

NIEPEŁNOSPRAWNI W SPOŁECZEŃSTWIE

Marlena Kilian

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

WPROWADZENIE

Niepełnosprawność zwykle się rozpatrywać w trzech zasadniczych kategoriach: „uszkodzenia” (*impairment*), czyli dysfunkcji fizjologicznych, anatomicznych i psychicznych, „niepełnosprawności funkcjonalnej” (*disability*), czyli obniżonej sprawności wykonywania czynności oraz „upośledzenia” (*handicap*) odnoszącego się do środowiskowych zaburzeń funkcjonowania. Powyższymi kategoriami posługuje się przyjęta w 1980 r. przez Światową Organizację Zdrowia Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń – ICIDH (WHO 1980). Nie stanowią one jednak układu hierarchicznego. Przykładowo uszkodzenie nie musi prowadzić do niepełnosprawności, kiedy nie wpływa negatywnie na funkcjonowanie (np. poparzenie ciała niekoniecznie zaburza zdolności funkcjonalne osoby) lub gdy osoba przystosowała się do uszkodzenia.

Z drugiej strony możliwe jest istnienie niepełnosprawności bez uszkodzenia (np. analfabetyzm w cywilizowanych krajach).

Powyższa Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń spotkała się z krytyką za zbyt silne akcentowanie aspektów medycznych niepełnosprawności i niewystarczające podkreślanie znaczenia utrudnień środowiskowych, odnoszących się do otoczenia fizycznego (np. bariery architektoniczne) i społecznego (np.: uprzedzenia i stereotypy, zachowania dyskryminacyjne, bariery kulturowe) w etiologii niepełnosprawności. Klasyfikacja ta przyjmuje, iż uszkodzenie jest źródłem niepełnosprawności i upośledzenia, a osoba niepełnosprawna na drodze leczenia i rehabilitacji ma dostosować się do warunków otoczenia. A przecież upośledzenie, będące wyrazem zależności człowieka od jego środowiska, można znieść tak poprzez zmianę człowieka, jak tegoż środowiska – społecznego czy fizycznego.

Dostosowywanie otoczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych stanowi wyraz dążenia do integracji opartej również na wysiłku społeczeństwa eliminującego i kompensującego bariery oraz starającego się właściwie rozumieć problemy własnych członków.

W odpowiedzi na postawione zarzuty WHO przedstawiła w 2001 r. ostateczną wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF (WHO 2001), stanowiącą zmodyfikowa-

naną i skorygowaną wersję klasyfikacji pochodzącej z 1980 r. W klasyfikacji tej termin niepełnosprawność (*disability*) zastąpiło „ograniczenie aktywności” (*activity limitations*), a „upośledzenie” (*handicap*) – „ograniczenie uczestnictwa” (*participation restriction*).

Nowa, biopsychospołeczna koncepcja niepełnosprawności łączy aspekty biologiczne i społeczne niepełnosprawności. Przyjmuje, iż niepełnosprawność jest wynikiem złożonych relacji między właściwościami osoby (stan zdrowia i czynniki osobiste) a właściwościami środowiska społecznego i fizycznego, stanowiących możliwe źródło trudności odczuwanych przez osoby niepełnosprawne.

Podkreślono, że bezpośrednią przyczyną zaburzenia funkcjonowania może być środowisko społeczne, nawet w sytuacji braku uszkodzenia, co znajduje wyraz w przypadku np. społecznej stygmatyzacji osoby wyleczonej z choroby psychicznej lub dyskryminacji zawodowej osób z predyspozycjami genetycznymi w kierunku jakiejś choroby.

Otoczenie społeczne może pełnić negatywną rolę również w życiu osób starszych, kiedy przyczynia się do ich przedwczesnego i patologicznego starzenia się, a niekiedy staje się jedynym źródłem niepełnosprawności. Wpływ ten wyznacza zwłaszcza ignorancja w dostosowaniu środowiska fizycznego do ich potrzeb, izolacja społeczna seniorów i odcięcie od dawnych satysfakcji, postawy dyskryminacyjne zasadzające się na samym fakcie osiągnięcia przez osobę biologicznego wieku starszego lub odwrotnie, postawy nadopieczności wywodzące się m.in. z niewiedzy w zakresie prawidłowości procesu starzenia się.

Przyjazne seniorom środowisko fizyczne i bogate życie społeczne, bliskie międzyludzkie relacje i wsparcie łagodzą naturalne skutki starzenia się, zmniejszają ryzyko powstania niepełnosprawności, a w przypadku jej zaistnienia minimalizują powstałe ograniczenia w sferze życia biologicznego, psychicznego, funkcjonalnego i społecznego.

POZYTYWNE WSPARCIE SPOŁECZNE

Relacje przyjacielskie

Ubogie życie społeczne seniorów nie musi być źródłem poczucia osamotnienia. Stworzona przez L.L. Carstensena socjoemocjonalna teoria selektyw-

ności (Carstensen i in. 1999) mówi, że z wiekiem osoby zawężają sieć kontaktów społecznych do tych, z których czerpią największą przyjemność i w które chcą inwestować.

W ciągu całego życia pozytywne interakcje społeczne i bliskie więzi pozostają stabilne, natomiast negatywne interakcje i peryferyczne znajomości są redukowane. Tłumaczy się to potrzebą najkorzystniejszego ulokowania własnej coraz bardziej ograniczonej energii – inwestowanie w najbliższe kontakty i zminimalizowanie interakcji z mniej znanymi społecznymi partnerami stanowi mechanizm adaptacyjny. Choć starsi ludzie rzadziej angażują się w relacje społeczne niż ludzie młodszy, określają je jako satysfakcjonujące, wspierające i zaspokajające ich potrzeby (Carstensen 1992).

Co więcej, częściej od młodszych są zadowoleni z obecnego rozmiaru ich społecznej sieci (Lansford i in. 1998).

Bliskie relacje zacieśniają się z wiekiem i wzrasta troska o zachowanie przyjaźni (Blieszner 1989). Zagraniczne badania wykazały, że w porównaniu z młodszymi osobami dorosłymi dla satysfakcji z życia seniorów jakością kontaktów z przyjaciółmi jest ważniejsza niż jakość kontaktów z własnymi dziećmi (O'Connor 1995).

Charakterystyczne, że przyjaciele starszych ludzi w większym stopniu zapewniają im emocjonalne wsparcie niż członkowie rodziny, którzy z kolei są bardziej skłonni dostarczać im osobistej opieki (Antonucci 1990).

Krąg społecznych relacji w przypadku mężczyzn i kobiet obejmuje zwykle te same osoby: współmałżonków, dzieci i przyjaciół. Natura tych relacji jest jednak inna. Kobiece więzi są bardziej osobiste i intensywne – zarówno w odniesieniu do kontaktów o charakterze pozytywnym, jak i negatywnym, również w stosunku do tej samej osoby (Troll 1994). W Polsce kobiety znacznie rzadziej niż mężczyźni pozostają w związkach małżeńskich (odpowiednio 32% i 77%) i znacznie częściej od nich są owdowiałe (wdów jest trzykrotnie więcej niż wdowców) (Nowak 1995). Gdy kobiety tracą swych mężów, wówczas pielęgnowane przez całe życie kontakty międzyludzkie pomagają im przetrwać ten trudny okres. Natomiast większość starszych mężczyzn ma żony, które są dla nich powierniczkami, towarzyszkami i pomocnikami, ale ich sieć innych społecznych kontaktów jest uboga.

Relacje rodzinne

Kontakty z własnymi dziećmi ulegają poprawie w porównaniu z wcześniejszym okresem życia i zaczynają opierać się na wzajemnej wymianie usług. Świadczona w obrębie rodziny opieka często jest obustronna – dziadkowie opiekują się wnukami, a gdy niepełnosprawność wytrąci ich z tej roli, wówczas dzieci i wnuki opiekują się dziadkami. Niemniej relacje stary rodzic-dorośle dziecko mogą być tak źródłem wsparcia, jak i konfliktu, często sięgającego początków rodzicielstwa.

Satysfakcja z życia w małżeństwie jest wyższa niż wśród młodszych osób dorosłych. Jak pokazują badania, satysfakcja ta jest wysoka we wczesnych latach dorosłości, następnie stopniowo zmniejsza się w latach średnich, po czym wzrasta po odejściu dzieci z domu (Atchley 2000).

W dziedzinie relacji z rodzeństwem dochodzi do odnawiania bliskich więzi, zapewniających emocjonalne i zdrowotne wsparcie (Depner, Ingersoll-Dayton 1988).

Z wiekiem pełnione role społeczne ulegają przekształceniu. Wymaga to zmian w poczuciu własnej tożsamości, szczególnie w sytuacji porzucenia pełnionej dotychczas roli i przyjęcia nowej, np. w chwili opuszczenia przez dzieci domu i ich usamodzielnienia się, przejścia na emeryturę czy utraty współmałżonka. Trudności przysparza połączenie pełnionych ról, np. mentora dzielącego się swą wiedzą i doświadczeniem z młodszymi, który jednocześnie pozostaje w zależności fizycznej czy finansowej od swych dorosłych już dzieci, a także pełnienie odwróconych ról, np. podopiecznego własnych dzieci przejmujących rolę opiekunów nad swymi starymi rodzicami.

Kobiety są bardziej zadowolone od mężczyzn ze wsparcia dostarczanego przez przyjaciół i innych członków sieci społecznej. Częściej od nich wymieniają dzieci, rodzinę i przyjaciół jako źródło wsparcia. Odwrotnie jednak sprawa przedstawia się w małżeństwie – mężczyźni częściej wymieniają swoje żony jako źródło zadowalającego wsparcia niż kobiety swoich mężów (Kahn 1994). Kobiety bowiem w większym stopniu odczuwają osobistą odpowiedzialność za problemy członków swojej społecznej sieci, co skłania je do udzielania pomocy w ich rozwiązywaniu. Choć istnieje wobec nich większe prawdopodobieństwo owdowienia, mieszkania w pojedynkę, doświadczenia funkcjonalnej niesprawności oraz dysponowania skromnymi środkami finansowymi (Barer 1994), mogą w większym stopniu polegać na pomocy krewnych, podczas gdy mężczyźni bardziej jest zależny od żony, a w przypadku gdy jest nieżonaty – może doświadczać większej izolacji lub być mniej zdolnym do odpowiedniej troski o samego siebie.

Wykazano jednak, że tylko w przypadku mężczyzn zaangażowanie religijne związane jest z częstszym udzielaniem pomocy innym (Krause i in. 1999).

SPOŁECZNE ŹRÓDŁA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI SENIORÓW

Badania wykazały, że starzenie się jest bardziej sytuacją psychospołeczną niż biologiczną. Amerykańscy psychologowie z Uniwersytetu Harvarda (Levy, Langer 1994) badali, czy wiek biologiczny pociąga za sobą obniżenie sprawności intelektualnej. Wykazano, że najlepsze wyniki w rozwiązywaniu testów i najlepszą samoocenę mają amerykańscy głusi seniorzy żyjący w zamkniętych społecznościach.

Zdaniem psychologów samoocena, szacunek otoczenia lub jego brak wpływają na umiejętności intelektualne ludzi starszych. Można powiedzieć, że do pewnego stopnia starzenie zdeterminowane jest społecznymi i kulturowymi oczekiwaniami. Osoba jest na tyle młoda, na ile sama będzie się czuła oraz na ile pozwoli jej społeczeństwo, którego jest członkiem.

Osamotnienie

Zgodnie z wynikami badań ubogie życie społeczne związane jest z gorszym funkcjonowaniem (Kaplan i in. 1993), np. niska społeczna aktywność prowadzi do wzrostu ryzyka pojawienia się depresji (Oxman i in. 1992). Wykazano również, że starsze osoby silnie społecznie zaangażowane (Mendes de Leon i in. 2003) oraz utrzymujące bliskie związki z członkami

rodziny (Glies i in. 2004) odznaczają się mniejszą niepełnosprawnością.

Takie ochronne działanie zapewnia również nieformalne wsparcie otrzymane we wcześniejszych okresach życia (Choi, Wodarski 1996). Relację tę tłumaczy się większym poczuciem bezpieczeństwa wspomagającym radzenie sobie z chorobą, stresem i innymi trudnymi doświadczeniami życiowymi.

Udowodniono ponadto, że udział w życiu społecznym nie tylko spowalnia utratę fizycznego zdrowia i redukuje poziom niepełnosprawności w wykonywaniu codziennych czynności (Mendes de Leon i in. 1999), ale także chroni przed pojawieniem się niepełnosprawności (Alund i in. 2004) i zmniejsza ryzyko śmierci (Glass i in. 1999).

Wedle innych badań niższa śmiertelność związana jest jednak w większym stopniu z zaangażowaniem społecznym w okresie rekonwalescencji, niż na etapie prewencji nowych chorób (Steinach 1992).

Wyniki polskich badań (Łobożewicz 1995) pokazują, że około 60% uczestników życia społecznego w podeszłym wieku nigdy nie tęskniło za towarzystwem, nigdy nie poddaje się uczuciu osamotnienia i nigdy nie czuje się niepotrzebnymi. Odsetek często tęskniących za towarzystwem był większy wśród kobiet i mieszkańców miast, wzrastał z wiekiem, a po 80. roku życia zmniejszał się: w przedziale 60–64 lata wynosił 8,1%, w wieku 75–79 lat już 20%, natomiast powyżej 80 lat spadał do poziomu 15,7%. Pokazuje to, że ludzie z wiekiem osuwają się z doznawaną samotnością. Na uczucie niechcianego osamotnienia częściej skarżyły się osoby pozostające w stanie wolnym w porównaniu z żyjącymi ze współmałżonkiem (odpowiednio 27,2% i 4,7%) oraz o słabym stanie zdrowia.

Postawy dyskryminacyjne

Do postaw dyskryminacyjnych i negatywnego nastawienia wobec osób w zaawansowanym wieku, zasadzających się na stereotypach i uprzedzeniach dotyczących starości i osób starszych odnosi się termin „ageizm” (in. geriatryzm) (Butler 1975). Ageizm każe postrzegać seniorów przez pryzmat degradacji ciała i przypisywać im: bezużyteczność, chorowitość, zniechęcenie, biedę, utratę sił seksualnych, rychłą śmierć.

Zgodnie ze stereotypowym wyobrażeniem przyjmuje się za oczywiste, że człowiek stary niezdolny jest do prowadzenia samodzielnego, satysfakcjonującego życia oraz wymaga stałej pomocy. Obowiązek rezygnacji z życia zawodowego, by ustąpić miejsca młodemu, bez względu na siły vitalne osób starszych – to również przejaw dyskryminacji.

W obszarach ustawowo powołanych do opieki nad chorymi i niepełnosprawnymi seniorami zachowania dyskryminacyjne przejawiają się, np. w niedostosowaniu rehabilitacji do ich potrzeb i możliwości lub wręcz jej pomijaniu, w uzależnianiu leczenia od wieku, braku zainteresowania skutecznym leczeniem stanów chronicznych, częstszych wśród osób starszych w porównaniu z młodymi, które wprawdzie bezpośrednio nie zagrażają życiu, ale prowadzą do niepełnosprawności.

Także osoby starsze mogą przejawiać zachowania ageistyczne, również wobec samych siebie, co może prowadzić do obniżenia ich oczekiwań dotyczących jakości otrzymywanych świadczeń medycznych i re-

habilitacyjnych, utrudniać wyrażanie własnych potrzeb rehabilitacyjnych i działanie na rzecz ich realizacji (Kilian 2004).

Postawy nadopiekuńcze

Do niepełnosprawności mogą prowadzić zachowania nadopiekuńcze wobec starszych osób z fizycznym lub psychicznym uszkodzeniem. Wówczas środowisko społeczne nie tylko nie wspiera osoby niepełnosprawnej w utrzymaniu lub odzyskaniu niezależności, ale zachęca, a niekiedy wręcz przymusza do rezygnacji z samodzielności na rzecz zdania się na pomoc innych osób. W rzeczywistości tak rozumiana troska często stanowi wyraz szacunku i miłości wobec bliskich niepełnosprawnych seniorów. Z drugiej strony nadmierna pomoc bywa chętnie przyjmowana jako sposób kompensacji pozarehabilitacyjnych potrzeb natury psychospołecznej.

Nadopiekuńcza postawa bliskich zaznana we wcześniejszych okresach życia również może pogłębić niepełnosprawność w starszym wieku, a nawet stanowić jej jedyne źródło. Przykład stanowi niepełnosprawność wdowca spowodowana nie tyle fizycznymi ograniczeniami, co brakiem doświadczenia w wykonywaniu czynności dotychczas znajdujących się wyłącznie w zakresie obowiązków żony.

Niewiedza

Pośrednią przyczyną niepełnosprawności bywa niewystarczające uświadomienie starszych osób i reszty społeczeństwa w zakresie rozróżniania naturalnych i patologicznych zmian psychofizycznych zachodzących z wiekiem. Wśród Amerykanów w średnim wieku i starszych aż 43% wierzyło w prawdziwość stwierdzenia: *Wszyscy starsi ludzie doznają uszkodzenia wzroku stanowiącego naturalną konsekwencję procesu starzenia się* (The Lighthouse 1995). W efekcie uznania stanu patologicznego za normę dochodzi do zaniedbania etapu prewencji i leczenia chorób, jak również rehabilitacji uznawanych za bezcelowe. Źródła problemów wieku starszego przypisuje się zaawansowanemu wiekowi, a nie w towarzyszącym mu patologiom, np. chronicznym chorobom.

O osobie młodej zwykło mówić się, że jest chora, bo cierpi na określone schorzenie, o osobie starszej, że jest chora, bo jest stara. Za społeczną niewiedzę dotyczącą prawidłowości procesu starzenia się odpowiedzialne są zaniedbania na polu edukacji i przygotowania społeczeństwa do starości.

Otoczenie fizyczne

Niepełnosprawność może wynikać z niemożności sprostania wymaganiom otoczenia fizycznego, z drugiej strony środowisko przystosowane do potrzeb seniorów i osób niepełnosprawnych zwiększa ich możliwości funkcjonalne. Przyjazne środowisko bowiem nie tylko nie prowadzi do uszkodzeń ciała, ale minimalizuje skutki doznanego uszkodzenia.

Jak ujawniają badania, zaledwie 5% upadków ma miejsce podczas wykonywania przez seniorów czynności potencjalnie niebezpiecznych, takich jak wchodzenie na drabinę czy uprawianie sportu, ale już 44% spowodowana jest zagrożeniami środowiskowymi (Tinetti i in. 1988). Do najważniejszych z nich należy nieodpowiednie oświetlenie, następnie: niestabilne

podłoże (np. ślizgające się dywany), nieoczekiwane przeszkody znajdujące się na ziemi (np. bałagan na podłodze), wystające elementy podłoża (np. kable), nieodpowiednie meble (np. niskie, miękkie fotele). W domach starszych osób przeszkody architektoniczne w największym stopniu dotyczą: łazienki, kuchni, sypialni oraz wejść do pomieszczeń (Stark 2001).

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że najczęściej do niepełnosprawności przyczyniają się wypadki w miejscu pracy (dotyczące niemal 5% osób w wieku 50–79 lat), następnie coraz powszechniejsze z wiekiem wypadki w domu (dotyczące 1,7% osób w wieku 50–59 lat i 4,4% osób w wieku 80 lat i starszych) oraz wypadki komunikacyjne (dotyczące około 1,5% badanych w wieku 50–79 lat i 0,5% w wieku 80 lat i starszych) (GUS 1997).

Dla seniorów z ruchowymi i sensorycznymi ograniczeniami zagrożenie stanowi intensywny ruch samochodowy podczas próby pokonania przejść dla pieszych. Problem ten nabiera znaczenia przy złej pogodzie lub zbyt krótkim sygnale dla pieszych. Trudności w użytkowaniu środków transportu publicznego mogą uniemożliwiać korzystanie z usług rehabilitacyjnych.

Inne, zewnętrzne przyczyny utrudniające bezpieczne funkcjonowanie poza domem odnoszą się m.in. do niekorzystnych warunków pogodowych i oświetleniowych, np.: zbyt intensywnego czy zbyt słabego oświetlenia, poruszania się podczas deszczu oraz na ośnieżonych trasach.

Szczególnych trudności przysparza poruszanie się w nieznanym, zatłoczonym i hałaśliwym otoczeniu. Słabo dostępne dla seniorów otwarte przestrzenie integracyjne cechuje obecność barier architektonicznych, np. wysokie krawężniki i schody, w przypadku których najniebezpieczniejszy jest pierwszy i ostatni stopień, lub sama ich obecność w sytuacji poruszania się na wózku inwalidzkim. Lęk przed upadkiem i jego konsekwencjami, czy trudności z korzystaniem ze środków transportu publicznego mogą zniechęcić seniorów do opuszczania własnego domu i prowadzić tym samym do zaniedbania zaspokajanych tą drogą potrzeb. Niedostosowanie fizyczne własnego domu może z kolei ów lęk przed przemieszczaniem się potęgować, prowadząc do obniżenia sprawności fizycznej czy depresji.

PODSUMOWANIE – WNIOSKI NA PRZYSZŁOŚĆ

Współcześnie co dziesiąty mieszkaniec Ziemi ma co najmniej 60 lat, a szacuje się, że do 2050 r. do tej grupy wieku zaliczać się będzie co piąta osoba (Samoraj 2003). Zgodnie z przewidywaniami przez najbliższe 20 lat to Europa stanie się „najstarszym” regionem świata, a potrzeby jej starszych obywateli będą wywierać coraz większy nacisk na społeczeństwo. Potrzeby te ulegną zmianie, tak jak będą się zmieniać kolejne pokolenia seniorów: lepiej wykształconych, aktywnych, przywykłych do wyższego standardu życia, świadomych siły społecznej, jaką tworzą, kreatywnych i zapewne niegodzących się na starość współcześnie pojmowaną.

Przygotowania na przyjęcie stale zmieniającej się demograficznie i mentalnie grupy osób w zaawansowanym wieku powinny uwzględniać siłę społecznych uwarunkowań niepełnosprawności wieku starszego, zmierzać do zminimalizowania ich negatywnych skutków i wzmacniania pozytywnego wpływu. Społeczne

działania należałoby ukierunkować na zapobieganie powstawaniu niepełnosprawności wieku starszego oraz łagodzenie jej następstw poprzez, m.in.:

- 1) afirmowanie wartości samodzielnego funkcjonowania w starszym wieku;
- 2) uświadamianie starszych niepełnosprawnych osób i ich rodzin w zakresie dostępnych usług rehabilitacyjnych;
- 3) udzielanie pomocy wspierającej samodzielne funkcjonowanie, co prócz oferty rehabilitacyjnej odnosi się np. do możliwości samodzielnego mieszkania dzięki otrzymywaniu gotowych posiłków i pomocy w pracach domowych;
- 4) oferowanie niesprawnym w zakresie samodzielnego poruszania się pacjentom możliwości transportu lub usług przewodnika;
- 5) stworzenie programów samopomocowych dających niepełnosprawnym seniorom możliwość dzielenia się wiedzą na temat wypracowanych we własnym zakresie metod adaptacyjnych do nabytej niepełnosprawności;
- 6) aktywizowanie społeczne seniorów (np. grupy wsparcia, wolontariat prowadzony przez osoby starsze, życie kulturalne adresowane i dostępne seniorom);
- 7) edukowanie w zakresie odróżniania zmian naturalnych w starszym wieku, które są nieuniknione, ale podlegają działaniom opóźniającym od zmian patologicznych, które nie są nierozzerwalnie związane ze starszym wiekiem i nie stanowią jego atrybutu;
- 8) dostosowanie otoczenia fizycznego do ich potrzeb wynikających z powyższych zmian związanych z wiekiem;
- 9) tworzenie specjalizacji naukowych rozwijających zagadnienia wieku starszego (np. gerontosocjologia, gerontopsychologia, geragogika specjalna);
- 10) interdyscyplinarną współpracę w zakresie wspomagania adaptacji do wielorakich problemów związanych ze starzeniem się i starością, co dotyczy zwłaszcza niepełnosprawnych seniorów.

LITERATURA

- Antonucci T.C. (1990), *Social supports and social relationships*, w: R.H. Binstock, L.K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, New York: Academic Press, s. 205–226.
- Atchley R.C. (2000), *Social forces and aging. An introduction to social gerontology*, Belmont: Wadsworth.
- Avlund K., Lund R., Holstein B.E., Due P. (2004), *Social relations as determinant of onset of disability in aging*, „Archives of Gerontology and Geriatrics”, vol. 38(1), s. 85–99.
- Barer B.M. (1994), *Men and women aging differently*, „International Journal of Aging & Human Development”, vol. 38(1), s. 29–40.
- Blieszner R. (1989), *Developmental process of friendship*, w: R.G. Adams, R. Blieszner (eds.), *Older adult friendship*, Newbury Park: Sage, s.108–126.
- Butler R.N. (1975), *Why survive? Being old in America*, New York: Harper&Row.
- Carstensen L.L. (1992), *Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemotional selectivity*, w: J.E. Jacobs (ed.), *Nebraska Symposium on motivation 1992: Developmental Perspectives on Motivation 1992*, 40, s. 209–254, Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carstensen L.L., Isaacowitz D.M., Charles S.T. (1999), *Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity*, „American Psychologist”, vol. 54(3), s. 165–181.
- Choi N.G., Wodarski J.S. (1996), *The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration?*, „Social Work Research”, vol. 20(1), s. 52–63.

- Depner C.E., Ingersoll-Dayton B. (1988), *Supportive relationships in later life*, „Psychology and Aging”, vol. 3(4), s. 348–357.
- Giles L.C., Metcalfe P.A., Glonek G.F., Luszcz M.A., Andrews G.R. (2004), *The effects of social networks on disability in older Australians*, „Journal of Aging and Health”, vol. 16(4), s. 517–538.
- Glass T.A., Mendes de Leon C.F., Marottoli R.A., Berkman L.F. (1999), *Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans*, „British Medical Journal”, vol. 319(7208), s. 478–483.
- Główny Urząd Statystyczny (1997), *Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Kahn R.L. (1994), *Social support: content, causes and consequences*, w: R.P. Abeles, H.C. Gift, M.G. Ory (eds.), *Aging and quality of life*, New York: Springer Publishing Company, s. 163–184.
- Kaplan G.A., Strawbridge W.J., Camacho T., Cohen R.D. (1993), *Factors associated with change in physical functioning in the elderly: A six year prospective study*, „Journal of Aging and Health”, vol. 5(1), s. 140–153.
- Kilian M. (2004), *Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie*, „Gerontologia Polska”, vol. 12(3), s. 125–128.
- Krause N., Ingersoll-Dayton B., Liang J., Sugisawa H. (1999), *Religion, social support, and health among the Japanese elderly*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 40(4), s. 405–421.
- Lansford J.E., Sherman A.M., Antonucci T.C. (1998), *Satisfaction with social networks: an examination of socioemotional selectivity theory across cohorts*, „Psychology and Aging”, vol. 13(4), s. 544–552.
- Levy B., Langer E. (1994), *Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American Deaf*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 66(6), s. 989–997.
- Łobożewicz T. (1995), *Samopoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa*, „Gerontologia Polska”, vol. 3(1/2), s. 25–36.
- Mendes de Leon C.F., Glass T.A., Beckett L.A., Seeman T.E., Evans D.A., Berkman L.F. (1999), *Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Science”, vol. 54(3), s. 162–171.
- Mendes de Leon C.F., Glass T.A., Berkman L.F. (2003), *Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE*, „American Journal of Epidemiology”, vol. 157(7), s. 633–642.
- Nowak L. (1995), *Sytuacja demograficzna ludzi starszych w Polsce w perspektywie do 2010 roku*, „Gerontologia Polska”, vol. 3(3/4), s. 4–15.
- O'Connor B.P. (1995), *Family and friend relationships among older and younger adults: interaction motivation, mood, and quality*, „International Journal of Aging and Human Development”, vol. 40(1), s. 9–29.
- Oxman T.C., Berkman L.F., Kasl S., Freeman D.H., Barrett J. (1992), *Social support and depressive symptoms in the elderly*, „American Journal of Epidemiology”, vol. 135(4), s. 356–368.
- Samoraj B. (2003), *Główne cechy procesu starzenia się ludności – świat i Polska*, kwiecień-czerwiec(2), s. 116–128.
- Stark S. (2001), *Creating disability in the home: the role of environmental barriers in the United States*, 16(1), s. 7–49.
- Steinbach U. (1992), *Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States*, „Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Science”, vol. 47(4), s. 183–190.
- The Lighthouse Inc. (1995), *The Lighthouse National Survey on Vision Loss: The Experience, Attitudes, and Knowledge of Middle-Aged and Older Americans*, New York: The Lighthouse Inc.
- Tinetti M.E., Speechley M., Ginter S.F. (1988), *Risk factors for falls among elderly persons living in the community*, New England „Journal of Medicine”, vol. 319(26), s. 1701–1707.
- Troll L.E. (1994), *Family connectedness of old women*, w: B.F. Turner, L.E. Troll (eds.), *Women growing older*, Thousand Oaks: Sage, s. 169–201.
- World Health Organization (2001), *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva.
- World Health Organization (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, Geneva.

SUMMARY

The purpose of the article is to present social determinants of age-related disability derived from the actual definition of disability according to World Health Organization. This definition emphasizes social causes of disability determined not solely by physical impairment but also by influence of physical and social environment. The environmental characteristics may lead to minimization or intensification of experienced impairment effects. Similarly in the case of disabled people in older age some aspects of social life may further limit their physical ability or even play a dominant role in the process of premature and pathological aging, what is confirmed by richly cited research studies in this area. The major attention was paid to: feeling of loneliness of seniors, social prejudices and discrimination because of age, overprotective attitudes, social unawareness about the reality of biopsychosocial condition in older age or insufficient adaptation of physical environment not satisfying older people needs. The study is completed by the problem of positive social support in the area of the complex functioning of the aged.

SPROSTOWANIE

W numerze 10/2007 w artykule Beaty Kaczyńskiej pt. *Polityka społeczna – badania, dydaktyka, rozwój. Doroczna konferencja polityków społecznych w Sieniawie* wkradł się błąd. Na s. 37 w wypowiedzi prof. M. Szyłko-Skoczny poinformowano błędnie, że obecnie polityka społeczna funkcjonuje jako specjalizacja w ramach politologii. Poprawnie powinno być podane, że polityka społeczna funkcjonuje jako samodzielny kierunek studiów. Z kolei na s. 40 w wypowiedzi prof. K.W. Frieskie zamiast „model peperowski” powinno być „model popperowski”. Zainteresowanych i czytelników przepraszam.

Beata Kaczyńska