

# STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ

WYBRANE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA  
OSÓB W STARSZYM WIEKU

---

Redakcja naukowa  
Małgorzata Dziechciaż i Beata Rejman



# STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ – WYBRANE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB W STARSZYM WIEKU

---

Redakcja naukowa

Małgorzata Dziechciaż i Beata Rejman

© Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza, 2023

Recenzent:

*dr hab. Mariola Wojciechowska, prof. UJK*

Redakcja wydawnicza:

*Joanna Bień*

*Justyna Kowalik-Przybyła*

Opracowanie typograficzne:

*Katarzyna Kerschner*

Projekt okładki:

*Anna M. Damasiewicz*

Zdjęcie wykorzystane na okładce:

© Fabio Formaggio | Depositphotos.com



Ministerstwo  
Edukacji i Nauki

Publikacja została dofinansowana ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki w ramach programu „DOSKONAŁA NAUKA. WSPARCIE KONFERENCJI NAUKOWYCH” na podstawie umowy nr DNK/SP/514418/2021 z dnia 18.02.2022r., nazwa projektu: Organizacja konferencji naukowej pt. *Starzenie się i starość wyzwaniem i zadaniem XXI w.*

ISBN 978-83-8294-224-8

Oficyna Wydawnicza „Impuls”

30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5

tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220

[www.impulsoficyna.com.pl](http://www.impulsoficyna.com.pl), e-mail: [impuls@impulsoficyna.com.pl](mailto:impuls@impulsoficyna.com.pl)

Wydanie I, Kraków 2023

# SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE .....	9
--------------------	---

*Justyna Miazga, Zofia Kruba*

## **ROZDZIAŁ 1**

STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI W WYMIARZE SPOŁECZNO-MEDYCZNYM

AGING OF THE POPULATION IN THE SOCIO-MEDICAL DIMENSION .....	11
--	----

*Beata Rejman, Krzysztof Rejman*

## **ROZDZIAŁ 2**

NEGATYWNE ZJAWISKA SPOŁECZNE I ICH WPŁYW NA JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB  
W WIEKU SENIORALNYM

NEGATIVE SOCIAL PHENOMENA AND THEIR IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE OF SENIOR CITIZENS .....	23
---	----

*Ilona Żeber-Dzikowska*

## **ROZDZIAŁ 3**

EDUKACJA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU JAKO CZYNNIK POPRAWIAJĄCY  
JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORA

EDUCATION OF THE ELDERLY AS A FACTOR IMPROVING LIFE QUALITY OF A SENIOR CITIZEN .....	39
--	----

*Sławomir Tobis, Mirosława Cylkowska-Nowak*

## **ROZDZIAŁ 4**

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA U CHORYCH Z OTĘPIENIEM I WPŁYW TERAPII ZAJĘCIOWEJ  
NA JAKOŚĆ ŻYCIA TYCH CHORYCH

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DEMENTIA AND THE IMPACT OF OCCUPATIONAL THERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF THESE PATIENTS .....	49
--	----

*Jacek Marian Hołub*

## **ROZDZIAŁ 5**

RATOWNIK SENIOR W GÓRSKIM OCHOTNICZYM POGOTOWIU RATUNKOWYM.  
PRZEJŚCIE W STAN POZASŁUŻBOWY CZY NADAL SŁUŻBA GÓRSKA GOPR?

SENIOR RESCUER IN THE MOUNTAIN VOLUNTARY RESCUE SERVICE. TRANSITION TO OFF-DUTY STATUS OR STILL MOUNTAIN SERVICE? .....	61
--	----

*Alicja Kłos, Katarzyna Tomaszewska, Agata Grąz*

**ROZDZIAŁ 6**

ORGANIZACJE POZARZĄDOWE SZANSĄ NA AKTYWIZACJĘ OSÓB STARSZYCH  
W SPOŁECZNOŚCIACH LOKALNYCH

NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS AS AN OPPORTUNITY  
TO ACTIVATE OLDER PEOPLE IN LOCAL COMMUNITIES ..... 99

*Marcin Warchoła*

**ROZDZIAŁ 7**

MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA ŚCIEŻKI TURYSTYCZNEJ Z AUDIODESKRYPCJĄ  
„ZOBACZYĆ BIESZCZADY” W MUCZNEM DLA POTRZEB AKTYWIZACJI RUCHOWEJ  
OSÓB STARSZYCH Z DYSFUNKCJĄ WZROKU

POSSIBILITIES OF USING THE TOURIST TRAIL WITH AUDIO DESCRIPTION  
„SEE THE BIESZCZADY” IN MUCZNE FOR THE NEEDS OF PHYSICAL ACTIVATION  
OF ELDERLY PEOPLE WITH VISUAL IMPAIRMENTS ..... 97

*Małgorzata Dziechciaż, Małgorzata Dukacz, Rafał Filip*

**ROZDZIAŁ 8**

WYBRANE ZDROWOTNE DETERMINANTY JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

SELECTED HEALTH DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY ..... 117

*Magdalena Strugała, Adam Jaros, Aleksandra Zielińska-Czajko, Dorota Talarska*

**ROZDZIAŁ 9**

ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WIELOLEKOWOŚCIĄ A WYDOLNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ  
I OGÓLNĄ JAKOŚCIĄ ŻYCIA OSÓB PO 65. ROKU ŻYCIA – BADANIA WSTĘPNE

RELATIONSHIP BETWEEN MULTIDRUG USE AND FUNCTIONAL CAPACITY  
AND GENERAL QUALITY OF LIFE IN PEOPLE OVER 65 – PRELIMINARY RESEARCH ..... 127

*Kornelia Formusiewicz, Izabela Wróblewska*

**ROZDZIAŁ 10**

JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORÓW PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO

QUALITY OF LIFE IN SENIORS AFTER HIP REPLACEMENT ..... 145

*Svitlana Petrenko, Izabela Wróblewska*

**ROZDZIAŁ 11**

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO

QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PEOPLE WITH COLORECTAL CANCER ..... 157

*Kamila Rydzik, Izabela Wróblewska*

**ROZDZIAŁ 12**

ZABURZENIA ODŻYWIANIA WYSTĘPUJĄCE U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

NUTRITIONAL DISORDERS OCCURRING IN THE ELDERLY ..... 171

*Krystyna Sereda, Marta Chrobak*

**ROZDZIAŁ 13**

NIEDOŻYWIENIE PROBLEMEM OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

MALNUTRITION – A PROBLEM FOR THE ELDERLY ..... 189

*Martyna Szablewska, Izabela Wróblewska*

**ROZDZIAŁ 14**

WPŁYW PANDEMII COVID-19 I ZWIĄZANEJ Z NIĄ IZOLACJI

NA SAMOPOCZUCIE SENIORÓW

THE IMPACT OF COVID-19 AND RELATED ISOLATION ON THE WELL-BEING OF SENIORS ..... 199

*Zofia Kruba, Justyna Miazga*

**ROZDZIAŁ 15**

ZABURZENIA PAMIĘCI U OSÓB W WIEKU SENIORALNYM

MEMORY DISORDERS IN ELDERLY PEOPLE ..... 215

*Zuzanna Borowiecka*

**ROZDZIAŁ 16**

TRANSPLANTACJE NEREK U PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU

KIDNEY TRANSPLANTATION IN ELDERLY PATIENTS ..... 225

NOTY O AUTORACH ..... 239

## WPROWADZENIE

Proces starzenia się człowieka wiąże się z doświadczeniem wielu strat w każdej sferze życia (np. fizycznej – utrata zdrowia fizycznego, sprawności funkcjonalnej; psychicznej – utrata zdrowia psychicznego, zaburzenia poznawcze, depresja oraz społecznej – utrata bliskich osób, pracy, pozycji społecznej), które – współwystępując i nakładając się na siebie – w istotny sposób obniżają poczucie jakości życia.

Jakość życia jest terminem wieloznacznym, wieloaspektowym i dynamicznie zmieniającym się w zależności od sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek. Utożsamia się ją ze zdrowiem fizycznym, psychicznym, poczuciem szczęścia i przyjemności, a także autonomią i samorealizacją.

Jakość życia można określić jako różnicę pomiędzy oczekiwaniami człowieka a prawdziwymi realiami jego życia oraz jako subiektywne postrzeganie przez niego własnej sytuacji życiowej.

Wpływ na jakość życia mają czynniki zewnętrzne, wewnętrzne i wpływ czasu. Może ona być rozpatrywana w wymiarze subiektywnym, na który składają się np. samopoczucie, samoocena zdrowia fizycznego i psychicznego, poczucie godności, spędzanie wolnego czasu, otrzymywane wsparcie społeczne, kontakty z innymi ludźmi, oraz obiektywnym, obejmującym np. stan zdrowia oceniany na podstawie wyników badań, diagnozy chorób, warunki mieszkaniowe, dochód, liczbę i jakość kontaktów społecznych.

Ważnym czynnikiem rzutującym na jakość życia w starości jest aktywność psychofizyczna, która pozytywnie wpływa na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne, obniża poziom lęku, polepsza samopoczucie, a tym samym w znacznym stopniu poprawia jakość życia osób w starszym wieku. Do czynników korzystnie na nią oddziałujących należą także np.: właściwie otrzymywane wsparcie społeczne, umiejętność radzenia sobie z wyzwaniem życia, brak dyskryminacji, praca zawodowa, możliwość edukacji.

Ocena jakości życia seniorów w różnych stanach zdrowia, sytuacjach życiowych, w jakich się znajdują, pozwala odpowiednio dobrać zakres potrzebnej pomocy medycznej i społecznej.

*Starzenie się i starość – wybrane aspekty jakości życia osób w starszym wieku* to kolejna publikacja o starości. Stanowi próbę przybliżenia poszczególnych wymiarów jakości życia osób w podeszłym wieku. Podobnie jak *Starzenie się i starość w ujęciu interdyscyplinarnym* skierowana jest do seniorów i ich rodzin oraz do osób, które na co dzień pracują z seniorami. Mamy nadzieję, że książka ta

przyczyni się do lepszego zrozumienia znaczenia oceny jakości życia osób w starszym wieku w kontekście rozpoznania problemów i zapewnienia im właściwej opieki.

Serdeczne podziękowania kierujemy do Autorów poszczególnych rozdziałów.

*Małgorzata Dziechciaż*

*Beata Rejman*



*Justyna Miazga, Zofia Kruba*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

## **ROZDZIAŁ 1**

### **STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI W WYMIARZE SPOŁECZNO-MEDYCZNYM**

#### **AGING OF THE POPULATION IN THE SOCIO-MEDICAL DIMENSION**

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Wiek XXI przynosi przeobrażenia na poziomie makro- i mikrospołecznym, pociągające za sobą zmiany w obszarze społeczno-kulturowym. Cały świat doświadcza zarówno demograficznej, jak i epidemiologicznej transformacji, m.in. dzięki lepszym warunkom życia, postępom w medycynie i zdrowiu publicznym. Proces starzenia się społeczeństwa niewątpliwie należy do ważniejszych przemian i wyzwań współczesności.

### **Cel pracy**

Przedstawienie wieloaspektowego i złożonego problemu starzenia się ludności w Polsce i na całym świecie.

### **Treść**

Wiek XXI jest i będzie wiekiem starzenia się populacji. W Polsce od 25 lat obserwuje się spowolnienie rozwoju demograficznego. Przewiduje się, że udział osób starszych w światowej populacji wzrośnie w 2050 roku do 16%, czyli co szósta osoba na świecie będzie miała 65 lat i więcej. Większość seniorów boryka się z wieloma chorobami współistniejącymi, których podłożem jest wiek. Do najczęściej występujących należą choroby sercowo-naczyniowe, a zwłaszcza nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, udar mózgu, zmiany sensoryczne, sarkopenia oraz depresja. Często występuje kilka schorzeń jednocześnie. Niewątpliwie zdrowie i związane z nim samopoczucie mają istotny wpływ na jakość życia osób w podeszłym wieku.

## Podsumowanie

Oprócz krótkoterminowych środków ochronnych dla osób w podeszłym wieku świat, zwłaszcza po pandemii, musi na nowo rozważyć najlepsze sposoby ochrony zdrowia i warunków życia osób starszych.

**Słowa kluczowe:** starość, seniorzy, choroby sercowo-naczyniowe, choroby przewlekłe, jakość życia, opieka medyczna, opieka społeczna

## Abstract

### Introduction

The 21st century brought a transformation at the macro- and micro-social level, entailing the experience of change in the socio-cultural realm. The whole world is drawing a lot of control and epidemiological conferences, among other things, thanks to better living conditions, advances in medicine and public health. One of the most important changes and challenges of the present day is undoubtedly the aging of the society.

### Aim of publication

Presentation of the multi-faceted and complex problem of the aging of the population in Poland and around the world.

### Contents

The 21st century is and will be the age of the aging of the population. In Poland, for 25 years, it has been observing a slowdown in demographic development. It is expected that the share of older people in the world population will increase to 16% in 2050, i.e. every sixth person in the world will be 65 years of age or more. Most seniors struggle with multiple comorbidities related to age. The most common are cardiovascular diseases, especially hypertension, diabetes, stroke, sensory changes, sarcopenia, and depression. Often there are several conditions at the same time. Undoubtedly, the health and well-being associated with it has a significant impact on the quality of life of the elderly.

### Summary

In addition to short-term protection measures for the elderly, the world, especially after the pandemic, needs to reconsider how best to protect the health and living conditions of older people.

**Keywords:** old age, seniors, cardiovascular diseases, chronic diseases, quality of life, medical care, social care

## Wprowadzenie

Wiek XXI przynosi przeobrażenia na poziomie makro- i mikrospołecznym, które pociągają za sobą zmiany w obszarze społeczno-kulturowym. Cały świat

doświadcza zarówno demograficznej, jak i epidemiologicznej transformacji, m.in. dzięki lepszym warunkom życia, postępom w medycynie i zdrowiu publicznym. W wyniku nierówności w rozwoju gospodarczym i społecznym postęp ten wyglądał różnie w poszczególnych krajach, jednak punktem wspólnym jest wzrost długowieczności populacji na całym globie [1]. Czy zmiany te mają wymiar pozytywny? Otóż otaczającą rzeczywistość współczesnego człowieka możemy analizować w dwóch aspektach. Z jednej strony nowych, nieograniczonych możliwości, szans wszechstronnego rozwoju, a z drugiej wielu nieznanych dotychczas zagrożeń rozmaitych sfer życia człowieka, epidemii czy szerzenia się chorób cywilizacyjnych. Warto podkreślić, że każda zmiana dotycząca jednostki pociąga za sobą przekształcenia w wymiarze globalnym, mające wpływ na całe struktury społeczne. Do ważniejszych przemian i wyzwań współczesności należy niewątpliwie proces starzenia się społeczeństwa.

## Starzenie populacyjne

Starzenie się populacji następuje wraz ze spadkiem płodności, opóźnionym wiekiem macierzyństwa, zmianami we wzorcach małżeństw, występowaniem konkubinatów i rozwodów, wzrostem poziomu wykształcenia młodszych pokoleń, ciągłą migracją wewnętrzną (ze wsi do miast) i międzynarodową urbanizacją w połączeniu z szybkim rozwojem gospodarczym, ewolucją potrzeb konsumpcyjnych (wzrost zapotrzebowania społeczeństwa na usługi w zakresie ochrony zdrowia, opieki społecznej, niedostateczna liczba żłobków i przedszkoli). Ponadto na zjawisko starzenia się ludności wpływa pośrednio szereg innych czynników, wśród których możemy wymienić: poziom zamożności społeczeństwa, aktywność zawodową kobiet, poziom opieki społecznej i ochrony zdrowia, politykę społeczną państwa itp. [2] Wszystkie podane elementy zmieniają kontekst życia osób starszych. Warto również wziąć pod uwagę wielkość i skład gospodarstw domowych, w których mieszkają, oraz ich warunki życia. Zrozumienie ważnego powiązania między warunkami życia osób starszych a ich zdrowiem i dobrym samopoczuciem jest kluczowym aspektem w pracy nad zrównoważonym rozwojem społecznym wszystkich krajów świata.

Patrząc wstecz na zmiany demograficzne z ostatnich 20 lat i na prognozy na kolejne 30 lat, jasne jest, że XXI wiek jest i będzie wiekiem starzenia się populacji. Analiza demograficzna Departamentu Spraw Gospodarczych i Społecznych ONZ (UN DESA) wykazała, że w 2020 roku na całym świecie było 727 mln osób w wieku 65 lat lub starszych, natomiast w przeciągu najbliższych 30 lat liczba ta podwoi się, dochodząc do ponad 1,5 mld osób. Przewiduje się, że udział osób starszych w światowej populacji z 9,3% w 2020 roku

wzrośnie do 16% w 2050 roku, czyli co szósta osoba na świecie będzie miała 65 lat i więcej. Analizując dane demograficzne, należy również zwrócić uwagę na rozkład pod względem płci. Kobiety żyją średnio dłużej niż mężczyźni. W efekcie kobiety w 2020 roku stanowiły 55% światowej populacji w wieku 65 lat lub więcej [3]. Ponadto nadreprezentacja kobiet rośnie wraz z wiekiem: obecnie to 62% osób w wieku 80 lat i więcej [4]. Populację UE w dniu 1 stycznia 2020 roku oszacowano na 447,3 mln, z czego 20,6% to osoby starsze (w wieku 65 lat i więcej) [5]. Jeśli chodzi o populację w Polsce, to udział osób w wieku 65 lat lub starszych w 2020 roku wyniósł 22,3% [6].

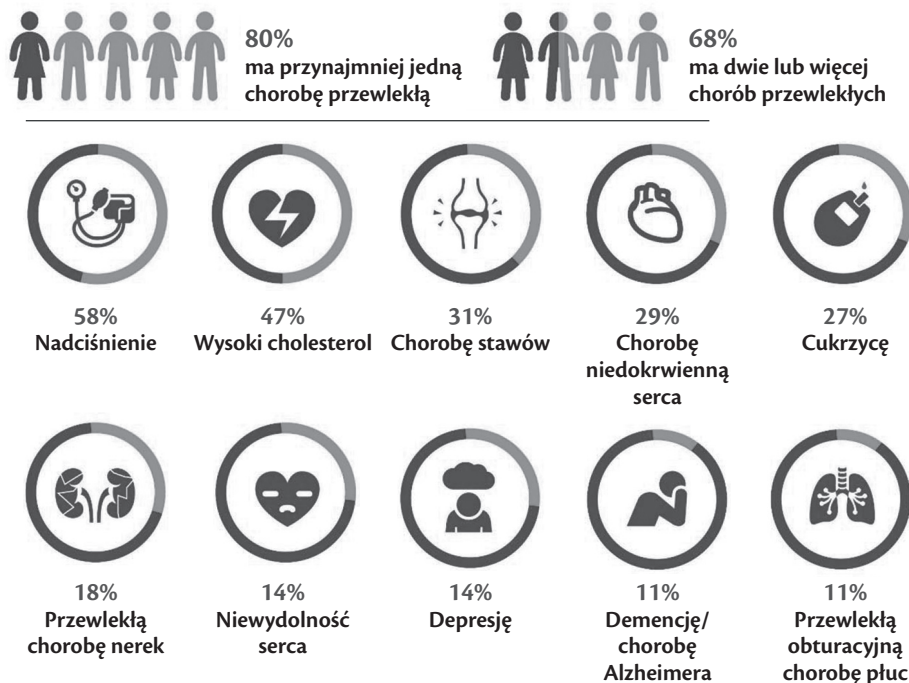
Przypatrując się danym z Polski z ostatnich 25 lat, można zauważyć, że obok zmian politycznych, kulturowych, społecznych czy ekonomicznych jednocześnie obserwuje się spowolnienie rozwoju demograficznego [7]. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w strukturze wiekowej Polaków. Z prognoz demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że w Polsce w 2050 roku udział osób w wieku powyżej 65. roku życia wyniesie 32,7% [8]. Ogółem liczba ludności w wieku emerytalnym wzrośnie z około 8,5 mln w 2020 roku [6] do blisko 10 mln w 2050 roku [8]. Obecnie Polska plasuje się w pierwszej trzydziestce krajów starych pod względem demograficznym.

Jak wskazują powyższe dane, udział osób starszych w całej populacji znacznie wzrośnie w nadchodzących dziesięcioleciach. To z kolei doprowadzi do większego obciążenia osób w wieku produkcyjnym koniecznością pokrywania wydatków socjalnych, wymaganych przez starzejącą się populację. Wszystkie kraje na świecie stoją przed poważnymi wyzwaniami, aby zapewnić gotowość ich systemów zdrowotnych i społecznych do jak najlepszego wykorzystania w świetle zmian demograficznych [9]. Wymaga to odpowiednio prowadzonej polityki państw, a w szczególności opieki nad tą grupą populacji, zwłaszcza że gros osób starszych boryka się z wieloma chorobami współistniejącymi, których podłożem jest wiek.

## Starzenie biologiczne

Na poziomie biologicznym starzenie się wynika z wpływu kumulacji wielu różnych uszkodzeń molekularnych i komórkowych w czasie. Prowadzi to do stopniowego spadku wydolności fizycznej i umysłowej, rosnącego ryzyka chorób i ostatecznie śmierci. Zmiany te nie są ani liniowe, ani spójne, ale jedynie luźno związane z wiekiem danej osoby. W kwietniu 2021 roku Narodowa Rada ds. Starzenia (ang. *National Council on Aging*), działająca na terenie Stanów Zjednoczonych, opublikowała dane określające 10 najczęściej występujących chorób przewlekłych u osób po 65. roku życia (rycina 1).

Rycina 1. 10 najczęstszych chorób przewlekłych u osób po 65. roku życia



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowej Rady ds. Starzenia (ang. *National Council on Aging*).

W czołówce przewlekłych chorób dotykających osoby po 65. roku życia znalazły się schorzenia sercowo-naczyniowe. Choroby te są jedną z głównych przyczyn śmiertelności w tej grupie wiekowej. Z patofizjologicznego punktu widzenia choroby sercowo-naczyniowe można podzielić na choroby naczyń i choroby serca, manifestujące się klinicznie najczęściej jako: nadciśnienie tętnicze, choroba naczyń wieńcowych, choroba niedokrwienna serca, udar mózgu, choroba tętnic obwodowych, kardiomiopatie, niewydolność serca, nadciśnienie płucne, arytmie o zróżnicowanym tle, wady zastawkowe serca oraz zapalenie wsierdzia [10]. Ryzyko sercowo-naczyniowe wzrasta wraz z wiekiem, prowadząc do negatywnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak udar, choroba wieńcowa i demencja. U niektórych osób proces starzenia przebiega szybciej. Istnieje szereg czynników ryzyka przyspieszających ten proces, a wśród nich: nadciśnienie, dyslipidemia, otyłość i cukrzyca typu 2 – dzielą one wspólny wzorzec patofizjologiczny z przewlekłym stanem zapalnym i stresem oksydacyjnym. Zmiany te są związane z dysfunkcją neuronów, powodują osłabienie funkcji poznawczych i demencję, a także wiele innych problemów zdrowotnych [11].

Najczęściej u osób starszych mamy do czynienia z nadciśnieniem tętniczym. Nazywane jest przez Światową Organizację Zdrowia „cichym zabójcą”, ponieważ może nie mieć żadnych alarmujących ani wyraźnych objawów. Osoby w wieku 65 lat i więcej mają typowo izolowane nadciśnienie skurczowe z podwyższonym ciśnieniem tętna w wyniku zmniejszonej elastyczności tętnic centralnych [12]. Po 65. roku życia częstość występowania nadciśnienia wzrasta do 58%.

Cukrzyca jest nierzadkim schorzeniem u osób starszych, szacuje się, że ponad 27% populacji po 65. roku życia choruje na tę jednostkę chorobową, zwłaszcza na typ 2. W tej grupie wiekowej manifestuje się ona stopą cukrzycową, nawracającymi infekcjami dróg moczowych oraz utratą masy ciała [10]. W odróżnieniu od cukrzycy u osób w średnim wieku cukrzyca u osób starszych wiąże się z występowaniem zaburzenia funkcji poznawczych.

Udar mózgu jest najpoważniejszą chorobą naczyniową mózgu, a ryzyko tej choroby wzrasta wraz z wiekiem – prawie podwaja się co 10 lat po 55. roku życia. Aż 87% wszystkich udarów to udary niedokrwienne, w których dochodzi do powstania skrzepu krwi, blokującego tętnicę zatrzymującą przepływ krwi. Pozostałe to udary krwotoczne spowodowane nagłym i gwałtownym pęknięciem naczynia krwionośnego w mózgu zwanym krwotokiem oraz przejściowy atak niedokrwienny (TIA), tzw. miniudar. Według Narodowego Instytutu ds. Starzenia (ang. *National Institute on Aging*) udary mózgu są jedną z głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności pacjentów w podeszłym wieku. Instytut podaje, że 66% pacjentów hospitalizowanych podczas udaru lub po nim ma 65 lat i więcej [13].

Jeśli chodzi o choroby stawów, Fundacja Zapalenia Stawów (ang. *Arthritis Foundation*) podaje ich ogólną definicję. Typowe objawy zapalenia stawów obejmują obrzęk, ból, sztywność i zmniejszenie zakresu ruchu. Objawy mogą być nasilone lub ustępować, a ich postać może mieć przebieg łagodny, umiarkowany albo ciężki. Zapalenie stawów może powodować przewlekły ból, niezdolność do wykonywania codziennych czynności i utrudniać chodzenie [14]. Choroba ta ma ponad 100 postaci, a jedną z najczęstszych u osób starszych jest choroba zwyrodnieniowa stawów. Podłoże jej zmian to zużycie chrząstki między kośćmi w stawach, co niesie za sobą ból, obrzęk i sztywność stawów. Drugim najczęściej spotykanym typem zapalenia stawów u seniorów jest reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Wprawdzie występuje rzadziej, ale może mieć bardziej nasilone dolegliwości bólowe. RZS pojawia się, gdy układ odpornościowy nie działa prawidłowo, wówczas choroba atakuje i powoduje stan zapalny w stawach [10].

## Zespoły geriatryczne

Starszy wiek charakteryzuje się również pojawieniem kilku złożonych stanów zdrowia, ogólnie nazywanych zespołami geriatrycznymi. Zmiany fizjologiczne u osób starszych można znaleźć niemal w każdym układzie narządów i bardzo często obejmują także obszar sensoryczny. Narodowy Instytut ds. Starzenia podaje, że około 1/3 osób w wieku od 65 do 74 lat ma ubytek słuchu, a prawie połowa osób w wieku powyżej 75 lat ma problemy ze słuchem [15]. Spowodowane jest to najczęściej zwiększoną produkcją woskowiny wraz z wiekiem, co przyczynia się do trudności ze słyszeniem. Warto podkreślić, że występowanie ubytków słuchu jest złożonym problemem i wpływa na obniżenie jakości życia. Również ostrość wzroku zmniejsza się wraz z wiekiem (starczowzroczność). Osoby starsze często mają problemy z widzeniem w nocy, zwłaszcza gdy światło jest intensywne, odblaskowe. Ponadto ulega osłabieniu funkcja przedsionkowa. Możliwe zawroty głowy są częstym wieloczynnikowym zespołem geriatrycznym, przyczyniającym się do upadków. Nierzadko seniorzy doświadczają kilku wymienionych wyżej dysfunkcji jednocześnie.

Spadek masy i siły mięśniowej rozpoczyna się w czwartej dekadzie życia. W wieku 85 lat około 20% osób spełnia kryteria sarkopenii (znacząca utrata masy i siły mięśni) [16]. Konsekwencją tego są ograniczenia w zdolności poruszania się, z kolei niepełnosprawność ruchowa wiąże się z częstymi upadkami, izolacją społeczną i depresją. Starość pociąga za sobą także zmiany w obszarze psychicznym i poznawczym. Łagodna utrata pamięci krótkotrwałej, trudności w znajdowaniu słów i wolniejsze przetwarzanie danych to normalne elementy starzenia się. Również wskaźniki demencji rosną wraz z wiekiem. Szacuje się, że liczba cierpiących na nią osób na całym świecie może wynieść do 131 mln w 2050 roku [17].

## Starzenie psychospołeczne

Poza wszystkimi wyżej wymienionymi zmianami biologicznymi starzenie nierzadko wiąże się z innymi sytuacjami życiowymi, takimi jak: przejście na emeryturę, przeniesienie do innego mieszkania, śmierć przyjaciół i partnerów. Reakcja jednostki na te wydarzenia może być różna.

W tej grupie wiekowej wciąż mało mówi się o depresji, często spowodowanej przyjmowanymi substancjami/lekami (np. leki przeciwbólowe) lub przewlekłymi stanami chorobowymi. Złe samopoczucie psychiczne może być także reakcją na wydarzenia życiowe, które pojawiają się wraz ze starzeniem się. Należą do nich choćby: strata bliskich, emerytura/zmniejszenie dochodów, izolacja społeczna i samotność, utrata funkcji społecznych lub poznawczych

z powodu choroby, ograniczenie albo brak ruchu, ograniczenia funkcjonalne utrudniające wykonywanie czynności dnia codziennego. Należy podkreślić, że depresja nie jest normalną częścią procesu starzenia. Według Narodowego Centrum Chorób Przewlekłych statystyki dotyczące depresji u osób starszych żyjących w społeczności wahają się od mniej niż 1% do około 5%, ale wzrastają do 14% u osób wymagających opieki domowej i do 11,5% u starszych pacjentów hospitalizowanych lub przebywających w ośrodkach pomocy [18], czyli u osób zależnych od osób trzecich z powodu choroby i niepełnej sprawności.

Dłuższe życie niesie ze sobą możliwości nie tylko dla osób starszych i ich rodzin, ale także dla całego społeczeństwa. Dodatkowe lata dają szansę na podejmowanie takich zajęć, jak dalsza edukacja, nowa kariera czy długo zaniedbywana pasja. Seniorzy na wiele sposobów przyczyniają się również do rozwoju swoich rodzin i społeczności. Jeśli ludzie mogą doświadczyć tych dodatkowych lat życia w dobrym zdrowiu i jeśli żyją w sprzyjającym środowisku, ich zdolność do robienia rzeczy, które cenią, będzie niewiele różniła się od umiejętności młodszej osoby. Jeśli jednak wiek podeszły zdominowany jest przez spadek sprawności fizycznej i umysłowej, konsekwencje dla osób starszych i dla społeczeństwa są bardziej negatywne. Zakres możliwości zależy w dużej mierze od jednego czynnika: zdrowia, które często jest podstawowym wyznacznikiem jakości życia seniorów. Chociaż niektóre różnice stanu zdrowia osób starszych mają podłoże genetyczne, większość jest związana ze środowiskiem fizycznym i społecznym, a także ich cechami osobistymi, takimi jak płeć, pochodzenie etniczne lub status społeczno-ekonomiczny. Środowisko, w którym ludzie żyją jako dzieci – a nawet jako rozwijające się płody – w połączeniu z ich cechami osobistymi mają długofalowy wpływ na proces ich starzenia się [19].

Niewątpliwie zdrowie i samopoczucie w nim związane rzutują na jakość życia osób w podeszłym wieku [20]. Nie jest jednak oczywiste, jak należy definiować jakość życia i jak ją oceniać. Debata na temat definicji jest prowadzona wśród badaczy z różnych dyscyplin i nakłada się na eksplorację pojęć udanego starzenia się, subiektywnego dobrostanu, zadowolenia z życia i szczęścia. Jakość życia w starszym wieku można rozumieć jako sposób postrzegania codziennego życia przez osoby starsze na podstawie oceny czynności, które są w stanie wykonać samodzielnie [21]. Ocena jakości życia osób w podeszłym wieku musi odzwierciedlać złożoność czynności i przyjmować wiele kryteriów dotyczących aspektów fizycznych, psychologicznych, społeczno-kulturowych i duchowych. Szereg różnych elementów uważa się za determinanty lub wskaźniki dobrego samopoczucia w starszym wieku, w tym: długowieczność, zdrowie biologiczne, zdrowie psychiczne, satysfakcję, kontrolę poznawczą i skuteczność, kompetencje społeczne, produktywność, aktywność, sta-



tus społeczny, dochód, ciągłość ról rodzinnych i zawodowych, a także relacje z przyjaciółmi.

Środowiska fizyczne i społeczne mogą oddziaływać na zdrowie bezpośrednio, poprzez bariery lub bodźce, które wpływają na możliwości, decyzje i zachowania zdrowotne. Utrzymanie zdrowych zachowań przez całe życie, w szczególności zbilansowana dieta, regularna aktywność fizyczna i unikanie używek, przyczynia się do zmniejszenia ryzyka chorób, poprawy zdolności fizycznych i umysłowych oraz opóźnienia zależności od opieki osób trzecich. Wspierające środowisko społeczne umożliwia z kolei ludziom robienie tego, co jest dla nich ważne, pomimo utraty niektórych zdolności czy kompetencji. Globalizacja, rozwój technologiczny (np. w transporcie i komunikacji), urbanizacja, migracja i zmieniające się normy płci mają również bezpośredni i pośredni wpływ na życie osób starszych.

## Jakość życia osób starszych

Badania GUS prezentują i omawiają dane statystyczne dotyczące jakości życia osób starszych w różnych obszarach ich funkcjonowania. Wykazano, że zdecydowana większość mieszkańców Polski (80%) w omawianej grupie wiekowej była zadowolona lub bardzo zadowolona ze swojego życia. Niższy wskaźnik zadowolenia odnotowano w sferze poczucia sensu życia – 67% ankietowanych zadeklarowało, że to, czym się przeważnie zajmują w życiu, ma dla nich sens. Stan emocjonalny na poziomie dobrym odnotowano u 38% badanych seniorów. Najważniejszymi wyznacznikami dobrobytu w ocenie subiektywnej osób starszych okazały się dotychczasowy przebieg życia oraz ogólna ocena stanu zdrowia. Kolejnym silnie oddziałującym na poziom zadowolenia z życia czynnikiem był status związku, mieszkanie z rodziną i sytuacja materialna. Spośród czynników w zakresie kontaktów społecznych najważniejszy wpływ na zadowolenie z życia seniorów miało wsparcie duchowe dzieci albo wnuków oraz posiadanie bliskiego przyjaciela [22].

Utrzymanie jakości życia osób starszych na jak najwyższym poziomie zależy od wielu elementów, ale jednym z ważniejszych jest prowadzona polityka społeczna. W związku z tym Zgromadzenie Ogólne ONZ ogłosiło lata 2021–2030 Dekadą Zdrowego Starzenia się i zwróciło się do WHO o kierowanie wdrażaniem tego projektu. Dekada Zdrowego Starzenia się to globalna współpraca łącząca rządy, społeczeństwa obywatelskie, agencje międzynarodowe, profesjonalistów, środowiska akademickie, media i sektor prywatny w ramach 10 lat skoordynowanych, katalitycznych i opartych na współpracy działań na rzecz dłuższego i zdrowszego życia. Projekt ma na celu zmniejszenie nierówności w zdrowiu i poprawę jakości życia osób starszych, ich rodzin i społeczności

poprzez wspólne działania w czterech obszarach: zmiana sposobu myślenia, odczuwania i działania w kierunku starzenia się i wieku, rozwijanie społeczności w sposób, który doskonali umiejętności osób starszych, świadczenie skoncentrowanej na osobie, zintegrowanej opieki i podstawowej opieki zdrowotnej dostosowanej do osób starszych oraz zapewnienie tym osobom dostępu do wysokiej jakości opieki długoterminowej [23].

## Podsumowanie

Kompleksowa reakcja w zakresie zdrowia publicznego musi uwzględniać szeroki zakres doświadczeń i potrzeb osób starszych. Różnorodność obserwowana w tej grupie wiekowej nie jest przypadkowa. Wynika z fizycznego i społecznego otoczenia ludzi oraz wpływu tych środowisk na ich możliwości i zachowania zdrowotne. Relacja, jaką mamy z naszym środowiskiem, jest naznaczona takimi cechami osobistymi, jak: rodzina, w której się urodziliśmy, nasza płeć i pochodzenie etniczne, co prowadzi do dysproporcji w zachowaniu zdrowia i procesie starzenia się.

W artykule dokonano przeglądu warunków zdrowotnych i zagrożeń związanych ze starzeniem się populacji na podstawie najnowszych dostępnych danych polskich i międzynarodowych. Ponieważ ludzie żyją dłużej, ważne jest, aby te dodatkowe lata życia przebiegały w jak najlepszym komforcie, pomimo możliwych chorób przewlekłych. W nadchodzących latach coraz większe znaczenie będą miały inicjatywy na rzecz poprawy jakości życia i promocji zdrowia osób w podeszłym wieku. Systemy opieki zdrowotnej powinny obejmować określone mechanizmy profilaktyki, leczenia i rehabilitacji, dostosowane do potrzeb osób starszych. Działania te mogą skutecznie przyczynić się do poprawy trybu życia przy przystępnych kosztach, z naciskiem na rolę działań podstawowej opieki zdrowotnej. Pandemia COVID-19 stanowi poważne wyzwanie dla rządów i oznacza trudności dla osób starszych na całym świecie, prowadzi bowiem do nadmiernej śmiertelności w tej grupie wiekowej, zwłaszcza w domach opieki i zbiorowych społecznościach seniorów. Oprócz krótkoterminowych środków ochrony świat, zwłaszcza po pandemii, musi na nowo rozważyć najlepsze sposoby ochrony zdrowia i warunków życia osób starszych.

## Piśmiennictwo

1. Medici A.C. Health sector challenges and policies in the context of ageing populations. United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2021, s. 1. <https://desapublications.un.org/working-papers/health-sector-challenges-and-policies-context-ageing-populations> [dostęp: 10.01.2022].
2. Starzenie się społeczeństwa – wyzwanie dla rynku pracy, aktywizacja pracowników 50+. Raport tematyczny. Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości; 2020, s. 4–5.
3. World population ageing 2020 highlights: living arrangements of older persons. United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2020, s. 1. [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd-2020\\_world\\_population\\_ageing\\_highlights.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf) [dostęp: 17.01.2022].
4. World population ageing 2020 highlights. United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2020. [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un\\_pop\\_2020\\_pf\\_ageing\\_10\\_key\\_messages.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf) [dostęp: 14.01.2022].
5. Population structure and ageing. Eurostat; 2022. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing) [dostęp: 14.01.2022].
6. Główny Urząd Statystyczny. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 31.12.2020). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2021, s. 17. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosc-i-raz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-2020> [dostęp: 17.01.2022].
7. Pikula N.G. Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2015, s. 5.
8. Główny Urząd Statystyczny. Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015–2050. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy; 2014, s. 5–7. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-rezydujacej-dla-polski-na-lata-2015-2050,8,1.html> [dostęp: 15.01.2022].
9. World Health Organization. World report on ageing and health 2015. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> [dostęp: 9.01.2023].
10. Wieczorowska-Tobis K., Neuman-Podczaska A. Geriatria. Praktyczny przewodnik. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021, s. 133, 141.
11. Coca A., Burnier M. Editorial: hypertension in the elderly. *Frontiers of Cardiovascular Medicine*; 2021. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcvm.2021.645580/full> [dostęp: 13.01.2022].
12. Filipovský J. Arterial hypertension in the elderly. *Vnitřní Lekarství*. 2018; 64(11): 987–992.

13. National Institute on Aging. Stroke. <https://www.nia.nih.gov/health/topics/stroke> [dostęp: 14.01.2022].
14. Rath L. What is arthritis? Arthritis Foundation; 2022. <https://www.arthritis.org/health-wellness/about-arthritis/understanding-arthritis/what-is-arthritis> [dostęp: 15.01.2022].
15. National Institute of Aging. Hearing loss: a common problem for older adults. National Institute of Aging; 2018. <https://www.nia.nih.gov/health/hearing-loss-common-problem-older-adults> [dostęp: 15.01.2022].
16. Dodds R.M., Granic A., Davies K., Kirkwood T.B., Jagger C., Sayer A.A. Prevalence and incidence of sarcopenia in the very old: findings from the Newcastle 85+ study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2017; 8(2): 229–237.
17. Alzheimer's Disease International: world Alzheimer report 2015: the global impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2015, s. 2.
18. Depression is not a normal part of growing older. Centers for disease control and prevention; 2021. <https://www.cdc.gov/aging/depression/index.html> [dostęp: 17.01.2022].
19. Ageing and health. World Health Organisation; 4 October 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [dostęp: 15.01.2022].
20. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL group. *Psychological Medicine*. 1998; 28(3): 551.
21. Silva L.M., Silva A.O., Tura L.F.R., Moreira M.A.S.P., Rodrigues R.A.P., Marques M. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012; 33(1): 109.
22. Główny Urząd Statystyczny. Jakość życia osób starszych w Polsce. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych; 2020, s. 147–148.
23. The Decade of Healthy Ageing: a new UN-wide initiative. World Health Organization; 14 December 2020. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> [dostęp: 10.01.2022].

*Beata Rejman*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

*Krzysztof Rejman*

Politechnika Rzeszowska im. Ignacego Łukasiewicza  
Ignacy Łukasiewicz Rzeszów University of Technology

## **ROZDZIAŁ 2**

### **NEGATYWNE ZJAWISKA SPOŁECZNE I ICH WPŁYW NA JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB W WIEKU SENIORALNYM**

### **NEGATIVE SOCIAL PHENOMENA AND THEIR IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE OF SENIOR CITIZENS**

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

We współczesnym świecie obserwujemy postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa związane z wydłużeniem się przeciętnego czasu trwania życia. Ma to niewątpliwie związek m.in. z coraz lepszą opieką medyczną i socjalną nad osobami w wieku senioralnym.

### **Cel pracy**

Ukazanie wpływu takich negatywnych zjawisk społecznych, jak: marginalizacja, wykluczenie, dyskryminacja czy ageizm na jakość życia osób w wieku senioralnym.

### **Treść**

Proces starzenia się człowieka niesie ze sobą różnego rodzaju konsekwencje. Wraz z wiekiem nasila się wiele dolegliwości i utrudnień życiowych, co wpływa na obniżenie się jakości życia i poczucie własnej godności. Ludzie starsi czują, że utracili swój prestiż, pojawia się także niechęć do człowieka starego. Stereotypy i uprzedzenia powodują, że ludzie w podeszłym wieku odbierani są jako osoby niesprawne, uciążliwe w kontakcie, niepasujące do prezentowanego w środkach masowego przekazu kanonu piękna.

### **Podsumowanie**

Samoświadomość, samorozwój i samoakceptacja to niezbędne warunki kształtujące poczucie sensu i jakości życia osób w wieku senioralnym. Zaspokojenie potrzeby integracji społecznej poprzez kontakty z rodziną i zaufanym gronem znajomych tworzy właściwy klimat do skutecznego przezwyciężania stereotypów i uprzedzeń, a także przyczynia się do niwelowania wpływu takich zjawisk, jak marginalizacja czy wykluczenie społeczne osób

starszych. Ważną rolę w zapobieganiu występowania negatywnych zjawisk społecznych wpływających na obniżenie jakości życia osób w wieku senioralnym może również odgrywać proces tzw. przygotowania i wychowania do starości.

**Słowa kluczowe:** seniorzy, starzenie się, jakość życia, marginalizacja, wykluczenie, dyskryminacja, ageizm

## Abstract

### Introduction

In the modern world, we are witnessing a progressive aging of the population associated with an increase in life expectancy. This is undoubtedly related, among other things, to increasingly better medical and social care for people of senior age.

### Aim of publication

Showing the impact of such negative social phenomena as marginalization, exclusion, discrimination and ageism on the quality of life of senior citizens.

### Contents

The process of human aging brings with it all sorts of consequences. As people age, many ailments and life hindrances appear, affecting their quality of life and sense of dignity. Older people feel that they have lost their prestige, and resentment against the old man also appears. Stereotypes and prejudices cause the elderly to be perceived as unfit, inconvenient to deal with, not fitting into the canon of beauty presented in the mass media.

### Summary

Self-awareness, self-development and self-acceptance are indispensable conditions that shape the sense of meaning and quality of life of senior citizens. Also, meeting the need for social integration, through contacts with family and trusted circle of friends, creates the right climate for successfully overcoming stereotypes and prejudices, and contributes to nullifying the impact of such phenomena as marginalization and social exclusion. An important role in preventing the ascendancy of negative social phenomena that reduce the quality of life of senior citizens can also be played by the process of so-called preparation and education for old age.

**Keywords:** seniors, aging, quality of life, marginalization, exclusion, discrimination, ageism

## Wprowadzenie

We współczesnym świecie możemy obserwować znaczące zmiany demograficzne. Są one spowodowane stale postępującym zjawiskiem starzenia się społeczeństwa, wydłużeniem się przeciętnego czasu trwania życia, co wynika

m.in. z coraz lepszej opieki medycznej i socjalnej nad osobami w wieku senioralnym.

Osoby po 60. roku życia stanowią obecnie znaczną część społeczeństwa polskiego. Za kilkanaście lat co trzeci Polak będzie seniorem, wzrośnie też liczba 80-latków i 90-latków plus. Prognozy przewidują, że na tle Europy proces starzenia się polskiego społeczeństwa będzie przebiegał najszybciej – w 2050 roku seniorzy będą stanowić 30% ogółu ludności. Współczynnik obciążenia demograficznego (czyli stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym) w roku 2035 wzrośnie do 46%, co spowoduje, że osoby w wieku produkcyjnym będą bardziej obciążone na rzecz pokolenia dzieci, młodzieży i seniorów [1, s. 23].

Wydłużanie się życia ludzkiego jest zjawiskiem budzącym skrajne uczucia. Z jednej strony napawa optymizmem, ponieważ można dostrzec wzrost jakości życia seniorów. Z drugiej strony rozlegają się coraz liczniejsze głosy, szczególnie w krajach o wysokiej stopie życiowej, mówiące o niepokojącym zjawisku starzenia się społeczeństwa. Pokolenie osób w wieku senioralnym początku XXI wieku doświadcza szybkich i radykalnych zmian technologicznych, społeczno-kulturowych, cywilizacyjnych. Nadmierny pośpiech, swoisty kult zdrowia i młodości, rozwój nauki i techniki z pewnością nie stanowią odpowiedniego środowiska życia dla osoby starzejącej się. Tempo różnego rodzaju innowacji we wszystkich dziedzinach funkcjonowania człowieka jest ogromne i dyktuje ciągłe zmiany sposobu życia. Ze zmianami i wywoływanymi przez nie nowymi zjawiskami wiążą się również przeobrażenia w systemie wartości społecznych, transformacje kulturowe oraz przemiany stylu życia. Pojawiają się też nowe możliwości, które do niedawna były trudno osiągalne dla osób starszych [2].

Proces starzenia się człowieka niesie ze sobą konsekwencje medyczne, psychologiczne, społeczne i etyczne. Wraz z wiekiem obniża się potencjał biologiczny człowieka, co powoduje wiele dolegliwości i utrudnień życiowych – zmniejsza się jakość życia i poczucie własnej godności. Starość jest etapem życia, który stereotypowo kojarzy się z chorobami, biernością, zniedołężnieniem, biedą, a to sprawia, że pozycja społeczna osób starszych w rodzinie czy społeczeństwie jest niska. Ludzie starsi czują, że utracili swój prestiż, doszło do deprecjacji starości, pojawiła się obojętność, a nawet niechęć do człowieka starego.

Nie można jednoznacznie ustalić granic i progu starości. Jedni badacze za początek tego okresu uznają wiek kalendarzowy, inni biologiczny, a jeszcze inni wskazują cztery granice wyznaczające starość: chronologiczną, biologiczną, prawną (ustawowy próg wieku emerytalnego) i ekonomiczną (odejście od aktywności zawodowej). W Polsce przyjęto granicę wieku chronologicznego w ramach obowiązującego progu emerytalnego. Jest to zbieżne z teorią

amerykańskiego psychologa Erika Eriksona, który jako ostatnią fazę rozwoju człowieka wskazał okres starości, obejmujący osoby po 60. roku życia, niepełniące aktywności zawodowej [3]. Człowiek w okresie późnej dorosłości, zgodnie z koncepcją Eriksona

[...] jest zmuszony pogodzić się z chorobą i zbliżającym się odejściem. W tym okresie dokonuje on zazwyczaj bilansu życiowego, zbiera efekty wcześniejszych etapów życia – może wtedy uzyskać integralność z otoczeniem. Przeciwnością integralności jest rozgorzyczenie i rozpacz, które obniżają jakość życia, nawet po zaspokojeniu podstawowych potrzeb. Głównym warunkiem poczucia „dobrostanu” jest zaakceptowanie siebie jako osoby starszej i uświadomienie sobie dokonań z wcześniejszych etapów życia. Ważnym elementem warunkującym jakość życia jest środowisko rodzinne seniora, które okazuje mu szacunek poprzez respektowanie norm społeczno-moralnych, kulturowych i religijnych, zobowiązujących dzieci do pomocy i opieki. Brak najbliższej rodziny, przyjaciół, nieporadność życiowa prowadzi do samotności i izolacji; sytuacja taka sprzyja powstawaniu stanów depresyjnych [4].

W literaturze przedmiotu starość definiowana jest jako naturalny etap życia nadchodzący po młodości i dojrzałości, wieńczący dynamiczny proces starzenia się jednostki. Starość nazywana jest również końcową tercją życia. Okres starości utożsamia się ze stopniowym spadkiem wydolności organizmu, pogorszeniem mobilności, znacznym osłabieniem sił immunologicznych i ograniczeniem zdolności przystosowawczych. Związane z nią trudności biopsychiczne, deficyty rozwojowe oraz sprawnościowe powodują, że wpisywana jest w stereotyp degradacji i marginalizacji społecznej [5, s. 144]. Jak zauważa Maria Straś-Romanowska

[...] człowiek starszy może nie tylko przystosować się skutecznie do nowych warunków, które niesie ze sobą starość i podtrzymywać dobrą jakość życia mierzoną ilością codziennych satysfakcji, ale ma on również w tym okresie niepowtarzalną szansę rozwoju [6].

Negatywne zjawiska marginalizacji, dyskryminacji, ageizmu niewątpliwie wpływają na poziom jakości życia seniorów, stąd też potrzeba refleksji nad tymi zjawiskami.

## Jakość życia w badaniach nad starością

Do terminologii naukowej pojęcie jakości życia zostało wprowadzone w latach 60. XX wieku. Stało się ono kategorią psychologiczną, socjologiczną, medyczną, ekonomiczną i filozoficzną. Wraz z postępem naukowo-technicznym



wyróżniono trzy nurty zainteresowań naukowo-badawczych w kontekście jakości życia. Pierwszym z nich jest nurt dotyczący stanu środowiska naturalnego, którego nadmierna eksploatacja przez przemysł ma negatywny wpływ na zdrowie i życie lokalnych społeczności. Drugi nurt odnosi się do problemów urbanizacji i przeludnienia miast, co ma ścisły związek z ilością i oddziaływaniem transportu kołowego. Trzeci nurt, zbudowany na motywach społeczno-psychologicznych, będący w centrum zainteresowania socjologów i psychologów, zwraca uwagę na aspekty odnoszące się do samotności i emocjonalnej pustki w wielkim mieście. W nurcie reformatorskim skoncentrowano się na modyfikacji polityki socjalnej, uwzględniając wskaźniki, które służyłyby do pomiaru zaspokajania potrzeb. W dziedzinie ekonomii i socjologii jakość życia rozpatrywana jest w kontekście warunków materialnych. Poczuciem satysfakcji życiowej zajęła się psychologia, medycyna natomiast skupiła się na profilaktyce zdrowia [7].

Jakość życia nie jest cechą życia ludzkiego, lecz zbiorem warunków umożliwiających pewien sposób życia, czyli wartości generatywnych, które zawierają element dowolności i pozwalają na generowanie innych wartości. Jest to zbiór osobistych cech, właściwości i umiejętności, dzięki którym osoba podejmuje działania autonomiczne, motywowane wewnątrznie, zindywidualizowane, o charakterze personalistycznym, takim, gdzie człowiek jest „autorem” swojego życia i widzi jego sens. Wartości generatywne pozwalają na swobodny wybór i budowanie swojego osobistego systemu wartości, złożonego z realizowanych w działaniu wartości autotelicznych i instrumentalnych. Taki system wartości jest wyrazem naszej indywidualności, osobowości, niepowtarzalności, które wartościujemy pozytywnie w formie postulatu aksjologicznego, gdzie dylematy egzystencjalne są rozwiązywane we własny, niepowtarzalny sposób – a nie narzucane z zewnątrz [1, s. 27].

Do najważniejszych wartości generatywnych należą:

- samoświadomość, tj. poznawanie i rozumienie siebie;
- więzi z ludźmi, tj. umiejętność komunikowania się, poznawania i rozumienia innych ludzi, wchodzenia w trwałe związki interpersonalne, dające zadowolenie i satysfakcję;
- autonomia, tj. bycie niepowtarzalnym, stwarzanie siebie samego, a nie bierne uleganie siłom zewnętrznym i wewnętrznym;
- twórczość, tj. bycie twórczym, kreatywnym, stwarzanie czegoś nowego sobie i innym ludziom;
- rozwój, tj. doskonalenie się i rozwijanie, nawet w późnym wieku;
- satysfakcja, tj. trwałe poczucie własnej wartości, godności i zadowolenia [8].

Niewątpliwie niezbędnym warunkiem dla osiągnięcia dobrej jakości życia ludzi starszych jest godność i poszanowanie ich praw. Godność człowieka to

wartość naczelną, która pełni funkcje obiektywnej normy moralnej umożliwiającej kształtowanie się poczucia tożsamości. Pierwszą i podstawową wartością w państwie demokratycznym jest ochrona życia i bytu oraz sprawiedliwość oparta na poszanowaniu moralnej autonomii osób starszych, czyli traktowanie człowieka jako wolnej i godnej poszanowania osoby. Godność człowieka starszego i traktowanie go jako celu, a nie środka – to podstawowy aksjomat moralny wywodzący się z etyki humanistycznej [9].

Pomyślne starzenie się sprzyja utrwalaniu poczucia godności i podnosi jakość życia seniorów. Zgodnie z definicją WHO jakość życia to indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontakcie kulturowym, w systemie wartości, w odniesieniu do oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi [10].

W obszarze nauk społecznych można wyróżnić kilka grup definicji jakości życia:

- definicje egzystencjalne, w których charakterystyczne jest zróżnicowanie dwóch orientacji życiowych: „mieć” i „być”;
- definicje „życiowe” związane z realizacją zadań rozwojowych i życiowych;
- definicje odnoszące się do kategorii potrzeb – jakość życia to stopień zaspokojenia potrzeb;
- definicje wyróżniające obiektywny i subiektywny aspekt jakości życia, uwzględniające jednocześnie koncepcje potrzeb [1, s. 30].

Jakość życia to kategoria zarówno empiryczna, a tym samym mierzalna, jak i teoretyczna. Przykładem podejścia stricte empirycznego mogą być miary i wskaźniki użyte w publikacjach Głównego Urzędu Statystycznego oraz w raportach z serii „Diagnoza Społeczna”, gdzie bierze się pod uwagę następujące wskaźniki:

- ogólny dobrostan psychiczny (w tym: wolę życia, poczucie szczęścia, zadowolenie z życia, symptomy depresji psychicznej);
- zadowolenie z poszczególnych dziedzin i aspektów życia;
- subiektywną ocenę materialnego poziomu życia;
- różne rodzaje stresu życiowego [w tym: stres administracyjny („kafkowski”) związany z kontaktami z administracją publiczną, stres zdrowotny, stres rodzicielski, stres finansowy, stres pracy, stres ekologiczny, stres małżeński, stresowe wydarzenia losowe, np. napad, włamanie, aresztowanie];
- objawy somatyczne (miara dystresu traktowana jako ogólna miara stanu zdrowia);
- strategie radzenia sobie ze stresem;
- korzystanie z systemu opieki zdrowotnej;
- finanse osobiste (w tym: dochody osobiste i zaufanie do instytucji finansowych);

- system wartości, styl życia oraz indywidualne zachowania i nawyki (m.in. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, praktyki religijne, przestępstwa);
- postawy i zachowania społeczne, w tym kapitał społeczny;
- wsparcie społeczne;
- korzystanie z nowoczesnych technologii komunikacyjnych – komputera, internetu, telefonu komórkowego;
- sytuację na rynku pracy i karierę zawodową; bezrobocie, niepełnosprawność i inne aspekty wykluczenia społecznego [11].

Zdaniem Romualda Derbisa „jakość życia” to wielowymiarowy rozwój człowieka i jego autokreacja w realizacji celów i osobistych aspiracji. Poczucie spełnienia i satysfakcji umożliwia osiągnięcie tych celów zgodnie z przyjętymi wartościami, uwzględniającymi aspekt materialny i status społeczny jednostki [12]. Elżbieta Skrzypek stwierdza, że jakość życia człowieka – poza fizycznym istnieniem – odnosi się do tego, co ma bezpośredni wpływ na sposób bytowania człowieka. Dotyczy możliwości wzbogacania i wszechstronnego postępu rozwojowego w sferze duchowej, umysłowej i intelektualnej, a także twórczej i kreatywnej. To świadome działania wymagające często dokonywania właściwych decyzji, wyborów oraz odpowiedzialności za nie. Jakość życia to zdolność do kompromisów i stosownych reakcji w przypadku niepowodzeń i trudności życiowych. O jakości życia możemy mówić w kontekście stosunku do własnej osoby oraz do relacji z szeroko pojmowanym otoczeniem. Wpływ na jakość życia mają warunki egzystencjalne w postaci wyposażenia domu i otoczenia, preferowane formy spędzania wolnego czasu, sposób ubierania się, żywienia, przejawy tolerancji i otwartości względem innych ludzi [13]. Jakub Trzebiatowski, który przeprowadził analizę jakości życia w perspektywie nauk społecznych, uważa, że podstawą definicji jakości życia są potrzeby człowieka rozpatrywane w wymiarze bezwzględnym i względnym.

Potrzeby bezwzględne to te, bez zaspokojenia których ludzki organizm przestałby prawidłowo funkcjonować. W skrajnych przypadkach ich deprywacja, na przykład brak pokarmu, wody czy powietrza, prowadzić może do śmierci. Podłożem tych potrzeb jest biologiczna struktura organizmu ludzkiego i najczęściej są one traktowane jako „oczywiste” i bezwarunkowe [10, s. 28].

Potrzeby w wymiarze względnym postrzegane są subiektywnie i ich niezaspokojenie nie pociąga za sobą tak drastycznych konsekwencji jak w przypadku potrzeb w wymiarze bezwzględnym, ale może w znacznym stopniu decydować o negatywnej ocenie jakości życia [14].

Ważnym aspektem wpływającym na jakość życia seniorów jest zarówno samoświadomość w zakresie możliwości uzyskania wsparcia, jak i świadomość

własnych pragnień, mocnych i słabszych stron, życia teraźniejszego i kreowania swojej przyszłości. Umożliwia ona uzyskanie niezależności psychicznej oraz świadczy o podmiotowości i wolności człowieka do samostanowienia.

Pozytywna ocena życia zależy od pozytywnych relacji interpersonalnych, poczucia przynależności i możliwości realizowania siebie w środowisku rodzinnym, towarzyskim, społecznym. Samoświadomość, samorozwój i samoakceptacja to niezbędne warunki kształtujące poczucie sensu i jakości życia [1, s. 35]. Zjawiskami negatywnie wpływającymi na jakość życia seniorów są: marginalizacja, dyskryminacja i postawy nacechowane ageizmem w stosunku do osób w wieku senioralnym.

### Marginalizacja społeczna i wykluczenie osób w wieku senioralnym

Marginalizacja społeczna należy do kanonu pojęć socjologicznych. Zdaniem Kazimierza Wojciecha Frieskego terminem tym można posługiwać się w dwóch kontekstach: w kontekście pierwszym marginalizację społeczną należy rozumieć jako

[...] kulturową obcość jednostek czy grup, których obyczaje, wartości, wzory poznawcze i sposoby percepcji różnią się na tyle od kultury ich otoczenia społecznego, że utrudniają procesy komunikowania się z tym otoczeniem i korzystanie z jego instytucji. Natomiast w drugim kontekście eksponowane jest stanowisko, w którym akcentowane są przede wszystkim deficyty uprawnień przysługujących jednostkom czy całym grupom społecznym i/lub deficyty możliwości realizowania tych uprawnień [15].

Elżbieta Trafiałek zauważa, że marginalizacja identyfikowana jest w sytuacji rozpadu więzi społecznych i niezależnie od przyczyn – wyłączenia ze struktur społecznych, utraty możliwości współuczestniczenia w życiu grup, zbiorowości, korzystania z instytucji, wchodzenia w stymulujące rozwój różnorodne interakcje społeczne, a także wiąże się z zakłóceniem relacji między jednostką, grupą a społeczeństwem.

Przyczyna marginalizacji osób w wieku senioralnym tkwi w kumulacji licznych czynników wpływających na siebie na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Do najważniejszych z nich E. Trafiałek zalicza takie okoliczności, jak:

[...]

- stałe, lecz nieadekwatne do kosztów utrzymania, dochody [...],
- bezpieczeństwo socjalne wyznaczone dostępem do leków, rehabilitacji i placówek ochrony zdrowia, czyli tej sfery usług, z której koszty korzystania rosną

znacznie szybciej niż ustawowe progi minimum socjalnego i egzystencjonalnego oraz waloryzowane świadczenia emerytalno-rentowe,  
– bieda [5].

Z pojęciem marginalizacji bardzo często współwystępuje termin „wykluczenie społeczne”, rozumiany jako stan pozbawienia niektórych jednostek lub grup społecznych możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Ludzie wykluczeni mają dużo mniejsze szanse na poprawę swojego życia niż reszta społeczeństwa. Dzieje się tak dlatego że ludzie wykluczeni mają ograniczony dostęp do instytucji i placówek pożytku publicznego, w których odbywa się organizacja życia społecznego większości społeczeństwa. Wykluczenie społeczne łączy się więc z deficytem w zakresie uczestnictwa, dostępu i praw społecznych. E. Trafiałek wykluczenie społeczne uznaje za równoznaczne z marginalizacją, z deficytami uprawnień, choć nie zawsze tożsame z biedą. Odwołując się do opracowań socjologicznych i z zakresu polityki socjalnej, traktuje je jako proces wielowymiarowy i dynamiczny, który skutkuje deprivacją, a przejawia się ograniczonym uczestnictwem w takich systemach społecznych, jak: służba zdrowia, rynek pracy, zabezpieczenie społeczne, edukacja i kultura. Zarówno wykluczenie społeczne, jak i marginalizacja mogą mieć kontekst kulturowy, polityczny, ekonomiczny bądź statutowy, mogą być wynikiem kumulacji czynników i zachowań prowadzących do zepchnięcia na margines życia społecznego lub pojedynczej dysfunkcji (niepełnosprawności, bezrobocia, ubóstwa, bezdomności, bezradności itp.).

Wykluczenie ekonomiczne dotyczy tak sfery produkcji, jak i konsumpcji. W odniesieniu do tej pierwszej chodzi głównie o utrudnienia w zatrudnieniu i dostępie do rynku pracy osób najstarszej generacji. W sferze konsumpcji wskazuje się na bardzo ograniczone możliwości nabywania dóbr i korzystania z usług przez seniorów. Wykluczenie polityczne to niemożliwość czynnego uczestnictwa w życiu politycznym, brak dostępu do informacji czy wreszcie niemożność wypowiedzania się we własnej sprawie przez seniorów, co przekłada się na brak debaty i decyzyjności w swoich sprawach. Wykluczenie społeczne może dotyczyć życia społecznego i samej społeczności [5, s. 269].

Wykluczeni społecznie nie biorą udziału w życiu publicznym, w wypoczynku, spędzaniu czasu poza domem. Wykluczenie społeczne oznacza też słabo rozwiniętą sieć relacji społecznych, co prowadzi do izolacji i ograniczenia kontaktów z innymi [16].

Do tych trzech wymiarów należy dodać jeszcze jeden wymiar, który określić możemy jako świadomościowy. Tak rozumiana ekskluzja przejawia się w pomijaniu przez środki masowego komunikowania lub tylko w sporadycznym dostrzeganiu istnienia w społeczeństwie pewnych społecznych zbiorowości

oraz utrwalaniu ich stereotypowego (często negatywnego, ale zawsze uproszczonego) wizerunku. Inaczej mówiąc – jest to nieobecność albo niewystarczająca obecność pewnych kategorii osób w kulturze masowej i społecznej komunikacji. Wykluczenie tego typu może polegać także na nieuwzględnianiu potrzeb różnych zbiorowości w kształtowaniu publicznej przestrzeni, co ma swoje źródła w świadomości odpowiedzialnych za to osób, ale przynosi zupełnie realne skutki w postaci nieobecności pewnych ludzi w przestrzeni publicznej, gdyż odbierają ją oni jako dla siebie nieprzyjazną, nieprzeznaczoną „dla takich jak my” [17].

Niezależnie od tego, czy poszczególne jednostki, grupy dyskryminowane są ze względu na płeć, wiek, pochodzenie, światopogląd, narodowość, preferencje aksjologiczne, status ekonomiczny czy też religię i przekonania, ograniczenie każdego z podstawowej triady praw – politycznych, obywatelskich, społecznych – w systemie demokratycznym, w społeczeństwie obywatelskim, prowadzi do wykluczenia poza ramy ustalonego porządku społecznego, sprzyja dezintegracji i narastaniu nierówności społecznych i, co najgroźniejsze, rodzi ryzyko dziedziczenia syndromu inności. Chociaż najczęściej diagnozowanym źródłem wykluczenia jest bieda i towarzyszące jej dysfunkcje i ograniczenia, to nie można ignorować faktu, że nie wszyscy ludzie biedni są ludźmi wykluczonymi i nie wszyscy wykluczeni społecznie są ludźmi biednymi. Na przykład badacze życia społecznego w Polsce znacznie częściej źródeł wykluczenia osób starych dopatrują się w sferze społecznej, kulturowej i edukacyjnej niż w sferze ekonomicznej [16, s. 243].

## Ageizm jako przejaw dyskryminacji osób w wieku senioralnym

W języku polskim brakuje odpowiednika angielskiego terminu *ageism*, słowa podobnego do dobrze już znanych pojęć „rasizm”, „seksizm”, określającego dyskryminację ze względu na wiek. Zachowania takie są następstwem negatywnego, stereotypowego postrzegania starości. Trzeba pamiętać, że do osób starszych docierają takie negatywne społeczne przekazy, a to powoduje, iż wycofują się z życia społecznego nie tylko ze względu na osłabienie sił fizycznych czy świadomość utrudnionego odbierania bodźców, ale także dlatego że zdają sobie sprawę ze społecznego nastawienia do starości [5, s. 29].

W odniesieniu do pojęcia „ageizm” stwierdzić należy, że bywa ono manifestowane w naszych zachowaniach w dwojaki sposób – stereotypy i uprzedzenia wobec starości mogą kształtować nasze zachowania wobec innych (prowadzić do dyskryminacji) oraz wpływać na obraz własnego „ja” (autodyskryminacja). W przypadku osób starszych najczęściej ten drugi przypadek przejawia się zaniżonym poczuciem własnej wartości, rezygnacją z przysługujących praw

i możliwości rozwoju, pogodzeniem się z gorszym traktowaniem. Stereotypy i uprzedzenia powodują, że ludzie starsi postrzegani są często jako modelowe ofiary dyskryminacji, bo odbierani są jako osoby niesprawne, chore, uciążliwe w kontakcie, łamiące swoimi siwymi włosami i zmarszczkami przyjęte kanony piękna.

Można mówić o dwóch podstawowych źródłach ageizmu – kulturowym i strukturalnym.

W odniesieniu do pierwszego z wymienionych należy powiedzieć, że stosunek do starości i ludzi starszych zawsze cechowała dwoistość – z jednej strony dożycie późnych lat uważane było za przejaw przychylności bogów, a starszy wiek był oznaką mądrości i doświadczenia życiowego, z drugiej zaś pod wpływem lęku przed własną starością i śmiercią patrzono na ludzi sędziwych jako zbędny balast, namacalny i materialny dowód na chylenie się ku końcowi. Drugie źródło ageizmu – strukturalne – dotyczyło zmieniającej się struktury gospodarki i instytucji społecznych. Ludzie po przekroczeniu określonego progu wiekowego (60, 70 lat) traktowani byli jako nie w pełni wydolni fizycznie i intelektualnie, a przez to mniej elastyczni w przystosowywaniu się do zmian. Należało zatem odsunąć ich na margines życia społecznego, by nie przeszkadzali i nie zajmowali miejsca młodszym [18, s. 66].

Negatywne społeczne nastawienie do starości i ludzi starych skutkuje pojawieniem się u seniorów postaw lękowych, prób wycofania lub ucieczki przed społecznym odrzuceniem. Ponadto seniorzy często antycypują negatywne postawy społeczne, co nierzadko wpływa na powstawanie u nich ujemnego wizerunku samych siebie. Anna Sanecka przytacza za Philipem Zimbardo bardzo obrazowy przykład uprzedzeń wobec osoby starszej, jakich doświadczyła reporterka Pat Moore, która przebrana za 85-letnią kobietę wędrowała ulicami ponad stu amerykańskich miast, aby się przekonać, co znaczy być starym w Ameryce. Przymglone soczewki kontaktowe i zatyczki w uszach osłabiły jej wzrok i słuch, opaski krępujące ruchy nóg utrudniały chodzenie, a owinięte taśmą palce były równie niesprawne, jak palce dotknięte artretyzmem. Ta „staruszka” z trudem usiłowała przetrwać w świecie przeznaczonym dla młodych, silnych i sprawnych. Nie mogła otwierać słoików, trzymać długopisu, odczytywać napisów na etykietach ani wspinać się po stopniach autobusu. Świat szybkości i hałasu przerażał ją. Kiedy potrzebowała pomocy, niewiele osób ją proponowało. Często wyśmiewano ją, że jest stara i niedołączna, została nawet gwałtownie zaatakowana przez bandę nastolatków [18, s. 67]. Gorsze traktowanie ludzi starszych ze względu na wiek i stereotypowe, rodzące uprzedzenia postrzeganie starości nie są wynalazkiem współczesności, ale stają się jej cechami. Dyskryminacja ze względu na wiek uznawana jest za zjawisko mało uświadomione, a przez to nierozpoznane, co w konsekwencji rodzi trudności

z jego zrozumieniem i ze wskazaniem jego przykładów. Zainicjowane badania nad dyskryminacją ze względu na wiek pokazały, że istnieją pewne trudności w zakresie definiowania omawianego zjawiska. Kłopoty pojęciowe czy raczej wątpliwości co do trafności terminu „dyskryminacja” łączyły się z jego pejoratywnym wydzźwiękiem i antagonizującym charakterem oraz z wysokim współczynnikiem subiektywności. Chodzi mianowicie o to, czy każda sytuacja, którą seniorzy oceniają jako niesprawiedliwe traktowanie, jest nim w istocie. Ostatecznie przyjęto, że o dyskryminacji osób starszych w Polsce można bez wątplenia mówić wówczas, gdy odmawia się im zaspokojenia jakiejś ważnej potrzeby, a głównym powodem tej odmowy jest ich wiek. Traktowanie to jest niesprawiedliwe, gdyż jest niezawinione przez ludzi starych (np. wskutek zaniedbań, lekkomyślności, braku wiedzy), nie wynika także z ich własnych wyborów, jest gorsze niż w przypadku ludzi młodszych, a ponadto utrudnia seniorom zaspokajanie ich podstawowych potrzeb.

Dyskryminacja polega na utrudnieniu dostępu do takich społecznie pożądaných dóbr i wartości, jak: dochody, władza, uznanie (prestiz), wykształcenie, zdrowie. W rezultacie tych utrudnień ludzie starzy znajdują się na najniższych szczeblach „drabiny społecznej”, podczas gdy mogliby znajdować się w lepszej sytuacji, gdyby takich barier nie napotykali. Dyskryminacja z powodu starszego wieku może mieć charakter bezpośredni, kiedy ograniczenia wynikają wprost z faktu, że dana osoba jest w określonym wieku (np. pracodawcy nie chcą zatrudniać osób po 50. roku życia). Może mieć też charakter pośredni, gdy wdrażanie pozornie neutralnego zalecenia (prawa) czyni osoby starsze podatnymi na gorsze traktowanie (np. umieszczanie pewnych informacji tylko w internecie ogranicza dostęp seniorów do tych informacji). Dyskryminacja może mieć wymiar normatywny (normy prawne ograniczające osobom w określonym wieku dostęp do ważnych wartości i dóbr) oraz praktyczny (faktyczne, niepoparte normami prawa, utrudnienia takiego dostępu) [18, s. 67].

## Podsumowanie

Pomimo trwającego od kilkunastu lat wzrastającego zainteresowania jakością życia seniorów wciąż brakuje długofalowych i zintegrowanych działań umożliwiających poprawę jakości życia najstarszych Polaków. W obecnych czasach konieczne jest wypracowanie skutecznych rozwiązań przeciwdziałających takim negatywnym zjawiskom społecznym, jak marginalizacja, wykluczenie, dyskryminacja czy podejście nacechowane ageizmem do osób w wieku senioralnym. Aby te działania skutecznić, istnieje potrzeba całościowego spojrzenia na człowieka starszego ze wszelkimi uwarunkowaniami biopsychospołecznymi.



W zapobieganiu dyskryminacji i marginalizacji osób starszych, a co za tym idzie, w poniesieniu poziomu jakości życia, ważną rolę może odgrywać proces tzw. przygotowania i wychowania do starości. Dotyczy on m.in. rozwijania wiedzy na temat starzenia się, a także kształtowania wizji i postaw wobec starości (również własnej). Proces ten obejmuje wiele działań edukacyjnych i autodestrukcyjnych, które mają służyć właściwemu przygotowaniu do tego okresu życia. Ważnym jego celem jest przezwyciężanie stereotypów i budowanie prawidłowych postaw wobec starości i ludzi starszych. Wiąże się to z dbaniem o konstruktywny i podmiotowy charakter relacji z człowiekiem starszym i ze świadomym unikaniem określeń stygmatyzujących i utrwalających szkodliwe społecznie stereotypy.

Jeśli chodzi o indywidualne przygotowanie do starości, to ważnym zadaniem staje się budowanie pozytywnej narracji o sobie i własnym życiu na bazie szacunku, odpowiedzialności i godności osobistej. Zapobiega to wspomnianemu negatywizmowi i autostereotypizacji oraz wielu negatywnym zjawiskom, związanym z funkcjonowaniem osoby starszej. A te zwykle zaczynają się całkiem niewinnie: od żartobliwych określeń, bezrefleksyjnie powtarzanych przysłów i cichej aprobaty wobec postaw, które *de facto* generują i podtrzymują ageizm [19].

Bardzo istotnym aspektem wpływającym na jakość życia seniorów jest samoświadomość w zakresie możliwości uzyskania wsparcia, jak również świadomość swoich pragnień, mocnych i słabszych stron, życia teraźniejszego i kreowania swojej przyszłości. Umożliwia ona uzyskanie niezależności psychicznej oraz świadczy o podmiotowości i wolności człowieka do samostanowienia. Pozytywna ocena życia zależy od życzliwych relacji interpersonalnych, poczucia przynależności i możliwości realizowania siebie w środowisku rodzinnym, towarzyskim, społecznym.

Niezwykle istotną kwestią, która stanowi swoiste antidotum na wspomniane wyżej negatywne zjawiska społeczne, jest zaspokojenie potrzeby integracji społecznej, posiadania – oprócz rodziny – grona znajomych i przyjaciół. Każdemu potrzebny jest kontakt z innymi osobami, a krąg rodzinny i zaufane grono znajomych tworzą właściwy klimat do skutecznego przezwyciężania stereotypów i uprzedzeń.

Także otrzymywanie i okazywanie wsparcia dzieciom oraz wnukom w znacznym stopniu wpływa na ocenę jakości życia osób starszych i przyczynia się do niwelowania wpływu takich zjawisk jak marginalizacja czy wykluczenie społeczne. Seniorzy pomagają swoim dorosłym dzieciom. Jest to związane z pojęciem solidarności międzypokoleniowej, którą Piotr Szukalski określa jako poczucie wzajemnej odpowiedzialności wobec osób przynależących do innych

generacji. Tym samym gotowość, wynikająca z więzi międzypokoleniowej, zostaje aktywizowana, przekształcając się w uwzględnianie w podejmowanych działaniach interesów, potrzeb i opinii innych generacji [20].

## Piśmiennictwo

1. Światała I.M. Poczucie jakości życia osób starszych a polityka społeczna w Polsce. W: Klimek M., Światała I.M. (red.). Współczesne kierunki i problemy polityki społecznej. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego; 2020, s. 23–38.
2. Piķuła N.G. Aktywność społeczno-edukacyjna jako czynnik zmiany i rozwoju osób starszych. *Praca Socjalna*. 2021; 36(3): 127–141.
3. Gumienny B. Starość w perspektywie dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2022; 1: 51.
4. Szatur-Jaworska B. Jakość życia w fazie starości – próba diagnozy. W: Halicka M., Halicki J. (red.). Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2006, s. 303–316.
5. Trafiałek E. Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej. Kielce: Wydawnictwo Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska; 2006.
6. Straś-Romanowska M. Starzenie się jako kontekst rozwoju duchowego człowieka. W: Wnuk W. (red.). Ludzie starsi w trzecim tysiącleciu. Szanse – nadzieje – perspektywy. Wrocław: Atla 2; 2002, s. 27.
7. Daszykowska J. Jakość życia w perspektywie pedagogicznej. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2007, s. 46.
8. Adamiec M., Popiołek K. Jakość życia – między wolnością a mistyfikacją. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*. 1993; 55(2): 93–102.
9. Mariański J. Kondycja moralna społeczeństwa polskiego: hipotezy wstępne. *Społeczeństwo*. 2000; 1(37), s. 166.
10. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*. 2011; 46(1): 25–31.
11. Sozańska D. Jakość a wartość życia. Nowe wyzwanie dla polityki społecznej. W: Klimek M., Światała I.M. (red.). Współczesne kierunki i problemy polityki społecznej. Wybrane zagadnienia. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego; 2020, s. 43.
12. Derbis R. Doświadczenie codzienności: poczucie jakości życia, swoboda działania, odpowiedzialność, wartości osób bezrobotnych. Częstochowa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna; 2000, s. 48.
13. Skrzypek E. Ekonomiczne aspekty jakości życia. *Problemy Jakości*. 2001; 1: 8.
14. Motow I., Pełka A. Niepełnosprawność a jakość życia. Związek przyczynowo-skutkowy. W: Klimek M., Światała I.M. (red.). Współczesne kierunki i problemy polityki

- społecznej. Wybrane zagadnienia. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego; 2020, s. 69.
15. Frieske K. W., Poławski P. Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”; 1999, s. 169–170.
  16. Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A. Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2015, s. 242–243.
  17. Giddens A. Socjologia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005, s. 348–349.
  18. Sanecka A. Seniorzy i ich funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne. Uwagi na marginesie pandemii Covid-19. *Niepelnosprawność i Rehabilitacja*. 2020; 2: 60–77.
  19. Grochala J. Starość zaklęta w słowach. O językowym wymiarze ageizmu. *Niebieska Linia*. 2021; 1(132): 18.
  20. Szukalski P. Co łączy pokolenia? Więż międzypokoleniowa z perspektywy polityki społecznej. *Polityka Społeczna*. 2010; 10: 9.

*Ilona Żeber-Dzikowska*

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Jan Kochanowski University of Kielce

## **ROZDZIAŁ 3**

### **EDUKACJA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU JAKO CZYNNIK POPRAWIAJĄCY JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORA**

#### **EDUCATION OF THE ELDERLY AS A FACTOR IMPROVING LIFE QUALITY OF A SENIOR CITIZEN**

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Wzrost liczby osób starszych staje się coraz częściej przedmiotem analiz z perspektywy różnych dziedzin naukowych. Skutkiem procesu starzenia się społeczeństwa jest liczna grupa osób w wieku poprodukcyjnym, a także wydłużenie się średniej długości życia ludzi. Tendencje te powodują pojawienie się troski oraz działań sprzyjających komfortowym warunkom i samopoczuciu osób starzejących się. Mówiąc o pomyślnym starzeniu się, mamy na myśli minimalizowanie niedołążności i chorób towarzyszących ludziom starszym, utrzymywanie u nich względnie wysokiej sprawności umysłowej i fizycznej oraz pobudzanie do aktywności życiowej.

### **Cel pracy**

Ukazanie proponowanych działań angażujących seniorów do aktywności i uczestnictwa w działaniach wspólnoty lokalnej.

### **Treść**

Na terenie całego kraju powoływane są uniwersytety trzeciego wieku oraz domy seniora pełniące rolę uczelni dla seniorów. Zadaniem tych instytucji jest realizacja funkcji edukacyjnych, integracyjnych i prorozwojowych. Pozwalają one osobom starszym na rozbudzenie ich zainteresowań, nawiązywanie kontaktów i rozwój osobisty. Aktywność i podejmowanie nauki w późnym okresie życia umożliwiają odzyskanie wiary we własne siły, uświadomienie sobie własnej wartości i posiadanych kompetencji.

### **Podsumowanie**

Osoby starsze często wolą samodzielnie decydować o tempie pracy i nauki oraz nie lubią kontroli ze strony prowadzących. Rola szkoleniowca zwykle ogranicza się więc do pozycji doradcy, a nie jurora. Każdemu uczestnikowi powinno się umożliwić wyrażenie swoich

intencji w działaniach, ważne jest więc, by organizatorzy zadbali o odpowiednią atmosferę opierającą się na akceptacji, życzliwości i zaufaniu.

**Słowa kluczowe:** edukacja, seniorzy, starzenie się, uczenie się, uniwersytet trzeciego wieku

## Abstract

### Introduction

An increasing number of senior citizens is more frequently becoming a subject of analyses from perspectives of various fields of study. Aging process results in more and more numerous group of people at post-productive age and longer life expectancy of people. These trends create feelings of concern and actions favouring comfortable conditions and well-being of the aging population. Speaking of successful aging we mean minimizing fecklessness and diseases typical of older people, maintaining their relatively high mental and physical dexterity and encouraging living activity.

### Aim of publication

Presenting activities aimed at encouraging seniors to be active and participate in local community life.

### Contents

All over the country universities of the third age and seniors' houses are established which are meant to be universities for old age pensioners. The role of these institutions is to fulfill educational, integrative and developmental functions. They allow elderly people to activate their interests, establish relations and encourage personal growth. Active life and beginning education at the late stage of life facilitate regaining self-confidence and becoming aware of own worth and competences.

### Summary

Senior citizens prefer to make independent decisions of the pace of their work and education and dislike to be controlled by instructors. That is why the role of an instructor is mostly the one of an advisor and not a judge. Every participant must have the chance to express their intentions in action, so it is important that organisers should provide proper atmosphere based on acceptance, friendliness and trust.

**Keywords:** education, senior citizens, aging, learning, university of the third age

## Wstęp

Starzenie się ludności staje się tematem zarówno ważnym, jak i coraz częściej analizowanym z perspektyw różnorodnych dyscyplin naukowych. W tym kontekście najważniejszym zadaniem polityki społecznej powinna być nie tylko troska o dalsze wydłużanie życia, lecz także podejmowanie takich działań, które będą sprzyjać pomyślnemu starzeniu się. Pomyślne starzenie się

definiowane jest jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedołążności, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową [1].

Uczenie się w starszym wieku powinno być sposobem na życie, który pozwala być otwartym na innych ludzi i na świat. W literaturze wskazuje się, że sytuacje edukacyjne niejednokrotnie stwarza samo życie. Nie jest zatem konieczne uczestnictwo w klasycznych formach edukacyjnych. Sprawność intelektualną można doskonalić na wiele sposobów. Zalecane są takie rozrywki, jak: rozwiązywanie krzyżówek, szarad matematycznych, rebusów, czytanie książek czy granie w gry trenujące umysł. Rekomendowana jest każda działalność, która zmusza do wzmożonego wysiłku umysłowego.

Bardzo popularną, zinstytucjonalizowaną formą edukacji osób starszych, mającą na celu zachowanie i rozwijanie ich sprawności intelektualnej, są placówki nazywane uniwersytetami trzeciego wieku (UTW). Tworzone w Polsce od 1975 roku UTW służą poprawie jakości życia starszych osób. Stanowią najbardziej rozpowszechnioną instytucjonalną formę edukacji seniorów. Sprawom edukacji, udziału starszych osób w różnych formach kształcenia przypisuje się obecnie duże znaczenie. Uniwersytety trzeciego wieku spełniają wiele funkcji, sprzyjając zaspokajaniu potrzeb psychospołecznych i zdrowotnych swych słuchaczy [2]. Głównym ich zadaniem jest aktywizacja odbiorców, ale równie ważnym aspektem są obserwacje i badania naukowe, służące m.in. opracowywaniu metod edukacji i wdrażaniu profilaktyki gerontologicznej [3]. Wyniki badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w Warszawie na temat gospodarstw domowych starszych osób w Polsce wykazały, że osoby z wykształceniem średnim i wyższym oraz ciągle zdobywające wiedzę (w tym m.in. słuchacze UTW) wyróżniają się lepszym zdrowiem, większą sprawnością fizyczną i intelektualną w porównaniu ze swoimi rówieśnikami niepojednávającymi tego typu aktywności [4].

## Działalność uniwersytetów trzeciego wieku na rzecz edukacji osób starszych

Jak wynika z literatury przedmiotu i oficjalnych badań statystycznych, istotną rolę w edukacji osób starszych pełnią wspomniane uniwersytety trzeciego wieku. Należy podkreślić, że w chwili obecnej w Polsce działa ponad 100 takich uniwersytetów, na których zajęcia uczęszcza około 25 tys. słuchaczy [5]. Te placówki nie tylko kształcą seniorów, ale również pomagają im zachować aktywność społeczną. Uniwersytet Trzeciego Wieku działający przy Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy jako pierwszy w kraju rozpoczął kursy

dla wolontariuszy w podeszłym wieku, pozwalające pracować im w różnych instytucjach społecznych, takich jak telefon zaufania czy organizacje pomagające osobom uzależnionym [6]. Wielu specjalistów zwraca uwagę, iż instytucje takie jak UTW dbają o zachowanie sprawności intelektualnej u starszych osób oraz angażują je w inne rodzaje aktywności, które pozytywnie wpływają na jakość i zadowolenie z życia.

Należy mieć na uwadze, że tego typu placówki są prowadzone dzięki składkom członkowskim, a także różnego rodzaju dotacjom. Źródłem ich finansowania są również samorządy oraz inne instytucje zaangażowane w ich struktury organizacyjne, czyli m.in. uczelnie macierzyste, gdzie odbywają się zajęcia [7]. Według najnowszych danych statystycznych 85% uczestników zajęć stanowią kobiety. Organizatorzy, mając to na uwadze, najczęściej przygotowują program tematyczny proponowanych aktywności zgodnie z ich potrzebami i zainteresowaniami. Ponadto z badań GUS wynika, że uniwersytetami trzeciego wieku zainteresowane są w głównej mierze osoby mające wykształcenie wyższe bądź średnie. Wśród słuchaczy UTW najczęściej spotkać można emerytowanych nauczycieli, lekarzy czy też specjalistów, którzy pracowali w wolnych zawodach. Profil uczestników charakteryzuje również zazwyczaj wiele rozmaitych zainteresowań.

## Wizerunek osób starszych w kontekście edukacji

Pierwszą kwestią, jaką należy poruszyć w rozważaniach nad wizerunkiem seniorów, są rozpowszechnione w polskim społeczeństwie stereotypy dotyczące starości. Wizerunek osób w okresie późnej dorosłości i przekonania co do starości, które funkcjonują w kulturze i społeczeństwie, wpływają na kształtowanie się uprzedzeń wobec osób starszych. Stereotypy te, jak każde inne stereotypy, związane są z nadmierną i nieuzasadnioną generalizacją – cechy przejawiane przez pojedyncze jednostki zaczynają być utożsamiane z całą grupą [8]. Szczególnie widoczne jest to w mediach, które nie upowszechniają pozytywnych wzorców, jeśli chodzi o ten okres życia, lub propagują obraz wyidealizowany i tym samym zniekształcony.

Osoby starsze często podzielają stereotypy dotyczące ich samych. Przybiera to wtedy postać autostereotypu. W efekcie postrzegają siebie jako „niezaradne, nieradzące sobie, niepotrzebne, niekompetentne, zacofane” [8]. W konsekwencji negatywnie wpływa to na ich zachowanie. Sylwia Wójcik i Julia Sienkiewicz-Wilowska podają, że stereotypy te przyjmowane są także przez osoby zajmujące się seniorami [9]. Jak wynika z badań, opiekunowie najczęściej oceniają osoby starsze, z którymi pracują, na dwa sposoby – albo nadmiernie negatywnie, albo nadmiernie pozytywnie. Pierwszy przypadek prowadzi do nie-

doceniania zasobów i możliwości tych osób. Z kolei przyjęcie wyidealizowanej wizji starości niesie za sobą negatywne konsekwencje, polegające choćby na lekceważeniu problemów seniorów [10]. Wykazano przy tym, że

[...] negatywne stereotypy i niejednoznaczne oczekiwania łączą się dodatkowo z brakiem odpowiednich ofert aktywności. Może to potęgować samoetykietowanie się osoby starszej jako niepotrzebnej i niezaradnej [9].

W efekcie u takich osób zauważa się wtórne wycofywanie się z ról społecznych oraz wcześniej podejmowanych aktywności. Rezultatem jest wysokie ryzyko wykluczenia społecznego. W kontekście edukacji oznacza to, że osoby starsze często są niechętnie do podejmowania prób aktywności związanej z nauką czy też doszkalananiem swoich umiejętności. Uznają one, iż nie nadają się już do tego, by uczestniczyć w kursach, próbować nowych rzeczy. Tłumaczą się najczęściej dodatkowo złym stanem zdrowia albo sytuacją materialną. Rezygnują z poszukiwania radości w życiu, co w efekcie potęguje złe samopoczucie oraz ogranicza ich kontakty z innymi ludźmi. Stąd też tak ważne są inicjatywy mające zachęcić osoby starsze do podejmowania aktywności i dalszej edukacji w podeszłym wieku. Może to bowiem pozwolić na przełamanie panujących w społeczeństwie stereotypów i przerwanie błędnego koła, w które wpadają seniorzy kierowani negatywnymi wzorcami.

## Projektowanie działań edukacyjnych a potrzeby osób starszych

Projektowanie działań edukacyjnych dla osób starszych powinno uwzględniać różnorodne zmiany zachodzące w okresie późnej dorosłości, w tym zmiany w zakresie funkcjonowania społecznego, dotyczące przede wszystkim redukcji liczby okazji do nawiązywania kontaktów społecznych. Stwarzają je grupowe zajęcia edukacyjne, które poza zwiększaniem wiedzy i umiejętności przyczyniają się też do aktywizacji społecznej.

Jedną z bardzo ważnych koncepcji wykorzystywanych w analizie funkcjonowania osób starszych jest model selektywnej optymalizacji z kompensacją (*model of selective optimization with compensation*, SOC) autorstwa Paula Baltesa [11, 12, 13, 14]. Badacz ten założył, że wyróżnić należy trzy mechanizmy, które odpowiadają za optymalne przystosowanie i możliwość rozwoju osób w tym okresie życia. Są to:

- **selekcja** – związana jest z wyborem możliwych do realizacji celów i działań. Jednocześnie następuje rezygnacja z działań, które są niemożliwe do podjęcia lub nieefektywne;



- **optymizacja** – polega na wyborze takich metod działania, które pozwolą osiągnąć stawiane sobie cele. Związana jest z poszukiwaniem nowych sposobów działania lub z udoskonalaniem dotychczas wypracowanych;
- **kompensacja** umożliwia realizację celów kompensujących deficyty w innych sferach. W okresie późnej dorosłości następuje także spadek liczby okazji do poszerzania swoich kompetencji. Związane jest to m.in. z zakończeniem aktywności zawodowej. Może to dodatkowo zwiększać poczucie bycia niekompetentnym i niepotrzebnym. Dlatego bardzo ważne jest proponowanie osobom starszym zajęć uwzględniających ich zasoby i indywidualne potrzeby.

W świetle koncepcji Baltesa zajęcia edukacyjne powinny wspierać osoby starsze w selekcji osiągalnych dla nich celów, czyli zakładać działania, które są dla nich możliwe do podjęcia. Cele muszą stanowić wyzwanie i uwzględniać posiadane przez nie zasoby. Prowadzący zajęcia edukacyjne powinni pomagać seniorom w wyborze takich metod działania, które pozwolą im jak najlepiej te cele realizować, kształtować poczucie kompetencji, by w efekcie uczestnicy zajęć mieli satysfakcję z podejmowanej pracy. Wreszcie, zajęcia te powinny być w taki sposób dobierane do indywidualnych możliwości uczestników, aby ich zaktywizować.

Należy podkreślić, że każda osoba ma indywidualne zasoby i umiejętności, ale też rozmaite deficyty. Zdaniem specjalistów jest to szczególnie widoczne w okresie późnej dorosłości. Jak podaje bowiem Julia Wilowska, w przypadku osób starszych „doświadczenie życiowe, pochodzące wszak z całego okresu życia, okazuje się odmienne, borykają się oni też ze zróżnicowanymi problemami” [15]. Oznacza to, że w odróżnieniu od edukacji prowadzonej dla osób młodych należy umożliwić osobom w podeszłym wieku wymianę posiadanej już wiedzy oraz umiejętności. Pozwala to na wzajemne kompensowanie swoich deficytów. Tym samym w ramach uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych seniorzy uczą się nawzajem od siebie. Jest to tak zwane zjawisko tutoringów rówieśniczego. Występuje ono, gdy w danej grupie zachodzi znaczna różnorodność doświadczeń i umiejętności. Co jednak szczególnie ważne w takiej formie, proces nauczania cechuje się bardzo dużą efektywnością oraz łatwością. Oznacza to także, że rola nauczyciela nie jest zarezerwowana wyłącznie dla prowadzącego zajęcia. W ramach zajęć organizowanych dla seniorów może bowiem dochodzić również do tutoringów międzypokoleniowego. Jest to proces „wymiany wiedzy i umiejętności tradycyjnych, nierzadko już zapomnianych, oraz najnowszej wiedzy i technologii” [15].

W literaturze przedmiotu można spotkać liczne koncepcje postulujące istnienie odmiennych czynników warunkujących efektywność w uczeniu się seniorów. Jest to bezpośrednio związane ze zróżnicowaniem potrzeb cha-

rakterystycznych dla osób starszych [16]. Mogą być one bowiem odmienne w zależności od kultury, w której żyje dana osoba, jej statusu materialnego, pozycji społecznej czy też ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia bądź niepełnosprawności. Społeczeństwa zachodnie coraz częściej odnoszą się do okresu starości jako naturalnego okresu rozwojowego każdego człowieka. Co więcej, podkreśla się, że może on pozwalać na większe zaangażowanie w aktywność o charakterze edukacyjnym i społecznym niż wcześniejsze lata życia. W Polsce jednak osoby projektujące i realizujące formy aktywności dla tej grupy społecznej powinny mieć na uwadze szereg czynników ekonomiczno-politycznych oraz psychospołecznych, specyficznych dla naszego kraju. Należy mieć odpowiednią wiedzę o obszarach zaangażowania aktywności i potrzeb osób starszych [16].

Istotną kwestią w kontekście edukacji osób w podeszłym wieku są trudności z koncentracją. Jak podnoszą eksperci, jest to charakterystyczny problem w tej grupie w przypadku zajęć, gdzie wymaga się skupienia uwagi na dłuższy czas. Może to być bowiem znacznie utrudnione z powodu stanu psychofizycznego osób w starszym wieku. Ponadto należy mieć na uwadze, że seniorzy uczestniczący w zajęciach edukacyjnych potrzebują często zachęty, wsparcia oraz okazywania przez prowadzącego postawy wyrażającej akceptację [17]. Szczególnie istotne jest

[...] poczucie własnej skuteczności, akceptacja własnych ograniczeń, adaptacja do nowych warunków, pozytywne myślenie, otwarcie się na nowe doświadczenia i świadomość, że nauka jest wciąż ważna [17].

Nastawienie takie uznaje się za kluczowy czynnik wspomagający proces uczenia się u osób starszych. Jednocześnie prowadzony w ramach zajęć edukacyjnych proces uczenia się i warunki nauczania powinny skupiać się na poszukiwaniu sensu życia oraz szczęścia, zadowolenia. Nie jest rekomendowane, aby na zajęciach dokonywać prób przekształcania osobowości. Tym samym podkreśla się, że prowadzący zajęcia powinni unikać wszelkiego rodzaju zachowań, które mogą być odbierane przez uczestników jako autorytarne bądź protekcyjne. Istotne jest również, aby nie podważać światopoglądu seniorów, którzy podjęli taką aktywność. W odróżnieniu bowiem od innych grup społecznych wykazują oni silną potrzebę bycia wysłuchanym i zrozumianym, a także okazania szacunku. Jak podaje Magdalena Sikora, osoby starsze biorące udział w zajęciach aktywizacyjnych często mają tendencję do wielokrotnego powtarzania opowieści albo ponawiania zapytań o ten sam, omówiony już wątek [16]. W tym kontekście zajęcia powinny być kierowane w taki sposób, aby prowadzący miał dość czasu, by zrealizować przyjęty program, a zarazem nie ignorować takich uczestników. Co więcej, bardzo ważne jest, aby podejmował

on działania w kierunku wzmocnienia zaufania i poczucia bezpieczeństwa w grupie, z którą prowadzone są zajęcia. Bez tego słuchacze mogą bowiem mieć mniejszą motywację do dalszego uczestnictwa. Problemem w nauczaniu seniorów bywają też zażywane przez nich lekarstwa, których działaniem ubocznym może być obniżenie sprawności poznawczych. W takim przypadku utrudnione będzie ich efektywne uczestnictwo w zajęciach. Ponadto należy mieć na uwadze, że także częstotliwość uczestnictwa może się kształtować w różny sposób [16]. Czy to z uwagi na trudności fizyczne i zdrowotne, czy też utrudniony transport albo planowane zabiegi medyczne i wizyty lekarskie wiele osób może przybywać na zajęcia nieregularnie i opuszczać wiele z nich.

## Podsumowanie

Współcześnie zwraca się uwagę, że ludzie żyją coraz dłużej. Jednocześnie są oni aktywni zawodowo i społecznie. Dlatego w społeczeństwie zachodzą rozmaite zmiany – rośnie bowiem odsetek osób starszych w ogóle liczby ludności. Mają one miejsce i w Polsce. Jak wykazano, w związku z tym propagowane są coraz szerzej działania, których celem jest zaangażowanie seniorów do aktywnego uczestnictwa w życiu wspólnoty lokalnej. Prowadzone są rozmaite inicjatywy aktywizujące. Jedną z nich są powoływane na terenie całego kraju uniwersytety trzeciego wieku. Instytucje te z powodzeniem pełnią głównie rolę uczelni dla seniorów. Realizują zarazem funkcje edukacyjne, prorozwojowe i integracyjne. Pozwalają bowiem osobom starszym na rozwój osobisty, nawiązywanie kontaktów społecznych, pogłębianie ich zainteresowań. Są one miejscem, gdzie promowany jest zdrowy i aktywny styl życia. Oprócz tego edukacja jest możliwa w ramach klubów seniora oraz akademii dla osób starszych – 50+ i 60+. W takich placówkach zajęcia przybierają mniej sformalizowaną formę – również one pozwalają na uchronienie tej grupy społecznej przed wykluczeniem i marginalizacją.

Na podstawie omówionej problematyki edukacji osób starszych należy wskazać, iż zajęcia edukacyjne dedykowane tej grupie pozwalają nie tylko na aktywizację, lecz także na poszerzenie spektrum pełnionych ról społecznych. Podejmowanie prób nauki w późnym okresie życia jest o tyle istotne, że daje możliwość odzyskania wiary w siebie oraz utwierdzenia się w posiadanych kompetencjach. Człowiek, który miał dotychczas negatywny obraz swojego życia i ograniczone możliwości, może dzięki takiej aktywności odzyskać sens życia. Rozwój jest bowiem możliwy na każdym etapie życia, nie zamyka się w młodości. Wymaga on jedynie motywacji. Seniorzy są zdolni do tego, by aktywnie uczestniczyć w procesie edukacyjnym, jeśli wykazują chęć do nauki. Co więcej, w ramach uczestnictwa w zajęciach mogą oni również wносить

cenny wkład w ich treść oraz efektywność kształcenia całej grupy. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu osoby starsze mogą uczyć się od siebie nawzajem, a dodatkowo przekazywać je prowadzącemu. Trzeba jednak podkreślić, że seniorzy zazwyczaj preferują samodzielne decydowanie o tempie pracy i nie lubią być kontrolowani przez prowadzących. Podczas zajęć należy unikać postaw autorytarnych – mogą one bowiem zrażać uczestników do kontynuowania nauki. Zamiast tego na zajęciach powinien panować klimat integracji oraz wspólnoty, a prowadzący musi współpracować z uczestnikami na zasadach partnerstwa. W związku z tym, że uczestnicy mają nierzadko wieloletnie doświadczenie zawodowe i wiedzę ekspercką, oczekują od trenera odpowiedniego przygotowania merytorycznego. Rola szkoleniowca sprowadza się tym samym często do pozycji doradcy, a nie eksperta. Każdy uczestnik powinien mieć możliwość wyrażenia siebie, szczególnie ważne jest, aby w grupie dydaktycznej panowała atmosfera zaufania, akceptacji i zyczliwości.

## Piśmiennictwo

1. Gryglewska B. Prewencja gerontologiczna. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk: Via Medica; 2006, s. 47–52.
2. Leszczyńska-Rejchert A. Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego; 2006.
3. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-jr; 2006, s. 169–174.
4. Kryszkiewicz Cz. Aktywne życie seniorów warunkiem pomyślnego starzenia się. W: Steuden S., Marczuk M. (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2006, s. 281–288.
5. Klimczuk A. Kierunki rozwoju uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce. <http://www.e-mentor.edu.pl/artukul/index/numer/51/id/1048> [dostęp: 15.03.2017].
6. Kwiecień P. Wiek nie ma znaczenia. [http://www.wiadomosci24.pl/artukul/wiek\\_nie\\_ma\\_znaczenia\\_63073.html](http://www.wiadomosci24.pl/artukul/wiek_nie_ma_znaczenia_63073.html) [dostęp: 15.03.2017].
7. Lipka-Szostak K. Seniorzy – trendy, wyzwania, działania. W: Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody. Warszawa: Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych; 2013, s. 54.
8. Bury-Zadroga M. Na przekór stereotypom – zajęcia w terenie z seniorami. W: Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody. Warszawa: Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych; 2013, s. 35.
9. Wójcik S., Brzezińska A.I., Sienkiewicz-Wilowska J.A. Wizerunek życia osób starszych w oczach ich opiekunów. *Studia Edukacyjne*. 2012; 19: 55–71.

10. Wójcik S., Sienkiewicz-Wilowska J.A. Wizerunek starości w oczach osób chorych na chorobę Parkinsona a zapotrzebowanie na wsparcie. *Nowiny Lekarskie*. 2013; 82(1): 31–38.
11. Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives of successful aging: the model of selective optimization with compensation. W: Baltes P.B., Baltes M.M. (eds.). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. The European Science Foundation; 1993, s. 1–35.
12. Baltes M.M., Lang F.R. Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. *Psychology and Aging*. 1997; 12(3): 433–443.
13. Freund A.M., Baltes P.B. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*. 1997; 13(4): 531–543.
14. Freund A.M., Baltes P.B. Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002; 82(4): 642–662.
15. Wilowska J.A. Uczenie się od nauczyciela i od rówieśników w procesie edukacji artystycznej podejmowanej w okresie późnej dorosłości. W: Brzezińska A.I. (red.). *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2007, s. 147.
16. Sikora M. Potrzeby osób starszych w kontekście procesu uczenia się. W: *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody*. Warszawa: Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych; 2013, s. 41.
17. Bee H., Boyd D. *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2008.

*Sławomir Tobis, Mirosława Cylkowska-Nowak*

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Medical University of Karol Marcinkowski in Poznań

## **ROZDZIAŁ 4**

### **OCENA JAKOŚCI ŻYCIA U CHORYCH Z OTĘPIENIEM I WPŁYW TERAPII ZAJĘCIOWEJ NA JAKOŚĆ ŻYCIA TYCH CHORYCH**

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS  
WITH DEMENTIA AND THE IMPACT OF OCCUPATIONAL  
THERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF THESE PATIENTS

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Intensywne starzenie się społeczeństw prowadzi do zwiększenia obciążeń wynikających z częstych dla starości chorób. Jedną z nich jest otępienie.

### **Cel pracy**

Celem niniejszego opracowania jest pokazanie trudności metodologicznych związanych z prowadzeniem badań nad jakością życia u chorych z otępieniem oraz podkreślenie przeszerzeni do działań z zakresu terapii zajęciowej w poprawie jakości życia tych chorych.

### **Treść**

Terapia zajęciowa ma wśród swoich zadań aktywizację, której efektem ma być usprawnienie w zakresie codziennego funkcjonowania i – tym samym – poprawa jakości życia. Chorzy z otępieniem, w związku ze spodziewanym stopniowym pogarszaniem się samodzielności, powinni być regularnymi odbiorcami interwencji terapeutycznych z zakresu terapii zajęciowej; niestety niewiele jest opublikowanych interwencji, a tych, w których oceniana jest jakość życia, jest jeszcze mniej.

### **Podsumowanie**

Konieczne jest tworzenie programów interwencyjnych i ocena ich skuteczności, także pod kątem ich wpływu na jakość życia, po to, aby móc rekomendować adekwatne rodzaje działań dla konkretnych pacjentów.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, terapia zajęciowa, otępienie

## Abstract

### Introduction

Intensive ageing of societies leads to an increase in burdens resulting from diseases that are common to old age. One of them is dementia.

### Aim of publication

The aim of this study is to present the methodological difficulties associated with conducting research on the quality of life in patients with dementia and to show the space for activities in the field of occupational therapy in improving the quality of life of these patients.

### Contents

Occupational therapy has among its tasks activation, the effect of which is to improve the scope of everyday functioning and thus to improve the quality of life. Patients with dementia, due to the expected gradual deterioration of independence, should be regular recipients of therapeutic interventions in the field of occupational therapy; unfortunately, there are few published interventions, and those that assess quality of life are even fewer.

### Summary

It is therefore necessary to create intervention programmes and evaluate their effectiveness, also in terms of their impact on the quality of life, in order to be able to recommend specific types of activities for individual patients.

**Keywords:** quality of life, occupational therapy, dementia

## Wprowadzenie

Według prognoz, w najbliższej przyszłości w Polsce nastąpi szybki przyrost odsetka osób starszych, w tym szczególnie tych najstarszych [1]. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2050 roku na każdych pięciu mieszkańców Polski przypadają będą dwie osoby starsze (w wieku co najmniej 60 lat), a odsetek osób co najmniej 85-letnich, który w 2030 roku ma wynosić 2,4%, wzrośnie aż do 6,2%. W związku z tym pytania o wszystko to, co wiąże się z procesem starzenia, znajdują się w centrum zainteresowań wielu badaczy z różnych dziedzin życia.

Pośród zagadnień, które budzą szczególne zainteresowanie, ważne miejsce zajmuje otępienie. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele, ale nie bez znaczenia jest fakt wzrostu częstości występowania otępienia wraz z upływem lat naszego życia. Jak pokazują badania PolSenior 2, wśród polskich seniorów, których łącznie jest 9,6 mln, u około 1,5 mln można podejrzewać otępienie (częściej u kobiet niż u mężczyzn), w tym u około 130 tys. – otępienie o znacznym

zaawansowaniu. Skala zjawiska jest więc pokaźna. Jak zwracają uwagę autorzy cytowanego opracowania, na jednego mężczyznę z otępieniem głębokim przypadają prawie trzy kobiety [2]. Uważa się, że otępienie obciąża kobiety znacznie bardziej niż mężczyzn nie tylko dlatego że chorują one częściej, ale i dlatego że kobiety są nierzadko opiekunami dla chorych na otępienie.

Ponieważ otępienie prowadzi nieuchronnie do niesprawności i niesamodzielności, a więc potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, uważa się, że na otępienie „choruje nie sam chory, ale cała jego rodzina”. Oznacza to, iż podejmując badania i organizując opiekę nie można myśleć tylko o chorych, ale trzeba wziąć pod uwagę również ich opiekunów nieformalnych/rodzinnych. Rzeczywiście – badania pokazują znaczne obciążenie opieką m.in. opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera [3].

## Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest pokazanie trudności metodologicznych związanych z prowadzeniem badań nad jakością życia u chorych z otępieniem oraz podkreślenie przestrzeni do działań z zakresu terapii zajęciowej w poprawie jakości życia tych chorych.

## Jakość życia związana ze stanem zdrowia

Jakość życia jest konstruktem złożonym, wielowymiarowym. Można rozumieć ją jako różnicę pomiędzy oczekiwaniami jednostki a jej sytuacją realną; wraz z narastającą dysproporcją między oczekiwaniami i możliwościami ich zaspokojenia pogarsza się jakość życia. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) jakość życia to

[...] subiektywny indywidualny sposób postrzegania pozycji życiowej przez jednostkę w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi [4].

Jakość życia można oceniać z różnych perspektyw, ale w naukach medycznych i naukach o zdrowiu przede wszystkim rozpatruje się jakość życia związaną ze stanem zdrowia.

Do pomiaru jakości życia stosuje się zarówno wskaźniki subiektywne, jak i obiektywne. W domenie fizycznej wskaźnikiem subiektywnym może być odczuwanie bólu w klatce piersiowej związanego z chorobą niedokrwienną serca, a obiektywnym wyniki badań diagnostycznych potwierdzających tę chorobę,



z kolei w domenie społecznej subiektywnym – satysfakcja z relacji społecznych i obiektywnym – liczba tych relacji [5].

Dla jakości życia osób związanej ze zdrowiem ważne jest szerokie postrzeganie zdrowia – nie tylko z perspektywy współistniejących chorób, ale także w aspekcie funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Znaczenie dla osób starszych ma sam proces starzenia, jego zaawansowanie i tempo, lecz pamiętać należy i o tym, że ich jakość życia jest również modyfikowana przez czynniki środowiskowe, społeczno-ekonomiczne i cechy demograficzne oraz styl życia [6]. Wzięcie pod uwagę wielu różnych uwarunkowań jakości życia w starości pozwala skoncentrować się na jej poprawie, a nie tylko na wydłużaniu życia [7].

Jakości życia osób starszych, zwłaszcza tych obciążonych chorobami prowadzącymi do niesprawności i niesamodzielności, nie można rozpatrywać bez uwzględnienia jakości życia ich opiekunów nieformalnych/rodzinnych. Jak pokazano, jakość życia opiekunów nieformalnych, sprawujących opiekę domową, obniża się wraz z wydłużaniem się czasu pełnienia opieki oraz wraz ze spadkiem samooceny ich stanu zdrowia, przy czym znaczenie ma też niższa sprawność funkcjonalna podopiecznych, w tym zwłaszcza ich sprawność poznawcza [8]. Wysokie ryzyko obniżenia jakości życia dotyczy w sposób szczególny członków rodziny opiekujących się osobami z chorobą Alzheimera, którzy są silnie związani emocjonalnie z chorymi [9].

## Ocena jakości życia związanej ze stanem zdrowia u chorych z otępieniem

Ocena jakości życia u chorych z otępieniem jest trudna, ponieważ wymaga dostosowania narzędzi badawczych do możliwości komunikacyjnych i funkcjonowania chorych. Zatem – podobnie do innych dziedzin oceny (np. występowania bólu czy depresji) – pacjentom z łagodnym i średniozaawansowanym otępieniem (czyli tym, którzy są w stanie zrozumieć zadawane pytania i na nie odpowiedzieć oraz realnie ocenić swoje potrzeby) dedykowane są inne narzędzia od tych używanych wobec chorych z większym zaawansowaniem zmian. Przykładem ciekawego narzędzia, przeznaczonego do użycia przez chorych z wynikiem w Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (ang. MMSE – *Mini Mental State Examination*) nie mniejszym niż 12 punktów (czyli bez głębokiego otępienia), jest Dementia Quality of Life Instrument (DQOL) [10]. Z kolei skala Dementia Specific Health Related Quality of Life Measures (DEMQOL) [11] została stworzona zarówno w wersji dla chorego, jak i opiekuna (DEMQOL-proxy), który ocenia sytuację swojego podopiecznego – czyli skala pozwala spojrzeć na

jakość życia z różnych perspektyw. Narzędzie jest zwalidowane do użycia dla chorych z wynikiem MMSE nie mniejszym niż 10 punktów; w przypadku pacjentów z niższymi wynikami rekomendowane jest zastosowanie tylko wersji skali wypełnianej przez opiekuna.

Chorzy z większym zaawansowaniem zmian otępiennych, w związku z ograniczeniami w zakresie komunikacji oraz w zakresie pełnego, logicznego kontaktu, wymagają zastosowania narzędzi obserwacyjnych. Skale te są przeznaczone dla opiekunów, którzy znają pacjenta i jego sytuację. Ocena jest w takim przypadku oceną pośrednią, powstającą na podstawie wyobrażenia potrzeb i odczuć chorego przez opiekuna; ocena jakości życia chorych z otępieniem wykonana przez ich opiekunów i ich samych może nie być tożsama [12]. Przykładem skali obserwacyjnej, służącej do oceny jakości życia, jest Quality of Life in Late Stage Dementia Scale (QUALID) [13]. Narzędzie to stworzyła grupa klinicystów z doświadczeniem w opiece nad chorymi z otępieniem, osiągając konsensus w zakresie 11 elementów, których ocena przez opiekuna pozwoli określić jakość życia pacjentów z otępieniem. Poszczególne elementy odnoszą się do częstości występowania takich zachowań, jak śmiech, płacz, obserwowany na twarzy dyskomfort oraz werbalizacja świadcząca o dyskomforcie czy poirytowaniu/agresji w okresie siedmiu dni poprzedzających ocenę. Autorzy wykazali dobre właściwości psychometryczne narzędzia. O trudnościach metodologicznych tworzenia skali może świadczyć fakt, że wyniki uzyskiwane w skali QUALID odniesiono m.in. do wyników Geriatrycznej Skali Depresji (ang. *Geriatric Depression Scale* – GDS). GDS jest narzędziem do samooceny i wymaga rozumienia pytań oraz oceny swojej sytuacji przez pacjenta. Trudno się zgodzić, że pacjent, który nie jest w stanie ocenić jakości życia i odpowiedzieć na pytania z tym związane, jest w stanie krytycznie odpowiedzieć na takie pytania o nastrój, jak: „Czy uważa Pani/Pan, że sytuacja jest beznadziejna?” lub „Czy ma Pani/Pan uczucie, że życie jest puste?”. Wśród 42 uczestników, których oceniono podczas walidacji QUALID, były osoby z wynikiem MMSE pomiędzy 0–27 punktów, czyli zarówno bez kontaktu, jak i takie, których wynik jest powyżej tzw. progu otępienia. Oznacza to, że u części osób GDS nie mogła być zastosowana wcale, a u innych nie można postawić diagnozy zaawansowanego otępienia.

Otępienie może też stanowić jeden z istotnych problemów wielochorobowości pacjenta starszego. Pomiar jakości życia u osób z otępieniem powinien być wiarygodny, trafny, subiektywny, wielowymiarowy, wykonalny i ogólny. Gustav Torrisson i współpracownicy uważają, że Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD) posiada takie właściwości psychometryczne w kontekście populacji starszych pacjentów hospitalizowanych z wieloma chorobami.

Podjęte przez Torrisona i współpracowników badania wykazały obiecujące właściwości tego narzędzia. Badacze wskazali, że ograniczenie funkcji poznawczych, upośledzenie aktywności dnia codziennego i depresja były silnie związane z niższą jakością życia niż wielochorobowość fizyczna. Może to mieć ważne implikacje kliniczne.

Obecnie zdrowie fizyczne i aspekty społeczne są rutynowo uwzględniane u pacjentów hospitalizowanych w trybie medycznym. To samo nadal często nie dotyczy zaburzeń poznawczych i depresji – zarówno w toku hospitalizacji, jak i podczas terapii w miejscu zamieszkania osoby starszej z demencją – które często pozostają niewykryte, mimo że wiążą się z niekorzystnymi skutkami. Stosowanie wiarygodnego, trafnego narzędzia badawczego mogłoby prowadzić także w terapii zajęciowej do zwiększenia świadomości tych problemów w celu poprawy jakości życia w toku prowadzonych interwencji terapeutycznych [14].

Analiza literatury i przenoszenie doświadczeń poszczególnych autorów oraz ich modeli badawczych jako dobrych praktyk jest tym trudniejsze, że dedykowane otępieniu narzędzia badawcze są dostępne w ograniczonej liczbie wersji językowych i bez walidacji kulturowych w wielu regionach świata. Na przykład Prakash Kumar i współpracownicy [15] w randomizowanym badaniu z grupą kontrolną, obejmującym interwencje z zakresu terapii zajęciowej u chorych z otępieniem, zastosowali w swoich analizach uniwersalną skalę WHOQOL BREF (nieuwzględniającą demencji) i w ograniczeniach modelu badawczego wyjaśnili, że w lokalnym języku (badania prowadzono w Indiach) nie są dostępne skale do oceny jakości życia specyficzne dla otępienia.

## Terapia zajęciowa w odniesieniu do osób starszych

Terapia zajęciowa wykorzystuje zajęcie jako narzędzie terapeutyczne, przy czym zajęcie to zarówno praca, jak i aktywności dnia codziennego (tak podstawowe, jak i złożone – ADL i IADL z ang. *Activities of Daily Living* i *Instrumental Activities of Daily Living*), ale też edukacja i to, co wypełnia nasz czas wolny czy sen/wypoczynek [16]. W Polsce terapia zajęciowa obejmuje ergoterapię, socjoterapię i arteterapię [17]. Arteterapia dotyczy działań receptywnych (np. oglądania obrazów w muzeum) i aktywnych (np. malowania). W przypadku arteterapii nie jest ważny efekt w postaci dzieła, ale proces jego tworzenia mający cel terapeutyczny, czyli np. poprawę komunikacji z chorym [18].

Terapia zajęciowa dostarcza wielu możliwości usprawniania i aktywizacji osób starszych, w tym tych ze zdiagnozowanym otępieniem. Se-Yun Kim i współpracownicy opublikowali w 2012 roku wyniki systematycznego przeglądu literatury i metaanalizy, których celem była ocena efektywności

interwencji z zakresu terapii zajęciowej (stymulacja sensoryczna, modyfikacje środowiskowe i zadania funkcjonalne dotyczące problemów behawioralnych) oraz depresji u chorych z otępieniem. Zidentyfikowano dziewięć badań obejmujących w sumie 751 osób. Stwierdzono szczególną skuteczność stymulacji sensorycznej w poprawie zaburzeń zachowania. Podkreślono jednak małą liczbę badań dotyczących terapii zajęciowej u chorych z otępieniem w ogóle [19], co powoduje, że analizy i syntezy powinny być prowadzone ostrożnie.

## Wpływ terapii zajęciowej na poprawę jakości życia osób starszych

Otępienie prowadzi nieuchronnie do ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu i niesamodzielności. Przyczynowe leczenie farmakologiczne, w związku z nieznaną etiopatogenezą różnych rodzajów otępień jest niedostępne, a objawowe może jedynie – u niektórych chorych – spowolnić postęp zmian. W takich przypadkach szczególne znaczenie ma postępowanie niefarmakologiczne, zwłaszcza to, które pozwala chorym zachować niezależność w zakresie podstawowych i złożonych funkcji życiowych, a takimi są wszystkie działania skupione wokół terapii zajęciowej. Tym bardziej więc dziwi bardzo ograniczona liczba opublikowanych prac z tego zakresu, zwłaszcza tych niebudzących wątpliwości metodologicznych, a więc pozwalających – na podstawie EBP (ang. *Evidence-Based Practice*) budować programy aktywności dla chorych z otępieniem dedykowane poprawie stanu funkcjonalnego. Badań uwzględniających jakość życia jest jeszcze mniej. Hanna Pietraszek-Kusik [20] w wykonanym przez siebie przeglądzie literatury z lat 2010–2014, pokazującej efektywność wszystkich (a nie tylko tych z zakresu terapii zajęciowej) niefarmakologicznych interwencji u chorych z otępieniem, konkluduje, że choć są one nadzieją dla chorych i ich rodzin, to jednak brak jednoznacznych dowodów na ich pozytywny wpływ na jakość życia chorych, i – co za tym idzie – pytanie o dobór metod postępowania pozostaje bez odpowiedzi. Podobnie Akin Ojagbemi i Mayowa Owolabi [21], którzy opublikowali w 2017 roku metaanalizę badań poświęconych terapii zajęciowej u chorych z otępieniem, dedykowanych jakości ich życia, nie zaobserwowali skuteczności ocenianych rozwiązań. Autorzy przejrzyli wszystkie prace publikowane do 2015 roku i do syntezy włączyli tylko 10 artykułów dotyczących 1002 pacjentów. We wnioskach stwierdzili, że aby terapia zajęciowa była skuteczna, powinna być elementem interwencji holistycznych. Można jednak mieć wątpliwości metodologiczne co do przeprowadzonej oceny, gdyż nigdzie nie zwrócono uwagi (nawet w ograniczeniach modelu), że interwencje terapeutyczne w poszczególnych artykułach

były zupełnie nieporównywalne, a trudno jest zestawiać, analizować i syntezować wspólnie z jednej strony edukację opiekunów, a z drugiej wdrożenie terapii indywidualnie przygotowanych dla poszczególnych chorych. Co więcej, wśród prac, w których nie wykazano efektu zastosowanej terapii zajęciowej, jest np. publikacja Sebastiana Voigt-Radloff i współpracowników [22], w której model terapii zajęciowej z powodzeniem realizowany w jednym z ośrodków w Danii, próbowano – rzeczywiście bez powodzenia – wprowadzić w Niemczech. Autorzy tej pracy w ograniczeniach modelu badawczego zwrócili uwagę na możliwe przyczyny niepowodzenia wdrożenia, czyli na różnice w potrzebach wynikające z odmiennych systemów opieki. Postulowali też konieczność tworzenia programów terapii w odpowiedzi na konkretne potrzeby. Wdrażana interwencja obejmowała bowiem głównie edukację, m.in. w zakresie możliwych do wdrożenia działań, a nie podejmowanie samych działań i to nie sprawdziło się w systemie niemieckim.

Wśród publikowanych prac dotyczących interwencji z zakresu terapii zajęciowej dedykowanych poprawie jakości życia na szczególną uwagę zasługują te, gdzie podejmowane są działania w miejscu zamieszkania chorego. Pozwalają one bowiem zarówno na wdrożenie zmiany aktywności, jak i na modyfikacje środowiskowe. Maud J.K. Graff i współpracownicy [23] podjęli interwencję z zakresu terapii zajęciowej u starszych chorych z otępieniem o niewielkim do umiarkowanego zaawansowaniu, mieszkających we własnych domach, oraz u ich opiekunów ( $n = 135$  par tworzonych przez chorego i opiekuna). W grupie interwencyjnej w ciągu pięciu tygodni przeprowadzono 10 sesji uruchamiających możliwości kompensowania ograniczeń poznawczych u chorych w grupie interwencyjnej, a u ich opiekunów sesje dotyczyły m.in. radzenia sobie z zaburzeniami zachowania u podopiecznych. Stosując DQOL, pokazano korzystny efekt podjętych działań w grupie interwencyjnej, który utrzymał się w ocenie wykonanej w dwunastym tygodniu od jej rozpoczęcia. U opiekunów zaobserwowano także poczucie kontroli nad własnym życiem. Autorzy zgłosili zatem postulat wdrażania środowiskowej terapii zajęciowej u chorych z otępieniem i ich opiekunów. Niestety, w Polsce środowiskowa terapia zajęciowa nie jest refundowana przez NFZ [24].

Inny ciekawy wątek to holistyczne podejście do problemów chorych i zastosowanie szerokiej gamy działań do ich rozwiązywania. Kumar i wsp. [15] w randomizowanym badaniu z grupą kontrolną pokazali, że 10 sesji terapii zajęciowej w trakcie pięciu tygodni u chorych ze średnim do umiarkowanego otępieniem, korzystających z poradni, wpływa korzystnie na ich jakość życia. W grupie badanej zastosowano leczenie standardowe, do którego dołączono ukierunkowany program terapii zajęciowej obejmujący interwencje w zakresie wszystkich pięciu domen: fizycznej, funkcjonalnej, behawioralnej,

psychologicznej i poznawczej. Efekty zaobserwowano przede wszystkim w domenie fizycznej i psychicznej skali WHOQOL BREF. Ponieważ grupa badana była mała ze znaczną przewagą mężczyzn (w grupie kontrolnej 41 osób, w tym 38 mężczyzn, a w doświadczałnej – 36 osób, w tym 32 mężczyzn), badania te traktować należy jako obserwację wstępną.

Ciekawe są też wnioski z badań prowadzonych metodą randomizacji z grupą kontrolną przez Martina Orrella i współpracowników [25]. Autorzy pokazali, że indywidualna stymulacja kognitywna prowadzona przez przygotowanych opiekunów rodzinnych u chorych ze średnio zaawansowanym do umiarkowanego otępieniem (wynik w skali MMSE co najmniej 10 punktów) nie powoduje ani poprawy ich funkcji poznawczych, ani poprawy ich jakości życia. Wpływa jednak korzystnie na relację pomiędzy opiekunem i podopiecznym oraz na lepszą jakość życia opiekunów prowadzących terapię. W przypadku omawianych badań znaczenie dla uzyskanych wyników mogło mieć niskie zainteresowanie zajęciami. Program obejmował 75 sesji 30-minutowych prowadzonych podczas 25 tygodni, czyli trzy sesje w tygodniu. Spośród 180 par podopieczny – opiekun, włączonych do grupy interwencyjnej, tylko 40% wzięło udział w co najmniej dwóch sesjach w tygodniu, a aż 22% nie wzięło udziału w żadnej. Pokazuje to dodatkowy aspekt terapii, jakim jest konieczność utrzymania zainteresowania udziałem w zajęciach, często trudna przy długoterminowych projektach. Jednak przede wszystkim takie projekty niosą ze sobą obietnice poprawy funkcjonowania i polepszenia jakości życia.

Z kolei Elise Cornelis i współpracownicy, oceniając wpływ długoterminowego poradnictwa świadczonego opiekunom i osobom z demencją podczas realizacji programu rehabilitacji osób z demencją (mającego podnieść ich jakość życia), zastosowali retrospektywne badanie pre-post-testem bez grupy kontrolnej [26]. Badanie przeprowadzono na kohorcie osób z otępieniem ( $n = 30$ ) i ich opiekunów ( $n = 30$ ). Średnia wieku osób z otępieniem wyniosła 75,9 roku. Ponad połowę opiekunów stanowiły kobiety (53,3%), większość z nich to partnerzy osób z otępieniem (80%), pozostali to ich dzieci (20%).

Uczestnicy badania wzięli udział w 25 sesjach poradniczych w ciągu jednego roku. Przeprowadzona interwencja miała charakter zespołowy, interprofesjonalny. W skład zespołu weszli: terapeuta zajęciowy, psychiatra, geriatra, neurolog, psycholog, pracownik socjalny. To pozwoliło na zastosowanie zróżnicowanych narzędzi badawczych – były to: belgijskie wersje skal ADL (ADL, IADL, AADL), Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS-15), Kwestionariusz Jakości Życia Osób z Chorobą Alzheimera (QOL-AD), Inwentarz Neuropsychiatryczny (NPI-Q), Kwestionariusz Wywiadu do Badania Obciążenia Opiekuna (ZARIT-BI). Ocena obejmowała: aktywności codziennego życia w zakresie podstawowych,

instrumentalnych i bardziej złożonych czynności; zaburzenia poznawcze, nastroju, emocjonalne i behawioralne; jakość życia oraz obciążenia opiekuńcze. W przypadku osób z otępieniem ( $n = 22$ ) udział w programie nie poprawił codziennego funkcjonowania i funkcji poznawczych [pomiar skalą MMSE pokazał wyraźny spadek funkcji:  $Z = -1,9$ ,  $p = 0,046$ , 95% CI (0,043–0,051)], ale u 60% uczestników istotnie polepszył ich jakość życia i ustabilizował zaburzenia nastroju, emocjonalne i behawioralne. Jeśli chodzi o opiekunów ( $n = 22$ ), obciążenie opieką od łagodnego do umiarkowanego pozostało stabilne lub poprawiło się (63,6%). Wyniki badania wydają się być obiecujące i mogą stanowić punkt wyjścia do podjęcia dalszych pogłębionych prób badania wpływu poradnictwa multiprofesjonalnych zespołów terapeutycznych na podejmowanie zajęć, jakość życia osób starszych z demencją oraz obciążenia opiekunów. Obecność rozmaitych profesjonalistów – obok terapeutów zajęciowych – znacząco poszerza możliwości stosowania zróżnicowanych narzędzi badawczych. Ponadto pozwala to na prowadzenie długotrwałych badań, w toku których możliwe jest uchwycenie relacji między pogarszaniem się funkcjonowania w sferze poznawczej a innymi istotnymi zmiennymi. Niestety, międzynarodowe bazy nie znajdują żadnej pracy poświęconej omawianym zagadnieniom wykonanej w Polsce.

## Podsumowanie

Terapia zajęciowa ma wśród swoich zadań aktywizację, której efektem ma być usprawnienie w zakresie codziennego funkcjonowania i tym samym poprawa jakości życia. Chorzy z otępieniem, w związku ze spodziewanym stopniowym pogarszaniem się samodzielności, powinni być regularnymi odbiorcami interwencji terapeutycznych z zakresu terapii zajęciowej; niestety niewiele jest publikowanych interwencji, a tych, w których oceniana jest jakość życia, jest jeszcze mniej. Konieczne jest zatem tworzenie programów interwencyjnych i ocena ich skuteczności, także pod kątem ich wpływu na jakość życia, po to, aby rekomendować adekwatne rodzaje działań dla konkretnych pacjentów.

## Wnioski

Działania z zakresu terapii zajęciowej mają potencjał poprawy jakości życia chorych z otępieniem i ich opiekunów nieformalnych/rodzinnych. Temat ten był dotychczas rzadko podejmowany przez badaczy i, choć wyniki niektórych badań są obiecujące, to trudno na ich podstawie pokusić się o formułowanie jakichkolwiek rekomendacji.

## Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020. Warszawa – Białystok: Urząd Statystyczny w Białymstoku; 2021.
2. Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Kujawska-Danecka H., Zagożdżon P., Mossakowska M. Zaburzenia funkcji poznawczych. W: Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red). PolSenior 2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny; 2021, s. 293–310.
3. Szala N., Potemkowski A. Sytuacja polskich opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2018; 14(2): 75–80.
4. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995; 41(10): 1403–1409.
5. Turska W., Skowron A. Metody pomiaru jakości życia. *Farmakoekonomika*. 2009; 65(8): 572–560.
6. Fidecki W., Wysokiński M., Van Damme-Ostapowicz K. i wsp. Jakość życia pacjentów geriatrycznych. *Geriatria*. 2020; 14(1): 16–20.
7. Szewczyczak M., Stachowska M., Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie*. 2012; 81(1): 96–100.
8. Kachaniuk H., Bartoszek A., Ślusarska B. i wsp. Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej. *Geriatria*. 2018; 12(1): 74–83.
9. Kaczmarek M., Durda M., Skrzypczak M., Szwed A. Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. *Gerontologia Polska*. 2010; 18(2): 86–94.
10. Brod M., Stewart A.L., Sands L., Walton P. Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *Gerontologist*. 1999; 39(1): 25–35.
11. Smith S.C., Lamping D.L., Banerjee S. i wsp. Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technology Assessment*. 2005; 9(10): 1–93.
12. Ready R.E., Ott B.R., Grace J. Patient versus informant perspectives of quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004; 19: 256–265.
13. Weiner M.F., Martin-Cook K., Svetlik D.A., Saine K., Foster B., Fontaine C.S. The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2000; 1(3): 114–116.
14. Torrison G., Stavenow L., Minthon L., Londos E. Reliability, validity and clinical correlates of the Quality of Life in Alzheimer’s disease (QoL-AD) scale in medical inpatients. *Health Quality of Life Outcomes*. 2016; 14(90): 2–8.



15. Kumar P., Tiwari S.C., Goel A. i wsp. Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *International Archives of Medicine*. 2014; 7: 26–35.
16. Tobis S., Cyłkowska-Nowak M. Terapia zajęciowa adresowana do osób starszych. W: Dziechciaż M., Rejman B. (red). *Starzenie się i starość w ujęciu interdyscyplinarnym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2022, s. 175–185.
17. Sienkiewicz-Wilowska J. Terapia zajęciowa w usprawnianiu osób starszych. *Edukacja*. 2013; 123(3): 106–116.
18. Tobis S., Kropińska S., Cyłkowska-Nowak M. Arteterapia jako forma terapii zajęciowej w aktywizacji osób starszych. *Geriatrics*. 2011; 5(3): 194–198.
19. Kim S.Y., Yoo E.Y., Jung M.Y., Park S.H., Park J.H. A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation*. 2012; 31(2):107–115.
20. Pietraszek-Kusik H. Demencja. Metody oddziaływania pozafarmakologicznego. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2015; 42(1): 28–35.
21. Ojagbemi A., Owolabi M. Do occupational therapy interventions improve quality of life in persons with dementia? A meta-analysis with implications for future directions. *Psychogeriatrics*. 2017; 17(2): 133–141.
22. Voigt-Radloff S., Graff M., Leonhart R. i wsp. A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer’s disease: 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ Open*. 2011; 1: e000096.
23. Graff M., Vernooij-Dassen M., Thijssen M., Dekker J., Hoefnagels W., Olderikkert M. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*. 2007; 62(9): 1002–1009.
24. Tobis S., Cyłkowska-Nowak M. Terapia zajęciowa w miejscu zamieszkania osób starszych. *Geriatrics*. 2018; 12(4): 222–226.
25. Orrell M., Yates L., Leung P. i wsp. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Medicine*. 2017; 14(3): e1002269.
26. Cornelis E., Gorus E., Beyer I. i wsp. A retrospective study of a multicomponent rehabilitation programme for community dwelling persons with dementia and their caregivers. *British Journal of Occupational Therapy*. 2018; 81(1): 5–14.

*Jacek Marian Hołub*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

## **ROZDZIAŁ 5**

### **RATOWNIK SENIOR W GÓRSKIM OCHOTNICZYM POGOTOWIU RATUNKOWYM. PRZEJŚCIE W STAN POZASŁUŻBOWY CZY NADAL SŁUŻBA GÓRSKA GOPR?**

SENIOR RESCUER IN THE MOUNTAIN VOLUNTARY  
RESCUE SERVICE. TRANSITION TO OFF-DUTY STATUS  
OR STILL MOUNTAIN SERVICE?

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Ratownicy górscy, popularni „goprowcy”, a dla znawców literatury przedmiotu „ludzie spod znaku niebieskiego krzyża” są specyficzną grupą społeczną. To oni jako członkowie Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego w sytuacjach ekstremalnych ratują zdrowie i życie turystów przebywających w górach. Pracę tę wykonują z największym poświęceniem, narażając swoje życie. Lecz kiedy nadchodzi tzw. jesień życia lub osiągną wyznaczony przez prawo wiek emerytalny, muszą zmierzyć się z podjęciem ważnej decyzji o odejściu ze Służby Górskiej GOPR w stan pozasłużbowy. Czy bycie w nowej rzeczywistości poza ratownictwem czynnym daje poczucie bycia dalej ratownikiem? Jak sobie radzą i co robią ci, którzy jeszcze niedawno ratowali ludzkie życie?

### **Cel pracy**

Celem pracy jest przedstawienie zagadnień związanych z przejściem w stan pozasłużbowy ratownika rzeczywistego i jego zaangażowania jako senior GOPR. Praca ma służyć udzieleniu odpowiedzi na następujące problemy badawcze: Co to jest stan pozasłużbowy? Kto może zdecydować się na takie przejście? Czy ratownik senior może pełnić Służbę Górską GOPR?

### **Treść**

Ratownicy rzeczywisti, członkowie Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, którzy osiągną wiek 55 lat, według obowiązujących przepisów organizacyjnych mogą pod-

jąc decyzję o przejściu w stan pozasłużbowy lub nadal kontynuować zadania organizacyjne jako ratownicy rzeczywisti pogotowia górskiego. Gdy ratownik podejmie decyzję o przejściu w stan pozasłużbowy, zostaje odsunięty od działań ratowniczych, tj. planowanych dyżurów 12-godzinnych i udziału w akcjach i wyprawach ratunkowych. Decyzja ta jest potwierdzona złożonym podaniem do naczelnika grupy regionalnej GOPR z zaznaczeniem określenia czasu przejścia. To postanowienie jednoznaczne i nieodwracalne. Były ratownik figuruje w sporządzonych spisach grupy GOPR oznaczony skrótem PS. Motywy przejścia w stan pozasłużbowy bywają różne. Decyzja ratownika dotycząca przejścia w stan pozasłużbowy nie oznacza całkowitego zaniechania czynności ratowniczych określonych w Regulaminie Służby Górskiej i Statucie GOPR. W uzasadnionych przypadkach taki ratownik może służyć dla dobra ratownictwa górskiego. Jednak w większości sytuacji życie takiej osoby wypełnia intensywna działalność w klubach seniora GOPR.

### Podsumowanie

W niniejszym artykule podjęto analizę zagadnień o statusie ratownika w stanie pozasłużbowym. Motywami odejścia od działań ratowniczych ratownika rzeczywistego mogą być ukończony wiek 55 lat lub choroby wieku starczego. Gdy osiągnie on sędziwy wiek, według obowiązującego prawa ma możliwość przejścia w stan pozasłużbowy, z czego świadomie korzysta. Były ratownik często czuje potrzebę zaangażowania się i, o ile siły mu na to pozwalają, staje się aktywnym członkiem klubów seniora GOPR.

**Słowa kluczowe:** ratownik górski, stan pozasłużbowy, ratownik senior, klub seniora GOPR, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe

## Abstract

### Introduction

A specific social group are mountain rescuers popularly known as 'goprovets' and for experts in the literature on the subject 'people from under the sign of the blue cross'. It is they who, as members of the Mountain Volunteer Rescue Service in extreme situations save the health and lives of tourists staying in the mountains. They perform this work with the greatest dedication risking their lives. But when the so-called autumn of life arrives, or they reach the years of life designated by law, they must face making an important decision, to leave the Mountain Service for off-duty status. Does being in a new reality outside active rescue give a sense of continuing to be a rescuer? How are they coping and what are they doing, those who not long ago were still saving lives?

### Aim of publication

The purpose of the work, is to present issues related to the transition to the off-duty state of the real rescuer and his involvement during gerontology as a senior GOPR. The work is intended to answer the following research problems: What is an off-duty state? Who can opt for such a transition? Can a Senior rescuer perform Mountain Service?

## Content

Actual rescuers, members of the Mountain Volunteer Rescue Service, reaching the age of 55, according to current organizational regulations, may decide to go into off-duty status or continue to continue organizational tasks as an actual rescuer of the Mountain Rescue Service. By making the decision to go into off-duty status, the rescuer remains removed from rescue activities, i.e. planned 12-hour duty and participation in rescue actions and expeditions. This decision, is confirmed by an application to the Head of the Regional GOPR Group with the indication of the transition time. This is an unequivocal and irreversible decision. The former rescuer is listed in the drawn up GOPR Group rosters marked with the abbreviation PS. Motives for going into off-duty status sometimes vary. A rescuer's decision to go off-duty does not mean a complete abandonment of rescue activities as defined in the Mountain Service Regulations and the GOPR Statute. In justified cases, such a rescuer may serve for the sake of mountain rescue. However, in most cases, the life of such a rescuer is filled with time that can be filled with intensive activity as a senior citizen in GOPR Senior Clubs.

## Summary

This article undertook an analysis of issues about the status of the rescuer in an off-duty state. Motivations for leaving the rescue activities of an actual rescuer may be reaching the age of 55 or diseases of old age. When he reaches old age, according to applicable law, he has the option to move to off-duty status, which he consciously takes advantage of it. A former lifeguard often feels the need to get involved and, if his strength allows him to do so, becomes an active member of senior GOPR clubs.

**Keywords:** mountain rescuer, off-duty state, senior rescuer, GOPR Senior Club, Mountain Volunteer Rescue Service

## Wstęp

Ratownicy górscy zwani „goprowcami” bądź „ludźmi spod znaku niebieskiego krzyża” to specyficzna grupa ludzi o różnych zainteresowaniach i zawodach, mężczyzn i kobiet, których pasją jest chęć niesienia pomocy ludziom w terenie górskim. To oni śpieszą na ratunek indywidualnie lub w zorganizowanych, specjalistycznych zespołach, przy ekstremalnej pogodzie w dzień czy w nocy. Ich ścieżka działalności ratowniczej rozpoczyna się w momencie przyjęcia przez zarząd grupy Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego (GOPR) albo podobnie działającej organizacji o nazwie Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR). Moment ten jest punktem dojścia odbytego dwuletniego stażu kandydackiego oraz zdania egzaminów ze sprawności. Przyjęcie w grono ratowników rzeczywistych dokonuje się po złożeniu uroczystego przyrzeczenia, którego rota zobowiązuje pod słowem honoru udanie się w góry, by ratować poszkodowanych. Po wielu latach pracy ratownik górski zawodowy i ochotnik przechodzą na zasłużoną emeryturę i w stan pozasłużbowy.

Celem pracy jest analiza zagadnień związanych z działalnością ratownika górskiego w Służbie Górskiej GOPR oraz motywy podjęcia decyzji przejścia w stan pozasłużbowy. Dodatkowo analizą objęto niektóre z aspektów życia ratownika w podeszłym wieku oraz działalność ratowników seniorów w klubie seniora GOPR. Praca ma służyć udzieleniu odpowiedzi na następujące problemy badawcze: Co to jest stan pozasłużbowy? Kto może zdecydować się na takie przejście? Czy ratownik senior może pełnić Służbę Górską?

Tematyka niniejszego rozdziału nie była dotychczas przedmiotem szerszych opracowań naukowych. W zdecydowanej większości autorzy opracowań skupili się na historii TOPR i GOPR. Zawartość tych prac odnosi się do ogólnych informacji o ratownictwie górskim i pionierach ratownictwa w Polsce oraz organizacjach ratowniczych w Europie. Autorami rozpraw są: Michał Jagiełło [1, 2], Jan Jarosiński [3], Adam Jonak [4]. Ważną publikacją jest książka Kazimierza Mrozowicza, który analizuje osobowość ludzi zawodowo lub społecznie niosących pomoc w górach [5].

Uzupełnieniem literatury przedmiotu są liczne artykuły Zbigniewa Kamieńskiego, zamieszczone w piśmie ratowników Grupy Bieszczadzkiej „Echo Połoin” z lat 2012–2021, które przedstawiają działalność ratowników seniorów w Klubie Seniora Grupy Bieszczadzkiej GOPR [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Poddając krytycznej analizie przywołane prace, należy stwierdzić, że mimo ukazania się licznych publikacji dotyczących ratownictwa górskiego żadna z nich nie porusza motywów przejścia ratownika w stan pozasłużbowy. Teksty te nie dają też odpowiedzi na szereg pytań związanych z wiekiem starszym byłego ratownika górskiego.

Przyjęcie takiego tematu jest naturalne dla autora niniejszego opracowania, ratownika górskiego z wieloletnim stażem pracy społecznej w Grupie Bieszczadzkiej GOPR. W niedalekiej przyszłości sam będzie musiał podjąć decyzję o przejściu w stan pozasłużbowy.

## Początki ratownictwa górskiego

W kręgu kultur europejskich niesienie pomocy drugiemu człowiekowi związane jest z nakazem moralnym. Prezentowana na kartach Pisma Świętego w Ewangelii św. Łukasza scena z miłosiernym Samarytaninem pokazuje bardzo prosty gest bezinteresownej pomocy skierowanej do drugiego człowieka [17]. W X wieku zakonnicy Zakonu Świętego Augustyna (augustianów) pod przewodnictwem Bernarda z Menthon (923–1008) na przełęczach alpejskich Grand i Petit Saint-Bernard ratowali podczas złej pogody i zamieci śnieżnej pielgrzymów, podróżników i kupców.

Na początku XX wieku zrodziła się potrzeba społeczna pomocy turystom wędrującym po Tatrach. Prekursorami założenia pierwszej organizacji ratunkowej, niosącej pomoc turystom zdobywającym tatrzańskie szczyty, byli gen. Mariusz Zaruski oraz kompozytor Mieczysław Karłowicz [18].

Pierwszą grupę ratowników górskich tworzyło 11 osób różnych zawodów, których główną pasją stała się pomoc ludziom w górach. Dnia 29 października 1909 roku w Namiestnictwie Galicji we Lwowie zarejestrowano organizację o nazwie Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR). Była to czwarta organizacja ratownicza na świecie. Jej naczelnikiem został gen. Mariusz Zaruski. Pierwsi ratownicy, członkowie Straży Ratunkowej, złożyli przyrzeczenie, które poświadczyli podaniem ręki naczelnikowi:

[...] Ja niżej podpisany [...] w obecności Naczelnika Straży Ratunkowej w.p. [...] oraz świadka w.p. [...] dobrowolnie przyrzekam pod słowem honoru, że póki zdrow jestem, na każde wezwanie Naczelnika lub jego Zastępcy – bez względu na porę roku, dnia i stan pogody – stawię się w oznaczonym miejscu i godzinie odpowiednio na wyprawę zaopatrzoną i udam się w góry według marszrutu i wskazań Naczelnika lub jego Zastępcy w celu poszukiwań zaginionego i niesienia mu pomocy. Postanowienia statutu Pogotowia i regulaminu dla członków czynnych będę wykonywał ściśle, jak również rozkazy Naczelnika, jego Zastępcy i Kierowników Oddziałów. Obowiązki swe pełnił będę sumiennie i gorliwie, pamiętając, że od mego postępowania zależne być może życie ludzkie. W zupełnej świadomości przyjętych na się trudnych obowiązków i na znak dobrej swej woli powyższe przyrzeczenie przez podanie ręki Naczelnikowi potwierdzam [19].

Symbolem ratownictwa górskiego stał się niebieski krzyż, w którego podstawie umieszczono gałązkę kosodrzewiny. Zastępcą naczelnika został zakopiański góral, słynny przewodnik tatrzański Klemens Bachleđa ps. Klimek. Ratownik ten w sierpniu 1910 roku zginął podczas akcji ratunkowej na stokach Małego Jaworowego Szczytu (2380 m), ratując życie turysty. Śmierć słynnego ratownika górskiego, niosącego pomoc turyście, stała się inspiracją do niesienia bezinteresownej pomocy turystom przez kolejne pokolenia ratowników [20].

W 1927 roku TOPR stracił swą samodzielność i wszedł w skład organizacyjny Polskiego Towarzystwa Tatrzańskiego (PTT) jako Sekcja Ratunkowa, która w 1935 roku przeszła w struktury Oddziału PTT w Zakopanem. W 1939 roku wybuch II wojny światowej przerwał działalność TOPR. Jednak na polecenie władz niemieckich dawna Straż Ratunkowa wznowiła działalność pod nazwą *Freiwillige Tatra Bergwacht*, ratując niemieckich turystów w Tatrach. Kierownikiem tej grupy ratowników był Zbigniew Korosadowicz.

Po zakończeniu wojny wznowiono działalność TOPR, którym kierował ratownik Tadeusz A. Pawłowski. W latach 50. XX wieku idea ratownictwa górskiego rozprzestrzeniła się na wszystkie pasma górskie w Polsce. Masowy ruch

turystyczny i częste wypadki w terenie górskim spowodowały, że utworzono Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR).

GOPR z zarządem i naczelnictwem w Zakopanem zrzeszało kilkuset ratowników ochotników i kilkudziesięciu ratowników zawodowych należących do kilku grup regionalnych GOPR, np. Beskidzkiej, Bieszczadzkiej, Krynickiej, Rabczańskiej (w 1954 roku zmieniła nazwę na Podhalańską), Sudeckiej (w 1976 roku rozdzielono ją na Karkonoską i Wałbrzysko-Kłodzką) oraz Tatrzańską. W 1991 roku Grupa Tatrzańska GOPR opuściła strukturę GOPR, tworząc ponownie – w nawiązaniu do wcześniejszej tradycji Straży Ratunkowej – Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR). W 1998 roku powołana została Grupa Jurajska GOPR, obejmująca działalnością ratowniczą obszar Jury Krakowsko-Częstochowskiej.

Obecnie GOPR zrzesza około 1500 ratowników rzeczywistych i 200 ratowników kandydatów niosących pomoc w górach. Organizacja zachowuje ponad 110-letnią tradycję Pogotowia Górskiego oraz wiernie stosuje niezmiennie w swej treści słowa przyrzeczenia ratowniczego, napisane przez gen. M. Zaruskiego w 1909 roku. Ratownicy GOPR od 70 lat współpracują z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Strażą Graniczną (dawniej Wojska Ochrony Pogranicza), Zespołami Medycznymi Pogotowia Ratunkowego, Wodnym Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Stowarzyszeniem Cywilnych Ratowników z Psami STORAT, Strażą Pożarną, lokalnymi samorządami oraz dyrekcją parków narodowych leżących w obszarze działania danej grupy GOPR. Ratownicy GOPR pomagają poszkodowanym turystom, prowadzą akcje ratunkowe i wyprawy poszukiwawcze z wykorzystaniem śmigłowca, stosując techniki alpinistyczne (linowe), pomagają ludności miejscowej w czasie klęsk żywiołowych i po wypadkach masowych. Oprócz tego włączają się w akcje profilaktyczne oraz uczestniczą w realizacji zadań nałożonych przez zarządy grup GOPR. Na przykład Grupa Bieszczadzka GOPR, jako jedyna grupa w strukturze Pogotowia Górskiego w Polsce, wydaje kwartalnik „Echo Połonin”, pismo ratowników Grupy Bieszczadzkiej GOPR [21].

## Struktura organizacyjna GOPR

GOPR jest zarejestrowanym stowarzyszeniem o zasięgu ogólnokrajowym, w którego skład wchodzi siedem grup regionalnych posiadających osobowość prawną (Grupa Beskidzka GOPR, Grupa Bieszczadzka GOPR, Grupa Jurajska GOPR, Grupa Karkonoska GOPR, Grupa Krynicka GOPR, Grupa Podhalańska GOPR oraz Grupa Wałbrzysko-Kłodzka GOPR).

Celem statutowym GOPR jest niesienie pomocy osobom, których zdrowie lub życie jest zagrożone, udzielanie pomocy ofiarom klęsk żywiołowych,

katastrof, wypadków i innych zdarzeń losowych, a ponadto podnoszenie kwalifikacji członków GOPR w ramach wewnętrznego systemu szkolenia. Ważnym celem statutowym jest także profilaktyka wypadków w górach oraz propagowanie bezpiecznych form aktywności uprawiania turystyki i rekreacji w szczególności na terenach górskich, ochrona środowiska naturalnego, reprezentowanie interesów zbiorowych swoich członków wobec organów władzy publicznej [22].

Najwyższą władzą w GOPR dysponuje Walne Zebranie Delegatów GOPR. Uchwały Walnego Zebrania Delegatów realizują zarząd GOPR i naczelnik GOPR z siedzibą w Zakopanem. W pionie zarządzania grupy regionalnej GOPR najważniejszy jest naczelnik grupy, któremu zawodowo podlegają zastępca naczelnika i szef wyszkolenia oraz ratownicy rzeczywiści i kandydaci. Każdą grupą regionalną GOPR zarządza kilkuosobowy zarząd grupy na czele z prezesem grupy. Członkowie GOPR dzielą się na: a) ratowników kandydatów, b) ratowników rzeczywistych, c) członków honorowych, d) członków wspierających [19].

Służbę Górską GOPR tworzą ratownicy zawodowi i ochotnicy, w tym ratownicy rzeczywiści i kandydaci. Ratownikiem górskim może zostać osoba zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiocie uprawnionym do wykonywania zadań ratownictwa górskiego (w kraju i poza jego granicami) albo będąca członkiem tego podmiotu. Statut GOPR i Regulamin Służby Górskiej określają status ratownika kandydata, ratownika rzeczywistego oraz ratownika w stanie pozasłużbowym. Ważne jest, by członek społeczności ratowniczej był osobą pełną ofiarności i poświęcenia na rzecz zadań Służby Górskiej GOPR, a emocjonalny stosunek do służby powinien być autentyczny i poparty etyką [23].

Ratownikiem kandydatem może zostać osoba pełnoletnia, sprawna fizycznie, która musi umieć jeździć na nartach na poziomie kursu kwalifikacyjnego, znać topografię obszaru działalności ratowniczej wybranej grupy regionalnej GOPR oraz mieć poparcie dwóch ratowników rzeczywistych, pisemnie ręcących za kandydatem. Po spełnieniu tych wymogów i złożeniu egzaminu wstępnego zarząd grupy regionalnej GOPR przyjmuje ochotnika w poczet ratowników kandydatów.

Ratownik kandydat zobowiązany jest do odbycia dwuletniego okresu kandydackiego, podczas którego, pod okiem doświadczonych ratowników rzeczywistych, nabywa wiedzę i umiejętności ratownicze oraz uczestniczy w akcjach ratunkowych i wyprawach poszukiwawczych. Obowiązkiem kandydata jest odbycie dyżurów ratowniczych w Stacjach Rejonowych GOPR w wymiarze 240 godzin rocznie. Dwuletni staż kandydata GOPR kończy pozytywnie zdany egzamin teoretyczny i praktyczny, który dopuszcza go do otrzymania stopnia ratownika górskiego. Zarząd grupy regionalnej GOPR na wniosek naczelnika przyjmuje ratownika kandydata w poczet ratowników rzeczywistych. Ratownik kandydat podczas Dnia Ratownika Górskiego (29 października)



w obecności całej społeczności ratowników rzeczywistych składa przyrzeczenie ratownicze. Według kultywowanej tradycji na znak dobrej woli złożone przyrzeczenie potwierdza podaniem ręki naczelnikowi [24].

Ratownik rzeczywisty po ukończeniu specjalistycznych kursów i szkoleń może uzyskać wyższy stopień, tj. starszego ratownika, instruktora ratownictwa i instruktora ratownictwa wysokogórskiego. Ratownik rzeczywisty zobowiązany jest rocznie do odpracowywania 120 godzin społecznych podczas dyżurów lub wykonania innych prac w wymiarze i według zasad określonych w Regulaminie Służby Górskiej [23]. Każdy ratownik, biorąc udział w dyżurze ratowniczym, przedkłada kierującemu go na delegację aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pełnienia służby na stanowisku ratownika górskiego i zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP). Działalność ratownicza w GOPR zobowiązuje ratownika górskiego do odbycia szkoleń organizowanych przez szefa szkolenia lub kierownika sekcji operacyjnej. Dodatkowo ratownik górski powoływany jest decyzją naczelnika grupy do działań ratowniczych, tj. wypraw poszukiwawczo-ratunkowych podczas dni wolnych oraz zabezpieczania masowych imprez sportowo-turystycznych na terenie górskim.

## Ratownik w stanie pozasłużbowym

Status ratownika w stanie pozasłużbowym określa Statut GOPR przyjęty na Walnym Zebraniu Delegatów GOPR w 2012 roku Uchwałą nr 1 Nadzwyczajnego Zjazdu Delegatów GOPR z dnia 15 czerwca 2019 roku w Szczyrku (Rozdział 3 § 9 pkt. 3) [19] oraz Regulamin Służby Górskiej GOPR jako Załącznik Nr 1 do Uchwały Zarządu Głównego GOPR nr 107/XI/2020 z dnia 31 grudnia 2020 roku. Oba dokumenty precyzują, że po ukończeniu 55. roku życia ratownik górski (ochotnik) i ratownik zawodowy mogą pozostać w GOPR w stanie pozasłużbowym. Przeniesienie ratownika w stan pozasłużbowy następuje na jego pisemny wniosek, przyjęty Uchwałą Zarządu Grupy Regionalnej GOPR [19]. Według zapisu w Regulaminie Służby Górskiej przejście ratownika górskiego w stan pozasłużbowy wyklucza go z wykonywania czynności ratowniczych:

1. Członek Służby Górskiej, który ukończył 55 lat albo jego stan zdrowia nie pozwala na dalsze pełnienie służby ratowniczej, może złożyć na ręce Naczelnika Grupy wniosek o przeniesienie w stan pozasłużbowy.
2. Przeniesienie w stan pozasłużbowy następuje na mocy uchwały Zarządu Grupy Regionalnej GOPR podjętej na wniosek Naczelnika Grupy.
3. Z chwilą przeniesienia w stan pozasłużbowy, przestają być wymagane obowiązki określone w pkt. VI i VII Regulaminu, poza obowiązkiem opłacania składki członkowskiej [23].

Ratownik górski przeniesiony w stan pozasłużbowy może świadczyć pracę społeczną na rzecz GOPR, co precyzuje zapis w Załączniku nr 1 do Uchwały Zarządu GOPR:

W przypadku wyższej konieczności do akcji lub wyprawy ratunkowej mogą być wezwane i dopuszczone osoby niebędące członkami Służby Górskiej. Do osób tych, w czasie trwania działań ratowniczych, stosuje się przepisy niniejszego Regulaminu, tak, jakby były one członkami Służby Górskiej [23].

Decyzję taką podejmuje każdorazowo naczelnik grupy regionalnej GOPR, angażując byłych ratowników lub osoby spoza GOPR, np. przewodników górskich czy leśników.

Decyzja ratownika rzeczywistego o przejściu w stan pozasłużbowy, a przy tym niewykonywania czynności ratunkowych należnych ratownikowi Służby Górskiej GOPR, nie jest tradycyjnym wyrokiem czy wewnętrzną katastrofą w realizacji pasji ratowniczej, ale świadomą i odpowiedzialną reakcją. Każdy, kto podjął taką decyzję, zrobił to bez przymusu, w zgodzie z własnym sumieniem, patrząc realnie w przyszłość i biorąc pod uwagę biologiczny proces starzenia się. To pogodzenie się z rzeczywistością, mimo że czasem jest ono bardzo bolesne, daje wewnętrzną satysfakcję przekazania „rzemiosła ratowniczego” w ręce młodszych ratowników.

Ratownicy górcy w stanie pozasłużbowym, zwani popularnie seniorami, służą doświadczeniem w wykonywaniu rzemiosła ratowniczego, pełniąc nierzadko rolę „dodatkowego instruktora i przyjaciela” dla młodszych wiekiem ratowników. Liczbę osób o tym statusie w różnych grupach regionalnych GOPR wykazują wewnętrzne sprawozdania i wykazy.

Przykładem realizacji pasji ratowniczej seniora GOPR jest były ratownik rzeczywisty Zygmunt Binda z Grupy Beskidzkiej GOPR, który w stanie pozasłużbowym uzyskał zgodę naczelnika na odbycie weekendowych dyżurów społecznych w dyżurce GOPR na Dębowcu. W ramach wykonywania zadań profilaktycznych, wraz z kolegami ratownikami seniorami, w miesiącach letnich udzielają turystom porad i wskazówek, jak bezpiecznie poruszać się po górskich szlakach. Zygmunt Binda, jak twierdzi, nie myśli o spokojnej emeryturze, mimo 74 lat życia i 50 lat przepracowanych w GOPR. Miłością do gór i pasją pomagania innym chętnie dzieli się z wędrującymi po górach turystami. Działalność społeczna służy mu do przekazania bogatej wiedzy i ogromnego doświadczenia [25].

Ratownikiem w stanie pozasłużbowym, pracującym społecznie na rzecz Grupy Bieszczadzkiej GOPR, jest Jan Jarosiński ps. Kaszanka. Do GOPR wstąpił w 1970 roku. Przyrzeczenie ratownicze złożył w 1971 roku. Uzyskał stopień starszego ratownika GOPR. W latach 1982–1986 pełnił funkcję Prezesa

Grupy Bieszczadzkiej GOPR, w 2015 roku otrzymał tytuł członka honorowego GOPR, przepracował ponad 17 tys. godzin społecznych, uczestniczył w 109 akcjach ratowniczych i wyprawach poszukiwawczych. Jan Jarosiński poświęca się społecznie poprzez prowadzenie zestawień wypracowanych przez ratowników godzin społecznych i opracowywanie kalendarium z akcji i wypraw ratunkowych na łamach „Echa Połonin”. W tym czasopiśmie dodatkowo prowadzi od kilkunastu lat Galerię Ratowników z danymi biograficznymi ratowników Grupy Bieszczadzkiej. Ważną inicjatywą kolegi seniora jest utworzenie w Skansenie Budownictwa Ludowego w Sanoku ekspozycji artefaktów związanej z działalnością ratowników GOPR w Bieszczadach. Do obsługi turystów w formie dyżurów społecznych w miesiącach letnich powołany został zespół kilkunastu seniorów Grupy Bieszczadzkiej GOPR [26, 27].

Przejście w stan pozasłużbowy zwalnia byłego ratownika rzeczywistego z wymogów nałożonych na członka Służby Górskiej GOPR. Każdy z ratowników, podejmujący taką decyzję, argumentuje ją indywidualnie. Przytoczmy kilka przykładów.

Grzegorz Chudzik – ratownik w stanie pozasłużbowym. Przyjęty do GOPR w 1977 roku, przyrzeczenie ratownicze złożył w 1980 roku. Uzyskał stopień starszego ratownika GOPR. W latach 2003–2015 pełnił funkcję naczelnika Grupy Bieszczadzkiej GOPR. Przepracował ponad 11 tys. godzin społecznych, brał udział w 109 akcjach ratunkowych i wyprawach poszukiwawczych.

W moim przypadku zadecydowały względy bezpośrednie związane z wiekiem (61 lat) i fizyczna niezdolność do długotrwałego wysiłku po przebytej artroskopii kolana, jak i pośrednie, przejście na emeryturę po 12 latach pracy zawodowej, jako Naczelnik Grupy Bieszczadzkiej GOPR. Wtedy związałem się z Klubem Seniora GOPR, działającym przy naszej grupie [28].

Edward Marszałek – ratownik w stanie pozasłużbowym. Do GOPR wstąpił w 1986 roku. Przyrzeczenie ratownicze złożył w 1988 roku. Przepracował około 6 tys. godzin społecznych, brał udział w 41 akcjach ratunkowych i wyprawach poszukiwawczych [24].

[...] kiedy ukończyłem 56 lat według Regulaminu Służby Górskiej, przeszedłem w stan pozasłużbowy, ze względu na stan zdrowia, z myślą, że moja niepełna dyspozycja mogłaby zmniejszyć bezpieczeństwo ratowanych osób. Chodzi mi o wykonywanie czynności fizycznych np. siłowego podnoszenia poszkodowanego czy transportu w noszach na moich barkach. Krótko mówiąc, duch by chciał, ale rozsądek mówi by tego nie czynić. Dzięki tej decyzji, zaangażowałem się w działalność Klubu Seniora Grupy Bieszczadzkiej GOPR [29].

Ryszard Denisiuk ps. Bury – ratownik w stanie pozasłużbowym. Do GOPR wstąpił w 1987 roku. Przyniesienie ratownicze złożył w 1989 roku. Przepracował około tysiąca godzin społecznych, wziął udział w czterech wyprawach ratunkowych [30].

W GOPR przepracowałem tysiąc godzin. Mieszkam od kilkadziesiąt lat w Cisnej, stąd mocno byłem zaangażowany w działalność ratowniczą. Przyczyną przejścia w stan pozasłużbowy był po prostu wiek (57 lat), zły stan zdrowia oraz moja niedyspozycja, tj. otyłość, co wykluczało mnie ze swobodnej działalności. Nie mogłem zaliczyć przez to testu Coopera i kursu KPP, a badania lekarskie nie były rewelacyjne. Wydolność płucna była niska. Decyzja taka była nieunikniona i dziś uważam, że dobrze zrobiłem. Chcąc kontynuować znajomość z bieszczadzskimi ratownikami, wyraziłem wolę bycia członkiem Klubu Seniora [31].

Według szacunków autora tego artykułu liczba ratowników seniorów GOPR w całej organizacji GOPR wynosi blisko 450. W Grupie Bieszczadzkiej GOPR, dzięki społecznej pasji Jana Jarosińskiego, można przeanalizować w badanym okresie czasu liczbę ratowników w stanie pozasłużbowym w podziale na mężczyzn i kobiety.

Tabela 1. Liczba ratowników Grupy Bieszczadzkiej GOPR w stanie pozasłużbowym w latach 1998–2020

Lp.	Lata	Liczba ratowników	Stan pozasłużbowy		Mężczyźni	Kobiety
			Liczba ratowników	%		
1.	1998–1999	162	13	8	9	4
2.	2000–2001	161	12	7	8	3
3.	2001–2002	161	12	7	8	3
4.	2005–2006	204	27	13	21	6
5.	2009–2010	204	41	20	35	6
6.	2010–2011	203	45	22	39	6
7.	2011–2012	210	48	23	42	6
8.	2013–2014	207	52	25	46	6
9.	2014–2015	204	57	28	52	5
10.	2018–2019	208	53	25	48	5
11.	2019–2020	207	53	26	48	5

Źródło: obliczenia własne na podstawie tabel i list wypracowanych godzin społecznych przez ratowników Grupy Bieszczadzkiej GOPR w latach 1998–2020 sporządzonych przez Jana Jarosińskiego, zamieszczonych w [32] oraz [21].

Dane z powyższej tabeli pokazują, że wraz z dynamicznym wzrostem liczby ratowników tworzących społeczność Grupy Bieszczadzkiej GOPR jako Służba Górską, wzrosła liczba ratowników w stanie pozasłużbowym, osiągając

w 2015 roku liczbę 57 osób, tj. 28% ogółu ratowników. Przy ustabilizowanej liczbie ratowników w przedziale od 204 do 210 osób w latach 2004–2020 nastąpił zdecydowany wzrost o 40 seniorów, tj. z 13 do 53 osób. Wzrost ten spowodowany był indywidualną decyzją przejścia w stan pozasłużbowy po 55. roku życia. W podziale na płeć, w roku 2006 w grupie 27 ratowników znalazło się 6 kobiet (22%), a w roku 2014 w grupie 52 mężczyzn kobiety utrzymały taki sam stan 6 osób, tj. 12%.

Brak badań naukowych i szczegółowych analiz dotyczących motywacji przejścia w stan pozasłużbowy powoduje, że dużą trudnością dla autora jest wytypowanie ważnych argumentów. Z pewnością głównym powodem przejścia ratownika rzeczywistego w stan pozasłużbowy są tzw. dolegliwości wieku starczego, np.: postępująca choroba, zmiany zwyrodnieniowe stawów, brak szybkiej reakcji i kondycji fizycznej, drżenie rąk, obawa przed obsługą nowoczesnego elektronicznego sprzętu ratowniczego. Z kolei Kazimierz Mrozowicz zwraca uwagę na: wydajność mózgu, szybkość średniego czasu reakcji, obniżenie poziomu wykonania czynności jednostki, niepewność, lęk i obawę [5].

Z medycznego punktu widzenia starzenie się jest powolnym procesem przemian, dokonującym się na poziomie biologicznym, który zachodzi w naszym organizmie właściwie przez całe życie. Wyróżniamy jednak starość jako ten okres w życiu, kiedy siły psychiczne i fizyczne, a także odporność na rozmaite choroby w zauważalny sposób spadły i odczuwalna staje się dla osoby starszej różnica między tym, jak czuła się dawniej, a tym, jak czuje się obecnie. Mimo że te procesy rozwijają się powoli, osoba im poddana zaczyna w końcu dostrzegać, że zdolność organizmu do obrony zostaje mocno ograniczona. Moment, w którym „zaczyna się” proces starzenia, nie może być dokładnie określony. Duży wpływ na to, w jaki sposób się starzejemy, ma środowisko, w którym żyjemy, i indywidualne uwarunkowania genetyczne.

Tradycyjną odskocznią w utrzymaniu sprawności psychicznej i fizycznej byłych ratowników rzeczywistych jest z pewnością działalność w klubie seniora GOPR.

## Kluby seniora GOPR

Z chwilą dokonania zapisu w Statucie GOPR o statusie ratownika w stanie pozasłużbowym wśród byłych ratowników GOPR z Bieszczad powstała myśl jednoczenia się. Jak wspomina Zbigniew Kamieński ps. Kuśka, ratownik w stanie pozasłużbowym:

[...] brakowało kogoś lub czegoś, by stworzyć grupę byłych ratowników, kontynuujących dawną znajomość. W gronie kilku ratowników w stanie pozasłużbowym

Grupy Bieszczadzkiej GOPR w 2012 roku powstała myśl założenia Klubu Ratowników Seniorów. Dnia 29 sierpnia 2012 roku grupa kilkunastu ratowników Grupy Bieszczadzkiej GOPR przy poparciu Naczelnika GOPR Jacka Dębickiego, prezesa Zarządu Andrzeja Czecha i Naczelnika Grupy Bieszczadzkiej GOPR Grzegorza Chudzika, utworzony został Klub Seniora Grupy Bieszczadzkiej GOPR [33].

Przewodniczącym Klubu Seniora Grupy Bieszczadzkiej GOPR został Zbigniew Kamieński. Do GOPR wstąpił w 1975 roku. Przyrzeczenie ratownicze złożył w 1977 roku, przepracował około 7 tys. godzin społecznych i uczestniczył w 35 wyprawach ratunkowych [33, 34].

Członkowie Klubu wypracowali Zasady działalności Klubu Seniora, które opierają się na koleżeńskości, dobrowolności o charakterze spontaniczności, nie posiadając formalnego umocnienia organizacyjno-prawnego w GOPR [33].

Ratownicy emeryci oraz ratownicy w stanie pozasztabowym w ramach utrwalania koleżeńskich przyjaźni, na wzór ratowników z Bieszczad, podjęli podobne decyzje utworzenia klubów we własnych grupach. Kluby powstały po aprobacie zarządu i naczelnika grupy regionalnej GOPR, lecz nie weszły w strukturę organizacyjną grupy GOPR. W latach 2012–2020 założone zostały kluby seniora m.in. przy Grupie Beskidzkiej, Karkonoskiej [35], Krynickiej, Wałbrzysko-Kłodzkiej, Sudeckiej i Podhalańskiej.

Celem głównym działalności klubu seniora GOPR jest integracja środowiska byłych ratowników rzeczywistych, wzajemne wspieranie się w trudnych sytuacjach życiowych, przekazywanie swego doświadczenia i wiedzy władzom organizacji, pomoc w propagowaniu wartości i idei ratownictwa górskiego, dbanie o przekaz historycznych wartości ratownictwa oraz pamięci o zmarłych kolegach ratownikach. Klub seniorów przy Grupie Krynickiej zadeklarował nawiązanie współpracy z trzema klubami seniora z Horskiej Służby, działającymi na terenie Słowacji [36].

Jak wspomiano wcześniej, mimo że każdy z założonych klubów seniora GOPR jest przynależny do danej grupy GOPR, identyfikuje się z nią, współpracuje z zarządem i naczelnikiem, to nie ma umocowania prawnego, tj. nie występuje jako jednostka w schemacie organizacyjnym. Ratowników seniorów wspiera finansowo Fundacja GOPR, organizując i dofinansowując pobyt regeneracyjny członków klubu w ośrodkach nad Morzem Bałtyckim czy zabiegi rehabilitacyjne. Wszystkie kluby seniorów GOPR w Polsce deklarują w swych planach współpracę z naczelnictwem GOPR w Zakopanem, Fundacją GOPR oraz innymi klubami seniora GOPR czy Klubem Seniora Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego. W miarę możliwości, seniorzy GOPR uczestniczą w organizowanych imprezach własnych, np. w wycieczkach

turystycznych krajowych i zagranicznych, świątecznym spotkaniu opłatkowym, w spotkaniu wielkanocnym czy w spotkaniu duchowym na Jasnej Górze [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 26, 37, 38, 39].

Seniorzy wspomagają młodszych ratowników podczas Dni Otwartych GOPR, w organizacji pikników z pokazem sprzętu ratowniczego, w akcji Szlachetna Paczka czy organizacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Dodatkowo klubowicze z Grupy Bieszczadzkiej w miesiącach letnich obsługują ekspozycję ratowniczą w Skansenie Budownictwa Ludowego w Sanoku [22, s. 122–123, 26]. Szczególną inicjatywą jest udział seniorów wraz z młodszymi kolegami w akcji Gałązka Jałowca, która polega na złożeniu na grobach zmarłych ratowników gałązki kosodrzewiny i zapaleniu zniczy [3, 40, 41].

Przywilejem dla ratowników seniorów GOPR jest noszenie na zachowanym stroju organizacyjnym GOPR odznaki wzorowanej na odznace GOPR (niebieski krzyż z gałązką kosodrzewiny) z dodatkowym napisem: Senior GOPR. Odznakę zaprojektował ratownik senior Grupy Bieszczadzkiej Jan Jarosiński. Elementem wizualnym Seniora GOPR jest także czekan, który przekazują członkowie zarządu klubu zasłużonym działaczom.

## Podsumowanie

Szlachetna idea niesienia pomocy poszkodowanym turystom, zainicjowana w Tatrach w 1909 roku, trwa nieprzerwanie od ponad 110 lat. Dzięki ratownikom spod znaku niebieskiego krzyża idea pomocy turystom rozprzestrzeniła się w latach 50. XX wieku na wszystkie pasma górskie w Polsce. Powołane do życia organizacje ratownicze pod nazwą Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe i Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe skupiają ludzi różnych zawodów, zdolnych do ratowania życia ludzkiego w górach na wzór postawy biblijnego Samarytanina, gotowego nieść pomoc.

Pionierzy powstania organizacji TOPR z początku XX wieku, zasłużeni ratownicy górscy, w większości odeszli już na „wieczny dyżur”, stali się legendą ratowniczą. Żyjący ratownicy górscy organizacji GOPR i TOPR, którzy zdecydowali o przejściu w stan pozasłużbowy, tworzą nadal „rodzinę ratowniczą”, mimo że nie mogą wykonywać czynności, do których zobowiązywały ich słowa przyrzeczenia ratowniczego. Stan, jaki wybrali świadomie i bez przymusu, umożliwia im trwanie w środowisku ratowników seniorów, by swoim przykładem i doświadczeniem wzmacniać młodszych goprowców.

Starość, mimo że jest naturalnym procesem dotyczącym każdego człowieka, w przypadku ratownika górskiego może dać możliwość wykonania pracy społecznej na rzecz GOPR na różnych płaszczyznach. Ważną inicjatywą

w stanie pozasłużbowym jest działalność ratownika seniora w klubie seniora GOPR, gdzie kontynuowana jest dalsza integracja personalna środowiska ratowników górskich poza Służbą Górską GOPR.

## Wnioski

1. Przejście ratownika rzeczywistego w stan pozasłużbowy jest decyzją indywidualną i nieodwracalną.
2. Bycie ratownikiem w stanie pozasłużbowym nie kończy działalności ratowniczej, a w uzasadnionych sytuacjach umożliwia włączenie się w zadania realizowane przez GOPR.
3. Ratownik senior GOPR, deklarując działalność w klubie seniora GOPR, ma możliwość utrwalania wzajemnych relacji społecznych z dawnymi kolegami ratownikami o podobnym statusie oraz integracji z członkami klubów seniora GOPR w kraju i za granicą, co znacząco wpływa na samopoczucie i jakość życia w wieku starczym.

## Piśmiennictwo

1. Jagiełło M. Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe 1909–1969: historia organizacji TOPR w latach 1909–1939. W: Sygnały z gór. Z dziejów minionych sześćdziesięciu lat działalności Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego PTTK. Warszawa: Wydawnictwo „Iskry”; 1973.
2. Jagiełło M. Czekać spokojnie! Idziemy. Warszawa: Wydawnictwo „Sport i Turystyka”; 1975.
3. Jarosiński J. Błękitny krzyż na poloninach: monografia Grupy Bieszczadzkiej GOPR 1961–2011. Krosno: Wydawnictwo „Ruthenus” Rafał Barski; 2011.
4. Jonak A. (red.). „Na każde wezwanie...”: pięćdziesiąt lat działalności Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego 1952–2002. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Wierchy”; 2002.
5. Mrozowicz K. Czynniki ludzkie w Górskim Pogotowiu Ratunkowym: analiza osobowościowych uwarunkowań zachowań organizacyjnych ratowników górskich. Jarosław: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. B. Markiewicza; 2013.
6. Kamiński Z. Seniorzy – tym razem w Maramureszu. Echo Polonin. 2019; 78: 18–19.
7. Kamiński Z. Seniorzy na Słowacji i Węgrzech. Echo Polonin. 2018; 74: 28–29.
8. Kamiński Z. Seniorzy ponownie na Węgrzech. Echo Polonin. 2014; 58: 16–17.
9. Kamiński Z. Co u Seniorów? Echo Polonin. 2017; 70: 16–17.
10. Kamiński Z. Seniorzy u wód. Echo Polonin. 2013; 54: 32.
11. Kamiński Z. Co u Seniorów? Echo Polonin. 2015; 62: 30.
12. Kamiński Z. Seniorzy w ciepłych wodach. Echo Polonin. 2016; 66: 24.



13. Kamieński Z. Seniorskie „Manewry”. *Echo Połonin*. 2018; 75: 18–19.
14. Kamieński Z. Seniorzy w Chyrowej. *Echo Połonin*. 2017; 71: 7.
15. Kamieński Z. Seniorzy w „Maciejówce”. *Echo Połonin*. 2019; 59: 12.
16. Kamieński Z. Seniorzy w dobie koronawirusa. *Echo Połonin*. 2020; 83: 14.
17. Ewangelia św. Łukasza: 10; 30–37. W: *Pismo Święte Nowego Testamentu w przekładzie z języka greckiego*. Olsztyn: Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne; 2002.
18. Stecki K. Ludzie spod niebieskiego znaku. Warszawa: Instytut Wydawniczy „Nasza Księgarnia”; 1997: 48.
19. Statut Stowarzyszenia Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego. Przyjęty Uchwałą nr 1 przez Nadzwyczajny Zjazd Delegatów GOPR z dnia 15 czerwca 2019 r. w Szczyrku. Rozdział 2 § 5.
20. Batruch J. Narażają własne życie ratując innych. *Informacje*. 1996; 12: 6–7.
21. *Echo Połonin*. Pismo ratowników Grupy Bieszczadzkiej GOPR (1998–2022).
22. Marszałek E. Ludziom i górcom. Krosno: Wydawnictwo „Ruthenus” Rafał Barski; 2021.
23. Regulamin Służby Górskiej GOPR. Załącznik nr 1 do Uchwały Zarządu Głównego GOPR nr 107/XI/2020 r. z dnia 31 grudnia 2020 r. (kserokopia w posiadaniu autora).
24. Marszałek E. Noc na Bukowym. W: Marszałek E. (red.). *Drugie wołanie z połonin: opowieści bieszczadzkich goprowców*. Krosno: Wydawnictwo „Ruthenus” Rafał Barski; 2016: 89–94.
25. Senior na dyżurze. Doświadczony goprowiec dzieli się wiedzą z turystami. 2021. <https://katowice.tvp.pl/55144764/senior-na-dyzurze-doswiadczoney-goprowiec-dzieli-sie-wiedza-z-turystami> [dostęp: 21.12.2021].
26. Jarosiński J. Sezon dyżurowy w MBL. *Echo Połonin*. 2014; 52: 11.
27. Kamieński Z. Seniorzy zorganizowani. *Echo Połonin*. 2012; 51: 9.
28. Relacja ustna Grzegorza Chudzika z dnia 12 sierpnia 2021 roku.
29. Relacja ustna Edwarda Marszałka z dnia 14 sierpnia 2021 roku.
30. Jarosiński J. Galeria Ratowników. *Echo Połonin*. 2017; 70: 12.
31. Relacja ustna Ryszarda Denisiuka z dnia 16 sierpnia 2021 roku.
32. *Informacje*. Pismo ratowników Grupy Bieszczadzkiej. Sanok 1998–2004 (ukazuje się nieregularnie).
33. Relacja ustna Zbigniewa Kamieńskiego z dnia 18 sierpnia 2021 roku.
34. Kamieński Z. Spotkanie w górach. W: Marszałek E. (red.). *Drugie wołanie z połonin: opowieści bieszczadzkich goprowców*. Krosno: Wydawnictwo „Ruthenus” Rafał Barski; 2016: 135–137.
35. Sajnog M. Perypetie karkonoskich seniorów. 2021. <https://ratownictwogorskie.eu/perypetie-karkonoskich-seniorow/> [dostęp: 22.12.2021].
36. Nowak R. Klub Seniora Grupy Krynickiej GOPR. 2021. <https://ratownictwogorskie.eu/klub-seniora-grupy-krynickiej-gopr> [dostęp: 23.12.2021].
37. Kamieński Z. Z życia seniorów. *Echo Połonin*. 2015; 64: 34–35.

38. Kamieński Z. Pięciolecie Klubu Seniora. *Echo Połonin*. 2017; 72: 31.
39. Chudzik G. Seniorzy o 10 lat starsi. *Echo Połonin*. 2022; 91: 15.
40. Jarosiński J. Gałązka jałowca. *Echo Połonin*. 2021; 87: 24–25.
41. Sałyga-Dąbkowska K. Gałązka kosodrzewiny. W: Jonak A. (red.). „Na każde wezwanie...”: pięćdziesiąt lat działalności Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego 1952–2002. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Wierchy”; 2002: 450.

### *Alicja Kłos*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

### *Katarzyna Tomaszewska*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

### *Agata Grąz*

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu  
Medical Care Centre in Jarosław

## **ROZDZIAŁ 6**

### **ORGANIZACJE POZARZĄDOWE SZANSĄ NA AKTYWIZACJĘ OSÓB STARSZYCH W SPOŁECZNOŚCIACH LOKALNYCH**

### **NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS AS AN OPPORTUNITY TO ACTIVATE OLDER PEOPLE IN LOCAL COMMUNITIES**

## **Streszczenie**

### **Wprowadzenie**

Starość to naturalny proces, który dotyka każdego. Pomyślne starzenie się determinuje zdrowie i niezależność, decyduje o zdrowiu i samodzielności. W związku z działalnością organizacji pozarządowych w społecznościach lokalnych istnieje możliwość aranżowania działań uwzględniających potrzeby osób starszych, aktywizujących je i przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu.

### **Cel badań**

Celem badania jest ocena znaczenia organizacji pozarządowych jako szansy na aktywizację osób starszych w społecznościach lokalnych.

### **Materiał i metody**

Do badania zaangażowano 101 osób starszych. Kryteriami włączenia były osoby w wieku 60 lat i starsze. Badanie było anonimowe i dobrowolne, o czym każdy z respondentów został poinformowany. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta, narzędziem kwestionariusz ankiety, który zawierał 28 pytań, z czego 1 było pytaniem wielokrotnego wyboru.

## Wyniki

Ponad 57% respondentów uważa, że najważniejszymi instytucjami działającymi na rzecz aktywizacji osób starszych są uniwersytety trzeciego wieku i kluby seniora (27,7%). Najczęstszymi powodami uczestnictwa w zajęciach na uniwersytecie trzeciego wieku były chęć zachowania sprawności umysłowej (27,8%) oraz sprawności fizycznej (18,1%). Według całej badanej grupy udział w zajęciach na uniwersytecie trzeciego wieku miał istotny wpływ na ich dotychczasowe życie i wzrost samooceny, a 56,9% seniorów ma możliwość rozwijania własnych zainteresowań. Przeszło 22% badanych seniorów uważa, że dzięki uczestnictwie w zajęciach na uniwersytecie trzeciego wieku są w lepszym nastroju, 20,8% nie ma problemów ze snem. Ankietowani uzyskali wiedzę o uniwersytecie trzeciego wieku z radia (24,8%), prasy (23,8%), telewizji (20,8%) oraz od znajomych (19,8%).

## Wnioski

Osoby mieszkające samotnie rzadziej niż pozostali uczestniczą w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, a częściej niż pozostali są członkami klubu seniora. Udział w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku i przynależność do klubu seniora pomagają seniorom w życiu codziennym. Podjęcie aktywności fizycznej nie jest uzależnione od członkostwa w klubie seniora. Aktywność społeczna pozwala zachować zdrowie psychiczne i fizyczne, umożliwia realizację własnych pasji oraz zwiększa kontakty społeczne. Członkostwo w klubie seniora i udział w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku są w pewien sposób uzależnione od zamieszkania seniorów.

**Słowa kluczowe:** seniorzy, kluby seniora, uniwersytet trzeciego wieku, aktywizacja

## Abstract

### Introduction

Old age is a natural process that affects everyone. Successful aging determines health and independence. It determines health and independence. In connection with the activities of non-governmental organizations in local communities, it is possible to organize activities that take into account the needs of older people, activate them and counteract social exclusion.

### Aim of publication

The aim of the research is to assess the importance of non-governmental organizations as an opportunity to activate older people in local communities.

### Material and methods

A total of 101 elderly people were included in the study. The inclusion criteria were people aged 60 and over. The research was anonymous and voluntary, about which each of the respondents was informed. The study used the method of a diagnostic survey, the technique was a questionnaire, the tool was a questionnaire, which contained 28 questions, of which 1 was a multiple-choice question.

## Results

Over 57% of the respondents believe that the most important institution acting for the activation of the elderly are the universities of the third age and senior clubs (27.7%). The most common reasons for participating in classes at the university of the third age were the desire to maintain mental fitness (27.8%) and physical fitness (18.1%). According to the entire surveyed group, participation in classes at the university of the third age had a significant impact on their life so far and an increase in self-esteem, and 56.9% have the opportunity to develop their own interests. Over 22% of the surveyed seniors believe that by participating in the classes at the university of the third age, they are in a better mood, and 20.8% have no problems with sleep. The respondents obtained knowledge about the university of the third age from the radio (24.8%), the press (23.8%), television (20.8%) and from friends (19.8%).

## Conclusions

People living alone less often than the others participate in the activities of the university of the third age, and more often than others are members of the senior club. Participation in the activities of the university of the third age and belonging to the senior club helps seniors in everyday life. Taking up physical activity does not depend on membership in the senior club. Social activity allows you to maintain mental and physical health, allows you to pursue your own passions and increases social contacts. Membership in the senior club and participation in the activities of the university of the third age do not depend on the way seniors live.

**Keywords:** seniors, senior clubs, university of the third age, activation

## Wprowadzenie

Starość jest naturalnym, nieodwracalnym procesem dotyczącym każdego człowieka, może mieć ona korzystny, patologiczny lub normalny przebieg. Osoby w starszym wieku powinny być edukowane na temat pomyślnego starzenia się, by jak najdłużej zachować okres samodzielności i niezależności. Polityka społeczna winna mieć na celu dobro osób starszych i stanowić integralną część polityki państwa. W związku ze starzeniem się społeczeństwa sytuacja seniorów powinna być priorytetem. W ramach skierowanej do nich polityki zaleca się aktywizację społeczną, kulturalną, edukacyjną i zawodową osób starszych. Zaangażowanie osób starszych w życie społeczne, kulturalne czy edukację wpływa korzystnie na poczucie wartości seniorów, zwiększa ich samoocenę, zapobiega depresji, wykluczeniu społecznemu czy samotności. Wśród form aktywizacji osób starszych, które mają za zadanie promowanie pomyślnego starzenia się, należy wymienić: działalność uniwersytetów trzeciego wieku, kluby seniora, koła gospodyń wiejskich czy udział w wolontariacie [1].

Biorąc pod uwagę obecną sytuację demograficzną, polskie społeczeństwo stoi przed dużym wyzwaniem mającym na celu wsparcie osób w podeszłym wieku. W związku z postępującym ograniczeniem samodzielności, trudnością w zaspokojeniu własnych potrzeb, a także poczuciem wyizolowania społecznego, dużą rolę odgrywa polityka socjalna skierowana do osób w starszym wieku [2]. Podejmowanie aktywności przez seniorów jest uzależnione od wielu czynników, należą do nich: wiek, stan zdrowia, zainteresowania czy sprawność fizyczna. Na zdrowie osób starszych duży wpływ ma aktywność fizyczna, jej brak powoduje pogłębienie niepełnosprawności, a także przyspieszenie procesu starości. Dbanie o własne zdrowie wśród seniorów odgrywa coraz większą rolę w profilaktyce i zachowaniu jak najdłuższego okresu sprawności. Programy edukacji dla tej grupy społecznej powinny zawierać informacje na temat zdrowego, aktywnego stylu życia. Zrozumienie oraz zastosowanie zasad prawidłowego żywienia i regularna aktywność fizyczna dają szansę osobom starszym na niezależność i na nieuzależnianie się od innych [3].

Z danych przedstawionych przez GUS wynika, że średnio 25,1% seniorów uczestniczy w różnego rodzaju formach aktywności sportowej bądź rekreacji ruchowej, 10,6% deklaruje częste uczestnictwo, z kolei 14,5% sporadyczny udział. Mężczyźni częściej niż kobiety podejmowali aktywność fizyczną. Osoby starsze zazwyczaj wolny czas spędzają w formie biernej [4]. W stosunku do seniorów zaleca się organizowanie zajęć w formie wykładów, pogadanek, kursów, warsztatów, konferencji czy seminariów. Edukacja daje osobom starszym poczucie przynależności, spełnienia, samorealizacji. Dzięki edukacji seniorzy mają możliwość nawiązywania nowych znajomości. Edukacja zapobiega poczuciu izolacji i osamotnienia, przeciwdziała depresji i stanom lękowym, daje szansę pozostania aktywnym. Wiedza na temat pozytywnego starzenia się wpływa na zdrowie psychiczne i fizyczne seniorów. Warto podkreślić, iż edukacja osób w podeszłym wieku powinna być priorytetem polityki społecznej wobec tej grupy [5]. Jerzy Krzyszkowski zwraca uwagę, że

[...] seniorzy dążą do pogłębienia wiedzy, chcą zajmować się twórczością, co zdecydowanie zapewnia im sprawność intelektualną i psychiczną. Pomoc jaką osoby starsze oferują innym umożliwia im czuć się przydatnymi. Ludzie starsi dążą do zaspokojenia własnych potrzeb bytowych, społecznych, towarzysko-kulturowych, w tym także edukacyjnych. Wszystkie te czynniki umożliwiają właściwą adaptację do starości, równowagę, wpływają na samopoczucie, zapobiegają osamotnieniu, przez co życie seniorów staje się bardziej atrakcyjne [6].

Publikacja Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przedstawia dane, według których mała liczba osób w wieku starszym bierze udział w edu-

kacji, zarówno formalnej, jak i nieformalnej. Polska zaliczana jest do krajów o najniższym udziale osób starszych w różnych formach kształcenia. Zakłada się, iż jedynie 0,6% seniorów deklaruje czynny udział w proponowanych zajęciach [7].

Każdy człowiek w okresie starości chciałby, aby ten czas przebiegał pomyślnie. Jedną z takich możliwości daje przynależność do klubów seniora czy uczestnictwo w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku. Poruszana w rozdziale problematyka skupia się wokół życia seniorów, a także wpływu organizacji pozarządowych, do których zaliczają się uniwersytet trzeciego wieku oraz kluby seniora jako miejsc, które warunkują pomyślny proces starzenia się.

## Uniwersytety trzeciego wieku

Uniwersytety trzeciego wieku są najpopularniejszą formą edukacji dla seniorów. W 2018 roku w Polsce działało ponad 640 uniwersytetów trzeciego wieku w każdym województwie [8]. Najwięcej odnotowano ich w województwie mazowieckim. Uniwersytety trzeciego wieku w Polsce mają formę organizacyjno-prawną w zależności od typu działalności. Rozróżnia się trzy typy uniwersytetów.

1. Organizacje pozarządowe, które działają jako stowarzyszenia i fundacje. W Polsce w 2018 roku 56% UTW funkcjonowało właśnie jako organizacje pozarządowe w oparciu o ustawę o stowarzyszeniach, fundacjach i działalności pożytku publicznego. Ten typ działalności charakteryzuje się niezależnością w działaniu i samodzielnym organizowaniu zajęć [9].
2. Organizacje działające w strukturach uczelni wyższych, które w 2018 roku stanowiły 21,5% wszystkich UTW. Ten typ uczelni jest kierowany przez pełnomocnika rektora. Do zadań szkoły wyższej, w której ramach funkcjonuje UTW, należy wówczas określenie zarówno zasad, jak i organizacji i prowadzenia zajęć dydaktycznych. Obowiązkiem słuchaczy jest wnoszenie regularnych opłat za organizowane zajęcia [10].
3. Organizacje działające w strukturach jednostek organizacyjnych samorządu, w bibliotekach, centrach kultury, ośrodkach pomocy społecznej. Uniwersytety tego typu są tworzone przez władze samorządowe, które określają działania i funkcjonowanie uniwersytetów. Podmioty działające w strukturach organizacyjnych samorządu nie posiadają samodzielności, są uzależnione od jednostek organizacyjnych samorządu [11].

Priorytetami uniwersytetu trzeciego wieku są: aktywizacja, propagowanie idei kształcenia i stymulowanie aktywności intelektualnej seniorów. Ponadto uniwersytety trzeciego wieku mają na celu podniesienie jakości życia osób

starszych, promowanie zdrowego stylu życia, w tym także podejmowania regularnej aktywności fizycznej. Organizowane zajęcia mają za zadanie wzbogacenie i uzupełnienie wiedzy seniorów, promowanie wiedzy na temat pomyślnego starzenia się, zapobieganie wykluczeniu społecznemu.

W zajęciach organizowanych w ramach uniwersytetu trzeciego wieku najczęściej biorą udział osoby legitymujące się wyższym wykształceniem, osoby z lepszym statusem ekonomicznym oraz osoby pochodzące z miast, które mają większe możliwości edukacyjne. UTW oferują szeroką ofertę edukacyjną. Najczęściej organizowane są ćwiczenia rekreacyjno-sportowe, taniec, nauka języków obcych, warsztaty z prawa, psychologii, dietetyki, historii, zajęcia komputerowe czy artystyczne. Ponadto tworzone są koła i sekcje mające na celu rozwój zainteresowań osób starszych, takich jak: fotografia, malarstwo, rękodzieło, grupy teatralne [13].

Wśród metod nauczania stosowanych na uniwersytetach trzeciego wieku należy wymienić: wykłady, ćwiczenia praktyczne, warsztaty aktywizujące ruchowo, dyskusje. Większość organizowanych zajęć jest płatna, słuchacze są zobowiązani do składek członkowskich, płaconych na dany rok [12]. Programy realizowane w ramach uniwersytetu trzeciego wieku cieszą się dużą popularnością wśród seniorów, a ponieważ wpływają pozytywnie na przebieg procesu starzenia się, powinno się zachęcać osoby starsze do częstsze go w nich udziału.

## Kluby seniora i koła gospodyń wiejskich

Kluby seniora zrzeszają osoby w starszym wieku, umożliwiają im aktywne spędzanie wolnego czasu. Kluby seniora dbają o rozwój aktywności kulturalnej, oświatowej, towarzyskiej i rekreacyjnej. Zwykle mają charakter nieformalny i powstają z inicjatywy organizacji pozarządowych. Swoją działalność kluby seniora najczęściej realizują przy domach kultury, spółdzielniach mieszkaniowych, parafiach. Andrzej Raczyk i Anna Herbut w swoich analizach podkreślają, iż w badanym przez nich Wrocławiu kluby seniora funkcjonują przeważnie przy radach osiedla, zatem ze względów lokalowych zrzeszają różną liczbę osób [14]. Podobnie jak słuchacze uniwersytetu trzeciego wieku, tak samo członkowie klubów seniora mogą uczestniczyć w rozmaitych zajęciach. Jednak w przypadku klubów seniora główną inicjatywą jest wspólne spędzenie czasu poprzez organizowanie wycieczek, warsztatów o rozmaitej tematyce, imprez okolicznościowych. Przynależność do klubu seniora wymaga uiszczenia niewielkiej opłaty członkowskiej, zazwyczaj płaconej w każdym miesiącu. Liczba spotkań jest uzależniona od chęci seniorów. Najczęściej jest to kilka godzin w ciągu tygodnia [15].



Kluby seniora działają w różny sposób. Mogą być uniwersalne, gdzie jedynym kryterium przynależności do klubu jest wiek oraz środowiskowe, zrzeszające mieszkańców danego osiedla. Wyróżnia się także zawodowe kluby seniora, które skupiają emerytów, np. kolejarzy, nauczycieli czy przedstawicieli innych zawodów [16].

W ramach zajęć w klubach seniora są organizowane gry karciane, spotkania ze specjalistami, zebrania chóru, zajęcia kulinarne, taneczne i wiele innych, preferowanych przez członków klubu [13].

Działalność kół gospodyń wiejskich jest regulowana Ustawą z dnia 9 listopada 2018 roku o kołach gospodyń wiejskich. Koła gospodyń wiejskich zrzeszają mieszkańców wsi i mają na celu promocję i reprezentację danej wsi, a także działanie na korzyść lokalnej społeczności. Koła gospodyń wiejskich pomagają rodzinom mieszkającym na wsi, organizują różnego rodzaju formy wypoczynku, pracują na rzecz ochrony zdrowia. Na terenie wsi może prowadzić działalność jedno koło, złożone z minimum 10 pełnoletnich osób. Koła gospodyń wiejskich utrzymują się ze składek i darowizn [17].

## Organizacje samopomocowe i wolontariat

Organizacje samopomocowe działają dzięki zrzeszeniu ludzi starszych będących w tej samej sytuacji życiowej, mających wspólne zainteresowania i doświadczenie. Przykładem takich organizacji o sformalizowanym charakterze są stowarzyszenia emerytów różnych grup zawodowych, np. policjantów, lekarzy, żołnierzy lub np. mało aktywnych seniorów. Organizacje samopomocowe są zarejestrowane w sądzie, mają osobowość prawną, a do ich działania potrzebnych jest 15 członków [18].

Wolontariat zgodnie z definicją to „dobrowolna, nieodpłatna pomoc i aktywność świadczona na rzecz innych osób” [19]. Wyróżnia się wolontariat formalny, którego działanie jest związane z organizacjami, a także nieformalny, polegający na bezpośrednim pomaganiu osobom potrzebującym. Wolontariat wśród osób starszych jest coraz bardziej popularną formą aktywności. Angażują się oni w wolontariat na rzecz dzieci, młodzieży czy osób w podeszłym wieku będących w gorszej sytuacji. Seniorzy jako wolontariusze pomagają w odrabianiu zadań przez uczniów, pracują w świetlicach szkolnych, prowadzą zajęcia (np. plastyczne), wspomagają osoby z niepełnosprawnością, posługują w hospicjum, gdzie dotrzymują towarzystwa czy udzielają wsparcia w trudnej sytuacji [20].

Wolontariusze-seniorzy są bardzo cenieni, dysponują chociażby większą ilością czasu, w związku z doświadczeniem zawodowym mają umiejętności,

które mogą przekazać innym w ramach swojej działalności. Różnego rodzaju znajomości również mogą zostać wykorzystane w trakcie wolontariatu [21].

Seniorzy traktują wolontariat jako przedłużenie i możliwość wykonywania pracy zawodowej poprzez kontakt z innymi. Podtrzymanie relacji interpersonalnych zapobiega depresji, samotności, a osoby w starszym wieku czują się potrzebne. Działalność w ramach wolontariatu zwiększa poczucie wartości, potencjał fizyczny i psychiczny seniorów [18].

## Cel badań

Celem badania jest ocena znaczenia organizacji pozarządowych jako szansy na aktywizację osób starszych w społecznościach lokalnych.

## Materiał i metody

Badaniem objęto łącznie 101 osób w starszym wieku. Kryterium włączenia stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Badania były anonimowe i dobrowolne, o czym została poinformowana każda z badanych osób. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta, narzędziem kwestionariusz ankiety, który zawierał 28 pytań, z czego 1 było pytaniem wielokrotnego wyboru.

## Analiza wyników badań

Prawie połowę badanej grupy (47,5%) stanowiły osoby w wieku 60–65 lat. Kolejne 29,7% respondentów to osoby w wieku 66–70 lat. Pozostali respondenci to osoby w wieku 76 lat i więcej (15,8%) oraz w wieku 71–75 lat (6,9%). W badanej grupie większość stanowiły kobiety – 58,4% ogółu badanych. Mężczyźni stanowili pozostałe 41,6% badanych. Ponad połowa badanych (57,4%) mieszkała na wsi. Osoby mieszkające w miastach to 42,6% badanych. Większość respondentów (66,3%) to emeryci. Jedynie co piąty badany (19,8%) nadal pracował zawodowo przy pracach fizycznych, natomiast pozostałe 13,9% respondentów to osoby z niepełnosprawnością. Prawie połowa badanych (47,5%) mieszkała ze swoimi dziećmi. Kolejne 26,7% badanych żyło samotnie. Najmniejsza grupa badanych (25,7%) mieszkała ze współmałżonkiem. Źródłem utrzymania dla większości badanych (66,3%) była emerytura. Kolejne 19,8% ankietowanych utrzymywało się z dochodów z pracy zarobkowej, a pozostałe 13,9% ze świadczeń dla osoby z niepełnosprawnością.

Tabela 1. Udział w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku w zależności od sposobu zamieszkiwania

			Sposób zamieszkiwania		Ogółem
			Samotnie	Z rodziną	
Czy uczęszcza Pani/Pan na zajęcia uniwersytetu trzeciego wieku?	Tak	N	11	61	72
		%	<b>40,7%</b>	<b>82,4%</b>	<b>71,3%</b>
	Nie	N	16	13	29
		%	<b>59,3%</b>	<b>17,6%</b>	<b>28,7%</b>
Ogółem		N	27	74	101
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
V Kramera	0,408	16,799	1	<b>0,000</b>	
<b>współczynnik</b>	<b>wartość</b>	<b>chi-kwadrat</b>	<i>Df</i>	<i>p</i>	

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Członkostwo w klubie seniora w zależności od sposobu zamieszkiwania

			Sposób zamieszkiwania		Ogółem
			Samotnie	Z rodziną	
Czy należy Pani/Pan do klubu seniora?	Tak	N	17	7	24
		%	<b>63,0%</b>	<b>9,5%</b>	<b>23,8%</b>
	Nie	N	10	67	77
		%	<b>37,0%</b>	<b>90,5%</b>	<b>76,2%</b>
Ogółem		N	27	74	101
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
V Kramera	0,556	31,259	1	<b>0,000</b>	
<b>współczynnik</b>	<b>wartość</b>	<b>chi-kwadrat</b>	<i>Df</i>	<i>p</i>	

Źródło: opracowanie własne.

Badania wykazały, że uczestnictwo w zajęciach na uniwersytecie trzeciego wieku ( $p < 0,001$ ) oraz członkostwo w klubie seniora ( $p < 0,001$ ) zależą w sposób istotny statystycznie od sposobu życia seniorów. Osoby żyjące samotnie istotnie rzadziej niż pozostali uczestniczą w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, a istotnie częściej niż pozostali należą do klubu seniora.

Tabela 3. Przydatność uczestnictwa w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku w życiu codziennym – wyniki testu dla wskaźnika struktury ( $f > 50\%$ )

Czy uczestniczenie w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku jest pomocne w życiu?	N	%	Test dla wskaźnika struktury – poziom prawdopodobieństwa $p$
Tak/czasami	82	81,2	<b>0,000</b>

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Przydatność członkostwa w klubie seniora w życiu codziennym – wyniki testu dla wskaźnika struktury ( $f > 50\%$ )

Czy przynależność do klubu seniora jest pomocna w życiu osób starszych?	N	%	Test dla wskaźnika struktury – poziom prawdopodobieństwa $p$
Tak/czasami	64	63,4	<b>0,003</b>

Źródło: opracowanie własne.

Badanie wykazało, że odsetek seniorów, którzy uważają, że zarówno uczestnictwo w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku ( $p < 0,001$ ), jak i członkostwo w klubie seniora ( $p = 0,003$ ) pomagają osobom starszym w życiu codziennym, jest istotnie statystycznie wyższy niż 50%.

Tabela 5. Podejmowanie regularnej aktywności fizycznej w zależności od członkostwa w klubie seniora

		Członkostwo w klubie seniora		Ogółem	
		Tak	Nie		
Czy podejmuje Pani/Pan regularną aktywność ruchową?	Tak	N	18	62	80
		%	<b>75,0%</b>	<b>80,5%</b>	<b>79,2%</b>
	Nie	N	6	15	21
		%	<b>25,0%</b>	<b>19,5%</b>	<b>20,8%</b>
Ogółem		N	24	77	101
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
V Kramera	0,058	0,338	1	0,561	
<b>współczynnik</b>	<b>wartość</b>	<b>chi-kwadrat</b>	<b>Df</b>	<b>p</b>	

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone badanie nie wykazało, że podejmowanie regularnej aktywności fizycznej przez osoby starsze zależy w sposób istotny statystycznie od ich członkostwa w klubie seniora ( $p = 0,561$ ).

Tabela 6. Korzyści płynące z aktywności społecznej seniorów – wyniki testu dla wskaźnika struktury ( $f > 50\%$ )

Co daje Pani/Panu aktywność społeczna?	N	%	Test dla wskaźnika struktury – poziom prawdopodobieństwa $p$
Zachowanie kondycji psychicznej i fizycznej, możliwość realizacji własnych pasji, kontakty społeczne, często ucieczka przed samotnością	60	59,4	<b>0,027</b>

Źródło: opracowanie własne.

Badanie wykazało, że odsetek seniorów, którzy uważają, że aktywność społeczna pozwala zachować zdrowie psychiczne i fizyczne, umożliwia realizowanie własnych pasji i poszerza kontakty społeczne, jest statystycznie istotnie większy niż 50% ( $p = 0,027$ ).

Tabela 7. Przyczyna uczestnictwa w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku w zależności od sposobu zamieszkiwania

			Sposób zamieszkiwania		Ogółem
			Samotnie	Z rodziną	
Co skłoniło Panią/Pana do uczestniczenia w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku?	nawiązanie nowych znajomości	N	1	7	8
		%	<b>9,1%</b>	<b>11,5%</b>	<b>11,1%</b>
	inny powód	N	10	54	64
		%	<b>90,9%</b>	<b>88,5%</b>	<b>88,9%</b>
Ogółem		N	11	61	72
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
V Kramera	0,027	0,054	1	0,817	
<b>współczynnik</b>	<b>wartość</b>	<b>chi-kwadrat</b>	<b>Df</b>	<b>p</b>	

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Przyczyna członkostwa w klubie seniora w zależności od sposobu zamieszkiwania

			Sposób zamieszkiwania		Ogółem
			Samotnie	Z rodziną	
Co daje Pani/Panu przynależność do klubu seniora?	nowe kontakty	N	6	1	7
		%	<b>35,3%</b>	<b>14,3%</b>	<b>29,2%</b>
	inne korzyści	N	11	6	17
		%	<b>64,7%</b>	<b>85,7%</b>	<b>70,8%</b>
Ogółem		N	17	7	24
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
V Kramera	0,210	1,059	1	0,303	
<b>współczynnik</b>	<b>wartość</b>	<b>chi-kwadrat</b>	<b>Df</b>	<b>p</b>	

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone badania nie wykazały, że przyczyna uczestnictwa seniorów w działaniach uniwersytetu trzeciego wieku ( $p = 0,817$ ) oraz przynależności do klubu seniora ( $p = 0,303$ ) zależy w sposób istotny statystycznie od ich zamieszkiwania.

Tabela 9. Uczestnictwo w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku w zależności od wieku

			Wiek		Ogółem
			60–70 lat	powyżej 70 lat	
Czy uczęszcza Pani/Pan na zajęcia uniwersytetu trzeciego wieku?	Tak	N	61	11	72
		%	<b>78,2%</b>	<b>47,8%</b>	<b>71,3%</b>
	Nie	N	17	12	29
		%	<b>21,8%</b>	<b>52,2%</b>	<b>28,7%</b>
Ogółem		N	78	23	101
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
V Kramera	0,282	8,009	1	<b>0,005</b>	
<b>współczynnik</b>	<b>wartość</b>	<b>chi-kwadrat</b>	<i>Df</i>	<i>p</i>	

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Przynależność do klubu seniora w zależności od wieku

			Wiek		Ogółem
			60–70 lat	powyżej 70 lat	
Czy należy Pani/Pan do klubu seniora?	Tak	N	12	12	24
		%	<b>15,4%</b>	<b>52,2%</b>	<b>23,8%</b>
	Nie	N	66	11	77
		%	<b>84,6%</b>	<b>47,8%</b>	<b>76,2%</b>
Ogółem		N	78	23	101
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
V Kramera	0,362	13,270	1	<b>0,000</b>	
<b>współczynnik</b>	<b>wartość</b>	<b>chi-kwadrat</b>	<i>Df</i>	<i>p</i>	

Źródło: opracowanie własne.

Badania wykazały, że uczestnictwo w zajęciach na uniwersytecie trzeciego wieku ( $p = 0,005$ ) oraz członkostwo w klubie seniora ( $p < 0,001$ ) zależą w sposób istotny statystycznie od wieku seniorów.

## Dyskusja

Analiza wyników badań pokazuje, że połowa badanych mieszka ze swoimi dziećmi. Osoby żyjące samotnie rzadziej niż inne osoby uczestniczą w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, częściej pozostają członkami klubu seniora. Według badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w Polsce w 2011 roku odnotowano 42% gospodarstw domowych z osobami starszymi. Gospodarstwa te częściej znajdowały się na wsi. Z analiz GUS wynika również, że w 2011 roku większość seniorów mieszkała samotnie (4,8 mln) [22]. Okazuje się, że mieszkańcy miast częściej korzystają z różnych form edukacji, natomiast kobiety częściej uczęszczają na uniwersytet trzeciego wieku [23]. W 2017/2018 roku część kandydatów nie została przyjęta na 33 uczelnie z powodu braku miejsc [24]. Według badań własnych osoby starsze spędzały wolny czas, uczestnicząc w zajęciach na uniwersytecie trzeciego wieku (29,7%), czytając prasę (15,8%), chodząc do klubu seniora (15,8%) oraz opiekując się wnukami (11,9%). Ponad 57% respondentów uważa, że najważniejszą instytucją działającą na rzecz aktywizacji osób starszych są uniwersytety trzeciego wieku, a 27,7% uznaje, że są to kluby seniora. Według danych GUS osoby starsze najczęściej wykorzystują samokształcenie jako formę edukacji. Z tej metody edukacji nieformalnej korzystało w 2016 roku 84,4% respondentów [23]. W badaniach Wiesławy Borczyk i współpracowników stwierdzono, że celem uniwersytetu trzeciego wieku jest aktywizacja osób starszych i włączenie ich w życie społeczne i publiczne [25]. Z badań przeprowadzonych przez Zbigniewa Głębińskiego wynika, że po przejściu na emeryturę uczestnicy poszukiwali alternatywnych form aktywności [26]. Joanna Zalewska-Puchała i współpracownicy stwierdzili, że 58,7% badanych seniorów jest aktywnych społecznie [27]. Osoby starsze rzadziej uczestniczą w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, a częściej pozostają członkami klubu seniora. W 2018 roku kluby seniora i uniwersytety trzeciego wieku cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród osób starszych, z czego 86,3% badanych seniorów było powyżej 61. roku życia, ale największą grupę słuchaczy stanowiły osoby w wieku 61–75 lat, których udział wyniósł 70,3% [23]. Głębiński podkreśla, że liczba uczestników UTW spada po 75. roku życia, co może mieć związek z zaostreniem choroby [26]. Wolontariuszami zostało 34,7% osób uczestniczących w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku. Z badań GUS z 2011 roku wynika, iż 11% seniorów swój wolny czas poświęca na pracę w organizacjach pozarządowych [28].

Zdaniem całej badanej przez nas grupy uczestnictwo w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku miało istotny wpływ na ich dotychczasowe życie oraz zwiększenie poczucia własnej wartości, 56,9% respondentów ma możliwość rozwoju zainteresowań. Z kolei w badaniach GUS zdecydowana większość

(90,3%) badanych słuchaczy zadeklarowała, że uczestnictwo w zajęciach UTW umożliwia rozwijanie zainteresowań [24]. Zofia Hasińska i Ewa Tracz podkreślają, iż udział w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku zwiększa potencjał do rozwoju przez resztę życia seniora, ponadto wzmacnia proces aktywnego starzenia się [29]. Agata Niemczyk i Jarosław A. Handzel zwracają uwagę, że UTW są miejscem, które zraszają ludzi o podobnych zainteresowaniach, co daje możliwość utrzymania i rozbudowania nowych kontaktów interpersonalnych. Dla 91,7% badanych seniorów uczestnictwo w zajęciach umożliwiło zmianę formy spędzania wolnego czasu [30]. Agata Chabior stwierdza, iż kluby seniora zapobiegają izolacji osób starszych oraz umożliwiają nawiązywanie kontaktów i aktywne spędzanie wolnego czasu [31].

Badania Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wykazują, że najbardziej interesującymi zajęciami, na które uczęszczali seniorzy, były wycieczki (33,3%), praca z książką (25%) oraz ćwiczenia praktyczne (18,1%). W 2018 roku najwięcej osób w starszym wieku uczestniczyło w zajęciach artystycznych [28]. Z danych wynika, że 77,5% działających uniwersytetów trzeciego wieku organizowało zajęcia ruchowe i rekreacyjne, które cieszyły się dużą popularnością [24]. Z badań Natalii Morgulec-Adamowicz i współpracowników wynika, iż 90% seniorów najczęściej brało udział w wycieczkach krajoznawczych [33]. Z kolei badania Andrzeja Raczyka i Anny Herbut pokazują, że 70% funkcjonujących klubów seniora we Wrocławiu organizowało przynajmniej dwie wycieczki w ciągu roku dla członków klubu [14]. Według danych opublikowanych przez GUS duża część (79,2%) badanych osób potwierdza, że regularnie podejmuje aktywność fizyczną. Dane z 2016 roku prezentują, iż 25,1% badanych seniorów zadeklarowało uczestnictwo w zajęciach sportowych i rekreacyjnych [23]. Aż 92% badanych studentów uniwersytetu trzeciego wieku ma możliwość aktywnego spędzania wolnego czasu [24]. Z badań Niemczyk i Handzela wynika, że połowa uczestników uniwersytetu trzeciego wieku podejmuje aktywność fizyczną [30]. Analizy Zalewskiej-Puchały potwierdzają, iż badani słuchacze UTW najczęściej spędzali czas w równych częściach: aktywnie i biernie (64,2%) [27]. Justyna Krzepota i współpracowniczki uznały, że zachowanie sprawności jest zależne od aktywności fizycznej seniorów [32]. Morgulec-Adamowicz i współpracownicy podkreślają, iż 86% badanych słuchaczy UTW chętnie uczestniczyło w zajęciach rekreacyjno-sportowych [33]. Raczyk i Herbut stwierdzają, że aktywność fizyczna wpływa na pomyślne starzenie się ludności [14].

Niemala grupa (36,6%) uczestników naszych badań uważa, że dzięki aktywności społecznej mają możliwość rozwijania pasji, 27,7% doświadcza poczucia własnej wartości i użyteczności. Aktywność społeczna pozwala zachować zdrowie psychiczne i fizyczne, umożliwia realizację zainteresowań oraz nawią-



zanie kontaktów społecznych. Znakomita część (83,1%) badanych przez nas słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku uznała, iż uczestnictwo w zajęciach umożliwiło nawiązanie nowych znajomości. Każdego roku uniwersytety organizują również imprezy o charakterze artystyczno-kulturalnym [24].

Do pozytywnych aspektów starzenia się badane osoby zaliczyły dużą ilość czasu, którą można poświęcić na realizację własnych zainteresowań (35,6%), możliwość dbania o własne zdrowie (25,75) oraz aktywne spędzanie wolnego czasu (24,8%). Niemczyk podkreśla, że UTW daje możliwość rozwoju własnych zainteresowań, aktywnego spędzania wolnego czasu oraz kształcenia i zdobywania nowych umiejętności [30]. Wiedzę na temat uniwersytetu trzeciego wieku badani czerpali z radia (24,8%), prasy (23,8%), telewizji (20,8%) oraz od znajomych (19,8%). Znaczna część (40,9%) działających w 2017/2018 roku uniwersytetów trzeciego wieku współpracowała z mediami [24]. Okazuje się, że przy wyborze klubu seniora 60% badanych sugeruje się opinią znajomych [14]. Z badań przeprowadzonych przez Chabior wynika, że wśród organizowanych zajęć znalazły się takie, które miały na celu rehabilitację seniorów, np. ćwiczenia gimnastyczne [31].

Do klubu seniora należało 23,8% badanych przez nas seniorów. Z badań GUS wynika, że w 2018 roku ponad 199 tys. osób po ukończeniu 60. roku życia chętnie uczestniczyło w różnego rodzaju zajęciach organizowanych przez kluby, świetlice, ośrodki kultury. W skali roku wzrosła o 7,3% liczba osób korzystająca z tego typu zajęć [23].

Z przedstawionych badań własnych wynika, że seniorzy należący do klubu seniora mają możliwość rozwijania swoich zainteresowań (9,9%) oraz zdobywania nowych znajomości (6,9%). Z kolei 44,6% badanych uważa, iż przynależność do klubu seniora jest pomocna w życiu osób w starszym wieku. Raczyk i Herbut na podstawie badań przeprowadzonych wśród seniorów zrzeszonych w klubach seniora na terenie Wrocławia uznali, że istotą działalności klubów jest aktywizacja i zapewnienie udziału w życiu społecznym seniorów [14].

W badaniu własnym 43,6% respondentów przyznało, że osoby starsze są czasami wykluczone z życia społecznego, 32,7% badanych zaś uważa, iż seniorzy wykluczani są codziennie z życia społecznego. Aleksandra Marcinkiewicz-Wilk podkreśla znaczenie uniwersytetu trzeciego wieku, który ma przeciwdziałać marginalizacji osób w starszym wieku [34]. Z badań Haliny Zielińskiej-Więczkowskiej i Kornelii Kędziory-Kornatowskiej wynika, że 81,3% badanych uważa, iż społeczeństwo ma różne postawy wobec osób starszych. Z przejawami dyskryminacji spotkało się niewielu badanych seniorów [35]. Według 75,2% badanych nikt ani nic nie ułatwia osobom starszym znalezienia pracy. Badania przeprowadzone przez GUS w 2018 roku pokazują, że większość

seniorów jest nieaktywna zawodowo. Grupę biernych zawodowo stanowiło 86% badanych wówczas seniorów [23].

Niewątpliwie dużą rolę w aktywizacji i udanym starzeniu się odgrywają instytucje pozarządowe, których działalność umożliwia seniorom nawiązywanie nowych znajomości, rozwijanie zainteresowań i podejmowanie aktywności. Dlatego należy zachęcać seniorów do uczestnictwa w tego typu instytucjach.

## Wnioski

1. Osoby żyjące samotnie rzadziej niż inne uczestniczą w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, a częściej niż inne należą do klubu seniora.
2. Udział w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku i przynależność do klubu seniora pomagają seniorom w życiu codziennym.
3. Podjęcie aktywności fizycznej nie jest uzależnione od członkostwa w klubie seniora.
4. Aktywność społeczna pozwala zachować zdrowie psychiczne i fizyczne, realizować własne pasje oraz zwiększa kontakty społeczne.
5. Członkostwo w klubie seniora i udział w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku nie zależą od sposobu zamieszkania seniorów.
6. Osoby starsze rzadziej niż pozostali uczestniczą w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, a częściej niż pozostali są członkami klubu seniora.

## Piśmiennictwo

1. Bielecka K., Parzonko A. Preferencje osób starszych uczestniczących w wyjazdach turystycznych. *Turystyka i Rozwój Regionalny*. 2016; 6: 5–12.
2. Mielczarek A. Starzenie się ludności w Polsce wyzwaniem XXI wieku. *Edukacja Etyczna*. 2015; 9: 17–31.
3. Fabiś A. Uczący się seniorzy. Uwarunkowania uczenia się osób starszych w Polsce. W: Fabiś A., Muszyński M., Tomczyk Ł., Zrałek M. (red.). *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*. Oświęcim: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Rotmistrza Witolda Pileckiego w Oświęcimiu; 2014: 51–80.
4. GUS. Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego. Warszawa: Główny Urząd Badań Statystycznych; 2016: 21.
5. Gajowiak M. Dyskryminacja ze względu na wiek – wybrane aspekty. *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej*. 2017; 73: 64–79.
6. Krzyszkowski J., Piątek K. (red.). *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*. Częstochowa: Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych; 2006: 32.

7. Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność (Poz. 1169).
8. GUS. Uniwersytety trzeciego wieku w Polsce w 2018 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2019.
9. Grzanka-Tykwińska A., Chudzińska M., Podhorecka M., Kędziora-Kornatowska K. Udział w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wiek a aktywny styl życia osób starszych. *Gerontologia Polska*. 2015; 3: 47–50.
10. Tanaś V., Welskop W. Uniwersytety Trzeciego Wiek jako forma edukacji ustawicznej. W: Welskop W. (red.). *Przyszłość edukacji – edukacja przyszłości*. Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu; 2014: 329–333.
11. Lubryczyńska-Cichocka K. Rozwój kształcenia ustawicznego w polskich uczelniach wyższych na przykładzie Uniwersytetu Otwartego Uniwersytetu Warszawskiego. W: *Dziwulak D. (red.). Nauka i szkolnictwo wyższe. Studia BAS 2013*; 3: 215.
12. Kozerska A. Edukacja seniorów w kontekście paradygmatu pomyślnego starzenia się – kontrowersje i wątpliwości. *Edukacja Dorosłych*. 2015; 2: 23–35.
13. Jakubaszek M. Uniwersytet trzeciego wieku w edukacji całożyciowej. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*. 2014; 1(84): 83–98.
14. Raczyk A., Herbut A. Kluby seniora w przestrzeni miasta na przykładzie Wrocławia. *Studia Miejskie*. 2016; 22: 89–101.
15. Barlow M.A., Liu C., Wrosch C. Chronic illness and loneliness in older adulthood: the role of self-protective control strategies. *Health Psychology*. 2015; 34(8): 870–879.
16. Luhmann M., Hawkey L.C. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*. 2016; 52(6): 943–959.
17. Ustawa z dnia 9 listopada 2018 r. o kołach gospodyń wiejskich (Dz.U. 2018, poz. 2212).
18. Przewłocka J. Zaangażowanie społeczne Polaków w roku 2010: wolontariat, filantropia, 1%. Raport z badań. Warszawa: Stowarzyszenie Klon/Jawor; 2011: 45–51.
19. Musiała A. Prawne aspekty wolontariatu. Warszawa: Fundusz Współpracy; 2003, s. 9.
20. Lubrańska A., Zawira E. Wolontariat – jako przykład bycia i stawania się w starości. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*. 2021; 20(1): 52–69.
21. Goergen T., Kotlenga S., Naegele B. Aeltere Frauen als Betroffene von Partnergewalt – Aktivität zur Verbesserung von Hilfen und Unterstützung, Protokoll des Fachgesprächs im Rahmen des Bundesaktionsprogramms SiLiA. Hamburg; 2011: 67–69.
22. GUS. Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2018.
23. GUS. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r. Warszawa, Białystok: Główny Urząd Statystyczny; 2020: 41–44.
24. GUS. Uniwersytety Trzeciego Wiek w roku akademickim 2017/2018. Warszawa, Gdańsk: Główny Urząd Statystyczny; 2019: 17–40.

25. Borczyk W., Nalepa W., Knapik B., Knapik W. Standardy działania Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce. Nowy Sącz: Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku; 2014: 17–19.
26. Głąbiński Z. Motywy podróży turystycznych małopolskich seniorów na przykładzie słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku. *Folia Turistica*. 2018; 48: 137–161.
27. Zalewska-Puchała J., Majda A., Cebula M. Poczucie satysfakcji z życia słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. *Hygeia Public Health*. 2015; 50(4): 649–656.
28. Bienkuńska A., Piaskowski P., Nowicki A. i wsp. Jak się żyje osobom starszym w Polsce? Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2012.
29. Hasińska Z., Tracz E.. Rola Uniwersytetów Trzeciego Wieku w aktywnym starzeniu się. *Nauki Społeczne*. 2013; 1(7): 91–102.
30. Niemczyk A., Handzel J. Uniwersytet trzeciego wieku jako antidotum na czas wolny polskich seniorów (na przykładzie UTW w Nowym Sączu). *Studia i Prace WNEiZ US*. 2016; 43(3): 271–281.
31. Chabior A. Klub Seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-kulturalnej. W: Szarota Z. (red.). *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM; 2011.
32. Krzepota J., Biernat E., Florkiewicz B. Poziom aktywności fizycznej słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku o zróżnicowanym indeksie masy ciała. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013; 19(2): 200–205.
33. Morgulec-Adamowicz N., Rutkowska I., Rekowski W., Kosmol A., Bednarczuk G. Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*. 2011; 19(3–4): 190–198.
34. Marcinkiewicz-Wilk A. Uniwersytet Trzeciego Wieku jako instytucja przeciwdziałająca marginalizacji osób starszych. *Ogrody Nauk i Sztuk*. 2012; 2: 458–467.
35. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontologia Polska*. 2009; 17(3): 137–142.

*Marcin Warchoła*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

## **ROZDZIAŁ 7**

### **MOŻLIWOŚCI WYKORZYSTANIA ŚCIEŻKI TURYSTYCZNEJ Z AUDIODESKRYPCJĄ „ZOBACZYĆ BIESZCZADY” W MUCZNEM DLA POTRZEB AKTYWIZACJI RUCHOWEJ OSÓB STARSZYCH Z DYSFUNKCJĄ WZROKU**

POSSIBILITIES OF USING THE TOURIST TRAIL  
WITH AUDIO DESCRIPTION „SEE THE BIESZCZADY”  
IN MUCZNE FOR THE NEEDS OF PHYSICAL ACTIVATION  
OF ELDERLY PEOPLE WITH VISUAL IMPAIRMENTS

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Aktywność ruchowa to ważny środek w profilaktyce starzenia się. Bezsporny jest jej dobroczynny wpływ na sprawność psychofizyczną, przyczyniającą się do zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia. Odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne w istotny sposób opóźniają postępujący wraz z wiekiem spadek wydolności fizycznej, zapobiegając przedwczesnemu starzeniu się. Jednym z podstawowych narzędzi pracy animatora rekreacji ruchowej osób starszych może być z pewnością turystyka. Jak dowodzą bowiem znawcy tematu, turystyka zaspokaja podstawowe potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne człowieka starszego. Dodatkowo, jako forma aktywności fizycznej związanej ściśle z krajoznawstwem, może stać się dla wielu osób pasją intelektualną ukierunkowaną na poznanie i odkrywanie nowych miejsc i miejscowości, regionów oraz krajów.

### **Cel pracy**

Celem niniejszego opracowania była próba ukazania roli aktywności turystycznej w procesie aktywizacji ruchowej osób starszych z niepełnosprawnością wzroku. Scharakteryzowano w nim zakres tego pojęcia, omówiono zasady organizacji i obsługi imprez turystycznych przeznaczonych dla osób niewidomych i niedowidzących, a także przybliżono wytyczne przystosowywania przestrzeni publicznej dla potrzeb turystyki tej grupy społecznej. Całość więczy opis ścieżki turystycznej z audiodeskrypcją „Zobaczyć Bieszczady” przystosowanej

do uprawiania turystyki pieszej górskiej przez osoby ze szczególnymi potrzebami dotyczącymi narządu wzroku.

### Treść

Umiarkowany wysiłek fizyczny zwiększa aktywność metaboliczną i immunologiczną komórek układu odpornościowego, poprawiając odporność organizmu oraz jego zdolności adaptacyjne. Udowodniony jest również dodatni wpływ rekreacyjnej aktywności ruchowej na stan psychiczny osób starszych, ułatwiającej im przystosowanie się do nowych warunków życia, a nawet przeciwdziałającej swojemu rodzaju izolacji społecznej. Niestety jako społeczeństwo ulegamy stereotypom osoby starszej: schorowanej, samotnej, nieaktywnej. Takie postawy są dodatkowo potęgowane przez pojawienie się wśród seniorów chorób przewlekłych, z czego szczególnie niebezpieczne są różne dysfunkcje wzroku, prowadzące często do niepełnosprawności i zależności funkcjonalnej.

### Podsumowanie

Dzięki kilku czynnikom, takim jak: (1) odpowiedni profil trasy dostosowany do możliwości kondycyjnych i sprawnościowych osób starszych oraz z deficytami sensorycznymi, (2) zastosowanie nowoczesnych rozwiązań technologicznych, architektonicznych i multimedialnych oraz (3) odpowiedni dobór walorów przyrodniczych i kulturowych, ścieżka turystyczna z audiodeskrypcją „Zobaczyć Bieszczady” jest wręcz idealnym miejscem aktywizacji ruchowej osób starszych z deficytem wzroku.

**Słowa kluczowe:** osoby starsze, niepełnosprawność wzroku, turystyka, aktywność fizyczna, Bieszczady, szlaki turystyczne, audiodeskrypcja

## Abstract

### Introduction

Physical activity is an important measure in the prevention of aging. It is undisputed that it has a beneficial effect on psychophysical fitness, contributing to the maintenance of health and well-being. Properly selected physical exercises significantly delay the decline of physical efficiency progressing with age, preventing premature aging. One of the basic work tools of an animator of physical recreation for the elderly can certainly be tourism. As experts on the subject prove, a tourist satisfies the basic biological, psychological and social needs of an elderly person. Additionally, as a form of closely linked physical activity with sightseeing, can become for many people an intellectual passion focused on getting to know and discovering new places and towns, regions and countries.

### Aim of publication

The aim of this study was to present the role of tourism activity in the process of physical activation of the elderly with sight disabilities. It describes the scope of this concept, discusses the principles of organizing and servicing tourist events for the blind and visually impaired, and introduces the principles of adapting public space to

the needs of tourism in this social group. The whole is crowned with a description of the tourist path with the audio description „See the Bieszczady” adapted to mountain hiking by people with special needs regarding the eyesight.

### Contents

Moderate physical effort increases the metabolic and immunological activity of the immune system cells, improving the body's resistance and its adaptation abilities. The positive influence of recreational physical activity on the mental state of the elderly has also been proven, making it easier for them to adapt to new living conditions, and even counteracting some kind of social isolation. Unfortunately, as a society, we succumb to stereotypes of the elderly: sick, lonely, inactive. Such attitudes are, unfortunately, additionally aggravated by the emergence of chronic diseases among seniors, of which various eye dysfunctions are particularly dangerous, often leading to disability and functional dependence.

### Summary

Thanks to several factors, such as: (1) an appropriate route profile, adapted to the fitness and fitness abilities of elderly people and with sensory deficits, (2) the use of modern technological, architectural and multimedia solutions, and (3) appropriate selection of natural and cultural values tourist path with the audio description „See the Bieszczady”, it is an ideal place for the physical activation of the elderly with visual impairment.

**Keywords:** elderly people, visual impairment, tourism, physical activity, Bieszczady, tourist routes, audio description

## Wprowadzenie

Pojęcia „starość” i „starzenie się” można rozważać na dwa sposoby – w aspekcie jednostkowym oraz jako zjawiska dotyczące zbiorowości tych jednostek, tj. społeczeństwa danego regionu, kraju, części świata. W aspekcie jednostkowym starość to zjawisko biologiczne składające się na cykl życia ludzkiego. Jest procesem postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utratą zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu. Na ogół nieuniknionym etapem procesu starzenia się jest stan określany jako starość. Starzenie się, zgodnie z przyjętym w literaturze psychogerontologicznej określeniem, oznacza pewien proces i ma charakter dynamiczny, podczas gdy starość jako stan ma charakter statyczny [1].

Ludzie starzy nie stanowią jednolitej, homogenicznej grupy, zarówno pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej, jak i pod względem sytuacji życiowej, ekonomicznej i społecznej. To uzasadnia potrzebę podziału starości na podokresy. Najpowszechniej stosuje się podział na:

- starość wczesną (wiek podeszły) – między 60. a 74. rokiem życia;
- starość późną – między 75. a 89. rokiem życia;
- starość bardzo późną (długowieczność) – powyżej 90. roku życia [2].

Z punktu widzenia fizjologii życie ludzkie, zdaniem Krzysztofa Dudy, dzieli się na dwa podstawowe okresy:

- okres rozwoju, czyli wzrastania, dojrzewania i osiągnięcia największej biologicznej sprawności organizmu;
- okres pogarszania homeostazy i czynności poszczególnych narządów oraz zmniejszenia się zdolności do znoszenia obciążeń [3].

Pierwszy, rozwojowy okres życia trwa od urodzenia do osiągnięcia pełnej dojrzałości, m.in. płciowej. Wszechstronna sprawność biologiczna organizmu łączy się w tym okresie z najmniejszą chorobowością. Drugi okres jest etapem starzenia, który charakteryzuje się stopniowym, coraz wydatniejszym ograniczeniem funkcji życiowych oraz – u części populacji – zwiększeniem chorobowości i kończy się śmiercią. U człowieka po okresie wzrastania i dojrzewania zaczynają postępować w następnych latach życia zmiany struktury i funkcji. Są one uniwersalne, stopniowe, spontaniczne i nieodwracalne, a z osobowego punktu widzenia także niekorzystne [3]. Następuje stopniowy spadek sprawności fizycznej, częściej występują niepełnosprawność i choroby przewlekłe. Ów regres wynika przede wszystkim z obniżenia wydolności tlenowej, zmniejszania się masy i siły mięśniowej oraz gorszego funkcjonowania narządów zmysłów [4].

Kierunki tych zmian można, według Haliny Szwarc i współpracowników, przedstawić w następujący sposób:

- ogólne stopniowe zwolnienie przemiany materii;
- systematyczne zmniejszenie się uwodnienia tkanek;
- ilościowe i jakościowe zmiany w składzie białek ustroju i składników mineralnych;
- odkładanie się w poszczególnych tkankach złogów wapnia, cholesterolu, lipofuscyny i innych „substancji odpadowych” przemiany materii [11].

Starość jest zatem końcowym okresem życia, związanym z procesem inwolucji narządów i funkcji organizmu, nieuchronnie kończącym się śmiercią.

Do schorzeń związanych z wiekiem, które w znacznym stopniu mogą przyczyniać się do zależności funkcjonalnej i obniżenia jakości życia, zalicza się choroby układu wzrokowego, w tym zwłaszcza: zaćmę, jaskrę, retinopatię cukrzycową, zwyrodnienie plamki żółtej. Aktualne szacunki wskazują, iż około 1/5 osób w wieku powyżej 60 lat doświadcza w różnym stopniu dysfunkcji wzroku. Niepełnosprawność wzroku rozpoznawana jest u około 10% osób w wieku 65–75 lat oraz u 20% w grupie powyżej 75. roku życia. Warto dodat-



kowo zwrócić uwagę na fakt, że 20–50% populacji seniorów doświadcza problemów wzrokowych, które nie są wykryte i poddane leczeniu [6].

Problemy ze wzrokiem stanowią niestety wśród seniorów dodatkową barierę ograniczającą poziom ich aktywności fizycznej. Jak dowodzą wyniki badań międzynarodowych i krajowych, podejmowanie aktywności fizycznej przez osoby z niepełnosprawnościami sensorycznymi (tj. uszkodzeniem wzroku i/lub słuchu) jest o 4% niższe niż w grupie osób z innymi dysfunkcjami. Ponadto osoby niewidome i słabowidzące uznawane są za jedne z najmniej aktywnych fizycznie w populacji osób z niepełnosprawnością. Ich zaangażowanie w aktywność fizyczną jest niewystarczające i cechuje się niską intensywnością. Dodatkowo przejawiają oni skłonności do zajęć wolnoczasowych wykonywanych w pozycji siedzącej i unikają czynności wymagających przemieszczania się po różnych przestrzeniach. Wybór biernych form rekreacji związanych z długotrwałym przebywaniem w jednej pozycji jest charakterystyczny dla osób z nabytą niepełnosprawnością wzroku, które nie tylko spędzają stosunkowo mniejszą procentowo część dnia na aktywności fizycznej, lecz także poświęcają średnio mniej niż 7% całkowitego czasu tej aktywności każdego dnia na działania o umiarkowanej lub wysokiej intensywności [7].

Starość nie powinna być jednak czasem rezygnacji, alienacji, a w ich następstwie wykluczenia społecznego. Starszy człowiek tak długo, jak na to pozwalają mu siły, nie może rezygnować z pracy i rozrywek, a także z aktywności ruchowej. Hipokinezja (niedobór ruchu) w tym okresie może: utrudniać przemianę materii, sprzyjać otyłości i zakłócać jej leczenie, upośledzać krążenie wieńcowe i krążenie obwodowe krwi, osłabiać mięśnie i ścięgna, redukować siłę mięśniową, osłabiać koordynację ruchową, zwiększać ryzyko uszkodzeń stawów, zmniejszać odporność na nieprzewidziane trudy życia codziennego [8]. Następstwem szybko obniżającej się sprawności ruchowej jest bardzo często wycofanie się z wcześniej pełnionych ról społecznych, redukcja interakcji z otoczeniem, niechęć do podejmowania nowych obowiązków, zawężenie przestrzeni życiowej, a co za tym idzie wykluczenie społeczne.

Ryszard Winiarski dokonał bardzo trafnej charakterystyki aktywności fizycznej w poszczególnych okresach życia człowieka. Na okres wieku starszego (katarfazy) przypada szczególne znaczenie aktywności ruchowej, polegające na opóźnieniu procesów inwolucji wydolności i sprawności fizycznej, a tym samym przyczyniające się do zachowania zdrowia. Aktywność fizyczna jest w tym okresie gwarancją sprawnej, a przez to pogodnej starości, pozwalającej na przedłużanie „biologicznej młodości” organizmu [5].

Zatem z punktu widzenia gerontologii społecznej bardzo istotne staje się pojęcie aktywności. Jest to konstrukt dotyczący działania, zaangażowania człowieka starszego, określane raczej zakresowo niż istotowo, ujmowany jako czynnik procesu adaptacji do starości i jeden z istotnych komponentów poczucia jakości życia ludzi starszych [9]. Kluczowym zadaniem jest więc podejmowanie takich działań, których realizacja będzie sprzyjać zachowaniu jak najwyższego poziomu aktywności, a przez to tak zwanego pomyślnego modelu starości. Pomyślne starzenie oznacza utrzymanie sprawności fizycznej, funkcji poznawczych, a także zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych i towarzyskich. Elementy te w istotny sposób wpływają na jakość życia, która stanowi zasadniczy cel aktywności prozdrowotnej wśród osób w starszym wieku [10].

Istnieje ogromna potrzeba uświadamiania osób starszych i ich rodzin na temat korzyści z regularnej aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości danej osoby oraz propagowania aktywnego stylu życia, czynnego wypoczynku poprzez realizację programów zdrowotnych. Sformułowane przez WHO wytyczne dotyczące promocji aktywności fizycznej wśród osób starszych wskazują, że programy powinny uwzględniać:

- zajęcia indywidualne lub grupowe;
- różne typy, formy ćwiczeń – włączając elementy rozciągania (stretching), relaksacji, ćwiczenia aerobowe;
- ćwiczenia obejmujące formy łatwe lub o umiarkowanym stopniu trudności, np.: spacer, taniec, pływanie, jazda na rowerze, gimnastyka;
- ćwiczenia, których składowe zawierają trening mięśni – ćwiczenia wytrzymałościowe, trening równowagi i „elastyczności”;
- ćwiczenia sprawiające radość i powodujące odprężenie;
- ćwiczenia prowadzone regularnie, jeśli to możliwe, codziennie [10].

Turystyka jako dziedzina rekreacyjno-poznawczej działalności ludzkiej może być wykorzystywana w gerontologii, pełniąc doniosłą rolę w zaspokajaniu nie tylko potrzeb ruchowych człowieka, ale i psychicznych – intelektualnych. Turystyka bowiem, jako forma aktywności fizycznej związanej ściśle z krajoznawstwem, może stać się dla wielu osób pasją intelektualną ukierunkowaną na poznanie i odkrywanie nowych miejsc i miejscowości, regionów oraz krajów. Dodatkowo turystyka zaspokaja podstawowe potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne człowieka starszego. Wynika to z wielostronnej aktywności łączącej się z turystyką, m.in. z ruchem usprawniającym układ sercowo-naczyniowy, układ oddechowy, wewnątrzwydzielniczy i nerwowy. Turystyka wpływa ponadto na psychikę, łączy czynny wypoczynek oraz nowe wrażenia, przerywając monotonię dnia codziennego [11].

Zatem wpływ turystyki na osoby starsze można rozpatrywać na trzech płaszczyznach:

- fizycznej – uprawianie turystyki służy przede wszystkim podwyższaniu wydolności fizycznej starszego człowieka, rozwija wytrzymałość na wysiłek długotrwały oraz, mówiąc ogólnie, hamuje proces starzenia;
- psychicznej – turystyka pozwala na zmianę środowiska, miejsca zamieszkania; ułatwia realizację zainteresowań, pasji, wpływa na zmianę systemu wartości, opartego na doznaniach duchowych; dodatkowo turystyka przyczynia się do rozwoju intelektualnego, dostarczając nowych wiadomości oraz zwiększając świadomość otoczenia;
- społecznej – turystyka umożliwia zmianę środowiska w wymiarze społecznym, pozwala na realizowanie pragnienia poznawania innych ludzi i czy funkcjonowania w grupie społecznej [12].

Należy zatem zwrócić szczególną uwagę na fakt, że obok wielu wymienionych walorów turystyka ułatwia radzenie sobie ze stresem, zapewnia niezbędny komfort psychiczny, skutecznie partycypuje w kształtowaniu osobowości i zapobiega patologiom, może być katalizatorem więzi społecznych, czynnikiem integrującym grupy oraz przeciwdziałającym izolacji [13].

Biorąc pod uwagę różne dysfunkcje organizmu ludzkiego, możemy wyróżnić następujące cele wykorzystywania turystyki:

- cel leczniczy – kontynuacja programu leczenia i usprawniania;
- cel biologiczny – zmniejszenie skutków przedwczesnego starzenia się organizmu;
- cel anatomiczno-fizjologiczny – utrzymanie właściwych stosunków anatomicznych w obrębie stawów, zapobieganie przykurczom i zanikom mięśni;
- cel higieniczno-zdrowotny – hartowanie organizmu, zdobycie odporności na trudy i niewygody;
- cel wychowawczo-psychologiczny – kształtowanie pozytywnych cech charakteru, udział w zajęciach zespołowych, nauka życia w grupie, pobudzenie do aktywności, wyrabianie odwagi i hartowanie psychiczne;
- cel hedonistyczny – nawiązywanie kontaktów towarzyskich, opuszczanie mieszkań, otwarcie drzwi na świat;
- cel społeczny – możliwie pełne włączenie się w całość życia społecznego, kulturalnego czy towarzyskiego, integracja ludzi z niepełnosprawnością ze społeczeństwem [14].

Aby turystyka stała się należycie wykorzystywanym narzędziem w rewali-dacji i rehabilitacji, należy przestrzegać pewnych zasad jej uprawiania.

1. Forma, dyscyplina turystyczna powinna być właściwie dobrana do rodzaju niesprawności, do charakteru dysfunkcji, zgodna z programem rehabilitacji. Należy uwzględnić, oprócz możliwości funkcjonalnych osoby z niepełnosprawnością, zainteresowania, osobowość, możliwości finansowe, miejsce zamieszkania oraz potrzeby wynikające z celów rehabilitacji.
2. Turystyka nie może stwarzać zagrożenia dla zdrowia osób ją uprawiających oraz otoczenia.
3. Uprawianie turystyki kwalifikowanej (np. pieszej górskiej, kolarskiej, kajakowej) powinno zmierzać do odzyskania i umocnienia wiary w możliwości psychofizyczne.
4. Działalność turystyczna powinna być połączona z krajoznawstwem, czyli poznaniem otoczenia, regionu, kraju.
5. Środowisko nie powinno stwarzać barier psychicznych utrudniających uprawianie turystyki, lecz sprzyjać przezwyciężeniu kompleksów, lęków i zahamowań ograniczających dostęp do turystyki.
6. Uprawianie turystyki powinno zmierzać do poprawy sprawności fizycznej i odporności psychicznej na trudy, przeciwności oraz hartować organizm.
7. Turystyka powinna być czynnikiem psychoprofilaktyki i psychoterapii oraz radością życia, a nie dodatkowym stresem.
8. Turystyka powinna wyrwać osoby z niepełnosprawnością z osamotnienia.
9. Należy indywidualizować formy działalności turystycznej i dążyć do doskonalenia metodyki jej prowadzenia z osobami o różnych dysfunkcjach.
10. Należy dążyć do upowszechnienia turystyki wśród osób z niepełnosprawnością.
11. Należy odpowiednio dobierać obciążenia wysiłkowe. Wszelkie przeciążenia są zazwyczaj efektem niedostatecznego przygotowania psychofizycznego uczestników, złego wyboru trasy marszu, wpływu lub jazdy oraz tempa jej pokonywania [14].

Dodatkowo istnieje kilka czynników, które umożliwiają uprawianie turystyki przez osoby z niepełnosprawnością. Są nimi:

- przekonanie do tej formy rekreacji;
- zapewnienie instruktora (przewodnika) – specjalisty;
- udostępnienie sprzętu dostosowanego do określonego rodzaju inwalidztwa;
- udostępnienie bazy turystycznej, w której nie będą występowały bariery architektoniczne uniemożliwiające udział w turystyce;
- odpowiednie dostosowanie protez i sprzętu lokomocyjnego;
- przygotowanie uczestników pod względem kondycyjnym i psychicznym [14].

Analizowana w niniejszym opracowaniu turystyka osób niewidomych i słabowidzących wymaga z jednej strony przygotowania merytorycznego w zakresie zrozumienia i dostosowania się do specyfiki ich potrzeb poznawczych. Dotyczy to całej, szeroko pojętej kadry turystycznej biorącej udział w danym przedsięwzięciu. Z drugiej zaś strony bardzo istotne są działania mające na celu odpowiednie udostępnianie różnych przestrzeni publicznych oraz obiektów bazy turystycznej dla osób z dysfunkcjami wzroku.

Baza turystyczna musi spełniać następujące wymagania w stosunku do osób niewidomych i niedowidzących:

- otwarte przestrzenie i ścieżki wolne od przeszkód;
- jednoznaczne i dokładne opisy środowiska pomagające doświadczyć otoczenia i przeszkód;
- dobrze oświetlone i wysokiego kontrastu oznakowanie;
- możliwość dotknięcia przedmiotów najbliższego otoczenia;
- sygnały akustyczne dla określenia przeszkody lub niebezpiecznego miejsca;
- stosowanie dokumentów i formularzy w alfabecie Braille'a;
- dostępny asystent gotowy pomóc w szczególnych przypadkach [15].

Przewodnicy, piloci, instruktorzy i wszyscy inni prowadzący imprezy turystyczne z udziałem osób niewidomych i niedowidzących powinni przestrzegać wielu zasad natury ogólnej oraz specjalistycznej. Wśród ogólnych wskazówek etycznych dotyczących obsługi osób z niepełnosprawnością należy wymienić następujące:

- witając się z osobą niewidomą lub niedowidzącą, przedstawiamy siebie i osoby towarzyszące; rozmawiając, używamy swego imienia albo nazwiska dla lepszej orientacji rozmówców; kończąc rozmowę, należy to zaakcentować i wyrazić chęć oddalenia się od osoby niewidomej;
- wyrażamy słownie swoje gesty, np. chęć podania ręki (nie należy łapać wcześniej gwałtownie za rękę);
- uprzedzamy słownie chęć pomocy – wybieramy wariant pomocy akceptowany przez osobę niewidomą; gdy się śpieszymy, nie należy oferować swojej pomocy, aby potem nie zostawić osoby z niepełnosprawnością bez opieki;
- należy uprzedzać słownie o przeszkodach, zmianie kierunku;
- gdy podajemy krzesło, nie sadzamy na nim niewidomego, ale kładziemy jego rękę na oparciu;
- przy podawaniu posiłku informujemy o ułożeniu składników potrawy na talerzu, posługując się wskazówkami na tarczy zegarowej; możemy po zapytaniu pomóc usunąć części niejadalne, dekorację itp.;
- przebywając w pomieszczeniu z osobą z niepełnosprawnością wzroku, staramy się odstawiać wszystkie przedmioty na swoje miejsce lub uprzedzać ją o dokonanych zmianach;

- przy wchodzeniu lub wychodzeniu z pokoju należy poinformować osobę z niepełnosprawnością, kto wychodzi, kto zostaje lub co się w nim znajduje, czy też jakie urządzenie jest uruchomione;
- zawsze zwracamy się do osoby niewidomej, a nie do osoby, która jej towarzyszy;
- przeprowadzając niewidomego przez jezdnię, pozwalamy mu wziąć się pod rękę – wyczuwa on wówczas lepiej nasze ruchy i łatwiej przewiduje przeszkodę; staramy się go nieco wyprzedzić i zwalniamy po wejściu na krawężnik i zejściu z niego;
- udzielając wskazówek, nie używamy określeń, które są zrozumiałe tylko dla osoby widzącej;
- wychodząc lub wchodząc z/do pojazdu, idziemy jako pierwsi i podajemy rękę;
- należy ustępować miejsce osobie z niepełnosprawnością wzroku;
- pozostawiając osobę niewidomą samą, należy wyjaśnić, gdzie jest wyjście, oraz wskazać punkty orientacyjne i miejsca metodą dotyku;
- nie dotykamy, nie głaszczemy psa przewodnika, on pracuje i potrzebuje koncentracji, a takie zachowanie może go wzburzyć; nie dotykamy, nie przedstawiamy laski niewidomego – stanowi ona jego osobistą przestrzeń [15].

Biorąc pod uwagę wskazówki specjalistyczne, należy pamiętać o tym, że wyprawa turystyczna z osobami z dysfunkcją wzroku wymaga szczególnych przygotowań. Należy wcześniej omówić z uczestnikami cel i trasę podróży, udostępnić każdemu mapę i plan wyprawy napisany większym drukiem lub alfabetem Braille'a. Osoba prowadząca grupę musi być zawsze w zasięgu słuchu uczestników. Wrażenia wizualne powinny opisywać bardzo dokładnie, stosując porównania i skojarzenia. W miarę możliwości należy udostępnić eksponaty do dotykowej percepcji. Z tego też względu trzeba poinformować pracowników odwiedzanych obiektów o specyfice grupy. Dodatkowo pilot lub przewodnik musi:

- informować o każdej zmianie kierunku, przeszkodach na drodze;
- umożliwić korzystanie z przyrządów optycznych;
- wybierać bezpieczne, bezkolizyjne ciągi komunikacyjne;
- dobierać odpowiednio porę dnia do najbardziej optymalnego zwiedzania danego miejsca;
- dobrze rozplanować czas, nie pozostawiając go zbyt dużo na zajęcia nieorganizowane – osoby niewidome w nowym miejscu czują się niepewnie.

Osoby niewidome i niedowidzące często podróżują z opiekunami. Pilot, przewodnik powinien współpracować z nimi podczas trwania wycieczki. Jeszcze przed rozpoczęciem wyjazdu powinien dowiedzieć się o możliwościach

odbioru wrażeń i stopniu samodzielności ich podopiecznych. W przypadku braku opiekuna wyznacza się go spośród innych pełnosprawnych uczestników. Funkcja winna być przydzielona ochotnikom. Przyjmuje się, że najbardziej optymalna liczebność grupy to 20 osób (wraz z opiekunami) i gdy na jedną osobę z niepełnosprawnością wzroku (bez własnego opiekuna) do opieki przypadają dwie osoby. Wybranych ochotnikom opiekunom należy udzielić informacji o zakresie i sposobie pomocy osobom z niepełnosprawnością. W czasie podróży środkami lokomocji uczestnicy z niepełnosprawnością wzroku powinni zajmować miejsca przy opiekunach. Czas przejazdu należy rozplanować tak, aby organizować przerwy na odpoczynek, ćwiczenia rozluźniające i zalewanie potrzeb fizjologicznych [15].

Spośród wielu form i dyscyplin turystycznych osoby z deficytem wzroku najczęściej biorą udział w wycieczkach autokarowych, wędrówkach pieszych nizinnych, turystyce pieszej górskiej, turystyce kajakowej oraz turystyce rowerowej tandemowej.

W kontekście rozważań poruszanych w niniejszym artykule najistotniejsze są zasady uprawiania przez osoby z dysfunkcją wzroku turystyki pieszej górskiej. Dlatego też zostaną one opisane w tym miejscu.

Turystyka piesza górską jest dyscypliną turystyki kwalifikowanej o dość dużym stopniu trudności dla osoby z deficytem wzroku oraz jej przewodnika. Wynika to głównie z ukształtowania terenu, tj. pokonywania ostrych wzniesień i stromych zejść. Z uwagi na zwiększony wysiłek inwalida wzroku powinien przed wyruszeniem na górski szlak zdobyć wprawę i kondycję na szlakach nizinnych i podgórskich. Należy mieć również na uwadze kilka innych wskázówek:

- niepełnosprawny turysta górski powinien zadbać o odpowiedni strój (obuwie, ubiór) oraz ekwipunek turystyczny; w tym celu organizator powinien wcześniej przygotować listę niezbędnego sprzętu i przed wyjazdem udostępnić go uczestnikom;
- należy nawiązać współpracę z przewodnikiem górskim, który zna szlak i podejmie się prowadzenia wycieczki oraz będzie odpowiednio przekazywał informacje dotyczące przyrody, a także współdziałał z osobą z dysfunkcją wzroku na trudnych szlakach turystycznych;
- każdy niewidomy i niedowidzący turysta górski powinien wypracować swój własny sposób bezpiecznego wędrowania z przewodnikiem;
- przewodnik powinien informować osobę z niepełnosprawnością wzroku o znajdujących się na ścieżce kamieniach i korzeniach; przy różnego rodzaju progach przewodnik po pokonaniu przeszkody pomaga niewidomemu w jej sforsowaniu, podając rękę;

- przy ostrych podejściach tempo marszu należy dostosować do osoby z niepełnosprawnością; przewodnik informuje, jak długi odcinek pozostał do sforsowania;
- należy stopniować trudność górskich wędrówek (liczoną głównie w czasach przejść);
- należy zapewnić odpowiednią aklimatyzację dla uczestników turystyki górskiej;
- należy odpowiednio budować programy imprez turystyki górskiej, tak by nie przeładować programu;
- aby zorganizować rajd górski dla osób z dysfunkcjami wzroku, należy zapewnić stałą bazę lub bazy, z których grupy do 30 osób wyruszają na szlaki górskie pod opieką przewodnika turystycznego, kierownika trasy oraz opieki medycznej; w 30-osobowej grupie powinno znaleźć się około 15–18 inwalidów wzroku, z czego 2/3 to słabowidzący [14].

Podsumowując tę część rozważań, aktywność turystyczna może być bardzo istotnym narzędziem aktywizacji osób starszych i osób z niepełnosprawnością. Należy jednak umieć ją odpowiednio planować, organizować oraz realizować. Takim miejscem na mapie Polski, przyjaznym turystom w starszym wieku oraz osobom z niepełnosprawnościami, stają się niewątpliwie Bieszczady. Przykładem działań dedykowanych osobom z dysfunkcjami wzroku może być oddanie do użytku ścieżki turystycznej z audiodeskrypcją, znajdującej się w miejscowości Muczne.

## Ścieżka turystyczna z audiodeskrypcją „Zobaczyć Bieszczady”

Bieszczady są pasmem górskim będącym częścią wielkiego łuku Karpat, ciągnącego się na długości 1300 km od Bratysławy (Słowacja) do Żelaznej Bramy (Rumunia). Łuk karpacki zwykle dzielić się na Karpaty Zachodnie, Karpaty Wschodnie i Karpaty Południowe. Bieszczady położone są w południowo-wschodniej Polsce, przy granicy ze Słowacją i Ukrainą, administracyjnie w obrębie województwa podkarpackiego [16]. Jest to bardzo atrakcyjny region turystyczny, szczególnie dla turystyki pieszej. Środowisko tych gór ma wyjątkowe walory: rozległe karpackie lasy – bogate w zwierzyinę; połoniny – rozciągające się ponad górną granicą lasu, z osobliwą florą o wschodnim, karpackim charakterze; malownicze doliny po dawnych wsiach, zwane „krajną dolin” [17].



Rycina 1. Mapa polskiej części Bieszczadów (Bieszczady Zachodnie)



Źródło: [www.turkula.pl](http://www.turkula.pl), autorka mapy: Karolina Kiwior.

W ostatnich latach coraz większą popularnością wśród turystów cieszy się osada leśna Muczne położona w dolinie Górnego Sanu, około 10 km na południowy wschód od miejscowości Stuposiany. Choć jej istnienie datuje się już na pierwszą połowę XIX wieku, to prawdziwą „sławę” przyniosło jej utworzenie w 1975 roku ośrodka łowieckiego Urzędu Rady Ministrów wraz z hotelem i drewnianymi willami. Wówczas to teren wsi został ogrodzony i wyłączony z normalnego ruchu turystycznego, a wstęp na teren ośrodka mieli tylko prominentni goście. Na przełomie XX i XXI wieku, w wyniku zmian ustrojowych, nastąpił upadek tego miejsca, a obiekty zaczęły popadać w ruinę. Dopiero gruntowny remont i otwarcie w 2016 roku na nowo hotelu przywróciły temu miejscu dawny blask. Powstało tu Centrum Promocji Leśnictwa, które oprócz typowej działalności związanej z ochroną i eksploatacją terenów leśnych zajmuje się szeroko pojętą promocją bieszczadzkiej turystyki. Znajdują się tu m.in. pokazowa zagroda żubrów, trzy ścieżki przyrodnicze (Krutujówka, Brenzberg, Wokół Mucznego), wieża widokowa na szczycie Jeleniowatego czy też zimowe trasy do narciarstwa biegowego. Początek ma tutaj również żółty szlak turystyczny na szczyt Bukowego Berda [18]. Jedną z ostatnich inicjatyw CPL w Mucznej, we współpracy z Grupą Bieszczadzką Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, było stworzenie ścieżki turystycznej z przeznaczeniem dla osób z niepełnosprawnością wzroku.

Rycina 2. Centrum Promocji Leśnictwa w Mucznm



Źródło: zdjęcie z archiwum prywatnego autora.

Ścieżka ma swój początek przy budynku Centrum Promocji Leśnictwa w Mucznm (rycina 2). Jej długość wynosi około 4,5 km, a przewyższenie to około 220 m w pionie. Przebieg w większości pokrywa się z istniejącą w tym miejscu ścieżką przyrodniczo-turystyczną „Brenzberg” i wiedzie przez pasmo Jeleniowatego (907 m n.p.m.), na którego szczycie wznosi się wieża widokowa o wysokości 34 m. Jest to zwieńczenie całej wędrówki. Na trasie znajduje się 15 punktów o charakterze przyrodniczym i historycznym.

Rycina 3. Tablica z przebiegiem ścieżki turystycznej z audiodeskrypcją „Zobaczyć Bieszczady”



Źródło: zdjęcie z archiwum prywatnego autora.

Rycina 4. Wieża widokowa na szczycie Jeleniowatego

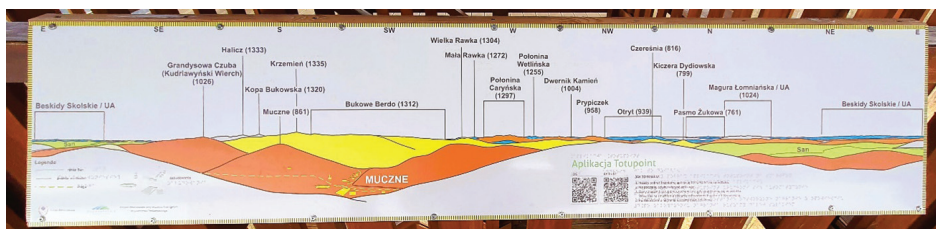


Źródło: zdjęcie z archiwum prywatnego autora.

Newralgicznym elementem infrastruktury szlaku jest audiodeskrypcja, czyli przekazywany drogą słuchową werbalny opis treści wizualnych osobom z niepełnosprawnością wzroku. W związku z tym ścieżka została wyposażona w specjalne urządzenia/nadajniki, które w połączeniu z dedykowaną dla niej aplikacją zainstalowaną w telefonie turysty z niepełnosprawnością pozwalają nie tylko na przekazywanie informacji technicznych dotyczących pokonywania trasy, ale również umożliwiają przybliżenie historii, przyrody oraz kultury tego terenu. Nadajniki komunikują się z urządzeniami mobilnymi w standardzie Bluetooth w wersji 4.1 lub nowszej. Aplikacje mobilne pracujące na telefonach użytkowników wykrywają nadajniki i mogą uruchomić na nich dźwięk oraz prezentować na ekranie telefonu tekstowy opis przyporządkowany do danego nadajnika (miejsca). Nadajniki wzbudzone przez aplikację mobilną wytwarzają dźwięk, który zawiera w sobie wypowiedzianą głosem nazwę miejsca. Dzięki temu osoba słabowidząca lub niewidoma może rozpoznać miejsce i je zlokalizować. Nadajniki (znaczniki elektroniczne) montuje się na różne sposoby – można je przyklejać do płaskiego podłoża taśmą dwustronnie klejącą odporną na niekorzystne zjawiska klimatyczne (opady, nasłonecznienie) lub przykręcać wkrętami. Urządzenia powinny znajdować się tam, gdzie na szlaku turystycznym są miejsca użyteczne (np. służące do wypoczynku), miejsca atrakcyjne (np. punkty widokowe) lub w miejscach istotnych w kontekście

przemieszczania się po szlaku (skrzyżowania, rozstaje). Jeśli takich miejsc nie ma na dłuższym odcinku, to nadajniki umieszcza się co 500–700 metrów. Ich zadaniem jest upewnianie turysty, że znajduje się na dobrej trasie. Dodatkowo ścieżka została wyposażona w inną infrastrukturę, w tym w wypukłe tablice informacyjne i mapki z przebiegiem ścieżki (tzw. tyflomapy) oraz urządzenia zabezpieczające (barierki) [19].

Rycina 5. Tyflomapa z panoramą na szczycie Jeleniowatego



Źródło: zdjęcie z archiwum prywatnego autora.

Rycina 6. Znacznik z audiodeskrypcją



Źródło: zdjęcie z archiwum prywatnego autora.

Stopień trudności tego szlaku można określić jako średni. Mimo terenu górzystego przebieg ścieżki na szczycie Jeleniowatego jest tak wyprofilowany, że osoby z dysfunkcją wzroku, przy asyście przewodnika-opiekuna, są w stanie bez większych przeszkód ją pokonać i dotrzeć na wieżę widokową. Taki prze-

bieg szlaku jest odpowiedzią na zapotrzebowanie zgłaszane przez osoby z niepełnosprawnością wzroku, które były konsultantami na etapie jego projektowania.

Podobnie wygląda sytuacja w kontekście analizowanego w niniejszym artykule problemu osób starszych z dysfunkcją wzroku, które również w asyście przewodnika-opiekuna mogą podejmować wędrówki piesze na omawianym szlaku.

## Wnioski

Analiza problemu aktywności fizycznej osób starszych z dysfunkcją wzroku przeprowadzona na potrzeby niniejszego artykułu pozwoliła na wysunięcie kilku wniosków.

1. Choroby układu wzrokowego występujące w okresie senioralnym są częstą przyczyną niepełnosprawności, a tym samym zależności funkcjonalnej i obniżenia jakości życia osób starszych. Najczęściej diagnozowanymi chorobami oczu są: zaćma, jaskra, retinopatia cukrzycowa oraz zwyrodnienie plamki żółtej.
2. Przytaczane badania naukowe wskazują, że około 1/5 osób w wieku powyżej 60 lat doświadcza w różnym stopniu dysfunkcji wzroku. Z kolei niepełnosprawność wzroku rozpoznawana jest u około 10% osób w wieku 65–75 lat oraz u 20% w grupie powyżej 75. roku życia. Natomiast 20–50% populacji seniorów doświadcza problemów wzrokowych, które nie są wykryte i podane leczeniu.
3. Okres starości charakteryzuje się często obniżonym poziomem aktywności fizycznej, a problemy ze wzrokiem potęgują jeszcze to zjawisko. Osoby niewidome i słabowidzące uznawane są za jedne z najmniej aktywnych fizycznie w populacji osób z niepełnosprawnością.
4. Jednym z najlepszych sposobów spędzania czasu wolnego przez osoby starsze i niepełnosprawne jest uprawianie turystyki. W literaturze przedmiotu podkreśla się doniosłą rolę aktywności turystycznej w zaspokajaniu nie tylko potrzeb ruchowych, ale i psychicznych oraz społecznych osób starszych. Spośród form uprawiania turystyki dedykowanych osobom starszym i niepełnosprawnym znawcy tematu wskazują m.in. na turystykę pieszą górską.
5. Organizowanie turystyki osób starszych z deficytem wzroku wymaga zarówno odpowiedniego przygotowania merytorycznego szeroko pojętej kadry turystycznej, jak i działań mających na celu właściwe udostępnianie różnych przestrzeni publicznych oraz obiektów bazy turystycznej osobom z tego typu dysfunkcjami.

6. Miejscem idealnie łączącym ww. wytyczne uprawiania turystyki osób starszych z dysfunkcjami wzroku jest zlokalizowana w polskich Bieszczadach, w miejscowości Muczne, ścieżka turystyczna z audiodeskrypcją o nazwie „Zobaczyć Bieszczady”. Właściwie dobrany stopień trudności szlaku, bardzo dobrze przygotowana i zainstalowana infrastruktura turystyczna, uwzględniająca osoby o szczególnych potrzebach, a także odpowiednio dobrane walory przyrodnicze i antropogeniczne sprawiają, że jest to idealne miejsce aktywizacji ruchowej seniorów.

## Piśmiennictwo

1. Szweda-Lewandowska Z. Starzenie się i starość – ogólna charakterystyka. W: Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P. (oprac.). Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; 2012.
2. Pędich W. Procesy starzenia się człowieka. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Via Medica; 2006.
3. Duda K. Proces starzenia się. W: Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A. (red.). Fizjologia starzenia się: profilaktyka i rehabilitacja. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
4. Kozdroń E. Kultura fizyczna – sport dla wszystkich. W: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie: tezy i rekomendacje. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich; 2012.
5. Winiarski R. Wstęp do teorii rekreacji (ze szczególnym uwzględnieniem rekreacji fizycznej). Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego im. B. Czecha; 1989.
6. Czerwińska K., Kucharczyk I. Niepełnosprawność wzroku nabyta w późnej dorosłości a aktywność fizyczna seniorów. Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej. 2019; 34: 99–113.
7. Czerwińska K., Kucharczyk I. Nabycie niepełnosprawności wzroku w późnej dorosłości a jakość życia. Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej. 2019; 34: 131–145.
8. Kielbasiewicz-Drozdowska I., Siwiński W. (red.). Teoria i metodyka rekreacji. Zagadnienia podstawowe. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego; 2001.
9. Uzar-Szcześniak K. Między aktywnością a przeaktywizowaniem – o adekwatne podstawy antropologiczne aktywizacji seniorów. W: Wnuk-Olenicz M. (red.). Problemy i szanse rozwoju osób starszych w społeczeństwie polskim. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2015.
10. Winzer B. Promocja zdrowia i aktywności prozdrowotnej. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Via Medica; 2006.

11. Szwarc H., Wolańska T., Łobożewicz T. *Rekreacja i turystyka ludzi w starszym wieku*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych; 1988.
12. Kociszewski P. Turystyka seniorów jako istotny czynnik aktywizacji osób starszych. *Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula*. 2016; 46(1): 217–237.
13. Żukowska Z. Aktywna turystyka młodzieżowa i jej wartości w wychowaniu do zdrowego stylu życia. W: Dziubiński Z. (red.). *Aksjologia turystyki*. Warszawa: Salezjańska Organizacja Sportowa Rzeczypospolitej Polskiej; 2006.
14. Łobożewicz T. (red.). *Turystyka i rekreacja ludzi niepełnosprawnych*. Warszawa: Wyższa Szkoła Ekonomiczna; 2000.
15. Grabowski J., Milewska M., Stasiak A. *Vademecum organizatora turystyki niepełnosprawnych*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Turystyki i Hotelarstwa; 2007.
16. Luboński P. (red.). *Bieszczady: przewodnik*. Pruszków: Oficyna Wydawnicza „Re-wasz”; 2009.
17. Winnicki T., Zemanek B. *Przyroda Bieszczadzkiego Parku Narodowego*. Ustrzyki Dolne: Wydawnictwo Bieszczadzkiego Parku Narodowego; 2009.
18. <http://www.twojebieszczady.net> [dostęp: 21.10.2022].
19. <https://www.facebook.com/ZobaczycPodkarpacie> [dostęp: 21.10.2022].

### ***Małgorzata Dziechciaż***

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

### ***Małgorzata Dukacz***

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

### ***Rafał Filip***

Uniwersytet Rzeszowski  
University of Rzeszów

## **ROZDZIAŁ 8**

### **WYBRANE ZDROWOTNE DETERMINANTY JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU**

### **SELECTED HEALTH DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY**

## **Streszczenie**

#### **Wstęp**

Ocena jakości życia osób w starszym wieku jest jednym z najważniejszych zadań w opiece nad seniorami, ponieważ staje się gwarantem właściwego rozpoznania ich potrzeb i świadczenia opieki zgodnej z oczekiwaniami.

#### **Cel pracy**

Celem pracy jest przedstawienie w oparciu o przegląd piśmiennictwa wybranych zdrowotnych determinantów jakości życia osób w podeszłym wieku.

#### **Treść**

Zarówno w Polsce, jak i na świecie zdrowie uznawane jest za najważniejszy czynnik jakości życia seniorów. Wśród czynników zdrowotnych, mających wpływ na jakość życia w starości, wymienia się m.in. wielochorobowość, wielkie zespoły geriatryczne i wielolekowość, które prowadzą do niesprawności funkcjonalnej, skutkują koniecznością korzystania z pomocy innych osób, zaniżają u seniorów poczucie wartości, a tym samym obniżają jakość ich życia.

#### **Podsumowanie**

Poprawne i odpowiednio wczesne zdiagnozowanie wystąpienia u seniorów problemów zdrowotnych prowadzących do niesprawności funkcjonalnej, a następnie wprowadzenie



działań mających na celu prawidłowe ich rozwiązanie i leczenie w istotny sposób może zapobiec pojawieniu się niesprawności i poprawić jakość życia seniorów.

**Słowa kluczowe:** starość, seniorzy, wielochorobowość, jakość życia

## Abstract

### Introduction

Assessment of the quality of life of the elderly is one of the most important tasks in the care of seniors because it becomes a guarantor of proper identification of needs and provision of care in accordance with expectations.

### Aim of publication

The purpose of this study is to present, based on a review of the literature, selected health determinants of quality of life in the elderly.

### Content

Health both in Poland and around the world is considered the most important factor in the quality of life of seniors. Among the health factors affecting quality of life in old age are multi-disease, large geriatric syndromes, multi-medication, which lead to functional incapacity, result in the need for assistance from others, undermine seniors' sense of self-worth and thus reduce their quality of life.

### Summary

The correct and timely diagnosis of the occurrence of health problems in seniors leading to functional incapacity and then the introduction of measures to properly address and treat them can significantly prevent the occurrence of incapacity and improve their quality of life.

**Keywords:** old age, seniors, multimorbidity, quality of life

## Wprowadzenie

Starzenie się człowieka jest naturalnym i nieodwracalnym procesem, przebiegającym w sposób indywidualny u poszczególnych osób. Badania dowodzą, że u osób starszych zdecydowanie częściej proces ten związany jest z różnego typu chorobami i stanami patologicznymi prowadzącymi do upośledzenia sprawności funkcjonalnej, zależności od innych osób i obniżenia jakości życia.

Współcześnie bardzo ważnym zadaniem w opiece nad seniorami staje się ocena jakości ich życia oraz w razie potrzeby wdrożenie działań mających na celu poprawę tej jakości. Zapewnienie seniorom jakości życia na odpowiednim poziomie jest równie ważne jak wydłużanie czasu trwania życia.

Seniorzy jakość swojego życia łączą przede wszystkim z zaspokojeniem takich potrzeb, jak: zdrowie, kontakty z rodziną, aktywny udział w życiu spo-

łącznym, szanse na rozwój oraz możliwość realizowania własnych planów i zamierzeń [1].

Badacze zarówno polscy, jak i zagraniczni wykazują, że zdrowie jest najważniejszym determinantem jakości życia [2, 3]. Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w Polsce w 2015 roku 20% osób w starszym wieku określiło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, 50% jako „takie sobie”, zaś 30% jako złe lub bardzo złe [4]. Zgodnie z danymi GUS najczęstszymi chorobami u osób w podeszłym wieku były: choroby układu krążenia, choroby stawów, choroby płuc, choroby kręgosłupa, choroby wątroby, choroby tarczycy oraz nerwice. Ponadto u seniorów najczęściej współistniało kilka chorób [5]. Marian Sygit wskazuje, że długotrwałe problemy zdrowotne występowały u 73% osób w wieku 60 lat oraz 84% osób w wieku 70 lat i więcej [6].

Wśród zdrowotnych czynników determinujących jakość życia seniorów najczęściej wymienia się:

- wielochorobowość oraz związaną z nią wielolekowość,
- wielkie zespoły geriatryczne,
- depresję,
- zaburzenia funkcji poznawczych i otępienie,
- sprawność funkcjonalną definiowaną jako zdolność do wykonywania podstawowych czynności życiowych [7, 8].

## Wielochorobowość

Wielochorobowość (polipatologia), czyli współwystępowanie kilku przewlekłych chorób, jest jedną z najbardziej charakterystycznych cech pacjentów geriatrycznych. W praktyce klinicznej termin „pacjent geriatryczny” odnosi się do osoby w podeszłym wieku chorującej na kilka chorób równocześnie [9].

Kornelia Kędziora-Kornatowska określa wielochorobowość jako współistnienie wielu procesów patologicznych, powikłań, a także nieostrożne stosowanie leczenia farmakologicznego [10]. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje wielochorobowość jako współwystępowanie minimum dwóch chorób o charakterze przewlekłym [11].

U osób w starszym wieku najczęściej dominują choroby układu sercowo-naczyniowego, układu ruchu oraz choroby metaboliczne.

Wielochorobowość zwiększa ryzyko zgonów, niesprawności, zdarzeń niepożądanych, często staje się przyczyną hospitalizacji i instytucjonalizacji osób w starszym wieku oraz niższej jakości ich życia [8].

## Wielkie problemy geriatryczne

Bardzo ważnym problemem osób w starszym wieku są tzw. wielkie problemy geriatryczne, czyli przewlekłe i wieloprzyczynowe stany patologiczne. Wpływ na ich powstanie mają zarówno zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie starzejącego się człowieka, jak i procesy patologiczne, zażywane leki, styl życia. Wielkie problemy geriatryczne stanowią bardzo złożony problem zdrowotny seniorów, są częstą przyczyną niesprawności funkcjonalnej, wielochorobowości, zwiększonej śmiertelności i w istotny sposób pogarszają jakość życia osób w podeszłym wieku. Warty zauważenia jest fakt, że często wystąpienie jednego problemu geriatrycznego pociąga za sobą pojawienie się kolejnych. Wśród wielkich zespołów geriatrycznych wyróżnia się m.in.: upadki, nietrzymanie moczu i stolca, zespoły psychopatologiczne tj. otępienne, depresyjne, majaczeniowe.

Upadek definiowany jest jako nagła utrata równowagi w wyniku której senior w sposób niezamierzony zmienia pozycję ciała. Nierzadko upadki są problemem niedoszacowanym, ponieważ najczęściej o upadku informuje się wtedy, gdy wiąże się z poważnymi skutkami, np. złamaniem, jeśli natomiast po upadku nie nastąpią groźne konsekwencje, zazwyczaj nie jest on zgłaszany. Uważa się, że ryzyko upadków zwiększa się wraz z wiekiem, a choroby takie jak choroba Parkinsona, choroba Alzheimerera, stany po udarze mózgu, choroby związane z układem ruchu, wielochorobowość i wielolekowość predysponują do pojawienia się upadków. Do czynników mających wpływ na wystąpienie upadków zalicza się także czynniki środowiskowe, np.: złe oświetlenie, wysokie progi, śliskie nawierzchnie. Upadki są częstym powodem hospitalizacji osób w podeszłym wieku, niesprawności, a niekiedy śmierci [12]. Warto zauważyć, że nawet upadek bez poważnych konsekwencji fizycznych pod postacią np. złamania, często prowadzi do wzbudzenia u seniora, który go doświadczył, lęku przed kolejnym upadkiem, a to z kolei przyczynia się do ograniczenia aktywności ruchowej, zmniejszenia kontaktów z innymi osobami, depresji i nieuchronnie prowadzi do niesprawności.

Nietrzymanie moczu określane jest jako niekontrolowane, mimowolne oddanie moczu, zaś nietrzymanie stolca jako niezdolność do gromadzenia kału i wydalania go w sposób kontrolowany. Uważa się, że nietrzymanie moczu występuje u około 10–20% pacjentów w podeszłym wieku, a nietrzymanie stolca u 5–6%. Nietrzymanie moczu i stolca staje się częstą przyczyną izolowania się osób starszych, może wywoływać u nich stany lękowe oraz przyczynić się do instytucjonalizacji i znacząco pogorszyć jakość ich życia [13].

Zespoły psychopatologiczne, tj. otępienne, depresyjne, majaczeniowe mogą mieć podłoże chorobowe lub być skutkiem wielochorobowości i związanej

z nią wielolekowości. Należy zauważyć, że polekowe zespoły objawowe mają gwałtowny początek, dlatego też można określić, kiedy i po podaniu jakich leków wystąpiły. Wśród częstych objawów wyróżnia się: zaburzenia snu, dezorientację, omamy, zaburzenia świadomości, nadmierną lub zmniejszoną aktywność, zaburzenia pamięci [14]. Otępienie, depresja i zespoły splątaniowe przyczyniają się w istotny sposób do braku samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, do utraty autonomii i zasadniczo pogarszają jakość życia.

## Wielolekowość

Katarzyna Wieczorowska-Tobis określa wielolekowość (politerapię) jako jednoczesne zażywanie przez chorego co najmniej pięciu leków, natomiast przyjmowanie 10 leków definiuje jako ciężką wielolekowość. Badaczka zauważa, że wielochorobowość i wielolekowość tworzą ze sobą tzw. spiralę chorób i terapii. Występowanie u pacjenta większej ilości chorób wymusza na nim leczenie u lekarza rodzinnego i kilku specjalistów. To z kolei pociąga za sobą stosowanie większej ilości leków, co w konsekwencji może skutkować uszkodzeniem kolejnych narządów [15].

Badania PolSenior wykazały, że seniorzy w Polsce średnio zażywają ponad pięć leków, a 90% z nich zażywa leki codziennie [16].

W przypadku stosowania u osób w starszym wieku politerapii niezwykle ważne jest uwzględnienie odmienności farmakokinetyki i farmakodynamiki substancji leczniczych w organizmie osoby starszej oraz zadbanie o odpowiednie dawkowanie leków. Istotne jest też zwrócenie uwagi na możliwość wystąpienia działań niepożądanych i interakcji pomiędzy lekami, a także zadbanie o właściwy przepływ informacji pomiędzy pacjentem a lekarzem, lekarzem a lekarzem.

Zmiany fizjologiczne zachodzące w starzejącym się organizmie wpływają na farmakokinetykę i farmakodynamikę substancji leczniczych. Dlatego w terapii osób starszych należy pamiętać o informowaniu lekarzy o przyjmowanych na stałe lekach oraz okresowej kontroli listy leków.

Stosowanie politerapii u osób starszych wymaga również szczególnego zwrócenia uwagi na odpowiednie dawkowanie leków. Ma to związek z tym, że u seniorów wydalenie i resorpcja leków przez nerki są często słabsze, zaś rozpiętość między dawką działającą a toksyczną leku jest zwykle mniejsza. Ponadto istnieje ryzyko, że osoba w starszym wieku, przyjmująca leki długotrwale i kilka jednocześnie, nie zawsze przestrzega zaleceń lekarza. Powodem takiej sytuacji mogą być np.: problemy ze wzrokiem, trudna sytuacja ekonomiczna, zaburzenia poznawcze, trudności z przelykaniem leków czy brak zaufania do

lekarza. Warto zauważyć, że ryzyko braku współpracy między lekarzem a starszym pacjentem wzrasta wraz z intensyfikacją częstości i ilości zażywanych leków. Pomocne w poprawie tej sytuacji może być stosowanie dozowników na leki, informowanie lekarza o trudnościach w przyjmowaniu leków oraz o każdym zaobserwowanym działaniu ubocznym.

Interakcje zachodzące pomiędzy lekami niekiedy uznaje się za istotne klinicznie, szczególnie gdy chce się uzyskać zwiększenie skuteczności ich działania. Jednak gdy pacjent zażywa dużą liczbę leków, istnieje ryzyko wystąpienia niepożądanych interakcji, które mogą doprowadzić do pogorszenia stanu pacjenta, a nawet do śmierci. Duże znaczenie mają tu wiek chorego, występowanie niewydolności wątroby i nerek, leczenie prowadzone przez kilku lekarzy i brak dokładnej informacji na temat zalecanych przez nich leków oraz samoleczenie chorego. Do leków wykazujących najbardziej niebezpieczne interakcje zalicza się: leki przeciwkrzepliwe, przeciwcukrzycowe, obniżające poziom cholesterolu, przeciwgrzybicze, nasenne, uspokajające, przeciwpadaczkowe, przeciwnowotworowe, leki stosowane w chorobach układu krążenia, niesteroidowe leki przeciwzapalne. Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych wzrasta wraz z ilością przyjmowanych leków i wiekiem chorych. Badania wykazały, że u pacjentów przyjmujących dwa leki równocześnie ryzyko działań niepożądanych wynosiło 13%, u pacjentów zażywających pięć leków równocześnie ryzyko działań niepożądanych wzrosło do 38%, zaś u pacjentów przyjmujących siedem i więcej leków ryzyko działań niepożądanych sięgało aż 82% [17].

Polifarmakoterapia jest stosowana z powodzeniem w leczeniu wielu chorób, zaś łączenie leków może zwiększać efekt terapeutyczny bez istotnego wzrostu ryzyka wystąpienia działań niepożądanych. Jednakże brak uwzględnienia odmienności farmakokinetyki i farmakodynamiki, niewłaściwe dawkowanie leków, niebezpieczne interakcje leku z pokarmem, z innym lekiem lub suplementem diety mogą przyczynić się do powstania geriatrycznego zespołu jatrogennego (GZJ) – upośledzenia funkcji organizmu na skutek wystąpienia nowej choroby powstałej w wyniku niewłaściwego leczenia osoby w podeszłym wieku. Do najczęstszych objawów powstałych w wyniku nieprawidłowego leczenia należą: gwałtowne obniżenia ciśnienia tętniczego krwi prowadzące do zasłabnięć i upadków, krwawienia z przewodu pokarmowego, zawroty głowy, zaburzenia rytmu serca, utrata łaknienia, zaburzenia stężenia elektrolitów, utrata masy ciała, sennaść, objawy majaczenia i depresji [16].

## Polipragmazja

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele określeń definiujących polipragmazję. Agnieszka Borzym za Katarzyną Wieczorowską-Tobis definiuje polipragmazję jako zażywanie przez chorego co najmniej jednego leku bez

wyraźnych wskazań [18]. W piśmiennictwie anglojęzycznym „polypharmacy” odnosi się do przyjmowania powyżej sześciu leków oraz niewłaściwego ich stosowania [19]. Polipragmazja jest również definiowana jako codzienne zażywanie pięciu lub więcej leków kupowanych zarówno zgodnie ze zleceniem lekarza, jak i tych bez recepty lub jako niewłaściwą ordynację leków bez względu na ich liczbę [16].

Zjawisko polipragmazji może doprowadzić do wystąpienia niepożądanych interakcji pomiędzy lekami, lekiem a pożywieniem, lekiem a chorobą. Im więcej leków i suplementów zażywa pacjent, tym ryzyko pojawienia się niewskazanych oddziaływań jest większe. Niewłaściwe połączenie leków, w tym leków kupowanych samodzielnie bez recepty i suplementów diety, może poważnie zagrozić zdrowiu i życiu pacjentów [20].

Uważa się, że zjawisko polipragmazji w przeciwieństwie do polifarmakoterapii jest poważnym błędem [21]. Polifarmakoterapia polega na świadomym i bezpiecznym stosowaniu pod kontrolą lekarza co najmniej pięciu leków dla osiągnięcia odpowiedniego efektu terapeutycznego. Działania niepożądane i interakcje występujące u pacjentów geriatrycznych w wyniku wielolekowości mogą wynikać z niewłaściwego zlecenia lekarskiego albo samoleczenia. Raport Narodowego Funduszu Zdrowia z lutego 2020 roku wskazuje, że

[...] nie ma jednoznacznych wskazań, kiedy wielolekowość staje się niewłaściwą polipragmazją. Istotną rolę w ocenie pełni lekarz prowadzący [22].

Czynnikami mającymi wpływ na wystąpienie polipragmazji są: wiek, wielochorobowość, lekceważenie przeciwwskazań i ograniczeń co do stosowania leków, niezgodne z zaleceniami zażywanie leków przez pacjenta, niedostateczna wiedza lekarzy i pacjentów o skutkach polipragmazji oraz łatwy dostęp do leków bez recepty.

Wśród leków mających wpływ na wystąpienie polipragmazji wymienia się leki *over-the-counter* (OTC). Są to leki, do których zakupu nie jest potrzebna recepta, można je nabyć nie tylko w aptece, ale także np. na stacji benzynowej, w supermarkecie. Leki te pomocne są w dolegliwościach bólowych, stanach przeziębienia, gorączce, kłopotach trawiennych, alergiach. Stosowanie tych leków nie stanowi problemu w sytuacji gdy dawkowanie i możliwość ich aplikacji skonsultowane są z lekarzem. Jeśli pacjent zażywa jeszcze inne leki, niezwykle ważne jest przeanalizowanie, czy w leku OTC nie jest zawarta substancja, którą pacjent już przyjmuje lub czy nie istnieje ryzyko wystąpienia niepożądanych interakcji [15]. Łatwy dostęp do leków OTC oraz reklamy w mediach, zachęcające seniorów do leczenia się z pominięciem wizyty u lekarza, stwarzają ryzyko samoleczenia i nadużywania tych leków.

Polipragmazja w istotny sposób obniża jakość życia osób w starszym wieku, może prowadzić do wystąpienia działań niepożądanych leków, hospitalizacji, a nawet zgonu. Szacuje się, że częstość zgłaszanych zdarzeń niepożądanych wynosi od 3 do 25%, hospitalizacji od 10 do 20%, a przypadków śmiertelnych od 0,01 do 0,1% [23]. Ponadto wśród następstw polipragmazji wymienia się wystąpienie geriatrycznych zespołów jatrogennych, niepełnosprawności i instytucjonalizacji [16]. Do najczęstszych działań niepożądanych leków, przyczyniających się do hospitalizacji osób w starszym wieku, zalicza się: wysypkę, wymioty, bóle głowy, odwodnienie, zapalenie żołądka, biegunkę, krwawienie z przewodu pokarmowego, kaszel, migotanie przedsionków, hipokaliemię i hiperkaliemię, hipoglikemię i hiperglikemię, blok AV, częstokurcz nadkomorowy, ostrą niewydolność nerek [15].

## Podsumowanie

Stan zdrowia osób w podeszłym wieku jest istotnym determinantem autonomii życiowej i ważnym aspektem jakości życia seniorów. Dlatego w trosce o zapewnienie możliwie najwyższego poziomu jakości życia ważne jest wdrożenie profilaktyki geriatrycznej, leczenia na odpowiednim poziomie oraz rehabilitacji i wsparcia. W celu poprawy jakości życia seniorów zaleca się aktywność fizyczną z uwzględnieniem różnych form ćwiczeń, takich jak: elementy rozciągania, aerobik, relaksacja. Ćwiczenia powinny mieć lekki lub umiarkowany stopień trudności, (np.: spacer, taniec, pływanie, jazda na rowerze, gimnastyka) oraz obejmować trening mięśni (ćwiczenia wytrzymałościowe, trening równowagi i „elastyczności”). Ważne jest, aby ćwiczenia sprawiały radość i odprężyły, a także by były prowadzone regularnie, jeśli to możliwe – codziennie [1].

Dobre zdrowie, niezależność, sprawność funkcjonalna, bezpieczeństwo materialne oraz dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi w opinii społecznej uznawane są za najważniejsze czynniki jakości życia osób w podeszłym wieku. Wraz z wiekiem stan zdrowia ulega pogorszeniu, dochodzi do zmniejszenia zakresu sprawności funkcjonalnej, redukcji dochodów, co niewątpliwie ma wpływ na jakość życia osób w starszym wieku [24].

Wielochorobowość, wielkie zespoły geriatryczne, wielolekowość i polipragmazja są dla osób w podeszłym wieku problemami zdrowotnymi, które często prowadzą do niesprawności funkcjonalnej, skutkują koniecznością korzystania z pomocy innych osób, zaniżają u seniorów poczucie wartości, a tym samym obniżają jakość ich życia. Odpowiednio wczesne zdiagnozowanie wystąpienia tych problemów, a następnie wprowadzenie działań mających na celu prawidłowe ich rozwiązanie i leczenie w istotny sposób może zapobiec wystąpieniu niesprawności i przyczynić się do utrzymania wysokiej jakości życia seniorów.

Warto jednak zauważyć, że niekiedy obiektywna poprawa stanu zdrowia związana z efektywnym leczeniem nie musi oznaczać poczucia lepszej jakości życia u pacjentów. Zdarza się, że negatywne psychiczne i społeczne konsekwencje choroby są trudniejsze do usunięcia niż przywrócenie sprawności danego narządu. Wysoka jakość życia oznacza dobre życie, wypełnione zadowoleniem i umiejętnością cieszenia się nim [24].

## Piśmiennictwo

1. Lada A. Jakość życia seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J – Paedagogia-Psychologia*. 2018; 31(2): 331–345.
2. Halicka M., Pędich W. Satysfakcja życiowa ludzi starych. W: Synak B. (red.). *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2002, s. 219–230.
3. Sováriová Soósová M. Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2016; 7(3): 484–493.
4. Główny Urząd Statystyczny. Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2017.
5. Główny Urząd Statystyczny. *Diagnoza społeczna*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016.
6. Sygit M. *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2010.
7. Szewczyk M., Stachowska M., Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie*. 2012; 81(1): 96–100.
8. Piotrowicz K. Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. *Gerontologia Polska*. 2013; 21(3): 63–72.
9. Kędziora-Kornatowska K. Wybrane aspekty opieki medycznej w geriatric. W: Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.). *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018.
10. Kędziora-Kornatowska K. Wielochorobowość wieku podeszłego w aspekcie opieki pielęgniarskiej. W: Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo*. Lublin: Wydawnictwo „Czelej”; 2007, s. 81–84.
11. Wieczorowska-Tobis K. Typowe cechy medycyny geriatrycznej. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
12. Kędziora-Kornatowska K., Biercewicz M. Upadki i zaburzenia lokomocji. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, s. 247–249.
13. Styszyński A., Kwapisz U. Wybrane wielkie zespoły geriatryczne. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, s. 237–245.



14. Wojszel B., Bień B. Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. W: Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.). Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Lublin: Wydawnictwo „Czelej”; 2007, s. 106–110.
15. Wieczorowska-Tobis K. Specyfika pacjenta starszego. W: Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. (red.). Fizjoterapia w geriatric. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011, s. 18–27.
16. Krajewska-Kułak E., Cybulski M., Szczepański M. Wybrane aspekty roli pielęgniarki w farmakoterapii osób w podeszłym wieku. W: Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018, s. 204–207.
17. Bień B., Wojszel Z.B., Pawlak D., Wieczorowska-Tobis K. (red.). Farmakoterapia w geriatric. Wrocław: MedPharm Polska; 2017.
18. Borzym A. Zasady farmakoterapii w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Medycznych*. 2011; 24(8): 671–675.
19. Gryglewska B., Woron J., Dzieża A., Grodzicki T. Polipragmazja i politerapia w starszym wieku – czy można ją ograniczyć? <https://podyplomie.pl/medycyna/16304,polipragmazja-ipoliterapia-w-starszym-wieku> [dostęp: 15.01.2022].
20. Naczyńska J. Polipragmazja – czym jest i jakie są jej przyczyny oraz skutki? <https://www.doz.pl/czytelnia/a14838-Polipragmazja> [dostęp: 12.11.2021].
21. Wojtczak D., Kasznicki J., Drzewoski J. Pros and cons of polypharmacy in elderly patients with diabetes. *Clinical Diabetology*. 2017; 6(1): 34–38.
22. <https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2020/02/Raport-polipragmazja.pdf> [dostęp: 11.01.2023].
23. Kędziora-Kornatowska K., Grzanka-Tykwińska A. Osoby starsze w społeczeństwie informacyjnym. *Gerontologia Polska*. 2011; 19(2): 107–111.
24. Steuden S. Psychologia starzenia się i starości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.

*Magdalena Strugała, Adam Jaros, Aleksandra Zielińska-Czajko,  
Dorota Talarska*

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Poznan University of Medical Sciences

## **ROZDZIAŁ 9**

### **ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WIELOLEKOWOŚCIĄ A WYDOLNOŚCIĄ FUNKCJONALNĄ I OGÓLNĄ JAKOŚCIĄ ŻYCIA OSÓB PO 65. ROKU ŻYCIA – BADANIA WSTĘPNE**

RELATIONSHIP BETWEEN MULTIDRUG USE  
AND FUNCTIONAL CAPACITY AND GENERAL QUALITY  
OF LIFE IN PEOPLE OVER 65 – PRELIMINARY RESEARCH

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Wielelekowość w dzisiejszych czasach staje się coraz poważniejszym problemem, z którym boryka się współczesna medycyna, zwłaszcza geriatrya. Jego eskalacja w przyszłości może doprowadzić do tego, że dostępne środki terapeutyczne staną się nieskuteczne w obliczu postępującej choroby. Dodatkowo konieczność kupna większej liczby środków farmakologicznych odbija się na domowym budżecie, co bezpośrednio wpływa na poziom jakości życia pacjentów w okresie starości. Ponadto kumulujące się substancje aktywne mogą dawać objawy niepożądane, przyczyniając się do spadku wydolności funkcjonalnej pacjenta i obniżając relatywnie jakość jego życia.

### **Cel pracy**

Głównym celem pracy była ocena jakości życia oraz sprawności funkcjonalnej wśród osób dotkniętych problemem wielelekowości.

### **Materiał i metody**

Badaniem pilotażowym objęto 46 osób. W dużej mierze były to osoby borykające się ze schorzeniami onkologicznymi, poddawane hospitalizacji na oddziale onkologii laryngologicznej. Narzędziami badawczymi wykorzystanymi w pracy były: arkusz oceny jakości życia WHOQOL, skala oceny złożonych czynności życia codziennego (skala Lawtona – IADL),

skala oceny podstawowych czynności życia codziennego (skala Katza – ADL) oraz skala AMTS. Dodatkowo wykorzystano arkusz umożliwiający zebranie danych demograficznych własnego autorstwa.

### **Wyniki**

U osób starszych odnotowano subiektywne pogorszenie się jakości życia i ogólnej wydolności funkcjonalnej wraz z liczbą zażywanych leków. Nie wykazano związku pomiędzy czynnikami socjogeograficznymi, takimi jak płeć czy wykształcenie, a sprawnością funkcjonalną lub indywidualnie ocenianą jakością życia.

### **Wnioski**

Wraz ze wzrostem liczby przyjmowanych leków istotnie pogarsza się poziom jakości życia. Im gorsza sprawność funkcjonalna osób starszych, tym więcej zażywają środków farmakologicznych.

**Słowa kluczowe:** wielolekowość, polipragmazja, jakość życia, sprawność funkcjonalna

## **Abstract**

### **Introduction**

Nowadays, polypharmacy is becoming an increasingly pressing issue in modern medicine, especially in geriatrics. Escalation of the issue in the future may lead to a point, where available pharmaceuticals may become useless in the face of advancing illness. Additionally, the necessity to purchase more medication impacts the household budget, which in turn affects the quality of life in elderly patients. What is more, accumulating active substances can cause adverse effects, resulting in a decline in patient's functional capacity and relatively decreasing the quality of life.

### **Aim of publication**

The main objective of the study was the assessment of the quality of life and functional capabilities among people affected by the issue of polypharmacy.

### **Material and method**

The study group consisted of 46 people. These were mostly people dealing with oncological illnesses, hospitalized in the ENT oncology ward. The study was a pilot study. The research tools used in the study include: WHOQOL quality of life assessment, instrumental activities of daily living scale (Lawton scale – IADL), activities of daily living scale (Katz scale – ADL) and AMTS scale. Additionally, a metric sheet of our own authorship was used.

### **Results**

In the elderly, a subjective deterioration in the quality of life was noted. A subjective deterioration in quality of life and general functional ability of the elderly was noted along with the number of medications taken. No relationship was identified between socio-geographic factors such as gender or education in relation to functional capacity and individually assessed quality of life.

## Conclusion

The study has shown that the number of medications administered significantly influences the quality of life and functional capacity in elder people.

**Keywords:** multidrug use, polypharmacy, quality of life, functional ability

## Wstęp

W ciągu ostatnich dekad niezaprzeczalnie dostrzega się problem demograficzny polegający na postępującym starzeniu się społeczeństwa [1]. Obecnie w Polsce jest około 17,1% osób w wieku 65+, czyli prawie 9 mln pacjentów potrzebujących mniejszego lub większego dostępu do świadczeń POZ, strefy komercyjnej dostosowanej do ich potrzeb, ośrodków pomocy społecznej, specjalistów w dziedzinach pokrewnych geriatrici. Dla porównania na początku lat 90. ubiegłego wieku ta populacja wynosiła 15% ogółu społeczeństwa (czyli 5,6 mln osób) [1, 2].

Istotna cecha charakteryzująca grupę pacjentów w wieku podeszłym to wielochorobowość, wynikająca często bezpośrednio z upośledzonej na wielu płaszczyznach funkcji biologicznej i adaptacyjnej organizmu [3, 4]. Ścisłe powiązana z polipatologią i bardzo powszechna w populacji geriatrycznej jest wielolekowość, zwykle definiowana jako równoczesne przyjmowanie co najmniej pięciu leków [2, 5, 6]. Szacuje się, że w Europie wśród osób po 65. roku życia 32,1% zażywa 5 lub więcej leków w ciągu dnia (w tym tych na receptę, OTC [ang. *over-the-counter drugs*], czyli leków bez recepty, oraz suplementów diety), a w Polsce ten odsetek wynosi 33,8% [7]. Zatem zjawisko wielolekowości występuje średnio u co drugiej starszej osoby, a ciężkiej wielolekowości (przyjmowanie co najmniej 10 leków) – u co dziesiątej [8].

Polipatologia komplikuje postępowanie terapeutyczne, w tym farmakoterapię. Mnogie stany chorobowe i często wiara starszych pacjentów w jej stuprocentową skuteczność skłaniają chorych do korzystania z usług i opinii wielu specjalistów jednocześnie [9]. Tym samym wydłużająca się lista zażywanych medykamentów wiąże się z działaniami niepożądanymi, np. większym współczynnikiem ryzyka upadków i zaburzeń stanu odżywienia, przedłużaniem się pobytu w szpitalu oraz z ponowną hospitalizacją w krótkim odstępie czasu od wypisu lub wręcz ze wzrostem śmiertelności [10]. Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, niezależnie od rodzaju leków, przy liczbie 5 medykamentów przyjmowanych w systemie dziennym wzrasta do około 50%.

Dodatkowym problemem są zarówno powszechna dostępność leków OTC, jak i promowane w mediach masowego przekazu suplementy diety. Szacuje się, że około 39% osób w podeszłym wieku decyduje się na zakup leku OTC

pod wpływem reklamy. Preparaty te mogą być nadużywane, co prowadzi do ryzyka wystąpienia wcześniej wspomnianych działań niepożądanych [11]. Warto podkreślić, że u osób starszych objawy niepożądane mogą być niespecyficzne, tak jak w przypadku innych stanów chorobowych. Stąd tak ważna jest obserwacja stanu starszych chorych, dokonywanie przeglądu zażywanych leków i analiza ich możliwych interakcji [3]. Współwystępowanie zjawiska leczenia polipatologii z łatwym dostępem do środków farmaceutycznych bez recepty oraz suplementów diety może spowodować powstanie katastrofalnej, samonakręcającej się spirali – wówczas skutki uboczne przyjmowania leków wymagają zastosowania kolejnych środków farmaceutycznych w celu ich leczenia. Tym samym próba zniwelowania działania ubocznego prowadzi do nasilenia zjawiska polipragmazji. Współczesne badania sugerują, by wdrażać racjonalną polipragmazję/polifarmakoterapię, polegającą na uzasadnionym ordynowaniu wielu leków, i by wychwycić te przypadki, w których polipragmazja nie jest właściwym postępowaniem, bez wskazań do stosowania zbyt wielu środków [12, 13]. Lista strat przy polifarmakoterapii jest znacząco niższa niż przy pozostawieniu stanu wielochorobowości bez odpowiednich działań terapeutycznych.

Kluczowym aspektem problemu wielolekowości może być także występowanie zjawiska znanego w literaturze jako *non-adherence*, gdzie działania pacjenta nie zawsze pozostają w zgodzie z rekomendacjami w zakresie farmakoterapii, dietoterapii czy stylu życia [14]. Raport FDA (ang. Food and Drug Administration) ujawnił, że około 60% pacjentów przyjmujących regularnie środki farmakologiczne ma problemy z zapamiętaniem ich nazw handlowych. Około 30–50% chorych nie stosuje się do zaleceń lekarskich, a około 20% zażywa leki, które nie zostały im w ogóle zalecone [15].

Niewątpliwie następstwa wielochorobowości i wielolekowości przenikają się oraz przekładają na niemalże każdy poziom wydolności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych (sprawność fizyczną, intelektualną, ale też stan emocjonalny – bezpośrednio oddziałujący na pozostałe sprawności), która niejednokrotnie stanowi istotną klinicznie cechę pozwalającą planować dalszą terapię i opiekę w szpitalu oraz w środowisku domowym chorego [16, 17, 18, 19, 20].

Polipatologia i wielolekowość znacząco wpływają na poziom jakości życia osób starszych, który obniża wiele innych czynników: sytuacja materialna (często na poziomie ubóstwa) utrudniająca zaspokajanie podstawowych potrzeb i dostęp do świadczeń zdrowotnych [21], brak wsparcia społecznego, instytucjonalizacja, izolacja i samotność [22, 23, 24, 25].

Reasumując, liczne choroby współistniejące i stosowane na nie leki powodują niższą jakość życia i samoocenę zdrowia, problemy z mobilnością i sprawność-

cią funkcjonalną, a także występowanie dystresu na skutek wzrostu liczby lub długości hospitalizacji, rosnące koszty powiązane z korzystaniem ze środków opieki zdrowotnej i społecznej, a w końcu wyższe ryzyko zgonu [15, 26, 27].

## Cel pracy

Celem prowadzonych badań pilotażowych była weryfikacja związków między wielolekowością a wydolnością funkcjonalną i jakością życia wśród osób po 65. roku życia.

## Materiał i metody

Badaniem objęto 46 pacjentów kliniki otolaryngologii i onkologii laryngologicznej w wieku od 65 do 88 lat wyrażających świadomą zgodę na badanie oraz będących w stanie samodzielnie lub z pomocą opiekuna udzielić odpowiedzi na pytania postawione w kwestionariuszu. Uzasadnieniem wyboru danego respondenta było zaobserwowanie przyjmowania przez niego dużej liczby środków farmaceutycznych.

Badanie miało charakter pilotażowy. Kryteriami włączenia do niego były: wiek (65 lat i więcej), regularne przyjmowanie 5 i więcej medykamentów w systemie dziennym, w tym na receptę, bez recepty lub suplementów diety, oraz uzyskanie w skali AMTS wyniku powyżej 7 pkt. W badaniu zastosowano model korelacyjny i wyodrębniono następujące zmienne współwystępujące: liczba przyjmowanych leków, wydolność funkcjonalna, jakość życia.

## Narzędzia badawcze

Celem weryfikacji sformułowanego celu pracy stworzono arkusz autorstwa własnego połączony ze standaryzowanym narzędziem badania jakości życia WHOQOL-BREF i ze skalami oceniającymi wydolność funkcjonalną: ADL oraz IADL. Zastosowana była również skala AMTS służąca ocenie funkcji poznawczych.

Do analizy zmiennych ilościowych przedstawianych w podziale na grupy wykorzystywano testy parametryczne (test *T*-studenta lub analizę wariancji ANOVA) bądź ich nieparametryczne odpowiedniki (test *U* Manna–Whitneya albo test Kruskala–Wallisa). Jako poziom istotności przyjęto  $p = 0,05$ . Wyboru testów dokonywano na podstawie rozkładu zmiennych, który weryfikowano testem Shapiro–Wilka.

## Wyniki

W badaniu uczestniczyły 22 kobiety (52,2% wszystkich badanych) i 24 mężczyzn (47,8%). Większość respondentów była w przedziale wiekowym 65–70 lat (69,6%). Wykształcenie wyższe miało 9 ankietowanych (19,6%), średnie – 17 (37,0%), a 12 (26,1%) zawodowe. Ponad połowa uczestników badania (58,69%) cierpiała na więcej niż 3 schorzenia przewlekłe, najczęściej: nadciśnienie tętnicze (52,17%), cukrzycę (23,91%) i choroby układu krążenia (19,56%).

Wszystkie badane osoby spełniały kryteria wielolekowości, w tym 42 (91,3%) klasycznej, a 4 (8,7%) ciężkiej. Sprawność w zakresie podstawowych czynności samoobsługowych mierzona za pomocą skali ADL (Katza) u większości pacjentów (71,70%) była na prawidłowym poziomie. Poziom upośledzenia 10 osób (21,7%) sklasyfikowano jako średni, a 3 osób (6,5%) – jako ciężki.

Przeprowadzone analizy wykazały istotną statystycznie korelację ( $p < 0,05$ ) pomiędzy przyjmowaną liczbą leków a jakością życia w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Wraz ze wzrostem liczby zażywanych medykamentów jakość życia malała we wszystkich wymienionych obszarach. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1 oraz na rycinach 1, 2, 3, 4.

Tabela 1. Współczynnik korelacji pomiędzy zmiennymi jakości życia i liczbą przyjmowanych leków

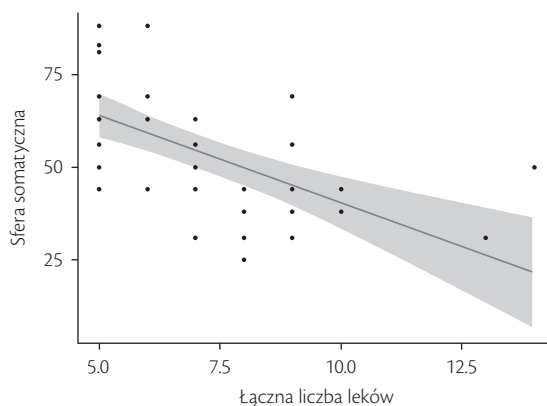
Sfera jakości życia		Sfera somatyczna	Sfera psychologiczna	Sfera socjalna	Sfera środowiskowa
Łączna liczba leków	<i>rho</i>	–0,654***	–0,419**	–0,464**	–0,351*
	<i>p</i>	< 0,001	0,004	0,001	0,017*

*rho* – współczynnik korelacji Spearmana; *p* – istotność

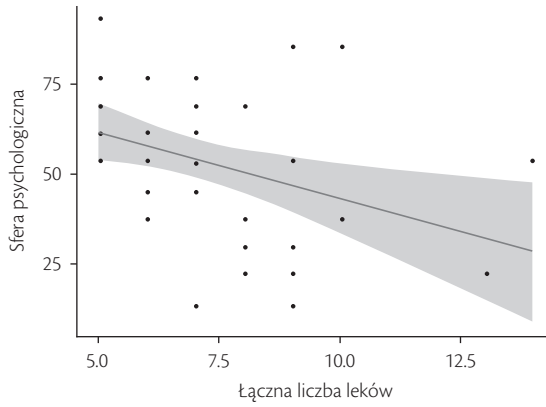
\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Źródło wszystkich tabel i rycin: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

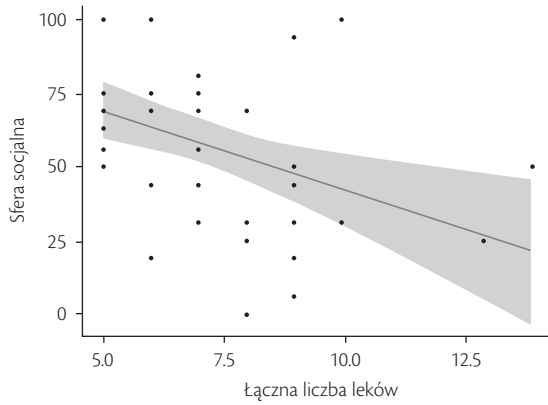
Rycina 1. Rozkład zmiennych: liczba leków i wyniku ze sfery somatycznej



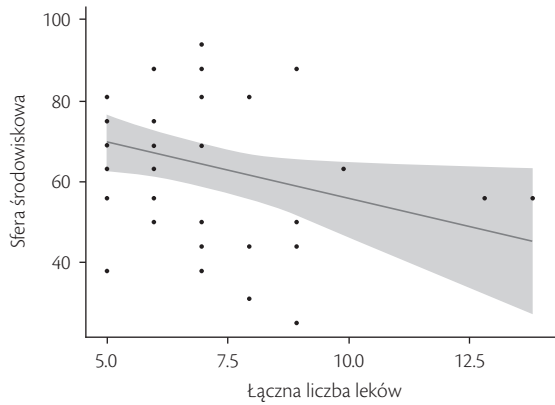
Rycina 2. Rozkład zmiennych: liczba leków i wyniku ze sfery psychologicznej



Rycina 3. Rozkład zmiennych: liczba leków i wyniku ze sfery socjalnej



Rycina 4. Rozkład zmiennych: liczba leków i wyniku ze sfery środowiskowej





Wykazano istotną statystycznie korelację ( $p < 0,05$ ) pomiędzy przyjmowaną liczbą leków a sprawnością w ramach funkcji poznawczych. Wraz z pogorszeniem sprawności umysłowej wzrastała liczba zażywanych środków farmakologicznych. Szczegółowe dane przedstawiają tabela 2 oraz rycina 5.

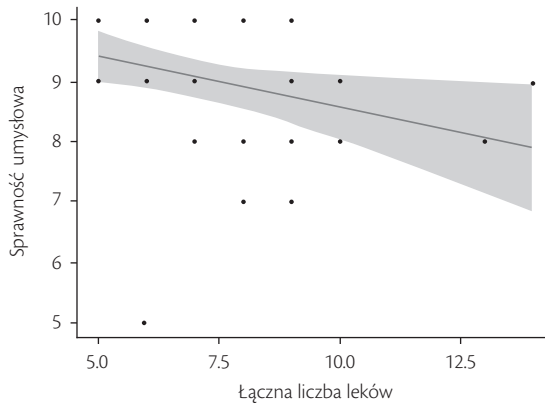
Tabela 2. Współczynnik korelacji pomiędzy wskaźnikami wydolności funkcjonalnej i liczbą przyjmowanych leków

Wydolność funkcjonalna	Sprawność umysłowa	Podstawowe czynności	Złożone czynności	
Łączna liczba leków	<i>rho</i>	-0,452**	-0,465**	-0,576***
	<i>p</i>	0,002	0,001	< 0,001

*rho* – współczynnik korelacji Spearmana; *p* – istotność

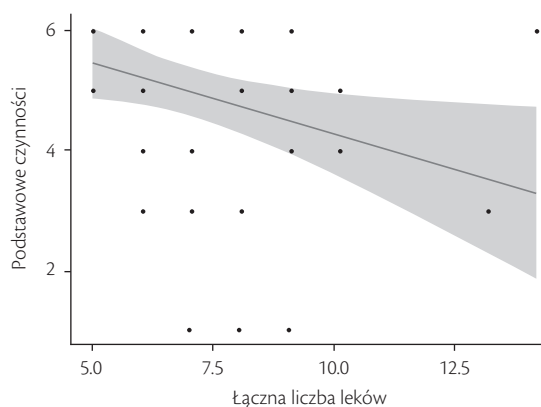
\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Rycina 5. Rozkład zmiennych: liczba leków i sprawność umysłowa

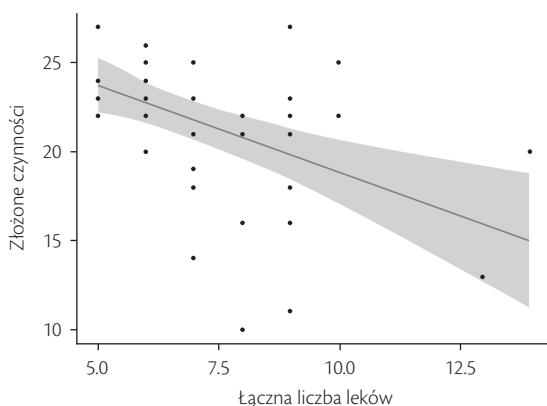


Stwierdzono także istotną statystycznie korelację ( $p < 0,05$ ) pomiędzy przyjmowaną liczbą leków a sprawnością w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności. Spadkowi sprawności funkcjonalnej (ADL, IADL) towarzyszył wzrost liczby zażywanych środków. Rozkład zmiennych przedstawiono na rycinach 6 i 7.

Rycina 6. Rozkład zmiennych: liczba leków i wydolność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego



Rycina 7. Rozkład zmiennych: liczba leków i wydolność w zakresie złożonych czynności życia codziennego



W badaniu wykazano też istotne statystycznie korelacje ( $p < 0,05$ ) pomiędzy wiekiem a jakością życia w sferze psychologicznej, somatycznej, socjalnej i psychologicznej. Im starsi byli badani, tym niższa była jakość ich życia we wszystkich wymienionych obszarach. Rozkład zmiennych przedstawiono w tabeli 3 oraz na rycinach 8, 9, 10, 11.

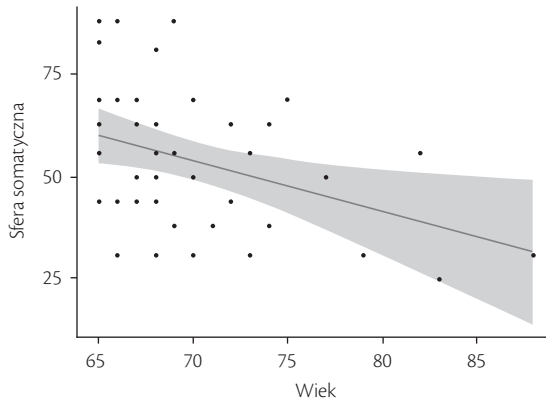
Tabela 3. Współczynnik korelacji pomiędzy zmiennymi jakości życia i wiekiem

Jakość życia		Sfera somatyczna	Sfera psychologiczna	Sfera socjalna	Sfera środowiskowa
Wiek	$\rho$	-0,330*	-0,529***	-0,407*	-0,427**
	$p$	0,025	< 0,001	0,005	0,003

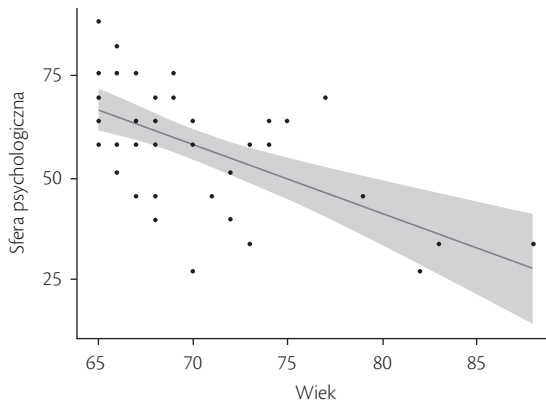
$\rho$  – współczynnik korelacji Spearmana;  $p$  – istotność

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

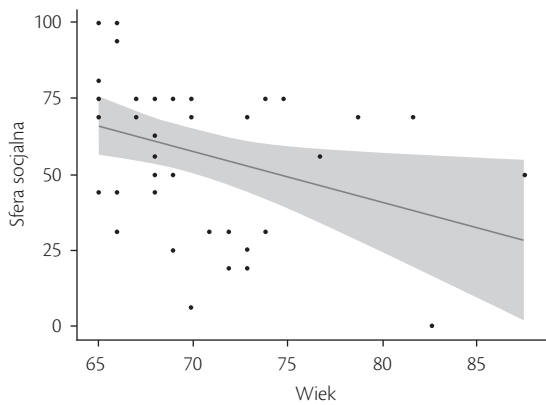
Rycina 8. Rozkład zmiennych: wiek i wyniki ze sfery somatycznej



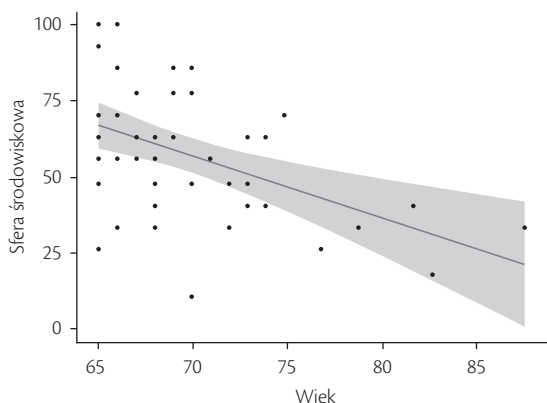
Rycina 9. Rozkład zmiennych: wiek i wyniki ze sfery psychologicznej



Rycina 10. Rozkład zmiennych: wiek i wyniki ze sfery socjalnej



Rycina 11. Rozkład zmiennych: wiek i wyniki ze sfery środowiskowej



Przeprowadzone analizy wykazały istotną statystycznie korelację ( $p < 0,05$ ) pomiędzy wiekiem a sprawnością umysłową oraz sprawnością w złożonych i podstawowych czynnościach dnia codziennego. Im starsi byli badani, tym niższa była ich sprawność umysłowa i sprawność w wykonywaniu złożonych i podstawowych czynności codziennych. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 4 oraz na rycinach 12, 13, 14.

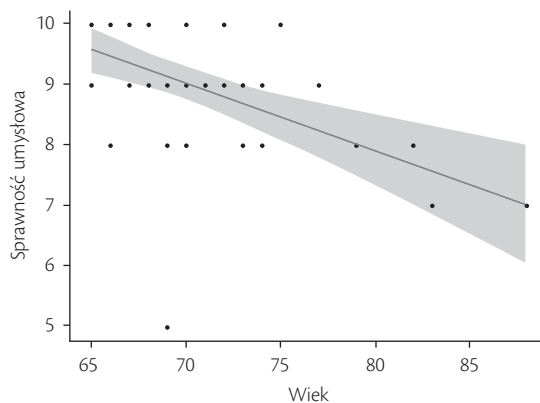
Tabela 4. Współczynnik korelacji pomiędzy zmiennymi wydolności funkcjonalnej oraz wiekiem

Wydolność funkcjonalna	Sprawność umysłowa	Podstawowe czynności	Złożone czynności	
Wiek	$\rho$	-0,581***	-0,355*	-0,547***
	$p$	< 0,001	0,015	< 0,001

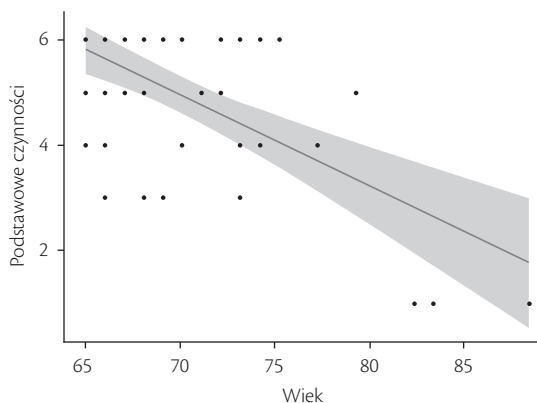
$\rho$  – współczynnik korelacji Spearmana;  $p$  – istotność

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

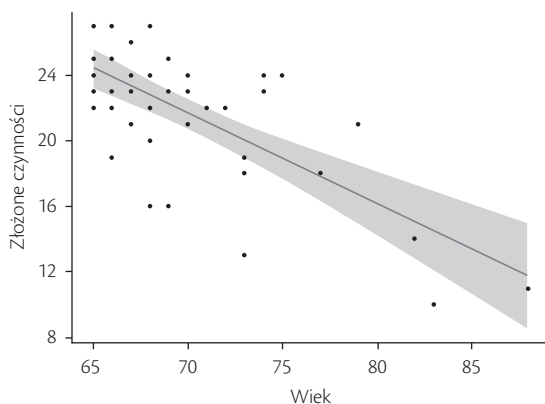
Rycina 12. Rozkład zmiennych: wiek i wydolność w zakresie sprawności umysłowej



Rycina 13. Rozkład zmiennych: wiek i wydolność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego



Rycina 14. Rozkład zmiennych: wiek i wydolność w zakresie złożonych czynności życia codziennego



Przeprowadzone badania wykazały, że płeć nie różnicuje w sposób istotny statystycznie jakości życia w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej oraz sprawności w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego ( $p > 0,05$ ). Sprawność w ramach funkcji poznawczych również nie była istotnie statystycznie zależna od płci respondentów ( $p > 0,05$ ).

Mieszkańcy miast charakteryzowali się istotnie statystycznie wyższą sprawnością w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego od mieszkańców wsi ( $p > 0,05$ ). Miejsce zamieszkania nie różnicowało w sposób istotny statystycznie jakości życia oraz sprawności w wykonywaniu podstawowych

czynności dnia codziennego i sprawności umysłowej ( $p > 0,05$ ). Przeprowadzone analizy wykazały, że poziom wykształcenia nie różnicował w sposób statystycznie istotny jakości życia respondentów ( $p > 0,05$ ).

## Dyskusja

Problem wielochorobowości i związanej z nią wielolekowości dotyczy pacjentów w podeszłym wieku na całym świecie, także w Polsce [12, 28]. W badaniu PolSenior, wykonanym na reprezentatywnej grupie starszych Polaków, ponad 50% osób zażywało w systemie dziennym 5 i więcej leków, a częściej niż co dziesiąta osoba – co najmniej 10 preparatów [30]. Analiza przeprowadzona w ramach badania PolSenior2 wykazała, że częstość polifarmakoterapii w grupie wiekowej 80–84 lata wynosiła aż 74,1% [29]. W europejskim badaniu SHARE (ang. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) dowiedziono, że przeszło 30% osób po 65. roku życia przyjmowało 5 lub więcej leków w ciągu dnia [31].

Wielolekowość niesie za sobą liczne negatywne skutki. Działania niepożądane, interakcje między lekami czy błędy farmakoterapii są dobrze udokumentowanym problemem ściśle z nią związanym. Rozliczne analizy pokazują istnienie zależności pomiędzy wielolekowością a zaawansowanym wiekiem, występowaniem zespołu kruchości [6], niedożywienia, nietrzymania moczu, upadków, depresji albo delirium [28].

W centrum zainteresowań geriatryi znajduje się sprawność funkcjonalna chorego, czyli jego samodzielność i niezależność w zakresie czynności życiowych [32]. Przyjmowanie wielu preparatów w ciągu dnia wiąże się z pogorszeniem sprawności funkcjonalnej, a nawet ze wzrostem ryzyka śmierci. Utrata samodzielności skutkuje także zmniejszeniem przestrzegania zaleceń terapeutycznych [15, 31]. Potwierdzają to badania własne, w których wykazano, że wraz ze wzrostem liczby przyjmowanych leków pogarsza się sprawność w wykonywaniu zarówno podstawowych, jak i złożonych czynności życia codziennego.

Farmakoterapia pacjentów geriatrycznych jest złożonym zagadnieniem. W tej szczególnej grupie chorych z często współistniejącą wielochorobowością stosowanie leków z jednej strony przyczynia się do spowolnienia progresji chorób i poprawy jakości życia oraz jego wydłużenia, ale z drugiej strony może prowadzić do polipragmazji i toksyczności stosowanych preparatów, a te do pogorszenia jakości życia i zgonu [29]. W badanej grupie pacjentów odnotowano wpływ wielolekowości na jakość ich życia. Wraz ze wzrostem liczby przyjmowanych leków obniżała się ona w sferze somatycznej, psychologicznej,

socjalnej i środowiskowej. W badaniu Encarnación Blanco-Reiny i współpracowników, przeprowadzonym wśród mieszkańców Hiszpanii w wieku 65 lat i starszych, liczba leków była dodatkowo związana z bardzo niskim poziomem jakości życia w sferze zdrowia fizycznego. Poza tym znaczące w skali IADL okazały się również uzależnienie, wysokie BMI i obecność chorób kostno-stawowych. Płeć żeńska i obecność zaburzenia psychopatologicznego wiązały się ze stanem zdrowia psychicznego. W badaniach własnych jego związku z płcią nie zaobserwowano.

Doniesienia innych badaczy pokazują [33], że jakość życia uwarunkowana jest wieloma czynnikami. Niektóre z nich można modyfikować lub eliminować, zatem ich rozpoznanie oraz optymalizacja podejmowanych działań mają kluczowe znaczenie dla poprawy jakości życia osób starszych. Farmakoterapia stanowi jeden z takich czynników i znalazła się w ostatnich latach w obszarze zainteresowań badaczy. Na szczególną uwagę zasługują różne schematy leczenia, które mogą mieć negatywny wpływ na jakość życia, np. wielolekowość, nieodpowiednie lub szkodliwe leki. Korzyści płynące z leczenia powinny zawsze przeważać nad potencjalnymi szkodami.

W grupie pacjentów geriatrycznych wielochorobowość i wielolekowość są zjawiskami powszechnymi. Konieczna jest kampania edukacyjna prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad starszymi pacjentami, żeby zarówno poprawić ich umiejętność przyjmowania leków, jak i skłonić do przestrzegania zaleceń [34]. Istnieje również potrzeba edukacji społeczeństwa w zakresie stosowania suplementów diety i leków OTC, ponieważ nadużywanie środków farmakologicznych wydawanych bez recepty jest silnie związane z występowaniem działań niepożądanych i pogarszaniem się zdrowia psychofizycznego pacjentów w podeszłym wieku [29, 35]. Wypracowanie kompleksowych rozwiązań, takich jak włączenie narzędzi analizujących potencjalne interakcje pomiędzy zapisanymi i już przyjmowanymi lekami do systemów elektronicznego wystawiania recept, mogłoby zdecydowanie zredukować problem. Przed wprowadzeniem kolejnego leku do terapii osoby w wieku podeszłym lekarz powinien weryfikować aktualną farmakoterapię pod kątem zasadności kontynuacji leczenia i interakcji z nowymi preparatami, jak również wieku chorego. Dlatego też korzystnym rozwiązaniem będzie program przeglądu lekowego przeprowadzanego przez farmaceutów, który prawdopodobnie od początku 2024 roku wejdzie jako usługa do pakietu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wstępny charakter badań własnych obliguje do traktowania uzyskanych wyników z należytą ostrożnością i nie pozwala na sformułowanie pewnych i niepodważalnych wniosków, będących odzwierciedleniem realnej zależności

pomiędzy wielolekowością a jakością życia i wydolnością wśród całej populacji. W kontekście przyszłych planowanych badań rozważa się przeprowadzenie ich na zdecydowanie większej i bardziej proporcjonalnie zróżnicowanej wiekowo populacji osób w podeszłym wieku.

## Wnioski

1. Liczba przyjmowanych leków ma wpływ na wydolność funkcjonalną oraz jakość życia. Wraz ze wzrostem zażywanej liczby preparatów jakość życia w badanej grupie pacjentów się obniża.
2. Wraz z pogorszeniem sprawności funkcjonalnej wzrasta liczba przyjmowanych leków.
3. Wiek wpływa na jakość życia oraz pogorszenie wydolności funkcjonalnej.
4. Czynniki socjodemograficzne, takie jak płeć czy wykształcenie, nie wpływają na jakość życia oraz wykonywanie podstawowych czynności życiowych w badanej grupie pacjentów. Mieszkańcy miast są bardziej sprawni w złożonych czynnościach życiowych od mieszkańców wsi.

## Piśmiennictwo

1. Kancelaria Senatu. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Warszawa: Kancelaria Senatu; 2011.
2. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talaraska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
4. Szatur-Jaworska B. Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce: analiza i rekomendacje działań. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2008.
5. Levy H.B. Polypharmacy reduction strategies: tips on incorporating American geriatrics society beers and screening tool of older people's prescriptions criteria. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2017; 33(2): 177–187.
6. Roller-Wirnsberger R., Singler K., Polidori C.M. Geriatria: praktyczny przewodnik. Wieczorowska-Tobis K., Neumann-Podczaska A. (red. wyd. pol.). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021, s. 252–267.
7. Szewczyk M., Stachowska M., Talaraska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie*. 2012; 81(1): 96–100.
8. Brager R., Sloand E. The spectrum of polypharmacy. *The Nurse Practitioner*. 2015; 30(6): 44–50.
9. Cielecka-Piontek J., Rajska-Neumann K., Wieczorowska-Tobis K. Wielolekowość w populacji geriatrycznej. *Nowiny Lekarskie*. 2006; 75(1): 13–17.



10. Roughton E.E., Vitry A.E., Caughey G.E., Gilbert A.L. Multimorbidity, care complexity and prescribing for the elderly. *Aging Health*. 2011; 7(5): 695–705.
11. McPhee J.S., French D.P., Jackson D., Nazroo J., Pendleton N., Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016; 17(3): 567–580.
12. Molzahn A., Skevington S.M., Kalfoss M., Makaroff K.S. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*. 2010; 19(2): 293–298.
13. Gnjidic D., Hilmer S.N., Blyth F.M. i wsp. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012; 65(9): 989–995.
14. Lamer-Zarawska E. (red.). *Fitoterapia i leki roślinne w geriatrici*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021.
15. Simpson H., Eurich D.T., Majumdar S.R. i wsp. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *The BMJ*. 2006; 333: 15.
16. Nęcka E. *Inteligencja: geneza, struktura, funkcje*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
17. Marcinek P. Funkcjonowanie intelektualne w okresie starości. *Gerontologia Polska*. 2007; 15(3): 69–75.
18. Pacian A., Kulik T.B., Chruściel P., Mazurek-Sitarz M., Sitarz K., Derewiecki T. Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych. *Hygeia Public Health*. 2014; 49(4): 820–824.
19. Czarkowski W., Bish S., Mleczo K. i wsp. Polipragmazja jako problem terapeutyczny w populacji pacjentów objętych opieką paliatywną i geriatriczną. *Medycyna Paliatywna*. 2021; 13(1): 24–31.
20. Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu: polipragmazja. Warszawa: Departament Analiz i Innowacji; 2020. <https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2020/02/Raport-polipragmazja.pdf> [dostęp: 16.01.2023].
21. Parmenter T.R. Quality of life as a concept and measurable entity. *Improving the Quality of Life*. 1994; 33: 9–46.
22. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T. Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2009; 90(4): 465–469.
23. Krok D., Dymecka J. (red.). *Jakość życia a zdrowie: uwarunkowania i konsekwencje*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego; 2020.
24. Kubicki P. *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych: ekspertyza przygotowana w ramach projektu EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej*. Warszawa: Fundusz Inicjatyw Obywatelskich; 2010.
25. Podczaska-Neumann A., Wieczorowska-Tobis K. Optymalizacja farmakoterapii starszych pacjentów z ciężką wielolekowością. *Gerontologia Polska*. 2019; 27: 307–311.
26. Krasnowska G., Sikora T. Suplementy diety a bezpieczeństwo konsumenta. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*. 2011; 4(77): 5–23.

27. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J. i wsp. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001; 56(3): 146–157.
28. Słońska Z. Edukacja zdrowotna i inne działania na rzecz zdrowia. W: Karski J.B. (red.). *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Ignis; 2008, s. 304–319.
29. Mercier C., Peladeau N., Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*. 1998; 34(5): 487–500.
30. Börsch-Supan A., Brandt M., Hunkler Ch. i wsp. Data resource profile: the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*. 2013; 42(4): 992–1001.
31. Wieczorowska-Tobis K., Grodecka-Gazdecka S. Pacjent onkologiczny – geriatryczny punkt widzenia. *Geriatrics*. 2010; 4: 203–208.
32. Wierucki Ł., Bleszyńska E., Gaciong Z. i wsp. *Farmakoterapia*. W: Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.). *PolSenior 2: badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny; 2021, s. 737–760.
33. Blanco-Reina E., Valdellós J., Ocaña-Riola R. i wsp. Factors associated with health-related quality of life in community-dwelling older adults: a multinomial logistic analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2019; 8(11): 1–12.
34. Cross A., Elliot R.A., Petire K., Kuruvilla L., George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; 8(5): CD012419.
35. Shivani K.M., Sujit S.S. Assessing a conceptual model of over-the-counter medication misuse, adverse drug events and health-related quality of life in an elderly population. *Geriatrics & Gerontology International*. 2016; 16(1): 103–110.

*Kornelia Formusiewicz*

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University

*Izabela Wróblewska*

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa  
Witelon Collegium State University

## **ROZDZIAŁ 10**

# **JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORÓW PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO**

## **QUALITY OF LIFE IN SENIORS AFTER HIP REPLACEMENT**

### **Streszczenie**

#### **Wstęp**

Zabieg endoprotezoplastyki jest najczęściej wykorzystywaną metodą leczenia w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego, która tworzy coraz większe ubytki w strukturach stawowych, przez co ogranicza funkcjonowanie fizyczne i powoduje nieustający ból głównie u osób w podeszłym wieku. W rezultacie senior wycofuje się z codziennej aktywności, ograniczając ją do podstawowych czynności życia codziennego. Mimo że choroba dotyczy sfery fizycznej, to ma bezpośredni wpływ na wszystkie domeny funkcjonowania pacjenta. Celem zabiegu wymiany stawu biodrowego jest zatem polepszenie jakości życia chorego.

#### **Cel pracy**

Przedstawienie rodzajów endoprotez, wskazań do przeprowadzenia zabiegu wstawienia endoprotezy i jego ewentualnych powikłań oraz przybliżenie wpływu zabiegu na jakość życia osób w podeszłym wieku.

#### **Treść**

Seniorzy cierpiący na zaawansowane zwyrodnienie stawu biodrowego doświadczają nieustannego bólu i wywołanych nim trudności w poruszaniu się. W związku z tym zmagają się z problemem izolacji – stan fizyczny nie pozwala im w pełni uczestniczyć w życiu społecznym. W rezultacie choroba obniża jakość życia seniora. Obecnie jedynym leczeniem, które daje nadzieję na poprawienie komfortu, jest zabieg endoprotezoplastyki. To jedna z najczęściej wykonywanych operacji ortopedycznych, która cechuje się wysokim poziomem skuteczności i zadowolenia ze strony pacjentów.

## Podsumowanie

Przebieg choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego jest zależny od wielu czynników. Pierwsze objawy mogą pojawiać się już w młodości, ale dopiero w wieku starszym duże zmiany zwyrodnieniowe prowadzą do izolowania chorego od społeczeństwa, co może pogorszyć jego samopoczucie. Zabieg endoprotezoplastyki znacznie poprawia jakość życia osób w podeszłym wieku. Niweluje on ból, daje możliwość aktywnego uczestniczenia w życiu i dalszego pełnienia dotychczasowych ról społecznych.

**Słowa kluczowe:** endoprotezoplastyka, jakość życia, osoby starsze

## Abstract

### Introduction

Endoprosthesis is the most commonly used treatment for osteoarthritis of the hip. The osteoarthritis causes increasing defects in joint structures, limiting physical functioning and causing constant pain mainly in the elderly. As a result, the senior withdraws from daily activities, limiting them to basic daily living. Although the disease affects the physical sphere, it has a direct impact on all domains of patient functioning. The aim of hip replacement surgery is therefore to improve the patient's quality of life.

### Aim of publication

To present the types of endoprostheses, indications for the surgery, its possible complications and to indicate the influence of surgery on the quality of life of elderly people.

### Content

Seniors suffering from advanced hip osteoarthritis experience constant pain and associated mobility difficulties. As a result, they struggle with isolation because their physical condition prevents them from fully functioning in society. As a result, the disease reduces the senior's quality of life. Currently, the only treatment that offers hope of improving comfort is endoprosthetic surgery. It is one of the most commonly performed orthopaedic surgeries and shows a high success rate and satisfaction from patients.

### Conclusion

The course of this disease depends on many factors. The first symptoms may appear already in youth, but in old age the large degenerative changes lead to isolation of the patient from society, which may worsen their well-being. Endoprosthetic surgery results in a great improvement in the quality of life of elderly people. It eliminates pain, gives the patient the opportunity to participate actively in life and to continue to play their current social roles.

**Keywords:** endoprosthesis, quality of life, older people

## Wprowadzenie

Starość można uznać za przywilej obecnych czasów, ponieważ dobre warunki bytowe oraz rozwinięty system ochrony zdrowia wpłynęły na długość życia społeczeństwa, co skutkuje wzrostem odsetka ludzi starszych. Niestety proces starzenia się niesie ze sobą liczne zmiany w organizmie, obejmujące wszystkie układy. Z biegiem lat ich liczba i nasilenie wzrastają, powodując pogarszanie się funkcji organizmu. W układzie mięśniowo-szkieletowym powszechnym problemem są zwyrodnienia stawów biodrowych. Choroba ta, przynajmniej na początku, może nie być dużym utrudnieniem w codziennym życiu. Jednak z czasem, pomimo podejmowanego leczenia zachowawczego, zmiany degeneracyjne się zwiększają, a objawy nasilają. W zaawansowanym stadium choroby nieustannie czują ból i doświadczają z tego powodu trudności w poruszaniu się. To przekłada się na problem izolacji, ponieważ stan fizyczny uniemożliwia im pełne uczestnictwo w życiu społecznym. W następstwie tej choroby obniża się jakość życia seniora. Obecnie zabieg endoprotezoplastyki jest jedynym rodzajem leczenia dającym nadzieję na poprawienie komfortu chorego [1]. To jedna z najczęściej wykonywanych operacji ortopedycznych, która ma duże szanse powodzenia i dodatkowo jej efekty często zadowolają pacjentów. Ze względu na wysokie zapotrzebowanie stale wprowadza się ulepszenia w projektach implantów i technikach wykonywanych zabiegów. Głównym celem podjętych działań jest wypracowanie funkcjonalnych technik operacji i skonstruowanie trwałej endoprotezy, co zagwarantuje choremu szybki powrót do zdrowia. Zakłada się, że takie działania spowodują wzrost jakości życia seniora [2].

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego to zabieg cieszący się sporym powodzeniem, co jest związane głównie z przewidywanym odzyskaniem sprawności przez pacjenta, który w zaawansowanym stadium choroby był zmuszony ograniczyć wszelką aktywność fizyczną. Najczęściej na operację decydują się osoby, dla których niemożliwe do wykonania stają się czynności dnia codziennego. W rezultacie seniorzy stają się zależni od innych, a im ta zależność jest większa, tym niższa jakość życia. Dodatkowo wymiana stawu biodrowego daje szansę na powrót do życia bez bólu. Mimo że obowiązkowa po operacji rehabilitacja jest wczesna i niekiedy uciążliwa, to w jej ramach pacjenci uczą się na nowo stawiać pierwsze kroki i dzięki temu stają się osobami samodzielnymi. U większości z nich po kilku miesiącach zauważalna jest duża różnica sposobu poruszania się w porównaniu ze stanem sprzed zabiegu. Jednak powrót do wcześniejszej sprawności wymaga przede wszystkim zaangażowania pacjenta, a także czasu i planu rehabilitacyjnego. Z czasem możliwości podejmowania aktywności fizycznej stale się zwiększają i staje się ona bezbolesna. Pacjenci na tym etapie zazwyczaj lepiej oceniają jakość swojego życia niż przed

zabiegiem. W związku z tym można stwierdzić, że operacja wymiany stawu biodrowego bezpośrednio wpływa na poprawę jakości życia operowanych osób w podeszłym wieku [3].

## Zabieg endoprotezoplastyki

Endoprotezoplastyka (alloplastyka, endoplastyka) jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na usunięciu zniszczonego stawu biodrowego i zastąpieniu go sztucznym. W rezultacie wszczepiony implant przejmuje funkcję chorego stawu, który zastępuje. Najczęstsza przyczyna wykonywania zabiegu to choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego. Ten rodzaj leczenia zaleca się przede wszystkim starszym pacjentom z przewlekłym dyskomfortem lub upośledzeniem funkcji stawu biodrowego [4].

Obecnie jest dostępnych wiele rodzajów endoprotez. Decyzja, która z nich będzie najlepszym rozwiązaniem dla konkretnego pacjenta, należy do operatora. Pod uwagę brane są: wiek chorego, jego potrzeby, poziom aktywności fizycznej oraz techniczna strona planowanego zabiegu [5].

Dostępne są trzy rodzaje komponentów wymiany stawu biodrowego: endoproteza połowiczna, bipolarna i całkowita. W pierwszym przypadku pozostaje panewka chrzęstno-kostna, a wymianie podlega część udowa stawu. Tego rodzaju protezy mają niestety krótką żywotność, ponieważ pozostawiona chrząstka panewki ulega degradacji, a pacjent na nowo zaczyna skarżyć się na ból. Dlatego w praktyce odchodzi się od wszczepiania endoprotez połowicznych na korzyść np. endoprotez bipolarnych, zastępujących w połowie naturalny staw. W tej metodzie stosuje się komponent panewkowy, który nie jest połączony z kością, dzięki czemu występuje dodatkowa bariera między panewką chrzęstną a komponentem panewkowym, co powoduje, że nie dochodzi do uszkodzenia chrząstki. Metodę tę wykorzystuje się głównie u osób w podeszłym wieku. Jej zaletą jest krótszy czas zabiegu i mniejsza utrata krwi, co ma szczególne znaczenie w przypadku seniorów. Jednak najczęściej wykonywany zabieg to całkowita endoprotezoplastyka, polegająca na całościowej wymianie stawu – wówczas komponenty mocowane są do kości techniką cementową lub bezcementową [6].

Dostępne są endoprotezy w kilkudziesięciu rodzajach. Podstawowa różnica między nimi dotyczy technik łączenia protezy z kością. Występują implanty cementowane, hybrydowe i bezcementowe, gdzie obie części wszczepia się dzięki metodzie *press-fit* z użyciem powierzchni granitowych, w które kość „wraść”. Ze względu na rodzaj artykulacji, czyli materiału, z którego został wykonany implant, wyróżnia się protezy politylenowe, metalowe i ceramiczne [7]. Z kolei ze względu na występujące połączenia panewka – trzpień można

mówić o protezach politylenowo-metalowych, politylenowo-ceramicznych, metalowo-metalowych lub ceramiczno-ceramicznych. Każde z połączeń charakteryzuje się określonym czasem trwałości i ceną. Im trwalsza proteza, tym produkcja bardziej kosztowna.

Rodzaj implantu i materiał, z jakiego jest zrobiony, dobierane są indywidualnie dla każdego chorego. Obecnie odchodzi się już od trzpieni jednoczęściowych, niedających możliwości idealnego dopasowania wielkości i artykulacji głowy dla danego seniora, i stosuje się raczej trzpienie modułarne [8]. Dostępne obecnie protezy różnią się od siebie sposobem mocowania, kształtem i materiałem wykonania. Celem nowoczesnego projektowania endoprotez jest uzyskanie produktu jak najbardziej biofunkcjonalnego, biogodnego i trwałego.

Protetyka stawu biodrowego to bardzo szybko rozwijająca się dziedzina. Średnią żywotność implantu szacuje się na 10 lat. Na długość przydatności wpływ ma jego typ, materiał, z jakiego został wykonany, prawidłowy dobór protezy oraz sam zabieg implantacji. Gdy dochodzi do obłuzowania się protezy, zniszczenia materiału lub infekcji w stawie, pacjent wymaga ponownego zabiegu (realloplastyki) [9]. Aby uniknąć takiej sytuacji i zwiększyć żywotność protezy, tworzy się coraz nowsze rozwiązania konstrukcyjne i polepsza biomateriał, z którego są produkowane implanty [10].

Operacja alloplastyczna trwa około dwóch–trzech godzin. W jej trakcie pacjent jest znieczulany ogólnie lub podpajęczynówkowo. W zależności od rodzaju dostępu dostosowuje się ułożenie pacjenta na stole operacyjnym i cięcie skórne. Opracowano następujące dostępy: tradycyjny, przednio-boczny, tylny-boczny oraz przedni. Długość cięcia w dojsściach tradycyjnych wynosi od 15 do 20 cm. Daje to dobry dostęp operacyjny, ułatwia chirurgowi anatomiczne osadzenie endoprotezy, dzięki czemu zwiększa się przeżywalność i zmniejsza ryzyko zwichnięcia. Negatywnym aspektem tej techniki jest konieczność przecięcia mięśni, przyczepów i torebki stawu biodrowego, co może skutkować ryzykiem uszkodzenia nerwu pośladkowego dolnego lub górnego, objawiającego się utykaniem pacjenta wynikającym z osłabienia odwodźcicieli [11].

Z kolei dostęp przedni najlepiej wpisuje się w założenia chirurgii mało inwazyjnej. Cięcie jest krótkie, ingerencja w ciągłość tkanek miękkich minimalna, a usprawnianie ruchowe następuje bardzo szybko, ponieważ napięcie mięśni wraca zaraz po zakończonym zabiegu. Jednocześnie staw biodrowy ma pełną stabilizację, co zmniejsza ryzyko jego zwichnięcia, czas pobytu w szpitalu jest krótki, a także występuje mniejsze natężenie bólu pooperacyjnego i urazu psychicznego, będącego nieodzownym elementem operacji. Niestety ten dostęp jest trudny w wykonaniu i istnieje przy nim ryzyko urazu nerwu skórniego boczno-uda [12].

Alloplastyka tak jak każdy zabieg operacyjny jest obarczona ryzykiem wystąpienia powikłań. Zabiegi ortopedyczne wymagają zachowania odpowiednich procedur, nieco odmiennych od tych obowiązujących w chirurgii ogólnej. Operacje na układzie kostno-szkieletowym powinny być przeprowadzane ze szczególną dbałością o zachowanie zasad aseptyki ze względu na możliwość zainfekowania kości, które jest bardzo trudne w leczeniu. Każde powikłanie jako zdarzenie niepożądane wydłuża czas rekonwalescencji. W przypadku zabiegu wymiany stawu biodrowego można mówić o wczesnych i późnych powikłaniach [13]. Do pierwszych zaliczane są przebiccia lub złamania kości udowej podczas przygotowania kanału do implantacji przez raszplę albo osadzania trzpienia protezy. Powodem ich powstania może być nieodpowiednie ustawienie raszpli do położenia kości udowej bądź za duża siła naprężenia. W takiej sytuacji niezbędne jest ustabilizowanie złamania [14]. Endoprotezoplastykę zalicza się do tzw. krwawych zabiegów, przy których występuje ryzyko uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych. Powikłaniem może być więc nacięcie (w zależności od dostępu i rodzaju implantów) tętnicy pośladowej górnej, naczynia udowego, żyły biodrowej albo tętnicy zasłonowej. Podczas zabiegu prowadzonego w dostępie tylnym może także dojść do porażenia nerwu kulszowego, a w dostępie bocznym i przednim – udowego. Trwałe uszkodzenie nerwu kulszowego prowadzi do dysfunkcji kończyny, co objawia się przykurczem ścięgna piętowego i opadaniem stopy. W konsekwencji uniemożliwia to poruszanie się seniora [15].

## Powikłania po zabiegu

Do wczesnych powikłań pooperacyjnych należy infekcja tkanek wokół implantu. Pojawienie się zakażenia bakteryjnego może doprowadzić do odrzucenia endoprotezy. W takiej sytuacji konieczne jest szybkie wyszczepienie protezy i wyleczenie infekcji. Leczenie polega na założeniu w miejsce stawu tymczasowej protezy (spacer) lub pozostawieniu kończyny bez stawu („wiszące biodro”). Metody te stosuje się zazwyczaj na czas wygojenia się zakażonych tkanek. Później istnieje możliwość ponownej implantacji [16].

Kolejnymi powikłaniami mogą być zakrzepica żył głębokich oraz zatorowość płucna, które są charakterystyczne dla zabiegów dotyczących kończyn dolnych. W tej sytuacji konieczna jest profilaktyka przeciwzakrzepowa. Z kolei zwichnięcie endoprotezy to powikłanie spowodowane głównie zastosowaniem przez operatora nieodpowiedniej techniki operacyjnej i nieprawidłowym osadzeniem implantów. Jest ono bardzo bolesne, a jednocześnie możliwe do przeoczenia we wczesnym okresie pooperacyjnym, gdy pacjent przyjmuje leki



przeciwbólów. Zwichnięta kończyna ulega skróceniu, stąd ważne, by kontrolować jej długość po operacji.

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów należy wykonać kontrolne RTG, które potwierdzi prawdopodobne zwichnięcie. Leczenie polega na nastawianiu stawu biodrowego, co powinno odbywać się przy asekuracji anestetycznej z możliwością podania środków znieczulających i zwiotczających mięśnie. W razie niepowodzenia konieczne jest przeprowadzenie reoperacji.

Możliwym powikłaniem omawianego zabiegu bywa także za duże skrócenie lub wydłużenie kończyny. Wystąpienie nierówności może być wynikiem wysokiego stopnia zniszczenia powierzchni stawowych i problematycznego ustabilizowania implantów. Znaczna różnica długości kończyn ( $> 1$  cm) może powodować problemy w poruszaniu się pacjenta oraz jego dyskomfort psychiczny, a w konsekwencji obniżać jakość życia [17].

Późnym powikłaniem alloplastyki bywa obluzowanie się implantu w kości, czego objawem jest ból. W takim przypadku kwalifikuje się pacjenta na operację wymiany protezy (realloplastyka). Do późnych powikłań należy też niebolesne usztywnienie stawu, wywołane skostnieniem tkanek miękkich okalających protezę oraz złamaniem okołoprotezowym, które występuje wskutek działania dużej siły (np. upadek). Metodą leczenia jest w tej sytuacji działanie chirurgiczne [18, 19].

## Jakość życia

Ból oraz ograniczenie mobilności są głównymi przyczynami obniżenia jakości życia starszych pacjentów, u których występuje zwyrodnienie stawu biodrowego. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość życia to subiektywna ocena jednostki dotycząca jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ta jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań i zainteresowań [20, 21]. Pojęcie jakości życia wprowadzono do medycyny w drugiej połowie XX wieku. Na bazie definicji jakości życia WHO powstała nowa, odnosząca się do aktualnego stanu zdrowia. Nauki medyczne korzystają z definicji znanej jako *health related quality of life* (HRQOL). Opiera się ona na stwierdzeniu, że zdrowie jest stanem pełnego dobrobytu psychicznego, fizycznego, społecznego oraz ekonomicznego, a nie tylko nieobecnością choroby [22]. Określanie jakości życia za pomocą domen pozwala pacjentowi na subiektywną ocenę stanu swojego zdrowia i ukazuje korzyści, jakie wynikają z zastosowanych metod leczenia. Na jej ocenę mogą mieć wpływ zmiany składowych fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych. Wskaźnik jakości życia bywa różny według samooceny pacjenta i oceny personelu medycznego. Pacjent kieruje się zazwyczaj swoimi odczuciami, które są zmienne w czasie,

a obserwator jest zwykle obiektywny. Ocena samopoczucia, bólu, emocji, relacja z bliskimi to wskaźniki bardzo podatne na zmiany związane z tak ważnym aspektem życia, jakim jest zdrowie. Obiektywna ocena jakości życia, dokonana przez lekarza lub pielęgniarkę, zależy głównie od wyników badań, stanu psychicznego podopiecznego, zaobserwowanych kontaktów społecznych, warunków mieszkaniowych, pracy oraz stanu materialnego.

Ocena jakości życia pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi jest ważna, ponieważ jej poziom powinien być odzwierciedleniem m.in. podjętej opieki i leczenia [23]. Jakość życia można oceniać na kilka sposobów, np. poprzez zadawanie spontanicznych pytań. Jednak ciężko odnosić się do tak uzyskanych wyników. Dlatego najczęściej wykorzystuje się standaryzowane kwestionariusze, które można podzielić ze względu na informacje, jakie za ich pomocą można zebrać. Kwestionariusze ogólne są narzędziem do pomiaru ogólnej jakości życia definiowanej przez HRQOL, a specjalne służą do badania konkretnej jednostki chorobowej lub problemu zdrowotnego. Oba rodzaje służą do poznawania aspektów dotyczących zdrowia, wpływających na jakość życia badanych, które są szczególnie ważne dla danej populacji. Dzięki nim uzyskuje się dokładniejsze dane [24, 25].

W ostatnich latach coraz częściej podejmuje się tematykę jakości życia seniorów po zabiegach endoprotezoplastyki. Powodem może być duża liczba osób objętych tego typu leczeniem, a także nasilające się z czasem objawy, wywołujące coraz poważniejsze dysfunkcje. W zaawansowanym stadium choroby mają ograniczoną sprawność fizyczną, co jest przyczyną wycofywania się z pełnionych wcześniej ról społecznych. Trudności w poruszaniu się, ból, problem z wykonywaniem czynności dnia codziennego oddziałują na stan psychiczny chorego, a dobrostan emocjonalny i mentalny zostaje zachwiany, co może prowadzić do obniżenia nastroju. Objawy choroby są poważniejsze u pacjentów z zaawansowanym zwyrodnieniem stawu biodrowego, a więc najczęściej u osób w podeszłym wieku [26].

## Podsumowanie

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego, złamanie lub inna dolegliwość, w której wyniku chory kwalifikuje się do zabiegu alloplastyki, to problem nie tylko medyczny, ale także socjalno-ekonomiczno-społeczny. Szczególnie dotyczy to długo trwającej i postępującej choroby zwyrodnieniowej, której głównym objawem jest ból, negatywnie oddziałujący na sferę fizyczną, poznawczą, emocjonalną oraz behawioralną seniora. Przyczynia się do obniżonego nastroju i izolowania się ze społeczności, co wpływa na obniżenie jakości życia osoby w podeszłym wieku. Alloplastyka jest zabiegiem cieszącym się dużym

powodzeniem. Jego pozytywne skutki pacjenci odczuwają już po 10–12 miesiącach, co uznaje się za średni czas powrotu do zdrowia i dobrej kondycji [27].

Główny cel zabiegu endoprotezoplastyki to poprawa funkcjonowania fizycznego i jego wpływu na pozostałe domeny życia, które składają się na jakość życia. Operacje są wykonywane zazwyczaj w zaawansowanym stadium choroby, gdy starszy pacjent nie uczestniczy już aktywnie w życiu społecznym i środowiskowym i często występują u niego deficyty psychiczne [3]. Badania dowodzą, że już po czterech miesiącach od wykonania zabiegu alloplastyki obserwuje się znaczną poprawę jakości życia osób w podeszłym wieku [27]. Okazuje się, że po operacji następuje u nich poprawa w zakresie funkcjonowania fizycznego w porównaniu z oceną tej domeny sprzed operacji. Dotyczy to także funkcji społecznych, zdrowia psychicznego i witalności [28]. Poprawa funkcjonowania fizycznego wpływa więc istotnie na każdy aspekt życia seniora. Pozwala to wysnuć wniosek, że lepsze funkcjonowanie fizyczne podnosi jakość życia w pozostałych obszarach, a zatem sprawność i zdrowie fizyczne bezpośrednio wpływają na jakość życia [29].

Podsumowując, można stwierdzić, że zabieg endoprotezoplastyki znacznie poprawia jakość życia osób w podeszłym wieku. Niweluje on ból, pozwala aktywnie żyć i w dalszym ciągu pełnić dotychczasowe role społeczne.

## Piśmiennictwo

1. Roberts S., Colombier P., Sowman A., Mennan C., Rölfling J.H.D., Guicheux J. Ageing in the musculoskeletal system. *Acta Orthopaedica*. 2016; 87(363): 15–25.
2. Kania J., Szyjka A., Kotela A., Lorkowski J., Szczepanowska-Wołowicz B., Hładki W. Jakość życia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Ostry Dyżur*. 2016; 9(4): 125–127.
3. Kumar P., Sen R.K., Aggarwal S., Jindal K., Rajnish R.K. Assessment and reliability of the World Health Organisation quality of life (WHO QOL-BREF) questionnaire in total hip replacement patients. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*. 2020; 11(5): 756–759.
4. Sowa K., Kotwas A., Antczak K., Zdziarski K., Knyszyńska A., Karakiewicz B. Postępowanie rehabilitacyjne u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w okresie szpitalnym jako profilaktyka przewlekłych deficytów funkcjonalnych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. 2019; 1: 17–24.
5. Petis S., Howard J., Lanting B.L., Vasarhelyi E.M. Surgical approach in primary total hip arthroplasty: anatomy, technique and clinical outcomes. *Canadian Journal of Surgery*. 2015; 58(2): 128–139.
6. Guyen O. Hemiarthroplasty or total hip arthroplasty in recent femoral neck fractures? *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2019; 105(1): 95–101.

7. Chen Q., Thouas G.A. Metallic implant biomaterials. *Materials Science and Engineering: R: Reports*. 2015; 87: 1–57.
8. Zasińska K., Seramak T., Łubiński J.I. Porównanie odporności na zużycie ścierny wybranych biomateriałów metalicznych przeznaczonych na komponenty endoprotez ortopedycznych. *Tribologia*. 2015; 6: 187–198.
9. Sieczka Ł., Bohatyrewicz A., Pituch S. Endoprotezy stawów biodrowych wczoraj i dziś. *Forum Reumatologiczne*. 2017; 3(4): 216–221.
10. Boyer B., Bordini B., Caputo D., Neri T., Stea S., Toni A. What are the influencing factors on hip and knee arthroplasty survival? Prospective cohort study on 63619 arthroplasties. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2019; 105(7): 1251–1256.
11. Alecci V., Valente M., Crucil M., Minerva M., Pellegrino C.M., Sabbadini D.D. Comparison of primary total hip replacements performed with a direct anterior approach versus the standard lateral approach: perioperative findings. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*. 2011; 12(3): 123–129.
12. Galakatos G.R. Direct anterior total hip arthroplasty. *Missouri Medicine*. 2018; 115(6): 537–541.
13. Pincus D., Jenkinson R., Paterson M., Leroux T., Ravi B. Association between surgical approach and major surgical complications in patients undergoing total hip arthroplasty. *Journal of the American Medical Association*. 2020; 323(11): 1070–1076.
14. Lindberg-Larsen M., Jørgensen C.C., Solgaard S., Kjersgaard A.G., Kehlet H. Increased risk of intraoperative and early postoperative periprosthetic femoral fracture with uncemented stems. *Acta Orthopaedica*. 2017; 88(4): 390–394.
15. Devlieger B.K., Drees P., Mattyasovszky S., Özalp C., Rommens P.M. Impingement of the sciatic nerve due to a protruding acetabular cage rim. *Arthroplasty Today* 2020; 6(4): 825–829.
16. Kunutsor S.K., Whitehouse M.R., Blom A.W. i wsp. One- and two-stage surgical revision of peri-prosthetic joint infection of the hip: a pooled individual participant data analysis of 44 cohort studies. *European Journal of Epidemiology*. 2018; 33(10): 933–946.
17. Szczecińska A., Urban J., Kukowska D. Występowanie powikłań po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Zeszyty Naukowe WSA w Łomży*. 2016; 64: 101–113.
18. Apostu D., Lucaciu O., Berce C., Lucaciu D., Cosma D. Current methods of preventing aseptic loosening and improving osseointegration of titanium implants in cementless total hip arthroplasty: a review. *Journal of International Medical Research*. 2018; 46(6): 2104–2119.
19. Ramavath A., Lamb J.N., Palan J., Pandit H.G., Jain S. Postoperative periprosthetic femoral fracture around total hip replacements: current concepts and clinical outcomes. *EFORT Open Reviews*. 2020; 5(9): 558–567.
20. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life: division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva: World Health Organization; 1997.

21. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization, Basic Documents 2006.
22. Haraldstad K., Wahl A., Andenæs R. i wsp. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*. 2019; 28(10): 2641–2650.
23. Tylka J., Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska*. 2009; 67: 1166–1169.
24. Turska W., Skowron A. Metodyka oceny jakości życia. *Farmacja Polska*. 2009; 65(8): 572–580.
25. Meena U., Sen R., Behera P., Tripathy S., Aggrawal S., Rajoli S. WHOQOL-BREF Hindi questionnaire: quality of life assessment in acetabular fracture patients. *Indian Journal of Orthopaedics*. 2015; 49(3): 323–328.
26. Bahardoust M., Hajjalizade M., Amiri R., Mousazadeh F., Pisoudeh K. Evaluation of health-related quality of life after total hip arthroplasty: a case-control study in the Iranian population. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2019; 20(1): 46.
27. Kieszowska-Grudny A., Maleszewska J., Siwy-Hudowska A., Nawrocki S. Ocena jakości życia i strategii radzenia sobie z chorobą w grupie chorych poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Gerontologia Polska*. 2014; 2: 62–69.
28. Hochreiter J., Kindermann H., Georg M., Ortmaier R., Mitterer M. Sleep improvement after hip arthroplasty: a study on short-stem prosthesis. *International Orthopaedics*. 2020; 44(1): 69–73.
29. Chang Y.-Ch., Yao G., Hu S.C., Wang J.-D. Depression affects the scores of all facets of the WHOQOL-BREF and may mediate the effects of physical disability among community-dwelling older adults. *PLoS One*. 2015; 10(5): e0128356.

### *Svitlana Petrenko*

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University

### *Izabela Wróblewska*

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa  
Witelon Collegium State University

## **ROZDZIAŁ 11**

### **JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO**

### **QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PEOPLE WITH COLORECTAL CANCER**

## **Streszczenie**

#### **Wstęp**

Nowotwory jelita grubego są jednymi z najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Stanowią grupę chorób, których częstość występowania w dużym stopniu wiąże się z wiekiem, a w momencie rozpoznania ich stadium jest przeważnie zaawansowane, co powoduje, że rokowania nie są korzystne. Podstawa leczenia to działanie chirurgiczne uzupełniane chemio- i/lub radioterapią. Wyniszczenie pacjenta wywołane samą chorobą oraz podjętą diagnostyką i leczeniem może skutkować wielopoziomowym cierpieniem fizycznym i psychicznym, co wpływa na jakość jego życia we wszystkich obszarach.

#### **Cel pracy**

Omówienie rodzajów, objawów, diagnostyki i leczenia nowotworów jelita grubego występujących u osób starszych oraz ich wpływu na jakość życia seniorów.

#### **Treść**

Choroba nowotworowa znacząco pogarsza jakość życia, pogłębiając zaburzenia we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka. Jednym z decydujących czynników wpływających na jej poczucie jest wiek, ponieważ wraz z jego postępem najczęściej dochodzi do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, co wiąże się z pojawieniem schorzeń przewlekłych. Tymczasem zdrowie to wartość nadrzędna i jeden z głównych determinantów jakości życia. Na jakość życia chorego, u którego rozpoznano raka jelita grubego, poza samym rozpoznaniem wpływa przebieg leczenia, zależnego od stopnia zaawansowania choroby. Często

jest ono długotrwałe, obciąża organizm i nie zawsze kończy się sukcesem, niekiedy także trwale okalecza.

### **Podsumowanie**

Indywidualne poczucie zadowolenia z jakości życia osób starszych chorych na nowotwór jest niezwykle ważnym zagadnieniem z punktu widzenia szeroko rozumianego życia społecznego: opieki zdrowotnej, ubezpieczeń społecznych, kultury i partycypacji społecznej. Należy więc temu problemowi poświęcać jak najwięcej uwagi, co może wpłynąć na lepsze funkcjonowanie chorych seniorów.

**Słowa kluczowe:** nowotwór jelita grubego, osoby w podeszłym wieku, jakość życia

## **Abstract**

### **Introduction**

Colorectal cancers are among the most common malignancies. They constitute a group of diseases, the incidence of which is highly age-related, and at the time of diagnosis they are usually at an advanced stage, which results in an unfavourable prognosis. The mainstay of treatment is surgery, supplemented by chemo- and/or radiotherapy. The patient's devastation caused by the disease itself and by the diagnosis and treatment undertaken can cause multi-level physical and psychological suffering, which affects the quality of life.

### **Aim of publication**

To discuss the types, symptoms, diagnosis and treatment of colorectal neoplasms occurring in the elderly and their impact on seniors' quality of life.

### **Content**

Neoplastic disease significantly worsens the quality of life, aggravating functional disorders in all spheres of human functioning. One of the decisive factors influencing its perception is age, since with its progress, general health most often deteriorates, which is associated with the emergence of chronic conditions. Meanwhile, health is a supreme value and one of the main determinants of quality of life. Apart from the diagnosis itself, the quality of life of a patient diagnosed with colorectal cancer is affected by the course of treatment, which depends on the stage of the disease. It is often prolonged, burdensome and not always successful, and is permanently mutilating.

### **Conclusion**

Individual satisfaction with quality of life for older people with cancer is an extremely important issue from the point of view of wider social life: health care, social security, culture and social participation. It is therefore important to pay as much attention as possible to this issue, which will result in better functioning of elderly people.

**Keywords:** colorectal cancer, elderly, quality of life

## Wprowadzenie

Choroby nowotworowe zajmują w krajach wysokorozwiniętych jedno z najwyższych miejsc na liście chorób cywilizacyjnych ściśle epidemiologicznie związanych z wiekiem. Stanowią poważną przyczynę zgonów i w znacznym stopniu zaburzają jakość życia seniora. Zaawansowane stadium choroby powoduje wielopoziomowe cierpienie fizyczne i psychiczne, co wpływa na jakość życia we wszystkich jego wymiarach (fizycznym, psychicznym, społecznym, duchowym). Nowotwory najczęściej rozpoznawane są właśnie w zaawansowanym stadium, przez co rokowanie nie jest dobre. Co więcej, w przypadku osób w podeszłym wieku profilaktyka, diagnostyka i leczenie niosą za sobą trudności i ograniczenia na skutek nakładających się na siebie objawów chorób współistniejących. Występujące upośledzenie funkcjonowania narządów stanowi dodatkowy czynnik, który pogarsza rokowanie. W związku z powyższym rozpoznanie raka jelita grubego u seniora wymaga holistycznego działania podjętego na wielu płaszczyznach [1].

Z uwagi na charakter tego nowotworu podstawą jest leczenie chirurgiczne, które najczęściej polega na wyłonieniu stomii, a także dalsza chemio- i radioterapia. Okaleczenie pacjenta i wyniszczenie chorobą mogą prowadzić do wycofania się z życia rodzinnego i społecznego oraz do obniżonego nastroju, a nawet depresji. W rezultacie dochodzi do pogorszenia jakości życia chorych, którzy czują się bezradni, głównie z powodu lęku dotyczącego przyszłego funkcjonowania [2].

W obiektywnej ocenie miarą stosunkowo wysokiego wskaźnika jakości życia osób starszych pozostaje brak dolegliwości bólowych i ograniczeń funkcjonalnych oraz względna samodzielność. Należy tu również wspomnieć o adekwatnej do wieku sprawności fizycznej, motorycznej i poznawczej, stabilności finansowej, a także niebyciu samotnym i wsparciu społecznym [3]. Jednak wraz z wiekiem dochodzi do postępującego spadku rezerw funkcjonalnych, dotyczącego wszystkich układów i narządów. Z powodu obecnego globalnego procesu starzenia się społeczeństwa pojawia się potrzeba lepszej oceny jakości życia seniorów i metod ich wspierających, które pozwolą poprawić jakość ich życia i zachować ją na możliwie jak najwyższym poziomie. Leczenie osób starszych z rozpoznaniem rakiem jelita grubego powinno być zatem nie tylko procesem ukierunkowanym na poprawę stanu fizycznego, ale również mocno powinno opierać się na wzmacnianiu ich zdrowia psychicznego. Ze względu na starzenie się społeczeństw pytanie o jakość życia osób w podeszłym wieku jest i pozostanie w centrum uwagi wszystkich obszarów nauk społecznych i medycznych [3].



## Rak jelita grubego

Rak jelita grubego jest nowotworem złośliwym, najczęściej zlokalizowanym w obrębie okrężnicy i odbytnicy. Zgodnie ze statystyką nowotworów złośliwych na świecie stanowi on trzeci pod względem częstości występowania u mężczyzn (10%) i drugi u kobiet (9%). W Europie jest najczęstszym nowotworem złośliwym, stanowiąc 13,6% wszystkich przypadków nowotworów [4]. Większość zachorowań przypada po 50. roku życia (95%), z czego 75% przypadków dotyczy populacji osób po 65. roku życia [5].

Według prognoz Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (International Agency for Research on Cancer – IARC) do 2040 roku należy spodziewać się znacznego wzrostu zachorowalności oraz umieralności na raka jelita grubego na świecie, co dotyczy obu płci. Według tych szacunków w przypadku kobiet liczba zachorowań wzrośnie z 520 tys. w 2018 roku do 905 tys. w 2040 roku, u mężczyzn odpowiednio z 575 tys. do ponad 1 mln. Zgodnie z przewidywaniami liczba zgonów w grupie kobiet wzrośnie z 260 tys. w 2018 roku do 478 tys. w 2040 roku. U mężczyzn jest to odpowiednio 290 tys. i ponad 0,5 mln zgonów [1]. Podobnie sytuacja wygląda w Polsce. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2017 roku na raka jelita grubego zachorowały 5073 kobiety oraz 5832 mężczyzn, z czego zmarły 3573 kobiety i 4183 mężczyzn. Prognozy zakładają, że w 2025 roku liczba pacjentów z rozpoznany rakiem jelita grubego wzrośnie do prawie 25 tys. i większość z nich będą stanowić mężczyźni [4].

Nowotwory jelita grubego to schorzenia, które zgodnie z zakresem anatomicznym Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 dzieli na trzy grupy: raka okrężnicy (C18–C19), odbytnicy (C20) i odbytu (C21) [6]. W pierwszym i drugim przypadku najczęściej występują gruczolakoraki (*adenocarcinoma*) i gruczolaki (*adenoma*), rzadziej polipy ząbkowane. Z kolei w odbycie najczęściej rozpoznaje się raka płaskonabłonkowego. Etiopatogeneza raka okrężnicy i odbytnicy jest taka sama, natomiast rak odbytu ma odmienne pochodzenie. Zmiany morfologiczne w budowie ściany jelita grubego najczęściej przybierają formę polipowatą, która zawiera utkanie histopatologiczne gruczolakoraka lub ma postać szerzącej się powierzchniowo egzofitycznej infiltracji ściany, co może prowadzić do zwężenia światła jelita [2]. Utajony proces rozwoju choroby może trwać nawet 10–15 lat. W tym czasie dochodzi do transformacji gruczolaka, który do tej pory występował w formie niewielkiego polipa. Ogniska dysplazji większości polipów powstają na skutek zaburzenia chromosomalnego, satelitarnego lub mutacji somatycznych [7]. Ponad 75% zachorowań wiąże się z działaniem czynników karcinogennych, 20% z obciążeniami genetycznymi, a 5% z mutacją pojedynczych genów w przebiegu rodzinnej polipowatości

gruczolakowatej (*familial adenomatous polyposis* – FAP), mutacji genu APC oraz dziedzicznego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowością (zespół Lyncha I, II, III, Gardnera, Turcota, Zanca). Wykazano zależność pomiędzy infekcjami wirusowymi a wzrostem ryzyka rozwoju raka. Infekcja HPV towarzyszy rakowi w około 84% zachorowań. Ryzyko zachorowania rośnie także w przypadku uprawiania stosunków analnych oraz stwierdzenia w wywiadzie raka szyjki macicy [1].

Rozwój raka jelita grubego jest determinowany przez modyfikowalne i niemodyfikowalne czynniki. Do pierwszej grupy zalicza się: niewłaściwą dietę (zwiększona zawartość tłuszczów, zwłaszcza nasyconych kwasów tłuszczowych, dieta bogata w czerwone mięso, tłuszcze zwierzęce, potrawy smażone, pokarmy wędzone i wysoko przetworzone, obecność sztucznych dodatków, barwników i środków konserwujących, dieta uboga w błonnik roślinny), niedobór witamin, wapnia i innych mikroelementów, spożywanie alkoholu, palenie papierosów, nadwagę i otyłość (wskaźnik BMI > 30), brak aktywności fizycznej, a także radioterapię jamy brzusznej i miednicy. Do czynników niemodyfikowalnych zaliczyć można: czynniki genetyczne, wiek (głównie siódma i ósma dekada życia), pochodzenie etniczne i płeć (bycie mężczyzną rasy białej), czynniki geograficzne (życie w krajach wysokorozwiniętych), nieswoiste wrzodziejące zapalenie jelit (*inflammatory bowel disease* – IBD), chorobę Leśniowskiego-Crohna, cukrzycę oraz mutację genu BRCA [8].

Wiele badań naukowych potwierdziło, że ryzyko wystąpienia raka jelita grubego jest możliwe do zniwelowania dzięki odpowiedniej zmianie diety i stylu życia. Nawet 48% wszystkich zachorowań można byłoby uniknąć pod warunkiem zachowania prawidłowego poziomu aktywności fizycznej, redukcji zbyt dużej masy ciała i utrzymania jej na właściwym poziomie oraz przestrzegania zasad racjonalnego żywienia [1].

Rak jelita grubego przez wiele lat może nie powodować żadnych dolegliwości, dlatego rzadko jest rozpoznawany we wczesnej fazie rozwoju. Często starsi pacjenci przeocząją pierwsze niepokojące symptomy choroby bądź je bagatelizują i wiążą jedynie z procesem starzenia się. Tymczasem wczesne wykrycie nowotworu umożliwia krótsze i mniej agresywne leczenie, zwiększa szansę na wyleczenie i ogranicza ryzyko zgonu [7].

Objawy sugerujące raka jelita grubego różnią się w zależności od stopnia zaawansowania choroby i miejsca występowania pierwotnego guza. W przypadku zmiany zlokalizowanej w obrębie okrężnicy wstępującej i części proksymalnej poprzecznicy najczęstszym objawem jest krwawienie utajone, któremu towarzyszy postępująca niedokrwistość. Kiedy rak usytuowany jest w zstępnicy lub odbycie, najczęściej pojawia się krwawienie jawne i zmiana rytmu wypróżnień. Do głównych symptomów choroby należy także: naprzemienne

występowanie biegunek i zaparc, zmiana kształtu i rozmiaru stolca („stolce ołówkowate”), odczucie stałego parcia na stolec oraz bóle brzucha i podbrzusza. W późniejszym czasie dołączają klasyczne symptomy zaawansowanej choroby nowotworowej, a więc postępująca utrata masy ciała, nudności, brak apetytu i osłabienie [9].

Ze względu na stosunkowo późną diagnozę najważniejszym i nieocenionym elementem polityki prozdrowotnej jest program badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka jelita grubego. Składają się na niego testy, podczas których analizuje się próbkę materiału biologicznego (kał, krew), oraz badania endoskopowe i obrazowe [4]. Wśród tych drugich najważniejsze jest badanie kolonoskopowe, któremu może poddać się każda osoba w wieku 50–65 lat, przy czym nie muszą występować u niej żadne niepokojące objawy. Kolonoskopia to obecnie złoty standard i jako badanie diagnostyczno-terapeutyczne daje możliwość pełnej i precyzyjnej oceny błony śluzowej całego jelita. W jej trakcie można pobrać wycinki, co pozwala przeprowadzić badanie histopatologiczne i stwierdzić ewentualną obecność komórek nowotworowych. Można także usunąć stwierdzone zmiany, dzięki czemu ryzyko wystąpienia raka obniża się nawet o 77% [10].

W ramach diagnostyki można również dokonać oceny stopnia zaawansowania choroby. W tym celu wykonywane są badania tomograficzne jamy brzusznej z miednicą małą, wirtualna kolonoskopia (w przypadku braku możliwości przeprowadzenia badania endoskopowego) i koronografia [11]. Jednak podstawowym badaniem, któremu poddane powinny zostać nie tylko osoby starsze, ale każdy pacjent po 40. roku życia, jest badanie per-rectum, w razie konieczności poszerzone o ultrasonografię przezodbytniczą, a także rezonans magnetyczny.

Przedstawione badania oceniają głębokość ewentualnego nacieku nowotworu w stosunku do ściany jelita oraz obecność przerzutów w lokalnych węzłach chłonnych. Z kolei pozytronowa emisyjna tomografia komputerowa (PET) wykorzystywana jest do diagnostyki wznowy miejscowej lub do weryfikacji zmian przerzutowych [6].

Do oceny stopnia zaawansowania raka jelita grubego służy system Tumor – Node – Metastasis (TNM) opracowany przez Union International Cancer Control / American Joint Committee on Cancer (UICC/AJCC). Opisuje on:

1. Wielkość guza pierwotnego (T – *tumor*) – skala 0–4 określa stopień rozrostu guza pierwotnego i jego stosunek do otaczających tkanek. Im wyższy stopień T, tym nowotwór jest bardziej zaawansowany. Zgodnie z tym podziałem wyróżnia się: Tis – rak *in situ*; T1 – gdy guz nacieka warstwę podśluzową; T2 – gdy guz nacieka błonę mięśniową właściwą; T3 – gdy guz nacieka przez warstwę podsukowiczą lub tkanki okołookrężnicze i/lub okołodbytnicze;

- T4a – gdy guz penetruje na powierzchnię otrzewnej trzewnej; T4b – gdy guz bezpośrednio nacieka inne narządy i struktury anatomiczne.
2. Stan węzłów chłonnych (N – *nodus*) – skala 0–2 określa stopień rozprzestrzenienia nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych. W przypadku raka jelita grubego stosuje się następujące podgrupy: NX – kiedy regionalne węzły chłonne nie mogą być ocenione; N1a – przerzut do jednego najbliższego węzła; N1b – przerzuty obecne w dwóch–trzech węzłach; N1c – depozyty komórek nowotworowych w warstwie podsurowiczej, krezce albo w niepokrytych otrzewną tkankach okołokręniczych i/lub okołodbytnicznych; N2a – przerzuty obecne w czterech–sześciu węzłach; N2b – przerzuty co najmniej w siedmiu węzłach.
  3. Brak lub obecność przerzutów odległych (M – *metastases*); Mo – przerzuty odległe nieobecne; M1 – przerzuty odległe ograniczone do jednego narządu i/lub przerzuty odległe w więcej niż w jednym narządzie albo przerzuty do otrzewnej [12].

Leczenie raka jelita grubego zależne jest od wieku pacjenta, oczekiwanej długości jego życia oraz tolerancji proponowanych metod. Postępowanie onkologiczne u seniora niesie za sobą ryzyko niedostatecznej terapii, a z powodu występowania wielochorobowości i zmniejszonej wydolności organizmu wyniki onkologiczne mogą być gorsze.

Wybór metody leczenia zależy od umiejscowienia zmiany oraz stanu zaawansowania choroby. Preferowane jest leczenie chirurgiczne, które w ostatnich latach poprawiło się dzięki wprowadzeniu nowoczesnych technik zespolenia jelit, co skutkuje mniejszą liczbą stomii. Ponadto nastąpiła zmiana strategii leczenia dotycząca chorych w zaawansowanym stadium choroby z rozsiewem. Uwzględnia ona większy zakres działań chirurgicznych. Dodatkowo wprowadzono nowe leki oraz terapie celowane, które w połączeniu z radio- i chemioterapią dają lepsze wyniki [13].

W leczeniu raka odbytnicy w późnym stadium przed planowanym zabiegiem operacyjnym konieczne jest leczenie indukcyjne. Jedną z metod do wyboru to radioterapia. Chory otrzymuje dawkę 25 Gy (5 frakcji po 5 Gy), a dopiero w następnej kolejności wykonuje się operację, najlepiej między piątą a siódmą dobą, ale nie później niż 14 dni od zakończenia naświetlania [14]. Drugą metodą jest leczenie skojarzone – chemio-radioterapia. Chory przyjmuje cytostatyki i jednocześnie poddawany jest kilkutygodniowej radioterapii niskimi dawkami promieniowania. Zabieg chirurgiczny wykonuje się po około miesiącu od zakończenia naświetlania. Chorzy z rakiem odbytnicy, którzy nie zostali poddani wstępnemu leczeniu przedoperacyjnemu, podlegają uzupełniającej radio- lub chemioterapii. Najczęściej w przypadku raka gruczołowego bańki odbytnicy wykonuje się zabieg chirurgiczny. Przy stwierdzonych zmianach płaskonabłonkowych może on być przeprowadzony tylko u chorych w stadium

niezaawansowanym (T1N0Mo). W pozostałych sytuacjach standardem terapeutycznym jest terapia skojarzeniowa [13].

Wybór metody operacyjnej oraz rozległość zabiegu chirurgicznego są zależne od stopnia zaawansowania choroby, umiejscowienia zmiany i stopnia unaczynienia guza. Zabieg polega na usunięciu chorobowo zmienionego fragmentu jelita wraz z kreską i najbliższymi węzłami chłonnymi. Jednak nie zawsze udaje się odtworzyć ciągłość jelita. Jest to utrudnione w przypadku znacznego zaawansowania nowotworu lub jego niekorzystnego umiejscowienia. Wówczas zachodzi konieczność wytworzenia stomii, która może mieć charakter przejściowy bądź trwały. W sytuacji występowania przerzutów choroby po leczeniu chirurgicznym poddawani są terapii uzupełniającej, najczęściej chemioterapii.

U seniorów z zaawansowanym stadium rozsiewu choroby leczenie zależy od położenia zmiany, liczby przerzutów i możliwości technicznych przeprowadzenia radykalnej resekcji. Optymalna terapia to połączenie leczenia operacyjnego i chemioterapii. Jednak decyzja dotycząca usunięcia pierwotnego guza jest zależna od występowania objawów niedrożności jelita oraz możliwości połączenia wycięcia przerzutów z leczeniem miejscowym zmiany pierwotnej. Chorzy, u których zaawansowanie choroby nie pozwala na planowanie powyższego leczenia, poddawani są systemowemu leczeniu paliatywnemu (terapia celowa, chemioterapia). Terapię celową zaleca się u chorych, którzy po badaniach molekularnych wykazują prawdopodobieństwo odpowiedzi na ten typ leczenia. Obecnie stosuje się tego rodzaju terapię w trzecim rzucie leczenia. Oznacza to, że pacjent musi przejść wcześniej dwa rodzaje chemioterapii [15].

W zaawansowanym stadium choroby zabiegi operacyjne mogą być przeprowadzane w trybie pilnym. Wiąże się to jednak z większą liczbą powikłań i zgonów. Zazwyczaj stan ogólny pacjentów w podeszłym wieku jest ciężki, występują u nich niedobory wodno-elektrolitowe i białkowe, a także niewydolność układu krążenia, oddechowego oraz moczowego. Po zabiegu seniorzy wymagają szczególnej opieki i prowadzenia ćwiczeń oddechowych, zapobiegania powikłaniom zakrzepowym, wspomagania układu krążenia i perystaltyki jelit. Ze względu na powyższe zaleca się, by u pacjentów starszych wykorzystywać zabiegi endoskopowe, stanowiące mniejsze obciążenie dla organizmu [16].

Choroba nowotworowa w każdym wieku, a szczególnie w podeszłym, znacząco pogarsza jakość życia, pogłębiając zaburzenia funkcjonowania we wszystkich sferach [6, 17]. Termin „jakość życia” jest wieloznaczny, dynamiczny i zmienny. Najczęściej oznacza dobrostan fizyczny i psychiczny, uczucie szczęścia i radości, poczucie spełnienia pragnień oraz szeroko pojętej satysfakcji z życia. Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health related quality of life* – HRQOL) wprowadził w 1990 roku Harvey Schipper, który opisał je jako subiektywną ocenę własną dokonaną przez pacjenta, odwołującą się do

położenia życiowego w trakcie choroby, procesu leczenia i późniejszej rehabilitacji. Obejmuje cztery obszary: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz odczucia somatyczne [18, 19].

We współczesnej medycynie ocenia się dwa wymiary HRQOL: subiektywny i obiektywny. Do pierwszej grupy zalicza się: czynniki fizyczne (ból, ogólne samopoczucie, dolegliwości), psychiczne (nadzieja, depresja, poczucie własnej godności), społeczne (sposób spędzania wolnego czasu, satysfakcja z pracy), międzyludzkie (wsparcie społeczne, konflikty w rodzinie). Do czynników obiektywnych należą ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza na podstawie wyników laboratoryjnych i badań obrazowych oraz pozycja ekonomiczno-społeczna (dochód, warunki mieszkaniowe, liczba i jakość kontaktów społecznych). W celu uzyskania pełnego obrazu należałoby dokonać oceny obu wymiarów HRQOL [20].

W ocenie HRQOL można także wyróżnić czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Do pierwszych należy utrzymanie niezależności życiowej, bezpieczeństwo finansowe, zadowalająca sytuacja mieszkaniowa, utrzymywanie więzi rodzinnych i społecznych, możliwość edukacji i uczestnictwa w życiu kulturalnym, otrzymywanie wsparcia oraz rodzaj podjętego leczenia. Z kolei czynniki wewnętrzne mają związek z konkretnymi zasobami danego pacjenta, czyli cechami osobowości, poczuciem koherencji, odpornością na stres i możliwością pozostania sobą nawet w sytuacji kryzysowej [19]. W przypadku seniorów czynniki te mogą wzajemnie się przenikać, co jest związane np. z przejściem na emeryturę, utratą pełnionych ról społecznych, zmniejszeniem grupy przyjaciół i znajomych, pojawieniem się ograniczeń finansowych, a także z pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia [20].

Jednym z decydujących czynników wpływających na jakość życia osoby starszej jest wiek, ponieważ wraz z jego postępem najczęściej dochodzi do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, co wiąże się z pojawieniem schorzeń przewlekłych. Tymczasem zdrowie to wartość nadrzędna i jeden z głównych determinantów jakości życia. Jest nim też sprawność funkcjonalna osoby w podeszłym wieku. W starości dochodzi do upośledzenia i ograniczenia zdolności funkcjonalnych spowodowanych wystąpieniem wielochorobowości, wielolekowości, a dostęp do usług medycznych staje się ograniczony [19].

Wydolność funkcjonalną definiuje się jako zdolność do samoopieki. Jej miernikiem jest stopień samodzielności i niezależności w środowisku zamieszkania. Do jej oceny wykorzystuje się różnego rodzaju narzędzia, tj. skalę ADL, IADL lub Barthel. U starszych osób może wystąpić upośledzenie możliwości wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, co w połączeniu z niską odpornością na sytuacje stresowe może powodować obniżenie nastroju (a nawet depresję) i skutkować obniżoną jakością życia [21].

Jakość życia starszego pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową mierzy się, biorąc pod uwagę długość przeżycia, postępujący rozwój choroby, konsekwencje procesu leczenia i możliwości kontrolowania i łagodzenia występujących symptomów. Przy dokonywaniu oceny jakości życia pacjenta chorego na nowotwór najczęściej rezygnuje się z wymiaru obiektywnego na rzecz subiektywnego. Pacjent już przez samą diagnozę raka odczuwa wysoki poziom lęku i stres, które towarzyszą mu przez cały czas. Chorzy zadają sobie pytanie, jakie mają szanse przeżycia, czy zrobili wszystko, aby ratować swoje zdrowie, i czy po wyleczeniu nastąpi wznowa [22].

Oprócz samego rozpoznania raka jelita grubego na jakość życia pacjenta znaczący wpływ ma przebieg leczenia, wynikający ze stopnia zaawansowania choroby. Często jest ono długotrwałe, powoduje obciążenie organizmu i nie zawsze kończy się sukcesem, a także trwale okalecza, tak jak to się zdarza przy zaawansowanym raku odbytu, wymagającym wytworzenia stomii jelitowej [23]. Ten zabieg doprowadza do całkowitej zmiany w zakresie fizjologicznego funkcjonowania chorego. Pacjenci, u których zaistniała konieczność wyłonienia sztucznego odbytu, często mają wiele obaw związanych z codziennym funkcjonowaniem, swoją sytuację odbierają jako kalectwo, mają niską samoocenę, odczuwają lęk i niepokój. Wycofanie społeczne i strach przed bliskim kontaktem z innymi ludźmi w istotny sposób wpływają na obniżenie samopoczucia i mogą wywoływać depresję [24].

Jakość życia chorych w wieku podeszłym leczonych metodą chemioterapii, często będącą wstępem do całego procesu leczenia albo jego kontynuacją po zabiegu chirurgicznym, jest z reguły niska. Wiąże się to ze skutkami ubocznymi stosowanych preparatów, które polegają na uciążliwych objawach, takich jak nudności, wymioty, brak łaknienia i ogólne osłabienie organizmu. Jakość życia u tej grupy seniorów często pogarsza się w szybkim tempie, a tymczasem chemioterapia to proces długotrwały, obciążający emocjonalnie i fizycznie pacjenta i jego rodzinę [25].

## Podsumowanie

Jakość życia to obecnie ważki temat, dotyczący szczególnie osób znajdujących się w ciężkiej sytuacji zdrowotnej, jaką jest choroba nowotworowa. Znacząco obniża ona jakość życia, zaburzając dotychczasowe funkcjonowanie człowieka. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wzrasta wraz z wiekiem. Większość zachorowań występuje po 60. roku życia, a najwięcej przypadków odnotowuje się w siódmej i ósmej dekadzie życia. Choroba jest uciążliwa dla pacjentów głównie ze względu na swoje objawy, trudny proces diagnostyczny oraz terapeutyczny. W przypadku seniorów ma to szczególne znaczenie w ze-

stawieniu z dodatkowymi dysfunkcjami pojawiającymi się w starszym wieku, takimi jak przewlekłe i współistniejące choroby bądź ograniczenie sprawności fizycznej [26].

Pojęcie jakości życia jest wieloznaczne, a jednocześnie dynamiczne i zmienne. Na jej poziom wpływa wiele czynników, które są ściśle związane z samym pacjentem, takich jak psychiczne przystosowanie się do odczuwanych dolegliwości lub odporność na stres. Nie bez znaczenia jest pozycja społeczna seniora, wsparcie, jakie otrzymuje od najbliższych, oraz rodzaj i czas trwania zastosowanej terapii. Obecnie nie tylko w środowisku medycznym, ale także w naukach społecznych obserwuje się wzmożone zainteresowanie tematem jakości życia osób w podeszłym wieku. Konieczne staje się stosowanie specjalistycznych, międzynarodowych, możliwych do walidacji narzędzi służących do mierzenia jakości życia pacjentów. Powinny one uwzględniać wiele istotnych dla seniora kwestii i wymiarów, np.: funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe, objawy chorobowe lub niepożądane skutki leczenia, aby zapewnić mu możliwość wyrażenia swoich subiektywnych odczuć. Ważne jest bowiem, by w ocenie jakości życia kierować się nie tylko wynikami badań diagnostycznych i rezultatami podjętych działań terapeutycznych, ale mieć na uwadze przede wszystkim dobrostan pacjenta [27].

Literatura donosi, że osoby starsze chorujące na raka jelita grubego oceniają swoją jakość życia na stosunkowo niskim poziomie. Może to być wynikiem postawienia ciężkiej diagnozy choroby onkologicznej, ale także trudnego procesu diagnostycznego i towarzyszących schorzeniu uciążliwych objawów chorobowych. Rak jelita wpływa na wszystkie dziedziny funkcjonowania człowieka, przyczyniając się do obniżenia ogólnej jakości życia starszych pacjentów [28].

W walce z nowotworem ważne jest pozytywne nastawienie do życia i otrzymywane od najbliższych wsparcie emocjonalne, które niejednokrotnie motywuje pacjenta do walki z ciężką i często nieuleczalną chorobą. Bliskość rodziny i znajomych to znaczący aspekt wpływający pozytywnie na chorego i podnoszący jego jakość życia. W związku z tym ocena poziomu tego wsparcia podczas stawiania diagnozy oraz leczenia jest szczególnie ważna zwłaszcza u pacjentów w podeszłym wieku [20]. Opiekun wspierający seniora powinien w pełni rozumieć jego potrzeby fizyczne i psychiczne, w tym ograniczenia w codziennej aktywności, zaburzenia funkcjonowania ciała, a przede wszystkim stres i ból, które są głównymi wyznacznikami pogorszenia się dobrostanu człowieka [29, 30].

Podczas analizowania jakości życia starszych osób z nowotworami jelit należy wziąć pod uwagę również kwestię zmiany jej oceny następującej w czasie w związku z rozpoczęciem procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Rokowanie u pacjentów w zaawansowanym wieku z rozpoznanym rakiem jest



gorsze niż w grupie pacjentów młodszych. Prognoza wiąże się z postępującym i destrukcyjnym charakterem choroby, jaką jest nowotwór złośliwy, a także ze stopniem jej zaawansowania i metodą leczenia [31].

Podstawą leczenia raka jelita grubego jest chirurgia, często połączona z wyłonieniem stomii oraz uzupełniana chemio- i radioterapią. Zanim jednak do niego dojdzie, seniorzy muszą przejść przez kłopotliwy i uciążliwy proces diagnostyczny [32, 33]. Większość chorych leczonych chirurgicznie oceniła swój poziom jakości życia jako dobry, szczególnie gdy wykonano u nich zabieg metodą laparoskopową [2, 25, 34]. Jednak wielu seniorów uważa wyłonienie stomii za dramatyczne wydarzenie, które okalecza ich fizycznie i psychicznie, dodatkowo wprowadzając chaos w dotychczasowe życie. Stres i lęk, jakie towarzyszą starszemu choremu w tym czasie, znacząco wpływają na obniżenie jakości życia [18]. Nakładają się na to dodatkowo dolegliwości związane z chorobą [25]. Głównie chodzi tu o ból, który jest jednym z kluczowych czynników oddziałujących na samopoczucie, szczególnie u seniorów [19].

Na jakość życia osób w podeszłym wieku wpływ mają także schorzenia współistniejące, a wśród nich te najczęściej dotyczące seniorów, czyli choroby układu sercowo-naczyniowego i nerek oraz cukrzyca. Są to typowe dolegliwości wieku podeszłego, które obniżają jakość życia, a ich obecność przy ciężkiej chorobie nowotworowej może znacznie utrudnić dobór właściwej metody leczenia i zmniejszyć jej skuteczność [2, 30].

Indywidualne poczucie zadowolenia z jakości życia osób starszych, zwłaszcza chorych na nowotwór, jest niezwykle ważnym zagadnieniem z punktu widzenia szeroko rozumianego życia społecznego: opieki zdrowotnej, ubezpieczeń społecznych, kultury i partycypacji społecznej [35]. Należy więc mu poświęcać jak najwięcej uwagi, co przełoży się na lepsze funkcjonowanie starszych pacjentów.

## Piśmiennictwo

1. Deptała A., Wojtukiewicz M. (red.). Rak jelita grubego. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2018, s. 13–19.
2. Krzemieniecki K. Leczenie raka jelita grubego u chorych w podeszłym wieku. *Gastroenterologia Kliniczna*. 2012; 4(3): 117–122.
3. Majkowicz M. Metodologiczne podstawy oceny jakości życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2017; 11(2): 78–83.
4. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.T. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2013; 94(2): 166–171.
5. Stefanowicz A., Kulik T.B., Skórzyńska H., Środa M. Wiedza o programie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku 50–65 lat. *Geriatrics*. 2017; 11: 259–264.

6. Zyśk R., Wysocki P., Wyrwicz L. Rak jelita grubego – społeczne znaczenie zmian w zakresie epidemiologii i możliwości leczenia w Polsce. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2014; 10(4): 212–223.
7. Brenner H., Kloor M., Pox C.P. Colorectal cancer. *Lancet*. 2014; 383(9927): 1490–1502.
8. Janiak M., Głowacka P., Kopec A., Staśkiewicz A. Czynniki determinujące zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. *Gastroenterologia Kliniczna*. 2016; 8(4): 142–151.
9. Kubiak A., Kycler W., Trojanowski M. Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2014; 95(3): 636–642.
10. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M. Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego – działania pielęgniarские w przygotowaniu do badania. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2017; 1(50): 102–106.
11. Reguła J. Kolonoskopia – jej jakość oraz rola w badaniach przesiewowych. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2014; 10(4): 31–34.
12. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P. (red.). *Onkologia kliniczna*. Gdańsk: Via Medica; 2015.
13. Millan M., Merino S., Caro A., Feliu F., Escuder J., Francesch T. Treatment of colorectal cancer in the elderly. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*. 2015; 7(10): 204–220.
14. Bujko K. Radioterapia u chorych na raka jelita grubego. *Gastroenterologia Kliniczna*. 2013; 5(4): 162–167.
15. Rutkowski A. Znaczenie resekcji guza pierwotnego u chorego na raka jelita grubego w IV stopniu zaawansowania. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja*. 2016; 2 (supl. E): 14–30.
16. Dekker J.W.T., van den Broek C.B.M., Bastiaannet E., van de Geest L.G.M., Tollenaar R.A.E.M., Liefers G.J. Importance of the first postoperative year in the prognosis of elderly colorectal cancer patients. *Annals of Surgical Oncology*. 2011; 18(6): 1533–1539.
17. Zdun A., Bazaliński D., Więch P. Jakość życia a poczucie koherencji u osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym. *Hygeia Public Health*. 2017; 52(3): 292–297.
18. Szymańska-Pomorska G., Felińczak A., Misiak K., Kuriata-Kowalska K., Śliwińska M., Pytel A. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2015; 5(1): 25–31.
19. Szewczyczak M., Stachowska M., Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie*. 2012; 81(1): 96–100.
20. Zielińska-Więczkowska H., Żychlińska E., Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. Ocena jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z chorobą nowotworową w starszym wieku objętych opieką paliatywną. *Geriatrics*. 2015; 9: 227–234.
21. Kędra E.M., Wiśniewski W. Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2018; 8(1): 33–38.

22. Mirczak A., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Kulig J., Nowak W. Porównanie jakości życia pacjentów w wieku co najmniej 65 lat oraz grupy chorych poniżej 64. roku życia po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego. *Gerontologia Polska*. 2012; 20(1): 28–37.
23. Woźniak M., Posłuszna-Owczarz M. Jakość życia pacjentów z wylonioną stomią jelitową. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. 2018; 2(3): 39–50.
24. Qiu M., Hu J., Yang D., Cosgrove D.P., Xu R. Pattern of distant metastases in colorectal cancer: a SEER based study. *Oncotarget*. 2015; 6(36): 3858–3866.
25. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2017; 26(1): 53–61.
26. Worach-Kardas H. Starość w cyklu życia: społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”; 2015.
27. Radecka B. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Current Gynecologic Oncology*. 2015; 13(3): 172–179.
28. Trinquinato I., Silva R.M., Benavente S.B.T., Antonietti C.C., Caleche A.N.S.C. Gender differences in the perception of quality of life of patients with colorectal cancer. *Enfermería*. 2017; 35(3): 320–329.
29. Eom C.S., Shin D.W., Kim S.Y. i wsp. Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psychooncology*. 2013; 22(6): 1283–1290.
30. Ponczek D., Nowicki A., Zegarski W., Banaszkiwicz Z. Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. *Współczesna Onkologia*. 2006; 10(4): 164–170.
31. Wysokiński M., Fidecki W., Korzeniowska M., Wrońska I. Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku z nowotworami przewodu pokarmowego hospitalizowanych na oddziale chirurgii ogólnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2012; 2: 72–77.
32. Kasperek M.S., Hassan I., Cima R.R., Larson D.R., Gullerud R.E., Wolff B.G. Quality of life after coloanal anastomosis and abdominoperineal resection for distal cancers: sphincter preservation vs quality of life 2010. *Colorectal Disease*. 2011; 13(8): 872–877.
33. Synowiec-Piłat M., Zmyślona B., Pałęga A. Zaufanie do lekarzy oraz przekonania osób starszych na temat efektywności medycyny w walce z chorobami nowotworowymi. *Pomeranian Journal of Life Sciences*. 2017; 63(4): 94–103.
34. Lindholm E., Persson E., Carlsson E., Hallén A.M., Fingren J., Berndtsson I. Ostomy-related complications after emergent abdominal surgery: a 2-year follow-up study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2013; 40(6): 603–610.
35. Gastecka A., Tarkowska M., Szeliski K. i wsp. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u pacjentów z wylonioną stomią w wyniku leczenia wybranych chorób nowotworowych – przegląd piśmiennictwa. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2019; 2(59): 196–202.

## ***Kamila Rydzik***

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University

## ***Izabela Wróblewska***

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa  
Witelon Collegium State University

# **ROZDZIAŁ 12**

## **ZABURZENIA ODŻYWIANIA WYSTĘPUJĄCE U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM**

### **NUTRITIONAL DISORDERS OCCURRING IN THE ELDERLY**

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Prawidłowe odżywianie stanowi istotny czynnik wpływający na zachowania zdrowotne oraz sprawność fizyczną i psychiczną człowieka. Szczęólnego znaczenia nabiera sposób odżywiania u seniorów, którzy są obciążeni zwiększonym ryzykiem chorób, a w związku z tym wielochorobowością i wielolekowością, a także zmniejszoną intensywnością przemian biochemicznych zachodzących w organizmie. Zaburzenia odżywiania są przewlekłymi i złożonymi chorobami powstającymi w wyniku nieprawidłowych nawyków żywieniowych, które nieleczone mogą prowadzić do nasilania objawów już istniejących schorzeń bądź rozwoju kolejnych.

### **Cel pracy**

Przedstawienie rodzajów, przyczyn, objawów i leczenia zaburzeń odżywiania występujących u osób starszych.

### **Treść**

Na występowanie zaburzeń odżywiania u osób starszych największy wpływ mają choroby układu pokarmowego. Zmiany ustrojowe zachodzące wraz z wiekiem w tym układzie, w połączeniu ze starzeniem się organizmu, przyczyniają się do pogorszenia procesu trawienia, wchłaniania i metabolizowania pokarmów. Najczęstszymi zaburzeniami odżywiania występującymi u seniorów są niedożywienie i nadmierna masa ciała. Oba dotyczą zaburzeń równowagi pomiędzy podażą a zapotrzebowaniem na składniki odżywcze w organizmie, a w konsekwencji nieprawidłowego przyjmowania lub przyswajania pokarmów.

Są one powodowane przez wiele czynników: zmiany zachodzące w wyniku fizjologicznego starzenia się organizmu, czynniki socjoekonomiczne oraz występowanie chorób przewlekłych.

### **Podsumowanie**

Właściwy stan odżywienia jest jednym z głównych czynników wpływających na utrzymanie dobrego stanu zdrowia niezależnie od wieku, jednak dla osób starszych ma on szczególne znaczenie. Sposób żywienia tej grupy społeczeństwa zależy jest od wielu składowych, m.in. nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, chorób współistniejących, stanu wiedzy czy też sytuacji ekonomicznej. Wczesne rozpoznanie i wdrożenie właściwego sposobu leczenia oraz systematyczna kontrola oceny stanu odżywienia stanowią podstawę zapobiegania groźnym powikłaniom. Leczenie żywieniowe u starszych chorych powinno być zindywidualizowane, wieloczynnikowe i obejmować leczenie przyczynowe. Terapia musi być dobierana odpowiednio do aktualnego stanu pacjenta, a szczególnie stopnia zaawansowania niedożywienia.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania, osoby starsze, niedożywienie

## **Abstract**

### **Introduction**

Proper nutrition is an important factor influencing health behaviours and physical and mental performance of a person. Particular importance is attached to the diet of seniors, who are at increased risk of disease and, therefore, of multimorbidity and multidrug resistance, as well as to the reduced intensity of biochemical metabolism in the body. Eating disorders are chronic and complex diseases resulting from poor eating habits which, if untreated, can lead to the aggravation of symptoms of existing diseases or the development of others.

### **Aim of publication**

To present the type, causes, symptoms and treatment of eating disorders occurring in older people.

### **Content**

The occurrence of eating disorders in the elderly is mostly influenced by diseases of the digestive system. Systemic changes occurring with age in the alimentary tract, combined with the ageing of the body, contribute to the deterioration of the process of digestion, absorption and metabolism of food. The most common nutritional disorders occurring in seniors are malnutrition and overweight. Both refer to imbalances between the supply and demand for nutrients in the body, and consequently incorrect food intake or absorption. They are caused by many factors: changes occurring as a result of physiological ageing, socioeconomic factors and the occurrence of chronic diseases.

## Conclusion

Proper nutritional status is one of the main factors influencing the maintenance of good health regardless of age, but it is of particular importance for the elderly. The diet of this group of the population depends on many components, including dietary habits, physical activity, coexisting diseases, state of knowledge or economic situation. Early diagnosis and implementation of appropriate treatment and systematic monitoring of nutritional status assessment are the basis for preventing dangerous complications. Nutritional treatment in elderly patients should be individualised, multifactorial and include causal treatment. The selected therapy must relate to the current state of the patient, especially the severity of malnutrition.

**Keywords:** eating disorders, elderly people, malnutrition

## Wprowadzenie

Starzenie się organizmu to naturalny etap życia człowieka, który w znaczeniu biologicznym jest procesem przebiegającym w różnym tempie i stopniu. Jest on determinowany czynnikami genetycznymi, modyfikowany stylem życia, wpływem środowiska oraz chorobami współistniejącymi. Obecnie obserwuje się wydłużenie tego etapu dzięki postępowi medycyny, techniki, a także lepszym warunkom ekonomicznym i społecznym [1].

Jednym z podstawowych czynników wpływających na stan zdrowia jest właściwy sposób odżywiania, na który rzutują m.in. nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, stosowana farmakoterapia czy występujące choroby przewlekłe. Ma to szczególne znaczenie u osób starszych [2]. W wieku podeszłym dochodzi bowiem do osłabienia równowagi w funkcjonowaniu wszystkich układów. W przypadku układu pokarmowego, w wyniku zmniejszenia wydzielanych soków trawiennych, liczby kubków smakowych i spowolnienia perystaltyki jelit, następuje nasilenie się niestrawności, co może powodować zmniejszenie apetytu oraz występowanie zaparć i biegunek.

Proces starzenia się organizmu jest również związany z wielochorobowością, a tym samym z wielolekowością, co prowadzi do niedoborów żywieniowych, a w konsekwencji wyniszczenia. Z tego powodu istotną rolę odgrywa dieta, która musi być zindywidualizowana i na bieżąco modyfikowana, aby zapewnić seniorowi prawidłową podaż substancji odżywczych oraz zapobiec rozwojowi negatywnych skutków niedożywienia [3].

Zaburzenia będące następstwem niewłaściwego odżywiania mogą nasilać objawy już istniejących chorób lub bezpośrednio przyczyniać się do powstania schorzeń zależnych od diety, np. cukrzycy czy miażdżycy. U osób starszych najczęściej spotykanymi zaburzeniami odżywiania są: niedożywienia białko-kaloryczne, niedobory witaminowo-mineralne oraz nadmierna masa ciała.

Stanowią one poważny problem kliniczny, psychospołeczny i ekonomiczny. W przypadku seniorów, ze względu na występujące różnice patofizjologiczne i częstość występowania chorób przewlekłych, konieczne jest indywidualne podejście do oceny stanu odżywienia [4].

## Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie przyczyn, objawów i leczenia zaburzeń odżywiania występujących u osób starszych.

## Rozwinięcie

Wraz z wiekiem zmienia się intensywność przemian biochemicznych w organizmie. Wzrasta przewaga procesów katabolicznych nad anabolicznymi, co powoduje obniżenie aktywności tkanek i narządów, a w konsekwencji zapotrzebowanie na energię. Na występowanie zaburzeń odżywiania u osób starszych największy wpływ mają choroby układu pokarmowego. Zmiany ustrojowe zachodzące wraz z wiekiem w tym układzie, w połączeniu ze starzeniem się organizmu, przyczyniają się do pogorszenia procesu trawienia, wchłaniania i metabolizowania pokarmów. W rezultacie dochodzi do niedostatecznego wykorzystania składników odżywczych [1].

Jedną z istotnych zmian zachodzących w przewodzie pokarmowym jest zmniejszona aktywność gruczołów ślinowych, ulegających z wiekiem zwłóknieniu i złuszczeniu, w wyniku czego następuje ograniczenie ilości wydzielanej śliny. Zanikanie kubków smakowych wpływa na pogorszenie smaku, co przy mniejszej ilości śliny może powodować suchość w ustach, tym samym skutecznie utrudniając spożywanie posiłków. Z kolei utrata zębów oraz zmniejszenie aktywności mięśni skutkują osłabieniem żucia i połykania. Do zmian w jamie ustnej dochodzi również w wyniku przewlekłych stanów zapalnych, głównie dziąseł. Dodatkowo nieprawidłowe funkcjonowanie zmysłów węchu i smaku przyczynia się do nadmiernego stosowania przypraw, w tym soli kuchennej, wpływając na rozwój nadciśnienia tętniczego [3]. Jednoczesne pojawianie się zmian zanikowych błony śluzowej żołądka powoduje zmniejszanie ilości wydzielanych kwasów żołądkowych. Zmiana kwasowości soku żołądkowego oddziałuje na obniżenie odporności błony śluzowej przewodu pokarmowego, zwiększając ryzyko rozwoju nieprawidłowej flory bakteryjnej oraz wystąpienia stanu zapalnego [5].

Zaburzenia w procesie trawienia zachodzą również w wątrobie i trzustce. Ta pierwsza wraz z wiekiem zmniejsza swoją masę i zdolność regeneracyjną, co przyczynia się do redukcji syntezy białek i zaburzeń w usuwaniu z organizmu

toksyn. Z kolei w trzustce osłabieniu ulega zdolność wydzielnicza komórek beta, co powoduje większe ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2. Aktywność enzymatyczna trzustki osób starszych jest znacznie obniżona, co pogarsza ich tolerancję posiłków.

Częstą przypadłością seniorów są także zaparcia oraz uchyłki jelita wynikające ze zmniejszonej aktywności motorycznej przewodu pokarmowego spowodowanej zanikiem włókien mięśniowych [6].

Pogarszanie się u osób starszych funkcjonowania przewodu pokarmowego wymaga dostosowania odpowiedniej diety. Wskazane jest to także ze względu na zmiany składu ciała, które prowadzą do dysproporcji w budowie. Z wiekiem dochodzi do spadku beztłuszczowej masy ciała przy jednoczesnym wzroście tkanki tłuszczowej. Zmniejsza się również masa mineralna kości, co utrudnia aktywność fizyczną seniorów oraz wpływa na pogłębianie się problemów żywieniowych. Redukcji ulega masa komórkowa, szczególnie tkanki mięśniowej i narządów wewnętrznych, co przejawia się zmniejszonym zapotrzebowaniem na energię [3, 7].

Na sposób odżywiania się osób w podeszłym wieku mają też wpływ czynniki socjoekonomiczne, które kształtują styl życia. Przykładem mogą być ograniczenia finansowe, wskutek których seniorzy wybierają produkty nie na podstawie ich jakości, lecz ceny. Znaczący wydaje się brak wsparcia społecznego. Samotność osób starszych jest przyczyną braku motywacji do dbania o zdrowie, powoduje apatię oraz korzystanie z gotowych, przetworzonych produktów. Również brak pełnej sprawności wpływa na dietę, która staje się w tej sytuacji zależna od opiekuna [7].

Analizując stan odżywienia osób w wieku podeszłym, należy wziąć także pod uwagę ich upodobania żywieniowe, a wśród nich utrwalone przez lata nawyki związane z doбором produktów spożywczych czy przygotowywaniem potraw [8]. Ważnym elementem kształtującym odżywianie seniorów jest rodzaj i liczba przyjmowanych leków. Część z nich może bowiem powodować takie objawy, jak: utrata apetytu, nudności, wymioty, zaburzenia smaku, zaparcia lub biegunki [6].

Wszystkie wymienione czynniki wpływają na stan odżywienia starszych osób, przyczyniając się do występowania różnego rodzaju zaburzeń: niedożywienia, nadmiernej masy ciała, nadwagi bądź otyłości [3].

Niedożywienie jest jednym z najczęstszych zaburzeń odżywiania dotyczących osób starszych. Zalicza się je do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, czyli przewlekłych i wieloprzyczynowych zaburzeń prowadzących do niesprawności funkcjonalnej i pogarszających jakość życia. Określa się je jako stan zaburzenia równowagi pomiędzy podażą a zapotrzebowaniem na składniki odżywcze w organizmie, a w konsekwencji niedostatecznym przyjmowaniem lub przyswajaniem pokarmów [9].



Ryzyko wystąpienia niedożywienia rośnie wraz z wiekiem i jest największe u osób po 65. roku życia oraz przebywających w szpitalach czy placówkach opiekuńczych. Dostępne dane epidemiologiczne na temat występowania tego zaburzenia wydają się niepełne, ponieważ u seniorów trudniej jest dostrzec objawy niedożywienia, przez co jest ono rzadko rozpoznawane i leczone. Wynika to w znacznej mierze z towarzyszącej procesowi starzenia wielochorobowości, która maskuje ten problem. Szacuje się, że w środowisku domowym niedożywienie dotyczy około 5–10% seniorów, a w populacji pacjentów hospitalizowanych oraz mieszkańców domów pomocy społecznej sięga nawet 30–60% [10].

Zwiększone ryzyko niedożywienia starszych osób implikowane jest przez wiele czynników. Podstawowa przyczyna to przyjmowanie niewystarczającej ilości energii w posiłkach w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Czynniki warunkujące pojawienie się tego zaburzenia można podzielić na trzy grupy, do których zalicza się: zmiany zachodzące w wyniku fizjologicznego starzenia się organizmu, czynniki socjoekonomiczne oraz występowanie chorób przewlekłych. W wyniku obniżonej podstawowej przemiany materii i niskiego wydatku energetycznego dochodzi do zmian w odczuwaniu głodu oraz sytości, co przy ograniczeniach w samodzielności może prowadzić do zaniedbań i występowania zaburzeń odżywiania. Do drugiej grupy należą izolacje społeczne, zła sytuacja materialna i mieszkaniowa, samotność. Najważniejszą jednak przyczyną niedożywienia są choroby przewlekłe i związane z nimi leczenie. Ryzyko szczególnie wzrasta w przypadku ujawnienia się chorób nowotworowych, schorzeń przewodu pokarmowego, układu sercowo-naczyniowego, neurologicznego i oddechowego, a także chorób psychicznych, takich jak depresja i demencja. Czynnikiem przyczyniającymi się do niedożywienia są ponadto rodzaj i liczba przyjmowanych leków oraz ich działania niepożądane, mogące prowadzić do utraty łaknienia, zmian w jamie ustnej, nudności i utrudnionego wchłaniania jelitowego. W kontekście tego zaburzenia niewystarczającą wagę przywiązuje się do problemów z użęciem [5, 8, 11].

Niedożywienie można podzielić na jakościowe, związane z niedoborem substancji odżywczych (witamin, białka), oraz ilościowe, oznaczające niedobór energii. W praktyce mówi się o trzech typach niedożywienia: marasmus, kwashiorkor oraz typie mieszanym.

Marasmus jest niedożywieniem prostym, do którego dochodzi w wyniku przewlekłego głodzenia. Charakteryzuje się zmniejszeniem masy ciała, spowodowanym utratą w organizmie tkanki tłuszczowej oraz masy mięśniowej. W tym przypadku poziom albumin pozostaje prawidłowy, obniżeniu zaś ulegają wskaźniki antropometryczne i immunologiczne. Ten typ niedożywienia przyczynia się do poważnych powikłań, pojawiających się szczególnie

w sytuacji wykonywania zabiegu operacyjnego, wystąpienia urazu lub ostrej choroby. Jest łatwy do rozpoznania, ponieważ pacjent często sam zwraca uwagę na utratę wagi i siły mięśniowej.

Z kolei niedożywienie typu kwashiorkor występuje u osób dobrze odżywionych, u których w wyniku stresu (np. zakażenia, dużego urazu, wykonanego zabiegu operacyjnego) doszło do zwiększenia procesów katabolicznych w organizmie, bez pokrycia ich zapotrzebowania energetycznego. Charakteryzuje się występowaniem hipoalbuminemii, a także obniżeniem odporności komórkowej, a w późniejszych stadiach zaburzeniami wodno-elektrolitowymi oraz obrzękami. W tym przypadku wskaźniki antropometryczne utrzymują się w granicach normy. Utrudnia to szybką diagnostykę, w której należy oprzeć się na badaniach laboratoryjnych (stężenie albumin, liczba limfocytów we krwi).

Typ mieszany niedożywienia charakteryzuje się spadkiem masy ciała, obniżeniem stężenia albumin w surowicy, zaburzeniami w gospodarce wodno-elektrolitowej oraz zmniejszeniem odporności komórkowej. Jest on połączeniem niedożywienia typu marasmus i kwashiorkor. Najczęściej występuje u osób z hiperkatabolizmem po ciężkim urazie czy zabiegu operacyjnym, które nie otrzymują właściwej podaży białka i substancji energetycznych [1, 5].

Długotrwałe, nieleczone niedożywienie prowadzi do kacheksji. Wyniszczenie organizmu to złożony zespół metaboliczny związany z chorobą przewlekłą, może także pojawić się w wyniku intensywnej radioterapii, chemioterapii bądź po operacji. Do objawów należy utrata apetytu i wagi ciała, co skutkuje wychudzeniem i wyczerpaniem [5, 12]. Innymi konsekwencjami niedożywienia są:

- zmniejszenie siły mięśniowej i sprawności psychomotorycznej,
- spadek masy ciała,
- nieprawidłowe funkcjonowanie mózgu, depresja, apatia,
- zaburzenia układu pokarmowego (osłabienie perystaltyki jelit, pogorszenie procesu trawienia i wchłaniania),
- zmniejszenie masy trzustki oraz jej funkcji wydzielniczej,
- stłuszczenie wątroby,
- zaburzenia funkcji układu sercowo-naczyniowego (upośledzenie czynności skurczowej),
- zmiany w układzie oddechowym (zanikanie mięśni oddechowych),
- osłabienie funkcji nerek (obrzęki),
- zanik elementów układu limfatycznego (zmniejszona odporność),
- niskie stężenie białek w surowicy (zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn, spowolniony proces gojenia się ran),
- wydłużony proces leczenia oraz gorsze rokowanie (zwiększona śmiertelność) [5, 10].

Ze względu na częste występowanie niedożywienia u seniorów i jego powikłania ważna jest wczesna identyfikacja osób zagrożonych jego ryzykiem [9, 13]. Utrudnienie w diagnostyce stanowi jednak znacząca niejednorodność populacji osób starszych i ich odmienne problemy zdrowotne. Powodują one także trudności w formułowaniu ogólnych zaleceń dietetycznych. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Żywienia Enteralnego i Parenteralnego (ESPEN) celem terapii żywieniowej dla osób powyżej 65. roku życia jest nie tylko poprawienie stanu zdrowia, zapewnienie wystarczającej ilości energii, mikroelementów i białka, ale przede wszystkim polepszenie lub utrzymanie jakości ich życia przy zmniejszeniu chorobowości i śmiertelności. Dlatego leczenie żywieniowe u chorych z niedożywieniem powinno być wieloczynnikowe. Obejmować powinno leczenie przyczynowe, zwiększone przyjmowanie leków drogą doustną, stosowanie środków farmakologicznych pobudzających apetyt, a w ostateczności żywienie dojelitowe i pozajelitowe. Dobierana indywidualnie terapia musi być adekwatna do aktualnego stanu pacjenta, a szczególnie stopnia zaawansowania niedożywienia [5, 11].

Drugim zaburzeniem odżywiania dotyczącym osób w podeszłym wieku jest nadwaga i otyłość. Są to patologiczne stany spowodowane nadmiernym gromadzeniem tkanki tłuszczowej, prowadzące do upośledzenia funkcjonowania organizmu i jednocześnie zwiększające możliwość powikłań metabolicznych. Wraz z wiekiem, kiedy spowolnieniu ulega metabolizm oraz zmniejsza się wydatek energetyczny, dochodzi do braku proporcjonalnego obniżenia podaży energii i dodatniego bilansu energetycznego, powodującego przyrost masy ciała [10, 14].

Za podstawowe kryterium rozpoznania nadwagi i otyłości uważa się wielkość wskaźnika masy ciała (BMI, ang. *body mass index*). Według WHO prawidłowy zakres dla osoby dorosłej mieści się w przedziale 18,5–24,9, BMI 25–29,9 rozpoznawane jest jako nadwaga, wartości między 30–34,9 świadczą o otyłości I°, w przedziale 35–39,9 o otyłości II°, powyżej 40 zaś o otyłości III°. Najbardziej odpowiednimi normami masy ciała dla seniorów są wartości ustalone przez Committee on Diet and Health, które za prawidłowe BMI u seniora uważa przedział 24–29 kg/m<sup>2</sup>. Indeks masy ciała u osób starszych nie odzwierciedla jednak dokładnej zawartości tkanki tłuszczowej, zmieniającej się z wiekiem. W celu szczegółowszego jej oszacowania wykorzystuje się metody antropometryczne, np. podwójnej absorpcjometrii DXA oraz tomografię komputerową. W ostatnich latach rozpowszechniła się bioimpedancja, która stanowi szybką, nieinwazyjną i powtarzalną metodę badania składu ciała. Za jej pomocą określa się względną i bezwzględną zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie poprzez pomiar zmian przewodnictwa prądu elektrycznego wody i tkanki tłuszczowej [10, 15].

Z klinicznego punktu widzenia, na podstawie umiejscowienia gromadzącej się tkanki tłuszczowej, wyróżnia się dwa typy otyłości, których pomiaru dokonuje się za pomocą wskaźnika WHR (ang. *waist-to-hip ratio*). Wyliczoną średnią odnosi się do wartości standardowych dla płci i wieku. Otyłość typu gynoidalnego (pośladkowo-udową) rozpoznaje się przy wskaźniku WHR u kobiet  $< 0,8$ , a u mężczyzn  $< 1,0$ . W tym rodzaju otyłości tkanka tłuszczowa gromadzi się głównie w okolicach bioder i ud. Z kolei otyłość typu androidalnego (brzusznotrzewna) występuje przy wskaźniku WHR  $\geq 0,8$  u kobiet i  $\leq 1,0$  u mężczyzn. Częściej spotykana jest u mężczyzn i kobiet po menopauzie. Ten typ znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy [14].

Zmiany hormonalne sprzyjają gromadzeniu się tkanki tłuszczowej u osób w podeszłym wieku. Stwierdza się jej zwiększoną ilość szczególnie w okolicy brzucha przy jednoczesnym zmniejszeniu masy mięśni. Może to nastąpić już po 40. roku życia, kiedy stopniowej redukcji ulega wydzielanie hormonu wzrostu, u kobiet dodatkowo zmniejsza się także aktywność estrogenów. Jednak głównymi przyczynami występowania otyłości u seniorów są: niska aktywność fizyczna, dieta wysokowęglowodanowa bogata w tłuszcze, czynniki środowiskowe (np. stres), choroby współistniejące oraz przyjmowane leki [16].

Nadmierna masa ciała znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób. Szczególnie narażone są osoby z otyłością centralną, będącą składowym elementem zespołu metabolicznego, która wiąże się z wysokim ryzykiem powikłań metabolicznych oraz sercowo-naczyniowych. W tej sytuacji dochodzi do zmniejszenia wrażliwości tkanek na działanie insuliny, co prowadzi do hiperinsulinemii i wzrostu ryzyka cukrzycy typu 2, a także nieprawidłowego profilu lipidowego i w konsekwencji miażdżycy. Osoby w wieku podeszłym z wysokim wskaźnikiem BMI narażone są na większe niebezpieczeństwo rozwoju zmian zwyrodnieniowych, kamicy żółciowej czy występowanie bezdechu sennego [10].

Leczenie nadwagi i otyłości opiera się przede wszystkim na obniżeniu nadmiernej masy ciała, co w rezultacie zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób. Leczenie pozwala ustabilizować ciśnienie tętnicze krwi, stężenie glukozy we krwi, a także podnieść jakość życia seniora. Działania lecznicze polegają na zmianie stylu życia, a więc wprowadzeniu zbilansowanej diety oraz ćwiczeń fizycznych dobranych indywidualnie do aktualnych możliwości starszego pacjenta. Leczenie chirurgiczne i farmakologiczne, pomimo swojej wysokiej efektywności, nie jest zalecane w tej grupie wiekowej, ponieważ niesie ze sobą wiele skutków ubocznych [5].

Ocena stanu odżywienia osób w podeszłym wieku powinna być istotnym elementem całościowej oceny geriatrycznej. Rozumiana jako wielopłaszczyznowy proces diagnostyczny umożliwia wykrywanie problemów w licznych

aspektach (psychicznym, kliniczno-medycznym, socjalnym). Wczesne diagnozowanie zaburzeń odżywiania daje szansę na podjęcie odpowiedniego leczenia i szybszy powrót do sprawności funkcjonalnej. Kompleksową ocenę stanu odżywienia seniora umożliwiają: wywiad żywieniowy, pomiary antropometryczne, użycie specjalistycznej aparatury i badania biochemiczne [17]. Wywiad żywieniowy pozwala na uzyskanie informacji o częstotliwości i liczbie przyjmowanych posiłków, ewentualnych istniejących zaburzeniach w sposobie odżywiania oraz związku z chorobą zasadniczą. W trakcie jego prowadzenia zwraca się również uwagę na występowanie alergii i nietolerancji pokarmowych, dolegliwości ze strony układu pokarmowego, przyjmowane leki [4].

Do podstawowych metod oceny stanu odżywienia zalicza się też badanie antropometryczne, polegające na pomiarach porównawczych poszczególnych części ciała. Najczęściej wykorzystywane są: pomiary wzrostu, masy ciała, obwód talii, bioder, ramienia (ang. *mid-arm circumference* – MAC) i łydki (ang. *calf circumference* – CC) oraz ocena grubości fałdu skórno-tłuszczowego. Pomiarów dokonuje się za pomocą narzędzi medycznych, tj.: wzrostomierza, wagi, fałdomierza i dynamometru. Uzyskane wyniki interpretuje się, odnosząc do wartości przyjętych dla danej populacji [11, 12].

Inną prostą metodą służącą do szybkiej i prostej oceny odżywienia pacjentów starszych są badania ankietowe. Kwestionariusze można podzielić na dwie główne grupy: służące badaniu przesiewowemu (ang. *screening*) oraz analizujące dokładny stopień odżywienia (ang. *assessment*) pacjenta. Istnieje wiele ankiet sprawdzających stan odżywienia osób starszych. Najczęściej stosowaną jest MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment*), która odznacza się najwyższą czułością > 83% oraz specyficznością > 90%. Jej wartość została podniesiona dzięki włączeniu pytań dotyczących stanu psychicznego. Drugim rekomendowanym kwestionariuszem jest SGA (*Subjective Global Assessment*), który składa się z wywiadu lekarskiego i żywieniowego, badania fizykalnego oraz subiektywnej, globalnej oceny stanu odżywienia. Na podstawie uzyskanych informacji klasyfikuje się pacjenta jako osobę prawidłowo odżywioną, z niedożywieniem średniego stopnia lub z dużym niedożywieniem [7].

Kolejnym narzędziem, służącym do oceny niedożywienia u osób starszych, jest NRS (*Nutritional Risk Screening*). Jest to skala punktowa, która umożliwia klasyfikację ryzyka powikłań będących następstwem niedożywienia występującego w przebiegu choroby. W tym przypadku dokonuje się oceny ryzyka na czterech etapach: niedożywienia, nasilenia choroby oraz badania przesiewowego wstępnego i końcowego. Kwestionariusz umożliwia kwalifikację badanych na podstawie stopnia zaawansowania choroby i niedożywienia oraz rozpoznanie chorych wymagających leczenia żywieniowego.

W diagnostyce zaburzeń odżywiania seniorów swoje zastosowanie ma także kwestionariusz SNAQ (*Simplified Nutrition Assessment Questionnaire*). Jest to narzędzie o potwierdzonej skuteczności w identyfikacji chorych zagrożonych utratą masy ciała w następstwie tzw. jadłowstrętu wieku podeszłego. Składa się z czterech pytań. Maksymalnie można uzyskać 20 punktów, wynik poniżej 14 wskazuje na utratę masy ciała o co najmniej 5% w 6 miesięcy [4].

W ocenie stanu starszych pacjentów można wykorzystać również SCREEN II (*Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition*) składający się z 17 pytań, który ocenia ryzyko niedożywienia na podstawie liczby przyjmowanych posiłków, problemów fizjologicznych w ich spożywaniu, zmiany masy ciała oraz aspektów społecznych. Ma on szczególne zastosowanie wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym. Nie bez znaczenia jest też MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) – kwestionariusz oceny ryzyka niedożywienia wykorzystywany głównie w Wielkiej Brytanii u pacjentów hospitalizowanych oraz z chorobami nowotworowymi, którego czułość waha się od 74% do 100% przy swoistości 76–93% [18].

W kompleksowej ocenie stanu odżywienia osób w podeszłym wieku ważne jest oznaczenie subiektywnych i obiektywnych parametrów, stąd należy wykonać badania biochemiczne. Najczęściej stosowanymi markerami są: poziom stężenia albumin, prealbumin, transferryny i cholesterolu, całkowita liczba limfocytów, markery niedokrwistości. Wykorzystywane u pacjentów hospitalizowanych są także wskaźniki PINI (*Prognostic Inflammatory and Nutritional Index*) oraz NRI (*Nutritional Risk Index*). W ocenie pośredniej masy mięśniowej można posługiwać się stężeniami kreatyniny w surowicy krwi i jej poziomem dobowego wydalania wraz z moczem [7].

Szczegółową i miarodajną ocenę składu ciała umożliwiają badania z zastosowaniem specjalistycznego sprzętu pomiarowego. Najczęściej wykorzystywanymi są pomiary przeprowadzone z użyciem bioimpedancji elektrycznej oraz za pomocą techniki DXA (*dual x-ray absorptiometry*). Coraz częściej stosuje się bioimpedancję elektryczną (ang. *bioelectrical impedance analysis* – BIA). To nieinwazyjne badanie pozwala ustalić zawartość tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała oraz wody wewnątrz- i zewnątrzkomórkowej. Metoda BIA bazuje na oporności elektrycznej tkanek zależnej od zawartości wody. Tkanka tłuszczowa to izolator w przeciwieństwie do tkanki beztłuszczowej, która jest doskonałym przewodnikiem. Szczególnie ważny parametr stanowi wartość beztłuszczowej masy ciała, na której podstawie można określić indeks beztłuszczowej masy ciała, będący istotnym wskaźnikiem sarkopenii u osób starszych [12].

Z kolei badanie za pomocą techniki DXA umożliwi precyzyjną analizę składu ciała polegającą na wykorzystaniu promieni rentgenowskich o minimalnej

dawce, bez znaczenia klinicznego dla pacjenta. Badanie najczęściej przeprowadza się z użyciem densytometru, służącego do oceny gęstości mineralnej kości. Przy pomocy oprogramowania dokonuje się pomiaru zawartości tkanki tłuszczowej z precyzją porównywalną do tej uzyskiwanej za pomocą rezonansu magnetycznego oraz zawartości tkanki tłuszczowej trzewnej [11].

Po dokonaniu obiektywnej oceny stanu zdrowia seniora można rozpocząć ewentualne leczenie żywieniowe. Stanowi ono duże wyzwanie dla dietetyków i zespołów żywieniowych układających jadłospisy indywidualne, dla ośrodków opieki nad osobami starszymi oraz oddziałów geriatrycznych. Podczas tworzenia jadłospisu istotne jest nie tylko określenie zapotrzebowania na podstawowe składniki odżywcze, witaminy i minerały. Dieta powinna być dobierana do aktualnych potrzeb pacjenta, z uwzględnieniem występujących u niego jednostek chorobowych oraz zdolności do przyjmowania pokarmów. Według Europejskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (ESPEN) dieta seniorów ma wyrównywać niedobory, ale przede wszystkim zapobiegać ich powstawaniu. W ocenie sposobu żywienia istotne jest, aby określić udział wszystkich składników odżywczych w codziennej diecie [19].

W układanym jadłospisie należy uwzględnić fakt, że z wiekiem dochodzi do zmniejszania się rezerw ustrojowych oraz spowolnienia metabolizmu protein, co przyczynia się do zwiększonego zapotrzebowania na białko. Według OTGM (*Oxford Textbook of Geriatric Medicine*) w diecie seniorów rekomendowaną ilością jest 1 g/kg masy ciała, w porównaniu do 0,8 g/kg masy ciała u osób młodszych. Ze względu na zmiany patofizjologiczne przewodu pokarmowego zaleca się, aby 50% białka było pochodzenia zwierzęcego.

W diecie osób starszych głównym źródłem energii powinny być węglowodany, stanowiąc 50–70% diety. Chodzi tu zwłaszcza o węglowodany złożone, zawarte głównie w warzywach i produktach zbożowych. Jednocześnie udział cukrów prostych nie powinien przekraczać 10% energii. Istotnym składnikiem, którego nie może zabraknąć, jest błonnik. Prawidłowe dzienne zapotrzebowanie w tej grupie populacyjnej wynosi 20–40 g/dobę [3].

Z najnowszych norm żywienia wiadomo, że udział tłuszczów powinien wynosić 20–35% całkowitej energii, a ilość kwasów tłuszczowych nasyconych nie powinna przekraczać 10% energii. W diecie osób starszych ważne są również wielonienasycone kwasy tłuszczowe, których udział powinien być większy niż 4% energii, a za optymalne wartości uważa się 6–10% [6]. Cennym źródłem tych tłuszczów są orzechy, nasiona lub awokado. Ze względu na wysoką zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych, które sprzyjają rozwojowi chorób układu sercowo-naczyniowego, osoby starsze powinny ograniczać tłuszcze typu: smalec, masło, śmietana czy utwardzane margaryny. Do pieczywa

rekomendowane są miękkie margaryny, do potraw zaś oleje roślinne, szczególnie rzepakowy i oliwa z oliwek [10].

Wraz z wiekiem zmniejsza się przyswajalność składników mineralnych i witamin. W celu uzupełnienia niedoborów tych składników należy uwzględnić w diecie warzywa i owoce. Częste zespoły niedoborowe takich minerałów, jak cynk, magnez, żelazo, wapń, chrom czy selen wpływają na konieczność ich podaży w pożywieniu i, jeśli to konieczne, wprowadzenia suplementacji. Ze względu na powszechnie występujące u seniorów zmiany w układzie kostno-stawowym i postępującą osteopenię szczególnie ważne jest uzupełnianie wapnia i fosforu. Pokarmami bogatymi w wapń są głównie mleko, przetwory mleczne, konserwy rybne, jaja oraz produkty roślinne (orzechy, rośliny strączkowe), będące również źródłem fosforu. Na prawidłową przemianę wapniowo-fosforanową znaczący wpływ ma obecność witaminy D. U osób powyżej 65. roku życia źródła pokarmowe i synteza skórna są niewystarczające, stąd powinny one otrzymywać suplementację tej witaminy w dawce 800–2000 IU/dobę (20,0–50,0 µg/dobę) w zależności od masy ciała, przez cały rok. Wysoką zawartość witaminy D zawierają m.in.: sery, jaja, mleko, masło czy tłuszcze rybne. Istotne jest także zwiększenie w diecie witamin B6, B2 i B12 oraz C, E, A i b-karotenu z powodu ich gorszego wchłaniania w organizmie z wiekiem [6, 19, 20].

U ludzi starszych duże znaczenie ma utrzymanie równowagi płynowej. Zaburzenia uczucia pragnienia oraz dodatkowa utrata wody z powodu biegunki, stanów gorączkowych czy chorób nerek mogą prowadzić do zespołów odwodnieniowych. Zdrowe osoby w wieku podeszłym powinny wypijać co najmniej 1,5–2 l płynów (25–30 ml/kg mc. na dobę). Zapotrzebowanie to może być większe w stanach gorączkowych oraz u osób przyjmujących przewlekle leki moczopędne [19].

Niezależnie od wieku człowieka prawidłowe odżywianie to jeden z istotnych czynników, które warunkują dobre funkcjonowanie organizmu. Dzięki nowelizacji norm żywienia możliwe jest monitorowanie stanu odżywienia osób w podeszłym wieku, szczególnie narażonych na niedobory składników pokarmowych, niedożywienie czy też nadmierną masę ciała [6].

## Podsumowanie

Właściwy stan odżywienia jest jednym z głównych czynników wpływających na utrzymanie dobrego stanu zdrowia niezależnie od wieku, jednak dla osób starszych ma on szczególne znaczenie. Sposób żywienia tej grupy społeczeństwa zależy od wielu składowych, m.in. nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, chorób współistniejących, stanu wiedzy czy też sytuacji ekonomicz-



nej [2]. Najczęściej występującymi zaburzeniami odżywiania są: niedożywienie białkowo-kaloryczne, niedobory witaminowo-mineralne i nadmierna masa ciała [4].

Dokładne dane dotyczące częstości występowania zaburzeń odżywiania u seniorów, oparte na badaniach populacyjnych, nie są znane. Ze względu na dużą niejednorodność w badanej grupie wiekowej oraz wpływ czynników środowiskowych stan odżywienia starszych podopiecznych jest zróżnicowany. W literaturze przedmiotu występują analizy poświęcone temu zagadnieniu, z których wynika, że niedożywienie może dotyczyć 1 na 14 osób, a zagrożenie niedożywieniem stwierdza się u co drugiej osoby. Rozpowszechnienie złego stanu odżywienia oraz ryzyka jego wystąpienia wskazuje na dużą potrzebę przeprowadzania dalszych badań [21].

W profilaktyce omawianego zjawiska największe znaczenie ma wczesna identyfikacja wszystkich osób, u których występuje już ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania, i w odpowiednio wczesnym czasie podjęcie skutecznych działań prewencyjno-leczniczych [22]. Pogarszający się z wiekiem stan odżywienia jest częściowo związany ze współwystępującymi chorobami, szczególnie z cukrzycą, chorobami układu sercowo-naczyniowego, nowotworami czy zaburzeniami psychicznymi [23, 24]. Oznacza to, że chorobom przewlekłym często towarzyszy zmniejszone spożycie pokarmów, co w wyniku zmian metabolicznych prowadzi do nieprawidłowego bilansu energetycznego [21].

Analizować należy wpływ zażywanych leków na stan odżywienia osób starszych. Trudno jest zbadać zależność pomiędzy stosowaną farmakoterapią a stanem odżywienia seniorów, jednak wydaje się, że zarówno liczba przyjmowanych leków, jak i ich skład mogą wpływać na ogólne samopoczucie starszego pacjenta, a także na stan jego narządów, a tym samym jakość życia. Wielolekowość może prowadzić również do występowania interakcji lekowych i pojawienia się dodatkowych nieprzyjemnych objawów, w tym gastrycznych [25].

Planując opiekę nad starszym pacjentem zagrożonym zaburzeniami odżywienia, należy wziąć pod uwagę związek pomiędzy występowaniem tych zaburzeń a samotnością seniorów. Ryzyko niedożywienia może być większe u osób starszych, które spożywają posiłki samotnie, co rzutuje na mniejsze porcje oraz rzadsze przyjmowanie pokarmów [8]. Kobiety i mężczyźni stanu wolnego są dwukrotnie bardziej narażeni na ryzyko niedożywienia niż pozostający w związkach małżeńskich [26]. Osoby starsze, które jadają posiłki z innymi osobami, spożywają więcej kalorii niż te, które robią to samotnie. Gorszy stan odżywienia może wynikać zatem z braku interakcji społecznych, co wpływa na brak motywacji do spożycia posiłków [27].

Wydaje się także, że sytuacja ekonomiczna ma wpływ na występowanie zaburzeń odżywiania u osób w wieku podeszłym. Niski status materialny,

najczęściej wynikający z wysokości emerytur oraz rent, uniemożliwia zakup produktów spożywczych o odpowiedniej jakości. Dowodzi to, że obciążenia finansowe obniżają jakość diety seniorów [28]. Sytuacja finansowa starszych osób to zatem ważny czynnik, który może powodować pogorszenie stanu zdrowia [29].

Ze względu na wiele powikłań zdrowotnych, jakie powodują zaburzenia odżywiania dotyczące osób w podeszłym wieku, ważne jest, aby interwencje zapobiegające lub poprawiające stan odżywienia były przeprowadzone w całej grupie wiekowej. Szczególne znaczenie ma włączenie badań przesiewowych w odniesieniu do stanu odżywienia oraz czynników determinujących jego stan do kompleksowych ocen, co umożliwi wczesną interwencję. Kluczowe jest również podjęcie działań wspierających sytuację finansową osób starszych. Potrzebne są dalsze badania, które pomogą wyjaśnić związek przyczynowo-skutkowy między czynnikami społeczno-ekonomicznymi a występowaniem zaburzeń odżywiania u osób w wieku podeszłym.

## Piśmiennictwo

1. Krenzela I., Bilewicz-Wyrozumska T., Rzońca M. i wsp. Zwyczaje żywieniowe osób po 60. roku życia: badanie pilotażowe. W: Asienkiewicz R., Markocka-Mączka K., Biskup M. (red.). *Zdrowie publiczne standardem dobrostanu*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum; 2018, s. 203–216.
2. Lewandowicz-Umyszkiewicz M., Krzywińska-Siemaszko R., Wieczorowska-Tobis K. Interwencja żywieniowa u osób starszych. *Geriatrics*. 2018; 12: 242–246.
3. Jurczak I., Barylski M., Irzmański R. Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? *Geriatrics*. 2011; 5(2): 127–133.
4. Kawalec-Kajstura E., Rewiuk K., Puto G., Padykuła M., Reczek A. Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia. *Gerontologia Polska*. 2019; 27(1): 59–65.
5. Filanowicz M., Wesołowski F., Porzych K., Tomaszewicz V. Zaburzenia odżywiania u osób starszych ze szczególnym uwzględnieniem niedożywienia. *Edukacja dla Bezpieczeństwa*. 2016; 3(32): 441–450.
6. Brończyk-Puzoń A., Bieniek J. Żywność i żywienie osób starszych na podstawie nowelizacji norm żywienia Instytutu Żywności i Żywienia dla populacji polskiej z 2012 roku. *Nowa Medycyna*. 2013; 4: 151–155.
7. Ożga E., Małgorzewicz S. Ocena stanu odżywienia osób starszych. *Geriatrics*. 2013; 7: 1–6.
8. Mirczak A. Czynniki determinujące ryzyko niedożywienia osób starszych ze środowiska wiejskiego. *Medycyna Środowiskowa*. 2014; 17(4): 68–75.

9. Sroka Z., Koziel P., Walkiewicz K. i wsp. Zaburzenia stanu odżywiania u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. 2016; 70: 24–32.
10. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
11. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*. 2016; 46: 95–105.
12. Ostrowska J., Jeznach-Steinhagen A. Niedożywienie szpitalne: metody oceny stanu odżywienia. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2017; 11(2): 54–61.
13. Nowak-Starz G., Babiarz A., Salwa A., Siwek M., Wójcik T. Zaburzenia stanu odżywienia wśród chorych w wieku podeszłym. W: Tatarczuk J., Duda H., Król H. (red.). *Medyczne wymiary dobrostanu*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum; 2018, s. 239–246.
14. Dymkowska-Malesa M., Swora-Cwynar E., Karczewski J., Grzymisławska M., Marcinkowska E., Grzymisławski M. Stan odżywienia i skład ciała osób starszych jako przesłanki do stosowania żywienia dietetycznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2017; 8(1): 28–35.
15. Mulawka P., Dereziński T., Jaroszyński A.J., Wolf J. Rozpowszechnienie otyłości u osób w podeszłym wieku. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2015; 9(2): 88–90.
16. Dąbrowska K., Wanot B., Pilis K. Starzenie się i dieta osób starszych. W: Biskupek-Wanot A., Wanot B., Wiśniewska-Śliwińska H. (red.). *Dieta a zdrowie i wiek*. Częstochowa: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza; 2020, s. 104–121.
17. Krzywińska-Siemaszko R., Wieczorowska-Tobis K. Ewolucja oceny niedożywienia u starszych chorych przy użyciu kwestionariusza MNA. *Geriatrya*. 2012; 6: 139–143.
18. Antczak-Domagała K., Magierski R., Wlazło A., Sobów T. Stan odżywienia oraz sposoby jego oceny u osób w podeszłym wieku i u chorych otępiących. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2013; 13(4): 271–277.
19. Koczy M., Irzyniec T., Nowak-Kapusta Z. Stan odżywienia osób starszych przebywających w ośrodkach opieki całodobowej. *Gerontologia Polska*. 2019; 27: 36–42.
20. Jarosz M., Rychlik E., Stoś E., Charzewska J. (red.). *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; 2020.
21. Krzywińska-Siemaszko R., Mossakowska M., Skalska A. i wsp. Social and economic correlates of malnutrition in Polish elderly population: the results of PolSenior study. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2015; 19(4): 397–402.
22. Hoogendijk E.O., Flores Ruano T., Martinez-Reig M. i wsp. Socioeconomic position and malnutrition among older adults: results from the FRADEA study. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2018; 22(9): 1086–1091.
23. Krzywińska-Siemaszko R., Chudek J., Suwalska A. i wsp. Health status correlates of malnutrition in the Polish elderly population: results of the Polsenior study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2016; 20(21): 4565–4573.

24. Ulatowska A., Bączyk G. Ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku, umieszczonych w oddziale geriatrycznym, dokonana za pomocą skali MNA. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2016; 1(59): 30–36.
25. Fávoro-Moreira N.C., Krausch-Hofmann S., Matthys C. i wsp. Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review of the literature based on longitudinal data. *Advances in Nutrition*. 2016; 7(3): 507–522.
26. Besora-Moreno M., Llauradó E., Tarro L., Solá R. Social and economic factors and malnutrition or the risk of malnutrition in the elderly: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrients*. 2020; 12(3): 737.
27. Wyka J., Biernat J., Mikołajczak J., Piotrowska E. Assessment of dietary intake and nutritional status (MNA) in Polish free-living elderly people from rural environments. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012; 54(1): 44–49.
28. Kuczarski M.F., Shupe E.S., Pohlig R.T., Rawal R., Zonderman A.B., Evans M.K. A longitudinal assessment of diet quality and risks associated with malnutrition in socioeconomic and racially diverse adults. *Nutrients*. 2019; 11(9): 2046.
29. Leung C.W., Kullgren J.T., Malani P.N. i wsp. Food insecurity is associated with multiple chronic conditions and physical health status among older US adults. *Preventive Medicine Reports*. 2020; 20(8): 101–211.

*Krystyna Sereda, Marta Chrobak*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

## **ROZDZIAŁ 13**

### **NIEDOŻYWIENIE PROBLEMEM OSÓB W PODESZŁYM WIEKU**

#### **MALNUTRITION – A PROBLEM FOR THE ELDERLY**

#### **Streszczenie**

##### **Wstęp**

Właściwe zrozumienie problemu procesu starzenia się narządów wewnętrznych oraz towarzyszących podeszłemu wiekowi chorób pozwoli określić sposób oceny seniorów przed rozpoczęciem leczenia. Skutki procesu starzenia się, skojarzone ze współistniejącymi chorobami występującymi u chorych po 65. roku życia, mają znamienny wpływ na śmiertelność i wydłużają pobyt chorego w szpitalu. Dlatego też należy podjąć starania w celu określenia rezerw czynnościowych pacjenta oraz poprawy jego stanu odżywienia. Uważa się, że istotnym problemem osób w podeszłym wieku jest niedożywienie, które znacząco wpływa na wyniki leczenia i koreluje z dużym odsetkiem powikłań. Zapewnienie odpowiednich składników odżywczych, głównie białka, ma szczególne znaczenie, ponieważ jego przyspieszona utrata ma bardzo poważne konsekwencje. Aby zoptymalizować funkcje życiowe i zmniejszyć aktywność układu współczulnego, a także opanować i skorygować istniejące zaburzenia, należy wdrożyć zalecenia dietetyczne i farmakologiczne.

##### **Cel pracy**

Przedstawienie na podstawie literatury przedmiotu problemu niedożywienia u osób w starszym wieku.

##### **Treść**

W świetle badań statystycznych niedożywienie jest stwierdzane u 9–15% chorych po 65. roku życia leczonych ambulatoryjnie, u 12–50% hospitalizowanych oraz u 25–60% pensjonariuszy zakładów opieki. Niedożywienie znacząco wpływa na wyniki leczenia, ponieważ koreluje z dużym odsetkiem takich powikłań, jak: występowanie zakażeń ran, nieszczelność zespolenia, zakażenia układu oddechowego, opóźniony powrót do zdrowia i przedłużona hospitalizacja. Wskaźnikiem stanu odżywienia może być stężenie albumin w osoczu. Jeśli wynosi ono poniżej 25 g/l, wskazuje to na niedobór kaloryczno-białkowy. U osób starszych często występuje też niedobór witamin oraz zaburzenia

elektrolitowe. Utrzymujące się niedożywienie i utrata masy mięśniowej współistniejąca razem z przewlekłą lub ostrą chorobą prowadzą do błędnego koła osłabienia organizmu. Powoduje to zmniejszenie wrażliwości na insulinę, ograniczenie zużycia tlenu, upośledza funkcje przemiany materii i redukuje siłę mięśniową, stąd trudności w poruszaniu się, zaburzenia równowagi i upadki. Następstwem tego jest niepełnosprawność i uzależnienie od otoczenia. Podstawowe metody rozpoznania niedożywienia opierają się na określeniu wartości BMI, stężenia albumin i stosowaniu standaryzowanych narzędzi do oceny stanu odżywienia. Standaryzowane narzędzia pozwalają na dokonanie jego obiektywnej oceny oraz na wczesne rozpoznanie ryzyka niedożywienia. W tym celu konieczne jest obowiązkowe wprowadzenie oceny stanu odżywienia u starszych chorych, aby z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać niedożywienie lub zagrożenie nim i wykazywać więcej troski o stan odżywienia chorych w podeszłym wieku.

### Podsumowanie

Właściwe zrozumienie problemu procesu wyczerpania rezerw organizmu towarzyszącego podeszłemu wiekowi i adekwatna ocena stanu chorego oraz jego odżywienia przed przystąpieniem do leczenia zwiększają szanse osiągnięcia maksymalnie korzystnego wyniku, zmniejszając ryzyko powikłań lub przedwczesnego zakończenia leczenia. Dotyczy to szczególnie chorych, u których planowane jest leczenie chirurgiczne, niosące za sobą ryzyko stresu operacyjnego oraz nasilonych powikłań metabolicznych i narządowych. Nierozpoznane i nieleczone niedożywienie może mieć poważne następstwa pod postacią wzrostu śmiertelności i częstości powikłań, a także problemu z powrotem do optymalnej sprawności.

**Słowa kluczowe:** starość, niedożywienie osób starszych, indeks BMI

## Abstract

### Introduction

A proper understanding of ageing problem of internal organs and diseases accompanying old age will allow to determine how to evaluate these patients before starting treatment. The effects of ageing and co-morbidities in patients over 65 years of age have a significant impact on mortality and length of hospital stay. Therefore, efforts should be made to determine the functional reserves of the patient and to improve their status with respect to concomitant diseases before treatment. It is believed that one of the reasons for this is malnutrition, which significantly affects the results of treatment and correlates with a high rate of complications. Therefore, ensuring adequate nutrients and mainly protein is of particular importance as accelerated protein loss has very serious consequences. In order to optimise vital functions and reduce the sympathetic nervous system activity, it is necessary to implement dietary and pharmacological recommendations to control and correct existing disorders.

### **Aim of publication**

To analyse correlation between the problem of malnutrition of elderly people and the impact on the development of diseases or on the possible occurrence of complications during treatment and hospitalisation.

### **Content**

According to statistical studies, malnutrition is found in 9–15% of outpatients over 65 years of age, in 12–50% of hospitalized patients and in 25–60% of residents of nursing homes. Malnutrition significantly affects treatment outcomes as it correlates with high rates of complications such as the occurrence of wound infections, anastomotic leaks, respiratory infections, delayed recovery and prolonged hospitalisation. Plasma albumin levels may be an indicator of nutritional status and levels below 25g/l indicate caloric-protein deficiency. Vitamin deficiency and electrolyte disturbances are also common in the elderly. Persistent malnutrition and loss of muscle mass occurring together with chronic or acute illness leads to a vicious circle of weakness. This results in reduced insulin sensitivity, reduced oxygen consumption, impaired metabolic functions and reduced muscle strength, hence difficulty of movement, balance disorders and falls. The result is disability and dependence on the environment. The basic methods for the diagnosis of malnutrition are based on the determination of BMI values, albumin levels and a history of weight loss, immobilisation, stress factors and neuropsychological issues. These scales have been developed to enable early identification of older people at risk of malnutrition and to implement early nutritional intervention. To this end, it is necessary to make the assessment of nutritional status in elderly patients' mandatory in order to identify malnutrition or its risk with high probability and to present more concern for the nutritional status of elderly patients.

### **Summary**

Proper understanding of depletion process of body reserves accompanying old age and appropriate assessment of the patient's condition before treatment increases the chances for achieving a maximally beneficial outcome, reducing the complication's risk or premature termination of treatment. This is particularly true for patients scheduled for surgery, which carries a risk of surgical stress and increased metabolic and organ complications. Undiagnosed and untreated malnutrition may affect with serious consequences in increased mortality, frequency of complications and for recovery process.

**Keywords:** old age, elderly malnutrition, BMI index

## **Wstęp**

Niedożywienie jest poważnym problemem osób w starszym wieku. Implikuje problemy zdrowotne oraz przyczynia się do pogorszenia procesu leczenia różnych chorób [1, 2]. Utrata rezerw fizjologicznych może utrudniać właściwą

ocenę stanu zdrowia, a prawidłowe parametry funkcji życiowych mogą maskować poważne zaburzenia czynnościowe. Skutki procesu starzenia się skojarzone z wielochorobowością, często występującą u osób po 65. roku życia, mają znamienny wpływ na śmiertelność i wydłużają pobyt chorego w szpitalu. Dlatego też należy podjąć starania celem określenia rezerw czynnościowych pacjenta oraz poprawy jego stanu odżywienia przed przystąpieniem do leczenia [3].

## Zespół wyczerpania rezerw

Zwiększająca się z wiekiem częstość występowania zespołu wyczerpania rezerw powoduje ryzyko niekorzystnych skutków zdrowotnych, takich jak: pobyt w ośrodku opiekuńczym, wzrost umieralności, narażenie na urazy wywołane utratą sprawności ruchowej, zwiększona częstość hospitalizacji.

Definiując zespół wyczerpania rezerw, określa się go jako stan obniżonej odporności na stres, zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała, pogorszenie wytrzymałości, siły, zdolności utrzymania równowagi czy ograniczenie aktywności fizycznej. Subiektywne dolegliwości zgłaszane przez chorego dotyczą zmęczenia, osłabienia siły uścisku dłoni, niezamierzonego spadku masy ciała, zmniejszenia szybkości chodu, utraty samodzielności czy zaniżonego zainteresowania problemami życia codziennego.

Uważa się, że zespół wyczerpania rezerw dotyka około 6–15% osób w podeszłym wieku i zwykle około 60% tych osób przeżywa ponad 7 lat z powodu nieoptymalnego leczenia związanego z ich zaawansowanym wiekiem. Jedną z przyczyn wystąpienia tego zespołu jest niedożywienie stwierdzone u 9–15% chorych po 65. roku życia leczonych ambulatoryjnie, u 12–50% hospitalizowanych oraz u 25–60% pensjonariuszy zakładów opieki [4]. Stan odżywienia w istotny sposób wpływa na wyniki leczenia, dlatego przed przystąpieniem do niego należy zapoznać się z czynnikami oddziałującymi na stan odżywienia chorego. Niedożywionych pacjentów w starszym wieku można uważać za dotkniętych zespołem wyczerpania rezerw z tego powodu, że niedożywieniu towarzyszą często zaburzenia poruszania się, ograniczenia czynności poznawczych i pogorszenie jakości życia, funkcjonowania społecznego i emocjonalnego. Niedożywienie znacząco wpływa na wyniki leczenia, ponieważ koreluje z dużym odsetkiem takich powikłań, jak: występowanie zakażeń ran, nieszczelność zespolenia, zakażenia układu oddechowego, opóźniony powrót do zdrowia i przedłużona hospitalizacja [5, 6]. Z tego powodu, aby zoptymalizować funkcje życiowe i zmniejszyć aktywność układu współczulnego, należy wdrożyć zalecenia dietetyczne i farmakologiczne w celu opanowania i skorygowania istniejących zaburzeń.



Osoby w podeszłym wieku są szczególnie narażone na niedożywienie, pomimo że zapotrzebowanie energetyczne zmniejsza się wraz z wiekiem. Dlatego zapewnienie odpowiednich składników odżywczych, a głównie białka, ma szczególne znaczenie, ponieważ jego przyspieszona utrata ma bardzo poważne konsekwencje. Wskaźnikiem stanu odżywienia może być stężenie albumin w osoczu. Jeśli wynosi ono poniżej 25 g/l, wskazuje to na deficyt kaloryczno-białkowy. U osób starszych często występują nietolerancja glukozy i niedobór witamin oraz zaburzenia elektrolitowe [7].

## Przyczyny niedożywienia

Jedną z przyczyn niedożywienia w podeszłym wieku jest ograniczone przyswajanie składników odżywczych i mikroelementów, zwłaszcza wapnia, którego wchłanianie ulega zdecydowanemu upośledzeniu, spowodowanemu przez zmniejszoną produkcję prekursora vit. D w nerkach oraz zmniejszoną liczbę receptorów dla 1,25 dihydroksywitaminy D, znajdujących się w komórkach jelita cienkiego. Pozostałe niedobory mikroelementów wywołane są bardziej niedostateczną podażą niż nieprawidłowym wchłanianiem [8]. Zaburzenia wchłaniania mogą też być następstwem chorób jelit lub przyjmowania leków przez chorych. Aby przyjmowany pokarm zaspokajał zapotrzebowanie żywieniowe, osoba w podeszłym wieku musi odczuwać głód oraz wykazywać chęć jego zaspokojenia. Musi też mieć łatwy dostęp do żywności. Pobieranie pokarmu zależy również od prawidłowego aktu żucia i połykania. Ma na to wpływ jakość uzębienia, siła mięśni odpowiedzialnych za przeżuwanie i zdolność połykania [9, 10]. Zaburzenia połykania u osób starszych mogą wynikać z dysfunkcji gardła spowodowanych udarem, chorobami ośrodkowego układu nerwowego, zespołem otępiennym, leczeniem farmakologicznym, chorobą psychiczną czy zmniejszeniem ogólnej sprawności fizycznej. Mogą one stać się przyczyną przedostawania się treści pokarmowej do dróg oddechowych i następowego zachyłstowego zapalenia płuc [11, 12]. Używane w okresie okołoperacyjnym różnego rodzaju sprzęty medyczne (zgiębniki, rurki itp.) zaburzają proces połykania i powodują zmiany w mikroflorze jamy ustnej. Według badań u 4% pacjentów po zabiegach operacyjnych stwierdza się zaburzenia połykania, z czego u 90% występują incydenty zachłyśnięcia. W metaanalizie badań, w których porównywano stosowanie lub nie zgiębników nosowo-żołądkowych, wykazano, że u chorych, u których ich nie stosowano, znacząco rzadziej występowała gorączka, niedodma czy zapalenie płuc [13].

Jeśli jednak występują jatrogenne zaburzenia połykania, to doustne przyjmowanie pokarmów nie jest bezpieczne i należy wdrożyć alternatywne techniki żywienia.

Stan uzębienia i higiena jamy ustnej mają też istotny wpływ na obniżenie jakości spożywanego pokarmu, a ponadto na stan odżywienia i zdrowia. W wieku starszym pojawiają się braki w uzębieniu, a także przewlekłe choroby przyzębia czy próchnica, sprzyjające kolonizacji jamy ustnej przez patogenne Gram-dodatnie, ujemne oraz beztlenowe mikroorganizmy uszkadzające powłokę fibronektynową nabłonka błony śluzowej. Zmiany te prowadzą do rozwoju próchnicy, zespołu suchości jamy ustnej i zwiększonej liczby bakterii w ślinie. Bakterie te mogą być czynnikami ryzyka wystąpienia zachłystowego zapalenia płuc, zwłaszcza u chorych leczonych operacyjnie [14, 15].

Występująca w wieku starszym utrata sprawności fizycznej naraża seniorów na niedożywienie spowodowane utrudnieniem zarówno w nabywaniu żywności, jak i przygotowywaniu pokarmów do spożycia. Trzeba także mieć na uwadze fakt, że ludzie starsi wydają znaczne kwoty na zakup leków i ci, którzy mają niższy status finansowy, nie zawsze mogą pozwolić sobie na kupno wartościowej żywności. Brak wiedzy na temat zdrowego żywienia powoduje spożywanie przez takie osoby pokarmów niepełnowartościowych, które nie zaspokajają ich potrzeb, a mogą być wręcz szkodliwe [16, 17]. Występowanie tzw. anoreksji związanej z wiekiem może być przyczyną zaburzeń czynności OUN. Udar, zespół otępienny i majaczenia ograniczają zdolność nabywania żywności, zmniejszają łaknienie czy upośledzają poruszanie się. Izolacja i samotność powodują depresję, przyczyniają się również do zanikania potrzeby jedzenia [18, 19].

W uczuciu łaknienia biorą poza tym udział takie zmysły jak smak i zapach, których funkcje obniżają się w wieku starszym, dlatego pokarmy nie wydają się już tak atrakcyjne jak wcześniej. Pragnienie ulega zmniejszeniu z powodu osłabienia czynności podwzgórzowych osmoreceptorów, dlatego w tej grupie wiekowej odwodnienie z następującą niewydolnością nerek często jest poważnym problemem klinicznym [20, 21, 22].

Utrzymujące się niedożywienie i utrata masy mięśniowej występująca razem z przewlekłą lub ostrą chorobą prowadzą do błędnego koła osłabienia organizmu. Powoduje to zmniejszenie wrażliwości na insulinę, ograniczenie zużycia tlenu, upośledza funkcje przemiany materii i zmniejsza siłę mięśniową, stąd trudności w poruszaniu się, zaburzenia równowagi i upadki [23]. Następstwem tego jest niepełnosprawność i uzależnienie od otoczenia.

Pojawiająca się w tym okresie ostra lub przewlekła choroba czy stres mogą prowadzić do niedożywienia białkowo-energetycznego. Immunologiczne skutki niedoborów białkowych są o wiele poważniejsze u osób starszych niż młodych. Zgodnie z danymi pochodzącymi z bazy danych Veterans Affairs stężenie albumin w osoczu jest najistotniejszym czynnikiem modeli analizujących śmiertelność i częstość powikłań pooperacyjnych [24, 25]. Fizjologiczne na-

stępstwa tych zaburzeń to utrata łaknienia, zaburzenia czynności wątroby, osłabienie proliferacji nabłonka błony śluzowej jelit i utrata masy mięśniowej. Niedożywienie i zaburzenia białkowo-energetyczne upośledzają gojenie ran, zwiększają podatność na zakażenie, ograniczają aktywność fizyczną i powodują wzrost śmiertelności [26, 27].

## Diagnostyka niedożywienia

Podstawowe metody rozpoznania niedożywienia opierają się na ocenie parametrów antropometrycznych, takich jak wskaźnik masy ciała (BMI) i pomiar obwodu środkowej części ramienia, oznaczenie wskaźników biochemicznych, np. stężenia albuminy, prealbuminy i transferryny w osoczu, oraz stosowaniu standaryzowanych narzędzi do oceny stanu odżywienia, pozwalających określić ryzyko niedożywienia i wprowadzić wczesną interwencję żywieniową. Bardzo ważnym elementem rozpoznania stanu niedożywienia jest także wnikliwie przeprowadzony wywiad, mający na celu np. określenie nawyków żywieniowych, występowania stresu i chorób przewlekłych [28, 29].

## Postępowanie w niedożywieniu

W przypadku stwierdzenia niedożywienia logiczne jest podjęcie działań zmierzających do jego wyrównania, choć udaje się to bardzo rzadko. Dotyczy to w szczególności chorych przygotowywanych do leczenia operacyjnego, u których dodatkowy uraz, jakim jest zabieg operacyjny, zwykle nasila procesy kataboliczne i pogłębia niedożywienie. W ocenie żywienia dojelitowego u chorych w okresie okołoperacyjnym stwierdzono, że podawanie preparatów białkowo-energetycznych spowodowało przyrost masy ciała, skrócenie hospitalizacji i zmniejszenie śmiertelności [30, 31]. Z kolei wprowadzenie do tych diet substancji immunomodulujących w postaci L-argininy, kwasów tłuszczowych omega-3 i kwasu rybonukleinowego zmniejszyło częstość występowania zapalenia płuc oraz zakażeń. Natomiast w przypadku, kiedy dochodzi do pilnego zabiegu u osoby niedożywionej i prowadzenie leczenia żywieniowego jest niemożliwe, należy jak najszybciej po zabiegu wdrożyć leczenie żywieniowe enteralne, a jeśli są do tego przeciwwskazania, to drogą pozajelitową. Stosowanie żywienia pozajelitowego, zwłaszcza u chorych, którzy nie mogą przyjmować doustnie pokarmów przez ponad siedem dni, wpływa znacząco na wyniki leczenia, lecz nie należy go przedłużać poza konieczny okres [32]. W obu przypadkach ważne jest, aby leczenie żywieniowe u zaawansowanych wiekowo i niedożywionych osób wdrożyć możliwie jak najwcześniej. W trakcie prowadzenia leczenia żywieniowego należy zwracać szczególną uwagę na

występowanie u osób starszych zmniejszenia wrażliwości na insulinę, która jest znacznie niższa niż u osób młodych. Zwiększony poziom glukozy ma niekorzystny wpływ na przebieg leczenia i śmiertelność u ciężko chorych pacjentów, dlatego istotne jest, aby utrzymywać stężenie glukozy we krwi mniejsze niż 110 mg/dl. W analizach grupy ciężko chorych leczonych na OIOM-ie stwierdzono, że stosowanie ciągłego wlewu insuliny i utrzymywanie glikemii na w/w poziomie zmniejszyło znacznie liczbę zakażeń krwi, ostrej niewydolności nerek, koniecznych przetoczeń krwinek czerwonych, przedłużonej wentylacji mechanicznej oraz skróciło pobyt w OIT. Również częstość polineuropatii obwodowych i zespołów organicznych upośledzających aktywność fizyczną i życiową uległa zmniejszeniu. Występujący przed zabiegiem stres, pozostawanie na czczo prowadzą do oporności na insulinę. Dlatego doustne lub dożylnie podanie przed zabiegiem roztworu glukozy powoduje zmniejszenie w okresie pooperacyjnym oporności na insulinę i wzrostu stężenia glukozy we krwi.

## Podsumowanie

Niedożywienie jest poważnym problemem osób w starszym wieku, szczególnie chorych i hospitalizowanych [33]. Nierozpoznane i nieleczone niedożywienie może mieć poważne następstwa pod postacią wzrostu śmiertelności i częstości powikłań oraz obniżenia jakości życia seniorów. Jego odpowiednio wczesne zdiagnozowanie i wprowadzenie skutecznej terapii pozwoli w istotny sposób poprawić sprawność osób w podeszłym wieku, a tym samym przyczynić się do polepszenia jakości ich życia [34, 35].

## Piśmiennictwo

1. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P. Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*. 2016; 46: 95–105.
2. Lawrence V.A., Hazuda H.P., Cornell J.E. i wsp. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *Journal of the American College and Surgeons*. 2004; 199(5): 762–772.
3. Terpenning M.S., Taylor G.W., Loptain D.E., Kerr C.K., Dominguez B.L., Loesche W.J. Aspiration pneumonia: dental et oral risk factors in an older veteran population. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(5): 557–563.
4. Elsner R.J.F. Changes in eating behavior during the aging process. *Eating Behaviors*. 2002; 3(1): 15–43.
5. Morley J.E. Pathophysiology of anorexia. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2002; 18(4): 661–673.

6. Hamerman D. Molecular-based therapeutic approaches in treatment of anorexia of aging and cancer cachexia. *Journal of Gerontology*. 2002; 57(8): M511–M518.
7. Fried L.P., Darar J., Walston J. Frailty. W: Cassel C.K., Leipzig R.M., Cohen H.J., Larson E.B., Meier D.E., Capello C.F. (eds.). *Geriatric medicine: an evidence based approach*. New York: Springer-Verlag; 2003, s. 1009–1022.
8. Milne A.C., Potter J., Avenell A. i wsp. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. 2009. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003288.pub3/full> [dostęp: 19.01.2023].
9. Walrand S., Moreau K., Caldefie F. i wsp. Specific and nonspecific immune responses to fasting and refeeding differ in healthy young adult and elderly persons. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2001; 74(5): 670–680.
10. Guigoz Y., Lauque S., Vellas B.J. Identifying the elderly at risk for malnutrition: the Mini Nutritional Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2002; 18: 737–757.
11. Marik P.E., Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*. 2003; 124(1): 328–336.
12. Rousou J.A., Tighe D.A., Garb J.L. i wsp. Risk of dysphagia after transesophageal echocardiography during cardiac operations. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2000; 69(2): 486–489.
13. Mini Nutritional Assessment. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-english.pdf> [dostęp: 19.01.2023].
14. Krzyżmińska-Siemaszko R., Lewandowicz M., Wieczorowska-Tobis K. Niedożywienie jako wielki zespół geriatryczny. *Geriatrics*. 2016; 10: 179–183.
15. Derc K., Grzymisławski M. Żywnienie osób w wieku podeszłym. *Postępy Żywnienia Klinicznego*. 2006; 2: 21–29.
16. Heyland D.K., MacDonald S., Keefe L., Drover J.W. Total parenteral nutrition in the critically ill patient: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 1998; 280(23): 2013–2019.
17. Frankenfield D., Cooney R.N., Smith J.S., Rowe W.A. Age-related differences in the metabolic response to injury. *The Journal of Trauma*. 2000; 48(1): 49–56.
18. Wojszel Z.B. Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatricii. *Postępy Nauk Medycznych*. 2011; 24(8): 649–657.
19. Blanc-Bisson C., Fonck M., Rainfray M., Soubeyran P., Bourdel-Marchasson I. Undernutrition in elderly patients with cancer: target for diagnosis and intervention. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2008; 67(3): 243–254.
20. Joško-Ochojska J., Spandel L., Brus R. Odwodnienie osób w podeszłym wieku jako problem zdrowia publicznego. *Hygeia Public Health*. 2014; 49(4): 712–717.
21. Maas H.A., Janssen-Heijnen M.L., Olde Rikkert M.G.M., Wymenga A.N. Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. *European Journal of Cancer*. 2007; 43(15): 2161–2169.
22. Jarosz M., Rychlik E. Składniki mineralne, witaminy, woda – przyczyny niedoboru u osób w wieku podeszłym. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*. 2005; 32(4): 348–357.

23. Strzelecki A., Ciechanowicz R., Zdrojewski Z. Sarkopenia wieku podeszłego. *Gerontologia Polska*. 2011; 19(3–4): 134–145.
24. Ljungqvist O., Søreide E. Preoperative fasting. *British Journal of Surgery*. 2003; 90(4): 400–406.
25. Monson K., Litvak D.A., Bold R.J. Surgery in the aged population: surgical oncology. *Archives of Surgery*. 2003; 138(10): 1061–1067.
26. Correia M.I.T.D., Waitzberg D.L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stays and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*. 2003; 22(3): 235–239.
27. Jurczak I., Barylski M., Irzmański R. Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? *Geriatrics*. 2011; 5(2): 127–133.
28. Rogulska A. Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010, s. 9–10.
29. Babiarczyk B. Monitorowanie stanu odżywienia osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko- i długoterminowej. *Gerontologia Polska*. 2008; 16(1): 18–24.
30. Bowie J.V., Curbow B.A., Garza M.A., Dreyling E.K., Benz Scott L.A., McDonnell K.A. A review of breast, cervical and colorectal cancer screening interventions in older women. *Cancer Control*. 2005; 12(2): 58–69.
31. Audisio R.A., Zbar A.P., Jaklitsch M.T. Surgical management of oncogeriatric patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2007; 25(14): 1924–1929.
32. Gosney M.A. Clinical assessment of elderly people with cancer. *Lancet Oncology*. 2005; 6(10): 790–797.
33. Buchner D.M., Wagner E.H. Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1992; 8(1): 1–17.
34. Chin A., Paw M.J., Dekker J.M., Feskens E.J., Schouten E.G., Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1999; 52(11): 1015–1021.
35. Schuurmans H., Steverink N., Lindenberg S., Frieswijk N., J.P.J. Slaets. Old or frail: what tells us more? *Journals of Gerontology. Series A. Biological Sciences*. 2004; 59(9): M962–M965.

## *Martyna Szablewska*

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University

## *Izabela Wróblewska*

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wroclav Medical University  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa  
Witelon Collegium State University

# ROZDZIAŁ 14

## WPŁYW PANDEMII COVID-19 I ZWIĄZANEJ Z NIĄ IZOLACJI NA SAMOPOCZUCIE SENIORÓW

### THE IMPACT OF COVID-19 AND RELATED ISOLATION ON THE WELL-BEING OF SENIORS

## Streszczenie

### Wstęp

Wysoce zakaźna choroba koronawirusowa COVID-19 miała istotny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa. Jej przebieg różni się w zależności od wieku chorych czy zdiagnozowanych u nich schorzeń współistniejących. Większość osób przechodzi zakażenie bezobjawowo lub skąpoobjawowo, jednakże w około 6% przypadków przebieg choroby jest krytyczny. Do typowych objawów COVID-19 należą: gorączka, bóle mięśni i głowy, brak węchu i smaku, kaszel, duszności, biegunki oraz nudności. Jednym z najpoważniejszych problemów psychologicznych dla osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 była izolacja, która istotnie wpłynęła na pogorszenie ich ogólnego stanu, a tym samym jakości życia, co szczególnie dotyczy osób w podeszłym wieku.

### Cel pracy

Omówienie rodzajów, objawów, diagnostyki i leczenia zakażenia wirusem COVID-19 oraz jego wpływu na samopoczucie osób w podeszłym wieku poddanych izolacji.

### Treść

Na stan zdrowia ludzi podczas pandemii COVID-19 wpływ miały różne czynniki, oddziałujące nie tylko na zdrowie fizyczne, ale także na stan psychiczny chorego. Zdrowie psychiczne ludzi ucierpiało w wyniku nakazów pozostania w domu, zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu, ryzyka zakażenia, trudności ekonomicznych, zwolnień z pracy, napiętnowania lub ograniczeń związanych z kwarantanną. W rezultacie, oprócz niepokoju i lęku,

pojawiały się objawy depresji, poczucie osamotnienia oraz czynniki wyzwalające rozwój zaburzeń odżywiania, obsesyjno-kompulsywnych i stresu traumatycznego, a także ryzyko samobójstwa. Osobami szczególnie narażonymi na działanie psychologicznych następstw pandemii COVID-19 są osoby starsze z wielochorobowością, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowalności i śmiertelności wynikającej z pandemii.

### **Podsumowanie**

COVID-19 niesie wiele psychicznych problemów spowodowanych brakiem skutecznej farmakoterapii, szybkością rozprzestrzeniania się zakażenia, liczbą zgonów, a także izolacją. U osób starszych znacznie łatwiej o wystąpienie pogarszających ich samopoczucie depresji czy stresu. Dodatkowo choroby współtowarzyszące, na które cierpią seniorzy, obniżają ich jakość życia. Dobre wsparcie społeczne, posiadanie współmałżonka lub partnera, mieszkanie z rodziną i jej pomoc oraz częstsze kontakty z osobami bliskimi wiążą się z lepszym samopoczuciem seniorów. Ono z kolei rzutuje bezpośrednio na stan zdrowia chorego, które stanowi składową oceny jakości życia.

**Słowa kluczowe:** COVID-19, izolacja, osoby starsze

## **Abstract**

### **Introduction**

COVID-19, as a highly infectious coronavirus disease, has had a significant impact on society. The course of the disease varies according to the age of the patients or their diagnosed co-morbidities. Most people are asymptomatic or sparsely symptomatic, however, in about 6% of cases the course of the disease is critical. Common symptoms of COVID-19 include fever, muscle aches and headache, lack of smell and taste, cough, shortness of breath, diarrhoea and nausea. One of the most serious psychological problems for people infected with SARS-CoV-2 virus was isolation, which had a significant impact on the deterioration of their general condition and thus their quality of life, which is especially true for the elderly.

### **Aim of publication**

To discuss the types, symptoms, diagnosis and treatment of COVID-19 virus infection and its impact on the well-being of elderly people undergoing isolation.

### **Content**

People's health during the COVID-19 pandemic was affected by a variety of factors, impacting not only on physical health but also on the mental state of the patient. People's mental health was affected by orders to stay at home, changes in previous functioning, risk of infection, economic hardship, job losses, stigma or restrictions associated with quarantine. As a result, in addition to anxiety and fear, there were depressive symptoms, feelings of loneliness and triggers for the development of eating disorders, obsessive-compulsive disorder and traumatic stress, as well as suicide risk. Individuals particularly vulnerable to psychological triggers associated with COVID-19



pandemic are older people with multimorbidity, which is associated with an increased risk of pandemic-related morbidity and mortality.

### Summary

COVID-19 brings many psychological problems that are caused by the lack of effective pharmacotherapy, the rapidity of the spread of the infection, the number of deaths, and the isolation. In older people, it is much easier to develop depression or stress, which worsens their well-being. In addition, the comorbidities from which seniors suffer reduce their quality of life. Good social support, having a spouse or partner, living with and helping the family and having more frequent contact with relatives are associated with better wellbeing for seniors. This in turn has a direct impact on the patient's health, which is a component of quality of life assessment.

**Keywords:** COVID-19, isolation, elderly people

## Wstęp

Choroba koronawirusowa 2019 (COVID-19) to wysoce zakaźna choroba wirusowa wywołana przez ciężki, ostry zespół oddechowy koronawirus 2 (SARS-CoV-2). Miała ona katastrofalny wpływ na światową demografię, powodując do tej pory ponad 3,8 mln zgonów na całym świecie, co uczyniło ją najpoważniejszym globalnym kryzysem zdrowotnym od czasów pandemii grypy z 1918 roku. Po tym, jak pierwsze przypadki choroby zostały po raz pierwszy zgłoszone w Wuhan w prowincji Hubei w Chinach pod koniec grudnia 2019 roku, SARS-CoV-2 szybko rozprzestrzenił się na całym świecie, zmuszając Światową Organizację Zdrowia (WHO) do ogłoszenia 11 marca 2020 roku globalnej pandemii.

COVID-19 dokonał spustoszenia w wielu krajach na całym świecie i znacznie obciążył systemy opieki zdrowotnej, co znalazło swoje negatywne odbicie w globalnej gospodarce. Mimo że znaczny postęp w badaniach klinicznych doprowadził do lepszego zrozumienia SARS-CoV-2 i zarządzania COVID-19, ograniczenie ciągłego rozprzestrzeniania się tego wirusa i jego wariantów stało się kwestią budzącą coraz większe obawy. Koronawirus nadal wpływa na funkcjonowanie społeczeństw, a w niektórych państwach pojawiły się kolejne fale ognisk tej choroby, spowodowane mutacjami wirusa.

## Warianty SARS-CoV-2

Podobnie jak inne wirusy RNA SARS-CoV-2, przystosowując się do swoich nowych ludzkich gospodarzy, jest podatny na ewolucję genetyczną z rozwojem mutacji w czasie, co prowadzi do powstania zmutowanych wariantów, które mogą mieć inne cechy niż szczepy jego przodków. W trakcie tej pandemii

opisano kilka wariantów SARS-CoV-2, z których tylko parę zostało uznanych przez WHO za warianty budzące niepokój (VOC) ze względu na ich wpływ na zdrowie publiczne na świecie. Na podstawie ostatniej aktualizacji epidemiologicznej WHO, według stanu na dzień 11 grudnia 2021 roku, od początku pandemii zidentyfikowano pięć wariantów SARS-CoV-2 VOC:

- alfa: pierwszy wariant, zgłoszony w Wielkiej Brytanii pod koniec grudnia 2020 roku;
- beta: po raz pierwszy zgłoszony w Republice Południowej Afryki w grudniu 2020 roku;
- gamma: po raz pierwszy zgłoszony w Brazylii na początku stycznia 2021 roku;
- delta: pierwsze zgłoszenie w Indiach w grudniu 2020 roku;
- omikron: po raz pierwszy zgłoszony w Republice Południowej Afryki w listopadzie 2021 roku.

Pomimo bezprecedensowego tempa prac nad szczepionką przeciwko COVID-19 oraz intensywnej, globalnej, masowej szczepień, w tym szczepień przypominających, pojawienie się nowych wariantów SARS-CoV-2 grozi zaprzeczeniem znacznych postępów poczynionych do tej pory w ograniczaniu rozprzestrzeniania się tej choroby wirusowej [1].

Według WHO choroby wirusowe stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. W ciągu ostatnich dwóch dekad opisano kilka epidemii wywołanych przez wirusy takie jak koronawirus: zespół ostrej, ciężkiej niewydolności oddechowej (SARS-CoV) w latach 2002–2003, grypę H1N1 w 2009 roku oraz koronawirusa zespołu oddechowego Bliskiego Wschodu (MERS-CoV) w 2012 roku, które miały znaczący wpływ na zdrowie na świecie. Od momentu ogłoszenia globalnej pandemii SARS-CoV-2 wirus odpowiedzialny za COVID-19 rozprzestrzenił się do 223 krajów, w których odnotowano ponad 281 mln zachorowań i ponad 5,4 mln zgonów. W najnowszej aktualizacji epidemiologicznej WHO poinformowano, że ponad 200 krajów na całym świecie zawiadomiło o niepokojących wariantach SARS-CoV-2, z których nowszy VOC, omikron, został zgłoszony dotychczas przez 76 krajów od czasu pierwszego przypadku w listopadzie 2021 roku.

## Epidemiologia i etiologia zakażeń SARS-CoV-2

Największą liczbę zakażeń SARS-CoV-2 i zgonów związanych z COVID-19 odnotowano w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Brazylii i Indiach. COVID-19 był trzecią główną przyczyną zgonów w USA w 2020 roku po chorobach serca i nowotworach, z około 375 tys. zgłoszonych zgonów [2]. Aktualne szacunki WHO dotyczące globalnego współczynnika śmiertelności w przypadku

COVID-19 wynoszą 2,2%. Na ten współczynnik wpływ mają takie czynniki, jak: wiek, istniejące wcześniej schorzenia oraz ciężkość choroby.

Osoby w każdym wieku są narażone na ryzyko zakażenia i ciężkiego przebiegu choroby. Jednak pacjenci w wieku  $\geq 60$  lat oraz chorzy ze współistniejącymi chorobami (otyłość, choroby układu krążenia, przewlekłe choroby nerek, cukrzyca, przewlekłe choroby płuc, nowotwory), a także palący tytoń lub będący po przeszczepie narządów litych bądź krwiotwórczych komórek macierzystych mają zwiększone ryzyko rozwoju ciężkiego zakażenia COVID-19. Odsetek pacjentów z wirusem COVID-19 wymagających hospitalizacji jest sześciokrotnie wyższy wśród osób z istniejącymi wcześniej schorzeniami niż wśród osób bez tych schorzeń (45,4% vs. 7,6%) [3]. Dane dotyczące różnic w zakresie COVID-19 w zależności od płci sugerują, że mężczyźni są bardziej narażeni na rozwój ciężkiej choroby i zwiększoną śmiertelność z powodu COVID-19 w porównaniu z kobietami [4].

## Przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2

Przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2 został opisany przez Chena Wanga i współpracowników, którzy w swojej pracy przedstawili charakterystyczne dla jednostki chorobowej objawy kliniczne, a także odchylenia w wynikach badań laboratoryjnych. Rozprzestrzenianie się wirusa powoduje przede wszystkim kichanie czy kaszel osoby zakażonej, gdyż roznosi się on w głównej mierze drogą kropelkową. Istnieją jednak badania, w których potwierdzono obecność jego cząsteczek w kale oraz moczu. Przeżywalność wirusa w aerozolu wynosi około trzech godzin w temperaturze 21–23°C, na papierze niecałą dobę, natomiast na pozostałych materiałach do trzech dni [5]. Okres inkubacji wynosi około czterech–pięciu dni przed ujawnieniem się objawów, jednakże u większości chorych wystąpiły one w jedenastej dobie. Szacuje się, że szczytowy punkt przypada na piąty–szósty dzień od wystąpienia objawów. W przypadku ciężkich zakażeń zwykle zachorowanie może przerodzić się w ARDS (*acute respiratory distress syndrome*). Zazwyczaj dzieje się to w ósmym–dziewiątym dniu od wystąpienia objawów klinicznych [6].

Większość chorych przechodzi zakażenie bezobjawowo lub skąpoobjawowo (72%), 8% pacjentów przechodzi zachorowanie łagodnie, 14% wymaga hospitalizacji, natomiast krytyczny przebieg występuje w 6% przypadków [7].

Do typowych objawów świadczących o zakażeniu zalicza się: gorączkę, bóle mięśni i głowy, brak węchu i smaku, kaszel, duszności, biegunki oraz nudności [8]. Układ oddechowy jest głównym celem dla wirusa SARS-CoV-2, jednak może on wpływać także na inne narządy – ośrodkowy układ nerwowy, nerki, przewód pokarmowy, układ hormonalny oraz sercowo-naczyniowy.

Objawy dotyczące układu oddechowego polegają głównie na dusznościach, pojawiających się w około ósmej dobie od zakażenia. Postacią ciężką choroby jest śródmiąższowe zapalenie płuc. U prawie 85% chorych na COVID-19 obserwuje się zmiany w obrazie płuc widoczne w tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej (tzw. obraz „mlecznej szyby / zamglonej szyby”) [9]. Badania patomorfologiczne wykazują bogatobiałkowy wysięk do światła pęcherzyków płucnych, rozlane uszkodzenie pęcherzyków płucnych z obustronnym obrzękiem przestrzeni międzypęcherzykowej, odczyn zapalny oraz rozrost pneumocytów typu II. Powstaje śródmiąższowy naciek komórek wielojądrowych olbrzymich i komórek jednojądrzastych. Zaawansowane stadium wykazuje zmiany wysiękowe, które obejmują większą część miąższu płucnego. Poprzez uszkodzenie komórek nabłonka pęcherzyków płucnych oraz wydzielanie płwociny możliwe jest upośledzenie wentylacji płuc, prowadzące do hipoksemii, niedociśnienia, a nawet wstrząsu. Na skutek złuszczenia się pneumocytów dochodzi do procesu włóknienia powodującego ostrą niewydolność oddechową [10]. COVID-19 atakuje głównie układ oddechowy, jednakże część pacjentów zgłasza objawy ze strony układu pokarmowego, takie jak biegunka, wymioty czy ból brzucha. Za pomocą metody łańcuchowej reakcji polimerazy z odwrotną transkryptazą możliwe jest wykrycie RNA wirusa w kale [11]. Objawy te występują aż u jednego na pięciu pacjentów z COVID-19, co więcej, śmiertelność chorych z tymi objawami jest podobna do śmiertelności ogólnej [12].

Pacjenci z COVID-19 doświadczają także różnego rodzaju objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego, tj. arytmii, uszkodzenia mięśnia sercowego, a w skrajnych przypadkach może dojść do zatrzymania akcji serca. Część chorych zgłasza ponadto palpacje oraz ucisk w klatce piersiowej. Podejrzewa się, że objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego mogą stanowić początek infekcji lub też występować przez cały okres jej trwania [13].

Objawy neurologiczne, które pojawiły się przy infekcji koronawirusem, to głównie zaburzenia węchu i smaku, bóle głowy czy mięśni, ale także zmiany w stanie psychicznym pacjenta. Rzadsze symptomy to omdlenia, ataksje, zawroty głowy, a nawet udary niedokrwienne [14].

Pacjenci zmagający się z chorobami przewlekłymi najbardziej narażeni są na powikłania i cięższy rozwój COVID-19. Należą do nich seniorzy ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2, ponieważ przewlekła hiperglikemia negatywnie wpływa na funkcje immunologiczne i zwiększa ryzyko zachorowalności i śmiertelności z powodu każdej infekcji oraz wiąże się z powikłaniami organicznymi [15]. W przypadku tych chorych leczenie często wymaga włączenia sterydoterapii, która rozregulowuje gospodarkę węglowodanową, prowadząc do wzrostów poziomu glikemii. Bywa, że pacjenci, którzy dotychczas nie wymagali insulinoaterapii, zmuszeni są do przyjmowania insuliny.

## Diagnostyka

Obecnie zakażenie wirusem SARS-CoV-2 diagnozuje się za pomocą testów opierających się na wykrywaniu RNA wirusa. Materiał pobiera się z dróg oddechowych – nosogardzieli czy gardła przy użyciu testu Real-Time RT-PCR (metoda ilościowej reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkrypcją). Dodatkowo pacjentom wykazującym takie objawy, jak kaszel czy duszności, wykonuje się TK lub RTG klatki piersiowej. Badań tych nie uwzględnia się w kryteriach diagnostycznych choroby, jednakże mają one szczególne znaczenie w przebiegu niewydolności oddechowej spowodowanej wirusem. Charakterystycznymi zmianami widocznymi na zdjęciu rentgenowskim są wyżej wspomniane obszary „mlecznej szyby” czy zaciemnienia, zazwyczaj zlokalizowane obustronnie w dolnych polach płucnych. Największe zmiany szacuje się na dziesiąty–dwunasty dzień od wystąpienia objawów [16]. W TK natomiast najczęstszymi zmianami są: ponownie – zmiany „mlecznej szyby” (spowodowane przez częściowe wypełnienie płynem pęcherzyków płucnych), pogrubione ściany oskrzeli, obraz „kostki brukowej”, pogrubienie opłucnej w przyleganiu do zmian o typie mlecznej szyby oraz poszerzenie naczyń dochodzących do zmian zapalnych i znajdujących się w ich obrębie [17].

## Leczenie

W łagodnych przypadkach zachorowania terapia polega na leczeniu objawowym i odpoczynku. Istotne jest właściwe odżywianie i nawodnienie. Chorzy powinni mierzyć takie parametry, jak: temperatura ciała, saturacja czy tętno w warunkach domowych. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjent powinien zgłosić się do szpitala. Niezalecane jest stosowanie antybiotyków na własną rękę, gdyż sprzyja ono zwiększeniu oporności na te leki.

Leczenie w oddziale odbywa się głównie poprzez wspieranie układu oddechowego przy pomocy tlenoterapii biernej. Dzieli się ją na nisko- i wysokoprzepływową (HFNC – *high-flow nasal cannula*) oraz nieinwazyjną wentylację mechaniczną (NIV). W krytycznych sytuacjach niewydolności oddechowej chory powinien zostać podłączony do respiratora.

Pierwszą grupą leków stosowanych w przypadku zakażenia są glikokortykosteroidy. Były one także stosowane przy SARS czy MERS. Ich zadaniem jest regeneracja uszkodzeń płuc spowodowanych zapaleniem, a także zminimalizowanie ryzyka niewydolności oddechowej czy śmierci pacjenta [18]. Jako kolejny lek przeciwzapalny wprowadzony został Tocilizumab, którego zastosowanie ma zmniejszyć ryzyko wentylacji prowadzonej inwazyjnie czy zgonu. Na ogół lek ten podawany jest w przypadku RZS lub młodzieńczego idiopatycznego

zapalenia stawów [19]. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dopuszcza również w leczeniu lek przeciwwirusowy, jakim jest Remdesivir oraz Baricytynib mające działanie immunosupresyjne [20].

NHC (National Health Commission of the People's Republic of China) przedstawiło wytyczne dotyczące leczenia chorych na COVID-19, opierające się na następującym standardzie:

1. Odpoczynek w łóżku, opieka wspomagająca, zapewnienie spożycia kalorii, utrzymanie równowagi płynów i elektrolitów, hemostaza, ścisłe monitorowanie parametrów życiowych i wysycenia krwi tlenem.
2. Monitorowanie morfologii krwi (CBC), kompleksowy panel metaboliczny (CMP), gazometria krwi tętniczej (ABG), badanie moczu, białko C-reaktywne (CRP), enzymy sercowe, krzepliwość, obrazowanie klatki piersiowej i inne odpowiednie parametry laboratoryjne.
3. Zapewnienie tlenoterapii w zależności od potrzeb przez kaniulę nosową (o niskim lub wysokim przepływie) lub maskę twarzową.
4. Leczenie przeciwwirusowe (dawkowanie dla dorosłych): ocena odpowiedzi klinicznej. Nie zaleca się jednoczesnego stosowania trzech lub więcej leków przeciwwirusowych.
5. Terapie przeciwdrobnoustrojowe: należy unikać niepotrzebnego lub niewłaściwego przepisywania leków przeciwdrobnoustrojowych, zwłaszcza o szerokim spektrum działania.

W przypadkach ciężkich lub krytycznych zaleca się:

1. Oprócz standardowego leczenia: aktywne zapobieganie powikłaniom i ich leczenie, zarządzanie przewlekłymi chorobami pacjentów, zapobieganie wtórnym zakażeniom, wspomaganie funkcji wielu narządów.
2. Wspomaganie oddechu: ustalenie właściwego wspomaganie od kaniuli nosowej, maski twarzowej do wentylacji mechanicznej i ułożenia na brzuchu. W przypadku ciężkiego zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) należy rozważyć zastosowanie ECMO.
3. Wspomaganie krążenia: w pierwszej kolejności optymalizacja gospodarki płynowej, rozważenie terapii wazoaktywnej w celu zapewnienia krążenia i perfuzji narządowej. W razie potrzeby monitorowanie hemodynamiczne.
4. Przetoczenie osocza bogatopłytkowego: właściwe w ciężkich lub krytycznych przypadkach.
5. Plazmaferezę: można rozważyć w celu opanowania burzy cytokinowej.
6. Immunoterapię: w przypadku podwyższonego stężenia interleukiny-6 podanie Tocilizumabu w dawce 4–8 mg/kg lub 400 mg w standardowej dawce dożylniej jednorazowo. Można powtórzyć dawkę w ciągu 12 godzin, nie przekraczając całkowitej dawki 800 mg.

## 7. Inne środki:

- na podstawie objawów niewydolności oddechowej i badań obrazowych klatki piersiowej można rozważyć podawanie glikokortykoidów równoważnych Metyloprednizolonowi w dawce 1–2 mg/kg/dobę przez 3–5 dni lub krócej; należy pamiętać, że duże dawki glikokortykoidów hamują układ odpornościowy i mogą opóźnić eliminację wirusa SARS-CoV-2;
- można rozważyć podanie leku Xuebijing 100 ml dożylnie 2 razy dziennie;
- można zastosować preparat mikroekologiczny w celu utrzymania równowagi flory jelitowej i zapobiegania wtórnemu zakażeniu;
- zapewnienie psychoterapii pacjentom, u których występuje wysoki poziom lęku [21].

Masowe tragedie, zwłaszcza te związane z chorobami zakaźnymi, wywołują zwiększony niepokój i strach wśród ogółu społeczeństwa [22]. Na stan zdrowia ludzi podczas pandemii COVID-19 wpływ miały różne czynniki, oddziałujące nie tylko na zdrowie fizyczne, ale także na stan psychiczny chorego. Na początku pandemii ludzie bardzo obawiali się o bezpieczeństwo swoje i swoich bliskich oraz bali się niekorzystnych skutków ekonomicznych, jakie wywoła pandemia. Wiele osób straciło pracę z powodu zamknięcia zakładów, restauracji czy biur. Zdrowie psychiczne ludzi ucierpiało wskutek nakazów pozostania w domu i zmiany w normalnym dotychczas funkcjonowaniu [23]. Czynniki stresogennymi związanymi z pandemią COVID-19 są: zakażenie, trudności ekonomiczne, zwolnienia z pracy, napiętnowanie lub ograniczenia wynikające z kwarantanny, przejawiające się albo wzmacniające niekorzystne skutki dla zdrowia psychicznego. Oprócz niepokoju i lęku mogą one obejmować: depresję, stres, skomplikowaną żalobę, samobójstwo, poczucie osamotnienia oraz czynniki wyzwalające rozwój zaburzeń odżywiania, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i stresu traumatycznego. Psychologiczne czynniki stresogenne pandemii COVID-19 zwiększają te skutki dla zdrowia psychicznego, co więcej, ludzie są dotknięci nimi podwójnie, ponieważ samotność, lęk i depresja dodatkowo osłabiają układ odpornościowy, zmniejszając odporność na choroby i infekcje. Grupy, na które szczególnie oddziałują czynniki psychologiczne związane z pandemią COVID-19, obejmują osoby z predyspozycjami do zaburzeń psychicznych, kobiety, rodziców, osoby starsze, dzieci, studentów i wojskowych. Do osób wybitnie narażonych na zaburzenia psychiczne w warunkach pandemii COVID-19 należą osoby, u których w przeszłości występowały zaburzenia psychiczne lub predyspozycje do poczucia osamotnienia [24].

Ponadto zaburzenia psychiatryczne i ciężkie choroby psychiczne wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zachorowalności i śmiertelności wynikającej z pandemii COVID-19. W związku z niebezpieczeństwem kilka krajów ogłosiło pandemię COVID-19 stanem zagrożenia narodowego, co doprowadziło do blokad

wymagających od milionów ludzi fizycznej i społecznej izolacji, społeczeństwo doświadczyło zakłóceń w codziennych rutynowych czynnościach, a systemy opieki zdrowotnej i edukacji zostały przeciążone [25].

Lęk jest jednym z głównych zaburzeń zdrowia psychicznego, nasilających się podczas globalnych pandemii. W trakcie poprzednich epidemii chorób zakaźnych osoby, które doświadczyły lęku związanego z pandemią, często ujawniały podwyższony poziom stresu pourazowego, lęku o zdrowie i skłonności do samobójstw. W ramach wysiłków zmierzających do opanowania i ilościowego określenia lęku podczas obecnego globalnego kryzysu opracowano pięciostopniową skalę – Skalę Lęku przed Koronawirusem (CAS) – służącą do przesiewowego wykrywania przypadków lęku dysfunkcyjnego związanego z pandemią. Skala ta stanowi obiecujące narzędzie do bieżących badań klinicznych, ponieważ wykazano jej wysoką wiarygodność (czułość 90% i swoistość 85%) w przewidywaniu diagnozy koronawirusowej, upośledzenia, myśli samobójczych, radzenia sobie z alkoholem/narkotykami, a także skrajnego poczucia beznadziejności [26]. Należy pamiętać, że lęk jest często czynnikiem poprzedzającym zachowania samobójcze lub samobójstwo. Istnieje związek między samobójstwami a pandemiemi: np. wskaźniki samobójstw wzrosły podczas wielkiej epidemii grypy (grypy hiszpanki) w latach 1918–1919 w Stanach Zjednoczonych i wirusa ebola w Afryce. W czasie pandemii COVID-19 osoby starsze, bezdomni, pracownicy pierwszej linii, migranci, ofiary nadużyć i przemocy, bezrobotni oraz grupy napiętnowane zostały uznane za populacje narażone na samobójstwo. Ponadto osoby dotknięte utratą kogoś bliskiego w trakcie pandemii są bardziej narażone na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. Trzeba również pamiętać, że wiek stanowi poważny czynnik ryzyka dla śmiertelności związanej z zakażeniem SARS-CoV-2. Co więcej, naturalne przejawy starzenia się, takie jak upośledzenie funkcji poznawczych i sensorycznych, oraz nadużycia, przeludnienie i ogólne zaniedbanie pensjonariuszy w domach opieki przyczyniają się do zwiększenia poczucia osamotnienia, depresji i samobójstw u osób starszych [27]. W związku z tym wydaje się uzasadnione prowadzenie badań dotyczących oceny wpływu izolacji na stan psychiczny i jakość życia pacjentów geriatrycznych z COVID-19, a także wsparcia społecznego pacjentów izolowanych z powodu zakażenia.

## Podsumowanie

Pod koniec 2019 roku w mieście Wuhan w Chinach pojawił się niezidentyfikowany wówczas rodzaj wirusa, który może powodować ciężki zespół niewydolności oddechowej. W dniu 11 marca 2020 roku została ogłoszona światowa pandemia, a chorobę wywołaną przez wirus SARS-CoV-2 nazwano



COVID-19 [28]. Jednostka chorobowa, oprócz fizycznych objawów, niesie wiele psychicznych problemów, w głównej mierze spowodowanych brakiem skutecznej farmakoterapii, szybkością rozprzestrzeniania się, liczbą zgonów oraz izolacją, która istotnie wpływała na stan psychiczny ludzi [29]. Han Xiao i współautorzy podają, że epidemie nie wpływają jedynie na stan chorych zakażonych, ale także na zdrowie psychiczne osób niezainfekowanych [30].

Zgodnie z definicją samopoczucia podaną w *Słowniku języka polskiego PWN*, która mówi o samopoczuciu jako o stanie psychicznym i fizycznym odczuwanym bezpośrednio przez daną osobę, w ocenie funkcjonowania pacjentów zakażonych należy wykorzystać narzędzia pozwalające określić całościowy stan pacjenta, takie jak: skalę GDS, Wielowymiarową Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego, skalę ADL, IADL czy skale dotyczące jakości życia.

Według Dziennika Ustaw izolacja to odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo podejrzanych o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby [31]. Jak podaje Jianyin Qiu i współautorzy, u osób starszych znacznie łatwiej o pojawienie się depresji czy stresu związanych z przebyciem kwarantanną albo izolacją [32]. Przeprowadzane analizy wykazują, że występuje zależność pomiędzy np. długością hospitalizacji (izolacji) a jakością życia pacjentów. U chorych, którzy dłużej przebywali w szpitalu, poziom jakości życia jest znacznie niższy niż u badanych, u których hospitalizacja przebiegała krócej. Dodatkowo choroby współtowarzyszące, na które cierpią seniorzy, obniżają ocenę ich jakości życia.

Noor Ani Ahmad i współautorzy udowodnili, że stan psychiczny jest zależny od stanu funkcjonowania pacjentów. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u starszych osób z ograniczeniami w zakresie ADL jest prawie trzykrotnie większe, natomiast u osób z ograniczeniami w zakresie IADL prawie dwukrotnie większe. Przeprowadzone analizy dowodzą, że występowanie depresji jest niższe u chorych, którzy lepiej radzą sobie w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego [33].

Nie bez znaczenia jest także wsparcie społeczne, które ma istotny wpływ na zapobieganie depresji u osób starszych. Jego źródłem są najczęściej małżonkowie, a następnie przyjaciele [34]. Dobre ogólne wsparcie społeczne, posiadanie współmałżonka lub partnera, mieszkanie z rodziną, częstsze kontakty z osobami bliskimi, wsparcie ze strony rodziny i zadowolenie ze wsparcia społecznego wiążą się z mniejszą liczbą objawów depresji [35].

Istnieje niewiele badań poruszających problem wpływu jakości życia pacjentów izolowanych na ich samopoczucie. Ogólnodostępne artykuły opierają się na szeroko pojętej jakości życia i jej oddziaływaniu na stan funkcjonowania w różnych sferach. Jak podają Aneta Toczyńska i współautorki, na samo-

poczucie istotny wpływ ma stan zdrowia, stanowiący składową ocenę jakości życia – im wyżej pacjenci oceniają swój stan zdrowia, tym wyżej oceniają także swoje samopoczucie [36]. Według badań Aleksandry Suwalskiej i współautorów pacjenci starsi, których jakość życia jest niższa, przejawiają gorsze samopoczucie [37].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) jakość życia to:

[...] indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi [38].

Jak opisują Jacek Turczyński i Adam Bilikiewicz, zespoły depresyjne istotnie obniżają jakość życia pacjentów starszych i dodatkowo stanowią poważny problem kliniczny. Wielu autorów dowodzi w swoich badaniach, że pacjenci wskazujący na gorszą jakość życia przejawiają wyższy poziom depresji geriatrycznej [39, 40].

Wsparcie społeczne jest także nierozzerwalnie związane z niższą zachorowalnością i śmiertelnością. Ważną kwestią są mechanizmy fizjologiczne, dzięki którym wsparcie wpływa na te elementy. Badania wskazują, że wsparcie społeczne jest istotnym czynnikiem wpływającym na objawy depresji, a także na stan funkcjonowania seniorów [41]. Jak podają Nur A. Mahmud i współautorzy, niskie wsparcie społeczne wiąże się z ograniczeniem codziennych czynności życiowych u osób starszych [42]. Podczas pandemii COVID-19 zredukowano odwiedziny w szpitalach. W wielu z nich kontakt rodziny z chorym odbywał się jedynie przez telefon. Nie wszyscy pacjenci byli zdolni do posługiwania się telefonem komórkowym, więc głównym wsparciem dla izolowanych chorych był personel medyczny. Z racji obniżonego już samopoczucia spowodowanego izolacją brak odwiedzin dodatkowo pogarszał stan psychiczny pacjentów.

Izolacja znacznie przyczyniła się do pogorszenia funkcjonowania pacjentów starszych. Zaobserwowano, że poprzez „zamknięcie” na pewien okres u izolowanych chorych zdecydowanie obniżyło się odczuwane samopoczucie, co było widoczne podczas codziennej pracy personelu medycznego. Stan funkcjonalny pacjentów był obniżony, co więcej, pogorszeniu uległ ich stan psychiczny. Obniżyła się także jakość życia, która miała znamienne wpływy na wyżej wymienione zmienne.

## Piśmiennictwo

1. Cascella M., Rajnik M., Allem A., Dulebohn S.C., Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). StatPearls Publishing. 2022; 1–89.
2. Ahmad F.B., Cisewski J.A., Miniño A., Anderson R.N. Provisional mortality data – United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2021; 70(14): 519–522.
3. Stokes E.K., Zambrano L.D., Anderson K.N. i wsp. Coronavirus disease 2019 case surveillance – United States, January 22–May 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2020; 69(24): 759–765.
4. Gebhard C., Regitz-Zagrosek V., Neuhauser H.K., Morgan R., Klein S.L. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biology of Sex Differences*. 2020; 11(1): 29.
5. Van Doremalen N., Bushmaker T., Morris D.H. i wsp. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382(16): 1564–1567.
6. Wu Z., McGoogan J.M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*. 2020; 323(13): 1239–1242.
7. Wang C., Horby P.W., Hayden F.G., Gao G.F. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020; 395(10223): 470–473.
8. Zawilska J.B., Swaczyna T., Masiarek P., Waligórska A., Dominiak Z. COVID-19: epidemiologia, patogeneza, diagnostyka i objawy kliniczne. *Farmacja Polska*. 2021; 77(3): 166–177.
9. Jacobi A., Chung M., Bernheim A., Eber C. Portable chest X-ray in coronavirus disease-19 (COVID-19): a pictorial review. *Clinical Imaging*. 2020; 64: 35–42.
10. Englisch C.N., Tschernig T., Flockerzi F., Meier C., Bohle M.R. Lesions in the lungs of fatal corona virus disease Covid-19. *Annals of Anatomy*. 2021; 234: 151657.
11. Holshue M.L., DeBolt C., Lindquist S. i wsp. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382: 929–936.
12. Tariq R., Saha S., Furqan F., Hassett L., Pardi D., Khanna S. Prevalence and mortality of COVID-19 patients with gastrointestinal symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2020; 95(8): 1632–1648.
13. Tajbakhsh A., Ghebi Hayat S.M., Taghizadeh H. i wsp. COVID-19 and cardiac injury: clinical manifestations, biomarkers, mechanisms, diagnosis, treatment, and follow up. *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 2021; 19(3): 345–557.
14. Favas T.T., Dev P., Chaurasia R.N. i wsp. Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of proportions. *Neurological Sciences*. 2020; 41(12): 3437–3470.
15. Casqueiro J., Casqueiro J., Alves C. Infections in patients with diabetes mellitus: a review of pathogenesis. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2012; 16(Suppl 1): S27–S36.

16. Wong H.Y.F., Lam H.Y.S., Fong A.H.-T. i wsp. Frequency and distribution of chest radiographic findings in patients positive for COVID-19. *Radiology*. 2020; 296(2): E72–E7.
17. Kucybała I. COVID-19 – diagnostyka obrazowa. *Inżynier i Fyzyk Medyczny*. 2020; 3(9): 181–185.
18. Horby P., Lim W.S., Emberson J.R. i wsp. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19 – preliminary report. *New England Journal of Medicine*. 2021; 384(8): 693–704.
19. Guaraldi G., Meschiari M., Cozzi-Lepri A. i wsp. Tocilizumab in patients with severe COVID-10: a retrospective cohort study. *Lancet. Rheumatology*. 2020; 2(8): e474–e484.
20. Wroczyńska A., Rymer W., Szczepanek M. i wsp. COVID-19 – co nowego. *Medycyna Praktyczna*. 2021; 10: 115–128; aktualizacja 28.10.2021.
21. Song Y., Zhang M., Yin L. i wsp. COVID-19 treatment: close to a cure? A rapid review of pharmacotherapies for the novel coronavirus (SARS-CoV-2). *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2020; 56(2): 106080.
22. Balaratnasingam S., Janca A. Mass hysteria revisited. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006; 19(2): 171–174.
23. Nicola M., Alsaifi Z., Sohrabi C. i wsp. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): a review. *International Journal of Surgery*. 2020; 78: 185–193.
24. Pandey K., Thurman M., Johnson S.D. i wsp. Mental health issues during and after COVID-19 vaccine era. *Brain Research Bulletin*. 2021; 176: 161–173.
25. Bu F., Steptoe A., Fancourt D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*. 2020; 186: 31–34.
26. Lee S.A. Coronavirus Anxiety Scale: a brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*. 2020; 44(7): 393–401.
27. Armitage R., Nellums L.B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020; 5(5): e256.
28. Di Gennaro F., Pizzol D., Marotta C. i wsp. Coronavirus diseases (COVID-19) current status and future perspectives: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(8): 2690.
29. Ornell F., Schuch J.B., Sordi A.O., Paim Kessler F.H. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020; 42(3): 232–235.
30. Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor*. 2020; 26: e923921.
31. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2021, poz. 2069).

32. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. 2020; 33(2): e100213.
33. Ahmad N., Razak M.A.A., Kassim M.S.A. i wsp. Association between functional limitations and depression among community-dwelling older adults in Malaysia. *Geriatrics & Gerontology International*. 2020; 20(Suppl. 2): 21–25.
34. Gariépy G., Honkaniemi H., Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*. 2016; 209(4): 284–293.
35. Tengku Mohd T.A.M., Yunus R.M., Hairi F., Hairi N.N., Choo W.Y. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open*. 2019; 9: e026667.
36. Toczyńska A., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012; 20(3): 369–379.
37. Suwalska A., Łojko D., Rybakowski J. Ocena jakości życia w zaburzeniach afektywnych o typie dwubiegunowym – doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2005: 38–41.
38. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995; 41(10): 1403–1409.
39. Turczyński J., Bilikiewicz A. Depresja u osób w podeszłym wieku. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2002; 2(2): 99–107.
40. Humańska M.A., Kędziora-Kornatowska K. Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatrya Polska*. 2009; 6(1): 15–22.
41. Bumjung K., Hyeyoun J., Jisun L., Kim Y.M. Social support, activities of daily living and depression among Japanese and Koreans immigrants in the U.S. *Social Work in Public Health*. 2020; 35(4): 163–176.
42. Mahmud N.A., Shahein N.A., Yoep N. i wsp. Influence of social support on limitation in daily living among older persons in Malaysia. *Geriatrics & Gerontology International*. 2020; 20(Suppl. 2): 26–32.

*Zofia Kruba, Justyna Miazga*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

## **ROZDZIAŁ 15**

# **ZABURZENIA PAMIĘCI U OSÓB W WIEKU SENIORALNYM**

## **MEMORY DISORDERS IN ELDERLY PEOPLE**

### **Streszczenie**

#### **Wstęp**

Pamięć jest jednym z kluczowych elementów funkcji poznawczych. W wyniku procesu starzenia się dochodzi do zmian anatomicznych, morfologicznych i funkcjonalnych w obrębie mózgu, co w konsekwencji prowadzi do osłabienia pamięci oraz koncentracji. Zaburzenia pamięci to coraz częściej występujący problem w starzejącym się społeczeństwie, powodujący spadek jakości życia osób po 65. roku życia.

#### **Cel pracy**

Przedstawienie problemu występowania zaburzeń pamięci u osób w wieku podeszłym na podstawie analizy piśmiennictwa.

#### **Treść**

Zmiany zachodzące w układzie nerwowym w wyniku starzenia się prowadzą do pojawienia się tzw. zaburzeń poznawczych związanych z wiekiem, charakteryzujących się gorszym funkcjonowaniem w sytuacjach wymagających podjęcia szybkiej decyzji lub przeanalizowania dużej liczby informacji. Taka zmniejszona wydajność umysłowa zwiększa ryzyko rozwoju łagodnych zaburzeń poznawczych, które z kolei mogą ewoluować do różnych postaci otępienia. Aby utrzymać jak najdłuższą sprawność psychofizyczną osób starszych oraz ich aktywność w życiu społecznym, bardzo istotna jest profilaktyka zaburzeń poznawczych, a także odpowiednie leczenie i opieka.

#### **Podsumowanie**

Coraz większy udział osób starszych w naszym społeczeństwie powoduje wzrost występowania demencji. Aby poprawić jakość życia seniorów, należy stosować profilaktykę zaburzeń poznawczych.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia pamięci, pamięć, starość, demencja, otępienie, funkcje poznawcze

## Abstract

### Introduction

Memory is one of the key elements of cognitive functions. As a result of the aging process, anatomical, morphological and functional changes occur within the brain, which in turn leads to a decrease in memory and concentration. Memory disorders are an increasingly common problem in an aging society, causing a decline in the quality of life of people over 65.

### Aim of publication

To present the problem of the occurrence of memory disorders in the elderly based on the analysis of the literature.

### Content

Changes in the nervous system as a result of aging lead to the appearance of the so-called age-related cognitive impairment, characterized by inferior functioning in situations requiring a quick decision or large amount of information to be analyzed. Such reduced mental performance increases the risk of developing mild cognitive impairment, which in turn can evolve into various forms of dementia. In order to maintain the psychophysical fitness of the elderly as long as possible and their activity in social life, it is very important to prevent cognitive disorders, as well as appropriate treatment and care.

### Summary

The increasing proportion of older people in our society is causing the incidence of dementia. In order to improve the quality of life of seniors, prevention of cognitive disorders should be used.

**Keywords:** memory disorders, memory, old age, stupor, dementia, cognitive functions

## Wstęp

Pamięć to zdolność poznawcza, która umożliwia zdobywanie doświadczenia przez gromadzenie, przechowywanie i przywoływanie informacji. Dzięki niej możliwe jest kształtowanie własnej tożsamości oraz poczucia przynależności. Anatomia i fizjologia pamięci jest złożona i filogenetycznie obejmuje starą i nową korę mózgową, ośrodki mózgowy, a także centralne miejsce związane z zapamiętywaniem – hipokamp. Z klinicznego punktu widzenia największe znaczenie ma podział pamięci dokonany w 1890 roku przez Williama Jamesa na pamięć: świeżą (krótkotrwałą) oraz starą (długotrwałą). Pamięć krótkotrwała dotyczy zdolności zapamiętywania tego, co aktualnie jest odbierane przez zmysły. Polega na przewodzeniu impulsów elektrycznych przez nerwy i zmienianiu ich na neuroprzekaźniki. Pamięć świeża umożliwia przyswajanie nowych informacji i prowadzi do powstawania pamięci długotrwałej. Jest

również najczęściej ulegającym zaburzeniom rodzajem pamięci. Z kolei pamięć długotrwała polega na przetworzeniu pamięci świeżej w hipokampie i zakodowaniu informacji w ośrodkach korowych. Jest bardziej odporna na zaburzenia niż pamięć świeża. Problemy z pamięcią mogą być zarówno wynikiem zaburzeń czynności mózgu spowodowanych nerwicami, jak i konsekwencją zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym.

Zaburzenia pamięci dotyczą głównie osób po 65. roku życia [1, 2]. Powodują one ograniczenie życia we wszystkich jego aspektach oraz wpływają na jego jakość.

Określenie jakości życia nie jest łatwe do zdefiniowania ze względu na wieloznaczność tego pojęcia. Początkowo jakość życia określano w sposób subiektywny, jako dobre życie materialne, a później w kontekście aktualnego położenia życiowego człowieka („być”, a nie „mieć”).

W medycynie najpierw koncentrowano się przede wszystkim na wydłużaniu życia chorego i był to wyznacznik skuteczności zastosowanego leczenia. Dopiero później wzięto pod uwagę uczynienie tego życia godnym i szczęśliwym. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (ang. *health related quality of life* – HRQL) określa samoocenę pacjenta dotyczącą wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w rozmaitych zakresach.

Dziedziny jakości życia zdeterminowane stanem zdrowia to: stan fizyczny, psychiczny, społeczny i sfera doznań somatycznych. Stan fizyczny obejmuje: sprawność funkcji fizjologicznych, zdolność zaspokajania swoich potrzeb, wykonywanie czynności samoobsługowych, prac umysłowych i fizycznych. W stanie psychicznym ocenia się stopień akceptacji choroby oraz występowanie pozytywnych i negatywnych emocji, uczuć. Strefa społeczna dotyczy oceny motywacji i chęci do zaangażowania się w aktywność społeczną, a także zdolności do pełnienia ról społecznych, utrzymywania kontaktów towarzyskich. Z kolei sfera doznań somatycznych pokazuje wpływ symptomów chorobowych na jakość życia chorego.

Dzięki ocenie i analizie powyższych dziedzin możliwe jest zbadanie jakości życia pacjentów w porównaniu do populacji zdrowych osób, zaobserwowanie różnicy efektu działania nowego leku na jakość życia (w porównaniu z lekiem stosowanym dotychczas), określenie skutków terapii dla sfery psychicznej pacjenta oraz sprawdzenie stopnia poprawy jakości życia.

W badaniach jakości życia osób z zaburzeniami pamięci (zwłaszcza z chorobą Alzheimera) brane są pod uwagę takie aspekty, jak: funkcjonowanie poznawcze, ADL (*activities of daily living* – zdolność wykonywania czynności życia codziennego), stan psychiczny oraz zachowania społeczne.

Definicja jakości życia osoby starszej, którą posługują się teoretycy, może być dwójako rozumiana. Postępująca niedołężność jest upokarzająca, trudna



i ograniczająca we wszystkich wymiarach. Jednak nie zawsze jakość życia chorego z otępieniem jest niska. Należy wziąć pod uwagę fakt, że pacjenci ci mają chwile radości (szczególnie w początkowych etapach choroby). Jakość życia u pacjentów z zaburzeniami pamięci zależy od fazy choroby. Początkowo w łagodnej fazie choroby, kiedy pacjent potrafi zaspokoić swoje potrzeby, wystarczy go mobilizować. Natomiast w zaawansowanym stadium choroby, gdy całość opieki przejmują otoczenie, zmienia się życie nie tylko osoby chorej, ale także opiekunów i rodziny.

Charakter opieki oraz relacje z pacjentem są najważniejszymi warunkami zachowania jakości życia na odpowiednim poziomie. Największym błędem jest odwrócenie się od chorego. Wówczas jakość życia ulega drastycznemu pogorszeniu. Pacjent z zaburzeniami pamięci czuje spokój i bezpieczeństwo, kiedy ma w polu widzenia swojego opiekuna. Na jakość życia mają wpływ przede wszystkim otoczenie, relacje z rodziną, warunki socjalno-bytowe, finansowe i rodzaj zastosowanego leczenia [3].

Należy pamiętać, że zaburzenia pamięci są coraz częstszym problemem. Przewiduje się bowiem, że liczba osób z otępieniem gwałtownie wzrośnie do 150 mln do 2050 roku. Związane jest to głównie ze starzeniem się społeczeństwa, co z kolei jest wynikiem spadku przyrostu naturalnego oraz postępu medycyny, mającego bezpośredni wpływ na wydłużenie życia statystycznej osoby. Przewiduje się, że udział osób po 60. roku życia w latach 2035–2040 będzie wynosił 31%, czyli o 10% więcej w porównaniu do 2013 roku (21%). W dodatku zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego do 2050 roku nastąpi zmniejszenie liczby dzieci i osób dorosłych na rzecz osób starszych – do 30% na obszarach wiejskich i 35% w środowiskach miejskich [4].

Stanowi to poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego, ponieważ zaburzenia poznawcze wywierają ogromny wpływ na stan zdrowia oraz los pacjentów. Powodują spadek samodzielności, doprowadzają do wycofywania się z życia, a w końcu do całkowitego uzależnienia od innych osób. Należy pamiętać, że otępienia są aktualnie najczęstszą przyczyną niepełnosprawności. W dodatku szacuje się, że koszty związane z upośledzeniem funkcji poznawczych, a co za tym idzie niezdolnością do pracy i koniecznością opieki, przewyższają koszty spowodowane przez choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca. Chorobę Alzheimera uznaje się za najkosztowniejsze schorzenie współczesnej Europy [5].

Zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) 65. rok życia uznawany jest za próg starości [6]. Z biologicznego punktu widzenia następują wtedy uchwytne zmiany funkcji fizjologicznych organizmu, charakteryzujące się dominacją zmian regresywnych nad progresywnymi [7]. Dotyczą one także układu nerwowego, który przebudowuje się pod względem anatomicznym, morfologicznym oraz funkcjonalnym [8].

W starzejącym się mózgu przede wszystkim zmienia się jego objętość. Dochodzi do tego z powodu spadku uwodnienia oraz obniżenia liczby komórek nerwowych. Zanik neuronów dotyczy głównie kory przedczołowej i płata skroniowego, zwłaszcza w rejonie hipokampu i kory węchowej. Przyjmuje się, że spadek liczby neuronów o 0,4–0,5% rocznie występuje u osób normalnie starzejących się, a o 1% na rok u osób z demencją. W procesie starzenia się następuje redukcja liczby i gęstości połączeń pomiędzy neuronami, co prowadzi do spadku integralności i spójności istoty białej oraz stanowi najistotniejszy element starzenia się w praktyce klinicznej. Zmiany związane ze starzeniem się obejmują ponadto dendryty komórek nerwowych, gdzie dochodzi do znacznego spadku gęstości ich drzewkowatych rozgałęzień. Również efektywność i funkcje tkanki glejowej ulegają osłabieniu – astrocyty i komórki mikrogleju nie nadążają z pochłanianiem substancji szkodliwych, a wydzielanie różnego rodzaju białek się zmniejsza. W związku z tym wiele funkcji poznawczych ulega pogorszeniu – zmienia się kodowanie nowych informacji, przywoływanie faktów z pamięci epizodycznej, zdolności nawigacyjne, pamięć robocza i procesy uwagowe. Osoby starsze wolniej przetwarzają informacje w obecności bodźców rozpraszających i częściej doświadczają natrętnych wspomnień [1, 9].

W związku z zachodzącymi zmianami starzejącego się organizmu rozwijają się tzw. zaburzenia pamięci związane z wiekiem (*age-associated memory impairments*). Osoba starsza skarży się wówczas na gorsze funkcjonowanie w sytuacjach wymagających podjęcia szybkiej decyzji, przeanalizowania znacznej liczby informacji lub wykonania równoległe innych czynności. Trudności te nasilają się szczególnie w sytuacjach stresujących i w hałasie.

Osłabienie funkcji poznawczych większe niż przeciętne to tzw. łagodne zaburzenia poznawcze (*mild cognitive impairments* – MCI). MCI oznacza pogorszenie czynności poznawczych większe niż to wynikające z normalnego procesu starzenia się, ale jednocześnie niewystarczające do rozpoznania otępienia. Występuje u 15–30% osób po 60. roku życia. Dotyczy głównie pamięci, ale problemy mogą być również związane z orientacją, mową czy umiejętnością liczenia. Osoba taka popełnia więcej błędów w pracy niż pacjenci z zaburzeniami pamięci związanymi z wiekiem – zarówno w warunkach sprzyjających, jak i niesprzyjających. Zaburzenia pamięci u takich osób wpływają na codzienne funkcjonowanie – są m.in. przyczyną występowania zdarzeń niebezpiecznych, np. zostawienia włączonej kuchenki. Diagnozowanie MCI powinno składać się z wywiadu, badania neuropsychologicznego, oceny klinicznej i z badań dodatkowych (np. laboratoryjnych, neuroobrazowych). Część przyczyn łagodnych zaburzeń poznawczych jest odwracalna, np. zaburzenia hormonalne czy metaboliczne. Jednak jeśli przyczyną są zmiany zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego, MCI jest nieodwracalne. U około 10–15% osób łagodne

zaburzenia poznawcze ewoluują do otępienia w przeciągu jednego roku, przy czym wskaźnik konwersji wynosi 7% [10, 11, 12].

Otępienie, inaczej demencja, to nabyty deficyt czynności poznawczych w zakresie złożonej uwagi, pamięci, uczenia się, funkcji wykonawczych, praktyki wzrokowo-przestrzennej oraz związanej z postrzeganiem lub rozumieniem norm społecznych. Dotyka ono głównie osoby starsze i wynosi 1% dla osób w wieku 60–65 lat oraz 10–35% dla osób po 85. roku życia, które po osiągnięciu odpowiedniego poziomu umysłowego utraciły go w wyniku patologicznego procesu. Ma ono charakter postępujący i nieodwracalny. Otępienie objawia się: problemami z wykonywaniem czynności codziennych (np. ubieranie się), znacznym spadkiem zdolności intelektualnych, gubieniem rzeczy, powtarzaniem pytań, trudnościami w podejmowaniu decyzji i planowaniu wieloetapowych działań, kłopotami z rozpoznaniem znajomych osób i miejsc, myleniem imion, problemami w dobieraniu słów, zmiennością nastroju, utratą energii, apatią, zmniejszeniem zainteresowań, zachowaniami obsesyjnymi. Rozpoznanie stawiane jest przez zespół lekarzy i psychologów. Diagnostykę zaczyna się od użycia skal przesiewowych. Konieczny jest również szczegółowy wywiad z pacjentem i jego rodziną oraz wykonanie badań laboratoryjnych i neuroobrazowych. Otępienie zatem nie dotyczy jedynie zaburzeń pamięci, ale ma wpływ także na problemy związane ze sferą emocjonalną, poznawczą i somatyczną [13, 14].

Etiopatologicznie otępienie dzieli się na chorobę Alzheimera (45–50% przypadków), otępienie z ciałkami Lewy’ego (10–15% przypadków), otępienie naczyniopochodne (10–20%), otępienie czołowo-skroniowe (8–10%) oraz otępienie mieszane (25–40%), w którym występują zmiany naczyniopochodne i zwyrodnienia o charakterze alzheimerowskim [15].

Najczęściej występującym rodzajem otępienia jest choroba po raz pierwszy opisana przez niemieckiego psychiatrę Aloisa Alzheimera w 1906 roku i nazwana później jego nazwiskiem [17]. Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, spowodowaną odkładaniem się białka o patologicznej strukturze (głównie białka tau i  $\beta$ -amyloidu) najprawdopodobniej na drodze tzw. kaskady amyloidowej. Prowadzi to do zaniku komórek nerwowych oraz ich połączeń. Klinicznie charakteryzuje się postępującym deficytem funkcji poznawczych (zwłaszcza pamięci), a także innymi zaburzeniami w postaci apatii, pobudzenia czy objawów psychotycznych [16]. Częstość występowania choroby Alzheimera wzrasta wraz z wiekiem, około 80% przypadków dotyka osoby po 75. roku życia. Według danych epidemiologicznych na tę chorobę na całym świecie cierpi od 15 do 21 mln ludzi. Szacuje się, że do 2050 roku liczba chorych na chorobę Alzheimera potroi się i będzie dotyczyła głównie osób po 85. roku życia [18]. Choroba Alzheimera przebiega

w trzech okresach w postaci otępienia lekkiego, umiarkowanego oraz głębokiego i trwa 8–20 lat. Jej rozpoznanie opiera się na szczegółowym przeprowadzeniu wywiadu, wykonaniu badania przedmiotowego, badaniach laboratoryjnych, neuropsychologicznych oraz neuroobrazowych. Leczenie choroby Alzheimera ma charakter objawowy i wprowadzane jest w celu złagodzenia objawów neurologicznych. Do terapii łagodnych zaburzeń poznawczych stosuje się leki oparte na wzmacnianiu przekaźnictwa cholinergicznego w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), czyli głównie inhibitorów acetylocholinoesterazy. Z kolei do leczenia umiarkowanej oraz zaawansowanej choroby stosowana jest memantyna, czyli antagonistą receptora N-metylo-D-asparaginowy (NMDA). Poza terapią farmakologiczną duże znaczenie ma leczenie niefarmakologiczne, opierające się na treningu pamięci i funkcjonowania codziennego [19, 20].

Otępienie naczyniopochodne jest spowodowane uszkodzeniem mózgu w następstwie zmian patologicznych w obrębie naczyń mózgowych. Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju tej choroby są zatem: cukrzyca, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia i choroby serca. Mogą one powodować uszkodzenie naczyń mózgowych i prowadzić do zmian w tkance mózgowej w wyniku krwotoków, zawałów albo obniżenia regionalnego przepływu mózgowego krwi. Otępienie naczyniopochodne pojawia się zazwyczaj po nagłym incydencie mózgowym, takim jak np. krwotok śródmózgowy. Rzadziej wykazuje charakter przewlekły z pogłębiającymi się objawami demencji. Do rozwinięcia się objawów chorobowych dochodzi na skutek uszkodzenia szlaków cholinergicznym lub obszarów strategicznych dla prawidłowego funkcjonowania pamięci, a także uwagi i aktywności dnia codziennego. W zależności, który obszar mózgu jest objęty stanem chorobowym, różne są symptomy schorzenia. Profilaktyka otępienia naczyniopochodnego nakierowana jest na czynniki modyfikacyjne i obejmuje: terapię nadciśnienia tętniczego, zaprzestanie palenia tytoniu oraz obniżenie poziomu cholesterolu we krwi [21].

Otępienie z ciałami Lewy'ego klinicznie charakteryzuje się współwystępowaniem objawów parkinsonizmu i otępienia, natomiast histopatologicznie obecnością wewnątrzkomórkowych złogów  $\alpha$ -synukleiny, czyli tzw. ciałek Lewy'ego. Powoduje to zaburzenia pamięci (szczególnie pamięci sytuacyjnej, odnoszącej się do minionych wydarzeń) i orientacji przestrzennej oraz zaburzenia czynności, za które odpowiedzialny jest płat czołowy, czyli umiejętność abstrakcyjnego myślenia, planowania i wykonywania czynności. Co charakterystyczne, występują fluktuacje, czyli zmienne zaburzenia świadomości z okresami senności na zmianę z okresami pobudzenia, a także nasilone konfabulacje i urojenia. Dodatkowo pojawiają się cechy zespołu pozapiramidowego w postaci spowolnienia i wzmożonego napięcia mięśniowego. Pomimo

podobnych objawów jak w chorobie Parkinsona otępienie z ciałkami Lewy'ego nie reaguje na leczenie lewodopą. W przypadku terapii objawów wytwórczych zaobserwowano nadwrażliwość na neuroleptyki objawiające się nasileniem się objawów pozapiramidowych. Dlatego podobnie jak w chorobie Alzheimera nie ma leczenia przyczynowego, ale jedynie objawowe inhibitorem acetylocholinoesterazy [22, 23].

Otępienie czołowo-skroniowe cechuje się zanikiem fragmentów skroniowych i czołowych mózgu. Dochodzi do tego wskutek wytrącania się białka tau, co prowadzi do degeneracji neuronów. Białko tau poprzez gromadzenie się w mózgu utrudnia komunikację między komórkami nerwowymi. Dokładna przyczyna otępienia czołowo-skroniowego nie jest znana. Przyjmuje się, że to mutacja genetyczna w obrębie genu MAP-tau i TDP-43. Schorzenie to objawia się tzw. odhamowaniem, czyli hałaśliwym zachowaniem, często wulgarnym, agresywnym demonstrowaniem seksualności. Występują zachowania stereotypowe w postaci powtarzania czynności, chory poznaje świat przy pomocy smaku, jest spłycony emocjonalnie, charakteryzuje go brak krytycyzmu. W miarę postępu choroby dochodzi do zaburzeń mowy, nieumiejętności rozpoznawania twarzy i przedmiotów, a także do braku rozumienia słów. Leczenie ogranicza się do podawania leków mających wpływ na zachowanie i nastrój, takich jak: neuroleptyki czy inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny.

Aby jak najdłużej utrzymać sprawność psychofizyczną seniora i aktywność w życiu społecznym, podejmowane są różne działania. Leczenie oraz opieka nad osobami z demencją stały się globalnym priorytetem zdrowia publicznego. W terapię otępienia w większości krajów, w tym również w Polsce, są zaangażowane instytucje państwowe, sektor prywatny, organizacje pozarządowe oraz wolontariat. Powstaje także coraz więcej badań dotyczących wspomagania procesów poznawczych i zdrowia fizycznego seniorów, a profilaktykę wskazuje się jako kluczowy element w zarządzaniu epidemią otępienia [24].

Od wielu lat badania nad rolą zachowań zdrowotnych w zapobieganiu zaburzeniom poznawczym wzbudzają zainteresowanie badaczy. Liczne badania wskazują na to, że wysiłek fizyczny wzmacnia i reguluje aktywność neurotropowego czynnika pochodzenia mózgowego, a także czynnika wzrostu śródbłonna naczyniowego, co wspomaga neurogenezę, angiogenezę, zwiększa gęstość dendrytów i plastyczność synaptyczną. Ponadto redukuje nadwagę, stężenie cholesterolu i nadciśnienie tętnicze, co obniża ryzyko rozwoju otępienia naczyniopochodnego. Poza wysiłkiem fizycznym duże znaczenie mają również ćwiczenia funkcji poznawczych. W czasach pandemii COVID-19 szczególną rangę ma trening poznawczy z wykorzystaniem programów komputerowych. W Polsce wzorcowym przykładem rehabilitacji funkcji poznawczych był program rehabilitacyjny Centrum Wsparcia 65+ realizowany w Tarnowskich Gó-

rach w 2019 roku. Miał on na celu zachowanie, poprawę i przywrócenie zdrowia psychicznego, funkcji poznawczych oraz jakości snu seniorów. Program ten obejmował: gimnastykę, spacer, trening stacyjny, indywidualną fizjoterapię, arteterapię, choreoterapię, muzykoterapię, trening kulinarny, ludoterapię, hortikultoterapię, biblioterapię, trening poznawczy przy wykorzystaniu programów komputerowych (m.in. Neuroforma), psychologiczne warsztaty, indywidualne spotkania z psychologiem, psychiatrą i internistą oraz zajęcia grupowe [25].

## Podsumowanie

Jak wynika z wielu analiz, średni wiek życia społeczeństwa się wydłuża. Mając na uwadze tę tendencję, należy przyjrzeć się seniorom i jakości ich życia. Wraz z upływem lat rośnie bowiem ryzyko zachorowania na coraz więcej chorób, które wpływają na ogólne funkcjonowanie, pracę mózgu, pamięć i zdolności intelektualne.

Większość seniorów zauważa u siebie trudności w zapamiętaniu nowych informacji oraz dobieraniu adekwatnych słów. Jeśli nie wpływa to istotnie na codzienne funkcjonowanie osoby starszej, są to zaburzenia poznawcze związane z wiekiem. Jeżeli jednak zaburzenia pamięci w sposób znaczący upośledzają codzienne funkcjonowanie, a ponadto pojawiają się zaburzenia mowy, orientacji przestrzennej czy umiejętności liczenia – mówimy wówczas o chorobie. Najpowszechniejsza choroba, w której występują zaburzenia pamięci, to choroba Alzheimera.

Profilaktyka zaburzeń pamięci jest wieloaspektowa. Wśród czynników mających największy wpływ na poprawę pamięci wymienia się wysiłek fizyczny oraz trening pamięci.

## Piśmiennictwo

1. Domżał T.M. O neurologii – w historii, esejach i wykładach. Lublin: Wydawnictwo „Czelej”; 2017, s. 134–142.
2. Liguz-Lęcznar M. Osłabienie sprawności poznawczej w starzeniu: przyczyny i mechanizmy neurobiologiczne. *Gerontologia Polska*. 2014; 3: 167–171.
3. Kozak-Putowska D., Iłżecka J. Jakość życia chorych na chorobę Alzheimera. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2016; 15(2): 50–52.
4. Jaracz K., Domitrz I. (red.). *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019, s. 170.
5. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, s. 316–320.

6. Świdarska M. Obawy związane ze starością. *Pedagogika Rodziny*. 2015; 5(3): 137–158.
7. Muszaliak M., Kędziora-Kornatowska K. *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, s. 3.
8. Cybulski M., Krajewska-Kułał E., Waszkiewicz N., Kędziora-Kornatowska K. (red.). *Psychogeriatrya*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, s. 21–22.
9. Kazeł B., Wojciechowska J. (red.). *Zmysły w procesie starzenia*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2019, s. 35.
10. Gerłowska J. Zaburzenia pamięci u osób starszych. <https://www.mp.pl/pacjent/neurologia/choroby/191797,zaburzenia-pamieci-u-osob-starszych> [dostęp: 24.02.2022].
11. Gabryelewicz T. Łagodne zaburzenia poznawcze. *Postępy Nauk Medycznych*. 2011; 8: 688–691.
12. Gostyńska A., Ostrowska B. Rozpoznawanie zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w podeszłym wieku w podstawowej opiece zdrowotnej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2018; 13(3): 114–119.
13. Otepienie starcze – jakie są jego rodzaje? <https://enelsenior.pl/pl/artykuly/otepienie-starcze-jakie-sa-jego-rodzaje> [dostęp: 25.02.2022].
14. Gajewski A. (red.). *Interna Szczeklika: mały podręcznik 2015/2016*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2015, s. 2165.
15. Leszek J. (red.). *Choroba Alzheimerera: podręcznik dla lekarzy medycyny rodzinnej i lekarzy innych specjalności*. Warszawa: Medical Education Grupa Wydawnicza; 2018, s. 15.
16. Ossowska K. Czy chorobę Alzheimerera można wyleczyć? *Wszechświat*. 2018; 119(7–9): 183–195.
17. Barcikowska M., Parnowski T. (red.). *Choroba Alzheimerera 1906–2021*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021, s. 32.
18. Szluz B. Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimerera. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia*. 2017; 30(4): 149–157.
19. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2022, s. 165–166.
20. Schindler R.J. Otepienie naczyniopochodne i mieszane: znaczenie wczesnego leczenia farmakologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*. 2008; 4: 17–18.
21. Hershey L.A., Coleman-Jackson R. Pharmacological management of dementia with Lewy bodies. *Drugs & Aging*. 2019; 36(4): 309–319.
22. Królik P.W., Rudnicka-Drożak E. Otepienie z ciałami Lewy’go: diagnostyka i leczenie. *Geriatrya*. 2020; 14: 90–101.
23. Stachowicz K. Zapominanie. *Wszechświat*. 2020; 121(1–3): 52–57.
24. Szczudlik A. (red.). *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimerera w Polsce: raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2016, s. 6–9.
25. Filipczyk K., Filipczyk P., Smolarczyk-Kosowska J. i wsp. Wpływ kompleksowej rehabilitacji na funkcje poznawcze i jakość snu osób starszych. *Psychiatria*. 2021; 8–11.

*Zuzanna Borowiecka*

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

## **ROZDZIAŁ 16**

### **TRANSPLANTACJE NEREK U PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU**

#### **KIDNEY TRANSPLANTATION IN ELDERLY PATIENTS**

## **Streszczenie**

### **Wstęp**

Co roku zwiększa się liczba pacjentów rozpoczynających leczenie nerkozastępcze w Polsce i na świecie, a w tej grupie duży odsetek stanowią osoby po 60. roku życia. Transplantacja nerki, jako jedna z metod leczenia schyłkowej niewydolności nerek, pomimo wielu czynników ryzyka zapewnia dłuższe przeżycie i wpływa na poprawę jakości życia.

### **Cel pracy**

Celem pracy było przedstawienie specyfiki problemów i wyzwań, jakie stoją przed pacjentem w podeszłym wieku i zespołem terapeutycznym podejmującym się leczenia schyłkowej niewydolności nerek metodą transplantacji nerki.

### **Treść**

Fizjologiczny proces starzenia się nerek ma wpływ na przebieg i skuteczność leczenia ich przewlekłej choroby, a także na wydolność biorcy i dawcy nerki. Pacjenci w podeszłym wieku wymagają wnikliwej diagnostyki pod kątem zmniejszenia groźnych powikłań po transplantacji tego organu, które najczęściej dotyczą układu sercowo-naczyniowego. U seniorów może też wystąpić cukrzyca lub infekcja. Sam zabieg przeszczepienia nerki wymaga specjalistycznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, właściwego wsparcia psychicznego pacjenta oraz jego rodziny. Po transplantacji narządu chorzy poddawani są odpowiednio dobranej do indywidualnych potrzeb immunosupresji. Przeszczep nerki u pacjenta w podeszłym wieku oznacza wiele wyzwań zarówno dla niego samego, jak i dla zespołu terapeutycznego oraz jego najbliższej rodziny.

### **Podsumowanie**

Pacjenci w podeszłym wieku zmagający się z przewlekłą chorobą nerek w stadium schyłkowym nie są pozbawieni szansy na leczenie poprzez transplantację nerki. Przygotowanie do zabiegu, leczenie immunosupresyjne i wdrażanie do samopielęgnacji stają się dla pacjenta



dużym wyzwaniem i wymagają profesjonalnego wsparcia. Pomimo wielu czynników ryzyka transplantacja nerki u seniorów jest metodą zapewniającą dłuższe przeżycie i lepszą jakość życia.

**Słowa kluczowe:** pacjent w podeszłym wieku, przewlekła choroba nerek, transplantacja nerki

## Abstract

### Introduction

The number of patients starting renal replacement therapy increases every year in Poland and in the world, and a large percentage of these patients are people over 60 years old. Kidney transplantation, as one of the methods of treatment of end-stage renal disease, despite many risk factors, is a method that ensures longer life and improves the quality of life.

### Aim of publication

The aim of the study was to present the specificity of the problems and challenges for elderly patient and the therapeutic team undertaking the treatment of end-stage renal disease by kidney transplantation.

### Contents

The physiological process of kidney aging affects the course and effectiveness of treatment of chronic kidney disease as well as the efficiency of the transplant recipient and donor of the kidney. Elderly patients require thorough diagnostics in order to reduce dangerous complications after kidney transplantation, which most often concern the cardiovascular system, diabetes or infections. The kidney transplant procedure itself also requires specialist medical care and nursing, proper mental support for the patient and his family. After kidney transplantation patients undergo immunosuppression appropriately tailored to their individual needs. Kidney transplantation in an elderly patient poses many challenges for the patient, the therapeutic team and the immediate family.

### Summary

Elderly patients with end-stage chronic kidney disease are not deprived of a chance to be treated by kidney transplantation. Preparation for surgery, immunosuppressive treatment and self-care become a big challenge for the patient and requires professional support. Despite many risk factors, kidney transplantation in seniors remains a method that ensures longer life and better quality of life.

**Keywords:** elderly patient, kidney transplantation, chronic kidney disease

## Wprowadzenie

Fizjologiczne zmiany związane z procesem starzenia się prowadzą do postępującego, często nieodwracalnego zmniejszania się wydolności organizmu, do pojawienia się widocznych lub niewidocznych ograniczeń funkcji poszczególnych narządów. Deficyty funkcjonalne dotyczą wtedy nie tylko dotkniętych procesem chorobowym narządów, ale przekładają się na sprawność całego ludzkiego organizmu w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. W zależności od zaawansowania procesu starzenia do najczęściej występujących patologii należą: nadciśnienie tętnicze, zawały, udary (przeważnie o podłożu miażdżycowym), cukrzyca, choroby tarczycy, osteoporoza, zapalenie płuc, podatność na zakażenia, spadek odporności, zaburzenia pamięci, otępienie, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera. Pojawienie się przewlekłej choroby nerek zazwyczaj wiąże się z cukrzycą oraz nadciśnieniem tętniczym [1].

Przewiduje się, że w 2040 roku choroby nerek będą piątą bezpośrednią przyczyną zgonów na świecie (także w Polsce), a w 2030 roku liczba osób dializowanych może przekroczyć 5,2 mln. Do osłabienia czynności nerek w stopniu, który wymaga rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego – dializoterapii czy przeszczepienia nerki – dochodzi każdego roku w Polsce u co najmniej 6500 osób. Obecnie najliczniejszą grupą pacjentów z nowo rozpoznaną przewlekłą chorobą nerek (CKD – *chronic kidney disease*) są osoby po 60. roku życia. Duży wpływ na liczbę dotkniętych tą chorobą ma zjawisko starzenia się polskiego społeczeństwa. Szacuje się, że w Polsce odsetek ludzi starszych, wynoszący w 2008 roku 13,5%, wzrośnie do 2060 roku do 36,2%, natomiast udział osób w wieku 80 lat i powyżej zwiększy się z 3,0% do 13,1%. Dodatkowo liczne zmiany czynnościowe i strukturalne w nerkach wynikające z fizjologicznego procesu starzenia mogą zwiększać ryzyko zachorowania na przewlekłą chorobę nerek, a także przekładają się na jakość życia z tą chorobą i skuteczność jej leczenia [1, 2].

Czynność nerek spada po 40. roku życia w tempie około 1% rocznie. Szybkość filtracji kłębuszkowej (*glomerular filtration rate* – GFR) osiąga maksymalne wartości w trzeciej i czwartej dekadzie życia, a następnie spada o około 8 ml/min w każdej kolejnej dekadzie.

W przypadku osób starszych, cierpiących na inne choroby współistniejące, GFR oceniany według formuły Cockrofta–Gaulta może obniżyć się nawet o 2,6 ml/min w ciągu roku [3]. Zmiany strukturalne w nerkach wynikające z procesu starzenia się i wielochorobowość pacjentów w podeszłym wieku mają ogromny wpływ na przebieg przewlekłej choroby nerek oraz wybór i skuteczność metod leczenia. Przebyte i obecne choroby przekładają się na wydolność zarówno biorcy, jak i dawcy nerki. Rosnąca liczba biorców nerki zmusza

do zwiększenia liczby narządów pobieranych od dawców będących w podeszłym wieku [4].

Związane z wiekiem zmniejszenie rozmiarów i masy nerek jest następstwem procesów inwolucyjnych w naczyniach kłębuszków nerkowych i śródmiąszcu. Zmiany w ukrwieniu mogą potęgować występowanie nadciśnienia tętniczego oraz nefropatii niedokrwiennej. Po 50. roku życia wzrasta liczba nieczynnych kłębuszków nerkowych, głównie z powodu szklwienia i stwardnienia w ich obrębie. Pogorszenie ukrwienia nerki wywołuje gorszą filtrację kłębuszkową, a w dalszych następstwach zaburzenia funkcji wydalniczej nerek. Upośledzona zdolność nerek do zagęszczania i rozcieńczania moczu może prowadzić do odwodnienia albo przewodnienia organizmu. Zaburzenia w gospodarce sodowej zwiększają ryzyko hiponatremii i hipotonii ortostatycznej, pojawiają się także dysfunkcje w zakresie gospodarki potasowej i fosforanowo-wapniowej [5].

Z jednej strony zmiany strukturalne i czynnościowe nerek u osób starszych zwiększają ryzyko postępu przewlekłej choroby nerek, a z drugiej strony są bardzo istotne w ocenie stanu nerki dawcy. Zmiany w nerce starszego dawcy podwyższają ryzyko odrzucenia zwłaszcza u młodszego biorcy, a także krótszego życia po przeszczepie. Obserwuje się opóźnienie czynności nerki przeszczepionej u 40% biorców, którzy otrzymali narząd od dawcy powyżej 60. roku życia [4].

Według European Best Practice Guidelines podeszły wiek pacjenta należy do indywidualnych czynników ryzyka przy transplantacji nerki, ale nie stanowi przeciwwskazania do jej przeprowadzenia. Transplantacja nerki powinna być oferowana starszym pacjentom, ponieważ zwiększa u nich szanse na dłuższe życie z chorobą i zapewnia im lepszą jakość życia w porównaniu z dializami. Starsi biorcy wymagają wnikliwej diagnostyki sercowo-naczyniowej oraz umiarkowanej immunosupresji. Choroby sercowo-naczyniowe stanowią wysokie ryzyko zgonu u tych pacjentów, lecz wykazują oni mniejszą skłonność do odrzucenia przeszczepionego narządu [6].

Każdy pacjent z nieodwracalną niewydolnością nerek powinien być rozważany jako kandydat do przeszczepu nerki i informowany o takiej możliwości leczenia. Zgłaszani do zabiegu transplantacji powinni być pacjenci, którzy wyrazili zgodę na rozpoczęcie kwalifikacji oraz u których nie stwierdzono przeciwwskazań. Szacuje się, że tacy pacjenci stanowią prawie 30% ogółu populacji chorych dializowanych [7].

W latach 90. pacjenci w wieku podeszłym cierpiący na przewlekłą chorobę nerek mieli o połowę mniejsze szanse na przeszczep nerki jako jedną z metod leczenia nerkozastępczego w porównaniu z dzisiejszymi możliwościami. Z danych United States Renal Data System z lat 1995–2006 dotyczących populacji

w wieku 60–75 lat wynika, że w 2006 roku ci chorzy mieli zaledwie 7,3% szans na przeszczep nerki w kolejnych 3 latach od rozpoczęcia leczenia niewydolności nerek. W 1995 roku wskaźnik ten był dwukrotnie niższy. Z roku na rok sytuacja się poprawia. Od 1999 roku istnieje Eurotransplant Senior Program (ESP) „old for old”, który zakłada przeszczepianie nerek od dawców powyżej 65. roku życia biorcom, którzy również przekroczyli ten wiek. Dla pacjentów, którzy objęci byli wcześniej dializoterapią, jest to ogromna szansa na poprawę jakości ich życia [4].

Na podstawie danych statystycznych Poltransplantu w 2020 roku na krajowej liście osób oczekujących na przeszczep (KLO) aktywnych biorców nerki i innych narządów było 1060. W 2020 roku *de novo* zgłoszonych biorców nerki i nerki oraz trzustki było 777 osób. Łączna liczba chorych oczekujących na przeszczep nerki lub nerki i trzustki w 2020 roku to 27,8 na 1 mln mieszkańców. Wśród tej grupy pacjentów 813 osób było w wieku powyżej 60 lat, a 24 osoby były zarejestrowane jako biorcy oczekujący na przeszczep w trybie pilnym. Z danych Poltransplantu wynika, że w 2020 roku przeszczepiono 714 nerek, dla porównania w 2014 roku było to 1074, natomiast w 1990 roku – 379. Największą liczbę przeszczepów nerek przeprowadzono w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Średni czas oczekiwania na pierwszy przeszczep nerki od zmarłego dawcy to 430 dni, na kolejny przeszczep to 559 dni [2, 8, 9].

## Ocena ryzyka transplantacji i kwalifikacja pacjenta w podeszłym wieku

Pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek (w trakcie dializoterapii lub nie) może zostać zgłoszony do KLO przez kierownika zespołu kwalifikacyjnego w regionalnym ośrodku kwalifikacyjnym (ROK) po wykluczeniu przeciwwskazań do zabiegu. Proces kwalifikacji seniora do transplantacji nerki jest wieloetapowy. Lekarz opiekujący się pacjentem w stacji dializ kieruje go na szereg badań laboratoryjnych oraz obrazowych w celu wykluczenia przeciwwskazań bezwzględnych i względnych (okresowych), następnie w formie karty zgłoszeniowej przesyła te informacje do regionalnego ośrodka kwalifikacyjnego [4].

Według European Dialysis and Transplant Association (EDTA) do bezwzględnych przeciwwskazań do przeszczepienia nerki należą:

- aktywna choroba nowotworowa;
- zakażenie HIV (*human immunodeficiency virus* – ludzki wirus niedoboru odporności);
- zaawansowana miażdżycy uogólniona ze zmianami narządowymi;

- każde inne schorzenie, w którym przewidywana długość życia jest krótsza niż dwa lata;
- brak możliwości współpracy zespołu medycznego z pacjentem (uzależnienia, choroby psychiczne);
- schyłkowa niewydolność innych narządów, gdy u pacjenta nie rozważa się przeszczepienia wielonarządowego [7, 10].

Przeciwwskazania względne są to czasowe przyczyny dyskwalifikacji do przeszczepienia nerki do momentu wyleczenia choroby. Należą do nich:

- czynne zakażenie;
- przebyta choroba nowotworowa;
- choroby urologiczne (zastawka cewki tylnej, pęcherz neurogeny, przerost gruczołu krokowego, refluks pęcherzowo-moczowodowy, mała pojemność pęcherza moczowego);
- BMI (*body mass index* – wskaźnik masy ciała) powyżej 30 kg/m<sup>2</sup>.

Postępowanie kwalifikacyjne do przeszczepienia nerki obejmuje szereg badań i konsultacji ze szczególnym zwróceniem uwagi na choroby współistniejące ze schyłkową chorobą nerek, np. choroby układu krążenia, zmiany nowotworowe, choroby zatorowo-zakrzepowe czy choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy.

Tabela 1. Ocena stanu zdrowia pacjenta w ramach postępowania kwalifikacyjnego do przeszczepienia nerki

<p>Ocena narządów jamy brzusznej i klatki piersiowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– RTG klatki piersiowej;</li> <li>– USG jamy brzusznej;</li> <li>– gastroskopia;</li> <li>– badanie kału na krew utajoną.</li> </ul> <p>Ocena układu krążenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– badanie dopplerowskie tętnic biodrowych;</li> <li>– EKG;</li> <li>– ECHO serca;</li> <li>– badanie dna oka.</li> </ul> <p>Badanie wirusologiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– HBsAG;</li> <li>– anty-HBs;</li> <li>– anty-HBc;</li> <li>– anty-HCV;</li> <li>– anty-HIV.</li> </ul> <p>Badania laboratoryjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia;</li> <li>– AST;</li> <li>– ALT;</li> <li>– GGTP;</li> </ul>
--

- bilirubina;
  - cholesterol;
  - trójglicerydy;
  - białko całkowite;
  - albuminy;
  - protrombina;
  - PTH.
- Informacja o chorobach współistniejących i lekach przyjmowanych:
- mężczyźni – PSA;
  - kobiety – badanie ginekologiczne.

Źródło: [10].

Ze względu na duże obciążenie czynnikami ryzyka należy wykluczyć nieprawidłowości i zaburzenia w funkcjonowaniu układu krążenia, a zwłaszcza chorobę niedokrwienną serca, choroby naczyń obwodowych oraz choroby dotyczące centralnego układu nerwowego (TIA – *transient ischemic attack*). Bardzo ważna jest także wnikliwa diagnostyka przewodu pokarmowego pod kątem krwawień, zapaleń śluzówki żołądka i perforacji uchyłków jelita grubego, stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego oraz rozwoju nowotworu.

Bardzo istotny problem w przypadku chorych to bezobjawowa choroba wieńcowa, czyli występowanie krytycznych zwężeń miażdżycowych w naczyniach wieńcowych bez bólu wieńcowego. Ocenia się, że problem ten dotyka prawie połowę pacjentów dializowanych i stanowi przyczynę zgonów 50% seniorów po przeszczepieniu nerki, mimo że przed wpisaniem na KLO pacjenci nie zgłaszali dolegliwości kardiologicznych.

Kolejnym problemem występującym u potencjalnych biorców w podeszłym wieku jest tzw. zespół X, cechujący się występowaniem bólów wieńcowych pomimo stwierdzenia drożności tętnic wieńcowych. Przyczyn tego zespołu upatruje się w pogrubieniu błony podstawnej tętniczej bądź zaburzeniu mikrokrążenia w lewej komorze serca wynikającym z jej przerostu. Choroby dużych i średnich tętnic stanowią ogromne obciążenie dla pacjenta, dotyczą przeważnie zwężenia naczyń kończyn dolnych i naczyń szyjnych. Niezbędna jest dokładna diagnostyka w tym kierunku, czyli wykonanie angiografii i badania dopplerowskiego, oraz ewentualne leczenie tych zmian.

Około 1/5 dializowanych pacjentów w podeszłym wieku choruje na cukrzycę. Chorzy na nią niezależnie od wieku oraz obecności objawów choroby wieńcowej serca zaliczani są do grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Rutynowo wymagają oni koronarografii oraz oceny w kierunku bezobjawowej choroby naczyń.

Bardzo ważne jest także stwierdzenie lub wykluczenie zakrzepicy naczyń żylnych poprzez badanie dopplerowskie albo flebografię. W razie konieczności wdrożenie leczenia farmakologicznego pozwala uzyskać drożność układu

żylnego i po okresowej dyskwalifikacji pacjenta daje szansę na ponowne wpisanie na listę biorców [10].

Według badania Pol-Senior 75% seniorów ma ciśnienie tętnicze krwi powyżej 140/90 mmHg i wymaga interwencji terapeutycznych. Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek narażeni są na nadciśnienie tętnicze z wielu względów. Należy tu wymienić: zwiększoną objętość płynu pozakomórkowego, stany przewodnienia, zaburzenia gospodarki wapniowej, zwiększoną lepkość krwi, zwiększoną objętość krwi, zwiększony opór obwodowy, większą wrażliwość na katecholaminy i angiotensynę II, skutki stosowania erytropoetyny czy niedostateczną ultrafiltrację [11].

W ramach kwalifikacji pacjenta jako biorcy dokonuje się także wnikliwej diagnostyki układu pokarmowego, żeby zidentyfikować ewentualne patologie. Wykonuje się w tym celu badania gastroscopowe oceniające motorykę i drożność układu pokarmowego oraz stan błony śluzowej pod kątem zmian zapalnych i nowotworowych. Kolonoskopię przeprowadza się rutynowo u wszystkich chorych zakwalifikowanych do przeszczepu po 60. roku życia.

U większości pacjentów w podeszłym wieku stwierdza się uchyłkowatość jelit, która nie wymaga leczenia, natomiast w przypadku innych nieprawidłowości przewodu pokarmowego konieczna jest ocena histopatologiczna [10].

Przeciętne, względne ryzyko nowotworu po przeszczepieniu nerki wzrasta około czterokrotnie, ale u pacjentów powyżej 50. roku życia staje się ono jeszcze dwa razy większe. Z tego względu w tej grupie chorych wymagany jest bardzo dokładny screening w tym kierunku.

Tabela 2. Badania wykonywane standardowo u pacjentów w podeszłym wieku w ramach kwalifikacji do przeszczepienia nerki

- Koronarografia – pacjenci z chorobą wieńcową, powyżej 60. roku życia, z cukrzycą, miażdżycą lub nieprawidłowościami w EKG albo w ECHO serca;
- Badanie dopplerowskie – tętnic szyjnych (pacjenci z objawami neurologicznymi lub miażdżycą), tętnic kończyn dolnych (cukrzyca, chromanie przestankowe), żył biodrowych (w przypadku zabiegów w tych okolicach – cewniki do hemodializ);
- Cystografia mikcyjna (pacjenci z wadami wrodzonymi dróg moczowych, cukrzycą, wadami nabytymi, pozapalnymi lub po naświetlaniach);
- TSH (*thyroid stimulating hormone* – tyreotropina);
- Kolonoskopia;
- Badanie hematologiczne (pacjenci z objawami nadkrzepliwości).

Źródło: [10].

Dodatkowo w celu kwalifikacji do przeszczepienia nerki przeprowadza się szereg konsultacji, takich jak: stomatologiczna, kardiochirurgiczna (pacjenci z wadami serca, z operacjami kardiochirurgicznymi w wywiadzie), onkologicz-

na, neurologiczna, urologiczna, konsultacja chirurga naczyniowego i transplantologa [10].

Większość badań i konsultacji musi być aktualizowana przez pacjenta co 6–12 miesięcy.

## Przygotowanie pacjenta do przeszczepienia nerki i opieka nad nim po zabiegu

Decyzję o przeszczepieniu nerki pacjent podejmuje wspólnie z rodziną i całym zespołem terapeutycznym. Nie wystarczy tylko silna motywacja z jego strony ukierunkowana na potencjalną poprawę jakości życia, ważna jest też zdolność chorego i rodziny do współpracy w dalszym etapie leczenia po przeszczepieniu nerki, w tym ocena jego zdolności percepcyjnych.

Przygotowanie pacjenta w podeszłym wieku do zabiegu przeszczepienia nerki zasadniczo nie różni się od przygotowania dorosłego pacjenta w młodszej grupie wiekowej. Działania te dotyczą przygotowania emocjonalnego, fizycznego oraz przygotowania bliższego i dalszego. Istotne są współpraca personelu z pacjentem i rodziną, wsparcie emocjonalne, ponieważ operacja przeszczepienia nerki to dla pacjenta i jego rodziny niezwykle wydarzenie. Pacjent musi być świadomy także ryzyka niepowodzenia oraz powikłań, jest to bowiem zabieg obciążający i wymagający od niego i rodziny dużego zaangażowania w późniejszym czasie.

Przygotowanie dalsze dotyczy wykonania wszystkich potrzebnych badań diagnostycznych pozwalających na zakwalifikowanie się do zabiegu i, tak jak było wspomniane, może potrwać od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Przygotowanie bliższe obejmuje wszystkie działania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w ośrodku transplantacyjnym od momentu rozpoczęcia akcji transplantacyjnej do transportu chorego na blok operacyjny. Okres ten może trwać kilka godzin [12, 13].

Operacja przeszczepienia nerki trwa średnio od trzech do czterech godzin. Nerkę umieszcza się w dolnej części jamy brzusznej, nad prawym albo lewym talerzem kości biodrowej, łączy się tętnicę i żyłę przeszczepionej nerki z tętnicą i żyłą biodrową, natomiast moczowód przyszywa się do pęcherza moczowego. U większości chorych przeszczepiona nerka podejmuje pracę w ciągu kilku dni bądź tygodni. Czasami pacjent wymaga wspomagającego leczenia dializami. Zdarzają się sytuacje, kiedy przeszczepiona nerka podejmuje pracę na stole operacyjnym [12].

Po operacji pacjent najczęściej zostaje pod nadzorem personelu na oddziale intensywnej opieki. Pozostaje tam do momentu uzyskania wydolności krąże-



niowej i oddechowej. Stan pacjenta oraz parametry życiowe są monitorowane przez personel oddziału.

Do najczęściej występujących problemów pielęgnacyjnych, jakie mogą wystąpić po zabiegu przeszczepienia nerki w okresie wczesnym pooperacyjnym, należą:

- ryzyko wystąpienia zaburzeń oddychania, nudności, wymiotów wynikających z zastosowania znieczulenia;
- ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej, zakażenia w obrębie rany, ból, przeciek moczu w okolicy zespolenia moczowodu, pęknięcie nerki, utrudniony odpływ moczu;
- ryzyko zakażenia dróg moczowych ze względu na utrzymanie w pęcherzu moczowym cewnika Foleya.

W późniejszym czasie po operacji mogą u pacjenta pojawić się także następujące problemy pielęgnacyjne:

- ryzyko pojawienia się objawów odrzucenia przeszczepu;
- ryzyko zaburzeń oddychania;
- ryzyko zakażenia dróg moczowych;
- ryzyko wystąpienia cukrzycy posteroïdowej;
- niepokój pacjenta o nowo przeszczepiony narząd, lęk przed pionizacją i chodzeniem;
- deficyt wiedzy pacjenta dotyczący życia z przeszczepioną nerką;
- obniżony nastrój emocjonalny;
- trudności z akceptacją przyjmowania większej liczby leków;
- problem z przyjmowaniem zalecanej objętości płynów drogą doustną;
- problem z akceptacją konieczności częstego oddawania moczu;
- obniżony nastrój wynikający z działania niepożądanego leków immunosupresyjnych i steroidowych;
- brak akceptacji konieczności zmiany nawyków higienicznych (higiena intymna, częste mycie rąk).

W długotrwałej opiece po przeszczepieniu nerki u pacjenta w podeszłym wieku należy uwzględnić pewne odmienności i specyfikę reakcji organizmu, które wynikają z naturalnego procesu starzenia się. Dotyczy to m.in. układu immunologicznego i związanego z tym tłumienia odpowiedzi immunologicznej. Zmiany w fenotypie limfocytów T i B oraz makrofagów przyczyniają się do mniejszego ryzyka odrzucenia nerki. W grupie seniorów istnieje większe ryzyko przewlekłej nefropatii przeszczepionej nerki (*chronic allograft nephropathy* – CAN). Jeżeli dawca nerki również przekroczył 60 lat, to dwukrotnie rzadziej zdarza się, że biorca żyje po przeszczepie 5 lat.

Czynnikami sprzyjającymi przewlekłej nefropatii przeszczepionej nerki zależnymi od biorcy mogą być m.in. upośledzenie procesów naprawczych oraz

zaburzenia homeostazy ustroju (np. nadciśnienie tętnicze, zaburzenia w gospodarce lipidowej i węglowodanowej, hiperhomocysteinemia) [6, 10].

W grupie pacjentów w podeszłym wieku śmiertelność okołoperacyjna jest większa o 9% w porównaniu z pacjentami w wieku od 18 do 60 lat, a przyczyną zgonu jest zawał albo uogólnione zakażenie.

Główne zadanie stosowania terapii immunosupresyjnej u pacjentów po transplantacji nerki to akceptacja przez organizm człowieka przeszczepionego narządu. Jest to możliwe dzięki hamowaniu odpowiedzi układu immunologicznego. Istotę takiego leczenia stanowi systematyczność i ciągłość, co warunkuje utrzymanie przeszczepionego organu. Oznacza to, że pacjent przez całe życie przeszczepionego narządu powinien regularnie, w określonych godzinach przyjmować leki immunosupresyjne w odpowiednio dobranych dawkach pod ścisłym nadzorem lekarza [14, 15].

Nie ma sprecyzowanych schematów leczenia immunosupresyjnego biorców powyżej 65. roku życia. Tego typu leczenie to balansowanie pomiędzy silną supresją immunologiczną, obciążoną licznymi poważnymi powikłaniami, a zbyt słabą supresją, prowadzącą do ostrego odrzutu. Z tym że u biorców starszych rokowania po ostrym odrzucie nerki są gorsze aniżeli w grupie młodszych pacjentów [16].

Wspomniana wcześniej intensywne immunosupresja może powodować u seniorów powstawanie infekcji, które stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w pierwszym roku po przeszczepie nerki. Dlatego u tych chorych wdraża się profilaktykę przeciwbakteryjną, przeciwgrzybiczą i przeciwwirusową. Pacjenci są poddawani szczepieniom, np. przeciwko grypie, pneumokokowemu zapaleniu płuc, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW typu B). Natomiast w związku z ryzykiem nadciśnienia tętniczego wprowadza się leczenie hipotensyjne i stosuje dietę niskosodową. W przypadku starszych biorców powinny być wdrażane odpowiednie protokoły immunosupresyjne. Stosowanie immunosupresji zwiększa ryzyko powstania nadciśnienia tętniczego, hiperglikemii i hiperlipidemii. U pacjentów starszych należałoby podawać takie dawki leków, aby ich stężenia zawierały się w dolnych zalecanych wartościach w celu ograniczenia objawów niepożądanych. Wykorzystywanie łagodniejszej immunosupresji nie dotyczy chorych wysoko immunizowanych oraz tych, którzy stracili poprzedni przeszczep z powodu wczesnego ostrego odrzucania. Zasada indywidualizacji w doborze odpowiedniego leczenia immunosupresyjnego powinna mieć szczególne zastosowanie w przypadku biorców starszych. Zmiany strukturalne wątroby i nerek wynikające z fizjologicznego procesu starzenia się mają duży wpływ na farmakokinetykę i farmakodynamikę leków immunosupresyjnych. Zmiany w motoryce przewodu pokarmowego, takie jak opóźnione opróżnianie żołądka czy wydłużony czas

pasażu jelitowego, powodują zmniejszoną absorpcję niektórych leków, np. kalcyneuryny. Zmniejszony wątrobowy i trzewny przepływ krwi może upośledzać usuwanie leków. Ze względu na większą zawartość tkanki tłuszczowej może dochodzić do kumulacji leków lipofilnych (np. inhibitorów kalcyneuryny). Z kolei zmniejszona filtracja kłębuszkowa oraz gorsze ukrwienie nerek upośledza usuwanie tych leków z organizmu [6, 10, 14, 15].

Stosowanie leków immunosupresyjnych może wywoływać liczne objawy uboczne, takie jak: zmiany w wyglądzie (obrzęki, zaokrąglenie twarzy), zwiększona potliwość, powstawanie siniaków, uderzenia gorąca, wzrost apetytu, uczucie gorzkiego smaku w jamie ustnej, biegunka lub zaparcia, nudności, wymioty, wzrost ciśnienia tętniczego, zaćma, jaskra, zaburzenia nastroju, trudności w zasypianiu, mrowienie dłoni, bóle głowy [12].

Odrębnym problemem u pacjentów po przeszczepieniu nerki jest występowanie cukrzycy potransplantacyjnej (PTDM – *post-transplant diabetes mellitus*). U 20% biorców bez cukrzycy przed transplantacją nerki rozwija się ona w okresie trzech lat po transplantacji. Czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy potransplantacyjnej są m.in. wiek (powyżej 60. roku życia), płeć męska, otyłość oraz leczenie immunosupresyjne, epizody odrzucenia nerki, wysoki poziom trójglicerydów przed przeszczepieniem nerki, leki hipotensyjne, a także brak współpracy ze strony pacjenta [3].

Wystąpienie PTDM zwiększa ryzyko niewydolności przeszczepionej nerki i zgonu chorego. Zalecenia Expert Group on Renal Transplantation dotyczące cukrzycy potransplantacyjnej mówią, że powinna ona być diagnozowana za pomocą regularnego oznaczania stężenia glukozy w surowicy na czczo (co trzy miesiące) i/lub glikozylowanej hemoglobiny (HbA1c). Powinno się ją leczyć w taki sposób, aby uzyskać normoglikemię. Natomiast leczenie immunosupresyjne powinno być tak opracowane, żeby poprawić lub zniwelować PTDM [6, 14, 17].

Każdy pacjent po przeszczepie nerki z cukrzycą powinien być objęty profesjonalną edukacją dotyczącą takich zagadnień, jak: przygotowanie do obsługi glukometru, doboru dawki insuliny, właściwego odżywiania, kontroli masy ciała, rozpoznawania stanów hipoglikemii i hiperglikemii. Występowanie cukrzycy po przeszczepie zwiększa ryzyko stanów zapalnych układu moczowego oraz opóźnia proces gojenia rany pooperacyjnej [13].

Zasadnicze znaczenie w kompleksowej opiece pielęgniarskiej nad biorcą w podeszłym wieku ma profesjonalna edukacja zdrowotna i przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samopielęgnacji. Proces ten można podzielić na kilka istotnych etapów:

1. Okres przed transplantacją nerki – dotyczący przygotowania do zabiegu.
2. Wczesny okres pooperacyjny – „doba zerowa” – dotyczy profilaktyki wczesnych powikłań pooperacyjnych.
3. Późny okres pooperacyjny – pierwsza–trzecia doba po zabiegu – dotyczy profilaktyki powikłań wodno-elektrolitowych, leczenia immunosupresyjnego, udziału pacjenta w farmakoterapii.
4. Okres wczesnej rekonwalescencji – dotyczy przygotowania do samopielęgnacji i samokontroli.
5. Okres reedukacji – co najmniej rok po zabiegu.

W proces edukacji najbardziej zaangażowani są lekarze, pielęgniarki, dietetycy. Pomimo stałego doskonalenia edukatorów niejednokrotnie w niektórych ośrodkach personel zgłasza konieczność lepszej organizacji pracy z pacjentem w ramach edukacji [18].

Kompleksowa edukacja pacjenta i jego rodziny jest zasadniczym elementem przygotowania do współpracy z zespołem, zapewnia zwiększenie poczucia odpowiedzialności chorego za jego zdrowie, uczy aktywnej postawy i ułatwia profilaktykę poważnych powikłań w czasie leczenia, a tym samym gwarantuje poprawę jakości życia [19].

W profesjonalnej opiece nad pacjentem po przeszczepie nerki bardzo ważny jest kontakt zarówno z nim, jak i jego rodziną, nawiązanie relacji terapeutycznej. Pacjent oczekuje od personelu medycznego nie tylko fachowej wiedzy, ale także empatii, wsparcia, liczy na dobrą komunikację, zrozumienie. Efektywna komunikacja i fachowe wsparcie pozwalają obniżyć u niego napięcie emocjonalne i poziom stresu, jak również stwarzają możliwość lepszego poznania jego potrzeb [20].

## Piśmiennictwo

1. Zdrojewski Z., Ziętkiewicz M. Choroby nerek u ludzi w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*. 2005; 13(4): 222–229.
2. Gellert R. Epidemiologia chorób nerek. W: Więcek A., Nieszporek T. (red.). *Choroby nerek: kompendium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020.
3. Cieniawski D., Miarka P., Jaśkowski P., Sułowicz W. Cukrzyca potransplantacyjna – trudności w diagnostyce i rozpoznaniu. *Forum Nefrologiczne*. 2018; 11(3): 200–204.
4. Lisik W., Wasiak D., Małkowski P. Przeszczepianie narządów pacjentom w starszym wieku. W: Czerwiński J., Małkowski P. (red.). *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, s. 439–453.
5. Rutkowski B. Zaburzenia struktury i funkcji nerek w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*. 2005; 13(4): 211–217.

6. Dębska-Ślizień A., Rutkowski B. Przeszczepianie nerek u osób w podeszłym wieku. *Forum Nefrologiczne*. 2008; 1(2): 70–78.
7. Woderska-Jasińska A., Hermanowicz M., Włodarczyk Z. Transplantacja nerki jako metoda leczenia nerkozastępczego pacjenta z przewlekłą chorobą nerek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2021; 1(6): 73–83.
8. Dębska-Ślizień A., Rutkowski B., Jagodziński P. i wsp. Aktualny stan dializoterapii w Polsce – 2020. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*. 2021; 25(7): 7–20.
9. Czerwiński J. (red.). *Poltransplant Biuletyn Informacyjny*. 2021; 1(30).
10. Lisik W., Kosieradzki M., Trzebicki J. i wsp. Przeszczepianie nerek od zmarłych dawców. W: Czerwiński J., Małkowski P. (red.). *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, s. 165–216.
11. Kapła A. Specyfika pielęgniarskiej opieki pooperacyjnej nad chorym we wczesnym okresie po przeszczepie nerki. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2009; 2: 53–59.
12. Dudek H., Dudek P. Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem po przeszczepie nerki. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*. 2019; 5(1): 15–24.
13. Białobrzeska B., Krzemkowska A. Problemy pielęgnacyjne u biorców przeszczepu nerki w podeszłym wieku. *Forum Nefrologiczne*. 2010; 3(3): 222–232.
14. Dębska-Ślizień A. Przeszczepianie nerek w u osób podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*. 2005; 13(4): 238–249.
15. Rutkowski B. Immunosupresja po przeszczepieniu nerki u osób w podeszłym wieku. *Forum Nefrologiczne*. 2011; 4(3): 252–257.
16. Miszewska-Szyszkowska D., Durlik M. Przeszczepianie nerek u osób w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Medycznych*. 2013; 2: 157–163.
17. Białobrzeska B. Cukrzyca potransplantacyjna u biorców przeszczepu nerki – rola pielęgniarki w kompleksowej opiece nad pacjentem. *Forum Nefrologiczne*. 2010; 3(4): 311–316.
18. Bałicka N., Kobos E., Dziedzic B., Kryczka T. Oczekiwania personelu pielęgniarskiego w zakresie organizacji edukacji zdrowotnej dla pacjentów po przeszczepieniu nerki. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2019; 3: 113–120.
19. Skowrońska Z. Rola pielęgniarki w wyborze metody leczenia nerkozastępczego. *Forum Nefrologiczne*. 2012; 5(2): 170–178.
20. Owsianowska J., Pyster N., Robaszekiewicz-Bouakaz R., Kędzierska A., Branecka-Woźniak D., Wieder-Huszla S. Znaczenie relacji terapeutycznej w procesie terapii pacjentów po transplantacji nerki. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2020; 1(75): 17–23.

## NOTY O AUTORACH

### **Zuzanna Borowiecka**

mgr pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

### **Marta Chrobak**

mgr pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, członek Stowarzyszenia Naukowego Leczenia Ran

### **Mirosława Cylkowska-Nowak**

dr n. hum., Zakład Terapii Zajęciowej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### **Małgorzata Dukacz**

lek. med., Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

### **Małgorzata Dziechciaż**

dr n. o zdr., Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, przewodnicząca Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

### **Rafał Filip**

prof. dr hab., Kierownik Kliniki Gastroenterologii z Ośrodkiem Kompleksowego Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit KSW Nr 2 w Rzeszowie oraz Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

### **Kornelia Formusiewicz**

mgr pielęgniarstwa, absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Agata Grąz**

mgr pielęgniarstwa, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu

**Jacek Marian Hołub**

dr n. hum., Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, historyk, regionalista, badacz dziejów Jarosławia, współtwórca przewodnika o Drodze św. Jakuba na Podkarpaciu, ratownik ochotnik Grupy Bieszczadzkiej Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratowniczego oraz przewodnik turystyczny górski Stowarzyszenia Przewodników Turystycznych Karpaty

**Adam Jaros**

mgr pielęgniarstwa, absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Alicja Kłos**

dr n. społ., Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, sekretarz Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

**Zofia Kruba**

mgr pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

**Justyna Miazga**

mgr pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

**Svitlana Petrenko**

mgr pielęgniarstwa, absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Beata Rejman**

dr n. hum., Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

**Krzysztof Rejman**

dr hab., Politechnika Rzeszowska im. Ignacego Łukasiewicza

***Kamila Rydzik***

mgr pielęgniarstwa, absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

***Krystyna Sereda***

mgr pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego i rodzinnego, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, członek Stowarzyszenia Naukowego Leczenia Ran

***Magdalena Strugała***

dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

***Martyna Szablewska***

mgr pielęgniarstwa, absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

***Dorota Talarska***

dr hab. n. o zdr., Kierownik Pracowni Pielęgniarstwa Społecznego w Katedrze i Zakładzie Profilaktyki Zdrowotnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

***Sławomir Tobis***

dr n. o zdr., dr sztuki, Zakład Terapii Zajęciowej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

***Katarzyna Tomaszewska***

dr n. społ., Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, członek Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

***Marcin Warchoła***

dr n. o kul. fiz., Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu, skarbnik Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego



***Izabela Wróblewska***

dr hab. n. med i n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, pracownik w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, wykładowca w Uniwersytecie Trzeciego Wieku Uniwersytetu Wrocławskiego i Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz UTW w Oławie, członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

***Aleksandra Zielińska-Czajko***

dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

***Ilona Żeber-Dzikowska***

dr hab., prof. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Zastępca Dyrektora ds. Ogólnych Instytutu Pedagogiki na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, honorowy członek Rady Programowej Europejskiego Centrum Kształcenia Ustawicznego i Multimedialnego Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie (ECKUM)



**Dr n. o zdr. Małgorzata Dziechciaż** – mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, wieloletni nauczyciel akademicki, zastępca dyrektora Instytutu Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Przewodnicząca Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Autorka publikacji naukowych dotyczących starzenia się i starości oraz opieki nad pacjentami.



**Dr n. hum. Beata Rejman** – z wykształcenia filozof, z zawodu bibliotekarz. Jest dyrektorem Biblioteki Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, a ponadto członkiem Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Autorka i współautorka książek z zakresu filozofii, socjologii, kultury, historii oraz religioznawstwa, opublikowanych w wydawnictwach krajowych i zagranicznych. Współorganizatorka wielu wystaw malarstwa, rysunku i fotografii, a także spotkań poetycko-muzycznych.

---

Wzrost liczby osób w starszym wieku, jaki jest obserwowany we współczesnych społeczeństwach, pociąga za sobą konieczność analizy jakości ich życia w celu zapewnienia im zgodnej z zapotrzebowaniem i oczekiwaniem opieki i pomocy. [...] Utrzymanie jakości życia osób starszych na najwyższym poziomie staje się zatem troską polityki społecznej wielu krajów na świecie. [...]

Przedłożona do recenzji monografia pt. *Starzenie się i starość – wybrane aspekty jakości życia osób w starszym wieku* pod redakcją naukową dr n. o zdr. Małgorzaty Dziechciaż i dr n. hum. Beaty Rejman wychodzi naprzeciw powyższym wyzwaniom dotyczącym starzenia się i starości. Poszczególne rozdziały książki szeroko ujmują treści odnoszące się do jakości funkcjonowania seniorów w obszarze fizycznym, psychicznym i społecznym.

Treści przedstawione w opracowaniu mogą być bogatym źródłem informacji dla starszych osób i ich opiekunów oraz innych osób pracujących z seniorami. Mogą stać się także podstawą do tworzenia programów edukacyjnych, profilaktycznych i aktywizujących, mających na celu utrzymanie na najwyższym poziomie jakości życia tej grupy społecznej.

*Z recenzji dr hab. Marioli Wojciechowskiej, prof. UJK*



**Doskonała  
Nauka**



**Ministerstwo  
Edukacji i Nauki**

Publikacja została dofinansowana ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki w ramach programu „DOSKONAŁA NAUKA. WSPARCIE KONFERENCJI NAUKOWYCH” na podstawie umowy nr DNK/SP/514418/2021 z dnia 18.02.2022r., nazwa projektu: *Organizacja konferencji naukowej pt. Starzenie się i starość wyzwaniem i zadaniem XXI w.*



**impuls**

Oficyna Wydawnicza „Impuls” – Dział Handlowy  
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220  
e-mail: [impuls@impulsoficyna.com.pl](mailto:impuls@impulsoficyna.com.pl)  
[www.impulsoficyna.com.pl](http://www.impulsoficyna.com.pl)