Aktualne problemy gerontologii wyzwaniem dla zdrowia publicznego – wymiar medyczny

Redakcja naukowa:

Urszula MICHALIK-MARCINKOWSKA
Halina KULIK

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce 2019

Aktualne problemy gerontologii wyzwaniem dla zdrowia publicznego – wymiar medyczny

Redakcja naukowa:

Urszula MICHALIK-MARCINKOWSKA
Halina KULIK

Redakcja naukowa monografii:

dr n. hum. Urszula MICHALIK-MARCINKOWSKA
Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, Wydział Medyczny w Zabrzu

dr n. hum. Halina KULIK
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa

Recenzent:

dr hab. GRZEGORZ GŁÓD, prof. uczelni
Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

© Copyright by Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce 2019

Żaden fragment tej publikacji nie może być reprodukowany, umieszczany w systemach przechowywania informacji lub przekazywany w jakiejkolwiek formie – elektronicznej, mechanicznej, fotokopii czy innych reprodukcji – bez zgody posiadacza praw autorskich.

ISBN 978-83-7051-969-8

Wydawnictwo Naukowe UPH

Wydawnictwo Naukowe
Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach
www.wydawnictwo-naukowe.uph.edu.pl

08-110 Siedlce, ul. Żytnia 17/19, tel. 25 643 15 20
Ark. wyd. 9.6.

Spis treści

Wprowadzenie 5

Urszula Michalik-Marcinkowska
O starości – fakty i mity 8

Monika Gubała, Kinga Tyrała-Seweryn,
Mariola Buczyńska, Urszula Michalik-Marcinkowska
Ku starości – funkcjonowanie człowieka w okresie menopauzy i andropauzy 20

Monika Kornaszewska-Polak
Osamotnienie osób starszych w perspektywie teorii przywiązania 32

Monika Kornaszewska-Polak, Urszula Michalik-Marcinkowska, Paweł Rogoziński
Osamotnienie społeczne pacjentów z przewlekłymi schorzeniami płuc 43

Andrzej Knapik, Józefa Dąbek, Anna Brzęk, Jerzy Rottermund, Halina Kulik
Jakość starzenia się mieszkańców województwa śląskiego 54

Aleksandra Kiełtyka
Jakość życia seniorów a choroby wieku starczego 63

Jerzy Rottermund, Andrzej Knapik
Terapia zajęciowa
w utrzymaniu i doskonaleniu sprawności fizycznej osób starszych 74

Renata Szustak, Halina Kulik, Urszula Michalik-Marcinkowska
Przygotowanie do samoopieki pacjentów po udarach mózgu 85

Daria Drążkiewicz, Grażyna Kopeć-Chudzicka, Monika Bober
Terapia aktywnym wodorem
– wpływ na starzenie się skóry oraz całego organizmu 104

Jolanta Grabowska-Markowska
Godne życie człowieka starszego w cierpieniu i umieraniu
na przykładzie hospicjum Cordis 117

Szanowni Państwo!

Mam przyjemność zaprosić Państwa do lektury monografii *Aktualne problemy gerontologii wyzwaniem dla zdrowia publicznego - wymiar medyczny* pod redakcją Urszuli Michalik-Marcinkowskiej i Haliny Kulik.

Publikacja ma na celu nakreślenie potrzeb i oczekiwań osób starszych oraz zrozumienie starości i procesu starzenia się. Jest to ważne nie tylko dla geriatrii, ale i dla innych dziedzin medycyny: kardiologii, reumatologii, neurologii. Wszak biorąc pod uwagę wiek pacjenta, świadczeniobiorcami usług medycznych są przede wszystkim seniorzy.

Żywię nadzieję, że lektura będzie interesująca również dla przedstawicieli instytucji pozamedycznych: organizacji pozarządowych, pracowników instytucji pomocowych i urzędów. Z pewnością będzie przydatna dla środowiska naukowego i studentów. Jednocześnie pragnę zaprosić Czytelników do lektury kolejnej monografii pt.: *Aktualne problemy gerontologii wyzwaniem dla zdrowia publicznego - wymiar społeczny*, która ukaże się na początku 2020 roku.

prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Bochenek

Prorektor ds. Medycznych
Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych

Wprowadzenie

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

L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Wyd. KUL, Lublin 1994.

Starość stanowi ostatni etap na continuum czasowym ludzkiego życia. Od zarania dziejów ludzkości stanowiła przedmiot zainteresowania uczonych i filozofów. Pomimo szacunku, jakim otaczano starców, fakt nieuchronności tego okresu życia nie napawał optymizmem i nie był powodem do radości. Od niepamiętnych czasów alchemicy i medycy czynili usilne starania, aby proces starzenia się spowolnić, zlikwidować jego znamiona bądź go cofnąć, dodając ludziom sił i witalności, a najlepiej zatrzymać - czyniąc człowieka nieśmiertelnym.

Marek Tulliusz Cyceron (106-43 p.n.e.), rzymski filozof i polityk, w pochodzącym z I wieku przed naszą erą traktacie o starości pisał:

> *Kiedy się zastanawiam nad starością, cztery widzę przyczyny, dla których starość zwykliśmy uważać za nieszczęśliwy okres życia: oddala nas ona od życia czynnego, osłabia siły fizyczne, pozbawia nas wszystkich zmysłowych przyjemności, bliską jest śmierci*[1].

Jednak to, co przez wieki pozostawało jedynie w sferze rozważań niektórych filozofów, z powodzeniem realizuje współczesna, oparta na podstawach naukowych, „medycyna anti-ageing".

Obserwowane od półwiecza dynamiczne tempo starzenia się społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych stało się kwestią budzącą powszechne zainteresowanie społeczne. Starość, niegdyś szanowana, a nawet czczona, bezpowrotnie utraciła wartość sakralną, stając się ogromnym problemem społecznym. W postmodernistycznym świecie, doświadczenie i mądrość człowieka starego zajęły zacofanie, nieprzystosowanie i „wielkie problemy geriatryczne".

Każdy z nas, jeśli dane nam będzie dożyć starości i zbliżyć się do brzegu życia, doświadczy jej różnorodnych blasków i cieni. Starość ma bowiem różne oblicza, a cechą charakterystyczną grupy osób starszych jest jej niezwykła wprost różnorodność. Niełatwo jest osobom starszym odnaleźć się we współczesnym, sprzyjającym głównie osobom młodym, zdrowym i pięknym świecie oraz wkomponować się w społecznie uznany i powszechnie akceptowany obraz starości. Sytuacja wielu osób starszych jest trudna i wymagają one pomocy w przystosowaniu się do zmian związanych ze stanem zdrowia i postępującym uzależnieniem od innych, jak również coraz trudniejszymi problemami izolacji i osamotnienia, będących konsekwencją bezlitosnych „nożyc śmierci społecznej".

[1] M.T. Cyceron, *Katon Starszy o starości*, Wyd. Literackie, Kraków 1995, s. 44-45.

Książka powstała z myślą o praktykach - osobach, które na co dzień pracują z ludźmi starszymi, a jednym z celów, jaki przyświecał pomysłodawczyniom tej publikacji, było zdemitologizowanie starości jako jednowymiarowego, smutnego i przygnębiającego okresu w życiu człowieka, będącego przedsionkiem śmierci.

Starość jest osobistym problemem każdego z nas. Starzenie się może być pomyślne, a jesień życia pogodna i jakościowo dobra. Do takiej starości należy jednak przygotowywać się dostatecznie wcześnie – starości trzeba uczyć się już od wczesnej młodości. Starość jest bardzo złożonym zagadnieniem i wymaga interdyscyplinarnego podejścia przedstawicieli wielu dziedzin nauki.

Autorami prac zawartych w prezentowanej monografii są: lekarze, pielęgniarki, socjologowie, kosmetolodzy, psycholog, biolog oraz fizjoterapeuci, reprezentujący różne środowiska i instytucje: uniwersytety, wyższe uczelnie niepubliczne, szpitale kliniczne, hospicjum.

Czytelnikom pozostawiamy ocenę tego, w jakim stopniu udało się zrealizować zamysł zintegrowania refleksji naukowej wokół procesu starzenia się i starości.

Zapraszamy Państwa do lektury dwóch części monografii: pierwszej: *Aktualne problemy gerontologii wyzwaniem dla zdrowia publicznego - wymiar medyczny*, a wkrótce drugiej: *Aktualne problemy gerontologii wyzwaniem dla zdrowia publicznego - wymiar społeczny*.

W prezentowanej pierwszej części znajdują się artykuły, które w sposób syntetyczny ujmują zagadnienia starości i starzenia się w wymiarze medycznym.

Pierwszy artykuł dotyczy krytycznej analizy starości w polskim wymiarze i jest próbą identyfikacji mitów, które narosły przez ostatnich kilkadziesiąt lat wokół tego okresu życia człowieka.

Drugi tekst opisuje funkcjonowanie człowieka będącego u progu starości, ukazuje wartości i obawy kobiet i mężczyzn będących w wieku okołomenopauzalnym i andropauzalnym i nierzadko doświadczających kryzysu wieku średniego.

Kolejne dwie prace opisują zjawisko osamotnienia nader często występującego wśród seniorów i będącego jednym z podstawowych problemów społecznych rzutujących na kondycję psychiczną i fizyczną osób starszych. Osamotnienie analizowane jest w aspekcie teoretycznym poprzez odniesienie do teorii przywiązania, a także praktycznie - w postaci wyników badań dotyczących osamotnienia pacjentów chorych na przewlekłe schorzenia płuc.

Następnie przedstawiona została jakość życia seniorów, również pod kątem teoretycznym, jak i praktycznym z odniesieniem do najnowszych badań i doniesień literaturowych.

Autorzy kolejnej pracy ukazali ideę utrzymania dobrej kondycji fizycznej przez seniorów dzięki odpowiednio prowadzonej terapii zajęciowej.

Monografia zawiera także obszerny tekst na temat codziennego funkcjonowania pacjentów po udarach mózgu i przygotowaniu ich do samoopieki w domu.

Przedostatnim zamieszczonym w publikacji artykułem jest praca dotycząca robiącego w ostatnich latach furorę anti-ageingu, czyli zabiegów poprawiających wygląd skóry i ciała. Artykuł opisuje terapię aktywnym wodorem.

Publikację wieńczy tekst poruszający trudny, ale jakże ważny problem godnego umierania i opieki hospicyjnej.

Obraz starości i sytuacja osób starszych są zmienne kulturowo i na każdym etapie rozwoju społecznego wymagają nie tylko gruntownych analiz, ale również interpretacyjnego wysiłku, celem precyzyjnego poznania i zrozumienia istoty oraz konsekwencji procesu starzenia się w wymiarze jednostkowym i globalnym. Starzenie się i starość, jak również następująca po nich śmierć, to zjawiska wciąż tabuizowane w społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych, w których „ludzi starych" zastąpili „seniorzy". Konstruktywna refleksja nad starzeniem się i starością jest fundamentem kreowania pozytywnych postaw społecznych wobec tego okresu życia i ludzi starych.

Pod rozwagę pozostawiamy naszym Czytelnikom słowa Toma Kirkwooda, angielskiego gerontologa i eksperta w zakresie biologii starzenia się, cytowane w jednej z prezentowanych w monografii prac, który zapytany, jak długo chciałby żyć, odpowiedział:

> *Chciałbym żyć tak długo, jak długo jakość mojego życia będzie dobra i z radością będę witał każdy nowy dzień.*

dr Urszula Michalik-Marcinkowska
dr Halina Kulik

dr nauk hum. Urszula MICHALIK-MARCINKOWSKA
Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, Wydział Medyczny w Zabrzu

O starości – fakty i mity

Streszczenie: Społeczeństwo się starzeje - to fakt, który od co najmniej kilku lat jest powtarzany w społecznym dyskursie jako irytujący ogólnik i frazes. Oprócz nielicznej grupy naukowców różnych dyscyplin, wciąż rzadko która instytucja społeczna podejmuje przemyślane i kompleksowe działania na rzecz seniorów. Tymczasem właśnie tego rodzaju czynności są potrzebne. By działać, w pierwszej kolejności jednak niezbędna jest rzetelna wiedza na temat starości i procesu starzenia się. Należy mówić i pisać o starości i prostować wszelkie mity i stereotypy, których jest w odniesieniu do tej kwestii wyjątkowo dużo i niestety przeważają te negatywne. Artykuł zawiera subiektywny przegląd mitów dotyczących starości i procesu starzenia się, prezentując rozważania na temat miar starzenia się, jakości i „ilości" życia, heterogeniczności grupy seniorów oraz wymiaru materialnego starości.
Słowa kluczowe: *starość, starzenie się, trzeci wiek, czwarty wiek, sytuacja materialna*

About eldery - facts and myths

Abstract: Society is aging - this is a fact, that is repeated from at least few years in social discourse as an annoying phrase. except for a small group of scientists, still seldom the social institutions making thought-out and comprehensive actions for seniors. Meanwhile this kind of actions are the most needed. For acting, at first, reliable knowledge about seniors and aging process is necessary. We should talk and write about old age and straighten myths and stereotypes, that are most popular and unfortunately they are negative mostly. The article contains subjective review of old age myths and presents agonizing about measures of aging, quality and quantity of aging, heterogeneity of the senior group and material and material dimension of old age.
Keywords: *senility, aging, third age, fourth age, financial situation*

Społeczeństwo się starzeje - to fakt, który od co najmniej kilku lat jest powtarzany w społecznym dyskursie jako irytujący ogólnik i frazes. Oprócz nielicznej grupy naukowców różnych dyscyplin: demografów, ekonomistów, socjologów i wciąż nielicznego grona medyków, rzadko która instytucja społeczna podejmuje przemyślane i kompleksowe działania na rzecz seniorów. Tymczasem właśnie tego rodzaju czynności są potrzebne. By działać, w pierwszej kolejności jednak niezbędna jest rzetelna wiedza na temat starości i procesu starzenia się. Należy mówić i pisać o starości i prostować wszelkie mity i stereotypy, których jest w odniesieniu do tej kwestii wyjątkowo dużo i niestety przeważają te negatywne. Bo o ile kilkadziesiąt lat temu starość kojarzona była z mądrością, doświadczeniem i cierpliwością, o tyle obecnie przede wszystkim oznacza niedołęstwo, choroby, zacofanie czy zrzędliwość. Starzejące się ciało natomiast wzbudza niechęć, a nawet oburzenie czy obrzydzenie[1]. By można było walczyć z taką niesprawiedliwą kategoryzacją starości i seniorów, należy najpierw wyjaśnić sporne pojęcia i charakterystyki.

[1] A. Dziuban, *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa,* "Gerontologia Polska", nr 3/18, 2010, s. 140–147.

Zawodne „miary" starzenia się

W związku z negatywnymi opiniami na temat starości i osób starszych w społeczeństwie istnieje tendencja do odsuwania się od starości, starszych osób, ageizm i gerontofobia. Zjawiska polegają na tym, iż człowiek współczesny chce w jak największym stopniu zdystansować się od starości. Przede wszystkim wiele osób nie uznaje swego wieku kalendarzowego, ukrywając go w przeróżnych sytuacjach. Przy czym postawa ta nie dotyczy jedynie kobiet - coraz częściej mężczyźni pytani o to, ile mają lat, udzielają niejasnych lub nieprawdziwych odpowiedzi. Przyczyną jest wszechobecny kult młodości, przejawiający się zwłaszcza w gloryfikacji młodego, a zatem estetycznego i zdrowego ciała. O ile jednak zabieganie o zdrowie jest pożądanym kierunkiem codziennych zabiegów, o tyle galopująca estetyzacja ciała i healthism stanowią zagrożenie nie tylko dla samopoczucia jednostki, która „nie wygląda", ale i dla jej zdrowia - weźmy pod uwagę tzw. nowe uzależnienia typu ortoreksja (uzależnienie od jakości spożywanego pokarmu i tzw. zdrowej, ekologicznej żywności), tanoreksja (uzależnienie od opalonego ciała i opalania) czy bigoreksja (uzależnienie od przyrostu masy mięśniowej i intensywnych ćwiczeń fizycznych mających zapewnić bycie „fit"). Także i w tym przypadku zanikają różnice płciowe. Według Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej (The American Society for Aesthetic Plastic Surgery) w 2018 r. w USA wykonano 1.533.640 operacji chirurgicznych z zakresu medycyny estetycznej (zaobserwowano przy tym wzrost o 21% pomiędzy rokiem 2014 a 2018) oraz 3.315.888 nieoperacyjnych zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, z czego prawie 8% dotyczyło mężczyzn. Natomiast biorąc pod uwagę wiek pacjentów, wśród których dokonywane są zarówno operacje chirurgiczne, jak i zabiegi nieoperacyjne, można stwierdzić, że w przedziale wiekowym 51-64 lata odsetek osób poddających się zabiegom poprawiającym wygląd wynosi prawie 30%, a wśród osób po 65 roku życia - 12%[2]. W Polsce brakuje na razie miarodajnych danych dotyczących korzystania z zabiegów medycyny estetycznej, aczkolwiek jak podaje portal Money.pl[3], badane BIG InfoMonitor wskazuje, że około pół miliona Polaków zamierza poddać się w najbliższym czasie zabiegowi upiększającemu (i tu w 10% potencjalnymi klientami są mężczyźni).

Zatem w dobie powszechnej estetyzacji ciała, wiek kalendarzowy przestaje być wiarygodnym identyfikatorem osoby – młody człowiek po poddaniu się zabiegom upiększającym może wyglądać znaczniej dojrzalej niż wynikałoby to z metryki, natomiast osoba starsza może wyglądać nawet kilkanaście, jeśli nie kilkadziesiąt lat młodziej - przykładem może być znana piosenkarka Cher, będąca żywą reklamą różnego rodzaju operacji plastycznych. Choć na przestrzeni minionego wieku, a zwłaszcza ostatnich kilkudziesięciu lat nastąpiła duża poprawa ogólnej kondycji zdrowotnej osób starszych, przede wszystkim dotycząca niepełnosprawności spowodowanej starością, złamań bioder, demencji, problemów ze wzrokiem, artretyzmu, rozedmy płuc czy chorób serca[4], to nadal opinia publiczna przekonywana jest jedynie o negatywnym wymiarze procesu starzenia. W konsekwencji anti-ageingowy przemysł prosperuje znakomicie, czerpiąc właśnie z tego negatywnego wizerunku starości i starzenia się[5].

---

[2] The American Society for Aesthetic Plastic Surgery, *Cosmetic (Aesthetic) Surgery National Data Bank. Statistics 2018*. www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2018_0.pdf, data dostępu: 12.03.2019.

[3] *Ponad pół miliona Polaków planuje operację plastyczną*, www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/ artykul/ponad-pol-miliona-polakow-planuje-operacje,69,0,1784133.html, data dostępu: 23.03.2019.

[4] G. Kolata, *A medical mystery of the best kind: Major diseases are in decline*, www.nytimes.com/2016/07/10/ upshot/ a-medical-mystery-of-the-best-kind-major-diseases-are-in-decline.html?_r=0, data dostępu: 18.08.2019.

[5] T.L. Gendron, E.A. Welleford, J. Inker, J.T. White, *The language of ageism: Why we need to use words carefully*, "Gerontologist", nr 56, 2016, s. 997-1006.

Inicjując dyskusję na temat starości i starzenia się, warto przede wszystkim zastanowić się nad jej ramami chronologicznymi. Jednak i w tym przypadku, podobnie jak z opisaną powyżej trudnością z wiekiem kalendarzowym, istnieją pewne nieścisłości. Polegają one na rozbieżności w ujmowaniu początku starości przez medycynę i ekonomię. Według założeń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) początkiem starości jest 60 rok życia, natomiast wiek ekonomiczny wyznaczany jest przez moment przejścia na emeryturę, a więc wynosi w Polsce odpowiednio 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn (warto dodać, że w wielu państwach granica ta jest wyższa np. w Niemczech, Francji, Hiszpanii wynosi 67 lat dla obu płci). Konsekwencją jest chaos w diagnozowaniu sytuacji osób starszych i podejmowanie błędnych decyzji co do działań na rzecz środowiska senioralnego. Przykładem mogą być uniwersytety III wieku, których uczestnikami są zazwyczaj emeryci. A przecież emerytem może być 40-letni pracownik służb mundurowych. Czy jednak jest on osobą starszą z racji nabycia praw emerytalnych?

Yasuyoshi Ouchi, przewodniczący komitetu ekspertów Japońskiego Towarzystwa Gerontologicznego i Japońskiego Towarzystwa Geriatrycznego (The Japan Gerontological Society and The Japan Geriatrics Society) twierdzi bazując na badaniach przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Badań nad Długowiecznością, że kondycja biologiczno-intelektualna znacznie poprawiła się w ciągu ostatnich dwóch dekad. W prefekturze Aichi przebadano 2300 osób w wieku 40-79 lat i zaobserwowano, że szybkość chodzenia osób w przedziale wiekowym 70-75 była w 2006 roku taka sama, jaką w 1997 roku obserwowano w grupie 65-69-latków. Podobne wyniki uzyskano w odniesieniu do sprawności intelektualnej - wydolność intelektualna mierzona testami IQ dla osób siedemdziesięcioletnich w 2010 roku była taka sama jak wśród sześćdziesięciolatków w 2000 roku[6].

W rezultacie Japońskie Towarzystwo Gerontologiczne postuluje *rejuvenation,* czyli odmłodzenie starości. Zaproponowano ponadto nową klasyfikację[7] osób będących w wieku 65 lat i więcej: 65-74 - *pre-old age*, 75 lat i więcej - *old-age* oraz w wieku 90 lat i starszych - *oldest-old* lub *super-old*.

Definiowanie starości nastręcza zatem wielu problemów. By choć w pewnym stopniu je ograniczyć, należy uznać, iż starość nie jest jednorodnym okresem w życiu człowieka, gdyż obejmuje ramę kilkudziesięciu lat. Stąd też generalizowanie i „wrzucanie wszystkich osób starszych do jednego worka" jest zabiegiem błędnym, wręcz szkodliwym. Diametralnie odmienną sytuację rodzinną, zawodową i materialną mają osoby będące w wieku 60 lat, 80 lat czy 95 lat. Uznanie tej prawidłowości jest niezbędne do podejmowania jakichkolwiek działań prosenioralnych.

Długość trwania życia a jego jakość

Często słyszymy zachwyt nad wiekiem osoby starszej. Powodem do dumy jest przekroczenie granicy 80 czy 90 lat. Zazwyczaj wtedy osoba jest pytana o receptę na długie życie. Odpowiedzi padają różne, począwszy od: „ciężko pracowałam/pracowałem całe życie i się nie oszczędzałam/oszczędzałem", poprzez „jem mało, dużo odpoczywam i umiem cieszyć

[6] T. Otake, *Thanks to 'rejuvenation' definition of elderly should go up 10 years, Japanese researchers say*, www. japantimes.co.jp/news/2017/07/26/national/science-health/thanks-rejuvenation-definition-elderly-go-10-years-japanese-researchers-say/#.XKXrpbh-KiA, data dostępu: 20.08.2019.

[7] Y. Ouchi, H. Rakugi, H. Arai, *Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society*, "Geriatrics and Gerontology International", nr 17, 2017, s. 1045–-1047.

się życiem" aż po „codziennie wypijam kieliszeczek czegoś mocniejszego i przez wiele lat paliłem/paliłam papierosy". Niestety wraz z pytaniami o „ilość" życia nie idą w parze pytania o jego jakość. Jest to błędne założenie skutkujące pomijaniem samooceny jakości życia i codziennego funkcjonowania seniorów. Zaniedbania te powodują z kolei nadmierną koncentrację na funkcjonowaniu w wymiarze fizycznym i materialnym, a pomijaniu kondycji psychicznej. Zdrowie psychiczne seniorów od niedawna jest przedmiotem dociekań naukowych, jednak z dostępnych danych[8,9] wynika, że zaburzenia psychiczne często obserwuje się u osób starszych, a częstotliwość ich występowania wzrasta z wiekiem.

Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (*European Health Interview Survey* - EHIS) powtarzane jest co 5 lat i umożliwia nakreślenie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Unii Europejskiej oraz czynników socjodemograficznych wpływających na zdrowie. Zgodnie z wynikami EHIS, 35% Polaków po 60 roku życia ocenia swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, po 70 roku życia - 21%, natomiast po 80 roku życia - 12%, dla porównania 71% osób między 40 a 50. rokiem życia twierdzi, że jest zdrowa lub bardzo zdrowa. Natomiast najczęściej występującymi schorzeniami (uskarża się na nie 2/3 seniorów) w tej grupie wiekowej są w kolejności: bóle dolnej części pleców (deklaruje je co 4 kobieta i co 5 mężczyzna), nadciśnienie tętnicze (występuje u co 4 osoby), bóle szyi (u co 6 osoby), zwyrodnienia stawów (u 15% osób), migrena (u 9%), choroba wieńcowa (u 9%), alergia (u 8%) oraz choroby tarczycy (u 7%)[10].

Średnio kobieta w wieku 60-69 lat cierpi na 3,4 chorób przewlekłych, w wieku 70-79 lat na 4,4, natomiast kobiety mające ponad 80 lat uskarżają się na 4,6 chorób przewlekłych. U mężczyzn będących w wieku ponad 80 lat średnio występuje 4,3 chorób przewlekłych[11].

Na poniższych wykresach opracowanych przez specjalistów OECD wyraźnie widać, że zdrowie starszych Polaków odbiega negatywnie od średnich unijnych. Bez wątpienia czynnikiem sprzyjającym złej jakości zdrowia psychicznego, a jednocześnie czynnikiem najczęściej doświadczanym przez osoby starsze jest osamotnienie. Cechą znamienną gospodarstw domowych w Polsce zamieszkiwanych przez seniorów jest *singularyzacja* – często mieszkają one w pojedynkę, bez współmałżonka, dzieci i wnuków. Osamotnienie osób starszych wynika jednak przede wszystkim z utraty współmałżonka. Wśród osób starszych w wieku 60 lat i więcej w małżeństwie żyje 78% mężczyzn i 42% kobiet. Natomiast w grupie osób po 80 roku życia ponad 60% to osoby owdowiałe, wśród których aż 90% stanowią kobiety. A zatem starsi mężczyźni najczęściej do końca życia są żonaci, zaś starsze kobiety pozostają wdowami[12]. Z singularyzacją łączy się *feminizacja starości*. W społeczeństwie polskim współczynnik feminizacji wynosi 107, czyli na 100 mężczyzn przypada 107 kobiet. Jednak gdy weźmiemy pod uwagę starsze pokolenia, to współczynnik feminizacji jest znacznie wyższy i dla osób powyżej 60 roku życia wynosi 140, natomiast dla osób w wieku 85 lat i więcej aż 260[13].

---

[8] S. Andreas, H. Schulz, J. Volkert i in, *Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study*, "The British Journal of Psychiatry", nr 210(2), 2016, s. 1-7.

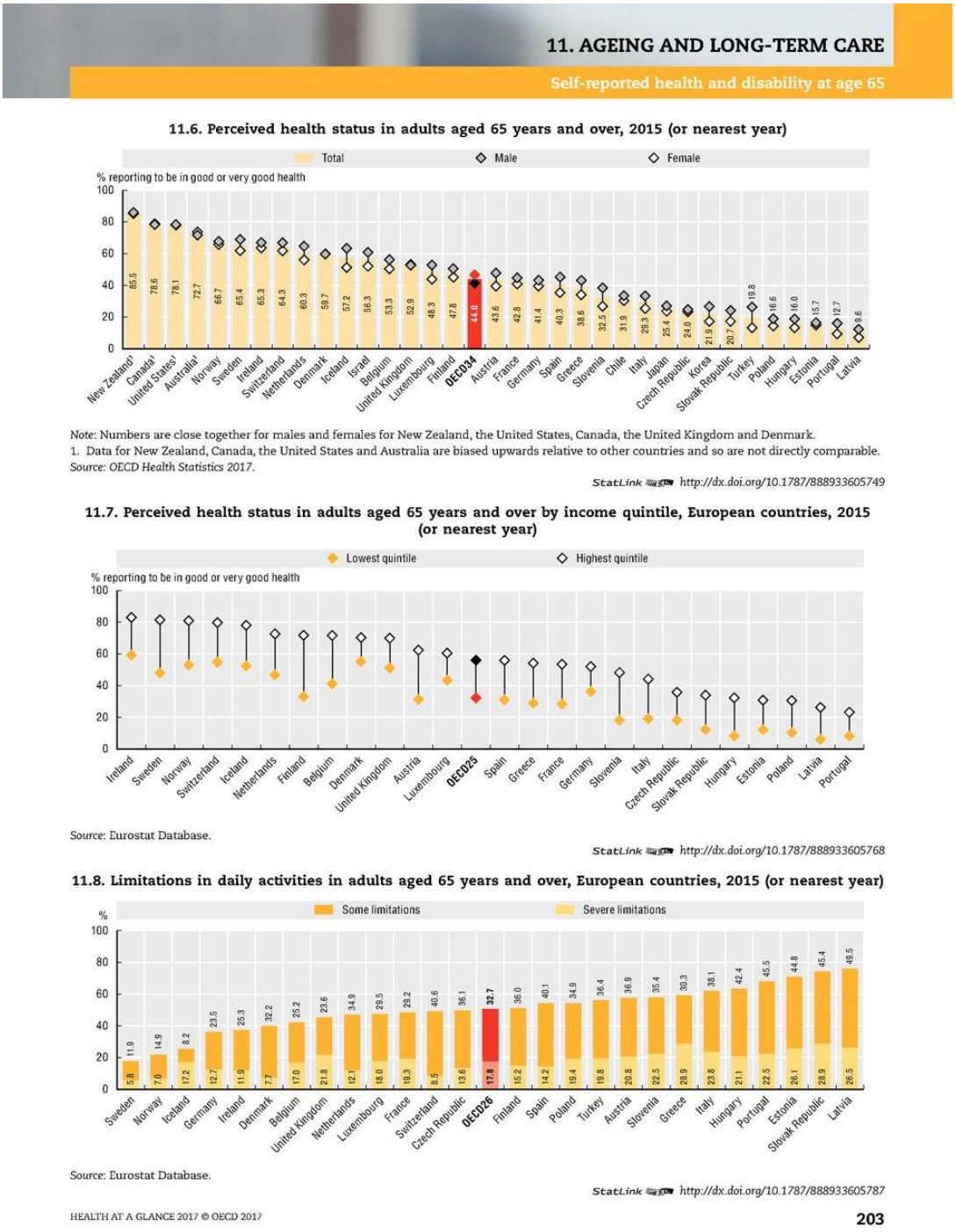
[9] Mental Health Foundation: Fundamental Facts About Mental Health 2016. Mental Health Foundation: London: 38--42. www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mental-health-2016.pdf, data dostępu: 10.08.2019.

[10] Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Warszawa 2015.

[11] Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016, s. 66.

[12] Główny Urząd Statystyczny, *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego,* Warszawa 2018, s. 6.

[13] Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017,* Warszawa 2018, s. 7 na: bip.kprm.gov.pl/download/75/44768/Informacjaosytuacjiosobstarszychza2017.pdf, data dostępu: 10.08.2019.



Rycina 1. OECD: Health at glance. 2017

O kondycji psychicznej i zadowoleniu z życia świadczyć może także wskaźnik zamachów samobójczych i samobójstw. Jak wynika z danych Komendy Głównej Policji w 2017 roku w przedziałach wiekowych 60-85 lat i więcej zanotowano 5276 zamachów samobójczych, z czego 1517 zakończyło się zgonem[14]. W ogólnej liczbie zamachów samobójczych w Polsce wynoszącej ponad 11 tys. prób, osoby powyżej 60 roku życia stanowią 29%. Co jednak jest

[14] Opracowanie własne na podstawie: Komenda Główna Policji, *Zamachy samobójcze w 2017 roku*, http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html, data dostępu: 10.05.2019.

bardziej niepokojące, to fakt dużej determinacji w odbieraniu sobie życia wśród osób starszych. O ile bowiem w przedziale wiekowym 30-34 lata, w którym zarówno prób samobójczych, jak i zgonów w wyniku samobójstwa jest najwięcej, odsetek skutecznych zamachów samobójczych wynosi 34,5%, to w przedziałach wiekowych powyżej 70 roku życia skuteczność samobójców oscyluje wokół 80%. Nie bez znaczenia w kontekście tych prawidłowości jest również zjawisko znacznego rozdźwięku pomiędzy liczbą odnotowanych a niezgłoszonych zamachów samobójczych. Jak bowiem wynika z szacunkowych opracowań, w populacji ogólnej jedna śmierć samobójcza przypada na 10–20 prób samobójczych[15], a zatem oficjalne dane są znacznie zaniżone.

Jak podaje The American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT), choć osoby starsze stanowią 12% populacji Amerykanów, to udział tej grupy wiekowej wśród samobójców wynosi 18% i stanowi ona najszybciej wzrastający segment w populacji samobójców. Już w 2002 roku w rocznym raporcie dotyczącym samobójstw stwierdzono, że wskaźnik dotyczący osób w wieku 65 lat i starszych popełniających samobójstwo wynosi 15 osób na 100.000, a w przedziale wiekowym 75-84 lata wzrasta do 17 osób na 100.000. Jednocześnie szacuje się, że nawet ponad 40% samobójstw osób w starszym wieku nie jest zgłaszanych. Mamy wówczas do czynienia z tzw. cichym samobójstwem, kiedy dochodzi do przedawkowania leków, samogłodzenia i niespożywania płynów oraz różnego rodzaju „nieszczęśliwych wypadków". Osoby starsze w USA popelniają najczęściej samobójstwo przez samopodpalenie, powieszenie lub utopienie się, tak więc zazwyczaj nie udaje się ich uratować[16]. Ponadto wśród osób starszych, częściej niż w pozostałych przedziałach wiekowych, dochodzi do *podwójnego samobójstwa,* gdy małżonek/partner jest mordowany lub popełnia samobójstwo, ponieważ nie chce być sam po śmierci współmałżonka/partnera[17].

Analiza listów pozostawionych przez starsze osoby popełniające samobójstwo, dokonana przez Klostermanna w Niemczech, wykazała, że większość z nich obawiała się umieszczenia w domu opieki. Przy czym zaskakującym zjawiskiem jest to, iż częściej popełniają samobójstwo osoby, które same zdecydowały się na zamieszkanie w domu opieki niż osoby, które zostały umieszczone w tego typu instytucji przez swoich krewnych[18].

Co ważne, samobójstwom wśród seniorów można i należy zapobiegać stosując działania profilaktyczne. Jednak zdaniem Kopczyńskiego i Kaczmarek profilaktyka powinna zacząć się zdecydowanie wcześniej niż w okresie starości, nawet przed 50 rokiem życia. Ponadto należy zacząć prewencję jeszcze przed pojawieniem się pierwszego etapu zachowań suicydalnych, czyli w stadium wyobrażania sobie samobójstwa. Przed samobójstwem z pewnością chroni w bardzo dużej mierze posiadanie hobby, optymistyczne podejście do przyszłości, adekwatna samoocena, wysoki poziom samokontroli oraz możliwość samorealizacji. Wymienieni autorzy podkreślają również rolę bycia twórczym oraz pozytywnego myślenia o sobie i swoim życiu[19].

---

[15] D. Dudek, *Samobójstwo,* https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/76122,samobojstwo, data dostępu: 12.05.2019.

[16] The American Association for Marriage and Family Therapy, *Suicide in the elderly,* www.aamft.org/AAMFT/Consumer_Updates/Suicide_in_the_Elderly.aspx, data dostępu: 20.05.2019.

[17] P.A. Santy, *Observations on double suicide: review of the literature and two case reports*, "American Journal of_Psychoterapy", nr 1, 1982, s. 23-31.

[18] K. Kopczyński, M. Kaczmarek, *Suicide prevention in old age*, [w:] A. Chabior, A. Szplit (red.), *Ageing and Old Age as a Task – Health, Activation, Development, Integration*, Wydawnictwo Libron, Kraków 2014, s. 80.

[19] Ibidem, 85-88.

Wskazane uwarunkowania stanu zdrowia mają wpływ na kondycję społeczną seniorów i jakość ich życia. Warto jednak zadać sobie pytanie: jak polscy seniorzy są oceniani pod względem społeczno-zdrowotnym na tle międzynarodowym. W tym celu stworzono Global Age Watch Index[20], będący zestawieniem państw pod względem sytuacji osób starszych. Indeks zawiera ranking państw ocenianych według 4 kategorii:

- *wspierające społeczeństwo i środowisko* (kontakty społeczne, poziom bezpieczeństwa fizycznego, poczucie wolności osobistej oraz dostęp do transportu publicznego),
- *bezpieczeństwo dochodowe* (odsetek osób 65+ pobierających emeryturę, przeciętny dochód osób w wieku 60+ oraz odsetek osób ubogich powyżej 60 roku życia),
- *status zdrowotny* (przewidywana długość życia ogółem i w zdrowiu oraz ocena samopoczucia osób 50+),
- *zdolności* (określa udział osób starszych w rynku pracy oraz w edukacji; miarą jest odsetek osób pracujących w wieku 55-64 lata oraz odsetek osób powyżej 60 roku życia posiadających wykształcenie średnie lub wyższe).

W rankingu z 2015 roku Polska jest na 32 miejscu wśród 96 państw (4 pierwsze miejsca zajmują odpowiednio: Szwajcaria, Norwegia, Szwecja oraz Niemcy). Najlepszy wynik nasz kraj uzyskał w odniesieniu do bezpieczeństwa dochodowego - 26 miejsce (96,5% Polaków powyżej 65 roku życia otrzymuje emeryturę, zaś odpowiedni poziom bezpieczeństwa socjalnego deklaruje 89% osób starszych). W kategorii wsparcie społeczne i środowiskowe zajmujemy 37 miejsce, pod względem kondycji zdrowotnej seniorów - 48 miejsce (oczekiwana długość życia dla osoby w wieku 60 lat wynosi 21, natomiast przewidywana długość życia w dobrym zdrowiu dla osoby 60-letniej określona została na 16 lat). Najniższe, bo 52 miejsce, Polska zajmuje w domenie zdolności.

Równie mało satysfakcjonujące rezultaty odnajdujemy w Active Ageing Index z 2014 roku[21], w którym Polska zajmuje 27 miejsce na 28 państw będących członkami Unii Europejskiej.

Trzeci wiek a czwarty wiek

Jak wspomniano we wstępie, ze względu na dużą różnorodność osób należących do kategorii „senior" coraz częściej w nauce i praktyce społecznej dokonuje się rozróżnienia na trzeci i czwarty wiek. Dychotomia ta ma na celu przede wszystkim uwypuklenie działań, jakie powinny być prowadzone wobec osób starszych w zależności od przedziału wiekowego, do jakiego należą. Często słyszy się o przedsięwzięciach aktywizujących, adresowanych do seniorów, ale bez zastrzeżenia, że są one przeznaczone właściwie dla młodszych starszych. Osoby powyżej 80 roku życia, czyli tzw. czwarta generacja, nie wymagają aktywizacji i włączania, potrzebują natomiast opieki i wsparcia. Do osób w wieku powyżej 80 lat kierowane są wszelkie usługi z zakresu opieki długoterminowej. Niestety polska praktyka nie wypada w tej kwestii korzystnie i nastręcza wielu problemów, zwłaszcza ze względu na swą kosztochłonność.

Według Barbary Szatur-Jaworskiej, eksperta z zakresu polityki senioralnej pracującego dla Rzecznika Praw Obywatelskich, rządu polskiego, ONZ i organizacji pozarządowych, zasadniczymi celami wsparcia społecznego kierowanego do osób starszych są:

[20] The Global Age Watch Index 2015, https://www.helpage.org/global-agewatch/, data dostępu: 2.05.2019.
[21] Active Ageing Index 2014, https://statswiki.unece.org/display/AAI/II.+Ranking, data dostępu: 2.05.2019.

a) zapewnienie osobom starszym poczucia szeroko rozumianego bezpieczeństwa (fizycznego w formie opieki i pomocy w czynnościach dnia codziennego, socjalnego, czyli świadczeń zapewniających optymalny poziom konsumpcji oraz społecznego, zapewniającego odpowiedni poziom uczestnictwa w życiu społecznym);
b) utrzymanie aktywności i autonomii osób starszych;
c) wzmacnianie nieformalnych sieci wsparcia będących podstawowym donorem wsparcia i zastępowanie ich wsparciem formalnym, w sytuacji gdy wsparcie nieformalne jest niewystarczające lub osoba nie ma do niego dostępu;
d) pozostawianie osób starszych w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania, jeżeli tego sobie życzą;
e) kształtowanie środowiska zamieszkania przyjaznego osobom starszym[22].

Kluczową rolę w zapewnieniu osobom będącym w wieku 80 lat i starszym opieki, pielęgnacji i rehabilitacji, a także kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego odgrywa opieka długoterminowa.

Sytuacja instytucjonalno-organizacyjna opieki długoterminowej w Polsce przedstawia się następująco:

- funkcjonuje ponad 550 (wg danych z 2016 roku - 554) zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym,
- istnieje 155 hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej (80 hospicjów i 75 oddziałów opieki paliatywnej),
- jednostki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponują łącznie 34,9 tys. łóżek i zapewniają opiekę w warunkach stacjonarnych dla 98,5 tys. osób (ponad połowę pacjentów (58,3%) stanowiły osoby 80-letnie i starsze, dwukrotnie częściej pacjentami były kobiety - stanowiły 65,7%),
- baza łóżkowa zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wynosi 31,9 tys. miejsc, natomiast opieką stacjonarną objętych jest około 61,0 tys. osób, co skutkuje bardzo wysokim wskaźnikiem wykorzystania łóżek (w skali kraju wyniósł on 350 dni dla zakładów opiekuńczo-leczniczych, a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych – 256 dni),
- istnieje prawie 350 zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym (w 2016 r. było ich 344), w których średni pobyt pacjenta wynosi 169 dni, natomiast w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym średni czas pobytu pacjenta wynosi 158 dni,
- średni okres pobytu pacjenta w hospicjach trwa 27 dni, a w oddziałach opieki paliatywnej pacjenci przebywali średnio 21 dni,
- wskaźnik wykorzystania łóżek w hospicjach wynosi średnio dla kraju 312 dni, natomiast w przypadku opieki paliatywnej - 309 dni[23].

Mimo że przedstawione liczby obrazujące stan opieki długoterminowej wyglądają obiecująco, ten rodzaj pomocy seniorom jest zdecydowanie niewystarczający w skali kraju.

[22] P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, M. Zrałek, *Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycja modelu. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich,* Warszawa 2016, s. 16.
[23] Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.,* Warszawa 2017, s. 95-102.

Stan opieki długoterminowej został poddany ocenie Najwyżej Izby Kontroli w 2016 roku. Wyniki kontroli są wysoce niepokojące:

- opieką domową w skali kraju objęto nieco ponad 1 proc. populacji osób powyżej 60. roku życia, a w 23 skontrolowanych gminach z usług tych korzystało średnio jedynie 1,5 proc. osób z tej grupy wiekowej,
- głównym problemem jest brak diagnozy dotyczącej sytuacji życiowej i potrzeb seniorów mieszkających na terenie danej jednostki samorządu (część jednostek samorządu terytorialnego nie potrafiła nawet określić, ilu seniorów żyje na ich terenie),
- jedynie w czterech na 23 skontrolowanych OPS określono liczbę seniorów, którzy w najbliższym czasie mogą potrzebować wsparcia w formie opieki domowej,
- skontrolowane OPS przyznały wsparcie z urzędu tylko w 1,5% przypadków, po przeprowadzonym własnym rozpoznaniu,
- w jednej spośród 23 skontrolowanych gmin określono sposób i tryb identyfikowania osób starszych potrzebujących pomocy,
- pracownicy socjalni z reguły nie stwierdzali nieprawidłowości i niedociągnięć, co stoi w sprzeczności z opiniami niemal 70% seniorów uczestniczących w anonimowym badaniu ankietowym (według ankietowanych otrzymywane wsparcie bywało niezadowalające, skarżyli się, że są bardzo osamotnieni i nie mają możliwości porozmawiania z osobami świadczącymi pomoc, tylko zaspokajane są ich podstawowe potrzeby życiowe),
- opiekunowie bardzo rzadko towarzyszą osobom starszym podczas spacerów, rozmawiają z nimi i doradzają w sytuacjach problemowych,
- w żadnej ze skontrolowanych jednostek zatrudniających opiekunów nie brano pod uwagę ich kierunkowego przygotowania, część osób zaangażowanych w wykonywanie usług opiekuńczych nie posiadała kwalifikacji do tej pracy, a w trzech miejscach usługi świadczyły również osoby bezrobotne skierowane do prac społecznie użytecznych,
- problemem może być jednak nie zła wola urzędników, lecz brak ludzi do pracy w charakterze opiekunów ze względu na bardzo niskie zarobki: w latach 2015-2016 średnie miesięczne wynagrodzenie opiekuna wynosiło nieco ponad 2 tys. zł brutto, a w I półroczu 2017 r. – blisko 2,3 tys. zł brutto,
- w 2017 r. przeciętna liczba godzin opieki środowiskowej dla seniora w przeliczeniu na jedną osobę wynosiła jedynie nieco ponad 3 godziny[24].

Powyższe analizy dotyczą instytucjonalnej opieki długoterminowej. Wobec jej niewystarczających zasobów, zapewnienie osobom starszym opieki jest świadczone przez osoby bliskie, najczęściej członków rodziny. Jednak ten wymiar działań opiekuńczych nie jest dobrze poznany i określony. Właściwie skalę opieki nad starszymi osobami po raz pierwszy określono w badaniu Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS), w którym respondentom zadano pytania o świadczenie nieformalnej długoterminowej opieki lub pomocy osobom chorującym przewlekle, niesprawnym lub w podeszłym wieku. Pytania nie obejmowały pomocy świadczonej w ramach pracy zawodowej respondenta. Wyniki przedstawiają się następująco:

- opiekę lub pomoc skierowaną do chorujących przewlekle, niesprawnych lub w podeszłym wieku sprawowało regularnie co najmniej 1 raz w tygodniu blisko 16%

[24] Najwyższa Izba Kontroli, *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania. Raport*, Warszawa 2017, s. 25 i n.

badanych, czyli prawie co 6 respondent, przy czym częściej były to kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 18% i 13%) oraz osoby w wieku 50-59 lat (co czwarta osoba),
- najwięcej, bo 3/4 pomagających otaczało opieką tylko członków swej rodziny, opiekę tę sprawowali zwłaszcza mężczyźni lub osoby mieszkające na wsi. Natomiast kobiety oraz mieszkańcy miast częściej pomagali także osobom spoza rodziny - co piąty pomagający. Niewielka grupa opiekowała się zarówno członkami rodziny, jak i osobami, które do niej nie należały[25].

Prognozy nie są optymistyczne, bo chociaż usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania to forma bardziej przyjazna seniorom niż pobyt w domach całodobowej opieki, a jednocześnie aż czterokrotnie tańsza od pobytu w domach pomocy społecznej[26], to wymagać będzie coraz większych nakładów finansowych, ale i coraz większej liczby profesjonalnie przygotowanych do pracy z seniorami osób.

Jak wynika z analiz finansowych, obecnie wydatki na opiekę długoterminową w państwach należących do OECD wynoszą 1,6% PKB, natomiast do 2050 roku wzrosną co najmniej dwukrotnie. Wynika to z faktu, iż 60% osób w wieku 75 lat ma ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności[27], co powoduje, że wymagają systematycznej, długofalowej pomocy środowiskowej. O skali zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej, ale jednocześnie o ich kosztochłonności świadczy fakt, iż w 25 krajach należących do OECD w ciągu dekady obejmującej lata 2000-2010 publiczne wydatki na opiekę długoterminową wyniosły 9% PKB per capita, podczas gdy publiczne wydatki na świadczenia zdrowotne wynoszą 4% PKB per capita[28]. Niepokoi również niewystarczająca liczba personelu medycznego, przede wszystkim pielęgniarek i lekarzy, a także profesjonalnych opiekunów osób starszych.

Starszy nie zawsze oznacza ubogi

O jakości życia oraz dostępie do usług zdrowotnych i infrastruktury społecznej decyduje sytuacja materialna osoby i gospodarstwa domowego. Obiegowe opinie odnoszące się do sytuacji finansowej osób starszych są jednoznaczne - to grupa osób niemogących sobie pozwolić na zaspokojenie wszystkich potrzeb, a nawet w przeważającej mierze ubogich. W praktyce okazuje się jednak, że te stereotypowe opinie nie mają zawsze odzwierciedlenia w obiektywnych wskaźnikach ekonomicznych. Średnia emerytura w Polsce w 2018 roku wynosiła około 2200 zł, co w porównaniu do średniej krajowej pensji, wynoszącej w 2018 roku ok. 4800 zł, nie jest dużo. Ale jeżeli weźmiemy pod uwagę średni miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę w gospodarstwach domowych składających się wyłącznie z osób starszych (w wieku 60 lat i więcej), to uzyskujemy inne wyniki - otóż rozporządzalny dochód w gospodarstwach seniorów w 2017 roku wyniósł 1888 zł i był o 17,5% wyższy niż w gospodarstwach, w skład których wchodziły jedynie osoby młodsze (mające mniej niż 60 lat). Analizując te dane, należy wziąć pod uwagę średnią liczbę osób w tych gospodarstwach. Te składające się wyłącznie z osób w wieku 60 lat i więcej były zazwyczaj 1- i 2-osobowe, podczas gdy w skład gospodarstw domowych bez osób starszych wchodziło przeciętnie około 3 osób (w tym dzieci, które pozostawały na utrzymaniu).

[25] Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski,* op. cit., s. 12.
[26] Najwyższa Izba Kontroli, *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym,* op. cit., s. 9.
[27] OECD/European Commission, *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, 2013, s. 15.
[28] Ibidem, s. 15.

Średnie miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych przez osoby mające 60 lat i więcej wyniosły 1514,69 zł i były o ponad 28% wyższe niż w gospodarstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze. Mimo to, osoby w wieku 60 lat i więcej, w porównaniu do osób młodszych, rzadziej oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą lub dobrą (27,5% vs 43,7%), a częściej deklarowały, że ich sytuacja materialna jest przeciętna, raczej zła lub zła[29].

Ekonomiści z Międzynarodowego Funduszu Walutowego (International Monetary Fund-IMF), OECD oraz organizacji zrzeszającej Brazylię, Rosję, Indie i Chiny (BRIC) opracowują od kilku lat Globalny Indeks Emerytalny (The Global Retirement Index - GRI). Określa on stopień bezpieczeństwa finansowego oraz poziom zabezpieczenia socjalnego osób będących na emeryturze i składa się z czterech głównych kategorii analizy: finansów osób pobierających emeryturę, materialnego ich dobrobytu, jakości życia emerytów oraz ich zdrowia. W 2019 roku na czele Globalnego Indeksu Emerytalnego uplasowały się: Islandia (osiągając 83% we wszystkich 4 kategoriach), Szwajcaria (również z wynikiem 83%) oraz Norwegia – 80%, Irlandia 78%, Nowa Zelandia 78%. Polska zajmuje w rankingu 27 pozycję z ogólną wartością 66% dla 4 kategorii. W domenie zdrowie polscy emeryci uzyskali 63%, w odniesieniu do kondycji finansowej – 66%, w jakości życia – 66%, natomiast w poziomie finansowego dobrobytu - 68%[30].

Jak wynika z powyższego opracowania, starość jest złożonym zjawiskiem wymagającym interdyscyplinarnego i wnikliwego podejścia. Przyjmując takie założenie oczekiwać należy dynamicznego rozwoju gerontologii. Trudnością może być jednak fakt, iż tak naprawdę starość we współczesnej odsłonie jest obserwowalna po raz pierwszy w historii - nigdy wcześniej nie istniało tak liczne pokolenie osób w wieku sędziwym. Z punktu widzenia nauki, to idealna sytuacja - odkrywanie nieodkrytego, natomiast uwzględniając społeczną praktykę trudno określić kiedy satysfakcjonujące seniorów rozwiązania z zakresu polityki senioralnej będą powszechnie funkcjonować. Wypada mieć nadzieję, że nastąpi to w ciągu kilku najbliższych lat, by zmniejszyć wciąż dużą rozbieżność między długością trwania życia a jego jakością.

Bibliografia

Active Ageing Index 2014; https://statswiki.unece.org/display/AAI/II.+Ranking/.

Andreas S., Schulz H., Volkert J. i in., *Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study*, "The British Journal of Psychiatry", nr 210(2), 2016.

Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Zrałek M., *Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycja modelu*. *Raport Rzecznika Praw Obywatelskich,* Warszawa 2016.

Dudek D., *Samobójstwo,* https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/76122,samobojstwo.

Dziuban A., *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się*. *Przegląd piśmiennictwa,* "Gerontologia Polska", nr 3/18, 2010.

[29] Główny Urząd Statystyczny, *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego,* Warszawa 2018, s. 8.

[30] Global Retirement Index 2019. *An in-depth assessment of welfare in retirement around the world*, https://www.allnews.ch/sites/default/files/files/Natixis-Investment-Managers-Global-Retirement-Index-PDF-Report_F.pdf, data dostępu: 15.11.2019.

Gendron TL., Welleford EA., Inker J., White JT., *The language of ageism: Why we need to use words carefully*, "Gerontologist", nr 56, 2016.

Global Retirement Index 2018. *An in-depth assessment of welfare in retirement around the world*, https://www.im.natixis.com/us/resources/2018-global-retirement-index-report.

Global Retirement Index 2019. *An in-depth assessment of welfare in retirement around the world*, https://www.allnews.ch/sites/default/files/files/Natixis-Investment-Managers-Global-Retirement-Index-PDF-Report_F.pdf.

Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Warszawa 2015.

Główny Urząd Statystyczny, *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego,* Warszawa 2018.

Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.

Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, Warszawa 2017.

Kolata G., *A medical mystery of the best kind: Major diseases are in decline*, www.nytimes.com/2016/07/10/upshot/a-medical-mystery-of-the-best-kind-major-diseases-are-in-decline.html?_r=0.

Komenda Główna Policji, *Zamachy samobójcze w 2017 roku*, http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html.

Kopczyński K., Kaczmarek M., *Suicide prevention in old age*, [w:] A. Chabior, A. Szplit (red.), *Ageing and Old Age as a Task – Health, Activation, Development, Integration*, Wydawnictwo Libron, Kraków 2014.

Mental Health Foundation: Fundamental Facts About Mental Health 2016. Mental Health Foundation: London: 38-42. www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mental-health-2016.pdf.

Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017,* Warszawa 2018.

Najwyższa Izba Kontroli, *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania. Raport*, Warszawa 2017.

OECD/European Commission: *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, 2013.

Otake T., *Thanks to 'rejuvenation', definition of elderly should go up 10 years, Japanese researchers say*, www.japantimes.co.jp/news/2017/07/26/national/science-health/thanks-rejuvenation-definition-elderly-go-10-years-japanese-researchers-say/#.XKXrpbh-KiA.

Ouchi Y., Rakugi H., Arai H., *Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society*, "Geriatrics and Gerontology International", nr 17, 2017.

Ponad pół miliona Polaków planuje operację plastyczną, www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artykul/ponad-pol-miliona-polakow-planuje-operacje,69,0,1784133.html.

Santy PA., *Observations on double suicide: review of the literature and two case reports*, "American Journal of Psychoterapy", nr 1, 1982.

The American Association for Marriage and Family Therapy, *Suicide in the elderly,* www.aamft.org/AAMFT/Consumer_Updates/Suicide_in_the_Elderly.aspx.

The American Society for Aesthetic Plastic Surgery, *Cosmetic (Aesthetic) Surgery National Data Bank. Statistics 2018*, www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2018_0.pdf.

The Global Age Watch Index 2015, https://www.helpage.org/global-agewatch/.

lek. Monika GUBAŁA
lek. Kinga TYRAŁA-SEWERYN
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra i Zakład Epidemiologii
mgr Mariola BUCZYŃSKA
Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu
dr n. hum. Urszula MICHALIK-MARCINKOWSKA
Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, Wydział Medyczny w Zabrzu

Ku starości – funkcjonowanie człowieka w okresie menopauzy i andropauzy

Streszczenie: Średnia dorosłość jest najdłuższym okresem dorosłego cyklu życia, wypełnionym problemami i wyzwaniami. W okresie średniej dorosłości oprócz menopauzy i andropauzy może pojawić się „kryzys wieku średniego", którego efektem jest przewartościowanie dotychczasowych priorytetów. Celem pracy było zbadanie wpływu kryzysu wieku średniego na kondycję psychofizyczną zarówno kobiet, jak i mężczyzn w okresie średniej dorosłości. Sformułowano następującą hipotezę: „Płeć, wiek oraz wykształcenie znacząco wpływają na przebieg klimakterium". Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z 32 pytań, skierowany do osób w wieku 40-60 lat. Odpowiedzi zgromadzono w elektronicznej bazie danych, a następnie poddano analizie statystycznej i konfrontacji z danymi literaturowymi.
Słowa kluczowe: *andropauza, menopauza, średnia dorosłość, kryzys wieku średniego*

Socio-occupational functioning during middle adulthood

Abstract: The middle adulthood is the longest period of adult life, full of problems and challenges. In the period of midlife, apart from menopause and andropause, a "midlife crisis" may occur, as well as the re-evaluation of current priorities. The aim of this study was to assess the impact of the midlife crisis on the psychophysical condition of both male and female in the middle adulthood period. As a research tool, it was used an original questionnaire consisting of 32 questions, addressed to people aged 40-60. Answers were recorded in the electronic database. Finally statistical analysis and literature review were performed.
Keywords: *andropause, menopause, middle adulthood, midlife crisis*

Wstęp

Objaśnienie podstawowych pojęć i definicji

Średnia dorosłość nazywana także wiekiem średnim to najdłuższy okres dorosłego cyklu życia, który stanowi stadium wypełnione licznymi rozwojowymi problemami i wyzwaniami. Podstawowe zmiany rozwojowe obejmują okres od 35-40 roku życia do 55-60 roku życia[1]. Właśnie w okresie średniej dorosłości może pojawiać się menopauza u kobiet i andropauza u mężczyzn.

[1] K. Appelt, *Środkowa dorosłość - szanse rozwoju*, „Remedium", nr 4(134), 2004, s. 4-5.

Menopauza jest to nazwa ostatniej miesiączki w życiu kobiety. Słowo menopauza wywodzi się z języka greckiego i stanowi połączenie dwóch słów: *meno* (miesiąc) oraz *pausis* (przerwa, zatrzymanie)[2]. Zostaje rozpoznana dopiero po upływie 12 miesięcy, w ciągu których nie pojawiło się krwawienie miesiączkowe i jest spowodowana zanikaniem hormonalnej czynności jajników. Zmiany towarzyszące menopauzie obejmują przede wszystkim ustanie jajnikowej syntezy estrogenów oraz progesteronu. Efektem tych zmian są zaburzenia regulacji autonomicznego układu nerwowego oraz zmiany w sferze emocjonalnej[3]. Język potoczny określa menopauzę jako „kilkuletni okres przed i po jej rozpoczęciu". Cały ten czas nazwany został klimakterium lub perimenopauzą (okołomenopauzą). Termin ten dotyczy okresu przekwitania, a dokładniej lat poprzedzających menopauzę oraz kilku lat po wystąpieniu ostatniej menstruacji[4].

Męski czas przekwitania nazywa się andropauzą. Pochodzenie tego słowa ma swoje korzenie, podobnie jak słowo menopauza, w języku greckim. Słowo *andropauza* stanowi połączenie dwóch greckich wyrazów: *andros* (mężczyzna) oraz *pausis* (przerwa)[2]. Pojęcie „męskiego klimakterium" oraz „męskiej menopauzy" po raz pierwszy zaczęło pojawiać się w latach 40. ubiegłego wieku i było określane pierwotnie jako zespół objawów, na który składały się rozdrażnienie, depresja, zaburzenia pamięci, trudności z koncentracją, łatwa męczliwość, bezsenność, uderzenia gorąca, zwiększona potliwość oraz spadek popędu seksualnego[5]. W przeszłości uważano także, że w przeciwieństwie do menopauzy, „męskie klimakterium" jest zjawiskiem rzadkim, patologiczną komponentą procesu starzenia[6]. Na przestrzeni lat pojęcie to kształtowało i zmieniało się. Polskie Towarzystwo Menopauzy i Andropauzy w 1997 r. zdefiniowało andropauzę jako: „(...) okres życia mężczyzny po pojawieniu się postępujących wraz z wiekiem niedoborów hormonów androgennych: testosteronu i dihydrotestosteronu, hormonu wzrostu, a także melatoniny, których niedobór powoduje wystąpienie i nasilanie się dolegliwości"[7]. Należy jednak pamiętać, że płodność oraz funkcje hormonalne jąder są zachowane do późnej starości[8]. Świadomość i wiedza na temat andropauzy rośnie. Obecnie andropauza omawiana jest jako okres w życiu mężczyzny (najczęściej po 50 roku życia) zapowiadający zbliżające się wejście w okres starości z początkiem wystąpienia szeregu dolegliwości w różnych sferach funkcjonowania jednostki, zarówno somatycznej, psychologicznej, jak i seksualnej o podłożu wielonarządowych zmian w organizmie, w tym zmian hormonalnych, wywołanych starzeniem się[9]. Powstały także kolejne terminy dotyczące funkcjonowania starzejącego się mężczyzny, takie jak ADAM - Androgen Decline in Ageing Males, AMS - Ageing Male Syndrome, LOH - Late Onset Hypogonadism oraz TDS - Testosterone Deficiency

[2] Z. Abramowiczówna, W. Appel, *Słownik polsko-starogrecki*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2007.
[3] T. Pertyński, G. Stachowiak, *Menopause – facts and controversies*, „Endokrynologia Polska", nr 57(5), 2006, s. 525-534.
[4] W. Urbaczka, *Szlachetne zdrowie...,* Wydawnictwo Blue art, Warszawa 2009, s. 24.
[5] A.A. Werner, *The Male Climacteric: Additional Observations of 37 Patients,* Journal of Urology, nr 49, 1943, s. 872-882.
[6] C.G. Heller, G.B. Myers, *The male climacteric, its symptomatology, diagnosis and treatment,"* JAMA", nr 126, 1944, s. 472--477.
[7] B. Piela,V. Skrzypulec, K. Nowosielski i in., *Kontrowersje wokół andropauzy*, [w:] L. Niebrój, M Kosińska (red.), *Położnictwo: profesja o wielu aspektach*, Wyd. ŚAM, Katowice 2004, s. 91-96.
[8] Z. Zdrojewicz, *Andropauza - fakty i mity*, „Family Medicine & Primary Care Review", nr 12(2), 2010, s. 501-506.
[9] M. Mędraś, L. Bablok (red.), *Andropauza*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, s. 10, 50-82, 97.

Syndrome[10, 11, 12]. W bazie Polskiej Biblioteki Lekarskiej (1991-2018) hasło *andropauza* zawierało w 2018 roku 132 rekordy, a *menopauza* aż 1464, co wskazuje na znaczną dysproporcję w liczbie publikacji na ten temat. Podobne wyniki można zaobserwować w bazie Pubmed - *andropause* - 574 czy *Late Onset Hypogonadism* – 529 vs. 65 886 wyników dotyczących menopauzy.

W okresie średniej dorosłości oprócz menopauzy i andropauzy może pojawić się też „kryzys wieku średniego". Określenie to zostało użyte po raz pierwszy przez Elliota Jacques'a w 1965 roku. Efektem kryzysu może być przewartościowanie dotychczasowych priorytetów, dotyczących pracy zawodowej, małżeństwa czy rodziny. Kryzys wieku średniego nie jest chorobą, lecz okresem przejściowym w życiu człowieka, który może charakteryzować się objawami występującymi z większą lub mniejszą intensywnością[13].

Zmiany fizyczne w okresie średniej dorosłości

Wraz ze starzeniem się, w organizmie człowieka dochodzi do wielu zmian organicznych i czynnościowych w różnych narządach, w tym także w nerkach. U osób starszych masa i wielkość nerek ulegają zmniejszeniu, obniża się ogólna liczba czynnych kłębuszków nerkowych. U ludzi w podeszłym wieku opisane zmiany organiczne prowadzą do wielu zmian czynnościowych, takich jak zmniejszenie wielkości przepływu krwi przez nerki oraz filtracji kłębuszkowej, a także upośledzenie zagęszczania moczu, konserwacji sodu, zakwaszanie moczu oraz zaburzenia gospodarki potasowej[14].

Powszechną chorobą, która dotyka osób w wieku średnim, jest nadciśnienie. Nieleczone, uszkadza istotne dla życia narządy, prowadzi do chorób serca, chorób nerek lub do udaru mózgu. Wzrost ciśnienia krwi spowodowany jest m.in. zmniejszaniem się elastyczności małych tętnic. Najbardziej powszechną przyczyną chorób serca u dorosłych jest choroba wieńcowa. Jest ona wynikiem miażdżycy naczyń wieńcowych i występuje w momencie, „gdy dochodzi do zwężenia tętnic wieńcowych, co z kolei prowadzi do zmniejszenia dopływu krwi do mięśnia sercowego"[15]. Kolejną chorobą, którą zagrożeni są ludzie w wieku średnim, są nowotwory – w grupie kobiet w wieku pomiędzy 30 a 54 rokiem życia choroby nowotworowe są dominującą przyczyną śmierci[16]. Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn są: rak gruczołu krokowego (19%), płuca (18%), jelita grubego (13%) oraz pęcherza moczowego (7%). Wśród kobiet najczęściej występującym nowotworem jest rak piersi stanowiący 23% rozpoznań. Na drugim miejscu znajduje się rak jelita grubego (10%), a następnie rak płuca (9%), nowotwory trzonu macicy (8%), jajnika (5%), tarczycy i szyjki macicy[17].

---

[10] C. Moore, D. Huebler, T. Zimmermann i in., *The Aging Males Symptoms scale (AMS) as outcome measure for treatment of androgen deficiency*, "European Urology", nr 46, 2004, s. 80–87.

[11] J.E. Morley, E. Charlton, P. Patrick i in. *Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males,* "Metabolism: clinical and experimental", nr 49, 2000, s. 1239-1242.

[12] M. Schubert, F. Jockenhövel. *Late-onset hypogonadism in the aging male (LOH): definition, diagnostic and clinical aspects.*, "Journal of Endocrinological I
nvestigation", nr 28(3 suppl.), 2005, s. 23-7.

[13] J. Gauthier, *Kryzys wieku średniego*, Wydawnictwo „W Drodze", Poznań 2005, s. 67-68.

[14] B. Rutkowski, *Zaburzenia struktury i funkcji nerek w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska", nr 13(4), 2005, s. 211–217.

[15] *Podstawowe osiągnięcia rozwojowe w poszczególnych okresach życia człowieka*, www.pl.static.z-dn.net/, data dostępu: 4.01.2019.

[16] Konferencja prasowa: *Zawały serca w Polsce. Najnowsze dane. Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa – Zabrze – Gdańsk 2014.

[17] J. Didkowska, U. Wojciechowska, *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce.* Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/, data dostępu: 4.01.2019.

Zmiany hormonalne

W tabeli 1 przedstawiono wykaz podstawowych hormonów, mających wpływ na organizm człowieka w okresie menopauzy i andropauzy. Zmiany hormonalne, jakie zachodzą w kobiecym organizmie, ściśle powiązane są z funkcjonowaniem osi podwzgórze – przysadka – jajnik. Zmiany te zachodzą już sześć lat przed rozpoczęciem się menopauzy. W tym okresie wzrasta stężenie hormonów wydzielanych przez przysadkę, czyli hormonu folikulotropowego oraz luteinizującego, które odpowiedzialne są za regularną czynność jajników[3].

Tabela 1. Podstawowe hormony mające wpływ na organizm człowieka w okresie menopauzy i andropauzy

GRUCZOŁ DOKREWNY	HORMONY	FUNKCJA
Przysadka	**FSH – hormon folikulotropowy**	**U kobiet –** *pobudza rozwój i czynności pęcherzyków jajnikowych* **U mężczyzn –** *powoduje powiększenie cewek nasiennych oraz wytwarzanie plemników*
	LH – hormon luteinizujący	**U kobiet –** *stymuluje owulację oraz rozwój ciała* **U mężczyzn –** *odpowiada za funkcjonowanie komórek śródmiąższowych jąder*
Jajnik	**Estrogeny Progestageny**	**U kobiet –** *warunkują rozwój i zróżnicowanie się żeńskich narządów rozrodczych, regulują cykl płciowy, warunkują zachowania seksualne* **U mężczyzn –** *ich niedobór w jądrach może powodować bezpłodność*
Jądra	**Testosteron**	*Wpływa na spermatogenezę oraz wykształcenie się wtórnych cech płciowych, zwiększa także poziom libido, wpływa również na sferę emocjonalną*

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Lewiński A. (red.): *Menopauza bez tajemnic*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 15.

Proces obniżania się czynności jajników może rozpocząć się pomiędzy 35 a 40 rokiem życia kobiety. Mówi się wówczas o „obniżeniu wrażliwości jajników na działanie hormonów przysadki". W konsekwencji rozwój pęcherzyków jajnikowych zostaje zaburzony, a u kobiety pojawiają się cykle bezowulacyjne. Równocześnie dochodzi do obniżenia stężenia poziomu hormonów wydzielanych przez same jajniki, czyli estrogenu i progesteronu[3].

Niewielu mężczyzn wie, że już z początkiem 30 roku życia poziom testosteronu spada nawet o 10% co dekadę. Spadek tych hormonów jest zjawiskiem naturalnym i wielu mężczyzn potrafi doskonale przystosować się do nowej sytuacji. Istnieje jednak grono mężczyzn, u których obserwuje się szereg nieprzyjemnych dolegliwości w tym właśnie okresie[8].

Zaburzenia czynności wewnątrzwydzielniczych jąder niestety rzutują na sprawność funkcji całego organizmu lub na poszczególne jego narządy. W czasie andropauzy stopniowemu obniżeniu ulega poziom głównego hormonu męskiego – testosteronu. Jest to najważniejszy hormon, jaki wytwarzają męskie jądra. Odpowiada on za rozwój drugorzędowych oraz trzeciorzędowych cech płciowych, a także wpływa na rozwój masy mięśniowej. Jego rolą jest również wzmaganie popędu płciowego. Ponadto odpowiada za sprawność seksualną

mężczyzny. „Znany jest również jego korzystny pobudzający wpływ na aktywność psychiczną i fizyczną”[18].

Produkcja testosteronu oraz prawidłowe i sprawne funkcjonowanie jąder uzależnione jest od prawidłowej czynności innych gruczołów wewnętrznego wydzielania. Duże znaczenie mają tutaj substancje, które nazywa się gonadotropinami - wydzielane są przez przysadkę. Substancje te to folitropina (FSH) i lutropina (LH) – „prawidłowa regulacja wydzielania testosteronu, FSH i LH ma podstawowe znaczenie dla czynności jąder”. Gdy regulacja ta zostaje zaburzona, prowadzi to do niedoboru testosteronu. Czas andropauzy u mężczyzn to stan, „w którym w wyniku starzenia się organizmu dochodzi do fizjologicznego spadku funkcji hormonalnej jąder”[19].

Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn w okresie przekwitania na skutek zaburzenia gospodarki hormonalnej dochodzi do zmian w obrębie całego ciała[20].

U kobiet w okresie menopauzy następują zmiany zanikowe w obrębie narządów rodnych. Pochwa skraca się i traci elastyczność, jej ściany stają się cieńsze, a co za tym idzie znacznie bardziej wrażliwe na urazy mechaniczne. Pojawia się uczucie suchości, co jest spowodowane zmniejszoną ilością wydzielanego śluzu. Wzrost pH pochwy i towarzyszący mu zanik fizjologicznej flory bakteryjnej zwiększa podatność na infekcje, co objawia się pieczeniem, swędzeniem, krwawieniem lub skłonnością do częstszego występowania infekcji dróg moczowych[21].

Zmniejszona w znacznym stopniu elastyczność wiązadeł macicy, niekorzystne zmiany w cewce moczowej oraz ścianie pęcherza moczowego sprawiają, że narząd rodny obniża się i wypada, co z kolei powoduje problem z nietrzymaniem moczu[22].

Objawy meno- i andropauzy

Jednymi z najbardziej powszechnych objawów menopauzy w Europie są uderzenia gorąca oraz nocne poty[20]. Badania sugerują, iż to właśnie one są najbardziej znaczącymi i specyficznymi objawami tego okresu, dominującymi u kobiet między 50 a 59 rokiem życia[23]. Kolejnymi dolegliwościami związanymi z menopauzą są zaburzenia snu polegające na trudnościach z zasypianiem czy częstych przebudzeniach. Opisane dolegliwości mają wpływ na codzienne życie kobiety, ponieważ powodują uczucie ciągłego zmęczenia, kłopoty z koncentracją oraz apatię pośrednio wpływając na jakość relacji z partnerem[24]. U kobiet w okresie klimakterium częściej stwierdzano także występowanie zaburzeń nastroju o typie depresyjnym,, jeśli chodzi zaś o lęk, najwyższe jego nasilenie obserwowano w grupie kobiet w wieku pomenopauzalnym[25].

---

[18] C.A. Podlasek, J. Mulhall, K. Davies i in., *Translational Perspective on the Role of Testosterone in Sexual Function and Dysfunction*, “The Journal of Sexual Medicine” nr 13(8), 2016, s. 1183-98.

[19] S. Ramaswamy, G.F. Weinbauer, *Endocrine control of spermatogenesis: Role of FSH and LH/ testosterone*, “Spermatogenesis”, nr 4(2), 2015, e996025.

[20] A. Szwed. *Biologiczne i kulturowe uwarunkowania klimakterium u kobiet*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2004, s. 26-115.

[21] J. Jin, *Vaginal and Urinary Symptoms of Menopause,* “JAMA”, nr 317(13), 2017, s. 1388.

[22] Y. Aoki, H.W. Brown, L. Brubaker i in., *Urinary incontinence in women*, “Nature Reviews. Disease Primers”, nr 6(3), 2017, s. 17042.

[23] K. Weidner, I. Croy, T. Siepmann i in., *Menopausal syndrome limited to hot flushes and sweating a representative survey study*, “Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology”, nr 38(3), 2017, s. 170-179.

[24] J.L. Cuadros, A.M. Fernández-Alonso, A.M. Cuadros-Celorrio i in., *Menopause Risk Assessment (MARIA) Research Group. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause*, “Maturitas”, nr 72(4), 2012, s. 367-72.

[25] K. Sprawka, A. Wysokiński, A. Orzechowska i in., *Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium*, „Psychiatria”, nr 5(3), 2008, s. 99–104.

Podczas przekwitania dochodzi u kobiet do zmniejszenia gęstości tkanki kostnej, przez co wzrasta ryzyko zachorowań na osteoporozę. Ta z kolei prowadzi do patologicznych złamań kości przedramienia, złamań szyjki kości udowej czy zgnieceń kręgów.

W przypadku mężczyzn niektóre objawy naczynioruchowe są podobne jak u kobiet: nadmierna potliwość, uderzenia gorąca czy palpitacje serca. Występują również inne typowe zmiany fizyczne, takie jak: zmniejszenie masy mięśniowej o 25% czy zwiększenie się ilości tłuszczu trzewnego o 10-15 kilogramów. Podobnie u mężczyzn skóra starzeje się, a włosy stają się coraz słabsze, wypadają, zmieniają pigment na siwy. Do bardziej niebezpiecznych objawów andropauzy u mężczyzn należą: nadciśnienie tętnicze, wzrost insulinooporności oraz zmniejszenie się masy kostnej – osteopenia[9].

Seksualność osób w wieku średnim

Zaburzenia seksualne u kobiet w okresie okołomenopauzalnym są wynikiem spadku stężenia hormonów, najczęściej androgenów i estrogenów. Obniżone stężenie estrogenów to powód rzadszego współżycia, natomiast spadek testosteronu powoduje zmniejszenie zainteresowania seksem. Spadkowi ulega także przepływ krwi w pochwie i sromie, co przyczynia się do ograniczenia dopływu estrogenów, które odpowiedzialne są za zwiększanie stymulacji seksualnej oraz za wilgotność sromu i pochwy. Zanik organów płciowych oraz suchość pochwy są powodem dyskomfortu, jaki kobieta może odczuwać podczas stosunku.

Do typowych zaburzeń seksualnych kobiet w okresie okołomenopauzalnym zalicza się[26]: zaburzenia lub brak pożądania seksualnego, zaburzenia orgazmu, zaburzenia podniecenia seksualnego, zaburzenia seksualne związane z bólem – dyspareunia (dysfunkcja seksualna, która objawia się bólem w trakcie stosunku).

Raporty socjoseksuologiczne[27] podają, że w pomenopauzalnym wieku u kobiet obserwuje się:

- spadek libido – u 94% badanych kobiet;
- dyspareunię – u 39% badanych kobiet;
- zmniejszenie aktywności seksualnej – u 88% badanych kobiet;
- utratę satysfakcji z kontaktów intymnych – u 100% badanych kobiet.

U mężczyzn jednym z elementów starzenia się są zmiany, które zależą od ograniczenia funkcji dokrewnej gonad i nadnerczy. Zmiany te polegają na tym, iż stopniowo zmniejsza się stężenie testosteronu w surowicy i jednocześnie wzrasta stężenie globuliny wiążącej, co z kolei powoduje ograniczanie puli aktywnych biologicznie androgenów. Spadkowi ulega także poziom DHEA oraz jego siarczanu. „Pomiędzy 40 a 70 rokiem życia mężczyzny stężenie testosteronu spada o 1% rocznie”[26].

Przeprowadzone badania dowiodły, że na świecie problemy z erekcją ma 150 milionów mężczyzn, z czego 1,5 miliona to Polacy – „w Polsce co drugi mężczyzna po 35 roku życia obserwuje u siebie zaburzenia wzwodu o rozmaitym nasileniu”[27]. Problem ten narasta wraz z wiekiem z nasileniem około 10% na dekadę po 40 roku życia. W naszym kraju, pomimo wagi problemu związanego z zaburzeniami erekcji, o pomoc do specjalistów zgłasza się zaledwie 14% mężczyzn[28].

[26] Z. Lew–Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*, PZWL, Warszawa 2010, s. 140–145.
[27] Ibidem.
[28] Mędraś M., Bablok L. (red.): *Andropauza*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, op. cit.

Celem pracy było zbadanie wpływu kryzysu wieku średniego na kondycję psychofizyczną zarówno kobiet, jak i mężczyzn w okresie średniej dorosłości. Sformułowano następującą hipotezę badawczą: **Płeć, wiek oraz wykształcenie znacząco wpływają na przebieg klimakterium**.

Materiał i metody

Metodyka pracy

Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorską ankietę składającą się z 32 pytań. Skierowana była do kobiet i mężczyzn w wieku 40-60 lat. Została rozdana w formie papierowego kwestionariusza mieszkańcom Śląska (przypadkowe osoby, współpracownicy rodziny, znajomi, sąsiedzi). Po wypełnieniu kwestionariusze w zaklejonych kopertach przekazywane były badaczom. Pierwsze 7 pytań pozwoliło scharakteryzować badaną grupę respondentów pod względem: płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sytuacji zawodowej, stanu cywilnego oraz wskaźnika BMI. Kolejne pytania dotyczyły bezpośrednio tematu andro- i menopauzy, miały one charakter pytań zamkniętych, a respondent mógł wybrać odpowiedź „tak/nie" lub jeden z możliwych wariantów odpowiedzi. W ankiecie posłużono się również pytaniami, na które respondenci odpowiadali zaznaczając odpowiedź na dziesięciostopniowej skali, gdzie 1 oznaczało ocenę najniższą, a 10 najwyższą. Uzyskane odpowiedzi zgromadzono w elektronicznej bazie danych, a następnie poddano analizie statystycznej.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 406 ankietowanych. Większość z nich (57%) stanowiły kobiety, a mężczyźni 43%. Grupa była zróżnicowana pod względem wieku: w jej skład wchodziły osoby w wieku 46-50 lat (29%), 40-45 lat (26%) oraz 51-55 lat (25%). Wykształcenie średnie posiadało 42% ankietowanych, niewiele mniej, bo 41%, stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Najmniej osób miało wykształcenie zawodowe (17%). Zdecydowana większość badanych (90%) była aktywna zawodowo, 6% pobierało rentę, a 4% stanowiły osoby bezrobotne. 89% badanych pozostawało w związku małżeńskim/partnerskim, a 11% nie miało partnera/partnerki. Wśród respondentów dominowały osoby, które zamieszkiwały duże miasta (59%), 29% badanych mieszkało w małych miastach, 12% - na wsi.

Wyniki

Według 75% badanych, w życiu człowieka występuje kryzys wieku średniego, który zdaniem 65% respondentów dotyczy obu płci, natomiast według 15% - wyłącznie kobiet. 20% ankietowanych uważa, że kryzys wieku średniego występuje wyłącznie u mężczyzn. Z terminem „andropauza" spotkało się 60% osób, w tym istotnie więcej, bo 64% kobiet i 45% mężczyzn, $p = 0{,}000$.

Wiek średni, starzenie się, okres przejścia na emeryturę potęguje obawę przed starością. Ankietowani średnio obawiają się starości – 5,37 pkt na 10 możliwych (SD 2,51, 1 pkt – najmniejsze obawy, 10 – największe obawy), bez znamiennej statystycznie różnicy pod względem płci. Co ciekawe, prawie połowa (48%) respondentów czuje się na mniej lat niż ma, a jedynie 11% na więcej niż wynosi ich wiek metrykalny. 41% badanych obawia się przejścia na emeryturę, istotnie statystycznie więcej mężczyzn (48%) niż kobiet (36%), $p = 0{,}018$.

Pytani o swój stan zdrowia, badani ocenili je na poziomie 7 punktów w 10-punktowej skali (1 pkt - najgorsza ocena, 10 - najlepsza). Jedynie 37% badanych miało kiedykolwiek wykonywane badanie stężenia hormonów we krwi, z czego aż 82% kobiet, a zaledwie 18% mężczyzn, p = 0,00000.

Kolejnym ważnym zagadnieniem było zadowolenie z życia. Ankietowani oceniają je na 7,3 punkty na 10 (SD=1,96, 1 pkt - najgorsza ocena, 10 - ocena najwyższa).

Własna atrakcyjność ankietowanych została przez nich oceniona w skali od 1 do 10 na 6,39 punktów, bez istotnych statystycznie różnic między płciami - kobiety średnio na 6,80 pkt, mężczyźni 6,79 pkt. Wykazano natomiast istotne statystycznie różnice w postrzeganiu własnej atrakcyjności w zależności od wieku (p = 0,012) oraz wykształcenia (p = 0,044): w grupie 40-45-latków było to średnio 6,57 pkt, 46-50-latków - 6,84 pkt, 51-55-latków – 6,95 pkt oraz 56-60-latków – 6,90 pkt. Pod względem wykształcenia najwyżej ocenili swoją atrakcyjność ankietowani z wyższym wykształceniem - średnio 7,12 pkt, kolejno z podstawowym i zawodowym 6,68 pkt, ze średnim 6,54 pkt. Respondenci zostali również poproszeni o ocenę atrakcyjności swojego partnera. W skali od 1 do 10 kobiety oceniły ich średnio na 5,93 pkt, a mężczyźni na 6,99, p = 0.000. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w przekonaniu o atrakcyjności partnera w zależności od wykształcenia - osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym oceniły atrakcyjność partnera średnio na 5,90 pkt, z wykształceniem średnim na 6,00, az wyższym - 7,01 (p = 0.003). Nie znaleziono istotnych różnic w wynikach pod względem wieku i miejsca zamieszkania.

Omówienie wyników

Populacja Unii Europejskiej 1 stycznia 2017 roku wynosiła 511,5 mln, z czego 64,9% to były osoby czynne zawodowo (od 15 do 64 roku życia). Większość naszych badanych w wieku od 40 do 55 lat pozostawała aktywna zawodowo. W 2017 roku osoby powyżej 65 roku stanowiły 19,4% całej populacji. Mediana wieku w UE to 42,8 lat. Dla porównania, w Irlandii mediana ta wynosi 36,9, a w Niemczech 45,9 lat. W związku z tym przeprowadzono badania w ramach projektu EUROPOP 2015, których celem było określenie prognoz dotyczących europejskiej populacji. Stwierdzono, że starzenie się ludności Europy będzie postępowało, a osoby urodzone w okresie „baby boomu" znikną z rynku pracy i zasilą grupę osób w podeszłym wieku. Przewiduje się, że w roku 2080 piramida wieku w Unii Europejskiej będzie miała kształt bryły zwężającej się w środku. Ponadto grupa osób w wieku 80 lat i więcej będzie najszybciej powiększającym się segmentem w populacji UE. Szacuje się, że powiększy się z 5,5% do 12,7% całej populacji w 2080[29]. Dane Eurostatu, Europejskiego Urzędu Statystycznego przy Komisji Europejskiego są jednoznaczne. Nasze społeczeństwo się starzeje. W 2017 r. 20,2% osób w 28 krajach Unii Europejskiej było w wieku 50-64 lata, natomiast wiek 14% Europejczyków mieścił się w zakresie 65-79 lat. Jak wygląda sytuacja w Polsce? Z prawie 38 milionów, 20,4% Polaków jest w wieku 50-64 lata. Podobna sytuacja jest w Chorwacji (21,6%), na Łotwie (20,7%) czy w Niemczech (22,4%)[30]. W 2014 roku Główny Urząd Statystyczny przedstawił prognozę demograficzną, wskazującą na to, że w 2025 roku osób w wieku 60 lat i więcej będzie powyżej 10 milionów, czyli prawie 28% ludności naszego kraju, a w 2035 roku - 11,4 miliona

[29] Eurostat: *Population structure and ageing,* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase, data dostępu; 14.12.2018.
[30] Eurostat: *Population on 1st January by age, sex and type of projection,* http://appsso.eurostat.ec. europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_15npms&lang=en, data dostępu: 14.12.2018.

(32%) – prawie 1/3 populacji[31]. Drastyczny spadek w aktywności zawodowej mieści się pomiędzy 50 a 69 rokiem życia. Mimo że 75% 50-latków jest aktywnych zawodowo, to już tylko 7% osób pracuje w wieku 69 lat[32]. W Polsce liczba pracujących powyżej 50. roku życia systematycznie rośnie. W tej grupie wiekowej w 2017 r. nastąpił wzrost liczby pracujących o 2,2% w porównaniu z rokiem poprzednim. Dla ludności w Polsce powyżej 50. roku życia współczynnik aktywności zawodowej wyniósł 34,0% w IV kwartale 2017 r., co oznacza, że co trzecia osoba w tej grupie była aktywna zawodowo. Wciąż jednak jest to mniej niż średnia państw europejskich, gdzie aktywny zawodowo powyżej 50. roku życia jest prawie co drugi mężczyzna (45,2%) i co trzecia kobieta (32,7%)[33].

Z terminem „andropauza" spotkało się 45% badanych przez nas mężczyzn. K. Walaszek wraz z zespołem oceniała wiedzę mężczyzn na temat andropauzy oraz ich samopoczucie. 72% ankietowanych nie wiedziało, czym jest andropauza oraz jakimi objawami się charakteryzuje. Z jednej strony nie wykazywali zainteresowania objawami andropauzy, z drugiej - charakteryzowali się dość dobrą wiedzą na temat raka prostaty. Mimo to, mężczyźni nie wykonują badań oznaczających stężenie testosteronu[34].

Do lekarzy należy rozpoznawanie oraz łagodzenie objawów andro- i menopauzy. Z pracy Pommerville'a i in.wynika, że choć większość kanadyjskich lekarzy spotkała się z pojęciem andropauzy, to ponad połowa z nich (57,4%) napotkała trudności związane z brakiem dostępu do rzetelnej wiedzy i materiałów edukacyjnych dotyczących tego zagadnienia[35]. Kargar i in. wykazali, że zaledwie 48,8% irańskich lekarzy słyszało kiedykolwiek o andropauzie. Spośród 402 lekarzy, prawie 70% stanowili lekarze rodzinni, czyli ci, którzy mają bezpośredni oraz największy kontakt z potencjalnymi pacjentami cierpiącymi z powodu andropauzy. Niestety ich wiedza na temat andropauzy była niska. Osiągnęli zaledwie 29.43±12.69 punktów na 76 możliwych, co podkreśla konieczność edukacji całego społeczeństwa, jak i lekarzy w zakresie przypadłości wieku średniego[36]. Co ciekawe, z badania kwestionariuszowego przeprowadzonego wśród polskich i fińskich studentów wynika, że to kobiety miały rozleglejszą wiedzę na temat objawów andropauzy[37]. Badanie Kino i in., którego celem była ocena poziomu wiedzy o andropauzie u japońskich kobiet, wykazało, że ankietowane pielęgniarki doświadczywszy w przeszłości lub obecnie objawów menopauzy charakteryzowały się znacznie większą świadomością i wiedzą o przebiegu męskiej andropauzy niż te, u których wspomniane objawy nigdy nie wystąpiły[38].

Starzenie się społeczeństwa wpływa także na gospodarkę. Znaczny wzrost seniorów przyczyni się do większego generowania wydatków na ochronę zdrowia osób w podeszłym wieku. Według prognoz, wydatki na leczenie osób starszych wzrosną o 12% do 2030 roku.

---

[31] D. Szałtys, *Prognoza ludności na lata 2014-2050,* GUS, Warszawa 2014.

[32] Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/data/database, data dostępu: 14.12.2018.

[33] E. Jankowska, M. Ryczkowski. *Osoby powyżej 50. roku życia na rynku pracy w latach 2016-2017.* GUS 30.04.2018 r., https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/osoby-powyzej-50-roku-zycia-na-rynku-pracy-w-latach-2016-2017,7,7.html, data dostępu: 4.01.2019.

[34] K. Walaszek. *Andropauza i proces starzenia się a jakość życia mężczyzn po 50. roku życia,* „Forum Medycyny Rodzinnej", nr 11(5), 2017, s. 209–215.

[35] P.J. Pommerville, P. Zakus, *Andropause: knowledge and awareness among primary care physicians in Victoria,* BC, Canada, "Aging Male", nr 9(4), 2006, s. 215-20.

[36] M. Kargar, M. Abootalebi, I. Jahanbin, A.R. Amin Sharifi, Z. Sharafi, *Knowledge and Attitude about Andropause Among General Physicians in Shiraz,* Iran 2014, "IJCBNM", nr 4(1), 2016, s. 27-35.

[37] K. Pryczek, E. Bielawska-Batorowicz, *Polish and Finnish students views on andropause. Part I. Opinions on andropause and knowledge about its symptoms*, "Przegląd Menopauzalny", nr 5, 2007, s. 357-364.

[38] A. Kino, H. Uemura, T. Yasui, *Different levels of awareness and knowledge of male climacteric in female nurses and female office workers,* "Maturitas", 80(2), 2015, s. 198-204.

Statystycznie największe koszty w ochronie zdrowia w Polsce generują mężczyźni w wieku 78 lat, około 800 mln rocznie. W efekcie powiększającej się liczby seniorów, w 2030 roku suma ta wyniesie 1,6 mld złotych[39]. Awang i in. sprawdzili, czego najbardziej obawiają się ludzie w przypadku choroby powstałej w wyniku procesu starzenia. Wśród osób w wieku 40-49 lat oraz 50-59 lat dominował strach przed tym, że staną się ciężarem dla bliskich, a chorobami, których ankietowani lękali się najbardziej, były kolejno: nowotwory, choroba Alzheimera oraz choroby serca.

Zadowolenie z życia ankietowani ocenili na 7,3 pkt na 10 (SD = 1,96, 1 pkt - najgorsza ocena, 10 – ocena najwyższa). Własna atrakcyjność została oceniona niżej, na 6,39 punktów. Erbil wykazał, że dla średniej wieku 54,84 roku 54,1% kobiet miało negatywny stosunek do zmian zachodzących u nich podczas menopauzy, 27,5% ankietowanych spełniało kryteria depresji. Pozytywne nastawienie do zmian zachodzących w czasie menopauzy wiązało się z bardziej pozytywnym odbiorem własnego ciała i mniejszym odczuwaniem symptomów depresyjnych[40]. Obniżona jakość życia (QoL) postmenopauzalnych kobiet może wpływać na jakość życia ich małżonków. Najwyżej ocenianymi dziedzinami życia par małżeńskich była sprawność fizyczna, najniżej - ogólny stan zdrowia[41]. Mrożek i in. zaobserwowali, że obniżająco na ocenę jakości życia i stanu zdrowia kobiet w okresie menopauzy wpływa wiek powyżej 51 lat, występowanie objawów menopauzy oraz nasilenie depresji[42]. W naszych badaniach stwierdzono istotną statystycznie zależność między postrzeganiem własnej atrakcyjności w zależności od wieku (p = 0,012). Co ciekawe, najniżej oceniły własną atrakcyjność osoby w przedziale wiekowym 40-45 lat (6,57 pkt), a najwyżej grupa 51-55-latków (6,90 pkt).

Andro- i menopauza wiążą się także z trudnym okresem zmian w relacjach damsko-męskich. W literaturze opisuje się spadek satysfakcji seksualnej oraz problemy natury emocjonalnej rzutujące na zadowolenie z życia oraz ze związku. Z polskich badań obejmujących 397 osób w wieku 45-68 lat pozostających w stałych związkach wynika, że najstarsze kobiety i najstarsi mężczyźni, w porównaniu z młodszymi osobami, niżej oceniają jakość swoich związków. Kobiety po menopauzie najniżej oceniły intymność i wzajemną komunikację w relacji z partnerem, co było związane z silnymi objawami depresyjnymi[43]. Badania własne pokazują, że ankietowane kobiety oceniały niżej atrakcyjność własnego partnera niż mężczyźni, niezależnie od wieku. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w przekonaniu o atrakcyjności partnera w zależności od wykształcenia - osoby z wyższym wykształceniem wyżej oceniają atrakcyjność partnera. Większość osób w średnim wieku przechodzi przez ten okres raczej spokojnie, ze świadomością przemijania, ale też ze stabilnym obrazem siebie, swoich osiągnięć oraz możliwości. Według badań CBOS-u[44] *Między młodością a starością* 70% Polaków czuje się młodo pod względem duchowym, natomiast 61% pod względem fizycznym. 2/3 Polaków wierzy w to, że w ich życiu może się wydarzyć wiele dobrego. Zatem wpływ klimakterium na kondycję psychofizyczną człowieka nie musi być negatywny[45].

[39] M. Wieczorkowska, *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości i starzenia się*, „Folia Oeconomica Acta Universitatis Lodziensis", nr 2(334), 2018.
[40] H. Awang, N. Mansor, T. Nai Peng, N.A. Nik Osman, *Understanding ageing: fear of chronic diseases later in life*, "The Journal of International Medical Research", nr 46(1), 2017, s. 175-184.
[41] S.M. Charandabi, N. Rezaei, S. Hakimi i in., *Quality of Life of Postmenopausal Women and Their Spouses: A Community-Based Study*, "Iran Red Crescent Medical Journal", nr 17(3), 2015, e21599.
[42] B. Mrożek, *Jakość życia kobiet w okresie menopauzy*, „Family Medicine & Primary Care Review", nr 16(2), 2014, s. 136-137.
[43] K. Jarecka, *Jakość związku a objawy menopauzalne u kobiet i andropauzalne u mężczyzn*, „Polskie Forum Psychologiczne", nr 22(2), 2017, s. 219-241.
[44] Centrum Badania Opinii Społecznej, *Między młodością a starością*, Warszawa 2007.
[45] S.M. Charandabi, N. Rezaei, S. Hakimi i in., *Sleep disturbances and sexual function among men aged 45-75 years in an urban area of Iran*, "Sleep Science", nr 9(1), 2016, s. 29-34.

Bibliografia

Abramowiczówna Z., Appel W., *Słownik polsko-starogrecki.* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2007.

Aoki Y., Brown H.W., Brubaker L. i in., *Urinary incontinence in women,* "Nature Reviews. Disease Primers", nr 6(3), 2017, s. 17042.

Appelt K., *Środkowa dorosłość - szanse rozwoju,* "Remedium", nr 4(134), 2004, s. 4-5.

Awang H., Mansor N., Nai Peng T., Nik Osman N.A., *Understanding ageing: fear of chronic diseases later in life*, "The Journal of International Medical Research", nr 46(1), 2017, s. 175-184.

Centrum Badania Opinii Społecznej, *Między młodością a starością*, Warszawa 2007.

Charandabi S.M., Rezaei N., Hakimi S. i in., *Quality of Life of Postmenopausal Women and Their Spouses: A Community-Based Study*, "Iran Red Crescent Medical Journal", nr 17(3), 2015; 17(3): e21599.

Charandabi S.M., Rezaei N., Hakimi S. i in., *Sleep disturbances and sexual function among men aged 45-75 years in an urban area of Iran,* "Sleep Science", nr 9(1), 2016, s. 29-34.

Cuadros J.L., Fernández-Alonso A.M., Cuadros-Celorrio A.M. i in., *Menopause Risk Assessment (MARIA) Research Group. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause,* "Maturitas", nr 72(4), 2012, s. 367-72.

Didkowska J., Wojciechowska U. *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce.* Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. *http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/.*

Eurostat: *Population structure and ageing, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase*.

Eurostat: *Population on 1st January by age, sex and type of projection, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_15npms&lang=en*.

Eurostat: *https://ec.europa.eu/eurostat/data/database.*

Erbil N., *Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause*, "Alexandria Journal of Medicine" 2018, s. 241-246.

Gauthier J., *Kryzys wieku średniego*, Wydawnictwo "W Drodze", Poznań 2005.

Heller C.G., Myers G.B., *The male climacteric, its symptomatology, diagnosis and treatment,* "JAMA", nr 126, 1944, s. 472-477.

Jankowska E., Ryczkowski M., *Osoby powyżej 50. roku życia na rynku pracy w latach 2016-2017.* GUS 30.04.2018 r., *https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/osoby-powyzej-50-roku-zycia-na-rynku-pracy-w-latach-2016-2017,7,7.html.*

Jarecka K., *Jakość związku a objawy menopauzalne u kobiet i andropauzalne u mężczyzn,* „Polskie Forum Psychologiczne, nr 22(2), 2017, s. 219-241.

Jin J., *Vaginal and Urinary Symptoms of Menopause*, "JAMA", nr 317(13), 2017.

Kargar M., Abootalebi M., Jahanbin I. i in., *Knowledge and Attitude about Andropause Among General Physicians in Shiraz,* Iran 2014, "IJCBNM", nr 4(1), 2016, s. 27-35.

Kino A., Uemura H., Yasui T., *Different levels of awareness and knowledge of male climacteric in female nurses and female office workers*, "Maturitas", nr 80(2), 2015, s. 198-204.

Konferencja prasowa: *Zawały serca w Polsce: Najnowsze dane: Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa – Zabrze – Gdańsk 2014.

Lew–Starowicz Z., Skrzypulec V. (red.), *Podstawy seksuologii,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Mędraś M., Bablok L. (red.), *Andropauza*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.

Moore C., Huebler D., Zimmermann T., i in. *The Aging Males Symptoms scale (AMS) as outcome measure for treatment of androgen deficiency,* "European Urology", nr 46, 2004, s. 80–87.

Morley J.E., Charlton E., Patrick P., i in., *Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males*, "Metabolism", nr 49, 2000, s. 1239–1242.

Mrożek B., *Jakość życia kobiet w okresie menopauzy*, „Family Medicine & Primary Care Review", nr 16(2), 2014, s. 136-137.

Pertyński T., Stachowiak G., *Menopause – facts and controversies,* "Endokrynologia Polska", nr 57(5), 2006, s. 525-534.

Piela B., Skrzypulec V., Nowosielski K. i wsp., *Kontrowersje wokół andropauzy*, [w:] Niebrój L., Kosińska M. (red.). *Położnictwo: profesja o wielu aspektach,* Wyd. ŚAM, Katowice 2004.

Podlasek C.A., Mulhall J., Davies K. i in., *Translational Perspective on the Role of Testosterone in Sexual Function and Dysfunction*, "The Journal of Sexual Medicine", nr 13(8), 2016, s. 1183-98.

Podstawowe osiągnięcia rozwojowe w poszczególnych okresach życia człowieka: *www.pl.static.z-dn.net/* [dostęp: 04.01.2019]

Pommerville P.J., Zakus P., *Andropause: knowledge and awareness among primary care physicians in Victoria, BC, Canada,* "Aging Male", nr 9(4), 2006, s. 215-20.

Pryczek K., Bielawska-Batorowicz E., *Polish and Finnish students views on andropause. Part I. Opinions on andropause and knowledge about its symptoms*, "Przegląd Menopauzalny", nr 6, 2007, s. 357-364.

Ramaswamy S., Weinbauer G.F. *Endocrine control of spermatogenesis: Role of FSH and LH/ testosterone*, "Spermatogenesis", nr 4(2), 2015, e996025.

Rutkowski B., *Zaburzenia struktury i funkcji nerek w podeszłym wieku,* „Gerontologia Polska", nr 13(4), 2005, s. 211-217.

Schubert M., Jockenhövel F., *Late-onset hypogonadism in the aging male (LOH): definition, diagnostic and clinical aspects,* "Journal of Endocrinolical Investigation", nr 28(3 suppl.), 2005, s. 23-7.

Sprawka K., Wysokiński A., Orzechowska A. i in., *Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium*, "Psychiatria", nr 5(3), 2008, s. 99-104.

Szałtys D., *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014.

Szwed A., *Biologiczne i kulturowe uwarunkowania klimakterium u kobiet*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2004.

Urbaczka W., *Szlachetne zdrowie...,* Wydawnictwo Blue art, Warszawa 2009.

Walaszek K., *Andropauza i proces starzenia się a jakość życia mężczyzn po 50. roku życia,* „Forum Medycyny Rodzinnej", nr 11(5), 2017, s. 209-215.

Weidner K., Croy I., Siepmann T. i in., *Menopausal syndrome limited to hot flushes and sweating a representative survey study,* "Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology", nr 38(3), 2017, s. 170-179.

Werner A.A., *The Male Climacteric: Additional Observations of 37 Patients*, "Journal of Urology", nr 49, 1943, s. 872-882.

Wieczorkowska M., *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości i starzenia się*, „Folia Oeconomica Acta Universitatis Lodziensis", nr 2(334), 2018.

Zdrojewicz Z., *Andropauza - fakty i mity*, "Family Medicine & Primary Care Review, nr 12(2), 2010, s. 501--506.

dr n. hum. Monika KORNASZEWSKA-POLAK
Uniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Psychologii i Instytut Teologii

Osamotnienie osób starszych w perspektywie teorii przywiązania

Streszczenie: Procesy starzenia się przebiegają u osób w podeszłym wieku z różnorodną dynamiką w sposób zwyczajny, pomyślny lub patologiczny. Biorąc pod uwagę zmiany fizjologiczne, psychologiczne i społeczne za najbardziej uciążliwe uznano pojawiające się problemy psychiczne na tle podupadającej kondycji zdrowotnej (spadek aktywności), w tym poczucie osamotnienia. Wysoki poziom osamotnienia dotyka głównie osoby, które według teorii przywiązania cechują style pozabezpieczne: unikający, lękowo-ambiwalentny czy zdezorganizowany. Relacje oparte na wzajemności, które formują z otoczeniem osoby o stylu bezpiecznym przywiązania, odzwierciedlają ich zdolność adaptacji i równoważenia komplementarnych ról osób dających i otrzymujących pomoc. Dlatego też za jeden z kluczowych czynników długowieczności uznano podnoszenie poziomu bezpieczeństwa w relacjach osób starszych.
Słowa kluczowe: *starzenie się, poczucie osamotnienia, style przywiązania, aktywność własna*

Loneliness of the elderly people in the perspective of attachment theory

Abstract: The aging processes occur in elderly people with various dynamics: in a normal, successful or pathological way. Considering the physiological, psychological and social changes, psychological problems appear to be the most difficult due to the decline in health (especially in activity), including the feeling of loneliness. The high level of loneliness mainly affects people who, according to attachment theory, are characterized by insecure styles: avoidance, anxiety-ambivalent or disorganized. Relationships based on reciprocity that form individuals with a secure attachment style to their environment reflect their ability to adapt and balance the complementary roles of those who give and receive help. Therefore, raising the level of secure attachment in older people's relationships was considered one of the key factors of longevity.
Keywords: *aging, loneliness, attachment styles, self-activity*

Populacje zachodnie starzeją się we wciąż wzrastającym tempie, powodując przyrost odsetka ludzi starszych, a spadek liczby nowo narodzonych dzieci. Wydłużanie się życia ludzkiego na skutek osiągnięć cywilizacyjnych, w tym rozwoju medycyny i zdrowego stylu życia, spowodowało, iż osoby po 60 roku życia stanowią obecnie 1/6 ogółu ludzkości[1]. Wzrasta także sukcesywnie liczba osób po 75 roku życia, co wskazuje na wystąpienie nowych trendów w strukturze demograficznej ludności oraz pojawiające się różnorodne problemy i potrzeby tej rosnącej warstwy społeczeństwa. Sytuacja ta wymaga dokładnej analizy: jakie obszary życia osób starszych są narażone na największy spadek jakości funkcjonowania i jakie są płynące z tego konsekwencje zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego.

[1] M. Straś-Romanowska, *Późna dorosłość*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2011, s. 326.

Uwarunkowania procesu starzenia się

Procesy starzenia, jak wskazuje wielu badaczy, przebiegają w sposób niejednorodny, duża część populacji osób starszych doświadcza jedynie lekkich schorzeń, dzięki czemu mogą być samodzielne (60-75%), kolejna część osób cierpi na kilka chorób przewlekłych, z powodu których muszą być niekiedy hospitalizowane, lecz poza krótkimi okresami w szpitalu są raczej niezależne (20-30%), jest też grupa osób starszych zniedołężniałych, z wieloma chorobami przewlekłymi, wymagająca stałej opieki medycznej lub instytucjonalnej (2-10%)[2].

Opisywane procesy starzenia się mogą przebiegać z różną dynamiką narastania schorzeń: w sposób zwyczajny, pomyślny lub patologiczny[3]. Sposób zwyczajny wskazuje na przeciętny przebieg ubytków funkcjonalnych w codziennym życiu. Natomiast przebieg patologiczny ukazuje wyraźny spadek funkcjonowania organizmu w wyniku równoczesnego występowania kilku chorób (wielochorobowość), prowadzący do poważnego obniżenia się poziomu aktywności aż do przedwczesnej śmierci. Z kolei starzenie się pomyślne oznacza takie optymalne procesy, które są kształtowane przez pozytywne uwarunkowania zewnętrzne, występują niewielkie deficyty fizjologiczne, psychologiczne i społeczne z zachowaną sprawnością fizyczną i intelektualną. Odsetek pomyślnie starzejących się seniorów w Polsce wynosi 10-20%.

Do najważniejszych uwarunkowań pomyślnego starzenia się należy zaliczyć optymalny w stosunku do wieku chronologicznego stan zdrowia, który jest zależny od dobrego samopoczucia fizycznego, niewielkiej liczby schorzeń o lekkim przebiegu, podejmowanej aktywności fizycznej[4]. Oprócz wskazanych czynników, duży udział w pomyślnym starzeniu się odgrywają dodatkowo: zdrowy tryb życia, niezależność finansowa, rozwój poznawczy (zarówno intelektualny, jak i poprzez realizację celów czy uprawianie hobby), podtrzymywanie sieci kontaktów społecznych z otoczeniem bliższym i dalszym. Bowling[5] podkreśla, iż satysfakcję życiową osoby starsze osiągają głównie poprzez takie funkcjonowanie społeczne, które zakłada partycypację oraz zaangażowanie w pełnienie ról społecznych i pozytywne relacje interpersonalne.

Różnorodne wyzwania w okresie starzenia się wymagają od seniorów nieustannej adaptacji do zmieniających się warunków oraz rosnącej listy strat, zwłaszcza o charakterze osobowym[6]. Do strat tych możemy zaliczyć: utratę bliskich relacji w efekcie śmierci oraz zmian w strukturze rodzinnej, kurczenie się sieci kontaktów towarzyskich i zawodowych, zmiany w tożsamości społecznej w wyniku szybkiego rozwoju cywilizacyjnego i nienadążania za zmianami, utratę atrakcyjności fizycznej i pozycji zawodowej, a także statusu społecznego. Poczucie straty wzbudza niejednokrotnie procesy kompensacyjne w postaci podtrzymywania sprawności w tych obszarach kondycji fizycznej, które słabną najwolniej czy zachowywania optymizmu życiowego wobec różnych zmiennych kolei losu. Należy przy tym pamiętać, iż zarówno obszar strat, jak i próby kompensacji cechuje duże zróżnicowanie indywidualne,

[2] C. Marcisz, *Uwarunkowania pomyślnego starzenia się seniorów*, [w:] C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red.), *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej*, Katowice 2018, s. 33.
[3] B. Bień, *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk 2006, s. 42.
[4] C. Marcisz, *Uwarunkowania pomyślnego starzenia się…*, op. cit., s. 33.
[5] A. Bowling, *Aspiration for older age in the 21st century: what is successful aging*?, "International Journal of Aging and Human Development", nr 64(3), 2007, s. 252.
[6] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

które utrudnia stworzenie jednego, uniwersalnego modelu procesów starzenia się ze względu na ich złożoność.

Efektywna adaptacja do starości zakłada także udział procesów psychiczno-duchowych, pośród których najważniejszymi są: akceptacja nieuchronności następowania zmian oraz związanych z nimi ograniczeń, pogodzenie się z przemijaniem i nadchodzącym kresem, dostosowanie się do nowych warunków życia. Procesy pogodnego, bądź nie, starzenia się opisał w swej teorii rozwojowej Erik Erikson. W teorii tej ostatnim, ósmym etapem funkcjonowania jest starość i możliwość realizacji zadań rozwojowych polegających na przystosowaniu się[7]. Nieodzowne na tym etapie jest dokonanie bilansu życiowego na podstawie indywidualnej historii życia oraz subiektywne rozliczenie się ze zrealizowanych zadań rozwojowych na wcześniejszych etapach. Jeśli bilans ten oceniany jest pozytywnie, jednostka doświadcza sensu życia i jego celowości, osiąga mądrość życiową, a także większą spójność i integrację wielu życiowych wątków. W przeciwnym wypadku negatywnie oceniany bilans prowadzi do wzrostu osamotnienia, mizantropii, apatii, lęku, poczucia winy i wrogości wobec świata[8].

Osiąganie dojrzałości w procesach starzenia się Straś-Romanowska komentuje: „człowieka o zintegrowanej osobowości cechuje nienarcystyczna miłość, akceptacja siebie i własnego losu jako czegoś niepowtarzalnego i wartościowego, brak lęku przed śmiercią, gotowość do odejścia, jak po dobrze spełnionej misji. Z kolei rozpacz, będącą przeciwieństwem integracji, przeżywają osoby niepotrafiące ani zaakceptować swojego życia, ani dokonać jego sensotwórczej reinterpretacji. Rozpacz przejawia się w poczuciu krzywdy, niemożności wybaczenia i pozbycia się urazów, w żalu i poczuciu winy”[9].

Problemy osób starszych: narastające poczucie osamotnienia

Wśród wielu problemów osób starszych na plan pierwszy wysuwa się poczucie osamotnienia. Perlman i Peplau definiują osamotnienie jako „nieprzyjemne doświadczenie pojawiające się wówczas, gdy sieć relacji społecznych jednostki jest niewystarczająca w sposób ilościowy bądź jakościowy”[10]. Samotność jest doświadczeniem subiektywnym, będącym rezultatem oceny poznawczej istniejących relacji interpersonalnych pod względem ich jakości i ilości oraz standardów relacji polegających na indywidualnych preferencjach, oczekiwaniach i pragnieniach. W klasycznym podziale samotności Weiss[11] rozdzielił ją na komponent emocjonalny – brak bliskich relacji intymnych i komponent społeczny – brak szerszej sieci kontaktów społecznych, która byłaby angażująca. Osamotnienie wśród osób starszych jest zazwyczaj związane z czynnikami takimi, jak płeć, stan zdrowia czy związane z nimi potrzeby opieki[12]. Dodatkowo należy podkreślić, iż osoby niebędące w związku doświadczają wyższego poczucia osamotnienia, podobnie jak osoby o niewielkich sieciach wsparcia społecznego[13].

Jak dowodzą liczne badania, konsekwencjami wysokiego poziomu osamotnienia są następujące objawy fizyczne: podwyższone skurczowe ciśnienie krwi, zwiększona oporność

[7] E. Erikson, *Tożsamość a cykl życia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
[8] D. Bromley, *The Psychology of Human Ageing*, Penguin Books, London 1977.
[9] M. Straś-Romanowska, *Późna dorosłość…*, op. cit., s. 324.
[10] D. Perlman, L. Peplau, *Toward a social psychology of loneliness*, [w:] S. Duck, R. Gilmour (red.), *Personal relationships 3*, London 1982, s. 38.
[11] R. Weiss, *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*, MIT Press, Cambridge 1973.
[12] R. Beeson, *Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses*, "Archives of Psychiatric Nursing", nr 17, 2003, s. 142.
[13] Por. P. Dykstra, T. Fokkema, *Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives*, "Basic and Applied Social Psychology", nr 29(1), 2007, s. 12.

naczyniowa, zwiększona liczba czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zwiększona aktywność kory nadnerczy i spadek odporności, a także objawy psychiczne: depresja, smutek, niepokój i niska samoocena, zaburzenia snu, nadużywanie alkoholu, nadużycia wobec dzieci oraz zaburzenia osobowości[14]. Należy również dodać, iż „osamotnienie nie tylko wzmacnia symptomy depresyjne, poziom odczuwanego stresu i złości, strach przed negatywną oceną innych, ale także obniża poziom optymizmu i samooceny"[15]. Wspomniane objawy mogą powodować choroby przewlekłe wówczas, gdy przedłużają się w czasie, co z kolei pogłębia poczucie osamotnienia w późnej dorosłości i w trakcie starzenia się.

Interesujących porównań dokonała Dykstra[16], która wskazała, iż nie tylko populacja osób starszych wykazuje wysokie poczucie osamotnienia. W przeglądzie badań przekrojowych okazało się, że podwyższony poziom osamotnienia charakteryzuje dwie grupy społeczne – młodych dorosłych w wieku 15-24 lata oraz osoby starsze po 80 roku życia. Natomiast grupy osób na różnych etapach dorosłości, od wczesnej po późną (25-79 lat), osiągały zbliżony, średni poziom osamotnienia. Dokonany przez autorkę przegląd badań pokazał także, iż mitem jest twierdzenie o rosnącym w miarę upływu czasu poziomie osamotnienia wśród osób starszych (zwłaszcza w kulturach indywidualistycznych). W badaniach międzykulturowych prowadzonych w Europie w 2006-2007 roku wykazano, że częste kontakty rodziców z dorosłymi dziećmi, uczestnictwo w życiu społecznym oraz wsparcie dla członków rodziny były istotnymi czynnikami w zapobieganiu i łagodzeniu samotności w prawie wszystkich krajach[17].

Style przywiązania na przestrzeni życia

W procesie rozwoju i skutecznym radzeniu sobie z problemami starzenia się jeden z najistotniejszych czynników stanowi poczucie bezpieczeństwa psychologicznego, które kształtuje się na wczesnych etapach życia, od momentu urodzenia się poprzez etapy dorastania aż do dorosłości. W teorii przywiązania John Bowlby podkreśla szczególne znaczenie poczucia zaufania i bezpieczeństwa w kształtowaniu prawidłowych relacji z bliskimi, które następnie odwzorowane są w kontaktach z innymi osobami[18]. Możliwość utworzenia trwałych i stabilnych związków z innymi, zwłaszcza z partnerem relacji romantycznej w dorosłym życiu, uzależniona jest właśnie od poziomu ufności ukształtowanej w dzieciństwie. Ufność ta wynika z nawiązania bliskiej, opartej na miłości i akceptacji więzi pomiędzy matką a dzieckiem, w której matka stanowi pierwotną figurę przywiązania. Poczucie bezpieczeństwa na przestrzeni życia stanowi podstawę dobrostanu jednostki, poczucia przynależności oraz jest gwarantem satysfakcjonującego poziomu jakości życia[19].

---

[14] Zestawienie badań za: M. Pereira, E. Taysi, F. Fincham, J. Machado, *Communication, relationship satisfaction, attachment and physical/psychological symptoms: the mediating role of loneliness*, [w:] D. Rhodes (red.), *Loneliness: Psychosocial Risk Factors, Prevalence and Impacts on Physical and Emotional Health*, Hauppauge 2015, s. 4.

[15] M. Kornaszewska-Polak, *Przywiązanie i osamotnienie w relacjach romantycznych osób dorosłych*, [w:] M. Gajewski, Z. Dołęga (red.), *Społeczne i osobiste przestrzenie samotności*, Warszawa 2018, s. 143.

[16] P. Dykstra, *Older adult loneliness: Myths and realities*, "European Journal of Ageing", nr 6, 2009, s. 97.

[17] T. Fokkema, J. de Jong Gierveld, P. Dykstra, *Cross-National Differences in Older Adult Loneliness*, "The Journal of Psychology", nr 146(1-2), 2012, s. 214.

[18] J. Bowlby, *Attachment and loss. Attachment,* vol. 1, Hogarth Press, London 1969. J. Bowlby, *Separation: anxiety and anger,* vol. 2, Basic Books, New York 1973. J. Bowlby, *Loss: sadness and depression,* vol. 3, Penguin Books, Harmondsworth 1980.

[19] C. Hazan, P. Shaver, *Attachment as an organizational framework for research on close relationships*, "Psychological Inquiry", nr 5(1), 1994, s. 20. M. Kornaszewska-Polak, *Poczucie przywiązania i osamotnienia w relacjach małżeńskich*, „Rocznik Pedagogiczny KUL", nr 8(44), 2016, s. 23-38.

Przywiązanie bezpieczne to jeden z trzech podstawowych stylów przywiązania wskazanych przez Ainsworth i współpracowników[20]. Dwa pozostałe style są określane jako pozabezpieczne, pierwszy z nich jest stylem unikającym, a drugi stylem lękowo-ambiwalentnym. W populacji osób dorosłych występowanie poszczególnych stylów kształtuje się następująco: 55-65% bezpieczny, 22-30% unikający (oddalający), 15-20% lękowy, ambiwalentny i zaabsorbowany[21]. Niemniej jednak, grupy porównawcze osób dorosłych w różnorodnych badaniach nad stylami przywiązania rzadko kiedy przekraczają wiek 65 lat.

W nielicznych badaniach stylów przywiązania osób w podeszłym wieku tendencje wzrostowe można odnotować w poziomie unikania/oddalania w relacjach w miarę upływu lat. W badaniach Diehl, Elnick, Bourbeau i Labouvie-Vief[22] wśród osób po 70 roku życia było 40% o unikającym przywiązaniu, podczas gdy wśród dorosłych w średnim wieku było ich 22%, a wśród młodych dorosłych 18%. Sytuację tę przedstawia tabela 1.

Tabela. 1. Poziom unikania przywiązaniowego uzyskany w różnych badaniach

Autorzy badania	Przedmiot badania	Styl bezpieczny (%)	Styl unikający (oddalający) (%)	Styl lękowy (ambiwalentny, zaabsorbowany) (%)
Consedine, Fiori i Magai, 2012	Regulacja emocji	13	**83**	4
Magai i in., 2001	Społeczności wykluczone pod względem ekonomicznym	22	**78**	–
Consedine i Fiori, 2009	Emocjonalne doświadczenia dorosłych	12,8	**77,6**	9,6
Hobdy i in., 2007	Główne wydarzenia życiowe w okresie starzenia się	39	**42**	19
Magai i Cohen, 1998	Pacjenci z demencją	56	**37**	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie C. Magai, M. Frias, P. Shaver, *Attachment in Middle and Later Life,* [w:] J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford Press, New York, London, 2016, s. 536.

Rosnący poziom unikania w relacjach jako sposób adaptacji do nowych warunków życia jest najczęściej tłumaczony wzrostem strat życiowych, jak już wcześniej pisano. Równie ważną rolę w wyjaśnieniu tego faktu odgrywa zjawisko większej skłonności do deklarowania autonomii i niezależności oraz samowystarczalności w obliczu rosnącej wraz z wiekiem zależności od innych. Podejście unikające w relacjach ukazuje w pewien sposób paradoksalne

[20] M. Ainsworth, E. Waters, C. Blehar, S. Wall, *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Erlbaum, Wiley, New York 1978.

[21] C. Hazan, P. Shaver, *Romantic love conceptualized as an attachment process*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 52, 1987, s. 518. J. Cassidy, P. Shaver, *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford Press, New York-London 2016.

[22] M. Diehl, A. Elnick, L. Bourbeau, G. Labouvie-Vief, *Adult attachment styles: Their relations to family context and personality*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 74, 1998, s. 1672.

zmaganie się osób starszych pomiędzy autonomią a zależnością[23]. Akcentowanie niezależności bowiem pozbawia osobę możliwości uzyskiwania pomocy i wsparcia wtedy, kiedy są one niezbędne (jak w przypadku cięższych chorób i nawracających zaburzeń).

Unikanie, podobnie jak lęk i ambiwalencja, jako style pozabezpieczne są ściśle związane z poziomem osamotnienia. Niski poziom zaufania u osób o pozabezpiecznych stylach przywiązania powoduje, że traktują oni innych jako odrzucających, wykazują się mniejszymi umiejętnościami komunikacyjnymi, co powoduje trudności w podtrzymywaniu relacji interpersonalnych[24]. W kilku badaniach udowodniono, iż negatywne doświadczenia płynące z relacji w dzieciństwie prowadziły do wzrostu lękowych i unikających stylów przywiązania w dorosłości oraz wiązały się z wyższym poczuciem osamotnienia[25]. Style pozabezpieczne związane są także z typem sieci kontaktów społecznych oraz wzorcami wymiany społecznej wśród osób starszych. Mniejsze sieci relacji z krewnymi i innymi osobami wśród jednostek o pozabezpiecznych stylach przywiązania, a zwłaszcza unikającym stylu, wskazują na mniejszą liczbę osób, od których można uzyskać wsparcie oraz na mniejszą zdolność do angażowania się w zachowania podtrzymujące więzi społeczne[26].

Style przywiązania u osób starszych różnicują się także w zależności od stanu cywilnego, gdyż osoby posiadające małżonka cieszą się większym dobrostanem, a osoby owdowiałe wykazują większy poziom unikania w relacjach[27]. Grossman[28] wysnuł tezę, iż więzi przywiązaniowe podtrzymują większy system rodzinny oraz mają udział w przetrwaniu członków tych systemów. Dziadkowie o bezpiecznym stylu przywiązania mieli większe sieci wsparcia, wskazywali na większą liczbę wspierających osób w rodzinie oraz otrzymywali i dawali więcej wyrazów wsparcia, podczas gdy dziadkowie unikający byli bardziej samowystarczalni.

Osoby starsze korzystają nie tylko z pomocy dalszych krewnych, ale przede wszystkim ze wsparcia własnych dzieci. W tych rodzinach, gdzie więzi przez całe życie były silne, miały one taki sam kształt w okresie starzenia się rodziców[29]. Badania nad relacjami przywiązaniowymi matek i ich dzieci pokazują jednak, iż obraz nie jest tak klarowny. Z badań kobiet starszych posiadających więcej niż jedno dziecko wynikało, iż połowa z nich miała pozabezpieczny styl przywiązania przynajmniej do jednego z dzieci[30]. Pośród wskazanych kobiet 40% miało bezpieczny styl przywiązania wobec wszystkich swoich dzieci, 40% miało style mieszane pozabezpieczne, a 20% styl unikający. Stąd możemy wysnuć wniosek, iż oczekiwana przez rodziców pomoc w okresie starości nie zawsze przynosi oczekiwane skutki.

---

[23] C. Magai, M. Frias, P. Shaver, *Attachment in Middle…*, op. cit., s. 535-536.

[24] J. Nikitin, A. Freund, *When wanting and fearing go together: The effect of co-occurring social approach and avoidance motivation on behaviour, affect, and cognition*, "European Journal of Social Psychology", nr 40, 2010, s. 794.

[25] R. Kobak, A. Sceery, *Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others*, "Child Development", nr 59, 1988, s. 138. E. di Tommaso, C. Brannen-Mcnulty, L. Ross, M. Burgess, *Attachment styles, social skills and loneliness in young adults*, "Personality and Individual Differences", nr 35, 2003, s. 309.

[26] K. Fiori, N. Consedine, E. Merz, *Attachment, social network size, and patterns of social exchange in later life*, "Research and Aging", nr 33, 2011, s. 487.

[27] P. Dykstra, J. de Jong Gierveld, *Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults*, "Canadian Journal of Aging", nr 23, 2004, s. 151.

[28] K. Grossman, *Ethological perspectives on human development and aging*, [w:] C. Magai, S. McFadden (red.), *Handbook of emotions, adult development and aging*, San Diego 1996, s. 60.

[29] M. Ainsworth, *Attachment beyond infancy*, "American Psychologist", nr 44(4), 1989, s. 711.

[30] M. Barnas, L. Pollina, E. Cummings, *Life-span attachment: Relations between attachment and socioemotional functioning in adult women*, "Genetic, Social and General Psychology Monographs", nr 117, 1991, s. 194.

Aspekty przywiązania determinujące pomyślny proces starzenia się

Warto w tym miejscu odpowiedzieć na niełatwe pytanie: czy osoby starsze są skazane na poczucie osamotnienia. Odpowiedź nie jest oczywista z tego powodu, iż dynamika ludzkiego życia jest zmienna: to, co w początkowej fazie wydaje się obiecujące, może w trakcie upływu lat ulec dewaluacji oraz degradacji, ale także przeciwne procesy mogą mieć miejsce w życiu rodzinnym. Wiele z czynników podtrzymujących oraz osłabiających pozytywne starzenie się seniorów zostało wcześniej wykazanych w tym rozdziale. Czynniki zdrowotne i biomedyczne odgrywają dużą rolę w podtrzymywaniu pozytywnego starzenia się, jednak to czynniki psychologiczne i psychospołeczne (na przykład przywiązanie) odgrywają rolę kluczową[31].

Za najważniejsze cechy osobowościowe wpływające na pozytywny kształt starości uznaje się optymizm, kontrolę i odporność emocjonalną, akceptację procesów starzenia się czy satysfakcję płynącą z dążenia do wartościowych celów[32]. Zauważmy, że są to procesy zwrotne: im więcej optymizmu i zaangażowania w różne aktywności u osób starszych, tym większa satysfakcja i poczucie pomyślności w życiu, które uważa się za sensowe. Z drugiej strony poczucie satysfakcji i spełnienia wzbudza większą chęć do podejmowania starań o pozytywny kształt kolejnych etapów życia. W interesującej teorii poznawczej optymizmu amerykański psychiatra i psychoterapeuta, Martin Seligman, przekonuje, iż optymizmu nie tylko można się nauczyć, ale można się nawet nim społecznie „zarażać"[33].

Z czynników psychospołecznych kształtujących pomyślną starość wymienia się życie w związkach i posiadanie partnera życiowego, podtrzymywanie kontaktów społecznych w szerokich sieciach relacji z krewnymi, przyjaciółmi, znajomymi oraz ufne nastawienie do innych ludzi, zwłaszcza w sytuacjach otrzymywania pomocy i wsparcia[34]. Osoby starsze stają się coraz bardziej zależne od otoczenia zewnętrznego i relacji z innymi, dlatego też ci, u których występuje bezpieczny styl przywiązania, są w stanie w większym stopniu zaakceptować konieczność przyjmowania pomocy i zaadaptować się do nowych warunków życia. Wzajemne relacje, które formują osoby ufne w stosunku do otoczenia, odzwierciedlają ich zdolność przystosowania się i równoważenia komplementarnych ról osób dających i otrzymujących pomoc (np. od dzieci czy wnuków)[35].

Niemniej jednak, różnorodne relacje osób starszych nie zawsze bywają satysfakcjonujące. Będzie zależeć to w głównej mierze od faktu, na ile obecne relacje odpowiadają na indywidualne zapotrzebowania i pragnienia oraz od miejsca, jakie bliskie relacje zajmują w systemie wartości osoby. Dykstra i de Jong Gierveld[36] zauważyły, iż im większe znaczenie osoba starsza przypisywała posiadaniu partnera życiowego, tym wyższego poczucia straty i osamotnienia doświadczała w przypadku jego utraty. Także fakt samego bycia w związku małżeńskim nie zawsze był gwarantem szczęśliwego życia i pomyślnej starości, ponieważ nawet będąc

[31] Por. C. Marcisz, *Uwarunkowania pomyślnego starzenia się*…, op. cit., s. 36.
[32] L. Carver, D. Buchanan, *Successful aging: considering non-biomedical constructs*, "Clinical Interventions in Aging", nr 11, 2016, s. 1627.
[33] M. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć, jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1993.
[34] H. Bee, *Lifespan development*, Harper Collins College Publishers, New York 2004. J. Belsky, *Experiencing the lifespan*, Worth Publisher, New York 2007.
[35] K. Fiori, N. Consedine, E. Merz, *Attachment, social network size*…, op. cit., s. 475.
[36] P. Dykstra, J. de Jong Gierveld, *The theory of mental incongruity, with a specific application to loneliness among widowed men and women*, [w:] R. Erber, R. Gilmour (red.), *Theoretical frameworks for personal relationships*, New York 1994, s. 238.

w związku, możemy być z niego niezadowoleni[37]. Co interesujące, problemy, z jakimi ludzie spotykali się w ich pierwszych małżeństwach, nie kończyły się razem z rozwodem, lecz trwały podczas kolejnego związku małżeńskiego[38].

Badania nad poczuciem osamotnienia w związkach romantycznych osób starszych były przeprowadzone przez zespół de Jong Gierveld[39]. Zbadano wówczas na terenie Holandii grupę ponad 700 osób starszych posiadających partnera życiowego (96% małżonków i 4% konkubentów) w wieku 64-92 lata. Badania wykazały, iż 18% kobiet i 16% mężczyzn jest osamotnionych pod względem emocjonalnym oraz 18% kobiet i 26% mężczyzn jest osamotnionych pod względem społecznym. Za oba rodzaje osamotnienia w głównej mierze było odpowiedzialne wsparcie instrumentalne świadczone przez małżonka oraz przez wspólnotę. Małżonek był dla tych osób głównym źródłem wsparcia emocjonalnego, na które składały się dobra komunikacja na równi z dobrym pożyciem seksualnym. Z drugiej strony znaczenie wspólnoty społecznej, w którą osoba była zaangażowana, było o tyle istotne, na ile duża była sieć kontaktów z innymi oraz na ile częste były spotkania z bliskimi, zwłaszcza dziećmi. Emocjonalne osamotnienie stawało się poważnym problemem w tych relacjach, w których małżonkowie kłócili się o sprawy finansowe, podział domowych obowiązków, uwagę współmałżonka oraz gdzie pożycie seksualne nie układało się lub nie miało miejsca.

Mężowie i żony, jak sugerują badania, nie są jednak w takiej samej sytuacji biorąc pod uwagę sieci kontaktów społecznych, jak i otrzymywane wsparcie i pomoc. Kobiety posiadają większe sieci wsparcia złożone z krewnych, własnych dzieci, przyjaciółek, natomiast mężowie znajdują emocjonalne spełnienie głównie w relacji z własną żoną[40]. Mężowie są zależni od żon ze względu na fakt organizacji życia domowego i przestrzegania ustrukturyzowanego stylu codziennego funkcjonowania, dlatego też utrata żony oznacza dla nich wyższy poziom osamotnienia[41].

Większym optymizmem na trwanie szczęśliwych związków także w okresie starości napawają badania przeprowadzone w Polsce. Badania te biorą pod uwagę wczesne wzorce przywiązania nabyte w dzieciństwie, które realizowane są w relacjach w dorosłości. Zasadniczo teoria przywiązania mówi o stałości wzorców na przestrzeni całego życia[42]. Niemniej jednak mogą one zmieniać się w pewnym stopniu w zależności od pozytywnych lub negatywnych (kryzysowych, traumatycznych) wydarzeń życiowych. Badania Tryjarskiej[43] dowodzą, iż około 30% nabytych we wczesnym dzieciństwie wzorców przywiązaniowych ulega modyfikacji pod wpływem różnych wydarzeń, ważnych z punktu widzenia jednostki. Badania te także wskazują, iż w przypadku osób o pozabezpiecznych stylach przywiązania doświad-

---

[37] B. Karney, T. Bradbury, *The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research*, "Psychological Bulletin", nr 118, 1995, s. 16.

[38] M. Kalmijn, C. Monden, *Are the negative effects of divorce on well-being dependent on marital quality?*, "Journal of Marriage and Family", nr 68, 2006, s. 1209.

[39] J. de Jong Gierveld, M. Broese van Groenou, A. Hoogendoorn, J. Smit, *Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness*, "Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences", nr 64B, 2009, s. 501.

[40] W. Gove, *The relationship between sex roles, marital status, and mental illness*, "Social Forces", nr 51, 1972, s. 39.

[41] M. Grimmelikhuijzen, *Loneliness and well-being after partner loss: A large cross-sectional study*, University of Utrecht, Utrecht 2013.

[42] T. Rostowska, *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1995.

[43] B. Tryjarska, *Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości*, [w:] B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie*, Warszawa 2010, s. 185-217.

czenie choćby jednej bliskiej i zażyłej relacji podwyższa poziom ufności w tworzonych w dorosłości więziach. Fakt ten został potwierdzony przez Kornaszewską-Polak[44], w badaniach której udowodniono, iż posiadanie partnera/małżonka o bezpiecznym stylu przywiązania podwyższa poziom zadowolenia ze związku obojga partnerów i może stać się gwarantem pomyślnego życia i starzenia się.

* * *

Tożsamość osób starszych na różnych etapach procesu starzenia zmienia się wraz ze zmianami w aktywności życiowej, na którą składają się aktywność fizyczna, psychiczna (poznawcza) i społeczna. Wraz ze spadkiem kondycji fizycznej związanej z obniżaniem się pochłaniania tlenu w mięśniach, pogarszają się różne aspekty zdrowia, natomiast wzrasta ilość schorzeń medycznych oraz zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu. Równolegle przebiegają procesy osłabienia wydolności psychicznej (pamięć) oraz kurczenia się sieci kontaktów społecznych mających duży wpływ na samopoczucie i poziom satysfakcji życiowej seniorów. Najważniejszym prozdrowotnym czynnikiem stylu życia staje się wówczas aktywność fizyczna i psychiczna oraz sposób zaangażowania w różnorodne relacje społeczne dające poczucie szczęścia[45]. Systematycznie podejmowana aktywność fizyczna, jak i aktywne podtrzymywanie relacji społecznych stają się gwarantem spowolnienia procesów starzenia się, wydłużenia dobrego funkcjonowania oraz zapewniają wysoki poziom dobrostanu, satysfakcji i poczucia sensu życia.

Bibliografia

Ainsworth M., *Attachment beyond infancy*, "American Psychologist", nr 44(4), 1989.

Ainsworth M., Waters E., Blehar C., Wall S., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Erlbaum, Wiley, New York 1978.

Barnas M., Pollina L., Cummings E., *Life-span attachment: Relations between attachment and socioemotional functioning in adult women*, "Genetic, Social and General Psychology Mono-graphs", nr 117, 1991.

Bee H., *Lifespan development*, Harper Collins College Publishers, New York 2004.

Beeson R., *Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses*, "Archives of Psychiatric Nursing", nr 17, 2003.

Belsky J., *Experiencing the lifespan*, Worth Publisher, New York 2007.

Bień B., *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk 2006.

Bowlby J., *Attachment and loss. Attachment, vol. 1*, Hogarth Press, London 1969.

Bowlby J., *Separation: anxiety and anger, vol. 2*, Basic Books, New York 1973.

Bowlby J., *Loss: sadness and depression, vol. 3*, Penguin Books, London 1980.

Bowling A., *Aspiration for older age in the 21st century: what is successful aging?*, "International Journal of Aging and Human Development", nr 64(3), 2007.

[44] M. Kornaszewska-Polak, *Subjective loneliness, well-being and marital satisfaction in couples with different attachment styles*, "Polskie Forum Psychologiczne", nr 4(21), 2016, s. 514-533.

[45] C. Marcisz, *Uwarunkowania pomyślnego starzenia się…*, op. cit., s. 36; M. Kornaszewska-Polak, *Aktywność drogą do doskonałości*, [w:] C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red.), *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej*, Katowice 2018, s. 72-86.

Bromley D., *The Psychology of Human Ageing*, Penguin Books, London 1977.

Carver L., Buchanan D., *Successful aging: considering non-biomedical constructs*, "Clinical Interventions in Aging", nr 11, 2016.

Cassidy J., Shaver P., *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, Guilford Press, New York-London 2016.

Diehl M., Elnick A., Bourbeau L., Labouvie-Vief G., *Adult attachment styles: Their relations to family context and personality*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 74, 1998.

Dykstra P., *Older adult loneliness: Myths and realities*, "European Journal of Ageing", nr 6, 2009.

Dykstra P., de Jong Gierveld J., *The theory of mental incongruity, with a specific application to loneliness mong widowed men and women*, [w:] R. Erber, R. Gilmour (red.), *Theoretical frame works for personal relationships*, New York 1994.

Dykstra P., de Jong Gierveld J., *Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults*, "Canadian Journal of Aging", nr 23, 2004.

Dykstra P., Fokkema T., *Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives*, "Basic and Applied Social Psychology", nr 29(1), 2007.

Erikson E., *Tożsamość a cykl życia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.

Fiori K., Consedine N., Merz E., *Attachment, social network size, and patterns of social exchange in later life*, "Research and Aging", nr 33, 2011.

Fokkema T., de Jong Gierveld J., Dykstra P., *Cross-National Differences in Older Adult Loneliness*, "The Journal of Psychology", nr 146(1-2), 2012.

Gove W., *The relationship between sex roles, marital status, and mental illness*, "Social Forces", nr 51, 1972.

Grimmelikhuijzen M., *Loneliness and well-being after partner loss: A large cross-sectional study*, University of Utrecht, Utrecht 2013.

Grossman K., *Ethological perspectives on human development and aging*, [w:] C. Magai, S. McFadden (red.), *Handbook of emotions, adult development and aging*, San Diego 1996.

Hazan C., Shaver P., *Romantic love conceptualized as an attachment process*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 52, 1987.

Hazan C., Shaver P., *Attachment as an organizational framework for research on close relationships*, "Psychological Inquiry", nr 5(1), 1994.

Jong Gierveld J. de, Broese van Groenou M., Hoogendoorn A., Smit J., *Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness*, "Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences", nr 64B, 2009.

Kalmijn M., Monden C., *Are the negative effects of divorce on well-being dependent on marital quality?*, "Journal of Marriage and Family", nr 68, 2006.

Karney B., Bradbury T., *The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research*, "Psychological Bulletin", nr 118, 1995.

Kobak R., Sceery A., *Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others*, "Child Development", nr 59, 1988.

Kornaszewska-Polak M., *Poczucie przywiązania i osamotnienia w relacjach małżeńskich*, „Rocznik Pedagogiczny KUL", nr 8(44), 2016.

Kornaszewska-Polak M., *Subjective loneliness, well-being and marital satisfaction in couples with different attachment styles*, "Polskie Forum Psychologiczne", nr 4(21), 2016.

Kornaszewska-Polak M., *Przywiązanie i osamotnienie w relacjach romantycznych osób dorosłych*, [w:] M. Gajewski, Z. Dołęga (red.), *Społeczne i osobiste przestrzenie samotności*, Warszawa 2018.

Kornaszewska-Polak M., *Aktywność drogą do doskonałości*, [w:] C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red.), *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej*, Katowice 2018.

Magai C., Frias M., Shaver P., *Attachment in Middle and Later Life*, [w:] J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*, New York-London 2016.

Marcisz C., *Uwarunkowania pomyślnego starzenia się seniorów*, [w:] C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red.), *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej*, Katowice 2018.

Nikitin J., Freund A., *When wanting and fearing go together: The effect of co-occurring social approach and avoidance motivation on behaviour, affect, and cognition*, "European Journal of Social Psychology", nr 40, 2010.

Nowicka A. (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

Pereira M., Taysi E., Fincham F., Machado J., *Communication, relationship satisfaction, attachment and physical/psychological symptoms: the mediating role of loneliness*, [w:] D. Rhodes (red.), *Loneliness: Psychosocial Risk Factors, Prevalence and Impacts on Physical and Emotional Health*, New York 2015.

Perlman D., Peplau L., *Toward a social psychology of loneliness*, [w:] S. Duck, R. Gilmour (red.), *Personal relationships 3*, London 1982.

Rostowska T., *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1995.

Seligman M., *Optymizmu można się nauczyć, jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1993.

Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2011.

Tommaso E. di, Brannen-Mcnulty C., Ross L., Burgess M., *Attachment styles, social skills and lone liness in young adults*, "Personality and Individual Differences", nr 35, 2003.

Tryjarska B., *Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości*, [w:] B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie*, Warszawa 2010.

Weiss R., *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*, MIT Press, Cambridge 1973.

dr n. hum. Monika KORNASZEWSKA-POLAK
Uniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Psychologii i Instytut Teologii

dr n. hum. Urszula MICHALIK-MARCINKOWSKA
Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, Wydział Medyczny w Zabrzu

dr n. med. Paweł ROGOZIŃSKI
Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

Osamotnienie społeczne pacjentów z przewlekłymi schorzeniami płuc

Streszczenie: Kontakty społeczne wywierają duży wpływ na samopoczucie oraz funkcjonowanie pacjenta w chorobie, a tym samym oddziałują na proces jego zdrowienia. Brak obecności i adekwatnej pomocy osobom chorym na przewlekłe schorzenia płuc w postaci wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i materialnego rodziny, przyjaciół, a także personelu medycznego, nie sprzyja zachowaniu optymalnego poziomu leczenia oraz maksymalizacji jego efektów. Pozbawienie osób chorych adekwatnego wsparcia skutkuje poczuciem osamotnienia, w wyniku którego pacjent może podjąć niewłaściwe decyzje dotyczące leczenia, a nawet może zupełnie zaniechać procesu leczenia. Celem przeprowadzonych badań była analiza zjawiska osamotnienia w sferze kontaktów rodzinnych i społecznych wśród pacjentów chorujących na przewlekłe schorzenia płuc. Zjawisko osamotnienia na poziomie kontaktów społecznych wśród tych pacjentów jest poważnym problemem, utrudniającym ich leczenie i rehabilitację. Należy zwrócić szczególną uwagę na informowanie przez lekarza prowadzącego członków rodziny pacjenta o przebiegu choroby, leczeniu i możliwości wsparcia chorego. Uwaga powinna być także skierowana na opiekę psychologiczną prowadzoną w ramach oddziałów szpitalnych tak, aby nie wypisywać pacjenta ze szpitala bez wcześniejszej oceny jego sytuacji i możliwości podjęcia rehabilitacji w warunkach pozaszpitalnych.
Słowa kluczowe: *poczucie osamotnienia, relacje społeczne, nowotwór, gruźlica, POChP*

Social loneliness among patients with chronic lung diseases

Abstract: The social contacts exert a great influence on the comfort and the functioning of the patient, and thus affect the process of healing. Lack of presence and adequate assistance to people suffering from chronic lung disease in the form of emotional, information and material support by family, friends and the medical staff is not conducive to maintaining an optimal level of treatment and maximize its effects. Depriving patients with adequate support results in a sense of loneliness, as a result of which the patient may take wrong decisions about treatment, and may even completely abandon the treatment process. The aim of the study was an analyse of loneliness in the area of family and social interaction among patients suffering from chronic lung disease. The phenomenon of loneliness at the level of social interaction among patients suffering from chronic lung disease is a major problem, impeding treatment and rehabilitation of patients. It is important to pay special attention to a doctor's process of informing the patient's family members about the disease, treatment and opportunities to support the patient. Attention should also be paid to psychological care conducted within the hospital wards so that the patient do not be write out from the hospital without prior assessment of the situation and options for rehabilitation out of the infirmary.
Keywords: *loneliness, social relationships, cancer, tuberculosis, COPD*

Wprowadzenie

Poczucie osamotnienia u pacjentów chorych na przewlekłe schorzenia, w tym na nowotwory płuc, jest faktem stwierdzonym w wielu badaniach[1]. Osamotnienie jest głównie powodowane doświadczaniem cierpienia wywołanego fizycznymi dolegliwościami oraz ich psychicznymi i społecznymi konsekwencjami. Długotrwałe odosobnienie, w tym także hospitalizacja, nadaje poczuciu osamotnienia pacjenta charakter chroniczny, zwiększa także prawdopodobieństwo postępowania choroby i śmierci[2]. Szacuje się, iż jedynie 10-15% wcześnie zdiagnozowanych pacjentów ma szansę na przeżycie do 5 lat[3]. Doświadczeniu choroby często towarzyszy zmiana poczucia tożsamości oraz systemu wartości pacjenta, jego relacji społecznych oraz organizacji dotychczasowego życia, którego jakość ulega drastycznemu obniżeniu.

Badania wśród pacjentów chorych na gruźlicę wskazują, iż osamotnienie jest przyczyną problemów w ich codziennym funkcjonowaniu. Najczęściej zgłaszanymi trudnościami wynikającymi z bycia chorym na gruźlicę są: problemy finansowe (27,9%), psychiczne (osamotnienie - 9,3%), a także związane z hospitalizacją (9,3%)[4]. Często poczucie osamotnienia współwystępuje w przypadku chorych na gruźlicę z innymi negatywnymi stanami i emocjami. W literaturze zwraca się uwagę przede wszystkim na: lęk przed śmiercią, obawy przed zarażeniem chorobą innych, zwłaszcza bliskich osób oraz bycie dyskryminowanym[5]. Ponadto pacjenci ci doświadczają cierpienia, poczucia straty, smutku oraz złości[6]. Częstość występowania lęku oraz depresji ocenia się na około 25%, przy czym u około 90% chorych lęk i depresja występują jednocześnie[7]. Doniesienia naukowe wskazują na częstsze występowanie depresji u chorych na POChP (24,6%) w porównaniu do innych chorych (11,7%)[8]. Zmiany w obszarze kondycji emocjonalnej współistnieją z poczuciem osamotnienia.

Zachowania osób z chorobą przewlekłą oraz sposoby radzenia sobie z nią mogą przybierać wiele form. Może być to unikanie polegające na minimalizowaniu i bagatelizowaniu objawów, maskowanie, czyli odwrócenie uwagi od schorzenia lub też koncentrowanie się na

---

[1] A. Rokach, *Correlates of loneliness as perceived by the terminally ill*, "Current Psychology", nr 19(3), 2000, s. 237–248; A. Rokach, *Loneliness in cancer and multiple sclerosis patients*, " Psycholical Report", nr 94(2), 2004, s. 637-648; M.T. Høybye, C. Johansen, T. Tjørnhøj-Thomsen, *Online Interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group*, "Psychooncol", nr 14(3), 2005, s. 211-220; M. Rosedale, *The survivor-loneliness of women following breast cancer*, "Oncology Nursing Forum", nr 36(2), 2009, s. 175-183; S. Pehlivan, O. Ovayolu, N. Ovayolu i wsp., *Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer*, " Support Care Cancer", nr 20(4), 2012, s. 733-739; J. Corner, R. Wagland, *Quality of life of cancer survivors in England: analysis of patients' free text comments: Final Report.* University of Southampton, Southampton 2013; C. Devane, *Facing the fight alone. Isolation among cancer patients. Annual Report.* Macmillan Cancer Support, London 2013.

[2] I. Heszen, H. Sęk, *Psychologiczne problemy chorób nowotworowych,* [w:] I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia* (red.), PWN, Warszawa 2007, 297-304; C.H. Kroenke, L.D, Kubzansky, E.S. Schernhammer i wsp., *Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis*, „Journal of Clinical Oncology", nr 24(7), 2006, s. 1105–1111; B. Nausheen, N.J. Carr, R.C. Peveler i wsp., *Relationship between loneliness and proangiogenic Cytokines in newly diagnosed Tumors of Colon and Rectum*, „Psychosomatic Medicine", nr 72(9), 2011, s. 912–916.

[3] M. Krzakowski, J. Jassem, *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych,* [w:] M. Krzakowski, J. Jassem (red.), *Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia,* VM Media, Gdańsk 2013, s. 71-96.

[4] D. Aslana, H. Altıntaşa, S. Emrib S i wsp., *Self-evaluations of tuberculosis patients about their illnesses at Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital Turkey*, "Respiratory Medicine", nr 98(7), 2004,s. 626–631.

[5] S.C. Baral, D.K. Karki, J.N. Newell, *Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: A qualitative study,* " BMC Public Health", nr 7(211), 2007.

[6] S.S. Souza, D.M. Silva, B.H. Meirelles, *Social representations of tuberculosis,* "Acta Paul Enferm", nr 23(1), 2010, s. 23–28.

[7] M. Kunik, K. Rondy, C. Veazey, *Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders,* "Chest", nr 127, 2005, s. 1205-1211.

[8] Zhang MW, Ho RC, Cheunq MW i wsp. *Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression*, "General Hospital Psychiatry", nr 33, 2011, s. 217-223.

chorobie poprzez intensywne skupienie się na jej objawach i skutkach[9]. Niezależnie od wykorzystanych mechanizmów obronnych, takich jak: tłumienie, pozorowanie, wyparcie czy racjonalizacja, jest faktem oczywistym, że człowiek w ten sposób broni się, chcąc przetrwać za wszelką cenę, niejednokrotnie tocząc walkę z chorobą w osamotnieniu. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż reakcje takie, jak upór czy złośliwość są naturalne na pewnym etapie choroby, choć nie wynikają one ze złej woli chorego. Nieustanny stres i strach o życie decydują o zachowaniach niejednokrotnie nieadekwatnych do sytuacji. Świadomość ograniczeń, przeobrażeń dotychczasowego życia, mniejsza aktywność we wszystkich obszarach funkcjonowania jest głównym źródłem owej chwiejności emocjonalnej, rezygnacji ze współpracy z personelem medycznym oraz z kontaktów rodzinnych i społecznych[10].

Tymczasem kontakty społeczne mają niebagatelny wpływ na samopoczucie oraz funkcjonowanie pacjenta w chorobie, a tym samym oddziałują na proces jego zdrowienia. Obecność i pomoc w postaci wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i materialnego rodziny, przyjaciół, a także personelu medycznego, sprzyjały zachowaniu optymalnego poziomu leczenia chorób płuc i maksymalizacji jego efektów[11]. Jak pokazały badania pacjentów onkologicznych, ci, którzy mieli wspierające relacje społeczne, żyli co najmniej rok dłużej niż ci, którzy takiej pomocy nie otrzymywali[12]. Szacuje się, iż około jedna czwarta pacjentów doświadcza braku pomocy ze strony najbliższych podczas leczenia i rekonwalescencji, a 20% traci kontakt z rodziną niedługo po diagnozie[13]. Powodem tego może być brak czasu bądź duża odległość od miejsca zamieszkania chorego, ale także brak zrozumienia dla przebiegu choroby czy niewiedza, jak należy się zachować[14]. Niektórzy pacjenci w trakcie rekonwalescencji doświadczają presji ze strony otoczenia, aby porzucili przeszłość i żyli dniem obecnym[15].

Brak obecności i pomocy innych skutkuje podejmowaniem niewłaściwych decyzji w procesie leczenia przez chorego, ale także może doprowadzić do zupełnego odrzucenia leczenia. Ze strony otoczenia społecznego pacjent może doświadczać negatywnego nastawienia prowadzącego do izolacji i stygmatyzacji[16]. Niekorzystny wygląd fizyczny wzbudza wstyd u pacjentów, poczucie wykluczenia obniża samoocenę i subiektywną jakość życia, co wtórnie doprowadza do pogłębienia poczucia osamotnienia[17]. Wobec powyższego istotna staje się

---

[9]A. Trzcieniecka-Green (red.), *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych.* Wydawnictwo TAiWPN UNIVERSITAS, Kraków 2012.

[10]M. Michalak, *Akceptacja osób przewlekle chorych w społeczeństwie,* [w:] T. Zacharuk (red.), „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy", nr 9, Siedlce 2009, s. 101.

[11] J. Corner, R. Wagland, *Quality of life of cancer survivors in England: analysis of patients' free text comments: Final Report*, op. cit.; F.C. Hawkley, J.T. Cacioppo, *Loneliness and pathways to disease*, " Brain Behavior and Immunity", nr 17 (Suppl 1), 2003, s. 98-105; Y. Yildirim, S. Kocabiyik, *The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer*, "Journal Clin Nurs", nr 19(5-6), 2010, s. 832-839.

[12] S. Lutgendorf, K. de Geest, D. Bender i wsp., *Social influences on clinical outcomes of patients with ovarian cancer,* "Journal of Clinical Oncology", nr 30(23), 2012, s. 2885-2890.

[13] C. Devane, *Facing the fight alone. Isolation among cancer patients. Annual Report,* op. cit.

[14] J. Corner, R. Wagland, *Quality of life of cancer survivors in England: analysis of patients' free text comments: Final Report*, op. cit.; M. Upendo, *Nurses' perceptions on cancer patients' loneliness*, Laurea University of Applied Sciences, Otaniemi 2009; A. Shankar, A. McMunn, J. Banks i wsp., *Loneliness, social isolation, and behavioural and biological health indicators in older adults,* "Journal of Health Psychology", nr 30(4), 2011, s. 377-385.

[15] M.T. Høybye, C. Johansen, T. Tjørnhøj-Thomsen, *Online Interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group*, op. cit.; M. Arman, A. Rehnsfeldt, L. Lindholm i wsp., *Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences*, "International Journal of Nursing Practice", nr 10(6), 2004, s. 248-256.

[16] J. Corner, R. Wagland, *Quality of life of cancer survivors in England: analysis of patients' free text comments: Final Report*, op. cit.

[17] T. Rzepa, R. Żaba, *O wstydliwych chorobach oraz reakcjach emocjonalnych i zachowaniach wobec osób zarażających*, [w:] M. Kornaszewska-Polak (red.), *Wystarczająco dobre życie. Konteksty psychologiczne,* Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec 2015, s. 133-142.

analiza wpływu społecznego na poczucie osamotnienia u pacjentów doświadczających chorób przewlekłych. Artykuł prezentuje analizę dotyczącą relacji społecznych i poczucia osamotnienia u osób przewlekle chorych.

Cel i metoda badań

Celem przeprowadzonych badań jest analiza zjawiska osamotnienia w sferze kontaktów rodzinnych, przyjacielskich i społecznych wśród pacjentów chorujących na przewlekłe schorzenia płuc. Na tym obszarze, podobnie jak i w sferze bliskich relacji pacjentów, brakuje wystarczającej liczby opracowań wskazujących na skalę i znaczenie zjawiska osamotnienia u osób przewlekle chorych.

O udział w badaniu poproszono 100 pacjentów chorych na przewlekłe choroby płuc przebywających na oddziałach leczenia chorób płuc w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej. Od 76 pacjentów uzyskano wypełnione kwestionariusze. Odsetek partycypacji wyniósł zatem 76%, co należy uznać za dość wysoki wynik ze względu na niechęć osób hospitalizowanych, zwłaszcza starszych, do wypełniania rozbudowanego kwestionariusza. Wśród badanych 44% stanowiły kobiety, natomiast 56% mężczyźni. Średni wiek badanych osób wynosił 57,5 roku. Najliczniejszą grupę wśród badanych pacjentów stanowiły osoby chore na gruźlicę (65%), następnie chorujące na nowotwory (20%), astmę oskrzelową (10%) oraz pylicę płuc (5%). Średnio pacjenci przebywający w szpitalu chorowali na chorobę płuc 11 miesięcy, natomiast średni okres pobytu w szpitalu wynosił 4 tygodnie.

Do badania poziomu osamotnienia u pacjentów użyto Skali Osamotnienia DLS (*Differential Loneliness Scale* – wersja *Nonstudent*) N. Schmidta i V. Sermata, która jest metodą samooceny poczucia osamotnienia i społecznej dyssatysfakcji u osób dorosłych niebędących studentami[18].

Skala DLS jest narzędziem złożonym z 60 zdań twierdzących. Część z nich ma charakter twierdzeń wprost (treść odzwierciedla brak zadowolenia z kontaktów społecznych), a część – twierdzeń nie wprost (treść odzwierciedla satysfakcję z kontaktów z innymi). Badany ma za zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia, wybierając jedną z odpowiedzi: TAK lub NIE. Poszczególne podskale dotyczą odpowiednio relacji: (1) romantyczno-seksualnych, (2) przyjacielskich, (3) rodzinnych i (4) kontaktów społecznych. Badanie Skalą DLS pozwala uzyskać zarówno globalny wskaźnik osamotnienia, który mieści się w przedziale od 0 (niskie poczucie osamotnienia) do 60 (wysokie poczucie osamotnienia), ale także partykularne wskaźniki dotyczące 4 poszczególnych rodzajów relacji w przedziałach od 0 do 8/22 (w zależności od podskali). Ponieważ polska adaptacja skali nie doczekała się jeszcze normalizacji, do interpretacji wyników przyjęto próg 30% uzyskanych punktów i więcej – w danym twierdzeniu, wskazujący na występowanie u badanej osoby poczucia osamotnienia.

Poza Skalą DLS zastosowano pytania autorskie dotyczące cech socjodemograficznych badanych oraz sytuacji pacjentów związanej z pobytem w szpitalu.

[18] Schmidt N., Sermat V., *Measuring loneliness in different relationships*, "Journal of Personality and Social Psychology" 1983, 44(5): 1038-1047.

Wyniki badań

W prezentowanej analizie wzięto pod uwagę trzy ze wspomnianych podskal DLS: relacji rodzinnych, relacji przyjacielskich i kontaktów społecznych. Osoby badane miały także wskazać (w pytaniach z ankiety wstępnej), z jaką częstotliwością są odwiedzane w szpitalu przez członków rodziny, przyjaciół czy dalszych znajomych. Przez rodzinę było odwiedzanych codziennie 4% pacjentów, raz w tygodniu 22% pacjentów, raz w miesiącu 34% osób, natomiast 31% badanych w ogóle nie było odwiedzanych. Znajomi i przyjaciele odwiedzali chorych: kilka razy w tygodniu – 16% pacjentów, raz w tygodniu 13,5%, raz w miesiącu 31%, a 27% nie było odwiedzanych przez znajomych w ogóle. Natomiast 12,5% osób nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Zastanawiający i niepokojący jest brak odwiedzin u jednej trzeciej osób chorych: przez dobrych znajomych – 27%, a przez rodzinę nawet 31%, który może wskazywać na wysoki poziom osamotnienia badanych.

Szczegółowej analizie poddano kolejne relacje społeczne chorych: z rodziną, przyjaciółmi oraz z dalszymi znajomymi. Analiza ta miała pomóc w stwierdzeniu jakości tych relacji i pokazać ich wpływ na poczucie osamotnienia. Wyniki analiz przedstawiono kolejno w tabelach 1-3.

Pomimo odosobnienia spowodowanego hospitalizacją część z pacjentów doświadcza praktycznej pomocy ze strony rodziny, wsparcia emocjonalnego, informacyjnego czy finansowego. Zasadniczo potrzeby przywiązania i przynależności oraz bezpieczeństwa chorego są zaspokajane poprzez adekwatną opiekę i obecność najbliższych (46%-95%). Niemniej jednak 51% chorych wskazuje, że jest zażenowana zachowaniami członków rodziny. Prawdopodobnie nieadekwatne reakcje rodziny wynikają z braku zrozumienia chorego (39%) czy z braku komunikacji (34%). Osoby chore doświadczają także trudności w otwarciu wobec członków rodziny (26%), braku zrelaksowania w atmosferze rodzinnej (23%) oraz w słabych kontaktach z rodziną (23%). Rodzina bywa także często zbyt zajęta własnymi obowiązkami, aby móc adekwatnie pomagać choremu (22%).

Zastosowano analizę statystyczną w celu porównania odpowiedzi kobiet i mężczyzn dotyczące ich relacji z rodziną. W przypadku trzech stwierdzeń uzyskano różne statystycznie odpowiedzi w zależności od płci badanych. Wśród pacjentów, którzy nie otrzymują od swych rodzin takiego wsparcia, którego potrzebują, było trzy razy więcej kobiet (75% kobiet vs 25% mężczyzn, $p = 0,013$). Wśród osób, którym trudno było wyrażać uczucia miłości wobec członków swych rodzin, aż 100% stanowili mężczyźni ($p = 0,022$). Na stwierdzenie o braku otwartości wobec członków rodziny prawie 4-krotnie częściej odpowiadali twierdząco mężczyźni (79% mężczyzn vs 21% kobiet, $p = 0,029$).

Następnie zbadano poziom relacji z przyjaciółmi pacjentów. Wyniki przedstawia tabela 2. Badani pacjenci z przewlekłymi chorobami płuc doświadczali różnych oznak wsparcia ze strony swoich przyjaciół; zadowolenie z przyjaźni wśród nich kształtowało się na poziomie 55%-92%. Niemniej jednak aż 42% pacjentów stwierdziło, że nie ma przyjaciół w miejscu swego zamieszkania, a dla 39% osób przyjaźnie okazały się ostatecznie rozczarowujące. Mogło to wynikać z faktu, że 38% pacjentów nie czuło zainteresowania ze strony przyjaciół, 36% nie mogło zwrócić się o pomoc do nich, 34% pacjentów czuła brak zrozumienia ze strony przyjaciół, a 30% stwierdziła, że nie mogła polegać na nich. Wielu chorych stwierdziło, że nie pozwala sobie na bliskość z przyjaciółmi (45%), a starania 32% badanych, by być lubianymi, skończyły się w sposób niezadowalający.

Tabela 1. Wyniki dla podskali relacji w rodzinie (N = 74)

STWIERDZENIE	TAK	NIE
1. Łatwo jest mi wyrażać uczucia miłości wobec członków mojej rodziny.	91%	**9%**
2. Nie dogaduję się zbyt dobrze z moją rodziną.	**22%**	78%
3. Często staję się nieśmiały(a) i wycofany(a) w towarzystwie bliskich.	**20%**	80%
4. Poświęcam czas na indywidualne rozmowy z każdym z członków mojej rodziny.	70%	**30%**
5. Nie sądzę, że ktokolwiek z mojej rodziny rzeczywiście mnie rozumie.	**39%**	61%
6. Moi krewni są zwykle zbyt zajęci swoimi sprawami, aby martwić się moimi problemami.	**22%**	78%
7. Członkowie mojej rodziny dają mi taki rodzaj wsparcia, którego potrzebuję.	84%	**16%**
8. Nie jestem za bardzo otwarty(a) w stosunku do członków mojej rodziny.	**26%**	74%
9. Jestem zażenowany(a) pewnymi zachowaniami mojej rodziny.	**51%**	46%
10. Mam dobre stosunki z większością członków mojej najbliższej rodziny.	95%	**5%**
11. Myślę, że mam niewiele do powiedzenia wobec członków mojej rodziny.	**34%**	66%
12. Naprawdę czuję, że należę do rodziny.	91%	**9%**
13. Moja rodzina jest dość krytyczna wobec mnie.	**20%**	80%
14. Uważam, że członkowie mojej rodziny wzmacniają moje mocne i pozytywne cechy.	85%	**15%**
15. Członkowie mojej rodziny są zrelaksowani i jest im przyjemnie przebywać ze sobą.	77%	**23%**
16. Mam niewielki kontakt z członkami mojej rodziny.	**23%**	77%
17. Staram się unikać członków mojej rodziny.	**16%**	84%
18. Moja rodzina zwykle ceni moje zdanie, gdy mamy podjąć wspólną decyzję.	86%	**14%**

Pogrubioną czcionką zaznaczono odpowiedzi mające znaczenie diagnostyczne, świadczące o osamotnieniu.

Po wykonaniu analizy statystycznej stwierdzono tylko jedną istotną statystycznie różnicę między kobietami a mężczyznami - dotyczyła ona poczucia bycia zrozumianym przez przyjaciół. Mężczyźni trzykrotnie częściej niż kobiety nie czuli się zrozumiani przez przyjaciół w sposób, w jaki tego oczekiwali (74% mężczyzn vs 26% kobiet, p = 0,049).

Zbadano następnie poziom szerokich kontaktów społecznych osób badanych z sąsiadami, dalszymi krewni, znajomymi, personelem medycznym (tabela 3). 95% badanych osób nie czuje się obco w swoim otoczeniu, a 90% umie współpracować z innymi w grupie. Jednak 41% pacjentów wskazało także, że nie jest usatysfakcjonowana z kontaktów społecznych z grupami, w których funkcjonują. Jedna trzecia pacjentów wskazywała także na różnorodne braki w tych kontaktach: brak sąsiedzkiej pomocy (34%), brak wsparcia finansowego od organizacji (31%), brak zrozumienia (30%) oraz brak zainteresowania (28%). W obszarze kontaktów społecznych nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy odpowiedziami kobiet i mężczyzn.

Natomiast inne diagnozowane podczas badania zjawisko, jakim jest stygmatyzacja społeczna osób chorych, wydaje się nie mieć szerokiego zasięgu wśród badanych. Na pytania ankiety wstępnej o rozmowy o chorobie z różnymi bliskimi osobami 73% pacjentów stwierdziło, że chętnie rozmawia o chorobie z członkami rodzin, natomiast 81% bliskich członków rodzin pacjentów rozmawia z nimi na temat ich choroby. W obszarze kontaktów społecznych 82% pacjentów powiedziało swym znajomym i sąsiadom o chorobie, a 65% badanych pacjentów stwierdziła, że chętnie rozmawia o chorobie z innymi pacjentami przebywającymi w tej samej sali. Wyniki wydają się raczej zadowalające i nie wskazują na społeczne wykluczenie chorych doświadczających przewlekłych schorzeń płuc.

Tabela 2. Wyniki dla podskali relacji z przyjaciółmi (N = 74)

STWIERDZENIE	TAK	NIE
1. Zazwyczaj czekam, aż przyjaciel zadzwoni do mnie i zaprosi mnie gdzieś, zanim zaplanuję jakieś wyjście.	**27%**	67%
2. Większość moich znajomych rozumie moje motywy i sposób rozumowania.	86%	**14%**
3. Mam co najmniej jednego dobrego przyjaciela tej samej płci.	84%	**16%**
4. Niektórzy z moich przyjaciół będą mnie wspierać w niemal każdej trudnej sytuacji.	84%	**16%**
5. Moje starania, aby mieć przyjaciół i być lubianym(lubianą), rzadko kończą się tak, jakbym tego chciał(a).	**32%**	68%
6. Nie mam wielu przyjaciół w mieście, w którym mieszkam.	**42%**	58%
7. Nie czuję, że mogę zwrócić się do moich przyjaciół żyjących wokół mnie o pomoc, kiedy jej potrzebuję.	**36%**	64%
8. Moi przyjaciele są zazwyczaj zainteresowani tym, co robię, ale nie do tego stopnia, że są wścibscy.	64%	**36%**
9. Członkowie mojej rodziny cieszą się ze spotkań z moimi przyjaciółmi.	76%	**24%**
10. Pozwalam sobie na bliskość z moimi przyjaciółmi.	55%	**45%**
11. Niewielu z moich przyjaciół rozumie mnie w sposób, w jaki chciałbym być zrozumiany.	**34%**	66%
12. Wiele moich przyjaźni ostatecznie okazuje się dość rozczarowująca.	**39%**	61%
13. Często czuję się urażony(a) z powodu pewnych działań moich przyjaciół.	**23%**	77%
14. W moich relacjach potrafię wyrażać zarówno pozytywne, jak i negatywne uczucia.	92%	**8%**
15. Dostaję dużo pomocy i wsparcia ze strony przyjaciół.	74%	**26%**
16. Mam kilku przyjaciół, z którymi mogę otwarcie porozmawiać.	68%	**32%**
17. Mam kilku przyjaciół, na których mogę polegać.	70%	**30%**
18. Mam przynajmniej jednego prawdziwego przyjaciela.	77%	**23%**
19. Tak często się przenosiłem(łam), że trudno mi było utrzymać trwałe przyjaźnie.	**23%**	77%
20. Trudno jest mi zaprosić przyjaciela, abyśmy mogli coś razem zrobić.	**23%**	77%
21. Moi przyjaciele nie interesują się mną zbyt długo.	**38%**	62%
22. Większość moich przyjaciół naprawdę troszczy się o moje dobro.	73%	**27%**

Pogrubioną czcionką zaznaczono odpowiedzi mające znaczenie diagnostyczne, świadczące o osamotnieniu.

Tabela 3. Wyniki dla podskali kontaktów społecznych (N = 74)

STWIERDZENIE	TAK	NIE
1. Prawie każdy wokół mnie jest mi obcy.	**5%**	95%
2. Nie mogę polegać na otrzymywaniu moralnego czy finansowego wsparcia od jakiejkolwiek grupy lub organizacji w czasie doświadczania trudności.	**31%**	69%
3. Ludzie w moim otoczeniu nie są bardzo zainteresowani tym, co myślę i czuję.	**28%**	72%
4. Umiem współpracować z innymi w grupie.	90%	**10%**
5. Nikt w moim otoczeniu nie dba o mnie.	**16%**	84%
6. Nie mam dużo satysfakcji z kontaktu z grupami, w których funkcjonuję.	**41%**	59%
7. Nie mam żadnych sąsiadów, którzy pomogą mi w potrzebie.	**34%**	66%
8. Są ludzie w moim otoczeniu, którzy rozumieją moje poglądy i przekonania.	70%	**30%**

Pogrubioną czcionką zaznaczono odpowiedzi mające znaczenie diagnostyczne, świadczące o osamotnieniu.

Omówienie

Osamotnienie osób borykających się z poważnymi chorobami płuc pociąga za sobą wiele konsekwencji oraz stawia liczne wyzwania zdrowotne i egzystencjalne. Długotrwały proces leczenia doprowadza pacjenta do redukcji aktywności fizycznej, wolniejszego dochodzenia do równowagi, a ostatecznie staje się niezależnym czynnikiem wzrostu śmiertelności w tej grupie[19]. Konsekwencjom fizycznym choroby towarzyszą poważne problemy psychiczne wywołane przede wszystkim lękiem przed nawrotem choroby i jej symptomów, utratą poczucia bezpieczeństwa i stabilności oraz przekonaniem o braku możliwości wpływania na stan swojego zdrowia[20]. Pacjenci doświadczają zmiennego poziomu dystresu, co powoduje narastanie depresji prowadzącej z kolei do chęci poddania się chorobie lub nawet do myśli samobójczych[21]. Wielu pacjentów znajdując się pod wpływem fizycznych i psychicznych konsekwencji choroby wycofuje się z kontaktów społecznych bądź też dewaluuje je w obliczu sytuacji kryzysowej, w jakiej się znajdują. Mają oni wysokie oczekiwania wobec otoczenia: pomocy, zrozumienia i wsparcia, które niejednokrotnie nie mogą być zrealizowane, co dodatkowo pogłębia dystans pomiędzy chorymi a zdrowymi.

Przeprowadzone badania wskazują, że duża część osób chorych na przewlekłe choroby płuc doświadcza osamotnienia różnego typu w kontaktach społecznych. Około jednej trzeciej osób nie otrzymuje adekwatnego wsparcia materialnego od otoczenia: brakuje im obecności i kontaktów z innymi, kontakt ten jest osłabiony poprzez brak czasu rodziny czy przyjaciół, niewiele jest osób, na których mogą faktycznie polegać, a także brakuje wsparcia finansowego od organizacji, które do tych celów służą. Blisko 40% osób chorych doświadcza

[19] F.C. Hawkley, J.T. Cacioppo, *Loneliness and pathways to disease*, op. cit.; J.S. House, K.R. Landis, D. Umberson, *Social relationships and health*, "Science", nr 241, 1988, s. 540-545.
[20] J. Sak, M. Jarosz, J. Mosiewicz i wsp., Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", nr 17(4), 2011, s. 169-173.
[21] M. Rosedale, *The survivor-loneliness of women following breast cancer*, op. cit.

braku zrozumienia i zainteresowania zarówno przez członków rodziny, przyjaciół, jak i dalszych znajomych. Natomiast prawie połowa badanych doświadcza rozczarowania postawami członków rodziny (51%), brakiem bliskości z przyjaciółmi (45%) oraz brakiem satysfakcji w szerszym kręgu kontaktów społecznych (41%).

Badanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami wykazało, iż zasadniczo większości mężczyzn trudno jest wyrażać uczucia wobec bliskich (zwłaszcza uczucia miłości), czterokrotnie więcej mężczyzn doświadcza blokad w otwarciu się wobec tych bliskich, a także trzykrotnie więcej mężczyzn nie czuje się rozumiana przez swoich przyjaciół. Natomiast trzykrotnie więcej kobiet niż mężczyzn jest rozczarowana wsparciem, którego doświadcza, ponieważ nie jest ono adekwatne do zapotrzebowania badanych.

Analiza zjawiska osamotnienia z perspektywy kontaktów z otoczeniem społecznym jest niezwykle istotna, ponieważ zwłaszcza w przypadku chorych przewlekle, można podjąć działania zapobiegające osamotnieniu lub minimalizujące istniejące już poczucie osamotnienia. Dużą rolę w tej kwestii odgrywają członkowie rodziny, przyjaciele oraz personel medyczny. Zarówno w przypadku nowotworów płuc, jak i gruźlicy czy innych przewlekłych chorób płuc, istnieją opracowane standardy leczenia, opieki i rehabilitacji, których celem jest nie tylko poprawa stanu zdrowia somatycznego, ale również dbanie o dobrostan psychiczny i emocjonalny[22]. Przykładowo, pacjentom chorym na POChP ma być udzielana pomoc związana z radzeniem sobie w sytuacjach trudnych wynikających z choroby. Pomoc ta może obejmować szereg umiejętności: werbalizację uczuć, prawidłową komunikację, monitorowanie swego stanu zdrowia oraz zdolność do podejmowania leczenia czy prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Wymienione umiejętności nie tylko mają zapobiegać poczuciu osamotnienia, ale także służyć podniesieniu jakości życia pacjentów. Należy podkreślić, iż samotność i osamotnienie pacjentów, to poważny, narastający problem i wyzwanie w dziedzinie ochrony zdrowia.

Wnioski

1. Blisko połowa osób badanych doświadcza osamotnienia w wyniku rozczarowania i braku satysfakcji z relacji z rodziną, przyjaciółmi oraz z kontaktów społecznych.
2. Co 3. pacjent chorujący na chorobę przewlekłą płuc nie jest odwiedzany podczas hospitalizacji przez rodzinę ani przez znajomych. Taka sytuacja wynikać może z ogólnego, kulturowego osłabienia więzi rodzinnych, brakiem czasu, ale też hospitalizacją poza miejscem zamieszkania.
3. Ponad jedna trzecia osób badanych nie otrzymuje adekwatnego wsparcia materialnego oraz intelektualnego, w postaci zrozumienia i zainteresowania przez członków rodziny, przyjaciół i znajomych. Także trzykrotnie więcej kobiet niż mężczyzn doświadcza braku zrozumienia potrzeb i nieadekwatnego wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół. W tej sytuacji konieczne wydaje się przedsięwzięcie odpowiedniej akcji informacyjnej dotyczącej sytuacji osób chorych na przewlekłe i terminalne schorzenia płuc. Niezbędna wydaje się być rozmowa lekarza z członkami rodziny osoby chorej o przebiegu choroby, leczeniu i możliwości wspierania w tym procesie chorego.
4. Główną przyczyną trudności mężczyzn w wyrażaniu zwłaszcza uczuć pozytywnych, takich jak miłość wobec osób bliskich, wydają się być stereotypy płci jako blokady poznawcze, funkcjonujące na poziomie indywidualnym i społecznym. Stanowią one

[22] *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)*, „Pneumonologia i Alergologia Polska", nr 80 (3), 2012, s. 220-254.

także przeszkodę w otwarciu się mężczyzn ze swoimi problemami wobec bliskich i przyjaciół. Pogłębiają tym samym poczucie osamotnienia i izolacji w tej grupie badanych.

5. Brak wsparcia finansowego ze strony rodziny czy znajomych zgłasza co 3. pacjent. Może to skutkować niemożnością wykupienia leków czy poddania się bardziej skomplikowanym zabiegom leczniczym, a w ostateczności może prowadzić do zaniechania leczenia i poddania się chorobie.

Bibliografia

Arman M., Rehnsfeldt A., Lindholm L. i wsp., *Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences*, "International Journal of Nursing Practice", nr 10(6), 2004, s. 248-256.

Aslana D., Altıntaşa H., Emrib S. i wsp., *Self-evaluations of tuberculosis patients about their illnesses at Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital Turkey*, "Respiratory Medicine", nr 98(7), 2004, s. 626-631.

Baral S.C., Karki D.K., Newell J.N., *Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: A qualitative study*, "BMC Public Health", nr 7(211), 2007.

Corner J., Wagland R., *Quality of life of cancer survivors in England: analysis of patients' free text comments: Final Report*. University of Southampton, Southampton 2013.

Devane C., *Facing the fight alone. Isolation among cancer patients*, Annual Report, Macmillan Cancer Support, London 2013.

Hawkley F.C., Cacioppo J.T., *Loneliness and pathways to disease*, "Brain Behavior and Immunity", nr 17 (Suppl 1), 2003, s. 98-105.

Heszen I., Sęk H., *Psychologiczne problemy chorób nowotworowych*, [w:] *Psychologia zdrowia*. Heszen I., Sęk H. (red.). PWN, Warszawa 2007: 297-304.

House J.S., Landis K.R., Umberson D., *Social relationships and health*, "Science", nr 241, 1988, s. 540-545.

Høybye M.T., Johansen C., Tjørnhøj-Thomsen T., *Online Interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group*, "Psychooncol", nr 14(3), 2005, s. 211-220.

Kroenke C.H., Kubzansky L.D., Schernhammer E.S. i wsp. *Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis,* "Journal of Clinical Oncology", nr 24(7), 2006, s. 1105–1111.

Krzakowski M., Jassem J. *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, [w:] *Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia*. Krzakowski M, Jassem J (red). VM Media, VM Group, Gdańsk 2013: 71-96.

Kunik M., Rondy K., Veazey C., *Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders,* "Chest", nr 127, 2005, s. 1205-1211.

Lutgendorf S., de Geest K., Bender D. i wsp. *Social influences on clinical outcomes of patients with ovarian cancer*, "Journal of Clinical Oncology", nr 30(23), 2012, s. 2885-2890.

Michalak M. *Akceptacja osób przewlekle chorych w społeczeństwie*, [w:] „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy", nr 9, 2009.

Nausheen B., Carr N.J., Peveler R.C. i wsp. *Relationship between loneliness and proangiogenic Cytokines in newly diagnosed Tumors of Colon and Rectum*, "Psychosomatic Medicine", nr 72(9), 2011, s. 912–916.

Pehlivan S., Ovayolu O., Ovayolu N. i wsp. *Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer*, "Support Care Cancer", nr 20(4), 2012, s. 733-739.

Rokach A. *Correlates of loneliness as perceived by the terminally ill*, "Current Psychology", nr 19(3), 2000, s. 237-248.

Rokach A. *Loneliness in cancer and multiple sclerosis patients*, "Psychological Reports", nr 94(2), 2004, s. 637--648.

Rosedale M. *The survivor-loneliness of women following breast cancer*, "Oncology Nursing Forum", nr 36(2), 2009, s. 175-183.

Rzepa T., Żaba R. O *wstydliwych chorobach oraz reakcjach emocjonalnych i zachowaniach wobec osób zarażających*, [w:] *Wystarczająco dobre życie. Konteksty psychologiczne*. Kornaszewska-Polak M (red). Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec 2015; 133-142.

Sak J., Jarosz M., Mosiewicz J. i wsp. *Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", nr 17(4), 2011, s. 169-173.

Shankar A., McMunn A., Banks J. i wsp. *Loneliness, social isolation, and behavioural and biological health indicators in older adults*, "Journal of Health Psychology", nr 30(4), 2011, s. 377-385.

Souza S.S., Silva D.M., Meirelles B.H. *Social representations of tuberculosis*, "Acta Paul Enferm", nr 23(1), 2010, s. 23-28.

Schmidt N, Sermat V., *Measuring loneliness in different relationships*, "Journal of Personality and Social Psychology" 1983, 44(5): 1038-1047.

Trzcieniecka-Green A. (red.). *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Wydawnictwo TAiWPN "Universitas", Kraków 2012.

Upendo M. *Nurses' perceptions on cancer patients' loneliness*, Laurea University of Applied Sciences, Otaniemi 2009.

Yildirim Y., Kocabiyik S. *The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer*, "Jouranal of Clinical Nursing", nr 19(5-6), 2010, s. 832-839.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), „Pneumonologia i Alergologia Polska", nr 80, 2012, s. 220-254.

Zhang M.W., Ho R.C., Cheunq M.W. i wsp. *Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression*, "General Hospital Psychiatry", nr 33, 2011, s. 217-223.

dr Andrzej KNAPIK, dr hab. med. Józefa DĄBEK
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii

dr hab. n. o zdr. Anna BRZĘK
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Nauk o Zdrowiu, Klinika Kardiologii

dr Jerzy ROTTERMUND
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej, Katedra Nauk o Zdrowiu

dr n. hum. Halina KULIK
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa

Jakość starzenia się mieszkańców województwa śląskiego

Streszczenie: Trendy demograficzne wskazują na trwający już od kilkudziesięciu lat proces starzenia się społeczeństw. Dotyczy to również ludności Polski, w tym również mieszkańców województwa śląskiego. Rodzi to wyzwania dotyczące wielu obszarów życia społecznego. Stąd naturalna jest potrzeba oceny jakości procesu starzenia się. Zbadano 756 osób: kobiety stanowiły 68,52% ogółu, mężczyźni 31,48%. Oceniono jakość starzenia się badanych jako ogólnie dobrą. Jakość starzenia się kobiet przebiegała na wyższym poziomie niż mężczyzn. Wraz z wiekiem następuje spadek samooceny jakości starzenia się, szczególnie zauważalny po przekroczeniu 75 roku życia.
Słowa kluczowe: *zmiany demograficzne, starzenie się społeczeństwa, jakość starzenia się, województwo śląskie*

The quality of aging in Silesia Province

Abstract: Demographic trends indicate that the aging process of society has lasted for several dozen years. It also involves Polish population, including the inhabitants of Silesia Province. It generates the challenges in many aspects of social life. That is why it seems natural to evaluate the process of aging. There were 756 examined people: women constitute 68,52%, men 31,48%. Generally, the quality of aging of examined people was evaluated as a good one. The aging of women progressed on the higher level than the men's one. Along with the age there has been noticed the decline of self-assessment of quality of aging especially noticeable after crossing 75 year.
Keywords: *demographic changes, aging society, the quality of aging, Silesian Province*

Trendy demograficzne

Obserwacja trendów demograficznych wskazuje na trwający już od kilkudziesięciu lat proces starzenia się wielu społeczeństw. W szczególności trend ten dotyczy krajów europejskich. Według badań Eurostatu, na dzień 1.01.2016 roku osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 19,2%

ogółu mieszkańców Unii, liczba ta wzrosła o 2,4% w ciągu dziesięciu lat[1]. Według prognoz Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), do 2030 roku odsetek mieszkańców Europy w wieku 65 lat i więcej będzie sięgał 24% – wartość dwukrotnie większą niż miało to miejsce w 1990 roku.

Zmiany struktury wieku ludności dotyczą też Polski, powodując liczne konsekwencje we wszystkich niemal wymiarach życia. Siedmioprocentowe kryterium ONZ – klasyfikujące społeczeństwo jako stare – zostało przekroczone w Polsce już ponad pięćdziesiąt lat temu – w 1967 roku. Może to stanowić przesłankę do oceny dynamiki aktualnych zmian demograficznych.

Według danych Rocznika Statystycznego[2] z 2017 roku, ludność Polski zmniejszyła się – w porównaniu z 2010 rokiem - o nieco ponad dziewięćdziesiąt sześć tysięcy obywateli. Natomiast liczba osób w wieku 65 lat i więcej wzrosła w tym okresie o milion trzysta trzydzieści tysięcy osób. Spowodowało to wzrost odsetka seniorów w ogólnej populacji ludności z niespełna 13,5% w 2010 roku do prawie 17% w 2017 roku. Ten trend demograficzny dotyczy również mieszkańców województwa śląskiego[3]. Porównanie danych w tym samym okresie wskazuje na ogólny spadek mieszkańców województwa o prawie siedemdziesiąt sześć tysięcy osób – przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku starszym (65 lat i więcej) o ponad sto trzydzieści jeden tysięcy. W ujęciu procentowym nastąpił wzrost z 14,2% w 2010 roku do 17,3% w 2016 roku. Zmiany te wskazują, że mimo ciągle niższego niż w Unii Europejskiej odsetka seniorów, dynamika przyrostu ich liczby w Polsce jest większa, a w województwie śląskim szczególnie wysoka.

Przyczyny zmian demograficznych są złożone. Są one wypadkową przede wszystkim dwóch procesów: spadku dzietności oraz wydłużania się trwania życia. Do tego należy dodać zmiany dotyczące wzorców społecznych w zakresie stylu życia, jak i zjawiska migracji oraz emigracji. Towarzyszą tym zmianom trzy zjawiska demograficzne dotyczące osób starszych. Pierwszym zjawiskiem jest – rosnąca wraz z wiekiem – różnica między liczbą (i co się z tym wiąże odsetkiem) kobiet i mężczyzn. W najstarszej grupie wieku: 85 lat i więcej – na stu mężczyzn przypada 260 kobiet. Przyczyną feminizacji starości jest różnica trwania życia kobiet i mężczyzn. Jeśli weźmie się pod uwagę drugie zjawisko – tzw. podwójne starzenie się, czyli wzrost odetka seniorów, którzy przekroczyli już osiemdziesiąty rok życia, różnica ta będzie nadal istniała, a nawet zwiększała się. Trzecim zjawiskiem, mającym w ogromnej mierze podłoże związane z przemianami kulturowymi, jest singularyzacja w starości, czyli rosnąca liczba osób starych, które żyją w jednoosobowych gospodarstwach domowych[4].

Wyzwania związane z wiekiem – pomyślne starzenie się

Postępujące w czasie zmiany anatomiczne i fizjologiczne – szczególnie nasilające się w okresie starości, a także spadek potencjału adaptacyjnego, niosą za sobą również konsekwencje w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym. Stąd też potrzeba troski o jakość starzenia się[5]: (…) *ludzie nie tylko żyją coraz dłużej, ale chcą też żyć coraz lepiej i dążą do coraz wyższej*

[1] Struktura ludności i starzenie się społeczeństwa. Eurostat Statistic Explained. https://ec.europa. eu/eurostat/statistics explained/index.php?title =Population _structure_ and_ageing/pl, data dostępu: 20.09.2018.
[2] Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2018. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018, s. 208.
[3] Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego. Urząd Statystyczny w Katowicach 2017, s. 108.
[4] A. Knapik, *Jakość starzenia się i jej determinanty u seniorów - mieszkańców południowej Polski,* Wydawnictwo Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice 2018.
[5] K. Jaracz, *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*, „Pielęgniarstwo Polskie", nr 2, 2001, s. 219–226.

jego jakości. Naturalne więc stają się pytania dotyczące zarówno znaczenia jakości starzenia się, jak i jej determinantów.

Z punktu widzenia osób starszych jakość starzenia się ma charakter autoteliczny, stanowiąc w pewnym stopniu synonim postrzegania własnej jakości życia. To postrzeganie ma charakter wielowymiarowy. Dotyczy zarówno aspektów biomedycznych – możliwie dobrego zdrowia, sprawności, niezależności motorycznej, dobrej dyspozycji psychicznej, jak i funkcjonowania społecznego. Jakość starzenia się ma też znaczenie dla osób najbliższych seniorom. Podstawowym argumentem są oczywiście względy natury emocjonalnej. Nie można jednak pomijać czynników ekonomicznych, w tym również problemu sprawowania opieki[6]. W wymiarze społecznym, zarówno w skali lokalnej, jak i całego kraju, jakość starzenia się ma przede wszystkim znaczenie ekonomiczne, co siłą rzeczy przekłada się na wszystkie pozostałe sfery życia.

Oceny jakości przebiegu procesów zachodzących w ostatnim etapie życia – starości, próbuje dokonać się w odniesieniu do pewnego wzorca. Jest nim termin: *pomyślne starzenie się (ang. successful aging)*. Za twórców tego terminu uważani są Havighurst i Albrecht[7]. Autorzy ci, wyróżniając typowe dla tego wieku problemy (spadek sił fizycznych, zmniejszone dochody - związane z przejściem na emeryturę, śmierć współmałżonka, etc.), uważali zdolności adaptacyjne – w stosunku do tych wydarzeń i okoliczności - za wskaźnik pomyślnego starzenia się.

Termin *successful aging* zyskał większą popularność dzięki pracom Rowe i Kahna[8,9]. Badacze ci traktowali pomyślne starzenie się w kategoriach biomedycznych, gdzie kluczową rolę w jego ocenie odgrywało zdrowie fizyczne i psychiczne oraz szeroko rozumiana aktywność (zaangażowanie w życie). Takie rozumienie pomyślnego starzenia się zdominowało literaturę naukową na szereg lat. Jednak ujęcie to może budzić krytykę, jeśli zastosuje się podejście psychospołeczne do tego terminu. Po pierwsze, według licznych danych statystycznych, stosunkowo niewielki odsetek ludzi starszych spełnia wymagania dotyczące zdrowia (braku chorób przewlekłych). Po drugie, postrzeganie chorób i ograniczeń związanych z wiekiem ma charakter indywidualny, a znaczący odsetek seniorów wyraża zadowolenie ze swojego starzenia się, mimo że ich tzw. obiektywne wskaźniki zdrowia nie są zadowalające. Po trzecie, dobrostan (*well-being*) – to wielowymiarowe postrzeganie zdrowia, oparte na trzech komponentach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Argumenty te prezentują zwolennicy znaczenia zasobów psychologicznych, satysfakcji z życia, rozwoju osobistego i uczestniczenia w życiu społecznym – (…) *można również pomyślnie starzeć się w niekorzystnych warunkach zdrowia.* Według zwolenników socjopsychologicznego traktowania jakości starzenia się, kluczowe jest poczucie satysfakcji z przeszłości oraz zadowolenie z teraźniejszości, dobre relacje społeczne, nastrój i ogólne samopoczucie[10].

Poglądy na temat definiowania pomyślnego starzenia się są różnorodne. Zależą one zarówno od podejścia do rozumienia tego terminu (biomedyczne, psychologiczne, socjologiczne), kontekstu kulturowego funkcjonowania osób starszych oraz od tego, czy pomyślne

[6] P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce,* Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, s. 6.
[7] R. J. Haviqhurst, R. Albrecht, *Older People. Longmans*, Green & Co., New York 1953.
[8] R. L. Kahn, *Guest editorial: On "successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn"*, "The Gerontologist", nr 42, 2002, s. 725–726, doi: 10.1093/geront/42.6.725.
[9] W.J. Strawbridge, M.I. Wallhagen, R.D. Cohen, *Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn*, "Gerontologist", nr 42(6), 2002, s. 727–733.
[10] P. Martin, N. Kelly, B. Kahana, et al., *Defining successful aging: a tangible or elusive concept?*, "Gerontologist", nr 55(1), 2015, s. 14–25.

starzenie się traktowane jest tzw. obiektywnie (według przyjętych kryteriów), czy też postrzegane indywidualnie[11, 12, 13]. Złożoność ta powoduje, że zdaniem wielu naukowców ustalenie jednolitej definicji jest bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe. Powoduje to też problemy natury metodologicznej – jak zmierzyć i ocenić to zjawisko? Wychodząc naprzeciw temu wyzwaniu opracowywane są różne modele pomyślnego starzenia się. Proces ten ciągle trwa i prawdopodobnie jeszcze długo będzie kontynuowany. Motywem tych działań, oprócz aspektów poznawczych, jest ich potencjalna utylitarność. Bowiem wyniki tych badań mogą skłaniać ludzi do wyboru takiego stylu życia, który maksymalnie zwiększyłby ich prawdopodobieństwo dobrego starzenia się.

Jakość starzenia się mieszkańców województwa śląskiego w świetle badań własnych

Badania jakości życia różnych populacji prowadzone są dosyć systematycznie. Jest ona bowiem przedmiotem zainteresowania zarówno ekonomistów i polityków, jak i przedstawicieli szeregu innych dyscyplin naukowych: ochrony zdrowia, medycyny, pedagogiki, psychologii czy socjologii. Szerokie spectrum osób zajmujących się problemem jakości życia powoduje, że jest ona różnie postrzegana, rozumiana i interpretowana, a rozwój nauki jest przyczyną, że rozbieżności te ciągle się powiększają.

W analizach dotyczących jakości życia można najogólniej wyróżnić dwa nurty. Do pierwszego można zaliczyć badania i analizy dotyczące jakości życia grup, społeczności czy mieszkańców całego państwa. Analizy oparte są zazwyczaj na szeregu wskaźników poddawanych analizom statystycznym, na podstawie których wyciąga się wnioski dotyczące różnych aspektów jakości życia. Drugi nurt dotyczy rozważań, często o podłożu filozoficznym, dotyczących dobrostanu ludzi[14, 15, 16].

Indywidualne postrzeganie jakości życia nie jest wyłącznie warunkowane „obiektywnym" zaspokojeniem wszystkich życiowych potrzeb. Kluczowe jest własne postrzeganie swojej sytuacji. Argumentem dotyczącym tych rozbieżności są przytaczane w psychologii pojęcia: „paradoksu zadowolenia" i „dylematu niezadowolenia". Dlatego punktem wyjścia przedstawionych poniżej badań była indywidualna percepcja jakości starzenia się przez seniorów[17].

Badaniem jakości starzenia się mieszkańców województwa śląskiego zostało objętych 756 osób: 518 kobiet (68,52% ogółu) i 228 mężczyzn (31,48%). Dobór do badania był celowy, a przyjęte kryteria to: dobrowolność, wiek 65 lat i więcej, mieszkanie na terenie województwa śląskiego oraz wystarczająca dyspozycja mentalna dla zrozumienia przedstawionych kwestii i odpowiadania na nie.

---

[11] H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie,* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjalny", nr 2, 1993, s. 110–117.

[12] M. Wnuk, J.T. Marcinkowski, *Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym,* „Problemy Higieny i Epidemiologii", nr 93(1), 2012, s. 21–26.

[13] P.G. Zimbardo, M.R. Leippe, *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*, tłum. P. Kwiatkowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 52.

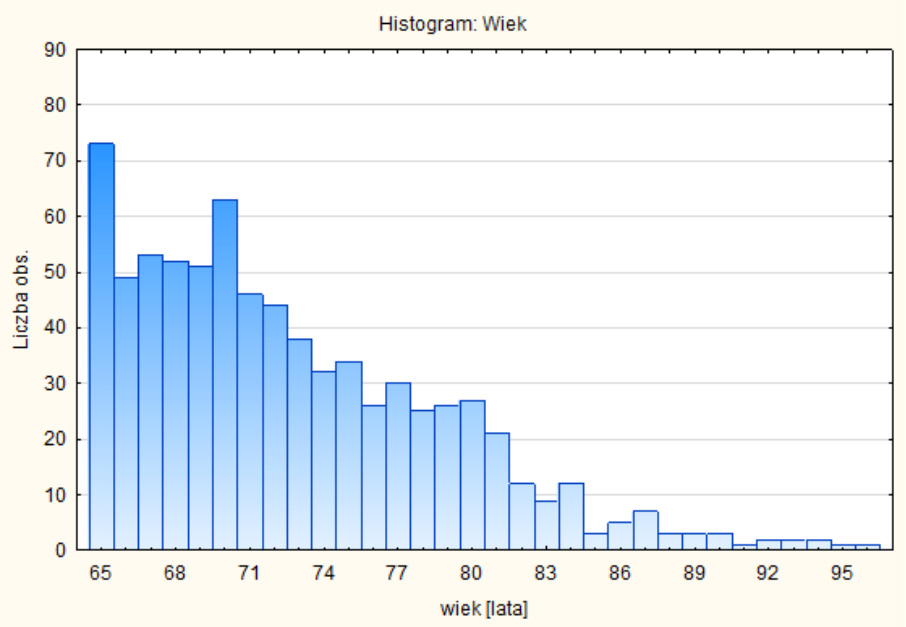
[14] K. Christensen, G. Doblhammer, R. Rau, J.W. Vaupel, *Ageing populations: the challenges ahead,* "Lancet", nr 374, 2009, s. 374, 9696, 1196-1208.

[15] C.A. Depp, D.V. Jeste, *Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Re-view of Larger Quantitative Studies*, "The American Journal of Geriatric Psychiatry", nr 14(1), 2006, s. 6–20, doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc.

[16] M. Petelewicz, *Jakość życia – wprowadzenie,* [w:] M. Petelewicz, T. Drabowicz (red.), *Jakość życia – globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja,* Łódź 2016, s. 7–30.

[17] W. Walkowska, *Starzenie się społeczeństw - problem demograficzny czy wyzwanie współczesności?* European Commission.https://ec.europa.eu/epale/pl/blog/starzenie-sie-spoleczenstw-problem-demograficzny-czy-wyzwanie-wspolczesnosci, data dostępu: 15.02.2019.

Wiek badanych mieścił się w przedziale 65–96 lat (średnia = 72,68 lat; SD = 6,19). Strukturę wieku badanych przedstawia rycina 1. Ze względu na znaczą rozpiętość wieku, badanych podzielono na przedziały: 65-69 lat, 70-74 lata, 75-79 lat oraz 80 lat i więcej. Zestawienie liczbowe i procentowe badanych w poszczególnych przedziałach wieku – z podziałem na płeć przedstawia tabela 1.



Rycina 1. Struktura wieku badanych

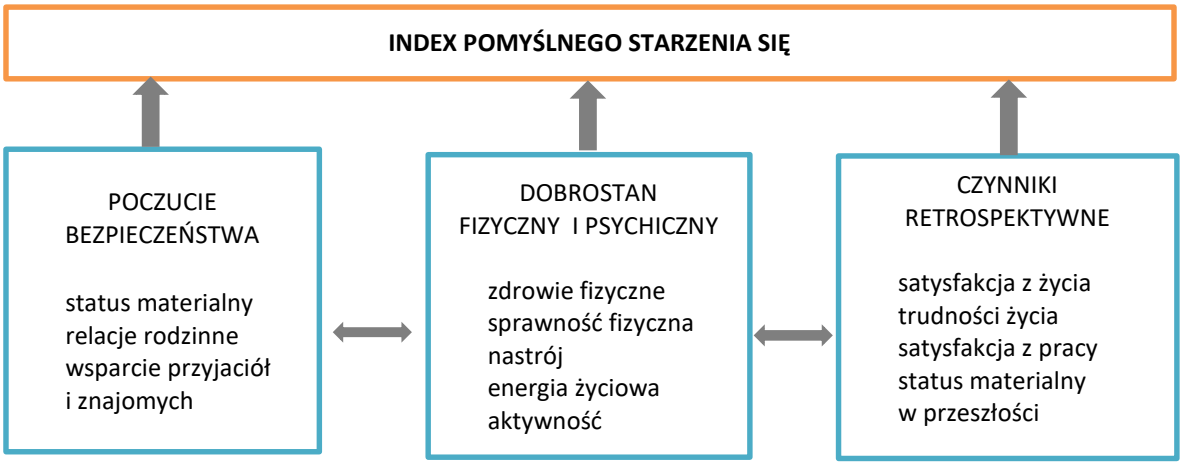
Tabela 1. Badani w poszczególnych przedziałach wieku

Wiek (w latach)	**Badani**					
	ogółem		**kobiety**		**mężczyźni**	
	n	%	n	%	n	%
64-69	278	36,77	204	39,38	74	31,09
70-74	223	29,50	146	28,19	77	32,35
75-79	141	18,65	104	20,08	37	15,55
80 i więcej	114	15,08	64	12,36	50	21,01

Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu kwestionariusza SAI (Successful Aging Index)[18, 19]. Narzędzie to powstało w wyniku zastosowania procedur, składających się z szeregu etapów. Najpierw powstał konstrukt teoretyczny „successful aging", który uwzględniał polskie uwarunkowania kulturowe. Następnie przedstawiono grupie seniorów zagadnienia, które potencjalnie mają wpływ na ich jakość starzenia się. Na podstawie tych zagadnień, które zdaniem respondentów miały istotne znaczenie, skonstruowano ankietę oraz ją wyskalowano. Ankieta ta, zawierając trzy komponenty: przekonania, emocje oraz element

[18] A. Knapik, *Assessing the quality of aging – presentation of research tool*, "Physiotheraphy and Health Activity", nr 22(1), 2014, s. 42–46.
[19] A. Knapik, K. Michałek, C. Marcisz, J. Rottermund, M. Skrzypek, *Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się*, „Hygeia Public Heath", nr 51(4), 2016, s. 2–8.

behawiorystyczny, miała za zadanie przedstawiać samoocenę jakości starzenia się. Kolejnym etapem była walidacja narzędzia, w efekcie której składa się ono z 12 zamkniętych pytań i stwierdzeń, którym przypisano punktowane w skali od 1 do 5 odpowiedzi. Indeks jakości starzenia się (SAI) jest sumą trzech komponentów (domen). Są to: dobrostan fizyczny i psychiczny, poczucie bezpieczeństwa i czynniki retrospektywne. Z kolei każdy komponent – to średnia punktów odpowiedzi na przypisane do niego pytania lub stwierdzenia. Wyższa liczba punktów – to wyższa jakość starzenia się (przedział od 3 do 15). Możliwa też jest ocena poszczególnych domen (przedział od 1 do 5).



Rycina 2. SAI – model starzenia się[20]

Statystyki opisowe badanych wskazują, że ich jakość starzenia się należy ocenić jako dobrą (tabela 2). Porównując średnie SAI dla kobiet i mężczyzn – można zauważyć, że średnia u kobiet jest wyższa, i jest to różnica istotna statystycznie: $p<0,05$. Kobiety miały wyższe średnie również we wszystkich trzech komponentach wskaźnika, przy czy różnice istotne statystycznie dotyczyły dwóch z trzech badanych komponentów: dobrostanu fizycznego i psychicznego ($p<0,05$) oraz poczucia bezpieczeństwa ($p<0,05$).

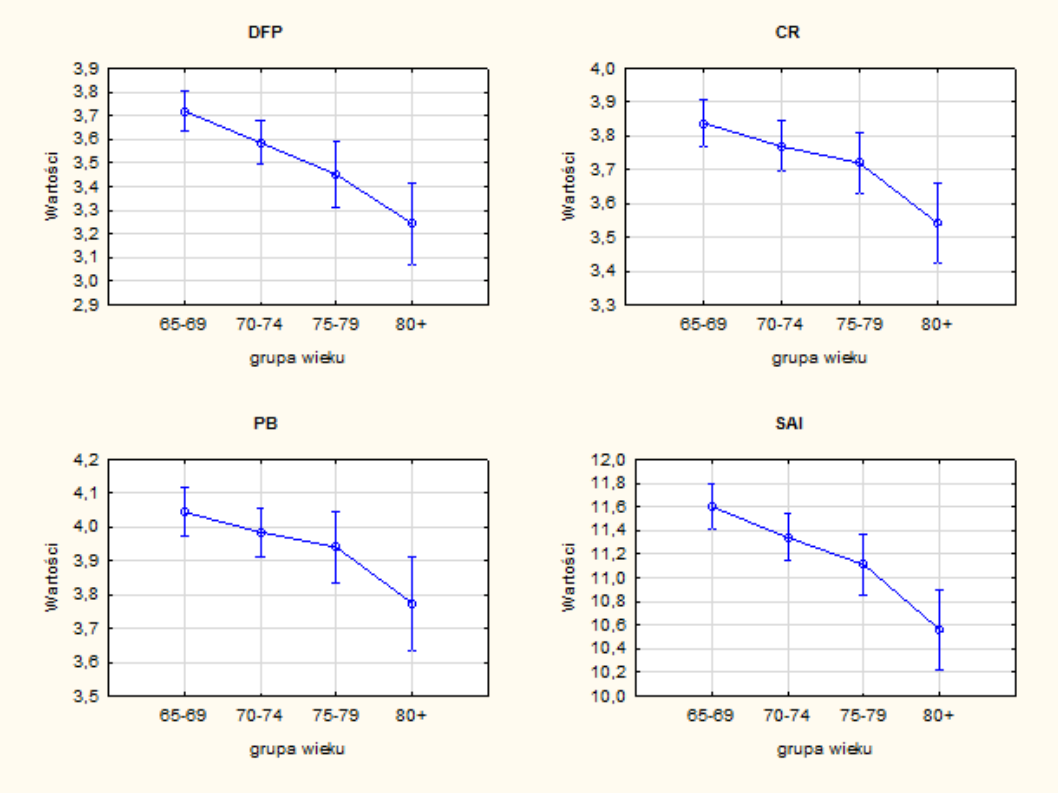
Tabela 2. Jakość starzenia się badanych – statystyki opisowe

Zmienna	Badani ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	średnia (SD)	min-max	średnia (SD)	min-max	średnia (SD)	min-max
DFP	3,56 (0,80)	1,20-5,00	3,61 (0,78)	1,20-5,00	3,45 (0,82)	1,20-5,00
CR	3,75 (0,59)	1,50-5,00	3,77 (0,59)	1,50-5,00	3,72 (0,59)	1,50-5,00
PB	3,97 (0,63)	1,67-5,00	4,00 (0,63)	1,67-5,00	3,89 (0,64)	2,00-5,00
SAI	11,28 (1,63)	5,52-15,00	11,37 (1,59)	5,52-15,00	11,06 (1,70)	5,56-14,27

DFP – dobrostan fizyczny i psychiczny; CR – czynniki retrospektywne; PB – poczucie bezpieczeństwa, SAI – indeks pomyślnego starzenia się

[20] P. Martin, N. Kelly, B. Kahana, et al., *Defining successful aging: a tangible or elusive concept?*, "Gerontologist", nr 55(1), 2015, s. 14–25.

Analizie poddano też wpływ wieku na jakość starzenia się (rycina 3). Zauważalny jest spadek wraz z wiekiem zarówno poszczególnych komponentów, jak i wskaźnika SAI. Przy czym w domenie dobrostan fizyczny i psychiczny spadek ten ma charakter liniowy, a w domenach poczucie bezpieczeństwa i czynniki retrospektywne zauważalny jest gwałtowniejszy spadek po 75 roku życia, co rzutowało również na spadek wskaźnika SAI.



DFP – dobrostan fizyczny i psychiczny; CR – czynniki retrospektywne; PB – poczucie bezpieczeństwa; SAI – Index Pomyślnego Starzenia się

Rycina 3. Zmiany jakości starzenia się wraz z wiekiem

Podsumowanie

Wspomniane wcześniej – wydłużanie się trwania życia, związane z nim trendy demograficzne oraz pochodne tych zjawisk: konsekwencje społeczne, ekonomiczne i inne powodują, że jakość starzenia się jest coraz częściej przedmiotem badań. Sukcesy nauk medycznych w zakresie profilaktyki zdrowia i leczenia schorzeń są powiązane z jakością życia kształtując ją w znacznym stopniu. Ale w końcowym etapie życia, nie one jedyne są warunkiem dobrostanu. Okres ten – to przede wszystkim czas refleksji, podsumowań, ocen własnego życia, a także częstszych niż wcześniej pytań o jego celowość. Poziom bezpieczeństwa egzystencji, wsparcie rodziny i przyjaciół też odgrywają istotną rolę. Wypadkowa tych elementów stanowi o samopoczuciu i jego percepcji u osób starszych[21, 22].

[21] M.A. Labus, *Domy międzypokoleniowe odpowiedzią na starzenie się społeczeństwa w XXI wieku,* „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica", nr 4(315), 2015, s. 71-90.
[22] Knapik A. *Jak starzeć się pomyślnie: aktywny senior – dla siebie, rodziny i społeczności*, [w:] C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red.), *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2018, s. 50-59.

Przedstawione wyniki wskazują, że jakość starzenia się badanych mieszkańców województwa śląskiego można ocenić jako względnie dobrą. Na najwyższym poziomie postrzegali oni swoje poczucie bezpieczeństwa. Na nieco niższym były średnie domeny: czynniki retrospektywne, zaś najniżej oceniono dobrostan fizyczny i psychiczny. Krytyczne postrzeganie swojego zdrowia wydaje się w tym wieku naturalne. W ogólnej ocenie dobrostanu pozostałe składowe mogą je moderować. Jednak analiza średnich wszystkich trzech domen była zbliżona, co sugeruje ich komplementarność. Również obserwacja naturalnego ich spadku wraz z wiekiem wydaje się ją potwierdzać. Osobnym zagadnieniem są różnice dotyczące (w wymiarze populacyjnym) jakości starzenia się między mężczyznami a kobietami. Uzasadnienie tych różnic ma charakter złożony, wymagający poszerzonych analiz. Prawdopodobnie oprócz czynników natury biologicznej, istotną rolę odgrywają też pełnione podczas całego życia role społeczne, a zwłaszcza ich postrzeganie w końcowym etapie życia.

Starzenie się ma charakter wielowymiarowy[23]. Użyte w tym badaniu narzędzie, ze względu na niezbędny redukcjonizm, nie może w pełni wyjaśnić złożoności tego procesu. Może jednak, uwzględniając rzeczywistość, w pewnym stopniu ją przedstawić i wyjaśnić.

Bibliografia

Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce,* Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.

Christensen K., Doblhammer G., Rau R., Vaupel J.W., *Ageing populations: the challenges ahead,* "Lancet", nr 374, 2009.

Depp C.A., Jeste D.V., *Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Re-view of Larger Quantitative Studies*, "The American Journal of Geriatric Psychiatry", nr 14(1), 2006, s. 6–20, doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc.

Haviqhurst R.J., Albrecht R., *Older People. Longmans*, Green & Co., New York 1953.

Jaracz K., *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*, „Pielęgniarstwo Polskie", nr 2, 2001, s. 219–226.

Kahn R.L., *Guest editorial: On "successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn",* "The Gerontologist", nr 42, 2002, doi: 10.1093/geront/42.6.725.

Knapik A., *Assessing the quality of aging – presentation of research tool*, "Physiotheraphy and Health Activity", nr 22(1), 2014, s. 42–46.

Knapik A., *Jakość starzenia się i jej determinanty u seniorów - mieszkańców południowej Polski,* Wydawnictwo Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice, 2018.

Knapik A., *Jak starzeć się pomyślnie: aktywny senior – dla siebie, rodziny i społeczności*, [w:] C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red). *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej,* Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2018.

Knapik A., Michałek K., Marcisz C., Rottermund J., Skrzypek M., *Walidacja polskiej wersji Kwestionariusza Pomyślnego Starzenia się*, „Hygeia Public Heath", nr 51(4), 2016, s. 2–8.

Martin P., Kelly N., Kahana B., et al., *Defining successful aging: a tangible or elusive concept?*, "Gerontologist", nr 55(1), 2015, s. 14–25.

Labus M.A., *Domy międzypokoleniowe odpowiedzią na starzenie się społeczeństwa w xxi wieku,* „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica", nr 4(315), 2015, s. 71-90.

[23] Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Opracowania Tematyczne OT-601. Kancelaria Senatu, Warszawa 2011. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ ot-601.pdf, data dostępu: 18.09.2018.

Petelewicz M., *Jakość życia – wprowadzenie,* [w:] M. Petelewicz, T. Drabowicz (red.), *Jakość życia – globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja,* Łódź 2016.

Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2018. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.

Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego. Urząd Statystyczny w Katowicach 2017.

Sęk H., *Jakość życia a zdrowie,* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny", nr 2, 1993, s. 110–117.

Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki, Opracowania Tematyczne OT-601. Kancelaria Senatu, Warszawa 2011. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf.

Strawbridge W.J., Wallhagen M.I., Cohen R.D. *Successful aging and well-being: self-rated com-pared with Rowe and Kahn*, "Gerontologist", nr 42(6), 2002, s. 727–733.

Struktura ludności i starzenie się społeczeństwa, Eurostat Statistic Explained. https://ec.europa. eu/eurostat/statistics explained/index.php?title =Population _structure_ and_ageing/pl.

Walkowska W., *Starzenie się społeczeństw - problem demograficzny czy wyzwanie współczesności?*, European Commission.https://ec.europa.eu/epale/pl/blog/starzenie-sie-spoleczenstw-problem-demograficzny-czy-wyzwanie-wspolczesnosci.

Wnuk M., Marcinkowski J.T., *Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym,* „Problemy Higieny i Epidemiologii", nr 93(1), 2012, s. 21–26.

Zimbardo P.G., Leippe M.R., *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*, tłum. P. Kwiatkowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.

mgr Aleksandra KIEŁTYKA
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Jakość życia seniorów a choroby wieku starczego

Streszczenie: Z uwagi na proces starzenia się społeczeństwa, warto zwrócić uwagę na jakość życia osób starszych w dzisiejszych czasach. Według Światowej Organizacji Zdrowia, kryterium dobrego stanu zdrowia jest prawidłowe funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychologicznej oraz społecznej, a nie jedynie brak choroby. Wszystkie te wymiary składają się na jakość życia. Współwystępowanie chorób w wieku starczym stanowi poważny problem kliniczny, jak również społeczny. Postęp medycyny sprawił, iż chorzy cierpiący na schorzenia sercowo-naczyniowe, choroby metaboliczne, zespoły otępienne, dożywają okresu kumulacji schorzeń przewlekłych i związanej z tym niepełnosprawności funkcjonalnej. Dodatkowo towarzyszący ból, osamotnienie, bezsilność oraz niepokój w istotny sposób wpływają na jakość życia. Celem pracy była analiza dostępnych publikacji dotyczących jakości życia osób starszych z występującymi chorobami wieku geriatrycznego, które utrudniają ich prawidłowe funkcjonowanie.
Słowa kluczowe: *jakość życia, senior, choroby wieku starczego*

Quality of life for seniors and diseases of elderly age

Abstract: Due to the aging process of society, it is worth to pay attention to the quality of life that older people have nowadays. According to the World Health Organization, the basic criterion of having good health condition is the proper functioning in the physical, psychological and social aspects of life, not only lack of disease. All these aspects make up the quality of life. Concomitance of diseases in old age are serious clinical and social problem. The advance of medicine caused patients suffering from cardiovascular diseases, metabolic diseases, and dementia syndromes to reach to the period of combined chronic diseases and related functional disability. Additionally, accompanying pain, loneliness, helpless and anxiety, affects the quality of life In a significant way. The point of the study was to analyze the available publications concering the quality of life of elderly people with geriatric-related diseases that impede proper functioning to them.
Keywords: *quality of life, senior, diseases of old age*

Przemiany demograficzne w Polsce

W okresie ostatniego ćwierćwiecza mamy możliwość obserwowania zmian demograficznych zarówno w Polsce, jak i w Europie. Rozwój usług medycznych, poprawa warunków życia wraz ze spadkiem poziomu umieralności spowodowały wzrost średniej długości życia. Za proces starzenia odpowiada również niski poziom dzietności oraz zwiększona emigracja młodych osób. Dzisiejsze procesy starzenia się ludności nie dotyczą jedynie krajów wysoko rozwiniętych, ale również tych określanych jako region „Globalnego Południa"[1].

[1] A. Łobodzińska, *Starzejące się społeczeństwo wyzwaniem dla zrównoważonego rozwoju*, „Prace Geograficzne", nr 144, 2016, s. 129.

Zmiany zachodzące w strukturze wieku o charakterze globalnym będą skutkowały zmniejszeniem liczby młodych osób w wieku reprodukcyjnym, co więcej, wzrostem liczby osób wymagających stałej opieki medycznej. Z badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny wynika, iż w 2016 roku liczba ludności Polski wynosiła około 38,4 mln, z czego po 60 roku życia było ponad 9 mln osób. Od początku lat 90. ubiegłego wieku statystyczny Polak postarzał się o ponad 7 lat. W 1989 roku udział osób w wieku 60 lat w ogólnej populacji wynosił 14,7%, tymczasem w roku 2014 wzrósł do 22,2%. Odsetek młodzieży oraz dzieci zmniejszył się w tym czasie z 30% do 18%. Prognozy na lata 2015-2050 populacji osób starszych wskazują na jej wzrost nawet do 40% ogółu społeczeństwa polskiego[2].

W Polsce na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat znacząco wydłużyło się przeciętne trwanie życia po 60 roku. Jest ono następstwem skutecznego leczenia, kultury fizycznej, kampanii promujących lepsze warunki pracy oraz zdrowego stylu życia. Dalsze trwanie życia 60-letnich kobiet będzie wynosiło średnio 24,3 roku, natomiast 60-letnich mężczyzn – 19,2 roku. Tak więc, w stosunku do 1991 roku w przypadku kobiet wydłużyło się o 4,5 roku, a mężczyzn – 4,1 roku. Coraz większy udział osób starszych w populacji stawia niemało wyzwań przed państwem. Seniorzy przyczyniają się jednak do dalszego rozwoju gospodarki, nie są jej obciążeniem.

Starość i starzenie się

Podczas procesu starzenia zachodzą zmiany dotyczące funkcjonowania psychicznego, fizycznego oraz społecznego człowieka. Rozpoczyna się on już pomiędzy 30 i 40 rokiem życia, przebiega odmiennie u każdej jednostki[3]. Proces ten zależy m.in. od uwarunkowań genetycznych, warunków środowiskowych, a także przebytych oraz istniejących schorzeń. To ciągły, a zarazem nieodwracalny proces pogłębiającego się upośledzenia funkcji życiowych organizmu, zmniejszenia rezerw czynnościowych narządów, któremu niekiedy towarzyszy całkowity zanik zdolności przystosowawczych do zmian środowiskowych. Wraz z postępującym procesem starzenia się wzrasta prawdopodobieństwo zgonu[4].

Starość to wyjątkowy okres w życiu jednostkowym, a zarazem społecznym. Starzeje się zarówno dana osoba, jak i społeczność lokalna, miasto czy sam kraj, w którym dana jednostka spędza zazwyczaj większość swojego życia. Ma ona charakter statyczny, w przeciwieństwie do samego procesu starzenia się, który jest zjawiskiem dynamicznym[5]. Starość zazwyczaj definiowana i określana jest jako końcowy etap procesu starzenia, kiedy dochodzi do zaburzenia równowagi psychicznej oraz biologicznej osobnika[6]. Za jej główne cechy uważa się stopniową zależność społeczeństwa geriatrycznego od osób trzecich oraz zmniejszenie przystosowania w wymiarze psychospołecznym. Badania potwierdzają, iż wraz z wiekiem poziom aktywności funkcjonalnej maleje, tym samym wzrasta stopień niepełnosprawności[7, 8].

---

[2] GUS, *Rocznik Demograficzny 2017*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017.
[3] K. Wieczorowska-Tobis, *Zmiany narządowe w procesie starzenia*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej", nr 118, 2008, s. 63-69.
[4] T.B. Kirkwood, *Human Senescence*, „BioEssay", t. 18 nr 12, 1996.
[5] K. Porzych, K. Kędziora-Kornatowska, M. Porzych, *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*, „Gerontologia Polska", t. 12, nr 4, 2004.
[6] A.A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.
[7] K. Bełtowska, *Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją – potrzeba pomocy społecznej*, „Przegląd Lekarski", t. 65, nr 6, 2008, s. 304-307.
[8] M. Bryła, M. Burzyńska, I. Maniecka-Bryła, *Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study*, „Health Quality of Life Outcomes", nr 11, 2013, s. 181-191.

Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia dokonali podziału wieku starczego na: wiek przedstarczy – osoby pomiędzy 45 a 59 rokiem życia; wiek podeszły, nazywany również wczesną starością – osoby od 60 do 74 roku życia (tu przynależą też tzw. młodzi-starzy – *young-elderly*); wiek starczy, określany zarazem jako późna starość - osoby od 75 do 89 roku życia; wiek sędziwy (długowieczność) - osoby powyżej 90 lat[9]. Jako umowną granicę starości WHO proponuje 60 lat, tymczasem ONZ za początek starości uznaje 65 rok życia[10]. Istnieje też inna klasyfikacja: wiek podeszły: od 60 do 74. r.ż., wiek starczy – pomiędzy 75 a 90 r.ż. i wiek sędziwy – powyżej 90 roku życia[11].

Definicja jakości życia

Starość jest naturalnym okresem w życiu każdego człowieka, kiedy szczególnie istotna staje się jakość życia, która nie odnosi się tylko do zdrowia czy choroby. Po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych pojawiło się określenie „jakość życia", oznaczające „dobre życie" w znaczeniu konsumpcyjnym.

W latach 70. XX wieku wzrosło zainteresowanie tematyką jakości życia w medycynie. Koncentrowano się przede wszystkim na badaniach z dziedziny kardiologii, chorób nowotworowych, a następnie psychiatrii, geriatrii czy reumatologii[12]. Pojawił się nowy model medycyny – holistyczny, który nie skupiał się tylko na wydłużeniu życia pacjenta, ale również na poprawie jego jakości. W 1990 r. Schipper i wsp. wprowadzili nowe ujęcie jakości życia – „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia" (*heath-related quality of life, HRQoL*). Jest to „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta" [13, 14]. Według tej definicji obejmuje on cztery obszary: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne[15]. A zatem chory samodzielnie ocenia wpływ choroby na jego funkcjonowanie psychiczne, fizyczne, duchowe i społeczne. Wysoka wartość wskaźnika oznacza, iż człowiek postrzega siebie jako osobę sprawnie funkcjonującą (pomimo obecności jednostki chorobowej), tymczasem niska wartość jest oznaką ograniczenia funkcjonalności. Ocena HRQoL ma bardzo duże znaczenie w leczeniu chorób przewlekłych, kiedy wymagane jest szczególne zorganizowanie i zaplanowanie długofalowej terapii. Całościowa ocena jakości życia koncentruje się na ocenie przez lekarza, psychologa czy socjologa stanu chorego (ocena obiektywna) a także na subiektywnych odczuciach pacjenta. Liczne badania wskazują, iż obie te opinie często różnią się od siebie[16].

WHO definiuje nieco szerzej pojęcie jakości życia jako samodzielną ocenę przez człowieka jego pozycji życiowej w kontekście panujących norm, systemu wartości, uwarunkowań

---

[9] M.E. Mianowany, I. Maniecka-Bryla, W.K. Drygas, *Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny*, „Gerontol Pol", t. 12, nr 4, 2004, s. 172-175.
[10] Z. Chodorowski, *Geriatria: postępy w diagnostyce i terapii*, Grafica, Gdynia 2007, s. 13-15; 487-489.
[11] W. Pędich, *Starość* [w:] W. S. Gomułka, W. Rewerski (red.), *Encyklopedia zdrowia,* PWN, Warszawa 1995.
[12] K. Kawecka-Jaszcz, M. Klocek, B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne,* Termedia, Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2006, s. 9-42.
[13] G.H. Guyatt, D.H. Feeny, D.L. Patrick, *Measuring health-related quality of life,* „Annals of Internal Medicine", nr 118, 1993, s. 622–629.
[14] D. Felce, J. Perry, *Quality of life: its definition and measurement*, „Research in Developmental Disabilities", nr 16, 1995, s. 51–74.
[15] H. Schipper, *Quality of life: principles of the clinical paradigm*, „Journal of Psychosocial Oncology", nr 8, 1990, s. 171–185.
[16] A.J. Janse, R.J. Gemke, C.S. Uiterwaal et al., *Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis,* „Journal of Clinical Epidemiology", nr 57, 2004, s. 653–661.

kulturowych w odniesieniu do jego zainteresowań, dokonań czy oczekiwań[17]. Tak rozumiana jakość życia odnosi się do konkretnych osób, ich indywidualnego położenia w życiu, realizacji celów osobistych, stanu fizycznego oraz psychospołecznego. Oprócz nauk medycznych, badania nad jakością życia były prowadzone w dziedzinach społecznych, filozoficznych, ekonomicznych czy psychologicznych. To pojęcie wieloznaczne, zmienne i subiektywne. W modelach oceny jakości życia poza czynnikami zdrowotnymi równie ważną rolę odgrywają takie elementy, jak: struktura społeczna, umiejętności przystosowawcze lub warunki ekonomiczne.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Higginsona i Carra zostało opracowanych 8 różnorodnych metod diagnostycznych dokonujących pomiaru jakości życia podczas zastosowań klinicznych, do których są zaliczane: określenie najważniejszych problemów badanego, ocena poziomu komunikacji pacjent - lekarz, określenie potrzeb pacjenta, udział pacjenta w badaniach przesiewowych, ocena skutków leczenia dla pacjenta, ocena stopnia podnoszonych kwalifikacji przez personel medyczny, ocena poziomu kompetencji personelu medycznego oraz ocena procesu komunikacji między personelem medycznym a zarządzającymi jednostkami ochrony zdrowia[18].

Choroby wieku starczego a jakość życia

Starość niesie ze sobą wiele konsekwencji w sferze fizjologicznej, która ma wpływ na funkcjonowanie, samodzielność oraz jest powodem zmniejszenia poczucia własnej wartości danej jednostki. Dodatkowo przebyte choroby oraz urazy nasilają procesy patologiczne, które w połączeniu z istniejącymi przewlekłymi schorzeniami implikują obniżenie jakości życia osób starszych. Z badań przeprowadzonych przez Ewę Smoleń i wsp. wynika, że około 90% osób boryka się z problemem wielochorobowości. Jest ona charakterystyczna dla wieku podeszłego[19].

Częstym zjawiskiem wśród seniorów jest występowanie wielkich zespołów geriatrycznych. Opisywane są przez autorów jako przewlekłe, wieloprzyczynowe schorzenia, niełatwe do wyleczenia, prowadzące do niesprawności funkcjonalnej[20, 21, 22]. Należą do nich choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, odleżyny, bezsenność, depresje, nietrzymanie moczu i stolca, zaparcia, upośledzenie wzroku i słuchu, zaburzenia równowagi, upadki, zespoły otępienne[23].

Migotanie przedsionków to jedno z najczęstszych zaburzeń rytmu serca, którego występowanie wzrasta wraz z wiekiem i które charakteryzuje się uciążliwością, dokuczliwością, a co za tym idzie wpływa negatywnie na jakość życia[24]. Badania wskazują, iż istnieje zależność

[17] The WHOQOL Group: *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*, „Social Science Medicine", nr 41, 1995, s. 1403–1409.
[18] I.J. Higginson, A.J. Carr, *Measuring quality of life - Using quality of life measures in the clinical setting*, „British Medical Journal", t. 322, nr 7297, 2001, s. 1297–1300.
[19] E. Smoleń, L. Gazdowicz, A. Żyłka-Reut, *Zachowania zdrowotne osób starszych*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku", t. 3, nr 36, 2011, s. 5–9.
[20] E. Rudnicka-Drożak, B. Rybojad, *Depresja – jeden z wielkich problemów geriatrycznych w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, „Medycyna Ogólna", t. 16, nr 2, 2010, s. 131–140.
[21] L. Wdowiak, S. Ćwikła, I. Bojar i in., *Starość jako problem demograficzno-społeczny oraz zdrowotny*, „Medycyna Ogólna", t. 15, nr 3, 2009, s. 451–463.
[22] K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz, *Fizjoterapia w geriatrii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
[23] *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa 2016.
[24] M. Chudzik, J.K. Wranicz, N. Maciejewski i in., *Wpływ stałej elektrostymulacji serca na parametry hemodynamiczne i jakość życia u pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków*, „Folia Cardiologica Excerpta", t. 11, nr 3, 2004, s. 170–174.

pomiędzy liczbą nawrotów migotania przedsionków a jakością życia. Im niższy jest ten odsetek, tym wyższa jakość życia pacjentów. Schorzenie to negatywnie wpływa na życie seksualne oraz zwiększa ryzyko wystąpienia depresji[25]. Inne choroby układu krążenia, jak nadciśnienie tętnicze, miażdżyca czy choroba wieńcowa, wpływają na obniżenie sprawności fizycznej oraz psychicznej osób w wieku podeszłym, co znacząco obniża ich funkcjonowanie i jakość życia[26]. Z australijskich badań przeprowadzonych na grupie kobiet w wieku 77-83 lata wynika, iż zachorowalność na chorobę niedokrwienną serca wiąże się z ograniczeniami fizycznymi, niską jakością życia i w konsekwencji przyczynia się do bardzo dużej umieralności[27].

Jednym z istotniejszych problemów klinicznych, z jakim zmagają się osoby starsze, jest depresja. Jej przyczyną są m.in. samotność, niski status materialny, utrata pozycji społecznej, syndrom pustego gniazda, niesprawność fizyczna, jak również współwystępowanie innych chorób metabolicznych, nowotworowych czy OUN, takich jak choroba Alzheimera, Parkinsona, padaczka itp. Wśród seniorów najbardziej charakterystycznym obrazem depresji jest zespół apatyczno-asteniczny, w którym występuje ogólne osłabienie, zaburzenia snu i łaknienia. Występowanie chorób somatycznych przyczynia się dodatkowo do obniżenia nastroju, uczucia bezużyteczności, beznadziejności czy bezsilności. Ponadto depresja może objawiać się pod postacią zespołów bólowych, niesprawności i innych często nietypowych objawów, niedostrzegalnych dla najbliższej rodziny, a nawet lekarza pierwszego kontaktu (z powodu współwystępowania wielu chorób). Nieprawidłowo leczona depresja lub nie leczona wcale, niezaprzeczalnie negatywnie rzutuje na jakość życia i ocenę stanu zdrowia, dodatkowo wzmaga objawy innych chorób, co może doprowadzić do śmierci[28, 29, 30].

Dane z piśmiennictwa wskazują też na częste występowanie w tej grupie wiekowej problemu nietrzymania moczu. Dolegliwość ta dotyczy kobiet dwukrotnie częściej aniżeli mężczyzn. Wynika to z anatomii układu moczowego, porodów oraz menopauzy. Według Światowej Organizacji Zdrowia na ową chorobę cierpi min. 5% społeczeństwa. Uciążliwe, wstydliwe objawy wpływają niekorzystnie na codzienną egzystencję w społeczeństwie oraz są powodem zaburzeń seksualnych, depresji i obniżenia jakości życia. Niestety prawie połowa pacjentów nie zgłasza tego problemu ginekologowi lub położnej. Wynika to z intymnej natury schorzenia, zażenowania oraz skrępowania, jakie budzi ta choroba wśród pacjentów[31, 32].

Upadki, to jeden z poważniejszych problemów zdrowotnych, a w okresie starczym stanowi istotną przyczynę niepełnosprawności oraz obniżenia jakości życia poprzez znaczne ograniczenie sprawności ruchowej. Jak wynika z badań, po 65 roku życia przynajmniej raz

---

[25] R. Dąbrowski, E. Smolis-Bąlc, I. Kowalik et al., *Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation,* „Kardiologia Polska", t. 68, nr 10, 2010, s. 1134–1137.

[26] T. Grodzki, B. Gryglewska, T. Tomasik i in., *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym w wieku podeszłym*, „Gerontologia Polska", t. 20, nr 4, 2012, s. 119-147.

[27] J. Berecki-Gisolf, L. Humphreyes-Reid, A. Wilson et. al., *Angina Symptoms Are Associated With Mortality in Older Women With Ischemic Heart Disease,* „Circulation", nr 120, 2009, s. 2330–2336.

[28] B. J. Ayotte, *Physical Health and Depression: A Dyadic Study of Chronic Health Conditions and Depressive Symptomatology in Older Adult Couples*, „The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences", t. 66B, nr 1, 2010, s. 438-448.

[29] M. Burzyńska, I. Maniecka-Bryła, *Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej - wstępne wyniki badania*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica 297", 2013, s. 211-223.

[30] K. Filipska, Ł. Pietrzykowski, *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury,* „Gerontologia Polska", nr 4, 2015, s. 165-169.

[31] P. Szymanowski, A. Gierat, H. Szweda i in., *Choroby uroginekologiczne- poważny problem społeczny,* „Państwo i Społeczeństwo", t. 7, nr 4, 2017, s. 107-124.

[32] M. Gackiewicz, N. Klein, T. Michałek i in., *Raport 2017. Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2017.

w roku upada co trzeci senior oraz co drugi po 90 roku życia. Okoliczności zwiększające występowanie ryzyka upadków to przede wszystkim przewlekłe stany chorobowe, parkinsonizm, depresja, zaburzenia wzroku, obniżenie siły i wytrzymałości mięśni, zaburzenia rytmu serca czy niewydolność kręgowo-podstawna powodująca zawroty głowy. Przyczyną ponad połowy upadków są tak zwane czynniki środowiskowe, do których zaliczamy śliskie powierzchnie, nieodpowiednio oświetlone pomieszczenia, strome schody, brak poręczy i uchwytów. Zniszczone nawierzchnie ulic, wysokie krawężniki oraz nieprzystosowane wejścia do budynków (bariery architektoniczne) stanowią kolejne czynniki zwiększające ryzyko upadku. Najniebezpieczniejszym następstwem upadków są złamania, ale również „zespół poupadkowy", którego konsekwencją jest lęk przed kolejnym przewróceniem się, osłabienie wiary w siebie, a tym samym ograniczenie samodzielności[33, 34].

Występowanie zespołów otępiennych znacząco wzrasta u osób w starszym wieku. Przykładem, a zarazem najczęściej występującym schorzeniem jest choroba Alzheimera. Dane statystyczne wskazują, iż 1% osób po 60 roku życia, a co druga osoba w wieku 90 lat zmaga się z ową chorobą. Charakterystycznymi objawami są zaburzenia pamięci (występujące najwcześniej), mowy, orientacji, snu, słuchu, widzenia, a także czynności wykonawczych (gotowanie, jedzenie, ubieranie się, itp.). Nieprawidłowości również dotyczą zachowania, niektórzy chorzy są nadmiernie pobudzeni, agresywni lub dla odmiany apatyczni czy wyczerpani. W badaniu nad jakością życia bierze się pod uwagę wykonywanie czynności dnia codziennego, stan psychiczny, zachowania społeczne oraz funkcjonowanie poznawcze[35]. W ten sposób możliwa jest ocena stopnia niepełnosprawności i dostosowanie doń prawidłowej opieki. Także jedną z najczęstszych chorób neurozwyrodnieniowych jest choroba Parkinsona. Przewlekła, degeneracyjna i stale postępująca choroba ośrodkowego układu nerwowego prowadzi do zaburzeń ruchowych różnych partii mięśni. Główne symptomy choroby to drżenie, sztywność mięśniowa, zaburzenia postawy oraz spowolnienie ruchowe[36]. Analogicznie jak choroba Alzheimera, dotyczy osób starszych. Pomimo postępu medycyny, chorób nie można wyleczyć, a w zaawansowanym ich stadium, objawy i sam przebieg są niezwykle trudne dla pacjenta. Wiąże się ze stopniowym brakiem samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego, niepełnosprawnością, izolacją społeczną, które następnie wpływają na obniżenie i pogorszenie jakości życia[37].

Nierzadkim schorzeniem osób w podeszłym wieku są choroby metaboliczne, m.in. cukrzyca. Wyróżnia się cztery rodzaje cukrzycy: typu 1, typu 2, u kobiet w ciąży oraz cukrzycę o znanej przyczynie. Cukrzyca typu 2 występuje najczęściej wśród seniorów i wszystkich chorujących. W Polsce na to schorzenie cierpi ponad 3 mln osób, z czego po 60 roku życia co czwarta, a po 80 roku życia co druga osoba[38]. Na zachorowalność wpływ mają czynniki genetyczne, środowiskowe, nadwaga, stosowanie używek, brak aktywności fizycznej wynikający

[33] T. Bojczuk, J. Drabik, G. Przysada i in., *Upadki – Wielki Problem Geriatryczny: postępowanie rehabilitacyjne*, „Young Sport Science of Ukraine", nr 3, 2014, s. 30-38.
[34] A. Skalska, A. Gałaś, *Upadki jako czynniki ryzyka pogorszenia stanu funkcjonalnego w starszym wieku*, „Gerontologia Polska", t. 19, nr 3-4, 2011, s. 150-160.
[35] D. Kozak-Putowska, J. Iłżecka, *Jakość życia chorych na chorobę Alzheimera*, „Pielęgniarstwo XXI wieku", t. 2, nr 55, 2016, s. 50-53.
[36] J. Cholewa, A. Gorzkowska, A. Nawrocka i in., *Jakość życia osób z chorobą Parkinsona w kontekście pracy zawodowej i rehabilitacji ruchowej*, „Medycyna Pracy", t. 68, nr 6, 2017, s. 725-734.
[37] M. Gaweł, A. Potulska-Chromik, *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona*, „Postęp Nauk Medycznych", t. 28, nr 7, 2015, s. 468-476.
[38] L. Czupryniak, K. Strojek, *Diabetologia 2016*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2016.

z nieprawidłowego stylu życia. Zbyt późne zdiagnozowanie choroby prowadzi do wielu komplikacji, w tym owrzodzenia kończącego się amputacją stóp, depresji, niewydolności nerek, ślepoty czy udaru mózgu, które w sposób istotny wpływają na spadek jakości życia. Cukrzyca wśród seniorów często ma łagodny początek (np. zmiany skórne), dodatkowo występowanie chorób przewlekłych, a także niższe wartości glikemii na czczo niż u osób młodych przyczyniają się do późnego jej rozpoznania[39]. Nieprawidłowa kontrola cukrzycy zwiększa możliwość przedwczesnego zgonu[40, 41].

Jednym z najważniejszych problemów klinicznych dzieci oraz osób starszych jest nieprawidłowy stan odżywienia. Spowodowany jest niewystarczającym przyjmowaniem bądź przyswajaniem składników odżywczych (energii i białka), co w zasadniczy sposób wpływa na stan zdrowia, a także funkcje życiowe[42]. Z danych statystycznych wynika, iż 30-65% osób starszych, które są hospitalizowane, jest niedożywionych. Do głównych przyczyn niedożywienia seniorów zaliczamy fizjologiczne zmiany towarzyszące procesowi starzenia się organizmu przyczyniające się do spadku ilości witamin, osłabienia narządu zmysłu (węch), obniżenia tempa przemiany materii, co powoduje zaburzenia w zakresie odczuwania głodu i sytości. Dodatkowo nieprawidłowa dieta, choroby przewlekłe (nowotworowy, depresja, choroby przewodu pokarmowego, itd.), nieodpowiednie warunki socjoekonomiczne, stan jamy ustnej czy przyjmowane leki doprowadzają do mdłości, utraty łaknienia, utrudnionego połykania oraz gorszego wchłaniania przez jelito składników pokarmowych[43]. Skutkiem niedożywienia jest upośledzenie funkcjonowania układu pokarmowego, oddechowego, krążenia, osłabienie siły mięśniowej i sprawności psychomotorycznej, a także gospodarki wodno-elektrolitowej i zwiększona skłonność do zakażeń. Szereg negatywnych następstw pogarsza jakość życia osób starszych[44].

Choroby układu kostno-stawowego stanowią niejednokrotnie przyczynę dolegliwości bólowych tudzież zaburzeń w funkcjonowaniu osób starszych, wynikających z niszczących zmian układu (dominują procesy degeneracji nad regeneracją). Najczęściej pacjenci uskarżają się na ograniczenia ruchomości stawów, a także osteoporozę. Przyczyną zwyrodnienia stawów są czynniki genetyczne, jak również nieprawidłowy styl życia, nadmierne przeciążenie stawów, uprawianie sportów, płeć (dominacja kobiet) czy przebyte urazy[45]. Częstym objawem osteoartrozy u osób w starszym wieku jest przewlekły ból. Dotyczy on przede wszystkim kręgosłupa, jak również stawów biodrowych, kolanowych oraz rąk i stóp. Na początku objawy występują podczas ruchu, na późniejszym etapie także podczas odpoczynku i w nocy. Dolegliwości bólowe wpływają w zasadniczy sposób na osoby starsze, bowiem wywołują obawę

[39] J. Rodriguez-Saldana, J.E. Morley, M.T. Reyonoso, *Diabetes mellitus in a subgroup of older Mexicans: prevalence, association with cardiovascular risk factors, functional and cognitive impairment, and mortality*, „Journal of American Geriatric Society", nr 50, 2002, s. 111-6.

[40] A. Mirczak, *Profilaktyka cukrzycy typu 2 w grupie osób starszych*, „Journal of Education, Health and Sport", t. 6, nr 12, 2016, s. 109-122.

[41] E. Krzyżanowska, E. Indycka, R.J. Łuczyk i in., *Poziom wiedzy a częstość występowania powikłań u chorych na cukrzycę*, „Journal of Education, Health and Sport", t. 7, nr 8, 2017, s. 446-472.

[42] R. Krzymińska-Siemaszko, M. Lewandowicz, K. Wieczorowska-Tobis, *Niedożywienie jako wielki zespół geriatryczny*, „Geriatria", nr 10, 2016, s. 179-183.

[43] A. Kanikowska, E. Swora-Cwynar, A. Kargulewicz i in., *Niedożywienie w wieku podeszłym: niedoceniony problem kliniczny*, „Geriatria", nr 9, 2015, s. 31-38.

[44] M. Mziray, R. Żuralska, J. Książek i in., *Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis", nr 46, 2016, s. 95-105.

[45] M. Chojnacki, A. Kwapisz, M. Synder i in., *Ostoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej", nr 68, 2014, s. 640-652.

przed pogorszeniem się stanu zdrowia, zniechęcenie do aktywności fizycznej, bezradność, które wpływają na ich jakość życia[46].

Przykładem dolegliwości seniorów są też niewydolności oddechowe związane z częstymi w tym wieku chorobami układu: przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma oskrzelowa, zespół bezdechu sennego i inne. Zmiany w budowie płuc obejmują oskrzela i oskrzeliki, które się powiększają, w przeciwieństwie do przestrzeni pęcherzykowych, które ulegają spłyceniu, czego następstwem jest zmniejszenie się objętości płuc. Ponadto ściana klatki piersiowej staje się mniej rozciągliwa (zwapnienie chrząstek żebrowych), a siła mięśni międzyżebrowych i przepony ulega zmniejszeniu. Powyższe zmiany powodują zmniejszenie sprężystości i zdolności wymiany gazowej, a także zwiększenie oporów dróg oddechowych oraz sztywności klatki piersiowej[47]. Zmniejszona odporność immunologiczna oraz mniejsza ilość komórek nabłonkowych przyczyniają się do częstszych infekcji oddechowych ludzi starszych. POChP to najczęściej rozpoznawane schorzenie okresu starości, występujące nawet u 30% populacji. Zasadniczą przyczyną zachorowalności jest palenie tytoniu (zwiększające ryzyko raka płuca). POChP charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, obturacją oskrzeli, obniżoną tolerancją wysiłku fizycznego oraz procesem zapalnym. Objawem choroby jest bardzo uciążliwy, męczący, przewlekły kaszel, ponadto narastająca duszność czy nadmierna wydzielina śluzowa. W miarę postępu choroby symptomy się nasilają powodując utrudnienia lub całkowite uniemożliwienie wykonywania podstawowych czynności, toteż przyczyniają się do izolacji społecznej, depresji, a tym samym do pogorszenia jakości życia pacjenta. Astma u osób po 65 roku życia występuje dość często, jednak jest sporadycznie rozpoznawana. Powodem jest np. zaburzona percepcja, duszności pacjenta oraz brak konsekwencji i wnikliwości lekarza. Objawy zbliżone do symptomów astmy występują też w innych schorzeniach, takich jak POChP, obrzęk płuc czy dysfunkcja strun głosowych[48, 49].

Podsumowanie

Starzenie się społeczeństwa to problem globalny - odsetek osób starszych wzrasta w każdym rejonie świata. Z prognoz wynika, iż w Polsce do 2050 roku 40% społeczeństwa będą stanowić seniorzy. Proces starzenia się organizmu przebiega indywidualnie u każdego z nas i charakteryzuje się różnym stopniem nasilenia. Jakość życia osób starszych stała się istotnym zagadnieniem w opiece geriatrycznej i zależy od wielu czynników, takich jak płeć, miejsce zamieszkania, status ekonomiczny, doświadczenia życiowe, aktywność fizyczna, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, styl życia, ale przede wszystkim od stanu zdrowia. Choroby związane z wiekiem starczym stanowią wyzwanie dla medycyny XXI wieku. Z przeglądu literatury wynika, iż choroby należące do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych oraz inne schorzenia towarzyszące starości prowadzą do niesprawności funkcjonalnej oraz braku samodzielności w zakresie czynności życiowych, co bezpośrednio przekłada się na obniżenie ich jakości życia. Na opóźnienie lub złagodzenie procesów chorobowych

[46] T. Gajewski, I. Woźnica, M. Młynarska i in., *Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", t. 19, nr 3, 2013, s. 362–369.
[47] K. Wieczorowska-Tobis, *Zmiany narządowe w procesie starzenia*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej", nr 118, 2008, s. 63-69.
[48] A. Ulenberg, G. Ulenberg, M. Felsmann i in., *Edukacja jako istotny aspekt w opiece nad pacjentem z Przewleką Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP)*, „Journal of Education, Health and Sport", t. 7, nr 8, 2017, s. 1324-1335.
[49] K. Klimiuk, Z. B. Wojszel, E. Gułaj i in., *Problemy diagnostyczne i terapeutyczne wybranych chorób układu oddechowego u osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska", t. 19, nr 1, 2011, s. 7-15.

wpływ ma zdrowy styl życia, systematyczna aktywność fizyczna, zbilansowana dieta, utrzymanie relacji społecznej, niedopuszczenie do izolacji. Umiejętne leczenie chorób utrzyma seniorów w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, wpłynie na ich samodzielność, dobre samopoczucie, a w efekcie na pomyślne starzenie.

Bibliografia

Ayotte B.J., *Physical Health and Depression: A Dyadic Study of Chronic Health Conditions and Depressive Symptomatology in Older Adult Couples*, „The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences", nr 66B(1), 2010, s. 438-448.

Bełtowska K., *Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją – potrzeba pomocy społecznej,* „Przegląd Lekarski", nr 65(6), 2008, s. 304-307.

Berecki-Gisolf J., Humphreyes-Reid L., Wilson A. et. al., *Angina Symptoms Are Associated With Mortality in Older Women With Ischemic Heart Disease*, „Circulation", nr 120, 2009, s. 2330–2336.

Bojczuk T., Drabik J., Przysada G. i in., *Upadki – Wielki Problem Geriatryczny: postępowanie rehabilitacyjne*, „Young Sport Science of Ukraine", nr 3, 2014, s. 30-38.

Bryła M., Burzyńska M., Maniecka-Bryła I., *Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study,* „Health Quality of Life Outcomes", nr 11, 2013, s. 181-191.

Burzyńska M., Maniecka-Bryła I., *Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej - wstępne wyniki badania*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica", nr 297, 2013, s. 211-223.

Chodorowski Z., *Geriatria: postępy w diagnostyce i terapii*, z. 13-15, Grafica, Gdynia 2007, s. 487-489.

Chojnacki M., Kwapisz A., Synder M. i in., *Ostoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej", nr 68, 2014, s. 640–652.

Cholewa J., Gorzkowska A., Nawrocka A. i in., *Jakość życia osób z chorobą Parkinsona w kontekście pracy zawodowej i rehabilitacji ruchowej*, „Medycyna Pracy", nr 68(6), 2017, s. 725-734.

Chudzik M., Wranicz J.K., Maciejewski N. i in.., *Wpływ stałej elektrostymulacji serca na parametry hemodynamiczne i jakość życia u pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków,* „Folia Cardiologica Excerpta", nr 11(3), 2004, s. 170–174.

Czupryniak L., Strojek K., *Diabetologia 2016*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2016.

Dąbrowski R., Smolis-Bąlc E., Kowalik I. i in., *Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation*, „Kardiologia Polska", nr 68(10), 2010, s. 1134-1137.

Felce D., Perry J., *Quality of life: its definition and measurement*, „Research in Developmental Disabilities", nr 16, 1995, s. 51-74.

Filipska K., Pietrzykowski Ł., *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury*, „Gerontologia Polska", nr 4, 2015, s. 165-169.

Gackiewicz M., Klein N., Michałek T. i in., *Raport 2017. Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2017.

Gajewski T., Woźnica I., Młynarska M. i in., *Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", nr 19(3), 2013, s. 362-369.

Gaweł M., Potulska-Chromik A., *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona*, „Postęp Nauk Medycznych", nr 28(7), 2015, s. 468-476.

Grodzki T., Gryglewska B., Tomasik T. i in., *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym w wieku podeszłym*, „Gerontologia Polska", nr 20(4), 2012, s. 119-147.

GUS, *Rocznik Demograficzny 2017*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017.

Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L., *Measuring health-related quality of life,* „Annals of Internal Medicine", nr 118, 1993, s. 622-629.

Higginson I.J., Carr A.J., *Measuring quality of life - Using quality of life measures in the clinical setting*, „British Medical Journal", nr 322 (7297), s. 2001, s. 1297-1300.

Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2016.

Janse A.J., Gemke R.J., Uiterwaal S.C. et al., *Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis,* „Journal of Clinical Epidemiology", nr 57, 2004, s. 653–661.

Kanikowska A., Swora-Cwynar E., Kargulewicz A. i in., *Niedożywienie w wieku podeszłym: niedoceniony problem kliniczny*, „Geriatria", nr 9, 2015, s. 31-38.

Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.), *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne,* Termedia. Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2006.

Kirkwood T.B., *Human Senescence*, „BioEssay", nr 18(12), 1996.

Klimiuk K., Wojszel Z.B., Gułaj E. i in., *Problemy diagnostyczne i terapeutyczne wybranych chorób układu oddechowego u osób w podeszłym wieku,* „Gerontologia Polska", nr 19(1), 2011, s. 7-15.

Kozak-Putowska D., Iłżecka J., *Jakość życia chorych na chorobę Alzheimera*, „Pielęgniarstwo XXI wieku", nr 2(55), 2016, s. 50-53.

Krzymińska-Siemaszko R., Lewandowicz M., Wieczorowska-Tobis K., *Niedożywienie jako wielki zespół geriatryczny*, „Geriatria", nr 10, 2016, s. 179-183.

Krzyżanowska E., Indycka E., Łuczyk R.J. i in., *Poziom wiedzy a częstość występowania powikłań u chorych na cukrzycę*, „Journal of Education, Health and Sport", nr 7(8), 2017, s. 446-472.

Łobodzińska A., *Starzejące się społeczeństwo wyzwaniem dla zrównoważonego rozwoju*, „Prace Geograficzne", nr 144, 2016.

Mianowany M.E., Maniecka-Bryla I., Drygas W.K., *Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny*, „Gerontologia Polska", nr 12(4), 2004, s. 172-175.

Mirczak A., *Profilaktyka cukrzycy typu 2 w grupie osób starszych*, „Journal of Education, Health and Sport", nr 6(12), 2016, s. 109–122.

Mziray M., Żuralska R., Książek J. i in., *Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis", nr 46, 2016, s. 95-105.

Pędich W., *Starość,* [w:] W.S. Gomułka, W. Rewerski (red.) *Encyklopedia zdrowia*, PWN, Warszawa 1995.

Porzych K., Kędziora-Kornatowska K.,. Porzych M., *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*, „Gerontologia Polska", nr 12(4), 2004.

Rodriguez-Saldana J., Morley J.E., Reyonoso M.T., *Diabetes mellitus in a subgroup of older Mexicans: prevalence, association with cardiovascular risk factors, functional and cognitive impairment, and mortality*, „Journal of American Geriatric Society", nr 50, 2002.

Rudnicka-Drożak E., Rybojad B., *Depresja – jeden z wielkich problemów geriatrycznych w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, „Medycyna Ogólna", nr 16(2), 2010, s. 131–140.

Schipper H., *Quality of life: principles of the clinical paradigm*, „Journal of Psychosocial Oncology", nr 8, 1990, s. 171-185.

Skalska A., Gałaś A., *Upadki jako czynniki ryzyka pogorszenia stanu funkcjonalnego w starszym wieku*, „Gerontologia Polska", nr 19(3-4), 2011, s. 150-160.

Smoleń E., Gazdowicz L., Żyłka-Reut A., *Zachowania zdrowotne osób starszych*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku", nr 3(36), 2011, s. 5–9.

Szymanowski P., Gierat A., Szweda H. i in., *Choroby uroginekologiczne- poważny problem społeczny,* „Państwo i Społeczeństwo", nr (7)4, 2017, s. 107–124.

The WHOQOL Group: *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*, „Social Science Medicine", nr 41, 1995, s. 1403-1409.

Ulenberg A., Ulenberg G., Felsmann M. i in., *Edukacja jako istotny aspekt w opiece nad pacjentem z Przewleką Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP)*, „Journal of Education, Health and Sport", nr 7(8), 2017, s. 1324–1335.

Wdowiak L., Ćwikła S., Bojar I. i in., *Starość jako problem demograficzno-społeczny oraz zdrowotny*, „Medycyna Ogólna", nr 15(3), 2009, s. 451-463.

Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A. M., *Fizjoterapia w geriatrii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

Wieczorowska-Tobis K., *Zmiany narządowe w procesie starzenia*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej", nr 118, 2008, s. 63–69.

Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.

dr Jerzy ROTTERMUND
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej, Katedra Nauk o Zdrowiu

dr Andrzej KNAPIK
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii

Terapia zajęciowa w utrzymaniu i doskonaleniu sprawności fizycznej osób starszych

Streszczenie: Jakość życia osób starszych warunkowana jest utrzymaniem zdrowia na poziomie umożliwiającym samodzielne funkcjonowanie, co jest podstawą dobrostanu fizycznego i psychicznego. Celem pracy jest wskazanie terapii zajęciowej jako środka w dążeniu do doskonalenia sprawności fizycznej niezbędnej do wykonywania codziennych czynności i zajęć z zakresu samoobsługi przez osoby starsze. W artykule przedstawiono i omówiono uwarunkowania utrzymania lub przywracania sprawności fizycznej, które zespół terapeutyczny powinien uwzględnić w swojej pracy zawodowej.
Słowa kluczowe: *terapia zajęciowa, sprawność fizyczna, osoby starsze*

Occupational therapy in maintaining and refining physical fitness with elderly people

Abstract: The quality of life of elderly people is conditioned by maintaining health at the level which facilitates independent functioning, which in turn is the foundation of physical as well as mental well-being. The aim of the work is to show the occupational therapy as the means in aiming towards refining physical fitness which is essential in everyday activities as well as the self-service by elderly people. In the article, there has been shown and discussed the conditioning of maintaining and restoring physical fitness, which should be accounted by the therapeutic team in their professional work.
Keywords: *occupational therapy, physical fitness, elderly people*

Terapeuta nie tylko rehabilituje ciało,
ale wspiera umysł i duszę.

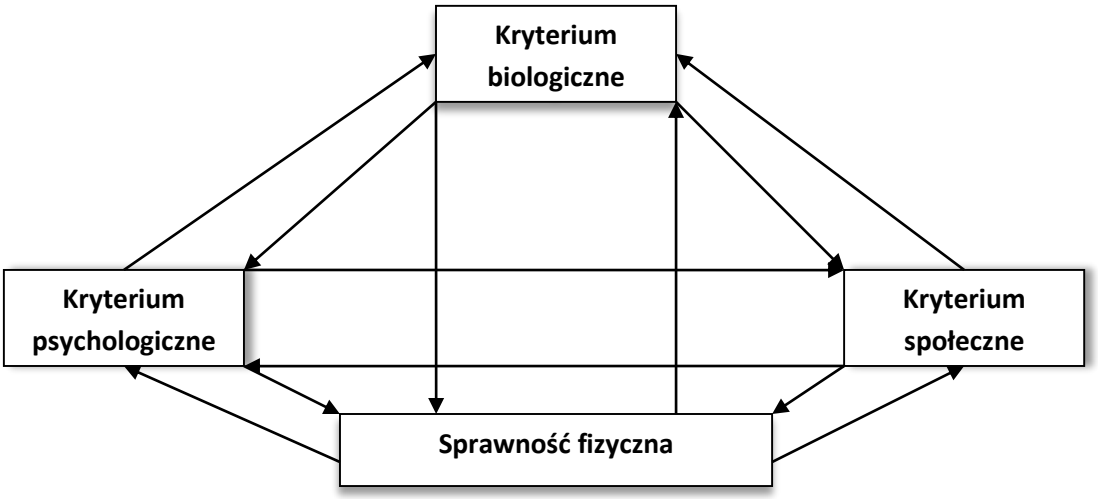
(Jerzy Rottermund)

Wprowadzenie

Zapewnienie dobrej jakości życia starszej populacji nierozerwalnie związane jest z utrzymaniem zdrowia na poziomie umożliwiającym samodzielne funkcjonowanie. Miarą jakości życia nie może być tylko i wyłącznie długość życia, ale jest nią na pewno aktywność w szerokim tego słowa znaczeniu, utożsamiana z popularnym hasłem profilaktyki starości: *dodawaj życia do lat, a nie tylko lat do życia*.

Jednym z gwarantów pozwalających zachować dobry stan zdrowia i zadowolenie, szczególnie w grupie osób starszych, jest codzienna aktywność fizyczna. Jest ona stymulatorem ogólnej sprawności człowieka, w tym również sprawności fizycznej (SF). Na jakość życia wpływ mają zasadniczo trzy kryteria: biologiczny, psychologiczny i społeczny, które przy posiadaniu dobrej sprawności fizycznej mogą być realizowane. Wzajemną współzależność wskazanych kryteriów i sprawności fizycznej przedstawia rycina 1.

Kryterium biologiczne to w pierwszej kolejności pogorszenie zdrowia somatycznego, wielochorobowość[1] i diagnozowany ostatnio zespół słabości[2]. Zmiany biologiczne związane z wiekiem oraz choroby i urazy przyczyniają się do dużych indywidualnych różnic sprawności fizycznej i psychiczno-intelektualnej. Z kolei kryterium psychologiczne to posiadane zasoby (uwzględniać należy towarzyszące deficyty psychiczne), na bazie których można doskonalić funkcjonowanie lub zdobywać nowe umiejętności i kompetencje. Sprawność fizyczna umożliwia osiąganie wyznaczonych w życiu celów i ich realizację oraz ogólnie dobrą adaptację w środowisku i życiu zawodowym. Szczególnie w wieku starszym pozwala utrzymywać kontakty społeczne, przeciwdziała samoizolacji. Osoby starsze to bardzo zróżnicowana grupa pod względem sprawności fizycznej. W codziennej praktyce zawodowej spotykamy osoby w wieku 80 lat i starsze poruszające się energicznie, w pełni samodzielne oraz młodsze, których funkcjonowanie jest znacznie ograniczone lub niemożliwe, i są uzależnione od osób trzecich. Można stwierdzić, że poprawna SF decyduje w znacznym stopniu o jakości życia osób starszych.



Rycina 1. Współzależność kryteriów ze sprawnością fizyczną
Źródło: opracowanie własne

Sprawność fizyczna jest powiązana z aktywnością fizyczną (AF). Optymalny poziom AF jest predyktorem zdrowia w każdym wieku. Dla osób dorosłych najczęściej zalecaną regułą jest: „3x30x130", co oznacza wykonywanie (co najmniej) trzy razy w tygodniu – przez trzydzieści minut – takiego wysiłku, który powodowałby 130 skurczów serca na minutę.

[1] A. Brzęk, A. Knapik, J. Sołtys i in., *Tolerancja wysiłku osób w starszym wieku – wyniki wstępne,* [w:] *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej*, C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red.), Wyd. ŚUM, Katowice 2018, s. 115-127.

[2] M.M. Bujnowska-Fedak, J. Waligóra, B. d'Avanzo, C. Holland, D. Kurpas, *Approaches to therapy and prevention of frailty in the light of contemporary medicine*, "Family Medicine & Primary Care Review", nr 19(3), 2017, s. 289–297, doi: https://doi.org/10.5114/fmpcr.2017.69293.

U podłoża tego zalecenia jest troska o utrzymanie na możliwie wysokim poziomie wydolności tlenowej, będącej wskaźnikiem sprawności układu krążenia i oddychania.

Naturalne, związane z wiekiem zmiany inwolucyjne oraz pojawiająca się często chorobowość osób starszych powodują, że możliwości wysiłkowe stają się coraz mniejsze. Są one oczywiście indywidualnie zróżnicowane. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące AF osób starszych mówią o pożądanej aktywności tlenowej – na poziomie umiarkowanym – przez 150 minut w ciągu tygodnia lub przez 75 minut tygodniowo aktywności intensywnej – w okresach co najmniej dziesięciominutowych. Oczywiście możliwa jest kombinacja wysiłków intensywnych i umiarkowanych. Osoby w zaawansowanym wieku – o słabszej mobilności - powinny być aktywne w sposób dla nich możliwy, co najmniej trzy dni w tygodniu. Celem tej aktywności jest troska o zachowanie równowagi i zapobieganie upadkom. Ponadto wszystkim zalecane są ćwiczenia oporowe, dotyczące głównych grup mięśniowych – przynajmniej dwa razy w tygodniu. Ogólna dyrektywa jest następująca: każda AF jest korzystniejsza dla zdrowia i samopoczucia niż całkowity brak aktywności, a osoby starsze powinny być na tyle aktywne, na ile pozwalają im ich możliwości i warunki[3].

W trakcie ostatnich dwudziestu pięciu lat średnia trwania życia w Polsce wydłużyła się u kobiet o osiem lat, u mężczyzn o siedem. Dane statystyczne z 2017 roku wskazują na średnią długość życia w naszym kraju kobiet na 81,6 roku, mężczyzn o 8 lat mniej[4]. Obecnie wydłużenie się długości życia ogółu populacji stało się interdyscyplinarnym problemem, zarówno ze względów ekonomicznych, jak i zdrowotnych oraz społecznych. Zagadnienie to staje się bardzo istotne m.in. ze względu na prognozy dalszego wydłużania się średniej życia. Już w 2030 roku średnie te wynosić będą 84-85 lat dla kobiet i 77-78 dla mężczyzn, z kolei w 2050 roku przeciętne trwanie życia wydłuży się odpowiednio o 4-5 i o 5-6 lat[5].

Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa w Polsce wprowadzona została do kompleksowego programu rehabilitacji osób chorych, niepełnosprawnych, po urazach i starszych na przełomie lat 40. i 50. ubiegłego stulecia. Terapeuci zajęciowi pracują z osobami cierpiącymi na praktycznie wszystkie jednostki chorobowe i schorzenia we wszystkich grupach wiekowych, dostosowując metody zajęć i techniki pracy do konkretnych potrzeb. Aktualnie, po wprowadzeniu studiów z zakresu terapii zajęciowej, obszar terapii zwiększył się o np. wykluczonych społecznie, względnie o osoby będące w trudnej sytuacji ekonomicznej.

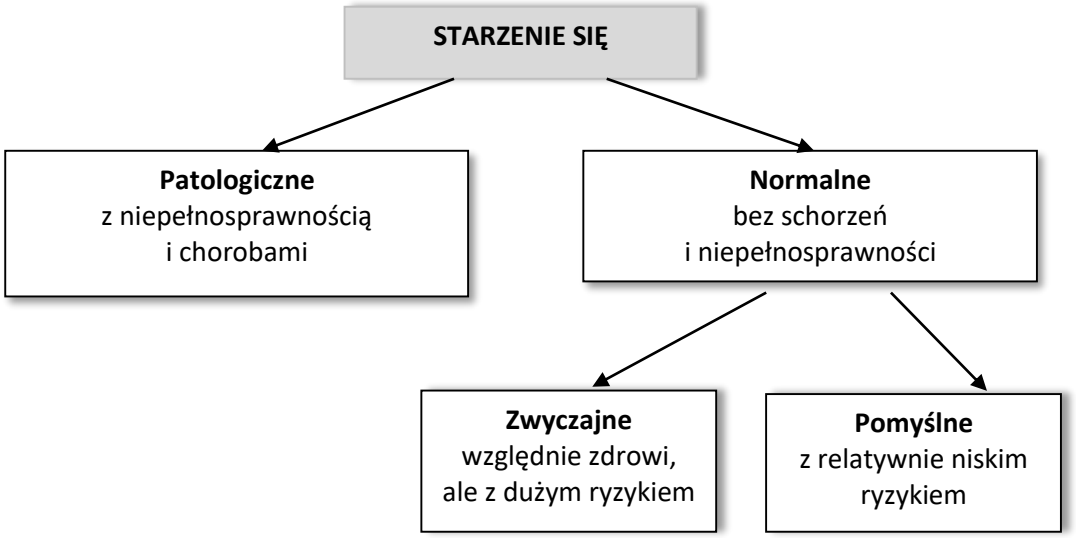
[3] World Health Organization. *Physical Activity and Older Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above*, https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/, data dostępu: 10.01.2019.

[4] *Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy*, GUS Warszawa 2017, https://stat.gov.pl/files/gfx/.../1/.../sytuacja_demograficzna_polski_na_tle_europy. Pdf, data dostępu: 10.01.2019.

[5] *Prognoza ludności na lata 2014-2050. Studia i analizy statystyczne*, GUS, Warszawa 2014: 78, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf, data dostępu: 15.10.2018.

Definicja Światowej Federacji Terapeutów Zajęciowych (*WFOT – World Federation of Occupational Therapists*) informuje, że *terapia zajęciowa jest kompleksową interwencją, która koncentruje się na umożliwieniu pacjentom osiągnięcia satysfakcjonującego ich poziomu funkcjonowania*[6]. W polskim piśmiennictwie uściślono zakres tych czynności, wskazując na zajęcia związane z codzienną samoobsługą i edukacją, pracą domową i pracą zawodową oraz zabawą, rekreacją, realizacją hobby i zainteresowań[7, 8].

Dla potrzeb niniejszego opracowania posłużymy się podziałem rodzajów starzenia się zaproponowanym przez Rowe'a i Kahna (ryc. 2). Autorzy wyróżnili dwie zasadnicze grupy osób starszych: niepełnosprawnych i chorych oraz zdrowych (starzejących się w sposób „fizjologiczny") z dużym i niskim ryzykiem utraty zdrowia.

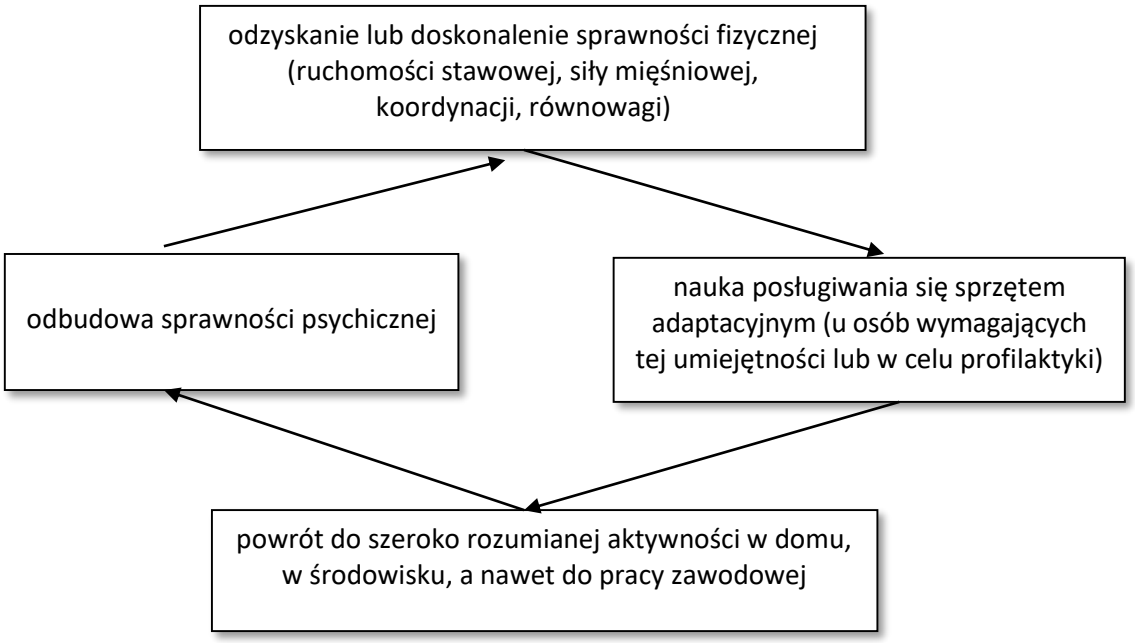


Rycina 2. Rodzaje starzenia się według Rowe'a i Kahna

Źródło: Knapik A., *Jakość starzenia się i jej determinanty u seniorów – mieszkańców południowej Polski,* Katowice 2018, ŚUM w Katowicach, s. 17.

Zasadnicze cele pracy z osobami starszymi podczas prowadzonej terapii zajęciowej przedstawiono na rycinie 3. Poszczególne cele ściśle z sobą korespondują i osiągnięcie postępu w jednym z nich pozwala doskonalić inne czynności i umiejętności[9]. Przywracanie lub doskonalenie sprawności fizycznej ogranicza stopień istniejących dysfunkcji, ma zarówno aspekt medyczny, jak i psychopedagogiczny oraz społeczny. Dlatego praca terapeutów zajęciowych na rzecz osób z różnymi dysfunkcjami i w zróżnicowanym wieku ma charakter interdyscyplinarny i wymusza posiadanie wiedzy z wielu dziedzin naukowych[10].

[6] A. Bac, G. Bednarczuk, A. Kulis, i in., *Charakterystyka terapii zajęciowej jako profesji oraz specyfika pracy terapeuty zajęciowego,* „Postępy Rehabilitacji", nr 25(2), 2011, s. 43-50.
[7] M. Kalbarczyk, *Dotrzeć do celu: poradnik rehabilitacyjny*, Fundacja Szansa dla Niewidomych, Warszawa 2011.
[8] J. Rottermund, A. Knapik, *Rola terapii zajęciowej w uzyskaniu aktywności zawodowej*, „Szkoła Specjalna", nr 4(290), 2017, s. 251-261.
[9] Rottermund J., Nowotny J., *Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej,* wyd. II, alfa-medica Press, Bielsko-Biała 2016.
[10] J. Rottermund, J. Szymańska, A. Warmuz-Wancisiewicz, R. Szczepaniak, *The functional aspects of occupational therapy. Funkcjonalne aspekty terapii zajęciowej*, „Fizjoterapia Polska", nr 18(3), 2018, s. 78-85.



Rycina 3. Cele pracy z osobami starszymi podczas prowadzonej terapii
Źródło: opracowanie własne

Cel pracy

Doskonalenie sprawności fizycznej, względnie dążenie do utrzymania jej na najwyższym z możliwych poziomie, warunkowane jest przez trzy obszary. Pierwszy, to aktualny stan zdrowia i możliwości ruchowe wraz z posiadanymi umiejętnościami i zasobami z poprzednich okresów życia. Drugi to stale zmieniające się biologiczne potrzeby organizmu dodatkowo zależne od planów, aspiracji i dążeń. Trzeci zakres to środowisko, czyli pomoc i wsparcie doświadczane od osób bliskich, zespołów rehabilitacyjnych, otoczenia[11]. Celem pracy jest wskazanie na terapię zajęciową jako środka w dążeniu do doskonalenia sprawności fizycznej umożliwiającej wykonywanie samodzielnie codziennych czynności jak najdłużej, a tym samym utrzymanie jak najwyższej jakości życia.

Terapia zajęciowa a sprawność fizyczna

Sprawność fizyczna to całokształt zdolności ruchowych, warunkowanych przez wydolność fizyczną, cechy biofizyczne organizmu człowieka oraz posiadane umiejętności ruchowe, zarówno te wrodzone, jak i nabyte. Ściśle ze sprawnością fizyczną koresponduje termin sprawność motoryczna, do której zalicza się zwinność, równowagę, koordynację, moc, szybkość i czas reakcji[12]. Dla osób z trudnościami i ograniczeniami ruchowymi stosuje się termin dysfunkcja ruchowa. Przyczyn powstania dysfunkcji jest wiele, powodowane mogą być przez wady wrodzone, urazy lub choroby. Często przyczyny wzajemnie się nakładają, potęgując brak możliwości ruchowych. W terapii zajęciowej doskonalenie sprawności ruchowej

[11] A.I. Brzezińska, *Jak przebiega rozwój człowieka*, [w:] A.I. Brzezińska (red.) *Psychologiczne portrety człowieka,* Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2015, s. 32-33.
[12] K. Klukowski K., J. Nowotny, A. Czamara, *Słownik fizjoterapii,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.

powoduje skuteczne wykonywanie ruchu. Ponadto ruchy te stają się celowe, są płynnie wykonywane i precyzyjne, w miarę szybkie i rytmiczne. Doskonalenie sprawności fizycznej powinno doprowadzić do jeszcze jednej bardzo istotnej cechy, mianowicie ekonomiki ruchu. Wszelkie wykonywane czynności nie powinny powodować zbyt dużych ubytków energii, gdyż jej zasobów szczególnie u osób starszych może nie być zbyt dużo. Regeneracja sił nie jest już taka szybka, jak w poprzednich dekadach życia.

Wiek starszy charakteryzuje się ograniczeniami w funkcjonowaniu najczęściej w każdym obszarze życia. Osoby starsze podczas „normalnego" starzenia się stopniowo stają się mniej sprawne fizycznie, niesamodzielne i nieporadne, przez co zamykają się w sobie i stają się wycofane ze środowiska. Gdy starości towarzyszy choroba lub wielochorobowość lub niepełnosprawność, destrukcyjne dla życia zmiany przebiegają zdecydowanie szybciej powodując wcześniejszą izolację. Taki stan obniża jakość życia osób starszych, negatywnie odbija się na najbliższych. Organizując zajęcia dla osób starszych, należy przeprowadzić poprawną diagnostykę, wskazać istotne problemy i zagrożenia. Wielochorobowość powszechna w tej grupie wiekowej wymusza stosowanie wielu leków jednocześnie (zagrożeniem jest również wybiórcze ich stosowanie lub zapominanie brania), co również może mieć wpływ na ogólną sprawność ruchową i zachowanie w trakcie prowadzonych zajęć.

Podczas prowadzonej terapii zajęciowej u każdego uczestnika zajęć powinno się zwrócić uwagę na stabilność, odruchy postawy, napięcie posturalne i reakcję na działanie grawitacji. Praktycznie wszystkie codzienne czynności wykonywane są w warunkach równowagi chwiejnej. Akty ruchowe związane ze zmianą pozycji, przemieszczaniem się, dźwiganiem lub sięganiem po przedmioty wymuszają zmianę wielkości płaszczyzny podparcia i zróżnicowane odpowiednie usytuowanie środka ciężkości. To umiejętność utrzymania środka ciężkości nad płaszczyzną podparcia lub poza nią decyduje o stabilności ciała. W przypadku braku możliwości zrównoważenia sił dochodzi do nadmiernych odchyleń i upadków. Dlatego w terapii należy koniecznie zwrócić uwagę na zajęcia równoważne i kontrolę poprawnej postawy[13]. Utrzymanie poprawnej postawy ciała bazuje na wielu odruchach generowanych z poszczególnych pięter ośrodkowego układu nerwowego. Część odruchów po zakończeniu rozwoju postawy zanika, inne spełniają ważne funkcje w kolejnych dekadach życia i trzeba je w określonych sytuacjach zdrowotnych doskonalić i usprawniać. Wyróżnia się trzy podstawowe grupy reakcji: statyczne, nastawcze i prostujące, ułatwiające powrót do żądanej pozycji i równowagi[14].

Ważne dla konkretnego aktu ruchowego jest napięcie posturalne, gdyż ruch jednego odcinka ciała wymusza stabilizację innych jego części. Koordynacja napięcia mięśniowego nie jest wartością stałą, stale zmienia się w trakcie ruchu (szczególnie podczas pokonywania oporów zewnętrznych) i musi permanentnie podlegać modyfikacji.

Sprawne funkcjonowanie narządu ruchu w warunkach pokonywania siły ciężkości gwarantowane jest przez mechanizm antygrawitacyjny. Rozwój motoryczny i stopniowe doskonalenie reakcji przeciwko sile grawitacji w warunkach fizjologicznych pozwalają na poprawne wykonywanie poszczególnych aktów ruchowych. Procesy te przebiegają automatycznie poza naszą świadomością. Tym samym rozpoczęcie, prowadzenie i kontrolowanie ruchu odbywa się dzięki mechanizmowi antygrawitacji. Inaczej zachowuje się ciało w warunkach patologicznych, ruchy stają się niecelowe, nieharmonijne, z nadmiernym zużyciem energii.

[13] Błaszczyk J.W., *Biomechanika kliniczna,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
[14] J. Rottermund, J. Szymańska, A. Warmuz-Wancisiewicz, R. Szczepaniak, *The functional aspects of occupational therapy. Funkcjonalne aspekty terapii zajęciowej,* „Fizjoterapia Polska", nr 18(3), 2018, s. 78-85.

Wtedy ćwiczenia w ramach terapii zajęciowej należy prowadzić w różnych warunkach i sytuacjach. Mechanizm antygrawitacyjny podlega wtedy stałemu treningowi (doskonaleniu), a zmieniające się napięcie mięśniowe musi dostosować ułożenie ciała do wymuszonych pozycji.

Przystępując do pracy z osobą starszą, korzystając ze wzorów innych dziedzin medycyny, należy przeprowadzić kompleksową ocenę stanu zdrowia, w tym dokonać diagnostyki. Badanie uczestnika terapii, podczas którego pozna się przyczynę ograniczenia sprawności fizycznej i możliwości ruchowych, stanowi podstawę do zastosowania adekwatnych środków terapeutycznych, a tym samym prowadzenia skutecznej terapii. Wykonane testy diagnostyczne pozwolą ocenić skuteczność prowadzonej terapii, a w sytuacji braku postępów stanowić będą podstawę do jej weryfikacji. Dla osób starszych istotne jest wyuczenie lub/i doskonalenie wzorców ruchowych niezbędnych do sprawnego wykonywania codziennych czynności. Problem ten dotyczy również prowadzonej koniecznej profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej, szczególnie w tej grupie wiekowej. Niedomogów sprawności fizycznej upatrywać można w neurofizjologii, budowie anatomicznej i fizjologii organizmu, w sterowaniu i kontroli ruchów[15]. Z kolei dla terapeutów zajęciowych ważna jest znajomość biomechaniki ruchów człowieka wraz ze znajomością klinicznych przyczyn konkretnej dysfunkcji oraz współwystępującej patobiomechaniki i neuropatologii. Narząd ruchu to skomplikowany układ dźwigni poruszany mięśniami i sterowany sprawnym systemem nerwowym[16]. Poprawa sprawności fizycznej może nastąpić podczas korzystania ze sprzętu ortopedycznego, np. lasek, balkoników, specjalnych chwytaków lub ortoz. Sprzęt ten pozwoli pokonać trudności w lokomocji czy czynnościach samoobsługowych, które do tej pory były niewykonalne lub wykonywane z trudnością. W takich sytuacjach idealnym miejscem do prowadzenia terapii zajęciowej są warunki lokalowe zbliżone do tych, w jakich przebywa uczestnik terapii w miejscu zamieszkania.

Omawiając doskonalenie SF z wykorzystaniem terapii zajęciowej nie można pominąć ergonomii wykonywanych czynności. Liczna grupa osób starszych w wyniku chorób i urazów ma deformacje lub ubytki kończyn. Ergonomia dostosowuje urządzenia techniczne i narzędzia do wykonywanych czynności, uwzględniając fizyczne i psychiczne cechy osoby niepełnosprawnej oraz zwraca uwagę na przygotowanie stanowisk do prac, aby nie powodowały dodatkowych przeciążeń. Stanowiska niedostosowane do istniejących dysfunkcji powodują wykonywanie czynności w pozycjach nieergonomicznych, które wpływają na pogorszenie się i tak już upośledzonego stanu zdrowia[17, 18]. Korekta niekorzystnych ruchów i pozycji jest nieodzowna, ponieważ powtarzane wielokrotnie błędnie wykonywane czynności stają się nawykami, tworząc patologiczne wzorce ruchowe.

Ręka w codziennym życiu służy jako „narzędzie" do wykonywania ruchów precyzyjnych i skomplikowanych. W wyniku uszkodzenia, chorób lub urazów wykorzystanie ręki do sprawnego posługiwania się nią zostaje ograniczone lub staje się niemożliwe. Ograniczenie motoryki ruchów ręki powoduje obniżenie funkcjonowania każdego człowieka. Podczas przywracania sprawności ręki terapeuta zajęciowy musi zwrócić uwagę na sześć ważnych dla

[15] Assessments of Functional Skills Occupational Therapy and Physical Therapy. Bureau of Exceptional Education and Student Services Florida Department of Education, 2012.

[16] J. Nowotny, O. Nowotny-Czupryna, K. Czupryna, *Kinezjologiczno-funkcjonalne aspekty rehabilitacji. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów,* alfa-medica Press, Bielsko-Biała 2015.

[17] O. Nowotny-Czupryna, *Ergonomiczne aspekty pracy osób wykonujących niektóre zawody medyczne - uwarunkowania i skutki,* Wydawnictwo Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2012.

[18] K. Michalak, A. Szwaczko, A. Cieślak i in., *Wystąpienie zespołów bólowych i urazów w wyniku przeciążenia narządu ruchu wśród fizjoterapeutów,* „Fizjoterapia Polska", nr 17(2), 2017, s. 72-81.

poprawy funkcji elementów: jakość chwytu, typ chwytu, zdolności manipulacyjne, trening czynności z otwartą pracą ręki, wartość chwytu i wykonywanie czynności oburącz[19].

Możliwości poprawy sprawności fizycznej

Przywracanie czy doskonalenie możliwości ruchowych trwa u osób starszych dłużej niż przeciętnie w populacji ludzi młodszych, niejednokrotnie wiele miesięcy. Czas powrotu pełnej sprawności fizycznej jest trudny do określenia, u pewnej grupy osób z ograniczoną SF może trwać nawet do końca życia. Sam proces terapeutyczny, jak wspominaliśmy, wymaga w pierwszej kolejności określenia i oszacowania problemów uczestnika zajęć. Stają się one przyczynkiem do wskazania celu (najczęściej są to cele) terapii zajęciowej. Jej uczestnicy różnią się wiekiem, przebytymi chorobami i doznanymi urazami, budową anatomiczną oraz mentalnie. Mają zatem inne problemy zdrowotne oraz inną wydolność i sprawność fizyczną, inne doświadczenia życiowe i plany na przyszłość wraz z priorytetami. Cele terapii dla każdej osoby będę różne, być może zbieżne, ale prawie nigdy identyczne. Poprzez poprawę sprawności fizycznej rozumiemy przywrócenie maksymalnej samodzielności (indywidualnej dla każdego uczestnika) umożliwiającej funkcjonowanie w rodzinie i w środowisku, przywrócenie aktywności społecznej i o ile jest taka potrzeba twórczej[20]. Dla wielu osób starszych posiadających jeszcze odpowiednie predyspozycje celem prowadzonej terapii zajęciowej może okazać się powrót do wykonywania pracy zawodowej.

Dobór odpowiednich zajęć dostosowany również do zainteresowań uczestnika terapii zajęciowej wydaje się ważnym elementem procesu usprawniania. Ten sam cel można osiągnąć wykorzystując różne zajęcia, lecz przy wyborze i ewaluacji zajęć należy brać pod uwagę następujące czynniki: podstawowe schorzenie i współwystępujące dolegliwości wraz z przeciwwskazaniami, ogólny stan zdrowia i możliwości funkcjonalne, ze wskazaniem na trudności w wykonaniu konkretnych czynności, wiek, predyspozycje i hobby. W trakcie terapii konieczna jest wnikliwa obserwacja uczestnika i reagowanie na efekty względnie ich brak. Wiele zależy od posiadanej bazy materialnej i technicznej.

Oceny sprawności fizycznej można dokonać korzystając z testów np.: wykonywania czynności życia codziennego (ADL *Activities of Daily Living*), podstawowych czynności (BADL *Basic Activities of Daily Living*), skali Bartel, skali Tinetti lub bardziej skomplikowanych zadań (IADL *Instrumental Activities of Daily Living*). Cenne w diagnostyce będą inne testy funkcjonalne lub korzystać można ze specjalistycznych testów dla konkretnej jednostki chorobowej[21].

Pracując z osobami starszymi koniecznie należy zwrócić uwagę na zróżnicowany poziom komunikowania się. Wymagany jest dokładny instruktaż i objaśnienia. W sytuacji gdy porozumienie słowne jest niemożliwe, wymagany jest przekaz informacji poprzez pokaz ruchu, jak należy wykonać konkretną czynność. Sam przekaz (werbalny czy pozawerbalny) powinien być jasny i zrozumiały. Podczas wykonywania konkretnych czynności należy korygować prowadzenie aktu ruchowego w celu eliminowania błędów. Doświadczenie zawodowe mówi, że korekta lub likwidacja przyczyny popełnianych błędów może wymagać zadań

[19] J. Rottermund, S. Szary, A. Knapik, *Korzystanie z przedmiotów adaptacyjnych poprawiających funkcję ręki podczas przygotowywania i spożywania posiłków*, „Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania", nr III/20, 2016, s. 115-127.

[20] A. Kwolek (red.), *Rehabilitacja medyczna,* Wydawnictwo Urban&Parter, Wrocław 2003.

[21] K. Wieczorkowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz, *Fizjoterapia w geriatrii,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

pośrednich, czyli nauki ruchu podczas innych czynności lub doskonalenie czynności z podzieleniem na mniejsze etapy.

Terapia zajęciowa jest procesem ciągłym, zajęcia w pracowniach to czas kilku tygodni, miesięcy lub lat. Wymaga od osób starszych zaangażowania i wysiłku, nierzadko są to zadania i zajęcia bardzo trudne. Zakończone powodzeniem i zrealizowane cele terapii dają motywację do dalszej pracy nad sobą uczestnikowi zajęć i ukazują sens poniesionego wysiłku.

Sprzęt adaptacyjny wsparciem dla ograniczonej sprawności fizycznej

Wiek podeszły bardzo często kojarzony jest z trudnościami w wykonywaniu codziennych czynności. W tych sytuacjach terapeuta zajęciowy powinien szukać rozwiązań i ułatwień, umożliwiających wykonywanie czynności. Zastosowanie sprzętu adaptacyjnego pozwala na wykonywanie prac, które w wyniku ograniczenia sprawności fizycznej były niewykonalne. Zastosowanie kompensacji kierowanej wydaje się być korzystniejsze od kompensacji samoistnej, w której najczęściej występuje zjawisko substytucji. Wykonywanie czynności przez sprawniejsze partie ciała powoduje kolejne ograniczenie możliwości funkcjonalnych i tak już mniej sprawnych fizycznie części ciała. Nasilają się nieprawidłowe wzorce ruchowe, a te z kolei utrudniają powrót do sprawności upośledzonych funkcji. W sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym dostępne są takie urządzenia. Zadaniem terapeuty zajęciowego jest wskazanie niezbędnego sprzętu adaptacyjnego i nauka poprawnego posługiwania się nim. W codziennym funkcjonowaniu występują sytuacje wymagające indywidualnego przystosowania przedmiotów do potrzeb konkretnej osoby, pełnią wtedy funkcje narzędzi wspomagających.

Innym bardzo istotnym zadaniem terapeuty zajęciowego jest zaproponowanie adaptacji mieszkania i otoczenia, aby osoba z mniejszą sprawnością czuła się bezpiecznie w trakcie przemieszczania się i wykonywanych prac. Przygotowanie do zmian w mieszkaniu związane jest z oceną stanu psychofizycznego osoby z ograniczoną sprawnością i jej potrzeb. Proponowane zmiany muszą być uzgadniane z innymi członkami rodziny lub/i właścicielami mieszkań. Ważny jest aspekt materialny planowanych zmian adaptacyjnych, przy trudnościach finansowych należy wskazać możliwe źródła dofinansowania przedsięwzięcia.

Podsumowanie

Prowadzenie zajęć w ramach terapii zajęciowej możliwe jest na każdym etapie choroby lub niepełnosprawności, uczestniczenie w nich może mieć też charakter profilaktyczny. W ten sposób doskonalona sprawność fizyczna wydłuża czas pełnej samodzielności i radzenia sobie w codziennym życiu. Sprawne fizycznie osoby, niepotrzebujące opieki i pomocy, to mniejsze obciążenie dla rodzin i społeczeństwa. Stosownie do potrzeb uczestnika terapii zajęciowej powinna uwzględniać zarówno zajęcia o profilu fizycznym, jak i umysłowym. Tak zorganizowane zajęcia przyspieszają powrót do zdrowia i usprawniają wszystkie narządy, w tym oczywiście doskonalą funkcje ruchowe. Terapia zajęciowa umacnia i potęguje uzyskane wyniki podczas całego procesu leczenia i przywracania SF. Praca w zespołach terapii zajęciowej, przebiegająca na wielu płaszczyznach i w różnych sekwencjach, wpływa na doskonalenie funkcji ruchowych[22]. Priorytetem zajęć powinno być osiągnięcie samodzielności i niezależności

[22] J. Rottermund, *Dysfunkcja funkcjonalna a możliwości korzystania z terapii zajęciowej*, [w:] A. Klinik (red.), *Wybrane problemy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, PTSR Oddział Beskidzki, Skoczów 2003, s. 34-39.

w bezpiecznych i przyjaznych warunkach „sal treningowych". W interesie całego społeczeństwa jest tworzenie miejsc, w których potrzebujący będą mieli możliwość doskonalenia swoich umiejętności psychoruchowych. Efektem będzie podniesienie na wyższy poziom sprawności fizycznej i możliwość korzystania z niej w naturalnych warunkach. Tym samym zdecydowanie zwiększy się jakość życia osób poddanych terapii. Największą satysfakcją terapeutów jest bowiem osiągnięcie samodzielności i niezależności przez uczestników zajęć, zadowolonych z własnej aktywności ruchowej.

Bibliografia

Assessments of Functional Skills Occupational Therapy and Physical Therapy. Bureau of Exceptional Education and Student Services Florida Department of Education, 2012.

Bac A., Bednarczuk G., Kulis A., i in., *Charakterystyka terapii zajęciowej jako profesji oraz specyfika pracy terapeuty zajęciowego*, „Postępy Rehabilitacji", nr 25(2), 2011, s. 43-50.

Błaszczyk J.W., *Biomechanika kliniczna,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

Brzezińska A.I., *Jak przebiega rozwój człowieka,* [w:] A.I. Brzezińska (red.) *Psychologiczne portrety człowieka*, Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2015.

Brzęk A., Knapik A., Sołtys J. i in., *Tolerancja wysiłku osób w starszym wieku – wyniki wstępne,* [w:] *Determinanty pomyślnego starzenia się seniorów aglomeracji śląskiej,* C. Marcisz, A. Brzęk, A. Knapik (red.) ŚUM w Katowicach, Katowice 2018.

Bujnowska-Fedak M.M., Waligóra J., d'Avanzo B., Holland C., Kurpas D., *Approaches to therapy and prevention of frailty in the light of contemporary medicine,* "Family Medicine & Primary Care Review", nr 19(3), 2017, s. 289–297, doi: https://doi.org/10.5114/fmpcr.2017.69293.

Kalbarczyk M., *Dotrzeć do celu: poradnik rehabilitacyjny,* Fundacja Szansa dla Niewidomych, Warszawa 2011.

Klukowski K., Nowotny J., Czamara A., *Słownik fizjoterapii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.

Knapik A., *Jakość starzenia się i jej determinanty u seniorów – mieszkańców południowej Polski,* ŚUM w Katowicach, Katowice 2018.

Kwolek A. (red.), *Rehabilitacja medyczna*, Wydawnictwo Urban&Parter, Wrocław 2003.

Michalak K., Szwaczko A., Cieślak A. i in., *Wystąpienie zespołów bólowych i urazów w wyniku przeciążenia narządu ruchu wśród fizjoterapeutów*, „Fizjoterapia Polska", nr 17(2), 2017, s. 72-81.

Nowotny J., Nowotny-Czupryna O., Czupryna K., *Kinezjologiczno-funkcjonalne aspekty rehabilitacji. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów,* alfa-medica Press, Bielsko-Biała 2015.

Nowotny-Czupryna O., *Ergonomiczne aspekty pracy osób wykonujących niektóre zawody medyczne - uwarunkowania i skutki*, Wydawnictwo Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2012.

Prognoza ludności na lata 2014-2050. Studia i analizy statystyczne, GUS, Warszawa 2014, s. 78. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf

Rottermund J., *Dysfunkcja funkcjonalna a możliwości korzystania z terapii zajęciowej*, [w:] A. Klinik (red.) *Wybrane problemy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, PTSR Oddział Beskidzki, Skoczów 2003.

Rottermund J., Nowotny J., *Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej,* wyd. II, alfa-medica Press, Bielsko-Biała 2016.

Rottermund J., Szary S., Knapik A., *Korzystanie z przedmiotów adaptacyjnych poprawiających funkcję ręki podczas przygotowywania i spożywania posiłków,* „Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania", nr III/20, 2016, s. 115-127.

Rottermund J., Knapik A., *Rola terapii zajęciowej w uzyskaniu aktywności zawodowej*, „Szkoła Specjalna", nr 4(290), 2017, s. 251-261.

Rottermund J., Szymańska J. Warmuz-Wancisiewicz A., Szczepaniak R., *The functional aspects of occupational therapy. Funkcjonalne aspekty terapii zajęciowej*, „Fizjoterapia Polska", nr 18(3), 2018, s. 78-85.

Sytuacja demograficzna Polski na tle Europy, GUS, Warszawa 2017, https://stat.gov.pl/files/gfx/.../1/.../sytuacja_demograficzna_polski_na_tle_europy. pdf

Wieczorkowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M., *Fizjoterapia w geriatrii,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

World Health Organization. Physical Activity and Older Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/.

mgr Renata SZUSTAK
Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Oddział Neurologii

dr n. hum. HALINA KULIK
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa

dr n. hum. Urszula MICHALIK-MARCINKOWSKA
Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, Wydział Medyczny w Zabrzu

Przygotowanie do samoopieki pacjentów po udarach mózgu

Streszczenie: Udar mózgu jest jedną z wiodących przyczyn zgonów na świecie. W Polsce zachorowaniu ulega 60-70 tysięcy osób rocznie, z czego 20-30% umiera w przeciągu pierwszego roku. Często występujące ubytki neurologiczne, takie jak: niedowłady, zaburzenia równowagi i zaburzenia poznawcze stwarzają potrzebę podejmowania samoopieki w nowej sytuacji życiowej. Celem prezentowanej pracy była ocena stopnia przygotowania do samoopieki pacjentów po udarach mózgu. Badaniem objęto pacjentów Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym w Górnośląskim Centrum Medycznym im. Leszka Gieca w Katowicach. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Stwierdzono występowanie problemów związanych z codziennym funkcjonowaniem, głównie w zakresie przemieszczania się i wykonywania czynności samoobsługowych, jak również komunikowania się. Zaobserwowano również deficyty wiedzy w zakresie znajomości objawów udaru, postępowania w sytuacji ich wystąpienia oraz pożądanych zachowań zdrowotnych. Zauważono również, że wiedza badanych nie przekładała się na podejmowane zachowania zdrowotne. Wyzwaniem dla opieki medycznej nadal pozostaje edukacja zdrowotna pacjentów, a przede wszystkim przygotowanie do samoopieki i udzielanie profesjonalnego wsparcia w samoopiece.
Słowa kluczowe: *samoopieka, samopielęgnacja, udar mózgu*

Preparing patients after cerebral strokes for the self-care

Abstract: Stroke is one of the leading causes of death in the world. Every year 60000-70000 people getting ill in Poland, of which 20-30% die within the first year. The most frequent consequences of stroke are primarily neurological losses, such as paresis, balance disorders and cognitive impairment. It creates the need to adapt these people to a new life situation. The purpose of the presented work was to degree evaluation of preparation for self-care of patients after stroke. The research was carried out at the Department of Neurology with the Sub-Strike Unit at the Górnośląskie Centrum Medyczne im. Leszka Gieca in Katowicach. The research tool was the author's questionnaire. Obtained results of research indicate problems connected with everyday functioning, mainly in the field of movement, self-care activities as well as communication. There were also observed deficits in the knowledge of stroke symptoms, procedure of their occurrence and desirable health behaviors. It was also noted that the knowledge of the respondents did not translate into health behaviors. A health education of patients, but first of all a preparation for the self-care and giving the professional support in the self-care are still the challenge for the medical care.
Keyword: *self-care, cerebral stroke*

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) samoopieka jest „osobistą opieką zdrowotną, której celem jest poprawa, przywrócenie zdrowia bądź zapobieganie chorobom i ich leczenie”[1]. W stanie zdrowia obejmuje realizację zachowań prozdrowotnych, takich jak: regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych, zdrowe odżywianie się, niepalenie papierosów, umiarkowane spożywanie alkoholu lub niespożywanie go w ogóle, przestrzeganie zasad higieny osobistej i otoczenia, dbałość o zdrowie psychiczne oraz unikanie zagrożeń dla zdrowia. Pojęcie to obejmuje również radzenie sobie z drobnymi dolegliwościami, chorobami przewlekłymi, a także troskę o zdrowie i dobre samopoczucie po zakończeniu leczenia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej. W wymiarze jednostkowym *samoopieka* oznacza zapewnienie opieki sobie samemu, przy profesjonalnym wsparciu ekspertów w tym zakresie[2].

Idea samoopieki zyskuje coraz większe uznanie na całym świecie, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych. Fakt ten związany jest ze wzrostem zainteresowania zdrowiem i dobrym samopoczuciem, jak również coraz powszechniejszą świadomością odpowiedzialności za własne zdrowie. Społeczne kampanie edukacyjne skierowane przeciwko problemom zdrowotnym stanowiącym największe obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej, coraz łatwiejszy dostęp do rzetelnych informacji na temat zdrowia, a przede wszystkim niewydolność systemów opieki zdrowotnej i społecznej, to główne uwarunkowania wzrostu zainteresowania samoopieką.

Na gruncie pielęgniarstwa, jedną z najbardziej popularnych i najczęściej stosowanych w praktyce pielęgniarskiej teorii pielęgnowania jest model samoopieki i deficytu samoopieki, zaproponowany przez amerykańską pielęgniarkę Dorotheę Orem (1914-2007)[3].

Fundamentalnym założeniem tego modelu jest przekonanie o naturalnych skłonnościach każdego człowieka do opiekowania się swoją osobą, jak również osobami najbliższymi. Autorka modelu stwierdziła, że człowiek posiada pewne predyspozycje do samoopieki, które w trakcie życia są rozwijane i uzupełniane poprzez uczenie się właściwych wzorców zachowań. Dorosły zdrowy człowiek, o dojrzałej osobowości, powinien być w pełni zdolny do podjęcia samoopieki. Gotowość do samoopieki oznacza jednak nie tylko odpowiednie predyspozycje, ale również warunki, siły i motywację, a przede wszystkim wiedzę i umiejętności potrzebne do troszczenia się o siebie i najbliższych. Zdolność do samoopieki, jak również zapotrzebowanie na opiekę nie są wartościami stałymi i w okresie życia człowieka podlegają wielu zmianom. Predyktory tych zmian skorelowane są ze

---

[1] A. Pavlickova, *Postrzeganie samoopieki w Europie. Podsumowanie. Barometr samoopieki EPPOSI: badanie ilościowe,* 2013, s. 2; http://epposi.org/wp-content/uploads/2015/07/EPPOSI-Self-Care-Barometer-Report-Summary-2013_PL-PL.pdf, data dostępu: 10.06.2019.

[2] Ibidem, s. 2.

[3] S. Poznańska, *Dorothea Orem. Model samoopieki/deficytu samoopieki,* [w:] S. Poznańska, L. Płaszewska-Żywko, *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 103-130; D. Mielniczek, M. Wodzińska, *Teoretyczne modele pielęgniarstwa,* Prace i Materiały – Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie, Kwidzyn 2010, s. 8; K. Cierzniakowska, E. Kozłowska, M.T. Szewczyk, *Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 1, 2007, s. 16–22; D. Balcerek, K. Kurowska, *Model opieki według teorii Doroty Orem. Odzyskać witalność,* „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr 5, 2007, s. 18; B. Linda, *Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy”, nr 8, 2012, s. 49-61; M. Furmanek, E. Dacka, *Deficyt samoopieki u chorych we wczesnym stanie po złamaniu szyjki kości udowej,* „Aspekty Zdrowia i Choroby”, t. 2, nr 3, 2017, s. 65–75; G. Kowalik, *Praktyczne zastosowanie modelu pielęgnowania Dorothy Orem,* „Studia Medyczne”, nr 26(2), 2012, s. 107-111.

zdolnością człowieka do samoopieki i zależne od jego etapu rozwojowego, stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, sytuacji rodzinnej i życiowej, uwarunkowań socjokulturowych i systemu opieki zdrowotnej, a przede wszystkim posiadanych i dostępnych zasobów i źródeł wsparcia[4].

D. Orem zdefiniowała samoopiekę jako te wszystkie aktywności i zachowania, które człowiek podejmuje i realizuje w celu zachowania życia i zdrowia oraz dobrego samopoczucia. W prawidłowych warunkach człowiek podejmuje samoopiekę z własnej woli, doskonaląc w ciągu życia określoną wiedzę i umiejętności pozwalające mu na jej efektywne realizowanie[5]. W sytuacji, gdy człowiek dorosły lub osoba zależna od innych (np. niemowlę, dziecko, osoba starsza, przewlekle chora lub z niepełnosprawnościami) z różnych przyczyn jest niezdolna bądź nie w pełni zdolna do podjęcia i zapewnienia sobie ciągłej efektywnej samoopieki, dochodzi do wystąpienia *deficytu samoopieki*[6]. Teoria deficytu samoopieki określa więc, kiedy człowiekowi niezbędna jest konstruktywna pomoc[7]. W założeniach autorki tej teorii, pielęgniarka, dzięki posiadanym kwalifikacjom, potrafi dokonać obiektywnej diagnozy zapotrzebowania na opiekę, określając możliwości oraz ograniczenia w zakresie samoopieki, a następnie ustalić zakres i rodzaj pomocy.

W sytuacji wystąpienia deficytu samoopieki podopieczny staje się biorcą opieki, a zadaniem pielęgniarki jest asystowanie mu w samoopiece poprzez całkowite lub częściowe kompensowanie istniejących ograniczeń, wspieranie lub uczenie.

W zależności od rozpoznawanych deficytów pielęgniarka asystuje pacjentowi, posługując się pięcioma metodami:

1. *Działanie dla i za pacjenta* – to metoda, która znajduje zastosowanie w sytuacji dużych deficytów samoopieki i związanego z nimi dużego zapotrzebowania na opiekę. Pielęgniarka przejmuje wówczas te wszystkie czynności pielęgnacyjne, których pacjent sam nie może wykonać. Metoda ta wiąże się z podejmowaniem decyzji i przyjęciem odpowiedzialności za całość opieki nad pacjentem.
2. *Kierowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek* – ta metoda ma zastosowanie w sytuacji, gdy pacjent musi dokonywać wyborów i znaleźć optymalny dla siebie sposób postępowania. Rola pielęgniarki sprowadza się do demonstrowania zalet i wad poszczególnych rozwiązań, instruowania i doradzania. Pacjent sam dokonuje wyboru optymalnego dla niego rozwiązania istniejącego problemu.
3. *Udzielanie wsparcia* – czyli dawanie pacjentowi możliwości swobodnego i otwartego wyrażania swoich myśli, emocji i uczuć poprzez: aktywne słuchanie, akceptację, empatyczne zrozumienie przeżyć pacjenta, przedyskutowanie planów i asystowanie w poszukiwaniu innych rozwiązań. Warto w tym miejscu podkreślić, że w procesie „radzenia sobie" z chorobą lub niepełnosprawnością wsparcie społeczne jest jednym z ważniejszych zasobów, jakimi dysponuje osoba chora lub z niepełnosprawnością. Wsparcie udzielane przez personel medyczny nie tylko wyzwala nadzieję, ale również motywuje do przezwyciężania problemów.
4. *Stwarzanie środowiska sprzyjającego rozwojowi człowieka* – czyli wykreowanie takich warunków otoczenia, które zmotywują osobę do określenia celów i priorytetów oraz podjęcia działań w kierunku ich osiągnięcia. Przyjazne środowisko, to środowisko

[4] S. Poznańska, *Dorothea Orem. Model samoopieki / deficytu samoopieki*, op. cit., s. 103-130.
[5] Ibidem, s. 108.
[6] Ibidem, s. 109-115.
[7] Ibidem, s. 118.

bezpieczne, zapewniające możliwość zaspokojenia potrzeb w atmosferze akceptacji i szacunku.

5. *Uczenie drugiej osoby* - to metoda wykorzystywana w opiece nad podopiecznymi wykazującymi brak wiedzy lub umiejętności niezbędnych do podejmowania samoopieki. Jej skuteczność uwarunkowana jest koniecznością rozpoznania deficytów wiedzy i zmotywowania do przyjęcia informacji bądź opanowania konkretnych umiejętności[8].

W zależności od zakresu stwierdzonych deficytów samoopieki i niezbędnego obszaru pomocy, jakiej należy udzielić podopiecznemu, D. Orem wyróżniła trzy systemy pielęgnowania:

1) system w pełni kompensacyjny – stosowany w opiece nad podopiecznymi z dużymi deficytami w samoopiece. W systemie tym dominuje metoda działania „dla i za" pacjenta,
2) system częściowo kompensacyjny – sprowadza się do asystowania pacjentowi w realizacji czynności pielęgnacyjnych, do których nie jest w pełni zdolny,
3) system wspierająco-edukacyjny – ma zastosowanie u osób, które są w stanie zapewnić sobie samoopiekę, ale nie mają wystarczającej wiedzy, umiejętności lub motywacji bądź też wymagają pomocy w podejmowaniu decyzji[9].

Stanem, w którym człowiek wymaga wsparcia w trosce o własne zdrowie, jest udar mózgu, stanowiący bezpośrednie zagrożenie życia i wymagający natychmiastowej, bezwzględnej hospitalizacji. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) udary mózgu stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów na świecie i częściej występują u osób po 40. roku życia[10]. Ubytki neurologiczne będące następstwem udaru, a w szczególności niedowłady i dysfunkcje w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych i intelektualnych, w znacznym stopniu ograniczają samodzielność pacjenta pogarszając jakość jego życia[11].

W części przypadków objawy ostrego uszkodzenia mózgu ustępują samoistnie bądź pod wpływem leczenia, jednak u około 25–50% osób po incydencie udarowym pozostaje niepełnosprawność będąca przyczyną częściowej lub całkowitej niezdolności do samoopieki i zależności od innych[12].

Ze względu na duże potencjalne zagrożenie życia występujące u tej grupy pacjentów, przygotowanie ich do samoopieki (bądź przygotowanie osób opiekujących się nimi) nabiera szczególnego znaczenia. Efektywna edukacja zdrowotna, uwzględniająca potrzeby i możliwości podopiecznego (lub jego opiekunów), zwiększa jego szanse na samodzielność i niezależność od innych.

---

[8] D. Balcerek, K. Kurowska, *Model opieki według teorii Doroty Orem,* op. cit., s. 18; S. Poznańska, *Dorothea Orem. Model samoopieki / deficytu samoopieki,* op. cit., s. 119.

[9] L. Płaszewska-Żywko, E. Wilczek-Rużyczka, *Teoria pielęgnowania Dorothea` Orem,* „Pielęgniarstwo 2000", nr 1(24) 1996, s. 5-9; A. Blak, *Wokół teorii Orem,* „Pielęgniarstwo 2000", nr 4(27), 1996, s. 10–11; M. Lipińska, *Jeszcze raz o teorii Orem*, „Pielęgniarstwo 2000", nr 4(27) 1996, s. 15–16.

[10] *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie.* Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. Red. F. Raciborski, M. Gujski, Wyd. Instytut Ochrony Zdrowia w Polsce, Warszawa 2016, s. 11.

[11] K. Jaracz, W. Kozubski, *Jakość życia po udarze mózgu. Część I — badanie prospektywne*, „Udar Mózgu", nr 3 (2), 2001, s. 55-62; K. Jaracz, W. Kozubski, *Jakość życia po udarze mózgu. Część II — uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno-demograficzne*, „Udar Mózgu" nr 3(2), 2001; 3, 2: 63–70; K. Jaracz, W. Kozubski, *Jakość życia chorych po udarze mózgu w świetle badań empirycznych*, „Aktualności Neurologiczne", nr 2, 2002, s. 35–45; M. Vestling, B. Tufvesson, S. Iwarsson, *Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction*, „Journal of Rehabilitation Medicine", nr 35(3), 2003, s. 127–131; W. Brola, W. Węgrzyn, *Jakość życia po udarze mózgu*, „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej", nr 3(1), 2006, s. 161–168.

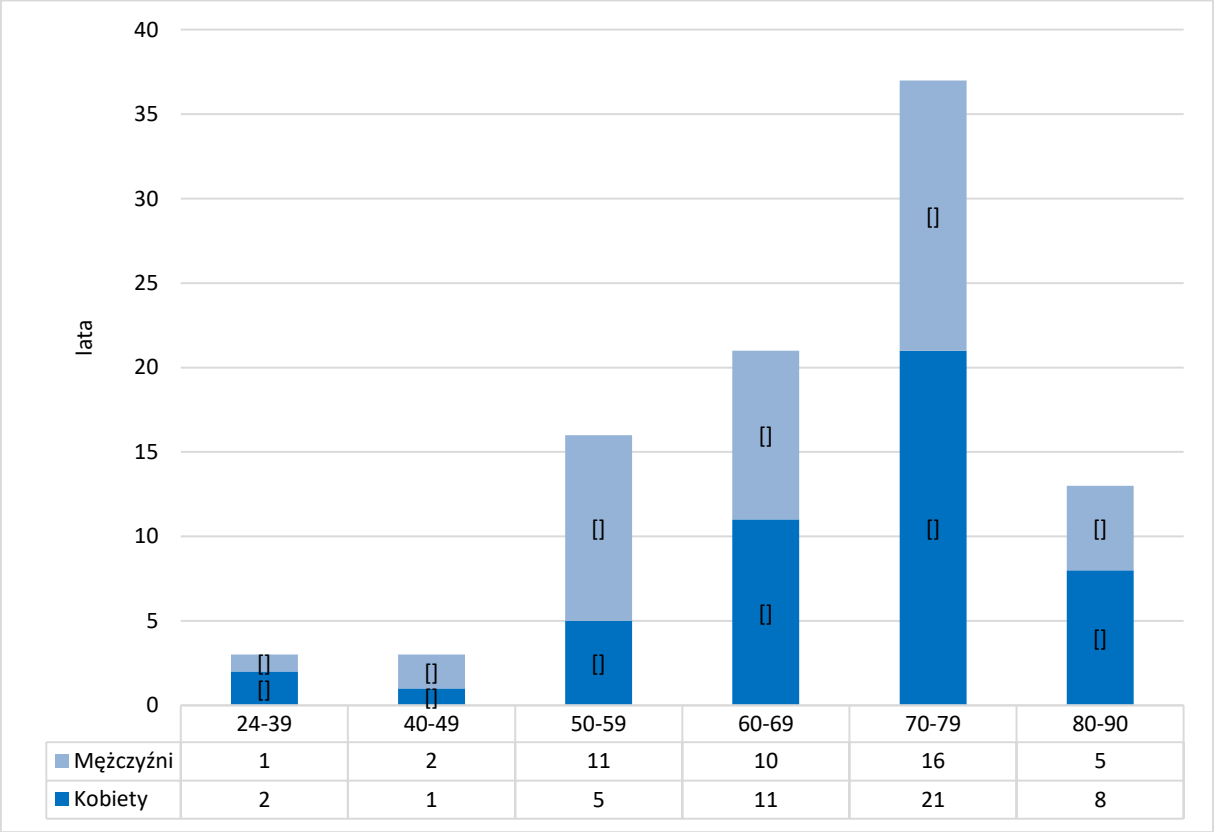
[12] P. Raś, G. Opala, *Obciążenie opiekunów osób z otępieniem*, „Wiadomości Lekarskie", nr 54, 2001, s. 94-100; W. Brola, W. Węgrzyn, *Jakość życia po udarze mózgu,* op. cit., s. 161–168; J.M. Morawka, A. Gutysz-Wojnicka, *Problemy opiekunów chorych po udarze mózgu*, „Udar Mózgu", nr 10(2), 2008, s. 83–90.

Cel, materiał i metoda

Głównym celem pracy była ocena przygotowania do samoopieki pacjentów po udarach mózgu. Celami szczegółowymi była ocena: znajomości objawów udaru i postępowania w przypadku ich wystąpienia, wiedzy na temat czynników ryzyka udaru mózgu, niektórych zachowań zdrowotnych pacjentów po udarach oraz problemów w codziennym funkcjonowaniu i sposobów radzenia sobie z nimi.

Badaniem ankietowym objęto grupę 94 pacjentów (100%) leczonych w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym Górnośląskiego Centrum Medycznego im. Leszka Gieca w Katowicach. Kryterium włączenia do badania był przebyty udar mózgu, świadoma zgoda na udział w badaniu oraz zdolność do zrozumienia i wypełnienia ankiety. Badania przeprowadzono w okresie stabilizacji stanu klinicznego.

Ponad połowę badanych stanowiły kobiety – 49 osób (52%). Najmłodszy badany miał 24 lata, a najstarszy 90 lat. Średnia wieku wyniosła 68 lat.



	24-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-90
Mężczyźni	1	2	11	10	16	5
Kobiety	2	1	5	11	21	8

Rycina. 1. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wieku (lata)
Źródło: badania własne.

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 37 osób (39,2%), a najmniej liczną z wykształceniem wyższym – 6 osób (6,4%). Czynnych zawodowo było 26 osób (27,7%). Spośród pozostałych 68 osób (72,3%) – większość stanowiły osoby będące na emeryturze – 59 (62,8%), 7 osób (7,4%) utrzymywało się z renty, a dwie osoby (2,1%) z zasiłku.

Na podstawie dokonanych pomiarów antropometrycznych obliczono wskaźnik masy ciała Body Mass Index – (BMI), którego wartości odniesiono do klasyfikacji otyłości według

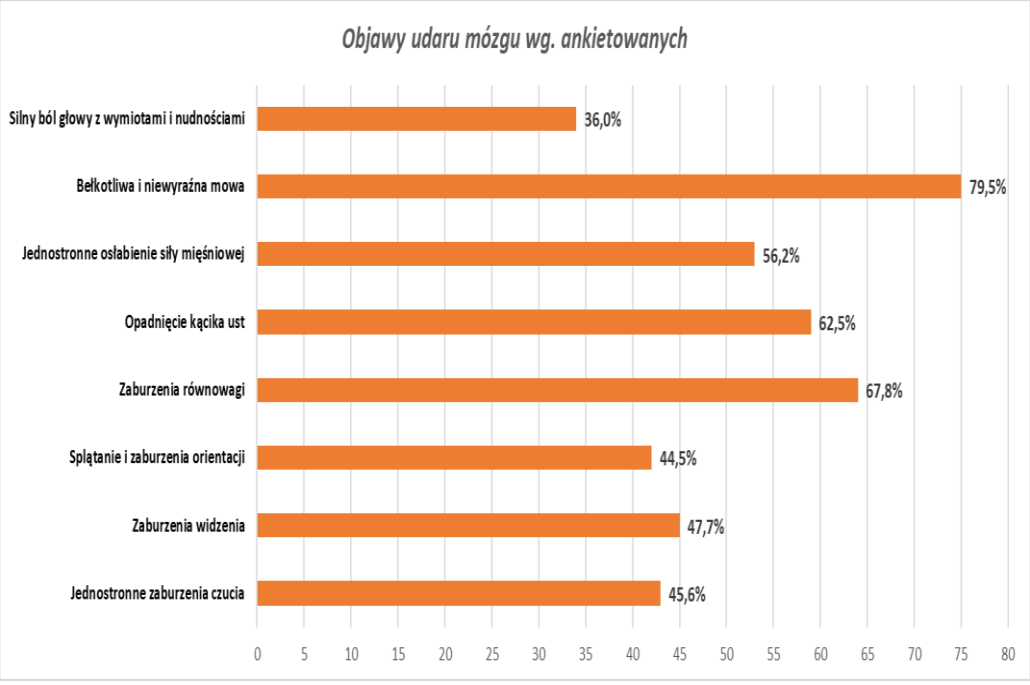
Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Masę ciała prawidłową stwierdzono u jednej trzeciej badanych – 32 osoby (34%), nadwagę u 38 osób (41%), otyłość I stopnia u 13 osób (14%), II stopnia u 5 osób (5%), a III stopnia u 4 osób (4%). Dwie osoby (2%) miały niedowagę.

W badaniu zastosowano metodę sondażową. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 28 pytań dotyczących znajomości objawów udaru i postępowania w przypadku ich wystąpienia, wiedzy na temat czynników ryzyka udaru mózgu, niektórych zachowań zdrowotnych, jak również problemów w codziennym funkcjonowaniu i sposobów radzenia sobie z nimi. Pozostałe 6 pytań dotyczyło cech społeczno-demograficznych, takich jak: płeć i wiek, aktywność zawodowa i źródło utrzymania oraz danych antropometrycznych: wzrostu i masa ciała.

Wyniki

Najliczniejszą grupę - 70 osób (74%) stanowili pacjenci, u których udar mózgu wystąpił w okresie 5-7 dni przed badaniem. Drugą, znacznie mniej liczną - 13 osób (13,8%) stanowili pacjenci, u których udar wystąpił 2-3 tygodnie przed badaniem, u najmniej licznej - 9 osób (9,5%) udar wystąpił ponad miesiąc przed badaniem. Pięciu badanych (5,3%) zaznaczyło, że był to drugi incydent udarowy, a jeden badany (1%) - że trzeci.

Większość ankietowanych – 69 osób (73%) wykazała się wiedzą w zakresie mechanizmu udaru mózgu. Podobny odsetek badanych – 66 osób (70%) zaznaczył, że potrafi wskazać objawy udaru. Najbardziej znanym objawem udaru mózgu były zaburzenia mowy, na które wskazało 75 osób (79,5%). Kolejnymi były: zaburzenia równowagi – 64 osoby (67,8%), opadnięcie kącika ust – 59 osób (62,5%), jednostronne osłabienie siły mięśniowej – 53 osoby (56,2%), zaburzenia widzenia – 45 osób (47,7%), jednostronne zaburzenia czucia – 43 osoby (45,6%), splątanie i zaburzenia orientacji – 42 osoby (44,5%) oraz silny ból głowy z nudnościami i wymiotami - 34 osoby (36%).

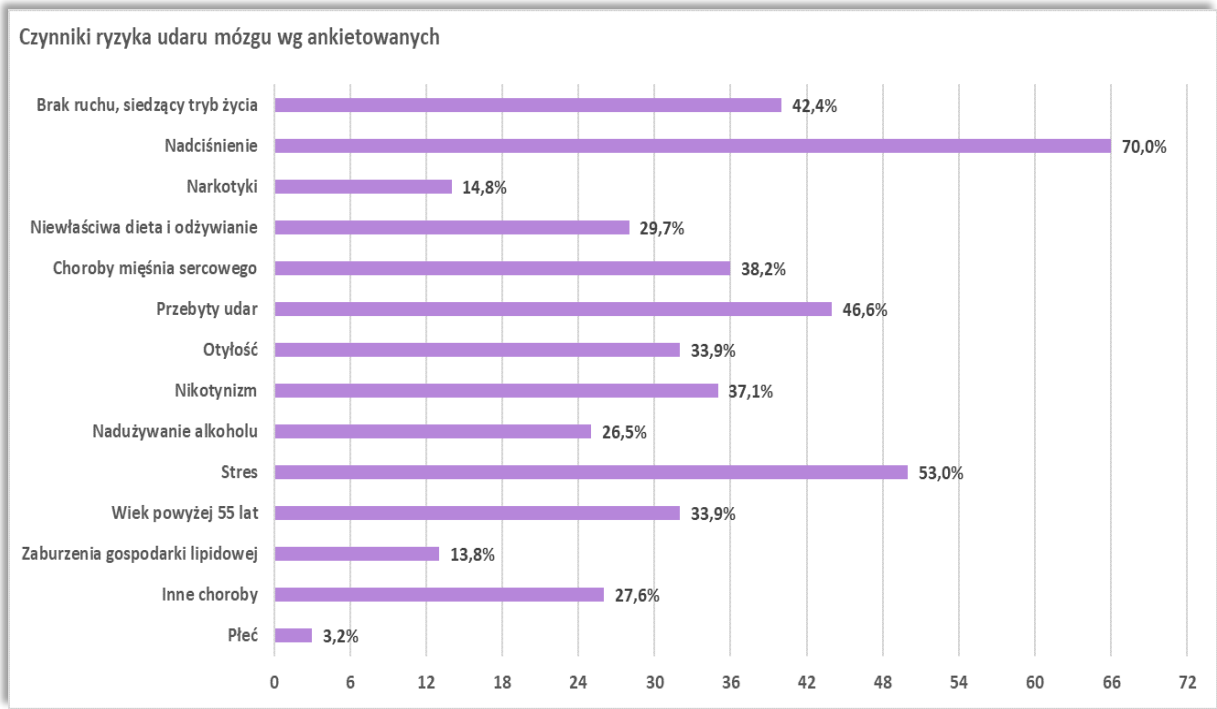


Rycina. 2. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem znajomości objawów udaru mózgu
Źródło: badania własne.

Większość badanych – 65 osób (69%) w sytuacji wystąpienia objawów udaru mózgu natychmiast wezwałaby karetkę pogotowia. Kolejne 18 osób (19%) zażyłoby tabletkę obniżającą ciśnienie tętnicze krwi i czekałoby na efekt, a w przypadku utrzymywania się objawów zadzwoniło po karetkę pogotowia lub zgłosiło do lekarza rodzinnego, 9 osób (10%) zażyłoby tabletkę przeciwbólową i postępowałoby podobnie. Dwie osoby (2%) starałyby się natychmiast skontaktować z lekarzem rodzinnym.

W sytuacji wystąpienia przemijającego ataku niedokrwiennego (*Transient Ischemic Attack* - TIA) na konieczność natychmiastowego wezwania karetki pogotowia wskazało 61 osób (65%). Mniej liczna grupa – 25 osób (27%) dokonałaby pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i w przypadku wysokich jego wartości zażyłaby tabletkę obniżającą ciśnienie tętnicze krwi. Kolejne 13 osób (14%) podjęłoby próbę kontaktu z lekarzem rodzinnym, a 7 osób (7%) zgłosiłoby się do lekarza rodzinnego następnego dnia. Dwie badane osoby (2%) zaznaczyły, że skoro objawy minęły, to znaczy, że nic poważnego się nie dzieje.

Tylko 69 badanych osób (73%) słyszało o czynnikach ryzyka udaru. Najczęściej wskazywanym było nadciśnienie tętnicze – 66 osób (70%) i stres – 50 osób (53%). Szczegółowy rozkład danych w tym zakresie przedstawiono na rycinie 3.



Rycina 3. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem znajomości czynników ryzyka udarów mózgu
Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość badanych – 81 osób (90%) zaznaczyła, że można podjąć działania skutecznie zmniejszające ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Wskazywane przez badanych działania przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wskazywanych działań zmniejszających ryzyko udaru mózgu

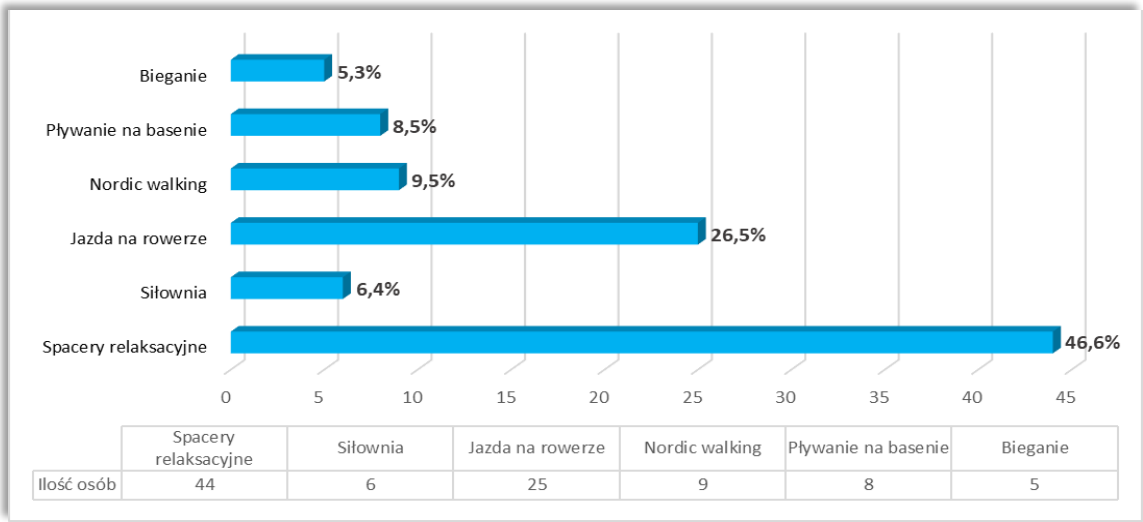
Wyszczególnienie	Liczba	%
Kontrola ciśnienia tętniczego krwi (minimum raz w roku przy braku nadciśnienia)	68	72
Unikanie stresujących sytuacji	67	71
Systematyczna aktywność fizyczna	66	70
W przypadku chorób serca, cukrzycy i nadciśnienia przyjmowanie leków zgodnie z ustaleniami lekarza	59	63
Zaprzestanie palenia papierosów	57	61
Kontrola poziomu cukru i cholesterolu we krwi	56	60
Właściwe odżywianie	54	57
Redukcja masy ciała, jeśli występuje nadwaga lub otyłość	51	54
Całkowite odrzucenie lub znaczna redukcja spożywania alkoholu	45	48

Źródło: badania własne.

Prawie połowa uczestników badania – 45 osób (48%) nigdy nie paliła papierosów. Niepalących średnio od 11 lat było 26 osób (26%), a 23 osoby (24%) nadal pozostawały nałogowymi palaczami, wypalając około 14 papierosów dziennie. Pozytywny wydaje się fakt, że chęć zerwania z nałogiem zadeklarowało 16 osób (17%). Warto nadmienić, że większość badanych potrafiła wskazać korzyści wynikające z zaprzestania palenia papierosów. Były to: zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka płuc, krtani, jamy ustnej – 75 osób (80%), znaczne zmniejszenie ryzyka śmierci z powodu chorób sercowo-naczyniowych w ciągu 2 lat, a po 5 wyrównanie tego ryzyka do poziomu, jakie występuje u osób niepalących – 65 (69%), poprawa kondycji fizycznej – 61 osób (65%), zmniejszenie ryzyka wzrostu cholesterolu i miażdżycy naczyń obwodowych – 43 osoby (46%).

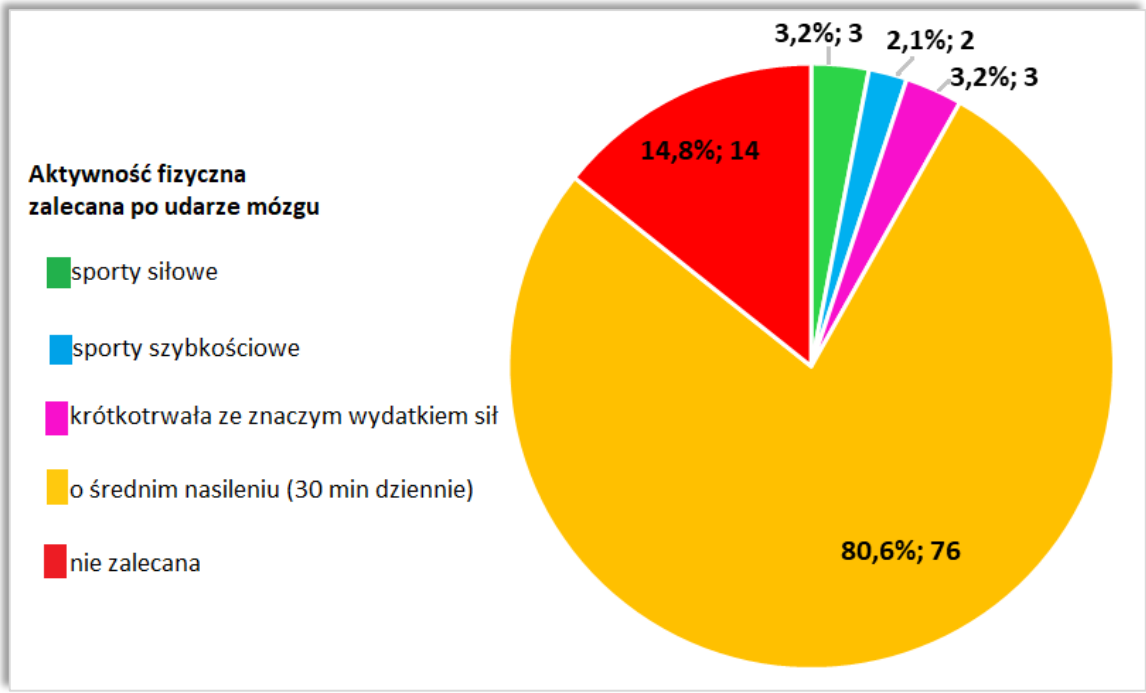
Alkoholu nigdy nie nadużywało 41 osób (43%), kolejne 42 osoby (45%) piły alkohol, ale niezbyt często, a 11 osobom (12%) zdarzało się nadużywać alkoholu.

Aktywnych fizycznie było 55 osób (58,5%), a najpopularniejszą formą uprawianej przez badanych aktywności fizycznej był spacer rekreacyjny – 44 osoby (46,6%), kolejną jazda na rowerze – 25 osób (26,5%) i nordic walking – 9 osób (9,5%). Pozostałych 39 osób (41,4%) nie uprawiało żadnej aktywności fizycznej. Sześć z nich (6%) zaznaczyło, że brakuje im czasu na aktywność fizyczną, a osiem (8,5%) wolało przeznaczyć czas na odpoczynek bierny.



Rycina 4. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem aktywności fizycznej
Źródło: badania własne.

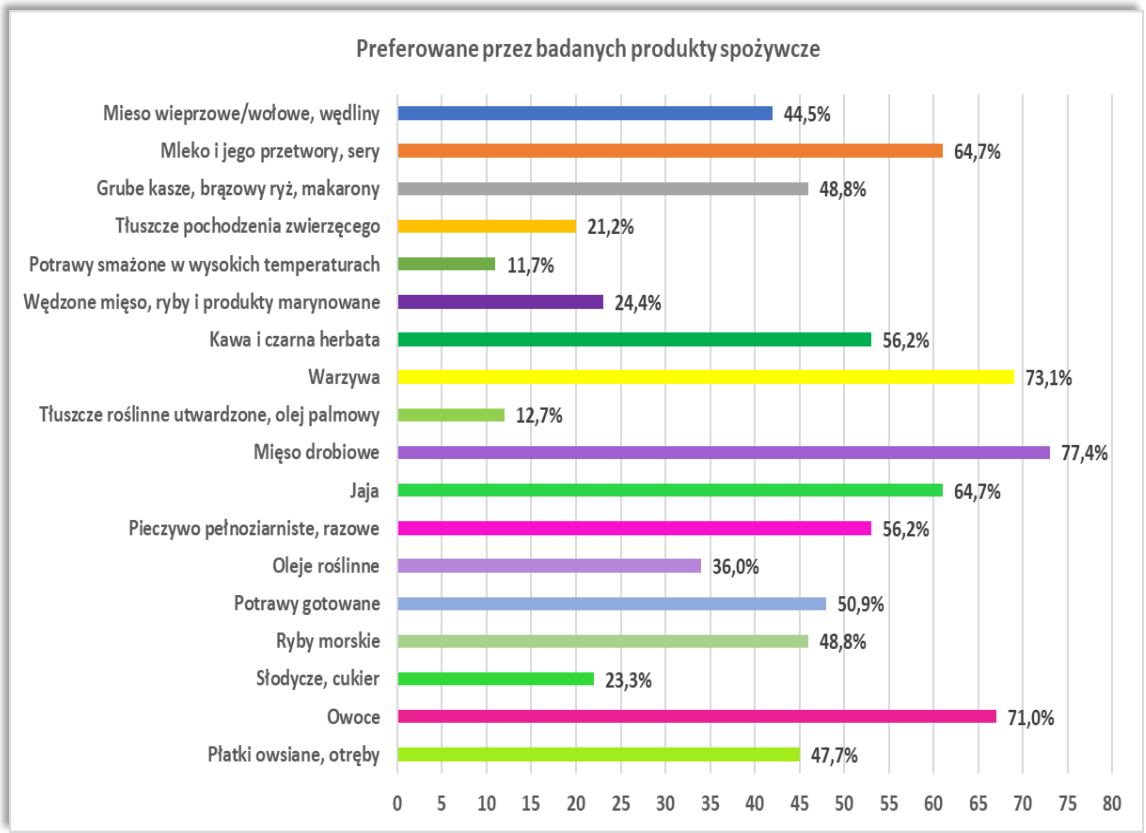
Ankietowani posiadali pewien zakres wiedzy zalecanej osobom po udarze w zakresie aktywności fizycznej. Prawidłową odpowiedź zaznaczyło 70 osób (80,6%).



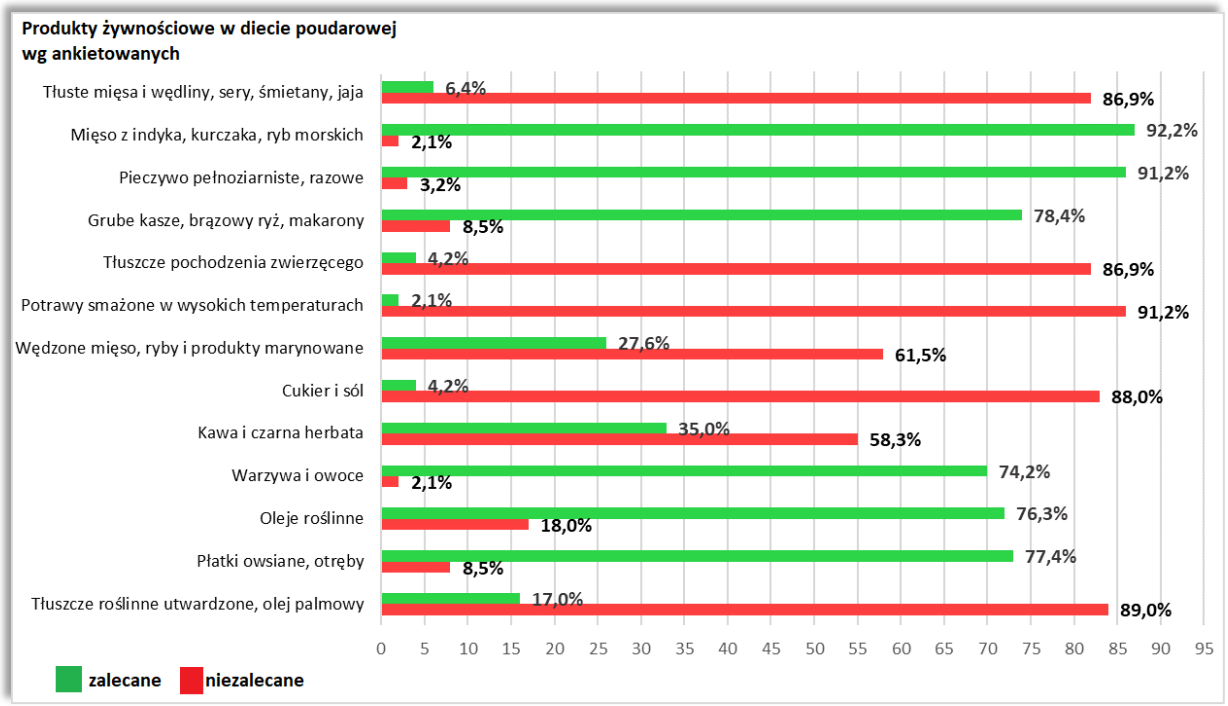
Rycina 5. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wiedzy na temat zalecanej po udarze mózgu aktywności fizycznej
Źródło: badanie własne.

Wśród preferowanych przez badanych produktów spożywczych najczęściej wskazywane były: mięso drobiowe, warzywa i owoce. Szczegółowy rozkład danych w tym zakresie zaprezentowano na rycinie 6. Natomiast rycina 7 przedstawia dane dotyczące wiedzy badanych na temat produktów spożywczych zalecanych pacjentom po udarach.

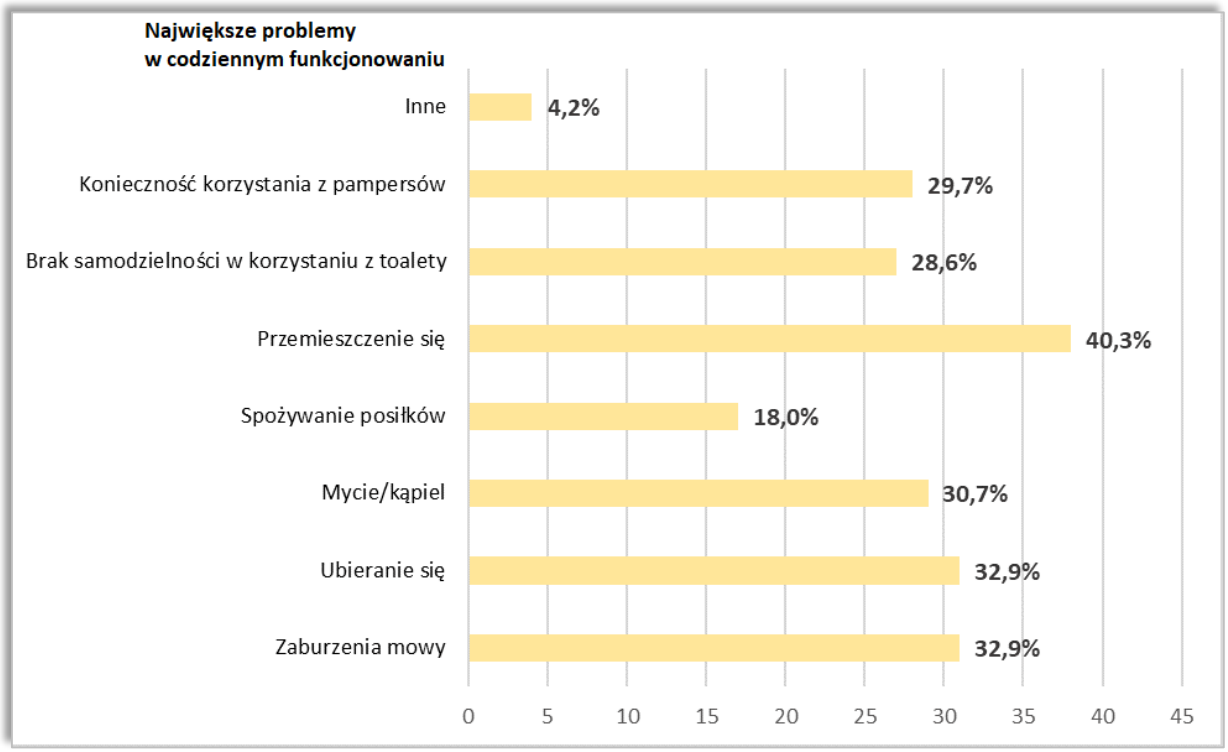
Do najczęściej wskazywanych przez badanych problemów związanych z codziennym funkcjonowaniem należały: trudności z przemieszczaniem się – 38 osób (40,3%), zaburzeniami mowy i ubieraniem się – 31 osób (32,9%), z myciem i kąpielą – 29 osób (30,7%), konieczność korzystania z pampersów – 28 osób (29,7%), brak samodzielności w korzystaniu z toalety – 27 osób (28,6%) oraz trudności ze spożywaniem posiłków – 17 osób (18%) (ryc. 8).



Rycina 6. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem preferowanych w diecie produktów spożywczych
Źródło: Badania własne.

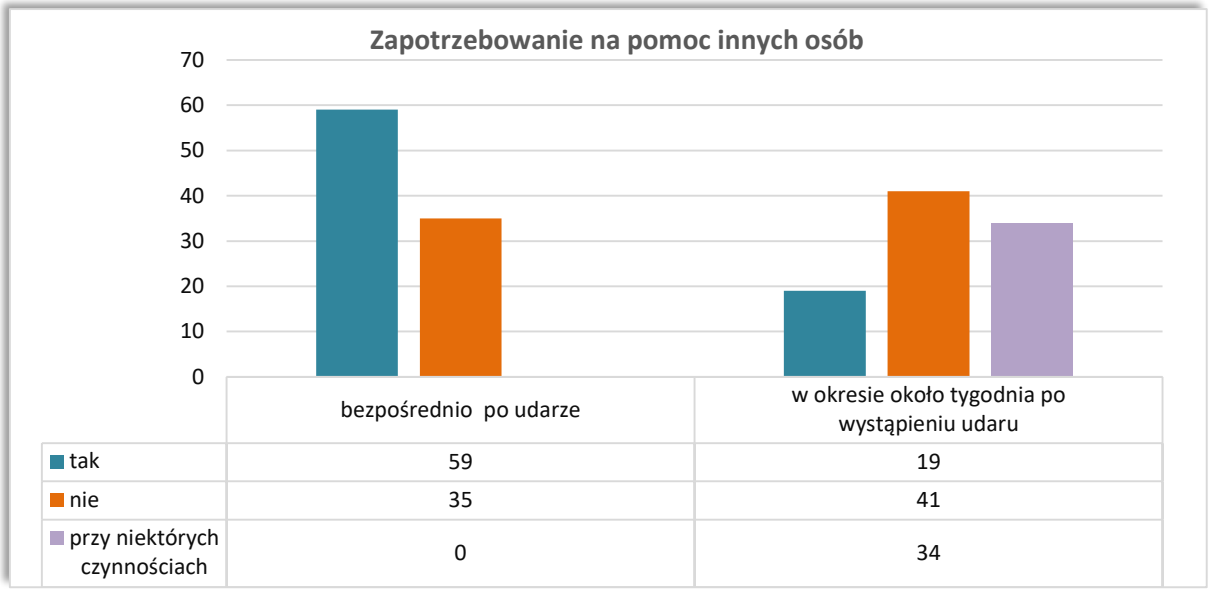


Rycina 7. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wiedzy na temat produktów spożywczych zalecanych w diecie poudarowej
Źródło: badania własne.



Rycina 8. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem problemów w codziennym funkcjonowaniu
Źródło: Badania własne.

Ponad połowa badanych osób – 59 (62,5%) zaznaczyła, że w okresie po wystąpieniu udaru potrzebowała pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Wraz z upływem czasu zapotrzebowanie na pomoc zmniejszało się. Warto podkreślić, że 35 osób (37,1%) nie korzystało z pomocy innych i radziło sobie pomimo pewnych ograniczeń.



Rycina 9. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem zapotrzebowania na pomoc innych osób w codziennym funkcjonowaniu
Źródło: Badania własne.

Aż 81 osób (85,9%) wskazało na pielęgniarkę jako osobę, która zazwyczaj udzielała pomocy w zaspokajaniu potrzeb. Najczęściej wskazywanym źródłem informacji na temat samoobserwacji i samokontroli oraz samopielęgnacji był lekarz – 49 osób (51,9%) i pielęgniarka – 46 osób (48,8%). W następnej kolejności badani wymienili fizjoterapeutów – 26 osób (27,6%) oraz rodzinę i znajomych – 25 osób (26,5%).

Spośród ogółu przebadanych osób, większość – 70 (74%) zgodnie z zaleceniem lekarza zażywała leki i tylko 3 osoby (3%) przyznało, że nie przyjmuje ich regularnie. Pod stałą opieką poradni specjalistycznej pozostawało 65 respondentów (69%). Spośród nich tylko 9 osób (10%) zaznaczyło, że nieregularnie zgłaszało się na wizyty kontrolne.

Ponad połowa badanych – 56 osób (60%) zaznaczyła, że nie ma potrzeby nawiązania kontaktu z innymi osobami po udarze mózgu. Pozostałe 38 osób (40%) bardzo chciałoby taki kontakt nawiązać.

Dwie trzecie badanych – 61 osób (65%) obawiało się kolejnego udaru i poczucia bezużyteczności.

Dyskusja

Samoopieka i samopielęgnacja zajmują ważne miejsce w systemie opieki zdrowotnej, a przygotowanie pacjenta do samoopieki jest integralną częścią procesu terapeutycznego i jednym z warunków całkowitego powrotu do zdrowia bądź też efektywnego radzenia sobie z chorobą i/lub niepełnosprawnością. Kompetencje w zakresie samoopieki mają olbrzymie znaczenie dla zachowania i poprawy stanu zdrowia, jak również zapobiegania chorobom, ale

szczególnego znaczenia nabierają w sytuacji choroby. Odpowiedni poziom wiedzy o zdrowiu i chorobie, jak również umiejętności w tym zakresie mają bowiem fundamentalne znaczenie dla rokowania.

Ryzyko wystąpienia udaru mózgu wyraźnie wzrasta po 55-60 roku życia i podwaja się z każdą następną dekadą, stanowiąc coraz poważniejszy problem w medycynie i zdrowiu publicznym[13].

W prezentowanym badaniu średnia wieku badanych osób wyniosła 68 lat. Najmłodszy badany miał 24 lata, a najstarszy 90 lat. Zaobserwowano, że wraz z wiekiem badanych wzrastał odsetek kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych. Niewielki odsetek przebadanych osób w najstarszej kategorii wiekowej związany był z przyjętymi kryteriami włączenia do badania uwarunkowanymi występowaniem szeregu odmienności związanych zarówno z wiekiem, jak i cięższym przebiegiem klinicznym choroby, znacznie utrudniającym lub wręcz uniemożliwiającym prowadzenie badań sondażowych.

Wzrost częstości występowania udarów w starszym wieku potwierdzają autorzy wielu badań. W badaniu R. Jabłońskiej i wsp. odsetek osób w kategorii wiekowej 60-68 lat wynosił 29,4%, a w kategorii 70-79 lat już 35,3%[14]. Coraz częściej jednak zachorowaniu ulegają osoby młode, a jedną z przyczyn jest lekceważenie czynników ryzyka udaru mózgu[15]. Warto przypomnieć, że w grupie osób objętych badaniem znalazło się trzech pacjentów poniżej 38 roku życia, w tym dwie kobiety. Prognozy są jednak bardzo pesymistyczne. Narażenie na czynniki ryzyka zaobserwowano już w grupie młodzieży szkolnej[16]. Powszechne jest także podejmowanie przez osoby młode licznych zachowań antyzdrowotnych, a w szczególności niezadowalający z punktu widzenia zdrowia poziom aktywności fizycznej, błędy żywieniowe, stosowanie używek, głównie palenie papierosów i używanie substancji psychoaktywnych, jak również brak kompetencji w radzeniu sobie z emocjami. M. Surgiewicz i wsp. w swojej pracy wykazali, że tylko 45% kobiet i 43% mężczyzn spośród przebadanych studentów wyższych uczelni w Łomży zaznaczyło, że dieta wpływa na rozwój chorób naczyniowych i że zasady zdrowego żywienia są im znane. Wiele błędów żywieniowych popełniało aż 52% mężczyzn i 48% kobiet. Bardzo niepokojący jest fakt, że spożywanie alkoholu i nadwaga zostały ocenione przez badanych studentów jako mało istotne czynniki ryzyka rozwoju chorób układu krążenia[17].

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe i inne negatywne z punktu widzenia zdrowia przyzwyczajenia z okresu dzieciństwa i młodości w życiu dorosłym utrwalają się i skutkują

---

[13] *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie*, op. cit., s. 11; A. Słowik, M. Wnuk, T. Dziedzic, J. Pera, *Choroby naczyniowe układu nerwowego*, [w:] W. Kozubski, (red.), *Neurologia, kompendium,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, s. 311-327; M. Wiszniewska, A. Żdanowicz, *Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu chorych z udarem niedokrwiennym mózgu,* Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, Piła 2014, s. 11-12, 62-67; *Choroby przewlekłe - aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne,* red. J. Rosińczuk-Tonderys, I. Uchmanowicz, Wyd. MedPharm Polska, Wrocław 2013: 3,13,327-332; M. Świat, *Udar w wieku podeszłym – odmienności,* „Postępy Nauk Medycznych", 23(4), 2010, s. 277-278.

[14] R. Jabłońska, M. Sadowska, A. Królikowska, B. Haor, R. Ślusarz, *Wydolność funkcjonalna a czynniki ryzyka i zmienne socjodemograficzne u chorych po udarze niedokrwiennym mózgu*, „Medical & Health Sciences Review, nr 2(2), 2016.

[15] M. Dow, D. Dow, M. Sutton, *Uzdrowienie po udarze. Cofanie skutków i zapobieganie kolejnym udarom,* Wyd. Vital, Białystok 2018, s. 40, 122-123; A. Karkowska, M. Kossobudzka, W. Moskal i wsp. *Udar. Poradnik dla pacjentów i ich bliskich*, Wydawnictwo Agora, Warszawa 2016.

[16] H. Kulik, K. Falkiewicz, J. Dąbek, B. Naworska, *Zachowania zdrowotne i zachowania ryzykowne dla zdrowia wśród uczniów szkół gimnazjalnych województwa śląskiego,* Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, nr 61, 2018, s. 27-39.

[17] M. Surgiewicz, A. Sharif, A. Gołębiewska, *Wiedza studentów na temat na temat żywienia jako integralnego czynnika chorób układu krążenia,* [w:] *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny,* pod red. E. Krajewskiej-Kułak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak, Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2015, t. 1, s. 1104-1113.

wieloma konsekwencjami zdrowotnymi w postaci chorób cywilizacyjnych, wśród których nadal dominują choroby układu krążenia.

Autorzy licznych badań od wielu już lat wskazują na niską świadomość znaczenia czynników ryzyka udarów mózgu zarówno pacjentów po przebytym udarze mózgu, jak i całego społeczeństwa[18].

W prezentowanym badaniu stwierdzono, że 23 osoby (24%) nadal pozostawały nałogowymi palaczami, wypalając około 14 papierosów dziennie. Pomimo złego stanu zdrowia, tylko 70% spośród osób palących zadeklarowało chęć zerwania z tym nałogiem. Można przypuszczać, że część z nich złożyła tego typu deklaracje w związku z obowiązującym na terenie szpitala zakazem palenia. Jednocześnie warto podkreślić, że aż 61% spośród ogółu osób biorących udział w badaniu zaznaczyło, że „zaprzestanie palenia papierosów" jest jednym ze sposobów zmniejszenia ryzyka wystąpienia udaru mózgu, ale tylko 37,1% wymieniło „nikotynizm" jako czynnik ryzyka udarów.

Stwierdzono znaczne deficyty wiedzy w zakresie niekorzystnego wpływu nikotyny na organizm człowieka. Tylko 46% badanych osób po przebytym udarze wiązało nikotynizm z ryzykiem wzrostu poziomu cholesterolu i powstaniem miażdżycy. Poprawę kondycji fizycznej wraz z zaprzestaniem palenia tytoniu powiązało 65% respondentów. Niewiele większy odsetek - 69%, wskazał na zmniejszenie ryzyka śmierci z powodu chorób sercowo-naczyniowych już w okresie 2 lat od zaprzestania palenia, a po 5 latach wyrównanie tego ryzyka do poziomu cechującego osoby niepalące. Można przypuszczać, że badani zdawali sobie sprawę z niekorzystnego wpływu nikotyny na zdrowie, ich wiedza w tym zakresie była jednak niedostateczna i nie przejawiała się w podejmowanych zachowaniach.

W badaniu przeprowadzonym przez A. Miske prawie połowa przebadanych osób - 49% było czynnymi palaczami i tylko 41% z nich zadeklarowało chęć zerwania z nałogiem. Nikotynizm jako czynnik ryzyka rozwoju udaru wskazało 70% badanych, a rozwoju miażdżycy 73%[19].

W przeprowadzonym badaniu własnym do nadużywania alkoholu przyznało się tylko 12% ankietowanych. Ten odsetek może być jednak znacznie wyższy z uwagi na fakt, że wiele osób nie uważa spożywania nadmiernych ilości piwa za nadużywanie alkoholu. Trudno również ocenić szczerość odpowiedzi w tym zakresie. O tym, że całkowite odrzucenie lub znaczna redukcja ilości spożywanego alkoholu jest jednym ze sposobów na zmniejszenie ryzyka wystąpienia udaru, wiedziało tylko 48% ankietowanych.

Spośród ogółu przebadanych osób zaledwie trzy czwarte – 73% było świadomych istnienia czynników ryzyka udaru, ale tylko jedna osoba potrafiła wskazać wszystkie wyszczególnione w pytaniu czynniki. Ponad połowa badanych – 57% wskazała przynajmniej 3 spośród nich. Podobne obserwacje poczyniła M. Pruszyńska i wsp.[20] Autorzy nie wykazali

[18] R. Kothari, L. Sauerbeck, E. Jauch, *Patient's awareness of stroke signs, symptoms and risk factors*, „Stroke", nr 28(10), 1997, s. 1871-1875; M. Wiszniewska, W. Świderski, *Jak postępuje lekarz pierwszego kontaktu z chorymi z zaburzeniami krążenia mózgowego*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska", t. 34 (50), nr 6, 2000, s. 1119-1127; *PROGRESS-Collaborative-Group: Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack*, „Lancet", nr 358(9287), 2001, s. 1033–1041; G. Kozera, A. Kosmol, R. Szczęch, K. Narkiewicz, B. Wyrzykowski, B. Krupa-Wojciechowska, D. Gąsecki, W.M. Nyka, *Świadomość znaczenia czynników ryzyka u pacjentów po przebytym udarze mózgu - ocena wstępna*, „Udar Mózgu", nr 4(1), 2002, s. 23–28.

[19] A. Miske, *Wiedza pacjentów na temat samoopieki po udarze niedokrwiennym mózgu*, „Pielęgniarstwo Specjalistyczne", nr 4(10), 2015, s. 10-14.

[20] M. Pruszyńska, J. Kostka, J. Raczkowski, H. Chmielewski, *Wiedza pacjentów na temat modyfikowalnych czynników ryzyka udaru mózgu*, „Polski Merkuriusz Lekarski", nr 38(223), 2015, s. 16-18.

jednak żadnej osoby, która znałaby wszystkie 8 wyszczególnionych przez nich modyfikowalnych czynników ryzyka. Natomiast co najmniej 3 z nich wybrało aż 75% badanych.

W prezentowanym badaniu najczęściej wskazywanym przez respondentów czynnikiem ryzyka udaru mózgu było nadciśnienie tętnicze krwi. Jednocześnie wartość kontroli tego parametru dla zminimalizowania ryzyka udaru podkreśliło aż 72% ankietowanych. Podobne wyniki uzyskała w swoim badaniu R. Jabłońska[21].

Autorzy wielu prac podkreślają, że nadciśnienie tętnicze jest najważniejszym i najczęstszym czynnikiem ryzyka chorób naczyniowo-mózgowych[22]. Większość osób chorych nawet nie podejrzewa, że choruje. Utrzymujące się przez wiele lat wysokie wartości ciśnienia tętniczego krwi skutkują trwającym latami, stopniowym uszkodzeniem wszystkich narządów i układów. Według Światowej Organizacji Zdrowia nadciśnienie tętnicze stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Prognozuje się, że jego występowanie wzrośnie z 26,6% w 2000 roku do 29% ludności świata w 2025 roku[23]. Z danych NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) wynikało, że w 2015 roku odsetek osób dorosłych z nadciśnieniem tętniczym wynosił 38,1% wśród mężczyzn oraz 30,6% wśród kobiet. Według wybranych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce w latach 1997-2017 nadciśnienie tętnicze występowało u od 29% (NATPOL PLUS) do 45% (WOBASZ II) dorosłych Polaków, i nawet u 75% osób w wieku 65 lat i powyżej (PolSenior)[24].

Z badań przeprowadzonych w Polsce w 2017 roku na próbie prawie 6 tysięcy osób wynikało, że nadciśnienie tętnicze zaobserwowano u 35,2% badanej populacji powyżej 18. roku życia[25].

A. Pudło i wsp. wykazali, że aż 45% spośród ogółu przebadanych przez nich pacjentów pozostających pod opieką przychodni kardiologicznej przyznało się do nieregularnego zażywania leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi[26]. Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia wynikało, że przestrzeganie zaleceń terapeutycznych podczas terapii chorób przewlekłych wynosiło zaledwie 50 procent[27]. W prezentowanym badaniu tylko 3% ankietowanych spośród 71% przyjmujących leki na stałe przyznało się do nieregularnego ich zażywania. Pod stałą opieką poradni specjalistycznej pozostawało aż 69% badanych i tylko 10% z nich zaznaczyło, że nie przestrzega terminów wizyt kontrolnych.

Świadomość zdrowotna ma fundamentalne znaczenie w podejmowaniu prawidłowych decyzji związanych ze zdrowiem. Osoby o wyższej świadomości zdrowotnej częściej podejmują zachowania prozdrowotne eliminując niesprzyjające zdrowiu czynniki i dokładniej stosują się do zaleceń terapeutycznych[28]. Zapoczątkowany hasłem Światowej Organizacji Zdrowia „Twoje

---

[21] R. Jabłońska, M. Sadowska, A. Królikowska, B. Haor, R. Ślusarz, *Wydolność funkcjonalna a czynniki ryzyka i zmienne socjodemograficzne u chorych po udarze niedokrwiennym mózgu,* op. cit.

[22] S. Surma, A. Szyndler, K. Narkiewicz, Świadomość nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób dorosłych. „Choroby Serca i Naczyń", nr 15(1), 2018, s. 15–22.

[23] J. Lewandowski, *Epidemiologia nadciśnienia tętniczego oraz badanie chorego na nadciśnienie tętnicze,* „Przewodnik Lekarza", nr 5, 2010, s. 101–105.

[24] NFZ o zdrowiu. *Nadciśnienie tętnicze,* Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz i Strategii. Warszawa 2019, s. 4.

[25] J. Małyszko, M. Mastej, M. Banach, A. Tykarski, K. Narkiewicz, P. Hoffman, P. Jankowski, M. P. Nowicki, T. Tomasik, A. Windak, A. Olszanecka, A. Motyl, D. Nowak, Ł. Skowron, M. Tomaszewski, T. Beaney, X. Xia, P. Nillson, N.R. Poulter, J. Jóźwiak, *Do we know more about hypertension in Poland after the May Measurement Month 2017? – Europe,* „European Heart Journal", 2019, Apr;21(Suppl D):D97-D100. doi: 10.1093/eurheartj/suz067. Epub 2019 Apr 24.

[26] A. Pudło, A. Gabłońska, M. Respohdek, *Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia,* „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne", nr 2(3), 2012, s. 198.

[27] *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań*, pod red. Z. Gacionga i P. Kardasa, Wyd. Naukowa Fundacja Polfarmy, Warszawa 2015, s. 25.

[28] A. Pavlickova, *Postrzeganie samoopieki w Europie*, op. cit., s. 7.

zdrowie w Twoich rękach" wzrost świadomości w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie wymaga jednak ustawicznego wsparcia edukacyjnego. Oparta na podstawach naukowych edukacja i wynikająca z niej wiedza oraz umiejętności w zakresie umacniania zdrowia i zapobiegania chorobom powinny być najważniejszymi czynnikami wpływającymi na świadomość zdrowotną jednostek i ogółu społeczeństwa. Pamiętać jednak należy, że „zmienność" jest najbardziej charakterystyczną cechą opinii publicznej, a wśród czynników ją kształtujących wymienia się nie tylko wiedzę i edukację, ale również: stereotypy i uprzedzenia, potoczne poglądy i przesądy, uwarunkowania środowiskowe i kulturowe oraz światopogląd, a przede wszystkim celowe działania opiniotwórcze[29].

W prezentowanym badaniu głównym źródłem wiedzy na temat samoopieki dla większości ankietowanych pacjentów był lekarz i pielęgniarka. O olbrzymich potrzebach w zakresie przygotowania pacjentów do samoopieki i roli pielęgniarki w tym procesie świadczą wyniki wielu badań[30]. Zmniejszenie następstw udaru mózgu jest efektem pracy nie tylko zespołu terapeutycznego, ale również, a może przede wszystkim, samego pacjenta, szczególnie w sytuacji, gdy jest on zdolny do samoopieki. W prezentowanej pracy wykazano, że bezpośrednio po wystąpieniu udaru tylko 37% ankietowanych nie wymagało pomocy innych osób. Wraz z upływem czasu odsetek ten zmniejszał się i już w okresie około tygodnia od wystąpienia udaru kolejnych 6% badanych odzyskało samodzielność, a 36% spośród ogółu potrzebujących pomocy wymagało jej już tylko w niektórych czynnościach. Zaobserwowano wspierającą wartość zaangażowania, empatycznej troskliwości i cierpliwości okazywanej pacjentom.

U osób po udarze istnieje duże ryzyko wystąpienia kolejnego incydentu udarowego, który zazwyczaj ma cięższy przebieg i konsekwencje. Szanse na przeżycie oraz stopień niepełnosprawności zależą od szybkiego rozpoznania objawów i jak najwcześniejszego wdrożenie właściwej terapii. Spośród ogółu badanych osób 70% uważało, że znane są im objawy udaru mózgu, ale tylko 5,3% wskazało na wszystkie wymienione w pytaniu. W przypadku stwierdzenia objawów udaru tylko 69% badanych natychmiast wezwałoby karetkę pogotowia. Autorzy wielu badań wskazywali zarówno na potrzebę edukacji pacjentów po udarach, głównie w zakresie stylu życia, w tym aktywności fizycznej i żywienia, jak również na potrzebę wsparcia w tym zakresie[31].

Sedenteryjny tryb życia i bierne spędzanie wolnego czasu, złe nawyki żywieniowe i palenie papierosów są głównymi czynnikami ryzyka rozwoju wielu chorób, głównie otyłości i chorób sercowo-naczyniowych. Spośród ogółu przebadanych osób prawidłową masę ciała stwierdzono tylko u 34% badanych. Podobny wynik uzyskali autorzy innych badań[32].

---

[29] A. Małyska, T. Twardowski, *Sposoby kształtowania świadomości społecznej w Internecie na przykładzie GMO,* „Nauka", nr 1, 2009, s. 135-147.

[30] K. Pawlik, *Przygotowanie do samoopieki pacjenta z niewydolnością nerek,* „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia", nr 1, 2012, s. 2-4; M. Sałata, L. Rezmerska, *Wybrane aspekty przygotowania do samoopieki w zakresie dietoterapii pacjentów z cukrzycą typu 2*, „Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu", nr 1(1), 2016, s. 45-59; A. Miske, *Wiedza pacjentów na temat samoopieki po udarze niedokrwiennym mózgu,* op. cit., s. 10-14; J. Paszkiewicz, I. Wrońska, S. Spisacka, M. Staniszewska, A. Ławnik, *Problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne pacjentów oddziału geriatrycznego.* „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", nr 20(3), 2014, s. 320-324.

[31] J. Girzelska, A. Kościołek, V. Mianowana, B. Dobrowolska, *Świadomość pożądanych zachowań zdrowotnych jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne w przygotowaniu do samoopieki pacjenta po przebytym udarze mózgu.* „Problemy Pielęgniarstwa", nr 18 (4), 2010, s. 413–419; A. Miske, *Wiedza pacjentów na temat samoopieki po udarze niedokrwiennym mózgu* op. cit., s. 10-14.

[32] Girzelska J., Kościołek A., Mianowana V., Dobrowolska B., *Świadomość pożądanych zachowań zdrowotnych jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne w przygotowaniu do samoopieki pacjenta po przebytym udarze mózgu,* op. cit., s. 415-419.

Warto przypomnieć, że objęci badaniem pacjenci posiadali dużą wiedzę na temat zaleceń dietetycznych po udarze mózgu, jednak wiedza ta nie przekładała się na preferowane przez nich w codziennej diecie produkty spożywcze. Edukacja zdrowotna ma fundamentalne znaczenie w przygotowaniu pacjenta do samoopieki, ale równie ważne jest motywowanie do zmiany zachowań zdrowotnych i wspieranie w ich utrzymaniu.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania sformułowano następujące wnioski:

1. Stwierdzono deficyty wiedzy w zakresie znajomości objawów udaru mózgu, jak również postępowania w sytuacji ich wystąpienia.
2. Niedostateczna była również wiedza badanych na temat czynników ryzyka udarów.
3. Analizowane zachowania zdrowotne osób po udarach znacznie różniły się od zalecanych dotyczących prozdrowotnego stylu życia.
4. Zaobserwowano występowanie problemów związanych z codziennym funkcjonowaniem, w szczególności w zakresie przemieszczania się, czynności samoobsługowych i komunikowania się.
5. Wyzwaniem dla opieki medycznej pozostaje edukacja zdrowotna pacjentów oraz motywowanie ich do zmiany zachowań zdrowotnych, jak równie przygotowanie do samoopieki.

Bibliografia

Balcerek D., Kurowska K., *Model opieki według teorii Doroty Orem. Odzyskać witalność,* „Magazyn Pielęgniarki i Położnej", nr 5, 2007.

Blak A., *Wokół teorii Orem,* „Pielęgniarstwo 2000", nr 4(27), 1996.

Brola W., Węgrzyn W., *Jakość życia po udarze mózgu*, „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej", nr 3(1), 2006.

Choroby przewlekłe – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne, red. J. Rosińczuk-Tonderys, I. Uchmanowicz, Wyd. MedPharm Polska, Wrocław 2013.

Cierzniakowska K., Kozłowska E., Szewczyk M.T., *Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem,* „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne", nr 1, 2007, s. 16–22.

Dow M., Dow D., Sutton M., *Uzdrowienie po udarze. Cofanie skutków i zapobieganie kolejnym udarom,* Wyd. Vital, Białystok 2018.

Furmanek M., Dacka E., *Deficyt samoopieki u chorych we wczesnym stanie po złamaniu szyjki kości udowej,* „Aspekty Zdrowia i Choroby", t. 2, nr 3, 2017.

Girzelska J., Kościołek A., Mianowana V., Dobrowolska B., *Świadomość pożądanych zachowań zdrowotnych jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne w przygotowaniu do samoopieki pacjenta po przebytym udarze mózgu,* „Problemy Pielęgniarstwa", nr 18 (4), 2010.

Jabłońska R., Sadowska M., Królikowska A., Haor B., Ślusarz R., *Wydolność funkcjonalna a czynniki ryzyka i zmienne socjodemograficzne u chorych po udarze niedokrwiennym mózgu,* „Medical & Health Sciences Review", nr 2(2), 2016.

Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia chorych po udarze mózgu w świetle badań empirycznych,* „Aktualności Neurologiczne", nr 2, 2002.

Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia po udarze mózgu. Część I – badanie prospektywne,* „Udar Mózgu", nr 3(2), 2001.

Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia po udarze mózgu. Część II – uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne i społeczno-demograficzne,* „Udar Mózgu" nr 3(2), 2001.

Karkowska A., Kossobudzka M., Moskal W. i wsp., *Udar. Poradnik dla pacjentów i ich bliskich,* Wydawnictwo Agora, Warszawa 2016.

Kothari R., Sauerbeck L., Jauch E., *Patient's awareness of stroke signs, symptoms and risk factors,* „Stroke", nr 28(10), 1997.

Kowalik G., *Praktyczne zastosowanie modelu pielęgnowania Dorothy Orem,* „Studia Medyczne", nr 26(2), 2012.

Kozera G., Kosmol A., Szczęch R., Narkiewicz K., Wyrzykowski B., Krupa-Wojciechowska B., Gąsecki D., Nyka W.N., *Świadomość znaczenia czynników ryzyka u pacjentów po przebytym udarze mózgu - ocena wstępna,* „Udar Mózgu", nr 4(1), 2002.

Kulik H., Falkiewicz K., Dąbek J., Naworska B., *Zachowania zdrowotne i zachowania ryzykowne dla zdrowia wśród uczniów szkół gimnazjalnych województwa śląskiego,* „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu", nr 61, 2018.

Lewandowski J., *Epidemiologia nadciśnienia tętniczego oraz badanie chorego na nadciśnienie tętnicze,* „Przewodnik Lekarza", nr 5, 2010.

Linda B., *Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka,* „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy", nr 8, 2012.

Lipińska M., *Jeszcze raz o teorii Orem,* „Pielęgniarstwo 2000", nr 4(27), 1996.

Małyska A., Twardowski T., *Sposoby kształtowania świadomości społecznej w Internecie na przykładzie GMO,* „Nauka", nr 1, 2009.

Małyszko J., Mastej M., Banach M., Tykarski A., Narkiewicz K. i wsp., *Do we know more about hypertension in Poland after the May Measurement Month 2017? – Europe*, „European Heart Journal" 2019, Apr; 21 (Suppl D): D97-D100. doi: 10.1093/eurheartj/suz067. Epub 2019 Apr 24.

Mielniczek D., Wodzińska M., *Teoretyczne modele pielęgniarstwa,* Prace i Materiały – Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie, Kwidzyn 2010.

Miske A., *Wiedza pacjentów na temat samoopieki po udarze niedokrwiennym mózgu,* „Pielęgniarstwo Specjalistyczne", nr 4(10), 2015.

Morawka J.M., Gutysz-Wojnicka A., *Problemy opiekunów chorych po udarze mózgu*, „Udar Mózgu", nr 10(2), 2008.

NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz i Strategii, Warszawa 2019.

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań, red. Z. Gaciong i P. Kardas, Wyd. Naukowa Fundacja Polfarmy, Warszawa 2015.

Paszkiewicz J., Wrońska I., Spisacka S., Staniszewska M., Ławnik A., *Problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne pacjentów oddziału geriatrycznego*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", nr 20(3), 2014.

Pavlickova A., *Postrzeganie samoopieki w Europie. Podsumowanie. Barometr samoopieki EPPOSI: badanie ilościowe,* 2013, http://epposi.org/wp-content/uploads/2015/07/EPPOSI-Self-Care-Barometer-Report-Summary-2013_PL-PL, pdf.

Pawlik K., *Przygotowanie do samoopieki pacjenta z niewydolnością nerek*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia", nr 1, 2012.

Płaszewska-Żywko L., Wilczek-Różyczka E., *Teoria pielęgnowania Dorothea` Orem,* „Pielęgniarstwo 2000", nr 1(24), 1996.

Poznańska S., *Dorothea Orem. Model samoopieki / deficytu samoopieki,* [w:] S. Poznańska, L. Płaszewska-Żywko, *Wybrane modele pielęgniarstwa,* Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

PROGRESS-Collaborative-Group: Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. Lancet 2001, 358 (9287), 1033–1041.

Pruszyńska M., Kostka J., Raczkowski J., Chmielewski H., *Wiedza pacjentów na temat modyfikowalnych czynników ryzyka udaru mózgu,* „Polski Merkuriusz Lekarski", nr 38(223), 2015.

Pudło A., Gabłońska A., Respohdek M., *Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia,* „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne", nr 2(3), 2012.

Raś P., Opala G., *Obciążenie opiekunów osób z otępieniem*, „Wiadomości Lekarskie", nr 54, 2001.

Sałata M., Rezmerska L., *Wybrane aspekty przygotowania do samoopieki w zakresie dietoterapii pacjentów z cukrzycą typu 2,* „Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu", nr 1(1), 2016.

Słowik A., Wnuk M., Dziedzic T., Pera J., *Choroby naczyniowe układu nerwowego*, [w:] W. Kozubski, (red.): *Neurologia, kompedium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015.

Surgiewicz M., Sharif A., Gołębiewska A., *Wiedza studentów na temat na temat żywienia jako integralnego czynnika chorób układu krążenia,* [w:] *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny,* red. E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak, Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, t. 1. Białystok 2015.

Surma S., Szyndler A., Narkiewicz K., *Świadomość nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób dorosłych,* „Choroby Serca i Naczyń", nr 15(1), 2018.

Świat M., *Udar w wieku podeszłym – odmienności,* „Postępy Nauk Medycznych", nr 23(4), 2010.

Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie, Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, red. F. Raciborski, M. Gujski, Wyd. Instytut Ochrony Zdrowia w Polsce, Warszawa 2016.

Vestling M., Tufvesson B., Iwarsson S., *Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction*, „Journal of Rehabilitation Medicine", nr 35(3), 2003.

Wiszniewska M., Świderski W., *Jak postępuje lekarz pierwszego kontaktu z chorymi z zaburzeniami krążenia mózgowego,* „Neurologia i Neurochirurgia Polska", t. 34(50), nr 6, 2000.

Wiszniewska M., Żdanowicz A., *Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu chorych z udarem niedokrwiennym mózgu,* Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, Piła 2014.

mgr Daria DRĄŻKIEWICZ
mgr Grażyna KOPEĆ-CHUDZICKA
mgr Monika BOBER

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Terapia aktywnym wodorem – wpływ na starzenie się skóry oraz całego organizmu

Streszczenie: Starzenie się jest złożonym procesem, które obejmuje cały organizm włączając w to również skórę. Wraz z wiekiem obserwujemy atrofię komórek skóry, zmniejsza się ilość włókien kolagenowych, włókien elastynowych i kwasu hialuronowego, pojawiają się zmarszczki. Degradacji ulega warstwa tłuszczu podskórnego, skóra staje się coraz cieńsza, a postępująca migracja tkanek ku dołowi sprawia, że twarz przyjmuje zmęczony wyraz. U podłoża tego typu zmian leżą reakcje związane z aktywnością szkodliwych wolnych rodników tlenowych. Obecnie żyje się w ciągłym stresie oksydacyjnym, który polega na braku równowagi pomiędzy generacją reaktywnych form tlenu a umiejętnościami antyoksydacyjnymi organizmu ludzkiego. Stan ten jest bardzo niekorzystny – powoduje przyspieszone starzenie się i zużywanie komórek. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli stresu oksydacyjnego w procesach starzenia się komórek organizmu ludzkiego z przedstawieniem jednej z najbardziej popularnych technologii przeciwstarzeniowych wykorzystującej właściwości antyoksydacyjne niskocząsteczkowego wodoru, a także ukazanie znaczenia niskocząsteczkowego wodoru dla utrzymania zdrowia i dobrostanu organizmu.
Słowa kluczowe: *niskocząsteczkowy wodór, terapia aktywnym wodorem, oczyszczanie wodorowe, stres oksydacyjny, wolne rodniki tlenowe*

Active hydrogen therapy – its effect on the aging process of the skin and the entire body

Abstract: Aging is a complex process that involves the whole body, including the skin. We can observe the atrophy of skin cells with age as well as the decreasing amount of collagen fibers, elastin fibers and hyaluronic acid – then wrinkles appear. The layer of subcutaneous fat is degraded, the skin becomes thinner and the progressive migration of tissues downwards makes the face look tired. The underlying cause this type of changes are the reactions related to the activity of harmful free oxygen radicals. Nowadays people live under constant oxidative stress, which is based on an imbalance between the generation of reactive oxygen forms and the antioxidative capacity of the human body. This state is very unfavorable – it causes accelerated aging and cell outwearing. The aim of this work is to present the role of oxidative stress in the processes of aging of human body cells combined with the presentation of one of the most popular anti-aging technologies which use the antioxidant properties of low molecular hydrogen, as well as showing the importance of low molecular hydrogen in maintaining health and organism's well-being.
Keywords: *low molecular hydrogen, active hydrogen therapy, hydrogen purification, oxidative stress, free oxygen radicals*

Starzenie się organizmu

Temat starzenia się organizmu obejmuje zarówno aspekt biologiczny, społeczny, jak i emocjonalny. W aspekcie biologicznym zmniejsza się efektywność naturalnych mechanizmów naprawczych naszego organizmu. Z drugiej strony dochodzi do akumulacji uszkodzeń zarówno pojedynczych komórek, jak i całych organów, a ostatecznie też całych układów. W konsekwencji następuje zmniejszenie sił witalnych i sprawności fizycznej organizmu, co będzie bezpośrednio wpływać na obniżenie jakości życia i może ograniczyć kontakty społeczne. Niewątpliwie tzw. późna starość jest trudnym okresem z uwagi na współtowarzyszące choroby, stany przewlekłe i dolegliwości bólowe[1].

Mimo wielu podobieństw, jakie łączą ludzi, proces starzenia się nie przebiega tak samo u każdego. Źródłem różnic są po pierwsze uwarunkowania genetyczne, to, co każdy człowiek „otrzymał w spadku" po swoich przodkach. Niektórzy już od pierwszych dni życia wykazują słabszą odporność, w dzieciństwie dużo chorują, szybko się męczą. Odmienną grupę ludzi będą stanowić osoby o tzw. silnej konstytucji. Oni rzadko chorują, wydają się pozostawać wolni od wpływu zewnętrznych czynników patogennych i z reguły wykazują większą siłę fizyczną. Kolejnym i najważniejszym źródłem wspomnianych różnic jest styl życia rozumiany jako higiena odżywiania, radzenie sobie ze stresem, rodzaj wykonywanej pracy czy umiejętność wypoczywania. Są to czynniki, na które można mieć wpływ, ale będzie on uzależniony od edukacji prozdrowotnej w zakresie utrzymywania dobrostanu organizmu, a jest on różny u każdego człowieka. Jak zatem zatrzymać młodość i witalność przez długi czas?

W roku 1956 został opublikowany artykuł pt. *Aging: a theory based on free radicals and radiations chemistry*, który stworzył podwaliny pod wolnorodnikową teorię starzenia się. Zgodnie z nią starzenie się organizmu jest zależne od zdolności antyoksydacyjnych organizmu i ilości generowanych szkodliwych wolnych rodników tlenowych[2].

Stres oksydacyjny a procesy starzenia się

Stres oksydacyjny określany jest jako zaburzenie równowagi między oksydantami a antyoksydantami. Procesy oksydacyjne wywołują nadmierną produkcję wolnych rodników tlenowych (RFT). Natomiast celem mechanizmów antyoksydacyjnych jest ochrona organizmu przed wolnymi rodnikami tlenowymi. U podłoża większości stanów patologicznych chorób, a także procesu starzenia się leżą zmiany związane z negatywnym wpływem wolnych rodników tlenowych. Naturalnie organizm dąży do homeostazy, czyli równowagi. Jest to możliwe za sprawą enzymów antyoksydacyjnych, takich jak np.: dysmutaza ponadtlenkowa, katalaza, glutation czy witaminy C, E i A. Związki te pozwalają na ciągłe usuwanie nadmiaru szkodliwych wolnych rodników tlenowych z komórek organizmu. Niezwykle obiecującym pierwiastkiem w ostatnich latach stał się niskocząsteczkowy wodór, który obecnie uważany jest za bardziej efektywny niż pozostałe suplementy antyoksydacyjne o silnym działaniu redukcyjnym[3, 4, 5].

---

[1] J. Krzeszowiak, I. Markiewicz-Górka, A. Michalak, *Starzenie się organizmu a stres oksydacyjny oraz zmniejszona sprawność systemów naprawczych*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej", nr 68, 2014, s. 1483-1491.

[2] M. Woźniak, B. Zegarska, *Przyczyny wewnątrzpochodnego starzenia się skóry*, „Gerontologia Polska", t. 14, nr 4, s. 153-159.

[3] J. Bischof, M. Rinnerthaler, C. Richter i in., *Oxide stress in aging human skin*, „Biomolecules", nr 5 (2), 2015, s. 545-549.

[4] A. Chwiłkowska, J. Kulbacka, J. Saczko, *Stres oksydacyjny w procesach uszkodzenia komórek*, „Polski Merkuriusz Lekarski", tom XXVII, nr 157, 2009, s. 44.

[5] L. Kuźmicka, H. Puzanowska-Tarasiewicz, M. Tarasiewicz, *Antyoksydanty a reaktywne formy tlenu*, „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna", t. XLIII, nr 1, 2010, s. 9-14.

Wolne rodniki tlenowe

Wolne rodniki tlenowe (ROS) są to cząsteczki zdolne do samodzielnej egzystencji, posiadają co najmniej jeden atom tlenu i co najmniej jeden niesparowany elektron. Taka budowa powoduje zły stan metaboliczny i dużą reaktywność. ROS szybko wchodzą w reakcje chemiczne z komórkami, powodując utlenienie i upośledzenie ich funkcji. Doprowadza to do wadliwego funkcjonowania wielu struktur komórkowych, a finalnie do dysfunkcji komórki. Dodatkowo podczas podziału komórek tworzą się osłabione komórki potomne. Efektem tego procesu są zmiany chorobowe oraz nasilenie procesu starzenia się skóry. W obecnym czasie aż 90% stawianych diagnoz chorobowych jest wynikiem pośredniego lub bezpośredniego działania wolnych rodników.

Większa część rodników wytwarzana jest w organizmie na drodze naturalnych procesów metabolicznych, np. oddychania tlenowego czy stanu zapalnego. W tym przypadku mamy do czynienia z łagodnymi formami rodników tlenowych, które działają na komórki sygnalizujące lub cząstki przekaźnikowe, przez co spełniają ważną funkcję w prawidłowym działaniu komórki. Pośredniczą między innymi w:

- skurczach mięśni,
- wydzielaniu hormonów,
- sprawnym działaniu układu immunologicznego,
- regulują napięcie ścian naczyń krwionośnych,
- warunkują aktywność bakteriobójczą i bakteriostatyczną śliny,
- biorą udział w usuwaniu leków z ustroju[5].

Destrukcyjne działanie na organizm mają dopiero te wolne rodniki, które produkowane są w nadmiarze. Czynnikami egzogennymi, które wyzwalają zwiększoną produkcję wolnych rodników, są:

- nieprawidłowa dieta,
- alkohol,
- palenie tytoniu,
- zanieczyszczenie środowiska,
- promieniowanie UV,
- stres,
- zanieczyszczenia przemysłowe,
- metale ciężkie,
- toksyny chemiczne, w tym konserwanty,
- wzmożone tempo oddychania podczas wysiłku fizycznego[5, 6].

Rola wodoru

Wodór to najlżejszy i najpowszechniej występujący pierwiastek w otaczającym nas wszechświecie. Na Ziemi jest go niewiele, dlatego zmuszeni jesteśmy żyć w ciągłym stresie oksydacyjnym. Objawia się on zaburzeniem równowagi pomiędzy oksydantami i antyoksydantami. Stan ten przyczynia się do szybszego zużywania komórek ludzkiego ciała, przyspieszenia starzenia i skrócenia życia. W prowadzonych badaniach nad terapeutycznymi gazami medycznymi wodór wiedzie prym. Dzięki swojej budowie i niewielkiej masie bez oporów przenika struktury naszego organizmu – aż do poziomu komórkowego. W stosunku do

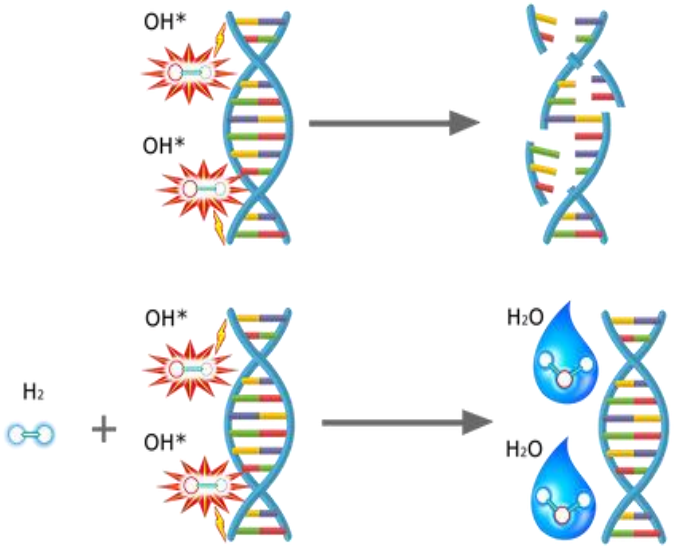
[6] A. Czajka, *Wolne rodniki tlenowe a mechanizmy obronne organizmu*, „Nowiny Lekarskie", t. 75, nr 6, 2006, s. 582-586.

innych przeciwutleniaczy, które nie są w stanie trafić w organelle, wodór może przenikać biomembrany i dyfundować do cytozolu, mitochondriów i jądra komórkowego. Dzięki umiejętności przemieszczania się w centrach energetycznych komórki, a także penetracji do jądra komórki, gdzie przechowywane jest DNA, staje się bezcenny. Obecnie wodór uzyskiwany jest przez tzw. ogniwa wodorowe.

Właściwości niskocząsteczkowego wodoru

Unikatową cechą wodoru jest jego własna selektywność. Po wtargnięciu do komórek jego cząsteczki łączą się z najbardziej reaktywnymi i najmocniej szkodliwymi wolnymi rodnikami, nie niszcząc reaktywnych form tlenu, które wykazują poprawną aktywność biologiczną, jak np.: tlenki azotu, nadtlenki wodoru oraz anionorodniki ponadtlenkowe. Zatem wodór wybiórczo redukuje jedynie rodniki hydroksylowe (OH) oraz nadtlenoazotyn (ONOO), które wchodzą w niszczące reakcje utleniania z kwasami nukleinowymi DNA, lipidami i białkami, co prowadzi do fragmentacji DNA, peroksydacji lipidów i inaktywacji białek enzymatycznych. Docelowo w wyniku zachodzącej prostej reakcji łączenia cząsteczek wodoru z reaktywnymi formami tlenu pozostają one zmienione w cząsteczki wody stając się tym samym nieszkodliwe. Ponadto wodór wykazuje pozytywny wpływ na nierównowagę limfocytów Th1, Th2 i prozapalnej cytokiny 20.

Tym, co wyróżnia wodór na tle innych antyoksydantów, jest jego zdolność pobudzania komórek do samodzielnej produkcji antyoksydantów. Niemalże zachęca komórki do zostania „fabryką przeciwutleniaczy". Liczne przeprowadzone badania podstawowe i kliniczne dowiodły, że wodór jest istotnym fizjologicznym czynnikiem regulującym o działaniu antyoksydacyjnym i przeciwzapalnym, który ma istotny wpływ na pojedyncze komórki, jak i całe organy. Badania wskazują także na antyapoptyczne działanie wodoru, co oznacza ochronę komórek i całych narządów przed martwicą niedokrwienną[7].



Rycina 1. Reakcja łączenia się niskocząsteczkowego wodoru z rodnikiem hydroksylowym, w wyniku której powstaje cząsteczka wody

Źródło: D. Mielecka-Trzepizur, *Oczyszczanie wodorowe – nowy rozdział w kosmetologii estetycznej*, http://beautyinspiration.pl/oczyszczanie-wodorowe-nowy-rozdzial-kosmetologii-estetycznej/, data dostępu: 24.09.2019.

[7] S. Ohta, *Molecular hydrogen as a novel antioxidant: overview of the advantages of hydrogen for medical applications*, „Methods in Enzymology", nr 555, 2015, s. 289-317.

Terapia aktywnym wodorem w pielęgnacji skóry

W Korei Południowej i Japonii technologia aktywnego wodoru jest jedną z najbardziej popularnych technologii przeciwstarzeniowych. Obecnie z powodzeniem stosowana jest ona w prestiżowych klinikach medycyny estetycznej, a liczba zabiegów systematycznie wzrasta. Wiele autorytetów naukowych, np. prof. Shiego Ohta z Nippon Medical School w Japonii czy prof. Lee Kyu-jae, prezes Koreańskiego Instytutu ds. Wody, potwierdzają skuteczność wodoru. W Polsce premiera technologii miała miejsce w 2017 roku podczas kongresu SLDE (Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych). Ogromny potencjał terapii sprawił, że jest ona zauważana przez coraz więcej specjalistów w wielu krajach europejskich[8].

Technologia aktywnego wodoru w pielęgnacji skóry

Dziś zjawisko zwalczania szkodliwych wolnych rodników tlenowych przy zastosowaniu cząsteczek wodoru znalazło odniesienie w kosmetologii i medycynie estetycznej zarówno w terapiach antyaging, jak i leczeniu różnego rodzaju dermatoz. Stres oksydacyjny, zwiększone wytwarzanie reaktywnych form tlenu są zaangażowane w patogenezę przewlekłych chorób zapalnych skóry. Wolne rodniki w procesie utleniania powodują uszkodzenia kodu genetycznego komórek skóry wywołując tym samym proces starzenia. Podobnie dzieje się z innymi komórkami organizmu. Udowodniono, że przeciwutleniające działanie wody bogatej w wodór eliminuje uszkodzenia oksydacyjne, co może być przydatne w hamowaniu powiązanych ze starzeniem się reakcji zapalnych. Liczne badania wykazują, że w wyniku reakcji łączenia się cząsteczek wodoru z rodnikami hydroksylowymi wydłuża się żywotność komórek. Co więcej, zastosowanie wody nasyconej wodorem na rany wywołane stanem zapalnym daje widoczną poprawę już po upływie 1-2 tygodni. Badania z „Journal of Photochemology and Photobiology" potwierdziły, że kąpiele w wodach wodorowych codziennie przez kwartał mogą widocznie spłycić zmarszczki szyi. Również okazało się, że grupa kontrolna ludzkich fibroblastów uszkodzonych promieniowaniem UV kilkakrotnie wzmogła produkcję kolagenu po zanurzeniu w wodzie wodorowej na 72 h.

Zabieg oczyszczania wodorowego w gabinetach kosmetologicznych i klinikach medycznych

Zabieg oczyszczania wodorowego polega na wprowadzeniu mikroskopijnych cząsteczek wodoru w głąb skóry. Odbywa się to za pomocą specjalnej głowicy, która podczas zabiegu reguluje strumień wody przesycony pęcherzykami wodoru, pod podwyższonym ciśnieniem. W ten sposób wodór zostaje dostarczony do głębokich struktur skóry, gdzie niszczy wolne rodniki.

Zabieg oczyszczania wodorowego możemy łączyć z infuzją tlenową, ultradźwiękami, falami radiowymi czy z procesem elektroporacji. Infuzja tlenowa bazuje na technologii hiperbarycznego tlenu i wprowadzaniu do skóry skoncentrowanych składników aktywnych. Działa odżywczo, regenerująco i przeciwzapalnie. Przyspiesza również metabolizm komórkowy i spowalnia procesy starzenia się skóry. Fale radiowe wywołują efekt termiczny w tkankach. Zabieg przy użyciu radiofrekwencji poprawia poziom syntezy kolagenu i redukuje zmarszczki, działa łagodząco oraz ujędrniająco, pobudza procesy regeneracyjne, które zacho-

[8] X. Sun, S. Ohta, A. Nakao, *Hydrogen Molecular Biology and Medicine*, Springer, Netherlands 2015.

dzą wewnątrz komórek. W ten sposób dochodzi do odbudowy uszkodzonych włókien kolagenu oraz elastyny. Natomiast ultradźwięki zwiększają przepuszczalność błon komórkowych, pobudzają przemianę materii oraz zwiększają przenikanie składników aktywnych w głąb skóry. Masaż głowicą ultradźwiękową poprawia także mikrocyrkulację krwi w obrębie twarzy. Istotą elektroporacji (mezoterapii bezigłowej) są skalibrowane impulsy elektryczne wywołujące zmiany w błonach komórkowych skóry i tworzące mikrokanały, które stwarzają możliwość głębokiego penetrowania aktywnego wodoru, a także innych substancji aktywnych wykorzystywanych w zabiegu. Dzięki temu działają one jeszcze przez dłuższy czas po zabiegu podwyższając tym samym jego efektywność[9].

Zdjęcie 1. Maszyna generująca mikrocząsteczkowy wodór do zabiegu oczyszczania wodorowego skóry
Źródło: Mesologic, materiały udostępnione przez dystrybutora urządzenia.

Etapy zabiegu oczyszczania wodorowego skóry

Pełen zabieg składa się z kilku etapów, które można dobierać dowolnie według wskazań u konkretnego klienta.

Pierwszy etap to przygotowanie skóry do zabiegu. W tym celu zaleca się zastosowanie mikrodermabrazji lub peelingu kawitacyjnego, aby skutecznie usunąć obumarłe komórki naskórka i tym samym zwiększyć zdolności chłonne skóry. Peeling kawitacyjny, zwany oczyszczaniem kawitacyjnym przeprowadzany jest za pomocą specjalnej szpatułki połączonej ze źródłem drgań o częstotliwości ultradźwiękowej. Drgania przenoszone na skórę powodują usunięcie obumarłych komórek wierzchniej warstwy naskórka i zanieczyszczeń powstałych

[9] Wywiad z Ewą Kiełczewską-Dytewską, *Wodór – przyszłość terapii przeciwstarzeniowych dostępna już dziś*, „Derma News", nr 61, 2016.

na skórze. Mikrodermabrazja natomiast jest mechanicznym peelingiem. Polega on na mechanicznym ścieraniu naskórka przy użyciu specjalnych głowic diamentowych. Istotą mikrodermabrazji jest usuwanie warstwy powierzchownych, obumarłych komórek naskórka tak, aby odkryć młode, pełnowartościowe komórki.

Kolejny etap to wprowadzanie cząsteczek aktywnego wodoru do głębszych warstw skóry za pomocą strugi wody pod ciśnieniem.

Trzeci etap można wykonać stosując infuzję tlenową, która dzięki wykorzystaniu sprężonego powietrza z większą zawartością tlenu pozwala na wtłaczanie substancji aktywnych w głębokie warstwy skóry.

Czwarty etap to sonoforeza, która zwiększa przepuszczalność błon komórkowych zwiększając jednocześnie penetrację składników aktywnych do skóry.

Piąty etap zabiegu odbywa się za sprawą fal radiowych wywołujących ciepło endogenne w tkankach i poprawiających poziom syntezy kolagenu.

Ostatnim etapem zabiegu jest zastosowanie głowicy chłodzącej, która działa kojąco na skórę i zamyka jej pory[10].

Korzyści z oczyszczania wodorowego skóry

Procedura oczyszczania wodorowego skóry dostarcza wiele korzyści. To nowość w nieinwazyjnej regeneracji skóry i leczeniu jej niedoskonałości, otwiera szereg nowatorskich terapii dla każdego typu skóry. Strumień wysyconej aktywnym wodorem wody powoduje, że żadna inna technologia nie zapewnia tak dogłębnego oczyszczenia porów skóry oraz odblokowania ujść gruczołów łojowych. W terapii skór łojotokowych i trądzikowych wodór reaguje na zaburzoną gospodarkę lipidową skóry – przyczynia się do normalizacji pracy gruczołów łojowych. Wszelakie stany zapalne i ropne w przebiegu dermatoz skórnych, takich jak np. trądzik zostają złagodzone dzięki własnościom antybakteryjnym wodoru. Zabieg pozostawia skórę w idealnym stanie, skłonną do szybkiej regeneracji i skutecznego gojenia okolic problematycznych, zapobiegając powstawaniu nowych zmian. Unikatowa właściwość wodoru, polegająca na wyłapywaniu wolnych rodników i neutralizowaniu ich, hamuje proces starzenia i zmniejsza już istniejące objawy fotostarzenia. Skóra na płaszczyźnie każdej komórki odzyskuje pełną sprawność i staje się zdrowsza. Dzięki eksfoliacji strumieniem wody wodorowej dochodzi do usunięcia martwych komórek naskórka, jak również redukowane są płytkie przebarwienia. Jednocześnie dochodzi do regulacji procesu melanogenezy – melanocyty przestają produkować zwiększoną ilość melaniny, a zatem stanowi to również element profilaktyki przed pojawianiem się kolejnych zmian pigmentacyjnych. W leczeniu cery wrażliwej, silnie unaczynionej dochodzi do uszczelnienia ścian naczyń krwionośnych, redukcji rumienia i poprawy kolorytu skóry. Ponadto zabieg oczyszczania wodorowego zwiększa nawilżenie skóry, jej napięcie, wygładza zmarszczki, a także zmniejsza ewentualne obrzęki. Natomiast stosowany jako terapia okolicy oczu – reguluje zmarszczki, zmniejsza cienie pod oczami i obrzęki. Dochodzi do stymulacji wzrostu i odnowy komórek.

[10] Mesologic, materiały udostępnione przez dystrybutora urządzenia, wzór procedury zabiegowej.

Zdjęcie 1. Efekt po jednym zabiegu oczyszczania wodorowego
Źródło: Vip Room Magda Witkowska…

Zdjęcie 2. Efekt po jednym zabiegu oczyszczania wodorowego
Źródło: Vip Room Magda Witkowska…

Zdjęcie 3. Efekt po jednym zabiegu oczyszczania wodorowego
Źródło: Vip Room Magda Witkowska…

Terapia wodorowa i jej wpływ na cały organizm

Niskocząsteczkowy wodór uważany jest za bezpieczny i skuteczny terapeutyczny gaz medyczny. Badania wskazują jednoznacznie, że wodór jest obiecującą opcją terapeutyczną dla różnych chorób i stanów patologicznych, jak np.: zespół pourazowy, choroba Parkinsona, ostre niedokrwienie mózgu, zespół metaboliczny, reumatoidalne zapalenie stawów. Obecnie dostępne są liczne publikacje naukowe traktujące o terapeutycznych efektach stosowania wodoru w ośrodkowym układzie nerwowym, układzie sercowo-naczyniowym, płucach, wątrobie, nerkach, trzustce, skórze, oku, kości i układzie rozrodczym w przypadkach chorób z udziałem stresu oksydacyjnego[11, 12].

Metody dostarczania niskocząsteczkowego wodoru do organizmu

Aktualnie są już dostępne skrupulatnie opracowane sposoby podawania i optymalny schemat dawkowania wodoru dla każdego modelu choroby. Funkcjonują cztery główne metody jego dostarczania:

1. **Inhalacje niskocząsteczkowym wodorem.** Są one prowadzone za pomocą maski lub rurki donosowej, która podłączona jest bezpośrednio do maszyny generującej gaz medyczny. Metoda ta jest wysoce skuteczna, stanowi ochronę przed nagłym stresem oksydacyjnym, np.: w przypadku udaru czy kontuzji u sportowców[13].
2. **Wlewy dożylne** – wprowadzanie niskocząsteczkowego wodoru bezpośrednio do obiegu krwi pacjenta. Metoda ta jest niezwykle precyzyjna. Pozwala na dokładne określenie ilości podawanego wodoru. Można ją stosować jedynie w warunkach szpitalnych. Niezwykle popularna w Japonii, gdzie wiele usług medycznych jest opartych na dożylnym podawaniu gazu medycznego, jakim jest wodór[14].
3. **Woda nasycona wodorem niskocząsteczkowym**. Jest to metoda najbardziej dostępna – znana pod nazwą woda wodorowa. W ostatnich latach technologia jej wytwarzania bardzo się rozwinęła. Ogromne zapotrzebowanie na tego rodzaju produkty sprawiło, że obecnie powstaje coraz więcej urządzeń generujących mikrocząsteczkowy wodór. Dostępne są także gotowe do picia wody wodorowe w specjalnych aluminiowych opakowaniach, które zabezpieczają przed przenikaniem wodoru do atmosfery[15, 16].
4. **Suplementy z niskocząsteczkowym wodorem**. Na rynku obecnych jest kilka rodzajów tego typu suplementów diety. Po zażyciu kapsułki w żołądku generowane jest duże stężenie niskocząsteczkowego wodoru[17].

---

[11] B. Dixon, J. Zhang, *New beginnings for Medical Gas Research*, „Medical Gas Research", nr 6 (1), 2016, s. 1-2.
[12] Z. Ye, X. Sun, *What's new in Medical Gas Research: Highlights for 2015*, „Medical Gas Research", nr 6 (3), 2016; s. 167-168.
[13] H. Ono, Y. Nishijima, N. Adachi, M. Sakamoto, Y. Kudo, J. Nakazawa, K. Kaneko, A. Nakao, *Hydrogen (H2) treatment for acute erythymatous skin diseases. A report of 4 patients with safety data and a non-controlled feasibility study with H2 concentration measurement on two volunteers*, „Medical Gas Research", nr 2 (1), 2012, s. 14.
[14] *Ostatnie odkrycia w badaniach nad terapeutycznym wodorem jako terapeutycznym gazem medycznym, podsumowanie*, http://longevitas.pl/podsumowanie-zdrowotnej-roli-wodoru/, data dostępu: 24.09.2019.
[15] *Prozdrowotny wodór, czyli dlaczego żyjemy 90 lat zamiast 900*, http://longevitas.pl/wodor-jako-gaz-terapeutyczny/, data dostępu: 24.09.2019.
[16] Q. Zhu, Y. Wu, Y. Li, Z. Chen, L. Wang, H. Xiong, E. Dai, J. Wu, B. Fan, L. Ping, X. Luo, *Positive effects of hydrogen-water bathing in patients of psoriasis and parapsoriasis en plaques*, „Science Reports", nr 8 (1), 2018, s. 8051.
[17] CS. Huang, T. Kawamura, Y. Toyoda, A. Nakao, *Recent advances in hydrogen research as a therapeutic medical gas*, „Free Radical Research", nr 44 (9), 2010, s. 971-82.

Znaczenie diety jako czynnika wspomagającego mechanizmy antyoksydacyjne organizmu

Należy pamiętać, że wodór nie jest wytwarzany przez komórki ludzkiego ciała. Natomiast generowany jest w jelicie grubym w wyniku zachodzącego procesu rozkładu niestrawionych części roślin przez organizmy beztlenowe tam bytujące. Drogą tą dziennie powstaje ok. 12 litrów wodoru pod warunkiem, że spożywamy wystarczająco duże ilości warzyw. Błonnik zawarty w warzywach przyczynia się do produkowania wodoru, który w kolejnej fazie przedostaje się do układu krążenia i płuc. Starając się dążyć do równowagi procesów utleniania i redukcji powinno się pamiętać o dobrej podaży antyoksydantów w diecie w postaci warzyw i owoców.

Wodór wygenerowany w jelicie grubym po dostaniu się do układu krążenia jest wydalany przez organizm za pośrednictwem płuc. Zjawisko to wykorzystywane jest w medycynie do wykonania rutynowego testu oddechowego. Test ten przeprowadza się przy pomocy gastrolizera, urządzenia, które służy do określenia zawartości wodoru gazowego w powietrzu wydychanym. Celem badania jest ocena ewentualnego przerostu bakteryjnego w jelicie cienkim. Antybiotykoterapie powodują zaburzenie flory bakteryjnej jelit. Konsekwencją takiego stanu jest zmniejszenie liczebności bakterii beztlenowych i uśmiercenie mikroorganizmów produkujących wodór. Finalnie dochodzi do spadku odporności i zdolności antyokstydacyjnych organizmu. Na tle takich informacji niskocząsteczkowy wodór wydaje się niezbędnym środkiem wspomagającym utrzymanie zdrowia i witalności człowieka na optymalnym poziomie[18].

Podsumowując, warto zaznaczyć, że wszelkiego rodzaju zabiegi wodorowe są obiecującą metodą terapeutyczną wielorakich chorób. Zarówno inhalacje gazowe, jak i kąpiele wodorowe czy wlewy dożylne przy użyciu niskocząsteczkowego wodoru cieszą się obecnie dużym zainteresowaniem. Jeszcze do niedawna głębokie oczyszczanie skóry nie było możliwe ze względów technologicznych. Zabieg oczyszczania wodorowego jest także najmniej inwazyjnym i najbardziej bezpiecznym sposobem zarówno oczyszczania skóry, jak i jej eksfoliacji. Jest idealnym rozwiązaniem terapeutycznym nie tylko dla skór trądzikowych czy z widocznymi oznakami starzenia się, ale też dla skór atopowych i ekstremalnie suchych, niezwykle często spotykanych u osób starszych. Bez wątpienia opisywany gaz medyczny jako innowacyjne narzędzie terapeutyczne może sprostać niekończącym się potrzebom medycznym.

Bibliografia

Bischof J., Rinnerthaler M., Richter C. i in., *Oxide stress in aging human skin*, „Biomolecules", nr 5 (2), 2015.

Chwiłkowska A., Kulbacka J., Saczko J., *Stres oksydacyjny w procesach uszkodzenia komórek*, „Polski Merkuriusz Lekarski", tom XXVII, nr 157, 2009.

Czajka A., *Wolne rodniki tlenowe a mechanizmy obronne organizmu*, „Nowiny Lekarskie", tom 75, nr 6, 2006.

Dixon B., Zhang J., *New beginnings for Medical Gas Research*, „Medical Gas Research", nr 6 (1), 2016.

Huang C.S., Kawamura T., Toyoda Y., Nakao A., *Recent advances in hydrogen research as a therapeutic medical gas*, „Free Radical Research", nr 44 (9), 2010.

[18] *Ostatnie odkrycia w badaniach nad terapeutycznym wodorem jako terapeutycznym gazem medycznym, podsumowanie*, http://longevitas.pl/podsumowanie-zdrowotnej-roli-wodoru/, data dostępu: 24.09.2019.

Krzeszowiak J., Markiewicz-Górka I., Michalak A., *Starzenie się organizmu a stres oksydacyjny oraz zmniejszona sprawność systemów naprawczych*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej", nr 68, 2014.

Kuźmicka L., Puzanowska-Tarasiewicz H., Tarasiewicz M., *Antyoksydanty a reaktywne formy tlenu*, „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna", tom XLIII, nr 1, 2010.

Mielecka-Trzepizur D., *Oczyszczanie wodorowe – nowy rozdział w kosmetologii estetycznej*, http://beauty-inspiration.pl/oczyszczanie-wodorowe-nowy-rozdzial-kosmetologii-estetycznej.

Ohta S., *Molecular hydrogen as a novel antioxidant: overview of the advantages of hydrogen for medical applications*, „Methods in Enzymology", nr 555, 2015.

Ono H., Nishijima Y., Adachi N., Sakamoto M., Kudo Y., Nakazawa J., Kaneko K., Nakao A., *Hydrogen (H2) treatment for acute erythymatous skin diseases. A report of 4 patients with safety data and a non-controlled feasibility study with H2 concentration measurement on two volunteers*, „Medical Gas Research", nr 2 (1), 2012.

Ostatnie odkrycia w badaniach nad terapeutycznym wodorem jako terapeutycznym gazem medycznym, podsumowanie, http://longevitas.pl/podsumowanie-zdrowotnej-roli-wodoru.

Prozdrowotny wodór, czyli dlaczego żyjemy 90 lat zamiast 900, http://longevitas.pl/wodor-jako-gaz-terapeutyczny.

Sun X., Ohta S., Nakao A., *Hydrogen Molecular Biology and Medicine*, Springer Netherlands 2015.

Wodór – przyszłość terapii przeciwstarzeniowych dostępna już dziś, „Derma News", nr 61, 2016.

Woźniak M., Zegarska B., *Przyczyny wewnątrzpochodnego starzenia się skóry*, „Gerontologia Polska", tom 14, nr 4.

Ye Z., Sun X., *What's new in Medical Gas Research: Highlights for 2015*, „Medical Gas Research", nr 6 (3), 2016.

Zhu Q., Wu Y., Li Y., Chen Z., Wang L., Xiong H., Dai E., Wu J., Fan B., Ping L., Luo X., *Positive effects of hydrogen-water bathing in patients of psoriasis and parapsoriasis en plaques*, „Scientific Reports", nr 8 (1), 2018.

lek. Jolanta GRABOWSKA-MARKOWSKA
Hospicjum Cordis w Katowicach

Godne życie człowieka starszego w cierpieniu i umieraniu na przykładzie hospicjum Cordis

Streszczenie: Starość – nieunikniony efekt procesu starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychologiczne i społeczne zaczynają łącznie oddziaływać na siebie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu. To uniwersalne zjawisko występujące w świecie roślin, u wszystkich gatunków zwierząt i człowieka. Starość człowieka będącego podmiotem opieki hospicyjnej jest obciążona stanem terminalnym (łac. *terminus* – końcowy) chorób (głównie onkologicznych). A co za tym idzie, dotyczy człowieka w okresie starości patologicznej. Fundamentalnym założeniem tego rodzaju opieki jest zaspokojenie wszystkich medycznych i niemedycznych potrzeb chorego, którego nie można już wyleczyć. Poprzez zaspokajanie sfery somatycznej, psychicznej, duchowej i społecznej pacjenta i otaczającej go rodziny w czasie trwania choroby, jak i w czasie żałoby, optymalizuje się jakość życia w systemie rodzinnym. Proces ten stanowi przeciwwagę zjawiska osamotnienia, często towarzyszącemu starości. Dzięki prawidłowo prowadzonej opiece hospicyjno-paliatywnej, poprzez szacunek okazany choremu, obecność jego bliskich oraz właściwą kontrolę bólu i innych objawów mamy wpływ na poprawę jakości życia w jego ostatnim stadium, zwiększenie nadziei i poczucie koherencji u chorego. Celem pracy jest retrospektywna analiza doświadczeń własnych wynikających z działań zmierzających do poprawy jakości życia osób starszych przebywających pod opieką hospicjum stacjonarnego oraz realizowaną przez hospicjum w warunkach domowych.
Słowa kluczowe: *samotność, osamotnienie, ból wszechogarniający, jakość życia, nadzieja, opieka holistyczna, optymizm, terapia zajęciowa, zespół interdyscyplinarny, miłość*

Good life old people in suffering and dying on the example of Cordis hospice

Abstract: Old age - the inevitable result of an ageing process in which biological, psychological and social processes begin to interact with each other, leading to the disturbance of biological and mental balance without any possibility of counteracting it. It is a universal phenomenon occurring in the world of plants, in all animal species and in humans. The old age of a person being the subject of a hospice care is burdened with the terminal state (Latin terminus - final) of diseases (mainly oncological diseases). Consequently, it includes a person in the period of pathological old age. The fundamental assumption of this type of care is to satisfy all the medical and non-medical needs of a patient who is no longer curable. By satisfying the somatic, mental, spiritual and social spheres of the patient and the surrounding family during the time of illness as well as during mourning, the quality of life in the family system is optimized. This process is a counterbalance to the phenomenon of loneliness, which often accompanies the old age. Owing to properly managed hospice and palliative care, through respect shown to the patient, the presence of the patient's relatives and the proper control of pain and other symptoms, we have an impact on improving the quality of life in his/her last stage of life, increasing hope and feeling of coherence in the patient. The aim of the study is a retrospective analysis of own experiences aimed at improving the quality of life of older people staying under the care of an in-patient hospice and the care provided by the hospice at home.
Keywords: *loneliness, solitude, overwhelming pain, quality of life, hope, holistic care, optimism, occupational therapy, interdisciplinary team, love*

Dojrzewajmy nie tak, aby nowość zamieniała się w starość,
ale żeby sama nowość w nas dojrzewała.

św. Augustyn

Nasi chorzy czują się więźniami swoich ciał, a jednak jest coś, co ich uskrzydla,
daje im poczucie wolności, coś własnego, coś, co mimo bólu i straty
prowadzi do wzrostu i – według mnie – nadziei.

Cicely Saunders

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia 60. rok życia jest umownym początkiem starości. Jednakże, jak powszechnie wiadomo, sam wiek nie określa możliwości człowieka – starość można postrzegać w aspektach: sprawnościowym, biologicznym, psychicznym, społecznym, ekonomicznym i funkcjonalnym. Wyróżniamy trzy rodzaje starości:

1. Starość optymalna „złoty wiek" (1% osób starszych)
   Oznacza najbardziej optymalny z możliwych przebiegów starzenia, wolny od patologii, kształtowany pozytywnie przez uwarunkowania zewnętrzne, o minimalnych deficytach fizjologicznych, psychologicznych i społecznych przypisywanych wiekowi chronologicznemu.
2. Starość normalna (9%)
   Przebiega z widocznymi i odczuwalnymi stratami, deficytami, bez widocznej patologii.
3. Starość patologiczna (90%)
   Wyraża się w wyraźnym spadku funkcji narządowych w wyniku nakładających się chorób, które w konsekwencji prowadzą do przedwczesnej śmierci.

Filozofia opieki hospicyjno-paliatywnej obejmująca starość patologiczną uznaje wartość każdej jednostki poprzez zindywidualizowaną, zróżnicowaną, pełną wrażliwości i otwarcia na drugiego człowieka opiekę. Właściwa jej realizacja stanowi zaspokojenie następujących potrzeb psychospołecznych starszego człowieka:

- zrozumienia,
- wsparcia,
- kontaktu z drugą osobą,
- samorealizacji,
- świadomości uczestnictwa w różnego rodzaju przedsięwzięciach,
- miłości,
- szacunku,
- bezpieczeństwa,
- opieki.

Omówienie

Opieka hospicyjno-paliatywna dotyczy przede wszystkim chorego w stanie terminalnym, głównie choroby nowotworowej. Jednym z podstawowych wyznaczników tego stanu

jest występowanie bólu wszechogarniającego. Wg R. Twycrossa ból ten obejmuje wszystkie sfery funkcjonowania człowieka, tj. ciało, duchowość, psychikę oraz sferę socjalną.

Dla osób starszych relacja z Bogiem, religijność, głęboka wiara stają się swoistymi parasolami ochronnymi, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa oraz nadzieję na przyszłość i życie wieczne. To dzięki nim mają oni „oparcie", „wewnętrzny spokój", „zrozumienie doświadczeń cierpienia i zbliżającej się śmierci"[1].

Należy rozróżnić dwa terminy: osamotnienie i samotność.

Osamotnienie – to stan psychiczny niezależny od liczby kontaktów społecznych, ale od oczekiwań człowieka.

Samotność – to subiektywnie odczuwany stan emocjonalny o ujemnym wydźwięku wynikający z braku pozytywnych relacji z innymi osobami.

Nie obronisz człowieka cierpiącego od bólu ciała, od bezdomności, od bezradności.
Ale osłonisz od osamotnienia. Dlatego mimo wszystko – zostań w pobliżu.
Nie opuść człowieka[2].

Filozofia opieki paliatywnej wspartej medycyną paliatywną jest spełnieniem istotnych reguł działań specjalistycznych[3]:

a) uśmierzanie objawów somatycznych;
b) wsparcie psychiczne;
c) wsparcie duchowe;
d) wsparcie socjalne;
e) opieka nad rodziną i bliskimi pacjenta podczas jego choroby i po śmierci.

Opieka sprawowana jest w sposób całościowy (holistyczny). O opiece tej założycielka pierwszego nowożytnego hospicjum Cicely Saunders pisała: *Ci, którzy umierają, potrzebują ratunku, braterstwa i uwagi wspólnoty. Ona nieco zmniejsza ich zmartwienia i strach, pozwala im spokojnie pożegnać się z tym światem. Wspólnota potrzebuje umierających, gdyż oni zwracają jej uwagę ku wieczności, uczą słuchać i dawać*[4]. Opieka hospicyjna sprawowana jest przez wielospecjalistyczny zespół interdyscyplinarny. W skład jego wchodzą lekarze, pielęgniarki, opiekunowie medyczni, osoby duchowne, kosmetyczki i fryzjerzy, pracownicy biurowi, pracownicy kuchni, służb sprzątających oraz wolontariusze różnych zawodów. Nie do przecenienia jest obecność w zespole terapeutycznym psychologa i terapeuty rodzinnego.

W skład interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego wchodzi również terapeuta zajęciowy z wielorakim pakietem proponowanych zajęć. Wprowadza się zajęcia o niewielkim wydatkowaniu energii, stopniowo przechodząc do coraz intensywniejszych zajęć i pracy do osiągnięcia optymalnej sprawności i aktywności z uwzględnieniem obciążeń, jakie niesie stan terminalny chorób - zwłaszcza onkologicznych. Fundamentalnym osiągnięciem terapii zajęciowej prowadzonej przez terapeutów w hospicjum Cordis jest osiągnięcie dobrych efektów w usprawnieniu psychicznym chorych poprzez:

---

[1] N. Pikuła, *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości,* Impuls, Kraków 2015, s. 186.
[2] Autor nieznany.
[3] K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz, *Medycyna paliatywna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 3-4.
[4] S. du Boulay, *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego*, Znak, Kraków 2009, s. 152.

a) uświadomienie choremu, że mimo niepełnosprawności posiada wiele umiejętności pomocnych w podjęciu samodzielnego życia,
b) ćwiczenie funkcji psychicznych takich, jak: zdolność podejmowania decyzji, skupiania uwagi, radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
c) pomoc choremu w przezwyciężeniu stanów lękowych i depresji,
d) stwarzanie sytuacji przekonujących chorego, że odpowiednie ćwiczenia i przygotowanie zawodowe pomogą mu włączyć się do czynnego życia zawodowego.

Aktywizacja w ramach terapii zajęciowej stwarza okazję do kontaktów z innymi osobami; prowadzona jest w sposób umiarkowany, dostosowany do możliwości osoby starszej i chorej.

W zespole terapeutycznym wiele zadań związanych ze wsparciem osób starszych podejmują, od zarania istnienia ruchu hospicyjnego, wolontariusze (ludzie różnych zawodów, którzy poświęcają bezinteresownie swój czas osobom starszym i chorym). To dzięki ich obecności dochodzi do zmniejszenia frustracji chorego poprzez uspokajający dotyk, uśmiech, unikanie pośpiechu, ignorowanie popełnieniach błędów, mobilizowanie do stosowania innych technik wyrażania siebie.

W czasie sprawowania opieki nad osobą starszą w stanie terminalnym różnych chorób można dostrzec ważną rolę, jaką odgrywa nadzieja. *Określa się jako stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego (…), skojarzony z uczuciem zadowolenia lub radości. Leży u podstaw optymistycznego stosunku do życia i mobilizuje do działania, a jeśli jest sprzęgnięta z wolą życia, stanowi niezwykle ważny element przystosowania do choroby*[5].

Według Eriksona powstanie nadziei jest warunkiem prawidłowego funkcjonowania i rozwoju psychicznego. Silniejsza nadzieja zwiększa natężenie czynników prorozwojowych, takich jak optymizm, zadowolenie i wiarę w siebie i własny sukces[6].

Okazało się, że poziom depresyjności wzrasta wraz ze spadkiem siły nadziei, a zwłaszcza dzieje się tak u osób przejawiających defensywny – a nie proaktywny – sposób interpretowania własnych problemów, czyli taki, który sprawia, że własne historie widziane są głównie w formie sekwencji pojawiania się kłopotu, a następnie obronnej reakcji.

Istnieje szereg czynników, które obniżają egzystencjalne poczucie nadziei u człowieka starszego, chorującego i umierającego z powodu choroby nowotworowej. Należą do nich:

- brak szacunku dla chorego,
- opuszczenie i osamotnienie,
- brak celu w życiu,
- niekontrolowany ból i inne objawy.

Analogicznie do czynników zwiększających nadzieję zalicza się:

- szacunek okazany choremu,
- obecność bliskich ludzi,
- właściwa kontrola bólu i innych objawów.

Zgodnie ze zdaniem dr. Fultona: *ruch hospicyjny uznaje godność najmniejszego z nas, uznaje godność trędowatego w Kalkucie, godność starego człowieka. Stanowi przeciwwagę dla braku szacunku, który zbyt często okazujemy starszym ludziom*[7].

[5] K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz, *Medycyna paliatywna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 37.
[6] J. Trzebiński, M. Zięba, *Nadzieja, strata, rozwój*, „Psychologia Jakości Życia", t. 2, 2013, s. 55.
[7] S. du Boulay, *Okno nadziei. Cicely Saunders*…, op. cit., s. 255.

Potrzeby ludzi w wieku podeszłym są dość specyficzne i mają złożony charakter. Poza wiekiem chronologicznym konieczne jest wzięcie pod uwagę wieku biologicznego, stanu zdrowia i stanu psychicznego. Praca z człowiekiem w wieku podeszłym jest w zasadzie próbą poszukiwania sensu w złożonej sytuacji, jaką jest starość.

W poszukiwaniu sensu McClusky wymienia pięć rodzajów potrzeb psychicznych człowieka dojrzałego:

1) Potrzeby radzenia sobie z procesem starzenia się, z obniżaniem witalności, z koniecznością akceptacji przemian nie tylko biologiczno-fizjologicznych, ale nade wszystko psychicznych, w tym niezwykle ważne potrzeby radzenia sobie ze zmianami pozycji i roli społecznej, a także z trudnościami finansowymi, zdrowotnymi, chorobami czy nadchodzącą niepełnosprawnością.
2) Potrzeby ekspresyjne obejmujące pragnienie wyrażania własnej osobowości lub indywidualności za pośrednictwem aktywności rodzinnej.
3) Potrzeby uczestnictwa w społeczności (takiej, jak np. rodzina, przyjaciele, sąsiedzi czy najbliższe otoczenie), realizowane często przez edukację dla partycypacji społecznej, oczywiście powinno to być uczestnictwo z własnego wyboru.
4) Potrzeby wpływu na własne życie, jego warunki i podejmowane decyzje życiowe;
5) Potrzeby transcendentne polegające na radzeniu sobie z perspektywą i znaczeniem własnej śmierci, by uniknąć rozpaczy, a osiągnąć wewnętrzną integralność[8].

Głównym celem opieki jest zapewnienie jak najwyższej jakości życia. Schipper „jakość życia" człowieka definiuje następująco: *jakość życia chorego uwarunkowana jest nie tylko samą obecnością choroby, ale także jej specyfiką (np. nowotworową), metodami leczenia, działaniem niepożądanych leków, rokowaniem i wreszcie sposobem odbierania tego wszystkiego przez pacjenta. Podsumowując, przez ocenę jakości życia (quality of life, skrót QL) rozumiemy obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym okresie*[9].

Opieka paliatywna stanowi całościową i aktywną opiekę nad pacjentami, których choroba nie daje się wyleczyć. Kluczowe znaczenie ma tu kontrola bólu, pozostałych symptomów, a także problemów o podłożu psychicznym, społecznym i duchowym. Celem opieki paliatywnej jest podarowanie pacjentom i ich rodzinom możliwie najwyższej jakości życia[10].

Alternatywnymi formami opieki nad osobą starszą, terminalnie chorą, są: opieka w domu lub opieka w specjalistycznym ośrodku stacjonarnym.

Z doświadczeń towarzyszenia osobom starszym w stanie terminalnym wynikają następujące obserwacje, stanowiące o dobrej jakości życia starszego człowieka:

1. Twórcza reakcja na zmiany. Katarzyna Sygulska w badaniach podkreśla, że poczucie sensu zależy także od wykonywanych czynności, poczucia produktywności, robienia czegoś na rzecz innych. Także pasja i zainteresowania przyczyniają się do zadowolenia. Badane osoby starsze mają różnorodne hobby, niejednokrotnie oryginalne. Oddawanie się swoim zainteresowaniom sprawia, że życie postrzegane jest jako bardziej wartościowe[11].

[8] McClusky H.Y., *Education for Aging. The Scope and the Field and Perspective for the Future*, [in:] S.M. Grabowski, M.D. Mason (eds.), *Learning for Aging*, Adult Education Association of the U.S.A. & ERIC Clearinghouse on Adult Education, Washington 1973, s. 324-331.
[9] K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996, s. 68.
[10] S. du Boulay, *Okno nadziei. Cicely Saunders…*, op. cit., s. 274.
[11] K. Sygulska, *Poczucie sensu życia osób starszych - refleksje z badań*, „Dyskursy Młodych Andragogów", nr 17, 2016.

2. Uwolnienie się od niepokoju – nieustanne tworzenie i wymyślanie nowych rozwiązań, realizacja marzeń i włączanie do swojego życia nowych elementów. Symbole osobowości są tak ulotne, że ich odczytanie staje się coraz trudniejsze i niejasne, sfera marzeń, projekcji pozostaje możliwym do pomyślenia subświatem, w którym można realizować społeczny imperatyw indywidualizmu i odróżniania się. Po drugie, sfera projekcji, marzeń, fantazji, ze względu na to, że uwalnia myślenie w kategoriach deklaratywnych i fasadowych, zaprasza do swoistego zdziwienia, urefleksyjnienia, zbliża jednostki do nich samych, do ich wewnętrznych konfliktów, napięć, ambiwalencji, jednocześnie podtrzymując przekonanie, że marzenia nie są li tylko abstrakcyjną aktywnością umysłu, lecz stają się wskaźnikiem, zinstytucjonalizowaną formą społeczno-kulturową czy predykatorem zmian[12].
3. Optymizm to indywidualny zasób człowieka mający wpływ na różne aspekty jego funkcjonowania, które w stanie terminalnym choroby nowotworowej znacznie się zmienia i uwarunkowane jest zależnością od pomocy innych osób. Według teorii optymizmu, ma on charakter wyuczony lub dyspozycyjny, a mimo to w obu rodzajach nastawienie optymistyczne jest znacznie bardziej korzystne dla człowieka. W opiece hospicyjnej opieramy się na stworzeniu warunków do rozwoju optymizmu dyspozycyjnego. Jest to optymizm stanowiący zaprzeczenie ogarniającego człowieka w chorobie pesymizmu. Obszary, którymi zajmuje się opieka hospicyjna z docelowym założeniem nauczenia się patrzenia optymistycznego w kontekście gromadzenia zasobów i poprawienia jakości życia chorych, to:
   a) umiłowanie i radość życia,
   b) otwartość na bliskie relacje,
   c) czerpanie przyjemności z codziennych zajęć i postrzeganie życia jako wartości,
   d) poczucie, że osiągnęło się swoje najważniejsze cele,
   e) postrzeganie siebie jako osoby wartościowej.
4. Rozwijanie sfery duchowej. Dla osób starszych relacja z Bogiem, religijność, głęboka wiara stają się swoistymi parasolami ochronnymi, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa oraz nadzieję na przyszłość i życie wieczne. To dzięki nim mają oni „oparcie", „wewnętrzny spokój", „zrozumienie doświadczeń cierpienia i zbliżającej się śmierci"[13]. *Nie będziemy bać się śmierci, jeśli zamieszka i zadziała w nas Bóg […] umrzemy, to prawda, ale śmierć ta nie będzie nam ciężka*[14]. Nie wolno nikomu narzucać własnej wiary, zwłaszcza gdy osoba ta jest bezbronna. Ci, którzy wierzą w miłość, znaczenie i cel ukryte w tajemnicach wiary, pomagają pacjentom znaleźć ulgę i spokój[15].

Wnioski

W hospicjum po uzyskaniu dobrego efektu kontroli objawów jest czas i miejsce na próbę poprawienia funkcjonowania osób starszych w zakresie: zachowania, afektu i procesów poznawczych. Praca z chorym podejmowana jest bez względu na stopień zaawansowania

[12] D. Mroczkowska, *Wymarzone style życia Polaków o pragnieniach, fantazjach, aspiracjach dotyczących wypoczynku i czasu wolnego*, „Kultura i Społeczeństwo", nr 4, 2012, Polska Akademia Nauk, Komitet Socjologii, Instytut Studiów Politologicznych.
[13] N. Pikuła, *Poczucie sensu życia osób starszych…*, op. cit., s. 186.
[14] S. du Boulay, *Okno nadziei. Cicely Saunders…*, op. cit., s. 166.
[15] C. Saunders, *Living with Dying*, Oxford University Press, Oxford 1983.

choroby podstawowej z uwzględnieniem jej stopniowego pogłębiania się (rodzaj zajęć dostosowany jest do możliwości chorego). Praca ma charakter ewolucyjny, powolny i stopniowy (z uwzględnieniem momentów inercji i cofania się). Jest prowadzona do czasu zachowania świadomości chorego.

Należy zauważyć obecność czynników pozytywnych w postaci rozwoju osobistego, wzrostu zasobów, a niejednokrotnie zatrzymania tempa postępu choroby. Istotny jest również kontekst sytuacyjny – opieka prowadzi się w grupach, typ Pobyt Dzienny jest animowany przez terapeutę zajęciowego, z wyraźnym podkreśleniem wsparcia w tej społeczności oraz tworzenia więzi.

Głównym symbolem opieki hospicyjnej jest Dom rozumiany w sensie ikonograficznym. W Domu tym realizowana jest fundamentalna zasada filozofii hospicyjnej *Hospes hospiti sacer* (od łac. *hospes* – gość, od tego słowa ukształtował się termin *hospitium* – sojusz, przymierze, osoba połączona z inną trwałym związkiem gościnności. Łacińskie słowo *hospitium* wysuwa na pierwszy plan ideę gościnności, rozumianej jako relację między osobami gospodarza i przebywającego pod jego dachem przybysza-gościa).

Fundamentalną zasadę, którą kieruje się interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, można wyrazić w następujący sposób: trzeba akceptować starszego chorego człowieka, jakim jest, bez względu na chorobę i jego niepełnosprawność. Człowiek starszy, chory odczuwa akceptację zespołu i czuje się przez niego szanowany.

Dom, według Roberta Twycrossa – współpracownika madame Cicely Saunders (twórczyni nowożytnej opieki hospicyjnej), opiera się na fundamentach akceptacji Chorego i afirmacji Jego wartości. Symetrycznymi filarami podtrzymującymi konstrukcję owego Domu jest właściwe (według trójstopniowej drabiny analgetycznej WHO) leczenie objawowe oraz włączone równolegle wsparcie psychosocjalne. Sercem Domu jest praca zespołowa wspólnoty terapeutycznej hospicjum. Budowlę wieńczy, czyli dach Domu stanowi, twórczość Chorego, otoczenie go pięknem w postaci szacunku wobec Niego. Przebywanie w tym Domu osoby starszej, chorej, umierającej tworzy nową dla niej rzeczywistość i umożliwia pełnię godnego życia do ostatnich chwil.

Sposób prowadzenia tej opieki w pełni oddają słowa Alberta Camusa: *Nie idź za mną, bo nie umiem prowadzić. Nie idź przede mną, bo mogę za Tobą nie nadążyć. Idź po prostu obok mnie i bądź moim przyjacielem.*

Osoba chora i starsza ma szanse na stopniowe, spokojne uznawanie kruchości swojego życia oraz zdrowia psychicznego i fizycznego, spokojne myślenie o swojej śmierci i oswajanie się z tym, że może ona nastąpić. Dochodzi do swoistego przeżycia żałoby własnej. Wreszcie odkrywa to, co stanowi najcenniejszą wewnętrzną zasadę człowieka - umiejętność tracenia wszystkiego bez utraty siebie.

Posługa w zespole hospicyjnym jest nieustanną pracą nad i z miłością. Obcowanie ze swoistą mozaiką osób z zespołu interdyscyplinarnego daje poczucie, że miłość ciągle się zmienia i nie jesteśmy w możności nad tym faktem zapanować. Stan ten wymyka się wszelkim racjonalizacjom i bez wątpienia udowadnia, że miłość umrze, jeśli uznamy, że zdobyliśmy nad nią kontrolę.

Dobrze spełniona opieka hospicyjna daje poczucie chorym i starszym, jak i wszystkim członkom zespołu terapeutycznego, że całe życie jest po to, by uczyć się kochać, i że miłość jest silniejsza niż śmierć.

Bibliografia

Boulay S. du, *Okno nadziei. Cicely Saunders - założycielka ruchu hospicyjnego,* Znak, Kraków 2009.

Drążkiewicz J., *W stronę człowieka umierającego: o ruchu hospicjów w Polsce,* Warszawa 1989.

McClusky H.Y., *Education for Aging. Th e Scope and the Field and Perspective for the Future* [in:] S.M. Grabowski, M.D. Mason (eds.), *Learning for Aging*, Adult Education Association of the U.S.A. & ERIC Clearinghouse on Adult Education, Washington 1973.

Mroczkowska D., *Wymarzone style życia Polaków o pragnieniach, fantazjach, aspiracjach dotyczącech wypoczynku i czasu wolnego*, „Kultura i Społeczeństwo" nr 4, 2012, s. 165-176.

Pikuła N., *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości,* Impuls, Kraków 2015.

Quinodoz D., *Starzenie się - przygoda życia, która trwa,* Oficyna Ingenium, Warszawa 2014.

Saunders C., *Living with Dying,* Oxford University Press, Oxford 1983.

Sygulska K., *Poczucie sensu życia osób starszych - refleksje z badań*, „Dyskursy Młodych Andragogów", nr 17, 2016, s. 20-26.

Trzebiński J., Zięba M., *Nadzieja, strata i rozwój*. „Psychologia Jakości Życia" t. 2, 2013.

Walden-Gałuszko K. de, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.

Walden-Gałuszko K. de, *Medycyna paliatywna,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.