Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa

Wyzwania współczesnej gerontologii

pod redakcją
Piotra Błędowskiego
Andrzeja Stogowskiego
Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis

Wyzwania współczesnej gerontologii

Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa

Wyzwania współczesnej gerontologii

Pod redakcją
Piotra Błędowskiego
Andrzeja Stogowskiego
Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis

Poznań 2013

© Copyright by Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu, Poznań 2013

Recenzenci:
prof. dr hab. Maria Kaczmarek, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
prof. dr hab. Zbigniew Woźniak, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Projekt okładki:
Dariusz Wierzbicki

Druk publikacji sfinansowany ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach programu ASOS 2012-2013

Lider projektu: Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

ISBN 978-83-87653-18-7

WYDAWCA
Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa
ul. Tadeusza Kutrzeby 10, 61-719 Poznań
tel. 61 85 84 372; fax 61 85 84 369
www: www.wsnhid.pl/wydawnictwo; e-mail: wydawnictwo@wsnhid.pl

PRZYGOTOWANIE EDYTORSKIE
perfekt, ul. Grunwaldzka 72, 60-311 Poznań
tel. 61 86 71 267
http://dtp.perfekt.pl; e-mail: dtp@perfekt.pl

DRUK I OPRAWA
perfekt druk
ul. Świerzawska 1, 60-321 Poznań
tel. 61 86 11 184

Spis treści

Słowo wstępne / 7

Sylwia Kropińska, Ewa Zasadzka, Andrzej Stogowski, Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Początek starości w subiektywnej ocenie kobiet i mężczyzn / 9

Walentyna Wnuk

Potencjał osób starszych / 21

Beata Bugajska, Celina Timoszyk-Tomczak

Warsztat rozwoju osobistego osób starszych – „Podróż w czasie" / 33

Sławomir Tobis, Mirosława Cylkowska-Nowak, Dorota Talarska

Fotografia w terapii osób starszych, w opinii studentów pielęgniarstwa / 49

Jacek J. Pruszyński, Jacek Putz

Czy wypada starszej osobie miłować? / 59

Ewa Zasadzka, Sylwia Kropińska, Mariola Pawlaczyk, Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Wpływ rehabilitacji w warunkach szpitalnych na zmniejszenie ryzyka upadku u osób starszych / 69

Anna Szafranek

Czynniki sprzyjające przemocy z udziałem osób starszych w domach pomocy społecznej w województwie podlaskim / 83

Roma Krzymińska-Siemaszko, Renata Kroll-Balcerzak, Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Problem niedożywienia i jego ryzyka u osób w podeszłym wieku z makroregionu północno-zachodniego Polski / 97

Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Dorota Talarska, Sylwia Kropińska, Agnieszka Dymek-Skoczyńska, Sławomir Tobis, Justyna Mazurek, Joanna Rymaszewska

Kwestionariusz CANE jako narzędzie do analizy zapotrzebowania na opiekę u osób starszych / 115

Joanna Pniewska, Anna Smelkowska, Krystyna Górna, Barbara Grabowska-Fudala, Krystyna Jaracz

Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską nad osobami starszymi w ostrej fazie udaru mózgu za pomocą Northwick Park Dependency Score / 127

Dorota Łojko, Wiktor Pałys, Sylwia Łukasik, Krystyna Górna, Aleksandra Suwalska

Funkcjonowanie poznawcze mieszkańców terenów wiejskich Wielkopolski – wpływ wieku i stanu zdrowia / 137

Oliwia Beck, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Jadwiga Główczewska

Wybrane aspekty stylu życia a zaburzenia poznawcze u osób starszych / 157

Renata Kroll-Balcerzak, Krzysztof Sawiński, Andrzej Balcerzak, Mieczysław Komarnicki

Nowotwory układu chłonnego u osób w wieku podeszłym – opis przypadku klinicznego / 169

Jerzy Foerster, Daria Schetz, Anna Mikosik

Negatywne skutki terapii skojarzonej: statyną, inhibitorem konwertazy angiotensyny i amlodypiną u 63-letniego sportowca / 179

Słowo wstępne

Obszar badań gerontologii stanowi wszechstronna analiza starości i procesu starzenia się człowieka w wymiarze indywidualnym i ponadindywidualnym. Powinna ona uwzględniać aspekty zdrowotne, biologiczne, psychologiczne, społeczne oraz ekonomiczne. Właściwe określenie czynników wpływających na rozwój człowieka w wieku starszym i zdefiniowanie jego potrzeb przekładać się powinno na budowanie programów i strategii wsparcia osób starszych we wszystkich dziedzinach życia.

Wparcie to nie powinno być jednak rozumiane wyłącznie jako dostęp do świadczeń zdrowotnych czy dostarczanie usług społecznych, lecz jako wypracowanie i wdrożenie właściwych narzędzi przeciwdziałających wykluczeniu seniorów z życia społecznego, ich aktywizację oraz inkluzję[1], a także jako budowanie modelu przygotowania do starości.

Biorąc pod uwagę potrzebę poprawy wielu aspektów jakości życia człowieka starszego we współczesnym społeczeństwie oraz tempo zmian społecznych, jakie towarzyszą jego życiu, łatwiej dostrzec w gerontologii wielowymiarowy, a więc ze swej natury interdyscyplinarny konstrukt, korzystający i łączący w sobie doświadczenie różnych dziedzin wiedzy.

Przekonanie o przydatności interdyscyplinarnej wiedzy gerontologicznej zdecydowało o kształcie publikacji, którą oddajemy Czytelnikowi. Jej autorzy ukazali na przykładzie aspektów medycznych i społecznych niektóre

---

[1] Dotyczy to także: wyższej sprawności funkcjonowania w życiu codziennym oraz zwiększenia szans na pełny i aktywny udział w życiu społecznym, zapobiegania wycofaniu społecznemu osób starszych, ich marginalizacji i alienacji kulturowej oraz przezwyciężania krzywdzących stereotypów dotyczących starzenia się indywidualnego i społecznego, a także kształtowania pozytywnych postaw wobec ludzi starszych, pozytywnych wizerunków osób starszych, a także właściwych działań i zachowań dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia oraz przeciwdziałania różnego rodzaju nadużyciom (np. prawnym) wobec osób w podeszłym wieku.

zadania, wobec jakich staje dzisiejsza polityka senioralna i gerontologia jako dyscyplina naukowa. Wspólną cechą prezentowanych opracowań jest wielowymiarowe podejście, pozwalające gerontologom społecznym zrozumieć istotę problemów omawianych przez specjalistów medycyny wieku podeszłego, a geriatrom – prace socjologów, polityków społecznych i pedagogów.

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się przydatna w procesie budowania społeczeństwa otwartego na seniorów, dla którego osoby starsze stanowią i stanowić będą wartość, a nie problem.

Redaktorzy

SYLWIA KROPIŃSKA[1], EWA ZASADZKA[1], ANDRZEJ STOGOWSKI[2],
KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS[3]
[1] Katedra Geriatrii i Gerontologii,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra Pedagogiki, Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa
[3] Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Początek starości w subiektywnej ocenie kobiet i mężczyzn

Wstęp

Starzenie jest powolnym procesem, które w ujęciu biologicznym definiuje się jako stopniowe zmiany powodujące pogorszenie funkcjonowania na wszystkich poziomach, począwszy od pojedynczej komórki, poprzez tkanki i narządy, aż do organizmu jako całości (Rowe 1987). Prowadzi to do zmniejszenia możliwości utrzymania homeostazy w warunkach fizjologicznego stresu, co określa się jako homeostenozę (Comfort 1968).

Proces starzenia nieuchronnie prowadzi do starości, która kończy się śmiercią. Kirkwood T. (Kirkwood 2005), jeden z brytyjskich biogerontologów, opisując proces starzenia, zwrócił uwagę, że następująca na jego skutek śmierć jest jak ostateczna awaria samochodu. Bez względu na to, jak bardzo dba o niego właściciel, w końcu zawsze następuje taka awaria, której nie da się usunąć, co uniemożliwia jego dalszą eksploatację. W przypadku człowieka jest podobnie, ponieważ wraz z upływem czasu prawdopodobieństwo przeżycia kolejnego okresu (tygodnia, miesiąca, roku) zmniejsza się (Książek, 2009). Jednak tak jak eksploatacja samochodu zależy od użytkownika, jego wiedzy i podejścia do pojazdu, podobnie nasza starość zależy w dużej mierze od nas samych; od stylu życia, ale i od oczekiwań.

Starość zazwyczaj definiuje się wiekiem metrykalnym (kalendarzowym), przyjmując, że zaczyna się ona w momencie ukończenia 65 roku życia. Jednak zróżnicowanie stanu biologicznego i czynnościowego osób w wieku podeszłym powoduje, że coraz więcej uwagi poświęca się najstarszym grupom wiekowym, czyli osobom, które ukończyły 75 rok (Szukalski 2013). Prognozy na najbliższe lata zarówno dla Polski, jak i dla innych państw Europy wskazują na nasilenie dynamiki procesu starzenia. Szacuje się, że obecnie w społeczeństwie polskim osób w wieku podeszłym jest 13,8%, a w całej

Unii Europejskiej – 17,5% (Eurostat, 2010). Zgodnie z prognozami grupa ta w Polsce będzie w 2030 roku prawie dwukrotnie liczniejsza (23,8%), (GUS, 2002), ale w całej Unii Europejskiej jej przyrost będzie mniejszy (23,6%) (Giannakouris 2008).

Wynika to z wydłużenia średniej długości życia, która obecnie dla kobiet w Polsce wynosi 80,1 lat, a dla mężczyzn 71,4 lata, ale wzrośnie do 2030 roku – odpowiednio do 83,6 i 77,5 lat. Innym tego powodem jest zmniejszenie się liczby urodzeń, które w Polsce obserwuje się od wielu lat (rok 1950 – ok. 770 tys.; 1970 – ok. 550 tys.; 1990 – ok. 550 tys.; 2000 – ok. 380 tys.; GUS, 2009). W związku ze starzeniem w mediach pojawia się ostrzeżenie o zbliżającym się geriatrycznym tsunami, które oznacza wejście pokolenia powojennego wyżu w wiek emerytalny. Określenie to ma pejoratywne zabarwienie, gdyż kojarzy się z zalewającą niszczącą falą. Niestety, wzrost liczby osób starszych w populacji często odbierany jest jako zjawisko problemowe. Ma to swoje odbicie w przybieraniu negatywnych postaw wobec osób starszych. Jednak podejmuje się coraz więcej wysiłku, aby pozazać, że starość jest naturalną fazą życia (Nowicka 2006), podczas której możliwe i konieczne jest podejmowanie przez seniorów zadań ułatwiających adaptację do nowych warunków życia. Autorka podkreśla także, że kreowanie własnej starości w dużym stopniu zależy od nas samych. Na indywidualne tempo starzenia i niejednolity obraz starości zwraca uwagę Straś-Romanowska M. (Straś-Romanowska 2004), pokazując, że utrudnia to jednoznaczne ustalenie wieku kalendarzowego będącego progiem starości.

W związku z powyższym celem pracy była charakterystyka starości i jej początku z perspektywy samych osób starszych. Aby było to możliwe, przeprowadzono indywidualne rozmowy z seniorami.

Materiał i metoda

Grupa badana

W badaniu wzięły udział osoby starsze. Kryterium włączenia do badań było ukończenie 60 roku życia oraz wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu, natomiast kryterium wyłączenia – niemożliwość nawiązania pełnego logicznego kontaktu z respondentem. Do analizy włączono 350 osób, w tym 269 kobiet (76,9%) i 81 mężczyzn (23,1%). Średnia wieku analizowanej grupy osób wynosiła 73,1 ± 7,3 lat (mediana: 73 lata, zakres: 60-95 lat). Kobiety były starsze od mężczyzn (73,6 ± 7,1 lat; [mediana: 74 lata;

zakres: 60-95 lat] vs. 71,6 ± 7,8 lat; [mediana: 70 lat; zakres: 60-91 lat]; $p < 0,05$).

Metodyka badań

Badanie przeprowadzono w oparciu o kwestionariusz ankiety przygotowanej do celu rozprawy doktorskiej (Kropińska 2013). W niniejszej pracy, aby zanalizować to, jak widzą starość same osoby starsze oraz kiedy, ich zdaniem, ona się zaczyna, poddano szczegółowej analizie odpowiedzi na dwa pytania kwestionariusza:

- Co to jest starość?
- Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?

Dla potrzeb analizy statystycznej odpowiedzi na zadawane pytania zostały przyporządkowane zdefiniowanym kategoriom. Dla pierwszego pytania były to:

I. Starość jako proces nieuchronnie prowadzący do chorób, niesprawności i zależności od pomocy innych. To czas spadku mobilności, aktywności, wydolności, a także czas niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu oraz w wyglądzie zewnętrznym.
II. Starość jako okres w życiu człowieka, końcowy etap życia.
III. Starość jako proces naturalny, fizjologiczny, towarzyszący upływowi czasu.
IV. Inne postrzeganie starości.

Dodatkowo uzyskane odpowiedzi rozpatrzono, uwzględniając ich charakter – tzn. wyróżniono odpowiedzi o charakterze obojętnym (OB), negatywnym (NEG) i pozytywnym (POZ).

Wśród odpowiedzi na drugie pytanie wyróżniono te, które definiowały początek starości w sposób opisowy (np. *starość zaczyna się, kiedy człowiek staje się niedołężny i zależny od innych osób*). Pozostałe odpowiedzi, wskazujące konkretny wiek jako początek starości, przeanalizowano pod kątem liczby ukończonych lat wskazywanych przez respondentów jako początek starości. Wyróżniono trzy grupy:

- WK-1 – osoby wskazujące na początek starości w wieku młodszym niż 65 lat,
- WK-2 – osoby wskazujące na ukończenie 65 roku życia jako początek starości,

- WK-3 – osoby wskazujące na początek starości w wieku starszym niż 65 lat.

Odpowiedzi na powyższe pytania przeanalizowano w związku z wiekiem i płcią.

Analiza statystyczna

Dane przedstawiono jako średnie +/- SD, podając jednocześnie, w związku z brakiem normalności rozkładu zmiennych (test Shapiro-Wilka) medianę i zakres. Dla porównania dwóch grup zmiennych niepowiązanych zastosowano test Manna-Whitneya. Dla zmiennych jakościowych posłużono się testem χ^2. Przyjęto za statystycznie istotne $p < 0,05$ lub wynik znajdujący się na granicy istotności statystycznej (np. $p = 0,0532$).

Wyniki

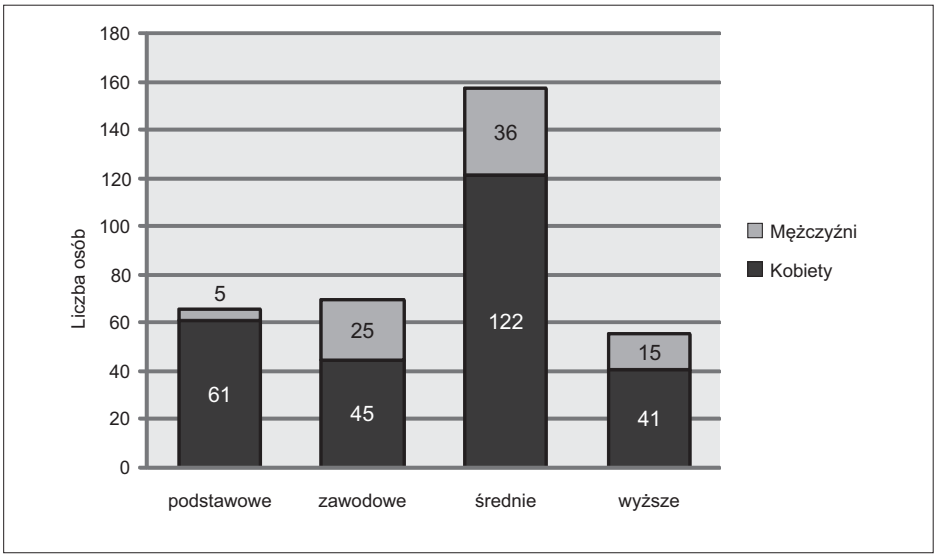
Charakterystyka socjoepidemiologiczna badanej grupy osób w wieku podeszłym

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni biorący udział w badaniu najczęściej deklarowali wykształcenie średnie (n = 158; 45,1%). Szczegółową charakterystykę poziomu wykształcenia osób starszych biorących udział w badaniu z uwzględnieniem płci zamieszczono na rycinie 1.

Biorące udział w badaniu kobiety częściej niż mężczyźni miały wykształcenie podstawowe ($p < 0,001$), a mężczyźni częściej w stosunku do kobiet – zawodowe ($p < 0,01$).

Obraz starości – opinie osób starszych

Na pytanie: *Co to jest starość?* ponad połowa osób biorących udział w badaniu udzieliła odpowiedzi o charakterze obojętnym (OB; n = 184; 52,6%), a tylko nieco mniej charakteryzowało starość negatywnie (NEG; n = 141; 40,3%). Jedynie 25 respondentów miało pozytywny obraz starości (POZ; 7,1%). Przykładowe wypowiedzi na temat starości przedstawiono w tabeli 1.



Rycina 1. Wykształcenie osób starszych biorących udział w badaniu z uwzględnieniem płci

Tabela 1. Przykładowe odpowiedzi osób starszych na pytanie: Co to jest starość? (wprowadzono nieznaczną korektę językową)

Lp.	**Wypowiedzi o zabarwieniu negatywnym. *Starość to…***
1.	niepewność i nieporadność, bezradność; często towarzyszy jej samotność i choroba.
2.	niedołężność fizyczna i psychiczna.
3.	zależność od innych osób; niezdolność do samoobsługi
4.	Starość jest zła, to jedyna rzecz, która nie wyszła Panu Bogu.
	Wypowiedzi o zabarwieniu obojętnym. *Starość…*
5.	to kolejny etap w życiu człowieka.
6.	to czas, kiedy człowiek porusza się wolniej; kiedy ma siwe włosy.
7.	jest wtedy, kiedy wygląd się zmienia, nie można już wszystkiego robić jak dawniej.
8.	czas przejścia na emeryturę.
	Wypowiedzi o zabarwieniu pozytywnym. *Starość to…*
9.	czas samorealizacji; jest pozytywna.
10.	czas odpoczynku, zabawy z wnukami. Należy cieszyć się życiem.
11.	czas na spełnianie swoich marzeń, hobby, czas na relaks.
12.	właśnie ten czas, w którym się znajduję. Mam czas na spotkania z przyjaciółmi.

Wiek osób biorących udział w badaniu nie wpływał na obraz starości: (NEG: 73,7±7,1 lat [74, 60-90 lat]; OB: 72,6±7,4 lat [73, 60-95 lat]; POZ: 73,4±8,5 lat [73, 62-91 lat]). Kobiety w porównaniu z mężczyznami wykazywały tendencję do częstszego obrazowania starości w sposób negatywny (NEG: 43,1% i 30,9%, p = 0,0532).

Ponieważ istniała możliwość udzielania podwójnych opisów starości, dalszej analizie podano 361 definicji. Prawie co trzecia osoba starsza podawała, że starość jest to czas wielochorobowości, niesprawności i zależności od innych (I; n = 101; 28,9%), a co piąta uważała, że jest to okres w życiu człowieka, końcowy etap życia (II; n = 74; 21,1%). Najmniej osób biorących udział w badaniu definiowało starość jako naturalny i fizjologiczny proces (III; n = 49; 14,0%).

Wiek i płeć osób biorących udział w badaniu nie miały wpływu na różnorodność definiowania starości:

- I – 73,3±7,3 (73,0, 60-90 lat); K: 28,0% i M: 26,8%;
- II – 73,9±6,9 (74,5, 60-88 lat); K: 18,6% i M: 26,8%;
- III – 72,0±6,5 (72,0, 60-87 lat); K: 14,3% i M: 12,2%;
- IV – 72,7±7,8 (73,0, 60-95 lat); K: 39,1% i M: 34,1%.

Czy można wyznaczyć granicę starości?

Na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?* ponad połowa osób starszych scharakteryzowała jej początek opisowo (OPIS; n = 204; 58,3%). Pozostałe osoby biorące udział w badaniu podawały, że początek starości wyznacza konkretny wiek kalendarzowy (WIEK). Zarówno wiek, jak i płeć nie miały wpływu na sposób definiowania początku starości (tabela 2).

Tabela 2. Charakterystyka wieku i płci osób starszych w zależności od sposobu definiowania początku starość (WIEK – definiowanie początku starości wiekiem kalendarzowym; OPIS – definiowanie początku starości opisowo)

	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Kobiety	Mężczyźni
Wiek	73,8	7,5	75,0	60-95	42,0%	40,7%
Opis	72,6	7,2	73,0	60-89	58,0%	59,3%

Wybrane wypowiedzi osób starszych biorących udział w badaniu, definiujących początek starości w sposób opisowy, przedstawiono w tabeli 3.

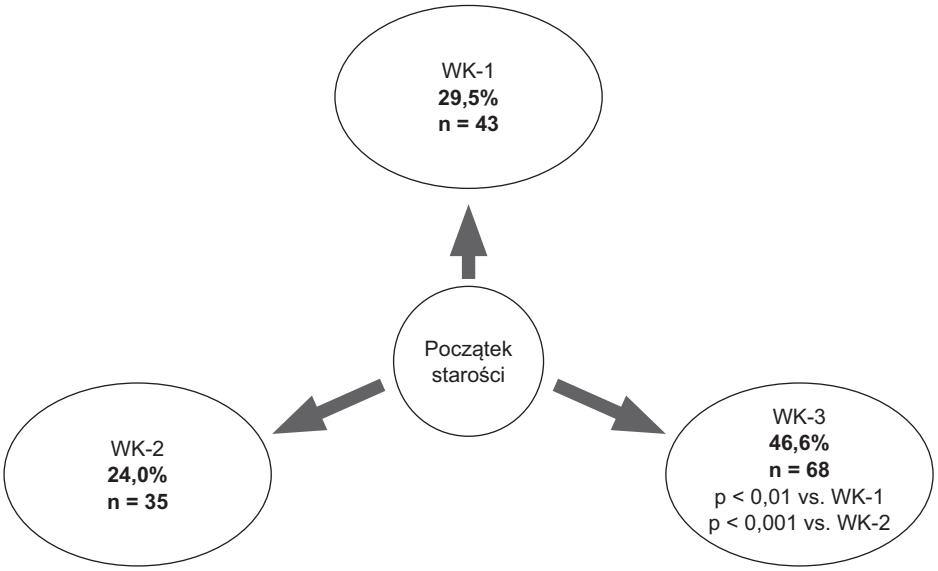
Tabela 3. Przykładowe odpowiedzi osób starszych na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?* scharakteryzowane opisowo (wprowadzono nieznaczną korektę językową)

Lp.	Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?
1.	*Początek starości jest sprawą indywidualną. Można być starszym wiekiem i czuć się młodo.*
2.	*Początek starości to czas, kiedy człowiek zaczyna mieć problemy ze zdrowiem.*
3.	*Starość zaczyna się, kiedy człowiek staje się niesprawny i nie może wychodzić sam z domu.*
4.	*Starość zaczyna się wtedy, gdy miejsce marzeń zajmują wspomnienia.*
5.	*Starość zaczyna się, kiedy sprawność fizyczna i umysłowa jest zdecydowanie gorsza niż wcześniej.*
6.	*Starość zaczyna się, kiedy najprostsze czynności zaczynają sprawiać trudność, a tym samym człowiek staje się obciążeniem dla innych z najbliższego otoczenia, którzy nie są do tego przygotowani.*
7.	*Starość zaczyna się, kiedy człowiek zaczyna mieć kłopoty z pamięcią.*
8.	*Starość zaczyna się, kiedy dzieci są już duże i opuszczają dom rodzinny.*
9.	*Starość zaczyna się, kiedy człowiek przechodzi na emeryturę.*
10.	*Starość zaczyna się w różnym wieku; nie wszystkie osoby starzeją się jednakowo.*
	Można być 30-letnim staruszkiem lub 60-letnim młodzieńcem. Jest to zależne od nas samych.
11.	*Starość zaczyna się, kiedy człowiek ma problemy z wykonywaniem czynności dnia codziennego.*

Osoby wskazujące wiek kalendarzowy jako początek starości miały często podobnie negatywny obraz starości co osoby podające charakterystykę opisową (odpowiednio: 37,0% i 42,6%).

Uzyskane od osób badanych odpowiedzi definiujące początek starości wiekiem kalendarzowym zebrano na rycinie 2. Zwraca uwagę, że prawie połowa badanych podawała jako początek starości ukończenie liczby lat większej niż 65.

Prawie co trzecia osoba uważała, że starość zaczyna się wcześniej niż przed ukończeniem 65. roku życia. Jedna z kobiet, które brały udział w badaniu, uznała, że starość zaczyna się już po ukończeniu 40. roku życia. Inni podawali, że granicą początku starości jest ukończenie 50 lub 55 lat. Co czwarta osoba uznała, że starość zaczyna się znacznie później. Bardzo często wskazywano na wiek powyżej 70 lat, 80 lub 85 lat. Najwyższą granicą początku starości zgłoszoną przez 65-letnią respondentkę było ukończenie 96 lat.



Rycina 2. Częstość definiowania przez osoby starsze początku starości różnym wiekiem kalendarzowym: WK-1 (przed ukończeniem 65. roku życia); WK-2 (ukończenie 65 lat); WK-3 (po ukończeniu 65. roku życia)

Osoby, które deklarowały, że starość zaczyna się powyżej 65. roku życia, były istotnie statystycznie starsze od pozostałych (WK-3 vs. WK-1: $p < 0,001$), (WK-2; $p < 0,05$) – tabela 5. Kobiety i mężczyźni nie różnili się, jeśli chodzi o wskazywany początek starości (odpowiednio kobiety i mężczyźni: WK-1: 26,5% i 39,4%; WK-2: 23,9% i 24,2%; WK-3: 49,6% i 36,4%).

Tabela 5. Średni wiek osób starszych definiujących początek starości wiekiem kalendarzowym: WK-1 (przed ukończeniem 65. roku życia); WK-2 (ukończenie 65 lat); WK-3 (po ukończeniu 65. roku życia)

	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
WK-1 (poniżej 65 lat)	70,3	7,5	69,0	60-88	
WK-2 (65 lat)	72,7	5,7	72,0	62-83	
WK-3 (powyżej 65 lat)	76,6	7,4	78,0	68-95	**p < 0,05 vs. gr WK-1 p < 0,001 vs. gr WK-2**

Dyskusja

Problem starzenia się i starości jest dużym wyzwaniem zarówno dla Polski, jak i innych państw. W Polsce już obecnie częściej niż co 8 osoba ukończyła 65 roku życia. Dość widocznym zjawiskiem stał się rozpad wielopokoleniowej rodziny, a także migracja do miast, które doprowadziły do izolacji środowiskowej seniorów. Tym samym nastąpił wzrost lęku przed starością i umieraniem. Obrazowanie negatywnych stereotypów w mediach i brak podjęcia dyskusji o różnych obliczach starości powoduje, że dominuje wizerunek osoby starszej niedołężnej. Ta niesprawność często znajduje odzwierciedlenie w analizowanym i opisywanym obrazie starości.

W przeprowadzonych przez nas badaniach znaczna część respondentów miała negatywny obraz starości (40,3%) – kojarzyli ją z procesem nieuchronnie prowadzącym do chorób, niesprawności i zależności od pomocy innych (28,9%). Dane pochodzące z różnych badań na temat częstości negatywnego postrzegania starości znacznie się różnią. W badaniach Florek-Płaczek A. i wsp. (Florek-Płaczek 2008) przedstawiono obraz starości widziany oczyma studentów II roku kierunku pielęgniarstwo oraz pracujących pielęgniarek. Negatywny postrzeganie starości było rzadsze niż w analizowanych badaniach (odpowiednio: 19,7% studentów i 14,9% pielęgniarek). Jednak Krupa B. (Krupa 2012), która analizowała wypowiedzi młodzieży maturalnej na temat starości, zaobserwowała, że ponad połowa respondentów (54,5%) wyrażała negatywne opinie o starości, kojarząc ją ze śmiercią, chorobami czy bólem. W badaniach Sochackiej L. i wsp. (Sochacka L., 2011) negatywnych obrazów starości było aż 71,3%. Respondentami tych analiz byli studenci i pracownicy opolskich zakładów pracy, którzy starość kojarzyli z niesprawnością, zależnością od innych, chorobami i samotnością.

Już od dawna starość kojarzona jest pejoratywnie. Arystoteles uważał, że „starość nie jest niczym innym, jak tylko powtórzeniem wieku dziecięcego", podkreślając, że tak samo jak małe dziecko jest uzależnione od swoich rodziców – analogicznie osoba starsza jest zależna od innych. Później np. Bacon R. (w XIII wieku) utożsamiał starość z chorobą. Jeden ze znanych psychologów zajmujących się starzeniem – Bromley D.B. (Bromley 1969) definiował starość jako następstwo gromadzenia się chorób i urazów oraz starość w konsekwencji fizjologicznych oraz naturalnych procesów. Taki obraz reprezentowało 14,0% osób w wieku podeszłym, których objęliśmy badaniem.

Myśląc o starości, ważne jest zdefiniowanie jej początku. Ze względu na brak parametru określającego zużycie organizmu powszechnie akceptowane

jest ukończenie konkretnej liczby lat. Taką definicję podało 41,7% osób starszych biorących udział w badaniu. W naukach medycznych najczęściej uznaje się za Otto von Bismarckiem, że starość zaczyna się w chwili ukończenia 65. roku życia. Taką granicę podała co czwarta osoba starsza (24,0%). Jednak najczęściej respondenci wskazywali na początek starości później niż w 65. roku życia. Osoby wskazujące na początek starości później były istotnie statystycznie starsze od pozostałych. Jak wskazują badania, granica wyznaczająca początek starości przesuwa się w miarę upływu lat życia. Według analiz Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) osoby w wieku 25-34 lat wskazywały, że starość zaczyna się średnio około 62. r. ż., w wieku 45-54 lat – około 64. r. ż., a osoby powyżej 65 lat – później niż w 65 r. ż. (Omyła-Rudzka 2012). W badaniach Florek-Płaczek i wsp. (Florek-Płaczek 2008) studenci najczęściej wskazywali na wiek pomiędzy 66. a 70. rokiem życia jako początek starości, podczas gdy pracujące zawodowo pielęgniarki – po 76. roku życia.

Warto jednak zwrócić uwagę, że w przeprowadzonych przez nas badaniach seniorzy częściej określali początek starości opisowo (58,3%). Sugeruje to, że dla analizowanych osób starszych liczba przeżytych lat ma mniejsze znaczenie, a większe ma to, co oni indywidualnie rozumieją jako starość. Można przypuszczać, że w związku z negatywnymi stereotypami związanymi z „byciem osobą w podeszłym wieku" nie uznają oni „magicznej granicy" ukończenia konkretnej liczby lat i wolą raczej widzieć początek starości jako coś, co po prostu zmienia stopniowo ich funkcjonowanie.

Wnioski

Przedstawione badania mogą sugerować lepsze dostosowanie systemów opieki społecznej i zdrowotnej do zmieniających się potrzeb osób starszych z uwagi na postępujący proces starzenia. Należałoby także podjąć walkę z negatywnymi stereotypami dotyczącym starości, co przekłada się na proces lepszego przygotowania do starości już od najmłodszych lat. Umożliwiłoby to dobre zrozumienie seniora i jego potrzeb w aspekcie społecznym, kulturowym i ekonomicznym.

Piśmiennictwo

Bromley D.B., Przejawy biologiczne. Wprowadzenie W: Psychologia starzenia się. PWN, Warszawa 1969, s. 36–43.

Comfort A., Dlaczego się starzejemy, PWN, Warszawa 1968.

Eurostat, 2010, Proportion of population aged 65 and over, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00028

Florek-Płaczek A., Grochowska A., Mika M., Starzenie się i starość w opinii pielęgniarek czynnych zawodowo, [w:] Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych, red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski, Piktor, Łodź 2008, s. 216–226.

Giannakouris K., Regional population projections EUROPOP 2008: Most EU regions face older population profile in 2030. www.epp.eurostat.ec.europa.eu.

GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2002, dane dostępne na stronie internetowej http://www.stat.gov.pl/gus/5840_648_PLK_HTML.htm.

GUS (Główny Urząd Statystyczny), Prognoza ludności na lata 2008–2035 Departament badań demograficznych, Warszawa 2009, dane dostępne na stronie internetowej. www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf

Kirkwood T., Co skrywa nazwa, [w:] Czas naszego życia. Charaktery, Kielce 2005, s. 39––56.

Kropińska S., Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. Rozprawa doktorska, Poznań 2013.

Krupa B., Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna, Now. Lek. 2012 (81), s. 36–43.

Książek K., Ewolucyjne teorie starzenia się, [w:] Biogerontologia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 19–32.

Nowicka A., Wybrane problemy osób starszych, Impuls, Kraków 2006.

Omyła-Rudzka M., Polacy wobec własnej starości, Raport z badań lipiec 2012 www.cbos.pl, data dostępu 12.02.2013.

Rowe J.W., Kahn R.I., Human aging: Usual and successful, Science 1987 (237), s. 143––149.

Sochocka L., Niechwiadowicz-Czapka T., Wojtal M., Wróblewska I., My i Oni. Starość w oczach młodych, [w:] Różne oblicza starości, red. K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, Wydawnictwo Naukowe UM, Poznań 2011, s. 158–166.

Straś-Romanowska M., Późna dorosłość. Wiek starzenia się, [w:] Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka, red. B. Napierała, J. Trempała, Harwas, Warszawa 2004, s. 263–292.

Szukalski P., Ludzie w wieku 75+ – nowa kategoria demograficzno-społeczna?, [w:] Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) jako narzędzie do oceny zapotrzebowania na opiekę przez osoby w wieku podeszłym, red. K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, Akademia Medycyny, Warszawa 2013, s. 7–19.

WALENTYNA WNUK
Wrocławskie Centrum Seniora

Potencjał osób starszych

Wprowadzenie

Środowisko senioralne, rosnące z dnia na dzień w siłę, jest wciąż niedocenianym zasobem ludzkim, niezbędnym do budowania społeczeństwa obywatelskiego. Wykorzystanie zasobów ludzkich będzie decydować w najbliższej przyszłości o pomyślności całych społeczeństw. Można w tym miejscu postawić pytanie, na ile dotyczy to osób starszych, na ile i dlaczego powinni być postrzegani jako istotny element kapitału społecznego[1].

W Stanach Zjednoczonych seniorzy traktowani są jako licząca się grupa społeczna, dysponująca znacznym potencjałem intelektualnym i ekonomicznym. Ten kapitał jest traktowany jako dobra inwestycja zorientowana na przyszłość. Amerykańscy gerontolodzy zaproponowali teorię starości produktywnej. Produktywność może tu przybierać różne specyficzne postacie. Z tej perspektywy produktywny jest senior zasiadający w radzie nadzorczej dużej korporacji, wolontariusz pracujący na rzecz osób potrzebujących, ale również senior wspomagający swoje dzieci finansowo z otrzymywanej emerytury czy starsza osoba opiekująca się wnukami.

W Polsce natomiast utrwala się w opinii społecznej negatywny stereotyp człowieka starszego jako osoby o mocno ograniczonych funkcjach życiowych, podlegającej procesowi degradacji intelektualno-psychicznej, a także mało efektywnej ekonomicznie. I tak zamiast doświadczenia wynikającego z mądrości życiowej, kompetencji autobiograficznych, roztropności, troskliwości itp. atrybutów pozytywnych starości, wskazuje się głównie na brak orientacji we współczesnych realiach (a przecież młodzi też nie ze wszystkim

[1] Przez kapitał społeczny (synonimem są zasoby ludzkie) rozumiem kwalifikacje, wiedzę, umiejętności, na które składają się inteligencja, zdolności, wyobraźnia człowieka, pracowitość.

„nadążają"). Najgroźniejsze stereotypy to te, które starość traktują jako chorobę (medykalizacja starości), jako „życie po życiu właściwym", odbierające starości równoważny status z poprzednimi etapami życia i jako czas utraty pozycji, pustki i upokorzenia.

Niewątpliwie dzisiejsze czasy charakteryzują się coraz większą dynamiką zmian, szczególnie w sferze informatyczno-technicznej. W potocznym przekonaniu konsekwencją nieprzystosowania się osób starszych do szybko zmieniającego się otoczenia jest utrata autorytetu seniora – mentora – nośnika wiedzy zbieranej w ciągu życia. Jest to jednak zbyt uproszczone myślenie. Trudno się nie zgodzić z istniejącą obawą o skutki rozwoju społeczeństwa sieciowego, nowych technologii. Zapatrzeni w możliwości nowych mediów, zbyt łatwo możemy zapomnieć o potencjale seniorów. Postulowałabym odbudowanie pojęcia „mędrca życia" w szerokim tego słowa znaczeniu. Zresztą stary człowiek nawet wtedy, gdyby nie był już nikomu potrzebny, to jest jeszcze potrzebny samemu sobie. Istnieje przecież nie tylko pewna ciągłość kultury i ciągłość pokoleń, ale także ciągłość doświadczeń oraz sensu całego życia. A taki sens, takie syntezy dostrzega się dopiero w jesieni życia. Gra o „trzeci wiek" to zatem gra o wszystko, zarówno co było, jak i o to, co jeszcze będzie. Nie ulega wątpliwości, że każdy chce się godnie starzeć, czując się pełnowartościowym człowiekiem mimo ułomności wieku. Seniorzy są dzisiaj pomijani, bo trzeba być młodym, by coś osiągnąć, trzeba pracować, rozwijać się. Taki przekaz płynie z mediów, plakatów reklamowych, filmów, a nawet ogłoszeń pracodawców. W konsekwencji seniorzy w większości czują się wykluczeni z życia społecznego, tymczasem ich potencjał można i trzeba wykorzystać dla nich samych i dla społeczeństwa. To, co młodzi wiedzą tylko z teorii, oni przećwiczyli już wiele razy w praktyce. O te doświadczenia będą zawsze bogatsi. Dotyczą one wszystkich sfer życia.

Spróbuję, na podstawie własnych doświadczeń jako edukatora osób starszych, z perspektywy dotychczasowych badań w ramach andragogiki i gerontologii, poszukać tego, co w starości konstruktywne, wartościowe, rozwojowe. W alternatywnym wobec tradycyjnego podejścia paradygmacie przyjmuje się, że rozwój człowieka nie kończy się wraz z osiągnięciem dorosłości, lecz trwa przez całe życie. Na potwierdzenie tej tezy historia dostarcza jakże wielu przykładów ludzi, którzy do późnych lat zachowali błyskotliwy umysł, a dzieła swego życia tworzyli w sile wieku, zachowując wciąż twórczy potencjał. Model człowieka starszego będzie się zmieniał, tym bardziej, że jest to najbardziej zindywidualizowany okres życia. Tymczasem społeczeństwo postrzega starość jako monolit. Ludzie starsi będą coraz więcej oczekiwać ofert dla siebie. Ludzie aktywni zawodowo i społecznie będą oczekiwali kontynuacji tego na emeryturze. Będzie i już następuje zmiana modelu

przeżywania starości. Dzisiaj nie tylko młodzi pragną jak najwięcej czerpać z życia. Otwarcie na świat znacznie się do tego przyczyniło.

Czym jest potencjał?

W słowniku języka polskiego to zasób możliwości, mocy, **zdolności wytwórczej** tkwiącej w czymś (w kimś), sprawność, wydajność. W języku łacińskim to „**moc", „możność**". Według Arystotelesa „**to, co możliwe** lub to, co dopiero powstanie – w odróżnieniu od tego, co rzeczywiste, co już jest".

W andragogice mówi się o **potencjale rozwojowym**, który sobą reprezentujemy i wykorzystujemy tylko w niewielkim stopniu. Najczęściej pozostaje uśpiony. Wymaga on stymulacji zewnętrznej. Jego rozwojowy charakter sugeruje możliwości dokonywania w swoim życiu zmian, dzięki podejmowaniu wysiłku intelektualnego, społecznego, psychicznego czy fizycznego.

W naukach społecznych potencjał ten rozumiany jest jako **kapitał społeczny,** a więc w przypadku osób starszych to kwalifikacje, duża wiedza i umiejętności. W myśleniu potocznym potencjał rozumiany jest jako **niewykorzystane zdolności**, ukryte możliwości, energia życiowa. Kojarzony jest głównie z młodością, na pewno nie ze starością. W naszej kulturze – zdominowanej przez kult młodości – brakuje miejsca dla ludzi starszych, postrzegania ich w kategoriach potencjału do wykorzystania na rzecz ich samych i społeczeństwa. Dynamicznie zmieniająca się rzeczywistość odsuwa od aktywnego, obecnego w życiu społecznym człowieka starszego. Tymczasem rozwijające się kraje europejskie już zrozumiały, że ich dobrobyt zależy również od umiejętności wykorzystania potencjału osób starszych, których przybywa z dnia na dzień. Powstaje pytanie, jak wykorzystać ten kapitał ludzki, często o wysokich kwalifikacjach, dużej wiedzy i umiejętnościach. Nie możemy tego nie dostrzegać i nie uwzględniać w rozwiązaniach dotyczących rozwoju społecznego. Dlatego za niezwykle ważny uznaję dyskurs społeczny nad potencjałem najstarszego pokolenia. Tylko tą drogą możemy walczyć ze stereotypami, które obciążają nasze myślenie, uniemożliwiając dostrzeganie w kategoriach potencjału środowiska senioralnego. Nasuwa się pytanie, na ile taka interpretacja potencjału dotyczy ludzi starszych? Z moich doświadczeń wynika, że właśnie środowisko osób starszych, rosnące z dnia na dzień w siłę, jest wciąż niedocenianym zasobem ludzkim, potrzebnym do budowania społeczeństwa obywatelskiego.

Osoby starsze mają wiele do zaoferowania innym, a przede wszystkim **chcą działać**. Ilustracją tego, a właściwie potwierdzeniem, są rozwijające się żywiołowo w całej Polsce Uniwersytety Trzeciego Wieku.

Co składa się na potencjał ludzi starszych. Jakie mamy zasoby?

- Mądrość życiowa – potencjał intelektualny,
- Potencjał społeczny (relacyjny),
- Potencjał dotyczący życia rodzinnego,
- Potencjał psychologiczny,
- Potencjał przekazu kulturowego,
- Potencjał jako mistrzostwo w wykonywaniu zawodu.

Mądrość życiowa – potencjał intelektualny

Człowiek starszy jest zdolny do osiągania sukcesów intelektualnych na podobnym poziomie, jak w wieku młodszym. Dzieje się tak poprzez odpowiednią w działaniu selekcję, dostosowywanie tych działań do swoich możliwości oraz kompensowanie pewnych niedostatków wynikających ze zmniejszonej wydolności fizycznej, przez większą rozmaitość i kontrasty w podejmowanych i realizowanych celach (Kettner 2012).

Wiele wyników badań wskazuje na rozwój w trakcie życia specyficznego rozwoju inteligencji, która umożliwia dokonywanie właściwych wyborów w życiu codziennym, wykorzystywanie doświadczenia w procesie rozwiązywania złożonych problemów. Psychologowie mówią o rozwoju myślenia intra- i intersystemowego, które nazywane jest myśleniem postformalnym (Kobylarek 2011).

Potencjał intelektualny osób starszych określa się często jako mądrość życiową. Zasoby intelektualne nie starzeją się w taki sam sposób, jak ciało i wiele tu zależy od ich używania. Wyznacznikiem mądrości życiowej jest większa w porównaniu z wcześniejszymi etapami życia refleksyjność, mniejsza impulsywność, „wyciszenie" i emocjonalna równowaga, „inne spojrzenie na pewne sprawy", a także większa cierpliwość, wyrozumiałość i tolerancja wobec innych ludzi (Czyszkowska 2000). Tak więc późną dorosłość cechuje zdolność do syntezy i analizy doświadczeń (kompetencja biograficzna), która pozwala wybrać rozwiązanie lepsze czy bardziej owocne. Pojmowanie własnego położenia życiowego w świetle wartości transcendentnych pozwala człowiekowi na przekraczanie samego siebie, a zatem i własnych ograniczeń, również wynikających z procesu starzenia się (Straś-Romanowska 1992).

Mądrość życiowa, inaczej wiedza życia, wynika z gromadzonego doświadczenia oraz nabytych kompetencji. W literaturze przedmiotu jest niekwestionowanym atrybutem późnej dorosłości. Trzeba się nią dzielić, prze-

kazywać pokoleniom, dokumentować w różny sposób i wciąż doskonalić. Zasoby intelektualne nie starzeją się tak samo jak ciało. Mądrość życiowa to najwyższa kategoria rozwoju intelektualnego człowieka. Charakteryzuje ją refleksyjność myślenia, umożliwia myślenie praktyczne (konfrontacja wiedzy teoretycznej z praktyką); dialektyczne (łączenie przeciwieństw); relatywistyczne (uwzględniające różne punkty widzenia); kontekstowe (uwzględniające szeroki kontekst wydarzeń); transcendentne (przekraczające własne ograniczenia w odkrywaniu sensu zdarzeń). Mądrość życiową starszego człowieka buduje jego bogactwo duchowe, na które składa się odpowiedzialność, opiekuńczość, rozwaga, równowaga emocjonalna i empatia. Dlatego naprawdę mądrzy ludzie starsi mogą być często przewodnikami w życiu młodych.

Funkcje doradcze pełnione przez ludzi w wieku późnej dorosłości są niezwykle cenione w społeczeństwach krajów o wysokim rozwoju gospodarczym i kulturze humanistycznej.

Potencjał społeczny (relacyjny)

Ludzie starsi współcześnie podlegają swego rodzaju tabuizacji, stają się społecznie „przezroczyści" (niedostrzegani) lub zmarginalizowani. Tymczasem mają oni ogromny potencjał do budowania kapitału społecznego (Kobylarek 2011). Należy tu wskazać dwa aspekty relacji społecznych budowanych przez osoby starsze. Pierwszy polega na poprawie jakości życia samych seniorów, jest warunkiem zdrowej biologicznie egzystencji w ogóle. Drugi aspekt związany jest z korzyściami społecznymi (dla innych) jakie daje budowanie relacji przez seniorów.

Kapitał społeczny osób starszych należy zatem dostrzegać w trzech podstawowych wymiarach (Kobylarek 2011):

I. Jako uzdrawianie siebie poprzez uzdrawianie relacji z otoczeniem;
II. Jako nośniki sił społecznych, tym bardziej, że posiadają oni dużo czasu wolnego i mogą się angażować dodatkowo w pracę społeczną;
III. Jako pełną realizację idei samowychowania w ujęciu prometejskim, polegającą na stawaniu się lepszym przez każdy dobry uczynek na rzecz społeczeństwa.

Ponadto podtrzymywanie relacji społecznych seniorów umożliwia budowanie poczucia użyteczności społecznej. Każdy z nas chce być potrzebny i użyteczny, to buduje sens życia.

Potencjał społeczny poprawia jakość życia, to kapitał społeczny wyrażający się zaangażowaniem w życie społeczne. Charakteryzuje go: budowanie więzi społecznych, uzdrawianie relacji z otoczeniem, zaangażowanie w działalność stowarzyszeń i pracę wolontariacką. Jest dojrzewaniem w człowieczeństwie przez dobre uczynki na rzecz innych. Daje szansę organizowania wsparcia i samopomocy. Jak się ujawnia? Kiedy starsi powołują placówki senioralne, działają w stowarzyszeniach, obecni są we władzach samorządowych, wolontariacie, kiedy podejmują się działań samopomocowych. Seniorzy nie tylko tworzą nowe relacje i wzmacniają istniejące, ale mogą również być ostoją dla środowisk lokalnych.

Potencjał życia rodzinnego

Najważniejszym pasmem transmisyjnym, który służy przekazywaniu wzorów kulturowych następnym pokoleniom, jest rodzina, a w niej najstarsi jej przedstawiciele. Dają oni młodemu pokoleniu wzorce do naśladowania w przyszłości. Pozwalają dziecku zrozumieć, kim jest, skąd się wywodzi, jacy byli jego przodkowie. Potencjał życia rodzinnego to budowanie wszelkich więzi rodzinnych poprzez opiekę nad wnukami, opiekę nad osobą chorą w rodzinie, pielęgnowanie i przekazywanie tradycji rodzinnych. Jako uczestnicy życia rodzinnego skłonni są służyć swoim czasem wolnym, który aby umożliwić samorealizację w możliwych zakresach, powinien być dzielony na: czas dla siebie, czas dla rodziny, czas dla drugiego człowieka. Przeżywany obecnie kryzys życia rodzinnego, będący m.in. wynikiem zmiany modelu rodziny, tym bardziej zobowiązuje nas do działań prorodzinnych, które dawałyby szansę rodzinom wielopokoleniowym. Coraz rzadziej, ale nadal seniorzy budują dzisiejszą rzeczywistość, mając pod mądrą i serdeczną opieką wnuki, kierując ich zainteresowaniami, wychowując podczas nieobecności rodziców. Stają się w ten sposób „osobami mającymi czas", tj. odbiorcami dziecinnych skarg, osobami bliskimi, zachwycającymi się sukcesami małych ludzi. Wypełniają w ten sposób deficyt czasu dla dziecka, który często charakteryzuje współczesnych rodziców.

Dysponowanie czasem na rzecz chorych członków rodziny, w tym samym wieku albo starszych, ale już nie w pełni samodzielnych, to niedoceniany udział seniorów w samopomocy. Nie można także zapomnieć o pomocy udzielanej własnym, dorosłym już dzieciom.

Seniorzy, mimo zmian kulturowych, zawsze będą uosabiani z domem rodzinnym, miejscem spotkań wielu „gałęzi jednego pnia". W domu seniora rodu powstaje i utrzymuje się tradycja rodzinna, przechowywane są na ogół

przeróżne pamiątki, talizmany rodzinne. Nikt lepiej niż senior rodu, nie pomoże w budowaniu przez wnuka drzewa genealogicznego, tworzeniu historii rodzinnej. Dziś mówi się i pisze o genealogii jako pasjonującej aktywności seniorów, prowadzącej do wzmacniania więzi rodzinnych, poszerzania i odnawiania kontaktów rodzinnych oraz szansy na pozostawienie po sobie „trwałego śladu", choćby w formie kronik rodzinnych (Mendyka 2012).

Potencjał psychologiczny

Składa się na niego wysoki poziom rozwoju pewnych cech jednostki. Wśród nich wiedza sprzyjająca doświadczaniu powodzenia; poczucie samoskuteczności (wiara we własne możliwości); optymizm (przypisywanie pozytywnych znaczeń wydarzeniom); nadzieja (siła woli, konsekwencja w osiąganiu celów); elastyczność (umiejętność trwania w trudnych sytuacjach problemowych). Już wiemy na pewno, że pieniądze przestały być jedynym wyznacznikiem szczęścia, spełnienia w życiu. Musimy nauczyć się używania innego kapitału niż finansowy. „Waluta psychologiczna" ma coraz większą wartość, a co najważniejsze możemy sami ją kształtować, biorąc przykład z sędziwych mędrców. Ludzie starsi, o których można powiedzieć, że starzeją się pomyślnie, charakteryzuje pozytywna samoocena, pełna akceptacja pełnionych ról społecznych, elastyczność myślenia i działania, a przede wszystkim kontrola nad własnym życiem. Czują i chcą być odpowiedzialni za swoje życie i sami chcą je konstruować, według własnej wizji. Dojrzałość osobowości osoby starszej charakteryzująca się zrównoważeniem emocjonalnym, klarownym systemem wartości, poczuciem własnej godności i wartości – o takich osobach mówi się, że starzeją się z wdziękiem. Tymczasem dzisiaj zamiast potencjału psychologicznego, zamiast mądrości życiowej, roztropności, troskliwości itp. atrybutów pozytywnej starości wskazuje się wciąż i tylko na brak orientacji we współczesnych realiach, nienadążanie za nowoczesną techniką. Kulturowe niedostosowanie wywołuje izolację i samotność.

Przy rozpatrywaniu potencjału psychologicznego warto również uwzględnić umiejętność pokonywania stresu przez osoby starsze. Zdaniem M. Seligmana, liczba stresujących sytuacji przez okres całej dorosłości maleje i ludzie starsi rzadziej ich doświadczają. Można to tłumaczyć tym, że większość seniorów nie przeżywa już stresu związanego z pracą zawodową, wychowaniem dzieci czy zmianami materialnego poziomu życia. Inne wyjaśnienie wskazuje, że mniejsza liczba czynników stresujących i niższy poziom przeżywanego przez ludzi starszych stresu jest skutkiem dokonywanych przez

nich wyborów, które charakteryzuje: ostrożność, rozwaga, mała skłonność do podejmowania ryzyka i niska impulsywność. Ograniczeniu poziomu stresu na starość sprzyja również regularny rozkład codziennych zajęć i prosty, przejrzysty schemat dnia, a także częsty kontakt z przyrodą. Niewątpliwie nieocenionym czynnikiem przydatnym w radzeniu sobie ze stresem, do którego w szczególności uciekają się osoby starsze, jest religijność. Seniorzy mieli okazję zdobyć umiejętności życiowe, które mogą okazać się przydatne w walce ze stresem, mogli się przekonać, że unikanie pewnych sytuacji oraz określonych typów ludzi przynosi pozytywne efekty (Seligman 2003).

Potencjał przekazu kulturowego

Wiedza życia seniorów jest nam niezbędna do mądrego przeżywania własnego życia. Czy ta wiedza przystaje do dzisiejszych czasów? Najstarsze pokolenie prezentuje sobą tzw. wiedzę życia, która jest głęboko przeanalizowana. To jeszcze jedno źródło wiedzy, z której wynika „mądrość życiowa", będąca sumą doświadczeń człowieka, umożliwiająca rozwiązania trudnych problemów natury egzystencjalnej, na które nie zawsze znajdujemy podpowiedzi nawet w najlepiej napisanych książkach – poradnikach. Poradniki powinni pisać seniorzy. Czy ta wiedza nie przystaje do dzisiejszych czasów? Są wartości ponadczasowe, uniwersalne, podstawowe, które ktoś musi przekazać. Pokoleniowy przekaz wartości jest podstawą dialogu międzypokoleniowego. Starsi ludzie to „żywe karty historii" rodziny, miasta, regionu.

Przekaz kulturowy dotyczy między innymi pamięci historycznej. To również wiedza biograficzna, umożliwiająca uczenie się z biografii własnej i cudzej, przekazywanie tradycji regionalnych, ludowych, jakże bezcennych w zachowaniu dziedzictwa kulturowego. Pełne zdobycie kompetencji właściwego interpretowania świata, rozumienia siebie nie jest możliwe bez przekazu kulturowego. To właśnie ludzie starsi prezentują kompetencję autobiograficzną, zbudowaną z własnej biografii i wiedzy o życiu. Tu nie chodzi przecież o ujednolicenie poglądów, perspektyw, doświadczeń. Wartość tkwi w różnorodności wizji świata. Ważne jest, by monolog, który na własną rękę prowadzi każde pokolenie, przekazywać sobie nawzajem. Taka droga buduje prawdziwy szacunek i zrozumienie. Powinniśmy doceniać więzi z osobami starszymi w rodzinie i poza nią. Zdobyta tą drogą wiedza, doświadczenie, są nieocenione w dorosłym życiu. Seniorzy przekazują nam wartości, jakże często mało obecne w naszym szybko zmieniającym się świecie, a mianowicie: miłość, troskliwość, czułość, delikatność, uprzejmość itp.

Potencjał jako mistrzostwo w wykonywaniu zawodu

Refleksję nad tym potencjałem będę odnosić do wieku przedemerytalnego, obejmującego wiek 55-64 lata i wieku emerytalnego – po 65. roku życia (w przyszłości po 67. roku życia). W naszym społeczeństwie mamy wciąż do czynienia z dyskryminacją czy marginalizacją potencjału zawodowego wymienionych wyżej grup wiekowych. Wskaźniki zatrudnienia tych grup należą do najniższych w Unii Europejskiej. Jednocześnie Strategia Lizbońska i program Europa 2020 mówią jednoznacznie o wspieraniu wzrostu zatrudnienia osób w wieku 50+, także osób starszych. Tymczasem mamy do czynienia z wypychaniem ich z rynku pracy, co powoduje, że osoby te stają się bierne zawodowo. Dotyczy to zwłaszcza kobiet. Skala bierności zawodowej w przypadku osób w wieku emerytalnym jest więc znaczna, podobnie jak w przypadku osób w wieku przedemerytalnym. Można wskazać na wiele przyczyn tego stanu. Wśród nich najważniejsze to: stereotypowe postrzeganie przez pracodawców pracowników starszych jako mniej sprawnych i mniej wydajnych oraz bariery psychiczne po stronie osób starszych, które często nie wierzą w swoje możliwości, w swój dalszy rozwój zawodowy (Makuch 2011). Z raportu z badań przeprowadzonych na Dolnym Śląsku wynika, że ponad połowa badanych (53,1%) deklarowała chęć powrotu do aktywności zawodowej (Raport z badań, „Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów").

Należy stworzyć wiele instrumentów motywujących osoby starsze do jak najdłuższego pozostawania na rynku pracy. Przede wszystkim należałoby wzmocnić potencjał pracowników poprzez stworzenie systemu uczenia się przez całe życie, umożliwiającego podnoszenie kwalifikacji, nabywanie nowych umiejętności, a także dostarczenie pracownikom wsparcia psychicznego, przeciwdziałającego wypaleniu zawodowemu i zniechęceniu. Istotnym elementem wspierającym aktywizację osób starszych na rynku pracy powinna być popularyzacja wprowadzania w firmach i instytucjach elementów „zarządzania wiekiem". Innymi słowy musi nastąpić redefinicja starszego pracownika. Konieczny jest wolontariat senioralny oparty o kompetencje zawodowe. Ważnym wzmocnieniem aktywizacji osób starszych na rynku pracy powinno stać się również upowszechnianie bardziej elastycznych form zatrudnienia (praca w niepełnym wymiarze, telepraca, praca w weekend, praca w domu). Jak pokazują na przykład doświadczenia fińskie – przy zaangażowaniu podmiotów publicznych, pracodawców oraz partnerów społecznych – tworząc system łączący w sobie elementy rynku pracy, edukacji i profilaktyki zdrowotnej, można znacząco zwiększyć aktywność zawodową

osób starszych, co przyczynia się do zmniejszenia ryzyka destabilizacji ekonomiczno-społecznej państwa (Makuch 2011). W Stanach Zjednoczonych co trzecia osoba, która skończyła 65 lat, codziennie wyjeżdża do pracy, również w charakterze wolontariusza. Cechy dojrzałości powodują, że znacznie lepiej się sprawdzają w kontakcie z klientem.

Zapewne omówione w niniejszym opracowaniu kategorie potencjałów nie wyczerpują ich pełnej listy. Można przecież mówić jeszcze o potencjale ekonomicznym, na który składa się materialny dorobek życia, który nie tylko służy seniorowi. Przekazują go nie tylko spadkobiercom, ale i fundacjom. Pozwolę sobie wymienić jeszcze potencjał biologiczny, na który składa się zdrowie czy życie seksualne, o którym warto mówić ze względu na istniejące w tym względzie stereotypy, które niekorzystnie wpływają na wizerunek osoby starszej.

Należałoby pod koniec tych rozważań postawić pytanie: **Z czego wynika niedostateczne wykorzystanie potencjału ludzi starszych?** Można wskazać co najmniej kilka przyczyn. Należą do nich m.in.:

- Negatywny stereotyp starości,
- Medykalizacja późnej dorosłości,
- Bierna postawa wobec życia samych osób starszych,
- Brak właściwej polityki społecznej wobec osób starszych: regulacji ustawowych i ofert w środowisku lokalnym,
- AGEISM (wiekizm) – dyskryminacja ze względu na wiek,
- Obecny konsumpcyjny model życia, w którym wydajność jest miarą wartości człowieka,
- Ograniczenie przestrzeni życiowej osób starszych (nieobecność w życiu społecznym),
- Wykluczenie informatyczne starszego pokolenia,
- Brak dialogu międzypokoleniowego.

Podsumowanie

Na początku XXI wieku mamy do czynienia z odzyskiwaniem przez starość statusu pełnowartościowego etapu życia, mimo niesprzyjających warunków społeczno-kulturowych obecnych czasów. Środowisko senioralne trzeba dowartościować i zdynamizować, spożytkować ich możliwości i energię dla ich indywidualnego dobra i dla dobra wspólnego. Jak pisał Cyceron w *Pochwale starości*: „Starość jest zgodna z naturą, więc nie jest prawdopodobne, by natura, która wszystkie poprzednie okresy życia doskonale przeprowadziła, niczym akty pięknej sztuki, zlekceważyła jak niepoprawny poeta, jego akt

ostatni". Pisał też z optymizmem: „Ludzie są jak wino, nie wszyscy na starość kwaśnieją, czy Ludzie są jak kwiaty, stworzeni do tego, żeby się rozwijać" *(*Cyceron 1998).

Okazuje się, że mimo iż późną dorosłość charakteryzuje utrata wielu przywilejów, to **wnosi ona również wiele wartości w nasze życie i życie społeczne**. Wyposaża nas w doświadczenie, rozważny osąd, większy dystans, obiektywizm w ocenie, wreszcie analityczną refleksyjność. Potencjał osób starszych zmienia się wraz z wiekiem. Mamy przecież do czynienia ze starością: młodą, średnią, sędziwą. Obecnie ten etap życia wydaje się bardzo zróżnicowany pod wyglądem jakości życia. Społeczeństwo sieciowe może być pewnym zagrożeniem dla potencjału seniorów, dlatego istotna jest edukacja informatyczna i współpraca międzypokoleniowa.

Starość na pewno coś zabiera, ale i dużo daje. Rachunek zysków i strat w dużej mierze zależy od samego człowieka, ale i stosunku społeczeństwa do osób starszych. Współcześnie następuje spowolnienie procesu starzenia się. Każe to inaczej spojrzeć na starość. Dziś coraz częściej mówi się o aktywnym, optymalnym, pomyślnym, pozytywnym, produktywnym, szczęśliwym starzeniu się i coraz zdrowszej starości. Okres starzenia się może być równie dobry, satysfakcjonujący i dający poczucie sukcesu, jak każda inna faza życia, o czym przekonują liczne badania gerontologiczne.

Z uwagi na fakt starzenia się społeczeństw, ale również ze względu na zapewnienie godności człowieka starzejącego się ważna wydaje się potrzeba kształtowania właściwego obrazu starości. Trzeba upowszechniać wiedzę o potencjale starości, możliwości wykorzystania go z korzyścią dla samych ludzi starszych i całego społeczeństwa. Jeżeli nadal stereotypy będą głównym źródłem informacji o starości, uprzedzenie i lęk przed starością będą się pogłębiały. Konieczne jest wykorzystanie i rozwój kompetencji seniorów. Optymalne wykorzystanie doświadczeń i umiejętności tej grupy, jakże często unikalnych, sprzyjać będzie konstruowaniu ścieżek kariery w wymiarze działalności społecznie użytecznej (oferta dla NGO). Dlatego uznaję za niezwykle ważny dyskurs społeczny na temat potencjału osób starszych. Tylko tą drogą możemy na poziomi mentalnym walczyć ze stereotypami, które obciążają nasze myślenie. **Waloryzacja starości staje się wyzwaniem współczesności.**

Piśmiennictwo

Cyceron P., Pochwała starości, Verum, Warszawa 1998.

Jeszcze gramy w zielone. Rozważania o współczesnych pięćdziesięciolatkach, red. A. Kobylarek, K. Dziubacka, Atut, Wrocław 2011.

Kettner A.M., Zdrowie seniorów jako element wpływający na jakość życia i potencjał intelektualny, [w:] UTW przeciw wykluczeniu, dla społeczeństwa wiedzy, red. J. Gulanowski, Wrocław 2012.

Makuch M., Aktywność zawodowa osób starszych – diagnoza i perspektywa polskiego rynku pracy w XXI wieku, [w:] Osoby starsze w społeczeństwie – społeczeństwo wobec osób starszych, red. M. Makuch, D. Moroń, Wrocław 2011, s. 56-62.

Mendyka G., Genealogia jako pasjonująca aktywność seniora, [w:] Andragogiczne rozważania na temat projektu „@ktywny senior", red. E. Jurczyk-Romanowska, Wrocław 2012.

Seligman M., Zaburzenia późnego okresu dorosłości, [w:] Psychopatologia, red. M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, Poznań 2003.

Straś-Romanowska M., Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne, Wrocław 1992.

BEATA BUGAJSKA[1], CELINA TIMOSZYK-TOMCZAK[1]
[1] Instytut Pedagogiki, Katedra Pedagogiki Społecznej Wydział Humanistyczny, Uniwersytet Szczeciński
[2] Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej, Wydział Humanistyczny, Uniwersytet Szczeciński

Warsztat rozwoju osobistego osób starszych – „Podróż w czasie"

Wprowadzenie

Człowiek posiada zdolność do mentalnej podróży w czasie. W swoim umyśle może „zapanować nad czasem" lub „poddać się czasowi", „spowolnić" upływ czasu lub „przyspieszyć", a nawet całkowicie „zatrzymać czas". W procesie ewolucji zbudował „maszynę czasu" w swoim mózgu, dzięki której posiada mentalną kontrolę nad czasem (Tulving 2002). Dzięki systemowi pamięci epizodycznej może ponownie, świadomie przeżyć przeszłe doświadczenia, ale również ma świadomość tego, co może nadejść, jest świadomy własnej przyszłości (Szpunar 2011). W biegu życia ludzkiego zmienia się sposób postrzegania i odczuwania czasu. Człowiek w okresie starości może coraz mocniej doświadczać przemijania z racji świadomości skończoności bytu i nieodwracalności czasu. Świadomość skracającej się perspektywy czasu własnego życia może skłaniać do rewizji własnych osiągnieć i porażek, ponownej interpretacji tego, co się w swoim życiu przeżyło, co w konsekwencji może prowadzić do uznania czasu minionego za „zmarnowany" lub odwrotnie, za czas „dobrze wykorzystany". Mentalna podróż w czasie pozwala człowiekowi wyobrazić sobie wydarzenia umiejscowione w różnych punktach kontinuum: przeszłość – przyszłość, jak również w punktach przed i po urodzeniu. Pozwala odwrócić nieodwracalność czasu, jak również zrozumieć to, że przeszłość i przyszłość to ten sam wymiar kiedy to, co przyszłe ostatecznie staje się przeszłością. Nie każde myślenie o przeszłości wymaga angażowania w mentalną podróż do przeszłości, podobnie jak nie każde przewidywanie przyszłości aktywuje mentalną podróż do przyszłości, jednak jak piszą Tulving E. i Kim A. (Tulving 2007), nie ma nic bardziej subtelnego niż zdolność do refleksji nad tym, czego ktoś doświadczył w przeszłości lub co może się zdarzyć w przyszłości.

Zdaniem Tulvinga E. (Tulving 2002) zdolność do mentalnej podróży w czasie to cud natury, który może być kluczem do rozwoju wielu dyscyplin naukowych. Tym samym nasuwa się pytanie o to, w jakim stopniu ludzie wykorzystują tę zdolność dla swojego rozwoju? W jakim stopniu zdolność ta może być pomocna w pracy z osobami starszymi, które w obliczu zbliżającego się końca własnej egzystencji muszą zmierzyć się z kryzysem integralność – rozpacz (Erikson 1997). Starość bowiem nie zwalnia człowieka z obowiązku pracy nad sobą, z indywidualnego rozwoju, wręcz przeciwnie, dopomina się dopełnienia cyklu własnego życia o refleksję nad czasem własnego życia, jego znaczeniem w aspekcie indywidualnym, pokoleniowym i metafizycznym. Człowiek może biernie „dryfować" przez czas, dostosowując się jedynie do wymogów kolejnych faz życia, może też spróbować przejąć nad nim kontrolę. Refleksja nad czasem własnego życia obejmuje podsumowanie tego, co się w życiu przeżyło, analizę i reinterpretację życiowych sukcesów i porażek, konfrontację z czasem własnego życia, tym, który minął, który aktualnie trwa i tym, który dopiero nadejdzie. Przywoływanie wspomnień znaczących i poddawanie ich ponownej ocenie w perspektywie całego życia, z uwzględnieniem zmieniającego się kontekstu własnego rozwoju – wewnętrznego i zewnętrznego, może prowadzić nie tyle do zmiany przeszłości, ale zmiany własnego nastawienia do tego, czego się doświadczyło. Cel taki realizowany jest między innymi podczas warsztatów biograficznych, które zdaniem Czerniawskiej O. (Czerniawska 2007) stanowią jedną z form dydaktyki aktywizującej, twórczej, kreatywnej, która docenia niepowtarzalną wiedzę osób starszych oraz ich doświadczenie. Istota warsztatów biograficznych polega na wspólnym poszukiwaniu odpowiedzi na określone pytania w oparciu o wiedzę i doświadczenie życiowe oraz dokonywane przemyślenia i prowadzoną refleksję. Zdaniem Czerniawskiej O. (Czerniawska 2007) „analiza własnych doświadczeń biograficznych, problemów filozoficznych, celu życia tworzy dostępną sferę aktywności do ostatnich dni jednostek, które zachowały zdrowie psychiczne". Oznacza to, że człowiek starszy bez względu na wiek czy też ograniczenia fizyczne może angażować się mentalnie w pracę nad sobą.

Doświadczanie czasu własnego życia może istotnie kształtować sposób definiowania własnej starości przez człowieka. Istotne są tu doświadczenia wyniesione z własnej przeszłości, poddane ponownej interpretacji, jak również przeżywanie życia w aktualnym momencie. Starość jest tak zróżnicowanym okresem życia, że trudno o uniwersalną receptę na odczuwanie radości z czasu teraźniejszego. Pomocny w tym zakresie może być trening uważności, który pogłębia świadomość odczuwania siebie tu i teraz, uczy otwartości

i akceptacji rzeczywistości. Nie bez znaczenia dla przeżywania czasu własnego życia w okresie starości jest ukierunkowanie swojej uwagi na przyszłość. W życiu osób starszych perspektywa przyszłościowa jest równie istotna jak przeszłościowa (Timoszyk-Tomczak, Bugajska 2012). Jednym z istotnych zadań geragogiki jest stymulowanie rozwoju człowieka starszego w drodze kreatywnego projektowania własnej przyszłości, przy zastosowaniu strategii najbardziej optymalnych. W tym przypadku można sięgnąć po doświadczenia warsztatów przyszłości (Dubas E., 1997), jak również np. zapoznać osoby starsze ze strategią selektywnej optymalizacji z kompensacją (Baltes 1990).

Pracując z osobami starszymi, warto koncentrować się na ich mocnych stronach, a nie na deficytach, dostrzegać drzemiący w każdym potencjał, a nie problem. Uświadamianie, a następnie przełamywanie schematów poznawczych u samych osób starszych powinno doprowadzić do tego, by starość, przy cechach specyficznych dla tego okresu życia, była odbierana jako naturalny okres biografii, tak samo rozwojowy jak wcześniejsze przedziały wiekowe. Aby to było możliwe, konieczne jest pozytywne nastawienie zarówno do własnej przeszłości, teraźniejszości, jak i przyszłości, a w konsekwencji do czasu własnego życia, bowiem przeszłość, teraźniejszość i przyszłość wyznacza nie tylko ciągłość istnienia człowieka, lecz tworzy naszym zdaniem niepowtarzalną jedność.

Założenia metody

Autorski warsztat „Podróż w czasie" stanowi propozycję pracy nad rozwojem osobistym w okresie starości. U podstaw jego tworzenia leży nasze głębokie przekonanie o możliwościach rozwojowych osób starszych, zdolności do kreatywności i ujawniania ukrytych rezerw, poparte nie tylko odkryciami naukowymi, ale i własnymi doświadczeniami z pracy z osobami starszymi. Nasze indywidualne poszukiwania naukowe (Bugajska 2005; Timoszyk-Tomczak 2003) zbiegły się w kwestii rozważań nad fenomenem czasu w życiu człowieka, a szczególnie refleksji na temat przyszłościowej perspektywy czasowej. Rozpoczęłyśmy wspólny projekt badawczy, w rezultacie którego powstała książka: *Przyszłościowa perspektywa czasowa w starości* (Timoszyk-Tomczak 2012). Uzyskane wyniki badań umocniły nas w przekonaniu, że przyszłość, w tym jej wymiar transcendentalny, stanowi istotny wymiar czasu w życiu starszego człowieka. Na tyle istotny, że nie może pozostawać poza zasięgiem pedagogicznych i psychologicznych oddziaływań.

Proponowany przez nas warsztat rozwoju osobistego osób starszych „Podróż w czasie" (Bugajska, Timoszyk-Tomczak, w druku) pozwala odbyć metaforyczną podróż w czasie własnego życia, rozpoczynającą się od refleksji nad własną przeszłością, następnie teraźniejszością i przyszłością, w tym przyszłością transcendentalną. Głównym celem warsztatu jest kształtowanie zrównoważonej perspektywy czasowej u osób starszych, pomoc w pozytywnym rozstrzyganiu życiowego kryzysu: integralność – rozpacz. Zrównoważona perspektywa czasowa to psychiczna zdolność do elastycznego przełączania się między perspektywami czasowymi w zależności od pełnionej funkcji, realizowanych zadań, sytuacji i zasobów osobistych. To skłonność do myślenia o swojej przeszłości i przyszłości w sposób pozytywny. Zdolność ta sprzyja adaptacji do rzeczywistości. Osoby osiągające taką zdolność są bardziej szczęśliwe, spełnione w pracy i relacjach społecznych (w tym rodzinnych) oraz zdrowsze fizycznie i psychicznie (Zimbardo 1999, Boniwell 2004, Webster 2011).

Proponowane techniki w zakresie pracy z przeszłością mają na celu kształtowanie pozytywnego nastawienia do własnej przeszłości, przywołanie wspomnień o różnym emocjonalnym zabarwieniu, a następnie poddanie ich refleksji i ponownej interpretacji. W zakresie pracy nad czasem teraźniejszym chodzi o budzenie świadomości czasu własnego życia, dostrzegania uroków życia, własnych możliwości pomimo istniejących ograniczeń, wykorzystywanie czasu teraźniejszego do własnego rozwoju, dostrzeganie jego dobrych stron. Praca z przyszłością osób starszych ma na celu poszerzanie perspektywy czasowej, kreatywne projektowanie przyszłości, namysł nad przyszłością transcendentalną.

Warsztat zaprojektowany został z myślą o osobach powyżej 60. roku życia, pozostających w stosunkowo dobrej kondycji psychicznej i poznawczej, które są w stanie pogłębiać refleksję nad sobą samym w każdym z wymiarów czasowych.

Warsztat łączy w sobie elementy warsztatów biograficznych, treningu uważności i warsztatów przyszłości (Czerniawska 2007, Jakubczak 2010, Dubas 1997). Proponujemy 100 technik, niektóre z nich w dwóch wariantach. Techniki te w zdecydowanej większości to techniki autorskie, jak również techniki ogólnodostępne, dostosowane przez nas do możliwości osób starszych i celów warsztatu. Autorski charakter zachowują zaproponowane układy technik: układ „horyzontalny", „wertykalny" i „scalony", jak również towarzyszące większości technik, opowieści starszego pana, które w założeniu mają wprowadzać w temat danej techniki oraz inspirować zarówno prowadzącego, jak i same osoby starsze.

Warsztat składa się z pięciu części, tak zwanych etapów podróży w czasie:
1. Rozpoczęcie podróży
2. Podróż do przeszłości
3. Podróżowanie w teraźniejszości
4. Podróż do przyszłości
5. Zakończenie podróży

W rozpoczęciu warsztatu „Podróż w czasie" pomocnych będzie 6 technik integracyjnych. W ramach podróży do przeszłości zaplanowałyśmy 32 techniki. Podróżowanie w teraźniejszości ułatwi 20 technik pracy z teraźniejszością. Podróż do przyszłości to kolejne 34 techniki, z czego 10 dotyczy przyszłości transcendentalnej. Na zakończenie podróży proponujemy 8 technik scalających perspektywy czasowe. Proponowane techniki tworzą trzy układy: „horyzontalny", „wertykalny" i „scalony". Układ „horyzontalny" tworzą techniki ułożone na osi czasu: przeszłość – teraźniejszość – przyszłość – przyszłość transcendentalna, realizowane w poszczególnych etapach warsztatu, co pozwala na wyzwalanie dynamizmu każdej perspektywy czasowej, uświadamiając człowiekowi znaczenie czasu, który minął, trwa aktualnie i który nadejdzie. Układ „wertykalny" tworzą tzw. techniki przewodnie (lot balonem, dziennik podróży i mandala życia), które powtarzają się na koniec każdego etapu podróży, co pozwala na rozumienie związków pomiędzy poszczególnymi perspektywami czasowymi, uświadamiając, że czas w życiu człowieka jest jednością, a wzajemne przenikanie się przeszłości, teraźniejszości i przyszłości wzmacnia świadomość czasu w życiu człowieka.

Układ „scalony" tworzą techniki mające na celu scalenie perspektyw czasowych i wypracowanie zrównoważonej perspektywy czasowej. Podróż do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości zatacza koło i tworzy nową jakość czasu własnego życia w okresie starości.

Realizacji celów głównych warsztatu: „kształtowanie zrównoważonej perspektywy czasowej u osób starszych, budzenie pozytywnego nastawienia do czasu własnego życia, pomoc w pozytywnym rozstrzyganiu życiowego kryzysu: integralność – rozpacz", sprzyja wykorzystanie technik z każdego układu, z zachowaniem wszystkich etapów podróży. Można zredukować liczbę technik w układzie horyzontalnym (praca z przeszłością, teraźniejszością i przyszłością), w miarę możliwości bez rezygnacji z technik przewodnich, ale przynajmniej jedną z nich warto wprowadzić (układ wertykalny). Podobnie z technikami scalającymi perspektywy czasowe – jeżeli zależy nam na realizacji powyższych celów, to nie należy z nich całkowicie rezygnować (układ scalony).

W przypadku braku możliwości przeprowadzenia całego warsztatu można zatem zredukować liczbę technik, zachowując jego układ. Można stosować wybrane techniki pracy z przeszłością, teraźniejszością i przyszłością realizując cele cząstkowe. W tym zastosowaniu proponowane przez nas techniki stanowić mogą inspirację do pracy z osobami starszymi. Można skoncentrować się na pracy z przeszłością – wówczas warsztat będzie miał charakter biograficzny; można skierować uwagę osób starszych na teraźniejszość, pozwalając im odczuwać radość z różnych życiowych sytuacji. Można przeprowadzić warsztat ukierunkowany na przyszłość. Nie zalecamy jednak oddzielnego przeprowadzania technik związanych z przyszłością transcendentalną. Wymagają one szczególnej uwagi i wcześniejszego przygotowania.

Techniki przewodnie

W warsztacie zastosowano techniki przewodnie (dziennik podróży, lot balonem, mandala życia), które powtarzane są podczas kolejnych etapów podróży, począwszy od podróży do przeszłości, teraźniejszości, przyszłości, przyszłości transcendentalnej, jak również w ostatnim etapie podróży. Powtarzalność technik pozwala na pogłębianie refleksji na temat własnego życia, kształtowanie umiejętności doceniania własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, a w konsekwencji integrowania się perspektyw czasowych.

Dziennik podróży: celem techniki jest kształtowanie umiejętności doceniania własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, analiza znaczących doświadczeń i ich akceptacja. Uczestnicy zakładają dziennik podróży, który w trakcie całego warsztatu będzie uzupełniany uzyskiwanymi efektami pracy. Rozpoczynają w trakcie cyklu zajęć poświęconych przeszłości, zakładając dziennik i nadając mu odpowiednią formę, następnie kontynuują podczas zajęć dotyczących teraźniejszości, przyszłości i przyszłości transcendentalnej. Niezależnie od tego mogą uzupełniać swój dziennik na bieżąco, pod wpływem wskazówek prowadzącego lub z własnej inicjatywy.

Mandala życia: celem techniki jest pogłębianie refleksji na temat biegu własnego życia, integracja przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, reinterpretacja własnych doświadczeń. Uczestnicy warsztatu, w kole symbolizującym bieg życia ludzkiego, rysują – w podsumowaniu kolejnych etapów podróży – to co w ich życiu minęło (przeszłość), to co aktualnie przeżywają (teraźniejszość) i to, co myślą i czują w związku z własną przyszłością, również w aspekcie transcendentalnym. Kolejne etapy pracy poprzedzone są

różnymi technikami, które mają przygotować osoby starsze do refleksji nad biegiem własnego życia.

Lot balonem: celem techniki jest kształtowanie umiejętności indywidualnego kreowania własnego życia poprzez uświadamianie sobie tego, co hamuje i tego co wyzwala rozwój człowieka, rozwijanie otwartego podejścia do czasu własnego życia, trenowanie metaforycznego ujmowania czasu własnego życia. Uczestnicy w podsumowaniu zajęć dotyczących przeszłości, teraźniejszości i przyszłości dokonują refleksji polegającej na wskazaniu tego, co stanowi wartość w ich życiu, w odniesieniu do poszczególnych wymiarów czasu i tego, co utrudnia ich rozwój. Zapisują na karteczkach wyniki własnych przemyśleń. Istotny jest symboliczny moment rozdzielania kartek, kiedy to uczestnicy do kosza balonu wkładają kartki z informacją, co chcieliby zachować i zabrać w dalszą podróż (każdy do torebki podpisanej własnym imieniem), a do woreczka symbolizującego balast te, na których zapisali to, czego chcieliby się pozbyć, co chcieliby zmienić we własnym życiu.

Rozpoczęcie podróży

Rozpoczynając pracę w grupie, trzeba zadbać o jej integrację. Proponujemy sześć technik (Wizytówka, Planety, Zasady współpracy, Poznajmy się, Kolorowe kapelusze, Bilety podróżne), które pozwolą na wzajemne poznanie się uczestników, określenie zasad współpracy, jak również wprowadzą w atmosferę podróży, przygotowując osoby starsze do wzajemnego współdziałania.

Podróż do przeszłości

Podróż do przeszłości rozpoczyna budzenie refleksji nad czasem własnego życia. Celem tego etapu warsztatu jest kształtowanie pozytywnego nastawienia do własnej przeszłości. Proponujemy 32 techniki, w tym trzy przewodnie, które pozwolą na przywołanie wspomnień z różnych okresów życia, umożliwią namysł nad nimi i ponowną interpretację, zachęcą do poszukiwania we własnym życiu powodów do radości, satysfakcji, dumy, wdzięczności, pozwolą pogodzić się z tym, na co nie miało się wpływu. Zastosowane techniki nie zmienią przeszłości osób uczestniczących w warsztacie, ale dzięki pogłębionej refleksji nad biegiem własnego życia mogą przyczynić się do zmiany nastawień do własnej przeszłości, tak aby to, co się w życiu

przeżyło, stanowiło dla osób starszych pozytywny punkt odniesienia, było „zbiornikiem życiowej energii".

Proponowane przez nas techniki to: 1. Aforyzmy o przeszłości; 2. Przeszłość to…; 3. Moje życie w fotografii – inwentaryzacja; 4. Foto chwila; 5. Dawno, dawno temu…; 6. Zabawna historia z przeszłości; 7. Bukiet kwiatów – wizualizacja; 8. Zapachy i smaki z przeszłości; 9. Dziennik podróży – technika przewodnia; 10. Czarodziejski ogród – wizualizacja; 11. Kołysanki z dzieciństwa; 12. Czar bajek; 13. List do przyjaciela z dzieciństwa; 14. Oczekiwanie; 15. Kruszenie smutków; 16. Przeprosiny – wybaczenie; 17. Podziękowanie; 18. Pożegnanie; 19. Powody do dumy; 20. Rozmowa z sobą 40 lat młodszą; 21. Powróćmy jak za dawnych lat….; 22. Moja muzyka; 23. Pamięć miejsc; 24. Pamiątka z podróży; 25. Medalion; 26. Talizman mocy; 27. Moja droga; 28. Kartka z podróży; 29. Moja historia; 30. Mandala życia – przeszłość – technika przewodnia; 31. Spacer po Mandali życia – przeszłość; 32. Lot balonem – przeszłość – technika przewodnia.

Podróżowanie w teraźniejszości

Główne cele pracy nad teraźniejszością w proponowanym przez nas warsztacie koncentrują się na uczeniu się jej pełnego i świadomego doświadczania. Osoby starsze mogą mieć okazję do trenowania koncentracji uwagi na tym co „tu i teraz" oraz na czerpaniu przyjemności z aktualnej chwili. Ze względu na specyfikę odczuć osób starszych, które często wykazują pozahedonistyczną tendencję, dążymy również do budowania zrównoważonej hedonistycznej koncentracji na teraźniejszości, która może być źródłem wielu pozytywnych odczuć (Zimbardo 2009). Jednocześnie stwarzamy możliwość integrowania teraźniejszości z przeszłością i przyszłością. W oparciu o to, co „tu i teraz", tworzymy okazję do wybiegania myślą w przyszłość. Tak więc celem kolejnego etapu warsztatu: podróży po teraźniejszości jest budzenie świadomości czasu własnego życia, dostrzegania uroków życia oraz własnych możliwości pomimo istniejących ograniczeń. Proponujemy 20 technik, które ukierunkują uwagę osób starszych na to, co „tu i teraz", pozwolą dostrzec dobre strony codziennego życia, nauczą osoby starsze tego, jak z myślą o własnym rozwoju czerpać radość z czasu teraźniejszego.

Techniki pracy z teraźniejszością: 1. Aforyzmy o teraźniejszości; 2. Teraźniejszość to…; 3. Zauważ teraźniejszą chwilę; 4. Uruchamianie zmysłów; 5. Przedstawię ci kogoś ważnego; 6. „Ja dziś" – jaki jestem; 7. Obieranie grejpfruta; 8. Reklama siebie jako osoby do towarzystwa – przyjaciela;

9. Wędrująca kartka; 10. Zapiski na dobry dzień; 11. Sesja zdjęciowa – jaki dziś jestem; 12. Co mi w duszy gra?; 13. Czas nocy; 14. Alfabet przyjemności; 16. Spotkanie z ekspertem; 17. 100 pomysłów na spędzenie dnia; 18. Dziennik podróży – technika przewodnia; 19. Mandala życia – teraźniejszość – technika przewodnia; 20. Lot balonem – teraźniejszość – technika przewodnia.

Podróż do przyszłości

Praca w trakcie zaplanowanych przez nas warsztatów może stwarzać szansę na zmiany zarówno w stosunku do przeszłości, teraźniejszości, jak i przyszłości. Główne cele postawione przez nas to poszerzenie horyzontu czasowego, dostrzeżenie szans i możliwości w przyszłości. Koncentrujemy się również na reinterpretacji obaw i zagrożeń, tak aby nie stanowiły one hamulca w kreowaniu scenariuszy własnego życia. Zastosowane techniki mają motywować do szerokiego spojrzenia na własną przyszłość, a także do umieszczania „Ja" w szerszej skali, np. przyszłości pokoleniowej.

Podróż do przyszłości to etap podróży, który stanowi duże wyzwanie dla osób starszych. Wybieganie myślą w przyszłość i wyobrażanie sobie alternatywnych scenariuszy własnego życia może być szczególnie trudne w okresie starości, kiedy to myśli wybiegające w przyszłość w naturalny sposób docierają do granicy życia i śmierci, stawiając pytania o sens życiowej wędrówki i możliwość jej kontynuacji w wymiarze transcendentalnym.

Proponujemy 24 techniki, które pozwolą kreatywnie spojrzeć na własną przyszłość, poszerzą przyszłościową perspektywę czasową, nauczą efektywnych strategii planowania własnej przyszłości.

Proponowane techniki pracy z przyszłością: 1. Moje motto na przyszłość; 2. Określmy, czym jest przyszłość; 3. Wieża z papieru; 4. List do siebie w przyszłości; 5. Co chcę robić w przyszłości?; 6. Kruszenie przekonań; 7. Rozciąganie liny; 8. Moje przyszłe życie w różnych kolorach; 9. Niedokończone opowieści…; 10. Moja przyszłość – moja obawa czy moja nadzieja?; 11. Co chciałbym zrealizować w swojej przyszłości?; 12. Piramida; 13. Nagłe ograniczenie – i co wtedy?; 14. Szklana kula; 15. Dzban; 16. Zasada ABC, czyli hierarchizacja celów; 17. Recepta na dobrą starość; 18. SOK – Selekcja – Optymalizacja – Kompensacja; 19. Lotto dream; 20. List do butelki; 21. Wykorzystaj trzy wskazówki; 22. Dziennik podróży – technika przewodnia; 23. Mandala życia – przyszłość – technika przewodnia; 24. Lot balonem – przyszłość – technika przewodnia.

Refleksja nad przyszłością transcendentalną wchodzi w zakres namysłu nad przyszłością. Wymaga wyjątkowej uważności ze strony prowadzącego,

ponieważ nastawienia osób starszych do przyszłości transcendentalnej, czyli do tego, co wydarzy się po śmierci człowieka, mogą być powiązane z silnymi emocjami o różnym zabarwieniu. Proponujemy 10 technik, które powinny być poprzedzone refleksją nad własną przeszłością, teraźniejszością i przyszłością. Należy stosować je z dużym wyczuciem, kierując się specyfiką grupy uczestniczącej w warsztacie. W przypadku stosowania technik pracy z przyszłością transcendentalną należy częściej przypominać osobom starszym o dobrowolności uczestnictwa w ćwiczeniach, jak również poświęcać więcej czasu na dzielenie się spostrzeżeniami i odczuciami.

Techniki pracy z przyszłością transcendentalną: 1. Mój testament; 2. Moja – (nie)moja biografia; 3. Laudacja; 4. Dążenia i cele „dla pokoleń"; 5. Co czyni moje życie wartym przeżycia?; 6. Ostatnie życzenia; 7. Mój anioł; 8. Dziennik podróży – technika przewodnia; 9. Mandala życia – przyszłość transcendentalna – technika przewodnia; 10. Lot balonem – przyszłość transcendentalna – technika przewodnia.

Zakończenie podróży

Kolejne etapy warsztatu podróży w czasie pozwalają osobom starszym zmierzyć się z własną przeszłością, teraźniejszością i przyszłością. Proponowane techniki stymulują uczestników do kreatywnej pracy nad sobą. Podczas ostatniego etapu podróży uczestnicy mogą doświadczyć, że to, co było, jest i będzie, to czas życia człowieka, czas dany człowiekowi w całości do zagospodarowania, do przeżycia bez względu na wiek. Na koniec proponujemy 8 technik, które wzbudzą refleksję nad wszystkimi perspektywami czasowymi, pozwolą na kształtowanie zrównoważonej perspektywy czasowej i tym samym na rozwój człowieka w okresie starości.

Techniki pracy scalające perspektywy czasowe: 1. Zaprojektuj swój sen; 2. Zegary; 3. Na co jeszcze za wcześnie; 4. Podróż w czasie – gra edukacyjna; 5. Dziennik podróży – technika przewodnia; 6. Mandala – wystawa prac; 7. Lot balonem – technika przewodnia; 8. Bal w czasie.

Organizacja warsztatu

Organizacja warsztatu stanowi istotny z punktu widzenia jego przebiegu etap poprzedzający pracę z osobami starszymi. Założyłyśmy, że pracujemy w grupie maksymalnie 12-, 15-osobowej. Grupa dużo lepiej pracuje, jeżeli

warsztat prowadzą dwie osoby. Niektóre osoby starsze wymagają większej indywidualnej pomocy w trakcie pracy i wówczas druga osoba jest bardzo pomocna. Jeżeli nie ma takiej możliwości, warto rozważyć pracę w mniejszej grupie. W zależności od tego, jaką grupę osób starszych zamierzamy zainteresować uczestnictwem w warsztacie i gdzie zamierzamy go przeprowadzić, musimy zadbać o różne kwestie. Pierwszym pytaniem pomocnym przy organizacji warsztatu jest pytanie o adresata, czyli dla kogo organizujemy warsztat? Z uwagi na temat warsztatu wiemy, że będą to osoby starsze. Starość to bardzo zróżnicowana faza życia, dlatego z punktu widzenia założeń warsztatu bardziej kierujemy swoją uwagę na poszukiwanie osób w „trzecim wieku" niż w „czwartym wieku". Wiek jednak nie powinien być kryterium rozstrzygającym przy doborze grupy. Tak naprawdę nie ma on większego znaczenia, gdyż inne czynniki liczą się o wiele bardziej. Najważniejszym z nich jest kondycja psychiczna osób starszych i ich poziom funkcjonowania poznawczego. W założeniu warsztat jest kierowany do osób relatywnie zdrowych, bez zaburzeń psychicznych i poznawczych. Mogą zatem uczestniczyć w nim zarówno osoby w wieku 60 lat, jak i 80 lat, jeżeli zachowują ogólną poznawczą sprawność i są zainteresowane pracą nad sobą. Kolejne pytanie, nad którym warto zastanowić się, organizując warsztat, dotyczy tego: Jak zachęcić osoby starsze do wzięcia udziału warsztacie? Jest to o tyle trudne, że udział w zajęciach jest dobrowolny. Łatwiej zachęcić do wzięcia udziału w warsztacie aktywne osoby starsze, poszukujące różnych możliwości pracy nad sobą czy też zainteresowane ciekawą formą spędzenia czasu wolnego. Łatwiej dotrzeć do osób zrzeszonych w stowarzyszeniach społecznych (np. słuchacze UTW), osób korzystających z oferty klubów seniora, domów kultury, jak również podopiecznych domów pomocy społecznej. Dużo trudniej stworzyć grupę, w której uczestniczyć będą osoby starsze biernie nastawione do życia, niedostrzegające dla siebie możliwości rozwoju, nieangażujące się w żadną zewnętrzną aktywność. Nie oznacza to jednak, że takich osób nie należy zachęcać do wzięcia udziału w warsztacie. Wręcz przeciwnie. W tym przypadku jednak warto uzbroić się w cierpliwość i małymi działaniami zachęcać osoby do uczestnictwa. Można rozesłać indywidualne zaproszenia, można poprosić inną osobę starszą o namówienie danej osoby na wspólne uczestnictwo. Można nawiązać kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej i poprosić, aby pracownicy socjalni pomogli zachęcić do uczestnictwa w warsztacie te starsze osoby, które ich zdaniem mogłyby z niego skorzystać. Można zostawić informację u lekarzy rodzinnych z prośbą o wskazanie i zachęcenie do udziału osób, którym tego rodzaju zajęcia mogłyby szczególnie pomóc.

Warsztat „Podróż w czasie" z założenia ma służyć osobistemu rozwojowi osób starszych. Nie jest formą psychoterapii ani rehabilitacji poznawczej, co oznacza, że nie powinny w nim uczestniczyć osoby z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami funkcji poznawczych. Dlatego ważne jest, aby na etapie organizacji warsztatu zadbać o to, żeby grupa była odpowiednio dobrana. Im bardziej jednorodną grupę uda nam się dobrać, tym bardziej efektywnie przebiegać będzie praca. Nie chodzi nam o jednorodność z uwagi na wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i inne, lecz o to, aby osoby uczestniczące w warsztacie znajdowały się na podobnym poziomie poznawczego funkcjonowania.

Dużo łatwiej zorganizować zajęcia dla słuchaczy UTW, klubu seniora czy w domu pomocy. Warto jednak próbować mieszać grupy, dzięki czemu osiągniemy dodatkowy cel – integrację osób starszych z różnych środowisk. Warto zatem do grupy osób zrzeszonych dołączyć osoby – np. z najbliższego osiedla.

W przypadku dużej liczby osób chętnych do udziału w warsztacie mamy większą możliwość doboru uczestników do grupy. Możemy np. w formie zabawy wykonać kilka zadań, które pozwolą rozpoznać poziom funkcjonowania poznawczego osób (pamięć, uwaga, koncentracja i inne). Można skorzystać z programów komputerowych lub materiałów wykorzystywanych do treningu umysłu (Sabela 2012). Osoby, które będą chciały przeprowadzić warsztat w grupie osób, z którą pracują na co dzień, np. w dziennym domu pomocy społecznej, nie powinny mieć z tym problemu, ponieważ dobrze znają swoich podopiecznych i ich możliwości poznawcze. W tym przypadku należy jednak szczególnie pamiętać o godności podopiecznego. Może bowiem mieć miejsce sytuacja, że w zajęciach będzie chciała uczestniczyć osoba, która w ocenie opiekuna ma zbyt duże problemy np. z pamięcią. Jeżeli osoba jest związana z grupą, która zdecydowała się na udział w warsztacie, to nie byłoby korzystne wykluczyć jej z tego rodzaju aktywności. Do wszystkich sytuacji należy podchodzić indywidualnie, a w trakcie pracy szczególnie wspierać osoby, które w jakimś zakresie odstają od grupy. Warto też zachęcać innych do pomocy. Ważna jest dobrowolność uczestnictwa w warsztacie. Osobom, które nie będą chciały w nim uczestniczyć, warto zaproponować zajęcia alternatywne.

Niezależnie od wysiłku, jaki włożymy w dobór grupy, należy liczyć się z tym, że podczas warsztatu mogą ujawniać się różne problemy natury psychicznej i poznawczej u osób starszych. W pierwszym przypadku dobrze jest mieć kontakt z psychologiem, który mógłby indywidualnie udzielić wsparcia konkretnej osobie. Niezależnie od tego warto poświęcić takiej osobie

trochę czasu w trakcie warsztatu, a także poza czasem poświęconym na zajęcia. W przypadku drugim wszystko zależy od tego, na ile problemy poznawcze uniemożliwiają pracę w grupie, na ile prowadzący może ją indywidualizować, odpowiednio modyfikując techniki. Dużo łatwiej poradzić sobie z tego rodzaju problemem wówczas, kiedy warsztat prowadzą dwie osoby.

Istotną kwestią, którą warto wziąć pod uwagę podczas organizacji warsztatu, jest czas jego realizacji. Warsztat przewidziany jest na 5-7 dni, ale może być prowadzony w dłuższym bądź krótszym czasie w zależności od doboru technik, przy czym techniki przewodnie są tymi, z których nie warto rezygnować, w krótszej wersji warsztatu można wybrać jedną bądź dwie z proponowanych. Jeżeli decydujemy się na przeprowadzenie całego cyklu, możemy ustalić spotkania raz lub dwa razy w tygodniu. Można również regularnie codziennie wykonywać po kilka technik, np. w domu pomocy społecznej, odpowiednio modyfikując ćwiczenia pod kątem ich dynamiki, tak aby jednego dnia wystąpiły zarówno techniki inspirujące do pracy własnej, jak i grupowej, aktywizujące różne zmysły, zachęcające do różnych form aktywności.

Zakończenie

Jeśli uznamy korzyści płynące z mentalnej podróży w czasie, to podejmowanie przez pedagogów, psychologów i innych specjalistów pracujących z osobami starszymi działań stymulujących celową praktykę mentalnej podróży do przeszłości, zorientowaną pozytywnie, może między innymi zwiększyć poziom odczuwanego szczęścia, a stymulowanie mentalnej podróży do przyszłości zredukuje poziom stresu (Quoidbach 2009). Co jednak naszym zdaniem najważniejsze, może pomóc kształtować zrównoważoną perspektywę czasową w okresie starości z korzyścią dla pozytywnego rozstrzygania kryzysu rozwojowego: integralność – rozpacz.

Zaproponowany przez nas warsztat rozwoju osobistego osób starszych „Podróż w czasie" wychodzi naprzeciw potrzebom praktyków, którzy pracując z osobami starszymi, znajdującymi się w różnych życiowych sytuacjach, nie zawsze wiedzą, jak pomóc osobie starszej, jak wspierać ją w rozwiązywaniu problemów codziennego życia nie koncentrując się jedynie na deficytach, a na potencjale każdego człowieka, który pozwoliłby nadać życiu sens pomimo postępujących ograniczeń, np. zdrowotnych czy finansowych. Warsztat „Podróż w czasie" może być źródłem inspirujących przeżyć zarówno dla samych osób starszych, jak i osoby prowadzącej, która pełniąc funkcję

mądrego przewodnika podróży, musi być przygotowana na nieoczekiwaną zmianę miejsca, akcji, nastroju. Podróż w czasie jest bowiem podróżą nieprzewidywalną. Nie mamy pewności, jakimi ścieżkami własnej przeszłości zaczną podążać jej uczestnicy, co napotkają, z czym będą musieli się zmierzyć, ponownie zinterpretować, podobnie nie wiemy, jak daleko jest w stanie podążyć umysł człowieka w namyśle nad własną przyszłością i z jakim emocjami przyjdzie mu się tam zmierzyć. Możemy jednak zapewnić, że dla osób starszych będzie to fascynująca, bogata w nowe, pozytywne doświadczenia podróż, prowadząca do samopoznania i uświadomienia sobie znaczenia czasu własnego życia. Towarzyszenie osobom starszym w podróży przez czas ich życia dla osoby prowadzącej jest nie tylko cenną lekcją życia, ale okazją do autorefleksji i pracy nad sobą. Nas praca nad warsztatem, począwszy od koncepcji po fazę realizacji, utwierdziła w przekonaniu, że wiek w relacji z drugim człowiekiem nie ma znaczenia. Prawdziwe spotkanie człowieka z człowiekiem odbywa się w wymiarze duchowym, a ten naszym zdaniem jest wolny od dyktatury czasu.

Piśmiennictwo

Baltes P.B., Baltes M.M., Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation, [w:] Successful Aging; Perspectives from the Behavioral Sciences, red. P.B. Baltes, M.M. Baltes, Cambridge University Press, New York 1990, s. 1–34.

Boniwell I., Zimbardo P.G., Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning, [w:] Positive psychology in practice, red. P.A. Linley, S. Joseph, Wiley, Hoboken 2004, s. 165–180.

Bugajska B., Tożsamość człowieka w starości. Studium socjopedagogiczne, Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2005.

Bugajska B., Podróże biograficzne w starości, [w:] Dom i ojczyzna. Dylematy wielokulturowości, red. D. Lalak, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 53–58.

Bugajska B., Timoszyk-Tomczak C. (w przygotowaniu wydawniczym), Podróż w czasie. Warsztat rozwoju osobistego osób starszych.

Czerniawska O., Szkice z andragogiki i gerontologii, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2007.

Dubas E., Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka, [w:] Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych, red. M. Dzięgielewska, Biblioteka Edukacji Dorosłych, Łódź 2000, s. 117–128.

Erikson E.H., Dzieciństwo i społeczeństwo, Rebis, Poznań 1997.

Jakubczak M., Rozwijanie uważności na co dzień, Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa 2010.

Quoidbach J., Wood A.M., Hansenne M., Back to the future: The effect of daily practice of mental time travel into the future on happiness and anxiety, The Journal of Positive Psychology 2009, 4(5), s. 349–355.

Sabela K., Cuper M., Trenuj umysł. Zeszyt ćwiczeń do pracy z osobami z zaburzeniami pamięci, Impuls, Kraków 2012.

Szpunar K.K., Tulving E., Varietes of future experience, [w:] Predictions in the brain: Using our past to generate a future, red. M. Bar, Oxford University Press, New York 2011, s. 3–12.

Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B., Przyszłościowa perspektywa czasowa w starości, Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2012.

Timoszyk-Tomczak C., Strategie konstruowania własnej przyszłości, Wydawnictwo Naukowe US, Szczecin 2003.

Tulving E., Episodic Memory: From Mind to Brain, Annual Review of Psychology 2002, 53, s. 1–25.

Tulving E., Kim A.S., The medium and the message of mental time travel, Behavioral and Brain Sciences 2007 (30), s. 334–335.

Webster J.D., A new measure of time perspective: initial psychometric findings for the balanced time perspective scale (BTPS), Canadian Journal of Behavioural Science 2011, 43(2), s. 111–118.

Zimbardo P.G., Boyd J.N., Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric, Journal of Personality and Social Psychology 1999 (**77**), s. 1271–1288.

Zimbardo P.G., Boyd J.N., Paradoks czasu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

SŁAWOMIR TOBIS[1], MIROSŁAWA CYLKOWSKA-NOWAK[2], DOROTA TALARSKA[3]
[1] WSWOP „Hospicjum Domowe", Poznań
[2] Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, UM Poznań
[3] Katedra Profilaktyki Zdrowotnej, UM Poznań

Fotografia w terapii osób starszych, w opinii studentów pielęgniarstwa

Współczesne koncepcje opieki nad osobami starszymi zwracają coraz większą uwagę na interprofesjonalność tych działań. Oznacza to, że powinna ona być sprawowana przez zespół różnych profesjonalistów, których kompetencje – dopełniając się – pozwalają na optymalizację podejmowanych interwencji (Tobis 2013). W takim modelu szczególną rolę odgrywa pielęgniarka, mająca najbliższy kontakt z pacjentem. To ona jest zazwyczaj osobą nawiązującą kontakt z chorym, a więc także odpowiedzialną za zbudowanie relacji terapeutycznej w imieniu zespołu.

Pielęgniarka, ze względu na szereg działań podejmowanych przy pacjencie, wynikających przede wszystkim z diagnostyki, leczenia i pielęgnowania, przebywa z nim częściej niż pozostali członkowie zespołu terapeutycznego. Ten częsty i bezpośredni kontakt sprzyja lepszemu zdiagnozowaniu możliwości poznawczych i fizycznych chorego, a także poznaniu jego oczekiwań opiekuńczych. Informacje te mogą i powinny następnie być podstawą planowania opieki. Pielęgniarka w ramach swoich obowiązków zawodowych podejmuje działania z zakresu funkcji opiekuńczej, wychowawczej, promocji zdrowia, profilaktycznej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej (Ciechaniewicz 2004; Glińska 2007). W obszarze funkcji rehabilitacyjnej realizuje ona zadania związane z pomaganiem pacjentowi w uzyskaniu niezależności oraz kształtowaniem u niego umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej, która może powstać wskutek choroby albo urazu o charakterze fizycznym, psychicznym lub społecznym. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2007 roku, w zakresie funkcji rehabilitacyjnej pielęgniarka może, poza usprawnianiem ruchowym, dodatkowo prowadzić aktywizację z wykorzystaniem terapii zajęciowej, po uzyskaniu dodatkowych kompetencji w ramach kursu specjalistycznego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia 2007). Natomiast w obszarze podstawowego wykształcenia zawodowego podejmuje działania aktywizujące chorego, we współpracy z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.

Fotografioterapia jako element holistycznej opieki

Holistyczne podejście do pacjenta zakłada harmonijne zaspokojenie jego potrzeb we wszystkich zakresach. Poza więc klasycznie rozumianym zapotrzebowaniem na wsparcie w model ten wpisuje się również sztuka jako możliwy element terapii. Wynika to z jednej strony z drzemiącego w każdym człowieku poczucia piękna, a z drugiej – z zauważonej już w czasach starożytnych możliwości „zaprzęgnięcia" sztuki do zastosowań terapeutycznych (Szulc 2001).

Pojęcie arteterapii ewaluowało z czasem. Początkowo w działaniach arteterapeutycznych wykorzystywane były głównie sztuki plastyczne (na przykład malarstwo, rysunek, grafika, rzeźba). We współczesnym ujęciu rozumiana jest ona znacznie szerzej, obejmując również takie dziedziny, jak terapia tańcem i ruchem (choreoterapia), muzyką (muzykoterapia), tekstem (biblioterapia) czy fotografią (fotografioterapia).

Fotografia według źródłosłowu oznacza rysowanie lub malowanie światłem (von Brauchitsch 2004). W najszerszym ujęciu polega ona na rejestrowaniu obrazów nieruchomych właśnie przy wykorzystaniu światła lub innego nadającego się ku temu promieniowania, na przykład podczerwieni, ultrafioletu lub promieniowania rentgenowskiego. Jest to medium stosunkowo nowe – pierwsze udane próby rejestracji obrazu fotograficznego podjęto w roku 1826 lub 1827 (Newhall 2005), choć oficjalnie wynalezienie fotografii zostało ogłoszone dopiero w roku 1839 (Rosenblum 2005). Za autora pierwszego zdjęcia (metodą określoną jako heliografia) uważa się Josepha Nicéphore'a Niépce'a, który podczas trwającego wiele godzin naświetlania utrwalił widok z okna swojego domu w Saint-Loup-de-Varennes w Burgundii.

Fotografia jako medium przebyła długą drogę. Zawsze była jednak ściśle związana z technologią i jej postępami. Ten związek był i nadal jest najsilniejszy spośród wszystkich dziedzin sztuki. Właściwość tę można odpowiednio i skutecznie wykorzystać w terapii – jej zastosowanie w formie czynnej wiąże się z udziałem pacjenta w procesie fotograficznym, począwszy od planowania i wykonywania zdjęć aż do uzyskania gotowej fotografii, natomiast w formie receptywnej – oznacza pracę ze zdjęciem, które służy przede wszystkim jako wartościowe i wydajne narzędzie do komunikacji z pacjentem.

Fotografioterapia w pracy pielęgniarki

Fotografia może pełnić różne funkcje w pracy z pacjentem, szczególnie z tym w podeszłym wieku. Może ona na przykład zapewniać poczucie bliskości lub przypominać o więzi z najbliższymi. W zakresie funkcji opiekuńczej zadaniem pielęgniarki jest utrzymanie dobrych relacji interpersonalnych. Fotografia może być w tym kontekście dobrym pretekstem do nawiązania rozmowy, ułatwiając tym samym pozyskanie podstawowych, ważnych dla terapii informacji, na przykład co do podtrzymywania relacji z rodziną, znajomymi, osobami najczęściej odwiedzającymi, ewentualnego uczucia tęsknoty za bliskimi czy sposobu spędzania wolnego czasu. Rozmowy zainicjowane fotografią mobilizują chorego do przywoływania i utrwalania wiadomości o życiu. Sposób pokazywania, a także omawiania czy dyskutowania zdjęć ułatwia poznanie zaburzeń w zakresie myślenia, uwagi czy pamięci. Pielęgniarka może nawiązać do tematyki zdjęć w sytuacjach trudnych dla chorego – wówczas będą one stanowiły element odwracający uwagę od choroby czy odczuwanych dolegliwości. Istotnie ważnym elementem w opiece nad osobami starszymi jest mobilizowanie poznawcze. Długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej lub siedzącej wywołuje uczucie znudzenia oraz zanik zainteresowania sobą i otoczeniem, co w konsekwencji może na przykład sprzyjać pogłębieniu otępienia.

Poza zaspokajaniem potrzeb biologicznych człowieka starszego ważne jest zwrócenie uwagi na wypełnienie jego wolnego czasu oraz zapewnienie wsparcia emocjonalnego, którym to celom może dobrze służyć fotografioterapia, i to tym bardziej, że przy dobrze zorganizowanej opiece nie stanowi ona dużego obciążenia czasowego. Można ją włączyć podczas wykonywania planowanych zadań zawodowych, jako element ułatwiający i nadający nową jakość w relacji z pacjentem.

Metodyka

Studentom kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zadano podczas pierwszego semestru zajęć pytanie otwarte o możliwość zastosowania fotografii w pielęgniarstwie. Spośród prac 67 studentów analizie poddano te, w których zwrócono uwagę na osoby starsze. Było ich łącznie 20 – co oznacza, że prawie co trzeci student rozpoczynający studia pielęgniarskie widział możliwość zastosowania fotografii jako narzędzia w pracy z pacjentem starszym (30%). Wybrane eseje,

jako wytwory osobiste, poddane zostały analizie treści połączonej z próbami analizy struktur narracyjnych (Silverman 2007), której celem było skategoryzowanie studenckich propozycji zastosowań fotografii wobec osób starszych.

Wyniki i omówienie

Upływający czas powoduje nie tylko konieczność zaakceptowania zmian zachodzących w organizmie, ale także pogodzenia się z przemijaniem i wynikającymi z niego zmianami ról społecznych. Jeśli jest to trudne, studenci wskazują na możliwość podjęcia pracy ze zdjęciem i prowadzenia z chorymi starszymi osobami rozmów o ich obecnej sytuacji, z podkreśleniem tego, jak ważni są dla swoich bliskich, jak wiele dla nich znaczą. Według studentów takie sytuacje mają miejsce na przykład w domach pomocy społecznej czy na oddziałach opieki długoterminowej. Osoba, która zechce choćby tylko obejrzeć z pacjentem czy podopiecznym posiadane przez niego zdjęcia, okazać nimi zainteresowanie, już stosuje najprostszą formę fotografioterapii.

W analizowanych pracach studenci stwierdzają między innymi, że „zawód pielęgniarki w dużym stopniu polega na bliskim, werbalnym i niewerbalnym kontakcie z pacjentem, często większym niż mają lekarze. To one mają możliwość uzyskania szerokich informacji o pacjencie, co może być przydatne w procesie leczenia. (…) fotografia niezwykle ułatwia kontakt pomiędzy pacjentem a personelem medycznym".

W esejach studenckich pojawiają się cztery główne możliwości zastosowania fotografii w pracy pielęgniarek z osobami starszymi. Można je określić następująco:

- komunikacja z pacjentem, także diagnozowanie jego stanu na podstawie uzyskanych informacji,
- kontakt ze światem zewnętrznym,
- poprawa nastroju i terapia antydepresyjna,
- trening pamięci, zarówno u zdrowych osób starszych, jak i chorych z otępieniem, a także wsparcie dla rodzin chorych.

Warto tutaj podkreślić, że wymienione zastosowania nie są rozłączne – mogą mieć punkty styczne lub się nakładać.

Wątek użytkowania fotografii jako narzędzia usprawniającego lub wręcz umożliwiającego komunikację z chorą osobą starszą, pojawia się często w analizowanych pracach. „Pielęgniarkom łatwiej jest rozpocząć rozmowę

z pacjentem, gdy widzą zdjęcia rodziny". Studenci zwracają uwagę, że zaobserwowany stosunek osoby starszej do postaci z fotografii może wyrazić dużo więcej, niż opowiedziałyby w tej kwestii słowa. Możliwe wydaje się w tych okolicznościach pełniejsze rozwinięcie komunikacji słownej i pozasłownej oraz wrażliwszego, trafniejszego jej analizowania przez personel. W typowej relacji terapeutycznej niektóre komunikaty pacjenta (zwłaszcza te niewerbalne) bywają niedostrzegane lub lekceważone. To z kolei prowadzi do budowania niesymetrycznej relacji, w której profesjonalista medyczny wchodzi w dominującą rolę mówcy, a pacjent – w rolę pokornego słuchacza.

Zdaniem badanych zastosowanie fotografii pozwala na doraźne podejmowanie przez pielęgniarki ról społecznych, na które zapotrzebowanie sytuacyjnie wyraża pacjent: „Pielęgniarka nieraz pełni funkcję psychologa, powiernika, czasami wręcz przyjaciela. I w wielu sytuacjach zdjęcia rodzinne, pozornie „jakieś tam" odgrywają ogromną rolę [w jej pracy]". Możliwość podejmowania różnorodnych ról podczas realizacji pielęgniarskich zadań zawodowych przyczynia się – jak sądzi jedna z respondentek – do tego, że „fotografie mogą (…) być istotnymi elementami relacji psychoterapeutycznej" lub przyczynić się do „wytworzenia poprawnej więzi pomiędzy chorym a pielęgniarką".

Badani studenci pielęgniarstwa silnie akcentowali także diagnostyczne znaczenie wykorzystywania fotografii. Jedna z respondentek stwierdza w tym kontekście: „Personel medyczny powinien wykorzystywać w swojej pracy najnowsze techniki porozumienia z pacjentem, a terapia poprzez zdjęcia rodzinne może być niezwykle przydatna w zdobywaniu informacji o pacjencie, jego stanie psychicznym". Inna badana studentka upatruje w pracy z fotografią źródła informacji niejawnych, nieudostępnianych w ramach konwencjonalnych relacji terapeutycznych. W pracy ze zdjęciem pacjent „często zdradza pewne „tajemnice", które mogą pomóc w diagnozie".

Reasumując, praca z fotografiami może przyczynić się do właściwego postawienia diagnozy również dzięki temu, że pomaga lub wręcz pozwala choremu ujawnić skrywane myśli, zrozumieć, jakie znaczenia nadaje on różnorodnym odczuciom (w sferze fizycznej i psychicznej), otaczającym go zjawiskom i relacjom.

Istotnym aspektem fotografioterapii jest łatwość jej stosowania i niskie koszty – „nie wymaga żadnych nakładów pieniężnych ani fizycznych". Zdaniem respondentki, „wystarczy chwila rozmowy i zainteresowania chorym (…) warto byłoby w polskich szpitalach zacząć oglądać wspólnie z pacjentami fotografie". Jak konkluduje badana – to „może przynieść wiele pozytywnych skutków".

Drugi interesujący wątek, który wyłania się z wypowiedzi adeptów pielęgniarstwa, to zastosowanie fotografii jako łącznika pomiędzy światem ze-

wnętrznym i osobą starszą, która przebywa w szpitalu lub mieszka w Domu Pomocy Społecznej (DPS) i większość czasu spędza, leżąc w łóżku. Jedna ze studentek powołuje się na fragment książki Wity Szulc, podając przykład Siostry Fides z DPS w Kamieniu Krajeńskim, która fotografowała ogród i pokazywała jego zdjęcia jednej z mieszkanek, gdyż ta nie była w stanie podnieść się z łóżka, a wcześniej w tym ogrodzie z przyjemnością pracowała. DPS był dla tej osoby starszej domem prawie od 30 lat (Szulc 2011). Wskazanie fotografii jako pośrednika pomiędzy osobą starszą a światem zewnętrznym świadczy niewątpliwie o empatii studentów, która jest niezbędnym elementem ich przyszłej roli zawodowej. W tym kontekście interesująca jest następująca wypowiedź: „Zdaję sobie sprawę z tego, iż często może brakować czasu na oglądanie zdjęć razem z pacjentem, na rozmowę z nim, wysłuchanie go, ale właśnie tego chora osoba tak często potrzebuje".

Badani studenci wskazują na kilka możliwych scenariuszy zastosowań fotografioterapii do budowania relacji ze światem zewnętrznym. Pierwszy z nich wiąże się z poczuciem osamotnienia, wynikającego z rzadkich kontaktów z osobami bliskimi: „Wyobraźmy sobie samotną, starszą osobę, której nie odwiedza w szpitalu żadna bliska osoba. Można by takiego pacjenta otoczyć zdjęciami bliskich, może takich, którzy mieszkają daleko, może takich, którzy już odeszli. Także takich, którzy przychodzą, ale nie mogą przebywać w szpitalu cały czas. Można by chorego otoczyć zdjęciami dla niego tak bardzo ważnymi, przynoszącymi ulgę jego tęsknocie i wywołującymi uśmiech na jego twarzy". W tak skonstruowanej sytuacji fotografia stanowi rodzaj „substytutu" relacji interpersonalnej, pozwala wytworzyć symboliczną – „zawartą" w fotografii – namiastkę obecności innego człowieka.

Drugi scenariusz, zaproponowany przez jedną z badanych studentek, to sugestia „wniesienia" w życie osób starszych przez osoby z otoczenia współczesnych obrazów świata zewnętrznego w celu poprawy stanu psychicznego pacjenta. Stwierdza ona: „Jak wiele taka osoba by zyskała, gdyby ktoś z bliskich, opiekun czy pielęgniarka wzięły aparat, zrobiły zdjęcia miastu, otoczenia, w którym osoba ta może kiedyś się poruszała, będąc jeszcze sprawna fizycznie, zmieniającej się przyrodzie itp. Spójrzmy, jak niewielki czyn może pomóc. Jak fotografia może pomoc w utrzymaniu takiej osoby w dobrej kondycji psychicznej. Czy problemem dla nas jest przyniesienie choremu «kawałka świata» do łóżka by poczuł, że nadal do niego należy i nie jest to tylko jego pokój?"

Z kolei trzeci zarysowany przez badanych scenariusz podejmuje problem izolacji osób starszych, hermetyzowania się ich świata i oddalania się od rzeczywistości (które i tak już zachodzi w wyniku zmniejszania się liczby kontaktów społecznych), co w oczywisty sposób może przyczyniać się do

braku jego rozumienia. Fotografioterapia mogłaby rekonstruować relacje ze światem zewnętrznym. Jak sądzi jedna z respondentek: „W Domach Opieki Społecznej (…) [poprzez fotografie nastąpić może] przeniesienie świata zewnętrznego, ciepła barw i piękna do zamkniętych w pokoju starszych ludzi, którzy potrzebują kontaktu z codziennością. Pomoże to w urozmaiceniu dnia codziennego, wyjściu z rutyny, wzbudzi wspomnienia z lat młodości oraz skłoni do kontaktu z drugim człowiekiem. Fotografie mogą doprowadzić do otwarcia się osób starszych na świat, z którym już dawno zmuszone były się pożegnać".

Interesujący jest też podjęty przez jedną z badanych wątek korzyści z fotografioterapii dla personelu: „Pokazywanie i oglądanie fotografii może być terapią nawet dla samej pielęgniarki – może «wymieniać» się wrażeniami […] z pacjentem, jednocześnie bardziej go poznając i otwierając się na niego".

Według badanych studentów oglądanie zdjęć może być oderwaniem od szarej rzeczywistości dla szczególnej grupy chorych – cierpiących na depresję. Co ciekawe, jedynie w działaniu poprawiającym nastrój studenci wskazali na możliwość zastosowania fotografioterapii aktywnej – czyli wykonywania zdjęć. Jeden z nich stwierdza, że praca z chorym i aparatem fotograficznym może, dzięki nauczeniu go patrzenia na świat „przez obiektyw", zmienić jego perspektywę oraz sposób myślenia o życiu i otaczającej go rzeczywistości. Inny zaś uważa, że „pielęgniarka, spotykając się ze swoim pacjentem (np. przewlekle chorym), powinna zachęcić go do tego, aby znalazł sobie zajęcie, które będzie odciągało go od negatywnych myśli na temat choroby. Takim zajęciem może być właśnie fotografowanie, które w dzisiejszych czasach jest dostępne właściwie dla każdego i w każdym momencie, ponieważ dobre zdjęcia możemy robić nawet telefonami komórkowymi. Pacjenta możemy zachęcić do robienia zdjęć, wyłapywania i fotografowania tych elementów codzienności, które go ucieszyły, zachwyciły, rozbawiły, czy skłoniły do refleksji. Powinniśmy zachęcić chorego do szukania i robienia zdjęć sytuacjom czy postaciom pozytywnym, nakłonić go w ten sposób do tego, aby pozytywy w otaczającym go świecie chciał widzieć. (…) W placówkach takich jak np. domy spokojnej starości można dodatkowo organizować wystawy fotografii wykonanych przez pacjentów, co może być dla nich kolejną atrakcją i pozytywnym akcentem, który pokaże im, że mogą działać, być aktywni i coś tworzyć".

W wypowiedziach studentów pielęgniarstwa wskazany został jeszcze inny kierunek zastosowania fotografioterapii, wykorzystujący modelowanie społeczne. Jak stwierdziła jedna z respondentek: „osobom starszym można również pokazywać fotografie innych starszych osób, które podróżują, upra-

wiają sporty, zwiedzają świat. Dzięki temu zobaczą, że także będąc starszym, można korzystać z życia, można być szczęśliwym". Respondentka ta ponadto uważa, że „w taki sposób dodaje się im wiary w siebie i chęci do życia. Sprawia się, że mają o czym marzyć".

Niektórzy badani studenci upatrywali w pracy przy użyciu fotografii możliwości łagodzenia straty osoby bliskiej oraz przeżywania stanu żałoby. Oglądanie zdjęć zmarłego współmałżonka, krewnego lub znajomego pozwala na budzenie pozytywnych wspomnień, odniesienie się na poziomie poznawczym do przeżycia straty, łagodzenia, transformacji oraz racjonalizacji stanów emocyjnych lub powstałych mechanizmów obronnych.

Ważnym wątkiem w analizowanych esejach jest praca z chorym z otępieniem. Jak stwierdziła jedna z respondentek: „jest bardzo ważne dla chorych z demencją, aby zawsze widzieć w nim człowieka. Tego samego, który na zdjęciach sprzed lat jest uśmiechnięty, a teraz też się nieśmiało uśmiecha. Rzeczywiście projekty, w których wykonywano zdjęcia osobom z rozpoznanym otępieniem po to, aby ukazać ich pozytywne strony i pomóc też zobaczyć je rodzinie, która na co dzień opiekuje się chorym były wcześniej realizowane np. w Szkocji".

Opowiadanie o sytuacjach i osobach zatrzymanych w kadrze może być traktowane jako trening pamięci. Studenci widzą tę możliwość zastosowania fotografii jako pomocy w terapii rodzinom chorych na chorobę Alzheimera. Proponują na przykład, aby w domu porozmieszczać zdjęcia bliskich, tak aby pomogło to chorym jak najdłużej ich kojarzyć.

„[Dzięki fotografiom możliwe jest] uświadomienie osobom z problemami z pamięcią ich własnej przeszłości. Rodzinne oglądanie albumów ze zdjęciami oraz analizowanie i tłumaczenie, kiedy i gdzie zdjęcie zostało wykonane, kto się na nim znajduje oraz próby wspólnego opowiadania historii związanych z fotografią, mogą okazać się najlepszą terapią, która przy okazji uściśli więzi rodzinne. Dobrym posunięciem mogłoby się okazać chronologiczne oglądanie zdjęć i układanie zapomnianej przeszłości w jedną, zwartą całość".

Jedna ze studentek konkluduje, że „tak naprawdę fotografia daje nieograniczone możliwości jeżeli chodzi o tworzenie zajęć usprawniających pamięć". Wśród podanych dalej przykładów znalazły się między innymi dopasowywanie zdjęć roślin lub zwierząt do ich nazw czy też oglądanie rodzinnych fotografii dla poprawy orientacji w czasie i przestrzeni.

Zakończenie

Analizowane eseje studentów pielęgniarstwa ukazały możliwe zastosowania fotografioterapii w pracy z pacjentem starszym. Wskazały na jej potencjał dla sfery komunikacji interpersonalnej, poznania pacjenta, gromadzenia informacji dla możliwie najpełniejszego postawienia diagnozy, podtrzymywania relacji z rzeczywistością (fizyczną i społeczną), trenowania funkcji poznawczych i stymulowania emocji. Respondenci proponowali inicjowanie aktywności osób starszych związanych zarówno z biernym odbiorem fotografii, jak i czynnym ich wykonywaniem.

W wypowiedziach respondentów pojawiła się też sugestia dotycząca podjęcia współpracy w obszarze stosowania fotografii w rozwijaniu terapii i opieki zarówno przez innych członków zespołu terapeutycznego, jak i przez członków rodzin, przyjaciół pacjentów starszych oraz osób z dalszych kręgów społecznych. Badani wskazywali też na liczne korzyści z wykorzystywania fotografii dla pacjentów, ich rodzin oraz dla personelu.

Piśmiennictwo

Ciechaniewicz W., Funkcje zawodowe pielęgniarki, [w:] Podstawy pielęgniarstwa, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Czelej, Lublin 2004, s. 300–314.

Glińska J., Lewandowska M., Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych, Problemy Pielęgniarstwa 2007 (15), s. 249–253.

Newhall B., The History of Photography. The Museum of Modern Art, Nowy Jork 2005, s. 15.

Rosenblum N., Historia fotografii światowej, Wydawnictwo Baturo, Bielsko-Biała 2005, s. 16–18.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Silverman D., Interpretacja danych jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 148–154.

Szulc W., Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001, s. 51–58.

Szulc W., Arteterapia – narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki, Difin S.A., Warszawa 2011, s. 171.

Tobis S., Jakrzewska-Sawińska A., Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Wieloprofesjonalność opieki w geriatrii, Now. Lek. 2013, 82(1), s. 51–55.

von Brauchitsch B., Mała historia fotografii, Wydawnictwo Cyklady, Warszawa 2004, s. 11.

JACEK J. PRUSZYŃSKI, JACEK PUTZ
Zakład Geriatrii i Gerontologii, Szkoła Zdrowia Publicznego,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Czy wypada starszej osobie miłować?

Leszczyna się stroi w fioletową morę,
a lipa w atłas zielony najgładszy…
Ja się już nie przebiorę,
na mnie nikt nie patrzy.
Bywają dziwacy,
którzy z pokrzyw i mleczy składają bukiety,
lecz gdzież są tacy,
którzy by całowali włosy starej kobiety?
Jestem sama,
Babcia mi na imię –
czuję się jako czarna plama
na tęczowym świata kilimie…

(Pawlikowska 1924)

Spotkałem kobietę – powiedział jeden z seniorów badanych przez prof. Jerzego Semkowa z Uniwersytetu Warszawskiego – która tak mocno przypadła mi do serca, że świat nabrał dla mnie nowych barw. Uczucia, które dotąd żywiłem do innych kobiet, wydały mi się powierzchowne, związane niemal wyłącznie z seksem. Dopiero teraz, gdy dożywam 70 roku życia, wiem, czym jest prawdziwa miłość (Pietkiewicz B., 2013).

Inna z osób, wiekowo zbliżona do cytowanego powyżej seniora, zastanawiała się, czy może zaprosić poznanego mężczyznę na herbatę do siebie. Uzyskawszy odpowiedź: – Oczywiście że pani może, a cóż w tym złego – oburzyła się: – Czy pan sobie ze mnie kpi? Jeśli dorosła kobieta zaprasza dorosłego mężczyznę na herbatę do siebie, to jasne, że pójdą do łóżka (Pietkiewicz 2013).

Pomimo ryzyka związanego z istniejącą zarówno w jednym, jak i drugim przypadku możliwością rozczarowania się obiektem miłości czy też budzącej się namiętności, miejmy nadzieję, że wymienione powyżej osoby odpowiedziały na, być może pierwsze od lat, rodzące się uczucie. Ponieważ nie ryzyko nieudanego związku czy też rozczarowań związanych z niespełnionymi oczekiwaniami, ale osamotnienie jest jednym z najgorszych nieszczęść,

jakie dotykają człowieka. Nieprzypadkowo pustelnicy wybierali samotność jako jedną z podstawowych form umartwienia i ascezy (Domeracki 2013). Osamotnienie jest również jedną z najważniejszych klęsk wieku starszego, i jakże często okres starości, który jest w pewnym sensie „wypadkową" całego dotychczasowego życia danej osoby, poza obciążeniami wynikającymi z nierozwiązanych wcześniej problemów dokłada jeszcze jeden, za to jakże dramatyczny ciężar, jakim jest brak kogoś bliskiego.

Bez wątpienia nawet osoby mające skłonność do świadomego poszukiwania samotności – jak Pani de Sévigné, która w listach pisanych u kresu życia dzieli się z czytelnikiem przyjemnością, jaką odczuwała, gdy trzy lub cztery godziny spacerowała samotnie, z książką w dłoni, po wysadzanych drzewami alejach swojego parku – nie czerpałyby z tego takiej radości, gdyby nie miały kogoś na tyle bliskiego ich sercu, żeby mogły mu się zwierzyć ze swoich uczuć (Chartier 2005).

Osoby takie jak adresat listów Pani de Sévigné to osoby szczególne, wybrane spośród wielu innych. Najrozmaitsze osoby mogą oczywiście być przyjacielem lub przyjaciółką, posiadającymi wszelkie cechy powiernika, związanego uczuciem wierności i lojalności. Jednak dopiero intymne przeżycia dwojga przyjaciół, połączone ze zmniejszającą się w miarę upływu czasu skłonnością do uczestniczenia w życiu szerszej grupy społeczeństwa, mogą w sposób naturalny przerodzić się w głębsze uczucie.

Dystans jaki towarzyszy kontaktom społecznym w wieku starszym (Minois 1995) z jednej strony i potrzeba bliskości – niezbędna podczas przeżyć intymnych, niezależnie od tego, czy dotyczą one miłości czy przyjaźni – z drugiej, wytwarzają w wieku starszym skomplikowany stan emocjonalnego niepokoju, nadziei i frustracji, który intensywnością uczuć może dorównywać emocjom towarzyszącym pierwszej „młodzieńczej" miłości lub – co nierzadko się zdarza – nawet je przewyższać. Poprzez łączność fizyczną czy też duchową, wzmacnianą poprzez kontakt ze „śladem" ukochanego czy też umiłowanej, nie tylko miłość, ale i pożądanie umacniają się a nawet urastają do wymiaru, jaki nie był dostępny na wcześniejszych etapach życia bliskich sobie osób.

Dwie zasady wyznaczające postawę, jaką przyjmujemy podczas życia społecznego i prywatnego, określane jako *civilité* i *intimité*, nie tracą na swoim znaczeniu pomimo upływu lat zarówno historii ludzkości jak i lat indywidualnie mijającego życia poszczególnych jednostek społeczeństwa (Chartier 2005).

Civilité rządzi przestrzenią towarzyską, pojmowaną jako przestrzeń życia zbiorowego. Obejmuje porządek społeczny, którego normy wpływają na

jednostki, nakazując im doceniać zarówno komfort płynący z uzyskanych w ciągu życia udogodnień – związanych z tak zwanym dorobkiem życiowym, jak i szanować nakazy wynikające z ustaleń stworzonych i akceptowanych przez społeczeństwo.

Intimité natomiast chroni przed trywialną i przyziemną stroną codzienności. Przemienia to, co powierzchowne, zwykłe, a nawet pospolite w ciąg radosnych zdarzeń, swobodną, bogatą w treści egzystencję. Stawia też przed ludźmi wymagania, choć odmienne niż zasada pierwsza. Nie ma tu mowy o tajeniu stanu duszy i serca, o powściąganiu uczuć, które otwierają przed osobą siedemdziesięcio- czy osiemdziesięcioletnią równie nęcący obszar namiętności, jak przed istotą osiemnastoletnią. Przy czym żądza panuje nad osiemnastolatkiem jak władca absolutny, nieograniczony niczym i podporządkowujący wszystko i wszystkich swoim celom. Natomiast w przypadku osób starszych związane z doświadczeniem lat bogactwo wnętrza, często objawiające się estetyzacją stylu życia, posiadanie dobrego smaku udowadniane zarówno manierami, jak i poszukiwaniem subtelnych radości powoduje, iż namiętność występującą w tym wieku porównać można do oświeconego księcia. Książę ten nie daje się zwieść pozorom przepychu świeżo rozkwitłych ciał, porywającego w pierwszej chwili, lecz ulotnego (co zdarza się nagminnie władcy absolutnemu – młodości), lecz docenia luksus, jaki zapewnia mu obcowanie z doświadczaną prywatnie możliwością swobodnej wymiany myśli, uczuć i czułości. Oświecony władca wie również, że luksus ten może mu dostarczyć jedynie partner czy partnerka z na tyle bliskiej mu sfery, że możliwa dzięki temu będzie sytuacja, pozwalająca obopólnie odsłonić się i realizować wzajemne potrzeby uczuć, wierności, przynależności, czasem nawet perwersji.

Toteż seksualność w wieku starszym bardziej kojarzy się z bliskością dwóch osób niż z samym aktem płciowym. Wiekowi kochankowie opisują go często, jako sposób wyrażenia ogólnej afirmacji wzajemnych przeżyć, uczucia, potwierdzenia wartości związku czy też jako szczególne wyrażenie radości życia.

Do takich określeń skłaniają ich między innymi pojawiające się wraz z wiekiem zmiany zachowań seksualnych (Zych 1995), do których zaliczyć należy również zjawisko polegające na tym, że w wieku starszym osiągnięcie podniecenia płciowego i szczytowania u mężczyzn wymaga więcej czasu. W zjawisku tym można dopatrywać się zalety – lepszego dostosowania reakcji seksualnych u obu płci (w porównaniu do osób młodszych, u których mężczyźni reagują szybciej i bardziej gwałtownie od kobiet). Nie jest to oczywiście jedyny aspekt, w którym wiek i – co ważniejsze – wieloleт-

nia bliskość żyjących razem mężczyzny i kobiety, przynosi pozytywne efekty. Mężczyźni i kobiety wraz z upływem lat upodabniają się do siebie także w innych aspektach. Kobiety zazwyczaj stają się bardziej stanowcze, przejmując często ciężar podejmowania decyzji, które w okresie wcześniejszym w większości leżały w domenie mężczyzn. Mężczyźni natomiast wraz z wiekiem stają się bardziej opiekuńczy, czerpiąc wiele radości z przekazywania swojej wiedzy i umiejętności oraz mądrości życiowej młodszym pokoleniom w swojej rodzinie. To czas, wzbogacający ich wnętrza, pozwala im stworzyć „wewnętrzny słownik" służący do ujawniania intymnych przeżyć swojemu partnerowi czy partnerce. Doznania, nieuzewnętrzniane w latach wcześniejszych z powodu niedostatku nie tyle emocji, co braku odpowiednich środków wyrazu, teraz mogą wreszcie być wartością dostrzeganą i przyjmowaną przez drugą, związaną podobnymi odczuciami osobę.

Jeśli ktoś odczuwa wzruszenie pod wpływem spojrzenia jakiejś kobiety lub mężczyzny, jeśli cierpi z powodu nieodwzajemnionej miłości lub przeciwnie, raduje się swoim szczęściem, to czyni to tak samo intensywnie jak na początku swojego dorosłego życia. Być może nawet intensywniej, gdyż jakże często z powodu błędnych, lecz rozpowszechnionych przekonań sądził, że odnalezienie siebie dzięki tej drugiej osobie jest już z powodu upływu czasu niemożliwe.

Hierarchia wartości, jakie powszechnie przypisywane są obiektowi miłości, często staje się wrogiem uczuć osób starszych. Lustro, służące przez tyle lat jako przyjazny powiernik radości płynącej z odkrywania ciągle na nowo uroku gładkiej cery, powabu oczu czy też wdzięcznego łuku szyi, staje się pozornie wrogiem zadającym ból i cierpienie. To nie ja, chce się krzyknąć w pierwszej chwili, widząc zmarszczki na gładkim dawniej czole, cienie pod oczami czy też wargi nie tak pełne i soczyste, jak w czasach młodości. Ciało, z którego byliśmy tak dumni, zmieniło się. Jest nadal naszym ciałem, jedną z oznak naszej tożsamości, lecz również dowodem na to, iż upływający czas obdarzył nas doświadczeniem wysiłku, pracy ponad miarę, wstydu za nasze uczynki czy też cierpienia. Fakt starzenia intensywnością odczuć, jakie potrafi wzbudzić, wyzwala niejednoznaczne emocje i jednocześnie zmusza do pochylenia się nad otchłanią minionego czasu. Reakcje, jakie są symptomem tego objawienia, które gdzieś we wnętrzu krzyczy: „Starość, a więc jestem w celi śmierci!" (Przybylski 2008), stają się w pewnym momencie dominującym problemem. Paląca potrzeba odpowiedzi na cisnące sie na usta pytanie, jak to, „to o mnie powiedzą wiekowy?" sprawia, iż dorzuca się do swoich priorytetów potrzebę czynienia gorączkowych starań, aby wyglądać młodziej. Granica między wizytą u kosmetyczki a wizytą w gabinecie

chirurgii plastycznej jest znacznie cieńsza niż uważa się w czasie, gdy określenie „sześćdziesiąt pięć lat" brzmi jak odgłos trąb oznajmiających koniec świata. Myśl „ludzie tak długo nie żyją" jest w okresie młodości tak samo prawdziwa-nieprawdziwa, jak zawołanie „to my wynaleźliśmy miłość", które z uporem godnym lepszej sprawy powraca na usta każdego wchodzącego w dorosłe życie pokolenia.

Z drugiej strony, godnym uzupełnieniem dla takich przekonań jest mit starszej osoby – uczuciowego i seksualnego inwalidy. Mit ten, którego korzenie wyrastają z kultywowanego nie tylko obecnie „festiwalu młodości", jest przeciwieństwem innego mitu, z rozpustnymi starcami i lubieżnymi staruszkami obsadzonymi w rolach głównych. Można się zastanawiać, jaka to umysłowa aberracja powoduje, iż ciągle jeszcze powszechny jest, jakże naiwny pogląd, że miłość zawierająca w sobie bogactwo najgorętszych emocji związanych z gestami, uśmiechem, spojrzeniem czy samą obecnością ukochanej osoby, miałaby ulecieć lub nigdy nie powstać z powodu takiego szczegółu, jak posiwiałe włosy czy zmienione upływem czasu rysy twarzy. Czy rozpacz człowieka dojrzałego, który szlocha, ponieważ jego ideał nie ma już twarzy cherubinka i złocistych loczków, spowodowana jest tragedią czy też emocjonalną i duchową niedojrzałością? Dlaczego więc spojrzenie w lustro lub – co bardziej wiarygodne – w odbicie, jakie widzimy w oczach otaczających osobę starszą ludzi, ma nie mówić – jesteś również w swojej nowej postaci godzien czy godna miłości?

Dlaczego starość, ze wszystkimi jej niuansami i pozornymi sprzecznościami, ma być traktowana inaczej niż młodość, obarczona trywialnym pożądaniem tych rzeczy, których chęć zdobycia w wieku dojrzałym wywołuje uśmiech pobłażliwego niedowierzania? Jeśli odrzuca się identyfikację osoby dorosłej z dzieckiem czy nastolatkiem, dlaczego tak często trudno jest pozbyć się mylącego porównywania osoby starszej do mistyka i ascety z jednej, a lubieżnika grzęznącego w bagnie rozpusty z drugiej strony? (Romaniuk 1996).

Przecież to samo lustro, w które tak badawczo wpatrujemy sie w pewnym okresie życia, szukając i znajdując oznaki starości, może nam przekazać nie inną prawdę – gdyż prawda jest jedna, ale dopełnienie tej prawdy: zasługujesz na uczucie, miłość i spełnienie w intymnym związku z inną osobą tak samo, jak zasługiwałeś dwadzieścia, czterdzieści czy sześćdziesiąt lat temu.

Miłosny dialog, niezależnie od tego, czy prowadzą go uczniowie liceum czy też słuchacze uniwersytetu trzeciego wieku, tak samo porusza ich serca, a list pisany ukochaną ręką lub wymiana drobiazgów stających się pamiątkami miłosnymi jest tak samo istotnym zdarzeniem ich życia.

Przecież przyglądając się podstawowym przyczynom problemów seksualnych, nie sposób nie zauważyć, że znudzenie, lęk, zmęczenie, zmartwienia i problemy z partnerem, występują we wszystkich grupach wiekowych, a więc nie tylko w wieku starszym. Jest prawdą, iż w przypadku starości, która stanowiła i nadal stanowi ostatni etap życia, większość niekorzystnych zdarzeń oddziałuje znacznie silniej niż w poprzednich etapach życia. Okres starości nie na darmo nazywany jest „okresem kryzysowym" czy też częściej „okresem strat", wśród których utrata poczucia sensu życia i związany z tym spadek witalności często zaburza funkcjonowanie społeczne. Dzieje się tak zwłaszcza dlatego, że potrzeba poczucia „sensu życia" jest odczuwana równie silnie, a być może mocnej niż w poprzednich etapach życia, a jej zaspokojenie stanowi istotny element procesu utrzymywania równowagi psychicznej. Ludzie starsi, zmuszeni do zmierzenia się z własną tożsamością czasową, dyskomfort odczuwają tym gwałtowniej, im bardziej społeczny model starości nie sprzyja tworzeniu dalekosiężnych oczekiwań czy też snuciu planów. Czas jawiący się jako okres, w którym kolejne „straty" czy też „kryzysy" pojawiać się będą coraz częściej, niszczy klasyczny sposób radzenia sobie z problemami teraźniejszości, jakim jest wybieganie myślami w przyszłość. Dochodzimy więc do sytuacji, w której z jednej strony osoby starsze są zniechęcane do tworzenia planów na przyszłość, a jednocześnie, poprzez marginalizację społeczno-ekonomiczną, pozbawiane możliwości prowadzenia dotychczasowego trybu życia, pełnienia cenionych ról społecznych czy też nawet poszukiwania własnego „sensu życia".

Pomimo tych niedogodności zestarzenie się jest niewątpliwie przywilejem. Dodajmy, że przywilejem, który pomimo przedłużenia średniej długości życia nadal nie jest dostępny sporej grupie osób umierających przed osiągnięciem biologicznego progu starości. Zwykle dopiero po osiągnięciu wieku podeszłego osoby starsze zyskują możliwość kontemplowania życia, które właśnie wtedy pozwala dostrzegać piękno i niezwykłość każdego szczegółu i aspektu rzeczywistości. Jednocześnie najczęściej dopiero wtedy zaczyna się dostrzegać, iż poprzez samo istnienie zwiększamy niezwykłość, bogactwo i fascynującą złożoność otaczającego nas świata (Pruszyński 2014). Odkrycie to i związana z nimi wiedza, choć niewątpliwie cenna, wymaga możliwości podzielenia się nią z innymi. Specyfiką wieku podeszłego natomiast jest zjawisko socjalnego i społecznego wycofania osób starszych. Analiza tego fenomenu ukazuje istotną słabość osób starszych, słabość realną w przeciwieństwie do wspominanych wcześniej słabości pozornych. Sytuacja ta najdotkliwiej dotyka osób samotnych, które w chwili, gdy nawet pojawia się możliwość poznania nowego partnera, odczuwają dokuczliwą utratę

posiadanej wcześniej umiejętności zawierania nowych znajomości i demonstrowania własnych zalet. Rozmiar i dokuczliwość tego zjawiska najczęściej związana jest z jednej strony z faktem, iż osoby te, żyjąc uprzednio w stałym związku z kimś bliskim, nie miały powodów ani chęci do podejmowania takich działań, i to często od dziesiątków lat. Z drugiej strony wspomniana powyżej nieumiejętność nigdy nie była tak powszechna jak dzisiaj, ponieważ w poprzednich okresach towarzystwo i kontakty międzyludzkie zapewniała wielopokoleniowa rodzina, której jakże istotną część stanowiły osoby starsze. Nie bez znaczenia była też zaleta związana ze stałym od pokoleń miejscem pobytu, pozwalająca na luksus obecnie tak często niedostępny, jakim są lokalne, silne i rozbudowane kontakty społeczne.

Obecnie, gdy większość rodzin jest co najwyżej dwupokoleniowa, problemy związane z powszechną nieumiejętnością przełamania „bariery samotności" stały się jednymi z wiodących problemów, rzutujących na przebieg życia i troski wieku starszego. Nie jest więc dziwne, że sposoby mające na celu zwiększenie szansy na ponowne łączenie się w pary samotnych, starszych osób, należą do wiodących tematów, pojawiających się coraz częściej w rozważaniach nad sposobami i formami wspierania osób będących w podwójnej pułapce – samotności i braku umiejętności niezbędnych, aby tę przeciwność zwyciężyć.

Potrzeba to tym bardziej istotna, że związek dwóch osób umożliwia to, co w przypadku osób samotnych, niezależnie od ich wieku, jest niemożliwe, czyli pogodzenie pozornej – jak się okazuje – sprzeczności pomiędzy uczuciem a rozumem. Odnalezienie się i połączenie dwóch osób, które podobnie kochają, spostrzegają, oceniają i tworzą plany na przyszłość – niezależnie od tego, jak długo ta przyszłość ma trwać – pozwala na rozkwit zarówno tej pary w związku, jaki tworzą, jak i każdej z tych osób oddzielnie. I nie jest istotne, czy ich rozmowa o miłości pełna jest niedomówień i aluzji, czy też składa sie z prostej i jasnej dla obu stron deklaracji, skoro pozwala im na związek zarówno duchowy, jak i cielesny.

Starość nie chroni przed miłością, ale miłość chroni przed starością – powiedziała Coco Chanel (Polskie Radio 2013). Gdyby było możliwe zadanie jednego pytania – tej bohaterce zrealizowanego mitu, osobie spełnionej i zwycięskiej w tak wielu aspektach życia „Wielkiego Świata", brzmiałoby ono – dlaczego mamy się chronić przed starością, lekceważyć ten okres naszego życia, który w sprzyjających warunkach, może być równie długi i pełen treści, jak cała reszta uprzedniego istnienia. Wątpliwości, jakie budzi w nas konkluzja Coco Chanel, wydają się równie oczywiste, jak oczywiste byłoby zdziwienie wywołane radą, abyśmy zrezygnowali z lektury ostatnich

rozdziałów tak zajmującej powieści, jaką jest historia naszego życia, z powodu dziecinnej w swojej treści obawy przed tym, że jej zakończenie mogłoby nas rozczarować.

Czemu więc nie powrócić do – wypaczonego już w czasach Chanel – obojętnego emocjonalnie określenia „starość" jako jednego z okresów życia, słowa znaczącego nie więcej, ale i nie mniej niż słowo dzieciństwo, młodość czy dojrzałość. Oczywiście starość, jak pisała Simone de Beauvoir, może stać się parodią wcześniejszej egzystencji z powodu nierozsądnego lub bezwładnego parcia w niegdyś obranym kierunku, lub odwrotnie – obojętności podważającej niegdysiejsze pasje czy przekonania (Beauvoir 2011). Ale taką samą parodią może stać się każdy świadomy okres naszego życia, może tylko poza niemowlęctwem i wczesnym dzieciństwem, które zarówno teraz, jak i u zarania ludzkości podlegają własnym, odrębnym prawom.

Badając skarbiec wytworów ludzkiego umysłu, dorobek czasów, gdy filozofia była umiłowaniem mądrości, a nie sposobem zarabiania na życie, z zachwytem pochylić się możemy nad dwoma archetypami funkcjonującymi od tak dawna, że przestały już prawie istnieć jako pojęcia świadome. Pierwszym z nich jest „król ze złotą gałęzią w ręku", przywrócony naszym czasom przez Frazera (Frazer JG., 1969). To samotny władca, który w swoim – nie wahamy się użyć tego słowa – szaleństwie nadaremnie próbuje chronić i zachować dla siebie nemoreńskie królestwo swojej młodości. Mroczna postać latem i zimą, w słońce i niepogodę drżąca ze strachu, że najmniejsza słabość, ledwo dostrzegalne zmniejszenie sprawności czy też nieubłaganie pojawiająca się siwizna przypieczętuje jego los. Drugi archetyp przynależy do dwóch postaci, Ulissesa i Penelopy. Pomimo upływu lat rozdzielającego ich ciała i pokus – wiecznej młodości ofiarowanej przez Kirke Ulissesowi, a także wabiącej Penelopę perspektywy – afirmacji życia z jednym z zalotników, zachowana miłość pozwala im zwycięsko pokonać przeszkody i wspólnie odnaleźć i odzyskać własną Itakę, o której tak oto pisał Konstantinos Kawafis:

pragnij tego, by wędrowanie było długie:
żebyś miał wiele takich poranków lata,
kiedy, z jaką uciechą, z jakim rozradowaniem,
będziesz podpływał do portów, nigdy przedtem nie widzianych;
żebyś się zatrzymywał w handlowych stacjach Fenicjan
i kupował tam piękne rzeczy,
masę perłową i koral, bursztyn i heban,
i najróżniejsze, wyszukane olejki –
ile ci się uda zmysłowych wonności znaleźć.
Trzeba też, byś egipskich miast odwiedził wiele,
aby uczyć się i jeszcze się uczyć – od tych, co wiedzą.

Przez cały ten czas pamiętaj o Itace.
Przybycie do niej – twoim przeznaczeniem.
Ale bynajmniej nie śpiesz się w podróży.
Lepiej, by trwała ona wiele lat,
abyś stary już był, gdy dobijesz do tej wyspy,
bogaty we wszystko, co zyskałeś po drodze,
nie oczekuj wcale, by ci dała bogactwo Itaka.

Itaka dała ci tę piękną podróż.
Bez Itaki nie wyruszyłbyś w drogę.
Niczego więcej już ci dać nie może.

A jeśli ją znajdujesz ubogą, Itaka cię nie oszukała.
Gdy się stałeś tak mądry, po tylu doświadczeniach,
już zrozumiałeś, co znaczą Itaki.

(Kawafis K., 1981)

Piśmiennictwo

Pawlikowska M., Różowa magia. Nakładem Księgarni H. Altenberga, Lwów 1924.

Beauvoir S., Starość, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011, s. 162–187.

Chartier R., Historia życia prywatnego. Kształty współczesności. Ossolineum, Wrocław – Warszawa – Kraków 2005, t. 3, s. 11–15, 62–81.

Domeracki P., Związki samotności z kontemplacja w perspektywie filozoficznej; http://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/1151/ (dostęp: 20.12.2013)

Frazer J.G., Złota gałąź. Król lasu, PIW, Warszawa 1969, s. 25–33.

Kawafis K., Wiersze zebrane, PIW, Warszawa 1981, s. 40–41.

Minois G., Historia starości, Wydawnictwo Marabut, Warszawa 1995, s. 5–19.

Pietkiewicz B., Miłość na starość, Urok siwych gołąbków; http://www.polityka.pl/psychologia/poradnikpsychologiczny/1503434,1,milosc-na-starosc.read (data dostępu:20.12.2013)

Polskie Radio. Seks na starość ważniejszy niż sport; http://www.polskieradio.pl/5/240/Artykul/196838 (data dostępu: 17.12.2013)

Pruszyński J., Maksymiuk T., Putz J., Old age – a challenge to EU countries. Is Europe ready to face it? A tentative assessment, [w:] Old age – a public health challenge. Selected issues. Wydawnictwo Naukowe UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2014, s. 139–150.

Przybylski R., Baśń zimowa. Esej o starości, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, s. 57.

Romaniuk K., Lata podeszłe i starość według Biblii, Wydawnictwo Sióstr Loretanek, Warszawa 1993.

Zych A.A., Człowiek wobec starości. Między Erosem a Tanatosem, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Interart, Warszawa 1995, s. 68–76.

EWA ZASADZKA[1], SYLWIA KROPIŃSKA[1], MARIOLA PAWLACZYK[1],
KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS[2]
[1] Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wpływ rehabilitacji w warunkach szpitalnych na zmniejszenie ryzyka upadku u osób starszych

Wstęp

Upadki u osób powyżej 65. roku życia są jednym z problemów stanowiących zagrożenie dla ich sprawności i samodzielności (Faulkner 2007). Badania prowadzone na świecie pokazują, że 20-30% osób w wieku podeszłym upada co najmniej raz w roku (Milat 2011). W Polsce problem dotyczy ok. 20% osób starszych (Skalska 2013); jest jednak zacznie częstszy w późnej starości niż we wczesnej – według badań PoLSenior (wykonanego na reprezentatywnej grupie polaków) upada 12% osób w wieku 65-69 lat, ale aż do 36% w grupie wiekowej 90 lat i więcej. Upadki występują częściej u kobiet w porównaniu z mężczyznami; jednak po 90 roku życia te różnice się wyrównują. Do upadków osób starszych najczęściej dochodzi podczas podstawowych czynności życiowych, takich jak np. chodzenie (ok. 40%) czy wstawanie z łóżka (ok. 25%) (Mossakowska 2012).

Częstość upadków narasta wraz z wiekiem ze względu na zmiany w układzie ruchu i układzie sensorycznym. Jednak na ryzyko upadków mają również wpływ choroby przewlekłe i leki oraz czynniki środowiskowe (Stevens 2006). Do chorób zwiększających ryzyko upadków należą m.in.: choroba zwyrodnieniowa stawów, cukrzyca, udar czy choroba Parkinsona. Również osoby starsze z zaburzeniami funkcji poznawczych są bardziej narażone na ryzyko upadków; szczególnie te, które mają problemy z funkcjami wykonawczymi i uwagą (Muir 2012). Uwidaczniają to testy obejmujące jednoczasowe wykonywanie dwóch czynności (ang. *dual task*). Jednym z nich jest test *stop walking while talking*, oceniający zdolność prowadzenia rozmowy podczas chodzenia (Montero-Odasso 2009; Beauchet 2005). Już piętnaście lat temu Lundin-Olsson L. i wsp. pokazali, że osoby, które miały problem z wykonywaniem testu, charakteryzowały się znacznie większym ryzykiem upadków Lundin-Olsson 1997).

Najczęstszym rodzajem niesprawności prowadzącym do upadków są zaburzenie równowagi i chodu. Przyczyniają się one od 10% aż do 43% upadków (Muir 2012)[6]. Ryzyko upadku zwiększa się dodatkowo u osób, które doświadczyły już upadku wcześniej (Szot 2008).

Jeśli chodzi o leki, to przyjmowanie przez osobę starszą więcej niż czterech leków dziennie powoduje wzrost zagrożenia upadkiem. Szczególnie podwyższają ryzyko m.in. leki uspokajające, nasenne i diuretyki (Woolcott 2009).

Środowiskowe czynniki ryzyka mają znaczenie w 20-40% upadków (Skalska 2007). Są one szczególnie ważne, ponieważ modyfikacje otoczenia są stosunkowo proste, a więc łatwo można w ten sposób zmniejszyć ryzyko upadków. Ocena w tym zakresie jest rekomendowana u wszystkich osób starszych, które upadły lub mają zwiększone ryzyko upadków (Żak 2004).

Upadki mogą prowadzić do urazów. Kobiety częściej narażone są na urazy w wyniku upadku w porównaniu z mężczyznami (Tinetti 1995). Najczęstsze następstwa upadku to stłuczenia i zranienia (Stevens 2006; Muir 2012). Ciężkie urazy są konsekwencją 10–15% upadków, w tym 5% osób doświadcza załamań (1-2% to złamania bliższej nasady kości udowej). Z drugiej strony, analizując grupę osób starszych ze złamaniami to aż 90% z nich jest wynikiem upadku (Żak 2004). W badaniach przeprowadzonych przez *Center for Disease Control and Prevention* w USA wykazano, że co trzecia upadająca osoba wymagała interwencji medycznej lub co najmniej jednodniowego ograniczenia aktywności (Sarah 2008).

U osób w wieku 65-74 lat po upadku złamania nadgarstka są bardziej powszechne niż złamania nasady bliższej kości udowej, natomiast te ostatnie dominują w wieku 75 lat i więcej. Jest to spowodowane spowolnieniem reakcji i utratą zdolności do szybkiej reakcji obronnej poprzez asekurację kończynami górnymi (Szot 2008). Badania pokazują również, że do złamania nasady bliższej kości udowej najczęściej dochodzi podczas upadku w bok u osób wykazujących niską aktywność fizyczną, a najczęstszym ich miejscem jest środowisko domowe (Greenspan 1998).

Konsekwencją upadków może być też zespół poupadkowy, wynikający z lęku przed upadkiem. W jego wyniku osoba starsza unika aktywności, co prowadzi do obniżenia sprawności fizycznej i w mechanizmie błędnego koła dodatkowo zwiększa ryzyko upadków. Podkreślić należy, że zespół poupadkowy dotyczy często także osób, które nigdy nie doświadczyły upadku (50%) (Scheffer 2008).

Jednym z niekorzystnych czynników rokowniczych po upadku jest wydłużający się czas spędzony na podłodze, sprowadzający się do problemów

osoby starszej ze wstaniem. Bloch F. w swojej metaanalizie pokazał nawet, że zwiększa on ryzyko zgonu prawie dwukrotnie (Bloch 2012).

Konsekwencją upadków jest często niesprawność funkcjonalna. Sekaran N.K. i wsp. w oparciu o badania *Health and Retirement Study* wykonane na reprezentatywnej grupie mieszkańców USA w wieku 51 lat i więcej, wykazali, że dwuletnie ryzyko utraty sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych (np. jedzenie, ubieranie się) wynosi dla osób po upadku bez obrażeń 30%, a po upadku z urazem – 80%. Wzrasta jednak szczególnie dramatycznie w przypadku upadków wielokrotnych – bez urazu do 140%, a z urazem aż do 275% (Sekaran 2013). W przeprowadzonych w Hongkongu badaniach Chiu A. i wsp. (Chiu 2006) zaobserwowali w okresie roku obserwacji u osób upadających trzykrotne zwiększenie ryzyka utraty sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych oraz czterokrotnie złożonych czynności (np. obsługa finansów czy robienie zakupów).

W związku z zagrożeniami wynikającymi z upadków analiza ich ryzyka powinna stanowić nieodłączny element oceny sprawności osób starszych. Ponieważ wiele upadków wynika z zaburzeń równowagi i chodu, ich analiza stanowić może podstawę oceny. Test *wstań i idź* (TUG) obejmuje pomiar czasu wykonania zmiany pozycji i chodu na dystansie 3 metrów.

Badania zebrane w metaanalizie przez Chang J.T. i wsp. (Chang 2004) pokazują, że ćwiczenia fizyczne są jedną z możliwych interwencji zmniejszających ryzyko upadków.

Metoda

Do badań zakwalifikowano 100 pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacyjnym w wieku 65 lat i więcej. Kryterium włączenia, poza wiekiem, był brak w badaniach przesiewowych zaburzeń funkcji poznawczych odpowiadających otępieniu oraz depresji.

Ocenę sprawności w zakresie funkcji poznawczych przeprowadzono przy użyciu Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego według Folsteinów (ang. *Mini Mental State Examination* – MMSE) (Bravo 1997), wykorzystując korektę Mungasa uwzględniającą wiek i wykształcenie. Skala analizuje orientację w czasie i miejscu, zapamiętywanie, uwagę i liczenie, przypominanie, funkcje językowe i praksję kontaktową. W skali tej uzyskanie 23 punktów na 30 możliwych określa się jako próg otępienia, od tej wartości ryzyko występowania otępienia jest zwiększone. Decyzja dotycząca pominięcia pacjen-

tów z wynikami w skali MMSE odpowiadającymi progowi otępienia lub poniżej podyktowana była wątpliwościami, czy osoby te będą pamiętać zalecenia fizjoterapeuty dotyczące wykonywania ćwiczeń.

Ocenę stanu emocjonalnego pod kątem ryzyka depresji przeprowadzono na podstawie Geriatrycznej Skali Depresji (GDS) (Yesavage 1983). Zastosowano skróconą wersję skali, złożoną z 15 pytań. Jest to skala samooceny. Uzyskanie powyżej 5 punktów w tej skali wskazuje na zwiększone ryzyko występowania depresji. Osoby, które uzyskały taki wynik, nie były kwalifikowane do dalszych badań ze względu na to, że obniżony nastrój może niekorzystnie wpłynąć na współpracę fizjoterapeuty z pacjentem.

U wszystkich osób zakwalifikowanych do badań zebrano informacje dotyczące występujących schorzeń, odnotowano również zlecone rodzaje zabiegów kinezyterapeutycznych i fizykoterapeutycznych. Ocenę wykonano pierwszy raz w ciągu pierwszych 48 godzin pobytu w oddziale (badanie I), a drugi raz – na zakończenie hospitalizacji (badanie II), trwającej 4-5 tygodni.

Każdorazowo oceniono: sprawność w zakresie podstawowych funkcji życiowych (ADL – *Activities of Daily Living*), sprawność w zakresie złożonych funkcji życiowych (IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*) oraz ryzyko upadków.

Do analizy sprawności w zakresie ADL zastosowano skalę Katza (Kazt 1970). Obejmuje ona ocenę sprawności 6 czynności: kąpiel, ubieranie się i rozbieranie, jedzenie, korzystanie z toalety, wstawanie i kładzenie do łóżka oraz kontrolowane wydalanie moczu i stolca (panowanie nad zwieraczami). W przypadku samodzielności w ocenianym zakresie przyznaje się 1 punkt, a jej braku – 0 punktów. Sumaryczny wynik 0-2 punktów interpretowany jest jako znaczne upośledzenie sprawności w czynnościach dnia codziennego, 3-4 punktów – umiarkowane upośledzenie sprawności, a 5-6 punktów – jako sprawność.

Do oceny sprawności w zakresie złożonych funkcji życiowych zastosowano skalę Lawton (Lawton 1969). Ocenia ona 8 czynności: umiejętność korzystania z telefonu, zdolność do korzystania ze środków transportu, robienie zakupów, przyrządzanie posiłków, wykonywanie prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego: pranie i sprzątanie/majsterkowanie oraz możliwość samodzielnego przyjmowania leków i zarządzanie finansami. Podobnie jak skali Katza stosuje się ocenę 0/1. Maksymalna ocena to 8 punktów. Skala ta nie ma punktów odcięcia. Pozwala ona na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb chorego w zakresie pomocy lub opieki – gorsze wyniki wskazują na większą zależność od pomocy.

Do oceny ryzyka upadków użyto testu *wstań i idź* (TUG, ang. *Timed Up and Go*) (Podsiadlo 1991). Obejmuje on przejście z pozycji siedzącej do stojącej, marsz w szybkim tempie na krótkim dystansie po płaskim teranie (3 metry) tam i z powrotem oraz powrót do pozycji siedzącej. Jeśli badany porusza się, używając laski lub kuli/kul, wykonuje test z ich wykorzystaniem. Wynik prawidłowy dla osób dorosłych to 10 sekund. Dla osób starszych został on wydłużony do 12 sekund (Bohannon 2006) lub nawet 14 sekund (Shumway-Cook 2000). Przyjmuje się, że jeśli czas potrzebny na wykonanie testu przekracza 14 sekund, to ryzyko upadku jest zwiększone. Kolejne zakresy czasu oznaczają stopniowe zwiększanie ryzyka upadków. Więcej niż 30 sekund uzyskane w teście sugeruje konieczność używania pomocy przy chodzeniu (Podsiadlo 1991).

Analiza statystyczna

W analizach wykorzystano dla charakterystyki usprawniania w warunkach szpitalnych różnice wyników badania II i badania I. W przeprowadzonych analizach w pierwszej kolejności sprawdzano normalność rozkładu na pomocą testu Shapiro-Wilka. Ze względu na brak rozkładu normalnego niektórych danych uzyskane wyniki przedstawiono, poza średnimi i odchyleniem standardowym, także z wykorzystaniem mediany (M) i zakresu ocenianych parametrów (Z).

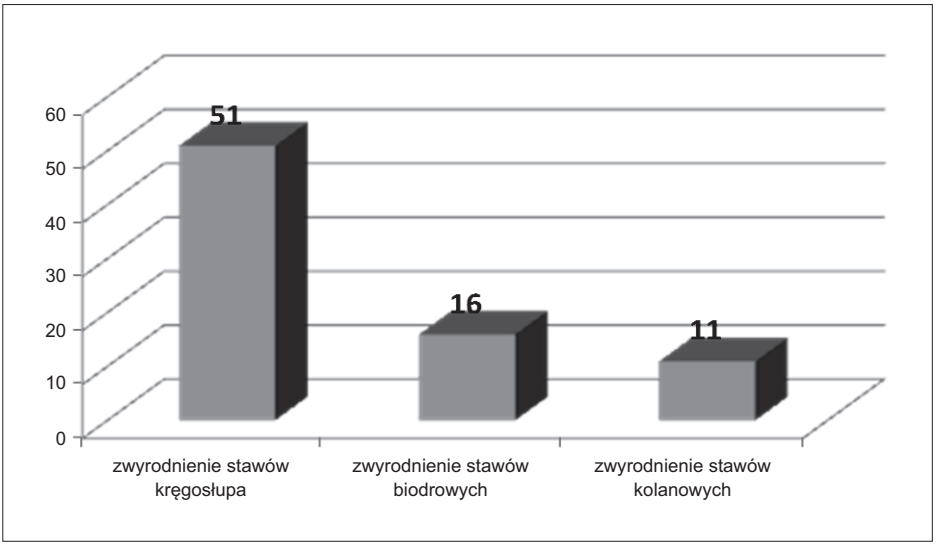
Do porównania dwóch grup zmiennych ilościowych wykorzystano test Manna-Whitneya dla zmiennych niezależnych oraz test Wilcoxona – w przypadku zmiennych zależnych. Aby odpowiedzieć na pytanie o istnienie zależności pomiędzy dwiema wielkościami wyliczono, współczynnik sumy rang Spearmana. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniach wzięło udział 100 osób, w tym 79 kobiet (79%). Średnia wieku badanych to: 72,3±6,1 lat (M: 73,0 lat; Z: 65-87 lat). Średnia wieku kobiet i mężczyzn była porównywalna (kobiety 72,8±6,0 lat [M: 73,0 lat; Z: 65-87 lat]; mężczyźni 70,3±6,3 lat [M: 68,0 lat; Z: 65-84 lat]).

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w oddziale rehabilitacyjnym była choroba zwyrodnieniowa (51%), która dotyczyła stawów kręgosłupa (ryc. 1).

Do innych częstych wskazań do usprawniania należały: stan po edoprotezoplastyce (35%) i stan po udarze (18%). Pojedyncze osoby hospitalizowano z powodu schorzeń takich jak reumatoidalne zapalenie stawów (2 osoby), choroba Parkinsona (1 osoba), stwardnienie rozsiane (1 osoba), złamana kończyna (2 osoby). U 10 osób było podwójne wskazanie do usprawniania w warunkach szpitalnych.

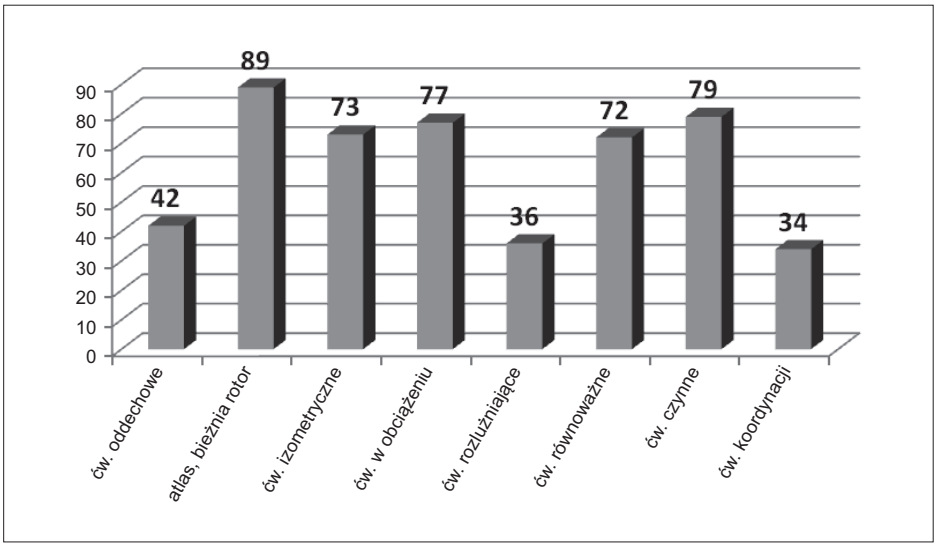


Rycina 1. Lokalizacja zmian w chorobie zwyrodnieniowej w badanej grupie osób starszych

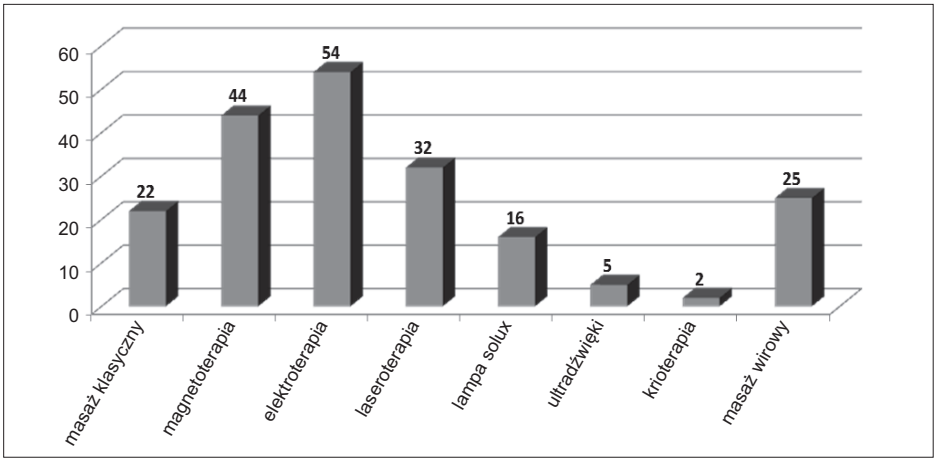
Oprócz schorzenia, które było wskazaniem do hospitalizacji u większości analizowanych osób (85%), występowały choroby współistniejące. Najczęściej były to: nadciśnienie tętnicze (54%), osteoporoza (16%) oraz cukrzyca (14%). U 40 chorych występowało jedno schorzenie towarzyszące, a pozostałych 45 osób (45%) co najmniej dwa.

Pacjenci podczas pobytu w oddziale realizowali indywidualnie dobrany program kinezyterapii, który obejmował pięć procedur (zgodnie z zaleceniami Narodowego Funduszu Zdrowia). Częstość stosowania poszczególnych procedur przedstawiono na rycinie 2.

Dodatkowo każdy pacjent korzystał z dwóch zabiegów fizykoterapeutycznych (zgodnie z zaleceniami Narodowego Funduszu Zdrowia). Częstość stosowania poszczególnych zabiegów przedstawiono na rycinie 3.



Rycina 2. Rodzaje zabiegów kinezyterapeutycznych stosowanych podczas pobytu w oddziale u badanych osób



Rycina 3. Rodzaje zabiegów fizykoterapeutycznych stosowanych podczas pobytu w oddziale u badanych osób

W teście MMSE badani uzyskali średni wynik 27,5±2,0 pkt (M: 28,0 pkt; Z: 24-30 pkt). Wynik prawidłowy (30-27 punktów) uzyskało 70 osób, po-

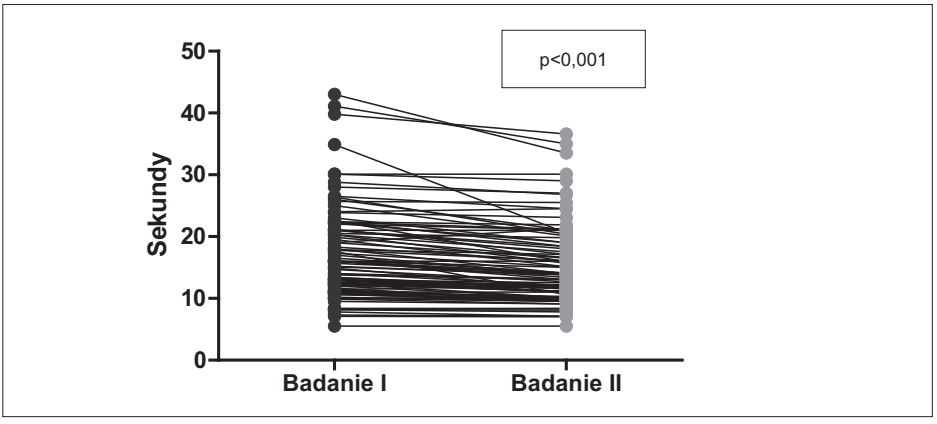
zostali (30 osób) – wynik oznaczający łagodne zaburzenia poznawcze (24-26 punktów).

Badani zostali zapytani o używanie pomocy do chodzenia; 20 osób poruszało się przy użyciu jednej kuli, 23 – przy użyciu dwóch kul 23, a 2 używały balkonika. Pozostałe 55 osób poruszało się samodzielnie.

W badaniu I przy przyjęciu na oddział pacjenci uzyskali średni wynik w skali Katza 5,7±0,6 pkt (M: 6,0 pkt; Z: 4-6 pkt), przy czym aż 79 osób uzyskało wynik maksymalny (6 pkt). Największym problemem w realizacji podstawowych czynności dnia codziennego było samodzielne kąpanie się. Problem ten dotyczył wszystkich osób, które nie uzyskały maksymalnej liczby punktów w skali Katza (21 badanych). Aktywnością, w zakresie której często też występowała niesamodzielność, było ubieranie się, szczególnie dolnej części ciała (6 osób). Sprawność w zakresie w ADL w analizowanej grupie nie uległa istotnej zmianie podczas pobytu w oddziale rehabilitacyjnym (badanie II).

W zakresie złożonych czynności życiowych podczas badania I pacjenci uzyskali średni wynik 7,0±1,3 pkt (M: 7,5 pkt; Z: 3-8 pkt). Maksymalną liczbę punktów uzyskało 50 osób. Największym problemem w zakresie złożonych czynności dnia codziennego było korzystanie ze środków transportu. Ten problem miały wszystkie osoby, które nie uzyskały maksymalnej liczby punktów (50 osób). Sprawność w zakresie w IADL w analizowanej grupie nie uległa zmianie w badaniu II po zakończeniu rehabilitacji.

Wyniki testu *wstań i idź* uzyskane przez poszczególnych badanych w badaniu I i badaniu II przedstawiono na rycinie 4.



Rycina 4. Wyniki testu *wstań i idź* dla poszczególnych badanych na początku rehabilitacji – badanie I i na zakończenie rehabilitacji – badanie II

W badaniu I na początku rehabilitacji w teście w*stań i idź* wynik w zakresie wartości referencyjnych (poniżej 14 s) uzyskało 47 osób. U pozostałych ryzyko upadków było zwiększone (53 badanych). Średni osiągnięty przez pacjentów wynik w TUG to 16,8±7,4 s (M:15,2 s; Z:5,5 – 43,0 s). W badaniu II na zakończenie rehabilitacji wynik poniżej 14 sekund uzyskało 61 osób. Średni wynik to 14,9±6,4 s (M:13,1 s; Z:5,5 – 36,6 s). Tak więc uzyskano poprawę istotną statystycznie średnio o 1,9±2,2 s ($p < 0,001$; M:1,4 s; Z:-2,3 – 14,3 s). Podczas hospitalizacji u 90 osób odnotowano poprawę uzyskanego czasu.

Średnie wyniki TUG w poszczególnych grupach wiekowych przedstawiono w tabeli 1. Odnotowano istotną poprawę uzyskanych wyników nawet w najstarszej grupie wiekowej.

Tabela 1. Wyniki testu wstań i idź w poszczególnych grupach wiekowych badanie I – początek procesu usprawniania badanie II – zakończenie procesu usprawniania

Grupy wiekowe	*n*	Test *wstań idź*		Poziom istotności
		Badanie I	Badanie II	
65-69	8	14,8 ±6,4	12,6 ±4,4	$p = 0,0001$
70-74	7	17,0 ±7,0	15,7 ±6,6	$p < 0,0001$
75-79	9	17,8 ±7,2	14,0 ±6,3	$p < 0,001$
80-i wiecej	6	20,2 ±9,4	18,1 ±8,1	$p < 0,01$

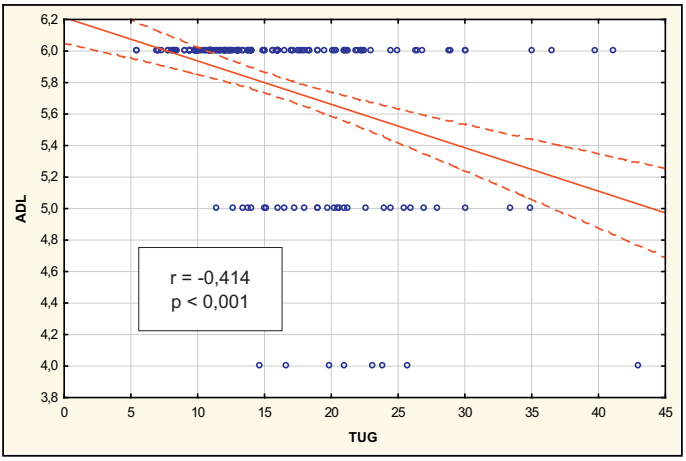
Stwierdzono istnienie ujemnej korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w *teście wstań i idź* oraz w skali Katza ($r = -0,414$; $p < 0,001$) oraz w *teście wstań i idź* i skali Lawton ($r = -0,532$; $p < 0,001$) (ryc. 5 i 6).

Oznacza to, że im lepszy wynik testu *wstań i idź* tym lepsza sprawność w zakresie wykonywania podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego.

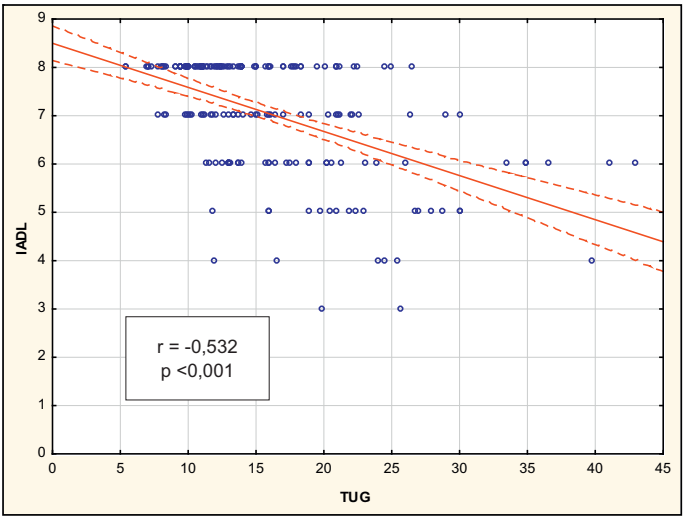
Dyskusja

Ze względu na starzenie się społeczeństw bardzo ważne jest utrzymanie samodzielności w tej grupie wiekowej. Z danych badania PolSenior wynika, że w zakresie ADL odsetek osób samodzielnych maleje z prawie stu procent w wieku 65-69 lat do 79% po 85. roku życia, a w zakresie IADL ograni-

czenia w analogicznych grupach wiekowych występują odpowiednio u 20% i aż u 90% osób (Mossakowska 2012).



Rycina 5. Związek pomiędzy ryzykiem upadków mierzonym testem *wstań i idź* (TUG) a sprawnością w zakresie podstawowych czynności życiowych (ADL) mierzoną w skali Katza



Rycina 6. Związek pomiędzy ryzykiem upadków mierzonym testem *wstań i idź* (TUG) a sprawnością w zakresie złożonych czynności życiowych (IADL) mierzoną w skali Lawton

W przypadku problemów zdrowotnych dużą rolę odgrywa prawidłowa rehabilitacja, uwzględniająca polipatologie. Nakładające się na siebie procesy chorobowe mogą przyczyniać się do ograniczeń w możliwości zastosowania terapii usprawniającej. Zawsze jednak usprawnianie obejmuje zwiększenie aktywności fizycznej. Brach J.S. i wsp. (Brach 2002) przedstawili obszary funkcjonowania fizycznego (szybkość chodu, ryzyko upadków, siła uścisku dłoni) identyfikowane jako najważniejsze komponenty sprawności funkcjonalnej, które mogą być przydatne dla fizjoterapeutów w opracowywaniu programów rehabilitacji zapobiegających niesprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych (ADL) u osób starszych. Ma to ważne znaczenie w codziennej praktyce.

W przeprowadzonych badaniach wzięli udział pacjenci hospitalizowani w oddziale rehabilitacji w wieku co najmniej 65 lat. Grupa ta zarówno pod względem schorzenia będącego wskazaniem do usprawniania, jak i dodatkowych problemów zdrowotnych była niejednorodna. Brak jednorodności pod względem chorób i stanu funkcjonalnego jest typową cechą populacji osób starszych. U większości badanych pacjentów stwierdzono występowanie co najmniej dwóch schorzeń. Wydłużenie życia zwiększa ryzyko występowania chorób przewlekłych w najstarszych grupach wiekowych, a w konsekwencji – polipatologii. Tak więc wśród osób najstarszych odsetek tych bez chorób współistniejących jest niewielki. W omawianych badaniach najczęściej pacjenci mieli rozpoznane nadciśnienie tętnicze (54%) i cukrzycę (14%). Nadciśnienie występuje u prawie 80% starszych Polaków; cukrzyca natomiast określana jest jako epidemia XX i XXI wieku, i występuje u 22%(Mossakowska 2012).

Włączeni do badań pacjenci podczas pobytu w oddziale realizowali indywidualny program ćwiczeń zgodnie z zaleceniami kompleksowej rehabilitacji (Dega 1983) i z uwzględnieniem wytycznych dotyczących opieki geriatrycznej (Derejczyk 2005).

Podczas rehabilitacji prowadzonej w warunkach szpitalnych zmianie nie uległy wyniki w zakresie podstawowych (ADL) i złożonych czynności życiowych (IADL). Do oceny samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych zastosowano skalę Katza, a złożonych – skalę Lawton. Brak poprawy wydaje się wynikać z dobrej sprawności początkowej chorych, gdyż wynik maksymalny, świadczący o pełnej sprawności, w zakresie ADL w badaniu I uzyskało aż 70 osób, a w zakresie IADL – 50 osób. Tak więc niemożliwa była u tych osób poprawa. Podobny brak poprawy w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego ocenianych skalą Bartel u osób stosunkowo sprawnych zaobserwowała Borowicz A.M. (Borowicz 2010).

W wyniku rehabilitacji szpitalnej badani uzyskali poprawę istotną statystycznie ($p < 0,001$) w zakresie oceny ryzyka upadków za pomocą testu TUG rekomendowanego do tego celu w geriatrii (Fink 2003). Możliwość redukcji ryzyka upadków w wyniku ćwiczeń fizycznych potwierdzają badania przeprowadzone przez Chang J.T. i wsp., które wykazały, że ryzyko upadków można znacząco zredukować poprzez zastosowanie programów prewencyjnych, w szczególności wprowadzenie treningu wzmacniającego mięśnie oraz ćwiczeń równoważnych (Chang 2004). Viccaro L.J. i wsp. (Viccaro 2011) przeprowadzając roczną obserwację prawie 500 weteranów, stwierdzili, że gorsze wyniki TUG, poza upadkami, predysponują także do pogorszenia stanu zdrowia i problemów w zakresie ADL u osób dotychczas sprawnych. Z kolei Huang W.N. i wsp. (Huang 2010) zaobserwowali u osób starszych mieszkających w środowisku, że gorszy czas TUG w chwili włączenia do badania predysponował do niesprawności w zakresie ADL w okresie 6 miesięcy, ale nie 12 i 18 miesięcy.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono istnienie korelacji zarówno pomiędzy czasem TUG i wynikami ADL, jak i IADL. Oznacza to, że im dłuższy czas wykonania testu *wstań i idź*, tym mniejsza sprawność zarówno w zakresie podstawowych, jak i złożonych czynności życiowych. Podobne wnioski przedstawił Viccaro i wsp. w swoich badaniach, gdzie grupa badanych wykonująca test *wstań i idź* najwolniej wykazywała większe problemy w wykonywaniu czynności dnia codziennego (Viccaro 2011).

Wnioski

Przeprowadzone badania własne wykazały, że wynik testu *wstań i idź* koreluje z wynikami testów służących do oceny podstawowych czynności dnia codziennego (ADL) oraz złożonych czynności dnia codziennego (IADL). Lepsze wyniki w TUG przekładają się na lepszą sprawność w zakresie czynności dnia codziennego. Rehabilitacja w warunkach szpitalnych istotnie poprawia wyniki uzyskane w teście *wstań i idź*, a więc zmniejsza ryzyko upadków, a tym samym wpływa korzystnie na poprawę samodzielności osób w wieku podeszłym. W długotrwałej opiece geriatrycznej warto rozważyć usprawnianie w warunkach szpitalnych.

Piśmiennictwo

Beauchet O., Dubost V., Gonthier R., Kressig R.W., Dual-task-related gait changes in transitionally frail older adults: the type of the walking-associated cognitive task matters, Gerontology 2005 (51), s. 48–52.

Bloch F., Critical falls: why remaining on the ground after a fall can be dangerous, whatever the fall, J. Am. Geriatr. Soc. 2012 (60), s. 1375–1376.

Bohannon R.W., Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis, J. Geriatr. Phys. Ther. 2006 (29), s. 64–68.

Borowicz A.M., Wpływ rehabilitacji na sprawność funkcjonalną osób starszych, Rozprawa doktorska, Poznań 2010.

Brach J.S., VanSwearingen J.M., Physical impairment and disability: relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men, Phys. Ther. 2002 (82), s. 752–761.

Bravo G., Hébert R., Age- and education-specific reference values for the Mini-Mental and Modified Mini-Mental State Examinations derived from a non-demented elderly population, Int. J. Geriatr. Psychiatry 1997 (12), s. 1008–1018.

Chang J.T., Morton S.C., Rubenstein L.Z. et al., Interventions for preventing Falls In older adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trias, Br. Med. J. 2004 (328), s. 680–683.

Chiu A., Leung-Wing C., Chi I., Impact of Falls on the Balance, Gait, and Activities of Daily Living Functioning in Community-Dwelling Chinese Older Adults, J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. 2006 (61), s. 399–404.

Dega W., Kształtowanie się modelu rehabilitacji w Polsce, [w:] Ortopedia i rehabilitacja, red. W. Dega, PZWL, Warszawa 1983.

Derejczyk J., Jóźwiak A., Wieczorowska-Tobis K. i wsp., Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatria, Gerontologia Pol. 2005 (13), s. 67–83.

Faulkner K.A., Redfern M.S., Cauley J.A. et al., Multitasking: association between poorer performance and a history of recurrent falls, J. Am. Geriatr. Soc. 2007 (55), s. 570–576.

Fink H.A., Wyman J.F., Hanlon J.T., Falls, [w:] Geriatric Medicine and Gerontology, Churchill Livingstone, London 2003, s. 1337–1346.

Greenspan S.L., Myers E.R., Kiel D.P. et al., Fall direction, bone mineral density, and function: risk factors for hip fracture in frail nursing home elderly, Am. J. Med. 1998 (104), s. 539–545.

Huang W.N., Perera S., VanSwearingen J., Studenski S., Performance measures predict onset of activity of daily living difficulty in community-dwelling older adults, J. Am. Geriatr. Soc. 2010 (58), s. 844–852.

Katz S., Down T.D., Cash H.R. et al., Progress in the development of the index of ADL, Gerontologist 1970 (10), s. 20–30.

Lawton M.P., Brody E.M., Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living, Gerontologist 1969 (9), s. 179–186.

Lundin-Olsson L., Nyberg L., Gustafson Y., Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people, Lancet 1997 (1), s. 617–622.

Milat A.J., Watson W.L., Monger C. et al., Prevalence, circumstances and consequences of falls among community-dwelling older people: results of the 2009 NSW Falls Prevention Baseline Survey, N. S. W. Public Health Bull. 2011 (22), s. 43–48.

Montero-Odasso M., Wells J.L., Borrie M.J., Speechley M., Can cognitive enhancers reduce the risk of falls in older people with mild cognitive impairment? A protocol for a randomised controlled double blind trial, BMC Neurol. 2009 (12), s. 42-50.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Polsenior, Termedia, Poznań, 2012.

Muir S.W., Gopaul K., Montero-Odasso M.M., The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis, Age Ageing 2012 (41), s. 299–308.

Podsiadlo D., Richardson S., The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons, J. Am. Geriatr. Soc. 1991 (39), s. 142–148.

Sarah D., Berry M.D., Ram R., Falls: Epidemiology, Pathophysiology, and Relationship to Fracture, Curr. Osteoporos. Rep. 2008 (6), s. 149–154.

Scheffer A.C., Schuurmans M.J., van Dijk N. et al., Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons, Age Ageing 2008 (37), s. 19–24.

Sekaran N.K., Choi H., Hayward R.A. et al., Fall-associated difficulty with activities of daily living in functionally independent individuals aged 65 to 69 in the United States: a cohort study, J. Am. Geriatr. Soc. 2013 (61), s. 96–100.

Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M., Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed "Up & Go" Test, Phys. Ther. 2000 (80), s. 896–903.

Skalska A., Żak M., Upadki – ocena ryzyka, postępowanie prewencyjne, Stand. Med. 2007 (4), s. 167–174.

Skalska A., Wizner B., Piotrowicz K. et al., T. Exp. Gerontol. 2013 (48), s. 140–146.

Stevens J.A., Mack K.A., Paulozzi L.J., Ballesteros M.F., Self-reported falls and fall-related injuries among persons aged > or =65 years--United States, 2006, J. Safety Res. 2008 (39), s. 345–349.

Szot P., Golec J., Szczygieł E., Przegląd wybranych testów funkcjonalnych, stosowanych w ocenie ryzyka upadków u osób starszych, Gerontologia Polska 2008 (16), s. 12–17.

Tinetti M.E., Doucette J., Claus E., Marottoli R., Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community, J. Am. Geriatr. Soc. 1995 (43), s. 1214–1221.

Viccaro L.J., Perera S., Studenski S.A., Is timed up and go better than gait speed in predicting health, function, and falls in older adults? J. Am. Geriatr. Soc. 2011 (59), s. 887–892.

Woolcott J.C., Richardson K.J., Wiens M.O. et al., Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons, Arch. Intern. Med. 2009 (23), s. 1952–1960.

Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. et al., Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, J. Psychiatric Res. 1983 (17), s. 37–49.

Żak M., Skalska A., Ocetkiewicz T., Upadki osób w starszym wieku – ocena zmian ryzyka dokonywana po roku od upadku, Rehabilitacja Medyczna 2004 (8), s. 19–22.

Żak M., Grodzicki T., Ocena ryzyka upadków osób starszych – analiza zagrożeń na podstawie obserwacji własnych, Fizjot. Pol. 2004 (4), s. 391–395.

ANNA SZAFRANEK
Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

Czynniki sprzyjające przemocy z udziałem osób starszych w domach pomocy społecznej w województwie podlaskim

Wprowadzenie

Problematyka przemocy związanej z osobami starszymi od kilku lat stanowi zainteresowanie coraz większej liczby badaczy. Zarówno badania empiryczne, jak również statystyki pokazują, iż zjawisko to – mimo trudności w zdiagnozowaniu – istnieje i nabiera coraz większego znaczenia (Oblicza przemocy wobec starszych kobiet 2012; Halicka 2010; Halicka 2010, www.ipvow.org; Halicka 2012). Ofiarami przemocy, ale i sprawcami są zarówno osoby starsze mieszkające w naturalnym środowisku życiowym – w rodzinie, jak i osoby starsze, dla których środowiskiem życiowym stał się dom pomocy społecznej. Nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych i z udziałem osób starszych w rodzinie, jak też w placówkach opiekuńczo-pomocowych są przykładem istnienia tego rodzaju problemu.

Prezentowana praca dotyczy przemocy z udziałem osób starszych w domach pomocy społecznej (DPS) w województwie podlaskim, a konkretnie czynników, które sprzyjają sytuacjom przemocowym i je wywołują. O tym, że takie sytuacje mają miejsce w placówkach opiekuńczych, świadczą prowadzone w Polsce i w innych krajach badania empiryczne. Potwierdzają to także reportaże telewizyjne i doniesienia prasowe. Zauważyć należy jednak, że literatura dotycząca problemu przemocy instytucjonalnej jest dość uboga. I choć w innych krajach ów problem dostrzeżony został nieco wcześniej, to jednak zarówno w literaturze polskiej, jak i zagranicznej zagadnienie przemocy w domach pomocy społecznej jest słabo rozpoznane.

Jordan I. Kosberg twierdzi, iż do końca lat 90. XX w. było niewiele badań, które podjęły temat przemocy wobec podopiecznych DPS, a są to miejsca, w których osoby starsze doświadczają różnych form przemocy ze strony personelu. Wyniki jednego z badań wykazały, że na 307 zarejestrowanych przypadków przemocy w stosunku do seniorów, które miały miejsce

w domu opieki, 174 (56,7%) to przypadki przemocy wobec mężczyzn, natomiast 133 (43,3%) wobec kobiet (Kosberg 1998).

Warto zwrócić uwagę, że istnienie przemocy instytucjonalnej zauważane jest również w innych krajach, nie tylko tych rozwijających się. Raporty pochodzące z Ameryki Łacińskiej wskazują, że 1-4% osób mieszkających w instytucjach opiekuńczych przebywa w nieakceptowanych przez nich warunkach. W takich ośrodkach stosowanie przemocy wynika przede wszystkim z braku odpowiednich kwalifikacji zatrudnionych tam osób. Z kolei badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że aż 81% osób pracujących w domach pomocy społecznej stwierdziło, że w ciągu ostatniego roku zaobserwowano przynajmniej jeden przypadek stosowania przemocy psychicznej względem podopiecznych. Aż 40% pracowników przyznało, że sami dokonywali nadużyć psychicznych, a 10% stosowało przemoc fizyczną względem mieszkańców (Mikołajczyk 2012).

W związku z tym, że w ostatnich latach obserwujemy stały wzrost odsetka osób starszych w społeczeństwie, rodziny, stając się – z różnych względów – mniej wydolne opiekuńczo, umieszczają swoich najbliższych w instytucjach pomocy społecznej. Dorosłe dzieci coraz częściej nie są w stanie lub nie chcą podjąć się opieki nad swoimi starszymi rodzicami. Ma to m.in. związek z przemianami w rodzinie (zmniejszanie się struktury rodzin, wzrost liczby rozwodów), ze zmianami na rynku pracy (rosnące zaangażowanie na rynku pracy kosztem życia rodzinnego) czy też ze zmianami obyczajowymi w społeczeństwie (w rodzinie tradycyjnej opieka członków rodziny nad osobami starszymi była czymś naturalnym). W społeczeństwie współczesnym funkcja opiekuńcza rodziny wobec osób starszych maleje, z konieczności przejmują ją placówki opiekuńcze i pomocowe.

Starość stała się obecnie kwestią społeczną. Rodzina wobec nadmiaru obowiązków z trudnością radzi sobie z opieką nad jej starszymi członkami. To powoduje, że obecnie nie tylko najbliżsi, ale także społeczeństwo ma za zadanie zapewnić osobom starszym bezpieczne życie na starość (Błędowski 2002). Sytuacja jest jednak trudna, a niekiedy nawet dramatyczna, jeśli człowiek stary musi dokonać zmiany dotychczasowego środowiska życiowego i przeprowadzić się do placówki opiekuńczej. Wówczas całe jego dotychczasowe życie ulega zmianie, a tego rodzaju zmiany bywają dla niektórych osób szczególnie trudne, „nie do przeżycia". Człowiek stary musi dostosować się do nowych warunków, ma obowiązek przestrzegania regulaminu instytucji, w której zamieszkał. W nowym środowisku skupiają się różnorodne problemy wielu nieznanych mu osób. Dlatego tak ważne jest, aby osoba w starszym wieku umiała reagować na różne nowe sytuacje. Konieczność

przystosowania się do nowych warunków życia, zważywszy na wiek, jest dla niektórych osób starszych bardzo trudnym zadaniem. I choć instytucja zapewnia dobre warunki bytowe podopiecznym, to czy jest jednak w stanie zapewnić godną i szczęśliwą starość z punktu widzenia jednostki?

Wiele osób starszych napotyka na różne problemy nie tylko w środowisku instytucjonalnym, ale także w dotychczasowym środowisku życia. Przykładem może być sytuacja, kiedy osoba starsza we własnym mieszkaniu doświadczała nadużyć i zaniedbań. Istnieje ryzyko, że swoje negatywne doświadczenia może przenieść do warunków instytucjonalnych, gdzie podatność na zranienie, a także na bycie ofiarą bądź sprawcą przemocy będzie większa, a to może zakłócić proces adaptacji w nowym środowisku.

Sprawcą sytuacji przemocowych w warunkach instytucjonalnych może być nie tylko pracownik placówki, członek rodziny mieszkańca, ale także sam podopieczny. W dostępnej na ten temat literaturze zauważa się, że uwaga skupiona jest przede wszystkim na personelu jako osobach będących sprawcami przemocy. Innym, którzy mogą stać się potencjalnymi sprawcami przemocy, np. podopiecznym, nie poświęca się zbyt dużo uwagi (Gibbs 2004).

Metodologia badań

Celem prezentowanej pracy jest zidentyfikowanie i ocena czynników, które sprzyjają przemocy z udziałem osób starszych w placówkach pomocy społecznej z województwa podlaskiego. Chodzi o ustalenie tych czynników, które mają udział powstawaniu konfliktów i sytuacji przemocowych w warunkach instytucjonalnych. Nie tylko podopieczni mogą stać się ofiarami przemocy ze strony pracowników domu pomocy społecznej bądź swoich najbliższych, ale również osoba starsza może być agresywna, wywoływać konflikty, prowokować innych, a nawet stosować wobec nich przemoc.

Praca oparta jest na wynikach badań zrealizowanych w wybranych domach pomocy społecznej na Podlasiu. Przeprowadzono je na przełomie 2011 i 2012 roku w trzech domach pomocy społecznej. Placówki zostały wybrane w sposób celowy, ze względu na różnice w ich usytuowaniu: obszar wiejski, podmiejski i miejski. W badaniach posłużono się techniką wywiadu pogłębionego skoncentrowanego wokół problemu z podopiecznymi i z pracownikami instytucji pomocowych (Witzel dostęp 2013). Zastosowano dwa wzajemnie uzupełniające się scenariusze wywiadu: z pracownikami instytucji oraz z mieszkańcami. Próba badawcza wynosiła ogółem 90 osób,

przy czym 60 wywiadów zostało przeprowadzonych z podopiecznymi (po 20 w każdej instytucji), zaś 30 z personelem (w każdej placówce po 10). W przypadku podopiecznych przyjęto, że będą to osoby w wieku 60 i więcej lat, dobrane w sposób celowy, tj. bez zaburzeń psychicznych, mieszkające w placówce opiekuńczej przez co najmniej jeden rok, które wyrażą zgodę na przeprowadzenie z nimi wywiadu.

Jeśli chodzi o dobór personelu, badaniami objętych zostało po 10 osób z każdej placówki, w tym: dyrektor, pracownik socjalny, kapelan, lekarz, pielęgniarka/i, opiekun/ka. Odnośnie do wskazań do wywiadu innych osób spośród personelu – aby uzyskać zakładaną liczbę 10 osób z każdej placówki – należy dodać, że wiele wniosły tu rozmowy z pracownikami. Niektórzy z nich mają dużą wiedzę na temat sytuacji przemocowych pojawiających się w DPS, inni zaś sami uczestniczyli w takich sytuacjach. Dlatego wskazywanymi przez nich najczęściej spośród personelu innymi osobami, z którymi należałoby przeprowadzić wywiad, były pielęgniarki bądź opiekunowie, ponieważ te osoby mają najczęstszy kontakt z podopiecznymi.

Charakterystyka badanych mieszkańców DPS

Wśród badanych dominowali mężczyźni – 36 rozmówców, przy czym najmłodszy rozmówca miał 60 lat, a najstarszy 99 lat (tabela 1).

Tabela 1. Stan cywilny, wykształcenie oraz pochodzenie środowiskowe badanych

Stan cywilny	N	Wykształcenie	N	Pochodzenie środowiskowe	N
wdowiec/wdowa	19	podstawowe	33	miasto	24
rozwiedziony/ /rozwiedziona	24	średnie	15		
kawaler/panna	9	zawodowe	8	wieś	36
żonaty/zamężna	7	wyższe	4		
w separacji	1				
Razem	60	Razem	60	Razem	60

Rozmówcy częściej deklarowali, że pochodzą ze wsi (36 osób) aniżeli z miasta (24 osoby). Ponad połowa z nich (33 osoby) miała wykształcenie

podstawowe, jedynie 4 osoby deklarowały wyższe wykształcenie. Różnice w strukturze wykształcenia badanych są – jak można przypuszczać – konsekwencją specyficznej sytuacji rodzinnej oraz społeczno-politycznej w okresie ich dorastania. Wśród rozmówców przewagę stanowiły osoby stanu wolnego. Na 60 przebadanych mieszkańców wybranych placówek jedynie 7 osób było żonatych/zamężnych. Pozostałych 53 mieszkańców to osoby stanu wolnego, a wśród nich największą liczbę stanowiły osoby rozwiedzione (24) oraz wdowy i wdowcy (19).

Dla większości badanych (36 osób) podstawowym źródłem utrzymania była emerytura, drugą co do częstości pojawiającą się odpowiedzią był zasiłek z opieki społecznej – 14 osób, natomiast w przypadku 10 badanych podstawowym źródłem utrzymania była renta.

Oprócz podopiecznych przeprowadzono także wywiady z 30 pracownikami badanych instytucji. W tego typu instytucjach kobiety stanowią przewagę wśród osób zatrudnionych. Nic więc dziwnego, że w prowadzonych wywiadach wzięło udział aż 23 kobiet i 7 mężczyzn. Wysoki poziom feminizacji pracowników DPS może ułatwić rozumienie wielu problemów, z jakimi boryka się personel instytucji, w szczególności chodzi tu o przejawy agresji oraz nadużywanie alkoholu przez mieszkańców. W wielu wypadkach to właśnie słabsze fizycznie kobiety są zmuszone do reagowania w sytuacjach konfliktowych i niesienia pomocy zarówno osobom poszkodowanym, jak i tym, które wywołują sytuacje problemowe.

W grupie pracowników najmłodszym badanym była osoba w wieku 28 lat, najstarszym – w wieku 62 lat. Spośród 30 pracowników 2/3 ukończyło studia wyższe, 10 ma wykształcenie średnie. Zdecydowana większość pracowników (27 osób) dba o stałe podnoszenie własnych kwalifikacji, kończą dodatkowe kursy i szkolenia, które ułatwiają lub uprawniają ich do wykonywania zawodu. Warto także podkreślić, że 20 pracowników jest zatrudnionych w wybranych instytucjach powyżej 5 lat, a 10 pracowników od 1 roku do 5 lat.

Czynniki środowiska rodzinnego

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że przyczyn pojawiania się sytuacji przemocowych w instytucjach opiekuńczych należy – w niektórych przypadkach – upatrywać w czynnikach środowiska rodzinnego. Z przeprowadzonych przez Z. Szarotę badań wynika, że aż 70% respondentów trafia do domów pomocy społecznej na skutek konfliktów domowych:

sy„nowa mnie nie lubi, córka wypędziła, dzieci mnie opuściły" (Szarota 1998).

W przeprowadzonych wywiadach ośmioro rozmówców uzasadniło swój pobyt w DPS problemami rodzinnymi. W przypadku dwojga podopiecznych w konflikcie rodzinnym chodziło raczej o zaniedbania, brak opieki i problemy pojawiające się na tym tle. W przypadku pozostałych 6 osób przyczyną podjęcia decyzji o zamieszkaniu w placówce opiekuńczej była przemoc domowa. Dom pomocy społecznej stał się tym samym formą ucieczki przed nią. Jeden z rozmówców doświadczał jej ze strony żony, kolejna rozmówczyni ze strony męża, dwoje ze strony synowej, a dwie inne osoby ze strony syna.

Historie życiowe podopiecznych są różne, czasem niezwykle zawiłe, dlatego różne przyczyny powodują podjęcie decyzji o zamieszkaniu w placówce opiekuńczej. Warto zauważyć, że w przypadku niektórych rozmówców nie była to ich samodzielna decyzja, bo o przeprowadzce się do domu pomocy społecznej zadecydowała rodzina.

Nasuwa się pytanie: na ile decyzję o zamieszkaniu w instytucji opiekuńczej senior podejmuje samodzielnie? Na ogół przyjmuje się, iż osoba starsza (wykluczając przypadki ubezwłasnowolnienia) samodzielnie i świadomie podejmuje decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. O. Czerniawska podkreśla, iż w dyskryminacji seniorów można zauważyć przede wszystkim pozbawienie ludzi starszych dorosłości. Seniorzy są dorośli, ale jednocześnie pozbawieni jej atrybutów: stanowienia o sobie samym oraz wolności wyboru (Czerniawska 2011). Z kolei T. Zbyrad zauważa, iż badacze zajmujący się tą problematyką nie wyciągają pochopnych wniosków w tej kwestii. Wskazują na dopingującą rolę rodziny w podjęciu takiej decyzji. Wśród form presji wskazywanych przez rodzinę wymienia się: manipulację, podstęp oraz ubezwłasnowolnienie (Zbyrad 2010). Takie postępowanie potwierdzają wnioski z wywiadów. Może o tym świadczyć przykład mężczyzny, którego nie tylko rodzina przekonywała do zamieszkania w DPS, ale nawet zaprzyjaźniony wójt podkreślał zalety mieszkania w placówce opiekuńczej. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku kobiety, którą przekonywali synowie i mąż. Ponieważ takie działanie jest ograniczaniem wolności osoby w samodzielnym podejmowaniu decyzji, tym samym jest formą przemocy względem niej.

Choć ważną kwestią jest, czy podopieczny sam zadecydował o zamieszkaniu w placówce, to jednak najważniejsza jest odpowiedź na pytanie: czy jego stanowisko było respektowane? Czy protestował przeciwko podjętej decyzji, a nie zostało to wzięte pod uwagę, czy też ją zaakceptował, a być może uważał, że jest to doskonałe rozwiązanie i był wdzięczny za taką możliwość?

W przypadku ośmiorga rozmówców osoby podejmujące decyzję o zamieszkaniu w DPS wzięły pod uwagę zdanie petentów. Podopieczni opowiadali, że nie protestowali przeciwko podjętej decyzji, niektórzy z nich stwierdzili, że osoba, która zadecydowała o umieszczeniu ich w placówce, podjęła odpowiednią decyzję, ponieważ były osobami samotnymi, z problemami zdrowotnymi. Osoba skierowana przez sąd stwierdziła, że mimo, iż taki wniosek wpłynął, to było to coś pozytywnego, gdyż miała karę więzienia w zawieszeniu i w przeciwnym razie nie miałaby dokąd pójść.

Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej gwarantuje każdej jednostce prawo do decydowania o swoim życiu osobistym, w tym: decyzji o miejscu zamieszkania, pracy, wyboru lekarza i sposobu leczenia, życia rodzinnego czy też kwestii finansowych (Konstytucja RP; Bieniasz 2012). Osoby starsze mają więc takie same prawa, jak młodzi. Dlatego przywołując przykłady pięciu innych mieszkańców, zauważyć można, iż zastosowano wobec nich nadużycie wynikające z nierespektowania konstytucyjnych praw osób starszych. Respondenci przyznali, że protestowali przeciwko decyzji o umieszczeniu ich w DPS, jednak protesty te nie zostały wzięte pod uwagę. Jedna z mieszkanek żaliła się, że nie chciała być w placówce i nigdy się nie spodziewała, że córka podejmie taką decyzję bez porozumienia z nią. Kolejny podopieczny – były alkoholik został skierowany do DPS sądownie, przy współudziale żony. Twierdził, że protestował przeciwko decyzji sądu, próbował udowodnić, że samodzielnie poradzi sobie w środowisku. Jednak sąd nie zmienił podjętej decyzji. Jedna z podopiecznych twierdziła wręcz, że nie miała możliwości protestować, ponieważ syn, który podjął decyzję o skierowaniu jej do DPS, nie dał jej nawet dojść do słowa, nie starał się wyjaśnić przyczyn tej decyzji, ani też prowadzić jakichkolwiek rozmów pojednawczych z matką.

Z powyższych przykładów wywnioskować można, że zdaniem mieszkańców nie jest aż tak ważne, kto podejmuje decyzję o umieszczeniu osoby starszej w DPS, bardziej istotne są okoliczności, w których takie decyzje zapadają. Jak pokazały badania, dla osób, które w żaden sposób nie uczestniczyły w podejmowaniu tej życiowej decyzji, niezwykle ważna jest rozmowa z najbliższymi, próba zrozumienia motywów, które nimi kierują, jak również możliwość decydowania o sobie i swojej przyszłości. Kiedy brak możliwości decydowania o swoim życiu i poznania motywów kierujących decyzjami najbliższych, może to przynieść skutek w postaci braku akceptacji nowej sytuacji życiowej, obwiniania innych za postępowanie najbliższych, a nawet wyładowywania swoich frustracji na innych osobach.

Z czynnikami środowiska rodzinnego mającymi wpływ na sytuacje przemocowe wiąże się także jakość relacji rodzinnych, odwiedziny i ich czę-

stotliwość oraz cel wizyt w placówce. Warto wspomnieć, iż zaobserwować można pewną sprzeczność pomiędzy postrzeganiem częstotliwości odwiedzin z punktu widzenia mieszkańca i pracownika instytucji. Podopieczni są zdania, że odwiedziny raz na miesiąc są odwiedzinami częstymi, przy czym nie biorą pod uwagę – jak się wydaje – celu wizyty, którym jest, według personelu, chęć pobrania pieniędzy podopiecznego. Pracownicy wiążą częstotliwość odwiedzin z konkretnym dniem miesiąca. Ich zdaniem, liczba odwiedzin zdecydowanie nasila się w dniach wypłaty świadczeń.

Podopieczni bronią swoich rodzin i rzadko który mieszkaniec przyzna, że nie jest zadowolony z kontaktów z najbliższymi. Mieszkańcy DPS najczęściej usprawiedliwiają zachowanie członków rodziny. Dla wielu z nich rodzina była najważniejsza i taką pozostanie. Jednak w wielu przypadkach, nie mając wsparcia, nie są w stanie samodzielnie poradzić sobie ze swoimi emocjami, które stają się zarzewiem konfliktów, a nawet agresji skierowanej zarówno pod adresem innych mieszkańców, jak i personelu instytucji. Jak się podkreśla w literaturze, warunki oraz sytuacje graniczne zmuszają jednostki do wyboru tego, co dla nich najważniejsze (Pawełczyńska 2004). Pobyt w domu pomocy społecznej można uznać za sytuację graniczną, szczególnie w przypadku, gdy kierowane tam osoby decyzji nie podjęły same.

Czynniki środowiska instytucjonalnego

Kolejnym czynnikiem wpływającym na pojawianie się sytuacji przemocowych są czynniki środowiska instytucjonalnego, przede wszystkim gospodarowanie czasem wolnym oraz relacje z pracownikami i współmieszkańcami, a w sposób szczególny z osobami, z którymi dzieli się pokój. Starszy człowiek mieszkający w DPS na dużo wolnego czasu. Instytucje opiekuńcze mają bogatą ofertę zajęć, które wypełniają mieszkańcom nadmiar wolnego czasu, a jednocześnie nie pozwalają na nudę. Jak wynika z obserwacji, u niektórych mieszkańców DPS skłonności do agresji powstają z nudy i braku zajęć (Gielas 2004). Umiejętność wykorzystywania czasu wolnego osób mieszkających w instytucjach opiekuńczych ma związek z postrzeganiem oraz oceną jakości życia w starości, co w konsekwencji może przyczynić się do wzmacniania tak pozytywnych, jak i negatywnych zachowań jednostki. Należy zauważyć, iż teoretycznie podopieczny może uczestniczyć w ciekawych oraz dobrze zorganizowanych zajęciach w placówce, a jednocześnie może mieć poczucie niezadowolenia i uważać, że owe zajęcia nie wnoszą do jego życia niczego kreatywnego lub pożytecznego (Halicki 2009).

Z rozmów z pracownikami placówki wynika, że w instytucjach opiekuńczych palącym problemem jest brak zainteresowania seniorów organizowanymi zajęciami oraz niechęć do udziału w nich. Pracownicy widzą zależność pomiędzy poczuciem nudy a powstawaniem sytuacji konfliktowych. Podopieczni dysponujący nadmiarem czasu wolnego próbują zapełnić ten czas, a jednocześnie zwrócić na siebie uwagę, wywołując konflikty. Z obserwacji jednego z pracowników wynika, że każda osoba wywołująca sytuacje przemocowe ma zbyt dużo wolnego czasu. Inna osoba zatrudniona w instytucji widzi także zależność pomiędzy porą roku a częstotliwością powstawania konfliktów. Zdecydowanie częściej dochodzi do takich zdarzeń zimą aniżeli wiosną i latem ze względu na to, że mieszkańcy więcej czasu spędzają w ośrodku, w swoich pokojach, nie mają się czym zająć i zwyczajnie się nudzą.

Żaden z badanych mieszkańców nie wskazał wprost, iż trapi go poczucie nudy, ale jednocześnie prawie wszyscy respondenci stwierdzili, że nie mają hobby, któremu poświęcaliby każdą wolną chwilę. Dlatego też wydaje się, iż w tym przypadku należy wziąć pod uwagę opinie personelu, według których są mieszkańcy marnotrawiący swój wolny czas, nudzący się, co ma związek z wywoływaniem „sztucznych" problemów.

Kolejnym problemem w warunkach instytucjonalnych jest konieczność wspólnego zamieszkiwania osób nie tylko pod jednym dachem, ale, co bardziej istotne, w jednym pokoju. Podopieczni zajmujący wspólny pokój to osoby, które pochodzą z różnych środowisk, mają różne potrzeby i przyzwyczajenia. Takie warunki nie sprzyjają poczuciu intymności, niezależności, wolności, przeciwnie – mogą sprzyjać powstawaniu konfliktów. Nie jest możliwe, aby DPS mógł zapewnić każdemu mieszkańcowi samodzielny pokój. Zresztą niektóre osoby wolą mieszkać z kimś, aniżeli samotnie. W jednej z badanych placówek najwięcej było pokoi trzyosobowych, natomiast w dwóch pozostałych instytucjach przeważały dwuosobowe.

Kluczową kwestią w tym przypadku jest poznanie odpowiedzi na pytanie, czy podopieczny, z którym prowadzono wywiad, dobrze czuje się w towarzystwie osoby, z którą dzieli pokój? Czy gdyby zachodziła potrzeba zamiany współmieszkańca na kogoś innego, to czy byłaby taka możliwość? Zdaniem personelu konflikty rodzą się w pierwszej kolejności w pokojach, a dopiero później pomiędzy osobami zamieszkującymi inne pokoje. Dlatego też najważniejsze stają się relacje osób wspólnie egzystujących. Dopiero na kolejnym etapie stają się ważne także kontakty mieszkańca placówki z innymi podopiecznymi. Wprawdzie połowa podopiecznych swoje relacje ze współmieszkańcem z pokoju ocenia jako dobre, jednak niektórzy tłumaczą

to koniecznością, bo trzeba zaakceptować nową sytuację i w niej się jakoś odnaleźć. Dlatego niektóre osoby „dobrze się czują, bo muszą się dobrze czuć". Jednak 7 osób oceniło swojego współmieszkańca w sposób negatywny. Podopieczni skarżyli się, iż nie mogą znaleźć z nimi wspólnego języka, mają ze sobą zły kontakt, a w skrajnych przypadkach twierdzili, że odczuwają strach przed osobą, z którą muszą dzielić pokój. Dlatego też niektórzy podopieczni twierdzili, że spokój i ukojenie znaleźli dopiero wtedy, kiedy otrzymali inny pokój.

Przejawiane postawy i zachowania mieszkańców DPS zależą nie tylko od jakości relacji z osobami zamieszkującymi w instytucji, ale także od relacji z pracownikami tam zatrudnionymi. Jak wynika z badań, na ogół mieszkańcy (39 osób) spotykają się z życzliwością ze strony pracowników instytucji. Kilka osób nie potrafiło określić stosunku pracowników do podopiecznych, ale 12 odpowiedziało, że zdarzają się zatargi i sytuacje, kiedy czują się źle traktowani. Badani podopieczni swoje skargi kierowali przede wszystkim w odniesieniu do zachowania pokojowych, pielęgniarek oraz pracowników socjalnych. Dwoje mieszkańców określiło swoje relacje z personelem jako złe.

Czynniki indywidualne

Ostatnią grupą czynników mających wpływ na pojawianie się sytuacji przemocowych są czynniki indywidualne: cechy charakteru (konfliktowość, roszczeniowość, zazdrość: szczególnie kobiet o uwagę mężczyzn, o uwagę personelu, kapelana, bezkompromisowość, brak cierpliwości), alkoholizm, niepełnosprawność, samotność oraz zmiany związane z procesem starzenia.

Często wymienianą przez personel DPS negatywną cechą badanych osób starszych jest wspomniana roszczeniowość. Wprawdzie wielu mieszkańców placówek opiekuńczych docenia starania personelu oraz pomoc udzielaną przez instytucje, jednak są osoby – szczególnie te, które mają przeszłość kryminalną oraz osoby z problem alkoholowym – które uważają, że „wszystko im się należy". Z wypowiedzi pracowników placówki wynika, że w momencie, kiedy takie osoby są zabierane z toksycznego środowiska i trafiają do domu pomocy społecznej, stają się roszczeniowe do tego stopnia, że domagają się spełnienia – jak to określono – ich zachcianek, ponieważ uważają, iż instytucja ma obowiązek zapewnienia im wszystkiego, czego sobie zażyczą. Charakterystyczną cechą osób z przeszłością kryminalną są wymagania stawiane personelowi, przy jednoczesnym niedawaniu nic z siebie; dotyczy to także respektowania zasad regulaminu instytucji.

Z relacji nie tylko personelu, ale również mieszkańców wynika jednak, iż najtrudniejszym problemem do rozwiązania w instytucjach opiekuńczych jest obecność podopiecznych nadużywających alkoholu. Z perspektywy pracowników alkoholizm mieszkańców jest jedną z głównych przyczyn sprawczych konfliktów i przemocy w domu pomocy społecznej. Prawie 2/3 (19 pracowników) wskazało, że główne czynniki wywołujące agresję w placówce to alkohol i uzależnieni od niego mieszkańcy. W dwóch placówkach obowiązuje bezwzględny zakaz spożywania i wnoszenia alkoholu na teren placówki, zaś w trzeciej jest w regulaminie zapis dotyczący kultury picia. Zatrudniony w instytucji personel podkreślał, że owa zasada jest trudna do wyegzekwowania, gdyż każdy podopieczny może ją interpretować na swój własny sposób. Słusznie zauważyła jedna z respondentek, że każdy ma inną kulturę picia: „ktoś wypije kieliszek, a ktoś inny całą butelkę i to też jest mało". Inny pracownik podkreślił, że jest niezwykle ciężko pracować z mieszkańcami, wśród których ¼ stanowią alkoholicy. W innym domu, mimo, że obowiązuje bezwzględny zakaz picia alkoholu, sytuacja wygląda podobnie. Są osoby, które piją alkohol. Reagujący na takie sytuacje personel spotyka się ze strony podopiecznych z agresją i przemocą słowną.

Personel wskazuje również inną sytuację, w której alkoholik wywołuje sytuacje przemocowe. Chodzi mianowicie o czas, kiedy podopieczni są na tzw. głodzie alkoholowym, potrzeba alkoholu nie jest zaspokojona, a jest tak duża, że wyzwala dodatkowe, negatywne emocje oraz towarzyszącą im ogromną agresję.

Z punktu widzenia podopiecznych kwestia spożywania alkoholu przez mieszkańców DPS i jego wpływu na relacje międzyludzkie nie różni się od opinii personelu. Warto przy tym wspomnieć, że 6 osób przyznało, że w przeszłości nadużywało alkoholu, z kolei 6 innych osób (5 mężczyzn i jedna kobieta) bez jakiegokolwiek zażenowania stwierdziło, że zdarza im się, nawet często, nadużywać alkoholu i przebywać w Domu Pomocy Społecznej będąc, w stanie nietrzeźwości.

Zdaniem mieszkańców alkohol znacznie wzmaga agresję. Mieszkańcy zauważają również, iż najwięcej alkoholu spożywają podopieczni poruszający się na wózkach inwalidzkich. Po spożyciu alkoholu osoby, które mają skłonność do konfliktów, stają się jeszcze bardziej roszczeniowe i konfliktowe, w szczególności pod adresem personelu. Niektórzy mieszkańcy uważają, że zarówno do przemocy słownej, jak i fizycznej dochodzi wyłącznie za sprawą alkoholu. Jedna z badanych kobiet w następujący sposób opisała swoją współmieszkankę: „Tak na trzeźwo to ona taka mendowata. Ale czasami jak wypije to lepiej schodzić jej z drogi".

Podsumowanie

W artykule skupiono się na czynnikach sprzyjających powstawaniu sytuacji przemocowych w wybranych domach pomocy społecznej województwa podlaskiego. Warto podkreślić, że przemocy doświadczają najczęściej mieszkańcy ze strony innych mieszkańców bądź personel ze strony mieszkańców. W zdecydowanej większości sprawcami są osoby uzależnione od alkoholu, często z kryminalną przeszłością.

Zdiagnozowane formy przemocy, których doświadczali najczęściej mieszkańcy, to: przemoc ekonomiczna (kradzieże, wymuszanie pieniędzy, pożyczanie i nieoddawanie pieniędzy, niszczenie mienia), agresja słowna (szczególnie pod wpływem alkoholu), przemoc fizyczna (popychanie, szturchanie, uderzanie, rzucanie w siebie przedmiotami) oraz przemoc psychiczna[1].

Personel z kolei doświadczał najczęściej agresji słownej, gróźb, nękania, szantażu oraz molestowania seksualnego (podopieczni lubią dotykać pracowników w niedozwolony sposób).

Wyniki badań pokazały, że największym problemem, z jakimi stykają się nie tylko pracownicy, ale i mieszkańcy domów pomocy społecznej, jest codzienne obcowanie z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz osobami z kryminalną przeszłością. Pozostaje więc pytanie, czy takie osoby powinny być kierowane do instytucji opiekuńczych?

Rekapitulacją zaprezentowanej pracy niech będą takie oto przemyślenia, że „…nie jest tak, iż każdy stary człowiek ma raz na zawsze utrwalony stosunek do przeżywanej starości, że zawsze reaguje identycznie na dolegliwości związane ze starzeniem się organizmu, na przeżywane chwile samotności. Podobnie jest z przemocą, którą mogą stosować zarówno «pesymiści», jak i osoby o zmiennych nastrojach”[2]. Powodów do zmiennych nastrojów osoby starsze, a szczególnie te mieszkające w instytucji opiekuńczej mają bardzo wiele. Do najważniejszych należy zaliczyć: zmianę środowiska ro-

---

[1] Warta przywołania jest relacja jednej z podopiecznych, która doświadcza takiej przemocy ze strony córki. Podopieczna nie wiedziała, że przyjeżdża do DPS na stałe, myślała, że jest to jeden z etapów leczenia. Oprócz tego córka stale wprowadza matkę w błąd, mówiąc, że bardzo chętnie zabrałaby ją do siebie, ale dyrekcja domu nie wyraża zgody na opuszczenie instytucji. Powyższy przykład pokazuje, że mieszkańcy DPS narażeni są na nadużycia i zaniedbania nie tylko ze strony współmieszkańców i personelu, ale i najbliższej rodziny.

[2] J. Kargul, *O przemocy starych ludzi wobec otoczenia*, w: *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*, red. M. Halicka, J. Halicki, K. Czykier, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010, s. 349.

dzinnego na środowisko instytucjonalne, która wynika z konieczności, a nawet wbrew woli osoby starszej, trudności adaptacyjne w nowym środowisku życiowym, a także czynniki indywidualne, spośród których cechy charakteru, sprawność lokomocyjna, a nade wszystko sam proces starzenia się i związane z nim zmiany odgrywają istotną rolę, jeśli chodzi o przyjmowane postawy i przejawiane zachowania. Osoby starsze mieszkające w instytucji opiekuńczej zostały niejako „wydarte" z dotychczasowego środowiska życiowego, a nadal chcą czuć się potrzebne, chcą mieć poczucie przynależności i znaczenia.

Trudno zachować w rodzinie i środowisku społecznym taką samą pozycję, kiedy lat szybko przybywa, kiedy człowiek traci swój dotychczasowy status społeczny i staje się emerytem, kiedy zdanie człowieka starego w tym gwałtownie zmieniającym się świecie liczy się coraz mniej. Te wszystkie zmiany sprawiają, że człowiek stary może demonstrować swoje niezadowolenie poprzez akty przemocy psychicznej w relacjach interpersonalnych. A miejscem, które sprzyja sytuacjom anomicznym, jest dom pomocy społecznej. Człowiek stary – podopieczny DPS, mając w perspektywie schyłek życia przeżywany daleko od rodziny, tęskni, czuje się osamotniony, ale żyje nadzieją, choć przeżywa też różnego rodzaju lęki, dlatego wymaga stałej obecności drugiej osoby. Jeśli spotyka się z brakiem zainteresowania ze strony rodziny, współmieszkańców i pracowników, jeśli nie może liczyć na wsparcie zgodnie z oczekiwaniami, rodzi to agresję. Nie powinien dziwić fakt, że każdy człowiek stary chciałby mieć poczucie własnej autonomii, poczucie siły i wpływu na zdarzenia, a równocześnie poczucie bezpieczeństwa.

Piśmiennictwo

Bieniasz D., Matejczuk G., Szczeblewska H., Zima-Parjaszewska M., Prawa Człowieka. Poradnik dla osób starszych, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2012, s. 56.

Błędowski P., Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002, s. 9.

Czerniawska O., Nowe drogi w andragogice i gerontologii, Wyd. Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2011, s. 165–166.

Gibbs L., Mosqueda L., Confronting Elder Mistreatment in Living-Term Care, Annales of Long-Term Care, Clinical Care and Aging 2004, 12 (4), s. 32.

Halicka M., Halicki J., Kramkowska E., Intimate Partner Violence against older Women in Europe. Raport z badań w ramach projektu Daphne III, Białystok 2010, s. 234, on-line: www.ipvow.org.

Halicka M., Halicki J., Ślusarczyk P., Przemoc w stosunku do osób starszych, [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce,

red. P. Błędowski, M. Mossakowska, A. Więcek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Poznań 2012, s. 495–509.

Halicki J., Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów, Chowanna 2009, 2 (33), s. 210.

Kargul J., O przemocy starych ludzi wobec otoczenia, [w:] Zagrożenia w starości i na jej przedpolu, red. M. Halicka, J. Halicki, K. Czykier, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010, s. 349.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm; (data dostępu: 14.02.2013).

Kosberg J.I., The Abuse of Elderly Men, Journal of Elder Abuse & Neglect 1998, 9 (3), s. 76.

Mikołajczyk B., Międzynarodowa ochrona praw osób starszych, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 52.

Oblicza przemocy wobec starszych kobiet-raport z badań, Praca Socjalna, R. XXVII 2012 (5), s. 195.

Pawełczyńska A., Wartości a przemoc, Wydawnictwo Test, Lublin 2004, s. 177.

Przemoc wobec ludzi starych. Na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim, red. M. Halicka, J. Halicki, Wyd. Temida 2, Białystok 2010, s. 354.

Szarota Z., Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych, WSP, Kraków 1998, s. 46-47.

Witzel A., The problem centered interview. Forum Qualitative Socialforschung/ Forum Qualitative Social Research (Online Journal) http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2521 (data dostępu: 15.02.2013).

Zbyrad T., Dom pomocy społecznej – wolny wybór czy konieczność?, Praca Socjalna 2010 (6), s. 47–48.

ROMA KRZYMIŃSKA-SIEMASZKO[1], RENATA KROLL-BALCERZAK [2],
KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS[1]
[1] Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Problem niedożywienia i jego ryzyka u osób w podeszłym wieku z makroregionu północno-zachodniego Polski

Wstęp

Niedożywienie to niekorzystny stan odżywienia spowodowany niedostatecznym przyjmowaniem czy też przyswajaniem składników pokarmowych oraz zwiększonymi stratami i zapotrzebowaniem wynikającymi z procesów katabolicznych (Rogulska 2010). Zaobserwowano, iż ryzyko niedożywienia rośnie wraz z wiekiem, stąd szczególną troską należałoby objąć populację osób po 65. roku życia, tym bardziej, że aktualne prognozy demograficzne prezentują wzrost udziału osób starszych w strukturze polskiego społeczeństwa. Według danych Eurostatu w 2011 roku grupa ta stanowiła 13,6% całej populacji, a w 2030 ma zwiększyć się do 23,8%, czyli niemalże się podwoi (Eurostat 2011).

Niedożywienie wśród starszych Polaków to marginalizowany problem, nie dość, że rzadko odpowiednio diagnozowany, to jeszcze rzadziej leczony. Liczba doniesień naukowych na ten temat jest wciąż niewielka, a dotychczas przeprowadzone analizy obejmują niewielkie grupy badanych, przebywające najczęściej w instytucjach opiekuńczo-leczniczych (Humańska 2009; Strugała 2012). Wydaje się, że wciąż za mało uwagi poświęca się osobom starszym ze środowiska (domowego), w którym znajdować się może wiele osób potrzebujących pomocy, również z powodu zaburzeń stanu odżywienia.

Przyczyny niedożywienia w starości

Niedożywienie w późnych latach życia ma szerokie spektrum przyczyn i często nie udaje wskazać się tej jednej kluczowej (Isaia 2011). Najczęściej to wielochorobowość, towarzyszącą temu etapowi życia, i wiążącą się z nią

wielolekowość uważa się za główne czynniki ryzyka niedożywienia. Wspomniana farmakoterapia może pogarszać apetyt, odczuwanie głodu i sytości oraz wywoływać nudności, przez co wpływa na ilość spożywanego pożywienia (Derc 2006). Z doniesień literaturowych wynika, że przyjmowanie już trzech leków dziennie znacząco pogarsza odczuwanie smaku, co w konsekwencji może przyczynić się do wystąpienia jadłowstrętu, który często prowadzi do niedożywienia (Russell 2009).

Analizując przyczyny niedożywienia w starości, należy pamiętać o roli niekorzystnych czynników socjoekonomicznych, takich jak: zła sytuacja materialna (niska emerytura/renta, nierosnący dochód), niski poziom wykształcenia czy samotność, najczęściej wskutek śmierci współmałżonka (Timpini 2011; Darnton-Hill 1992; van Rossum 2000; Bianchetti 1990).

Skutki niedożywienia w starości

Niezależnie od przyczyny, nierozpoznane i nieleczone niedożywienie wiąże się z wieloma poważnymi następstwami zdrowotnymi, do których zalicza się m.in. nasilenie związanego z wiekiem spadku masy i siły mięśniowej (tj. sarkopenii), z czym wiąże się pogorszenie ogólnej sprawności fizycznej, w tym zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego, co skutkuje zwiększoną zależnością od osób trzecich i wzrostem ryzyka instytucjonalizacji (Szczygieł 2011; Phillips 2010).

Niedożywienie w starości wywołuje również następstwa natury ekonomicznej. Osoby niedożywione gorzej reagują na leczenie i częściej pojawiają się u nich różnego rodzaju powikłania, w związku z czym potrzebują dłuższej hospitalizacji i rehabilitacji, które znamiennie zwiększają koszty terapii (Lei 2009; Correia 2003).

Diagnostyka niedożywienia w starości

Aby móc zwalczać niedożywienie w starości, przede wszystkim należy je rozpoznać. Ocenę stanu odżywienia, na którą powinny składać się: wywiad żywieniowy z analizą co najmniej 3-dniowego sposobu żywienia, wybrane pomiary antropometryczne oraz badania laboratoryjne, w przypadku osób w podeszłym wieku, zawsze należy uzupełnić badaniem za pomocą skali MNA (z ang. Mini Nutritional Assessment Questionnaire – Krótki Kwestionariusz Oceny Stanu Odżywienia), będącej uznanym na świecie narzę-

dziem całościowej oceny geriatrycznej (COG) (Krzemieniecki 2009). Użycie narzędzi COG znacząco zwiększa wykrywalność typowych dla starości zaburzeń, w tym niedożywienia i jego ryzyka, a wcześniej wykryty i zdiagnozowany problem umożliwia wcześniejsze podjęcie odpowiedniego leczenia i przynajmniej potencjalnie zwiększa szanse osoby starszej na szybszy powrót do sprawności funkcjonalnej (Wieczorowska-Tobis 2010).

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie aktualnej epidemiologii występowania niedożywienia u osób starszych z północno-zachodniego makroregionu Polski oraz analiza jego socjodemograficznych oraz zdrowotnych determinant w oparciu o dane uzyskane z wieloośrodkowego, ogólnopolskiego i multidyscyplinarnego projektu PolSenior, realizowanego w latach 2007-2011, w którym po raz pierwszy na szeroką skalę (n = 5695 osób) przebadano reprezentatywną grupę starszych Polaków.

Materiał i metoda

Analizę stanu odżywienia, z użyciem skali MNA-SF, przeprowadzono na grupie 658 osób (361 mężczyzn i 297 kobiet) w wieku od 65-104 lat, podzielonej na pięcioletnie kohorty wiekowe: 65-69 lat, 70-74 lat, 75-79 lat, 80-84 lat, 85-89 lat, 90 lat i więcej. Badani byli mieszkańcami północno-zachodniego makroregionu Polski, obejmującego województwa: wielkopolskie, lubuskie i zachodniopomorskie.

Schemat doboru badanych był procedurą losowania wielostopniowego, zaplanowanego w taki sposób, aby uzyskać reprezentatywną grupę z makroregionu północno-zachodniego. W konstrukcji próby założono równą liczbę kobiet i mężczyzn w wyznaczonych kohortach wiekowych. W związku ze zjawiskiem feminizacji starości (nadreprezentacja starszych kobiet w późnej starości – tj. w wieku 75-89 lat), założona równoliczność obu płci przyczyniła się do przeszacowania liczby mężczyzn w próbie badanej, tym większego, im starsza grupa wiekowa. Dlatego, w celu osiągnięcia reprezentatywności próby względem struktury demograficznej Polaków, konieczne było skonstruowanie wag korygujących (poststratyfikacja) (Zdrojewski 2012).

Oceny ryzyka niedożywienia dokonano w oparciu o skróconą wersję Krótkiego Kwestionariusza Oceny Stanu Odżywienia (inaczej skala MNA-SF),

uznanego na świecie narzędzia kompleksowej oceny geriatrycznej. Ocenę tę przeprowadzali ankieterzy (najczęściej były to czynne zawodowo pielęgniarki, głównie środowiskowe) w miejscu zamieszkania respondenta.

Skala MNA-SF składa się z 6 pytań, które dotyczą kwestii zmniejszenia przyjmowania pokarmów i utraty masy ciała w ciągu ostatnich trzech miesięcy, występowania ostrej choroby lub stresu w tym samym okresie, mobilności i jej ewentualnych ograniczeń, a także oceny występowania problemów neuropsychologicznych w postaci depresji czy demencji. Ostatnie pytanie wymaga określenia wskaźnika BMI, co w przypadku osób leżących zastępuje się pomiarem obwodu łydki kończyny niedominującej w jej najszerszym miejscu. Zgodnie z interpretacją skali, maksymalnie można zdobyć 14 punktów. Uzyskanie co najwyżej 7 punktów kwalifikuje badanego do grupy pacjentów niedożywionych, 8-11 punktów świadczy o ryzyku niedożywienia, zaś 12 lub więcej punktów świadczy o dobrym stanie odżywienia (Kaiser 2009).

Aby dokonać odpowiedzi na pytanie kwestionariusza dotyczące zaburzeń neuropsychologicznych, dodatkowo przeprowadzono ocenę sprawności funkcji poznawczych oraz występowania depresji.

Sprawność funkcji poznawczych oceniono przy użyciu Krótkiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (z ang. Mini-Mental State Examination – MMSE). Za brak zaburzeń poznawczych uznano wynik 28-30 punktów. Kolejno wynik w przedziale obustronnie zamkniętym, 24-27 punktów, klasyfikowano jako łagodne zaburzenia poznawcze, w przedziale 20-23 punktów jako otępienie lekkiego stopnia, 10-19 punktów jako otępienie umiarkowanego stopnia i 0-9 punktów jako otępienie głębokie (Błędowski 2011).

Do oceny występowania depresji wykorzystano 15-punktową wersję Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (z ang. Geriatric Depression Scale – GDS). Badanie za pomocą skali GDS przeprowadzono tylko u respondentów, którzy w teście MMSE zdobyli co najmniej 70% możliwych do uzyskania punktów. Pozwoliło to na wyłączenie z badania osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, mogących odpowiadać na zadane pytania w sposób przypadkowy, bez zrozumienia ich treści. Osoby, które uzyskały w skali GDS co najmniej 6 punktów, zaliczano do grupy respondentów z objawami depresyjnymi (Błędowski 2011).

Uzyskane wyniki przedstawiono w postaci średnich, odchylenia standardowego, mediany i zakresu oraz poddano analizie statystycznej przy użyciu programu STATISTICA 10.0. Normalność rozkładu zmiennych oceniono testem Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niepowiązanych zastosowano test Manna-Whitneya, a dla więcej niż dwóch – test Kruskala – Wallisa. Przyjęto $p < 0,05$ jako istotne statystycznie.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanej z wyróżnieniem parametrów socjodemograficznych oraz parametrów opisujących stan zdrowia, w podziale na płeć

Wybrane elementy charakterystyki socjodemograficznej oraz parametrów opisujących stan zdrowia przedstawiono w tabeli 1. Analizą objęto 658 osób, w tym 297 kobiet (45,14%) i 361 mężczyzn (54,86%). Respondenci z województwa wielkopolskiego stanowili 54,25% badanej grupy, z województwa zachodniopomorskiego 28,88%, a z województwa lubuskiego 16,87%. Średnia wieku (±SD) dla całej grupy wyniosła 79,1±8,6 lat (mediana: 79,0; zakres: 65,0-104,0 lat), dla grupy kobiet 78,9± 8,7 lat (mediana: 78,0; zakres: 65-104 lat), a dla grupy mężczyzn 79,2±8,6 lat (mediana: 79,0, zakres: 65-101 lat). Średnia liczba przyjmowanych dziennie leków wyniosła 5,0±3,3 preparatów (mediana: 5,0; zakres: 0,0 – 21,0). Kobiety pobierały średnio więcej leków niż mężczyźni (odpowiednio: 5,5 ± 3,2; mediana: 5,0; zakres: 0,0-21,0 oraz 4,6 ± 3,4; mediana: 4,0; zakres: 0,0-15,0; $p < 0,001$).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej z wyróżnieniem parametrów socjodemograficznych oraz parametrów opisujących stan zdrowia, w podziale na płeć. Podstawa oprocentowania: % z kolumny

Zmienna	Poziom	Mężczyźni	Kobiety
1	2	3	4
parametry socjodemograficzne			
wiek n = 658	65-69 lat n = 101	14,40%	16,50%
	70-74 lata n = 130	20,50%	18,86%
	75-79 lat n = 113	15,79%	18,86%
	80-84 lata n = 111	17,45%	16,16%
	85-89 lat n = 120	19,67%	16,50%
	90+ n = 83	12,19%	13,13%

1	2	3	4
stan cywilny n = 626	sam n = 296	28,16%	71,22%
	w związku n = 330	71,84%	28,78%
poziom wykształcenia n = 628	niższe niż podstawowe n = 82	10,32%	16,49%
	podstawowe n = 281	38,68%	52,33%
	wyższe niż podstawowe n = 265	51,00%	31,18%
miejsce zamieszkania n = 658	wieś n = 266	37,95%	43,43%
	miasto n = 392	62,05%	56,57%
struktura zamieszkania n = 616	sam n = 120	12,87%	27,74%
	z kimś n = 496	87,13%	72,26%
samoocena gospodarowania dochodami n = 591	wystarcza najwyżej na jedzenie i odzież n = 78	11,14%	15,83%
	musimy bardzo oszczędzać, by starczyło na wszystko n = 78	12,65%	13,90%
	w zasadzie wystarcza na wszystko n = 435	76,20%	70,27%
parametry charakteryzujące stan zdrowia			
niedokrwistość n=570	tak n = 105	20,90%	15,44%
	nie n = 465	79,10%	84,56%
depresja n = 625	tak n = 177	21,87%	36,17%
	nie n = 448	78,13%	63,83%

1	2	3	4
zaburzenia funkcji poznawczych n = 649	łagodne zaburzenia poznawcze n = 262	38,66%	42,47%
	otępienie lekkiego stopnia n = 112	15,97%	18,84%
	otępienie co najmniej umiarkowanego stopnia n = 57	9,52%	7,88%
	brak zaburzeń funkcji poznawczych n = 218	35,85%	30,82%
liczba przyjmowanych leków n = 649	bez leków n = 66	15,45%	3,75%
	1-4 leków n = 234	35,96%	36,18%
	5-9 leków n = 288	39,61%	50,17%
	10 i więcej leków n = 61	8,99%	9,90%

Stan odżywienia grupy badanej według skróconej wersji skali MNA

Częstość występowania niedożywienia w populacji badania PolSenior z makroregionu północno-zachodniego, po ważeniu uzyskanych wyników względem struktury demograficznej według płci i wieku, wyniosła 6,23% (90,00% kobiet i 10,00% mężczyzn), a jego ryzyko 38,16% (60,41% kobiet i u 39,59% mężczyzn).

Charakterystyka stanu odżywienia z wyróżnieniem parametrów socjodemograficznych oraz parametrów opisujących stan zdrowia

Poniżej dokonano analizy wpływu wybranych parametrów socjodemograficznych oraz parametrów opisujących stan zdrowia na częstość występowania niedożywienia, co przedstawiono w tabeli 2.

Analiza niedożywienia w zależności od płci wykazała jego ponad 2-krotnie częstsze występowanie w grupie kobiet (14,48% vs 6,65%; $p < 0,001$). Wiek okazał się czynnikiem bardzo silnie wpływającym na występowanie

analizowanych zaburzeń. Wśród osób z najstarszej kohorty wiekowej (tj. 90 lat i więcej) niedożywienie stwierdzano 5-krotnie częściej niż wśród badanych z najmłodszej kohorty wiekowej (15,66% vs 2,97%; $p < 0,001$).

W kolejnych etapach analizy oceniono częstość występowania niedożywienia w zależności od poziomu wykształcenia badanych. Zaobserwowano, iż u osób z wykształceniem wyższym niż podstawowe niedożywienie występowało 2-krotnie rzadziej niż u osób z wykształceniem niższym niż podstawowe (7,17% vs 15,85%; $p < 0,001$). Również u osób z wykształceniem podstawowym istotnie rzadziej obserwowano niedożywienie w porównaniu do osób z wykształceniem niższym niż podstawowe (11,03% vs 15,85%; $p < 0,001$).

Znaczącym czynnikiem ryzyka niedożywienia u osób po 65. roku życia był stan wolny. U osób starszych pozostających w związku małżeńskim 3-krotnie rzadziej niż u osób samotnych (kawaler/panna, również osoby owdowiałe oraz respondenci rozwiedzeni lub będący w separacji) obserwowano występowanie niedożywienia (5,15% vs 15,54%; $p < 0,001$).

Analiza niedożywienia w zależności od miejsca zamieszkania wykazała podobną częstość występowania niedożywienia wśród respondentów z terenów wiejskich i miejskich makroregionu północno-zachodniego (10,90% vs 9,69%; $p>0,05$).

Czynnikiem ryzyka występowania niedożywienia okazało się samotne zamieszkiwanie. Mieszkanie w gospodarstwie zbiorowym wiązało się z prawie 2-krotnie rzadszym występowaniem niedożywienia (8,87% vs 15,00%; $p > 0,05$).

Ważnym czynnikiem ryzyka niedożywienia był również niedostatek, przez który rozumiano takie dochody, które umożliwią najwyżej zakup żywności lub odzieży. Osoby deklarujące powyższy stan majątkowy prawie 2-krotnie częściej były niedożywione w stosunku do respondentów deklarujących dochody pozwalające na kupno wszystkiego (14,10% vs 8,97%; $p > 0,05$).

Bardzo ważnym czynnikiem niedożywienia okazała się depresja. U osób z objawami depresyjnymi częstość występowania niedożywienia była prawie 7-krotnie większa niż u respondentów niewykazujących tych objawów (23,16% vs 3,35%; $p < 0,001$).

Tabela 2. Częstość występowania niedożywienia i jego ryzyka w grupie respondentów z makroregionu północno-zachodniego z wyróżnieniem parametrów socjodemograficznych oraz parametrów opisujących stan zdrowia. Podstawa oprocentowania: % z wiersza

Zmienna	Poziom	Niedożywienie MNA-SF <=7	Ryzyko niedożywienia MNA-SF od 8-11	Dobry stan odżywienia MNA-SF od 12-14
1	2	3	4	5
parametry socjodemograficzne				
płeć n = 658	kobiety n = 297	14,48%	42,09%	43,43%
	mężczyźni n = 361	6,65%	40,17%	53,19%
wiek n = 658	65-69 lat n = 101	2,97%	29,70%	67,33%
	70-74 lata n = 130	5,38%	30,77%	63,85%
	75-79 lat n = 113	7,08%	45,13%	47,79%
	80-84 lata n = 111	8,11%	48,65%	43,24%
	85-89 lat n = 120	22,50%	37,50%	40,00%
	90+ n = 83	15,66%	60,24%	24,10%
stan cywilny n = 626	sam n = 296	15,54%	42,57%	41,89%
	w związku n = 330	5,15%	39,09%	55,76%
miejsce zamieszkania n = 658	wieś n = 266	10,90%	42,11%	46,99%
	miasto n = 392	9,69%	40,31%	50,00%
poziom wykształcenia n = 628	niższe niż podstawowe n = 82	15,85%	54,88%	29,27%
	podstawowe n = 281	11,03%	40,57%	48,40%
	wyższe niż podstawowe n = 265	7,17%	36,98%	55,85%

1	2	3	4	5
struktura zamieszkania n = 616	sam n = 120	15,00%	32,50%	52,50%
	z kimś n = 496	8,87%	42,54%	48,59%
samoocena gospodarowania dochodami n = 591	wystarcza najwyżej na jedzenie i odzież n = 78	14,10%	46,15%	39,74%
	musimy bardzo oszczędzać, by wystarczyło na wszystko n = 78	8,97%	46,15%	44,87%
	w zasadzie wystarcza na wszystko n = 435	8,28%	39,08%	52,64%
parametry charakteryzujące stan zdrowia				
niedokrwistość n = 570	tak n = 105	21,90%	45,71%	32,38%
	nie n = 465	7,31%	37,20%	55,48%
depresja n = 625	tak n = 177	23,16%	65,54%	11,30%
	nie n = 448	3,35%	31,47%	65,18%
otępienie n = 649	łagodne zaburzenia poznawcze n = 262	8,40%	40,46%	51,15%
	otępienie lekkiego stopnia n = 112	14,29%	50,00%	35,71%
	otępienie umiarkowanego stopnia n = 57	24,56%	57,89%	17,54%
	brak zaburzeń funkcji poznawczych n = 218	5,05%	32,11%	62,84%

1	2	3	4	5
liczba przyjmowanych leków n = 649	bez leków n = 66	9,17%	38,26%	52,57%
	1-4 leków n = 234	10,05%	40,96%	49,00%
	5-9 leków n = 288	11,38%	43,59%	45,04%
	10 i więcej leków n = 61	18,43%	47,00%	34,58%

Również zaburzenia funkcji poznawczych były czynnikiem bardzo silnie wpływającym na występowanie niedożywienia. Wśród respondentów bez zaburzeń poznawczych niedożywienie stwierdzano prawie 5-krotnie rzadziej niż u badanych z otępieniem co najmniej umiarkowanym (5,05% vs 24,56%; $p < 0,001$) i prawie 3-krotnie rzadziej niż u osób z otępieniem lekkim (5,05% vs 14,29%; $p < 0,001$).

Istotnym czynnikiem ryzyka niedożywienia okazała się także niedokrwistość. Wśród respondentów bez anemii niedożywienie stwierdzano 3-krotnie rzadziej niż w przypadku respondentów ze stwierdzoną niedokrwistością (7,31% vs 21,90%; $p < 0,001$).

Analizie poddano również sposób farmakoterapii badanych. U respondentów stosujących wielolekowe schematy leczenia, tj. 10 leków i więcej oraz 5-9 leków, niedożywienie stwierdzano częściej niż u badanych nieprzyjmujących żadnych leków (odpowiednio 13,11% vs 7,58%; $p > 0,05$ oraz 10,07% vs 7,58%; $p < 0,01$).

Dyskusja

Istotnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia oraz długość życia i jego jakość jest stan odżywienia (Christensen 2009). W dostępnej literaturze podkreśla się znaczenie dobrego stanu odżywienia w starości, stanowi on bowiem ważny komponent zdrowia, niezależności i jakości życia (Macintosh 2000). Mimo to niedożywienie u osób w podeszłym wieku uważa się za problem marginalizowany w geriatrii.

Częstość występowania niedożywienia, jak i jego ryzyka w badanej populacji z północno-zachodniego makroregionu Polski, po ważeniu uzyskanych wyników względem struktury demograficznej według płci i wieku,

była porównywalna do tej wyliczonej dla całego kraju (odpowiednio 7,47% i 38,94%) (Krzymińska-Siemaszko 2012).

W dostępnej literaturze podkreśla się, iż w populacji osób po 65 roku życia czynnikami ryzyka niedożywienia mogą być zarówno przyczyny socjodemograficzne, jak i zdrowotne.

W niniejszym opracowaniu wykazano ponad 2-krotnie częstsze występowanie niedożywienia w grupie kobiet niż mężczyzn. Wielu autorów wykazało, że w późnych latach życia to płeć żeńska częściej prezentuje gorszy stan odżywienia (Timpini 2011; Cuervo 2009; De La Montana 2011; Mokhber 2011; Buffa 2010). W literaturze często podkreśla się, że życie rodzinne kobiet podlega większym zmianom niż życie rodzinne mężczyzn. To kobiety znacznie częściej i szybciej stają się wdowami, a po śmierci współmałżonka bardzo często kontynuują życie w pojedynkę, prowadząc jednoosobowe gospodarstwo domowe, w związku z czym są w relatywnie gorszej sytuacji finansowej (Kaburagi 2011).

W przeprowadzonej analizie wykazano również wzrost częstości występowania niedożywienia wraz z wiekiem badanych. W analizowanej grupie najczęściej niedożywione były osoby z kohorty wiekowej 85-89 lat, a u najstarszych respondentów (90 lat i więcej) niedożywienie stwierdzono 5-krotnie częściej niż u respondentów z najmłodszej kohorty wiekowej. Na problematykę narastania częstości niedożywienia wraz z wiekiem zwracali uwagę także inni autorzy (Buffa 2010; Kaburagi 2011). Wskazują oni, iż pogorszenie stanu odżywienia wraz z wiekiem przynajmniej częściowo związane jest z nasileniem w późnej starości wielochorobowości oraz wielolekowości.

Znaczącym czynnikiem ryzyka niedożywienia u osób po 65 roku życia okazał się także stan wolny, będący najczęściej skutkiem utraty życiowego partnera. W dokonanej analizie u osób starszych pozostających w związku małżeńskim 3-krotnie rzadziej niż u osób samotnych zaobserwowano niedożywienie. W badaniu Timpini A. i wsp. kobiety niezamężne i nieżonaci mężczyźni 2-krotnie częściej byli w ryzyku niedożywienia niż osoby żyjące w małżeństwach (Timpini 2011). Uważa się, że bycie w związku małżeńskim w późnych latach życia wiąże się z lepszym funkcjonowaniem fizycznym i psychicznym. Schone B.S. i wsp. wykazali, że małżeństwo ma pozytywny wpływ na zachowania zdrowotne populacji osób starszych, a wdowy i wdowcy są bardziej narażeni na zwiększone ryzyko zachorowalności i śmiertelności (Schone 1998).

W dokonanej analizie nie zaobserwowano różnicy w częstości występowania niedożywienia w zależności od miejsca zamieszkania respondentów.

Co prawda dane z piśmiennictwa często wskazują na lepszy stan odżywienia mieszkańców miast, natomiast wydaje się, że różnica ta zaczyna się zacierać, nie tylko wskutek lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych i rozwoju opieki zdrowotnej w ośrodkach wiejskich, ale większej skłonności starszych mieszkańców wsi do korzystania z oferowanych świadczeń (Mokhber 2011; Aliabadi 2008).

Wśród czynników sprzyjających niedożywieniu znalazł się także niski poziom wykształcenia. Osoby starsze bez wykształcenia lub z wykształceniem niepełnym podstawowym ponad 2-krotnie częściej narażone były na wystąpienie niedożywienia w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym niż podstawowe. W dostępnej literaturze znaleziono prace potwierdzające niniejszą obserwację (Timpini 2011; Mokhber 2011). Autorzy wskazują, iż osoby starsze z wyższym wykształceniem znacznie częściej stosują urozmaiconą i zbilansowaną dietę, co może wynikać z większej wiedzy żywieniowej, jak również większej świadomości korzyści wypływających ze zdrowego odżywiania się (van Rossum 2000).

W niniejszym opracowaniu wykazano, że częstość niedożywienia wzrastała u osób starszych negatywnie oceniających możliwości zaspokojenia własnych potrzeb, a wspomniane trudności częściej odczuwały kobiety niż mężczyźni. Na problematykę narastania częstości niedożywienia u osób prezentujących niesatysfakcjonującą sytuację dochodową zwracają uwagę także inni autorzy (Timpini 2011; Virtuoso-Junior 2012). Uważa się, że zła sytuacja materialna, która wynika z niskich emerytur i rent, a także z już nierosnącego dochodu, uniemożliwia zakup żywności dobrej jakości i może przyczynić się do niedożywienia jakościowego. Dodatkowo może ona niejednokrotnie zmuszać do konieczności dokonania wyboru pomiędzy zakupem niezbędnych leków a żywnością. Wielokrotnie powtarzana rezygnacja z zakupu pożywienia może skutkować niedożywieniem typu ilościowego.

Poza czynnikami socjodemograficznymi czynnikami ryzyka niedożywienia mogą być także przyczyny zdrowotne. Jako pierwszą wymienia się wielochorobowość, którą uważa się za bardzo ważną determinantę stanu odżywienia, nie tylko w starości.

Z jednostek chorobowych sprzyjających niedożywieniu na pierwszym miejscu wymienić należy depresję. I tak w analizowanej grupie, u respondentów z depresją niedożywienie występowało 7-krotnie częściej niż u badanych bez objawów depresyjnych. Pogląd, że depresja predysponuje osoby w podeszłym wieku do niedożywienia, jest powszechnie akceptowany. Depresję u osób starszych bardzo często wywołuje śmierć współmałżonka. Pojawiająca się wówczas apatia, brak zainteresowania czynnościami dnia co-

dziennego, w tym odżywianiem się, a także brak apetytu najczęściej wiążą się z mniejszą konsumpcją pokarmów, spadkiem masy ciała, a tym samym wzrostem ryzyka niedożywienia (Ülger 2010).

Również zaburzenia funkcji poznawczych znacząco zwiększają ryzyko niedożywienia, co pokazały wyniki naszych badań. Podobne obserwacje poczynili autorzy innych publikacji (Isaia 2011; Timpini 2011; Miyamoto 2001). Podkreślają oni, iż zaburzenia poznawcze w znacznej mierze wpływają na utratę zdolności do samoobsługi, również w zakresie czynności związanych z odżywianiem się (przygotowywanie posiłków czy ich spożywanie). W grupie osób z zaburzeniami poznawczymi obserwuje się również zaburzenia zachowań związanych z jedzeniem, do których zalicza się m.in.: odmawianie spożycia żywności, przechowywanie pożywienia pod policzkiem, wypluwanie jedzenia czy urojenia dotyczące pożywienia, np. w związku z przekonaniem, że żywność jest trująca (Feldman 2004).

W niniejszym badaniu wykazano również, że obecność niedokrwistości sprzyja wystąpieniu niedożywienia, zwiększając to ryzyko 3-krotnie. Mitrache C. i wsp. także wykazali istotny związek pomiędzy niedożywieniem a anemią (Mitrache 2001). Niedokrwistość najczęściej traktuje się jako konsekwencję niedożywienia, spowodowaną zmniejszonym przyjmowaniem z pożywieniem żelaza i witaminy B_{12}, jak również ich zmniejszoną przyswajalnością z przewodu pokarmowego (Jurczak 2011).

Wielochorobowość w późnych latach życia pociąga za sobą wielolekowość. W dokonanej analizie zaobserwowano, że częstość występowania niedożywienia wzrastała u osób starszych stosujących wielolekowe schematy leczenia (5-9 leków oraz 10 leków i więcej). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że przyjmowaniu leków towarzyszy wiele skutków ubocznych, do których zalicza się m.in.: pogorszenie apetytu, jadłowstręt, problemy żołądkowo-jelitowe, nudności i wymioty czy też uczucie wczesnego nasycenia (Jyrkkä 2011; Jyrkkä 2012; Heuberger 2011). Wpływają one negatywnie na konsumpcję pokarmów, prowadząc do ograniczenia ich spożycia, co w konsekwencji powodować może spadek masy ciała i zwiększone ryzyko niedożywienia.

Wnioski

1. W oparciu o przesiewowy test MNA-SF niedożywienie stwierdzono u co szesnastej osoby starszej zamieszkującej północno-zachodni makroregion Polski, a jego ryzyko u ponad co trzeciego badanego.

Znaczne rozpowszechnienie niedożywienia i jego ryzyka wskazuje na potrzebę wprowadzenia w tej grupie wiekowej, rutynowej diagnostyki przesiewowej w kierunku analizowanych zaburzeń.

2. W ramach powyższej diagnostyki przesiewowej szczególną uwagę należy zwrócić na samotne, słabo wykształcone kobiety, szczególnie w później starości, deklarujące złą sytuację materialną, jak również na osoby starsze z depresją, niedokrwistością oraz zaburzeniami funkcji poznawczych. W przypadku rozpoznania tych jednostek chorobowych, przez lekarza pierwszego kontaktu rekomendowany jest skrynning niedożywienia w oparciu o kwestionariusz MNA.

Piśmiennictwo

Aliabadi M., Kimiagar M., Ghayour-Mobarhan M. et al., Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study, Asia. Pac. J. Clin. Nutr. 2008, 17(2), s. 285–289.

Bianchetti A., Rozzini R., Carabellese C. et al., Nutritional intake, socioeconomic conditions, and health status in a large elderly population, J. Am. Geriatr. Soc. 1990, 38(5), s. 521–526.

Błędowski P., Mossakowska M., Chudek J. et al., Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland. Assumptions and objectives of the PolSenior project, Experimental Gerontology 2011 (46), s. 1003–1009.

Buffa R., Floris G., Lodde M. et al., Nutritional status in the healthy longeval population from Sardinia (Italy), J. Nutr. Health Aging 2010 (14), s. 97–102.

Christensen K., Doblhammer G., Rau R., Ageing population: the challenges ahead, Lancet 2009 (374), s. 1196–1208.

Correia T.D., Waitzberg D.L., The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and cost evaluated through multivariate model analysis, Clin. Nutr. 2003, 22(3), s. 235–239.

Cuervo M., Garcia A., Ansorena D. et al., Nutritional assessment interpretation on 22,007 Spanish community-dwelling elders through the Mini Nutritional Assessment test, Public Health Nutr. 2009 (12), s. 82–90.

Darnton-Hill I., Psychosocial aspects of nutrition and aging, Nutr. Rev. 1992, 50(12), s. 476–479.

De La Montana J., Miguez M., Suitability of the short-form Mini Nutritional Assessment in free-living elderly people in the northwest of Spain, J. Nutr. Health Aging 2011 (15), s. 187–191.

Derc K., Grzymisławski M., Żywienie osób w wieku podeszłym, Postępy Żyw. Klin. 2006 (2), s. 21–24.

Eurostat 2011: Proportion of population aged 65 and over http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00028; data dostępu 10.11.2013

Feldman H., Scheltens P., Scarpini E. et al., Behavioral symptoms in mild cognitive impairment, Neurology 2004, 62(7), s. 1199–1201.
Heuberger R.A., Caudell K., Roschelle A. et al., Polypharmacy and Nutritional Status in Older Adults: A Cross-Sectional Study, Drugs Aging 2011, 28(4), s. 315–323.
Humańska M., Kędziora-Kornatowska K., Wpływ miejsca zamieszkania osób w podeszłym wieku na stan odżywiania się, Gerontol. Pol. 2009 (17), s. 126–128.
Isaia G., Rondino S., Germinara C. et al., Malnutrition in an elderly demented population living at home, Arch. Gerontol. Geriatr. 2011 (53), s. 249–251.
Jurczak I., Barylski M., Irzmański R., Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? Geriatria 2011 (5), s. 127–133.
Jyrkkä J., Enlund H., Lavikainen P. et al., Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. Pharmacoepidemiol. Drug. Saf. 2011 (20), s. 514–522.
Jyrkkä J., Mursu J., Enlund H. et al., Polypharmacy and nutritional status in elderly people. Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care 2012, 15(1), s. 1–6.
Kaburagi T., Hirasawa R., Yoshino H., Nutritional status is strong correlated with grip strenght and depresion in community-living elderly Japanese, Public Health Nutr. 2011, 14(11), s. 1893–1899.
Kaiser M.J., Bauer J.M., Ramsch C. et al., Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status, J. Nutr. Health Aging 2009, 13(9), s. 782–788.
Krzemieniecki K., Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie w onkologii – systematyczny przegląd piśmiennictwa, Gerontol. Pol. 2009 (17), s. 1–6.
Krzymińska-Siemaszko R., Analiza niedożywienia według skali MNA w badaniu PolSenior. Praca magisterska. Poznań 2012, Praca dostępna w BG Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
Lei Z., Qingyi D., Feng G. et al., Clinical study of Mini-Nutritional assessment for older Chinese inpatients, J. Nutr. Health Aging 2009, 13(10), s. 871–875.
Macintosh C., Morley J., Chapman I., The anorexia of aging. Nutrition 2000 (16), s. 983––985.
Mitrache C., Passweg J.R., Libura J. et al., Anemia: an indicator for malnutrition in the elderly, Ann. Hematol. 2001 (80), s. 295–298.
Miyamoto K., Higashino S., Mochizuki K. et al., Evaluation of weight loss in the community-dweeling elderly with dementia as assessed by eating behaviour and mental status, Asia Pac. J. Clin. Nutr. 2001, 20(1), s. 9–13.
Mokhber N., Majdi M.R, Ali-Abadi M. et al., Association beetween malnutrition and depression in elderly people in Razami Khorasan: a population based-study in Iran, Iranian J. Publ. Health 2011, 40 (2), s. 1–8.
Phillips M.B., Foley A.L., Barnard R. et al., Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review, Asia Pac. J. Clin. Nutr. 2010, 19(3), s. 440–449.
Rogulska A., Ogólne informacje o niedożywieniu, [w:] Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu, red. A. Rogulska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 9–14.
Rossum van C.T., van de Mheen H., Witteman J.C. et al., Education and nutrient intake in Dutch elderly people, The Rotterdam Study, Eur. J. Clin. Nutr. 2000, 54(2), s. 159–165.

Robertson R.G., Zmniejszenie masy ciała u osoby starszej, [w:] Geriatria, red. T. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009, s. 131–145.

Schone B.S., Weinick R.M., Health-related behaviors and the benefits of marriage for elderly persons, Gerontologist 1998, 38(5), s. 618–627.

Strugała M., Wpływ stanu odżywienia na sprawność funkcjonalną osób w wieku podeszłym. Praca doktorska, Poznań 2012, Praca dostępna w BG Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu lub w Wielkopolskiej Bibliotece Cyfrowej http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/docmetadata?id=234354&from=publication,data wejścia 10.11.2013 r.

Szczygieł B., Niedożywienie, [w:] Niedożywienie związane z chorobą, red. B. Szczygieł, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 9–23.

Timpini A., Facchi E., Cossi S. et al., Self-reported socio-economic status, social, physical and leisure activities and risk for malnutrition in late life: a cross-sectional population-based study, J. Nutr. Health Aging 2011 (15), s. 233–238.

Ülger Z., Halil M., Kalan I. et al., Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adult, Clin. Nutr. 2010 (29), s. 507–511.

Virtuoso-Junior J.S., Tribess S., Romo-Perez V. et al., Factors associated to risk of malnutrition amongst elderly women in low-income communities, Columb. Med. 2012 (43), s. 54–62.

Wieczorowska-Tobis K., Ocena pacjenta starszego, Geriatria 2010 (4), s. 247–251.

Zdrojewski T., Konarski R. Szczepański J., Metodologia i schemat doboru próby, [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 45–64.

KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS[1], DOROTA TALARSKA[2], SYLWIA KROPIŃSKA[3], AGNIESZKA DYMEK-SKOCZYŃSKA[2], SŁAWOMIR TOBIS[4], JUSTYNA MAZUREK[5], JOANNA RYMASZEWSKA[6]
[1] Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej
[2] Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
[3] Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
[4] WSWOP „Hospicjum Domowe" w Poznaniu
[5] Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY", Tarnowskie Góry
[6] Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Kwestionariusz CANE jako narzędzie do analizy zapotrzebowania na opiekę u osób starszych[1]

Wstęp

Starzenie się społeczeństw powoduje, że liczba osób starszych stale wzrasta. Dotyczy to nie tylko całej populacji osób w wieku podeszłym (czyli wszystkich tych, którzy ukończyli 65. rok życia), ale przede wszystkim najstarszych grup wiekowych (czyli subpopulacji w wieku co najmniej 75 lat). Szybszy przyrost odsetka osób najstarszych w stosunku do wszystkich seniorów nosi nazwę podwójnego starzenia. Niesie ono ze sobą określone konsekwencje – zdrowotne, społeczne i ekonomiczne (Kałuża 2010), gdyż to przede wszystkim w tej grupie mamy do czynienia z osobami niesamodzielnymi, wymagającymi opieki. W systemie opieki trzeba zatem zwrócić na nie szczególną uwagę, aby umożliwić im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku domowym. Wymaga to bowiem zdolności do samodzielnego funkcjonowania, której fundamentem jest sprawność. Umożliwia ona podejmowanie aktywności życiowych, natomiast jej upośledzenie powoduje wzrost zapotrzebowania na opiekę i wsparcie.

Zdolność do samoobsługi i zabezpieczenie własnych potrzeb umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym określane jest mianem sprawności funkcjonalnej. Jednak określanie zakresu potrzeb osób starszych, rozumianych jako zapotrzebowanie na opiekę jedynie w oparciu o zdolność do wykonywania podstawowych czynności dnia co-

[1] Praca finansowana w ramach projektu badawczego N N404 520738.

dziennego, takich jak wstanie z łóżka, ubranie się czy jedzenie, spotyka się z coraz większą krytyką (Theobald 2005). Do pomiaru zapotrzebowania na wsparcie stworzono specjalne narzędzia, których użycie pozwala również zdefiniować obszar, w obrębie którego potrzeba występuje, dostarcza dokładniejszych informacji i ułatwia zapewnienie niezbędnego wsparcia. Wskazanie problemu potencjalnego pozwala na podjęcie działań zapobiegających powikłaniom lub nasilaniu się występujących potrzeb. Potencjalnie więc zmniejsza się ryzyko niesprawności w starości, co jest podstawowym celem wszelkich działań podejmowanych wobec osób starszych. Niektóre z tych narzędzi, np. kwestionariusz EASY-Care (Philip 2013; Olde-Rikkert 2013) pozwalają na przeprowadzenie oceny przez same osoby starsze. Inne, bardziej szczegółowe wymagają udzielania odpowiedzi także przez opiekuna czy badacza, co wymusza konieczność dobrego poznania seniora. Jednym z nich jest kwestionariusz CANE (*Cambewell Assessment of Need for the Elderly*). Przeprowadzone badania z jego użyciem potwierdzają, że opieka oparta na ocenie potrzeb i identyfikacji tych niezaspokojonych bardziej przekłada się na subiektywną ocenę jakości życia niż parametry kliniczne czy socjodemograficzne (Hoe 2006; Rymaszewska 2008). Możliwość rozpoznania potrzeb, zwłaszcza tych niezaspokojonych, ma ogromne znaczenie ze względu na ich powiązanie ze stanem zdrowia i wydatkami dotyczącymi opieki zdrowotnej, co z kolei ma znaczenie dla jakości życia (Mazurek 2012). Kwestionariusz CANE opiera się na zasadzie, że rozpoznanie zapotrzebowania na pomoc oznacza potrzebę, którą należy zaspokoić przez zaplanowanie odpowiedniego wsparcia. Poza zakresem samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych – uwzględnia on również elementy innych skal, wchodzących w skład kompleksowej oceny geriatrycznej (funkcje poznawcze, mobilność). Wprowadzenie wystanadaryzowanego narzędzia do pomiaru zapotrzebowania na opiekę, jednocześnie umożliwiającego przewidywanie progresji niesprawności, może stać się podstawą do obliczania realnych kosztów opieki nad osobami niesprawnymi w wieku podeszłym, co stanowi dodatkowy argument przemawiający za kwestionariuszem CANE. Ważne jest też, że wykonanie oceny nie wymaga formalnego przygotowania; nie jest również czasochłonne; gdyż na jego wypełnienie potrzeba mniej niż 30 minut (Reynolds 2000). Co więcej, jak wykazały wcześniejsze badania, kwestionariusz CANE może być pomocny zarówno w pracy z osobami starszymi mieszkającymi w środowisku domowym (Walters 2000; Smith 2007), jak i w instytucjach opieki długoterminowej (Fahy 2001; Martin 2002; Hancock 2006).

We wcześniejszych opracowaniach szczegółowo zostały przez nas scharakteryzowane potrzeby mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS), zarówno zaspokojone, jak i niezaspokojone (Wieczorowska-Tobis 2012). Celem niniejszego opracowania było określenie potrzeb mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS), u których występują potrzeby niezaspokojone z perspektywy niezależnego badacza – po to, aby zwrócić szczególną uwagę właśnie na te osoby w przyszłości.

Metoda

Grupa badana

Do badań zakwalifikowano 100 mieszkańców domu pomocy społecznej, którzy ukończyli co najmniej 75 rok życia i wyrazili zgodę na badania osobiście lub przez swoich opiekunów. Uwzględnienie tylko osób w późnej starości (wiek 75+) podyktowane było danymi epidemiologicznymi, według których właśnie ta grupa wiekowa będzie się powiększać najintensywniej w najbliższej przyszłości, a dodatkowo to właśnie ta grupa jest głównym odbiorcą świadczeń zdrowotnych skierowanych do osób niesamodzielnych (Błędowski 2013).

Charakterystyka użytych narzędzi badawczych

U wszystkich analizowanych osób starszych przeszkolona w użyciu kwestionariusza CANE pielęgniarka (niepracująca w DPS) wykonała ocenę samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych (skala Barthel) oraz funkcji poznawczych (test Mini MentalStateExamination – MMSE według Folsteinów), czyli wystandaryzowanych narzędzi rekomendowanych w geriatrii do tych celów. Podobne wystandaryzowane narzędzie zastosowano do oceny zapotrzebowania na opiekę – kwestionariusz CANE. Analizie poddano ocenę potrzeb w perspektywie badacza.

Ocena sprawności w zakresie podstawowych funkcji życiowych
Samodzielność w zakresie podstawowych funkcji życiowych oceniono przy użyciu indeksu Barthel (Mahoney 1965). Określa ona w 100-punktowj skali zdolność osoby starszej do samoobsługi w zakresie 10 czynności (spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na fotel, chodzenie, pokonywanie

schodów, korzystanie z toalety, ubieranie/rozbieranie się, podstawowe czynności higienicznych, kąpiel, trzymanie moczu i trzymanie stolca).

Za każdą czynność badany może otrzymać:

- 0 punktów – jeśli nie jest jej w stanie wykonać samodzielnie
- 5 punktów – jeśli wymaga pomocy przy jej wykonaniu
- 10 punktów – jeśli jest w jej zakresie samodzielny.

Maksymalnie sprawni pacjenci uzyskują 100 punktów, a całkowicie uzależnieni od pomocy innych we wszystkich czynnościach życiowych – 0 punktów. Interpretacja wyników jest następująca: 86-100 pkt – stan pacjenta lekki, 21-85 pkt – stan pacjenta średnio ciężki oraz 0-20 pkt – stan pacjenta bardzo ciężki.

Ocena sprawności w zakresie funkcji poznawczych

Ocenę sprawności w zakresie funkcji poznawczych przeprowadzono przy użyciu skali MMSE (*Mini Mental State Egamination*) według Folsteinów (Folstein 1975). Skala ocenia poprawność wykonania sześciu grup zadań (orientacja w czasie i w miejscu, zapamiętywanie, uwaga i liczenie, przypominanie, funkcje językowe, praksja konstrukcyjna.

Za każde zadanie badany może otrzymać 0 punktów, gdy nie jest w stanie wykonać go poprawnie lub 1 punkt – gdy wykonuje je poprawnie. Sumaryczny wynik mieści się w zakresie 0-30 punktów. Uzyskanie 23 punktów określa się jako próg otępienia, a wyniki poniżej 10 pkt – jako otępienie ciężkie. Jednak skala MMSE nie służy do diagnozowania otępienia; jest jedynie narzędziem służącym do badań przesiewowych czyli, osoby z wynikiem w skali MMSE poniżej 24 punktów powinny mieć przeprowadzoną diagnostykę w kierunku otępienia i zdefiniowania jego przyczyn.

W analizach uwzględniono skorygowany wynik MMSE, uwzględniający tzw. korektę Mungasa (Mungas 1996) czyli wpływ na funkcje poznawcze wieku i wykształcenia. Równanie, według którego dokonuje się korekcji, wygląda następująco:

$$\textit{wynik skorygowany} = \textit{wynik MMSE} - [0{,}471 \times (\textit{lata nauki} - 12) + 0{,}31 \times (70 - \textit{wiek})].$$

Ocena zapotrzebowania na opiekę według kwestionariusza CANE

Kwestionariusz CANE jest narzędziem służącym do oceny szeroko rozumianych potrzeb pacjenta w wieku podeszłym (Orrell 2004). Poddaje się w nim ocenie 24 dziedziny, które obejmują:

1. Mieszkanie
2. Prace domowe
3. Posiłki
4. Dbanie o siebie
5. Dbanie o innych
6. Codzienne zajęcia
7. Pamięć
8. Wzrok/słuch/komunikacja
9. Mobilność/upadki
10. Zachowanie czystości (obecność nietrzymania moczu/stolca)
11. Zdrowie fizyczne
12. Leki
13. Objawy psychotyczne
14. Stres psychologiczny
15. Informacje na temat stanu zdrowia i leczenia
16. Umyślne samouszkodzenia
17. Nieumyślne samouszkodzenia
18. Przemoc/wykorzystywanie
19. Zachowanie
20. Alkohol
21. Towarzystwo/znajomi
22. Związki osobiste
23. Pieniądze/budżet
24. Zasiłki/świadczenia

W przypadku każdego ocenianego obszaru odpowiadający może udzielić jednej z czterech odpowiedzi:

- brak potrzeby,
- potrzeba zaspokojona (występowanie problemów w ocenianym obszarze, ale i otrzymywanie niezbędnego wsparcia, dzięki któremu istniejący problem jest rozwiązany),
- potrzeba niezaspokojona (występowanie problemów w ocenianym obszarze i braku niezbędnego wsparcia bez względu na przyczynę),
- brak możliwości dokonania oceny.

Zasady analizy

W oparciu o uzyskane odpowiedzi obliczono, dla każdej badanej osoby, liczbę potrzeb zaspokojonych, niezaspokojonych oraz całkowitą liczbę potrzeb, będącą sumą dwóch poprzednich.

Analizę przeprowadzono z punktu widzenia badacza jako osoby niezależnej, niezwiązanej z osobami sprawującymi bezpośrednią opiekę nad mieszkańcami DPS. Uzyskane wyniki zestawiono z danymi demograficznymi (wiek, płeć, czas pobytu w DPS) oraz wynikami sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych ocenianych według indeksu Barthel i testu MMSE (wynik skorygowany).

Wyniki przedstawiono w postaci średnich +/- SD, a dodatkowo (ze względu na brak normalności rozkładu niektórych zmiennych) podano medianę i zakres. Celem charakterystyki determinant osób posiadających potrzeby niezaspokojone wstępnie podzielono wszystkich badanych na dwie grupy:

- grupa A – badani mieszkańcy DPS, którzy nie posiadali potrzeb niezaspokojonych;
- grupa B – badani mieszkańcy DPS posiadający potrzeby niezaspokojone, w obrębie której wyróżniono:
  - podgrupę B1 – badani, u których zidentyfikowano 1 niezaspokojoną potrzebę,
  - podgrupę B2 – badani, u których zidentyfikowano więcej niż jedną niezaspokojoną potrzebę.

Porównanie wyników przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitneya – analizę wykonano niezależnie dla grup A i B oraz podgrup B1 i B2. Dla porównania liczebności podgrup osób spełniających zdefiniowane kryteria użyto testu Chi^2.Wartości $p < 0,05$ uznawano jako istotne statystycznie. W przypadku, gdy wartości p były niemniejsze niż 0,05, ale poniżej 0,10 stwierdzano istnienie tendencji nieistotnej statystycznie.

Wyniki

Charakterystykę grupy badanej zamieszczono w tabeli 1.

Wyróżnione, w zależności od istnienia bądź nie potrzeb niezaspokojonych, grupy A i B scharakteryzowano w tabeli 2A. Najczęściej identyfikowano potrzeby niezaspokojone w obszarach „Wzrok/słuch/komunikacja”

(18 mieszkańców), „Codzienne zajęcia" i „Towarzystwo znajomi" (po 17 mieszkańców) oraz „Stres psychologiczny" (16 mieszkańców). Szczegółowe porównanie wyników w skali Barthel i testu MMSE w obydwu grupach pokazuje, że w przypadku obydwu narzędzi w grupie A mało jest osób ze sprawnością nieco ograniczoną (średnie wyniki w obydwu testach); składa się ona w zdecydowanej większości z osób bardzo niespranych (niski indeks Barthel i niski wynik testu MMSE) oraz takich, których sprawność jest dobra (w grupie tej znalazły się 2 osoby z maksymalnym indeksem Barthel i wynikiem testu MMSE w zakresie normy) – rycina 1. Z kolei w grupie B przeważają osoby z wynikiem testu MMSE pomiędzy 15 i 20 pkt, z których ponad 2/3 (73%) miało indeks Barthel pomiędzy 21-85 punktów (*pacjent średnio-ciężki*).

Tabela 1. Charakterystyka analizowanych mieszkańców DPS (analizy statystyczne dotyczą porównania kobiet z mężczyznami)

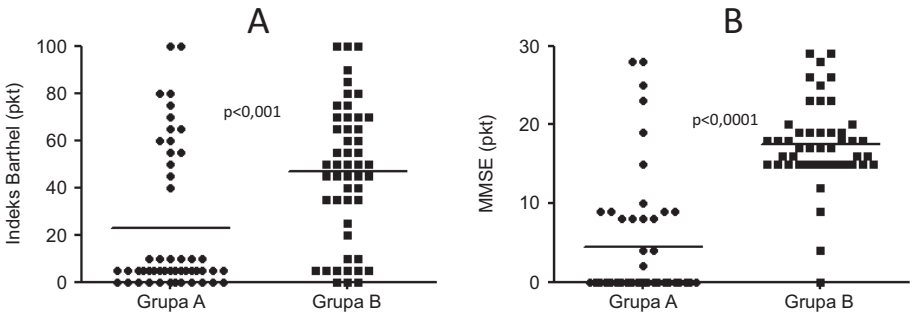
	Grupa badana	**Kobiety n = 86**	**Mężczyźni n = 14**
Wiek (lata)	83,4±6,4 mediana: 82,5 zakres: 75-99	84,1±6,4 mediana: 84 zakres: 75-99	78,8±4,3 mediana: 76 zakres: 75-88; *p<0,01*
Długość pobytu w DPS (miesiące)	46,9±52,4 mediana: 21 zakres: 3-303	50,6 ± 55,2 mediana: 23,5 zakres: 3-303	23,7 ± 19,5 mediana: 19 zakres: 6-75
Wynik w skali Barthel (pkt)	34,8±35,0 mediana: 32 zakres: 0-100	32,2 ± 31,0 mediana: 22,5 zakres: 0-100	50,7 ± 34,5 pkt, mediana: 5 pkt, zakres: 0-100; *p<0,05*
Wynik testu MMSE (pkt)	11,1 ± 9,3 mediana: 15 zakres: 0-29	10,3 ± 9,3 mediana:11 zakres: 0-29	14,9 ± 8,4 mediana:15,5 zakres: 0-29

Całkowita liczba potrzeb w grupie B była wyższa w stosunku do grupy A (11,6±2,6; mediana: 11; zakres: 5-21 oraz 7,4±1,0; mediana: 7; zakres: 6-10, $p < 0,0001$). Wynikało to nie tylko z istnienia potrzeb niezaspokojonych w tej grupie, ale i zdecydowanie większej liczby potrzeb zaspokojonych (9,8±2,2; mediana: 10; zakres: 4-15 oraz 7,4±1,0; mediana: 7; zakres: 6-10; $p < 0,0001$).

Tabela 2: Charakterystyka mieszkańców DPS z wyróżnionych grup: TABELA 2A: grupa A – badani bez potrzeb niezaspokojonych, grupa B – badani, u których zidentyfikowano potrzeby niezaspokojone; TABELA 2B: podgrupa B1 – badani, u których stwierdzono istnienie 1 potrzeby niezaspokojonej, podgrupa B2 – badani z co najmniej 2 potrzebami niezaspokojonymi (analizy statystyczne wykonano niezależnie dla grupy A i B oraz B1 i B2)

TABELA 2A			**TABELA 2B**	
Grupa A **n = 50**	***Grupa B*** **n = 50**		***Podgrupa B1*** **n = 25**	***Podgrupa B2*** **n = 25**
84,9±6,2 mediana: 84 zakres: 75-99	81,9±6,2 mediana: 80,5 zakres: 75-97 *p<0,05*	**Wiek (lata)**	80,2±5,0 mediana: 78 zakres: 75-93	83,5±6,8 mediana: 82 zakres: 75-97
44/50	42/50	**Płeć (liczba kobiet)**	21/50	21/50
29,5±37,9 mediana: 10,5 zakres: 1-156	50,6 ± 55,2 mediana: 23,5 zakres: 1-291	**Długość pobytu w DPS (miesiące)**	46,9±52,4 mediana: 21 zakres: 1-194	50,6 ± 55,2 mediana: 23,5 zakres: 1-291
22,9±30,3 mediana: 5 zakres: 0-100	46,7±28,6 mediana: 50 zakres: 0-100 *p < 0,001*	**Wynik w indeksie Barthel (pkt)**	51,4±24,9 mediana: 55 zakres: 0-100	42,0±31,2 mediana: 45 zakres: 0-100
4,5±7,7 mediana: 0 zakres: 0-28	17,4 ± 5,3 mediana: 17 zakres: 0-29	**Wynik testu MMSE (pkt)**	17,8±5,4 mediana: 17 zakres: 4-29	17,1±5,2 mediana: 16 zakres: 0-29

W przeciwieństwie do grup A i B, podgrupy wyróżnione z grupy B ze względu na liczbę potrzeb niezaspokojonych (B1 = 1 potrzeba, B2 = co najmniej 2 potrzeby) nie różniły się znacząco w zakresie żadnego z analizowanych parametrów. W podgrupie B2 średnia liczba potrzeb niezaspokojonych wynosiła 2,7±1,0 (mediana: 2); 1 z osób z tej podgrupy miała aż 6 potrzeb niezaspokojonych. Były to potrzeby w obszarach: „Codzienne zajęcia", „Wzrok/Słuch/Komunikacja", „Stres psychologiczny", „Informacje na temat stanu zdrowia i leczenia", „Towarzystwo/znajomi" oraz „Związki osobiste". W podgrupie B1 całkowita liczba potrzeb była mniejsza niż w B2 (10,8±2,5; mediana: 7; zakres: 5-15 oraz 12,5±2,5; mediana: 11; zakres: 8-21; $p < 0,05$), wynikało to jednak wyłącznie z różnicy w liczbie potrzeb niezaspokojonych, gdyż liczba potrzeb zaspokojonych w analizowanych podgrupach była porównywalna (9,8±2,5; mediana: 7; zakres: 4-14 oraz 9,8±2,0; mediana: 10; zakres: 6-15).



Rycina 1. Szczegółowe dane pokazujące wyniki indeksu Barthel (A) i testu MMSE (B) uzyskane u analizowanych mieszkańców DPS, z uwzględnieniem wyróżnionych grup (grupa A – osoby, u których badacz nie zidentyfikował potrzeb niezaspokojonych, grupa B – osoby z co najmniej jedną potrzebą niezaspokojoną w opinii badacza)

Dyskusja

Najbardziej znane opracowanie potrzeb, które stało się podstawą wielu późniejszych rozważań i jest popularne do dziś, przedstawił A.H. Maslow (Maslow 2006). Pokazał on hierarchię potrzeb z wyróżnieniem pięciu poziomów, nadając całości kształt piramidy. Podstawę stanowią potrzeby związane z fizjologicznym funkcjonowaniem, np. potrzeba oddychania, odżywiania, ruchu. Jednak w opiece zdrowotnej potrzeba najczęściej określa problem, który należy rozwiązać lub interwencję, której podjęcie ma służyć poprawie jakości świadczonych usług (Culyer 1998; Dobrzyńska 2008). Jest to więc odpowiednik zapotrzebowania na opiekę. Zgodnie z tym założeniem stworzony jest kwestionariusz CANE. Do jego zalet należy możliwość niezależnego zdefiniowania potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych. Ponieważ uważa się, że jakość życia ma związek z liczbą potrzeb niezaspokojonych, dlatego wszystkie analizowane osoby dla potrzeb niniejszego opracowania podzielono na te, które takich potrzeb nie mają oraz te, w przypadku których badacz zidentyfikował istnienie takich potrzeb.

W grupie respondentów, u których stwierdzono niezaspokojone potrzeby, znalazły się głównie osoby w stanie średnio-ciężkim według indeksu Barthel, posiadające wynik w teście MMSE 15-20 punktów. Oznacza to, że na te właśnie osoby należy zwrócić szczególną uwagę podczas planowania opieki. Istnienie u nich potrzeb niezaspokojonych z jednej strony niekorzystnie wpływa na jakość ich życia, ale z drugiej może nasilać istniejącą nie-

sprawność. Dodatkowo brak zwrócenia uwagi na niezaspokojone potrzeby jest czynnikiem potencjalnie uruchamiającym kaskady i cykle geriatryczne, w wyniku czego początkowo niewielka niesprawność może narastać i powodować znaczną zależność osób starszych od osób z otoczenia. Co ciekawe liczba potrzeb niezaspokojonych nie miała znaczenia różnicującego.

Przeprowadzone badania potwierdzają trafność i przydatność kwestionariusza CANE w planowaniu opieki nad osobami starszymi, ponieważ m.in. daje on możliwość zdefiniowania osób z ryzykiem narastania niesprawności oraz dokładnego określenia obszarów ograniczeń, w zakresie których wymagane jest wsparcie.

Piśmiennictwo

Błędowski P., Maciejarz M., Rozwój opieki długoterminowej w Polsce - stan faktyczny i rekomendacje, Now. Lek. 2013, 82(1), s. 61–69.

Culyer A., Need – is a consensus possible? Journal of MedicalEthics 1998 (24), s. 77–80.

Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A., Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – definicje, przegląd badań. Psychiatria Polska 2008 (4), s. 515–524.

Fahy M.A., Livingston G.A., The needs and mental health of older people in 24-hour care residential placements, Aging Ment. Health 2001, 5(3), s. 253–257.

Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R., Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J. Psychiatr. Res. 1975, 12(3), s. 189–198.

Hancock G., Woods B., Challis D.D., Orell M., The needs of older people with dementia in residential care, International Journal of Geriatric Psychiatry 2006 (21), s. 43–49.

Hoe J., Hancock G., Livingston G., Orrell M., Quality of life of people with dementia in residential care homes, Br. J. Psychiatry 2006 (188), s. 460–464.

Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki Społecznej, red. D. Kałuża, P. Szukalski, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2010.

Mahoney F.I., Barthel D., Functional evaluation: the Barthel Index, Maryland State Med. J. 1965 (14), s. 65–71.

Martin M., Hancock G., Richardson B. et al., An evaluation of needs in elderly continuing care settings, International Psychogeriatrics 2002 (14), s. 379–388.

Maslow A., Motywacja i osobowość, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2006, s. 62–84.

Mazurek J., Rymaszewska J., Ocena potrzeb pacjentów w podeszłym wieku na podstawie Camberwell Assessment of Need for the Elderly, Gerontol. Pol. 2012, 20(1), s. 1–7.

Mungas D., Marshall S.C., Weldon W., Haan M., Reed B.R., Age and education correction of Mini Mental State Examination for English and Spanish – speaking elderly, Neurology 1996, 46(6), s. 700–706.

Olde-Rikkert M.G., Long J.F., Philp I., Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people, Int. J. Nurs. Stud. 2013, 50(9), s. 1180–1183.

Orrell M., Hancock G.A., The Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), Gaskell, London 2004.

Philip K.E., Alizad V., Oates A. et al., Development of EASY-Care, for Brief Standardized Assessment of the Health and Care Needs of Older People; With Latest Information About Cross-National Acceptability, J. Am. Med. Dir. Assoc. 2013 [Epub ahead of print]

Reynolds T., Thornicroft G., Abas M. et al., Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): development, validity and reliability, BJ Psychiatry 2000 (176), s. 444––452.

Rymaszewska J., Kłak R., Synak A., CANE – badanie polskiej wersji narzędzia, Psychogeriatria Pol. 2008, 5(2), s. 105–113.

Smith F., Orrell M., Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? Age Ageing 2007, 36(6), s. 628–631.

Theobald H., Social Exclusion and Care for the Elderly – Theoretical Concept and Changing Realities in European Welfare States, WZB Raport nr SP I 2005-301, Berlin 2005.

Walters K., Iliffe S., Tai S.S., Orrell M., Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of need for Elderly people in primary care, Age Ageing 2000, 29(6), s. 505–510.

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., Dymek-Skoczyńska A., Charakterystyka potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych w perspektywie badacza – doświadczenia ośrodka poznańskiego, [w:] Kwestionariusz CamberwellAssessment of Need for the Elderly (CANE) jako narzędzie do oceny zapotrzebowania na opiekę przez osoby w wieku podeszłym, red. K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, Akademia Medycyny, Warszawa 2013, s. 89–101.

JOANNA PNIEWSKA[1,2], ANNA SMELKOWSKA[1,2], KRYSTYNA GÓRNA[1],
BARBARA GRABOWSKA-FUDALA[1], KRYSTYNA JARACZ[1]
[1] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Oddział Udarowy z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru nad Chorymi z Udarem Mózgu,
Szpital Wojewódzki w Poznaniu

Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską nad osobami starszymi w ostrej fazie udaru mózgu za pomocą Northwick Park Dependency Score

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) udar mózgu jest trzecią co do częstości przyczyną zgonu na świecie w populacji osób dorosłych (European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003). W ciągu pierwszego roku od wystąpienia udaru 1/3 chorych umiera, a 1/3 wymaga pomocy w czynnościach życia codziennego na skutek wystąpienia trwałego inwalidztwa (Uyttenboogaart 2007). Z badań wynika, że niespełna 1/3 pacjentów po udarze mózgu odzyskuje sprawność po zakończonym procesie terapeutycznym (Ringleb 2009). Długotrwała niepełnosprawność ma liczne skutki społeczne, takie jak pogorszenie jakości życia chorych i ich opiekunów, a także ekonomiczne, obciążając państwo kosztami związanymi ze świadczeniami socjalnymi na rzecz chorych (Smith 2004). W Polsce liczba osób dotkniętych udarem mózgu wynosi 60 000-70 000 rocznie. Zapadalność na udar wzrasta wykładniczo wraz z wiekiem. Prognozy demograficzne na najbliższe lata zakładają wzrost liczby osób powyżej 65. roku życia. Liczba mężczyzn ma się zwiększyć o 60%, a kobiet o 48%. Biorąc pod uwagę te przewidywania, należy spodziewać się wzrostu zapadalności na udar mózgu w tej populacji (Suaresz 2004). Przytoczone dane wskazują, że udar mózgu stanowi obecnie, jak i w prognozach długofalowych, poważny problem medyczny i społeczny.

Objawy udaru mózgu zależne są od typu udaru, jego rozległości i lokalizacji ogniska udarowego. Do częstych objawów zalicza się: zaburzenia ruchowe pod postacią niedowładów lub porażeń kończyn (70%-85%), zaburzenia czucia (ponad 50% chorych), zaburzenia afatyczne mowy (21%--38%), zaburzenia widzenia czy dysfagia (Pedersen 1995; Horner 1988).

Pacjent w ostrej fazie udaru z uwagi na ryzyko pogorszenia się stanu neurologicznego wymaga intensywnego nadzoru ze strony członków zespołu terapeutycznego. Często pogorszenie lub poprawa stanu klinicznego polega na dyskretnych zmianach w stanie neurologicznym i funkcjonalnym.

Obecnie do oceny stanu neurologicznego chorego z udarem mózgu stosuje się Skalę Udaru Narodowego Instytutu Zdrowia (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS; Wieseke 2008). Do oceny stanu funkcjonalnego wykorzystuje się wskaźnik Barthel (Barthel Index, BI) oraz Skalę Pomiaru Niezależności Funkcjonalnej (Functional Independence Measure, FIM). Narzędzia te oceniają zależność chorego w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (Activity of Daily Living, ADL), takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, higiena osobista, korzystanie z toalety, mycie, poruszanie się, ubieranie, wydalanie (Brott 1989). Skale te nie są jednak przystosowane do oceny niewielkich zmian w zakresie stanu funkcjonalnego. Nie uwzględniają one liczby personelu potrzebnego do zaspokojenia danej potrzeby oraz czasu przeznaczonego na daną czynność. Brak narzędzi identyfikujących te dane stwarza trudności w rzeczywistej ocenie zależności od opieki chorych w ostrej fazie udaru mózgu.

Jednym z nowszych narzędzi badawczych ukierunkowanych na dokładną, specyficzną ocenę zależności od opieki pielęgniarskiej jest Skala Oceny Zależności od Opieki Pielęgniarskiej (Northwick Park Dependency Score, NPDS), opracowana w Szpitalu Northwick Park w Wielkiej Brytanii (Lindsay 2009). Umożliwia ona identyfikację zmian o małym nasileniu w zakresie stanu funkcjonalnego chorego, liczbę osób zaangażowanych w poszczególne interwencje oraz ilość czasu niezbędną na ich realizację.

Celem pracy była ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską osób starszych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu w zakresie podstawowych potrzeb pielęgnacyjnych za pomocą Northwick Park Dependency Score (w części Potrzeby podstawowe oraz sprawdzenie mocy dyskryminacyjnej skali), czyli jej zdolności do klasyfikacji osób o różnym stopniu nasilenia udaru. W niniejszej pracy przedstawiono wyniki wstępne badań.

Materiał i metoda

Osoby badane

Badania przeprowadzono na Oddziale Udarowym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru nad Chorymi z Udarem Mózgu Szpitala Wojewódzkiego

w Poznaniu. Do badań włączono pacjentów z rozpoznanym udarem niedokrwiennym mózgu, w wieku 65 lat i starszych. Ocena stanu pacjenta prowadzona była w pierwszych 24 godzinach od rozpoczęcia hospitalizacji. Badanie prowadzone było przez pielęgniarki pracujące w oddziale, mające merytoryczne przygotowanie w zakresie prowadzonych badań.

Metody i narzędzia badawcze

Badania przeprowadzono za pomocą wystandaryzowanych narzędzi badawczych. Do oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zastosowano Skalę Oceny Zależności od Opieki Pielęgniarskiej (Northwick Park Dependency Score, NPDS). Skala ta po raz pierwszy została opublikowana w 1998 roku w Wielkiej Brytanii (Lindsay 2009). Od tego czasu przeprowadzono liczne adaptacje kulturowe w krajach europejskich (Turner-Stokes 1998; Svensson 2005). Polska adaptacja skali została opracowana przez Annę Czernuszenko i wsp. w 2011 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Do tej pory nie została ona opublikowana, a wykorzystanie narzędzia w niniejszych badaniach odbyło się we współpracy z dr Czernuszenko. Oryginalna wersja skali cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi w zakresie trafności i rzetelności (Brott 1989). Dotychczas narzędzie było wykorzystywane do oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską wśród chorych po przebytym udarze mózgu lub urazie czaszkowo-mózgowym w oddziałach rehabilitacji neurologicznej.

NPDS składa się z 21 pytań podzielonych na dwie części: Podstawowe Potrzeby Pielęgnacyjne (Basic Care Needs, BCN) i Specjalne Potrzeby Pielęgnacyjne (Special Nursing Needs, SNN). Zakres punktowy dla całej skali wynosi od 0 pkt do 100 pkt, gdzie 0 oznacza całkowitą niezależność, a 100 całkowitą zależność od opieki pielęgniarskiej. Skala zawiera cztery kategorie zależności pacjenta od opieki pielęgniarskiej: niska zależność (od 0-9 pkt), umiarkowana zależność (10-24 pkt), wysoka zależność (25-40 pkt) i bardzo wysoka zależność (powyżej 40 pkt) (Post 2002).

Część BCN dotycząca Podstawowych Potrzeb Pielęgnacyjnych składa się z 13 pytań, odnoszących się do takich obszarów funkcjonowania pacjenta jak: poruszanie się, zdolność do przemieszczania się, zdolność do utrzymania higieny osobistej (mycie się, kąpiel i korzystanie z prysznica), ubieranie się, odżywianie (jedzenie i picie), wydalanie (moczu i stolca), komunikowanie się, świadomość bezpieczeństwa i zachowanie. Każde pytanie oceniane jest według skali Likerta z zakresem punktowym 0-3 pkt, 0-4

pkt lub 0-5 pkt. Zakres dla całej podskali BCN wynosi 0-65 pkt. (Lindsay 2009).

Część SNN – Specjalne Potrzeby Pielęgnacyjne – zawiera 7 potrzeb wymagających specjalnych umiejętności ze strony pielęgniarki (np. odnośnie do pacjenta z raną wymagającą specjalistycznego opatrunku, koniecznością pielęgnacji tracheostomii, zwiększonej częstości interwencji w nocy czy prowadzeniem stałego, indywidualnego nadzoru). Podskala ta jest skalą dychotomiczną z zakresem punktów 0 lub 5. Zakres punktowy dla całej podskali wynosi 0-35 pkt (Lindsay 2009).

Do oceny stanu neurologicznego zastosowano Skalę Udarową Międzynarodowego Instytutu Zdrowia (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS). Pozwala ona na ocenę nasilenia deficytu neurologicznego na podstawie badania 15 elementów, będących elementami badania neurologicznego. Należą do nich: poziom świadomości, orientacja allopsychiczna, spełnianie poleceń, ruchy gałek ocznych, pole widzenia, porażenie nerwu twarzowego, siła mięśniowa kończyny górnej i dolnej, ataksja, czucie powierzchowne i głębokie, dyzartria, obecność afazji i reakcja na bodźce. Zakres punktowy skali wynosi od 0 do 34 pkt. Skala NIHSS zawiera cztery kategorie zaburzeń stanu neurologicznego: bez zaburzeń (0 pkt), lekkie zaburzenia (1-4 pkt), średnie (5-15 pkt), średnio ciężkie (16-20 pkt) i ciężkie (21-34 pkt); (Turner-Stokes 2006).

Analiza statystyczna

Do opisu statystycznego analizowanych cech wykorzystano: medianę, średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, liczebności i wartości procentowe. Do analiz porównawczych zastosowano test nieparametrycznej analizy wariancji Kruskalla-Wallisa, z testami porównań wielokrotnych w przypadku stwierdzenia istotności różnic, oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizy wykonano przy użyciu programu statystycznego Statistica 10.

Wyniki

W badanej grupie było 26 kobiet i 14 mężczyzn, w wieku od 67 do 100 lat (śr. 80,5±7,9 lat). Ciężkość stanu neurologicznego według skali NIHSS przedstawiono w tabeli 1. Średnia punktacja NIHSS w całej badanej grupie

wynosiła 10,8±7,8 pkt. Wykazano istotną korelację pomiędzy nasileniem objawów neurologicznych a wiekiem badanych (R = 0,45; p < 0,05).

Tabela 1. Stopień nasilenia objawów udaru mózgu

Stopień nasilenia objawów udaru mózgu	Płeć						Wiek	
	Kobiety		Mężczyźni		Razem		– X	SD
	N	%	N	%	N	%		
Lekki	3	11,5	6	42,8	9	22,5	77,3	9,7
Średni	13	50,0	6	42,8	19	47,5	78,9	5,8
Ciężki	3	11,5	2	14,4	5	12,5	83,0	6,8
Bardzo ciężki	7	27	0	0	7	17,5	87,0	8,6

Punktacja dla podskali Podstawowych Potrzeb Pielęgnacyjnych (BCN) NPDS wahała się od 2 do 48 pkt, średnia wynosiła 23,1±13,6 pkt, mediana 18,5. Najwyższą punktację uzyskano dla takich czynności jak kąpiel i korzystanie z prysznica, a najniższą dla obszarów: zachowanie, ochrona skóry i picie. Interpretacja punktowa poszczególnych dziedzin pozwala określić, ile czasu, i jaka liczba osób są niezbędne do zaspokojenia określonej potrzeby pacjenta (tabela 2).

Tabela 2. Czas i liczba osób niezbędne do zaspokojenia potrzeb

Obszary BCN	Stopień nasilenia objawów udaru wg NIHSS							
	Lekki		Średni		Ciężki		Bardzo ciężki	
	Czas	Liczba osób	Czas	Liczba osób	Czas	Liczba osób	Czas	Liczba osób
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Poruszanie się	0	0	0*	1	0	1	0	0
Przesiadanie z łóżka	0	0	0	1	0	2	0	2
Oddawanie moczu	0	0	0	0	0	0	0	0
Wypróżnianie	0	0	< ¼ h	1	> ¼ h	1	> ¼ h	1
Mycie i higiena	0	0	< ½ h	1	< ½ h	2	< ½ h	2
Kąpiel/prysznic	< ½ h	1	> ½ h	1	< ½ h	2	> ½ h	2
Ubieranie się	0	0	0	1	> ½ h	1	< ½ h	2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Jedzenie	0	0	0	1	< ½ h	1	0	1
Picie	0	0	0	1	< ½ h	1	0	1
Ochrona skóry	0	0	0	0	0	2	0	2
Bezpieczeństwo	0	0	0	0	0	1	0	2
Komunikowanie	0	0	< ¼ h	1	0	1	0	0
Zachowanie	0	0	0	0	0	1	0	0

* 0 nie oznacza, że nie poświęca się czasu na zaspokojenie danej potrzeby. W przypadku gdy jest osoba zaangażowana w daną czynność, oznacza to, że działanie to zajmuje znacznie mniej niż 15 minut. Autorzy skali nie wydzielili kryterium czasowego dla zaspokajania takich potrzeb. W przypadku gdy zarówno w rubryce dotyczącej czasu, jak i osób zaangażowanych w opiekę występują zera, oznacza to, że pacjent w danej czynności jest samodzielny lub nie ma możliwości jej zaspokojenia.

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice median BCN pomiędzy porównywanymi grupami NIHSS w zakresie wyniku ogólnego BCN oraz w 10 spośród 13 porównywanych obszarów (tabela 3, rycina 1). Analizy *post hoc* wykazały, że w większości obszarów poziom zależności od opieki pielęgniarskiej był większy w grupach z ciężkim i bardzo ciężkim udarem w porównaniu do grup z udarem lekkim i średnim.

Rycina 1. Zależność od opieki pielęgniarskiej (wynik ogólny BCN) z uwzględnieniem stopnia nasilenia udaru mózgu

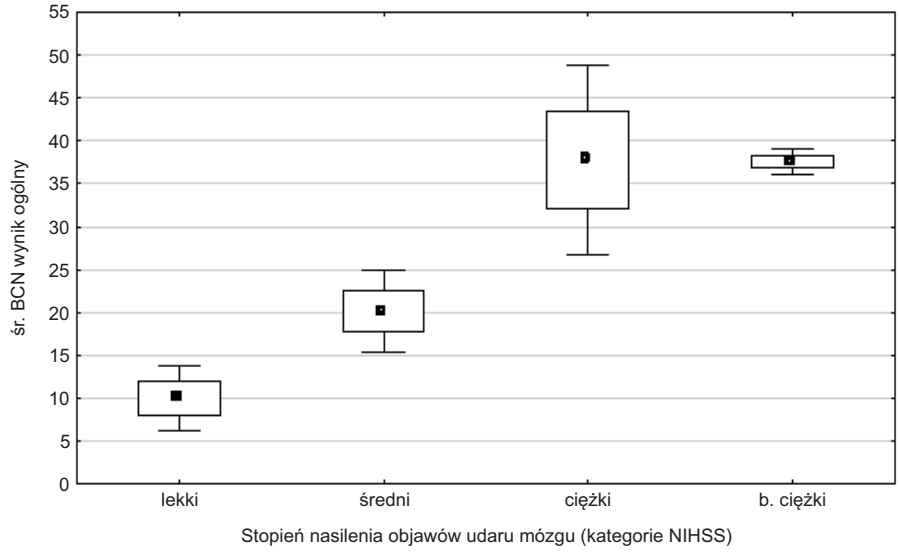


Tabela 3. Zależność od opieki pielęgniarskiej (BCN) z uwzględnieniem stopnia nasilenia objawów udaru mózgu

Obszary BCN	Możliwa punktacja	Stopień nasilenia objawów udaru wg NIHSS								p	Post hoc
		a lekki		b średni		c ciężki		d b. ciężki			
		suma rang	średnia ranga	suma rang	średnia ranga	suma rang	średnia ranga	suma rang	średnia ranga		
Poruszanie się	0-4	97,5	10,8	360,5	19,0	136,0	27,2	226,0	32,2	0,001	a, b, c <d*
Przesiadanie z łóżka	0-3	107,5	11,9	334,0	17,58	141,5	28,3	237,0	33,9	0,0003	a, b < d**
Oddawanie moczu	0-4	154,5	17,2	353,5	18,6	147,5	29,5	164,5	23,5	0,087	–
Wypróżnianie	0-5	139,0	15,4	363,0	19,1	132,0	26,4	186,0	26,6	0,143	–
Mycie i higiena	0-5	91,5	10,2	331,0	17,4	160,0	32,0	237,5	33,9	0,000	a, b < c, d
Kąpiel/prysznic	0-5	106,0	11,8	341,0	17,9	138,5	27,7	234,5	33,5	0,0004	a, b < c, d
Ubieranie się	0-5	106,0	11,8	328,0	17,2	148,0	29,6	238,0	34,0	0,0001	a, b < c, d
Jedzenie	0-3	136,5	15,2	426,5	22,4	173,5	34,7	83,5	11,9	0,001	a, b, d < c
Picie	0-3	115,5	12,8	451,0	23,7	160,0	32,0	93,5	13,4	0,002	a, b, d < c
Ochrona skóry	0-5	99,0	11,0	326,5	17,2	157,5	31,5	237,0	33,8	0,001	a,b < c,d
Bezpieczeństwo	0-3	87,5	9,7	372,0	19,6	139,5	27,9	221,0	31,6	0,005	a < c, d
Komunikowanie	0-5	107,0	11,9	325,5	17,1	141,5	28,3	246,0	35,1	0,000	a, b < d
Zachowanie	0-5	135,0	15,0	441,0	23,2	117,0	23,4	127,0	18,1	0,112	–
BCN ogółem	0-5	82,5	9,2	351,5	18,5	163,0	32,6	223,0	31,9	0,001	a, b < c, d

* Symbole grup znajdujące się po jednej stronie (lewej lub prawe) znaku nierówności są jednorodne.
** Nieobecność któregoś z symboli oznacza, że grupa reprezentowana przez ten symbol nie różniła się od żadnej z pozostałych.

Dyskusja

Ponad połowa badanych chorych prezentowała lekki i średni poziom zaburzeń neurologicznych według skali NIHSS. Średni wynik skali BCN oceniającej zależność od opieki pielęgniarskiej w zakresie podstawowych potrzeb wynosił 23 pkt. Oznacza to, że przeciętne zapotrzebowanie badanych chorych na opiekę pielęgniarską w zakresie podstawowym było umiarkowane. Różniło się ono jednak w zależności od stopnia nasilenia udaru mózgu. Wyniki te są zgodne z wcześniejszymi badaniami i potwierdzają moc dyskryminacyjną skali BCN (Brott 1989).

Im cięższy stan neurologiczny tym wykonanie danej czynności wymagało więcej czasu oraz liczby osób zaangażowanych. Chorzy w ciężkim stanie neurologicznym przy myciu i higienie osobistej oraz ubieraniu się najczęściej wymagali pomocy dwóch osób w czasie poniżej 30 minut, przy kąpieli wymagali pomocy dwóch osób w czasie powyżej 30 minut, natomiast przy zmianie pozycji ciała (skóra niezmieniona, bez przerwania ciągłości) również wymagali pomocy dwóch osób. Stan ten spowodowany był znacznym niedowładem kończyn tych chorych. Ze względu na afazję lub zaburzenia świadomości brak było efektywnych metod porozumiewania się z chorymi. Badani wymagali również nieustannego nadzoru ze strony personelu. Wynikało to z konieczności intensywnej obserwacji stanu klinicznego ze względu na możliwość jego pogorszenia i wystąpienia powikłań (Sieger 2010).

Pacjenci w średnim stanie neurologicznym w większości wymagali pomocy przy myciu i higienie osobistej jednej osoby w czasie poniżej 30 minut, przy kąpieli pomocy jednej osoby w czasie powyżej 30 minut, a przy ubieraniu się konieczna była minimalna pomoc jednej osoby. Badani wymagali przypominania o konieczności samodzielnej zmiany pozycji ciała. Potrafili komunikować swoje podstawowe potrzeby przy użyciu niewielkiej pomocy w postaci tablicy z piktogramami. Średni stan neurologiczny chorych w porównaniu do grupy w ciężkim stanie neurologicznym cechował się mniejszym niedowładem kończyn i mniejszymi zburzeniami mowy. Nieco inna sytuacja wystąpiła w obszarze związanym z przyjmowaniem posiłków (jedzenie i picie). Badani w średnim stanie wymagali większej pomocy niż grupa chorych w cięższym stanie neurologicznym. Sytuacja ta wynikała z faktu, że chorzy w ciężkim stanie neurologicznym w większości byli karmieni przy użyciu zgłębnika nosowo-żołądkowego lub przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG). Trudności w przyjmowaniu pokarmu i płynów u pacjentów z udarem mózgu wynikały z zaburzeń świadomości lub dysfagii. Szacuje

się, że zaburzenia połykania dotyczą od 40% do 70% chorych w ostrej fazie udaru mózgu (Sieger 2010; Ringelstein 2013). Pielęgniarka w zależności od deficytu ruchowego i nasilenia dysfagii nadzoruje, pomaga lub karmi chorego, stosując przerwy między poszczególnymi porcjami posiłku (Gordon 1987). W konsekwencji karmienie doustne wymagało większej ilości czasu poświęconej choremu. W badaniu chorzy karmieni doustnie wymagali zaangażowania jednej osoby i większej ilości czasu niż w przypadku chorych karmionych za pomocą zgłębnika/PEG.

Warto również podkreślić, że omawiana skala była dotychczas oceniana jedynie w kontekście wartości psychometrycznych względem skali Barthel. Brak jest natomiast w literaturze badań analizujących stan funkcjonalny chorych z użyciem skali NPDS, szczególnie w odniesieniu do jej poszczególnych obszarów. Powyższa praca jest pierwszą próbą analizy oceny zależności od opieki pielęgniarskiej chorych w ostrej fazie udaru mózgu. Ponieważ analiza miała charakter wstępny i obejmowała tylko jedną część skali, wyłaniające się z niej wnioski należy traktować z ostrożnością.

Wnioski

1. Zastosowanie skali Northwick Park Dependency Score u chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu umożliwia wszechstronną i bardzo dokładną ocenę stanu czynnościowego pacjenta. Skala ta jest prostym i łatwym w użyciu narzędziem do zastosowania w warunkach intensywnej pracy oddziału udarowego.
2. Korelacja stopnia zależności od opieki pielęgniarskiej, oszacowanego za pomocą NPDS z wynikami skali NIHSS potwierdza zdolność skali do rozróżniania chorych z różnym stopniem nasilenia udaru mózgu, czyli jej własności dyskryminacyjne.

Piśmiennictwo

Brott T., Adams H.P., Olinger C.P. et al., Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale, Stroke 1989 (20), s. 864–870.

European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003, Cerebrovasc. Dis. 2003 (16), s. 311–327.

Gordon C., Hewer R.L., Wade D.T., Dysphagia in acute stroke, BMJ (Clin. Res. Ed.) 1987 (295), s. 411–414.

Horner J., Massey E.W., Silent aspiration following stroke, Neurology 1988 (38), s. 317––319.

Lindsay G., Langhorne P., Weir C., Categorizing stroke prognosis using different stroke scales, Stroke 2009 (40), s. 3396–3399.

Pedersen P.M., Jorgensen H.S., Nakayama H. et al., Ahpasia in acute stoke: incidence, determinants and recovery, Ann. Neurol. 1995 (38), s. 659–666.

Post M., Visser-Meily J., Measuring nursing needs of stroke patients in clinical rehabilitation: a comparison of validity and sensitivity to change between the Northwick Park Dependency Score and Barthel Index, Clin. Rehabil. 2002 (16), s. 182–189.

Ringelstein E.B., Chamorro A., Kaste M. et al., European Stroke Organisation Recommendations to Establish a Stroke Unit and Stroke Center, Stroke 2013, s. 29.

Ringleb P.A. i wsp., Postępowanie w udarze niedokrwiennym mózgu i przemijającym napadzie niedokrwienia mózgu, Wytyczne European Stroke Organization 2008, Medycyna Praktyczna, wydanie specjalne 2009, s. 10–15.

Sieger R.J., Turner-Stokes L., Psychometric evaluation of the Northwick Park Dependency Scale, J. Rehabil. Med. 2010 (42), s. 936–943.

Smith L.N., Norrie J., Kerr S.M., Lawrence M., Langhorne P., Lees K.R., Impact and influences on caregiver outcomes at one year post-stroke, Cerebrovasc. Dis. 2004 (18), s. 145–153.

Suaresz J.I., Zaidiat O.O., Suri M.F. et al., Lengh of stay and mortality in neurocritically ill patients: impact of a specialized neurocritical care team. Crit. Care Med. 2004 (32), 2311–2317.

Svensson S., Sonn U., Sunnerhagen S., Reliability and validity of the Northwick Park Dependency Score (NPDS) Swedish version 6.0, Clin. Rehabil. 2005 (19), s. 419–425.

Turner-Stokes L., Paul S., Williams H., Efficiency of specialist rehabilitation in reducing dependency and cost of continuing care for adults with complex acquired brain injuries, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2006 (77), s. 634–639.

Turner-Stokes L., Tonge P., Nyein K., The Northwick Park Dependency Score (NPDS): a measure of nursing dependency in rehabilitation, Clin. Rehabil. 1998 (12), s. 304––318.

Uyttenboogaart M., Luijckx G.J., Vroomen P. et al., Measuring disability in stroke: relationship between the modified Rankin scale and the Barthel index, J. Neurol. 2007 (254), s. 1113–117.

Wieseke A., Bantz D., Siktberg L. et al., Assessment and Early Diagnosis of Dysphagia, Geriatric Nursing 2008, 29 (6), s. 376–383.

DOROTA ŁOJKO[1], WIKTOR PAŁYS[1], SYLWIA ŁUKASIK[2], KRYSTYNA GÓRNA[3], ALEKSANDRA SUWALSKA[1]
[1] Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
[2] Instytut Antropologii, Wydział Biologii, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu
[3] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Funkcjonowanie poznawcze mieszkańców terenów wiejskich Wielkopolski – wpływ wieku i stanu zdrowia[1]

Zgodnie z prognozami GUS w Polsce liczba osób w wieku 65+ zwiększy się z 5,1 mln w 2010 roku (13 proc. populacji) do 8,35 mln w 2035 roku (1/4 populacji) (Barcikowska 2006). Dane statystyczne dla Polski są szczególnie niekorzystne ze względu na niski przyrost naturalny. Według wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w roku 2013 liczba ludności Polski wyniosła ok. 38 507 tys. osób, czyli była o ponad 27 tys. mniejsza niż rok wcześniej. Współczynnik urodzeń obniżył się o 0,5 pkt, do poziomu 9,5‰, a prognozowany przyrost naturalny w roku 2013 według GUS będzie ujemny i wyniesie 18,4 tysiąca (GUS 2013). Jednocześnie wydłuża się średnia życia, a tym samym rośnie populacja ludzi starszych. W ciągu ostatnich 20 lat średnia życia Polaka wydłużyła o 6,5 roku i Polki o 5,8 lat, a zatem polskie kobiety żyją średnio 80 lat, natomiast mężczyźni – 73 lata (Barcikowska 2006). Starzenie się społeczeństwa będzie miało bezpośrednie skutki finansowe dla systemu finansów publicznych w postaci wzrostu kosztów opieki zdrowotnej i opieki nad ludźmi starszymi. Starsi, dłużej żyjący seniorzy, to więcej osób chorych (potrzebny sprawnie działający system opieki zdrowotnej), wymagających pomocy lub wręcz wymagających stałej, całodobowej opieki (systemy opieki domowej i instytucjonalnej). W związku ze wzrostem zainteresowania różnorodnymi aspektami (medycznymi, psychologicznymi, socjoekonomicznymi) starzenia się jednostki, populacji czy społeczeństw, już od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku zaczęto prowadzić badania nad starzeniem (*aging studies*). Obejmują on różne aspekty, prowadzone są przekrojowo lub longitudinalnie, wśród różnych grup wie-

[1] Praca finansowana z grantu NCN nr NN 402 407 539 oraz międzynarodowego projektu badawczego DEDIPAC KH.

kowych, np. badania populacji powyżej 55. roku życia w Stanach Zjednoczonych (Kovar 1989), w Japonii (Japan Nihon University Japanese Longitudinal Study of Aging; www.usc.edu/dept/gero/CBPH/nujlsoa) i polski projekt PolSenior (Mossakowska 2012; Błędowski 2011). Ze starzeniem się populacji wiąże się narastanie ilości problemów zdrowotnych, wzrasta również odsetek osób z zaburzeniami funkcji poznawczych oraz z pełnoobjawowym zespołem otępiennym. Częstość otępienia wzrasta z wiekiem – jedna osoba na osiem w wieku ponad 65 lat i prawie połowa populacji po 85. roku życia w Stanach Zjednoczonych cierpi z powodu choroby Alzheimera (Alzheimers' Association 2012). Wyniki polskich badań epidemiologicznych wskazują na podobne jak w innych krajach rozpowszechnienie otępienia, (Gabryelewicz 1999), uważa się jednak, że rozpoznanych jest jedynie kilkanaście procent ogółu przypadków otępienia (Barcikowska 2006). Otępienie jest postępującą, chroniczną i jak na razie nieuleczalną chorobą, stąd ważne jest ustalenie czynników ryzyka związanych z pogorszeniem funkcji poznawczych i rozwojem otępienia. Ustalenia takie mogą pomóc pacjentom w działaniach prewencyjnych albo w opóźnianiu rozwoju choroby. Starszy wiek to także rozwijające się już latami (czasami nawet dekady) wcześniej starzenie się organizmu (narządowe) i choroby somatyczne, tzw. cywilizacyjne: nadciśnienie tętnicze, otyłość i jej konsekwencje, cukrzyca i inne (Wieczorowska-Tobis 2008). Wszystkie te choroby wiązać się mogą ze zmianami zwyrodnieniowymi mózgu i pogorszeniem jego funkcjonowania (Opala 2004). Otępienie jest jednym z ważniejszych problemów z powodu konieczności organizowania długotrwałej opieki czy też programów pomocy dla opiekunów. Zapobieganie i jak najwcześniejsze leczenie owych chorób cywilizacyjnych może zmniejszyć zachorowania na otępienie albo zmodyfikować (spowolnić postęp, złagodzić nasilenie objawów) przebieg otępienia.

Cel badania

Celem pracy była ocena funkcji poznawczych w zależności od stanu zdrowia osób starszych zamieszkujących tereny wiejskie Wielkopolski.

Osoby badane i metoda

Grupę badaną stanowili pacjenci zgłaszający się do wiejskiej praktyki lekarza rodzinnego na terenie Wielkopolski. Do badania włączono 112 osób: 76

kobiet i 36 mężczyzn. Po uzyskaniu świadomej zgody od pacjentów dokonano oceny stanu somatycznego i funkcji poznawczych. U badanych wykonano: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar glikemii, pomiary masy i wysokości ciała, obwodu pasa i bioder. Wyliczono wskaźnik BMI (Body Mass Index) – iloraz masy do kwadratu wzrostu wyrażonego w metrach, oraz wskaźnik WHR (WHR – Waist/Hip Ratio, stosunek obwodu pasa do obwodu bioder). Dane socjodemograficzne i informacje na temat zdrowia: leczonych i przebytych chorób zbierano przy zastosowaniu ustrukturyzowanego kwestionariusza. Następnie pacjenci poddani byli ocenie funkcji poznawczych przy użyciu MMSE (Mini Mental State Examination) oraz wybranych testów z baterii CANTAB® i tradycyjnych testów papier – ołówek. W celu uwzględnienia wpływu nastroju na wyniki testów poznawczych każdego badanego poproszono o wypełnienie kwestionariusza objawów depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory). Wykluczono osoby z wcześniej ustalonym rozpoznaniem: otępienia, przewlekłych chorób neurologicznych (np. choroby Parkinsona), osoby po przebytym udarze, osoby uzależnione od środków psychoaktywnych oraz z upośledzeniem słuchu i/lub wzroku uniemożliwiającym udział w badaniu.

Zastosowane metody

MMSE (ang. Mini–Mental State Examination) – Krótka Skala do Oceny Stanu Psychicznego pacjentów, oceniająca orientację, pamięć, uwagę i liczenie. Wynik 27 i więcej punktów (maksymalnie 30) punktów wskazuje na prawidłowe funkcje poznawcze (Folstein 1975).

Skala depresji Becka (ang. Beck Depression Inventory, BDI) – skala stosowana w diagnostyce depresji, składa się z 21 pytań odzwierciedlających nasilenie objawów, punktowanych od 0 do 3 punktów. Nasilenie depresji określa suma punktów (Beck 1961).

The Trail Making Test (TMT) – Test Łączenia Punktów składa się z dwóch części (TMT a oraz TMT b), jest bardzo czuły na dysfunkcje mózgu. Część a testu bada psychomotoryczną prędkość, wyniki części b odzwierciedlają zdolność osoby badanej do zmiany strategii. TMT służy też do oceny funkcji wykonawczych i przestrzennej pamięci wzrokowej. Mierzy się czas wykonania, a wyniki podawane są w sekundach (Goul 1970, Sanchez-Cubillo 2009).

Test Stroopa jest metodą służącą do oceny sprawności funkcji wykonawczych i zdolności przestawienia się na nowe, wcześniej niestosowane kryte-

rium reakcji. W części a badany ma za zadanie przeczytać napisane czarną czcionką nazwy kolorów, natomiast w części b słowa, które są nazwami kolorów, są wydrukowane różnymi (odmiennymi) kolorami czcionki i badany ma nazwać kolor czcionki, jakim napisane jest słowo, ignorując jego znaczenie. Ocenia się czas realizacji zadania i liczbę błędów. (Tomaszewska 2010).

W niniejszej pracy wykorzystano wybrane testy z baterii CANTAB (Cambridge Automated Neuropsychological Test Battery). Dokładne omówienie testów i ich wykonania znajduje się w innej pracy autorów (Suwalska 2013) oraz na stronie www.camcog.com.

PAL (Paired Associate Learning test) – Test Uczenia się Metodą Kojarzenia w Pary, bada pamięć przestrzenną i uczenie się; jako wynik podawanych jest ponad 20 różnych zmiennych, w naszym badaniu analizowana była ogólna liczba błędów (PAL Total errors) oraz liczba błędów dla 6 kształtów (PAL total errors 6 shapes).

PRM (Pattern Recognition Memory test) – Test Pamięci Rozpoznawania Przestrzennego bada rozpoznawanie wzorca przez pamięć wzrokową; wynik podawany w procentach prawidłowych odpowiedzi (PRM % correct).

SRM (Spatial Recognition Memory test) – Test Przestrzennej Pamięci Wzrokowej jest stosowany z powyższym testem PRM; wynik podawany w procentach prawidłowych odpowiedzi (SRM % correct).

Stockings of Cambridge (SOC), (Stockings of Cambridge Planning Task) – Test Wzrokowo-Przestrzennej Kontroli Poznawczej to test planowania wzrokowo-przestrzennego oparty na zadaniu Wież Londyńskich (Tower of London task), w którym ocenia się szybkość (speed) myślenia i myślenie koncepcyjne. Podajemy: średni czas myślenia początkowego (5 ruchów), średni czas myślenia w trakcie zadania (5 ruchów) (SOC mean subsequent thinkig time 5 moves = SOC mean s. thinking time 5 m.) oraz problemy rozwiązane w minimalnej liczbie ruchów (SOC problem solved), (Shallice 1982).

SSP (Spatial Span test) –Test Pamięć Przestrzennej służy do oceny przestrzennej pamięci krótkotrwałej. Test mierzy pamięć sekwencji lokalizacji prezentowanych na ekranie (Owen, Downes i wsp. 1990). Uważa się, że zadania wymagające powtarzania wprost oceniają utrzymywanie/przechowywanie (maintenance), podczas gdy zadania mierzące innego typu odtwarzanie mierzą przestrzenną pamięć operacyjną, jako że wymagają zarówno utrzymywania, jak i manipulacji (np. zmiany kolejności) informacji. Wynik podajemy jako SSP Span length – długość najdłuższej sekwencji odtworzonej przez badanego (Owen 2000).

SWM (Spatial Working Memory) (Owen 1990) (Bedard 2004). Jest to Test Przestrzennej Pamięci Operacyjnej, który mierzy zdolność ciągłego

aktualizowania/odświeżania informacji dotyczących lokalizacji przestrzennych w pamięci operacyjnej, przechowywania informacji i manipulowania nimi w pamięci operacyjnej. Wykonanie testu ocenia się zgodnie z wykładnikami popełnionych błędów, które oznaczają niepowodzenie procesu aktualizowania informacji (wynik: SWM BSE – between search errors), ocenia się również zdolność zastosowania strategii poszukiwania (SWM strategy). Stanowi czuły wskaźnik czynności płatów czołowych i zaburzeń czynności wykonawczych.

Statystyka. Obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego Statistica PL (Stat Soft). Otrzymane wyniki podano w postaci średniej ± odchylenie standardowe. Porównania pomiędzy grupami przeprowadzono przy zastosowaniu testu t Studenta dla prób niezależnych. Do oceny zależności pomiędzy badanymi zmiennymi użyto współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Przy wnioskowaniu statystycznym przyjęto graniczny poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W badanej grupie osób starszych mieszkających na wsi zgłaszających się do lekarza rodzinnego dokonano oceny funkcji poznawczych i pomiarów parametrów somatycznych. Badanych podzielono na dwie podgrupy: 56 starszych (wiek 65 i więcej lat, średnio 73,1 ± 6,0) oraz 56 młodszych (wiek poniżej 65 lat, średnio 50,4 ± 12,9 lat). W porównaniu grupy osób starszych z młodszymi obserwowano tendencję do większego nasilenia depresji w starszej grupie ($p = 0,052$), osoby starsze były istotnie gorzej wykształcone (średnio mniej lat wykształcenia), miały gorsze wyniki w teście MMSE – średnio poniżej granicy uznawanej za normę (25,3 ± 3,6) oraz uzyskały statystycznie istotnie gorsze wyniki w prawie wszystkich pomiarach funkcji poznawczych. W testach komputerowych oraz z wykorzystaniem metod papier – ołówek osoby starsze uzyskały gorsze wyniki w pomiarach funkcji wykonawczych, uwagi, pamięci (tabela 1). Natomiast zastosowanie strategii w teście SWM oraz planowanie mierzone testem SOC nie różniły się istotnie między grupami.

Osoby badane starsze i młodsze nie różniły się istotnie w zakresie masy ciała, choć młodsze były wyższe ($p = 0,002$) i miały mniejszy obwód bioder ($p = 0,024$). Jednak po przeliczeniu wskaźnika BMI oraz wskaźnika WHR istotnych różnic między grupami nie stwierdzono (tabela 2).

Tabela 1. Wiek, wykształcenie oraz wyniki BDI i testów poznawczych (średnia ± odchylenie standardowe) w grupie osób starszych i młodszych. Objaśnienia użytych skrótów nazw wykonywanych testów podano w tekście.

	Starsi badani (N = 56)	**Młodsi badani (N = 56)**	**p**
Wiek [lata]	73,1 ± 6,0	50,4±12,9	0,000
Wykształcenie [lata]	7,4 ± 2,6	11,3 ± 2,8	0,000
BDI	10,0 ± 6,5	7,7 ± 5,7	0,052
MMSE	25,3 ± 3,6	27,1 ± 3,2	0,022
TMT A [sek]	93,1 ± 55,5	38,8 ± 29,4	0,000
TMT B [sek]	179,6 ± 63,8	103,4 ± 61,8	0,000
Test Stroopa A (czas) [sek]	42,3 ± 32,4	27,8 ± 18,7	0,007
Test Stroopa A (liczba błędów)	0,1 ± 0,4	0,1 ± 0,2	0,661
Test Stroopa B (czas) [sek]	111,1 ± 59,4	71,7 ± 39,6	0,000
Test Stroopa B (liczba błędów)	5,5 ± 9,1	2,4 ± 3,9	0,028
PAL (ogólna liczba błędów)	49,8 ± 41,9	29,7 ± 33,2	0,010
PAL (liczba błędów dla 6 kształtów)	15,3 ± 14,2	9,3 ± 10,7	0,020
PRM (% prawidłowych odpowiedzi)	68,2 ± 15,8	80,6 ± 12,7	0,000
SRM (% prawidłowych odpowiedzi)	67,9 ± 13,5	75,1 ± 13,4	0,009
SOC – średni czas myślenia początkowego	8188,4 ± 7171,4	8018,1 ± 5856,6	0,899
SOC – średni czas myślenia w trakcie zadania – 5 ruchów	6530,4 ± 4549,3	4706,1 ± 8573,4	0,220
SOC – problemy rozwiązane w minimalnej liczbie ruchów	6,7 ± 2,6	7,5 ± 1,8	0,065
SSP (długość najdłuższej sekwencji)	4,1 ± 0,9	4,9 ± 1,0	0,000
SWM (BSE)	65,3 ± 14,0	51,2 ± 19,5	0,000
SWM (Strategia)	38,7 ± 6,3	37,3 ± 3,7	0,169

Tabela 2. Wyniki pomiarów (średnia ± odchylenie standardowe) tętna, ciśnienia tętniczego (RR) oraz wskaźników BMI i WHR w grupie starszych i młodszych pacjentów.

	Starsi badani (N = 56)	**Młodsi badani (N = 56)**	**p**
Tętno (liczba uderzeń/min)	71,21 ± 11,91	69,21 ± 11,83	0,579
RR skurczowe (mmHg)	147,69 ± 18,60	132,57 ± 15,72	0,007
RR rozkurczowe (mmHg)	81,84 ± 11,37	81,07 ± 8,33	0,814
BMI	29,85 ± 4,84	27,88 ± 4,91	0,060
WHR	0,92 ± 0,08	0,93 ± 0,13	0,728

W porównaniu uzyskanych wyników w pomiarach funkcji poznawczych u kobiet i mężczyzn stwierdzono, że jakkolwiek w obu grupach zachowane były stwierdzane między grupami wiekowymi różnice w liczbie lat wykształcenia (p = 0,001), to prawie wszystkie różnice w pomiarach funkcji poznawczych wystąpiły tylko między młodszymi i starszymi kobietami, a nie stwierdzono ich pomiędzy starszymi i młodszymi mężczyznami. Dodatkowo istotnie statystycznie większe nasilenie objawów depresji stwierdzono u starszych kobiet, a nie było różnicy w wynikach BDI między mężczyznami (tabela 3).

Tabela 3. Porównanie wyników (średnia ± odchylenie standardowe) testów neuropsychologicznych pomiędzy starszymi i młodszymi badanymi przy uwzględnieniu podziału ze względu na płeć. Objaśnienia użytych skrótów nazw wykonywanych testów – w tekście.

	Kobiety (n = 76)		**Mężczyźni (n = 36)**	
	Starsze (N = 38)	**Młodsze (N = 38)**	**Starsi (N = 18)**	**Młodsi (n = 18)**
1	2	3	4	5
Wiek [lata]	73,3 ± 5,7	48,7 ± 11,9[1]	72,7 ± 6,8	54,2 ± 14,5[4]
Wykształcenie [lata]	7,0 ± 2,5	11,4 ± 2,8[1]	8,2 ± 2,6	11,1 ± 2,9[5]
BECK	11,3 ± 7,1	7,8 ± 5,5[3]	7,2 ± 3,8	7,5 ± 6,3
MMSE	24,9 ± 3,2	28,3 ± 1,8[1]	26,1 ± 4,4	25,0 ± 4,0
TMT a [sek]	86,8 ± 44,6	31,9 ± 13,0[1]	106,8 ± 73,6	54,1 ± 46,2[6]
TMT b [sek]	181,2 ± 72,3	91,0 ± 55,1[1]	175,9 ± 42,2	130,6 ± 68,8
Test Stroopa A (czas) [sek]	38,0 ± 19,2	23,71 ± 4,36[1]	51,0 ± 49,3	37,3 ± 32,2
Test Stroopa A (liczba błędów)	0,1 ± 0,5	0,1 ± 0,1	0,0 ± 0,0	0,1 ± 0,4
Test Stroopa B (czas) [sek]	103,0 ± 62,3	62,7 ± 22,2[2]	129,3 ± 49,4	92,7 ± 60,1
Test Stroopa B (liczba błędów)	6,69 ± 10,63	1,7 ± 3,5[3]	2,9 ± 2,8	4,2 ± 4,6
PAL (ogólna liczba błędów)	45,4 ± 40,0	24,1 ± 24,4[2]	61,1 ± 46,5	42,8 ± 46,1
PAL (liczba błędów dla 6 kształtów)	14,1 ± 12,6	7,8 ± 8,2[3]	18,5 ± 18,2	12,9 ± 14,5
PRM (% prawidłowych odpowiedzi)	69,6 ± 16,5	83,0 ± 9,5[1]	64,6 ± 13,8	75,5 ± 17,1
SRM (% prawidłowych odpowiedzi)	67,1 ± 14,6	76,8 ± 12,9[2]	70,0 ± 10,9	71,5 ± 14,2
SOC – średni czas myślenia początkowego	7493,5 ± 7613,9	6735,6 ± 5086,3	9867,5 ± 5924,9	10984,1 ± 6585,9
SOC – średni czas myślenia w trakcie zadania – 5 ruchów	5803,9 ± 4254,2	2929,1 ± 2927,4[2]	8286,2 ± 4943,2	8815,4 ± 14437,6

1	2	3	4	5
SOC – problemy rozwiązane w minimalnej liczbie ruchów	6,8 ± 2,3	7,5 ± 1,7	6,3 ± 3,3	7,2 ± 2,0
SSP (długość najdłuższej sekwencji)	3,9 ± 0,9	4,9 ± 1,1[1]	4,6 ± 0,9	4,9 ± 0,9
SWM (BSE)	67,4 ± 10,5	50,0 ± 20,4[1]	60,4 ± 19,7	53,6 ± 17,7
SWM (Strategia)	39,6 ± 2,6	37,5 ± 3,8[3]	36,6 ± 10,8	36,7 ± 3,5

[1] – p < 0,001 różnica pomiędzy wynikami starszych i młodszych kobiet
[2] – p < 0,01 różnica pomiędzy wynikami starszych i młodszych kobiet
[3] – p< 0,05 różnica pomiędzy wynikami starszych i młodszych kobiet
[4] – p < 0,001 różnica pomiędzy wynikami starszych i młodszych mężczyzn
[5] – p < 0,01 różnica pomiędzy wynikami starszych i młodszych mężczyzn
[6] – p< 0,05 różnica pomiędzy wynikami starszych i młodszych mężczyzn

W grupie badanych przeprowadzono porównania wyników w testach funkcji poznawczych dla osób z depresją, nadciśnieniem, cukrzycą i bez tych chorób oraz przeprowadzono porównanie w podgrupach według masy ciała (prawidłowa masa ciała, nadwaga, otyłość).

Wśród osób badanych identyfikowano na podstawie kwestionariusza BDI 26 osób z objawami depresji. Osoby bez objawów depresji miały średnio 60,2 lata, a te z objawami depresji były istotnie starsze (68,6 lat, p = 0,0107). W grupie pacjentów z depresją w porównaniu z osobami bez zaburzeń nastroju stwierdzono istotnie gorsze wyniki testów oceniających sprawność pamięci przestrzennej (SRM, SSP) i uwagę (test Stroopa), gorszy był też wynik w ogólnym badaniu MMSE dla pacjentów z objawami depresji – średnio wyniósł 24,7 ± 2,9 punktów i był numerycznie gorszy od średniego wyniku dla populacji osób starszych (25,3 ± 3,6 punktów) (tabela 4).

Tabela 4. Porównanie wyników (średnia ± odchylenie standardowe) testów neuropsychologicznych u badanych z depresją i bez depresji. Objaśnienia użytych skrótów nazw wykonywanych testów w tekście.

	Badani z depresją N = 26	**Badani bez depresji N = 86**	**p**
1	2	3	4
Wiek [lat]	68,6 ± 10,6	60,2 ± 15,2	0,0107
MMSE	24,7 ± 2,9	26,4 ± 3,6	0,0391
TMT a [sek]	81,1 ± 53,5	62,7 ± 51,7	0,1290

1	2	3	4
TMT b [sek]	146,4 ± 65,4	132,7 ± 75,8	0,4826
Test Stroopa A (czas) [sek]	32,6 ± 11,7	36,6 ± 31,3	0,5352
Test Stroopa A (liczba błędów)	0,1 ± 0,6	0,1 ± 0,2	0,5046
Test Stroopa B (czas) [sek]	89,8 ± 49,7	92,2 ± 56,4	0,8493
Test Stroopa B (liczba błędów)	8,3 ± 12,7	2,7 ± 3,2	0,0006
PAL (ogólna liczba błędów)	49,7 ± 49,8	35,0 ± 33,0	0,1118
PAL (liczba błędów dla 6 kształtów)	14,9 ± 15,5	11,0 ± 11,1	0,2002
PRM (% prawidłowych odpowiedzi)	72,9 ± 14,3	75,1 ± 16,1	0,5598
SRM (% prawidłowych odpowiedzi)	64,1 ± 14,7	73,6 ± 13,0	0,0043
SOC – czas myślenia początkowego	8725,9±7387,3	7916,3±6257,8	0,6247
SOC – czas myślenia w trakcie zadania – 5 ruchów	6769,6 ± 5712,0	5209,9 ± 7591,3	0,3965
SOC – problemy rozwiązane w minimalnej liczbie ruchów	6,7 ± 2,2	7,2 ± 2,3	0,3567
SSP (długość najdłuższej sekwencji)	3,9 ± 0,9	4,7 ± 1,0	0,0024
SWM (BSE)	62,8 ± 15,3	56,9 ± 18,9	0,1883
SWM (Strategia)	38,5 ± 2,9	37,9 ± 5,6	0,6545

W tabeli 5 przedstawiono wyniki testów dla badanych z nadciśnieniem i bez nadciśnienia. Osoby z nadciśnieniem wykonały gorzej zadanie łączenia punktów testu TMT w wersji b (gorsza sprawność funkcji wykonawczych i przestrzennej pamięci wzrokowej) oraz testy SRM, SSP i SWM. U tych pacjentów istotnie gorsze są przestrzenna pamięć operacyjna oraz pamięć przestrzenna wzrokowa. Zauważyliśmy też, że osoby z nadciśnieniem istotnie więcej ważyły – średnio 83,4 kg niż pacjenci bez nadciśnienia – średnio 75,7 kg, ale nie było różnic w zakresie tętna, ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.

Porównanie między osobami z cukrzycą i bez cukrzycy w badanej grupie przedstawia tabela 6. Parametry somatyczne: tętno, ciśnienie (RR) skurczowe i rozkurczowe nie różniły się, ale osoby z cukrzycą ważyły więcej ($p = 0,0098$). Istotnie gorsze były wyniki w testach oceniających pamięć wzrokową przestrzenną, uczenia się (PAL, PRM, SRM) oraz funkcje wykonawcze (test Stroopa). W przeprowadzonym porównaniu wyników testów

czynności poznawczych u badanych z otyłością, nadwagą i prawidłową masą ciała i nie stwierdzono istotnych różnic wykonania testów kognitywnych pomiędzy pacjentami otyłymi, z nadwagą i prawidłową masą ciała.

Tabela 5. Porównanie wyników (średnia ± odchylenie standardowe) testów kognitywnych u badanych z nadciśnieniem i bez nadciśnienia. Objaśnienia użytych skrótów nazw wykonywanych testów podano w tekście.

	Badani z nadciśnieniem (N = 46)	**Badani bez nadciśnienia (N = 66)**	**p**
MMSE	26,0 ± 2,9	26,0 ± 4,1	0,9762
TMT a [sek]	69,7 ± 39,6	63,1 ± 60,2	0,5185
TMT b [sek]	160,8 ± 65,6	112,2 ± 72,2	0,0012
Test Stroopa A (czas) [sek]	32,4 ± 9,4	37,5 ± 35,3	0,3388
Test Stroopa A (liczba błędów)	0,1 ± 0,5	0,1 ± 0,2	0,7597
Test Stroopa B (czas) [sek]	96,0 ± 41,1	87,7 ± 61,9	0,4386
Test Stroopa B (liczba błędów)	4,9 ± 7,6	3,3 ± 6,8	0,2374
PAL (ogólna liczba błędów)	43,9 ± 39,6	35,0 ± 39,1	0,2692
PAL (liczba błędów dla 6 kształtów)	13,9 ± 13,6	10,8 ± 12,5	0,2423
PRM (% prawidłowych odpowiedzi)	74,6 ± 12,9	75,5 ± 17,4	0,7488
SRM (% prawidłowych odpowiedzi)	66,9 ± 14,5	76,0 ± 12,0	0,0007
SOC – czas myślenia początkowego	8525,9 ± 7329,3	8011,2 ± 5852,9	0,6999
SOC – czas myślenia w trakcie zadania – 5 ruchów	6782,0 ± 8519,3	4410,7 ± 5453,4	0,0976
SOC – problemy rozwiązane w minimalnej liczbie ruchów	6,9 ± 1,9	7,4 ± 2,5	0,2778
SSP (długość najdłuższej sekwencji)	4,3 ± 0,9	4,8 ± 1,2	0,0137
SWM (BSE)	61,8 ± 14,4	53,0 ± 21,2	0,0193
SWM (Strategia)	38,6 ± 3,1	37,2 ± 6,1	0,1840

Tabela 6. Porównanie wyników (średnia ± odchylenie standardowe) testów kognitywnych oraz wybranych parametrów somatycznych u badanych z cukrzycą i bez cukrzycy. Objaśnienia użytych skrótów nazw wykonywanych testów podano w tekście.

	Badani z cukrzycą (N = 16)	**Badani bez cukrzycy (N = 94)**	**p**
MMSE	26,5 ± 3,1	25,9 ± 3,6	0,5441
TMT a [sek]	88,6 ± 76,3	61,7 ± 45,4	0,0500
TMT b [sek]	147,9 ± 57,8	132,2 ± 75,6	0,4647
Test Stroopa A (czas) [sek]	42,4 ± 52,1	34,0 ± 19,8	0,2453
Test Stroopa A (liczba błędów)	0,0 ± 0,0	0,1 ± 0,4	0,3469
Test Stroopa B (czas) [sek]	122,4 ± 71,1	85,2 ± 48,0	0,0085
Test Stroopa B (liczba błędów)	6,0 ± 5,6	3,6 ± 7,4	0,2047
PAL (ogólna liczba błędów)	60,5 ± 53,4	34,9 ± 35,4	0,0196
PAL (liczba błędów dla 6 kształtów)	18,8 ± 17,9	11,0 ± 11,8	0,0312
PRM (% prawidłowych odpowiedzi)	64,4 ± 18,2	76,9 ±14,5	0,0037
SRM (% prawidłowych odpowiedzi)	63,7 ± 15,3	73,6 ± 13,1	0,0091
SOC – czas myślenia początkowego	9403,8 ± 7560,1	8042,6 ± 6350,4	0,4718
SOC – czas myślenia w trakcie zadania – 5 ruchów	5143,2 ± 4117,8	5502,5 ± 7418,6	0,8605
SOC – problemy rozwiązane w minimalnej liczbie ruchów	6,9 ± 2,4	7,2 ± 2,2	0,5505
SSP (długość najdłuższej sekwencji)	4,1 ± 1,2	4,7 ± 1,0	0,0796
SWM (BSE)	63,6 ± 13,7	55,6 ± 19,6	0,1308
SWM (Strategia)	39,7 ± 3,1	37,5 ± 5,3	0,1152
Masa ciała (kg)	88,5 ± 17,5	77,3 ± 15,1	0,0098
Tętno (liczba/min)	67,3 ± 12,8	71,5 ± 11,5	0,2519
RR skurczowe (mmHg)	146,3 ± 17,5	144,3 ± 19,4	0,7512
RR rozkurczowe (mmHg)	82,8 ± 12,6	81,4 ± 10,3	0,6962

W tabeli 7 przedstawiono współczynniki korelacji liniowej Pearsona między badanymi zmiennymi: pomiędzy wynikami testów poznawczych a parametrami somatycznymi (tętno, ciśnienie tętnicze, masa ciała, wzrost, obwody bioder i pasa, wskaźniki BMI i WHR) oraz wiekiem, nasileniem depresji i liczbą lat wykształcenia.

Tabela 7. Związek wykonania testów z czynnikami klinicznymi. Do oceny zależności pomiędzy badanymi zmiennymi użyto współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Oznaczone* współczynniki korelacji są istotne z $p < 0,05$.

	Wiek	Liczba lat wykształcenia	BDI	Tętno	Masa ciała	RR skur-czowe	RR rozkur-czowe	BMI	WHR
MMSE	-0,48*	0,44*	-0,30*	-0,15	-0,01	0,03	0,10	-0,08	-0,11
TMT a [sek]	0,58*	-0,51*	0,17	0,09	0,05	0,06	0,06	0,11	0,05
TMT b [sek]	0,63*	-0,51*	0,11	-0,04	0,13	0,34*	0,24	0,17	0,19
Test Stroopa A (czas) [sek]	0,32*	-0,29*	-0,00	0,02	0,04	-0,04	-0,01	0,06	0,05
Test Stroopa A (liczba błędów)	0,09	-0,11	0,29*	0,18	-0,01	-0,01	0,15	0,04	0,12
Test Stroopa B (czas) [sek]	0,48*	-0,22*	-0,06	-0,03	0,16	0,11	0,01	0,17	0,18
Test Stroopa B (liczba błędów)	0,26*	-0,19	0,44*	0,19	0,00	-0,05	0,13	0,06	0,15
PAL (ogólna liczba błędów)	0,38*	-0,30*	0,24*	-0,23	0,06	-0,03	-0,23	0,03	0,08
PAL (liczba błędów dla 6 kształtów)	0,35*	-0,29*	0,21*	-0,20	0,10	0,01	-0,21	0,09	0,14
PRM (% prawidłowych odpowiedzi)	-0,41*	0,36*	-0,12	-0,05	-0,13	-0,03	0,17	-0,09	-0,01
SRM (% prawidłowych odpowiedzi)	-0,43*	0,39*	-0,34*	0,00	-0,05	0,16	0,12	-0,07	-0,17
SOC – czas myślenia początkowego	0,05	0,24	0,04	-0,01	0,13	0,06	0,26	0,06	-0,03
SOC – czas myślenia w trakcie zadania – 5 ruchów	0,24*	-0,17	0,14	-0,08	-0,04	-0,01	-0,04	-0,09	0,17
SOC – problemy rozwiązane w minimalnej liczbie ruchów	-0,28*	0,28*	-0,20*	0,07	0,10	0,19	0,09	0,12	-0,02
SSP (długość najdłuższej sekwencji)	-0,46*	0,37*	-0,31*	-0,09	0,15	0,00	0,02	-0,02	-0,02
SWM (BSE)	0,46*	-0,40*	0,23*	-0,09	-0,17	0,05	-0,04	-0,05	0,15
SWM (Strategia)	0,09	-0,18	0,06	-0,05	-0,00	0,11	-0,07	0,14	0,02

Stwierdzono istotną zależność między wynikami testów poznawczych a wiekiem osób badanych w prawie wszystkich testach. Im osoba była starsza, tym wynik w Krótkiej skali oceny stanu psychicznego (MMSE) był gorszy. Dodatnie wartości współczynników korelacji w testach TMT i TS wskazują na gorsze funkcje wykonawcze i przestrzennej pamięci wzrokowej u starszych badanych. Wyniki testów PRM, SRM, SSP i SOC, które oceniają pamięć przestrzenną i planowanie przestrzenne, wskazują na zależność z wiekiem pogorszenia tych funkcji (procent prawidłowych odpowiedzi malał z wiekiem w testach PRM, SRM, zmniejszała się ilość rozwiązanych problemów w SOC, wydłużał się czas myślenia w trakcie rozwiązywania testu SOC, sekwencja odtworzona w teście SSP była coraz krótsza). Nie stwierdzono zależności z wiekiem rezultatu oceniającego zastosowaną w zadaniu SWM strategię. Analiza zależności wyników testu MMSE pokazuje, że osoby z większą liczbą lat wykształcenia uzyskiwały lepsze wyniki ($p = 0,44$). Stwierdzono też zależność miedzy większą liczbą lat wykształcenia i lepszymi wynikami w testach oceniających pamięć przestrzenną i wzrokową (PRM, SRM, SSP). Ocena stosowanej strategii w teście SOC nie miała istotnego związku również z wykształceniem. Osoby z większym nasileniem depresji w BDI miały niższy wynik w ogólnej skali MMSE ($p = -0,30$) oraz gorsze rezultaty w testach oceniających pamięć przestrzenną: PRM, SRM, SSP. Z nasileniem depresji nie korelowały rezultaty strategii testu SWM oraz testu SOC – średni czas myślenia początkowego i SOC – średni czas myślenia w trakcie zadania. Większe nasilenie depresji wiązało się jednak z istotnie mniejszą liczbą rozwiązanych problemów w SOC. Nie stwierdziliśmy istotnych klinicznie zależności między pomiarami ciśnienia, tętna, masy ciała i wzrostu a funkcjonowaniem poznawczym badanej grupy.

Dyskusja

W starzejącym się społeczeństwie coraz większą wagę przykłada się do wczesnej diagnozy i efektywnego leczenia osób starszych. W naszej pracy badaliśmy pacjentów, mieszkańców wsi na terenach zachodniej Polski, zgłaszających się (z różnych powodów) do lekarza rodzinnego, celem oceny u starszych osób funkcjonowania poznawczego. W naszym badaniu wykorzystaliśmy znaną i używaną na całym świecie baterię testów neuropsychologicznych CANTAB. Z tego, co nam wiadomo, było to pierwsze takie badanie z wykorzystaniem baterii CANTAB wykonane w Polsce, w którym oceniono tak szeroko funkcje poznawcze i dokonano próby identyfikacji

czynników wpływających te funkcje wśród starszych mieszkańców wsi. Analizy stanu zdrowia starzejącego się społeczeństwa wskazują na różnorodne czynniki związane z funkcjonowaniem poznawczym.

W opublikowanej w 2013 r. pracy Haringa B. i wsp. stwierdzono pogorszenie wyników w testach neurokognitywnych u kobiet z nadciśnieniem i cukrzycą. Były to badania prospektywne, którymi objęto 6,5 tysiąca kobiet po menozpauzie (Haring 2013).

W prowadzonych przez nas badaniach stwierdziliśmy zależności między chorobami somatycznymi a poszczególnymi funkcjami neurokognitywnymi: gorsza pamięć operacyjna oraz wzrokowa pamięć przestrzenna została stwierdzona u starszych badanych z nadciśnieniem tętniczym, podobnie jak u innych autorów (Birns 2009)

W grupie badanych z nadciśnieniem uzyskano gorsze wyniki w teście TMT b w porównaniu do osób bez nadciśnienia. Nieprawidłowy wynik TMT b również opisali w grupie kobiet z nadciśnieniem Yasar i wsp. (Yasar 2011). Przeprowadzili 9-letnią obserwację w grupie 337 kobiet bez cech otępienia w wieku powyżej 70 lat w ramach Women's Health and Aging Study II. Wyniki sugerowały, że zwiększone ciśnienie skurczowe u starszych kobiet zwiększa ryzyko zaburzeń poznawczych. Uczestniczki z ciśnieniem skurczowym ≥160 mmHg (milimetrów słupa rtęci) wykazywały większą częstość zaburzeń TMT b w porównaniu z osobami z normalnym ciśnieniem skurczowym. Nadciśnienie tętnicze jest (odwracalnym) czynnikiem ryzyka tzw. łagodnych zaburzeń poznawczych, a potem otępienia, stąd istotne jest wczesne rozpoznawanie i leczenie (Gorelick 2011). Pogorszenie funkcjonowania poznawczego u osób z cukrzycą tłumaczone jest bezpośrednim uszkodzeniem naczyń krwionośnych mózgu i samych neuronów wskutek hiperglikemii i hipoglikemii (Whitmer 2009). W naszym badaniu osoby z cukrzycą również uzyskały istotnie gorsze wyniki w testach neurokognitywnych oceniających pamięć wzrokową przestrzenną, uczenie się oraz funkcje wykonawcze. Podobnie w czasie 12-letniej obserwacji osoby z cukrzycą typu 2 wykazywały większe obniżenie czynności poznawczych – szczególnie w zakresie przetwarzania informacji i czynności wykonawczych – w porównaniu z osobami bez cukrzycy (Spauwen 2013). W pracy Haringa B. i wsp. (Haring 2013) stwierdzano zależność między pogorszeniem funkcji poznawczych u starszych osób a występowaniem cukrzycy i nadciśnienia, ale podobnie jak w naszych badaniach nie stwierdzono takiej zależności z otyłością. W wielu jednak badaniach zależność między pogorszeniem funkcji poznawczych a otyłością została potwierdzona (Beydoun 2008). Niektórzy tłumaczą te różnice w wynikach wpływem wielu czynni-

ków zakłócających (być może nawet nieznanych), których uwzględnienie mogłoby pozwolić sprecyzować owe zależności (Wolf 2007). Wyższy wskaźnik masy ciała (BMI) w momencie włączenia do badania, niezależnie od płci i innych czynników, stanowiły czynniki ryzyka pogorszenia czynności poznawczych w czasie 7-letniej obserwacji grupy osób powyżej 77 roku życia (Gallucci 2013). Również objawy depresyjne wiążą się z ryzykiem pogorszenia czynności poznawczych. Verdelho A. i wsp. (Verdelho 2013) badali wpływ długotrwałych objawów depresyjnych na czynności poznawcze starszych osób mieszkających samodzielnie. Badaniami objęto grupę 639 osób (średni wiek 74,1 ± 5, liczba lat wykształcenia średnio 9,6 ± 3,8). Objawy depresyjne stanowiły niezależny czynnik predykcyjny zaburzeń poznawczych (otępienia i zaburzeń niespełniających kryteriów otępienia) w czasie obserwacji, niezależnie od wpływu zmian istoty białej, zmian płata skroniowego, wieku, poziomu wykształcenia i ogólnego funkcjonowania poznawczego w momencie włączenia do badania. W opinii autorów objawy depresyjne są przejawem subtelnej dysfunkcji organicznej. Podobnie autorzy holenderscy stwierdzili, że objawy depresyjne zwiększają ryzyko rozwoju otępienia u starszych osób w badaniu, w którym oceniali związek objawów depresyjnych i wystąpienie otępienia w okresie 3, 6 i 9 lat po badaniu wstępnym (Kohler 2011). Nawet u naszych badanych, u których nasilenie objawów depresji w kwestionariuszu BDI nie było duże, stwierdzono gorsze wyniki w zakresie uwagi i pamięci przestrzennej. W badaniach podnosi się wieloczynnikowe, addytywne oddziaływania związane z pogorszeniem funkcjonowania poznawczego (Rasmussen 2006). Osoby z depresją częściej chorują na cukrzycę, a wystąpienie jednocześnie tych dwóch chorób u jednej osoby znacząco zwiększa istotnie ryzyko otępienia. Takie osoby z dwoma chorobami powinny być szczególnie uważnie monitorowane i (skutecznie) leczone w celu zmniejszenia ryzyka otępienia (Sullivan 2013). Wyniki Velestino Study (Katsiardanis 2013) wykazały, że zaburzenia czynności poznawczych (MMSE < 24) u starszych kobiet i mężczyzn wykazywały związek z wiekiem i niskim poziomem wykształcenia u kobiet oraz z objawami depresyjnymi, niskim poziomem wykształcenia i niską aktywnością społeczną u mężczyzn. W naszym badaniu stwierdziliśmy protekcyjne działanie wykształcenia (więcej lat wykształcenia korelowało z lepszymi wynikami prawie wszystkich testów neuropsychologicznych) i podobnie jak w ogólnopolskim badaniu (Mossakowska 2012), w którym przeprowadzono badanie MMSE około 5,5 tysiąca starszych Polaków, stwierdzono, że ochronnie na funkcje poznawcze działa poziom wykształcenia i aktywność umysłowa. Odmienne wnioski w wyniku prospektywnych badań uzyskano w projekcie

Maastricht Aging Study (Van Dijk 2008). Przeprowadzono je w grupie 872 osób zdrowych w wieku 49 do 81 lat, w momencie włączenia przy zastosowaniu baterii testów neuropsychologicznych, a uczestnicy byli badani trzykrotnie – przy włączeniu, po 3 i 6 latach. Wyniki badania wykazały brak istotnego wpływu wykształcenia na zmiany czynności poznawczych w procesie starzenia. Jednak w badaniu Mexican Health and Aging Study (Mejia-Arango 2011) odsetek osób z otępieniem i osób z zaburzeniami poznawczymi bez otępienia wzrastał wraz z wiekiem badanych i zmniejszał się wraz z poziomem wykształcenia, wskazując na „protekcyjny" charakter wykształcenia. W tym samym badaniu nadciśnienie, cukrzyca i depresja stanowiły czynniki ryzyka otępienia, lecz nie zaburzeń poznawczych bez otępienia, tak jak stwierdzono w naszej grupie badanej. Przeprowadzona później analiza wyników Maastricht Aging Study w większej grupie badanych (Meijer 2009) pokazała, że wykształcenie osłabia obniżenie czynności poznawczych związane z wiekiem u osób poniżej 50 roku życia.

Prawdopodobnie, jak zauważono wyżej, w procesach starzenia poznawczego mają udział jednocześnie różnorodne czynniki – choroby somatyczne, psychiczne (depresja), uzyskane wykształcenie. W 11-letniej obserwacji (Waldstein 2005) kilkuset starszych osób stwierdzono wpływ nadciśnienia tętniczego na pogorszenie czynności poznawczych, ale modulowane przez wykształcenie, wiek i skuteczne leczenie hipotensyjne. Depresja w wieku starszym nie jest często diagnozowana, a jeśli nawet, to nie jest leczona lub jest leczona nieprawidłowo (subterapeutyczne dawki leków, zbyt krótki okres leczenia). Dane z piśmiennictwa wskazują, że depresja w starszym wieku jest związana ze zwiększoną śmiertelnością. Możliwe czynniki moderujące ten związek to chorobowość w zakresie układu sercowo-naczyniowego oraz występowanie jednocześnie wielu chorób u jednej osoby. Stwierdzono, że depresja stanowiła istotny czynnik predykcyjny śmiertelności w grupie uczestników Berling Aging Study w wieku 70-84 lat (Rapp 2008). Stwierdzane upośledzenie funkcji poznawczych to gorsze funkcjonowanie społeczne, pogorszenie jakości życia, pogorszenie współpracy z lekarzem w zakresie leczenia/profilaktyki, zagrożenie otępieniem, to wiele negatywnych konsekwencji prowadzących do zmniejszenia samodzielności danej osoby, aż do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania i sytuacji, kiedy osoba wymaga już opieki. Wydaje się istotne prowadzenie już u młodszych osób profilaktyki zdrowotnej, wykorzystanie wczesnej diagnostyki i nowoczesnego leczenia. Należy podkreślić, że niesłuszne jest przypisywanie samemu wiekowi zaburzeń funkcji poznawczych i uznawanie ich za swoistą normę w populacji geriatrycznej (Mossakowska 2012).

Wnioski

W badanej grupie osoby starsze miały istotnie gorsze wyniki w badaniu funkcji wykonawczych i pamięci przestrzennej oraz uwagi. Pogorszenie funkcjonowania poznawczego wiązało się z zaburzeniami somatycznymi – cukrzycą i nadciśnieniem. W grupie badanej stwierdzono objawy depresji u 26 osób (tj. 23%) i miały one istotny wpływ na pogorszenie wykonania testów neurokognitywnych. Wydaje się istotnym w zapobieganiu deficytom poznawczym (a w dalszej perspektywie powstawaniu i rozwojowi procesów otępiennych) ścisłe monitorowanie starszych osób w zakresie chorób somatycznych i depresji oraz ich jak najwcześniejsze wykrywanie i leczenie.

Piśmiennictwo

Alzheimers' Association, Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia 2012, 8(2).

Barcikowska M., Członkowska A., Derejczyk J., Gabryelewicz T., Gębska-Kuczerwoska A., Herczyńska G. et al., Problemy zdrowia publicznego w konteście starzenia się populacji Polski. Raport, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2006, 15(3), s. 203–211.

Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J., An inventory for measuring depression, Arch. Gen. Psychiatry 1961 (4), s. 561–571.

Bedard A.C., Martinussen R., Ickowicz A., Tannock R., Methylphenidate improves visual--spatial memory in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2004, 43(3), s. 260–268.

Beydoun M.A., Beydoun H.A., Wang Y., Obesity and central obesity as risk factors for incident dementia and its subtypes: a systematic review and meta-analysis, Obes. Rev. 2008, 9(3), s. 204–218.

Birns J., Kalra L., Cognitive function and hypertension, J. Hum. Hypertens. 2009, 23(2), s. 86–96.

Błędowski P., Mossakowska M., Chudek J., Grodzicki T., Milewicz A., Szybalska A. et al., Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland: assumptions and objectives of the PolSenior project, Exp. Gerontol. 2011, 46(12), s. 1003–1009.

Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R., „Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J. Psychiatr. Res. 1975, 12(3), s. 189–198.

Gabryelewicz T., Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65–84 lat, Psychiatr. Pol. 1999, 33(3), s. 353–366.

Gallucci M., Mazzuco S., Ongaro F., Di Giorgi E., Mecocci P., Cesari M. et al., Body mass index, lifestyles, physical performance and cognitive decline: the „Treviso Longeva (TRELONG)" study, J. Nutr. Health Aging 2013, 17(4), s. 378–384.

Gorelick P.B., Scuteri A., Black S.E., Decarli C., Greenberg S.M., Iadecola C. et al., American Heart Association Stroke Council, C. o. C. N. C. o. C. R. Prevention, Interven-

tion, S. Council on Cardiovascular and Anesthesia, Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association, Stroke 2011, 42(9), s. 2672–2713.

Goul W.R., Brown M., Effects of age and intelligence on trail making test performance and validity, Percept. Mot. Skills 1970, 30(1), s. 319–326.

GUS: www.stat.gov.pl (2013).

Haring B., Leng X., Robinson J., Johnson K.C., Jackson R.D., Beyth R. et al., Cardiovascular Disease and Cognitive Decline in Postmenopausal Women: Results From the Women's Health Initiative Memory Study, J. Am. Heart Assoc. 2013, 2(6), e000369.

Katsiardanis K., Diamantaras A.A., Dessypris N., Michelakos T., Anastasiou A., Katsiardani K.P. et al., Cognitive impairment and dietary habits among elders: the Velestino Study, J. Med. Food 2013, 16(4), s. 343–350.

Kohler S., van Boxtel M., Jolles J., Verhey F., Depressive symptoms and risk for dementia: a 9-year follow-up of the Maastricht Aging Study, Am. J. Geriatr. Psychiatry 2011, 19(10), s. 902–905.

Kovar M.G., Hendershot G., Mathis E., Older people in the United States who receive help with basic activities of daily living, Am. J. Public Health 1989, 79(6), s. 778–779.

Meijer W.A., Van Boxtel M.P., Van Gerven P.W., Van Hooren S.A., Jolles J., Interaction effects of education and health status on cognitive change: a 6-year follow-up of the Maastricht Aging Study, Aging Ment. Health 2009, 13(4), s. 521–529.

Mejia-Arango S., Gutierrez L.M., Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study, J. Aging Health 2011, 23(7), s. 1050–1074.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Termedia, Poznań 2012.

Opala G., Współczesne problemy neurologii wieku podeszłego, [w:] Neurogeriatria. Praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym, red. A. Prusiński, Czelej, Lublin 2004, s. 1–6.

Owen A.M., The role of the lateral frontal cortex in mnemonic processing: the contribution of functional neuroimaging, Exp. Brain Res. 2000, 133(1), 33–43.

Owen A.M., Downes J.J., Sahakian B.J., Polkey C.E., Robbins T.W., Planning and spatial working memory following frontal lobe lesions in man, Neuropsychologia 1990, 28(10), 1021–1034.

Rapp M.A., Gerstorf D., Helmchen H., Smith J., Depression predicts mortality in the young old, but not in the oldest old: results from the Berlin Aging Study, Am. J. Geriatr. Psychiatry 2008, 16(10), s. 844–852.

Rasmussen H.B., Bagger Y.Z., Tanko L.B., Qin G., Christiansen C., Werge T., Cognitive impairment in elderly women: the relative importance of selected genes, lifestyle factors, and comorbidities, Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2006, 2(2), s. 227–233.

Sanchez-Cubillo I., Perianez J.A., Adrover-Roig D., Rodriguez-Sanchez J.M., Rios-Lago M., Tirapu J. et al., Construct validity of the Trail Making Test: role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities, J. Int. Neuropsychol. Soc. 2009, 15(3), s. 438–450.

Shallice T., Specific impairments of planning, Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci. 1982, 298(1089), s. 199–209.

Spauwen P.J., Kohler S., Verhey F.R., Stehouwer C.D., van Boxtel M.P., Effects of type 2 diabetes on 12-year cognitive change: results from the Maastricht Aging Study, Diabetes Care 2013, 36(6), s. 1554–1561.

Sullivan M.D., Katon W.J., Lovato L.C., Miller M.E., Murray A.M., Horowitz K.R. et al., Association of depression with accelerated cognitive decline among patients with type 2 diabetes in the ACCORD-MIND trial, JAMA Psychiatry 2013, 70(10), s. 1041–1047.

Suwalska A., Łojko D., Cognitive Functions in Euthymic Bipolar Patients and Lithium. Mood Disorders, N. Kocabasoglu, InTech, Istanbul 2013.

Tomaszewska M.A., Borkowska A., Test Stroopa – wartość diagnostyczna w psychiatrii, Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2010, 5(1), s. 35–41.

Van Dijk K.R., Van Gerven P.W., Van Boxtel M.P., Van der Elst W., Jolles J., No protective effects of education during normal cognitive aging: results from the 6-year follow-up of the Maastricht Aging Study, Psychol. Aging 2008, 23(1), s. 119–130.

Verdelho A., Madureira S., Moleiro C., Ferro J.M., O'Brien J.T., Poggesi A. et al., Depressive symptoms predict cognitive decline and dementia in older people independently of cerebral white matter changes: the LADIS study, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2013, 84(11), s. 1250–1254.

Waldstein S.R., Giggey P.P., Thayer J.F., Zonderman A.B., Nonlinear relations of blood pressure to cognitive function: the Baltimore Longitudinal Study of Aging, Hypertension 2005, 45(3), s. 374–379.

Whitmer R.A., Karter A.J., Yaffe K., Quesenberry C.P. Jr. and J.V. Selby (2009). „Hypoglycemic episodes and risk of dementia in older patients with type 2 diabetes mellitus." JAMA 301(15), s. 1565–1572.

Wieczorowska-Tobis K., Zmiany narządowe w procesie starzenia, Pol. Arch. Med. Wewn. 2008, 118(Suppl), s. 63–66.

Wolf P.A., Beiser A., Elias M.F., Au R., Vasan R.S., Seshadri S., Relation of obesity to cognitive function: importance of central obesity and synergistic influence of concomitant hypertension. The Framingham Heart Study, Curr. Alzheimer Res. 2007, 4(2), s. 111–116.

Yasar S., Ko J.Y., Nothelle S., Mielke M.M., Carlson C.M., Evaluation of the effect of systolic blood pressure and pulse pressure on cognitive function: the Women's Health and Aging Study II, PLoS One 2011, 6(12), e27976.

OLIWIA BECK, KORNELIA KĘDZIORA-KORNATOWSKA, JADWIGA GŁÓWCZEWSKA
Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Wybrane aspekty stylu życia a zaburzenia poznawcze u osób starszych

Wstęp

Procesy poznawcze mają na celu zapewnienie człowiekowi możliwości przystosowania się do wciąż zmieniających się warunków otoczenia. Wśród najważniejszych z nich wyróżniamy pamięć, procesy przetwarzania informacji, uwagę, uczenie się, myślenie, rozwiązywanie problemów, funkcje przestrzenne oraz mowę. Współcześnie, dzięki rozwojowi technologicznemu, jesteśmy świadkami ogromnego postępu w poznaniu większości z nich, co pozwala na poszerzanie wiedzy dotyczącej ich znaczenia w chorobach otępiennych, gdzie stanowią one podstawowy objaw chorobowy (Borkowska A., 2011). Biorąc pod uwagę fakt, iż obecnie na świecie ponad 36 milionów ludzi cierpi z powodu demencji, a szacuje się, że do roku 2050 problem ten dotknie 115,4 milionów (ADI, 2009), można przypuszczać, że zainteresowanie badaczy i klinicystów tą tematyką będzie rosło. W ostatnim czasie w sposób szczególny skupiono się na badaniu procesów poznawczych we wczesnych etapach chorób otępiennych. Większość chorób neurodegeneracyjnych rozpoczyna się bowiem podstępnie i postępuje stopniowo. Wykrycie wczesnego etapu danego zaburzenia może więc stanowić unikalną szansę na zastosowanie wtórnej profilaktyki. W kontekście otępień tę początkową fazę mogą stanowić łagodne zaburzenia poznawcze (*mild cognitive impairment*, MCI) (Andrade 2009), gdyż są one pierwszym obiektywnie możliwym do uchwycenia objawem jakichkolwiek zaburzeń kognitywnych.

Łagodne zaburzenia poznawcze

Łagodne zaburzenia poznawcze, początkowo uważane za stan przejściowy pomiędzy zmianami poznawczymi towarzyszącymi fizjologicznemu starze-

niu a otępieniem, obecnie określa się jako heterogenną grupę widocznych i obiektywnych deficytów kognitywnych u pacjentów bez rozpoznanej demencji. Obecnie wyróżnia się cztery podstawowe typy MCI: (1) postać amnestyczną, gdzie osłabienie funkcji poznawczych dotyczy tylko pamięci; (2) postać amnestyczną, gdzie osłabienie funkcji poznawczych dotyczy kilku domen poznawczych; (3) postać nieamnestyczną, gdzie występują zaburzenia jednej funkcji poznawczej innej niż pamięć (np. uwagi); (4) postać nieamnestyczną, gdzie występują zaburzenia kilku funkcji kognitywnych (Borkowska 2011). Deficyty te, choć zauważalne zarówno dla osób nimi dotkniętych, jak i ich otoczenia, są na tyle nieznaczne, że nie wpływają na podstawowe czynności życia codziennego i zdolność do samodzielnej egzystencji. Pacjenci z MCI cierpią jednakże z powodu niższej jakości życia (Barrios 2013). Szacuje się, że problem ten dotyka 13-15% osób pomiędzy 70 a 89 rokiem życia (Roberts 2008). Stopa progresji z fizjologicznego starzenia do MCI jest alarmująco wysoka i wynosi około 5,3% rocznie (Petersen 2009), natomiast z MCI do otępienia 4,2% rocznie w populacji ogólnej (Mitchell 2008) i aż 10% do 15% rocznie w próbach klinicznych (Petersen 2009). Większość badań wskazuje, że w ciągu 5 lat od postawienia diagnozy 40%-80% pacjentów spełniających kryteria MCI rozwinie otępienie w chorobie Alzheimera (*Alzheimer's disease, AD*) (Frisoni 2004).

Już teraz istnieje więc ogromne zapotrzebowanie na skuteczne strategie utrzymywania sprawności poznawczej wraz z wiekiem, zwłaszcza, że – jak wspomniano – w ciągu najbliższych 40 lat prognozuje się dramatyczny wzrost rozpowszechnienia chorób otępiennych. W świetle powyższych stwierdzeń niezwykle ważna wydaje się identyfikacja potencjalnych czynników ryzyka i elementów chroniących przed zaburzeniami kognitywnymi oraz determinant konwersji MCI do demencji. Istnieją bowiem doniesienia pozwalające przypuszczać, że wczesne wykrycie i promocja zdrowego stylu życia na poziome populacji wydaje się obecnie najważniejszą strategią opóźniania postępu otępień i zapobiegania im.

Sprawność poznawcza a styl życia

Styl życia, czyli codzienne zachowania, nawyki i podejmowane czynności, stanowi najważniejszy czynnik decydujący o stanie zdrowia. Badania nad rolą zachowań zdrowotnych w otępieniach od lat wzbudzają zainteresowanie badaczy. W świetle ostatnich doniesień obecnie coraz bardziej rośnie przekonanie, że zdrowy styl życia może pomóc Zredukować ryzyko roz-

winięcia demencji. Z uwarunkowaniami modyfikowalnymi związana jest bowiem prawdopodobnie potencjalnie aż połowa przypadków AD. Badania nad wczesnymi predykatorami otępień wskazują na determinanty zarówno natury biologicznej, jak i psychospołecznej. Wśród najczęściej wymienianych znajdują się: palenie papierosów, sposób odżywiania, otyłość, nadciśnienie, cukrzyca typu 2, hipercholesterolemia, depresja, poczucie samotności, a także poziom aktywności poznawczej i fizycznej (Plassman 2010). Również u pacjentów z MCI w ostatnim czasie coraz bardziej podkreśla się znaczenie interwencji psychologiczno-społecznych (Moniz-Cook 2011). Wśród najczęściej podejmowanych tematów badawczych znajdują się aktywność fizyczna i umysłowa, sposób odżywania, a także naczyniowe czynniki ryzyka. Dane z włoskiego projektu Faenza (Moretti 2013) pokazują, że z MCI często współwystępuje cukrzyca, zawały serca i depresja, co może wskazywać na fakt, że wykrycie MCI w populacji powinno prowadzić do dalszej diagnostyki, z włączeniem oddziaływań psychologicznych. Identyfikacja osób starszych z MCI może mieć ponadto olbrzymie znaczenie wtedy, gdy dostępne staną się (obecnie nieznane) efektywne środki terapeutyczne. Należy również podkreślić, że aspekty stylu życia mogą odgrywać istotną rolę jako modulatory stanu klinicznego chorych. Warto zatem i z tego powodu zawsze dokonywać ich uważnej analizy i podejmować wszelkie możliwe kroki w kierunku optymalizacji stanu ogólnego pacjentów (Sobów 2005).

Sposób odżywiania

Prowadzi się obecnie wiele badań dotyczących wpływu diety na sprawność poznawczą. Najbardziej obiecujące dotychczas wydają się doniesienia dotyczące znaczenia konsumpcji ryb, owoców i warzyw; sprzeczne wyniki dotyczą picia herbaty. Badania epidemiologiczne sugerują, że dieta bogata w ryby jest związana z zarówno mniejszą deterioracją poznawczą (Morris 2005), jak i ryzykiem AD (Morris 2003). Korzyści te dotyczą w szczególności spożywania ryb tłustych, takich jak tuńczyk i są wyraźne tylko u osób nieposiadających allelu ApoE4 (Huang 2005). Szacuje się, że u osób bez allelu ApoE4 cotygodniowa konsumpcja ryb skutkuje 35% redukcją ryzyka zachorowania na AD oraz 40% redukcją ryzyka zapadnięcia na dowolną chorobę otępienną (Barberger-Gateau 2007). Inne badania zwracają szczególną uwagę na wielkość spożycia, dowodząc, że wśród osób spożywających powyżej 10 gram ryb lub produktów rybnych dziennie rozpowszechnienie zaburzeń po-

znawczych jest znacząco mniejsze niż u osób spożywających mniej niż 10 gram dziennie. Związek pomiędzy procesami poznawczymi a spożywaniem ryb i owoców morza jest ściśle zależny od dawki – najlepsze efekty obserwowano przy spożywaniu około 75 gram dziennie (Nurk 2007). Największe znaczenie prokognitywne przypisuje się obecnym w tłustych rybach kwasom tłuszczowym omega-3 (kwas dokozaheksaenowy i eikozapentaenowy), antyoksydantom (witamina E i flawonoidy) oraz witaminom z grupy B (foliany, wit. B6 i B12) (Andrade 2009).

Istnieją przesłanki pozwalające sądzić, iż z obniżonym ryzykiem zachorowania na AD związane jest również regularne przyjmowanie owoców i warzyw, nawet w formie soków (Dai 2006). W badaniu francuskim codzienna konsumpcja owoców i warzyw skutkowała 28% obniżeniem ryzyka otępień (Barberger-Gateau 2007).

Dysponujemy także dowodami na prozdrowotną – i nieograniczoną jedynie do procesów poznawczych – rolę picia herbaty. Regularne picie herbaty wydaje się związane z wieloma korzyściami zdrowotnymi, poza zaburzeniami poznawczymi włączając redukcję ryzyka chorób krążenia oraz schorzeń mózgowo-naczyniowych. Badanie chińskie Ng T.P. i wsp. wykazało, że w porównaniu z osobami niepijącymi wcale lub pijącymi herbatę sporadycznie, częste jej picie redukowało ryzyko zaburzeń poznawczych aż o 63%. Korzyści z picia herbaty najwyraźniejsze były dla herbat czarnych (sfermentowanych) i oolong (półsfermentowanych) i były ściśle zależne od dawki. Herbata zielona była związana z mniejszym rozpowszechnieniem zaburzeń poznawczych, ale nie mniejszą progresją do demencji. Te obiecujące wyniki zostały jednak uzyskane na relatywnie małej próbie badawczej (Ng 2008). Wyniki odmienne, choć również uzyskane na relatywnie małej próbie, przedstawia badanie jordańskie, w którym picie herbaty okazało się związane z ryzykiem zaburzeń poznawczych wyrażonych w niższych wynikach MMSE u osób powyżej 60. roku życia obojga płci (Marshal 2013).

Ćwiczenia fizyczne

Wpływ ćwiczeń fizycznych na procesy poznawcze jest często podejmowanym tematem badawczym. Obecnie dysponujemy wystarczającą liczbą dowodów, by przyjąć, iż wysoki poziom aktywności fizycznej odgrywa istotną rolę w podtrzymywaniu funkcji pamięci i odraczaniu progresji strukturalnych zmian mózgu u seniorów narażonych na ryzyko rozwoju demencji. Istnieją nawet szacunki określające, że gdyby zwiększyć aktywność fizyczną

w populacji światowej o 25%, można byłoby zapobiec nawet 1 milionowi przypadków AD (Lautenschlager 2013). W generalizacji tych doniesień na populację osób z MCI istnieją jednak pewne ograniczenia. Badania nad aktywnością fizyczną i funkcjonowaniem poznawczym początkowo skupiały się bowiem na osobach sprawnych poznawczo bądź z otępieniem i ich wyników nie da się bezpośrednio przełożyć na tę grupę pacjentów. W dalszym ciągu dysponujemy więc bardzo ograniczoną pulą dowodów na to, że ćwiczenia ruchowe poprawiają funkcjonowanie intelektualne u osób z MCI, a opublikowane badania mają przeciętną jakość i zazwyczaj niską moc statystyczną. Wciąż nie ma odpowiedzi na pytania o wielkość, generalizację, utrzymywanie się i konkretne mechanizmy korzyści. W celu jednoznacznego stwierdzenia, czy ćwiczenia fizyczne poprawiają funkcje poznawcze lub redukują częstość występowania otępień u osób cierpiących z powodu MCI, niezbędne są wysokiej jakości badania randomizowane (Gates 2013).

Na pytanie, czy aktywność fizyczna może wpływać na progresję MCI do demencji u osób starszych żyjących samodzielnie, próbowano odpowiedzieć w międzynarodowym prospektywnym badaniu europejskim LADIS (Leukoaraiosis and Disability Study). Aktywność fizyczna zredukowała ryzyko przejścia z niezależności funkcjonalnej w niepełnosprawność – zwłaszcza otępienie naczyniowe – niezależnie od wieku, wykształcenia, historii zawałów serca i cukrzycy (Verdelho 2012).

Wpływ ćwiczeń fizycznych na pamięć u osób starszych z prawdopodobnym MCI (subiektywnymi skargami pamięciowymi) oceniany był również wśród kobiet w wieku 70-80 lat losowo dobranych do 3 grup: treningu oporowego, aerobiku oraz ćwiczeń typu „balance and tone" (kontrola). Wszystkie uczestniczki ćwiczyły 2 razy w tygodniu przez 6 miesięcy. Rezultaty dostarczają dowodów na poparcie tezy, że ćwiczenia fizyczne mogą wpływać pozytywnie na funkcjonowanie poznawcze i stanowić efektywną strategię poprawiającą pamięć u osób rozpoczynających doświadczanie pogorszenia poznawczego (Nagamatsu 2013).

Inne wyniki sugerują, że istnieje pozytywna korelacja pamięci logicznej i wzrokowej z 6-minutowym testem marszu. Słabe wykonanie testu było skorelowane ze zmniejszoną objętością istoty szarej mózgowia i hipokampa u osób starszych z MCI. Wyniki te suponują, że lepsza wydolność fizyczna może być powiązana z lepszym funkcjonowaniem pamięci i utrzymaniem objętości istoty szarej u osób starszych z MCI (Makizako 2013).

Kolejne badanie oceniło związek pomiędzy bardzo późną aktywnością fizyczną – u osób powyżej 85 roku życia – a ryzykiem rozwinięcia MCI lub demencji po 5 latach. Osoby bardziej aktywne fizycznie okazały się mniej

skłonne do rozwoju demencji. Aktywność fizyczna była również związana z lepszym wykonywaniem wybranych testów neuropsychologicznych. Z poziomem aktywności fizycznej nie było natomiast związane ryzyko MCI (Wang 2013).

Aktywność umysłowa

Dysponujemy wystarczającymi dowodami, by przyjąć, że utrzymywanie stymulującego poznawczo stylu życia, włączającego zróżnicowane i stanowiące wyzwania aktywności związane z edukacją, pracą oraz sposobami spędzania czasu wolnego, może chronić przed rozwinięciem demencji. Zaangażowanie w stymulujące poznawczo czynności (nowe lub będące wyzwaniem intelektualnym) okazało się związane z lepszą pamięcią i zdolnościami słownymi w porównaniu do osób mniej angażujących się w takie aktywności (Kramer 2004), a uczestnictwo w życiu społecznymi osób w wieku średnim było skorelowane ze zredukowanym ryzykiem AD (Lindstrom 2005). Jednakże mechanizmy takiego działania pozostają niejasne.

Próba odpowiedzi na to pytanie została podjęta poprzez ocenę korelatów strukturalnych mózgu u osób sprawnych poznawczo powyżej 70. roku życia. Atrofia hipokampa u osób pełniących w przeszłości zawodowe funkcje nadzorcze była pięciokrotnie wolniejsza niż u osób bez takiego doświadczenia. Zróżnicowania tego nie tłumaczyły wiek, płeć, aktywność fizyczna, symptomy depresyjne ani specyficzne style życia w starości. Po raz pierwszy dowiedziono, że zawodowe doświadczenie nadzorcze i menedżerskie jest związane z integracją hipokampa po przejściu na emeryturę, 20-30 lat później. Wyniki te stymulują dalsze pytania dotyczące natury wpływu efektów związanych z pracą na zachowanie i neuroprotekcję i mogą pomóc w wyjaśnianiu różnic w ryzyku otępień wynikających z poznawczego stylu życia (Suo 2012).

W badaniu amerykańskim przeprowadzonym w Mayo Clinic na osobach starszych bez otępienia nie stwierdzono związku między aktywnością intelektualną (obecną i w ciągu życia) oraz aktualną aktywnością fizyczną a biomarkerami patofizjologii AD i procesów poznawczych, aczkolwiek czynniki intelektualne wyjaśniały zmienność w funkcjonowaniu poznawczym. Autorzy konkludują, że stymulujący intelektualnie styl życia może opóźnić wystąpienie otępienia, ale nie wpływa znacząco na ekspresję patofizjologii AD (Vemuri 2012).

W badaniu randomizowanym, polegającym na przeprowadzeniu interwencji poznawczych w postaci treningu pamięci i szybkości przetwarzania na próbie 2832 zdrowych osób starszych, uzyskano znaczącą poprawę w za-

kresie ćwiczonych domen poznawczych. Rezultat w postaci mniejszego upośledzenia funkcji kognitywnych i złożonych czynności życia codziennego u osób poddanych oraz niepoddanych interwencji utrzymywał się podczas ponownego badania zarówno po 2, jak i 5 latach, a efekty były umiarkowane do dużych (Willis 2006).

W badaniu na nieaktywnych osobach starszych skarżących się na pogorszenie procesów poznawczych, 12 tygodni różnorodnej aktywności fizycznej (aerobik, stretching i toning) w wymiarze 1 godzina dziennie przez 3 dni w tygodniu, połączonej ze zróżnicowaną aktywnością intelektualną (komputer, edukacyjne DVD), było związane ze znaczącą poprawą globalnego funkcjonowania poznawczego, mierzonego pełnym zestawem testów neuropsychologicznych. Wyniki te mogą sugerować, iż dawka aktywności ma większe znaczenie niż jej typ (Barnes 2013).

Reasumując, istnieją wystarczające dowody, by przyjąć, że trening poznawczy i interwencje kombinowane, łączące ćwiczenia fizyczne z treningiem intelektualnym, podwyższa sprawność kognitywną u zdrowych osób starszych. Powinniśmy zatem zachęcać seniorów, a zwłaszcza osoby z czynnikami ryzyka naczyniowego, do aktywności i zaangażowania w stymulujące poznawczo czynności jako element zdrowego stylu życia (Chertkow 2008).

Naczyniowe czynniki ryzyka

Wiele przeprowadzonych do tej pory badań epidemiologicznych wykazywało związek pomiędzy czynnikami ryzyka naczyniowego i pogorszeniem funkcji kognitywnych. Ich rezultaty potwierdzają zasadność leczenia nadciśnienia tętniczego w kontekście redukcji ryzyka pogorszenia poznawczego u osób starszych bez otępienia, ale z zaburzeniami poznawczymi (*ibidem*).

Badanie RCT Syst-Europe (Forette 1998) na próbie 2418 osób starszych z nadciśnieniem skurczowym wykazało 50% spadek przypadków otępień po 2 latach w grupie badawczej w porównaniu z kontrolą. Przez ekstrapolację powyższych wyników można założyć, że jeśli 1000 osób z nadciśnieniem tętniczym byłoby leczonych przez 5 lat, można byłoby zapobiec 19 przypadkom demencji.

Wyniki badania malezyjskiego, w którym określano determinanty MCI, biorąc pod uwagę płeć badanych, sugerują, że są one zupełnie inne w przypadku kobiet i mężczyzn. Hipercholesterolemia okazała się znaczącym predyktorem MCI u mężczyzn; u kobiet natomiast – status małżeński, brak ćwiczeń fizycznych, nadwaga i otyłość (Lee 2012).

Rezultaty badania australijskiego wskazują natomiast, że poszczególne podtypy MCI wykazują odrębne czynniki ryzyka ich wystąpienia. Ogólnie czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu MCI była zarówno obecność allelu ApoE4, jak i choroba serca, wysoki poziom homocysteiny, niska zdolność do rozróżniania zapachów, niska ostrość wzroku i niska aktywność mentalna. Ponadto wykazano, że – zwłaszcza u mężczyzn – wraz ze wzrostem aktywności społecznej maleje, a przy przyjmowaniu leków obniżających ciśnienie rośnie ryzyko zachorowania na postaci nieamnestyczne MCI. Ryzyko nieamnestycznego MCI jest także większe u mężczyzn przyjmujących antydepresanty oraz u kobiet z nadciśnieniem. Ryzyko postaci mieszanych MCI było większe u osób z obecnością genu ApoE4 oraz (wyłącznie w przypadku kobiet), niższą aktywnością psychiczną i historią zaburzeń depresyjnych, a u mężczyzn – wysokim poziomem cholesterolu (Sachdev 2012).

Jak widać, przytoczone badania po raz kolejny potwierdzają, iż identyfikacja osób z grupy ryzyka rozwinięcia MCI jest kluczowa w celu implementacji środków zapobiegawczych, które mogłyby opóźnić lub odwrócić chorobę.

Podsumowanie i rekomendacje

Istnieje ogromne zapotrzebowanie na skuteczne strategie utrzymywania sprawności poznawczej wraz z wiekiem, zwłaszcza w kontekście prognozowanego wzrostu rozpowszechnienia chorób otępiennych. Obecnie coraz bardziej rośnie przekonanie, że zdrowy styl życia może pomóc w zapobieganiu rozwojowi demencji. Niezwykle ważna wydaje się identyfikacja potencjalnych czynników ryzyka i czynników chroniących przed zaburzeniami kognitywnymi. Badania nad wczesnymi predykatorami otępień wskazują bowiem na determinanty natury biologicznej, jak i psychospołecznej, wśród których dominują sposób odżywiania, utrzymywanie aktywności poznawczej i fizycznej oraz kontrola naczyniowych czynników ryzyka. Na podstawie przytoczonych wyników badań można sformułować rekomendacje dotyczące poszczególnych aspektów stylu życia sprzyjających utrzymaniu sprawności kognitywnej osób starszych:

- Zaleca się, aby pacjenci zdiagnozowani z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi byli ściśle monitorowani z powodu znanego, udokumentowanego zwiększonego ryzyka otępień w tej grupie.
- Dysponujemy wystarczającymi dowodami, by twierdzić, że terapeuci powinni promować aktywność fizyczną dostosowaną do indywi-

dualnych możliwości jako część zdrowego stylu życia osób starszych zarówno z ograniczeniami poznawczymi, jak i bez nich; nie dysponujemy jednak wystarczającymi dowodami, że specyficzny program treningowy zastosowany u pacjentów z MCI zapobiegnie progresji do otępienia.

- Terapeuci powinni promować zaangażowanie w aktywność poznawczą jako część zdrowego stylu życia osób starszych zarówno z ograniczeniami poznawczymi, jak i bez nich; obecnie brakuje jednak dowodów na stwierdzenie, że konkretne interwencje poznawcze są korzystne w zapobieganiu progresji do otępienia u pacjentów z MCI.
- Naczyniowe czynniki ryzyka wraz ze schorzeniami współistniejącymi wpływają na rozwój i ekspresję otępień, należy je więc diagnozować i leczyć. Z punktu widzenia prewencji otępień zasadne jest leczenie nadciśnienia skurczowego u wszystkich osób starszych, gdyż interwencje takie mogą zmniejszać częstość występowania demencji. Istnieją również wystarczające dowody, że leczenie nadciśnienia może zapobiegać pogorszeniu poznawczemu związanemu z udarami mózgu (Chertkov 2008).

Wydaje się również, że sami pacjenci powinni być bardziej świadomi wpływu swoich zachowań zdrowotnych na procesy poznawcze. Badanie opinii pacjentów z MCI, ich opiekunów oraz pracowników służby zdrowia dotyczących stylu życia i jego wpływu na procesy poznawcze dostarczyło interesujących wyników, donosząc, że pracownicy służby zdrowia wydają się niechętni informowaniu pacjentów o związku stylu życia z funkcjami poznawczymi, a sami pacjenci z MCI nie mają świadomości tego związku. Wciąż jest więc wiele do zrobienia w celu wypełnienia luki pomiędzy badaniami a implementacją ich wyników (Neville 2013). Większą uwagę należy zwracać także na zachowania zdrowotne osób starszych bez ograniczeń poznawczych, gdyż największe nadzieje na niewystąpienie otępień daje zastosowanie środków prewencyjnych u osób zdrowych (Andrade 2009). Mimo że obecnie nie dysponujemy efektywnym leczeniem otępień, zidentyfikowane do tej pory modyfikowalne elementy stylu życia związane z ryzykiem demencji, mogą stanowić użyteczne cele w prewencji zaburzeń poznawczych (Lövdén 2013). Interwencje promujące wczesną diagnozę i terapię zaburzeń poznawczych i zwiększające wsparcie społeczne dla osób starszych mogą w efekcie dostarczać olbrzymich korzyści dla zdrowia publicznego.

Piśmiennictwo

Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2009, http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf

Andrade C., Radhakrishnan R., The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments, Indian J. Psychiatry 2009 (51), s. 12–25.

Barberger-Gateau P., Raffaitin C., Letenneur L. et al., Dietary patterns and risk of dementia: the Three-City cohort study, Neurology 2007 (69), s. 1921–1930.

Barnes D.E., Santos-Modesitt W., Poelke G. et al., The Mental Activity and eXercise (MAX) trial: a randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults, JAMA Intern. Med. 2013, 173(9), s. 797–804.

Bárrios H., Narciso S., Guerreiro M. et al., Quality of life in patients with mild cognitive impairment, Aging Ment. Health 2013, 17(3), s. 287–292.

Bennett DA., Mild cognitive impairment, Clin. Geriatr. Med. 2004 (20), s. 15–25.

Borkowska A., Dróżdż W., Rozpoznawanie łagodnych zaburzeń poznawczych – MCI. [w:] Pamięć i jej zaburzenia w MCI, red. A. Borkowska, Warszawa 2011, s. 19–33.

Chertkow H., Massoud F., Nasreddine Z. et al., Diagnosis and treatment of dementia: Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia, CMAJ 2008, 178(10), s. 1273–1285.

Dai Q., Borenstein A.R., Wu Y. et al., Fruit and vegetable juices and Alzheimer's disease: the Kame Project, Am. J. Med. 2006, (119), s. 751–759.

Forette F., Seux M.L., Staessen J.A. et al., Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial, Lancet 1998 (352), s. 1347–1351.

Frisoni G.B., Padovani A., Wahlund L.O., The predementia diagnosis of Alzheimer disease, Alzheimer Dis. Assoc. Disord. 2004 (18), s. 51–53.

Gates N., Fiatarone M.A., Sachdev P.S. et al., The Effect of Exercise Training on Cognitive Function in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Am. J. Geriatr. Psychiatry 2013, 21(11), s. 1086–1097.

Huang T.L., Zandi P.P., Tucker K.L. et al., Benefits of fatty fish on dementia risk are stronger for those without ApoE epsilon4, Neurology 2005 (65), s. 1409–1414.

Kramer A.F., Bherer L., Colcombe S.J. et al., Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging, J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2004 (59), s. 940–957.

Lautenschlager N.T. et al., Can participation in mental and physical activity protect cognition in old age?: Comment on „The Mental Activity and eXercise (MAX) trial: a randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults", JAMA Intern. Med. 2013, 173(9), s. 797–804.

Lee L.K., Shahar S., Chin A.V. et al., Prevalence of gender disparities and predictors affecting the occurrence of mild cognitive impairment (MCI), Arch. Gerontol. Geriatr. 2012, 54(1), s. 185–191.

Lindstrom H.A., Fritsch T., Petot G. et al., The relationships between television viewing in midlife and the development of Alzheimer's disease in a case–control study, Brain. Cogn. 2005 (58), s. 157–165.

Lövdén M., Xu W., Wang H.X., Lifestyle change and the prevention of cognitived ecline and dementia: what is the evidence? Curr. Opin. Psychiatry 2013, 26(3), s. 239–243.
Makizako H., Shimada H., Doi T. et al., Six-minute walking distance correlated with memory and brain volume in older adults with mild cognitive impairment: a voxel-based morphometry study, Dement. Geriatr. Cogn. Dis. Extra 2013, 3(1), s. 223–232.
Mashal R.H., Hyperhomocysteinemia, Lifestyle factors, and Cognitive Impairment in Healthy Older Subjects in Jordan, Pakistan Journal of Nutrition 2013, 12(1), s. 71–79.
Mitchell A.J., Shiri-Feshki M., Temporal trends in the long term risk of progression of mild cognitive impairment: A pooled analysis, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2008 (79), s. 1386–1391.
Moniz-Cook E., Vernooij-Dassen M., Woods B. et al., Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto, Aging Ment. Health 2011, 15(3), s. 283–290.
Moretti F., De Ronchi D., Palmer K. et al., Prevalence and characteristics of mild cognitive impairment in the general population. Data from an Italian population-based study: The Faenza Project, Aging Ment. Health 2013, 17(3), s. 267–275.
Morris M.C., Evans D.A., Bienias J.L. et al., Consumption of fish and omega-3 fatty acids and risk of incident Alzheimer disease, Arch. Neurol. 2003 (60), s. 940–946.
Morris M.C., Evans D.A., Tangney C.C. et al., Fish consumption and cognitive decline with age in a large community study, Arch. Neurol. 2005 (62), s. 1849–1853.
Nagamatsu L.S., Chan A., Davis J.C. et al., Physical activity improves verbal and spatial memory in older adults with probable mild cognitive impairment: a 6-month randomized controlled trial, J. Aging Res. 2013, s. 861–893.
Neville C.E., McCourt H.J., McKinley M.C. et al., Encouraging lifestyle behaviour change in mild cognitive impairment patients: development of appropriate educational material, Aging Ment. Health 2013, 17(3), s. 276–286.
Ng T.P., Feng L., Niti M. et al., Tea consumption and cognitive impairment and decline in older Chinese adults, Am. J. Clin. Nutr. 2008 (88), s. 224–231.
Nurk E., Drevon C.A., Refsum H. et al., Cognitive performance among the elderly and dietary fish intake: the Hordaland Health Study, Am. J. Clin. Nutr. 2007 (86), s. 1470–1478.
Pamięć i jej zaburzenia w MCI, red. A. Borkowska, Warszawa 2011, s. 9–19.
Petersen R.C., Roberts R.O., Knopman D.S. et al., Mild cognitive impairment: Ten years later, Arch. Neurol. 2009 (66), s. 1447–1455.
Plassman B.L., Williams J.W., Burke JR. et al., Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life, Ann. Intern. Med. 2010, 153(3), s. 182–193.
Roberts R.O., Geda Y.E., Knopman D. et al., The Mayo Clinic Study of Aging: design and sampling, participation, baseline measures and sample characteristics, Neuroepidemiology 2008, 30(1), s. 58–69.
Sachdev P.S., Lipnicki D.M., Crawford J. et al., Risk Profiles of Subtypes of Mild Cognitive Impairment: The Sydney Memory and Ageing Study, J. Am. Geriatr. Soc. 2012, 60(1), s. 24–33.
Sobów T., Otępienia odwracalne – historia koncepcji, krytyczny przegląd badań i praktyczne implikacje kliniczne, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005, 14(4), s. 331–336.

Suo C., León I., Brodaty H. et al., Supervisory experience at work is linked to low rate of hippocampal atrophy in late life, Neuroimage 2012, 63(3), s. 1542–1551.

Vemuri P., Lesnick T.G., Przybelski S.A. et al., Effect of Lifestyle Activities on Alzheimer Disease Biomarkers and Cognition, Ann. Neurol. 2012, 72(5), s. 730–738.

Verdelho A., Madureira S., Ferro J.M. et al., Physical Activity Prevents Progression for Cognitive Impairment and Vascular Dementia Results From the LADIS (Leukoaraiosis and Disability) Study, Stroke 2012, 43(12), s. 3331–3335.

Wang S., Luo X., Barnes D. et al., Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment Among Oldest-Old Women, Am. J. Geriatr. Psychiatry 2013, S1064-7481(13)00169-3 [Epub ahead of print].

Willis S.L., Tennstedt S.L., Marsiske M. et al., Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults, JAMA 2006 (296), s. 2805–2814.

RENATA KROLL-BALCERZAK , KRZYSZTOF SAWIŃSKI, ANDRZEJ BALCERZAK, MIECZYSŁAW KOMARNICKI
Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Nowotwory układu chłonnego u osób w wieku podeszłym – opis przypadku klinicznego

W trakcie starzenia dochodzi do wielu zjawisk, które mogą zaburzyć proces krwiotworzenia. Problemy hematologiczne osób w wieku podeszłym, przyjmowanym powyżej 60-65 roku życia – to przede wszystkim niedokrwistości o różnej etiologii, nabyte skazy krwotoczne, a także choroby rozrostowe układu krwiotwórczego (Lee 1983; Izaks 1999; Rothstein 2003).

Hematopoeza to złożony proces, który polega na różnicowaniu się komórek macierzystych, powstawaniu komórek ukierunkowanych (progenitorowych), które w toku kolejnych podziałów osiągają stadium komórek prekursorowych, a następnie komórek dojrzałych i wyspecjalizowanych, które nie wykazują już zdolności do podziałów. W szpiku kostnym, poza krwiotwórczymi komórkami macierzystymi, znajdują się również inne elementy strukturalno-czynnościowe, w tym komórki macierzyste podścieliska. Stanowi to tzw. mikrośrodowisko hematopoetyczne, które reguluje przebieg krwiotworzenia poprzez dostarczanie czynników odżywczych, wytwarzanie cytokin będących czynnikami przeżycia i wzrostu, regulujących proces apoptozy. Złożony i wieloczynnikowy proces hematopoezy może zostać zaburzony, do czego mogą się przyczyniać zarówno uwarunkowania genetyczne, środowiskowe, jak i procesy chorobowe (Lipschitz 1984).

Układ krwiotwórczy zdrowych osób starszych i młodszych dorosłych nie wykazuje istotnych różnic, bowiem takie parametry hematologiczne, jak stężenie hemoglobiny, wartość hematokrytu, liczba leukocytów czy krwinek płytkowych u osób w wieku podeszłym nie odbiegają istotnie od wartości referencyjnych dla ogólnej populacji. Jednakże w procesie starzenia się powstaje wiele zmian inwolucyjnych w zakresie układu krwiotwórczego. Dochodzi m.in. do zmniejszenia objętości czynnego szpiku, ponieważ komórki krwiotwórcze zastępowane są przez tkankę tłuszczową i łączną. Sprzyja to powstawaniu niekorzystnych warunków w mikrośrodowisku hematopoetycznym szpiku, co utrudnia rozwój krwiotwórczych komórek macierzy-

stych. W konsekwencji prowadzi to zarówno do zmian ilościowych, jak i jakościowych w obrębie populacji krwiotwórczych komórek macierzystych, co w może zaburzać ich różnicowanie, jak też ograniczać zdolności adaptacyjne i kompensacyjne (np. występowanie prawidłowej liczby leukocytów w ostrych zakażeniach). W warunkach stresu hematopoetycznego ujawnia się także związany z wiekiem utajony defekt w zakresie krwiotworzenia, który dotyczy komórek wszystkich układów, jednak w najwyższym stopniu erytropoezy, natomiast w mniejszym granulocytopoezy. Mechanizmy, które mogą zaburzać proces hematopoezy u osób starszych, nie są do końca wyjaśnione, należy brać pod uwagę związane z wiekiem obniżone wytwarzanie czynników wzrostu, dysregulację produkcji cytokin, występowanie zmniejszonej liczby komórek progenitorowych szpiku czy też większą podatność na apoptozę (Baraldi-Junkins 2000).

Wraz z wydłużaniem się życia ludzkiego i zwiększeniem liczby osób starszych istotnym problemem medycznym staje się zwiększona zapadalność na choroby nowotworowe, w tym układu krwiotwórczego. Zależność między wiekiem a transformacją nowotworową w układzie krwiotwórczym wynika ze zmian inwolucyjnych, a zwłaszcza zmniejszenia liczby komórek szpiku oraz zaburzeń w zakresie regulacji hematopoezy (różnicowania i proliferacji). Występuje również zwiększona podatność na różnorodne środowiskowe czynniki kancerogenne, a istotną rolę odgrywa odpowiednio długi czas dla przebiegu transformacji nowotworowej oraz występowanie zmian inwolucyjnych w zakresie układu odpornościowego. Stwierdza się również zwiększoną podatność na występowanie aberracji chromosomowych i następnie transformacji nowotworowej, której konsekwencją są choroby rozrostowe układu krwiotwórczego. Należą do nich zespoły mieloproliferacyjne, w tym zespoły mielodysplastyczne, ostre białaczki, czerwienica prawdziwa, mielofibroza, przewlekła białaczka szpikowa oraz choroby limfoproliferacyjne, obejmujące przewlekłą białaczkę limfocytową, szpiczaka plazmocytowego, chłoniaka Hodgkina oraz nieziarnicze chłoniaki złośliwe (Kuratowska 1998; Balducci 2003).

Przewlekła białaczka limfocytowa stanowi ok. 40% wszystkich białaczek u osób w wieku podeszłym. Choroba może przez długi czas przebiegać bezobjawowo, a jej wykrycie często jest przypadkowe; jej objawami mogą być nawracające infekcje wirusowe, bakteryjne, grzybicze, objawy skazy krwotocznej, niekiedy utrata masy ciała, poty nocne, stany gorączkowe.

Rozpoznanie ustala się na podstawie typowego obrazu krwi obwodowej i szpiku oraz cytometrii przepływowej (immunofenotypu) komórek białaczkowych. Przebieg kliniczny przewlekłej białaczki limfocytowej może być ła-

godny, jednak w niektórych przypadkach o bardziej agresywnym przebiegu wymagane jest pilne podjęcie leczenia. Rozpoczęcie terapii w zależności od stopnia zaawansowania choroby i oceny czynników prognostycznych należy podjąć w zaawansowanym okresie klinicznym, w przypadku szybkiego narastania leukocytozy i organomegalii, niewydolności hematopoezy, występowania niedokrwistości i małopłytkowości oraz objawów klinicznych (spadek masy ciała, stany gorączkowe, poty nocne). Wczesne rozpoczęcie terapii nie przedłuża życia, a nawet może zwiększać śmiertelność z powodu powikłań chemioterapii. Leczenie powinno być prowadzone wyłącznie w ośrodkach specjalistycznych (Kuratowska 1998; Linton 2004).

Chłoniak Hodgkina w grupie chorych w wieku podeszłym ujawnia się najczęściej w stadium znacznego zaawansowania klinicznego. Mimo że obecność objawów ogólnych świadczy o większym zaawansowaniu choroby, u starszych chorych przebiegają one łagodniej niż u osób młodszych. Wiek podeszły jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym, ale i w tym okresie życia odpowiednia terapia daje szanse uzyskania wyleczenia lub remisji częściowej. Leczenie chłoniaka Hodgkina bez względu na wiek jest jednakowe i zależy od stadium choroby. W leczeniu jest stosowana radioterapia i/lub chemioterapia (Carbone 2000).

Szpiczak plazmocytowy występuje najczęściej pomiędzy 60. i 70. rokiem życia. Rozpoznanie choroby jest często opóźnione ze względu na występowanie takich niecharakterystycznych objawów, jak nawracające zakażenia dróg oddechowych i moczowych, bóle kręgosłupa (zespoły korzeniowe) i bóle kostne o innej lokalizacji, złamania patologiczne, zespół nadlepkości, niewydolność nerek, niedokrwistość, podwyższone 3-cyfrowe OB. O rozpoznaniu pełnoobjawowego szpiczaka plazmocytowego decyduje obraz szpiku z rozrostem plazmocytów, obecność białka M (monoklonalnego) w surowicy i/lub moczu oraz zmiany osteolityczne występujące w badaniu obrazowym kości. Leczenie szpiczaka nawet w późnej starości nie różni się od leczenia stosowanego w młodszym wieku. Przeżycie w przypadku starszych osób jest dłuższe, jednak remisję uzyskuje się znacznie rzadziej (Kuratowska 1998, Dmoszyńska, Gianonnopulos 2005). Wraz z wiekiem zwiększa się częstość występowania ostrej białaczki szpikowej, natomiast ostra białaczka limfoblastyczna jest rozpoznawana głównie u dzieci, ale badania wykazują, że zapadalność na ten typ białaczki może wzrastać w późnej starości (Delannoy 1990).

Przebieg kliniczny **nieziarniczych chłoniaków złośliwych** zależy od lokalizacji narządowej, objawów ogólnych i zaburzeń immunologicznych. Nieziarnicze chłoniaki złośliwe przebiegają najczęściej z zajęciem węzłów

chłonnych, rzadziej pozawęzłowej tkanki limfatycznej lub pozalimfatycznej. Bardzo często chorzy zgłaszają się z powodu występowania objawów ogólnych, takich jak poty nocne, spadek masy ciała, stany gorączkowe oraz świąd skóry, które są wynikiem uwalniania cytokin prozapalnych i świadczą o aktywności procesu proliferacyjnego. W przebiegu nieziarniczych chłoniaków złośliwych często zdarzają się powikłania infekcyjne (wirusowe, grzybicze, pasożytnicze i bakteryjne). Najczęstszą przyczyną zgonów jest ogólne wyniszczenie, będące wynikiem choroby zasadniczej i/lub infekcje o ciężkim przebiegu. Rozpoznanie ustala się na podstawie badania histopatologicznego węzła chłonnego (należy pobrać cały węzeł chłonny lub fragment zajętego narządu) i jest każdorazowo uzupełniane o ocenę stopnia zaawansowania choroby w oparciu o wyniki badań obrazowych oraz badanie szpiku kostnego. Leczenie może być podejmowane wyłącznie w ośrodkach specjalistycznych. Główny problem leczniczy u osób starszych stanowią nieziarnicze chłoniaki złośliwe o mniejszym stopniu złośliwości, które znacznie częściej występują u osób starszych. W większości przypadków proces nowotworowy jest w momencie rozpoznania zaawansowany, a dostępne metody terapii nie wpływają istotnie na przedłużenie życia chorych. Chorzy ci wymagają obserwacji do chwili progresji choroby, a następnie włączenia optymalnego leczenia (The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factor Project 1993; Dmoszyńska 2003). Wiek podeszły istotnie wpływa na zmiany w zakresie farmakokinetyki oraz farmakodynamiki, z czym wiąże się również bezpieczeństwo stosowania cytotoksycznej chemioterapii. W zakresie farmakokinetyki duże znaczenie ma obniżenie wraz z wiekiem filtracji kłębuszkowej oraz zmniejszenie objętości dystrybucji leków rozpuszczalnych w wodzie, co zależy m.in. od stężenia albuminy i hemoglobiny w surowicy krwi. Wykazano, że zmniejszenie stężenia hemoglobiny wpływa na wzrost toksycznego oddziaływania chemioterapii na szpik. Zmiany w zakresie farmakodynamiki mają wpływ na skuteczność i tolerancję stosowanej chemioterapii. Stwierdzono, że u osób > 70. roku życia z nowotworami układu chłonnego gorsze wyniki leczenia oraz krótsze remisje spowodowane są zmniejszającą się wraz z wiekiem tolerancją na agresywną chemioterapię oraz wynikają z większej lekooporności. Wraz z wiekiem obserwuje się też większą wrażliwość zdrowych tkanek na chemioterapię (błony śluzowe, układ krwiotwórczy, serce, obwodowy i ośrodkowy układ nerwowy). U osób starszych częściej może rozwijać się neutropenia, z czym wiąże się wzrost ryzyka występowania powikłań infekcyjnych. W kilku randomizowanych badaniach stwierdzono u osób starszych korzystny wpływ cytokin stymulujących granulopoezę (GM-

-CSF i G-CSF), które o 50–75% zmniejszały ryzyko neutropenii i związanych z nią zakażeń (Bairey 2006). Należy zwrócić uwagę, że wiele leków cytotoksycznych nowszej generacji wykazuje korzystniejszy profil działania w zakresie toksyczności i w związku z tym mogą one być stosowane u osób starszych.

Wyniki licznych badań wskazują, że radioterapia jest stosunkowo bezpieczną metodą leczenia w wieku podeszłym, jednak ryzyko toksycznego działania może również wzrastać z wiekiem. Do najczęstszych powikłań należą: wystąpienie upośledzenie funkcji szpiku, działanie kardiotoksyczne, zapalenie błon śluzowych oraz biegunki (Repetto 2002).

Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo i skuteczność terapii, bardzo ważne jest indywidualne podejście do każdego pacjenta. Istotne znaczenie mają takie czynniki, jak stopień zaawansowania choroby, prawdopodobieństwo uzyskania remisji, wyleczenia oraz możliwość przedłużenia życia, przewidywana tolerancja leczenia, a także wpływ terapii na jakość życia. Dlatego też decyzja o leczeniu osób starszych z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego powinna być oparta na całościowej ocenie geriatrycznej, z uwzględnieniem wszystkich czynników mogących wpływać na skuteczność terapii. W ocenie klinicznej należy uwzględnić wydolność czynnościową, choroby współistniejące, zdolności poznawcze, stan emocjonalny, stopień odżywienia, stosowane leki oraz wsparcie społeczne. Pozwala to przewidzieć szacunkową długość życia, ryzyko występowania objawów toksycznych po chemioterapii, określić wpływ tej terapii na choroby współistniejące. Bardzo ważnym elementem oceny jest ustalenie, czy osoba starsza ma zapewnioną odpowiednią opiekę i wsparcie, z czym wiąże się możliwość prowadzenia leczenia (pomoc w stanach nagłych, dostęp do opieki medycznej, pomoc w czynnościach dnia codziennego). W podejmowaniu decyzji terapeutycznych bardzo istotna jest współpraca specjalistów z zakresu geriatrii i hematologii.

Opis przypadku

W latach 2002-2010 w Klinice Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu leczony był 81-letni pacjent z rozpoznaniem chłoniaka nieziarniczego – rozlanego z dużych limfocytów (DLBCL – Diffuse Large B Cell Lymphoma). Rozpoznanie postawiono we wrześniu 2002 roku na podstawie badania histopatologicznego nacieku błony śluzowej żołądka. W oparciu o wykonane badania diagnostyczne stopień zaawan-

sowania klinicznego oceniono na IV $_{E}$A (E – zajęcie narządów pozawęzłowych, A – bez obecności objawów ogólnych. Na podstawie czynników obejmujących wiek, stopień zaawansowania klinicznego, lokalizację pozawęzłową – zajęcie wątroby, żołądka oraz podwyższoną wartość dehydrogenazy kwasu mlekowego (LDH) określono międzynarodowy indeks rokowniczy (IPI), który wyniósł 4. W okresie od października 2002 do kwietnia 2003 roku pacjent otrzymał 8 kuracji wg schematu CHOP (cyklofosfamid, winkrystyna, doxorubicyna, prednison) i 6 podań rituximabu (MabThery – przeciwciała monoklonalnego antyCD20). Po zastosowanym leczeniu uzyskano remisję całkowitą.

W czasie chemioterapii (marzec 2003 r.) pacjentowi wszczepiono stymulator z powodu bloku trójwiązkowego. Ponadto, stwierdzano infekcję wirusem HCV, dodatkowo doszło do załamania otwartego lewego podudzia.

Od listopada 2006 roku chory zgłaszał osłabienie, bóle kostne oraz występowanie limfadenopatii obwodowej (obecność licznych węzłów chłonnych o średnicy ok. 2,5 cm). W wykonanej tomografii komputerowej jamy brzusznej (21.12.2006) stwierdzono powiększone węzły chłonne krezkowe, tworzące pakiety do około 4 na 2,5 cm na poziomie rozdwojenia aorty oraz węzły w otoczeniu żołądka do 2 cm. W marcu 2003 r. wykonano ponownie biopsję aspiracyjną cienkoigłową węzła chłonnego – potwierdzając wznowę chłoniaka z dużych limfocytów B. Zadecydowano o rozpoczęciu chemioterapii wg schematu COP+R (leczenie pozbawione antybiotyków antracyklinowych – doxorubicyny) ze względu na wcześniejsze powikłania kardiologiczne). W ocenie po VI kuracjach COP+R (cyklofosfamid, winkrystyna, prednison, rituximab) w maju 2007 roku rozpoznano remisję całkowitą.

Od kwietnia 2008 chory zgłaszał bóle brzucha. W badaniu przedmiotowym stwierdzono limfadenopatię obwodową, powiększone węzły chłonne szyjne, pachwinowe wielkości do 2 cm. W badaniu cytologicznym i cytometrycznym szpiku kostnego nie stwierdzano cech nacieczenia przez komórki chłoniaka, w ocenie histopatologicznej (trepanobiopsji) nie obserwowano także zmian. W tomografii komputerowej jamy brzusznej w przestrzeni zaotrzewnowej stwierdzano dość liczne, powiększone węzły chłonne – największy pakiet zlokalizowany na poziomie odejścia lewej tętnicy nerkowej od aorty brzusznej, o wymiarach około 4 x 6 cm. Na tej podstawie rozpoznano wznowę choroby i zastosowano 6 cykli chemioterapii wg schematu COP-R. W badaniu PET-CT (pozytonowa tomografia emisyjna) wykonanym celem oceny aktywności choroby (5.11.2008) wykazano całkowitą remisję metaboliczną.

Od maja 2009 stwierdzano powiększające się węzły chłonne szyjne i nadobojczykowe lewe, a następnie również przyuszny prawy. Na podstawie

biopsji cienkoigłowej powiększonego węzła chłonnego, z analizą cytometryczną pobranego materiału rozpoznano kolejną wznowę chłoniaka nieziarniczego. W badaniu PET stwierdzono wznowę w węzłach chłonnych szyi oraz w tkance limfatycznej ściany gardła i okolicy krętniczo-kątniczej i rozpoczęto terapię wg schematu MEVA-R (metotrxat, winkrystyna, adriablastyna, prednison oraz rituxumab). Z uwagi na obciążony wywiad kardiologiczny zadecydowano o podaniu doxorubicyny liposomalnej o mniejszym działaniu kardiotoksycznym. W okresie od czerwca do sierpnia 2009 podano trzy kuracje MEVA-R (methotrexat, cyclophosphamide, vinkrystyna, doxorubicyna liposomalna, rituximab). W dniach 22.08-07.09.2009 pacjenta hospitalizowano z powodu gorączki neutropenicznej. Stwierdzono rozległe zapalenie płuc oraz grzybicze zapalenie jamy ustnej. Zastosowano antybiotykoterapię empiryczną i celowaną oraz granulocytarny czynnik wzrostu (G-CSF). Objawy infekcji ustąpiły. W badaniu PET z 10.12.2009 stwierdzono podejrzenie zmian aktywnych metabolicznie w okolicy kątniczej. W badaniu PET z 10.02.2010 nadal występował remisja metaboliczna. W listopadzie 2011 chory został przyjęty do Kliniki Chirurgii z powodu bólów brzucha. Stwierdzono objawy niedrożności jelit. Operowany w trybie pilnym, jednak nie rozpoznano wznowy choroby. Chory pozostawał w remisji hematologicznej. W okresie okołooperacyjnym wystąpiły powikłania w postaci niewydolności nerek oraz powikłania infekcyjne (zapalenie płuc). Mimo intensywnego leczenia w dniu 14.12.2011 chory zmarł w obrazie niewydolności wielonarządowej, bez rozpoznanej wznowy choroby.

Omówienie

Chory mimo swojego wieku otrzymał optymalną immunochemioterapię (chemioterapię z celowanym leczeniem immunologicznym – przeciwciało anty CD20). Przy pierwszych powikłaniach kardiologicznych zastosowano leczenie za pomocą wszczepienia stymulatora, a następnie włączono chemioterapię wg schematu COP-R (pozbawioną antracyklin), natomiast w kolejnych cyklach chemioterapii chory otrzymał doxorubicynę liposomalną o mniejszym działaniu kardiotoksycznym. Pacjent odniósł korzyść kliniczną z zastosowanego leczenia. Terapia nie pogorszyła ogólnego stanu chorego. Zastosowane leczenie pozwoliło na uzyskanie remisji i jej trwanie do czasu zgonu z powodu przyczyn niezwiązanych z chorobą podstawową.

Występowanie nowotworów układu chłonnego obserwuje się najczęściej w grupie osób starszych. Mediana wieku w okresie diagnostyki wstępnej wy-

nosi 65-70 lat. Ponad połowa chorych na chłoniaki ma w chwili rozpoznania choroby powyżej 60 lat. W tej grupie kolejne 50% stanowią pacjenci powyżej 75 roku życia. Częstość zachorowania na chłoniaki nieziarnicze jest 19 razy wyższa u osób w wieku 60-64 lat i jest 50 razy większa między 80--84 rokiem życia w porównaniu do młodych w wieku 20-24 lata. W najbliższym pięćdziesięcioleciu spodziewane jest ponowne podwojenie tej populacji, osób powyżej 85 roku życia będzie prawdopodobnie czterokrotnie więcej (Nabhan 2011). Najczęściej występującym chłoniakiem nieziarniczym jest chłoniak rozlany z dużych komórek B. Wyniki leczenia u osób starszych są gorsze niż u młodszych. Wiek powyżej 60 roku życia jest niekorzystnym czynnikiem prognostycznym dla wyników leczenia tych nowotworów (Jemal 2003).

Jednak brak jest badań klinicznych obejmujących duże grupy osób starszych z rozpoznanymi nowotworami układu chłonnego. Ważny jest nie tylko wiek kalendarzowy, ale również wiek biologiczny. U osób w wieku podeszłym często stwierdza się współistnienie chorób innych tkanek i narządów, co może powodować dyskwalifikację z leczenia lub potrzebę włączenia zredukowanej chemioterapii. Dawki cytostatyków są często zmniejszane ze względu na obawy wystąpienia objawów toksycznych. Największe obawy dotyczą kardiotoksyczności – którą obserwowano w przypadku analizowanego chorego oraz mielotoksyczności. Zastosowanie antybiotyków antracyklinowych zwiększa o 29% ryzyko wystąpienia zastoinowej niewydolności serca. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów ze współistniejącymi chorobami układu krążenia. Uważa się również, że nadciśnienie tętnicze i antracykliny mają synergistyczny, negatywny wpływ na mięsień sercowy. W stosowanych schematach chemioterapii są również wykorzystywane sterydy, jednak decyzję o ich podaniu należy podejmować ostrożnie, ponieważ posiadają one szereg niekorzystnych działań. Mogą wpływać na wzrost ciśnienia tętniczego krwi, powodować zaostrzenie niewydolności serca oraz występującej cukrzycy, a także wpływać na zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego. W przebiegu leczenia mogą wystąpić objawy polineuropatii czuciowo-ruchowej związane ze stosowaniem alkaloidów vinca (winkrystyna). Toksyczność stosowanych cytostatyków może być wyższa lub ich działanie może być obniżone w związku z występowaniem zmian w zakresie farmakokinetyki leków w populacji ludzi starszych. Występowanie cytopenii w trakcie leczenia może być związane zarówno z różną absorbcją leków, jak i ze zmniejszaniem się rezerwy szpikowej u osób starszych. W tej grupie chorych obserwuje się również większą częstość powikłań hematologicznych oraz zaburzeń funkcji układu odpornościowego.

Terapia chorych na nowotwory układu chłonnego w wieku podeszłym jest bardzo złozonym problemem. Ta grupa osób tylko w niewielkim odsetku bierze udział w badaniach klinicznych. Ponadto nie są dostępne dane dotyczące badań farmakokinetyki cytostatyków oraz leków biologicznych stosowanych w omawianej grupie chorych. Kwalifikując chorego do leczenia, należy brać pod uwagę zarówno jego wiek kalendarzowy, jak i biologiczny, współistnienie schorzeń dodatkowych oraz sprawność fizyczną i psychiczną (The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factor Project 1993; Pickett 1999; Carbone 2000). Bardzo ważna jest ocena funkcji podstawowych narządów. W określonych sytuacjach proponuje się obniżenie dawek stosowanych w trakcie chemioterapii leków oraz włączenie terapii wspomagającej.

Piśmiennictwo

Bairey O., Benjamini O., Blickstein D., Elis A., Ruchlemer R., Hodgkin's lymphoma in patients 80 years of age or older, 2006.

Balducci L., Anemia, cancer, and aging, Cancer Control 2003 (10), s. 478–486.

Baraldi-Junkins C.A., Beck A.C., Rothstein G., Hematopoiesis and cytokines. Relevance to cancer and aging, Hematol. Oncol. Clin. North. Am. 2000 (14), s. 45–61.

Carbone P.P., Advances in the systemic treatment of cancers in the elderly, Crit. Rev. Oncol./Hematol. 2000 (35), s. 201–218.

Dmoszyńska K., Gianonnopulos. Nowotwory hematologiczne wieku podeszłego, Postępy Biologii Komórki 2005, 32 (1), s. 115–124.

Dmoszyńska A., Robak T., Podstawy hematologii, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.

Delannoy A., Ferrant A., Bosly A. et al., Acute lymphoblastic leukemia in the elderly, Eur. J. Hematol. 1990 (45), s. 90–93.

Hodgkin's lymphoma in patients 80 years of age or older. Annals of Oncology 2006 (17), s. 928–934.

Izaks G.J., Westendorp R.G., Knook D.L., The definition of anemia in older persons, JAMA 1999 (281), s. 1714–1717.

Jemal A., Murray T., Samuels A. et al., Cancer statistic, Cancer J. Clin. 2003, s. 5–26.

Kuratowska Z., Leczenie chorób układu krwiotwórczego i immunologicznego, [w:] red. W. Pędich, Z. Szreniawski, Farmakoterapia geriatryczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 61–89.

Lee G.R., The anemia of chronic disease, Semin. Hematol. 1983 (20), s. 61–80.

Linton P.J., Dorshkind K., Age-related changes in lymphocyte development and function, Nature Immunology 2004 (5), s. 133–139.

Lipschitz C.A., Udupa K.B., Miltonh K.Y., Effect of age on hematopoiesis in man, Blood 1984 (63), s. 502–509.

Nabhan C., Smith S.M., Helenowski I. et al., Analisis of very elderly (>=80 years) non-hodgkin lymphoma: impact of functonal status and co-morbidities on outcome, Br. J. Haematol. 2011 (156), s. 196–204.

Pickett J.L., Theberge D.C., Brown W.S. et al., Normalizing hematocrit in dialysis patients improves brain function, Am. J. Kidney Dis. 1999 (33), s. 1122–1130.
Repetto L., Balducci L., A case for geriatric oncology, Lancet Oncol. 2002 (3), s. 289–297.
Rothstein G., Disordered hematopoiesis and myelodysplasia in elderly, J. Am. Geriatr. 2003 (51), s. S22–S26.
The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factor Project. A predictive model for aggressive non- hodgkin lymphoma, N. Engl. J. Med. 1993 (329), s. 987–994.

JERZY FOERSTER[1], DARIA SCHETZ[2], ANNA MIKOSIK[3]
[1] Zakład Gerontologii Społecznej i Klinicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny
[2] Katedra i Zakład Farmakologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
[3] Katedra i Zakład Fizjopatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Negatywne skutki terapii skojarzonej: statyną, inhibitorem konwertazy angiotensyny i amlodypiną u 63-letniego sportowca

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemia są powszechną dolegliwością występującą u osób starszych (Zdrojewski 2004; Januszewicz 2007). To pierwsze schorzenie dotyka ponad 60 % osób w wieku powyżej 59 roku życia (Zdrojewski 2005; Kearney 2005) i jego częstość wzrasta wraz z wiekiem. U osób w tej grupie wiekowej łącznie z powyższymi schorzeniami często współistnieje również cukrzyca typu 2 i otyłość. Schorzenia te istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca oraz udaru mózgu (Hender 2008; Kaplan 2004). Coraz powszechniejsze uprawianie sportu, w tym wyczynowego przez osoby starsze (w tzw. kategorii wiekowej masters) wymaga bardzo ostrożnego leczenia farmakologicznego i unikania polipragmazji. Zdarza się, że zbyt pochopne włączenie leków zamiast zastosowania metod pozafarmakologicznych skutkuje wystąpieniem często poważnych działań ubocznych.

Starzenie organizmu ludzkiego wiąże się z istotnymi negatywnymi zmianami funkcjonowania układu immunologicznego, co przekłada się na zmiany w ilości i składzie subpopulacji limfocytów oraz zmiany w wydzielaniu cytokin, jak również przeciwciał. Spada odporność wobec nowych antygenów, czego skutkiem jest wyższe ryzyko infekcji, często o ciężkim przebiegu. Udowodniono, iż zastosowanie regularnego wysiłku fizycznego wiąże się z silniejszą odpowiedzią na szczepienia, zwiększa zdolności podziałowe limfocytów T, obniża ilość mediatorów stanu zapalnego – cytokin prozapalnych. Na skutek umiarkowanych ćwiczeń fizycznych zwiększają się również zdolności żerne neutrofili, rosną właściwości cytotoksyczne komórek NK (natural killers), czyli wzmocnieniu ulega zarówno swoista, jak i nieswoista odpowiedź immunologiczna (Simpson 2012; de Araújo 2013).

W leczeniu nadciśnienia tętniczego wykorzystywanych jest kilka grup leków o różnych mechanizmach działania. Mogą być stosowane zarówno w monoterapii, jak i w leczeniu skojarzonym, przy czym wyniki dużych metaanaliz nie wykazały istotnych różnic w odniesieniu do wyników terapii między poszczególnymi grupami (Law 2009; Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, 2005).

Omawiając farmakoterapię nadciśnienia tętniczego, nie sposób nie wspomnieć o aldosteronie. Jest on zaliczany do najważniejszych występujących u ludzi mineralokortykosteroidów. Wykazuje szereg istotnych działań na organizm ludzki. W dystalnej części kanalika krętego i kanalikach zbiorczych nefronu nasila retencję sodu i wody oraz nasila wydalanie jonów wodorowych i potasowych. Nadmiar aldosteronu powoduje hipokaliemię, zasadowicę metaboliczną, wzrost resorpcji sodu i wody, wzrost objętości osocza. Wymienione zmiany z kolei przyczyniają się do rozwoju nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca z towarzyszącym remodelingiem lewej komory i zwiększonego ryzyka uszkodzenia kłębuszków nerkowych. Zmniejszenie wzmożonej aktywności układu renina-angiotensyna-aldosteron możliwe jest w praktyce klinicznej dzięki zastosowaniu kilku z dostępnych grup leków wykorzystywanych w terapii niewydolności serca i nadciśnienia tętniczego. Do leków takich zaliczane są inhibitory konwertazy angiotensyny, leki blokujące receptor AT1 dla angiotensyny II oraz antagoniści aldosteronu.

W przypadku inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE) dochodzi do hamowania dipeptydazy hydrolizującej angiotensynę I do angiotensyny II. Z uwagi na fakt, iż dipeptydaza również unieczynnia naczyniorozszerzającą (za sprawą uwalniania tlenku azotu) bradykininę, po jej zahamowaniu widoczny jest efekt wazodylatacyjny. Odgrywa to istotną rolę w redukcji podwyższonego ciśnienia tętniczego. Efekt terapii ACE widoczny jest pod postacią zmniejszenia obciążenia następczego serca oraz zależnego od aldosteronu spadku retencji sodu i wody, a zatem także obniżenia obciążenia wstępnego. Ponadto obniżenie tkankowego stężenia angiotensyny powoduje zmniejszenie aktywności współczulnej. Leki te nie powodują wzrostu zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen. Obniżenie podwyższonego ciśnienia tętniczego jest rezultatem zmniejszenia obwodowego oporu naczyniowego bez wywierania istotnego wpływu na częstość pracy i wartość frakcji wyrzutowej serca. Przewlekłe stosowanie leków z tej grupy wyraźnie przekłada się na zmniejszenie śmiertelności i zachorowalności pacjentów z niewydolnością serca, dzięki zmniejszeniu remodelingu lewej komory serca oraz zmian strukturalnych naczyń krwionośnych.

ACE hamują układ renina-angiotensyna-aldosteron oraz wykazują działanie plejotropowe, działają przeciwzapalnie, profibrynolitycznie, przeciwpłyt-

kowo, antykoagulacyjnie (Krysiak 2008). Na polskim rynku dostępnych jest kilka przedstawicieli tej grupy leków o różnej farmakokinetyce. Jednym z długo działających, występujących w formie proleku, przedstawicieli wspomnianej grupy leków jest perindopryl. W terapii nadciśnienia tętniczego zalecane jest stosowanie dawki początkowej 5 mg/rano/doba zwiększając ją do 10 mg/ /rano/doba po miesiącu terapii. U pacjentów z wysoką aktywnością układu renina-angiotensyna-aldosteron, stosujących leki moczopędne, jak również w wieku podeszłym, należy mieć na uwadze możliwość nadmiernego obniżenia ciśnienia tętniczego w dawkach początkowych, w związku z czym zalecane jest rozpoczęcie terapii o połowę niższą dawką – 2,5 mg/rano/doba. Do często opisywanych działań niepożądanych perindoprylu należą: bóle i zawroty głowy, parestezje, zaburzenia widzenia, szumy w uszach, kaszel, duszność, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, wysypki skórne, zmęczenie (Kubota 1996).

Do innej, często wykorzystywanej w leczeniu nadciśnienia tętniczego grupy leków należą antagoniści kanału wapniowego (CCB), których przedstawicielem jest amlodypina. Należy ona do tzw. dihdropirydynowych CCB. Mechanizm działania tej grupy leków polega na hamowaniu transportu jonów wapnia przez błony komórkowe do komórek mięśni gładkich naczyń krwionośnych i serca, za sprawą blokowania wolnych kanałów wapniowych. Efektem działania amlodypiny jest zmniejszenie całkowitego oporu naczyniowego oraz obciążenia następczego za sprawą rozszerzenia obwodowych tętniczek bez wywierania wpływu na częstość pracy serca. Korzystnym efektem wynikającym z wcześniej wspomnianego działania leku jest zmniejszenie zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen. Lek prawdopodobnie również rozszerza duże naczynia tętnicze wieńcowe w obszarach niedokrwionych. Widoczne jest zmniejszenie obszaru niedokrwiennego uszkodzenia mięśnia sercowego, dlatego lek znalazł również zastosowanie u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca (Neutel 2013). Na początku leczenia wskazane jest stosowanie dawki 5 mg/doba, po czym zwiększanie do dawki maksymalnej wynoszącej 10 mg/doba.

W przypadku leczenia skojarzonego amlodypiną i inhibitorem konwertazy angiotensyny nie jest konieczne modyfikowanie jej dawki. Podobnie w przypadku pacjentów w podeszłym wieku nie ma konieczności obniżania dawki amlodypiny. Do najczęściej obserwowanych działań ubocznych CCB należą: senność, ból głowy, uderzenia gorąca, dolegliwości gastryczne i obrzęk stawów. Również dość często mogą wystąpić obrzęki kończyn dolnych, zmiany skórne w postaci pokrzywki, rumienia oraz tachykardia.

Do najbardziej skutecznych leków w obniżaniu poziomu frakcji LDL cholesterolu należą kompetycyjne inhibitory reduktazy 3-hydroksy-3-mety-

loglutarylo-koenzymu A (HMG-CoA), tzw. statyny. W biosyntezie cholesterolu kluczową rolę odgrywa enzym – reduktaza HMG-CoA. Jej inhibicja powoduje skuteczne obniżenie podwyższonego, jak i prawidłowego stężenia cholesterolu we krwi i stabilizuje blaszki miażdżycowe. Simwastatyna jest jednym z kilku przedstawicieli tej grupy leków (Neuhaus 2007).

W hipercholesterolemii zwykle początkowa dawka wynosi 10-20 mg/wieczór/doba, a w przypadku potrzeby znacznego obniżenia cholesterolu LDL – 20-40mg/doba, przy czym zalecane jest stosowanie niskocholesterolowej diety. U osób z ciężką hipercholesterolemią i wysokim ryzykiem wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych możliwe jest stopniowe zwiększanie dawki przy zachowanych odstępach czasu trwających nie krócej niż 4 tygodnie, do maksymalnej dawki dobowej wynoszącej 80 mg.

Simwastatyna występuje w formie proleku, który ulega hydrolizie do formy aktywnej w przewodzie pokarmowym. Jako substrat izoenzymu CYP3A4 cytochromu P450, stosowana jednocześnie z silnymi inhibitorami tego enzymu (np. ketokonazol), może wykazywać nasilone działanie i zwiększoną tendencję do wywoływania działań niepożądanych, takich jak np. wystąpienie miopatii i rabdomiolizy. Mniejsze, ale również prawdopodobne jest także dochodzenie do wzajemnych interakcji ze słabszymi inhibitorami CYP3A4: werapamilem i diltiazemem, które podobnie jak amlodypina należą do grupy CCB (lecz niedyhidropirydynowych). Istotnym powikłaniem związanym ze stosowaniem statyn w wysokich dawkach, w tym także simwastatyny, jest miopatia, która objawia się osłabieniem siły mięśniowej, tkliwością i bólem mięśni, czemu towarzyszyć może nawet dziesięciokrotny wzrost powyżej wartości referencyjnych aktywności kinazy kreatyninowej (Antons 2006). Najbardziej niebezpieczne jest jednak ryzyko rabdomiolizy skutkujące ostrą niewydolnością nerek. Monitorowanie poziomu kinazy kreatyninowej odgrywa zatem istotną rolę w zapobieganiu wystąpieniu tych niebezpiecznych powikłań. W przypadku stwierdzenia ponadpięciokrotnego przekroczenia górnej wartości referencyjnej kinazy kreatyninowej zalecane jest wykonanie powtórnego, potwierdzającego badania po 5-7 dniach. Do wystąpienia rabdomiolizy szczególnie predysponuje: wiek podeszły, niewydolność nerek, niedoczynność tarczycy, zaburzenia ze strony układu mięśniowego, szkodliwy wpływ fibratów lub statyn na mięśnie w przeszłości, a także nadużywanie alkoholu etylowego.

Opis przypadku

63 letni mężczyzna ze stwierdzonym od ośmiu lat (2005 rok) nadciśnieniem tętniczym oraz hipercholesterolemią (wcześniej nie chorował) zgłosił się do specjalisty geriatrii z powodu, jak sam domniemał, ubocznych objawów stosowanych leków, które szczególnie nasiliły się po modyfikacji terapii dokonanej rok i 6 miesięcy wcześniej (wiosną 2012 roku). Pacjent jest wyczynowym lekkoatletą w kategorii „masters" (sport weterański). W młodym wieku trenował wyczynowo przez okres 5 lat w wieku 15-22 roku życia, osiągając klasę mistrzowską w rzucie młotem. Po ukończeniu 43 lat (w roku 1993) zaczął ponownie regularnie wyczynowo trenować, 6 razy tygodniowo od 1,5 do ponad 2 godzin dziennie oraz występować na zawodach weterańskich, z powodzeniem i sukcesami – zdobywając wielokrotnie tytuły Mistrza Świata, Mistrza Europy w wieloboju rzutowym oraz w rzucie ciężarkiem i młotem w swojej kategorii wiekowej. Wykształcenie wyższe, pracujący jako trener, czynny zawodowo, co dodatkowo zwiększa liczbę godzin jego aktywności fizycznej. Niepijący alkoholu, niepalący papierosów, odżywiający się regularnie oraz stosujący dietę niskotłuszczową. Generalnie pacjent prowadzi higieniczny tryb życia. Wywiad rodzinny dodatni zarówno ze strony ojca (choroba niedokrwienna serca), jak i matki (demencja mieszana), rodzice nie żyją; obie siostry pacjenta również ze stwierdzoną i leczoną farmakologicznie hipercholesterolemią.

Badanie przedmiotowe: Lipiec 2012 rok.

Wzrost 181 cm, waga 92 kg, BMI – 28,1 kg/metr kwadratowy. Tętno 64/min. średnie dobowe ciśnienie tętnicze 120/75-125/80 przez cały okres leczenia wyrównane, na obu kończynach górnych te same wartości.

Badania biochemiczne

Morfologia, glikemia na czczo, sód, potas, aminotransferaza alaninowa (ALAT) gammaglutaminotranspeptydaza (GGTP), kreatynina – prawidłowe, ogólne badanie moczu – prawidłowe (2005, 2006, 2009, 2010, 2012, 2013 rok).

Lipidogramy:

10/2005. Ch – 287 mg %, HDLCh – 42 mg %, LDLCh – 186 mg %, TG – 294 mg % (przed leczeniem statyną).

12/2005. TCh – 168 mg %, HDLCh – 42 mg %, LDLCh – 104 mg %, TG – 110 mg % (statyna używana od dwóch miesięcy, od tego czasu pacjent przyjmuje regularnie simvasterol w dawce 20 mg/dobę).

02/2011. TCH – 198 mg %, HDLCh – 47 mg %, LDL – 116 mg %, TG – 145 mg % (statyna nadal).

09/2012. Ch – 234 mg %, HDLCh – 41 mg %, LDLCh – 143 mg %, TG – 248 mg % (dwa miesiące temu odstawiona statyna).

04/2013. Ch – 210 mg %, HDLCh – 45 mg %, LDLCh – 145 mg %, TG – 120 mg %, AF – 4,66 (nadal pacjent nie używa statyny).

EKG – rytm zatokowy miarowy 64/min, normogram, ST-T w linii izoelektrycznej, bez cech niedokrwienia i powiększenia lewej komory. (2012)

Echo serca w normie – bez zaburzeń kurczliwości oraz bez powiększenia lewej komory, kurczliwość EF – prawidłowa. (2012)

Badanie dopplerowskie tętnic dogłowowych, bez zmian miażdżycowych oraz anatomicznych, przepływy krwi prawidłowe. (2012)

RTG – klatki piersiowej – sylwetka serca prawidłowa aorta wydłużona. Pola płucne bez zmian. (2010)

Przebieg leczenia

Ze względu na wyjściowo podwyższone wartości ciśnienia tętniczego (RR) do około 150/80-160/85 mm Hg lekarz pierwszego kontaktu zdecydował o włączeniu leków: trandolapril 2 mg/dobę, indapamid SR 1,5 mg/dobę, które to znormalizowały ciśnienie tętnicze przy dobrym samopoczuciu pacjenta. Po kilku tygodniach terapii z powodu współistniejącej hiperlipidemii mieszanej dołączono simwastatynę 20 mg/dobę, terapię kontynuowano przez kilka kolejnych lat. Pacjent dość dobrze tolerował terapię poza uczuciem okresowego osłabienia i zmęczenia większego niż przed włączeniem leków. Uzyskano prawidłowe wartości RR w granicach 120/80-130/85, jak również pożądane wyniki parametrów lipidowych. Ze względu na konieczność odstawienia indapamidu SR (przepisy federacji lekkoatletycznych) lekarz zmodyfikował leczenie, zastępując odstawiony preparat amlodipiną w dawce 5 mg. Jednocześnie zmieniono trandolapril 2 mg na perindopril 10 mg. Efektem zmiany leczenia było stałe słabnięcie siły mięśniowej sportowca, uczucie uginających się bardzo słabych kończyn dolnych, spadek dynamiki i szybkości oraz zawroty głowy, utrudniające nie tylko trening, ale i pracę zawodową. Jednocześnie koordynacja ruchowa uległa pogorszeniu. Pacjent okresowo czuł się na tyle źle, że zmniejszył liczbę treningów oraz ich intensywność i czas trwania. Parametry oceniające wydolność sportową organizmu znacznie spadły, wystąpiła niechęć do treningu oraz objawy depresji. Pomimo niepokojących objawów często sprawdzane parametry biochemiczne i wykonywane badania dodatkowe były w normie. Pacjent został skonsultowany ze specjalistą w dziedzinie geriatrii. Z uwagi na brak pewności, który z leków zastosowa-

nych w terapii skojarzonej wywołał niepożądane objawy, odstawiono amlodypinę i zastąpiono zmieniany wcześniej perindopryl dobrze tolerowanym i sprawdzonym trandolaprilem 2 mg (lipiec 2012). Powrót do dawnego leku spowodował znaczną niechęć pacjenta do stosowanego leku, ponieważ łączył go z wywołanymi objawami niepożądanymi. Zmiana spowodowała niewielką poprawę, jednak pacjent wciąż nie mógł powrócić do intensywnego treningu. W sierpniu 2012 roku lekarz geriatra zalecił odstawienie statyny. Po 2 tygodniach zaobserwowano znaczną poprawę i zawodnik powrócił w pełni do sportu. Po przejściowym wzroście parametrów lipidowych powróciły one niemal do wartości referencyjnych, co mogło mieć związek z przestrzeganiem diety niskocholesterolowej przez pacjenta. Wciąż problemem była jednak niechęć i celowe pomijanie stosowania leku obniżającego podwyższone ciśnienie tętnicze. Lekarz pierwszego kontaktu zmienił trandolapril 2 mg na sartan – kandesartan 8 mg, argumentując tą zmianę użyciem „nowocześniejszego leku", co jednocześnie spowodowało regularne przyjmowanie tego leku przez pacjenta. Lek stosowany jest do chwili obecnej. Uzyskano bardzo dobre subiektywne poczucie sportowca, co odzwierciedlały jego wyniki badań, mimo prowadzonego intensywnego treningu o charakterze wyczynowym. Jesienią 2013 roku sportowiec uzyskał doskonałe medalowe pozycje w czasie ważnych międzynarodowych imprez kategorii „masters".

Komentarz

W niniejszym przypadku, dążąc do uzyskania wartości referencyjnych poziomu lipidów w surowicy, włączono statynę. Pomimo uzyskania pożądanych wyników parametrów lipidowych komfort psychiczny i fizyczny pacjenta został zakłócony na skutek wystąpienia objawów ubocznych. Jednym z głównych powikłań terapii statynami są miopatie (Pasternak 2002; Sathasivam 2012). Pacjenci w wieku geriatrycznym stosujący statyny w porównaniu z osobami młodszymi są szczególnie predysponowani do występowania niepożądanych objawów ze strony mięśni szkieletowych (Bhardwaj 2013). Szczególne nasilenie dolegliwości pacjenta miało miejsce po zastąpieniu indapamidu SR amlodypiną. Wytłumaczeniem tego zjawiska jest wystąpienie interakcji lekowej pomiędzy amlodypiną a simwastatyną. Spośród innych statyn simwastatyna w fizjologicznym pH charakteryzuje się najwyższą lipofilnością. Z kolei metabolizm lipofilnych statyn zachodzi przy udziale izoenzymów CYP3A4, co sprzyja ryzyku występowania interakcji z lekami będącymi inhibitorami tego izoenzymu, a należy do nich m.in. amlodypi-

na (Molden 2008). Dowiedziono, że jednoczesne przyjmowanie dużej dawki simwastatyny (80mg/doba) z amlodypiną przyczyniało się do znacznego wzrostu simwastatyny w osoczu, co mogło się wiązać ze zwiększonym ryzykiem uszkodzenia wątroby i wystąpienia miopatii, jak również rabdomiolizy. W związku z powyższym FDA (Amerykańska Agencja Leków) zarekomendowała, aby dawka simwastatyny u osób stosujących jednocześnie amlodypinę była ograniczona do 20 mg/doba (Graham 2004; FDA Drug Safety Communication 2011). Mogłoby się wydawać, że w przypadku przedstawionym w niniejszym opracowaniu, w związku z zastosowaniem niskiej dawki simwastatyny nie powinno dochodzić do istotnej interakcji z amlodypiną. Niemniej jednak wyniki badań przeprowadzonych przez niektórych badaczy potwierdziły, że zdolność do metabolizowania leków przy udziale CYP3A4 może wraz z wiekiem ulegać osłabieniu (Sotaniemi 1996), co może prowadzić do zwiększa stężenia simwastatyny w osoczu i zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia powyżej wspomnianej interakcji lekowej. Dowodem przemawiającym za słusznością takiego twierdzenia jest fakt, iż po odstawieniu amlodypiny, działania niepożądane stały się mniej nasilone. W przypadku stosowania kilku leków jednocześnie, istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, przy czym dodatkową wadą jest trudność w przewidzeniu, który lek wywołał niepożądane objawy (Bretherton 2003). Początkowa zmiana przez lekarza pierwszego kontaktu dobrze tolerowanego przez pacjenta trandolaprilu na perindopril wydaje się niezrozumiała. Oczywiste jest, że mechanizm działania wszystkich inhibitorów konwertazy angiotensyny jest analogiczny. Różnią się one parametrami farmakokinetycznymi. Jedną z dobrze potwierdzonych naukowo kwestii jest możliwość zachodzenia interakcji perindoprylu z pokarmem, który może istotnie wpływać na biodostępność tego leku (Lecocq 1990). Sytuacja taka nie jest obserwowana w przypadku trandolaprilu, w związku z czym pokarm nie wpływa na jego biodostępność. Sugerując się różnicami farmakokinetycznymi, brakiem pewności, który lek wywołał niepożądane objawy oraz wcześniejszą dobrą tolerancją trandolaprilu, lekarz geriatra ponownie zmienił perindopril na wcześniej dobrze tolerowany przez pacjenta trandolapril, co wydaje się dobrym posunięciem terapeutycznym. Całkowite ustąpienie niepożądanych objawów widoczne było jednak dopiero po 2 tygodniach od odstawienia statyny. Osobny problem związany był z niechętnym i nieregularnym przyjmowaniem leku normalizującego podwyższone ciśnienie przez pacjenta. Było do związane z jego uprzedzeniem do trandolaprilu. Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2006 roku, aż 28,5% pacjentów odstawia lek hipotensyjny (Burke 2006). Sugerując się tym faktem, zmieniono lek na kandesartan.

Dodatkowo lekarz pierwszego kontaktu argumentował tę zmianę „wprowadzeniem nowszego leku". Należy tutaj podkreślić, że im dłużej dany lek jest dostępny na rynku, tym więcej wiadomo na temat jego profilu bezpieczeństwa. Kryterium wyboru leku nigdy nie powinno być przeświadczenie o jego nowoczesności, a tym samym większej konkurencyjności. Wiarygodne informacje na temat bezpieczeństwa i skuteczności określonej grupy leków należy czerpać z wytycznych opierających się na dużych metaanalizach. Na ich podstawie można wnioskować, że określona grupa leków na tle innych jest lepiej tolerowana i bardziej skuteczna w określonej grupie pacjentów. Niemniej jednak w sytuacji, gdy pacjent samodzielnie odstawia lek, jest bardziej niekorzystna niż zmiana na środek z innej grupy, którego skuteczność w obniżaniu podwyższonego ciśnienia jest porównywalna do pozostałych, dostępnych grup leków (wytyczne ESH/ESC z 2013 r.). Reasumując, zastosowanie politerapii z powodu nadciśnienia tętniczego nawet dwulekowej w przypadku osoby starszej uprawiającej sport wyczynowy wydaje się być nieuzasadnione. Główną zaletą rozpoczynania leczenia nadciśnienia tętniczego terapią skojarzoną jest bardziej pewne uzyskanie szybszej odpowiedzi na leczenie, co jest szczególnie uzasadnione w przypadku pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych (Mancia 2013). W przypadku przedstawionego w niniejszym opracowaniu pacjenta, postępowanie takie nie było konieczne. Stosowanie kilku leków jednocześnie często nie sprawdza się u osób uprawiających sport wyczynowy niezależnie od ich wieku i dodatkowo może spowodować działania niepożądane chociażby w postaci ortostatycznych spadków ciśnienia, zespołu zawrotowego czy osłabienia siły i bólów mięśniowych. Dotyczy to szczególnie osób starszych. Biorąc pod uwagę fakt, że skurczowe ciśnienie tętnicze może rosnąć do końca życia (u mężczyzn powszechnie do 84 roku życia, a u kobiet do 79 roku życia), a rozkurczowe przeciętnie do 55-60 roku życia zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet często lekami pierwszego rzutu są diuretyki tiazydowe lub tiazydopodobne oraz inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (Mancia 2009; Law 2003). Fakt ich skuteczności w przypadku jednoczesnego stosowania (Chobanian 2003; Cherubini 2003), nie uzasadnia jednak takiej terapii u ponad sześćdziesięcioletniego sportowca, bez podjęcia próby leczenia jednym specyfikiem. Odstawienie statyny w przypadku kontynuacji kariery sportowej było koniecznością. Z kolei diuretyki mogą znacznie osłabić sportowca, a jednocześnie są umieszczone na liście leków niedozwolonych do używania przez sportowców. To samo dotyczy wszystkich specyfików blokujących receptory beta, które również w konkurencjach lekkoatletycznych, szczególnie w rzutach, raczej spowodują osłabienie i pogorszenie wyniku.

Przepisy antydopingowe dotyczą również sportowców startujących w kategorii „masters". W czasie zawodów rangi mistrzostw Polski, Europy czy świata oraz na innych prestiżowych imprezach, w biegach ulicznych, biegach maratońskich przeprowadzane są kontrole antydopingowe. Zdarzały się przypadki odsunięć sportowca kategorii „masters" od możliwości startu w zawodach – dyskwalifikacje na krótszy lub dłuższy okres czasu. Jest możliwe dopuszczenie sportowca używającego leków z „zakazanej listy" do startu w zawodach, pod warunkiem przedstawienia odpowiednich zaświadczeń od specjalistów (lekarzy biegłych poszczególnych federacji sportowych w danej dyscyplinie) co wiąże się jednak z dużymi trudnościami i wysokimi opłatami.

Piśmiennictwo

Antons K.A., Williams C.D., Baker S.K., Phillips P.S., Clinical perspectives of statin-induced rhabdomyolysis, Am. J. Med. 2006, 119(5), s. 400–409.

Bhardwaj S., Selvarajah S., Schneider E.B., Muscular effects of statins in the elderly female: a review, Clin. Interv. Aging 2013 (8), s. 47–59.

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials, Arch. Intern. Med. 2005 (165), s. 1410–1419.

Bretherton A., Day L., Polypharmacy and older people, Nursing Times 2003.

Burke T.A. et al., Discontinuation of antihypertensive drugs among newly diagnosed hypertensive patients in UK general practice, J. Hypertens. 2006, 24(6), s.1193–1200.

Cherubini A., Fabris F., Ferrari E. et al., Comparative effects of lercanidipine, lacidipine, and nifedipine gastrointestinal therapeutic system on blood pressure and heart rate in eldery hypertensive patients; the ELderly and LErcanidipine /ELLE/ study. Arch. Gerontol. Geriatr. 2003 (37), s. 203–212.

Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.L. et al., The seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report, JAMA 2003 (289), s. 2560–2572. /Errata JAMA 2003 (290), s. 197/.

de Araújo A.L., Silva L.C., Fernandes J.R., Benard G., Preventing or reversing immunosenescence: can exercise be an immunotherapy?, Immunotherapy 2013, 5(8), s. 879––893; doi: 10.2217/imt.13.77.

FDA Drug Safety Communication: New restrictions, contraindications, and dose limitations for Zocor (simvastatin) to reduce the risk of muscle injury, 06-08-2011.

Graham D.J., Staffa J.A., Shatin D., Andrade S.E., Schech S.D., La Grenade L., Incidence of hospitalized rhabdomyolysis in patients treated with lipid-lowering drugs, JAMA 2004 (292), s. 2585–2590.

Hender T., Kieldsen S.E., Narkiewicz K., Nadciśnienie tętnicze, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2008, s. 16–28.

Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska- Sadowska E., Sznajderman M., Nadciśnienie tętnicze, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2007, t. 528, s. 1025.

Kaplan N.M., Nadciśnienie tętnicze u osób w podeszłym wieku, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2004, s. 1–2, 38–48.

Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Global burden of hypertension; analysis of world wide data, Lancet 2005 (365), s. 217–223.

Krysiak R., Okopień B., Pleiotropic effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors in normotensive patients with coronary artery disease, Pharmacol. Rep. 2008, 60(4), s. 514–523.

Kubota K., Kubota N., Pearce G.L., Inman W.H., ACE-inhibitor-induced cough, an adverse drug reaction unrecognised for several years: studies in prescription-event monitoring, Eur. J. Clin. Pharmacol. 1996, 49(6), s. 431–437.

Law M.R., Wald N.J., Morris J.K., Jordan R.E., Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs analysis of 354 randomised trials, BMJ 2003 (326), s. 1427–1434.

Law M.R., Morris J.K., Wald N.J., Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies, BMJ 2009, s. 338.

Lecocq B., Funck-Brentano C., Lecocq V. et al., Influence of food on the pharmacokinetics of perindopril and the time course of angiotensin-converting enzyme inhibition in serum, Clin. Pharmacol. Ther. 1990, 47(3), s. 397–402.

Mancia G., Laurent S., Agabiti-Rosei E. et al., Reapprasial of European guidelines of hypertension menagement; a European Society of hypertension Task Forcedocument, J. Hypertens. 2009 (27), s. 2121–2158.

Mancia G. et al., Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku, Kardiologia Polska 2013 (71), supl. III: 27–118DOI: ISSN 0022–9032.

Molden E., Skovlund E., Braathen P., Risk management of simvastatin or atorvastatin interactions with CYP3A4 inhibitors, Drug. Saf. 2008, 31(7), s. 587–596.

Neuhaus O., Hartung H.P., Evaluation of atorvastatin and simvastatin for treatment of multiple sclerosis, Expert Rev. Neurother. 2007, 7(5), s. 547–556.

Neutel J.M., Smith D.H., Hypertension management: rationale for triple therapy based on mechanisms of action, Cardiovasc. Ther. 2013, 31(5), s. 251–258.

Pasternak R.C., Smith S.C. Jr, Bairey-Merz C.N. et al., ACC/AHA/NHLBI clinical advisory on the use and safety of statins, Circulation 2002 (106), s. 1024–1028.

Sathasivam S., Statin induced myotoxicity, Eur. J. Intern. Med. 2012 (23), s. 317–324.

Simpson R.J., Lowder T.W., Spielmann G., Bigley A.B., LaVoy E.C., Kunz H., Exercise and the aging immune system., Ageing Res. Rev. 2012, 11(3), s. 404–420; doi: 10.1016/j.arr.2012.03.003.

Sotaniemi E.A. et al., Age and CYP3A4 and CYP2A6 activities marked by the metabolism of lignocaine and coumarin in man, Therapie 1996, 51(4), s. 363–366.

Zdrojewski T., Nadciśnienie tętnicze w Polsce a aktualne zalecenia towarzystw europejskich w zakresie prewencji chorób układu krążenia, Terapia 2004, s. 7–11.

Zdrojewski T., Wyrzykowski B., Szczęch R. et al., Stering Commitete of the Programs NATPOL PLUS, SMS, The Polish 400- Cities Project, Blod. Press. Suppl. 2005 (2), s. 6–10.

ISBN 978-83-87653-18-7

Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa

ul. gen. Tadeusza Kutrzeby 10, 61-719 Poznań, 61 85 84 370
www.wsnhid.pl