami samorządowymi i pozarządowymi oraz z wieloma innymi instytucjami zajmującymi się problematyką osób w „trzecim wieku”. Celem tej współpracy

jest zarówno pomoc tym organizacjom i instytucjom w tworzeniu programów kształcenia seniorów i organizowaniu dla nich ciekawych zajęć, jak również współuczestnictwo w realizacji przedsięwzięć poruszających tematykę ludzi starszych [19].

Przygotowywane obecnie systemy wsparcia dla seniorów w ramach polityki społecznej stawiają sobie za cel, nie tylko organizowanie pomocy, lecz przede wszystkim organizowanie życia osobom starszym i społeczności, w której funkcjonują, co pozwala na zachowanie dobrej jakości życia seniorów, ich integracji społecznej przy jednoczesnej racjonalizacji wydawanych środków z budżetu.

Badania Zdzisławy Kalisz oraz Barbary Modlińskiej wykazały, że osoby w starszym wieku nie mogą w pełni liczyć na pomoc ze strony państwa polskiego. Funkcjonujący system zapewnienia opieki osób w podeszłym wieku zmusza je niejednokrotnie do zmiany jakości życia i sposobu zaspokajania potrzeb [16].

Przyjmuje się, że nowoczesną politykę społeczną cechować powinna, między innymi, kreatywność, nowatorstwo, odwaga, elastyczność, konsekwencja oraz silne oparcie na samorządności lokalnej. Natomiast w odniesieniu do ludzi starych, polityka społeczna powinna opierać się na rzetelnym monitorowaniu problemów i prognoz. A nade wszystko potrzebna jest tutaj zdolność do podejmowania wyzwań współczesności oraz konsekwencja w realizacji programów przez kolejno zmieniające się rządy.

PODSUMOWANIE

W Polsce istnieje wiele form wsparcia osób starszych. Duży udział w pomocy seniorom mają gminy i powiaty. Do form wsparcia można zaliczyć zasiłki, pomoc w naturze, doradztwo zawodowe, domy pomocy społecznej. Jednak według badań, najczęściej udzielane jest wsparcie przez osoby najbliższe, takie jak rodzina, przyjaciele. Dlatego, więc pomoc społeczna skierowana jest na wsparcie osób starszych w ich środowisku. Ostatecznym posunięciem powinno być umieszczenie osoby starszej w domach pomocy społecznej.

Z powodu narastającej ilości osób starszych państwo powinno zwiększać środki na aktywizację osób starszych oraz promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej. Trzeba również zwrócić uwagę na liczbę geriatrów. Jednym z priorytetów polityki senioralnej jest ułatwienie lekarzom specjalizacji, w tym kierunku. W przyszłości, w związku z rosnącą populacją osób starszych, zwiększy się również wydatkowanie na opiekę zdrowotną. W celu odciążenia systemu opieki zdrowotnej ustawodawca powinien rozważyć możliwość współpłacenia za usługi medyczne lub wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starszych*, wyd. SGH, Warszawa 2002, s. 93.
- [2] Dragan A., *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*, <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf>, (dostęp 7.05.2014), s. 4.
- [3] Encyklopedia PWN, hasło: starzenie się, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/3979189/starzenie-sie.html>, (dostęp 7.05.2014).
- [4] Głębocka A., Szarzyńska M., *Wsparcie społeczne a jakość życia*, „Gerontologia Polska”, tom 13, nr 4, s. 255–259.
- [5] Kuś M., Szwed M., *Realizacja potrzeb ludzi starszych a zadania samorządu terytorialnego*, http://dlibra.bg.ajd.czyst.pl:8080/Content/999/Reska_specjalna_301.pdf, (dostęp 7.05.2014), s. 310, 312.
- [6] Leszczyńska – Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, wyd. Uniwersytetu Warmińskiego – Mazurskiego, Olsztyn 2005, s. 41, 150, 151–153.
- [7] Monitor Polski, *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>, (dostęp 7.05.2014).
- [8] Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, wyd. Uniwersytetu Warmińskiego – mazurskiego, Olsztyn 2001, s. 21–22.
- [9] Prognoza demograficzna na lata 2003–2030, GUS 2004: Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31.XII.2005, GUS, 2006.
- [10] Samoń D., *Starzenie się ludności to nie katastrofa. Wpływ na wydatki w systemie ochrony zdrowia*, <http://www.for.org.pl/pl/a/23-31,Analiza-182012-Starzenie-sie-ludnosci-to-nie-katastrofa>, (dostęp 7.05.2014).
- [11] Szatur – Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, wyd. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 292.
- [12] Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz. U. 1998, nr 91 poz. 578.
- [13] Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, Dz. U., 2004, nr 64, poz. 59, z późn. zm.
- [14] Murat M., Dudek M., *Wsparcie osób starszych w Polsce – wybrane problemy*, http://www.pu-lib.sk/elpub2/FF/Balogova1/pdf_doc/32.pdf, (dostęp 7.05.2014).
- [15] Olejniczak P., *Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych*, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2013, 3, 2, 183–188.
- [16] Kalisz Z., Modlińska B., *Polityka państwa polskiego wobec starości i osób starszych*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010, 91, s. 34.
- [17] Encyklopedia PWN hasło: dom pomocy społecznej, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/domy-pomocy-spoecznej;3893726.html>,
- [18] Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, *Dzienne domy pomocy społecznej*, <http://www.mops.kato-wice.pl/node/46>,
- [19] Bielawska A., Pieścikowska J., Bączyk G., Pyszczorska M., Bernad D., Skokowska B., Gacek L., *Uniwersytet Trzeciego Wieku – edukacja zawsze na czasie*, Nowiny Lekarskie 2012, 81, 1, 80–83.

SUBIEKTYWNY I OBIEKTYWNY WYMIAR STAROŚCI I STARZENIA SIĘ

MONIKA ADAMCZYK

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Socjologii, Katedra Socjologii Wiedzy i Edukacji

STRESZCZENIE

W procesie starzenia się mamy do czynienia z czynnikami genetycznymi, biologicznymi, psychologicznymi, kulturowymi i społecznymi, które obiektywnie wskazują na wchodzenie w kolejne fazy starości. W literaturze przedmiotu starość jest prezentowana jako zjawisko wieloaspektowe i wielopłaszczyznowe. W artykule przybliżono subiektywny oraz obiektywny wymiar starości, a także zaprezentowano narzędzie pomiaru poziomu tzw. aktywnego starzenia się, które wykorzystywane jest do analizy procesu starzenia się w obu opisanych wymiarach (Indeks Aktywnego Starzenia się – AAI).

WPROWADZENIE

Starość to okres, w którym „odbija się” jakość naszego wcześniejszego życia, to jaka ona będzie zależy w minimalnym stopniu od rzeczywistego wieku, a w znacznie większym od działań podejmowanych na wcześniejszych etapach życia [23]. Niepowtarzalność ludzkiego życia, sprawia, że każdy człowiek starzeje się inaczej. Oczywiście wszystkich dotyczą ograniczenia fizyczne wynikające ze zmian zachodzących w organizmie, jednak sprawność fizyczna nie jest jedynym wskaźnikiem wykorzystywanym do pomiaru stopnia zaawansowania procesów starzenia się. W literaturze przedmiotu wskazuje się na duże różnice w postrzeganiu tego procesu, które w dużej mierze zależą od przyjętego subiektywnego lub obiektywnego wymiaru badanego zjawiska. Celem prezentowanego artykułu jest przybliżenie obu wymiarów, a także zaprezentowanie

narzędzia pomiaru poziomu aktywnego starzenia się, które wykorzystywane jest do analizy tak subiektywnego, jak i obiektywnego wymiaru procesu starzenia się.

JAKOŚĆ ŻYCIA

W strategii „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” przyjętej przez World Health Organization w 1998 roku przyjęto, że osoby w wieku powyżej 65 roku życia powinny mieć możliwość satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnionej roli społecznej [6]. Oznacza to, że dostrzeżono, iż jakość życia osób starszych wiąże się nie tylko z aspektem medycznym ale również z wymiarem społecznym procesu starzenia się, który w prowadzonej analizie będzie stanowił główną oś odniesienia. W literaturze przedmiotu obie tendencje w interpretacji zjawiska jakości życia zarysowują się bardzo wyraźnie. Prowadząc analizy procesu starzenia się w wymiarze społecznym, formułuje się jednocześnie zasady polityki społecznej odnoszące się do osób starszych [24]. Analiza w tym wymiarze oparta jest na badaniach dotyczących uwarunkowań socjoekonomicznych i środowiskowych jakości życia seniorów. Druga perspektywa – medyczna, związana jest z gerontologią, pojmowaną jako subdyscyplina medycyny. Kluczowym zagadnieniem dla tego rozumienia jest stan zdrowia pacjenta i jego, głównie medyczna, ocena: diagnoza, programy leczenia, stosowane terapie. Podejście to opiera się na biomedycznym modelu zdrowia, w którym zdrowie rozumiane jest jako brak choroby, a zadania medycyny formułowane są jako instrumentarium naprawiania tego, co uległo zepsuciu [29].

Trudno badać procesy starzenia się nie odwołując się do pojęcia jakości życia. Pojawienie się tej kategorii pojęciowej stało się naturalną konsekwencją postępu technicznego i rozwoju społecznego i ekonomicznego lat 60 XX wieku. Zdaniem B. Rysz-Kowalczyk kategoria jakości życia zrodziła się „z przekonania, że niezależnie od systemów miar obowiązujących w naukach przyrodniczych i ekonomicznych, efekty działalności ludzkiej trzeba mierzyć także wg wartości zdrowia, bezpieczeństwa, spokoju, piękna, równości szans, współdecydowania itp.” [22]. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera analiza jakości życia osób starszych. Ta grupa społeczna stanowi bowiem niezwykle ważny „katalizator” zmian w rozwoju społeczno-gospodarczym współczesnych społeczeństw¹. Wielu badaczy tego zjawiska zauważa bowiem, że osoby starsze

1 W fizyce i chemii katalizator jest substancją, która przyspiesza zmiany, sam nie ulegając przemianie. W przypadku osób starszych to porównanie zakłada prawdziwość tylko pierwszego członu zdania. Z punktu widzenia rozwoju współczesnych społeczeństw osoby starsze przyspieszają zmiany, podlegają jednak zmianie w aspekcie społecznym i medycznym. Tylko dążąc do modelu aktywnego starzenia się społeczeństwa mogą wykorzystać ogromny potencjał tej grupy.

stanowią potencjalnie duży rynek zbytu dla usług i produktów oraz są najwierniejszym elektoratem swoich partii [10]. Działania grup politycznych i ekonomicznych zaczynają być co raz częściej skierowane na poprawę warunków życia ludzi starszych. Jak zauważa P. Szukalski zmiany demograficzne przekładają się na rozkład sił w społeczeństwie, oznacza to że wzrost odsetka osób starszych w społeczeństwach europejskich prowadzi do „siwienia elektoratu”, a co za tym idzie do co raz silniejszego artykułowania praw i interesów tej grupy społecznej między innymi przez partie polityczne [27].

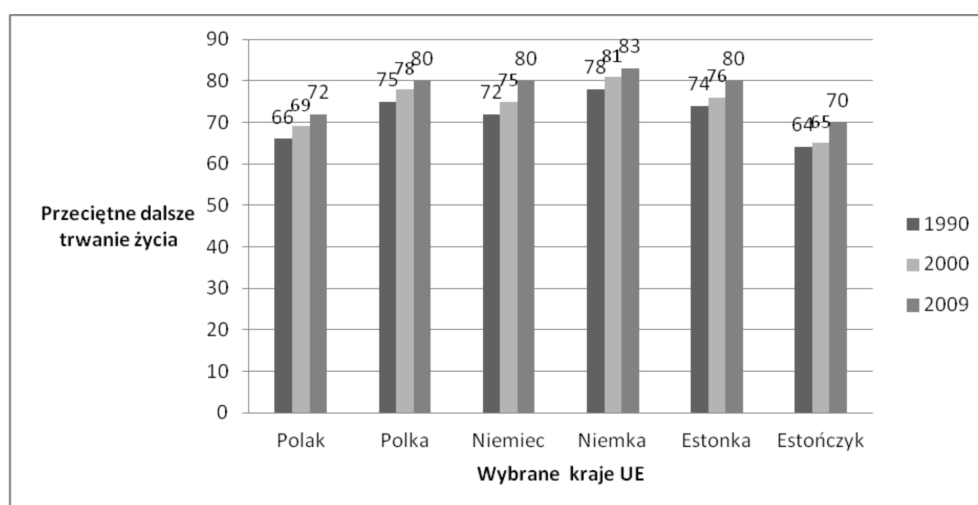
Jak zauważa M. Gałuszka istnieje kilka obszarów życia społecznego w których zauważyć można działania skierowane na poprawę egzystencji osób starszych. Zalicza do nich między innymi: obszar polityki społecznej i zdrowotnej; standardy opieki i usług medycznych; rynek usług i produktów „populacji siwych”; wzrost zasobów finansowych tej grupy społecznej; obszar mediów i kultury akcentujący vitalność i możliwości konsumpcyjne osób starszych; obszar prawa, który nowymi regulacjami prawnymi broni interesów tej grupy; obszar nauki i pogłębionej refleksji etyczno-religijnej [10].

W przypadku prowadzonej analizy konieczne jest również uwzględnienie socjologicznego punktu widzenia. W tej perspektywie starość analizowana jest na dwóch zasadniczych płaszczyznach: na poziomie mikrospołecznym i makrospołecznym. Na poziomie mikrospołecznym starość jest rozpatrywana jest po pierwsze jako faza życia, która staje się etapem w życiu każdego człowieka. Po drugie w związku z rozwojem medycyny i dzięki odpowiedniemu przygotowaniu nie musi oznaczać braku zdrowia i zależności od innych. Jeśli prześledzimy średnią długość życia przeciętnego Niemca i Polaka w latach 1999 – 2010 to możemy zaobserwować wzrost trwania życia ludzkiego i przekroczenie progu sędziwej starości. Powyższą tendencję prezentuje wykres 1.

Przekroczenie przez Europejczyków progu starości sędziwej i starości w fazie poprodukcyjnej (mężczyźni 65–79 lat, kobiety 60–79 lat) wskazuje na rozwój obszarów życia społecznego skierowanych na poprawę egzystencji osób starszych. Taki stan rzeczy oznacza również, że starzenia się na poziomie mikrospołecznym poza wydłużeniem życia może wiązać się ze zmianą w funkcjonowaniu osób starszych i w związku z rozwojem medycyny i dzięki odpowiedniemu przygotowaniu nie musi oznaczać braku zdrowia i zależności od innych.

Konsekwencją tego jest również redefiniowanie podejścia do procesu starzenia się na poziomie makrospołecznym [26]. W tego typu badaniach jakość życia analizuje się jako całościową ocenę poziomu życia, biorąc pod uwagę stan zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych. Przykładem takich całościowych badań jest „Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków”, w których obok warunków mieszkaniowych, wyżywienia, dochodów i opieki zdrowotnej bada się, stan społeczeństwa obywatelskiego kapitał społeczny i ludzki [8]. Przyjęcie takiego podejście w analizach

zakłada także ocenę zasad organizacji życia społecznego i charakteru więzi społecznych. Z punktu widzenia przemian demograficznych i postępującego procesu starzenia się społeczeństw rozwiniętych jest to istotne zagadnienie, gdyż porusza ono koniecznością samodzielnego definiowania swojej tożsamości przez osoby starsze i budowania pozycji społecznej bez odwoływania się do tradycyjnie pełnionych ról społecznych [3]. W nowym porządku społecznym, rodziny osób starszych w coraz mniejszym stopniu odciążają państwo w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi, które niezależnie od swojej woli są zmuszone do ciągłego, samodzielnego definiowania swojej tożsamości i budowania pozycji społecznej [15].



Wykres 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w wybranych krajach UE w latach 1990–2010.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Statystyka Międzynarodowa, <http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/porownania-miedzynarodowe>, dostęp 02.05.2014 r.

Szczegółowymi kategoriami pojęcia jakość życia (w rozumieniu całościowej oceny poziomu życia) są szeroko rozumiane osiągnięcia danego społeczeństwa między innymi w zakresie pożądanego poziomu życia, możliwość samorealizacji i rozwoju indywidualnego, poczucie bezpieczeństwa i uczestnictwa w życiu społecznym. W prezentowanym ujęciu obok tego pozytywnego aspektu poddaje się analizie również nierówności społeczne, nasilenie kwestii społecznych, marginalizację i alienację społeczną, a także patologie społeczne [22].

WYMIAR OBIEKTYWNY I SUBIEKTYWNY STARZENIA SIĘ

W procesie starzenia się mamy do czynienia z czynnikami genetycznymi, biologicznymi, psychologicznymi, kulturowymi i społecznymi, które obiektywnie wskazują na wchodzenie w kolejne fazy starości. Należy w tym miejscu podkreślić, że w literaturze przedmiotu starość jest prezentowana jako zjawisko wieloaspektowe i wielopłaszczyznowe. Składające się na starość procesy biologiczne, psychiczne, jak również zmiany zachodzące w sferze zachowań społecznych są po pierwsze dynamiczne i zachodzą w czasie, a po drugie są synergiczne, co oznacza wzajemne oddziaływanie na siebie zachodzących procesów, które mogą spowalniać lub przyspieszać proces starzenia się [25]. B. Szatur –Jaworska zauważając złożoność procesu starzenia się a także jego indywidualny i niepowtarzalny dla każdej jednostki przebieg, proponuje przyjęcie obiektywnych wskaźników tzw. „progów starości”. Progi te pozwalają zdaniem autorki wyznaczyć kluczowe elementy dla tej fazy życia [24].

Wyróżnia się przynajmniej sześć „progów starości” za kryterium przyjmując wiek. Pierwszym proponowanym progiem jest wiek biologiczny, który odnosi się do oceny sprawności organizmu a ściślej mówiąc do stopnia utraty ogólnej sprawności i żywotności organizmu, będącego stanem typowym dla zaawansowania procesu starzenia biologicznego [25]. Wiek biologiczny jest obiektywnym wskaźnikiem brany pod uwagę w przypadku określania jakości życia osób starych. Od jego poziomu zależy, bowiem stopień sprawności psycho-fizycznej pozwalającej na czerpanie satysfakcji z życia. Wiek biologiczny może być również wskaźnikiem subiektywnym, gdyż to od subiektywnego poczucia sprawności organizmu zależy odbiór i ocena otaczającej człowieka rzeczywistości [18].

Drugim progiem starości, który zaliczany jest do obiektywnych wskaźników jakości życia jest wiek demograficzny. Przyjmuje się, że wiek demograficzny to liczba przeżytych lat [25]. Kolejnym progiem starości jest wiek psychiczny/psychologiczny, określany na podstawie sprawności funkcji intelektualnych, zmysłów i zdolności przystosowawczych jednostki. W literaturze psychologicznej brak jest zgodności co do zmian zachodzących w osobowości i inteligencji człowieka w okresie starości.

Przyjmuje się jednak, że następuje pogorszenie pamięci, obniżenie możliwości zapamiętywania nowych wyrazów i sytuacji niezwiązanych z codziennym doświadczeniem, zmniejszenie podzielności uwagi i szybkości psychomotorycznej, zdolności kombinacyjnych i myślenia logicznego oraz abstrakcyjnego. Zmiany te nie dotyczą jednak zdaniem większości psychologów zdolności rozwiązywania problemów codziennych, umiejętności praktycznego wnioskowania, koncentracji w czasie rozwiązywania zadań oraz zdolności do rozróżniania między tym, co ważne i tym, co nieistotne. Co niezwy-

kle ważne z punktu widzenia prowadzonej analizy w okresie starości zwiększa się w sposób widoczny potrzeba bezpieczeństwa i przynależności, a jednocześnie niezależności i uzależnienia (często stałej opieki) od innych. Pojawia się też bardzo charakterystyczna w tej fazie życia potrzeba użyteczności i prestiżu [24]. To właśnie w kontekście badania stanu zaspokojenia tych potrzeb, stworzono narzędzie badające procesy starzenia się w czterech kluczowych obszarach życia (AAI Index Aktywnego Starzenia się) o którym będzie mowa w dalszej części artykułu.

Kolejnym obiektywnym progiem starości, jest wiek społeczny odzwierciedlający społeczną sytuację człowieka. Zwykle określa się go na podstawie analizy ról społecznych jednostki przyjmując, że w poszczególnych fazach życia zmienia się charakter i zakres a także hierarchia tych ról. Typowe role społeczne dla tej grupy wiekowej to rola babci, dziadka i emeryta. Warto w tym miejscu odwołać się do badań socjologicznych, które w skali mikrospołecznej wykazują szybki wzrost osób w młodym wieku posiadających dziadków. P. Szukalski porównując lata 1931–32 i rok 2007 zauważył wzrost szansy na posiadanie przez dorosłe dziecko przynajmniej jednego z żyjących dziadków w wieku 20 lat z 83,4 % na 98,7%, a w wieku 40 lat z 2% na 27,1% [28]. Taka sytuacja pociąga za sobą pewne konsekwencje. Po pierwsze na poziomie mikrospołecznym powoduje to wzrost obciążeń wynikających z konieczności zapewnienia opieki osobom najstarszym w rodzinie. Na poziomie makrospołecznym powoduje to wzrost obciążenia ekonomicznego i socjalnego osób w pełni samodzielnych niesamodzielnymi członkami społeczeństwa, przede wszystkim niesamodzielnymi ekonomicznie i w mniejszym stopniu niesamodzielnymi funkcjonalnie seniorami [28].

Kolejnym progiem starości a jednocześnie wskaźnikiem obiektywnym starości jest wiek ekonomiczny. Odnosi się on do miejsca zajmowanego przez jednostkę w społecznym podziale pracy. Ostatnim progiem jest wiek socjalny/prawny, który ustala się na podstawie terminu otrzymania przez obywatela prawa do świadczeń socjalnych takich jak renty i emerytury [25]. Nawiązując do wieku ekonomicznego należy wspomnieć o szeroko stosowanym w ekonomii podziale ludności na fazy życia związane z aktywnością zawodową. W życiu człowieka można wyróżnić następujące fazy: wiek przedprodukcyjny (0–17 lat), wiek produkcyjny (mężczyźni: 18–64 lat, kobiety: 18–59 lat), wiek poprodukcyjny (mężczyźni powyżej 65 lat, kobiety: powyżej 60 lat). W wieku poprodukcyjnym można wyróżnić także starość (mężczyźni 65–79 lat, kobiety 60–79) i starość sędziwą (powyżej 80 roku życia)². Według E. Rosseta, w procesie starzenia się ludności – zależnie od udziału w jej strukturze osób w wieku lat 60 i więcej – rozróżnia się cztery fazy: 1-brak oznak starości demograficznej(...), 2-wczesna faza przejściowa-

2 Stan na koniec roku 2013.

pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej(...), 3-późna faza przejściowa-pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej(...), 4-stan starości demograficznej(...)" [21].

Bardzo ważnym obiektywnym wskaźnikiem procesu starzenia się, który wymaga bardziej dogłębnego przedstawienia są zmiany biologiczne następujące w późnej dorosłości, które mają charakter zmian wstecznych. Podstawą zmian tego typu jest zanik reprodukcyjnych komórek w organizmie człowieka oraz ich stopniowa degeneracja. Z medycznego punktu widzenia przyjmuje się dwa wskaźniki obiektywne procesu starzenia się. Pierwszy jest to wskaźnik obniżenia sprawności fizycznej, drugi jest określany jako tak zwana mnoga patologia. W przypadku wskaźnika obniżenia sprawności fizycznej wskazuje się na następujące elementy: ograniczenie zdolności do wysiłku, zwiększona męczliwość. Czynniki te mogą przekładać się na ograniczenie aktywności w wielu sferach życia oraz ogólnym spadkiem wigoru. Jednak jak zauważają specjaliści w większości przypadków o obniżeniu sprawności fizycznej decydują choroby na które cierpi dana osoba, a nie sam proces starzenia jakiemu podlega [17].

Mnoga patologia to drugi wskaźnik biologicznego procesu starzenia się. Termin ten jest stosowany na określenie jednoczesnego występowania kilku dolegliwości u jednej osoby. Taki stan wpływa w znacznej mierze na ograniczenie sprawności narządów, co w znaczny sposób utrudnia rozpoznanie, jakie zmiany w organizmie danej osoby są spowodowane procesami starzenia się, a jakie są wynikiem chorób [17]. Do najczęściej występujących w okresie starzenia się chorób somatycznych należą: choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego i pokarmowego, choroby narządu ruchu, układu hormonalnego i choroby związane z obniżeniem odporności organizmu.

Równie ważnym zagadnieniem związanym z procesem starzenia się jest subiektywna ocena tego zjawiska. Wymiar subiektywny starości można rozpatrywać między innymi w oparciu o analizę oceny własnego samopoczucia i oceny własnej skuteczności. Ocena własnego samopoczucia jest analizowana pod kontem trzech elementów: czynników psychicznych, aktywności społecznej i warunków socjalno-bytowych. Stan psycho-emocjonalny ludzi starszych jest wyrazem odczuć i opinii badanych na temat postrzegania własnej osoby, sytuacji życiowej i osiągniętego w życiu poziomu satysfakcji osobistej. Subiektywna ocena ludzi starszych stanowi indywidualny obraz starości i jest ważnym składnikiem dobrego lub obniżonego nastroju [5]. Wskaźnikiem obniżonego nastroju jest poczucie osamotnienia, opuszczenia lub bycia niepotrzebnym [16]. Wskaźnikiem pozytywnego stanu emocjonalnego jest stopień zadowolenia z obecnego życia oraz satysfakcja z dokonań życiowych. Przykładem badań, które dostarczają informacji o subiektywnej ocenie jakości życia osób starszych jest na przykład raport przygotowany przez Obserwatorium Integracji Społecznej działające w ramach Regionalne-

go Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie „Sytuacja osób starszych zamieszkałych w województwie Lubelskim”, w którym za wskaźniki satysfakcji częściowych przyjęto poczucie zadowolenia z życia rodzinnego, kontaktów z przyjaciółmi/znajomymi, spędzania wolnego czasu, stanu zdrowia, sytuacji mieszkaniowej, sytuacji finansowej. Jako wskaźniki uwzględniono również poczucie bezpieczeństwa i wykluczenia z życia. Z przeprowadzonych badań wynika, że subiektywna ocena zadowolenia z życia wśród seniorów jest stosunkowo pozytywna. 66% respondentów na pytanie o zadowolenie ze swojego życia odpowiadało pozytywnie. Czynnikiem istotnie różnicującym poziom zadowolenia nie okazał się wiek tylko zadowolenie z kontaktów z przyjaciółmi i z życia rodzinnego. W badaniu stwierdzono, że seniorzy deklarują przede wszystkim zadowolenie z kontaktów społecznych, to jest z życia rodzinnego i kontaktów z przyjaciółmi/znajomymi – 80%. O bardzo dużym znaczeniu życia rodzinnego dla odczuwanej jakości życia może świadczyć fakt, iż największy odsetek respondentów deklaruujących ogólne zadowolenie z życia to osoby pozostające w związkach małżeńskich (76%), na drugim miejscu są osoby owdowiałe (59%) na trzecim kawalerowie/panny (54%). Najmniej badanych zadowolonych z życia jest wśród osób rozwiedzionych i pozostających w separacji [20].

Wymiar subiektywny starości można analizować również w oparciu o analizę oceny własnej skuteczności. Poczucie własnej skuteczności jest definiowane w literaturze przedmiotu jako przekonanie jednostki, że z powodzeniem może wykonać czynności niezbędne do osiągnięcia zamierzonych wyników w określonej sytuacji życiowej [14]. Z badań przeprowadzonych przez V. Jachimowicz i T. Kostkę wynika, że osoby posiadające wysoki poziom poczucia własnej skuteczności (PWS) wykazują się większą motywacją do podjęcia aktywności w różnych sferach życia i ich kontynuowania mimo trudności. Osoby takie są również bardziej zmotywowane do utrzymania wysiłków umożliwiających zakończenie podjętych działań i charakteryzują się optymizmem życiowym [14]. Poczucie własnej skuteczności może ulec wzmocnieniu po przez realizowanie konkretnych zachowań: samodzielne wykonywanie zadań i czynności, obserwowanie innych, perswazje słowne, takie jak: sugestie, namawianie, zachęcanie, instruowanie, pobudzenie emocjonalne, okoliczności sytuacyjne [4]. Subiektywny aspekt starzenia się i starości jest ważną składową jakości życia, gdyż specyficzna zmiana warunków życia ludzkiego, która w okresie starości najczęściej ma charakter negatywny³, nie musi oznaczać degradacji społecznej, w dużym stopniu zależy od postępowania samego człowieka i jego charakteru [13].

3 Do negatywnych zmian zachodzących w okresie starości zalicza się: obniżenie sprawności fizycznej, utratę pozycji społecznej, zmianę funkcji w rodzinie, chorobę, śmierć bliskich osób oraz konieczność przystosowania się do zmiennych warunków ekonomicznych.

Obok obiektywnych czynników genetycznych, biologicznych, psychologicznych czy społecznych, które wskazują na przechodzenie w wiek dojrzały, np. struktura i stan organizmu, wygląd zewnętrzny, przejście na emeryturę, zanik zdolności poznawczych, ważne są również subiektywne odczucia dotyczące oceny jakości życia seniora związane z odpowiedzią na pytania o sens egzystencji, wartość życiowych dokonań i akceptację dokonanych wyborów życiowych. W prezentowanej analizie przyjęto założenie, że na procesy starzenia należy spojrzeć uwzględniając obiektywne, jak i subiektywne wskaźniki jakości życia. Dopiero takie spojrzenie na proces starzenia się opowiada koncepcji aktywnego starzenia się, która zostanie zaprezentowana poniżej.

AKTYWNE STARZENIE SIĘ

Zainteresowanie tematyką aktywnego starzenia się zyskało na popularności w roku 2012 ogłoszonym przez Komisję Europejską Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (ang. *European Year of Active Ageing and Intergenerational Solidarity*). Jednak tematyka ta, tak w literaturze międzynarodowej (Kalache, Kickbush, 1997, WHO, 2002, Walker, 2002, ActivAge Consortium, 2008), jak również polskiej (m.in. Szatur-Jaworska, 2000; Błędowski, 2002; Perek-Białas i inni, 2005; Kurkiewicz i inni, 2007) było od dawna przedmiotem analiz. Na podstawie prowadzonych badań wskazywana na konieczność opowiedzenia się za koncepcją aktywnego starzenia się jako istotnym elemencie działań publicznych koniecznym w związku z nadchodzącymi zmianami demograficznymi.

W Europie, jak również w Polsce, od kilkunastu lat obserwowany jest proces zmiany struktury demograficznej. Cechą wyróżniającą ten proces jest rosnący udział osób starszych w populacji ogółem. W 2012 r. w Polsce odnotowano ujemny przyrost rzeczywisty ludności⁴, tempo ubytku ludności wyniosło 0,01%, co oznacza, że na każde

10 tys. mieszkańców Polski ubyla 1 osoba. W podziale na ekonomiczne grupy ludności (0–17, 18–59/64, 60+/65+) populacja w wieku przedprodukcyjnym stanowiła 18,3%, produkcyjnym – 63,9%, poprodukcyjnym – 17,8% [2, s.4–6]. Prognozy demograficzne wskazują na stały wzrost liczby ludności w grupie poprodukcyjnej – 65+. Co

⁴ Przyrost rzeczywisty ludności oznacza liczbę, o jaką zmienia się liczba ludności na danym terenie w określonej jednostce czasu (najczęściej roku). Przyrost rzeczywisty może być dodatni lub ujemny (wbrew nazwie), czyli liczba ludności może się powiększyć lub zmniejszyć. Na poziom przyrostu rzeczywistego mają wpływ: ruch naturalny ludności (urodzenia i zgony) oraz ruch wędrówkowy (napływ i odpływ ludności) danego obszaru. Natomiast przyrost rzeczywisty globalny kształtowany jest wyłącznie przez przyrost naturalny [12].

istotne wraz ze stale poprawiającymi się warunkami życia wydłuża się średnia długość życia Polaków [12]. Prognoza demograficzna Głównego Urzędu Statystycznego na lata 2012–2035 zakłada, że przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o 4,4 lat dla mężczyzn oraz o prawie 3 lata dla kobiet, czego skutkiem w perspektywie najbliższych dwudziestu kilku lat będzie postępujący proces starzenia się ludności [2].

Zmieniająca się struktura populacji Polski znajduje swoje odbicie również w zmianie strukturalnej osób w wieku poprodukcyjnym. Oznacza to wzrost liczby osób w przedziałach wieku 60/65–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90+. Do 2035 największą dynamikę wzrostu zaobserwować będzie można wśród osób będących w wieku 90+ (ok. 2,5-krotny wzrost), 85–89 (2-krotny wzrost). Liczba osób w wieku 75+ wyniesie ok. 4,5 mln w 2035 r. (w 2010 r. ta liczba wynosiła 2,4 mln) [2]. W raportach i opracowaniach dotyczących tego zagadnienia wskazuje się na liczne konsekwencje tego stanu, z punktu widzenia prowadzonej analizy istotną konsekwencją demograficznego starzenia się społeczeństwa jest zwiększający się niewykorzystany potencjał kapitału społecznego i ludzkiego tej grupy wiekowej oraz marginalizacja i wykluczenie ludzi starszych [7]. Przedstawione zjawiska o charakterze demograficznym, w tym zmiany struktury wieku populacji powodują, że Polska podobnie jak Europa stoi przed wyzwaniem w obszarze wykorzystania potencjału aktywności społecznej osób starszych.

W odpowiedzi na ten problem w ramach działań Komisji Europejskich powstało narzędzie do pomiaru aktywnego starzenia się *Indeks Aktywnego Starzenia się* (AAI). AAI jest narzędziem używanym do mierzenia niewykorzystanego potencjału osób starszych do aktywnego i zdrowego starzenia się w różnych krajach. Co oznacza pomiar niewykorzystanego potencjału? Otóż z jednej strony mierzy on poziom, do którego osoby starsze są w stanie samodzielnie żyć, uczestniczyć w pracy zarobkowej i działalności społecznej, z drugiej strony mierzy wykorzystanie przez społeczeństwa potencjału jakim dysponują osoby starsze.

Zanim omówione zostaną wskaźniki AAI, należy omówić główne założenia dotyczące aktywnego starzenia się. W przypadku aktywnego starzenia się bardzo wyraźnie dokonywane jest rozdzielenie pomiędzy „indywidualnym” a „społecznym” starzeniem się, jak również pomiędzy „demograficznym” i „społecznym” starzeniem. Aspekty demograficzne starzenia się to zmiany w wieku, średnia „wieku” itd. „Starzenie społeczne” odnosi się do udziału i/lub ograniczenia aktywności osób starszych w życiu społeczno-gospodarczym. Starzenie społeczne uwzględnia wiek, zmiany w stanie zdrowia, długości życia, zachorowalności, śmiertelności, zdolności poznawcze, lub brak takich zdolności. W efekcie wiek społeczny można określić jako etap w cyklu życia [1].

W literaturze przedmiotu okres starości bywa określany mianem okresu „strat”, gdyż to w tym okresie przechodzi się na emeryturę, często traci się prestiż zawodowy,

odchodzą bliskie osoby. Dla znakomitej większości osób starszych okres ten przynosi obniżenie statusu ekonomicznego, skutkującego ograniczeniami w życiu codziennym⁵. Dobrze ilustrują tę sytuację dane z „Diagnozy Społecznej 2013”, w której emeryci i renciści znajdują się w grupie trzech typów gospodarstw domowych dysponujących najmniejszym dochodem miesięcznym netto (dane w tabeli I).

Starość zmusza do zmiany stylu życia, niesie to za sobą nie tylko niekorzystną zmianę sytuacji finansowej, ale również ograniczenie kontaktów nie tylko ze znajomymi, ale również z rodziną, doprowadzając tym samym do izolacji osób starszych [30].

Tabela I. Dochody netto w lutym/marcu 2013 r. gospodarstw domowych według grupy społeczno-ekonomicznej i typu aktywności ekonomicznej.

Grupa społeczno-ekonomiczna i typ aktywności ekonomicznej	Dochody netto w zł na gospodarstwo domowe
Pracownicy	4118,85
Rolnicy	3404,03
Pracujący na własny rachunek	5059,95
Emeryci	2473,24
Renciści	1856,81
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	1313,30
Bez bezrobotnych	3496,13
Z bezrobotnymi	2750,58

Źródło: [9]

Aktywna polityka starzenia się, zakłada wykorzystanie potencjału tej grupy wiekowej, dzięki umożliwieniu tym osobom dalszego uczestnictwa w rynku pracy, jak również w innych niż rynkowe produktywnych działaniach społecznych, co w dalszej perspektywie czasowej przełoży się na zwiększenie niezależności i poprawę stanu zdrowia na tak długo jak to jest możliwe. Przykładem takich działań istotnych z punktu widzenia życia społecznego jest nieodpłatna nierynkowa działalność ludzi starszych jako wolontariuszy, opiekunów czy uczestników życia politycznego [Zob. Komisja Eu-

5 Z badań przeprowadzonych w ramach projektu „Polityka społeczna w regionie – badania, analizy i upowszechnianie” wynika, że ponad połowa osób starszych, biorących udział w badaniu, ze względu na brak pieniędzy musi zrezygnować z koniecznego zakupu (52%). Ludzie starsi mogą pozwolić sobie głównie na zabezpieczenie podstawowych potrzeb. Na tygodniowy rodzinny wypoczynek raz w roku stać jedynie 13% badanych, a np. na wymianę mebli 24%. [20, s. 24].

ropejska 2002; Walker 2010]. Szczególnego znaczenia nabiera udział osób starszych w świadczeniu nieodpłatnych usług opiekuńczych dla swoich rodziców lub małżonków i ich dzieci i wnuków⁶.

Bardzo ważnym zagadnieniem związanym z aktywnym starzeniem się jest zapewnienie osobom starszym niezależnego i autonomicznego środowiska życia, elementy te podobnie jak poprawa stanu zdrowia są również ważne dla aktywnego starzenia się. W przypadku poprawy stanu zdrowia i samodzielności życiowej, chodzi o zwiększenie udziału osób starszych w szkoleniach, zajęciach rehabilitacyjnych czy warsztatach podnoszących umiejętności korzystania z nowych technologii [1]. To właśnie wzmocnienie zdolności kompensacji i optymalizacji w codziennych czynnościach pozwoli osobom starszym wzmocnić swoją pozycję w środowisku.

Przyjmuje się, że dobre starzenie się wymaga takich działań i stanowi integralną część aktywnego starzenia się.

W ramach działań Komisji Europejskiej [*Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion*], realizowanego wspólnie z *Population Unit of the United Nations Economic Commission for Europe* oraz zespołu badawczego z *European Centre for Social Welfare Policy and Research in Vienna*, przygotowano syntetyczny wskaźnik, który służyć ma uchwyceniu w postaci danych empirycznych idei aktywnego starzenia się [19]. Narzędzie AAI – Index Aktywnego Starzenia się ma być narzędziem wykorzystywanym do pomiaru niewykorzystanego potencjału osób starszych, jak również do oceny realizacji idei aktywnego i zdrowego starzenia się w poszczególnych krajach.

AAI zawiera syntetyczne wskaźniki obliczone dla osób w wieku 65+ i grup wcześniejszych np. 55+. Indeks zbudowany jest w sumie z 22 poszczególnych wskaźników, które są zgrupowane w czterech różnych dziedzinach:

- ♦ Zatrudnienie;
- ♦ Aktywność społeczna;
- ♦ Niezależne, zdrowe i bezpieczne mieszkanie;
- ♦ Zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału starzejącego się społeczeństwa [19].

6 P. Szukalski wskazuje na konieczność redefinicji pełnionych przez seniorów ról, a właściwie na ich „odświeżenie” [27, s.8].

Tabela II. Wskaźniki Indeksu Aktywnego Starzenia się.

AAI – Indeks Aktywnego Starzenia się			
Zatrudnienie	Aktywność społeczna	Niezależność	Zdolność do aktywnego starzenia się
Wskaźnik zatrudnienia 55–59 lat	Wolontariat	Aktywność fizyczna	Średnie dalsze oczekiwane życie w wieku 55 lat
Wskaźnik zatrudnienia 60–64 lat	Opieka nad wnukami	Dostęp do opieki medycznej	Dalsze oczekiwane życie w zdrowiu
Wskaźnik zatrudnienia 65–69	Opieka nad innymi osobami	Samodzielne mieszkanie	Zdrowie psychiczne
Wskaźnik zatrudnienia 70–74	Zaangażowanie polityczne	Poziom mediany dochodów	Korzystanie z Internetu
		Brak zagrożenia ubóstwem, brak deprywacji materialnej	Więzi społeczne
		Bezpieczeństwo i kształcenie przez całe życie	Poziom wykształcenia osób w wiek 55–74 lata

Źródło: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home> (maj 2014)

W rankingu przeprowadzonym przy użyciu Active Ageing Index (AAI) dla Krajów Unii Europejskiej Polska zajmuje **27** – ostatnie miejsce. W ramach czterech obszarów, wskazanych jako zasadnicze dla pomiaru aktywnego starzenia się Polska zajęła odpowiednio miejsce **24** w obszarze zatrudnienia, **27** w obszarze partycypacji społecznej, miejsce **21** w obszarze samodzielnej egzystencji oraz miejsce **22** w obszarze możliwości aktywnego starzenia się [2]. Pełen ranking prezentuje tabela poniżej.

Nawet jeśli przyjąć słuszne założenie, że aby móc wiarygodnie porównywać między sobą poszczególne kraje, należy uwzględnić różnice wynikające z odmiennej kultury i historii, to ostatnie miejsce w tego typu rankingu powinno budzić niepokój i skłaniać do podjęcia bardziej zintensyfikowanych działań zmierzających do poprawy obecnego stanu. Można przypuszczać, że w przypadku krajów europejskich, kontrasty te wynikają przede wszystkim z różnic w rozwoju społeczno-gospodarczym, a dopiero w drugiej kolejności z różnic kulturowych i wynikających z nich postaw wobec starości.

Tabela III: Ranking krajów UE.

OVERALL		Employment		Social participation		Independent living		Capacity for active ageing	
1	Sweden	1	Sweden	1	Ireland	1	Denmark	1	Sweden
2	Denmark	2	Cyprus	2	Italy	2	Sweden	2	Denmark
3	Ireland	3	UK	3	Luxembourg	3	Netherlands	3	Netherlands
4	UK	4	Portugal	4	Sweden	4	Finland	4	Luxembourg
5	Netherlands	5	Estonia	5	France	5	Germany	5	UK
6	Finland	6	Denmark	6	Netherlands	6	UK	6	Ireland
7	Cyprus	7	Finland	7	Finland	7	Ireland	7	Finland
8	Luxemburg	8	Netherlands	8	Austria	8	Luxembourg	8	Belgium
9	Germany	9	Romania	9	Belgium	9	France	9	France
10	Austria	10	Germany	10	Denmark	10	Slovenia	10	Austria
11	Czech Rep	11	Ireland	11	UK	11	Czech Rep	11	Germany
12	France	12	Latvia	12	Czech Rep	12	Belgium	12	Spain
13	Portugal	13	Lithuania	13	Cyprus	13	Austria	13	Malta
14	Belgium	14	Czech Rep	14	Spain	14	Hungary	14	Czech Rep
15	Italy	15	Austria	15	Malta	15	Lithuania	15	Italy
16	Estonia	16	Bulgaria	16	Slovenia	16	Romania	16	Bulgaria
17	Spain	17	Greece	17	Hungary	17	Malta	17	Cyprus
18	Lithuania	18	Spain	18	Lithuania	18	Estonia	18	Portugal
19	Malta	19	Slovenia	19	Germany	19	Italy	19	Slovenia
20	Romania	20	Luxembourg	20	Portugal	20	Cyprus	20	Lithuania
21	Slovenia	21	France	21	Greece	21	Poland	21	Estonia
22	Latvia	22	Italy	22	Latvia	22	Spain	22	Poland
23	Bulgaria	23	Slovakia	23	Slovakia	23	Slovakia	23	Greece
24	Greece	24	Poland	24	Estonia	24	Portugal	24	Slovakia
25	Hungary	25	Belgium	25	Romania	25	Greece	25	Hungary
26	Slovakia	26	Malta	26	Bulgaria	26	Bulgaria	26	Latvia
27	Poland	27	Hungary	27	Poland	27	Latvia	27	Romania

Źródło [1]

PODSUMOWANIE

Starość, będąc procesem dynamicznym, dotyka osób w różnym stopniu, zależnie od etapu który akurat przeżywa konkretna osoba. To od subiektywnych i obiektywnych czynników zależy postrzeganie jakości życia osób starszych. Można przypuszczać, że postawa wobec starości przyjęta przez konkretne osoby z jednej strony będzie uzależniona od subiektywnego poczucia zadowolenia, stanu emocjonalnego, z drugiej zaś od obiektywnych wskaźników takich jak na przykład wiek biologiczny, prawny czy społeczny. Chcąc zrozumieć proces starzenia się i wyzwani na jakie napotyka osoba

starsza, należy uwzględnić oba wymiary tego zjawiska, szczególnie jeśli przyjmie się przedstawione powyżej założenia koncepcji aktywnego starzenia się.

BIBLIOGRAFIA

- [1] AAI Indeks Aktywnego Starzenia się, <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>(maj 2014).
- [2] ASOS, Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020, Uchwała nr 237, z dnia 24 grudnia 2013.
- [3] Beck U., Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2002.
- [4] Bandura A.: Teoria społecznego uczenia się. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 85–93.
- [5] Bień B., Kwestionariusz EASY-Care: Założenia i metodologia badań, *Gerontologia Polska* nr 7(2) 1999. s. 37–41
- [6] Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, Vesalius, Kraków 2001, tłumaczył A. Kozierkiewicz.
- [7] Błędowski P., Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035 w: P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (PolSenior)*, Termedia, Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012 r.
- [8] Czapiński J., Panek T., *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego, 2009.
- [9] Czapiński J., Panek T., *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego, 2013.
- [10] Gałuszka M., *Jakość życia seniora. Przegląd wybranych koncepcji i metod badania*, [w]: J. T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostki i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 111–118.
- [11] GUS, Statystyka Międzynarodowa, <http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/porownania-miedzynarodowe>, dostęp 02.05.2014.
- [12] GUS Raport „Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku”, 29 stycznia 2013.
- [13] Iskra, J. Wolitywna orientacja na stan i działanie a typy charakteru. w: Z. Uchnast (red.), *Charakter: Jakość osobowego działania w podejściu teoretycznym i empirycznym*. Towarzystwo Naukowe KUL Lublin 2013, s. 116–131.
- [14] Jachimowicz V., Kostka T., Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej, „*Gerontologia Polska*”, 2009, T. 17, nr 1, s.23–31.
- [15] Kubica P., Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych, Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej”, 2010. <http://www.eapn.org.pl/expert/files/Ub%C3%B3stwo%20i%20wykluczenie%20os%C3%B3b%20starszych.pdf>(dostęp, 14.11.2013).
- [16] Kubica, P. Olcoń- Kubicka, M. Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku, *Studia Humanistyczne*, t. 8, 2010, s. 131-138.
- [17] Łój G., Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku, *Gerontologia Polska*, 2007, tom 15, nr 4, s.153- 157.
- [18] Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., Wymiary jakości życia w podeszłym wieku, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90 (4), s. 465-469.
- [19] Perek-Białas J., E. Mysińska, Indeks aktywnego starzenia się w ujęciu regionalnym, Ekspertyza dla Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2013.
- [20] Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Obserwatorium Integracji Społecznej, Sytuacja

- osób starszych zamieszkałych w województwie Lubelskim, Lublin 2010.
- [21] Rosset E., *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa 1967.
- [22] Rysz- Kowalczyk B., *Leksykon Polityki Społecznej*, IPS UW, Warszawa 2002.
- [23] Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji, Kraków, 2005.
- [2] Szatura- Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa, 2000.
- [2] Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa, 2006.
- [2] Szukalski P., *Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności*, *Polityka Społeczna* 2006, nr 9, s. 6-10.
- [2] Szukalski P., *Plany zawodowe i przewidywania odnośnie do wieku przechodzenia na emeryturę*, [w] : P. Szukalski (red.) *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 2009, s. 176–206.
- [2] Szukalski P. *Co łączy pokolenia? Wiąż międzypokoleniowa z perspektywy polityki społecznej*, *Polityka społeczna* 2010, nr 10, s.7–12.
- [2] Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*, *Sztuka Leczenia*, 1996 nr 2, s. 33–40.
- [2] Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T., *Starość jako wyzwanie*, *Gerontologia Polska*, 2008, T.16, Nr 3, s. 131–136.

SUBSTANCJE ANTYKARCYNOGENNE I ANTYOKSYDANTY
WYSTĘPUJĄCE NATURALNIE W PRODUKTACH SPOŻYWCZYCH
— PROFILAKTYKA ANTYNOWOTWOROWA

EWELINA DZIADUCH, ALEKSANDRA MICHALCZYK, AGNIESZKA BUDNY,
MARTA DZIADUCH, NATALIA ŚCIRKA

Opiekun naukowy: dr n. med. Andrzej Prystupa
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych SPSK nr 1 w Lublinie

STRESZCZENIE

W artykule przedstawione zostały właściwości związków naturalnie występujących w produktach spożywczych o udowodnionym działaniu antyoksydacyjnym oraz potencjalnym zastosowaniu antykarcynogennym. Wyniki badań wykazują, że nawet 50% nowotworów można byłoby zapobiec, stosując odpowiednią dietę i eliminując niewłaściwe nawyki żywieniowe. Aktualnie kładzie się coraz większy nacisk na edukację żywieniową społeczeństwa, co jest uzasadnione w obliczu faktu, iż nowotwory stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów w Polsce, zaraz po chorobach układu krążenia, a także zapadalność na tę chorobę podwoiła się w ciągu ostatnich 30 lat i dalej rośnie. Zawarte w pożywieniu przeciwutleniacze i związki fitochemiczne nie tylko warunkują sprawne działanie układu odpornościowego człowieka, ale także chronią zdrowe komórki przed działaniem wolnych rodników.

WPROWADZENIE

Organizm dysponuje dwoma systemami samoobrony: układem odpornościowym, przeciwdziałającym inwazjom chorobotwórczych drobnoustrojów oraz systemem przeciwutleniającym, który zapobiega uszkodzeniom tkanek, wynikającym z oksydacji. Udowodnione jest, iż zachwianie równowagi w obydwu systemach jest bezpośrednią

przyczyną inicjacji nowotworowej. Dzieje się to w momencie, gdy mutacja komórkowa nie zostaje skorygowana i następuje nadmierny, niekontrolowany rozrost nieprawidłowych komórek. Obecnie uważa się dietę za jedną z bardzo istotnych broni w walce z nowotworem. Badania wykazują, że nawet 50% nowotworów można by było zapobiec, stosując odpowiednią dietę i eliminując niewłaściwe nawyki. Dlatego też kładzie się nacisk na edukację żywieniową społeczeństwa, co jest uzasadnione w obliczu faktu, iż nowotwory stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów w Polsce, zaraz po chorobach układu krążenia, a także zapadalność na tę chorobę podwoiła się w ciągu ostatnich 30 lat i dalej rośnie. Układ odpornościowy człowieka, aby funkcjonował prawidłowo, wymaga odpowiedniego odżywienia. Z kolei zawarte w pożywieniu przeciwutleniacze i związki fitochemiczne nie tylko warunkują sprawne działanie układu odpornościowego ale także chronią zdrowe komórki przed wolnymi rodnikami. Związki te są o tyle niebezpieczne jako, że w wyniku reakcji DNA z wolnymi rodnikami tlenowymi, dochodzi do modyfikacji zasad azotowych, których akumulacja sprzyja zmianom mutacyjnym, a to nowotworom [3]. Poza tym wolne rodniki atakują składniki budowy membran komórkowych, prowadzą do naruszenia budowy i czynności komórek, co jest jedną z głównych przyczyn śmierci komórek i starzenia się naszego organizmu. Powstawanie wolnych rodników jest stymulowane przez promieniowanie słoneczne UV, oddziaływania chemiczne, zanieczyszczenia atmosferyczne, alkohol, papierosy, wiek (z czasem mechanizmy obronne słabną), uszkodzenia związane ze stanami zapalnymi. Dlatego też walka z wolnymi rodnikami wydaje się być równoważna walce z nowotworem [29].

Przeprowadzone badania na tkankach nowotworowych płuc, mózgu, żołądka, wątroby, okrężnicy, jajników i piersi wskazują na obecność w nich podwyższonego poziomu zmodyfikowanych zasad azotowych w porównaniu z tkankami zdrowymi tych narządów. W organizmie istnieją skuteczne systemy ochrony przed działaniem wolnych rodników. Głównie są to enzymy przeciwutleniające i układy nieenzymatyczne: kompleksy jonów metali (miedzi, żelaza i manganu) i antyoksydanty [21].

FITOSTEROLE

Fitosterole to związki wytwarzane przez rośliny, budową przypominające cholesterol. Stanowią one składnik strukturalny błon komórkowych i cytoplazmatycznych roślin. Największe ich ilości występują w olejach roślinnych oraz niektórych nasionach, m.in. w oliwie z oliwek, nasionach słonecznika, orzechach włoskich i laskowych, sezamie. W królestwie roślin istnieje więcej niż 200 różnych fitosteroli, z czego większa ich część znajduje się w jadalnych produktach spożywczych. Podob-

na budowa fitosteroli i cholesterolu nadaje tym pierwszym ważną rolę w zrównoważonej, zdrowej diecie. Ta analogia w budowie powoduje, że w jelitach, gdzie następuje wchłanianie cholesterolu, sterole roślinne łączą się z receptorami komórek jelitowych i blokują tym samym wchłanianie cholesterolu [5]. Niewchłonięty cholesterol zostaje wydalony z ustroju, a jego stężenie we krwi spada. Fitosterole działają w przewodzie pokarmowym, jak również zmniejszają produkcję cholesterolu w samej wątrobie. Spożywanie odpowiedniej dawki fitosteroli dziennie przyczynia się w znaczący sposób do obniżenia złej frakcji cholesterolu LDL w organizmie człowieka. W ten sposób można przyczynić się do walki z chorobą cywilizacyjną, jaką jest zespół metaboliczny. Średnia spożycia w większości krajów europejskich wynosi poniżej 200–300 mg. Aby zwalczanie dyslipidemii było skuteczne, udowodniona w badaniach naukowych optymalna dawka dzienna powinna wynosić 2–2,5g. Dawka większa niż 3g nie znalazła odzwierciedlenia w lepszych wynikach pomiaru cholesterolu we krwi pacjentów [17]. Zalecane jest spożywanie fitosteroli w trakcie posiłków, co związane jest z ich lepszą wchłanialnością, a tym samym większą skutecznością. Codzienne spożywanie fitosteroli zapobiega rozwojowi zmian miażdżycowych w naczyniach krwionośnych. Największą część w codziennej diecie powinien zajmować β -sitosterol, a następnie kampesterol oraz stigmasterol. Wielu autorów donosi o zmniejszeniu stężenia cholesterolu frakcji LDL i cholesterolu całkowitego w osoczu krwi o ok. 9–13% [17]. Właściwości anty-dyslipidemiczne steroli roślinnych są dobrze znane, jednak badania nad ich potencjalną rolę w ograniczaniu ryzyka raka pozostają w dalszym ciągu w rozwoju. Modulujące działanie fitosteroli na stężenie cholesterolu w osoczu w krwi może pokrywać się z ich przeciwnowotworowymi właściwościami. Wiadomo, że występowanie raka uwarunkowane jest wieloma czynnikami, ale dieta stanowi tu jedną z głównych krytycznych przyczyn. Obniżenie frakcji LDL o każde 10mg/dL koreluje bowiem z obniżeniem ryzyka wystąpienia raka nawet o 15%. Istnieją przekonujące dowody sugerujące potencjalną rolę steroli roślinnych w ograniczaniu ryzyka występowania raka piersi. Rak sutka jest najpowszechniejszym stanem złośliwym u kobiet, stąd silna potrzeba znajdowania skutecznych terapii pomocniczych. Inne badania sugerują wpływ chroniący przed nowotworami prostaty, płuc i jelita grubego [5]. Sterole roślinne zapobiegają utlenianiu lipoprotein, obniżają produkcję cytokin w przebiegu procesów zapalnych oraz poprawiają działanie układu odpornościowego. Ponad to hamują produkcję wolnych rodników, których nadmiar przyspiesza starzenie się organizmu oraz jest przyczyną wielu chorób.

IZOFLAWONOIDY

Izoflawonoidy pod względem farmakologicznym zaliczane są do fitoestrogenów. Stanowią jedną z najczęściej badanych grup związków naturalnych. Izoflawony roślin motylkowych wykazują wielokierunkowe działanie przeciwutleniające, przeciwzapalne, antymutagenne, przeciwnowotworowe, inaktywują niektóre związki karcynogenne [16]. Występują one w roślinach takich jak soja, soczewica, groch, fasola, lucerna, bób, kozieradka oraz lukrecja. Świeże kiełki soi, mleko sojowe, serek tofu czy też makaron sojowy zawierają najwięcej tych substancji natomiast najmniej jest ich w sosie sojowym. W dziennej diecie wystarczy garstka kiełków soi. Stwierdzono, że izoflawony w dawkach terapeutycznych wynoszących od 113 do 207 mg/dobę obniżają o 25% poziom krążącego w osoczu 17β -estradiolu i o 45% stężenie progesteronu. Dodatkowo związki te hamują aktywność enzymów takich jak: dehydrogenazy, aromatazy, 17β -hydroksysteroidowej, 5 α -reduktazy. Izoflawony działają także antyproliferacyjnie poprzez blokowanie cyklu komórkowego w fazie G2-M [9]. Wieloletnie badania wykazały, że dieta sojowa u kobiet przed osiągnięciem dojrzałości płciowej pomaga w zapobieganiu powstawania nowotworów sutka. Genisteina zawarta w soi jest silnym antyoksydantem i hamuje rozwój komórek nowotworowych poprzez hamowanie angiogenezy niezbędnej do rozwoju nowych naczyń krwionośnych nowotworu. Ponadto blokuje enzym kinazę białkową tyrozyny odpowiadający za pobudzenie wzrostu komórek nowotworowych [11].

ZWIĄZKI INDOŁOWE

Przykładem tych związków jest indolo-3-karbinol występujący w brukselce czy w brokułach. Indol-3-karbinol zapobiega powstawaniu groźnych metabolitów w procesie przekształcania żeńskich hormonów płciowych – estrogenów. Blokuje on powstanie 16-C-hydroksyestronu, który ściśle wiąże się z estrogenozależnymi receptorami i wywołuje niezależne proliferatywne procesy w układzie rozrodczym, pokarmowym, tarczycy. Wykazuje on duży potencjał chemoprewencyjny poprzez stymulację detoksykacji substancji kancerogennych, indukcję apoptotycznej śmierci komórki, hamowanie procesów zapalnych, ograniczanie namnażania komórek nowotworowych, wpływ na cykl komórkowy, wspomaganie naprawy DNA. Indukuje zarówno enzymy I, jak i II fazy detoksykacji. Enzymy I fazy biorą udział w aktywacji kancerogenu, a enzymy II fazy w ich neutralizacji [29]. Z punktu widzenia chemoprewencji raka sutka niezwykle istotna wydaje się antyestrogenowa aktywność indolo-3-karbinolu.

POLIFENOLE

Polifenole stanowią największą grupę fitozwiązków. Dzielimy je na związki fenolowe (kwas fenolowy, flawonoidy), terpenoidy (np. saponiny, monoterpeny), związki azotowe (np. glukozynolany). Polifenole zapobiegają powstawaniu wolnych rodników które inicjują proces karcynogenezy, poprzez hamowanie enzymów je generujących (li-pooksygenazy i cyklooksygenazy), a także wiążą się z jonami metali. Hamują też powstawanie wywoływanych przez nie uszkodzeń DNA. Ponadto mają działanie przeciwzapalne, jako inhibitory syntezy prostaglandyn [9]. Działają również przeciwwirusowo, przeciwhistaminowo, zmniejszając reakcje alergiczne oraz chronią układ krążenia [16]. Źródłem polifenoli są produkty roślinne, a najwięcej znajduje się w skórkach owoców, aroniach, jagodach, winogronach, kapuście, czosnku, zbożach, orzechach, roślinach strączkowych. Spośród napoi wysoką zawartość mają zielona herbata, czerwone wino, kawa, kakao.

Ostatnie badania wykazały, że polifenole hamują absorpcję żelaza z przewodu pokarmowego, zwiększając ryzyko anemii, dlatego też osoby zwłaszcza ze zwiększonym zapotrzebowaniem na żelazo (kobiety ciężarne, dzieci) powinny zachować ostrożność.

FLAWONOLE

Flawonole to grupa związków organicznych stanowiących podgrupę flawonoidów. Możemy je znaleźć w warzywach i owocach. Szczególnie bogate w nie są truskawki, szpinak, kalafior, brokuły, ale też jarmuż, cebula i miód. Flawonole mają dobre właściwości przeciwutleniające i przeciwzapalne. Szczególnie interesujące są ich właściwości antyrakowe. To właśnie dieta roślinna bogata w flawonole zmniejsza ryzyko raka, w szczególności nowotworów pochodzenia nabłonkowego jamy ustnej, okrężnicy, odbytnicy, płuc i piersi. Badania *in vivo* z wykorzystaniem modeli zwierzęcych sugerują, że flawonole nie tylko chronią przed rozpoczęciem procesu nowotworowego, ale również hamują jego postęp [16]. Wykazano, że kampferol redukuje wytwarzanie czynnika pobudzającego wzrost naczyń VEGF (ang. *vascular endothelial growth factor*), który szczególnie aktywny jest przy wzroście raka jajnika. Rola flawonoli w hamowaniu angiogenezy jest o tyle ważna, że doprowadzają do niedostatecznego przenikania składników odżywczych i tlenu do szybko rosnących komórek nowotworowych i tym samym przyczyniając się do śmierci tych komórek [16].

Rak piersi jest najczęstszą przyczyną zgonów wśród kobiet w Europie i Ameryce Północnej. Ponad 2,5 mln pacjentek żyje obecnie w Stanach Zjednoczonych, i oczekuje

się, że liczba ta wzrosła do 3,4 mln w 2015 r. Ryzyko wystąpienia tego rodzaju raka spada o 12% przy zastosowaniu diety bogatej w flawonole. Te wyniki zaobserwowano jednak głównie u kobiet po menopauzie. Tak istotna różnica w wynikach może wynikać z faktu, że menopauza sama w sobie stanowi większe ryzyko nowotworu piersi, stąd ochronny wpływ flawonoli zauważono w tej grupie kobiet. Inne ciekawe badania mówią, że rak związany z paleniem tytoniu, głównie rak płuc, jest odwrotnie skorelowany z dietą bogatą w flawonole, tzn. wskazują na ochronny wpływ tych związków organicznych u palaczy.

GLUKOZYNOŁANY

Glukozynolany, inaczej tioglikozydy, to składniki nasion rodziny krzyżowych, złożonych z reszty cukrowej (glukonu) i łańcucha bocznego. Glukozynolany możemy znaleźć głównie w kapuście, brokułach i brukselce. Ich najbardziej znanymi przedstawicielami są sinigryna, glukobrassycyna, glukoiberyna oraz glukorafanina. Dane epidemiologiczne wykazują odwrotną korelację między spożyciem warzyw kapuścianych i ryzykiem wielu nowotworów, np. płuca, piersi, żołądka, trzustki, prostaty, pęcherza, tarczycy, okrężnicy i rak skóry [12]. Ta zależność antyrakowa jest wyraźniej zaznaczona przy spożyciu tej konkretnej rodziny roślin, niż w zwykłej diecie bogatej w warzywa i owoce, której to zwyczajowo przypisuje się właściwości ochronne przed nowotworami.

Glukozynolany ulegają rozkładowi pod wpływem enzymu obecnego w samych warzywach, a uwalnianego podczas uszkodzenia ich struktur – mirozynazy. Mirozynaza, inaczej tioglikozydoglukohydrolaza, uwalnia się w wyniku mechanicznego uszkodzenia struktur roślin na skutek rozdrabniania, gotowania, jak również żucia w jamie ustnej. Hydroliza tych związków organicznych może przebiegać także w jelitach pod wpływem tioglikozydazy bakteryjnej. W wyniku tego rozkładu powstaje liczna grupa produktów, m.in. tiocyjaniany, związki indolowe, nityle, tiooksazolidyny oraz izotiocyjaniany.

Na całkowitą zawartość i formę występowania glukozynolanów ma istotny wpływ środowisko, m.in. lokalizacja, warunki glebowe i czas zbiorów. Co ważne, ilość glukozynolanów zmienia się z powodu warunków przetwarzania i gotowania domowego [24]. Zawartość tych substancji jest największa w surowych warzywach i zmniejsza się w procesach przetwarzania termicznego. Natomiast zawartość samych tiocyjanianów w kapuście kiszzonej jest większa niż w kapuście surowej [12].

Mechanizmy działania antyrakowego tioglikozydów to prawdopodobnie: hamowanie przekształcania prokancerogenów w kancerogeny, obniżanie ilości substancji rakotwórczych w organizmie, blokowanie czynników uszkadzających DNA czy indukcja

enzymów detoksykujących. Substancje te zmniejszają również proliferację komórek rakowych i regulują wiele białek zaangażowanych w regulację apoptozy, tj. kaspazy, białka p53, białka Bcl-2 [24].

Nie wolno zapominać o właściwościach przeciwzapalnych, antygrzybiczych i antybakteryjnych – opisano hamujący wpływ tioglikozydów na *Helicobacter pylori*, znany czynnik zapalny żołądka, a długotrwałe zapalenie może prowadzić do kancerogenezy [13]. Badania wykazują zmniejszone ryzyko powstawania nowotworów układu pokarmowo-wydalniczego (raka okrężnicy, żołądka i odbytu) u osób spożywających na co dzień warzywa kapustne. Maleje również dwukrotnie częstotliwość występowania raka pęcherza. Co więcej, ujawniły one wpływ na estrogeny i ich metabolizm, co prowadzi do zmniejszenia częstości występowania nowotworów zależnych od tych hormonów. U kobiet spożywających codziennie warzywa krzyżowe ryzyko wystąpienia raka piersi maleje o 40–50%.

Nie tylko ze względów antynowotworowych rośliny kapustne powinny często gościć na naszych stołach, gdyż stanowią również bogate źródło składników mineralnych i witamin, zwłaszcza witaminy C, PP, wapnia, magnezu, potasu, żelaza, kwasu foliowego czy karotenu.

ZWIĄZKI LIPIDOWE

Związki lipidowe są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Stanowią materiał zapasowy, materiał energetyczny i składnik budulcowy organizmu ludzkiego. Biorą udział w syntezie biologicznie aktywnych substancji. Jako tłuszcz podskórny chronią organizm przed utratą ciepła, a jako tłuszcz okołonarządowy stabilizują położenie nerek i innych narządów wewnątrz ciała. Są też źródłem witamin lipofilowych i dodatkowo ułatwiają ich przyswajanie z innych produktów.

Wyróżniamy kwasy tłuszczowe nasycone (SFA), jednonienasycone (MUFA), wielonienasycone (PUFA). Ilość i rodzaj spożywanych tłuszczów w diecie oraz ich niewłaściwe proporcje mogą powodować zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi, jak: otyłość, choroby układu krążenia, niektóre nowotwory, a także osłabienie układu odpornościowego. Istotną rolę odgrywa przede wszystkim właściwa proporcja kwasów nasyconych do jedno- i wielonienasyconych. Tłuszcz może stymulować rozwój nowotworu na kilka sposobów. Jest on swego rodzaju paliwem dla rosnącego guza. Bez dostaw tłuszczu komórki zdolne do przekształceń nowotworowych pozostają niejako uśpione. Tłuszcz powoduje zwiększenie ilości kwasów żółciowych w jelicie grubym, co również może wpływać na powstanie nietypowych przemian komórkowych. Ponadto spożywanie zbyt dużych ilości tłuszczu, zarówno zwierzęcego, jak i roślinnego (typu omega 6) może

tłumić układ odpornościowy. Tłuszcz zwierzęcy powoduje we krwi wzrost poziomu estradiolu, hormonu mającego wpływ na wystąpienie raka sutka. Tłuszcz nasila nawroty i wzrost guzów estrogenozależnych. Wykazano, iż kwasy omega-6 nasilają, zaś kwasy n-3 hamują powstawanie przerzutów. Zmniejszenie liczby przerzutów po wpływie DHA tłumaczy się zmniejszeniem adhezji komórek nowotworowych do komórek śródbłonna. Pod wpływem kwasów n-3 zmniejszał się poziom kwasu arachidonowego i poziom metaloproteaz, co może także tłumaczyć zmniejszenie liczby przerzutów, bowiem komórki nowotworowe muszą posiadać enzymy degradujące zewnątrzkomórkową macierz, by mogło dochodzić do rozsiewania i przerzutów. Badania wykazują, iż kwasy z rodziny omega-3 zapobiegają nowotworom, jak rak piersi, okrężnicy i być może prostaty. Mechanizm tego działania wiąże się z najprawdopodobniej z zahamowaniem syntezy eikozanoidów powstających z kwasów omega-6. W rezultacie dochodzi do zmniejszenia karcinogenezy, hamowania wzrostu komórek nowotworowych i ich późniejszej apoptozy. Hamowanie karcinogenezy zachodzi poprzez redukcję powstawania PGE₂, TNF i interleukiny 1 oraz hamowanie ekspresji onkogenów. Kwasy omega-3 najprawdopodobniej nie zmniejszają ryzyka zachorowania na nowotwory górnych dróg oddechowych, płuc, pęcherza moczowego, piersi, jajnika, żołądka, trzustki, jelita grubego, skóry oraz chłoniakom. W przypadku raka prostaty przeciwnowotworowa aktywność kwasów omega-3 zależy od współczynnika kwasów omega-6 do omega-3 w diecie. Przypuszcza się, że niski współczynnik może opóźnić progresję nowotworu prostaty. Różnice działania pomiędzy kwasami tłuszczowymi omega-6 i omega-3 tłumaczy się głównie wpływem tych kwasów na powstawanie prostanoidów, które omega-3 hamuje, a omega-6 pobudza. Prostanoidy są metabolitami kwasu arachidonowego, który powstaje z kwasu linolowego. W wielu nowotworach stwierdza się zwiększony ich poziom. W procesie nowotworowym znaczenie mają metabolity kwasu arachidonowego, powstające zarówno drogą cyklooksygenazy COX, jak i drogą lipoksygenazy LOX. Wykazano, że metabolit LA, powstający drogą lipoksygenazy kwas 12 HETE (kwas 12-hydroksyeikozatetraenowy) zwiększa inwazyjność komórek nowotworowych, co związane jest z indukcją kolagenazy typu IV. Kwasy DHA i EPA redukowały poziom kwasu 12 HETE w tkance guza i zmniejszały inwazyjność komórek nowotworowych. Cytotoksyczne działanie kwasów grupy omega 3 na komórki nowotworowe wynika z powstawania pod ich wpływem produktów utleniania lipidów, które uszkadzają DNA w komórkach.

U pacjenta z nowotworem wskazane jest ograniczanie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych, cholesterolu i izomerów trans na rzecz zwiększenia spożycia jednonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz NNKT. Ogólna ilość tłuszczu w diecie nie powinna przekraczać 25% a przy nowotworach związanych z gospodarką hormonalną < 20%. Należy zwiększyć podaż kwasów tłuszczowych jednonienasyconych.

SEZAMINA

Sezam indyjski jest jedną z najstarszych roślin uprawianych przez człowieka. Jest rośliną oleistą, którego nasiona dostarczają wartościowych kwasów tłuszczowych (linolowego, linolenowego, oleinowego, palmitynowego i stearynowego), lignanów (episezamina, sezamina, sezaminol, sezamol) i innych. Ostatnio dowiedziono wielu biologicznych funkcji nasion sezamu, takich jak hamowanie procesów zapalnych i karcynogenezy. Według eksperymentalnych badań, sezamol hamuje spontaniczny rozwój preneoplastycznych ognisk w wątrobie u szczurów. Sezamina obniżała częstość występowania chemicznie indukowanych raków gruczołu sutkowego, zwłaszcza w skojarzeniu z gamma-tokotrienolem, a także wykazywała aktywność przeciwnowotworową na komórkach białaczki, szpiczaka mnogiego, raka prostaty, trzustki i płuc [31]. Ponadto wydaje się, że olej sezamowy hamuje wzrost komórek raka okrężnicy *in vitro*. Te efekty są częściowo związane ze wychwytem wolnych rodników, hamowaniem peroksydacji lipidów oraz aktywnością antymutagenną. Jednakże pożądane funkcje biologiczne nie zostały jak dotąd w pełni wyjaśnione. Wiadomo jednak, że nadmierne tworzenie prostaglandyn pod wpływem cyklooksygenazy COX-2 jest czynnikiem sprzyjającym karcynogenezie, zwłaszcza w kierunku raka jelita grubego. Badania wykazały, że zahamowanie ekspresji genu COX-2 wywołuje znaczący spadek liczby i rozmiarów polipów u myszy. Sezamol natomiast tłumi aktywność transkrypcyjną genu COX-2 w niektórych komórkach- dlatego substancja ta może być przydatnym środkiem w chemoprewencji raka jelita grubego. Ale to nie koniec dobroczynnych właściwości sezamu. Uważa się, że sezamina pozytywnie działa na tempo utraty tkanki tłuszczowej, brakuje jednak jednoznacznych dowodów potwierdzających taką zależność. Sezamina pod wpływem bakterii jelitowych może ulegać przekształceniu do eneterolaktonu, któremu również przypisuje się właściwości przeciwnowotworowe a także delikatnie estrogenne. Oprócz naturalnego źródła, sezaminę możemy znaleźć również w suplementach diety przyspieszających odchudzanie.

ŻYWNÓŚĆ FUNKCJONALNA – OLEJEK ARGANOWY

Za żywność funkcjonalną uznaje się takie produkty, które poza wartościami odżywczymi mają także korzystny wpływ na zdrowie, zapobiegają niektórym chorobom lub wspomagają leczenie, a ich działanie prozdrowotne jest naukowo potwierdzone. Nie mogą to być żadne suplementy diety, tabletki czy inne środki farmaceutyczne. Pokarm funkcjonalny może być elementem codziennej diety i musi mieć naturalne

pochozenie. Obecnie te kryteria spełniają produkty wzbogacone w nienasycone kwasy tłuszczowe, stanole, błonnik, witaminy i składniki mineralne, probiotyki i prebiotyki, a także produkty z obniżoną ilością cholesterolu, sodu i kalorii [20]. Rynek żywności funkcjonalnej pochodzi z Japonii, gdzie obecnie produkowana jest na skalę przemysłową. Przez japońskie Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej została zdefiniowana jako „żywność o Określonym Zdrowotnym Zastosowaniu” (FOSHU – *Foods for Specified Health Use*). W ciągu ostatnich dwudziestu lat pojęcie to rozpowszechniło się w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych i ciągle nabiera na znaczeniu [27]. Według szacunkowych danych, światowy rynek wynosi 73 miliardy € (w 2000 r.) i przewiduje się 16% wzrost w ciągu każdego roku [28]. W Polsce niestety żywność funkcjonalna nie jest jeszcze szeroko znana, ale sytuacja ta wydaje się już zmieniać, a świadomość Polaków w zakresie zdrowego odżywiania ciągle rośnie.

Jednym z pokarmów funkcjonalnych jest olejek arganowy. Pochodzi on z nasion arganu – drzewa rosnącego prawie wyłącznie w Maroku. Jest ciemniejszy od oliwy z oliwek, a w smaku przypomina masło orzechowe. Terapeutyczne efekty konsumpcji olejku znane były mieszkańcom Maroka od ponad ośmiu stuleci, jednakże przez długi czas substancja ta pozostawała niezbadana. Tradycyjnie w kosmetyce wykorzystuje się jego właściwości odmładzające- stosowany zewnętrznie na skórę zmiękcza ją, nawilża, rewitalizuje i uelastycznia. Z tego powodu ma zastosowanie w balsamach do ciała, rąk i twarzy, ale też w odżywkach do włosów. Wszystko to dzięki zawartości beta-amyrinu, tirucallolu, lupeolu, butyspermolu, alfa-spinasterolu i delta- stigmasterolu. Ciekawym aspektem jest cena oleju arganowego. Jego litr kosztuje w Europie około 100 euro, toteż jest postrzegany jako coś luksusowego, ale z drugiej strony stanowi pole do popisu dla fałszerzy, którzy podrabiają ten drogocenny olejek przy użyciu tańszych olei roślinnych. Być może w przyszłości, gdy unikalne właściwości arganu staną się spopularyzowane a eksport wzrośnie, cena olejku również ulegnie zmianie. Ma on nie tylko dobroczynne właściwości jako kosmetyk. Olej arganowy ma również potencjał terapeutyczny [23]. Składa się głównie z nienasyconych kwasów tłuszczowych, spośród których najwięcej jest kwasu oleinowego (43%) i linolowego (37%), dzięki czemu przyczynia się do poprawy profilu lipidowego, co może pomóc zapobiegać chorobom sercowo-naczyniowym, cukrzycy i rakowi. Dla przykładu, wykazano, że diety uwzględniające kwas linolenowy hamują przerzuty raka okrężnicy. Niektórzy autorzy wskazują na właściwości antyproliferacyjne i proapoptotyczne w stosunku do komórek raka prostaty [6]. Oprócz kwasów tłuszczowych, olejek arganowy zawiera też 1% niepodlegających hydrolizie tłuszczów i substancji aktywnych biologicznie – fitosterole, triterpeny, tokoferole, karotenoidy czy ksantofile. Te wszystkie frakcje czynią go tłuszczem potencjalnie korzystnym dla ludzkiego zdrowia. W ostatnich badaniach porównywano odżywcze właściwości oleju

arganowego i oliwy z oliwek [10]. Co ciekawe, autorzy dowodzą, że parametry obu składników są niemalże identyczne- oba zawierają wysoki odsetek kwasu oleinowego, w obu kwas linolowy jest na drugim miejscu pod względem ilości, i w obu znajdziemy kwas palmitynowy i stearynowy. Niemniej jednak, można potraktować olej arganowy jako ciekawe urozmaicenie diety.

KAPSAICYNA

Kapsaicyna to alkaloid odpowiedzialny za ostry, piekący smak papryczki chili. Z jednej strony aktywuje nocyreceptory wywołujące odczucie bólu i palenia po zjedzeniu papryczki, ale z drugiej strony ma też działanie przeciwbólowe. Przy przedłużonym oddziaływaniu kapsaicyny na receptor TRPV1, zmienia on swoją konformację przestrzenną i staje się nieaktywny. Skutkiem jest brak pobudzenia receptora, pomimo obecności bodźca aktywującego. Ta właściwość została wykorzystana w przeciwbólowych plastrach i maściach. Poza tym kapsaicyna wpływa na termoregulację i metabolizm tkanki tłuszczowej, prawdopodobnie działa antyoksydacyjnie, hipotensyjnie i przeciwdrobnoustrojowo. Zauważono antykancerogenny wpływ kapsaicyny na rozwój raka płuc, okrężnicy, prostaty, glejaka i czerniaka [22]. Działanie przeciwnowotworowe odbywa się w mechanizmach zarówno zależnych jak i niezależnych od receptorów TRPV-1. W komórkach raka prostaty oddziałuje z białkami cyklu komórkowego i białkami związanymi z apoptozą, a także niszczy ich mitochondria- centra energetyczne. Zwiększa produkcję białka ROS, zaburza potencjał przebiegowy mitochondrium i aktywuje kaspazy. Koreańscy naukowcy dowiedli też antyangiogennych właściwości kapsaicyny. Alkaloid ten jest inhibitorem szlaków indukowanych przez VEGF- czynnik wzrostu śródbłonna. Być może zostanie to w przyszłości wykorzystane w leczeniu chorób zależnych od angiogenezy [11]. Jednak mówi się też o prokarcynogenym potencjale kapsaicyny. Badano zależność między zewnętrznym stosowaniem tego związku a nowotworami skóry. Okazało się, że kapsaicyna może funkcjonować jako kokancerogen, zwłaszcza na etapie promocji transformacji nowotworowej. Działa poprzez EGFR- receptor czynnika wzrostu naskórka, który pobudza wzrost komórek nowotworowych i wpływa na ich migrację i przeżycie. Jednak wydaje się, że o efektach działania kapsaicyny decyduje jej dawka. W dużych stężeniach kapsaicyna jest śmiertelnie trująca. Na szczęście, naturalnie występujące stężenia tego alkaloidu są znacznie poniżej tej granicy, poza tym zwiększona jego ilość spowodowałaby pikantność potrawy niemożliwą do spożycia przez większość ludzi. Dopuszczalne normy i bezpieczne dla człowieka stężenie kapsaicyny określa tzw. skala Scovielle'a (SHU). Służy ona do oceny ostrości

danej potrawy. W przypadku czystej kapsaicyny jej ostrość ocenia się 15–16 mln SHU, gdy gaz pieprzowy ma zaledwie 5 mln, sos Tabasco 2500-5000 SHU. Bezpieczna dla człowieka dawka nie powinna przekraczać 1-2 miligramów na kilogram żywności. Ale przyjrzyjmy się metabolizmowi kapsaicyny w wątrobie. Jest ona przekształcana przez oksydazy do bardziej reaktywnych związków, które wiążą się z białkami i kwasami nukleinowymi. Z jednej strony, niskie stężenia kapsaicyny mogą zapobiegać kumulacji szkodliwych aflatoksyn, benzopirenu czy nitrozoamin w organizmie poprzez wpływ na enzymy odpowiedzialne za ich metabolizm, co długofalowo może hamować kancerogenezę [22]. Jednak przewlekła kumulacja pochodnych kapsaicyny w dużych stężeniach może promować nowotworzenie. Te aspekty wciąż wymagają dokładniejszego zbadania.

WITAMINA E

Witamina E składa się z organicznych związków chemicznych, do których należą tokoferole i tokotrienole. Obie grupy łączą cechy chemiczne oraz fizyczne. Są to witaminy rozpuszczalne w tłuszczach, dobrze znoszące wysoką temperaturę, lecz rozkładające się pod wpływem mrożenia, długiego przechowywania, światła i tlenu, dymu tytoniowego. Człowiek nie potrafi ich syntetyzować, dlatego niezbędne jest ich przyjmowanie z pokarmem. Bogatym źródłem tokoferolu są oleje roślinne, margaryny, orzechy, nasiona, pełne ziarna zbóż, kielki pszenicy, brukselka, sałata, szpinak, kapusta, marchewka i czosnek, ale też wątroba, mleko i jaja. W organizmie pełni przeróżne funkcje. Jest jednym z najlepszych antyoksydantów[4]. Dzięki temu zmniejsza ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i nasilenie procesów kancerogenezy, a w przemyśle jest wykorzystywany by zapobiec jełczeniu tłuszczu. Spowalnia też procesy starzenia się organizmu [9]. Poznano wiele mechanizmów działania prozdrowotnego witaminy E: hamowanie wytwarzania trombiny w osoczu, adhezji i agregacji trombocytów, zwiększenie syntezy prostacykliny w śródbłonku czy też hamowanie oksydacji cholesterolu LDL. Uważa się, że witamina E obniża aktywność białkowej kinazy C, co pozwala na kontrolę proliferacji komórki za pomocą czynników transkrypcyjnych. Ostatnio naukowcy z Ohio State University odkryli, że witamina E powstrzymuje aktywację enzymu Akt, który jest potrzebny wielu rodzajom komórek nowotworowych do przeżycia [9]. Utrata tego enzymu prowadziła do śmierci komórek. Co ważne, nie cierpiały na tym zdrowe komórki. Ze względu na swoje właściwości kontroli wzrostu i obumierania komórek rakowych, γ -tokoferol ma potencjalne zastosowanie jako lek przeciwko rakowi [4]. Niestety takich efektów nie wywołuje suplementacja syntetycznym tokoferolem. Prawdopodobnie dlatego, że formy witaminy E w suplementach nie są efektywne wobec enzymu Akt, a poza

tym ich absorpcja jest ograniczona. Jak dotąd udało się za pomocą gamma tokoferolu zmniejszyć guzy raka prostaty u myszy, a inne badania dowodzą, że tokoferol może zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka płuc u niepalących, ale nie wpływa na przebieg już trwającego procesu nowotworowego [32]. Istnieje nadzieja, że w przyszłości uda się wykorzystać w pełni prozdrowotny potencjał witaminy E.

TRÓJTERPENIODY

Najliczniejszą i najlepiej poznaną grupę trójpenoidów stanowią oleanany, których najszerszej rozpowszechnionym przedstawicielem jest kwas oleanolowy. Jest on związkiem powszechnie występującym w świecie roślinnym, m.in. w rozmarynie, majeranku, tymianku, oregano, goździkach, szalwi. Wskazane zioła oprócz właściwości przeciwpalnych, przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych, mają również właściwości antyoksydacyjne. Kwas oleanolowy zapobiega tworzeniu się wolnych rodników tlenowych, hamuje ich aktywność, tym samym chroniąc skórę przed szkodliwymi zmianami wywołanymi przez promieniowanie słoneczne, zwłaszcza UV i zanieczyszczenia środowiska, a także stabilizuje także membrany komórkowe. Właściwości te zapobiegają tworzeniu się zmian nowotworowych. Do oleanów należy też kwas glicyretynowy, którego znaczne ilości znajdują się w korzeniu lukrecji. Badania wykazały, szczególnie rolę korzenia lukrecji w walce z nowotworem wątroby i piersi. Składniki lukrecji ochraniają wątrobę przed marskością i stłuszczeniem, a także toksycznym wpływem węglowodorów i metali ciężkich, obniżają stężenie diglicerydów, zapobiegają powstawaniu nadtlenków i wolnych rodników, przyspieszają usuwanie wolnych rodników z ustroju. Lukrecja reguluje metabolizm estrogenów – kiedy poziom estrogenów jest wysoki, hamuje ich działanie, a kiedy poziom estrogenów jest zbyt niski, wzmacnia ich działanie. Kwas gliceryzynowy antagonizuje więc efekty działania estrogenów, tym samym przyczyniając się do spowolnienia przebiegu raka piersi. Poza tym według najnowszych doniesień naukowców z Rutgers State University of New Jersey, z korzenia lukrecji wyizolowano związek o nazwie BHP (beta-hydroksy-DHP), który unieczynnia białko charakterystyczne dla komórek nowotworów, odpowiedzialne za ich gwałtowny wzrost. Należy on do polifenoli – związków o działaniu przeciwnowotworowym, które występują na przykład w winie czy zielonej herbacie. Okazało się, że BHP w badaniach laboratoryjnych hamuje rozwój raka prostaty i piersi (najczęstsze nowotwory odpowiednio u mężczyzn i kobiet) [31]. Nie działa na zdrowe tkanki, co powinno zapobiec wystąpieniu skutków ubocznych.

KAROTENOIDY

Karotenoidy to barwniki roślinne. Jest ich ponad 600, ale na organizm wpływ mają głównie beta-karoten, alfa-karoten, kryptoksantyna, likopen, luteina i zeaksantyna. Według Raportu wydanego przez Światową Fundację Badań nad Rakiem (*World Cancer Research Fund* – WCRF) i Amerykański Instytut Badań nad Rakiem (*American Institute for Cancer Research* – AICR), produkty spożywcze zawierające karotenoidy prawdopodobnie wykazują ochronne działanie w stosunku do nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani i płuc. Prawdopodobny związek istnieje również między spożyciem β -karotenu a rozwojem raka przełyku oraz likopenem a rozwojem raka gruczołu krokowego [26]. Duże dawki alfa-karotenu i luteiny znacząco obniżają ryzyko wystąpienia nowotworu płuc, a kryptokseiny – szyjki macicy. Źródłem pokarmowym β -karotenu jest marchew, dynia, papryka czerwona, pomidory, szpinak, sałata, brokuły, słodkie ziemniaki, melon, pomarańcze. β -kryptoksantyna natomiast występuje w czerwonej papryce, owocach cytrusowych. Najwięcej likopenu zawierają czerwone warzywa i owoce takie jak pomidory, owoce dzikiej róży, arbuzy. Badania potwierdzają, że ta substancja przedłużyła życie mężczyznom chorym na raka prostaty, którzy przynajmniej dwa razy w tygodniu spożywali sos pomidorowy w czasie posiłku [7]. Ponieważ likopen świetnie rozpuszcza się w tłuszczach, zaleca się gotowanie pomidorów z niewielką ilością dobrej oliwy, aby wydobyć jak najwięcej tego cennego składnika [1]. Likopen działa antynowotworowo w dwóch mechanizmach: utrudnienie tworzenia się substancji wywołujących nowotwory oraz hamowanie nienaturalnego podziału komórek w organizmie. Likopen ma również działanie indukujące apoptozę [19]. Spożywanie likopenu w diecie też jest łączone ze zmniejszonym ryzykiem nowotworów, szczególnie płuc i żołądka. Odnotowano odwrotnie proporcjonalną zależność pomiędzy poziomem likopenu w osoczu krwi, a występowaniem ryzyka zachorowania na nowotwór szyjki macicy, piersi i prostaty [15]. Dowiedziono, że spożywanie 2–4 porcji surowych pomidorów tygodniowo skutkuje istotnym (26%) obniżeniem ryzyka zachorowania na nowotwór prostaty w porównaniu do mężczyzn nie spożywających tego warzywa [14]. Co ciekawe, czerwone pomidory zawierają od 10 do 15 mg/100 g likopenu, natomiast żółte odmiany dostarczają jedynie 0,5 mg /100 g. Ponadto większe jego stężenia (około 3–5 razy) są w skórce w porównaniu do miąższu. Co więcej, likopen jest bardziej przyswajalny z przetworów pomidorowych (np. zupy, sosy, koncentrat pomidorowy, ketchup) niż z surowych pomidorów [7].

BŁONNIK

Błonnik to kompleks heterogennych substancji pochodzenia roślinnego nie ulegający trawieniu przez enzymy przewodu pokarmowego. Mechanizm działania błonnika tłumaczy jego rolę w profilaktyce raka jelita grubego. Poprzez przyspieszanie pasażu jelitowego i zwiększanie objętości kału, skraca czas kontaktu potencjalnych karcynogenów ze śluzówką jelita; może wiązać kwasy żółciowe i szkodliwe substancje w świetle przewodu pokarmowego, zakwasza treść jelitową i pobudza namnażanie korzystnej mikroflory. Dowiedziono przewagę diety wysokoresztkowej nad ubogoresztkową w zapobieganiu guzom niehormonozależnym piersi u kobiet po menopauzie. Błonnik możemy znaleźć w większości produktów roślinnych, a zwłaszcza w pieczywie razowym, otrębach, suszonych owocach, orzechach. Zawartość błonnika w warzywach oscyluje wokół 5–5,8g/100g produktu. W owocach zaś 2 g/100 g produktu. Ekspertki zalecają spożywanie 38g błonnika na dobę dla mężczyzn i 35 g/doba dla kobiet.

RESWERATOL

Resweratrol jest to substancja posiadająca wiele prozdrowotnych właściwości – kardioprotekcyjne, antyagregacyjne, przeciwzapalne, przeciwwirusowe, a także co ważne antynowotworowe i antyoksydacyjne. Resweratrol usuwa z krwi powstałe już reaktywne formy tlenu, zapobiega ich tworzeniu i zwiększa aktywność komórkowych enzymów antyoksydacyjnych. Przeciwnowotworowe działanie resweratrolu związane jest między innymi z hamowaniem wzrostu komórek nowotworowych i inicjowaniem apoptozy. Resweratrol hamuje inicjację i rozwój nowotworu, co najprawdopodobniej jest wynikiem kilku mechanizmów. Zarówno związane jest to z aktywnością antyoksydacyjną resweratrolu jak i udziałem w detoksyfikacji kancerogenów. Resweratrol znajduje się głównie w skórce winogron, a więc także w czerwonym winie, nie zaś białym. Dzieje się to dlatego, że białe wino wytwarza się fermentując jedynie wyciśnięty sok, zaś bogate w resweratrol skórki są wyrzucane. Warto zaznaczyć, iż w winogronach sprzedawanych do jedzenia jest bardzo mało tej substancji, gdyż są one opryskiwane sztucznymi preparatami przeciwko grzybicom i innym chorobom i nie wytwarzają własnej ochrony. Także porównując sok z czerwonych winogron i czerwone wino, w tym ostatnim jest trzykrotnie więcej resweratrolu.

CHOLINA

Cholina jest organicznym związkiem chemicznym wchodzącym w skład fosfolipidów, głównie lecytyny i sfingomieliny. Ze względu na swoje właściwości biologiczne, uważamy ją za substancję witaminopodobną „odżywiającą umysł”. To dzięki niej rozwija się mózg i układ nerwowy. Zwraca się uwagę na jej rolę w prewencji nowotworów, a także na wspomaganie pracy wątroby chorego na raka przy przyjmowaniu chemioterapii i eliminacji szkodliwych substancji. Cholina może być syntetyzowana w organizmie człowieka, jednak ta synteza jest niewystarczająca. Źródłem „zewnętrznym” tej cennej substancji są produkty spożywcze, przede wszystkim żółtka jaj, orzechy, rośliny strączkowe, szpinak, wątroba, drożdże i soja [8]. Według jednego z badań, dieta bogata w cholinę istotnie przyczynia się do zmniejszenia ryzyka pojawienia się raka płuc u palaczy. U osób, które były palaczami w trakcie trwania badania zmniejszenie tego ryzyka sięgało aż 49%, zaś u osób które wcześniej pozbyły się nałogu – 30%. Inne doniesienia głoszą, że dieta zawierająca odpowiednią dawkę choliny w znaczący sposób zapobiega pojawieniu się raka piersi. Spadek zachorowalności sięga 24% [33]. Co więcej, to właśnie cholina wskazywana jest jako ta, która obniża współczynnik śmiertelności u kobiet już zdiagnozowanych na ten nowotwór złośliwy. Co więcej, zaobserwowano ciekawą zależność pomiędzy poziomem choliny a homocysteiny w organizmie [8]. Kiedy poziom choliny jest niski, homocysteina w osoczu człowieka wzrasta. Nadmierny wzrost homocysteiny odpowiedzialny jest za m.in. choroby układu krążenia, złamania kości, obniżenie funkcji poznawczych i najniebezpieczniejsze – raka [33]. Z powyższych rozważań wynika, że zdrowa, urozmaicona dieta bogata w cholinę zapobiega wielu chorobom. Właściwości tego związku znane są już od pewnego czasu i wykorzystywane są w leczeniu zaników pamięci, zaburzeń neurologicznych i choroby Alzheimera. Ostatnie wyniki badań stawiają cholinę w innym świetle, jako skuteczną substancję antyrakową.

TERPENY OWOCÓW CYTRUSOWYCH

Za przyjemny zapach owoców cytrusowych odpowiadają zawarte w nich terpeny, wykazujące przy tym silne działanie hamujące rozwój nowotworów. Poza tym owoce te stanowią swoiste pakiety przeciwnowotworowe, gdyż zawierają wszystkie typy działających w ten sposób substancji: karotenoidy, flawonoidy, limonoidy, kumaryny, witaminę C, a także glutation działający przeciwutleniająco [2]. Z kolei pomarańcze zawierają najwięcej glukaratu, innego czynnika antynowotworowego. Badania wykazały, spożywanie choćby jednego owocu cytrusowego dziennie zmniejsza ryzyko zachorowania na

raka trzustki o jedną trzecią [3]. Prawdopodobnie główną rolę odgrywa tu witamina C, która przeciwdziała szkodliwemu działaniu nitrozo amin, sprzyjających rakowi trzustki, a powstających w konserwowanym mięsie z azotanu sodu [30]. Tak więc cytrusy powinny stanowić stały element diety antynowotworowej [25].

KWAS FOLIOWY

Kwas foliowy jest witaminą z grupy B, niezbędną do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Znalazł on zastosowanie w leczeniu anemii, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, w alkoholizmie i dializie nerek. Kobietom w ciąży zaleca się suplementację kwasu foliowego w celu zapobiegania poronieniu i wadom cewy nerwowej. Jest również stosowany w celu zapobiegania chorobom serca i udaru mózgu poprzez redukcję poziomu substancji o nazwie homocysteina. Wysokie stężenie homocysteiny może być czynnikiem ryzyka chorób serca. Kwas foliowy znalazł także zastosowanie w chorobie Alzheimera, w leczeniu zwyrodnienia plamki żółtej, w osteoporozie, w zespole niespokojnych nóg, w depresji, nerwobólach, AIDS, w bielactwie. Jest również stosowany w celu ograniczenia działań ubocznych leków, na przykład metotreksatu.

Pokarmy bogate w kwas foliowy to zielone warzywa liściaste (takie jak szpinak, brokuły, sałata), szparagi, owoce (np. banany, melony, cytryny) fasola, drożdże, grzyby, sok pomarańczowy i sok pomidorowy. Kwas foliowy w diecie chroni przed rozwojem niektórych form raka, w szczególności raka jelita grubego, jak również raka piersi, raka szyjki macicy, raka trzustki, żołądka. Kwas foliowy chroni DNA przed mutacjami, które mogą prowadzić do karcynogenezy, a w rezultacie do rozwoju choroby nowotworowej. Niskie spożycie kwasu foliowego może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi, szczególnie u kobiet spożywających alkohol [21]. Pomimo szerokiego rozpowszechnienia i pozytywnego wpływu kwasu foliowego, badania dowodzą, że kwas foliowy może wpływać też niekorzystnie na organizm człowieka. Niektórzy naukowcy uważają, że przedawkowanie kwasu foliowego może być związane z niektórymi nowotworami. Udowodniono, że nadmierna podaż kwasu foliowego może przyspieszać wzrost nowotworów, takich jak białaczka. W krajach, gdzie żywność jest wzbogacona w kwas foliowy, naukowcy i lekarze zaobserwowali wzrost częstości występowania raka jelita grubego. Badania wykazały również, że kwas foliowy może przyczyniać się do rozwoju raka prostaty u mężczyzn [31].

W ostatnim czasie naukowcy z Toronto opublikowali wyniki badań na zwierzętach, które jednoznacznie wskazują na ryzyko sprzyjania rozwojowi istniejących nowotworów piersi przy zastosowaniu wysokich dawek suplementowanego kwasu folio-

wego. Jest to o tyle ważne, że wielu pacjentom ze zdiagnozowaną lub leczoną chorobą nowotworową zaleca się przyjmowanie preparatów multiwitaminowych i suplementów zawierających kwas foliowy. Wcześniejsze badania sugerowały bowiem, że kwas foliowy może chronić przed powstawaniem raka piersi. Okazuje się, że podawanie kwasu foliowego w dawkach 2,5–5-krotnie przewyższających dzienne zapotrzebowanie na tę witaminę, znacząco wzmacnia rozwój istniejących zmian rakowych u szczurów. Rola kwasu foliowego w profilaktyce i leczeniu nowotworów piersi pozostaje tym samym wysoce kontrowersyjna [21]. Przedstawione pozytywne jak i negatywne skutki działania kwasu foliowego wykazują, jak istotne jest ustalenie bezpiecznej dawki suplementacji kwasu foliowego, która wpłynie wyłącznie korzystnie na organizm ludzki.

WITAMINA B₁₂

Witamina B₁₂ (kobalamina, cyjanokobalamina) występuje w pożywieniu pochodzenia zwierzęcego, ponieważ produkowana jest głównie przez bakterie żyjące w układzie pokarmowym zwierząt. Do produktów spożywczych bogatych w witaminę B₁₂ należą mięso przeżuwaczy, drób, ryby, skorupiaki, mleko, podroby, sery oraz jaja. Wchłanianie witaminy B₁₂ odbywa się w końcowym odcinku jelita krętego w obecności czynnika Castle'a wytwarzanego przez komórki okładzinowe żołądka. Jest ona niezbędna do prawidłowego funkcjonowania organizmu i zapobiega powstawaniu anemii złośliwej. W środowisku naturalnym witamina B₁₂ występuje w dwóch postaciach: deoksyadenozylko-kobalaminy (koenzymu B₁₂) i metylokobalaminy. Kobalamina wspomaga metabolizm aminokwasu homo- cysteiny, obniżając ryzyko chorób serca. Przeciwdziała ona wyczerpaniu organizmu oraz utrzymuje w dobrej formie układ nerwowy. Bierze udział w prawidłowym metabolizmie tłuszczów, węglowodanów i białek. Zwiększa zdolność koncentracji, poprawia pamięć i równowagę wewnętrzną. Pomaga w zapobieganiu nowotworom wywołanym paleniem tytoniu. Niedobór witaminy B₁₂ powoduje, że kwas foliowy wykorzystywany jest do syntezy tyminy i metioniny, co skutkuje wzrostem uszkodzeń DNA i hipometylacją, a w konsekwencji wzrostem ryzyka rozwoju nowotworów.

PIERWIASTKI

W profilaktyce nowotworów dużą rolę odgrywają pierwiastki takie jak bor. W organizmie ludzkim obniża ekspresję genów kodujących cykliny A-E oraz bierze udział w powstawaniu zmian morfologicznych komórek (zwiększenie stopnia ziarnistości ko-

mórek i zmniejszenie ich objętości). Kwas borowy zmniejsza zdolność komórek do ruchu, co powoduje obniżenie stopnia ich inwazyjności i zdolności przerzutowej. Związki boru hamują również proces angiogenezy przez udział w zapobieganiu tworzenia nowych odgałęzień naczyń krwionośnych, dzięki którym tkanki guza zaopatrywane są w tlen i substancje odżywcze. Bor obniża aktywność enzymatyczną PSA, a co za tym idzie zmniejsza aktywność U-PA i poziom IGF-1, prowadząc do hamowania progresji i tworzenia przerzutów. Pierwiastek ten powoduje wzrost stężenia hormonów sterydowych w osoczu krwi. U kobiet i mężczyzn wpływa na podwyższenie stężenia estradiolu, obniżając ryzyko pojawienia się nowotworu prostaty i płuc [24]. Chemoprewencja z wykorzystaniem związków boru (kwas borowy, czteroboran sodu) daje obiecujące rezultaty zarówno w zapobieganiu, jak i leczeniu chorób nowotworowych. Dlatego w ostatnich latach ukazuje się coraz więcej prac na ten temat. Spożywanie pokarmów zawierających dużo boru (awokado, rodzynki, orzechy, miód) w naturalny sposób może zapobiec karcynogenezie.

Wapń ma udowodnioną ochronną przeciwko rakowi jelita grubego. Mineral ten jest niezbędny do utrzymania zdrowia kości i zębów, prawidłowego krzepnięcia krwi i metabolizmu komórek. Udowodniono, iż wapń pozwala na zmniejszenie rozwoju gruczolaka jelita grubego oraz tworzenia polipów. Doskonałym źródłem są: orzechy i nasiona, sok z marchwi, ciemnozielone warzywa, łosoś i sardynki.

Jod występuje w warzywach morskich, takich jak algi. Pomaga chronić organizm przed rakiem piersi, jest niezbędny do wzrostu i naprawy tkanek zdrowych.

Magnez utrzymuje równowagę pH krwi, a także wspomaga tworzenie materiału genetycznego RNA i DNA oraz naprawę uszkodzonego. Występuje w wielu produktach spożywczych, w tym: w orzechach, rybach, brązowym ryżu, zielonych warzywach.

Selen ułatwia wytwarzanie glutationu – enzymu wymaganego dla prawidłowego detoksykacji organizmu [16]. Ponieważ toksyczne nagromadzenie w organizmie może doprowadzić do rozwoju raka, selen uczestnicząc w procesach detoksykacji pomaga zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka [18]. Niedoborowi selenu towarzyszy utrata immunokompetencji. Udowodniono, że regularne spożywanie produktów bogatych w selen znacznie zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwory przewodu pokarmowego [12].

PODSUMOWANIE

Przy raku sutka rekomenduje się jedzenie produktów mających działanie przeciw-estrogenowe- soję, ale nie jej przetwory, warzywa z rodziny krzyżowych, otręby pszenne, nienasycone kwasy tłuszczowe typu omega-3 (tłuste ryby, oliwa z oliwek), a ograniczenie niekorzystnych kwasów tłuszczowych (mięso, olej słonecznikowy, margarynę).

Należy jeść dużo zielonych warzyw, ograniczyć spożycie alkoholu, gdyż istnieją dowody na pobudzenie raka sutka do przerzutów przez wysokie stężenie alkoholu we krwi. Zalecenia dietetyczne przy raku jelita grubego są następujące: unikaj spożywania czerwonego mięsa i tłuszczu zwierzęcego, zastępując je rybami i drobiem. Ogranicz spożywanie alkoholu, a w szczególności piwa. Pamiętaj o spożywaniu warzyw krzyżowych i jogurtów zawierających żywe kultury bakterii. Najlepszym sposobem na ustrzeżenie się od raka jelita grubego jest spożywanie otrębów pszennych. By uniknąć zachorowania na raka płuc należy zadbać o dużą ilość antyoksydantów w diecie poprzez spożywanie dużej ilości warzyw bogatych w karotenoidy- marchewki, brokułów, szpinaku, ciemnozielonych warzyw liściastych, słodkich ziemniaków. Istotą diety powinny stanowić intensywnie ciemnozielone i ciemnopomarańczowe warzywa i owoce – bogate w beta-karoten. By uniknąć raka trzustki spożywaj jak najwięcej owoców cytrusowych, pomidorów (zawierających cenny likopen) i warzyw strączkowych, w tym fasoli. Co ciekawe, rak trzustki nie ma związku z nadmiernym spożywaniem kawy i herbaty. W profilaktyce raka żołądka należy jeść dużo surowych warzyw, pomidorów, ogórków, sałaty, selerów, czosnku, cebuli, kapusty, fasoli sojowej. Zdecydowanie unikać spożywania soli podrażniającej śluzówkę żołądka, wędzonego i konserwowanego mięsa. W profilaktyce czerniaka zaleca się zamianę kwasów omega-6 (olej kukurydziany, słonecznikowy) na rzecz kwasów omega-3. Pamiętać o obecności antyoksydantów w diecie w postaci ciemnozielonych warzyw, owoców cytrusowych.

Celem naszej pracy było podkreślenie, jak wielu chorobom można by zapobiec, wprowadzając zdrowe nawyki żywieniowe. Ludzie często oczekują lekarstwa w postaci magicznej pigułki, tymczasem łatwiej zapobiegać niż leczyć, a naturalna profilaktyka jest na wyciągnięcie ręki. Cytując Dalajlamę zapytanego o to, co najbardziej zadziwia go w ludzkości: *„Człowiek poświęca swoje zdrowie by zarabiać pieniądze. Następnie poświęca swoje pieniądze by odzyskać zdrowie. Oprócz tego jest tak zaniepokojony swoją przyszłością, że nie cieszy się z teraźniejszości. W rezultacie nie żyje ani w teraźniejszości, ani w przyszłości. Żyje tak, jakby nigdy nie miał umrzeć, po czym umiera tak na prawdę nie żyjąc”*.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ain MG, Rohan TE, Howe GR i wsp. A cohort study of nutritional factors and endometrial cancer. *Eur J Epidemiol* 2000; 16:899–905.
- [2] Assouline S., Miller W.H. High-dose vitamin C therapy: renewed hope or false promise? *CMAJ* 2006; 174: 956–957.
- [3] Benade L., Howard T., Burk D. Synergistic killing of Ehrlich ascites carcinoma cells by ascorbate and 3-amino-1,2,4-triazole. *Oncology* 1969; 23: 33–43.
- [4] Borek C. Antioxidants and the prevention of hormonally regulated cancer. *J Men Health Gender* 2005; 2:346–52.
- [5] Bradford PG, Awad AB: Phytosterols as anticancer compounds., *J Clin Biochem Nutr.* 2014 Mar;54(2):95–101.
- [6] Cabrera-Vique C, Marfil R, Giménez R, Martínez-Augustin O.: Bioactive compounds and nutritional significance of virgin argan oil—an edible oil with potential as a functional food., *Mol Nutr Food Res.* 2007 Feb;51(2):161–70.
- [7] Campbell JK, Canene-Adams K, Lindshield BL i wsp. Tomato phytochemicals and prostate cancer risk. *J Nutr* 2004, 134: 3486S–3492S.
- [8] Chiuev S, Giovannucci E, Hankinson S, et al. The association between betaine and choline intakes and the plasma concentrations of homocysteine in women. *Am J Clin Nutr.* 2007;86:1073–1081.
- [9] Davies K.J. The broad spectrum of responses to oxidants in proliferating cells: a new paradigm for oxidative stress. *IUBMB Life* 1999; 48: 41–47.
- [10] Diplock AT et al. (1999): Scientific concepts of functional foods in Europe: consensus document. *British Journal of Nutrition*, 81, Suppl 1, 1–27.
- [11] Dobrek Ł, Szcześniak P, Thor P i wsp. Aktualne kierunki w poszukiwaniach nowych leków przeciwnowotworowych. *Geriatrics* 2008; 2:37–46.
- [12] Dżugan M.: Znaczenie warzyw kapustnych w profilaktyce nowotworów. *Zdrowie Publiczne.*, 2007; 117(3): 397–401.
- [13] Gatenby R.A., Gillies R.J. Why do cancers have high aerobic glycolysis? *Nat. Rev. Cancer* 2004; 4: 891–899.
- [14] Giovannucci E. Tomato products, lycopene, and prostate cancer: a review of the epidemiological literature. *J Nutr* 2005; 135:S2030–31.
- [15] Giovannucci E. Tomatoes, tomato-based products, lycopene and cancer: review of the epidemiologic literature. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91:317–31.
- [16] Grajek W. Rola przeciwutleniaczy w zmniejszaniu ryzyka wystąpienia nowotworów i chorób układu krążenia. *Żywn Nauk Technol Jakość* 2004; 1:3–11
- [17] Gylling, H et. al., (2000): Plant sterols in nutrition. *Scand J nutr*, 44, 155–157.
- [18] Keck AS, Finley JW. Cruciferous vegetables: cancer protective mechanisms of glucosinolate hydrolysis products and selenium. *Integr Cancer Ther.* 2004;3:5–12.
- [19] Kocuk O, Sarkar F, Sakr W i wsp. Phase II randomized clinical trial of lycopene supplementation before radical prostatectomy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001; 10:861–8.
- [20] Krause, C, 2001: Functional drinks market offers target opportunities (LFRA report), *chemical Market Reporter* 12/10/2001, vol. 260, issue 22, 14
- [21] Langemann H., Torhorst J., Kabiersch A., Krenger W., Honegger C.G. Quantitative determination of water- and lipid-soluble antioxidants in neoplastic and non-neoplastic human breast tissue. *Int. J. Cancer* 1989; 43: 1169–1173.
- [22] Lin CH, Lu WC, Wang CW, Chan YC, Chen MK.: Capsaicin induces cell cycle arrest and apoptosis in human KB cancer cells., 2013;65(6):793–801
- [23] Monfalouti HE, Guillaume D, Denhez C, Charrouf Z.: Therapeutic potential of argan oil: a review., 2012 May;70(5):266–79
- [24] Moreno DA, Carvajal M, López-Berenguer C, García-Viguera C. Chemical and biological characterisation of nutraceutical compounds of broccoli. *J Pharm Biomed Anal.* 2006;

- [25] Padayatty S.J., Riordan H.D., Hewitt S.M., Katz A., Hoffer L.J., Levine M. Intravenously administered vitamin C as cancer therapy: three cases. *CMAJ* 2006; 174: 937–942.
- [26] Rao AV, Fleshner N, Agarwal S. Serum and tissue lycopene and biomarkers of oxidation in prostate cancer patients: A case-control study. *Nutr Cancer* 1999; 33:159–64.
- [27] Scientific concepts of functional foods in Europe: Consensus document (1999) editors: Diplock AT, Aggett PJ, Ashwell M, Bornet F, Fern EB, Roberfroid MB. *British Journal of Nutrition*, vol 81, Supplement 1, 1–27.
- [28] Sloan, E, (1999): Chemical market reporter, 06/07/99, vol. 255, issue 22,14
- [29] Stone J.R., Yang S. Hydrogen peroxide: a signaling messenger. *Antioxid. Redox. Signal* 2006; 8: 243–270.
- [30] Szymańska-Pasternak J, Janicka A, Bober J: Witamina C jako oręż w walce z rakiem, *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2011, 7, nr 1, 9–23
- [31] Vance TM, Su J, Fontham ET, Koo SI, Chun OK: Dietary antioxidants and prostate cancer: a review., 2010 Dec;62(12):1669–75
- [32] Wang S., Sun N.N., Zhang J., Watson R.R., Witten M.L.: Immunomodulatory effects of high-dose alpha-tocopherol acetate on mice subjected to sidestream cigarette smoke. *Toxicology*, 2002; 175: 235–245
- [33] Wu L, Wu J. Hyperhomocysteinemia is a risk factor for cancer and a new potential tumor marker. *Clin Chim Acta*. 2002;322:21–28

NAJCZĘSTSZE CHOROBY SKÓRY WYSTĘPUJĄCE U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

MONIKA TURSKA

II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

W ostatnim okresie ze względu na wydłużenie przeciętnego czasu życia na całym świecie istotnie wzrosła liczba chorych, w tym na schorzenia dermatologiczne. W pracy omówiono najczęściej występujące choroby skóry występujące w wieku podeszłym, takie jak znamiona skórne, włókniaki starcze, stany przednowotworowe i nowotwory skóry, choroby infekcyjne skóry, łuszczycę, pemfigoid, świąd, odczyny polekowe oraz zmiany skórne w przebiegu nowotworów (skórne zespoły paraneoplastyczne). Ponadto zwrócono uwagę na czynniki odgrywające istotną rolę w rozwoju tych zmian lub sprzyjające ich powstawaniu, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia skutecznej profilaktyki, w tym również przeciwnowotworowej.

WPROWADZENIE

Choroby wieku podeszłego to coraz częstszy i bardzo ważny problem kliniczny związany ze stopniowym istotnym wydłużeniem średniego czasu życia. Liczba dorosłych osób w wieku podeszłym w stosunku do ogólnej populacji systematycznie rośnie. Tylko w samych Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (USA) między 2000 a 2010 rokiem, populacja ludzi 65-letnich i starszych wzrosła o 15,1%, podczas gdy ogólna populacja zwiększyła się tylko o 9,7% [10]. Według oficjalnych amerykańskich danych statystycznych w 2010 roku w USA było 40 milionów (13%) ludzi 65-letnich i starszych [1].

Z wiekiem zachodzi fizjologiczny proces starzenia się wszystkich narządów, w tym również skóry. Skóra osoby w podeszłym wieku staje się sucha, wiotka, pomarszczona i podatna na urazy. Ponadto u osób starszych dochodzi do uszkodzeń skóry, które związane są z przewlekłą ekspozycją na promienie słoneczne, głównie promieniowanie ultrafioletowe (UV).

U osób w wieku podeszłym mogą występować zmiany skórne typowe dla tego wieku, ale mogą też pojawić się zmiany wskazujące na współistnienie schorzeń ogólnoustrojowych. Skórę można porównać do ekranu, na którym wyświetlają się różnorodne obrazy będące oznakami różnych chorób.

Do najczęściej występujących chorób dermatologicznych wieku podeszłego należą znamiona skórne, włókniaki starcze, choroby infekcyjne skóry, odczyny polekowe, świąd, pemfigoid, pewne postacie łuszczycy. Szczególną uwagę należy zwrócić na stany przednowotworowe, które mogą być podłożem nowotworów skóry, w tym szczególnie czerniaka złośliwego. Należy pamiętać, że z wiekiem wzrasta zarówno liczba nowotworów litych wywodzących się z różnych narządów (przewodu pokarmowego, narządu rodowego, prostaty, płuc), jak i nowotworów układu krwiotwórczego (chłoniaki, białaczki, szpiczak mnogi). W tych przypadkach mogą pojawiać się różne objawy, w tym skórne, określane mianem rewelatorów nowotworów albo zespołów paraneoplastycznych (paranowotworowych). Objawy te mogą wystąpić na każdym etapie choroby nowotworowej, a czasem są jej pierwszym objawem wyprzedzając objawy nowotworu nawet na kilka lat [2].

ZNAMIONA SKÓRNE

W zależności od tego, z jakiej struktury skóry znamiona się wywodzą wyróżnia się znamiona naskórkowe, melanocytowe (barwnikowe), przydatkowe (wychodzące z gruczołów łojowych lub potowych) i naczyniowe [3]. U osób starszych najczęściej spotykamy pewne postacie znamion naskórkowych, barwnikowych i naczyniowych.

A) ZNAMIONA NASKÓRKOWE

Jedną z częściej występujących zmian rozwijających się z wiekiem są brodawki łojotokowe, nazywane też starczymi. Zmiany te określa się również mianem łojotokowego rogowacenia starczego. Występują częściej u kobiet w średnim lub starszym wieku (zwykle po 40. roku życia). Mogą pojawić się na całym ciele, ale najczęściej umiejscowione są w okolicach łojotokowych (plecy – głównie okolica międzyłopatkowa, twarz – okolice skroniowe). Brodawki łojotokowe lokalizują się też na owłosionej skórze głowy

i w okolicach płciowych. Mogą przybierać postać płasko-wyniosłych, dobrze odgraniczonych od otoczenia grudek koloru cielistego, czyli zbliżonego do koloru zdrowej skóry lub brunatnych, niekiedy uszypułowanych tworów [3, 4]. Ich barwa zależy od zawartości melaniny. We wczesnym okresie rozwoju brodawki łojotokowe są małymi, gładkimi, białło-żółtymi grudkami, w dotyku lekko tłustymi, ponieważ pokryte są łojem [3]. Z czasem zmiany te powiększają się i zazwyczaj ciemnieją. Ulegają ponadto spłaszczeniu, a ich powierzchnia staje się sucha i nierówna [3, 4].

Na powierzchniach grzbietowych rąk brodawki łojotokowe mają charakter bardzo płaskich, plamistych wykwitów, podobnych do plam soczewicowatych. Często nazywane są plamami starczymi.

Brodawki łojotokowe należą do zmian łagodnych, wyjątkowo rzadko ulegają transformacji nowotworowej, a nigdy transformacji złośliwej [4, 5]. Dotychczas nie poznano przyczyny rozwoju brodawek łojotokowych, szczególnie u osób starszych. Uważa się, że czynnikiem etiologicznym mogą być wirusy np. wirus brodawczaka ludzkiego (HPV – *human papilloma virus*) [6].

Należy pamiętać, że masywny wysiew brodawek łojotokowych w krótkim okresie czasu np. kilku tygodni, szczególnie na tułowi (objaw Lesera-Trelata) może być niekiedy rewelatorem nowotworów narządów wewnętrznych, często raka jelita grubego [6].

Brodawki łojotokowe usuwa się, ponieważ szpecą i zaczepiają o ubranie. Można je usunąć w znieczuleniu miejscowym, wyłyżczkować lub zamrozić (krioterapia – płynnym azotem) [3, 6].

B) ZNAMIONA MELANOCYTOWE (BARWNIKOWE)

Plamy starcze, zwane też plamami wątrobowymi, to płaskie przebarwienia na skórze, które często występują na skórze odsłoniętej – twarzy, dekolcie, grzbietowej powierzchni dłoni i stóp, rzadziej na plecach. Powstają w wyniku przewlekłego działania na skórę światła słonecznego zawierającego promieniowanie ultrafioletowe (UV). Plamy starcze są zazwyczaj niewielkie, dobrze odgraniczone od otaczającej skóry. Najczęściej są barwy brązowej, ale ich kolor bywa różny – od jasnobrązowego do prawie czarnego. W miarę starzenia mogą ulegać stopniowemu obwodowemu powiększaniu, ich liczba może rosnąć, a zabarwienie może stawać się coraz bardziej intensywne. Zmiana zabarwienia jest efektem nadprodukcji i gromadzenia się melaniny w komórkach skóry w odpowiedzi na promienie UV. Aby zapobiec powstawaniu plam starczych należy stosować kremy i emulsje z filrami UV (od 20 wzwyż), a przede wszystkim unikać ekspozycji na słońce w lecie, szczególnie w godzinach od 12.00 do 16.00. Osoby w starszym wieku nie powinny również korzystać z solarium, ponieważ sprzyja to powstawaniu tego typu przebarwień. Nie każde przebarwienie skóry u osoby w starszym wieku jest

plamą starczą. Przebarwienia skóry mogą występować w przebiegu różnych chorób, m.in. tarczycy, w przebiegu niedoczynności kory nadnerczy, niewydolności wątroby lub być następstwem nieprawidłowej reakcji na leki. Plamy starcze nie są groźne z medycznego punktu widzenia, dlatego nie wymagają leczenia. Stanowią jedynie defekt kosmetyczny. Część osób decyduje się na usunięcie zmian, szczególnie tych najbardziej widocznych. Na rynku dostępne są wprawdzie kremy o działaniu wybielającym, ale ich skuteczność nie jest w pełni zadowalająca. Plamy starcze można usuwać przez ich zamrażanie ciekłym azotem (krioterapia), przy użyciu lasera, metodą mikrodermoabrazji lub przez stosowanie niewielkich ilości kwasu do złuszczenia zmian skórnych w postaci kremów i emulsji [3]. Niekiedy korzystne wyniki uzyskuje się długotrwale stosując pochodną witaminy A (kwas retinowy) [3].

W odróżnieniu od plam starczych, które są zmianami łagodnymi, u ludzi starszych mogą występować też plamy soczewicowate złośliwe. Często lokalizują się one na policzkach narażonych na długie nasłonecznienie. Są zwykle duże, mają barwę brązową. Przez wiele lat ich wygląd nie ulega zmianie, ale czasem mogą stanowić podłoże rozwoju czerniaka złośliwego.

C) ZNAMIONA NACZYNIOWE

U ponad 80% osób w średnim i starszym wieku na skórze pojawiają się zmiany naczyniowe określane naczyniakami starczymi lub punktami rubinowymi. Zlokalizowane są zazwyczaj na klatce piersiowej, tułowi i plecach. Mają wygląd małych, uwypuklonych jasnoczerwonych lub wiśniowych guzków o średnicy kilku milimetrów, które nie znikają pod wpływem ucisku. Tworzą się na skutek rozszerzenia naczyń krwionośnych. Nie wymagają leczenia. Mogą być usuwane w warunkach ambulatoryjnych.

WŁÓKNIAKI STARCZE

Włókniaki są łagodnymi nowotworami łącznotkankowymi, które mogą być miękkie lub twarde [6]. Do włókniaków miękkich zaliczamy włókniaki starcze, które mają charakter małych guzków. Zazwyczaj mają wielkość 1–2 mm, ale spotyka się też guzki kilku- a nawet kilkunastocentymetrowe. Zmiany te często występują u starszych kobiet o ciemnych oczach i włosach. Najczęściej są mnogie, choć mogą występować też pojedynczo. Lokalizują się na szyi, powiekach, pod pachami, w pachwinach i na karku, ale mogą powstawać we wszystkich okolicach ciała. W okolicy pach, szyi oraz twarzy mają charakter tzw. włókniaków nitkowatych, które są uszypułowanymi zmianami o kolorze cielistym lub przebarwione. Często włókniaki starcze mylone są ze skupi-

skami brodawek. Dość często pojedynczy włókniak zaczyna się w pewnym momencie „wysiewać” i wokół niego pojawia się wiele (od kilkudziesięciu do kilkuset) zmian [3]. Może być to powodem zaniepokojenia pacjenta, wywołuje bowiem obawę, czy nie jest to rozsiew nowotworowy. Zmiany te nie ustępują samoistnie, ale też nigdy nie złośliwieją [3]. Leczenie włókniaków najczęściej jest zbędne. Jeśli stanowią defekt kosmetyczny, usuwa się je. Również z uwagi na możliwość ich mnogiego rozsiewu można rozważyć usunięcie pojedynczego lub kilku włókniaków uszypułowanych. Mniejsze włókniaki usuwa się poprzez zamrażanie (krioterapia) lub elektrochirurgicznie, większe zmiany metodą elektrochirurgiczną lub laserem. Największe włókniaki można usuwać przez wycięcie. Wprawdzie łatwo je też usunąć samodzielnie zrywając u podstawy szypuły lub zawiązując wokół niej nić chirurgiczną. Tego typu „samoleczenie” może jednak wywołać martwicę guzka i stan zapalny, dlatego lepiej skorzystać z pomocy dermatologa lub chirurga.

STANY PRZEDNOWOTWOROWE U OSÓB STARSZYCH

A) ROGOWACENIE SŁONECZNE

Rogowacenie słoneczne, dawniej nazywane starczym, jest wynikiem zaburzonej równowagi pomiędzy dwoma nieustannie zachodzącymi procesami w warstwie rogowej naskórka – rogowacenia i złuszczenia. Rogowacenie słoneczne to nawarstwienia hiperkeratotyczne ściśle przylegające do skóry, pojawiające się często na podłożu uszkodzonym działaniem promieni słonecznych lub skóry starczej. Powstaje pod wpływem długotrwałego, zwykle wieloletniego działania promieni słonecznych i rozwija się zazwyczaj po kilkunastu-kilkudziesięciu latach [7]. Podstawowe znaczenie w jego rozwoju ma uszkodzenie DNA promieniami UV [7]. Im skóra jest jaśniejsza i im słońce świeci mocniej, tym krótszy jest czas potrzebny do rozwoju rogowacenia. Na początku rogowacenie słoneczne znacznie łatwiej można wyczuć, niż zobaczyć [3]. Najpierw pojawiają się małe chropowate obszary, które ulegają nieznacznemu powiększaniu się. Z biegiem czasu pojawiają się nowe ogniska rogowacenia na innych obszarach skóry [3].

W wyniku nadmiernego rogowacenia skóra staje się mało sprężysta, sucha, chropowata, łuszcząca. Zmiany mają barwę szarożółtą i zlokalizowane są najczęściej w okolicach odsłoniętych (na twarzy, w okolicy skroniowej, na czole, wyłysiałej części skóry głowy, na małżowinach usznych, rzadziej na grzbietowych powierzchniach rąk, przedramionach i podudziach) [3]. Na podłożu rogowacenia słonecznego mogą powstawać raki skóry (podstawnomórkowy lub kolczystkomórkowy). Objawami niepokojącymi, które mogą przemawiać za rozwojem zmiany o charakterze raka jest powiększanie

się zmiany, powstawanie nadżerek lub powierzchowny rozpad i krwawienie nawet po niewielkim urazie [3]. Leczenie rogowacenia słonecznego polega na zamrażaniu płynnym azotem, stosowaniu retinoidów w kremie lub leków immunomodulujących działających przez indukcję interferonów i cytokin prozapalnych (5% imikwimod w kremie) [6]. Dobre efekty daje też terapia fotodynamiczna [8]. W przypadku występowania cech przejścia w raka *in situ*, wskazane jest głębsze zamrażanie płynnym azotem lub chirurgiczne usunięcie zmiany [6]. Najważniejsza jest profilaktyka, czyli stosowanie najmocniejszej fotoprotekcji (wskaźnik 60 i powyżej) [6].

B) ROGOWACENIE BIAŁE

Rogowacenie białe (leukoplakia) to zmiany zlokalizowane najczęściej na błonach śluzowych jamy ustnej (policzki, język, czerwień wargowa) lub narządów płciowych (wargi sromowe, napletek). Mają wygląd białych plam o gładkiej lub nieco nierównej powierzchni. Powstają na skutek przewlekłego drażnienia np. przez źle dopasowane protezy, zęby próchnicze, palenie tytoniu lub z powodu zaniedbań higienicznych [3]. Leukoplakia występuje częściej u mężczyzn, zwykle po 40 r.ż. Może być punktem wyjścia raków. Zaleca się przede wszystkim usunięcie czynników drażniących. Korzystne działanie mają retinoidy. Gdy leukoplakia przybiera charakter brodawkowaty zaleca się krioterapię lub usunięcie chirurgiczne [3].

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY

A) RAK PODSTAWNOKOMÓRKOWY

Rak podstawnokomórkowy to najczęstszy nowotwór skóry [3]. Jest nowotworem o małej, miejscowej złośliwości, który rośnie bardzo powoli i zazwyczaj nie daje przerzutów [3]. Czynnikiem wyzwalającym rozwój raka podstawnokomórkowego jest przewlekłe, znaczne nasłonecznienie szczególnie osób o jasnej, delikatnej skórze [5]. Lokalizuje się on zwykle na twarzy i prawie zawsze rozwija się u osób po 50. roku życia, ale może też powstać w każdym innym miejscu, również u młodszych dorosłych [3]. Leczenie polega na usunięciu chirurgicznym lub laserem, a także zamrażaniu płynnym azotem.

B) RAK KOLCZYSTOKOMÓRKOWY

U osób starszych może rozwinąć się też rak kolczystokomórkowy, który jest nowotworem o większej złośliwości, mającym skłonność do naciekania i dającym przerzuty, głównie do węzłów chłonnych [3]. Do czynników wyzwalających rozwój tej postaci raka należy przewlekłe drażnienie mechaniczne i przewlekłe działanie promieni

słonecznych [5]. Rak kolczystokomórkowy lokalizuje się najczęściej na wardze dolnej, w okolicy nosa lub narządów płciowych [3]. Leczenie polega na usunięciu chirurgicznym zmiany.

C) CZERNIAK ZŁOŚLIWY

Czerniak złośliwy (melanoma malignum) to najgroźniejszy nowotwór złośliwy skóry, który w większości przypadków (ponad 90%) kończy się śmiercią [3]. Czas przeżycia chorego z czerniakiem złośliwym zależy od głębokości nacieku [5]. Czerniak złośliwy powstaje w skórze niezmienionej lub na podłożu znamion barwnikowych. Wywodzi się z komórek barwnikowych, czyli melanocytów, które ulegają złośliwej transformacji. W jego rozwoju pewne znaczenie mają czynniki genetyczne, ale najbardziej istotny wpływ mają promienie słoneczne [5]. Czerniaki często występują u osób o bardzo jasnej karnacji, niebieskich oczach, rudych włosach, piegowatych, z licznymi znamionami łagodnymi (powyżej 50) oraz w przypadku przewlekłej ekspozycji na słońce, zwłaszcza w dzieciństwie [3]. U osób w starszym wieku najczęściej występują czerniaki wywodzące się z plamy soczewicowatej. Bardzo ważna jest obserwacja zmian wyglądu znamienia. Jeśli zauważymy jego nagły wzrost, odbarwienie lub znaczne przebarwienie, otoczenie zmiany odbarwioną „otoczką” skórną, krwawienie, swędzenie lub ból, może to przemawiać za złośliwą transformacją i nakazuje pilne zgłoszenie do lekarza [3]. Czerniak złośliwy daje przerzuty do otaczającej skóry, węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych, głównie do płuc, wątroby, kości i mózgu [3]. Leczenie polega na chirurgicznym usunięciu zmiany z marginesem zdrowej skóry, radioterapii, chemioterapii i immunoterapii.

CHOROBY INFEKCYJNE SKÓRY

U osób starszych obserwuje się większą częstość występowania zakażeń skóry, co wynika ze skłonności skóry starczej do przesuszania się, ponadto ze współwystępowania zaburzeń metabolicznych np. cukrzycy, a także z zaniedbań higienicznych i urazów.

Róża to stosunkowo częsta choroba skóry występująca w wieku starszym o etiologii paciorkowcowej. Charakteryzuje się ostrym stanem zapalnym skóry i tkanki podskórnej, któremu towarzyszy wysoka temperatura i złe samopoczucie [3]. Przyczyną róży jest najczęściej uraz mechaniczny lub upośledzenie krążenia żylnego. Zmiany pojawiają się zazwyczaj nagle, umiejscawiają się na podudziach, co wynika z osłabionego krążenia obwodowego lub na twarzy. Ognisko chorobowe jest zaczerwienione, napięte, lśniące, obrzęknięte i bardzo wyraźnie odgraniczone od otoczenia. Róża może przybierać postać pęcherzykową, krwotoczną lub szczególnie ciężką postać zgorzelinową

[3]. W starszym wieku częściej występują powikłania róży, głównie w postaci zapaleń naczyń limfatycznych i żylnych, ropowicy i słońowacizny [3]. Choroba ma charakter nawrotowy. Leczenie polega na stosowaniu antybiotyków (penicyliny, cefalosporyny) i leków przeciwbólowych. Miejscowo zaleca się kompresy i maści ichtiolowe [3].

Czyrak to ropne zapalenie okołomieszkowe z wytworzeniem czopa martwiczego. Ma wygląd guza zapalnego z białą krostą na szczycie. Zmiana jest bardzo bolesna. Czasem mogą pojawiać się liczne czyraki, co określa się mianem czyraczności. Czyrak jest następstwem zakażenia gronkowcowego i występuje często u starszych osób niedożywionych, cierpiących na różne choroby, szczególnie na cukrzycę [3]. Leczenie polega na nacięciu zmiany (po wykształceniu czopa martwiczego) i stosowaniu antybiotyków [3].

Grzybica – u osób w podeszłym wieku najczęściej występuje grzybica paznokci i stóp. Grzybica paznokci manifestuje się zgrubieniem, pobruzdowaniem, przebarwieniem i łamliwością płytek paznokciowych najczęściej stóp, rzadziej rąk [3]. Płytki paznokciowe przybierają kolor żółtobrazowy lub zielonkawy. Paznokcie są wrażliwe na ucisk, co często utrudnia chodzenie. Zmiany mają najczęściej charakter przewlekły i są trudne do leczenia. W leczeniu stosuje się miejscowe preparaty przeciwgrzybicze lub leki przeciwgrzybicze ogólnie [3].

Grzybica stóp najczęściej lokalizuje się między palcami przybierając postać grubych, brunatnych łusek, pęknięć i pozbawionych naskórka wilgotnych powierzchni [3]. Chory odczuwa przykre swędzenie stóp. U starszych otyłych kobiet pojawiają się zmiany o charakterze wyprzeń drożdżakowatych, zlokalizowane głównie pod piersiami [3]. U mężczyzn tego typu zmiany występują rzadziej i lokalizują się głównie w obrębie pachwin [3].

Półpasiec jest chorobą wirusową wywołaną przez *Herpes virus varicella*. Zachorowalność na półpasiec rośnie z wiekiem, a u osób starszych choroba ma często ciężki przebieg. Częstsze występowanie półpaśca u osób starszych wiąże się z obniżeniem odporności komórkowej w tej grupie chorych [9]. Zmiany skórne mają zazwyczaj charakter pęcherzyków surowicznych lub pęcherzy zgrupowanych lub rozsianych wzdłuż przebiegu nerwu [3, 5]. Lokalizują się najczęściej na tułowie (głównie na klatce piersiowej, plecach i brzuchu) lub na twarzy, zwłaszcza w okolicy unerwionej przez nerw oczny [3, 5]. Postać oczna półpaśca występuje u 10–15% chorych i może doprowadzić do całkowitej ślepoty [5]. Zmiany skórne w półpaścu zazwyczaj są jednostronne i nie przekraczają linii środkowej twarzy lub tułowia [5]. Towarzyszy im bardzo silny ból, poprzedzony swędzeniem. U osób starszych zmiany skórne mogą przybierać charakter krwotoczny lub zgorzelirowy, a ból może utrzymywać się nawet do pół roku po ustąpieniu zmian skórnych [3]. W starszym wieku dochodzi też do innych powikłań, np. częściowej utraty słuchu [3]. Jeżeli zmiany przybierają charakter rozsiany, zawsze należy podejrzewać rozrostowe choroby układu chłonnego lub krwiotwórczego [3].

W leczeniu półpaśca stosuje się leki przeciwwirusowe (valcyclovir, famcyclovir, acyclovir), leki przeciwbólowe, miejscowo środki o działaniu odkażającym i znieczulającym [5]. Neuralgia po przebytych półpaścu jest trudna do leczenia. Zaleca się trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, gabapentynę, opioidy, miejscowo lignokainę i kapsaicynę [5]. Pacjentom powyżej 50. r.ż. powinno się proponować zaszczepienie szczepionką zawierającą wirus półpaśca (Zotavax), co zmniejsza częstość występowania choroby i neuralgii poinfekcyjnej [5].

INNE SCHORZENIA

Świąd skóry to jedna z najczęstszych skarg w grupie pacjentów geriatrycznych [10]. Przyczyny świądu skóry u osób starszych są różne. Może on towarzyszyć chorobom skóry takim jak nadmierne rogowacenie, łojotokowe zapalenie skóry, półpasiec. Ciągłe drapanie prowadzi do liszajowacenia, powstania przeczosów, infekcji i pourazowej plamicy [5]. Świąd wywołany lekami nie występuje często, jednakże powinien być zawsze brany pod uwagę u starszych osób, ponieważ ta grupa pacjentów często przyjmuje wiele leków. Świąd skóry bez widocznych zmian skórnych pod postacią wysypki lub rumienia może być objawem różnych chorób systemowych np. cukrzycy, niedoboru żelaza, zaburzeń funkcji tarczycy, wątroby, niewydolności nerek, ale może też być objawem chorób rozrostowych np. chłoniaka i czerwienicy prawdziwej [5]. U ludzi starszych występuje też tzw. uogólniony świąd starczy, który jest związany z nadmiernym wysuszeniem skóry [5]. W tych przypadkach dobre efekty uzyskuje się stosując miejscowe środki nawilżające, ponadto pomocne są preparaty zawierające mentol, kamforę, fenol, kapsaicynę, środki miejscowo znieczulające np. lignokainę [5].

Wyprysk kontaktowy (kontaktowe zapalenie skóry) jest typową zmianą występującą często w grupie osób starszych. Wyróżniamy dwa rodzaje wyprysku kontaktowego, niealergicznego i alergicznego [5]. Wyprysk niealergicznego jest wynikiem działania na skórę od zewnątrz urazów fizycznych i chemicznych, natomiast wyprysk alergicznego jest wynikiem uczulenia na swoisty alergen, na który chory wytworzył uprzednio nadwrażliwość [3, 5]. Początkowo zmiany te różnią się między sobą zarówno pod względem klinicznym i histologicznym [5]. Wyprysk niealergicznego przebiega z pieczeniem, a wypryskowi alergicznemu najczęściej towarzyszy świąd [5]. W późniejszym okresie wyprysk alergicznego i niealergicznego jest trudny do odróżnienia. U ludzi starszych z związku z upośledzeniem reakcji immunologicznych częstość występowania wyprysku alergicznego zmniejsza się, a jego przebieg kliniczny ulega złagodzeniu, natomiast częściej występuje postać niealergicznego wyprysku kontaktowego [5].

Łuszczyca u osób starszych to przede wszystkim typ II, który zaczyna się zazwyczaj między 50. a 70. rokiem życia. W łuszczycy występuje tzw. parakeratoza, będąca następstwem przyspieszonego i niepełnego rogowacenia [3]. Łuszczyca u osób starszych częściej przyjmuje tzw. postać odwróconą [3]. Zmiany dotyczą fałdów skóry i podeszw. Zwykle jej przebieg jest łagodniejszy niż u ludzi młodych, a remisje choroby utrzymują się czasem nawet kilka lat [3].

Pemfigoid pęcherzowy z przewagą zmian chorobowych w skórze to choroba o podłożu autoimmunologicznym, która często rozwija się u osób starszych [5, 11]. Zwykle dotyczy osób po 60. roku życia. Cechuje się tworzeniem napiętych pęcherzy, które powstają na skórze pozornie prawidłowej lub zmienionej zapalnie [5, 11]. Choroba ma charakter przewlekły, rozpoczyna się od zmian zgrupowanych tylko w jednym miejscu, które po pewnym czasie uogólniają się [3]. Pemfigoid wykazuje tendencję do zajmowania okolicy pachwin i pach. W leczeniu skuteczne są małe dawki doustnych glikokortykosteroidów. W postaciach zlokalizowanych pemfigoidu zaleca się miejscowe stosowanie maści zawierających glikokortykosteroidy. W uogólnionych postaciach stosuje się metotreksat lub azatioprynę w połączeniu z glikokortykosteroidami [5]. Pemfigoid często współwystępuje z chorobami nowotworowymi jako zespół paraneoplastyczny, dlatego lekarz musi pamiętać o konieczności rozszerzenia diagnostyki, szczególnie, gdy występuje oporność na jego leczenie [5, 9, 11].

Częstość występowania odczynów polekowych wzrasta z wiekiem, co niewątpliwie wiąże się z większą ilością przyjmowanych przez starsze osoby leków, a także z pogorszeniem funkcji głównych narządów odpowiadających za metabolizm leków [3, 4]. Przebieg reakcji polekowych u osób w wieku podeszłym jest zazwyczaj znacznie cięższy niż w młodszych grupach wiekowych [3, 4].

Łojotokowe zapalenie skóry występuje znacznie częściej u osób w wieku podeszłym i zwykle dotyczy przewlekle chorych i otyłych. Prawdopodobnej przyczyny upatruje się w zaburzeniach dotyczących fizjologicznej flory skóry [3, 4].

U osób starszych często dochodzi do rozszerzenia i pęknięcia ściany drobnych naczyń krwionośnych, co prowadzi do powstania zmian określanych teleangiektazjami. Najczęściej widoczne są one na skórze twarzy i dekoltu. Stosunkowo często u osób starszych na skórze wyprostnych części przedramion oraz grzbietowych powierzchniach rąk tworzą się plamy krwotoczne o średnicy kilku centymetrów. Powstają one na skutek zaniku substancji podporowej w naczyniach włosowatych [3, 4].

Dość często w średnim i starszym wieku pojawiają się tzw. kępki żółte. Występują u osób z zaburzeniami gospodarki lipidowej, głównie z podwyższonym stężeniem cholesterolu we krwi. Są wynikiem pochłaniania lipidów przez makrofagi, co prowadzi do tworzenia tzw. komórek piankowatych [3, 4]. Na skórze pojawiają się różnej wielkości

żółte, lekko wypukłe, miękkie guzki, przybierające różne kształty. Guzki te umiejscowione są głównie na powiekach. Leczenie polega na przestrzeganiu diety niskotłuszczowej oraz stosowaniu leków obniżających stężenie cholesterolu i triglicerydów we krwi.

Nierzadko w obrębie skóry osób starszych występują tzw. nagniotki, które tworzą się zwykle w miejscach narażonych na ucisk i urazy mechaniczne.

ZESPOŁY PARANOWOTWOROWE

U osób starszych nierzadko występują zespoły paranowotworowe, czyli różne objawy, w tym również dermatologiczne, które mogą zdradzać obecność nowotworu w organizmie. Do najczęściej występujących zespołów paranowotworowych należy rogowacenie ciemne złośliwe i zespół Lesera-Trelata, które najczęściej towarzyszą rakowi żołądka [5, 8]. Nieco rzadziej pojawiają się objawy pęcherzycy paraneoplastycznej i rumienia nekrolitycznego wędrującego [5, 11]. Objawy zapalenia skórno-mięśniowego, piodermii zgorzelinowej, zespołu Sweeta, pemfigoidu i wędrującego zakrzepowego zapalenia żył powierzchownych tylko w części przypadków towarzyszą złośliwym nowotworom narządowym i mogą wyprzedzać objawy raka płuc, przewodu pokarmowego, gruczołu krokowego, narządów rodnych oraz chłoniaka [3, 4, 5, 8]. Uporczywy świąd skóry to bardzo rzadko występujący objaw paraneoplastyczny [3, 8].

PODSUMOWANIE

Należy pamiętać, że skóra osób starszych jest szczególnie podatna na występowanie różnych zmian dermatologicznych. Zmiany starcze mogą dotyczyć nie tylko skóry i jej przydatków (włosów, paznokci) ale również błon śluzowych. Wiele zmian pojawiających się na skórze osób starszych nie jest groźna z medycznego punktu widzenia, jednakże nie można zapominać o możliwości rozwoju nowotworów skóry, w tym jednego z najbardziej złośliwych nowotworów występujących u człowieka, czerniaka złośliwego. Należy także pamiętać, że procesy chorobowe prowadzące do miejscowego niedokrwienia, np. zmiany miażdżycowe, niewydolność naczyń żylnych, również mogą manifestować się objawami skórnymi. Bardzo istotne jest, aby osoba starsza zwracała uwagę na zachodzące zmiany na skórze i w każdej niepokojącej sytuacji zgłaszała się do lekarza celem oceny klinicznej, ewentualnego leczenia, a przede wszystkim wykluczenia zmian o charakterze nowotworowym.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Werner CA. The older population: 2010. 2010 Census briefs. <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-09.pdf>. Published November 2011. Accessed May 6, 2012.
- [2] <http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1652113,4,10-objawow-ukrytego-nowotworu,index.html> Tekst: lek. Paulina Jurek
- [3] abłońska S., Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
- [4] Noiles K, Vender R. Are all seborrheic keratoses benign? Review of the typical lesion and its variants. *J Cutan Med Surg*. 2008; 12: 203–210.
- [5] Na CR, Wang S, Kirsner RS, Federman DG. Elderly adults and skin disorders: common problems for nondermatologists. *South Med J*. 2012; 105: 600–606.
- [6] Cork MJ. The importance of skin barrier function. *J. Dermatol. Treat*. 1997; 8: 7–13.
- [7] De Winter S, Vink AA, Roza L. i wsp. Solar-stimulated skin adaptation and its effect on subsequent UV-induced epidermal DNA damage. *J. Invest Dermatol*. 2001; 117: 678–682.
- [8] Ignatowicz-Paczyna A. Świąd jako rewelator nowotworów złośliwych. *Alergologia Info*, 2009; 3: 130–135.
- [9] Oxman MN. Herpes zoster pathogenesis and cell-mediated immunity and immunosenescence. *J Am Osteopath Assoc*. 2009; 109: 13–17.
- [10] Weisshaar E, Dalgard F. Epidemiology of itch: adding to the burden of skin morbidity. *Acta Derm Venereol*. 2009; 89: 339–350.
- [11] Kwatra SG, Jorizzo JL. Bullous pemphigoid: a case series with emphasis on long-term remission off therapy. *J Dermatolog Treat*. 2013; 24: 327–331.

SKÓRNE ZESPOŁY PARANOWOTWOROWE U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

MONIKA TURSKA¹, JOLANTA PARADA-TURSKA²

¹ II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Katedra i Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
e-mail: turskamk@gmail.com

STRESZCZENIE

Skórne zespoły paranowotworowe to zmiany pojawiające się na skórze w przebiegu różnych nowotworów lub poprzedzające ich wystąpienie. W pracy omówiono najczęściej występujące dermatologiczne manifestacje zespołów paranowotworowych. W związku z istotnym wzrostem zachorowań na różne nowotwory złośliwe, szczególnie u ludzi w wieku podeszłym, znajomość tych objawów i świadomość możliwości ich występowania może przyczynić się do wczesnego wykrycia nowotworu i tym samym wczesnego leczenia pacjentów z chorobą nowotworową, co może znacznie poprawić rokowanie.

WPROWADZENIE

Z wiekiem wyraźnie rośnie zachorowalność na różne nowotwory, w tym szczególnie na nowotwory złośliwe wywodzące się z tkanki nabłonkowej, czyli raki. Zwiększoną wrażliwość osób starszych na działanie czynników karcynogennych i częste występowanie nowotworów w tej grupie chorych przypisuje się m.in. upośledzeniu funkcji układu immunologicznego [1]. Do nowotworów, których częstość występowania wykazuje wyraźny związek z wiekiem należą: rak płuca, rak jelita grubego, rak sutka, rak prostaty oraz nowotwór wywodzący się z układu krwiotwórczego, szpiczak mnogi [1].

W wieku starszym mogą występować również różne postacie białaczek, chłoniaków i praktycznie może wystąpić każdy rodzaj nowotworu [1].

W przebiegu chorób nowotworowych mogą wystąpić zarówno objawy miejscowe, które są związane z naciekaniem guza pierwotnego (ból, krwawienie, objawy dyspeptyczne, kaszel, chrypka), objawy odległe, spowodowane pojawieniem się ogniska przerzutowego i objawy uogólnione, związane z ogólnoustrojowym oddziaływaniem nowotworu i uogólnioną reakcją układu immunologicznego (gorączka, osłabienie, chudnięcie, nocne poty). Czasem występują objawy prodromalne, które wyprzedzają objawy kliniczne nowotworu nawet o kilka lat, określane mianem zespołów paranowotworowych.

Zespoły paranowotworowe (paraneoplastyczne), zwane też rewelatorami nowotworów to różne objawy kliniczne, których wystąpienie sugeruje istnienie bądź rozwój nowotworu. Są to objawy, które nie są bezpośrednio związane z procesem nowotworowym i występowaniem przerzutów nowotworowych [2]. Występują zwykle w miejscach nie związanych z lokalizacją guza, a ich powstanie wiąże się z wydzielaniem przez nowotwór różnych substancji lub z reakcjami immunologicznymi związanymi z obecnością „obcych” dla organizmu komórek nowotworowych. Aby rewelator nowotworowy został uznany za marker paraneoplastyczny musi spełnić kilka kryteriów: występować tylko w przypadku obecności nowotworu, ustępować pod wpływem leczenia przeciwnowotworowego lub ewentualnie pojawiać się ponownie w przypadku wznowy lub przerzutów nowotworu [3].

Szacuje się, że zespoły paranowotworowe występują u około 7–15% wszystkich chorych w chwili rozpoznania nowotworu złośliwego, a ich częstość wzrasta w przebiegu choroby nowotworowej [2, 3]. Mogą się one pojawiać się na każdym etapie choroby nowotworowej, a dość często są jej pierwszą manifestacją. Objawy paranowotworowe mogą wyprzedzać pojawienie się nowotworu w typowej formie na wiele miesięcy, a nawet lat [2]. Uważa się, że występowanie objawów paraneoplastycznych wiąże się z gorszym rokowaniem [3].

Wystąpienie objawów zespołu paranowotworowego z jednej strony może pomagać we wcześniejszym ustaleniu rozpoznania nowotworu, a z drugiej strony może utrudniać proces diagnostyczny. Przebieg kliniczny objawów paraneoplastycznych bywa bardzo różnorodny, a jego dynamika często jest zmienna. Obserwacja dynamiki zmian objawów paraneoplastycznych w trakcie leczenia choroby nowotworowej może stanowić użyteczny wyznacznik odpowiedzi na leczenie [3]. U chorych z wcześniejszym rozpoznaniem nowotworu ponowne wystąpienie objawów paraneoplastycznych może wskazywać na wznowę procesu nowotworowego. Rozpoznanie zespołów paranowotworowych jest niezmiernie ważne, gdyż może przyczynić się do wykrycia nowotworu nie

dającego jeszcze objawów klinicznych oraz podjęcia odpowiedniej terapii przeciwnowotworowej.

Określone zespoły paranowotworowe wiążą się zwykle przyczynowo ze specyficznym typem nowotworu złośliwego, natomiast sporadycznie zdarza się występowanie tego samego zespołu paranowotworowego w różnych rodzajach nowotworu złośliwego [3].

Przyczyną zespołów paranowotworowych jest najczęściej nieprawidłowe wydzielanie przez komórki nowotworowe różnych aktywnych substancji takich jak hormony, peptydy, cytokiny [3]. Ponadto w patogenezie zespołów paranowotworowych znaczenie mają przeciwciała skierowane przeciw antygenom komórek nowotworowych [3]. Zespoły paranowotworowe mogą przebiegać pod postacią objawów neurologicznych, hematologicznych, nefrologicznych, reumatycznych oraz dermatologicznych.

SKÓRNE ZESPOŁY PARANOWOTWOROWE

Skórnymi zespołami paraneoplastycznymi (rewelatorami skórnymi) określamy zmiany w obrębie skóry i/lub błon śluzowych, które występują w przebiegu nowotworów narządów wewnętrznych lub nowotworów układowych [4]. Rewelatory skórne mają nieswoisty w stosunku do nowotworu obraz histopatologiczny [5].

Skórne zespoły paraneoplastyczne dzielimy na dwie główne grupy: uwarunkowane genetycznie i mające charakter nabyty [5]. Wczesne rozpoznanie zespołów paraneoplastycznych uwarunkowanych genetycznie wiąże się z możliwością podjęcia profilaktyki przeciwnowotworowej i monitorowaniem ich przebiegu klinicznego [5].

Z klinicznego punktu widzenia ważny jest podział skórných zespołów paranowotworowych nabytych. Dzieli się one na zespoły występujące zawsze lub prawie zawsze w przebiegu nowotworów narządów wewnętrznych, zespoły, które tylko w części przypadków towarzyszą złośliwym nowotworom narządowym i zespoły występujące dość często, rzadko lub bardzo rzadko [5, 6].

W grupie rewelatorów skórných, będących zawsze objawem istniejącego nowotworu złośliwego narządów wewnętrznych, znajdują się: rogowacenie ciemne i jego poronne formy kliniczne z objawem Leser-Trelat oraz nadmierne owłosienie mieszkowe [7]. Do grupy zespołów paranowotworowych, które prawie zawsze towarzyszą nowotworom narządów wewnętrznych należy: pęcherzyca paraneoplastyczna, erythema gyratum repens, rumień nekrolityczny wędrujący, xanthogranuloma necrobioticum oraz xanthomatosis plana generalisata [7].

Do zespołów paraneoplastycznych, które tylko w części przypadków towarzyszą złośliwym nowotworom narządowym zalicza się: zapalenie skórno-mięśniowe,

piodermię zgorzelinową, zespół Sweeta, pemfigoid i wędrujące zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych [7]. Nowotworom dosyć często towarzyszą: rybia łuska nabyta, uogólnione zapalenie skóry, zwyrodnienie śluzowate mieszków włosowych, zespół rakowiaka, rzadko: półpasiec, świąd, nawracające zapalenie tkanki tłuszczowej i bardzo rzadko rumień obrączkowaty odśrodkowy [7].

REWELATORY SKÓRNE BĘDĄCE ZAWSZE OBJAWEM ISTNIEJĄCEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

Rogowacenie ciemne (łac. *acanthosis nigricans*) to zmiany skórne, które najczęściej lokalizują się symetrycznie w zgięciach stawowych i fałdach skórnych takich jak: doły pachowe i łokciowe, pachwiny, brodawki sutkowe, boczne okolice szyi, kark, pępek oraz okolice anogenitalne. Ponadto mogą występować na błonach śluzowych jamy ustnej, czasem również gardła i przełyku. Mają ciemną brunatną barwę, a skóra sprawia wrażenie brudnej. Ich powierzchnia w dotyku jest szorstka. Czasami w obrębie przebarwień występują brodawki [8]. Charakterystyczną cechą odmiany złośliwej rogowacenia ciemnego jest nagły początek, szybko postępujący przebieg, nasilona hiperkeratoza, hiperpigmentacja i towarzyszący świąd [7]. Już w początkowym okresie choroby obecność izolowanych zmian w obrębie błon śluzowych jamy ustnej, powinna nasuwać podejrzenie nowotworu narządów wewnętrznych [5]. Rogowacenie ciemne nie jest specyficznym markerem określonego nowotworu, ale najczęściej towarzyszy nowotworom przewodu pokarmowego. Najczęściej występuje u chorych na gruczolakoraka żołądka (około 60% przypadków), ale może być też zwiastunem raka wątroby, trzustki, płuca, piersi, jajnika, macicy, nerek, prostaty, pęcherza moczowego, jak i innych nowotworów, np. mięsaków i chorób rozrostowych układu krwiotwórczego [5, 7, 8]. Rogowacenie ciemne powstaje na skutek pobudzenia wzrostu naskórka przez nadmierne wydzielanie przez komórki nowotworowe czynników wzrostu naskórka, m.in. insulinopodobnego czynnika wzrostu i insuliny.

Zespół Lesera-Trelata stanowi poronną postać rogowacenia ciemnego i występuje dość powszechnie w grupie ludzi dorosłych, szczególnie po 60. roku życia [9]. Cechuje się nagłym pojawieniem się wysypu dużej ilości brodawek łojotokowych i/ lub powiększeniem już istniejących brodawek. Wielu autorów uważa, że towarzyszący masywnemu wysiewowi brodawek łojotokowych uporczywy świąd, jest typową cechą pozwalającą uznać ten zespół za objaw paranowotworowy [7]. Zmiany skórne typowe dla zespołu Lesera-Trelata pojawiają się zazwyczaj na rok przed lub w ciągu roku po wykryciu nowotworu [9, 10]. Jest to objaw występujący najczęściej u chorych z rakami

przewodu pokarmowego, których częstość występowania wyraźnie rośnie z wiekiem (rak żołądka, jelita grubego, trzustki, wątroby) [8, 11]. Może być też zwiastunem raka piersi, nerki i płuc oraz nowotworów hematologicznych [8, 10, 12].

Nadmierne owłosienie mieszkowe (hypertrichosis lanuginosa acquisita) występuje rzadko, ale niemal zawsze jest markerem procesu nowotworowego narządów wewnętrznych. Charakteryzuje się gwałtownym wzrostem jasnych, cienkich, dochodzących do długości 3–4 cm włosów na skórze głowy, twarzy, małżowin usznych, a następnie całego ciała, z ominięciem dłoni, podeszew oraz okolic narządów płciowych [7]. Zmianom skórnyom może towarzyszyć suchość i pieczenie języka oraz obecność czerwonych, brodawkowatych wykwitów na jego powierzchni [7]. Nadmierne owłosienie mieszkowe stanowi zazwyczaj zły objaw prognostyczny, świadczący o wystąpieniu przerzutów, między innymi raka jelita grubego, trzustki, płuc, pęcherza moczowego, a także może towarzyszyć ostrej białaczce mielocytowej i mięsakowi Ewinga [7].

REWELATORY SKÓRNE BĘDĄCE PRAWIE ZAWSZE OBJAWEM ISTNIEJĄCEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH

Pęcherzyca paraneoplastyczna (pemphigus paraneoplasticus) jest stosunkowo rzadko występującym zespołem skórno-śluzówkowym, ale zawsze współistniejącym z nowotworami. Charakteryzuje się występowaniem krwotocznych, bolesnych nadżerek na błonach śluzowych (spojówki, rogówki, okolice narządów płciowych) i w obrębie wałów paznokciowych. Na skórze tułowia, kończyn, dłoni i stóp pojawiają się polimorficzne zmiany, które przypominają liszaj płaski, rumień wielopostaciowy i pęcherzycę zwykłą [7]. Pęcherze wypełnione są płynem lub krwią i pokryte są wiotką pokrywą. Pojawienie się tego typu zmian nawet w kilkunastu procentach wiąże się z występowaniem złośliwych nowotworów hematologicznych, takich jak chłoniaki (głównie B-klonowe), białaczki (przewlekła białaczka limfocytowa), grasiczaki, rzadziej gruczolakoraków płuc, raków odoskrzelowych i mięsaków [8, 13, 14].

Erythema gyratum repens cechuje się występowaniem charakterystycznych ognisk rumieniowych, które szerzą się obwodowo, tworzą koncentryczne figury w kształcie kół lub spirali, przypominające słoje drzewa lub skórę zebry [5, 7]. W nazwie tego zespołu zawiera się jego cecha kliniczna – tendencja do pełzania. Najczęściej rozpoczyna się między 40. a 60. rokiem życia, a powstawaniu zmian często towarzyszy uporczywy świąd [5]. Najczęściej w zespole tym stwierdza się złośliwe nowotwory płuc [5, 7], gruczolów piersiowych [5] oraz żołądka i przełyku, czasem szyjki macicy [5, 15].

Rumień nekrolityczny wędrujący (*erythema necrolyticum migrans*) cechuje się występowaniem charakterystycznych zmian skórnych rumieniowo-obrzękowych z centralnymi pęcherzami i nadżerkami, z tendencją do ustępowania z pozostawianiem przebarwień [7]. Bardzo charakterystyczne jest spełzanie naskórka i obwodowe szerzenie się zmian z zajmowaniem rozległych powierzchni [7]. Zespół najczęściej dotyczy kobiet w okresie pomenopauzalnym [5, 7]. W 80–90% przypadków jest markerem nowotworu wywodzącego się z komórek alfa wysp trzustkowych, produkujących glukagon (glucagonoma), rzadziej może towarzyszyć rakom jelita grubego [5].

Xanthogranuloma necrobioticum to zmiany charakteryzujące się powstawaniem ksantomatycznych plam i guzków podskórnych, z tendencją do rozpadu i tworzenia zanikowych blizn, w obrębie skóry powiek, szyi, karku, tułowia i proksymalnych części kończyn [7, 15, 16]. Jest to rzadko występujący zespół objawów skórnych, który prawie w 100% przypadków jest związany ze szpiczakiem mnogim, ziarnicą złośliwą (chorobą Hodgkina) i innymi złośliwymi chorobami rozrostowego układu krwiotwórczego [7].

Kępki żółte płaskie (*xanthomatosis plana generalisata*) najczęściej towarzyszą gammopatiom monoklonalnym, przewlekłej białaczce szpikowej lub rozrostom limforetikularnym [5, 7].

REWELATORY SKÓRNE BĘDĄCE TYLKO W CZĘŚCI PRZYPADKÓW OBJAWEM ISTNIEJĄCEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH

Zapalenie skórno - mięśniowe (*dermatomyositis*) to choroba autoimmunologiczna, która zajmuje procesem zapalnym mięśnie szkieletowe i narządy wewnętrzne. Zajęciu mięśni mogą towarzyszyć różne zmiany skórne. Chory na zapalenie skórno-mięśniowe odczuwa postępujące osłabienie siły mięśniowej, co przejawia się problemami z chodzeniem po schodach, wstawaniem z głębokiego fotela, podnoszeniem rąk podczas wykonywania codziennych czynności, jak czesanie, ubieranie, a nawet jedzenie. Zmiany skórne w przebiegu zapalenia skórno-mięśniowego mają charakter zmian rumieniowo-łuszczących zlokalizowanych w okolicach łokci, kolan, stawów rąk (objaw i grudki Gottrona), zmian rumieniowych w okolicy dekoltu w kształcie litery „V”, na karku i szyi (objaw szala), w okolicy udowej (objaw kabury) lub fioletowego rumienia wokół oczu (heliotrop). Jeśli objawy zapalenia skórno-mięśniowego pojawiają się u osób w starszym wieku, należy pamiętać, że może być to zespół paranowotworowy. Grupą chorych z objawami zapalenia skórno-mięśniowego, w której stwierdza się nowotwory narządowe, są najczęściej mężczyźni [5]. Najczęściej stwierdzanymi guzami są raki nosogardzieli [17]. Często, bo nawet w 40% przypadków, objawy zapalenia skórno-

-mięśniowego wyprzedzają objawy raka płuc [18], przewodu pokarmowego u mężczyzn (żołądka, trzustki), piersi, narządów rodnych u kobiet (jajnika, szyjki, rzadziej trzonu macicy), gruczołu krokowego, pęcherza moczowego oraz chłoniaka [7, 8, 11]. Dlatego też objawy zapalenia skórno-mięśniowego wymagają przeprowadzenia wnikliwej i rozszerzonej diagnostyki mającej na celu wykluczenie procesu nowotworowego. Po wyleczeniu choroby nowotworowej w wielu przypadkach dochodzi do jednoczesnego ustąpienia zmian skórnych.

Piodermia zgorzelinowa (*pyoderma gangraenosa*) występuje rzadko i cechuje się powstawaniem głębokich, dobrze odgraniczonych, szybko szerzących się owrzodzeń [7]. Choroba nieleczona może przebiegać bardzo ekspansywnie i dynamicznie doprowadzając do zajęcia poza skórą, także mięśni, nerwów, naczyń, powięzi, a czasem nawet kości [7, 19]. Piodermia zgorzelinowa wiąże się w około 10–20% przypadków z nowotworami narządów wewnętrznych i może towarzyszyć szpiczakowi mnogiemu, chłoniakom ziar niczym i nieziarniczym, a także białaczkom szpikowym i limfatycznym [7, 18].

Zespół Sweeta (*dermatitis acuta febrilis neutrophilica*) charakteryzuje się występowaniem zmian skórnych mających najczęściej charakter rumieniowo-obrzękowy, które mogą też przybierać wygląd blaszkowato-grudkowych ognisk lub zmian plamisto-rumieniowych i krostkowych [5, 7]. Najczęściej zlokalizowane są na twarzy, szyi, klatce piersiowej oraz kończynach [7]. Zespół Sweeta w przebiegu nowotworów występuje rzadko i w około 20% przypadków może towarzyszyć złośliwym nowotworom układu krwiotwórczego, głównie białaczkom i chłoniakom [5]. Rzadziej objawy tego zespołu występują w przebiegu nowotworów gruczołu piersiowego, krokowego, macicy i pochwy, jelita grubego oraz żołądka [5, 7].

Pemfigoid (*pemphigoid bullosus*) cechuje się powstawaniem pęcherzy podnaskórkowych. U osób starszych pemfigoid można traktować jako marker paraneoplastyczny, typowy dla raków narządów wewnętrznych (w 15–20% przypadków) [5]. Towarzyszy najczęściej nowotworom litym, takim jak: rak płuca, żołądka, gruczołu krokowego, jajnika i macicy [7, 8].

Wędrujące zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych (*thrombophlebitis superficialis migrans*) i inne zakrzepice pojawiające się w żyłach głębokich kończyn dolnych lub górnych lub w obrębie naczyń zaopatrujących narządy układu pokarmowego (w żyłę wrotnej, wątrobowej, śledzionowej), szczególnie o charakterze nawracającym, zawsze powinny budzić czujność i skłonić do dalszej diagnostyki w kierunku procesu nowotworowego. Obecność nowotworu złośliwego wiąże się bowiem ze zwiększoną krzepliwością krwi. Zazwyczaj wędrujące, nawracające zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych występuje w obrębie powierzchni prostowników kończyn. Żyła jest zmieniona zapalnie, pogrubiała (porównywana jest do powrozu lub struny), a pacjent zgłasza miejscowy ból

i okresowo występującą gorączkę. Wędrujące, nawracające zapalenie żył to typowy objaw raka trzustki, ale z zakrzepicą może wiązać się występowanie praktycznie każdego nowotworu – płuc, piersi, przewodu pokarmowego, gruczołu krokowego [5, 7].

REWELATORY SKÓRNE BĘDĄCE DOSYĆ CZĘSTO OBJAWEM ISTNIEJĄCEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH

Rybia łuska nabyta (*ichthyosis acquisita*) charakteryzuje się suchością i złuszczeniem skóry. U osób dorosłych często towarzyszy rozrostom limforetikularnym, chorobie Hodgkina, rzadziej innym chłoniakom [7]. Może także występować w raku płuc, szyjki macicy, mięsaku Kaposiego, a także w raku prostaty [7].

Uogólnione zapalenie skóry (*erythrodermia*) nie jest jednolitym schorzeniem, ale pojęciem klinicznym, które obejmuje szereg chorób wywołujących zapalenie całej skóry (proces zapalny zajmuje ponad 90% skóry). Erythrodermia pierwotna może być markerem różnych nowotworów, najczęściej wywodzących się z układu krwiotwórczego (ziarnica złośliwa, białaczki), rzadziej innych guzów, np. gruczolaka płuc [5]. Charakteryzuje się nagłym wystąpieniem rozlanego zaczerwienienia, łuszczenia i nacieczenia uprzednio niezmienionej skóry, co może prowadzić do upośledzenia funkcji skóry jako narządu [5].

Zwyrodnienie śluzowate mieszków włosowych (*mucinosi follicularis*) dość często towarzyszy chłoniakom T-komórkowym, chorobie Hodgkina oraz innym schorzeniom limfoproliferacyjnym [5].

Zespół rakowiaka (*flushing syndrome*) charakteryzuje się napadowym występowaniem purpurowego rumienia w obrębie twarzy i szyi, biegunki, kurczowych bólów brzucha, duszności wywołanej skurczem drzewa oskrzelowego oraz objawami niewydolności prawokomorowej serca [5]. Objawy zespołu rakowiaka są następstwem działania różnych mediatorów takich jak kininy, serotonina, prostaglandyny, które są produkowane przez guzy (rakowiaka, raka trzustki) [5].

REWELATORY SKÓRNE BĘDĄCE RZADKO OBJAWEM ISTNIEJĄCEGO NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH

Półpasiec (*herpes zoster*) jest często rewelatorem skórnym nowotworów występujących u ludzi młodych, szczególnie, gdy przebiega w postaci rozsianej lub zgorzelinowej. Jest rzadko występującym markerem w przebiegu chłoniaków i raków przewodu pokarmowego [5, 7].

Świąd skóry (pruritus) jest rzadko występującym rewelatorem nowotworów złośliwych. Może towarzyszyć chorobom rozrostowym układu krwiotwórczego, nowotworom wywodzącym się z narządów wewnętrznych (rak płuca, rak żołądka), ośrodkowego układu nerwowego oraz nowotworom o charakterze przerzutowym [2]. Może wyprzedzać pojawienie się choroby nowotworowej na kilka tygodni lub nawet kilka lat. Patogeneza świądu w przypadku chorób nowotworowych pozostaje niejasna [2].

Nawracające zapalenie tkanki podskórnej (panniculitis recurrens febrilis nonsuppurativa Christian-Weber) charakteryzuje się powstawaniem bolesnych, guzowatych zmian w tkance podskórnej, które najczęściej zlokalizowane są na kończynach. Zmiany goją się po kilku tygodniach, pozostawiając wklęsłe, talerzykowate blizny. Zapalenie tkanki podskórnej może wystąpić w przebiegu raka trzustki, białaczek, chłoniaków oraz guzów przerzutowych [5].

Rumień obrączkowaty odśrodkowy (erythema annulare centrifugum) to rzadki skórny zespół paraneoplastyczny. Zmiany skórne lokalizują się na tułowie i kończynach i mają charakter nieregularnych, obrączkowato-lukowatych rumieni, z typowym, powierzchownym złuszczeniem i centralnym przejaśnieniem [5, 7]. Rumień obrączkowaty odśrodkowy może towarzyszyć nowotworom złośliwym sutka, płuc, układu pokarmowego oraz chłoniakom [5].

PODSUMOWANIE

Niezwykle ważna jest świadomość możliwości wystąpienia wielu niezwykle różnorodnych skórnych postaci zespołów paranowotworowych, które mogą nasuwać podejrzenie współistnienia nowotworu złośliwego, mimo braku jego typowych objawów klinicznych. Rozpoznanie skórnych markerów paranowotworowych ma bardzo istotne znaczenie szczególnie we wczesnej diagnostyce nowotworów narządów wewnętrznych oraz ich leczeniu, ponieważ przyczynia się do istotnej poprawy rokowania. Należy pamiętać, że uporczywie utrzymujące się zmiany skórne, które nie reagują na standardowe leczenie, zwłaszcza u osób po 40.–50. roku życia, wskazują na konieczność wykonania badań diagnostycznych w kierunku współistniejącej choroby nowotworowej.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Watkins C, Sahni R, Holla N, Litchfield J, Youngberg G, Krishnaswamy G. Malignancy in common variable immune deficiency: report of two rare cases of gastrointestinal malignancy and a review of the literature. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets*. 2012; 12: 21–27.
- [2] Ignatowicz-Pacyna A. Świąd jako rewelator nowotworów złośliwych. *Alergologia Info*, 2009; 3: 130–135.
- [3] Krzakowski M. Zespoły paranowotworowe. *Polska Medycyna Paliatywna* 2002; 1: 57–66.
- [4] Kurzok R, Cohen PR. Cutaneous paraneoplastic syndromes in solid tumors. *Am J Med*, 1995; 99: 662–671.
- [5] Kamińska-Winciorek G, Brzezińska-Wcisło L. The most common selected acquired cutaneous paraneoplastic syndromes in internal malignancy. *Post Derm Alerg*, 2004; 3: 136–143.
- [6] Arnold SM, Patchell R, Lowy AM, Foon KA. Paraneoplastic syndromes. W: DeVita V.T., Hellman S., Rosenberg S.A. red. *Cancer — Principles & Practice of Oncology*. Lippincott Williams & Wilkins, Filadelfia 2001; 2511–2536. Jabłońska S. Skórne zespoły paraneoplastyczne: rewelatory skórne nowotworów narządów wewnętrznych. *Medipress – Dermatologia*, 1997; 8–15.
- [7] Na CR, Wang S, Kirsner RS, Federman DG. Elderly adults and skin disorders: common problems for nondermatologists. *South Med J*. 2012; 105: 600–606.
- [8] Holdiness MR. On the classification of the sign Leser-Tre'lat (editorial). *J Am Acad Dermatol*, 1988; 19: 754–757.
- [9] Vielhauer V, Herzinger T, Korting HC. The sign of Leser-Tre'lat: a paraneoplastic cutaneous syndrome that facilitates early diagnosis of occult cancer. *Eur J Med Res*, 2000; 29: 512–516.
- [10] Jabłońska S, Majewski S. *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
- [11] Heaphy MR Jr, Millns JL, Schroeter AL. The sign of Leser-Tre'lat in a case of adenocarcinoma of the lung. *J Am Acad Dermatol*, 2000; 43: 386–390.
- [12] Allen CM, Camisa C. Paraneoplastic pemphigus: a review of the literature. *Oral Dis*, 2000; 6: 208–214.
- [13] Marzano AV, Grammatica A, Cozzani E. Paraneoplastic pemphigus. A report of two cases associated with chronic B-cell lymphocytic leukaemia. *Br J Dermatol*, 2001; 145: 127–131.
- [14] Trznadel-Budźko E, Stec J, Kaszuba A. Skórne rewelatory narządów wewnętrznych. *Przegl Wojsk-Med*, 2000; 42: 74–82.
- [15] Protas-Drozd F, Placek W, Uchańska G. Necrobiotic xanthogranuloma. *Przegl Dermatol*, 2002; 2: 113–117.
- [16] Ang P, Sugeng MW, Chua SH. Classical and amyopathic dermatomyositis seen at the National Skin Centre of Singapore: a 3-year retrospective review of their clinical characteristics and association with malignancy. *Ann Acad Med Singapore*, 2000; 29: 219–223.
- [17] Lomholt H, Thestrup-Pedersen K. Paraneoplastic skin manifestations of lung cancer. *Acta Derm Venereol*, 2000; 80: 200–202.
- [18] Błaszczyk M, Jabłońska S. Pyoderma gangrenosum: współistniejące schorzenia ogólnoustrojowe i możliwości terapeutyczne. *Przegl Dermatol*, 2001; 88: 487–494.

ANALIZA KLINICZNO-DEMOGRAFICZNA PACJENTEK ZAKWALIFIKOWANYCH DO TERAPII II RZUTU STWARDNIENIA ROZSIANEGO W KATEDRZE I KLINICE NEUROLOGII SPSK4 W LUBLINIE

ALEKSANDRA WASZCZUK^{1,2}, NATALIA ŚCIRKA², ALEKSANDRA SKUBLEWSKA²,
AGNIESZKA BUDNY², ANDRZEJ PRYSTUPA², KONRAD REJDAK¹

¹ Katedra i Klinika Neurologii,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

² Klinika Chorób Wewnętrznych,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

STRESZCZENIE

Stwardnienie rozsiane (SM) jest jedną z częściej występujących chorób ośrodkowego układu nerwowego o prawdopodobnym podłożu autoimmunologicznym obserwowaną dwukrotnie częściej u kobiet. Wprowadzenie do terapii SM leków drugiego rzutu takich jak: fingolimod oraz natalizumab stworzyło pacjentom możliwość zmniejszenia liczby nawrotów oraz ograniczenia postępu choroby.

Celem badania była analiza kliniczno –demograficzna pacjentek zakwalifikowanych do terapii II rzutu SM. Do badania zakwalifikowano 24 pacjentki. Wszystkie z nich zostały poddane analizie kliniczno-demograficznej, w której to oceniano m.in. średni wiek pacjentek, w którym rozpoczęto terapię II rzutu, czas trwania leczenia II rzutu, liczbę nawrotów choroby czy punktację w skali EDSS. Obecnie prowadzone jest badanie prospektywne oceniające skuteczność oraz bezpieczeństwo terapii II rzutu.

Uwidoczono dodatnią korelację pomiędzy EDSS a czasem trwania choroby oraz liczbą nawrotów SM przed zastosowaniem terapii fingolimodem, natomiast nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wymienionymi parametrami przed leczeniem natalizumabem.

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą, a zarazem postępującą chorobą OUN, której przebiegu nie jesteśmy w stanie do końca przewidzieć. Wprowadzenie

do terapii SM leków II rzutu wydaje się być dobrze tolerowaną metodą leczenia, modyfikującą aktywność choroby.

WPROWADZENIE

Stwardnienie rozsiane (SM, *sclerosis multiplex*) jest jedną z częściej występujących chorób ośrodkowego układu nerwowego (OUN) o prawdopodobnym podłożu autoimmunologicznym. Schorzenie to dotyczy ponad 2,1 miliona osób na świecie, jednakże najczęściej spotykane jest wśród przedstawicieli rasy białej, w tym dwukrotnie częściej u kobiet. Szacuje się, iż częstość występowania SM w Europie i w Stanach Zjednoczonych wynosi 40–150 przypadków na 100 000 mieszkańców, natomiast częstość zachorowania waha się od 3 do 5 przypadków na 100 000. Interesujące wydaje się zróżnicowanie występowania SM w zależności od szerokości geograficznej. Otóż częstość występowania choroby wzrasta w północnych szerokościach geograficznych, stąd w Skandynawii odnotowuje się większą liczbę pacjentów niż w przypadku krajów śródziemnomorskich. Stwardnienie rozsiane może wystąpić w każdym wieku, jednakże szczyt zachorowań obserwuje się pomiędzy 20 a 40 r.ż. Schorzenie to skraca naturalny czas przeżycia średnio o 6–7 lat, natomiast średni czas przeżycia od momentu zachorowania wynosi ok. 25–35 lat. Dodatkowo liczne dane epidemiologiczne wskazują, iż pomimo znacznego postępu wiedzy na temat choroby oraz wdrożenia zaawansowanych metod leczenia SM, schorzenie to pozostaje nadal jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności wśród ludzi młodych.

Podłoże patofizjologiczne choroby związane jest z przewlekłym procesem autoimmunizacyjnym prowadzącym początkowo do demielinizacji osłonek nerwowych, a następnie do uszkodzenia aksonów neuronalnych w obrębie OUN. Istotą choroby jest występowanie objawów neurologicznych (zaburzeń czucia, zaburzeń funkcji układu autonomicznego, zespołu zmęczenia oraz zaburzeń poznawczych) związanych ze zmianami patologicznymi rozsianymi w czasie (tzn. pojawiającymi się w różnych okresach czasowych), oraz w przestrzeni (tzn. występującymi w obrębie różnych struktur OUN, a w szczególności z uwzględnieniem dróg piramidowych i mózdzku [14, 19].

W zależności od przebiegu klinicznego choroby (dominujących objawów, tempa narastania deficytów neurologicznych) wyróżniamy cztery postacie SM:

- rzutowo-remisyjną, zaliczaną do najczęstszych postaci SM, w przebiegu której po okresie rzutu (definiowanego jako pojawienie się objawów neurologicznych nieustępujących w czasie 24 godzin przy jednoczesnym braku innych przyczyn cho-

robowych) dochodzi do okresu remisji, czyli poprawy stanu klinicznego i wycofywania się objawów neurologicznych,

- pierwotnie-postępującą przebiegającą ze stopniowym pogarszaniem się stanu klinicznego pacjenta, bez uchwytnych zmian w badaniach laboratoryjnych i radiologicznych,
- wtórnie-postępującą, w czasie której po okresie rzutu dochodzi do powolnego pogarszania się funkcji neurologicznych pacjenta,
- łagodną-definiowaną jako powolny postęp objawów neurologicznych z rzadko występującymi okresami zaostrzeń choroby [6].

SM należy do nielicznych chorób neurologicznych, w przebiegu których możliwe jest zastosowanie skutecznych i bezpiecznych metod terapii modyfikujących w sposób korzystny przebieg i następstwa choroby. Wśród leków zarejestrowanych do stosowania w postaci rzutowo-remisyjnej SM wyróżnia się zarówno starsze preparaty podawane wyłącznie drogą pozajelitową (interferony β , octan glatiameru, natalizumab i mitoksantron) jak i leki nowszej generacji stosowane w postaci doustnej (fingolimod, teriflunomid i dimetylofumaran). Natomiast do grupy najnowszych leków, które jeszcze nie zostały włączone do leczenia lub pozostają na etapie akceptacji zalicza się m.in. alemtuzumab, lakwinimod, okrelizumab czy daklizumab. Z kolei w fazie badań klinicznych pozostają dwa przeciwciała – przeciw LINGO1 oraz przeciw komórkom gleju skąpodrzewiastego klasy IgM, które jak się okazuje mogą mieć korzystny wpływ na naprawę osłonek mielinowych komórek nerwowych. Wśród innych metod nowoczesnego leczenia SM wymienia się również terapię z zastosowaniem mezenchymalnych komórek macierzystych. Najważniejszą zasadą leczenia immunomodulacyjnego w SM jest poprawa jakości życia pacjentów poprzez zmniejszenie częstości nawrotów choroby, a w konsekwencji zapobieganie postępującej niepełnosprawności zarówno w aspekcie fizycznym jak i psychicznym [10, 19, 20, 21].

Celem tego artykułu jest analiza kliniczno - demograficzna pacjentek zakwalifikowanych do terapii II rzutu SM wraz z omówieniem korzyści klinicznych, profilu bezpieczeństwa oraz mechanizmów działania wybranych metod leczenia modyfikującego przebieg choroby z naciskiem na leki nowszej generacji.

MATERIAŁ I METODA

Na podstawie danych zebranych w oparciu o dostępną dokumentację medyczną przeprowadziliśmy niezależne badanie retrospektywne dotyczące pacjentek chorujących na postać nawracająco-rzutową SM, które w latach 2013–2015 zostały zakwalifikowane do terapii II rzutu w Katedrze i Klinice Neurologii przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 (SPSK4) w Lublinie. Naszym badaniem objęliśmy grupę 24 kobiet.

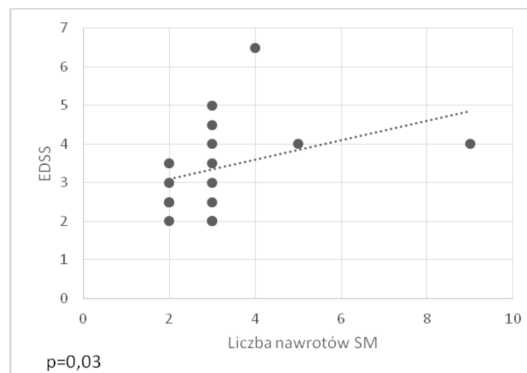
16 z nich przyjmowało fingolimod, natomiast pozostałe 8 otrzymywało natalizumab. Wszystkie pacjentki zostały poddane analizie pod względem zarówno czynników klinicznych jak i demograficznych warunkujących przebieg choroby. Oceniano takie parametry jak: średni wiek pacjentki; średni wiek, w którym zdiagnozowano chorobę; średni wiek, w którym rozpoczęto terapię II rzutu, czas trwania choroby, czas trwania terapii II rzutu, liczbę nawrotów choroby przed rozpoczęciem terapii II rzutu; stopień niepełnosprawności ruchowej mierzony w skali EDSS; liczbę nowych zmian pojawiających się w badaniu MRI, rodzaj wcześniejszego leczenia immunomodulującego, a także w przypadku terapii natalizumabem – średnią dawkę leku oraz brak obecności przeciwciał przeciw wirusowi JC w surowicy. Informacje dotyczące poszczególnych metod leczenia modyfikującego przebieg SM zostały zaczerpnięte z bazy PubMed oraz innych źródeł.

WYNIKI

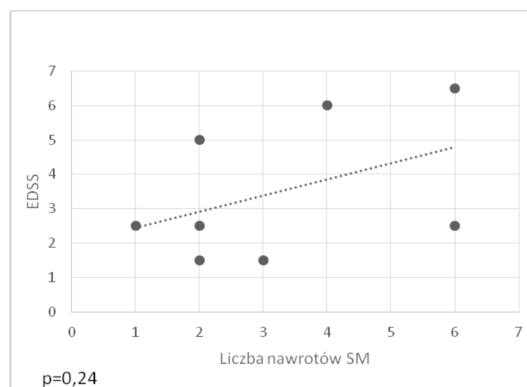
W przypadku terapii fingolimodem średni wiek pacjentek wynosił 34,17 lat; średni wiek, w którym zdiagnozowano chorobę – 26,44 lata; średni wiek, w którym rozpoczęto terapię II rzutu 32,5 roku; czas trwania choroby – 7,72 lata; czas trwania terapii II rzutu – 15,39 miesięcy. U wszystkich pacjentek przed terapią fingolimodem udokumentowano co najmniej 2 rzuty choroby, natomiast średnia wartość stopnia niepełnosprawności pacjentek mierzona w skali EDSS przed włączeniem leczenia II rzutu wynosiła 3,58 punktu. Ponadto u 14 kobiet uwidoczono od 1 do 5 nowych ognisk demielinizacyjnych w badaniu MRI, natomiast u dwóch pozostałych zaobserwowano maksymalnie 9 nowych zmian. Z kolei podczas terapii I rzutu 15 pacjentek było poddanych leczeniu interferonem β -1a (Betaferon, Avaxon, Extavia, Rebif), dwie spośród nich były leczone dodatkowo octanem glatiameru (Copaxone), natomiast 1 osoba była poddana monoterapii samym octanem glatiameru. Ponadto badano zależność pomiędzy stopniem niepełnosprawności ruchowej mierzonym w skali EDSS a liczbą nowych ognisk chorobowych w MRI, czasem trwania choroby oraz liczbą nawrotów SM. Uzyskano dodatnią korelację pomiędzy EDSS a czasem trwania choroby oraz liczbą nawrotów SM ($p < 0,05$ wg testu Spearmansa), natomiast nie odnotowano takiej zależności pomiędzy EDSS a liczbą nowych zmian w MRI ($p > 0,05$ wg testu Spearmansa).

Jednocześnie podczas terapii natalizumabem wartości badanych parametrów przedstawiały się następująco: średni wiek pacjentek wynosił 35,1 lat; średni wiek, w którym zdiagnozowano chorobę – 27 lat; średni wiek, w którym rozpoczęto terapię II rzutu – 33,9 lat; czas trwania choroby – 8,2 lat; czas trwania terapii II rzutu – 25,1 miesięcy. Przed terapią natalizumabem u 7 spośród 8 pacjentek zaobserwowano co naj-

mniej dwa rzuty choroby. Ponadto u tej samej liczby chorych uwidoczniło się co najmniej dwie nowe zmiany ogniskowe w badaniu MRI, natomiast u jednej pacjentki nie wykonano badania MRI przed rozpoczęciem terapii II rzutu. Poziom niepełnosprawności ruchowej w skali EDSS przed wdrożeniem leczenia natalizumabem był nieco wyższy w porównaniu z terapią fingolimodem i wynosił równo 4 punkty. Ponadto odnosząc się do terapii I rzutu zaobserwowano, iż liczba pacjentek przyjmujących INFβ była znacznie niższa (4 kobiety) w porównaniu z grupą kobiet stosujących fingolimod. Z kolei octan glatiameru przyjmowany był przez dwie pacjentki w monoterapii, natomiast 2 pozostałe chore nie zostały poddane terapii I rzutu. Podobnie, jak w przypadku terapii fingolimodem, badano zależność pomiędzy EDSS a liczbą nawrotów SM, czasem trwania choroby oraz liczbą zmian w MRI, jednakże nie uzyskano dodatniej korelacji pomiędzy żadnym z analizowanych parametrów ($p > 0,05$ wg testu Spearmansa). Uzyskane wyniki badań zostały przedstawione poniżej w formie tabeli oraz wykresów.



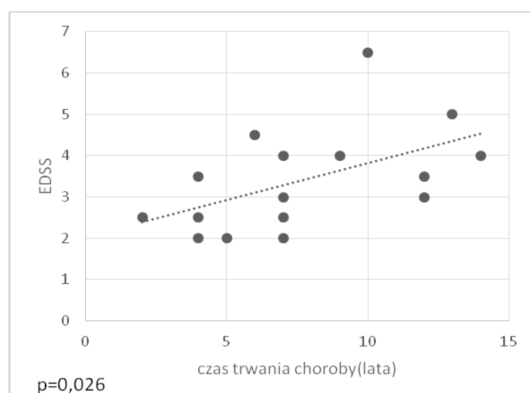
Wykres 1 Korelacja pomiędzy EDSS a liczbą nawrotów SM
(przed terapią fingolimodem)



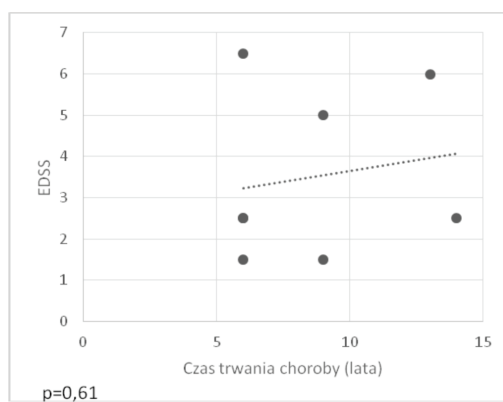
Wykres 2 Korelacja pomiędzy EDSS a liczbą nawrotów SM.
(przed terapią natalizumabem)

Tabela I Dane kliniczno-demograficzne pacjentek zakwalifikowanych do terapii II rzutu.

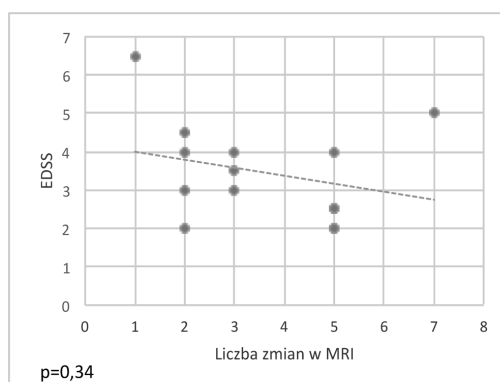
Dane kliniczno- demograficzne pacjentek	Terapia fingolimodem	Terapia natalizumabem
Liczba ogólna	16	8
Średni wiek	34,17	35,1
Średni wiek, w którym rozpoznano chorobę	26,44	27
Średni wiek, w którym rozpoczęto terapię II rzutu	32,5	33,9
Średni czas trwania choroby (w latach)	7,72	8,2
Średni czas leczenia II rzutu (w miesiącach)	15,39	25,1
Liczba pacjentek z co najmniej 2 nawrotami choroby przed leczeniem II rzutu	16	8
Liczba pacjentek ze stwierdzonymi nowymi zmianami w MRI	(1–5 zmian) -14 (> 5 zmian)-2	(1–5 zmian)-7 (bez oceny)-1
Liczba pacjentek leczonych poszczególnymi preparatami w czasie terapii I rzutu	Copaxon-1 Betaferon-7 Avonex-1 Extavia-3 Rebif-1 Betaferon+Copaxon-2 Betaferon+Avonex-1 Rebif+Extavia+Mitoksantron-1	Copaxon-2 Betaferon-1 Avonex-1 Avonex+ Betaferon-1 Rebif-1 without IM therapy-2
Średnia dawka natalizumabu ww ciągu terapii(mg)		2940
Liczba pacjentek ze stwierdzonymi przeciwciałami JCV w surowicy		3
Liczba pacjentek bez stwierdzonych przeciwciał JCV w surowicy		5



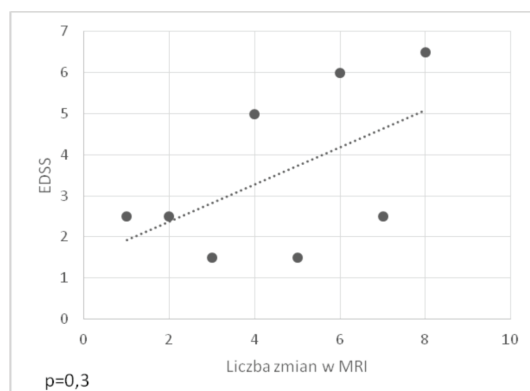
Wykres 3 Korelacja pomiędzy EDSS a czasem trwania choroby.
 (przed terapią fingolimodem)



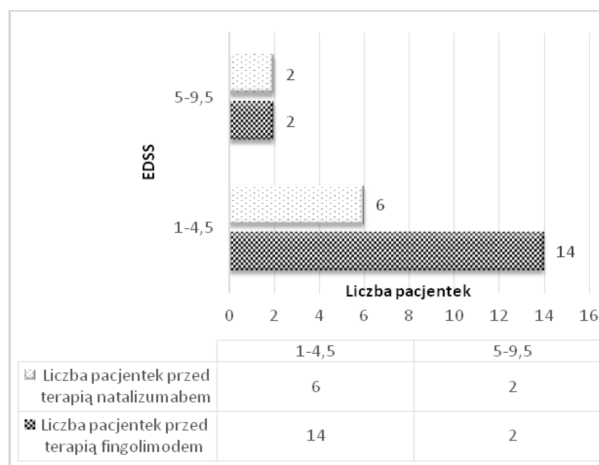
Wykres 4. Korelacja pomiędzy EDSS czasem trwania choroby.
 (przed terapią natalizumabem)



Wykres 5 Korelacja pomiędzy EDSS a liczbą zmian w MRI.
 (przed terapią fingolimodem)



Wykres 6 Korelacja pomiędzy EDSS a liczbą zmian w MRI.
 (przed terapią natalizumabem)



Wykres 7. Liczba pacjentek w poszczególnych przedziałach punktowych EDSS.

LEKI MODYFIKUJĄCE PRZEBIEG SM PODAWANE POZAJELITOWO

Jak już wspomnieliśmy na początku artykułu do leków immunomodulujących podawanych pozajelitowo zalicza się: interferony β (IFN- β 1a oraz IFN- β 1b), octan głątiameru, natalizumab oraz mitoksantron. Dwa pierwsze z nich stosowane są już od ponad 20 lat jako terapia pierwszego rzutu SM. Wykazują one korzystny profil bezpieczeństwa, długotrwałą skuteczność działania, jak również są na ogół dobrze tolerowane przez pacjentów. Interferon- β 1a (Rebif) podawany jest trzy razy w tygodniu podskór-

nie lub raz na tydzień domięśniowo. Natomiast Interferon- β 1b jest stosowany podskórnie co drugi dzień. Wskazania do rozpoczęcia terapii interferonami obejmują pacjentów powyżej 12 roku życia z rozpoznaną postacią rzutową SM, przebiegającą z co najmniej dwoma rzutami zaburzeń neurologicznych w ciągu ostatnich dwóch lat, jak również dotyczą pacjentów z pojedynczym epizodem ostrych objawów demielinizacji jeśli inne przyczyny zostały wykluczone a prawdopodobieństwo rozwoju pewnego klinicznie SM jest bardzo wysokie.

Mechanizm działania interferonów- β polega na hamowaniu procesów immunologicznych poprzez zmniejszenie wytwarzania INF- γ , co doprowadza do zaburzeń prezentacji antygenów limfocytom T, a w konsekwencji wiąże się ze zmniejszeniem aktywności oraz upośledzeniem adhezji zarówno limfocytów T, jak i enzymów proteolitycznych, odpowiadających za przenikanie limfocytów T przez barierę krew-mózg [22].

Z kolei octan glatiameru (Copaxone) należy do syntetycznych polimerów aminokwasów, a mechanizm jego działania polega na zmniejszeniu produkcji cytokin wytwarzanych przez limfocyty Th1 na korzyść limfocytów Th2 wydzielających m.in. IL-4, IL-10 oraz TGF- β . Kryteria kwalifikacji pacjentów do terapii octanem glatiameru są takie same jak w przypadku interferonów β . Lek ten podawany jest raz dziennie podskórnie w dawce 20 mg [1].

NATALIZUMAB (TYSABRI)

Natalizumab jest humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciwko molekuule adhezyjnej VLA-4 znajdującej się na śródbłonku naczyń mózgowych. Mechanizm działania leku opiera się na blokowaniu cząsteczki VLA-4 i jednocześnie zahamowaniu migracji limfocytów przez barierę krew – mózg. Efektem powyższych interakcji jest ograniczenie reakcji zapalnej w tkance mózgowej u pacjentów chorujących na SM, a także zahamowanie migracji komórek układu odpornościowego w kierunku ogniska stanu zapalnego, co przyczynia się do ograniczenia powstawania nowych ognisk chorobowych lub powiększania się zmian już istniejących [17]. Natalizumab jako pierwszy z leków modyfikujących przebieg choroby został zakwalifikowany do leczenia postaci rzutowo-remisyjnej SM. Działanie preparatu zostało ocenione w dwóch badaniach, podczas których porównywano efekty działania Tysabri z placebo (badanie Affirm) oraz Avonexem (INF- β 1a, badanie Sentinel). W badaniu Affirm wzięło udział 942 pacjentów w średnim wieku 36 lat z rzutowymi postaciami SM o łagodnym przebiegu (średni wynik w skali EDSS wynosił 2,3 punktu). Natalizumab pod postacią preparatu Tysabri był podawany we wlewie dożylnym co miesiąc, w dawce

300 mg, przez okres 2 lat. W wyniku zastosowanej terapii zarejestrowano obniżenie rocznego wskaźnika rzutów o ok. 66%, zmniejszenie ryzyka pogorszenia sprawności ruchowej mierzonego w skali EDSS o 41% oraz 90% redukcję liczby nowych ognisk demielinizacyjnych wykazujących wzmocnienie kontrastowe w MRI [16].

Z kolei w badaniu Sentinel leczenie natalizumabem (Tysabri 300mg) w skojarzeniu z interferonem- β 1a (Avonex 30ug) porównywano ze stosowaniem samego interferonu -1a β . Obserwacją objęto grupę 1196 pacjentów w średnim wieku 39 lat, również z łagodną postacią rzutową SM (średnia wartość EDSS wynosiła 2,4 punktu). Po 120 tygodniach terapii zauważono zmniejszenie częstości rzutów SM o 54% w przeliczeniu na rok, obniżenie ryzyka nawrotu choroby o 38–43%, ograniczenie tempa postępowania niepełnosprawności ruchowej w skali EDSS o 24% oraz zmniejszenie liczby nowych ognisk uszkodzenia wykazujących wzmocnienie po podaniu gadolinu w MRI o 89%. Poza tym udowodniono, iż leczenie skojarzone wiązało się z częstszym występowaniem działań niepożądanych, przy czym najczęściej obserwowano: stany zapalne gardła, zatok, obrzęki obwodowe oraz niepokój. Z kolei u dwóch pacjentów stwierdzono wystąpienie postępującej wielogniskowej leukoencefalopatii (PML), co jak się okazało miało związek z uaktywnieniem latentnego zakażenia wirusem JC [8].

Według danych pochodzących z programu monitorowania działań niepożądanych częstość występowania PML u chorych leczonych natalizumabem waha się w przedziale od 2 do 3 przypadków na 1000, natomiast ryzyko wystąpienia tego powikłania jest uzależnione od obecności przeciwciał w surowicy przeciw wirusowi JC, stosowania leczenia immunosupresyjnego w przeszłości oraz czasu trwania leczenia natalizumabem. Szacuje się, iż częstość występowania przeciwciał przeciw JCV w ogólnej populacji wynosi około 50–55%. Z kolei ryzyko wystąpienia PML u pacjentów seropozytywnych po 2 latach leczenia natalizumabem mieści się w przedziale od 2 do 11 przypadków na 1000 leczonych. Jednocześnie ryzyko to jest o wiele niższe wśród chorych niemających przeciwciał przeciw JCV w surowicy i wynosi około 1 na 10 000 przypadków. Najnowsze wytyczne zalecają kontrolę poziomu przeciwciał przeciw wirusowi JC co 6 miesięcy u pacjentów seronegatywnych ze względu na możliwość serokonwersji nawet u 3% leczonych w ciągu 1 roku. W przypadku pojawienia się nowych objawów neurologicznych zawsze należy wykluczyć postępującą ogniskową leukoencefalopatię, natomiast w razie potwierdzenia lub silnego podejrzenia PML zaleca się natychmiastowe przerwanie terapii oraz wykonanie zabiegu plazmaferezy celem doszczętnego usunięcia leku z organizmu. Terapia natalizumabem może również wywołać łagodne objawy towarzyszące infuzji takie jak: bóle głowy czy gorączka, natomiast u 1 na 10 pacjentów pojawia się reakcja uczuleniowa objawiająca się: pokrzywką, zapaleniem skóry, obrzękiem twarzy, warg lub języka, skurczem oskrzeli, bólem lub uczuciem dyskomfortu w klatce

piersiowej oraz podwyższeniem lub obniżeniem ciśnienia tętniczego krwi. Wystąpienie tych objawów stanowi wskazanie do zakończenia terapii natalizumabem ze względu na wysokie ryzyko reakcji nadwrażliwości przy kolejnych infuzjach. W czasie leczenia może również dojść do poważnego uszkodzenia funkcji wątroby, jednak powikłanie to jest bardzo rzadko obserwowane. U 1 na 1000 pacjentów natalizumab może zwiększać ryzyko wystąpienia nietypowych zakażeń (tzw. chorób oportunistycznych). Stosowanie leku w czasie ciąży i karmienia piersią jest bezwzględnie przeciwwskazane [2, 4, 15, 18].

DOUSTNE LEKI MODYFIKUJĄCE PRZEBIEG SM

FINGOLIMOD (GILENYA)

Fingolimod jako antagonistą sfingozyno-1-fosforanu (S1P) zaliczany jest do leków o nowym mechanizmie działania. Uważa się, iż lek ten zatrzymuje autoreaktywne limfocyty T w węzłach chłonnych co zapobiega ich migracji do OUN, gdzie poprzez indukcję reakcji zapalnej wywołują uszkodzenie tkanki mózgowej. Co ciekawe podczas terapii fingolimodem funkcje obronne układu immunologicznego w przypadku infekcji pozostają zachowane [11]. W warunkach fizjologicznych limfocyty T i B emigrują z węzłów chłonnych wzdłuż gradientu stężenia S1P, który następnie kieruje je z powrotem do krwi. Fingolimod poprzez internalizację receptorów S1P na niepobudzonych i pobudzonych limfocytach sprawia, że stają się one niewrażliwe na sygnał S1P [3]. Ponadto liczne badania na zwierzętach wykazały bezpośrednie działanie neuroprotektoryjne leku na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Fingolimod poprzez wiązanie się z receptorami S1P komórek glejowych, astrocytów czy oligodendrocytów nasila wytwarzanie czynnika neutropowego pochodzącego z mózgu (BDNF), wykazując efekt neuroregeneracyjny [13].

Podstawowe znaczenie dla rejestracji fingolimodu miały trzy badania kliniczne: FREEDOMS I, FREEDOMS II oraz TRANSFORMS, w których to oceniono efekt działania fingolimodu podczas terapii postaci rzutowo – remisyjnej SM. Badaniem FREEDOMS I objęto grupę ponad 1200 chorych, w średnim wieku 36–37 lat, leczonych fingolimodem w dwóch dawkach 0,5mg/dobę oraz 1,25mg/dobę przez okres 2 lat w porównaniu z placebo. Wśród pacjentów przyjmujących niższą dawkę leku zaobserwowano zmniejszenie tempa narastania niepełnosprawności ruchowej w skali EDSS o 30 % oraz redukcję zaniku mózgu również o 30%. Natomiast w przypadku chorych poddanych terapii wyższą dawką fingolimodu nie odnotowano wyższej skuteczności leku, a wręcz przeciwnie zaobserwowano nasilenie działań niepożądanych.

W badaniu FREEDOMS II podczas 24 miesięcznej obserwacji grupy pacjentów w średnim wieku 40–41 lat porównywano efekt działania fingolimodu poda-

wanego w małej dawce 0,5mg/dobę z placebo. Wyniki badań były dosyć obiecujące, gdyż w wyniku zastosowanego leczenia częstość rzutów SM uległa redukcji o 48% w porównaniu z placebo [7]. Z kolei do badania TRANSFORMS zakwalifikowanych zostało ponad 1000 pacjentów w średniej grupie wiekowej ok. 35 lat również z rozpoznaną postacią rzutową SM o łagodnym przebiegu. W czasie 12 miesięcznej obserwacji dwie trzecie pacjentów otrzymywało fingolimod w dawce 0,5mg/dobę lub 1,25mg/dobę, natomiast pozostała jedna trzecia była leczona interferonem- β 1a w iniekcjach domięśniowych podawanych co tydzień. W grupie chorych leczonych fingolimodem uzyskano zmniejszenie częstości rzutów o 50% w porównaniu z INF- β 1a. Jednocześnie w badaniu tym nie zaobserwowano wpływu fingolimodu na ograniczenie stopnia niepełnosprawności ruchowej w porównaniu z INF- β 1a. W czasie terapii uwidoczniło się również korzystny wpływ działania fingolimodu na objętość mózgu. W porównaniu z grupą przyjmującą INF- β 1a podczas rocznej obserwacji doszło do ponad 40% redukcji zaniku tkanki mózgowej u pacjentów przyjmujących fingolimod. Ponadto w czasie próby klinicznej z fingolimodem podawanym w dawce 1,25mg/dobę odnotowano dwa przypadki zgonów z powodu zakażeń wirusowych. Pierwszy zgon nastąpił w wyniku uogólnionego zakażenia wirusem opryszczki powikłanego opryszczkowym zapaleniem mózgu, natomiast w drugim przypadku przyczyną zgonu było zakażenie wirusem ospy wietrznej i półpaśca. Ze względu na zaistniałe powikłania obecnie jednym z kryteriów kwalifikacji do leczenia fingolimodem jest oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca, a w przypadku niewykrycia swoistych przeciwciał w surowicy pacjenta zalecane jest szczepienie ochronne [9].

Wśród pozostałych działań niepożądanych leku wymienia się: infekcje dróg oddechowych, moczowych, łagodne postacie infekcji wirusem opryszczki, bradykardię, blok przedsionkowo-komorowy, nadciśnienie tętnicze, obrzęk płamki żółtej, zaburzenia funkcji wątroby oraz limfopenię wynikającą z mechanizmu działania fingolimodu. Z kolei podczas stosowania wyższej dawki leku obserwowano cięższe działania niepożądane, a wśród nich zwiększoną zachorowalność na nowotwory złośliwe skóry, piersi oraz węzłów chłonnych.

Nie zaleca się stosowania leku w przypadku niedawno przebitego zawału mięśnia sercowego, niestabilnej dusznicy bolesnej, udaru mózgu lub TIA (przemijającego napadu niedokrwienia mózgu w ciągu ostatnich 6 miesięcy). Ponadto istotne przeciwwskazanie do terapii fingolimodem stanowią: blok przedsionkowo-komorowy II stopnia typu Mobitz 2 lub III stopnia, zespół chorego węzła zatokowego oraz terapia lekami przeciwyrtmicznymi klasy Ia lub III. Przed i po podaniu pierwszej dawki leku wskazane jest wykonanie badania EKG, jak również monitorowanie częstości akcji serca oraz ciśnienia tętniczego krwi. Ponadto przed rozpoczęciem leczenia oraz po 3–4 miesiącach

terapii zalecana jest konsultacja okulistyczna ze względu na możliwość pojawienia się obrzęku płamki żółtej. Z kolei u pacjentów z zaburzeniami funkcji układu oddechowego w wywiadzie istotne jest przeprowadzenie badania spirometrycznego. Okres ciąży i karmienia piersią stanowią bezwzględne przeciwwskazanie do terapii fingolimodem [11,15,18].

PRZECIWCIAŁA MONOKLONALNE

ALEMTUZUMAB

Alemtuzumab jest humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym typu IgG1 oraz moderatorem cząsteczki CD52 występującej na powierzchni limfocytów T, B NK, monocytów oraz komórek dendrytycznych. Jego funkcja polega na uszkodzaniu komórek wytwarzających molekułę CD52 w mechanizmie cytotoksyczności zależnej od przeciwciała. Przed wprowadzeniem alemtuzumabu do leczenia SM przeprowadzono wiele badań klinicznych dotyczących skuteczności leczenia oraz profilu bezpieczeństwa leku. Wśród nich największe znaczenie miały dwie próby kliniczne: badanie CARE-MS I oraz CARE-MS II.

W badaniu CARE-MS I rocznej terapii poddano chorych cierpiących na łagodną nawracająco-postępującą postać SM, którzy wcześniej nie otrzymywali leczenia modyfikującego przebieg choroby. Alemtuzumab był porównywany z interferonem- β 1a podawanym w dawce 44 μ g, podskórnie trzy razy w tygodniu. W grupie pacjentów leczonych alemtuzumabem zaobserwowano redukcję częstości rzutów SM o 54% w porównaniu z INF- β 1a, natomiast tempo postępowania niepełnosprawności ruchowej uległo zmniejszeniu o 28% w porównaniu z grupą placebo. Z kolei w badaniu CARE-MS II alemtuzumab został również poddany próbie klinicznej w porównaniu z INF- β 1a stosowanym trzy razy w tygodniu w tej samej dawce i postaci jak w badaniu CARE-MS I, jednakże osoby uczestniczące w badaniu były uprzednio leczone INF- β lub octanem glatiameru bez oczekiwanych efektów terapeutycznych. Badanie CARE-MS II wykazało zmniejszenie częstości rzutów SM o 49% oraz ograniczenie tempa niepełnosprawności ruchowej o 42% w trakcie przyjmowania alemtuzumabu.

Wśród działań niepożądanych leku obserwowano łagodne lub umiarkowane zakażenia, wtórne choroby autoimmunologiczne (t.j. choroba Gravesa- Basedova), limfopenię oraz trombocytopenię autoimmunologiczną. Ze względu na tak poważne powikłanie jakim jest trombocytopenia, zaleca się systematyczną kontrolę liczby płytek krwi u chorych przyjmujących alemtuzumab. Ponadto bardzo często po zakończeniu terapii alemtuzumabem dochodzi do długotrwałego utrzymywania się zmian w zakresie liczby

leukocytów, a w szczególności limfocytów T CD4+ pod postacią limfopenii. Obserwacja pierwszych 37 chorych przyjmujących alemtuzumab w latach 1991–1997 wykazała normalizację liczby limfocytów T CD8+ jedynie u 30% chorych po ponad 10 latach od zakończenia terapii, natomiast w przypadku limfocytów T CD4+ zaledwie u 21% pacjentów [5, 11].

PRZECIWCIAŁA PRZECIW LINGO-1

Ostatnie badania dowiodły, iż białko LINGO-1 odpowiedzialne jest za inhibicję procesu mielinizacji oraz różnicowania komórek gleju skąpodrzewiastego, jak również wpływa na ograniczenie przeżywalności komórek nerwowych i proces regeneracji aksonów. Liczne obserwacje na modelach zwierzęcych potwierdziły przypuszczenia, iż zablokowanie funkcji LINGO-1 poprzez zastosowanie odpowiednich przeciwciał nasila proces remielinizacji. Jak dotąd zostało przeprowadzone jedno badanie kliniczne I fazy, w którym oceniano skuteczność działania przeciwciał anty-LINGO-1 podawanych dożylnie. Odkrycie to być może stworzy nowe perspektywy terapeutyczne nie tylko w leczeniu SM, ale również innych chorób OUN [12].

PODSUMOWANIE

Stwardnienie rozsiane pozostaje nadal jedną z najczęstszych przewlekłych a zarazem postępujących chorób neurodegeneracyjnych, której przebiegu nie jesteśmy w stanie do końca przewidzieć. Jednakże ważne jest aby uzmysłowić sobie fakt, iż pomimo obecności tego samego typu choroby każdy pacjent choruje inaczej, a różnice te wynikają głównie z lokalizacji ognisk degeneracyjnych w obrębie OUN. Schorzenie to dwukrotnie częściej obserwowane jest w populacji kobiet w wieku 20–40 lat i jednocześnie jest jedną z najważniejszych przyczyn niepełnosprawności w populacji ludzi młodych. Dlatego też ogromne nadzieje wiązane są z zastosowaniem terapii II rzutu SM modyfikującej przebieg choroby, która jak się okazało została uznana za skuteczną i dobrze tolerowaną metodę leczenia spowalniającą postęp stwardnienia rozsianego u osób dorosłych. Ponadto, obiecujące wydają się być również badania dotyczące leków mających wpływ na naprawę uszkodzeń neuronalnych powstałych w przebiegu SM. Badania te, jak na razie, pozostają na etapie początkowej analizy klinicznej.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Arnon R., Aharoni R., „Mechanism of action of glatiramer acetate in multiple sclerosis and its potential for development of new applications” *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 2004; 101: 14593-14598
- [2] Bloomgren G., Richman S., Hotermans C. I. i wsp., „Risk of natalizumab – associated progressive multifocal leukoencephalopathy” *N. Engl. J. Med.* 2012; 366: 1870-1880
- [3] Brinkmann V., FTY (Fingolimod) in Multiple Sclerosis: therapeutic effects in the immune and the central nervous system. *Br. J. Pharmacol.* 2009; 158: 1173-1182
- [4] Gorelik L., Lerner M., Bixler S. i wsp.: Anti-JC virus antibodies: implications for PML Risk Stratification. *Ann. Neurol.* 2010; 68: 295-303
- [5] Hu Y., Turner M. J., Shields J. i wsp.: „Investigation of the mechanism of action of alemtuzumab in a human CD52 transgenic mouse model” *Immunology* 2009; 128: 260-270
- [6] Kaczor Marcin, Rebif (interferon beta-1a) w długookresowym leczeniu postaci stwardnienia rozsianego przebiegającej z rzutami. Analiza problemu decyzyjnego i analiza kliniczna” *Kraków* 2014
- [7] Kappos L., Radue E. W., O’Connor P. i wsp. A placebo-controlled trial of oral fingolimod in relapsing multiple sclerosis. *N. Engl. J. Med.* 2010; 362: 387-401.
- [8] Kawalec Paweł, Paweł Moćko, „Nowoczesne metody leczenia stwardnienia rozsianego w Europie – przegląd systematyczny” *Medycyna Rodzinna* 3/2014
- [9] Khatri B., Barkhof F., Comi G. i wsp., „24-month efficacy and safety from the TRANSFORMS extension study of oral fingolimod (FTY 720) in patients with relapsing-remitting”. *Mult. Scler. Neurology* 2010; 74 (supl. 2): A239 [P03. 125].
- [10] Kułakowska A., Bartosik-Psujek H., Hożejowski R., Mitosek-Szewczyk K., Drozdowski W., Stelmasiak Z., Wybrane aspekty epidemiologiczne stwardnienia rozsianego w Polsce – wielośrodkowe badania pilotażowe. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2010; 44(5) Str. 443-452. ISSN 1734-5251
- [11] Maciejek Zdzisław, Fingolimod (FTY 720) w leczeniu stwardnienia rozsianego” *Polski Przegląd Neurologiczny* 2012, tom 8, 1, 47-52 ISSN 1734-5251
- [12] Mi S., Blake Pepinsky R., Cadavid D.: Blocking LINGO-1 as a therapy to promote CNS repair: from concept to the clinic. *CNS Drugs* 2013; 27: 493-503
- [13] Miron V. E., Darlington P. J., Ludwin S. K., Jour A. A., Kennedy T. E., Antel J. P., „The immunomodulator fingolimod (FTY 720) increases myelin production following demyelination of organotypic cerebellar slices” *Neurology* 2009; 72 (supl. 3): A421.
- [14] Olkiewicz Joanna, „Leki drugiego rzutu w leczeniu stwardnienia rozsianego – perspektywa pielęgniarki” *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013, Tom 2, Numer 4, Strony 179-182 ISSN 2084-8021
- [15] Palasik Witold, „Leki biologiczne w leczeniu stwardnienia rozsianego. Przegląd aktualnych osiągnięć” *Postępy Nauk Medycznych* 10/2013, Str. 715-719
- [16] Polman C. H., O’Connor P. W., Havrdova E. i wsp., „A randomized, placebo-controlled trial of Natalizumab for relapsing multiple sclerosis” *N. Engl. J. Med.* 2006; 354: 899-910
- [17] Rudick R. A., Sandrock A., „Natalizumab: alpha 4- integrin antagonist selective adhesion molecule inhibitors for MS, *Expert Rev. Neurother.* 2004; 4: 571-580
- [18] Selmaj Krzysztof, „Leczenie przyczynowe stwardnienia rozsianego” *Polski Przegląd*

- Neurologiczny 2005, tom 1, 3, Str.118–123
ISSN 1734–5251
- [19] Selmaj Krzysztof, „Stwardnienie rozsiane — kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby” Polski Przegląd Neurologiczny 2005, tom 1, 3, Str. 99–105 ISSN 1734–5251
- [20] Selmaj Krzysztof, „Stwardnienie rozsiane”. Termedia, Poznań 2006.
- [21] Selmaj Krzysztof. Choroby demielinizacyjne. W: Podemski R. (Red.), Kompendium neurologii. Via Medica, Gdańsk 2011;299-321
- [22] Wee Young V., Chabot S, Stuve O., Williams G.: Interferon beta in the treatment of multiple sclerosis; mechanism of action. Neurology 1998;51:682-689

COLITIS ULCEROSA – PROBLEMY DIAGNOSTYCZNO-TERAUPEUTYCZNE U KOBIET

ALEKSANDRA SKUBLEWSKA¹, RAFAŁ ZIEMIŃSKI¹, NATALIA ŚCIRKA¹,
AGNIESZKA BUDNY¹, ALEKSANDRA WASZCZUK¹, ANDRZEJ PRYSTUPA¹,
PATRYCJA LACHOWSKA-KOTOWSKA¹, BEATA SZCZUKA²,
EWA KURYS-DENIS³, GRZEGORZ DZIDA¹

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych w Lublinie,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Radiologii Zabiegowej i Diagnostyki Obrazowej w Lublinie,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ II Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wrzodzące zapalenie jelita grubego należy do grupy nieswoistych zapaleń jelit, których pierwotna przyczyna wciąż pozostaje niejasna, a patogenezą jest złożona i obejmuje czynniki genetyczne, środowiskowe, psychologiczne i immunologiczne. Przebieg WZJG składa się z okresów remisji i zaostrzeń. Objawy są dość zróżnicowane i mogą być przyczyną problemów diagnostycznych. Najczęstsze są następujące objawy: biegunka z domieszką świeżej krwi, nagłące i bolesne parcia, nietrzymanie stolca i ból brzucha. W poniższym artykule opisujemy przypadek 63-letniej pacjentki, która została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych z powodu osłabienia, bólu brzucha i krwistej biegunki trwającej od 4 miesięcy. Obraz kolonoskopowy ujawnił obecność nadżerek odpowiadających wrzodzącemu zapaleniu jelita grubego. Obraz histopatologiczny w połączeniu z obecnością charakterystycznych przeciwciał p-ANCA (przeciwciała przeciw cytoplazmie neutrofilii z około jądrowym typem świecenia) potwierdził diagnozę. W leczeniu zastosowano steroidoterapię, co spowodowało poprawę stanu ogólnego i ustąpienie biegunki. Kobieta została wypisana ze szpitala z zaleceniem zażywania steroidów w zmniejszających się dawkach.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka w wieku 63 lat została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych w powodu osłabienia, bólów brzucha oraz biegunki z domieszką krwi trwającej pod ponad czterech miesięcy. Pacjentka w dniu przyjęcia była wydolna oddechowo i krążeniowo, parametry życiowe utrzymywały się w granicach normy. W badaniu fizykalnym bez znacznych odchyśleń od normy: nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, tony serca czyste, głośnie. Natomiast palpacyjnie brzuch był wzdęty oraz tkliwy. W badaniu fizykalnym odbytnicy stwierdzono aktywne krwawienie z przewodu pokarmowego. Pacjentka przyjmowała na stałe leki (inhibitory konwertazy angiotensyny oraz beta-blokery) ze względu na nadciśnienie tętnicze. Z wywiadu wiadomo, że chora nie paliła papierosów, nie nadużywała alkoholu. Poniższe tabele nr 1A, 2A, 2B, 2C przedstawiają wyniki badań laboratoryjnych wykonane w trakcie hospitalizacji. U pacjentki przeprowadzono diagnostykę bólów brzucha.

Tabela 1. Morfologia krwi obwodowej

WBC [K/ul] (4–10,0)	RBC [M/ul] (4,00–5,00)	HGB [g/dl] (12,0–16,0)	HCT [%] (37,0–47,0)	MCV [fl] (80,0–94,0)	MCH [pg] (27,0–32,0)	MCHC [g/dl] (31,0–36,0)	PLT [K/ul] (120–400)	OB
10,70	4,14	12,6	36,8	88,9	30,4	34,2	284	100

Tabela 2 A. Badania biochemiczne

Na (s) [mmo- l/l] (136–145)	K(s) [mmo- l/l] (3,5–5,1)	Mocznik(s) [mg/dl] (2,4–4,3)	Kwas moczowy (s) [mg/dl] (2,4–5,7)	Kreaty- nina (s) [mg/dl] (2,4–5,7)	Białko całkowi- te (s) [mg/dl] (6,4–8,3)	Bili- rubina całko- wita (s) [mg/dl] (0,2–1,1)	GLU- K(s) [mg/dl] (60–100)	CRP [mg/dl]
135	3,37	26,8	5,700	0,540	5,800	0,28	74,7	86,0

Tabela nr 2 B. Badania biochemiczne

ALAT [U/l] (5–34)	ASPAT [IU/l] (5–35)	GGTP [IU/l] (6–42)	Amylaza (s) [IU/l] (0–100)	C h o - lesterol HDL (s) [mg/dl] (>45)	TG [mg/dl] (<150)	Fe [ug/ dl] (37–145)	Lipaza [IU/l] (7–60)	ALB [g/dl] (0–34)
10,7	11,4	24,0	76,0 44,0	52,6	67	29,0	180 34	3,3

Tabela 2 C. Badania biochemiczne

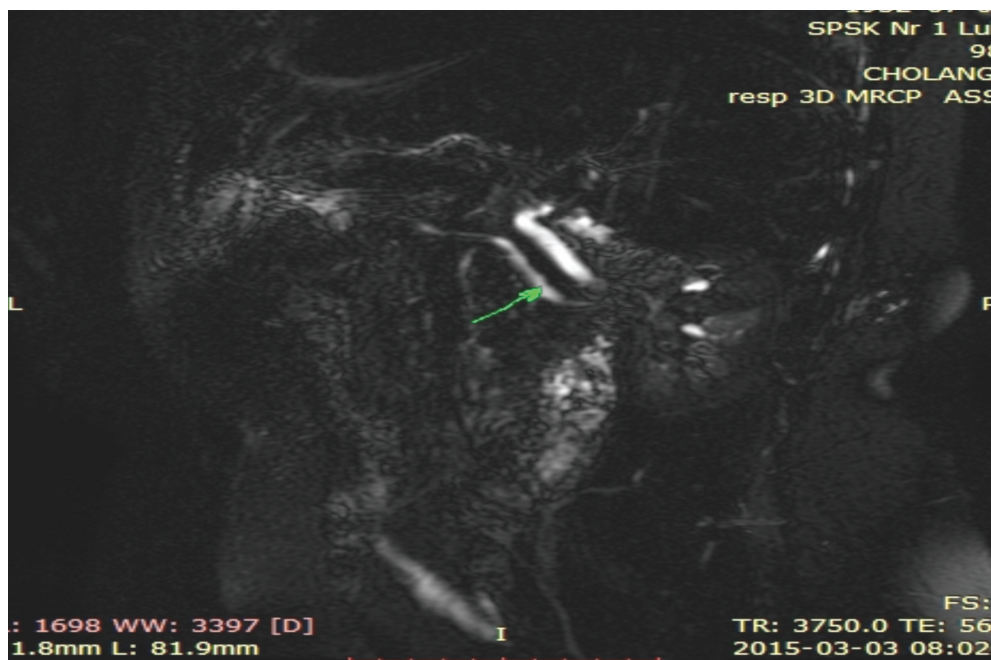
Ca 19–9 (s) [U/ml] (0–34)	AFP [IU/ml] (0–5,8)	Antygen Ca–125 [U/ml] (0–35)	Ca 15–3 (s) [U/ml] (0–30)	CE- A[ng/ ml] (0–6,5)	FT3 [pmol/l] (4,0– 8,3)	FT4 [pmol/l] (9,0– 20,0)	TSH [uU/ ml] (0,27– 4,2)	D-DIMER [ngFEU/ml] (0–500)
25,61	1,9	20,69	19,7	1,44	4,13	18,32	0,896	892,51

Z badań obrazowych wykonano tomografię komputerową (TK) i rezonans magnetyczny (MRI) jamy brzusznej oraz rezonans magnetyczny dróg żółciowych (cholangio-MRI) (opisy badań poniżej). Przeprowadzono również badanie endoskopowe górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Gastroskopia nie wykazała żadnej patologii. Obraz podczas kolonoskopii przedstawiał liczne nadżerki błony śluzowej jelita grubego, mogące sugerować wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Podczas badania pobrano wycinki do badania histologicznego. Badanie obrazowe rezonansu magnetycznego jamy brzusznej oraz tomografii komputerowej uwidocznilo patologiczną zmianę w okolicy trzustki. Na tej podstawie wykonano bardziej specyficzne badanie, jakim jest cholangio-MRI, w którym obraz odpowiadał obrzękowemu zapaleniu trzustki. Parametry trzustkowe jednakże były w normie (tabela). Wycinki histopatologiczne potwierdziły obraz choroby jaką jest wrzodziejące zapalenie jelit, czyli colitis ulcerosa. Z racji faktu, że schorzenie to należy do chorób autoimmunologicznych pacjentka była dodatkowo diagnozowana w kierunku autoimmunologicznego zapalenia trzustki. W tym celu oznaczono immunoglobuliny IgG4, które jednak okazały się w normie. Natomiast przeciwciała typowe dla colitis ulcerosa pANCA były dodatnie, co wraz z dodatnim opisem histopatologicznym wycinków potwierdziło wrzodziejące zapalenie jelit. W leczeniu u pacjentki zastosowano leczenie mesalazyną oraz sterydami, po czym stan ogólny pacjentki uległ poprawie oraz biegunka ustąpiła. Pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem przyjmowania sterydów w zmniejszającej się dawce.

Opis tomografii komputerowej – jama brzuszna z kontrastem: W badaniu stwierdza się pogrubienie ściany jelita okolicy zagięcia wątrobowego z jej nieostrym zarysem (pasmowate zagęszczenia w otaczającej tkance tłuszczowej) budzące podejrzenie procesu nowotworowego. Jelito obkurczone – orientacyjnie patologiczne pogrubienie ściany obejmuje 1/3 prawą okrzynicy poprzecznej, zagięcie wątrobowe, okrzynica wstępująca, początkowy odcinek kątnicy.

Pasmowate zagęszczenia w tkance tłuszczowej odcinkowo przylegają do dolnego bieguna wątroby. Zakątniczo pakiet węzłów chłonnych-największy węzeł 16x9mm, w okolicy zagięcia wątrobowego kilka węzłów chłonnych do 12x9mm. Ponadto w rzucie głowy trzustki i dwunastnicy widoczna jest patologiczna masa tkankowa słabo ograniczona, modelująca światło dwunastnicy o wym. 37x34x59mm (rl x ap x cc) – do różnicowania z pakietem węzłowym, guzem głowy trzustki. Węzeł chłonny pomiędzy żyłą główną dolną a wrotną 13x8mm.

Opis rezonansu magnetycznego jamy brzusznej: Trzustka nieco powiększona (trzon i ogon o szerokości do 30mm, głowa w wymiarze Lr do 50mm), bez wyraźnych zmian ogniskowych. Przewód Wirsunga na poziomie głowy trzustki poszerzony do 4mm. Ślad płynu w obu jamach opłucnowych. Podejrzenie obrzękowego zapalenia trzustki.



Ryc. 1. Stan po cholecystektomii. Drogi żółciowe zewnątrz- oraz wewnątrzwątrobowe nieposzerzone, bez wyraźnych złożeń. Przewód Wirsunga na poziomie głowy trzustki poszerzony do 4mm.

Wyniki histopatologiczne: Błona śluzowa jelita krętego: fragmenty błony śluzowej jelita cienkiego bez zmian. Błona śluzowa wstępnicy: Colitis ulcerosa (faza aktywna). Błona śluzowa poprzeczniczy: Colitis ulcerosa. Błona śluzowa esicy: Colitis ulcerosa.

Wyniki badań serologicznych: IgG4 (-) pANCA (+), sANCA (-)

OMÓWIENIE

Nieswoiste zapalenie jelit (ang. *Inflammatory Bowel Disease*) należy do grupy przewlekłych chorób przewodu pokarmowego o niewyjaśnionej do końca etiologii. Do tych schorzeń należą: wrzodziejące zapalenie jelit (łac. *colitis ulcerosa*, ang. *ulcerative colitis*), choroba Leśniowskiego-Crohna oraz nieokreślone zapalenie okrężnicy (ang. *indeterminate colitis* IC). Cechą charakterystyczną wymienionych wyżej chorób jest nieznaną pierwotną przyczyną wywołującą i złożoną patogenezą wieloczynnikową oraz występowanie okresów remisji i zaostrzeń [1].

Wrzodziejące zapalenie jelit to jest rozlany nieswoisty proces zapalny błony śluzowej odbytnicy lub odbytnicy i okrężnicy, który może prowadzić do powstania owrzodzeń [2].

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA

Cechą charakterystyczną jest to, iż proces zapalny ogranicza się do błony śluzowej i podśluzowej jelita grubego. Zmiany zapalne widoczne w jelicie szerzą się w sposób ciągły i w zaawansowanych przypadkach zajmują całe jelito grube. W chorobie tej bardzo często pojawiają się okresy remisji oraz zaostrzeń. Przyczynami nawrotów mogą być stresy psychiczne, zmiany w sposobie odżywiania, środki przeciwbólowe (przede wszystkim niesteroidowe leki przeciwzapalne), zakażenia pokarmowe oraz infekcje innych narządów leczone antybiotykami drogą doustną [1]. Schorzenie to występuje na całym świecie, jednakże najczęściej pojawia się u mieszkańców Skandynawii, Wielkiej Brytanii oraz Niemczech. Zachorowalność w Polsce szacuje się na około 700 przypadków rocznie i nie ma wyraźnego związku z płcią. Zaobserwowano natomiast dwie fazy zachorowań między 15–30 rokiem życia i po 60-tym roku życia [1, 2].

ETIOLOGIA

Etiopatogeneza *colitis ulcerosa* nie jest dokładnie poznana. Przypuszcza się, iż powodem tego schorzenia mogą być choroby polietiologiczne. Obecnie występuje kilka teorii uwzględniających udział czynników: genetycznych, środowiskowych oraz immunologicznych. Rodzinne występowania wrzodziejącego zapalenia jelit dotyczą około 6–7% przypadków. Koncepcja środowiskowa zakłada fakt, iż bakterie prawidłowej flory jelitowej w momencie wzmożonej przepuszczalności błony śluzowej przełamują tolerancję ustroju w stosunku do antygenów bakteryjnych, które są w świetle jelit [1]. W nieswoistych zapaleniach jelit szczególną rolę mogą odgrywać niektóre szczepy *Escherichia coli* i *Bacteroides vulgatus*. *Colitis ulcerosa* występuje rzadziej u ludzi, którym przed 20 rokiem życia wycięto wyrostek robaczkowy [2]. Ponadto w koncepcji środowiskowej podkreśla się również fakt stylu życia. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego należy do grupy schorzeń autoimmunologicznych, które częściej przytrafiają się osobom prowadzącym niezdrowy styl życia, tak jak: nieodpowiednia ilość snu, życie w przewlekłym stresie, niestosowanie się do zasad zdrowego odżywiania. Teoria immunologiczna zakłada wzmożone działanie układu immunologicznego, gdzie dochodzi do zwiększonej aktywacji limfocytów T o fenotypie CD4 oraz przewagi cytokin prozapalnych takich jak: (Il-8, Il-1-beta, TNF-alfa) nad cytokinami przeciwzapalnymi: (Il-13, Il-10, Il-4). W *colitis ulcerosa* dominuje subpopulacja komórek Th2, które produkują interleukiny Il-4, Il-5, Il-6 i Il-10 odpowiedzialne za humoralny typ odpowiedzi, co związane jest ze wzmożoną syntezą przeciwciał. Przykładem takich przeciwciał są autoprzeciwciała przeciwko około jądrowemu antygenowi granulocytów (pANCA). Natomiast w chorobie Leśniowskiego-Crohna dominują komórki Th1 oraz odpowiedź typu komórkowego, która uwarunkowana jest cytokinami prozapalnymi Il-2, TNF-alfa. Dochodzi do zmniejszonej apoptozy komórek T, co prowadzi do utraty kontroli tych komórek oraz do ciągłego podtrzymywania stanu zapalnego w jelitach. Przeciwciałami charakterystycznymi dla Leśniowskiego-Crohna są przeciwciała przeciwko *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) Stany stresowe oraz urazy psychiczne pełnią natomiast rolę w inicjacji zaostrzeń [1, 2].

OBJAWY

Obraz kliniczny *colitis ulcerosa* może przebiegać w wieloraki sposób, co sprawia wiele trudności w diagnostyce. Jednym z dominujących objawów jest biegunka z domieszką krwi, bolesne oraz nagłe parcie na stolce, jak i bóle w okolicy podbrzusza i odbytnicy. W sytuacji, gdy zajęta jest tylko odbytnica (łac. *proctitis ulcerosa*) jedynym

objawem chorobowym może być biegunka z domieszką krwi z towarzyszącym silnym parciem, bólem oraz nietrzymaniem stolca. W zaawansowanej postaci colitis ulcerosa często występują objawy ogólne takie jak: niedokrwistość, brak łaknienia, spadek masy ciała, osłabienie, gorączka, obrzęki oraz rozlana lub miejscowa bolesność uciskowa jamy brzusznej. Diagnostykę w kierunku colitis ulcerosa powinny również sugerować objawy pozajelitowe takie jak: objawy skórne, stawowe, oczne, wątrobowe i naczyniowe. Większość pacjentów z colitis ulcerosa ma przebieg choroby o średniej aktywności, którą charakteryzuje: do 6 krwistych stolców dziennie, bóle brzucha, tkliwość powłok brzusznych, podwyższona temperatura ciała oraz osłabienie. U 20 % chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego przebieg choroby może występować z następującymi objawami: ponad 6 krwistych stolców dziennie, znacznie zwiększony wysiłek fizyczny, spadek masy ciała, gorączka, tachykardia, osłabienie perystaltyki, niedokrwistość, małe stężenie albumin w surowicy. Wzdęty brzuch przy ciężkiej postaci colitis ulcerosa może świadczyć o toksycznym rozdęciu jelita grubego (*megacolon toxicum*) [1, 2, 3].

ROZPOZNANIE

Aby być pewnym rozpoznania *colitis ulcerosa*, należy wziąć pod uwagę obraz kliniczny, wyniki badań laboratoryjnych oraz endoskopowych, a także wynik histopatologiczny. W ocenie nasilenia choroby pomocne okazać się mogą podstawowe badania laboratoryjne: skład morfologiczny krwi obwodowej, OB – szybkość opadania krwinek czerwonych, CRP – białko C-reaktywne, albuminy, elektrolity, gdyż do najczęstszych odchyśleń laboratoryjnych we wrzodziejącym zapaleniu jelit należy: niedokrwistość, leukocytoza, podwyższona liczba płytek, przyspieszone OB, wzrost stężenia CRP, hipalbuminemia oraz wzrost stężenia gamma-globulin. U pacjentów z *colitis ulcerosa* należy również okresowo oznaczać aktywność fosfatazy zasadowej, gammaglutamylotransferazę, stężenie bilirubiny w surowicy krwi, aby ocenić aktywność choroby, określić niedobory oraz wcześniej uchwycić powikłania wątrobowe i dróg żółciowych przebiegających z cholestazą. Obecnie stosuje się również nieinwazyjny parametr aktywności choroby – stężenie kalprotektyny w kale, służący do oceny odpowiedzi na zastosowane leczenie. Istnieje wiele bakterii mogących powodować infekcyjne zapalenie jelita grubego (np. Shigella, Salmonella, E.coli, Campylobacter), dlatego też wszelkie badania parazytologiczne powinny być wykonane w trakcie diagnostyki różnicowej. Obecnie odkrytych jest wiele markerów serologicznych przydatnych w diagnostyce i różnicowaniu nieswoistych zapaleń jelit. W trakcie diagnostyki można oznaczyć przeciwciała pANCA (przeciwciała przeciw cytoplazmie neutrofilii z około jądrowym typem świecenia) i przeciw-

ciała przeciw komórkom kubkowym jelita (GAB) w colitis ulcerosa oraz przeciwciała przeciw części *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) w chorobie Leśniowskiego-Crohna.

Jednym z ważniejszych badań mogących służyć rozpoznaniu *colitis ulcerosa* jest rektoskopia lub sigmoidoskopia z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego. Cechą charakterystyczną obrazu w trakcie badania endoskopowego jest zatarty rysunek naczyniowy, któremu towarzyszy zaczerwienienie, wybroczyny, nadżerki, owrzodzenia, naloty włóknikowe, ropa, zmiany pseudopolipowate oraz błona śluzowa krwawiąca przy dotknięciu. Za pomocą badania endoskopowego pobierane są wycinki do badania histopatologicznego, w którym może być widoczny naciek plazmocytowy w okolicy dna krypt, zaburzenia architektiki oraz mikroropnie krypt. Dodatkowo u chorych z *colitis ulcerosa* powinno się również wykonać zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej i doodbytnicy wlew kontrastowy. Badania te są w stanie ocenić rodzaj i zakres zmian jelitowych. Jednakże należy pamiętać, że u chorych z ciężkim rzutem wrzodziejącego zapalenia jelit nie należy wykonywać wlewu doodbytniczego. W takiej sytuacji można wykorzystać ultrasonografię, tomografię komputerową, czy obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego. W literaturze podaje się, że kolonoskopia nie powinna być metodą pierwszego rzutu, jednakże jej wykonanie określa zasięg zmian. Ponadto wirtualna kolonoskopia również nie należy do badań diagnostycznych *colitis ulcerosa* [1, 2, 3].

RÓŻNICOWANIE

Wiele chorób posiada podobny obraz kliniczny do *colitis ulcerosa*. Dlatego w trakcie prowadzonej diagnostyki należy wziąć pod uwagę wiele schorzeń, takich jak: swoiste zakażenia bakteryjne i pasożytnicze, rzekomobłoniaste zapalenie jelit, rak odbytnicy lub esicy, niedokrwienne zapalenie okrężnicy oraz zapalenie odbytnicy i esicy po naświetleniach. Jednakże w diagnostyce różnicowej najważniejsza jest znajomość choroby Leśniowskiego-Crohna, która również umiejscawia się w jelicie grubym. W celu odróżnienia wrzodziejącego zapalenia jelit od choroby Leśniowskiego-Crohna należy zapoznać się z kryteriami klinicznymi, radiologicznymi oraz histopatologicznymi. W celu wykluczenia zakażeń bakteryjnych oraz pasożytniczych znaczenie mają wcześniej wymienione badania mikrobiologiczne: posiewy i badania mikroskopowe kału (w kierunku *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*). Zapalenie odbytnicy i okrężnicy może być również wywołane przez *Entamoeba histolytica*, *Yersinia enterocolitica* i gonokoki [2, 5].

Do cech najbardziej charakterystycznych dla Leśniowskiego-Crohna należą: bardzo silny ból brzucha, często występujące objawy ogólne oraz pozajelitowe, wyuczulalny opór w trakcie badania fizykalnego, przetoki oraz zmiany okołodbytnicze.

W badaniu histopatologicznym występuje pełnościenny naciek zapalny i zajęcie węzłów chłonnych krezkowych. Typowymi zmianami są ziarniniaki. W badaniach laboratoryjnych pomocą w rozpoznaniu colitis ulcerosa będzie do dodatni poziom pANCA. Natomiast w chorobie Leśniowskiego-Crohna dominują ASCA. W odróżnieniu od choroby Leśniowskiego-Crohna, we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego istnieje znacznie mniejsza tendencja do powstawania przetok okołodbytniczych, ropni i perforacji jelit. Występuje natomiast większe prawdopodobieństwo powstania raka jelita grubego [1, 5].

POWIKŁANIA

W przebiegu *colitis ulcerosa* mogą pojawić się powikłania jelitowe oraz pozajelitowe. U około 15% chorych najczęstszym stwierdzanym powikłaniem jelitowym jest polipowatość zapalna (pseudopolipowatość), która świadczy o ciężkim uszkodzeniu błony śluzowej. Kolejnym powikłaniem jelitowym jest ostre rozdęcie okrężnicy (łac. *dilatatio coli acuta, megacolon toxicum*), które może stanowić zagrożenie życia i występuje u około 3–4 % chorych. Do tego stanu doprowadzić mogą leki przeciwbiegunkowe oraz doodbytniczy wlew kontrastowy. U chorego z megacolon toxicum dominować będzie ból i wzdęcie brzucha, wysoka gorączka oraz przyspieszenie akcji serca. W badaniu przedmiotowym może występować wzmożone napięcie i bolesność uciskowa powłok brzusznych wraz ze ściszeniem bądź zanikiem perystaltyki. Aby być pewnym rozpoznania *megacolon toxicum*, należy dobrze znać obraz kliniczny pacjenta i wykonać zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, w którym średnica poprzecznicy musi przekraczać w linii pośrodkowej ciała 6 cm.

Długotrwały przebieg wrzodziejącego zapalenia jelit może zwiększyć ryzyko wystąpienia raka jelita grubego o 5–10%. Do czynników ryzyka pojawienia się raka należy: ponad ośmioletni czas trwania *colitis ulcerosa*, rozległe zajęcie jelita grubego oraz wczesny początek. Dlatego też wskazane jest systematyczne wykonywanie kolonoskopii z możliwością pobrania licznych wycinków z jelita grubego, co umożliwi wykrycie charakterystycznych zmian przedrakowych u chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Do powikłań pozajelitowych należą: zapalenie dużych stawów obwodowych, zeszytywniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie naczyń i tęczówki, rumień guzowaty (*erytema nodosum*), piodermia zgorzelinowa (*pyoderma gangrenosum*), zapalenie naczyń (*polyarteriitis nodosa, vasculitis, phlebothrombosis*), zatorowość płucna, osteopenia i osteoporoza, stłuszczenie wątroby, rak dróg żółciowych. Powikłania te mogą pojawiać się w okresie zaostrzeń i należy do nich na przykład: zapalenie naczyń,

rumień guzowaty, czy zapalenie dużych stawów, bądź część powikłań występuje niezależnie od zapalenia jelit i są to: choroby wątroby i dróg żółciowych, zeszytniające zapalenie stawów [1, 2].

LECZENIE

W terapii *colitis ulcerosa* stosuje się leczenie zachowawcze (farmakologiczne, dietetyczne) oraz chirurgiczne. Postępowanie zachowawcze ma na celu uzyskać remisję i zapobiec nawrotom choroby. Aby dobrać odpowiednią terapię należy znać ciężkość objawów, zasięg zmian, aktywność choroby oraz obecność czynników ryzyka niekorzystnego przebiegu. Do tych czynników należy: częste zaostrzenia i ich ciężkość w przeszłości, konieczność stosowania steroidów, zakres zmian w jelicie grubym oraz młody wiek, w którym rozpoznano chorobę. Rzut lekki *colitis ulcerosa* może być leczony w sposób ambulatoryjny. Pacjentom zaleca się normalny tryb życia i odżywiania. Do podstawowych leków stosowanych w tej postaci wrzodziejącego zapalenia jelit zalicza się: preparaty mesalazyny lub sulfasalazyny podawane doustnie oraz glukokortykosteroidy podawane doodbytniczo. Sulfasalazynę stosuje się w dawce 3–4 g/dobę. Należy pamiętać o działaniach niepożądanych tego leku, a są nimi upośledzone łaknienie, nudności, wymioty, bóle głowy, reakcje alergiczne, ograniczenie płodności męskiej oraz niedokrwistość hemolityczna i granulocytopenia. Mesalazynę podaje się w dawce 3–4 g/dobę, można ją stosować zaraz na początku kuracji i nie posiada tylu działań niepożądanych. Pacjenci z *proctitis ulcerosa* powinni stosować czopki doodbytnicze w dawce 0,25–1 g. Natomiast u chorych, gdzie zajęte jest jelito po stronie lewej zaleca się wlewki zawierające 1–4g kwasu 5-aminosalicylowego. Lekami drugiego rzutu w razie nieskuteczności leczenia sulfasalazyną lub mesalazyną są pochodne tiopuryn (azatiopryna, 6-merkaptouryna). W sytuacji nieskuteczności również i tych leków należy wdrożyć terapię preparatami anty-TNF (przeciwko czynnikowi martwicy nowotworów alfa: infliximab). W średnio-ciężkim rzucie *colitis ulcerosa* zajęty jest większy odcinek jelita grubego, najczęściej całej lewej połowy okrężnicy. U chorych dominują częstsze i krwiste wypróżnienia, którym może towarzyszyć gorączka. Leczenie średnio-ciężkiego rzutu wymaga już hospitalizacji. Może się zdarzyć potrzeba zlecenia diety ubogoresztkowej, zapewnienia odpowiedniego dowozu kalorii i białka, wyłączenia mleka z diety, a także przetoczenie krwi, uzupełnienie niedoborów elektrolitowych oraz zastosowanie profilaktyki zakrzepowo-zatorowej. Kluczową rolę w leczeniu tej postaci odgrywają glukokortykosteroidy podawane doustnie w dawkach 40–60mg na dobę. Najczęściej stosowany jest metyloprednizon. Terapia sterydami powinna trwać około trzech miesięcy wraz ze zmniejszaniem o 5 mg co

7 dni, aż do odstawienia. Gdy po czterech dniach nie widać poprawy stanu klinicznego pacjenta, należy dodać do terapii cyklosporynę lub infliksimab. W ciężkim rzucie wrzodziejącego zapalenia jelit potrzeba hospitalizacji pacjenta jest bezwzględna. Pacjent wówczas może wysoko gorączkować, oddawać liczne stolce z dużą domieszką krwi, śluzu, ropy. Niektórzy pacjenci będą wymagali zaopatrzenia chirurgicznego z racji wystąpienia megacolon toxicum, bądź perforacji okrężnicy. U pacjentów, u których pojawiły się nudności oraz wymioty zakłada się często sondy do żywienia pozajelitowego. Leczenie farmakologiczne oparte jest stosowaniu metyloprednizolonu w dawkach 300 oraz 60 mg na dobę. Antybiotykoterapia również jest stosowana i najczęściej podaje się ciprofloksacynę (0,4–0,8 g/dobę) oraz metronidazol (1,5g/dobę) [3].

Intensywne leczenie farmakologiczne powinno trwać maksymalnie do dziesięciu dni. Po tym okresie wskazana jest ocena chirurgiczna i decyzja co do operacji. Tak jak w średniociężkim rzucie, tak i w tej postaci *colitis ulcerosa* można zastosować infliksimab, który zapobiega kolektomii, czyli wycięcia okrężnicy. Gdy ostry rzut zostanie opanowany pojawi się okres remisji. Aby podtrzymać ten czas można stosować sulfasalzynę (2–3g/dobę) oraz preparaty kwasu 5-aminosalicylowego (2–3g/dobę). Takie postępowanie farmakologiczne ma również uchronić pacjenta przed pojawieniem się nowotworu jelita grubego. Bardzo ważne jest, by pacjent został poinformowany o potrzebie unikania sytuacji stresowych, zakażeń pokarmowych oraz jak najmniejszym stosowaniu środków przeciwbólowych oraz antybiotyków. Część pacjentów nie osiągnie pełnej remisji. Będą oni wówczas odczuwać parcie na stolec oraz pojawią się biegunki z domieszką krwi. W takiej sytuacji należy zastosować azatioprynę (2–2,5 mg/kg/m.c./dobę). Gdy postępowanie zachowawcze nie wystarcza należy pomyśleć nad interwencją chirurgiczną. U około 20% pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego występuje potrzeba zabiegu chirurgicznego. Każdy pacjent z megacolon toxicum, przedziurawieniem okrężnicy, bądź z masywnym krwotokiem jelitowym będzie wymagał leczenia chirurgicznego w trybie nagłym. Pilne interwencje medyczne znajdują również zastosowanie w ciężkich rzutach *colitis ulcerosa*, gdzie po dziesięciu dniach leczenia zachowawczego nie ma poprawy w stanie zdrowia pacjenta. Istnieją jeszcze wybiórcze wskazania do leczenia chirurgicznego i są to: długotrwałe przykre objawy mimo leczenia zachowawczego, obecność procesu nowotworowego w jelicie grubym, zahamowanie wzrostu z opóźnieniem dojrzewania u dzieci, powikłanie długotrwałej korytkoterapii oraz powikłania miejscowe. Aby całkowicie wyleczyć pacjenta z wrzodziejącego zapalenia jelit należałoby wyciąć całkowicie odbytnicę i okrężnicę (łac. *proctocolectomia*) z wytworzeniem odbytu na jelicie krętym (łac. *ileostomia*) [1, 2, 3, 4].

Kobiety chore na wrzodziejące zapalenie jelit mają taką samą płodność oraz szansę na pomyślne ukończenie ciąży i urodzenie zdrowego dziecka, jak w populacji ogólnej.

Poronienie może przydarzyć się jedynie tym kobietom, które w trakcie zajścia w ciążę miały aktywne zapalenie jelita grubego. Stosowane leczenie u kobiet w ciąży i chorych na *colitis ulcerosa* opiera się na kontynuacji dotychczasowego leczenia (sulfasalazyna, mesalazyna, glikokortykosteroidy). Przeciwwskazany jest jedynie metotreksat. U kobiet w ciąży chorych na *colitis ulcerosa* możliwe jest przeprowadzenie badania rektoskopowego [1, 2, 3].

Colitis ulcerosa oraz leki stosowane w tej chorobie mogą przyczynić się do zwiększenia ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych. Dlatego też u pacjentów ze świeżo wykrytym wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego powinno się uzupełnić pełny cykl szczepień ochronnych (przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, ospie wietrznej, grypie, pneumokokom) [1].

ROKOWANIE

W ostatnich latach śmiertelność z powodu *colitis ulcerosa* obniżyła się. Jest to związane z wieloma sposobami leczenia. Jednakże wciąż wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest chorobą bardzo poważną i o niepewnym rokowaniu [1, 2, 3].

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---|--|
| [1] Duława J., <i>Vademecum Medycyny Wewnętrznej</i> , Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015. | [4] Meier J, Sturm A., <i>Current treatment of ulcerative colitis</i> , World J Gastroenterol 2011; 17(27): 3201-3212. |
| [2] <i>Interna Szczeklika Podręcznik Chorób Wewnętrznych 2013</i> Medycyna Praktyczna, Kraków 2013. | [5] Zawadzka P., <i>Nieswoiste zapalenia jelit – wczoraj i dziś</i> , Nowiny Lekarskie 2006, 75, 5, 480–485. |
| [3] Bartnik W., <i>Wytyczne postępowania w nieswoistych chorobach zapalnych jelit</i> , Warszawa 2007, Przegląd Gastroenterologiczny 2007; 2 (5). | |

WODOBRZUSZE JAKO PIERWSZY OBJAW ROZSIANEGO RAKA ŻOŁĄDKA — OPIS PRZYPADKU 30-LETNIEJ KOBIETY

ALEKSANDRA WASZCZUK¹, ALEKSANDRA SKUBLEWSKA¹, NATALIA ŚCIRKA¹,
AGNIESZKA BUDNY¹, RAFAŁ ZIEMIŃSKI¹, ANDRZEJ PRYSTUPA¹,
PATRYCJA LACHOWSKA-KOTOWSKA¹, EWA KURYS-DENIS², GRZEGORZ DZIDA¹

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych w Lublinie,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² II Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Pomimo faktu, że zapadalność i umieralność z powodu raka żołądka zmalały w ciągu ostatniego stulecia z powodu zmian nawyków żywieniowych, wczesnej wykrywalności i redukcji ilości infekcji *Helicobacter pylori* wciąż pozostaje on jednym z najczęstszych nowotworów. Obraz kliniczny wczesnego raka żołądka jest mało specyficzny, co utrudnia wczesną diagnozę. Składa się z następujących objawów: dyskomfort w nadbrzuszu, uczucie wczesnej sytości, bólu poposiłkowego, nudności i odbijania. W zaawansowanym stadium pojawiają się inne objawy, jak utrata apetytu, utrata masy ciała, niedożywienie, dysfagia i odynofagia, wymioty, niedokrwistość, wodobrzusze, ciągły ból brzucha i wyczuwalny guz, ale niestety czasem wtedy jest już za późno na leczenie przyczynowe. W poniższym artykule opisujemy przypadek trzydziestoletniej pacjentki, która została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych z powodu wodobrzusza, przejściowych biegunk i bólów brzucha trwających od ostatnich 3 miesięcy. Badania USG i CT ujawniły poziomy płyn w jamie brzusznej i patologiczną zmianę okolicy odźwiernikowej oraz nacieki sieci większej. Badanie endoskopowe potwierdziło obecność guza. Badanie histopatologiczne wykryło komórki nowotworowe raka śluzowokomórkowego o typie rozlanym wg klasyfikacji Laurena. Po otrzymaniu diagnozy pacjentka została skierowana do Kliniki Chirurgii Onkologicznej, niestety jednak jej stan pozwolił jedynie na leczenie paliatywne.

OPIS PRZYPADKU

34-letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych z powodu wodobrzusza (nagromadzenia się płynu w jamie brzusznej), okresowej biegunki oraz bólów brzucha trwających od trzech miesięcy. Z wywiadu wiadomo, że pacjentka przybrała na wadze około 20 kg w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy, obwód brzucha uległ zwiększeniu. Pacjentka jeden raz rodziła oraz miesiączkowała regularnie. Chora zgłaszała czynne palenie papierosów od dziesięciu lat. Pacjentka negowała wywiad nowotworowy w rodzinie. W dniu przyjęcia chora była wydolna oddechowo i krążeniowo: akcja serca miarowa 70/min, ciśnienie tętnicze: 120/80 mmHg, tony serca głośne, czyste, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy obustronny. W badaniu fizykalnym stwierdzono minimalnie powiększoną tarczę oraz zwiększony obwód brzucha. Badaniem palpacyjnym stwierdzono bolesność powłok brzusznych. Obwodowe węzły chłonne nie były powiększone. Wyniki badań laboratoryjnych zostały przedstawione w tabelach poniżej (tabl. 1, 2). W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono wysoki poziom markerów nowotworowych Ca125 oraz He4 (wyniki w tabeli 1A). Pacjentka kilkakrotnie była konsultowana przez ginekologów, którzy oprócz płynu w zatoce Douglasa, nie stwierdzali żadnych patologii. W trakcie hospitalizacji stan pacjentki utrzymywał się w stanie stabilnym, pacjentka nie gorączkowała, a parametry życiowe utrzymywały się w granicach normy. Dolegliwości bólowe jamy brzusznej ustępowały minimalnie jedynie po zażyciu środków przeciwbólowych oraz rozkurczających. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono wodobrzusze i płyn w Zatoce Douglasa (opis poniżej). Pacjentce wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej, w której uwidoczniono nacieczenie sieci większej, poszerzenie ściany żołądka i liczne poziomy płynu w jamie brzusznej (Ryc. 1, 2, 3). Wykonano badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, które uwidocznilo guzową zmianę. Pobrano wycinki histopatologiczne. W badaniu histopatologicznym rozpoznano raka śluzowo komórkowego żołądka według Laurena typ rozlany. Po otrzymaniu wyniku pacjentka natychmiast została skonsultowana i wypisana do Kliniki Chirurgii Onkologicznej celem leczenia oraz wdrożenia chemioterapii. Na podstawie opisywanego przypadku stan pacjentki nie pozwolił na leczenie operacyjne tylko na leczenie paliatywne.

OPIS ULTRASONOGRAFII JAMY BRZUSZNEJ:

Wątroba niepowiększona, jednorodna, normoechogeniczna, bez uchwytanych zmian ogniskowych, Przewód żółciowy wspólny i drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone. Pęcherzyk żółciowy częściowo obkurczony, bez widocznych w badaniu złogów. Pole trzustki nieposzerzone, jednorodne. Śledziona niepowiększona, jednorodna, normoechogeniczna. Obie nerki typowego kształtu i wielkości, o zachowanej struk-

turze, bez cech zastojów w układach kielichowo-miedniczkowych ani odbić typowych dla upostaciowanych złogów. Pęcherz moczowy słabo wypełniony. Trzon macicy niepowiększony. Aorta brzuszna nieposzerzona, okolica około aortalna wolna. Niewielka ilość wolnego płynu widoczna jest około pętlowo i w miednicy mniejszej

Tab. 1 A. Badania biochemiczne wykonane u przedstawionej pacjentki.

Ca19.9(s) [u/ml] (0–34)	Ca125 [U/ml] (0–35)	AFP [IU/ml] (0–5,8)	He4 (0–60)	Antygen HBs (s)	P-ciała p/ HCV (s)	LDH [IU/l] (10–480)	GLUK(s) [mg/dl] (60–100)	Kreaty- nina (s) [mg/dl] (0,5– 0,90)
12,37	351,10	3,2	64	-	-	298	89,1	0,7

Białko całko- wite (s) [g/dl] (6,4–8,3)	CHOL [mg/dl] (115–190)	Cholesterol HDL (s) [mg/dl] (>45)	Cholesterol LDL (s) [mg/dl] (<115)	TG [mg/dl] (<150)	TSH [uU/ml] (0,27–4,2)
6,590	176,8	43,3	101	161	1,570

Tab. 2. Morfologia krwi obwodowej.

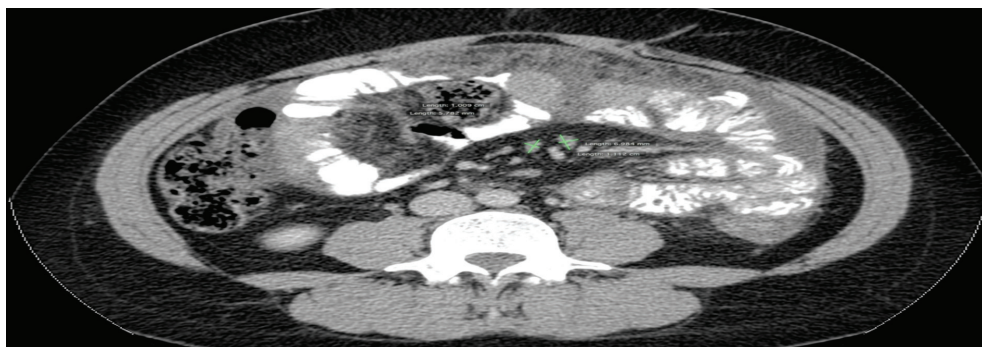
WBC [K/ul] (4,0–10,0)	RBC [M/uL] (4,00–5,00)	PLT [K/ul] (120–400)	MCV [fl] (80,0–94,0)	MCHC [g/dl] (31,0–36,0)	HGB [g/dl] (12,0–16,0)	HCT [%] (37,0–47,0)
8,27	4,51	329	90,5	34,6	14,1	40,8

OPIS TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ JAMY BRZUSZNEJ:

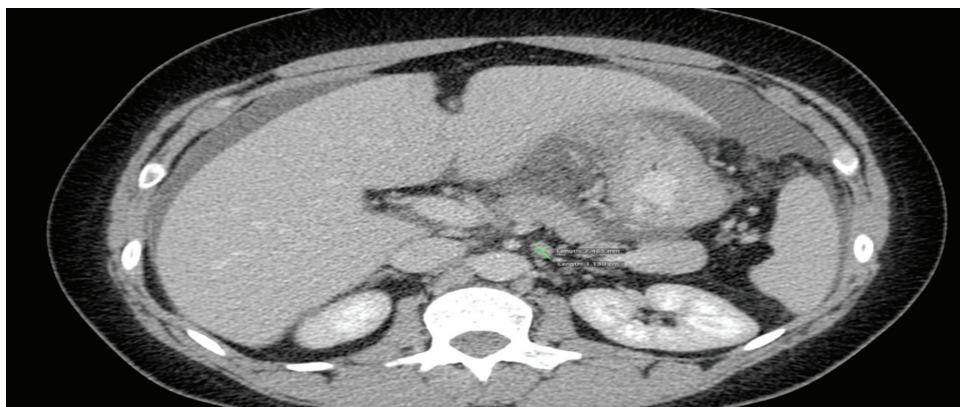
Wolny płyn obecny jest około wątrobowo, około śledzionowo, międzypętlowo i w miednicy mniejszej. Sieć większa pogrubiała, drobnoguzkowa, wzmacniająca się po dożylnym podaniu kontrastu – obraz zmian wskazuje na zmiany o charakterze meta. W obrębie krezki widoczne są liczne węzły chłonne wielkości do 11x7 mm. Ściana żołądka nieregularna – w celu weryfikacji charakteru zmian wskazane badanie endoskopowe żołądka. Wątroba nieco powiększona (150x195 mm w płaszczyźnie czołowej), jednorodna, z obecnością w seg. II niespecyficznego hipodensyjnego obszaru o średnicy 7 mm – obraz mogący odpowiadać torbieli. Drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe oraz przewód żółciowy wspólny nieposzerzone. Pęcherzyk żółciowy bez widocznych w badaniu TK złogów. Trzustka o budowie litej, niepowiększona, jednorodna. Śledziona prawidłowej wielkości, jednorodna. Nadnercza niepowiększone, jednorodne. Obie nerki prawidłowej wielkości i zachowanej budowie, bez cech zastojów, uległy jednoczasowemu zakontraktowaniu. Aorta brzuszna nieposzerzona. W okolicy około aortalnej widoczne są węzły chłonne wielkości do 11x7mm. Pęcherz moczowy o gładkim obrysie. Trzon macicy niepowiększony. Jajniki niepowiększone.



Ryc 1. Nieznaczna ilość płynu w okolicy wątroby i śledziony. Nieregularna pogrubiała ściana żołądka. Zmiany hipodensyjne w wątrobie.



Ryc 2. Nacieczenie sieci większej przez proces nowotworowy. Powiększone węzły chłonne krezki. Obecność płynu wokół jelit



Ryc 3. Nacieczenie sieci większej przez proces nowotworowy. Powiększone węzły chłonne w przestrzeni zaotrzewnowej. Zwiększona gęstość tłuszczu otrzewnej. Obecność płynu w jamie otrzewnej

DYSKUSJA

Pomimo faktu, iż zachorowalność oraz śmiertelność z powodu raka żołądka uległy znacznej redukcji w ciągu ostatnich 70 lat to w skali światowej rak żołądka pozostaje jednym z najczęstszych nowotworów układu pokarmowego. Zajmuje on odpowiednio 4 i 2 miejsce w skali globalnej pod względem częstości występowania oraz umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Stosunkowo rzadko jest on rozpoznawany w Stanach Zjednoczonych, gdzie wskaźnik umieralności uległ znacznemu zmniejszeniu z 37 do 6 na 100000 osób. Również w krajach Dalekiego Wschodu takich jak Chiny czy Japonia obserwuje się spadek umieralności o prawie 40% co związane jest ze zmianą nawyków żywieniowych, zmniejszeniem częstości infekcji wywołanych przez *Helicobacter pylori* oraz stosunkowo wczesną diagnostyką nowotworu. Polska z kolei, należy do państw o średniej zachorowalności na raka żołądka- rocznie obserwuje się ok. 5500 nowych zachorowań. Według Krajowego Rejestru Nowotworów Złośliwych w 2012r. rak żołądka znajdował się na 5 miejscu u mężczyzn i na 8 miejscu u kobiet wśród przyczyn zachorowań na nowotwory złośliwe. Z kolei pod względem przyczyn umieralności zajmował odpowiednio 4 miejsce wśród mężczyzn i 5 miejsce wśród kobiet. Przy jednoczesnym spadku ogólnej liczby zachorowań na raka żołądka obserwuje się dość niepokojącą tendencję wzrostu częstości występowania raka gruczołowego okolicy wpustu i połączenia żołądkowo-przelykowego. Nowotwory te częściej dotyczą młodych mężczyzn poniżej 40-tego roku życia i wiążą się z gorszym rokowaniem w stosunku do lokalizacji dystalnej. Wartość rocznego współczynnika liczby nowych zachorowań u mężczyzn rasy kaukaskiej jest szacowana na ok. 4,3% w przypadku raka części proksymalnej żołądka i jest wyższa w stosunku do raka płuca czy czerniaka [7, 8].

ETIOLOGIA I PATOGENEZA

Częstość występowania raka żołądka wzrasta wraz z wiekiem. Stosunkowo niewiele przypadków zachorowań odnotowuje się u osób poniżej 30 roku życia oraz w przedziale wiekowym 35 – 40 lat, gdzie nowotwór występuje z taką samą częstością zarówno u mężczyzn jak i u kobiet (stosunek 1:1). W tych grupach wiekowych szczególnie istotne dla rozwoju nowotworu są specyficzne zmiany genetyczne (m.in. polimorfizmy cytokin prozapalnych, tj. mutacja genu E-kadheryny — CDH1), które prowadzą do rozwoju wrodzonego raka żołądka poprzez zwiększenie ryzyka hipochlorydii i zanik błony śluzowej żołądka. Z kolei u osób powyżej 50 r.ż. zapadalność na raka

rośnie i w tym przypadku jest dwukrotnie wyższa w populacji męskiej. Wśród innych przyczyn, które prowadzą do rozwoju raka zalicza się czynniki środowiskowe, w tym zakażenie *Helicobacter pylori*. Infekcja ta 5–6 krotnie zwiększa ryzyko raka żołądka typu jelitowego oraz chłoniaka typu MALT. Mechanizm działania bakterii polega na uszkodzeniu błony śluzowej żołądka, co w efekcie poprzez fazę zapalenia zanikowego prowadzi do metaplastji jelitowej, a następnie do dysplazji i nowotworzenia. Ryzyko raka ulega znacznemu zwiększeniu w przypadku infekcji wywołanej przez bardziej wirulentny szczep *H. pylori* posiadający cytotoksynę wakuolizującą oraz geny związane z cytotoksycznością – *cagA*, w efekcie czego dochodzi do cięższego zapalenia zanikowego i rozwoju raka dystalnej części żołądka. Do innych czynników środowiskowych sprzyjających wystąpieniu raka zalicza się: nieprawidłową dietę zawierającą dużo soli, związków azotowych, ubogą w warzywa i owoce, a także niski poziom higieny, palenie tytoniu czy spożywanie alkoholu. Z kolei wśród rzadziej występujących czynników ryzyka nowotworzenia wymienia się: przewlekłe zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka związane z chorobą Addisona-Biermera, grupę krwi A, (która predysponuje do rozwoju raka gruczolowego typu rozlanego wg Laurena), resekcję żołądka metodą Billroth II, (która prowadzi do nasilenia refluku żółciowego), a także napromieniowanie czy zakażenie wirusem Epsteina-Barr [7, 13].

OBRAZ KLINICZNY

Obraz kliniczny raka żołądka jest dość niespecyficzny, gdyż nie ma charakterystycznych wczesnych objawów sugerujących rozpoznanie nowotworu co bardzo często wiąże się ze zbyt późno wdrożoną diagnostyką, leczeniem oraz pogorszeniem rokowania. Wśród objawów klinicznych wczesnego raka żołądka wyróżnia się: dyskomfort w środkowym nadbrzuszu, uczucie szybkiej sytości lub pełności po jedzeniu, poboлевania w nadbrzuszu, nudności czy odbijanie. Natomiast zmniejszenie lub utrata łaknienia, spadek masy ciała, niedożywienie, dysfagia lub odynofagia, wymioty, niedokrwistość, stały ból w nadbrzuszu, wodobrzusze, płyn w jamie opłucnowej, a czasem wyczuwalny guz w nadbrzuszu pojawiają się już w stadium raka zaawansowanego. Do specyficznych symptomów towarzyszących postaci zaawansowanej raka żołądka zalicza się również: przerzut Virchowa (przerzut w węzle chłonnym nadobojczykowym lewym, guz siostry Mary Joseph (guz w okolicy pępka), guz Krukenberga (przerzut do jajnika) oraz próg Blummera (guz wyczuwalny poza odbytnicą w badaniu per rectum) [9, 10].

WODOBRZUSZE

Terminem wodobrzusze (puchlina brzuszna) określamy gromadzenie się płynu wysiękowego lub przesiękowego w jamie otrzewnej. Patofizjologia wodobrzusza w przypadku raka żołądka nie została do końca wyjaśniona, jednakże wśród głównych mechanizmów powstawania wodobrzusza wymienia się postać centralną oraz obwodową. W postaci centralnej najważniejszą rolę odgrywają dwa czynniki: utrudniony odpływ krwi z krążenia wrotnego oraz hipoalbuminemia. W wyniku zmniejszenia objętości krwi krążącej dochodzi do spadku filtracji kłębuszkowej nerek oraz aktywacji układu RAA(Renina- Angiotensyna-Aldosteron), co w efekcie prowadzi do zatrzymania wody i sodu w organizmie. Natomiast patomechanizm postaci obwodowej wodobrzusza związany jest ze wzrostem przepuszczalności naczyń krwionośnych guza oraz zwiększoną produkcją płynu i zablokowaniem małych kanalików limfatycznych odprowadzających chłonkę z otrzewnej. Wśród rzadszych przyczyn powstawania wodobrzusza wymienia się zespół Budda i Chiarięgo, w przebiegu którego dochodzi do ucisku żył wątrobowych przez nowotwór, co w konsekwencji stanowi przyczynę ich niedrożności [12].

Do najczęstszych objawów, które występują u chorych z rakiem żołądka i towarzyszącym wodobrzuszem należą: zwiększenie obwodu brzucha, uczucie dyskomfortu, rozpierania w jamie brzusznej, bóle brzucha oraz przyrost masy ciała. W miarę postępu procesu nowotworowego pojawiają się: obrzęki kończyn dolnych i narządów płciowych zewnętrznych, które nasilają trudności z poruszaniem się. Poza tym pacjenci zgłaszają nudności, wymioty, odbijanie, uczucie pieczenia w przełyku, wzdęcia oraz duszność związaną ze znacznym uniesieniem przepony. W badaniu przedmiotowym pacjenta w pozycji leżącej stwierdza się tak zwany, „żabi brzuch”, wysklepiony ponad powierzchnię klatki piersiowej z uwydatnieniem części bocznych, wygładzony pępek, przepuklinę pępkową, objaw chełbotania oraz stłumienie odgłosu opukowego związane ze zmianą pozycji ciała i lokalizacją płynu [15].

W zależności od objętości zgromadzonego płynu w jamie otrzewnej wodobrzusze dzielimy na:

- ♦ łagodne (stopień 1), w którym nawet niewielkie ilości płynu(ok.100 ml) można stwierdzić za pomocą badania tomografii komputerowej(TK) czy ultrasonografii (USG) jamy brzusznej. Czułość TK mieści się w przedziale 62–89%. Jednocześnie należy mieć na uwadze fakt, iż nawet łagodne wodobrzusze wykryte podczas badania TK przed zabiegiem operacyjnym świadczy o rozsianym procesie nowotworowym i złym rokowaniu, dlatego też zalecane jest przeprowadzenie punkcji diagnostycznej jamy brzusznej pod kontrolą USG lub TK, mającej na celu wyja-

śnienie pochodzenia płynu puchlinowego, a także wykonanie badań cytologicznych, biochemicznych czy mikrobiologicznych,

- ♦ umiarkowane (stopień 2) – stwierdzone podczas badania przedmiotowego jamy brzusznej, gdy objętość płynu puchlinowego przekracza 500ml,
- ♦ zaawansowane (stopień 3) – związane z nasileniem objawów w stosunku do stopnia 2. Wystąpienie duszności w tym przypadku wskazuje na zgromadzenie się ponad 15 l płynu w jamie otrzewnej [1, 3, 5, 6].

KLASYFIKACJA

RAK WCZESNY I ZAAWANSOWANY

Terminem wczesny rak żołądka określa się zmianę złośliwą ograniczoną do błony śluzowej i warstwy podśluzowej, niezależnie od zajęcia węzłów chłonnych. Wczesna postać raka szerzy się powierzchownie, jednakże w chwili rozpoznania u 5–20% pacjentów stwierdza się obecność przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych.

Wyróżnia się 2 podtypy wczesnego raka żołądka w zależności od głębokości naciekania:

- ♦ rak żołądka ograniczony do nabłonka i błony śluzowej, który bardzo rzadko przerzuca do okołożołądkowych węzłów chłonnych oraz,
- ♦ rak żołądka przekraczający blaszkę mięśniową błony śluzowej, który w 10–20% przypadków daje przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych.

Z kolei rak zaawansowany jest zmianą złośliwą przekraczającą warstwę podśluzową i szerzącą się w kierunku głębszych warstw ściany żołądka. Najczęstszą lokalizacją tego nowotworu stanowi część przedodźwiernikowa, na krzywiźnie mniejszej żołądka, natomiast jak już wspomnieliśmy na początku artykułu obecnie obserwuje się wzrastającą liczbę przypadków raka bliższej części żołądka oraz okolicy połączenia żołądkowo-przełykowego.

Spośród wielu klasyfikacji histologicznych raka żołądka, powszechnie akceptowany i najbardziej praktyczny wydaje się podział wg Laurena. Klasyfikacja ta uwzględniając morfologię komórek oraz sposób naciekania nowotworu wyróżnia dwa typy histologiczne raka żołądka: jelitowy, któremu odpowiada rak gruczołowy wysoko dojrzały, zwykle zlokalizowany w części dystalnej żołądka oraz typ rozlany, któremu przyporządkowuje się raka gruczołowego niskozróżnicowanego oraz raka śluzowokomórkowego (signetringcellcarcinoma, WHO 2010 – poorly cohesive carcinoma), które z reguły rozwijają się w części proksymalnej żołądka. Klasyfikacja Lauréna ma zasadnicze znacze-

nie rokownicze, jak również jest wykorzystywana przy podejmowaniu ważnych decyzji klinicznych, takich jak zakres resekcji żołądka.

Guzy typu jelitowego charakteryzują się morfologicznym podobieństwem w stosunku do błony śluzowej żołądka. Zwykle rozwijają się na podłożu zmian przednowotworowych (tj. zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka wraz z metaplastją jelitową), a ich rozwój w większości przypadków zależy od wpływu czynników środowiskowych. Struktura tego typu nowotworów oparta jest na budowie gruczołowej z komórkami przypominającymi cylindryczne komórki jelitowe. Typ jelitowy częściej występuje u mężczyzn oraz u przedstawicieli rasy czarnej, w starszym wieku, mieszkających w regionach o wysokiej zapadalności na raka żołądka (stąd też określenie typu epidemicznego raka żołądka), dając przerzuty głównie do wątroby [11].

Z kolei guzy typu rozlanego zazwyczaj należą do nowotworów nisko zróżnicowanych, rozrastających się śródściennie i naciekających na okoliczne tkanki. Ich rozwój często związany jest z czynnikami genetycznymi oraz z pojawieniem stanu zapalnego dotyczącego całej powierzchni żołądka, jednakże nie obserwuje się tutaj zmian przednowotworowych typu metaplastji jelitowej. Częstość występowania tego typu nowotworów jest wyższa w regionach o niższej zapadalności na raka żołądka, dlatego też są one określane mianem typu endemicznego. Rak typu rozlanego rzadziej daje przerzuty do wątroby w porównaniu z typem jelitowym, jak również częściej predysponuje do rozsiewu wewnątrzotrzewnowego, co wiąże się z gorszym rokowaniem [2, 4, 7].

SPOSODY OCENY ZAAWANSOWANIA RAKA ŻOŁĄDKA

Podczas kwalifikacji do wyboru odpowiedniej metody leczenia raka żołądka wymagana jest dokładna analiza czynników, które w przypadku tego nowotworu mają zasadniczy wpływ na rokowanie. Czynniki te można podzielić na trzy grupy:

- czynniki zależne od nowotworu: zaawansowanie nowotworu (staging) oraz dojrzałość nowotworu (grading)
- czynniki zależne od sposobu leczenia
- czynniki zależne od stanu ogólnego pacjenta

OCENA ZAAWANSOWANIA RAKA ŻOŁĄDKA

Ocenę stopnia zaawansowania raka żołądka określa się na podstawie ogólnie przyjętych klasyfikacji. Najbardziej rozpowszechnioną wśród nich jest klasyfikacja TNM, która umożliwia ocenę trzech następujących cech:

- T- (tumor) głębokości naciekania nowotworu

- N- (noduli) stanu regionalnych węzłów chłonnych
- M-(metastases) obecności lub braku przerzutów.

OCENA DOJRZAŁOŚCI HISTOLOGICZNEJ

W ocenie dojrzałości histologicznej nowotworu jak już wcześniej wspomnieliśmy jest wykorzystywana klasyfikacja Laurena, która uwzględnia podział nowotworów gruczołowych żołądka na raki typu I (jelitowego) oraz typu II (rozlanego).

OCENA SPOSOBU LECZENIA

Podstawową zasadą leczenia raka żołądka jest usunięcie guza z marginesem zdrowych tkanek (wolnych od nacieku nowotworowego). Doszczętność przeprowadzonej operacji określa się za pomocą cechy R wg klasyfikacji R-UICC, gdzie symbol R0 oznacza resekcję radykalną, bez jakiegokolwiek obecności utkania nowotworowego, R1 dotyczy resekcji z pozostawieniem utkania nowotworowego w badaniu mikroskopowym, natomiast R2 oznacza stwierdzenie pozostawionego utkania nowotworowego w badaniu makroskopowym. Dodatkowo radykalność przeprowadzonego zabiegu można ocenić na podstawie stosunku liczby wyciętych zajętych węzłów chłonnych do liczby wszystkich wyciętych węzłów, gdzie wartość wskaźnika poniżej 0,2 odpowiada pełnej radykalności zabiegu operacyjnego.

OCENA STANU KLINICZNEGO PACJENTA

Ogólna wydolność pacjenta przed zabiegiem operacyjnym jest określana na podstawie wielu klasyfikacji spośród których dosyć często wykorzystuje się skalę Karnofsky'ego. Skala ta pozwala na zakwalifikowanie pacjenta do planowego zabiegu resekcji żołądka od wartości granicznej równej 70 pkt. Jednocześnie w razie wykrycia jakiegokolwiek zaburzeń narządowych, układowych czy metabolicznych możliwe jest odpowiednie przygotowanie chorego, wybór innej metody operacyjnej lub innego sposobu leczenia [9, 10, 11, 17].

MARKERY NOWOTWOROWE

W przebiegu raka zaawansowanego żołądka często dochodzi do wzrostu stężenia antygenu rakowo-płodowego(CEA), CA19–9, czy Ca 72–4, jednak stężenie wymienionych markerów może wzrastać także w innych nowotworach, np. trzustki, wątroby, jelita grubego oraz chorobach nienowotworowych, takich jak marskość wątroby, zapalenie trzustki czy choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. Poza tym oznaczanie

poziomu markerów nowotworowych w osoczu nie ma zastosowania w badaniach przesiewowych, aczkolwiek mogą one być przydatne w kontroli skuteczności leczenia.

Wyniki nowszych badań sugerują, że w przebiegu raka żołądka dochodzi również do wzrostu stężenia β -hcG (podjednostki β -gonadotropiny kosmówkowej) oraz Ca-125. Wzrost stężenia β -hcG $>4\text{IU/l}$ oraz Ca-125 $>350\text{IU/ml}$ mają znaczenie prognostyczne i mogą mieć związek nie tylko z masą nowotworu, ale również ze stopniem jego złośliwości [10, 11].

ROZPOZNANIE

Podstawę rozpoznania raka żołądka niezależnie od stopnia zaawansowania stanowi badanie histopatologiczne wycinków uzyskanych podczas endoskopii łącznie z oceną stanu receptora HER2. Materiał do badań pobiera się z różnych miejsc (co najmniej 10 wycinków), jednakże w celu identyfikacji zmian wczesnych, które często mogą być niezauważone, pomocna bywa chromoendoskopia (barwienie błony śluzowej 0,1% roztworem indygokarminu) lub endoskopia powiększająca [10, 11]. Natomiast do oceny receptora HER2 wykorzystywane jest badanie immunohistochemiczne nadekspresji (HER2+++), lub w przypadkach o wyniku granicznym, badanie amplifikacji (HER2++) metodą fluorescencyjnej hybrydyzacji in situ (FISH). Zarówno nadekspresja jak i amplifikacja HER2 związane są z typem histologicznym raka oraz jego lokalizacją, w związku z czym dodatni HER2 najczęściej jest spotykany w raku typu jelitowego okolicy połączenia przełykowo-żołądkowego oraz w części przedodźwiernikowej żołądka [8].

Z kolei w przypadku zaawansowanego raka żołądka określenie rodzaju zmian naciekowych, ich zasięgu oraz lokalizacji raczej nie stwarza trudności diagnostycznych doświadczonemu lekarzowi. W tej postaci raka najczęściej uwiadcza się guz z nieregularnym owrzodzeniem, częściowym rozpadem, bądź dość regularnym naciekiem na ściany żołądka określanym w literaturze jako „rak włókniejący”. Oprócz wymienionych postaci raka żołądka należy mieć również na uwadze możliwość pojawienia się nacieku śródściennego, którego częstą manifestacją jest sztywność ścian żołądka określana jako linitis plastica [9, 10].

Obecnie diagnostyka endoskopowa raka żołądka jest wspomagana przez różne metody obrazowe, które mają podstawowe znaczenie w ocenie zaawansowania raka żołądka, a należą do nich: EUS oraz tomografia komputerowa (TK). EUS umożliwia dokładniejszą ocenę nacieku nowotworowego ściany żołądka w porównaniu z TK, szczególnie w przypadku zmian o mniejszym stopniu zaawansowania pod względem cechy T (T1-T2), kwalifikujących się do wycięcia miejscowego metodą mukozektomii en-

doskopowej. Dodatkowo wysoka precyzja tego badania jest wykorzystywana do oceny regionalnych węzłów chłonnych oraz do oceny histopatologicznej okolicznych tkanek.

Z kolei wykonanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i klatki piersiowej ma na celu wykluczenie przerzutów odległych (np. w wątrobie, nadnerczach, jajnikach czy kościach), ocenę pozaregionalnych węzłów chłonnych, a po zakończeniu leczenia neo-adjuwantowego (przedoperacyjnego) – kontrolę progresji choroby. Dodatkowo u kobiet badanie to powinno zostać poszerzone o ocenę miednicy, a w szczególności jajników.

Wśród innych badań przeprowadzanych celem oceny stopnia zaawansowania raka żołądka wymienia się: USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, Pozytonową Tomografię Emisyjną (PET) oraz laparoskopię diagnostyczną z pobraniem płynu lub popłuczyn do badania cytologicznego.

USG jamy brzusznej stanowi jedno z pierwszych badań oceniających zaawansowanie raka żołądka, jednak nie jest ono tak precyzyjne jak EUS czy TK. Zazwyczaj w przypadku raka wczesnego nie stwierdza się jakichkolwiek zmian, natomiast w przebiegu raka zaawansowanego wykrywane są nieregularne pogrubienia ściany żołądka, naciekanie sąsiadujących tkanek oraz powiększenie węzłów chłonnych powyżej 10 mm (najczęściej okołożołądkowych oraz okolicy pnia trzewnego i tętnicy żołądkowej lewej).

Natomiast laparoscopia diagnostyczna jest stosowana u chorych z zaawansowanymi (cT3/4) nowotworami w celu wykluczenia obecności przerzutów w otrzewnej, sieci, jak również zmian na powierzchni wątroby o średnicy poniżej 1 cm, które nie są widoczne w badaniach obrazowych. Podstawową zaletą laparoskopii jest selekcja pacjentów z postacią nieresekcyjną raka żołądka oraz ich kwalifikacja do leczenia paliatywnego m.in. w ośrodkach prowadzących chemioterapię dootrzewnową w warunkach hipertermii. Dokładność tego badania jest oceniana pod względem cech T i N na ok. 91%.

W rozpoznawaniu raka żołądka podstawowe badania biochemiczne i hematologiczne nie mają znaczenia, jednakże są one istotne w ocenie stanu klinicznego chorego. Dlatego też pojawienie się m.in. niedokrwistości mikrocytarnej z niedoboru żelaza wskazuje na obecność zaawansowanej postaci nowotworu [11, 14].

LECZENIE

Wybór metody leczenia raka żołądka jest uzależniony od stopnia zaawansowania nowotworu. W przypadku raka miejscowego (T1aN0; < 2 cm; typ jelitowy/G1; bez owrzodzenia; w dalszej 1/3 części żołądka), bez obecności zmian w węzłach chłonnych i przerzutów odległych metodą z wyboru jest endoskopowa podśluzówkowa dyssekcja guza (ESD, endoscopic submucosal dissection). W przypadku raka o regionalnym

stopniu zaawansowania z zajęciem węzłów chłonnych lecz bez obecności przerzutów odległych(\leq T1bN0–1M0) leczenie operacyjne obejmuje częściowe usunięcie żołądka wraz z regionalnymi węzłami chłonnymi. Natomiast przy rozpoznaniu rozsiaśnego procesu nowotworowego (obecność przerzutów odległych niezależnie od stopnia zaawansowania regionalnego) zabieg operacyjny obejmuje całkowite wycięcie żołądka wraz z węzłami chłonnymi grupy D1(okołożołądkowymi) oraz grupy D2 (znajdującymi się w pobliżu gałęzi pnia trzewnego). Dodatkowo u chorych tych należy rozważyć chemioterapię (CTH) okołooperacyjną lub adjuwantową (pooperacyjną) radiochemio terapię (CRTH) celem zniszczenia komórek nowotworowych znajdujących się również poza ogniskiem pierwotnym guza.

Leczenie okołooperacyjne polega na przeprowadzeniu 3 cykli CTH według schematu ECF(epirubicyna, cisplatyna, fluorouracyl) przed i po zabiegu chirurgicznym lub od 2 do 3 cykli CTH z cisplatyną i fluorouracylem przed zabiegiem oraz od 3 do 4 kursów CTH po usunięciu zmiany. Liczne badania dowiodły, iż odsetek 5- letnich przeżyć u chorych poddanych chemioterapii okołooperacyjnej według schematu ECF uległ zwiększeniu o ok. 13%, natomiast u pacjentów leczonych cisplatyną z fluorouracylem wzrósł nawet o 38%. Z kolei u pacjentów z progresją nowotworu, z nasilonymi działaniami niepożądanymi w czasie przedoperacyjnego leczenia chemicznego nie kontynuuje się następnej chemioterapii poresekcyjnej. W takich sytuacjach zalecana jest ponowna ocena operacyjności i w miarę możliwości wykonanie zabiegu operacyjnego. Jednocześnie w przypadkach nieresekcyjnych wskazane jest podjęcie CTH drugiego rzutu lub radiochemioterapii.

Nadzór onkologiczny po leczeniu raka żołądka obejmuje wizyty kontrolne(badanie fizykalne, morfologia krwi oraz próby wątrobowe) co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata, następnie co 6 miesięcy przez kolejne 3 lata, natomiast badania obrazowe: RTG klatki piersiowej, TK jamy brzusznej i miednicy powinny być wykonywane raz w roku. Ponadto w przypadku raka wczesnego(zwłaszcza po mukozektomii) konieczne jest przeprowadzenie kontrolnej gastroskopii z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego w ciągu 3–6 miesięcy po zabiegu operacyjnym, a następnie co 6–12 miesięcy. Natomiast pacjenci po częściowej resekcji żołądka powinni być poddani kontroli endoskopowej co roku przez okres 4–5 lat po operacji, a następnie w zależności od symptomatologii [8, 9, 10, 11, 14, 16].

ROKOWANIE

Rokowanie w przebiegu raka żołądka zależy przede wszystkim od cechy T (głębokości nacieku nowotworowego), radykalności zabiegu operacyjnego (wykonanie resekcji R0 wg skali R-UICC), lokalizacji nowotworu (czynnikiem pogarszającym rokowanie jest lokalizacja raka w bliższej części żołądka) oraz stosunku zajętych węzłów chłonnych przez nowotwór do ogólnej liczby usuniętych węzłów chłonnych. Wieloletnie obserwacje donoszą, iż 90% chorych na raka wczesnego przeżywa 5 lat, w przypadku raka ograniczonego do błony mięśniowej odsetek ten mieści się w granicach 60%, natomiast gdy nowotwór nacieka błonę surowiczą, maleje do 30%. Jednakże najbardziej wiarygodną metodą oceny rokowania w przypadku raka żołądka jest określenie stopnia zaawansowania nowotworu (wg klasyfikacji Bormanna) w korelacji z odsetkami 5-letnich przeżyć, które wynoszą odpowiednio:

- w stopniu I (guz egzofityczny, polipowaty bez owrzodzeń) 80–90%
- w stopniu II (owrzodziały naciek o zmienionych brzegach i ostrym odgraniczeniu) 55–70%
- w stopniu III (owrzodziały naciek, rozlany) – 20–40%
- w stopniu IV (rak rozlany, płasko naciekający całą ścianę żołądka i zwężający jego światło) – poniżej 5%

ZAPOBIEGANIE

Istnieje wiele czynników zapobiegających zachorowaniu na raka żołądka, jednakże do najważniejszych zalicza się: dietę bogatą w warzywa i owoce, zmniejszenie spożycia pokarmów słonych, intensywnie przyprawionych oraz nadmiernie gorących, zaprzestanie palenia tytoniu, eradykację *Helicobacter pylori* u krewnych osób chorujących na raka żołądka, jak również zastosowanie wczesnej diagnostyki endoskopowej z badaniem histopatologicznym z różnych wskazań [9, 11].

PODSUMOWANIE

Rak żołądka jest jednym z częściej występujących guzów złośliwych zarówno w Polsce, jak i na świecie. Pomimo faktu, iż odsetek zachorowań w ostatnich dekadach uległ znacznej redukcji to stanowi on nadal jedną z głównych przyczyn zgonów z powodu nowotworów złośliwych układu pokarmowego zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Niepokojący pozostaje również fakt, iż rak żołądka jest rozpoznawany coraz częściej jako postać wrodzo-

na u osób młodych poniżej 30 r.ż, a w szczególności u kobiet, co wiąże się z wyższym stopniem zaawansowania nowotworu w momencie rozpoznania oraz gorszym rokowaniem. Jak wskazuje praktyka kliniczna, ze względu na skąpe objawy w przypadku raka wczesnego do leczenia kwalifikowani są zwykle chorzy w zaawansowanym stadium nowotworu. Dlatego też wydaje się, iż wczesna diagnostyka przewodu pokarmowego u osób z niespecyficznymi dolegliwościami w jamie brzusznej mogłaby zmniejszyć umieralność oraz umożliwić przeprowadzenie interwencji chirurgicznej jeszcze we wczesnych stopniach zaawansowania raka, co jednocześnie poprawiłoby rokowanie oraz jakość życia pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Adachi Y, Sakino I, Matsumata T, Iso Y, Yoh R, Kitano S, Okudaira Y. Preoperative assessment of advanced gastric carcinoma using computed tomography. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 872–5.
- [2] Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND (eds.). WHO Classification of Tumours of the Digestive System. IARC, Lyon 2010; 45-79
- [3] Chang DK, Kim JW, Kim BK, Lee KL, Song CS, Han JK, Song IS. Clinical significance of CT-defined minimal ascites in patients with gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2005; 42: 6587–92.
- [4] Fitzgerald RC, Hardwick R, Huntsman D, et al. Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. *J Med Genet* 2010; 47: 436–444.
- [5] Habermann CR, Weiss F, Riecken R, i współpracownicy Preoperative staging of gastric adenocarcinoma: comparison of helical CT and endoscopic US. *Radiology* 2004; 230: 465–71.
- [6] Kayaalp C, Arda K, Orug T, Ozcay N. Value of computed tomography in addition to ultrasound for preoperative staging of gastric cancer. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 540–3.
- [7] Malinowska Małgorzata, Nasierowska-Guttmejer Anna, Epidemiologia i patogeneza raka żołądka, *Pol J Pathol* 2013; 64 (4) (Suplement 2): Str.17–26
- [8] Piotr Potemski, Wojciech Polkowski i wsp., „Nowotwory układu pokarmowego”, Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r., str. 125–132
- [9] Szczeklik Andrzej, Piotr Gajewski i wsp., „Internista Szczeklika” mały podręcznik 2014/2015 str. 494–495
- [10] Szczeklik Andrzej i wsp., „Choroby wewnętrzne – Stan wiedzy na rok 2011” str. 867-870
- [11] Szmidt Jacek i wsp., „Podstawy Chirurgii Tom II” 2009 ISBN-8374302283 str. 734–747
- [12] Terlikiewicz Joanna, Marciniak Leszek, „Wodobrzusze” Polska Medycyna Paliatywna 2003, 2, 2, 105–109, Via Medica, ISSN 1644–115X
- [13] Tiing Leong Ang, Kwong Ming Fock, „Clinical epidemiology of gastric cancer” *Singapore Med J* 2014; 55(12): 621-628 doi: 10.11622/smedj.2014174
- [14] Welnicka-Jaskiewicz Marzena, „Rak żołądka, nieoperacyjne metody leczenia” *Gastroenterologia Kliniczna* 2011, tom 3, nr 1, 36–45, Via Medica ISSN 1899–3338
- [15] Wroński Konrad i wsp., „Postępowanie w przypadku wodobrzusza u chorych z zaawansowanym rakiem żołądka” *Współczesna Onkologia* (2007) vol. 11; 6 (312–317)
- [16] www.chirurgiaonkologiczna.org.pl, „Rekomendacje konsultanta krajowego w chirurgii onkologicznej” stan na 01.03.2014
- [17] Portal internetowy www.onkonet.pl/dlnp-prak-zoladka.html [Data cytowania 20.05.2015 r.]

UKRYTY ALKOHOLIZM U PACJENTKI HOSPITALIZOWANEJ Z POWODU MARSKOŚCI WĄTROBY

NATALIA ŚCIRKA, AGNIESZKA BUDNY, ALEKSANDRA SKUBLEWSKA,
ALEKSANDRA WASZCZUK, RAFAŁ ZIEMIŃSKI, ANDRZEJ PRYSTUPA,
GRZEGORZ DZIDA

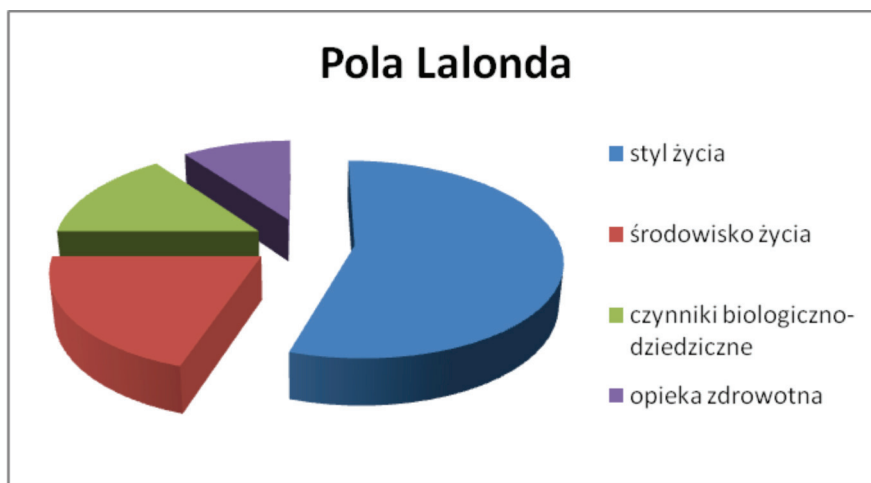
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

STRESZCZENIE

Od kilkunastu lat jesteśmy świadkami rosnącego problemu wśród młodych kobiet, jakim jest alkoholizm. Nie zdając sobie sprawy ze skutków, jakie niesie za sobą picie, wiele pań z upodobaniem coraz częściej sięga po kieliszek. Obserwujemy również równoległy wzrost społecznej akceptacji na to zjawisko, gdyż nawet widok pijanej nastolatki nikogo już nie dziwi. Picie alkoholu przez kobiety stało się normą, a wśród młodszych przedstawicielek płci pięknej „cool” czy wręcz obligatoryjne na każdej imprezie. Na przykładzie pacjentki z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie ukazujemy, jak nieraz podstępnie i niezauważalnie dla kobiety alkohol potrafi zaburzyć prawidłowe funkcjonowanie jej organizmu. Wymioty, osłabienie, pajęczki nacyniowe, zwiększony obwód brzucha oraz liczne badania laboratoryjne i obrazowe pozwoliły zdiagnozować alkoholową marskość wątroby. Alkoholizm jest chorobą, która degradowała człowieka nie tylko w aspekcie fizycznym, ale również psychicznym i społecznym. Analizujemy różnice występujące między kobietą a mężczyzną, które mają wpływ na szybsze uzależnianie się płci pięknej od etanolu. Skupiamy się nie tylko na rozbieżnościach fizycznych, lecz również na odmiennościach psychologicznych, które to mogą mieć wpływ na rozwiniecie ukrytego modelu picia. Kiedy jest już bowiem za późno, wiele kobiet z powodu wstydu i poczucia niższej wartości decyduje się na samotność w walce z uzależnieniem, bojąc się prosić o pomoc bliskich jej osób.

WSTĘP

Stan zdrowia społeczeństwa zależy od wielu czynników, które w 1974 roku Marc Lalonde, minister zdrowia i opieki społecznej Kanady, podzielił na 4 główne grupy: styl życia, środowisko życia, czynniki biologiczno-dziedziczne, organizacja opieki zdrowotnej. Największe znaczenie z powyższych przypisuje się stylowi życia, które aż w 55% odpowiada za dobrostan fizyczny i psychiczny społeczeństwa, a jednocześnie jest to najbardziej modyfikowalny przez nas samych obszar. Wpływ pozostałych determinantów zdrowia przedstawiono na wykresie nr 1.



Wykres 1. Pola Lalonda.

Styl życia to charakterystyczny dla danej jednostki sposób zachowań, nawyków i upodobań, które istotnie wpływają na zdrowie społeczeństwa. Do negatywnych postępowania zaliczamy m.in.: spożywanie alkoholu, narkotyków, palenie papierosów, żywoność wysokoprzetworzona, brak ruchu, ryzykowne zachowania seksualne, stres.

Zbiór wytycznych, zawartych w dokumencie „Guide to Mental Health in Primary Care”, wydanym przez Światową Organizację Zdrowia określa trzy poziomy ryzyka zdrowotnego w zależności od ilości spożywanego alkoholu. Za standardową dawkę alkoholu przyjęto 10 gram (125 ml) czystego etanolu. W przeliczeniu na częściej spożywane rodzaje napojów alkoholowych odpowiada ona 200 gram piwa 5%, 100 gram wina 10% lub 25 gram wódki 40%. Dla kobiet poziom „bezpieczny” ograniczony jest do 2 jednostek standardowych porcji alkoholu dziennie lub 14 jednostek tygodniowo. Poziom „ryzykowny”, w którym występuje zwiększone ryzyko nadciśnienia tętniczego, wylewu i marskości wątroby, określa się od 2 do 5 jednostek dziennie, bądź od 15 do 35

jednostek tygodniowo. Spożywanie większych ilości alkoholu definiuje się jako poziom „zagrożający” w którym „utrzymywanie spożycia alkoholu na tym poziomie najprawdopodobniej spowoduje fizyczne, mentalne i społeczne problemy”. Dla mężczyzn ilość alkoholu odpowiadająca poszczególny poziomowi jest wyższa.

Od kilkudziesięciu lat stale obserwuje się spadek różnicy pomiędzy kobietami a mężczyznami zarówno w odniesieniu do ilości wypijanego alkoholu oraz jego nadużywania i uzależnienia. Odsetek osób uzależnionych pośród obu płci jest najbardziej zbliżony pośród młodych osób, w wieku 18–24 lata. Sposób picia przez kobiety coraz bardziej upodabnia się do wzorca męskiego, co można tłumaczyć szerszym, źle pojętym równouprawnieniem. Z badań epidemiologicznych wynika, że obecnie najbardziej narażone grupy społeczne na pojawianie się problemów alkoholowych to młodzież i kobiety [1, 2]. Kobiety częściej niż mężczyźni piją w ukryciu, bardziej się tego wstydzą, przez co coraz częściej dochodzi u nich do powikłań zdrowotnych. Uwarunkowane jest to wolniejszym metabolizmem napojów wysokoprocentowych przez organizm kobiecy.

Biorąc pod uwagę reakcję organizmu wyodrębniono zależność psychiczną, fizyczną oraz tolerancję. Potrzeba częstego lub stałego przyjmowania używki celem powtórzenia poprzednich przeżyć związanych z jej przyjęciem nazywamy stanem zależności psychicznej. Z kolei zależnością fizyczną nazywamy inaczej biologiczną adaptacją wobec alkoholu, bez którego ciało nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować, natomiast zaprzestanie lub ograniczenie picia pociąga za sobą występowanie zaburzeń czynności organizmu określanych mianem zespołu odstawienia. Zespół abstynencyjny może być powikłany drgawkami lub majaczeniem. Zwykle objawy odstawienia alkoholu utrzymują się przez kilka godzin lub dni i spontanicznie przemijają. Z kolei stan, w którym przyjmowanie tej samej ilości używki powoduje coraz słabszą reakcję, przez co konieczne jest zwiększenie ilości wypijanego alkoholu, zwany jest tolerancją.

Istnieje wiele kwestionariuszy pomocnych przy rozpoznawaniu uzależnienia organizmu od etanolu m.in. 25 punktowy Michigan Alcohol Screening Test (MAST- alkoholowy test przesiewowy Michigan) oraz kwestionariusz CAGE, którego wskaźnik trafności według badań statystycznych szacowany jest na 60%. Ze względu na niewystarczającą efektywność powyższych testów, w celu identyfikacji osób uzależnionych od alkoholu wykorzystuje się coraz częściej przygotowany przez WHO test AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) przedstawiony w tabeli 1.

Tabela. 1. Kwestionariusz AUDIT

Pytania	Punktacja				
	0	1	2	3	4
Jak często pije Pan/ Pani napoje zawierające alkohol?	Nigdy	Raz w miesiącu/ rzadziej	2–4 razy w miesiącu	2–3 razy w tygodniu	≥4 razy w tygodniu
Ile standardowych porcji zawierających alkohol wypija Pan/ Pani w dniu w którym Pan/ Pani pije?	1–2 porcje	3–4 porcje	5–6 porcji	7–9 porcji	≥10 lub więcej porcji
Jak często wypija Pan/ Pani 6 lub więcej porcji alkoholu podczas jednego dnia?	Nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	około raz w miesiącu	około raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie
Jak często w ostatnim roku nie mógł Pan/ Pani zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?	Nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	około raz w miesiącu	około raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie
Jak często w ciągu ostatniego roku z powodu picia alkoholu zrobił Pan/ Pani coś niewłaściwego co naruszyło przyjęte w Pana/ Pani środowisku normy postępowania?	Nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	około raz w miesiącu	około raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie
Jak często w ostatnim roku potrzebował Pan/ Pani napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym piciu” aby móc dojść do siebie?	Nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	około raz w miesiącu	około raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie
Jak często w ostatnim roku miał Pan/ Pani poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?	Nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	około raz w miesiącu	około raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie
Jak często w ostatnim roku nie mógł Pan? Pani przypomnieć sobie co zdarzyło się poprzedniego dnia lub w nocy z powodu picia?	Nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	około raz w miesiącu	około raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie
Czy kiedykolwiek Pan/ Pani lub ktoś inny doznał jakiegoś urazu fizycznego w wyniku Pana/ Pani picia?	Nie		Tak, ale nie w ostatnim roku		Tak, w ostatnim roku
Czy ktoś z rodziny, lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia interesował się Pana/ Pani piciem albo sugerował ograniczenie?	Nie		Tak, ale nie w ostatnim roku		Tak, w ostatnim roku
Łączny wynik ≥8 pkt dla mężczyzn w wieku ≤60 lat albo ≥4 punktów dla kobiet, nastolatków i mężczyzn > 60 lat oznacza dodatni wynik testu przesiewowego.					

OPIS PRZYPADKU KLINICZNEGO

Na podstawie przypadku klinicznego pacjentki hospitalizowanej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie omówione zostaną konsekwencje przewlekłego, nadmiernego spożywania alkoholu przez kobiety. Omawiana chora przez 10 lat przebywała poza granicami kraju w celach zarobkowych. W latach 2004–2011 wykonywała w Anglii prace fizyczne, natomiast przez okres kolejnych trzech lat otrzymywała zasiłek społeczny. W lutym 2015 roku chora zaobserwowała u siebie pierwsze niepokojące ją objawy choroby – wymioty, osłabienie, obrzęk twarzy, liczne pajączki naczyniowe. Po powrocie do kraju leczyła się u lekarza rodzinnego, który z powodu zwiększającego się obwodu brzucha i nie skuteczności leczenia ambulatoryjnego skierował ją na leczenie specjalistyczne. Chora trafiła do Oddziału Chorób Wewnętrznych powyższego szpitala z objawami nasilającego się wodobrzusza. Początkowo pacjentka negowała spożywanie alkoholu, jednak po dłuższej diagnostyce przyznała się do „okazjonalnego” picia wina z mężem. Brak lub niepełną świadomość istnienia problemu alkoholowego należy traktować jako jeden z objawów choroby, a nie jako wyraz złej woli pacjenta i dlatego pytania należy zadawać w sposób ostrożny, ale jednocześnie bardzo konkretny. Należy liczyć się z tendencją pacjenta do „przeskakiwania” na inny temat [3].

Podczas hospitalizacji w wykonanym badaniu ultrasonograficznym wykazano znaczną ilość płynu w jamie brzusznej międzypętlowo i wokół wątroby. Stwierdzono także powiększenia wątroby (ok 18 cm.) o jednorodnie wzmożonej echogeniczności bez uchwytnych zmian ogniskowych. Z powodu wodobrzusza chorej wykonano nakłucie otrzewnej i upuszczono 5 litrów płynu. Analiza otrzymanego płynu odpowiadała cechom przesięgu: pH – 8,0; ciężar właściwy – 1.015 g/ml; Leukocytoza – 173 kom/ul, komórki jednojądrzaste – 37,6%; białko – 0,32 g/dl; LDH 75 U/l. W dalszej diagnostyce chorej wykonano MRI jamy brzusznej oraz tomografie komputerową z kontrastem w których potwierdzono powiększenie wątroby o cechach stłuszczenia. Dodatkowo uwidoczniono torbiel o średnicy 4 milimetrów w segmencie 7 wątroby. W trzustce zobrazowano dwie torbiele – w ogonie oraz na granicy głowy i trzonu. Spożywaniu alkoholu często towarzyszy palenie tytoniu. Palenie papierosów w przypadku omawianej pacjentki trwało 20 lat, co uwidoczniono na wykonanym zdjęciu radiologicznym klatki piersiowej w postaci zmian niedodmowych. Z powodu zgłaszanego osłabienia i duszności, chorej oznaczono poziom D-dimerów, którego wartość wynosiła 11856.9ngFEU/ml (norma do 500 ngFEU/ml). Dodatkowo w badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższoną wartość markera CA 125. Po konsultacji ginekologicznej zdecydowano o dalszej diagnostyce w kierunku chorób układu rozrodczego. W leczeniu farmakologicznym zastosowano leki moczopędne – Spironol, Furosemid, w celu zmniejszenia

puchliny brzusznej. Dodatkowo chorej podano leki wspomagające pracę wątroby – He-
paregen, Essentiale Forte. W celu zapobiegnięcia hipokaliemii polekowej prowadzono
suplementację potasu – Kalipoz prolongatum. Efekt zastosowanej farmakoterapii na
podstawie wyników badań laboratoryjnych przedstawiono w tabeli nr 2.

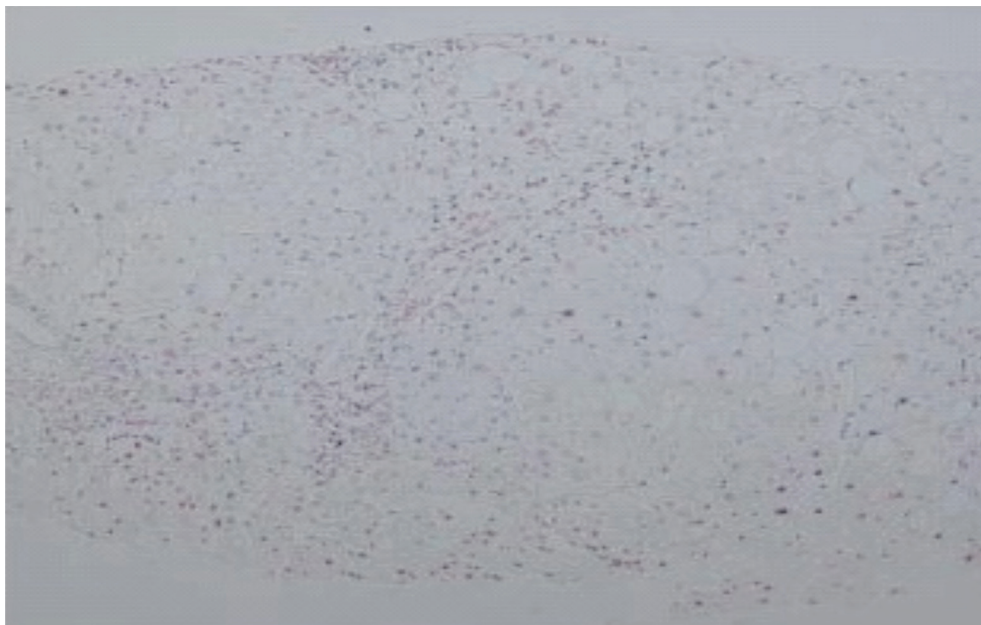
Tabela 2. Wyniki badań laboratoryjnych u pacjentki

	10.03.2015 – wyniki wyjściowe	18.03.201
CRP [mg/l]	28.4	10.7
ASPT [IU/l]	61.8	44.8
ALAT [IU/l]	20.4	15.7
Bilirubina [mg/dl]	2.03	1.03
GGTP [IU/l]	245	183
Potas [mmol/l]	3.43	4.57
WBC [K/uL]	19.26	13.32
RBC [M/uL]	3.50	3.68

ZASADY LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

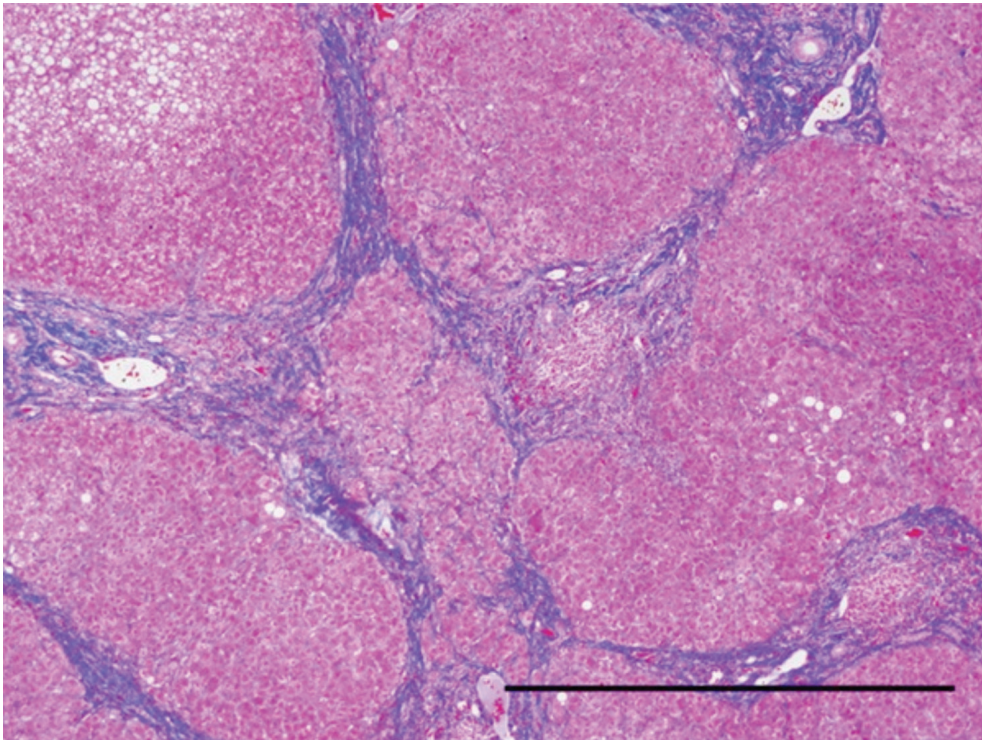
Leczenie osób uzależnionych od alkoholu powinno być terapią wielokierunkową, opartą na współpracy specjalistów z zakresu psychiatrii, chorób wewnętrznych, ginekologii i psychoterapii. Nieodzownym elementem zwalczania choroby alkoholowej jest zachowanie abstynencji, która powinna trwać całe życie. Niezwykle ważne jest utrzymanie motywacji u pacjenta. W tym celu chorego można pokierować do poradni leczenia uzależnień, gdzie otrzyma profesjonalną poradę psychoterapeutów. Ponad to, kluczowym elementem terapii jest wsparcie rodziny i najbliższego otoczenia pacjenta. Uruchamiane są specjalne grupy wzajemnej pomocy, tzw. Kluby Anonimowych Alkoholików. Istotne jest utrzymanie odpowiedniej i zrównoważonej diety pokrywającej dobowe zapotrzebowanie na białko ok. 1g/kg m.c.), które może być nieco większe u osób z niedożywieniem białkowo-kalorycznym. Należy zapewnić odpowiedni dobór witamin, szczególnie witamin z grupy B. Często wskazane jest pomocne dożywianie tzw. płynnymi suplementami do picia lub zastosowanie całkowitego żywienia dojelitowego. W niewyrównanej marskości wątroby podstawową metodą leczenia jest przeszczepienie wątroby wskazane u chorych, u których leczenie zachowawcze nie rokuje powodzenia. Ważne jest, aby zwalczać chorobę podstawową powodującą marskość wątroby. W przypadku gdy odpowiedzialny za ten stan jest alkoholizm- bezwzględna eliminacja alkoholu z życia pacjenta!

Omówiony przypadek kliniczny jest sztandarowym przykładem narastającego problemu alkoholizmu pośród kobiet. Problemem utrudniającym szybszą diagnostykę przyczyny licznych zgłaszanych objawów w wielu przypadkach jest negowanie nadmiernego spożywania alkoholu. Alkoholizm jako jednostka choroby prowadzi nie tylko do degradacji fizycznej człowieka, lecz również dotyka jego sfery psychologicznej. W szerszym ujęciu tego zagadnienia widać również jego skutki społeczno-ekonomiczne. Wiemy, że mechanizm eliminacji alkoholu etylowego z organizmu polega na jego utlenianiu do aldehydu i kwasu octowego. Proces ten prowadzi z kolei do zaburzenia równowagi procesów utleniania i redukcji w komórce oraz wystąpienia tzw. stresu oksydacyjnego (braku równowagi pomiędzy działaniem wolnych rodników tlenowych a działaniem mechanizmów, które je usuwają), który uznaje się za główny czynnik uszkadzający. Przebieg procesów utleniania komórkowego uzależniony jest od uwarunkowań genetycznych, płci oraz przynależności etnicznej [4]. U kobiet obserwowana jest niższa aktywność dehydrogenazy alkoholowej ADH, mniejsza ilość tkanki mięśniowej a większy udział tkanki tłuszczowej niż u mężczyzn. Dodatkowo, mniejsza ilość krwi powoduje, że spożyty alkohol krąży w organizmie w większym stężeniu. Natomiast wyższy poziom estrogenów w kobiecym organizmie sprzyja intensywniejszemu wchłanianiu alkoholu. Wszystkie te czynniki powodują szybsze uzależnianie się kobiet od alkoholu oraz wcześniejsze wystąpienie powikłań zdrowotnych.



Rycina 1. Obraz histologiczny przedstawiający poalkoholowe stłuszczenie wątroby.

Alkoholową chorobę wątroby możemy rozpoznać na podstawie parametrów klinicznych, biologicznych i ultrasonograficznych, jednak do ostatecznego potwierdzenia konieczne jest badanie histologiczne, szczególnie u chorych u których występują dodatkowe czynniki sprzyjające uszkodzeniu wątroby. Do najwcześniej występującej zmiany histologicznej swoistej dla alkoholizmu zaliczamy stłuszczenie wielokropelkowe wątroby (ryc. 1). Przewlekłe spożywanie alkoholu prowadzi do uogólnionego uszkodzenia mięszu wątroby, a następnie jego włóknienia i powstania nieprawidłowych strukturalnie guzków regeneracyjnych. Stan ten zwany jest marskością wątroby (ryc. 2).



Rycina 2. Obraz histologiczny przedstawiający włókniejącą wątrobę.

W konsekwencji marskości wątroby redukcji ulega czynny miąższ i rozwijają się zaburzenia czynności tego narządu oraz dezorganizacja układu naczyniowego, co prowadzi do nadciśnienia wrotnego. Nadciśnienie wrotne rozpoznajemy gdy wartość ciśnienia w żyłę wrotnej wynosi powyżej 12 mmHg (norma ≤ 10 mmHg). Następstwami powyższego stanu jest rozwój krążenia obocznego wrotno-układowego: w obrębie przełyku, odbytu i powłok brzucha, tzw. „głowa meduzy” oraz powiększenie śledziony, hipersplenizm, wodobrzusze i gastropatia wrotna. W przebiegu rozwijających się żylaków

przełyku coraz częściej dochodzi do nagłych krwotoków będących stanem zagrożenia życia. Objawy uszkodzenia wątroby zależą od czasu trwania choroby i zdolności zachowania abstynencji. Często są niecharakterystyczne, takie jak nudności, wymioty, bóle brzucha i biegunka. Bardziej nasilone zaburzenia hepatocellulärne mogą manifestować się żółtaczką, do niewydolności wątroby włącznie[5]. Szczególne zaniepokojenie powinny wzbudzić objawy: niezamierzona szybka utrata masy ciała, nienaturalnie szybkie powiększanie się obwodu brzucha, obrzęki podudzi, świąd skóry, zmiany skórne- naczyńki gwiazdkiste, teleangiektazje, wylewy podskórne, krwawienia z nosa, dziąseł, wybroczyny, łatwe powstawanie siniaków, obrzęk ślinianek przyusznych. Kolejnym powikłaniem alkoholizmu są zaburzenia wodno-elektrolitowe, które prowadzą do tak zwanej puchliny brzusznej, czyli nadmiernego nagromadzenia wolnego płynu w obrębie jamy otrzewnej – powyżej 150ml. Okresowe zwiększone spożycie alkoholu może spowodować w efekcie wystąpienie zaostrzenia klinicznego, natomiast długotrwała abstynencja może prowadzić do wyrównania niewydolności wątroby związanej z marskością. Picie może być również związane ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka piersi, jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku czy jelita grubego. Ryzyko wystąpienia nowotworu wzrasta wraz z ilością spożywanego alkoholu. Pojawić się mogą zaburzenia menstruacyjne oraz problemy z zajściem i utrzymaniem ciąży. Kobiety uzależnione nie są w stanie zrezygnować ze spożywania alkoholu podczas ciąży, przez co narażają swoje nienarodzone dziecko na liczne problemy zdrowotne. Najgorszym skutkiem takiego zachowania jest alkoholowy zespół płodowy FAS (ang. Fetal Alcohol Syndrome), który charakteryzuje się zespołem deformacji twarzy, zahamowaniem wzrostu, problemami z koncentracją w dorosłym życiu, obniżeniem poziomu inteligencji.

W celu laboratoryjnej oceny włóknienia wątroby oznacza się pośrednie i bezpośrednio markery osoczone. Do pierwszych z nich zaliczamy wskaźnik APRI (AspAT-to-platelet ratio index) wyliczany jako stosunek aktywności aminotransferazy asparaginowej AspAT do liczby płytek krwi oraz wskaźnik AAR czyli stosunek AspAT do aminotransferazy alaninowej AlAT. Do bezpośrednich markerów zalicza się siarczan chondroityny, kwas hialuronowy, metaloproteinazy i ich inhibitory, cytokiny i hemokiny (TGF α , TGF β , PDGF). Markery te mogą być przydatne w różnicowaniu chorych z włóknieniem i bez włóknienia oraz z łagodnym i zaawansowanym włóknieniem wątroby[6]. Ocenę wielkości niewydolności wątroby oraz wskazania do przeszczepienia narządu sklasyfikowano w skali Childa-Pugha, którą przedstawiono w tabeli nr 3.

Tabela nr 3. Klasyfikacja Childa-Pugha niewydolności wątroby

Oceniany parametr	Punkty według stopnia nieprawidłowości		
	1	2	3
Encefalopatia	Nie ma	Stopień 1–2	Stopień 3–4
Wodobrzusze	Nie ma	Umiarkowane	Napięte
Bilirubina (mg/dl)	<2	2–3	>3
Albumina (g/dl)	>3.5	2.8–3.5	<2.8
Czas protrombinowy	1–4	5–10	>10
Punktacja ogółem	5–6	7–9	10–15
Wynik	A	B	C
Marskość wątroby wyrównana : chorzy w klasie A, nie ma wskazań do przeszczepienia; Marskość wątroby niewyrównana: chorzy w klasach B i C, wskazania do przeszczepienia			

Ciekawym zagadnieniem u tej pacjentki wydaje się bardzo wysoko podwyższony wskaźnik antygenu CA125, zwany często „nowotworowym”. Przy jego pomocy rzeczywiście można „wyłapać” chorobę nowotworową, przede wszystkim raka jajnika, jak również raka macicy czy inne raki zlokalizowane w obrębie jamy brzusznej (trzustki, żołądka, okrężnicy). Nie można jednak jednoznacznie oświadczyć, że każda osoba z wynikiem tego markeru powyżej normy ma nowotwór. Istnieją bowiem stany nie-złośliwe, które indukują wzrost CA125. Do nich zaliczyć możemy endometriozę, zapalenie toczące się w obrębie jamy brzusznej, chociażby zapalenie wyrostka robaczkowego czy zapalenie trzustki, mięśniaki macicy oraz guzy łagodne. Stany fizjologiczne kobiety takie jak miesiączka czy ciąża mogą w niektórych przypadkach również powodować wzrost CA125 niepotrzebnie tylko budząc niepokój. W przypadku opisywanej pacjentki najbardziej prawdopodobne wydaje się, że marker CA125 jest powyżej normy w wyniku marskości wątroby, do której doprowadziło nadmierne spożywanie alkoholu. Oczywiście, nie może być oprzeć się tylko na takim założeniu, stąd niezbędne będzie przeprowadzenie dalszych badań diagnostycznych w celu stuprocentowego wykluczenia choroby nowotworowej.

Obecny test CA125 jest testem tzw. drugiej generacji, wykonywanym z krwi żyłnej. Na początku lat osiemdziesiątych naukowcy poszukiwali na powierzchni raka jajnika czegoś, co pobudzałoby odpowiedź immunologiczną i pozwalało na wykrycie raka jajnika we wczesnym stadium choroby. Po 125 podjętych próbach, udało się zidentyfikować takie przeciwciało. Przeciwciało to zostało nazwane OC-125 i pozwalało ono na rozpoznanie sygnału z powierzchni komórki rakowej, nazwanego CA125. CA125 jest glikoproteiną produkowaną właśnie przez komórki nowotworowe. Należy zaznaczyć, że glikoproteina

CA125 produkowana jest również przez liczne zdrowe komórki naszego organizmu m.in. nabłonek jajowodów, nabłonek opłucnej czy otrzewnej. Przeciwciała OC-125 próbowano użyć w celach leczniczych, bezskutecznie. Na szczęście zauważono, że poziom CA125 który udaje się wykryć za pomocą przeciwciała, może nam powiedzieć o stopniu zaawansowania choroby nowotworowej. Za punkt odcięcia uznaje się wartość progową 35 U/ml.

Dzięki temu odkryciu, test CA125 znajduje zastosowanie jako marker użyteczny w screeningu kobiet pod kątem raka jajnika, czyli na wykrywaniu tej strasznej choroby u tych pań, które nie wykazują jeszcze żadnych niepokojących objawów klinicznych. Dzięki temu można na bardzo wczesnym etapie choroby zacząć leczenie, co daje wysokie szanse wyleczenia, co za tym idzie przeżycia. Oprócz tego, tempo spadku wskaźnika CA125 podczas stosowanego już leczenia, pozwala na przewidywanie odpowiedzi organizmu kobiety na zastosowane leki. Innymi słowy, im szybszy spadek CA125, tym lepsza odpowiedź pacjentki na leczenie, i tym większa szansa na wyzdrowienie. U tych pań, u których udało się wyleczyć raka jajnika, należy co jakiś czas przeprowadzać kontrolne badania CA125. Ponowny wzrost CA125 sugerować może wznowę choroby, a taka sytuacja wymaga ponownie szybkich działań leczniczych. Około 85% chorych na raka jajnika będzie miało marker ten podwyższony, czyli nie zawsze raka jajnika udaje się wykryć tylko na podstawie testu CA125. Jak wspomniano wyżej, glikoproteina CA125 produkowana jest również przez zdrowe komórki organizmu, stąd właśnie podwyższony poziom CA125 występuje u ok. 1–2% zdrowych kobiet.

Wielu naukowców wskazuje na związek wysokich wartości Ca125 z marskością wątroby, której towarzyszy wodobrzusze. Wartość powyżej normy Ca125 ściśle koreluje z zaawansowaniem wodobrzusza, tzn. wzrost Ca125 jest tym większy, im większe wodobrzusze. Badacze z Izraela sugerują nawet na użycie tego markera jako wysoce czułego wskaźnika do wykrywania najmniejszych ilości płynu w otrzewnej, gdy w badaniu klinicznym jest to trudne. Wnioski z Hiszpani są równie interesujące – wg tamtejszych naukowców wysoki poziom CA125 pozwala na przewidywanie nawrotu wodobrzusza wśród pacjentów z marskością wątroby, u których objawy chwilowo ustąpiły. W związku z tym, niezwykle istotnym elementem leczenia zastosowanego w przypadku tej pacjentki jest utrzymanie abstynencji alkoholowej.

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY CHOROBY ALKOHOLOWEJ U KOBIET

Problem alkoholizmu przez lata był przypisywany osobom z niższych warstw społecznych, zepsutym moralnie, zaniedbującym swoje powinności społeczne. Tymczasem stwierdza się, że większy problem z nadużywaniem alkoholu występuje wśród kobiet

wykształconych, w średnim wieku, z dobrymi dochodami, odnoszącymi sukcesy zawodowe. Często nałóg rozpoczyna się od tzw. picia towarzyskiego polegającego na okazjonalnym wypiciu jednego-dwóch drinków w towarzystwie przyjaciół, np. kieliszka wina przy jedzeniu, czy piwa wieczorem. Część kobiet nieświadomie uzależnia się, pijąc na równi z partnerem tą samą ilość alkoholu. U mężczyzn nie powoduje ona skutków ubocznych, podczas gdy dla organizmu kobiecego okazuje się być już toksyczna. Kobiety objęte nałogiem zaniedbują wypełnianie swoich funkcji w rodzinie i społeczeństwie. Zainteresowania wielu z nich ograniczają się do picia alkoholu, jedzenia, wulgarnego życia seksualnego. Zanikają u nich związki uczuciowe z dziećmi, mężem, domem rodzinnym. Kobiety nadmiernie pijące wyzbywają się ambicji życiowych, dążen do awansu zawodowego i społecznego [7].

Przypisywana kobietom rola matki i strażniczki ogniska domowego powoduje, że reprezentują one ukryty model picia. Lęk, że rozpoznanie choroby alkoholowej spowoduje utratę praw rodzicielskich, stanowi największą barierę w przyznaniu się do uzależnienia. Z drugiej strony, coraz częściej głównym czynnikiem motywującym do rozpoczęcia terapii jest rodzina i chęć wychowania dzieci.

U kobiet uzależnionych w odróżnieniu od mężczyzn występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych, szczególnie w postaci zaburzeń depresyjnych i lękowych. Towarzyszy im zazwyczaj większe poczucie winy oraz większy krytycyzm wobec uzależnienia niż u płci przeciwnej [8]. Osoby dotknięte chorobą alkoholową często zapadają na choroby psychiczne takie jak przewlekła halucynozja alkoholowa, depresja alkoholowa, psychoza Korsakowa, zespół Otella, encefalopatia alkoholowa, otępienie alkoholowe. Alkoholicy jako grupa społeczna jest bardziej narażona na obniżenie nastroju oraz samooceny, skutkujące w wysokim wskaźniku podejmowania prób samobójczych. U osób pijących występują też częste inne czynniki którym przypisuje się rolę suicydogeną: bezsenność, niepokój, trudności życiowe, brak zaplecza rodzinnego, bezrobocie, konflikty z prawem, przewlekłe choroby somatyczne [9].

Ważne jest, aby pamiętać o skutkach, jakie niesie ze sobą spożywanie alkoholu oraz jak szybko można się od niego uzależnić. Należy zwrócić uwagę społeczeństwa na wzrastający problem alkoholizmu wśród Kobię. Szybka diagnoza i interwencja umożliwi uniknięcia licznych powikłań zdrowotnych, które niejednokrotnie prowadzą do zgonu.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Sierosławski J.: Czy kobiety dogonić mężczyzn w picu alkoholu? Materiały z konferencji: „Kobieta i alkohol”, Kielce-Morawica 1996.
 - [2] Śledzianowski J.: Alkoholizm, nikotynizm, narkomania wśród młodzieży szkolnej województwa świętokrzyskiego. Wyd. Jedność, Kielce 2003.
 - [3] Woronowicz T., Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. Część I, Borgis – Medycyna Rodzinna 1/2002, s. 22–28.
 - [4] prof. dr hab. Mach T. CMUJ, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych Kraków, Medycyna praktyczna
 - [5] Fox Ch., Gastroenterologia. 2004 Wrocław, s. 174.
 - [6] Jankowska I., Markery przewlekłej niewydolności wątroby, Pediatria po dyplomie. 2013; 17(1):47–55.
 - [7] Dolata A., Alkoholizm w Polsce – problem społeczny, str.16
 - [8] Gąsior K., Alkoholizm i Narkomania 2005, Tom 18: nr 1–2, 39–56.
 - [9] Jarema M., Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny, Warszawa 2011, wydanie pierwsze, s. 92.
- Rycina1. Int J Clin Exp Pathol. 2014; 7(7): 4484–4488.
Rycina2. Int J Clin Exp Pathol. 2014; 7(7): 4484–4488.

PUBLIKACJE WYŻSZEJ SZKOŁY NAUK SPOŁECZNYCH
Z SIEDZIBĄ W LUBLINIE

1. *Wyzwania dla współczesnego doradztwa zawodowego*. Materiały konferencyjne, Lublin, 3 czerwca 2005 r. Red.: Emilia Żerel, Małgorzata Jedynak. Lublin 2005.
2. *Doradztwo zawodowe w epoce ponowoczesnej: szanse i zadania*. Materiały z II Konferencji Naukowej, 16 maja 2007 r. w Lublinie. Red. nauk.: Małgorzata Jedynak, Emilia Żerel. Lublin 2007.
3. *Doradca zawodowy przez Internet. Materiały szkoleniowe studiów podyplomowych. T. 1-2*. Red. nauk.: Emilia Żerel, Małgorzata Jedynak. Lublin 2007.
4. *Szkolny doradca zawodowy: fakt czy mit we współczesnej szkole*. Materiały z III Konferencji Naukowej, 11 grudnia 2007 r. Red.: Emilia Żerel, Małgorzata Jedynak. Lublin 2008.
5. *Kosmolog – zawód XXI wieku*. Materiały I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, Nałęczów, 10 czerwca 2008 r. Red.: Anna Kiełtyka-Dadasiewicz. Lublin 2009.
6. *Transnarodowe doradztwo zawodowe*. Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej, Lublin, 14 maja 2008 r. Red.: Małgorzata Jedynak, Emilia Żerel. Lublin 2009.
7. *Praktyczne aspekty pracy kosmologa*. Materiały Konferencji Naukowej, Nałęczów – Lublin, 19-20 maja 2009 r. Red.: Maria Bernat. Lublin 2009.
8. *Współczesne trendy w kosmologii*. Materiały Konferencji Naukowej, Lublin 25 września 2009 r. Red.: Maria Bernat. Lublin 2009.
9. *Reklama w społeczeństwie. Społeczeństwo w reklamie*. Red.: Agnieszka Łukasik-Turecka. Lublin 2010.
10. *Niepełnosprawni-sprawni i pełnosprawni na rynku pracy i w edukacji*. Materiały Konferencji Naukowej Lublin, 25 maja 2010 r. Red.: M. Jedynak, E. Żerel, M. Podstawka. Lublin 2011.
11. *Rynek pracy a rozwój Polski Wschodniej – na przykładzie województwa lubelskiego*. Pod red.: A.J. Kukuły. Lublin 2011.

CZASOPISMA:

1. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie: Kosmetologia, nr 1 (1) / 2010*; nr 1(2)/2011 (ISSN 2082-7105).
2. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie: Kosmetologia, vol. 1(3) / 2014*; nr 1(4)/2015 (ISSN 2450-0550).

DYSTRYBUCJA PUBLIKACJI WSNS:
mgr Ewa Patyk – biblioteka@wsns.lublin.pl

