

Warunki sprzyjające budowaniu wysokiej jakości życia seniorów

ALDONA MOLESZTAK

Wprowadzenie

Starość dla pedagogów to etap nowych wyzwań i zadań do wykonania. Prognozy demograficzne wskazują na postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Niski poziom urodzeń nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń, co prowadzi do zmniejszania potencjału opiekuńczego rodzin. Konsekwencją jest wzrost zadań związanych z opieką nad osobami starszymi, którą zmuszone będą podejmować instytucje pozarodzinne¹. Jednocześnie dla tej licznej i zróżnicowanej pod względem sprawności grupy ludzi powinna pojawić się szeroka oferta działań. Tym bardziej wzrost grupy seniorów ujawnia nowe problemy i zagadnienia, które do tej chwili nie były podejmowane przez pedagogów. O ile sytuacja seniora jest w literaturze jednoznacznie określona, to praktyczna działalność na rzecz osób starszych jest nadal podejmowana w niewielkim zakresie.

Senior postrzegany jest w kontekście sił witalnych, szans i możliwości rozwojowych. Gerontolodzy podkreślają konieczność zachowania samodzielności życiowej ludzi starszych oraz podejmowania przez nich aktywności edukacyjnej, społecznej i kulturowej². Starość i jej konsekwencje są więc przedmiotem interdyscyplinarnych rozważań socjologów, demografów, psychologów, pedagogów, ekonomistów, geriatrów i polityków społecznych. Każdy wymiar jest ważny z uwagi na

¹ J. Hryniewicz, „*Los starca zależy od kontekstu społecznego*” – Wprowadzenie [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, II Kongres Demograficzny, t. 3, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 11.

² A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2007, s. 19.

nieuchronny proces starzenia się społeczeństwa, na co wskazują od wielu już lat analizy statystyczne i prognozy demograficzne.

Socjologów w obszarze starości interesują role społeczne odgrywane przez ludzi w różnych fazach życia społecznego i biologicznego. Demografowie analizują procesy starzenia się ludności w różnych środowiskach społecznych. Psycholodzy badają zmiany zachodzące w człowieku w trakcie starzenia się biologicznego i psychicznego. Biologów i geriatrów interesują zmiany zachodzące w organizmie ludzkim oraz czynniki przyspieszające i opóźniające te procesy. Geriatrizy zajmują się sprawnością psychofizyczną człowieka podczas starzenia się. Politycy społeczni badają potrzeby i rodzaje zabezpieczeń społecznych seniorów. Natomiast ekonomiści analizują stan wyposażenia gospodarstw domowych osób w wieku senioralnym, ich funkcjonowanie na rynku pracy oraz poziom zaspokojenia potrzeb materialnych³. Jest to szeroki zakres badawczy, w którym odnajdują się także pedagodzy.

Człowiek już od chwili narodzin projektuje etap swojej starości. Nagromadzone przez lata zasoby: status społeczno-ekonomiczny, styl życia, odgrywane role społeczne, dysponowanie siecią relacji społecznych, przesądzają m.in. o długości życia, chorobowości, stopniu samodzielności fizycznej czy autonomii⁴. Wynika stąd wnioski, że przygotowywanie do etapu starości powinno rozpocząć się od najmłodszych lat poprzez wdrożenie do aktywnego życia. To, kim jest senior, co robi, czego dokonuje w ciągu życia, stanowi efekt jego pracy od okresu dzieciństwa. Nawyki ukształtowane, pielęgnowane i rozwijane w poszczególnych etapach życia są składową zdrowego stylu życia w okresie późnej dorosłości.

Etap późnej dorosłości jest postrzegany poprzez wiele stereotypów. Seniorzy uznawani są za osoby zręczliwe, przygnębione, zniedołężniałe i samotne. Przeprowadzone badania wskazują jednak, że osoby starsze nie tylko nie popadają w depresję, ale także osłabieniu nie ulega ich popęd seksualny. Oczywiście wraz z wiekiem pojawia się pogorszenie pamięci czy roztargnienie, ale jest to skutek chorób neurodegeneracyjnych. Również nieprawdziwe są poglądy o innych przejawach starczego otępienia. Poziom inteligencji i zdolności werbalnych nie obniża się znacznie, chociaż z wiekiem np. zapominamy słowa. Kolejny mit obejmuje niezdolność do przyswajania nowych umiejętności. Seniorzy mimo wieku nabywają różne nowe umiejętności⁵, takie jak obsługa telefonów komórkowych, komputerów, bankomatów czy posługiwanie się kartami kredytowymi. Dobra jakość zdolności umysłowych zostaje zachowana także w starszym wieku. Zdolności te przyczyniają się do lepszego przystosowania się do zmieniających się warunków życia,

³ A. Kotlarska-Michalska, *Starość w aspekcie socjologicznym*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2000, t. 12, s. 147.

⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, M. Brzyska, *Wybrane aspekty socjologiczne wieku starszego*, http://www.swiatproblemow.pl/2011_11_1.html (2013.05.06)

⁵ A.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, J. Ruscio, B.L. Beyerstein, *50 wielkich mitów psychologii popularnej*, Wydawnictwo CiS, Warszawa–Stare Groszki 2011, s. 107–109.

wynikających z procesu starzenia się⁶. Faktem jest, że zakończenie stosunku pracy w wyniku osiągnięcia ustawowego wieku lub spełnienia innych warunków określonych ustawą emerytalną stawia człowieka w nowej sytuacji życiowej. Najszybciej senior odczuwa ograniczenie kontaktów personalnych, zmianę rozkładu dnia i codziennych obowiązków.

Wśród ludzi starszych możemy wyróżnić dwie grupy. Jedna obejmuje osoby zaangażowane w działalność społeczną, zdobywające wiedzę na Uniwersytetach Trzeciego Wieku, kursach, prelekcjach, rozwijające swoje zainteresowania, druga natomiast – osoby ograniczające się do prowadzenia gospodarstwa domowego i pomocy dzieciom w wychowywaniu wnuków⁷. Nie można wykluczyć, że seniorzy charakteryzują się zwiększonymi problemami ze zdrowiem. Jednocześnie jednak mają oni niezwykle bogate doświadczenia. Odczuwane przez nich dolegliwości somatyczne, ubóstwo czy utrata niezależności obniżają jakość ich życia, co jest zrozumiałe. Wskazać jednak można te obszary, które utrzymują, a wręcz zwiększają poziom jakości życia osób starszych. Paradoksalnie wysoka jakość życia nie jest uwarunkowana dobrym stanem zdrowia czy odpowiednimi zasobami materialnymi. Seniorzy mogą być osobami twórczymi, aktywnymi i wpierającymi innych, a ich jakość życia będzie wysoka, jeśli spełnione zostaną określone warunki, takie jak rozbudowane sieci społeczne, wsparcie społeczne, akceptacja własnej starości i zainteresowania. Każdy z tych obszarów sprzyja tworzeniu tzw. pamiętnika wizualnego. Rycina 1. przedstawia propozycję warunków wpływających na jakość życia seniorów.

Kolejne części artykułu są analizą warunków wewnętrznych tkwiących w człowieku i zewnętrznych, które tylko pośrednio od niego zależą.

Budowanie sieci społecznych

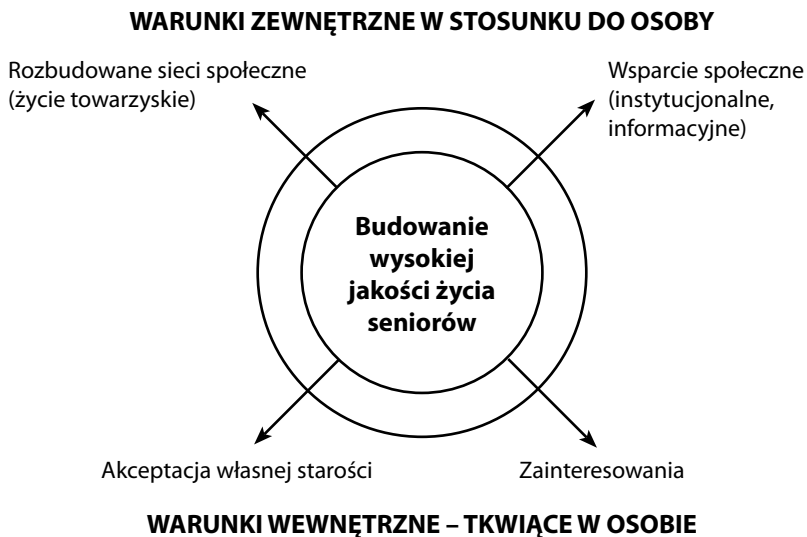
Okres późnej dorosłości wymusza na człowieku stopniową zmianę trybu życia⁸. Jest to związane nie tylko z przejściem na emeryturę, ale także z adaptacją do postępującej niepełnosprawności, zmniejszającą się liczbą znajomych i zmianą form aktywności zaspokajających pojawiające się potrzeby⁹. Etap starości jest interesującym i bogatym okresem życia człowieka, w którym senior realizuje podjęte przez siebie zadania prowadzące do uzyskania wysokiego poczucia szczęścia. Do-

⁶ G.H. Bain, H. Lemmon, S. Teunisse, J.M. Starr, H.C. Fox, I. Deary, L.J. Whalley, *Quality of life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism*, „Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology” 2003, t. 38, s. 632–636.

⁷ M. Szewczyk, M. Stachowska, D. Talarska, *Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa*, „Nowiny Lekarskie” 2012, t. 81, nr 1, s. 96–100.

⁸ J. Janiszewska-Rain, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 600.

⁹ Tamże, s. 610.



Ryc. 1. Budowanie jakości życia przez seniorów. Źródło: opracowanie własne

niesienia badawcze wskazują na znaczenie sieci społecznych seniorów w codziennym funkcjonowaniu. Sieci społeczne wykraczają poza tradycyjne – rodzinne rozumienie relacji społecznych zgodnie z ujęciem J. Barnesa¹⁰. Życie seniorów wśród licznych akceptujących otoczenia sprzyja zaspokajaniu ich potrzeb. Seniorzy otoczeni rodziną i przyjaciółmi z różnych środowisk, sąsiedztwa, stowarzyszeń, organizacji społecznych, pracy zawodowej, przeszłości mają lepsze zdrowie, łatwiej radzą sobie w sytuacjach trudnych i stresowych. Bycie w sieci, a właściwie uczestnictwo człowieka w życiu społecznym zaspokaja potrzebę akceptacji i integracji oraz wpływa na poprawę samopoczucia¹¹. Sieć społeczna analizowana jest ze względu na bezpośrednią liczbę więzi łączących jednostkę z innymi osobami, strukturę sieci i cechy społeczno-demograficzne jej członków¹². Sieć społeczna wiąże się z pojęciem wsparcia społecznego¹³. W konsekwencji rozwinięta sieć społeczna przyczynia się do zaspokojenia potrzeb, a w efekcie do wysokiej oceny zadowolenia z życia.

¹⁰ Tamże.

¹¹ B. Woźniak, *Problematyka psychospołecznej aktywności osób starszych w polskich czasopismach popularnych dotyczących zdrowia*, „Gerontologia Polska” 2007, t. 15, nr 1–2, s. 7–13.

¹² B. Tobiasz-Adamczyk, *Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia w wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, t. 9, nr 2, s. 120; J. Janiszewska-Rain, *Okres późnej dorosłości...*, dz. cyt., s. 592.

¹³ A. Głębocka, M. Szarzyńska, *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska” 2005, t. 13, nr 4, s. 255.

Sieć społeczną przyrównać można do pojęcia przestrzeni zewnętrznej i wewnętrznej wprowadzonego przez E. Dubas. Przestrzenie konstruowane są względem ludzkiego Ja, jądra ludzkiej tożsamości. Obszar przestrzeni obejmuje sytuacje i podmioty uczestniczące w sytuacji, fakty, a więc przedmioty i podmioty, z którymi osoba styka się i doświadcza ich poprzez swoje zmysły. Jest to świat zewnętrzny wobec jednostki, a więc dotyczy budowania sieci społecznych i nawiązywania z poszczególnymi podmiotami więzi. Natomiast wewnętrzna przestrzeń obejmuje myśli i uczucia, które są przez jednostkę doświadczane, przeżywane i rozumiane¹⁴.

W społecznej płaszczyźnie starzenia się podkreśla się wpływ niekorzystnej zmiany statusu społecznego i ekonomicznego na funkcjonowanie człowieka w rzeczywistości społecznej. Dlatego tak istotna jest aktywność seniorów przejawiana w wielu obszarach. Obecność seniorów w różnorodnych działaniach sprzyja rozbudowie sieci społecznej, zapobiega wykluczeniu, powoduje też szybszą interwencję w sytuacji kryzysowej. Doskonałą formą działalności seniorów są Uniwersytety Trzeciego Wieku. Uczestnictwo w UTW generuje pozytywne życiowe zmiany u słuchaczy. Zmiany dotyczą sfery intelektualnej, czyli przyrostu wiedzy, ale także wzmocnienia relacji z innymi ludźmi, częstszych wyjść z domu, pogłębiania kontaktów z rzeczywistością społeczną, twórczego i miłego wypełniania wolnego czasu oraz zawierania nowych znajomości. W wypadku seniorów są to niezwykle istotne zmiany, ponieważ zapobiegają społecznej izolacji, osamotnieniu czy nawet stwarzają szansę otwierania się na innych, ale również na samych sobie¹⁵. Doniesienia badawcze wskazują, że Uniwersytety Trzeciego Wieku przyczyniają się do upodmiotowienia i ograniczenia marginalizacji osób starszych. Dzięki oferowanym formom zajęć wspomagają poprawę fizycznej jakości życia, poziomu niezależności, funkcjonowania środowiskowego oraz duchowości¹⁶.

Sieć społeczna jest rozbudowywana poprzez uczestnictwo w nowych formach aktywności. Z jednej strony krąg znajomych ulega zmniejszeniu na skutek śmierci poszczególnych osób, ale z drugiej może być rozbudowywany poprzez wejście do innych grup, np. wsparcia.

¹⁴ E. Dubas, *Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka* [w:] *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, red. M. Dziegielewska, Biblioteka Edukacji Dorosłych, Łódź 2000, s. 121–123.

¹⁵ R. Konieczka-Woźniak, *Edukacja seniorów sposobem na samotność* [w:] *Przeciw samotności*, red. J. Twardowska-Rajewska, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2005, s. 109; K. Marszałek, *Społeczne uczestnictwo seniorów Związku Harcerstwa Polskiego* [w:] *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, red. D. Sereżyńska, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2012, s. 180–203.

¹⁶ L. Waszkiewicz, D. Gaweł-Dąbrowska, K. Połtyn-Zaradna, K. Zatońska, J. Einhorn, *Aspekty psychologiczne jakości życia mieszkańców Wrocławia w wieku poprodukcyjnym*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2010, nr 91 (suplement 1) k-26.

Wsparcie społeczne seniorów

Trudno zaprzeczyć twierdzeniu, że w okresie późnej dorosłości ludzie częściej są niedysponowani, bowiem temu okresowi rozwoju towarzyszy pogorszenie stanu zdrowia, zmiana wydolności fizycznej organizmu, zmiana pozycji społecznej, zmiana ról społecznych, zmiana form aktywności. Do charakterystycznych zmian związanych ze starzeniem się człowieka zalicza się utratę sił i wytrzymałości fizycznej, dalekowzroczność, pogorszenie pamięci krótkotrwałej, nadmierne owłosienie przewodów nosowych i słuchowych, upośledzenie słuchu, łysienie, spadek masy kośćca, zmniejszenie wysokości ciała, meno- i andropauzę¹⁷. Dla seniorów dolegliwe stają się, według badań kanadyjskich, następujące problemy: izolacja społeczna i brak społecznego wsparcia, niedostosowane do posiadanych możliwości warunki mieszkaniowe, małe zasoby finansowe, zły stan zdrowia, poczucie bezużyteczności społecznej, utrata posiadanej sprawności¹⁸. Seniorzy lepiej funkcjonują w codziennej rzeczywistości, jeśli mają wsparcie swojego otoczenia¹⁹. W zależności od grupy seniorów wsparcie to jest zróżnicowane. Wyraźny kontrast występuje między mieszkańcami domów pomocy społecznej i seniorami charakteryzującymi się samodzielnością i pozostającymi w kręgu rodziny.

W badaniach W. Okły stwierdzono, że pensjonariusze domu pomocy społecznej częściej niż seniorzy mieszkający z rodzinami uskarżają się na brak wsparcia, brakuje im osób, na których pomoc mogą liczyć. Jednocześnie częściej doświadczają frustracji z powodu niezaspokojenia potrzeb kontaktu społecznego. Ponadto mieszkańcy DPS wskazują na wyższy poziom sytuacyjnego poczucia odrzucenia społecznego i utraty grupy towarzyskiej²⁰. Trudno się temu dziwić, bowiem jak stwierdza C. Jurkiewicz, personel DPS-ów posługuje się w komunikowaniu z mieszkańcami zazwyczaj dyrektywami, w sytuacji odbiorcy przekazu dokonuje oceny i czasami wspiera przez pocieszenie. Taka sytuacja prowadzi do stawiania seniorów w roli dzieci, które zrzucają odpowiedzialność za swoje życie i wszy-

¹⁷ A. Kowalewska, A. Jaczewski, K. Komosińska, *Problemy wieku starczego* [w:] *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, red. A. Fabiś, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005, s. 12.

¹⁸ L. Richard, S. Laforest, F. Dufresne, J.P. Sapinski, *The quality of life of older adults living in an urban environment: Professional and lay perspectives*, „Canadian Journal of Aging” 2004, nr 24, s. 19–30 za: S. Kowalik, *Motywacja do rehabilitacji niepełnosprawnych seniorów. Próba nowego spojrzenia* [w:] *Senior w domu*, red. J. Twardowska-Rajewska, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2007, s. 133.

¹⁹ G.S. Getzel, *Intergenerational Reminiscence in Groups of the Frail Elderly*, „*Journal of Jewish Communal Service*” 1983, t. 59, nr. 4.

²⁰ W. Okła, *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych* [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2006, s. 34–35.

ko, co dzieje się w ich otoczeniu, na personel²¹. Z przytoczonych badań wynika, że lekarstwem dla osób mieszkających w DPS-ach jest budowanie sieci społecznych wykraczających poza mury domu. Kontakt mieszkańców ze środowiskiem lokalnym, ich zaangażowanie w pracę społeczną sprzyjają podwyższeniu jakości życia. Jakość życia jest postrzegana ze względu na sprawność funkcjonalną seniora, czyli zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych. Istotne znaczenie ma występowanie zaburzeń psychicznych i depresji, które korelują z oceną jakości życia. Im mniej nasilona depresja, tym większe poczucie jakości życia.

W województwie podkarpackim przeprowadzono badania dotyczące wsparcia seniorów. Badaniami objęto 386 osób powyżej 60. roku życia. Doniesienia badawcze informują, że seniorzy korzystają tylko z niektórych ofert proponowanych przez system socjalny. Najczęściej są to świadczenia obejmujące opiekę zdrowotną. Zdecydowanie częściej korzystają oni ze świadczeń bezpośrednio związanych z leczeniem, badaniami i szczepieniami profilaktycznymi oraz rehabilitacją, natomiast zajęcia ruchowe typu pływanie, gimnastyka usprawniająca i taniec są na ogół odsuwane na dalszy plan. Okazało się, że prawie połowa badanych korzysta z prywatnej opieki medycznej. Analizując znajomość i korzystanie ze świadczeń związanych z pomocą w codziennych czynnościach przez osoby starsze, autorzy badań stwierdzili, że seniorzy znają większość wymienianych w tej kategorii świadczeń, jednak tylko niewielka grupa z nich korzysta. Z oferowanych seniorom form spędzania czasu wolnego najczęściej wybierają oni zajęcia turystyczne i kulturalne, natomiast stronią od edukacyjnych. Być może jest to związane ze skromną ofertą edukacyjną skierowaną do seniorów.

Zauważyć można różnice występujące pomiędzy mieszkańcami wsi i miast, bowiem poziom znajomości działań aktywizujących u osób starszych jest tym wyższy, im większa jest miejscowość, w której mieszkają. Badani nie chcą korzystać z usług domu pomocy społecznej. Wskazują jednak na potrzebę gimnastyki i pielęgnacji chorego w domu według wskazań lekarza. Seniorzy najczęściej chcieliby otrzymywać wsparcie w postaci rzeczowej, obejmujące dofinansowanie zakupu lekarstw. Jeśli chodzi o pomoc, oczekują wsparcia w takich czynnościach jak sprzątanie, gotowanie czy robienie zakupów.

Można uznać, że ocena świadczeń podzieliła badanych. Jedna grupa stwierdziła, że prywatne usługi lekarskie są łatwo dostępne, a świadczenia profilaktyczne (basen, gimnastyka, warsztaty) uznają za dostępne (40% badanych). Badani za najbardziej niedostępne uważali szkolenia i warsztaty dotyczące zdrowego stylu życia. Ponadto połowa respondentów nie miała wiedzy dotyczącej możliwości kontaktu z dietetykiem, miejsc wypożyczania sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń wspomagających dla osób przewlekle chorych. Seniorzy to grupa, która chce być

²¹ C. Jurkiewicz, *Jak komunikować się z mieszkańcami domu pomocy społecznej?*, „Praca Socjalna” 2006, nr 3, s. 74.

potrzebna. Na podstawie badań stwierdzono, że osoby starsze mało stykają się z działaniami pozwalającymi czuć ich niezbędność i przydatność. Seniorzy chcą także pomagać innym ludziom. Najczęściej pomoc udzielana seniorom obejmuje porządki i prace domowe, robienie zakupów, dowożenie posiłków, pomoc w uczestnictwie w zajęciach gimnastycznych²².

Każdy rodzaj wsparcia jest istotny dla funkcjonowania seniora w rzeczywistości społecznej. Wsparcie społeczne ma ogromne znaczenie w utrzymaniu zdrowia seniora, chronieniu go przed chorobą i we wspomagananiu procesów zdrowotnych. Dla osób po 60. roku życia istotne jest wsparcie udzielane przez rodzinę. Niejednokrotnie rodzina nie zapewnia pełnego wsparcia i dlatego w celu efektywnej pomocy niezbędne staje się wsparcie instytucjonalne. Udzielane skuteczne wsparcie społeczne poprzez rozwinięte kontakty międzyludzkie przyczynia się do podtrzymania dobrej samooceny i zmniejszenia izolacji społecznej seniorów²³. Prognozy demograficzne na kolejne lata wskazują na pojawienie się istotnych problemów dotyczących opieki nad ludźmi starymi. Działania podejmowane w obszarze polityki społecznej mają charakter incydentalny, nieskoordynowany, pomijają uwarunkowania demograficzne, społeczne i ekonomiczne²⁴. Z przeglądu badań wynika, że niebagatelną rolę odgrywa wsparcie informacyjne. Seniorzy często nie wiedzą, gdzie mogą uzyskać pomoc, jaka to może być pomoc, ale także nieznaną są im obszary, w których mogą realizować swoje pasje adekwatnie do ogólnego stanu organizmu.

Akceptacja własnej starości

„Przed człowiekiem starym staje jeszcze jedno zadanie, może najtrudniejsze ze wszystkich – musi on poradzić sobie z samym sobą”²⁵. Człowiek musi zaakceptować własne starzenie się. Starości nie da się zatrzymać, można ją tylko spowolnić, uczynić bogatą i atrakcyjną. Ale jest tak dlatego, że jak stwierdza Stanisław Kowalik, problem śmierci jest nierozstrzygalny, zatem tylko te problemy są ważne, które można rozwiązać²⁶. Życie starszego człowieka często wiąże się z pojęciem straty, która wzbudza silne, negatywne emocje i jeśli występuje w dużym natężeniu w życiu codziennym seniora, staje się zdarzeniem kryzysogennym.

²² *Diagnoza systemu pomocy i wsparcia osób starszych a potrzeby seniorów w województwie podkarpackim*, red. M. Zajdel-Ostrowska, M. Makarinska, J. Wąsik, P. Grzech, B. Zglobicki, Obserwatorium Integracji Społecznej w Rzeszowie, Rzeszów 2012, s. 46–49.

²³ M. Janiszewska, T.B. Kulik, A. Pacian, D. Żołnierczuk-Kieliszek, A. Stefanowicz, *Wsparcie społeczne i instytucje wspierające realizację potrzeb osób starszych*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2010, nr 91 (suplement 1) k-26.

²⁴ J. Hryniewicz, „Los starca zależy...”, dz. cyt., s. 10.

²⁵ L. Zając, *Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty* [w:] *Starość i osobowość*, red. K. Obuchowski, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002, s. 570.

²⁶ S. Kowalik, *Motywacja do rehabilitacji...*, dz. cyt., s. 133.

Zmusza ono do zmiany dotychczasowego zachowania oraz stosunku do rzeczywistości, może nawet prowadzić do zmiany stylu życia. Kryzys przełomu dorosłości i starości dotyka każdego, lecz nie wszyscy zdają sobie z tego sprawę. W tym okresie wiele osób przeżywa kryzysy egzystencjalne, spowodowane rozczarowaniem, niespełnionymi oczekiwaniami, świadomością upływającego czasu, przemijaniem, utratą atrakcyjności fizycznej²⁷. Okres starości, w którym znalazł się człowiek, stwarza mimo niedomagań szczególne warunki do realizacji różnych zadań. Jednak podstawowym warunkiem jest zaakceptowanie siebie jako osoby starszej²⁸. Świadomość nieuchronnej śmierci nadaje życiu seniorów nowy wymiar. Senior musi się określić w wymiarze duchowym, poznawczym, społecznym i fizycznym dzięki retrospektywie swojego dotychczasowego życia. W ten sposób w efekcie jego życie zyska nową jakość. W badaniach przeprowadzonych we Wrocławiu okazało się, że co dziesiąty badany (11,7% spośród 240 badanych) w pełni akceptuje swój obecny wygląd²⁹.

Rynek dostarcza osobom starszym coraz więcej narzędzi umożliwiających zatuszowanie objawów starzenia. Promowanie przez media wizerunku pięknych młodych kobiet i atrakcyjnych mężczyzn sprawia, że stosowane są różnorodne zabiegi kosmetyczne i medyczne likwidujące objawy starości. A. Dziuban analizowała koncepcje starości ze względu na postrzeganie ciała. Uzasadniała, że większość osób koncentruje się przede wszystkim na wpływie kultury konsumpcyjnej i promowanych przez nią wizerunków ciała ludzkiego. Proces starzenia się jest przez to postrzegany negatywnie. Ponadto zauważyła, że opracowania skupiają się na estetycznym wymiarze cielesności kobiet, pomijając grupę starszych mężczyzn. Sygnalizowane problemy są uogólniane na całą grupę seniorów bez względu na płeć. „Prowadzi to do znacznego zubożenia wyników badań oraz pominięcia w nich ważnego tematu, jakim jest konstrukcja i redefinicja męskości i cielesności wśród mężczyzn w starszym wieku”³⁰. Przeprowadzone badania informują, że stosunek do własnej cielesności w największym stopniu określa utrata kontroli nad procesami fizjologicznymi, która może prowadzić do poczucia wyobcowania w stosunku do swojego ciała. Zmiana postrzegania starości w mediach jest konieczna z uwagi na znaczący wzrost tej grupy osób. Inna perspektywa starości w mediach, środowisku, zmiana polityki społecznej i akceptacja własnej starości wpłynęły na częstsze podejmowanie zadań. Wszystkie podejmowanie działania zmierzają do osiągnięcia jednego celu: aby być jak najdłużej sprawnym, aktywnym i zadowolonym.

²⁷ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2004, s. 72.

²⁸ L. Zając, *Psychologiczna sytuacja człowieka...*, dz. cyt., s. 58.

²⁹ L. Waszkiewicz, D. Gaweł-Dąbrowska, K. Połtyn-Zaradna, K. Zatońska, J. Einhorn, *Aspekty psychologiczne jakości...*, dz. cyt.

³⁰ A. Dziuban, *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa*, „Gerontologia Polska” 2010, t. 18, nr 3, s. 140–147.

Pamiętnik wizualny (Art journalling)

Wspomnienia są istotnym elementem w opiece nad seniorami. Sprzyjają zachowaniu sprawności poznawczej starzejącego się społeczeństwa. Ich znaczenie uzasadnione jest poprzez wieloletnią pracę osób związanych z European Reminiscence Network. Analiza wspomnień wymaga wyjaśnienia rozumienia pamięci autobiograficznej. Pamięć autobiograficzna oznacza pamięć indywidualnej przeszłości. „Świadomości dostępne są wspomnienia autobiograficzne, konstruowane z informacji zawartych w pamięci trwałej. Informacje autobiograficzne zapisane są w trzech osobnych bazach danych, kolejno odnoszących się do okresów życia, powtarzających się zdarzeń ogólnych oraz zdarzeń specyficznych. We wspomnieniach ujawnia się specyficzna zależność polegająca na tendencji do częstszego przywoływania zdarzeń pozytywnych w porównaniu ze zdarzeniami neutralnymi i negatywnymi”³¹. Wraz z rozwojem ulega zmianie pamięć autobiograficzna. Niniejszy artykuł dotyczy osób w okresie późnej dorosłości, dlatego trzeba podkreślić, że właśnie po 50. roku życia pojawia się efekt reminiscencji. Reminiscencje obejmują przywoływanie wspomnień z okresu między 10. a 30. rokiem życia³².

Badania prowadzone przez instytucje w Unii Europejskiej obejmują efekty reminiscencji w opiece nad osobami z demencją poprzez tworzenie tzw. „skrzynek wspomnień”. W badaniach naukowych analizowane są wspomnienia mimowolne i dowolne. „[...] wspomnienia mimowolne to próbki i jednocześnie wskaźniki ciągłej i nieświadomionej aktywności umysłu oraz jej istotnego wpływu na nastrój i samopoczucie podmiotu”³³. Wspomnienia mimowolne są przejawem naturalnego funkcjonowania poznawczego. Wspomnienia te występują co najmniej kilkakrotnie w ciągu dnia (2–5 razy dziennie). Autorzy stwierdzają, że wspomnienia mimowolne są podobne do wspomnień dowolnych pod wieloma względami. Wspomnienia mimowolne są powiązane treściowo z bieżącą sytuacją życiową³⁴. Dla osób w okresie późnej dorosłości wspomnienia te mają znaczenie lecznicze. Stosowanie reminiscencji u osób z demencją, chorobą Alzheimera podwyższa ich jakość życia, ale także wspiera akceptację dokonujących się zmian u seniorów ze strony ich rodzin. Stwierdzono, że osoby starsze, które nie są już samodzielne i zamieszkują w instytucjach, które kontrolują ich codzienne życie, mają mniej motywacji, aby

³¹ T. Maruszewski, *Inklinacja pozytywna, błędnie afektywne i wiarygodność pamięci autobiograficznej*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2008, t. 3, nr 2, s. 47–59.

³² Tamże.

³³ K. Barzykowski, A. Niedźwieńska, *Przegląd badań nad mimowolnymi wspomnieniami autobiograficznymi. Perspektywy badawcze*, „Roczniki Psychologiczne” 2012, t. 15, nr 1, s. 71.

³⁴ Tamże.

myśleć o bieżących wydarzeniach i wolą skierować swoje rozważania ku przeszłości, uznając je za bardziej interesujące³⁵.

Matthew R. Kelly i James S. Nairne przeprowadzili badania na grupie 488 osób (średnia wieku 77,5 lat) z łagodną i umiarkowaną demencją. Osoby te początkowo żyły w społeczności, pozostając najczęściej pod opieką małżonka. W efekcie badania ukończyło 350 par (senior z demencją i opiekun). Stwierdzono pewne korzystne efekty u ludzi z demencją, którzy uczestniczą w sesjach zgodnie z planem³⁶. We wspomnieniach istotne znaczenie mają zdjęcia³⁷. W innych badaniach analizowano wspomnienia w kontekście stwierdzonej depresji u seniorów. Wykorzystywanie wspomnień jako profilaktyki u osób starszych z ciężką depresją jest jedną ze skutecznych metod pracy. Doniesienia badawcze wskazują, że stosowanie wspomnień w sytuacji szukania sensu życia, pragnienia odnalezienia sensu straty i wydarzeń życiowych oraz spójności w życiu prowadzi do zmniejszenia objawów depresyjnych³⁸. Okazuje się również, że zdarzenia takie jak małżeństwo, wdowieństwo, przejście na emeryturę wyzwalają wspomnienia. Wspomnienie jest nieodłącznym aspektem socjalizacji grupy osób starszych³⁹. Badania wykazały również, że z wiekiem związany jest wzrost wspomnień koncentrujących się na życiu, jego przeglądzie i przygotowaniu na śmierć⁴⁰.

Działania proponowane w niniejszym artykule skierowane są do grupy seniorów posiadających umiejętność pracy z różnymi programami komputerowymi. Umiejętności informatyczne kolejnego pokolenia będą na stosunkowo wyższym poziomie, ze względu na coraz powszechniejsze ich wykorzystanie zarówno w pracy zawodowej, jak i w rzeczywistości społecznej (np. zamawianie biletów przez Internet, składanie wniosków, skarg, zakupy, płacenie rachunków). Tworzenie „pamiętnika wizualnego” jest współczesną propozycją „pudełka / skrzynki wspomnień”. Pamiętnik wizualny jest połączeniem słowa i fotografii, filmów, ale uwzględniającym nowoczesną technikę. Obecnie coraz częściej albumy rodzinne mają postać elektroniczną i tym samym stają się szczegółowym archiwum życia człowieka.

³⁵ G. Cohen, S. Taylor, *Reminiscence and ageing*, „Ageing and Society” 1998, t. 18, nr 5, s. 601–610. Open Research Online The Open University’s repository of research publications and other research outputs Link(s) to article on publisher’s website: [http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=33091&fulltextType=RA&fileId=S0144686X\(2016.03.03\)](http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=33091&fulltextType=RA&fileId=S0144686X(2016.03.03))

³⁶ R.T. Woods, E. Bruce, R.T. Edwards, R. Elvish, Z. Hoare, B. Hounsome, J. Keady, E.D. Moniz-Cook, V. Orgeta, M. Orrell, J. Rees, I.T. Russell, *REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial*, „Health Technology Assessment” 2012, t. 16, nr 48.

³⁷ M.R. Kelly, J.S. Nairne, *Remembering the forgotten? Reminiscence, hypermnnesia and memory for order*, „The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A: Human Experimental Psychology” 2003, t. 56, nr 4.

³⁸ E. Bohlmeijer, *Reminiscence and depression in later life*, Uitgeverij Boom, Amsterdam 2007.

³⁹ G. Getzel, *Intergenerational Reminiscence in...*, dz. cyt.

⁴⁰ G. Cohen, S. Taylor, *Reminiscence...*, dz. cyt.

W filmie *Motyl Still Alice* w reżyserii Richarda Glatzera występuje motyw nagrania przez główną bohaterkę (pracownika naukowego), chorą na Alzheimera, instrukcji działania w sytuacji, kiedy straci ona całkowicie pamięć. Tego typu zabieg techniczny mógłby w przyszłości pomagać osobom, które dotyka problem utraty pamięci. Program komputerowy umożliwiający tworzenie wirtualnego pokoju wspomnień dla wielu ludzi byłby nie tylko zabawą, ale i działaniem leczniczym, możliwym do zastosowania na każdym urządzeniu elektronicznym i w każdym miejscu. Mam tu na myśli tworzenie tzw. indywidualnej „karty pamięci” własnego życia, istotnej nie tylko dla samego autora, ale także dla jego bliskich (poprzez przekazywanie tradycji i historii życia rodziny).

Zakończenie – kilka uwag o jakości życia w okresie starości

Wszystkie działania opisane w artykule oscylują wokół zagadnienia jakości życia człowieka. Dyskusje dotyczą tego, co można zrobić, by pozostawała ona na wysokim poziomie. Medycyna jest tą dziedziną wiedzy, w której podejmowane działania są najbardziej widoczne. Trudno dyskutować ze stwierdzeniem, że dzięki najnowszym badaniom i odkryciom naukowym można zapobiec wielu chorobom oraz ułatwić funkcjonowanie seniorom i osobom niepełnosprawnym fizycznie. Medycyna pozostawia jednak nietkniętą sferę duchową człowieka. W dziedzinie medycyny obszar zajmujący się jakością życia jest bardzo rozbudowany. „Aby faza starzenia się człowieka była uwieńczeniem dotychczasowych jego osiągnięć w życiu prywatnym i zawodowym, niezbędne staje się ukierunkowanie polityki społecznej nie tylko na wydłużanie życia, ale również na podejmowanie działań sprzyjających poprawie jakości życia”⁴¹.

Badania przeprowadzone na próbie stałych mieszkańców Aberdeen, do których zakwalifikowano osoby o stosunkowo dobrym stanie zdrowia, żyjące samodzielnie we własnym domu, pośród innych członków społeczności, wskazują, że jakość życia była lepsza u mężczyzn niż u kobiet. Różnice w jakości życia wynikają częściowo z indywidualnych strategii radzenia sobie z przeciwnościami losu w okresie starości. Ogólnie można stwierdzić, że dobra jakość zdolności umysłowych trwa aż do wieku starczego oraz że te zdolności mają wpływ na lepsze przystosowanie się do zmieniających się warunków życia, często narzucanych siłą, a wynikających z procesu starzenia się⁴².

W kolejnych badaniach na seniorach mieszkających w pięciu domach opieki: trzech znajdujących się w Polsce i po jednym w Niemczech i USA, również analizowano jakość życia. W sumie badaniami objęto 155 osób – 47 mężczyzn (30,32%) i 108 (69,68%) kobiet. Największa liczba respondentów mieściła się w przedzia-

⁴¹ M. Szewczyczak, M. Stachowska, D. Talarska, *Ocena jakości życia...*, dz. cyt.

⁴² G.H. Bain, H. Lemmon, S. Teunisse, J.M. Starr, H.C. Fox, I. Deary, L.J. Whalley, *Quality of life in healthy old age...*, dz. cyt., s. 632–636.

le wieku 70–79 lat (35,29%), następnie 80–89 lat (28,76%). Dwudziestu jeden (13,73%) badanych reprezentowało wiek 60–69 lat, 19 mieszkańców mieściło się w przedziale wiekowym 90–100 lat (12,42%), a grupa osób w wieku 43–59 lat liczyła 15 (9,8%) przedstawicieli. Najmłodsze osoby przebywały w domach opieki ze względu na niepełnosprawność, która uniemożliwiała im samodzielne funkcjonowanie. Celem badań było określenie zadowolenia z ojczyzny, wolności osobistej, miejsca zamieszkania i odnalezienia miejsca w świecie. Mieszkańcy Cherry Hill (USA) zdecydowanie odróżniali się od pozostałych grup, natomiast pensjonariusze domów opieki z dużych aglomeracji, Berlina i Bydgoszczy, są do siebie zbliżeni. W mniejszych miejscowościach zadowolenie z życia jest zróżnicowane. Mieszkańcy Cherry Hill w stosunku do pozostałych grup posiadali najlepsze warunki socjalno-bytowe, najwyżej też oceniali wszystkie domeny, z wyjątkiem zadowolenia z miejsca zamieszkania. Wysnuć można z tego wniosek, że badani nie doceniali warunków, w jakich mieszkali, a jednocześnie warunki te pozwalały im w większym stopniu cieszyć się innymi elementami życia. Przeprowadzone badania potwierdzają istnienie różnic międzykulturowych. Różnice te uwidaczniają się nie tylko w populacjach. Są one zauważalne także na poziomie opieki instytucjonalnej.

Na podstawie przeprowadzonych badań trudno jednoznacznie określać czynniki wpływające na te różnice, ponieważ charakter, warunki życia, przeszłość są odmienne w każdej z porównywanych narodowości. Mieszkańcy Cherry Hill znacząco różnią się w opinii od badanych z Europy. Będąc najstarszą wiekowo grupą, najwyżej oceniali swoje zadowolenie, znacznie wyżej niż pozostałe grupy. Grupa berlińska jest mniej zadowolona, co jest zgodne z danymi zawartymi w literaturze. Wpływ na taki stan ma niewątpliwie przeszłość tego kraju, czyli poczucie odpowiedzialności za II wojnę światową. Polacy okazali się najbardziej zróżnicowaną grupą. Okazuje się, że specyficzne postrzeganie badanych domen bardzo często uwarunkowane było miejscem zamieszkania, wielkością domu, zaspokojonymi potrzebami lokalowymi, intymnością domu, atmosferą w nim panującą. Specyficznymi badanymi okazali się mieszkańcy niepełnosprawni, bowiem niżej oceniają poszczególne domeny jakości życia⁴³.

Najistotniejszym czynnikiem obniżającym poziom jakości życia jest choroba. Zauważyć trzeba, że rozbudowana sieć społeczna zapobiega izolacji i zapewnia wsparcie osobom w podeszłym wieku. Seniorzy łatwiej znoszą cierpienia, jeśli są zaangażowani w różne działania. Bycie potrzebnym, niezastąpionym pokonuje lęk, strach i ból. W badaniach empirycznych stwierdzono, że stopień zaawansowania choroby i jej ciężar nie pozostają w prostej zależności ze stopniem zadowolenia z własnego życia. Okazuje się, że osoby mające taki sam stopień zaawansowa-

⁴³ A. Molesztak, *Wybrane domeny jakości życia w ocenie mieszkańców domów pomocy społecznej. Studium międzykulturowe* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, red. B. Kaja, B. Hołtyń, t. 8, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2009, s. 185–210.

nia choroby mogą różnić się w subiektywnej ocenie jej ciężkości, a także w związku z chorobą w ocenie jakości własnego życia⁴⁴. Można zatem sądzić, że o odczuwanych dolegliwościach i przede wszystkim uskarżaniu się na nie decydować będą czynniki leżące poza zdrowiem. Z przeprowadzonych badań wynika, że sytuacja socjoekonomiczna ma znaczenie dla oceny jakości życia. Im wyższe wykształcenie seniora, im wyższe wynagrodzenie w stosunku do średniej krajowej oraz im wyższy standard mieszkaniowy, tym jakość życia oceniana jest wyżej. Kolejnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest występowanie wsparcia społecznego i sieci społecznej. Najważniejszym zadaniem tego systemu jest odczucie człowieka, że podlega on opiece własnej sieci, egzystuje w niej, a komunikacja opiera się na zasadzie wzajemnych zobowiązań⁴⁵. Kluczowe dla seniora okazują się: zdolność wykonywania czynności życia codziennego, zdrowie, sprawność sensoryczna, zdolność poruszania się, wolność/niezależność, energia. Natomiast najmniej istotne okazały się: życie seksualne, zdolność do nabywania nowych umiejętności i uczestniczenia w życiu społecznym, obraz ciała i wygląd, pozytywne nastawienie do śmierci i umierania⁴⁶.

Dochodząc do konkluzji, wymienić należy obszary, w których działania pedagogów sprzyjać będą wyższemu poziomowi jakości życia. Seniorzy winni odnaleźć swoją kolejną drogę realizacji celów. Jeśli pedagodzy przy współpracy ze środowiskiem medycznym i socjalnym będą proponowali różne oferty zajęć wychodzące naprzeciw potrzebom seniorów, osiągnięty zostanie postawiony cel podniesienia poziomu jakości życia. Działania inspirujące seniorów do rozbudowywania sieci społecznych, udzielania sobie wzajemnie wsparcia, pomocy w sferze akceptacji własnej starości oraz kontynuowania własnych zainteresowań lub odkrycia nowych możliwości są zadaniem dla pedagogów, animatorów kultury czy gerontologów. Mimo wielu działań nadal mało widoczne są podejmowane inicjatywy. Nie mniej ważna jest także liczba osób, którzy korzystają z proponowanej oferty. Okazuje się bowiem, że tylko niewielki procent seniorów bierze udział w spotkaniach. Może to wynikać z braku edukacji do starości, która występować powinna na tyle wcześniej, aby przygotować właśnie do tego okresu. Rozbudowanie przedsięwzięć interesujących seniorów może zwiększyć ich aktywność. Postulować można więc:

- organizację zajęć wzmacniających zdrowie fizyczne i zdolność poruszania się;
- profilaktykę żywienia;
- pomoc w zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa (przeciwko przemocy, oszustom finansowym, kradzieży, napadom);
- pomoc w usamodzielnianiu się po stracie osób bliskich (np. współmałżonka, dzieci);

⁴⁴ S. Steuden, P. Oleś, *Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia u pacjentów z zaburzeniami widzenia* [w:] *Psychologia jakości życia*, red. A. Bańka, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005, s. 220.

⁴⁵ M. Szewczyczak, M. Stachowska, D. Talarska, *Ocena jakości życia...*, dz. cyt., s. 96–100.

⁴⁶ Tamże.

- organizację koła charytatywnego senior dla seniora, senior dla dzieci, senior-korepetytor;
- pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego;
- organizację zajęć, spotkań dla seniorów niezwiązanych z klubami i stowarzyszeniami;
- integrację seniorów z dziećmi, młodzieżą;
- promowanie aktywności;
- udzielanie informacji niezbędnych w trudnych sytuacjach życiowych poprzez stworzenie profesjonalnego punktu informacji.

Aktywność jest jednym z ważniejszych czynników wpływających na wysoką ocenę satysfakcji z życia. Pozytywne rezultaty podejmowanej aktywności są bardzo szerokie, jeśli bierze się pod uwagę funkcje, jakie ona spełnia⁴⁷. Dzięki niej człowiek nie jest wyizolowany i odtrącony. Aktywność podejmowana przez seniora „buduje” mu relację ze światem, na który działa i od którego doznaje tego, co godne i wartościowe. Funkcjonowanie w różnych sferach życia jest dokumentowane przez fotografię, która jest fundamentem tworzenia indywidualnej karty pamięci zatrzymującej to, co ważne – wspomnienia.

Bibliografia

PUBLIKACJE ZWARTE I CZASOPISMA:

- Bain G.H., Lemmon H., Teunisse S., Starr J.M., Fox H.C., Deary I., Whalley L.J., *Quality of life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism*, „Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology” 2003, t. 38.
- Barzykowski K., Niedźwieńska A., *Przegląd badań nad mimowolnymi wspomnieniami autobiograficznymi. Perspektywy badawcze*, „Roczniki Psychologiczne” 2012, t. 15, nr 1.
- Bohlmeijer E., *Reminiscence and depression in later life*, Uitgeverij Boom, Amsterdam 2007.
- Diagnoza systemu pomocy i wsparcia osób starszych a potrzeby seniorów w województwie podkarpackim*, red. M. Zajdel-Ostrowska, M. Makarinska, J. Wąsik, P. Grzech, B. Zgłobicki, Obserwatorium Integracji Społecznej w Rzeszowie, Rzeszów 2012.
- Dubas E., *Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka [w:] Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, red. M. Dziegielewska, Biblioteka Edukacji Dorosłych, Łódź 2000.
- Dziuban A., *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa*, „Gerontologia Polska” 2010, t. 18, nr 3.
- Getzel G.S., *Intergenerational Reminiscence in Groups of the Frail Elderly*, „*Journal of Jewish Communal Service*” 1983, t. 59, nr 4.
- Głębocka A., Szarzyńska M., *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska” 2005, t. 13, nr 4.

⁴⁷ A. Molesztak, *Life satisfaction and senior citizens' social and life activity [w:] Situation, Education and Activation of Elderly People in Europe*, red. M. Stawiak-Ososińska, S. Chorst, Agencja Reklamowa TOP – Drukarnia Cyfrowa, Kielce 2014.

- Hrynkiewicz J., „*Los starca zależy od kontekstu społecznego*” – Wprowadzenie [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hrynkiewicz, II Kongres Demograficzny, t. 3, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
- Janiszewska M., Kulik T.B., Pacian A., Żoźniarczyk-Kieliszek D., Stefanowicz A., *Wsparcie społeczne i instytucje wspierające realizację potrzeb osób starszych*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2010, nr 91 (suplement 1) k-26.
- Janiszewska-Rain J., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Jurkiewicz C., *Jak komunikować się z mieszkańcami domu pomocy społecznej?*, „Praca Socjalna” 2006, nr 3.
- Kelly M.R., Nairne J.S., *Remembering the forgotten? Reminiscence, hypermnesia and memory for order*, „The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A: Human Experimental Psychology” 2003, t. 56, nr 4.
- Konieczka-Woźniak R., *Edukacja seniorów sposobem na samotność* [w:] *Przeciw samotności*, red. J. Twardowska-Rajewska, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2005.
- Kotlarska-Michalska A., *Starość w aspekcie socjologicznym*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2000, t. 12.
- Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska K., *Problemy wieku starczego* [w:] *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, red. A. Fabiś, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005.
- Kowalik, *Motywacja do rehabilitacji niepełnosprawnych seniorów. Próba nowego spojrzenia* [w:] *Senior w domu*, red. J. Twardowska-Rajewska, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2007.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2007.
- Lilienfeld A.O., Lynn S.J., Ruscio J., Beyerstein B.L., *50 wielkich mitów psychologii popularnej*, Wydawnictwo CiS, Warszawa–Stare Groszki 2011.
- Marszałek K., *Społeczne uczestnictwo seniorów Związku Harcerstwa Polskiego* [w:] *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, red. D. Seredyńska, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2012.
- Maruszewski T., *Inklinacja pozytywna, błędnie afektywne i wiarygodność pamięci autobiograficznej*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2008, t. 3, nr 2.
- Molesztak A., *Life satisfaction and senior citizens' social and life activity* [w:] *Situation, Education and Activation of Elderly People in Europe*, red. M. Stawiak-Ososińska, S. Chorst, Agencja Reklamowa TOP – Drukarnia Cyfrowa, Kielce 2014.
- Molesztak A., *Wybrane domeny jakości życia w ocenie mieszkańców domów pomocy społecznej. Studium międzykulturowe* [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, red. B. Kaja, B. Hołtyń, t. 8, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2009.
- Okła W., *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych* [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, red. S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2006.
- Richard L., Laforest S., Dufresne F., Sapinski J.P., *The quality of life of older adults living in an urban environment: Professional and lay perspectives*, „Canadian Journal of Aging” 2004, nr 24.
- Steuden S., Oleś P., *Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia u pacjentów z zaburzeniami widzenia* [w:] *Psychologia jakości życia*, red. A. Bańka, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005.

- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2004.
- Szewcyczak M., Stachowska M., Talarska D., *Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa*, „Nowiny Lekarskie” 2012, t. 81, nr 1.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia w wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, t. 9, nr 2.
- Waszkiewicz L., Gawęł-Dąbrowska D., Połtyn-Zaradna K., Zatońska K., Einhorn J., *Aspekty psychologiczne jakości życia mieszkańców Wrocławia w wieku poprodukcyjnym*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2010, nr 91 (suplement 1) k-26.
- Woods R.T., Bruce E., Edwards R.T., Elvish R., Hoare Z., Hounsborne B., Keady J., Moniz-Cook E.D., Orgeta V., Orrell M., Rees J., Russell I.T., *REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial*, „Health Technology Assessment” 2012, t. 16, nr 48.
- Woźniak B., *Problematyka psychospołecznej aktywności osób starszych w polskich czasopiśmie popularnych dotyczących zdrowia*, „Gerontologia Polska” 2007, t. 15, nr 1–2.
- Zajac L., *Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty [w:] Starość i osobowość*, red. K. Obuchowski, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE:

- Cohen G., Taylor S., *Reminiscence and ageing*, „Ageing and Society” 1998, t. 18, nr 5, s. 601–610. Open Research Online The Open University’s repository of research publications and other research outputs Link(s) to article on publisher’s website: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=33091&fulltextType=RA&fileId=S0144686X> (2016.03.03)
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., *Wybrane aspekty socjologiczne wieku starszego*, http://www.swiatproblemow.pl/2011_11_1.html, (2013.05.06).