

Grażyna Łój

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

# Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku

## *Rehabilitation versus quality of old people's life*

### **Abstract**

*In the life-span psychology the senility is regarded as one of the developmental period. The developmental changes in the senility period are multiaspectational and they cover psychological, biological and social spheres. The reduction of movement efficiency causes a change of the image of oneself, which is the most important structure of human personality, and a change in some of the previous social roles. All this reduces the quality of life in the senility period. This is why old people rehabilitation should be multiaspectational and only then it will be effective in improvement of the quality of life during this period.*

*The aim of current research was the analysis of level of sense of life of people after their sixties, before and after the rehabilitation.*

*Forty three patients being after rehabilitation of contusions of limbs were analyzed. They have been analyzed twice by the test of susceptibility to effective rehabilitation (acc. J. Tylka) and the test of analyzing the quality of life. For the first time they were analyzed just after the injury or surgery and then, after the rehabilitation.*

*The research results show that the quality of life is significantly higher after the rehabilitation than before. The sense of one self's value increases; the mood and the motivation for activity and achieving life's aims becomes better.*

**key words:** *senility, life-span psychology, quality of life*

### **Wstęp**

Starość uznaje się w psychologii *life-span* (psychologii rozwoju biegu życia) za okres rozwojowy, w którym następuje bilans zysków i strat. Zmiany rozwojowe w okresie starości są wieloaspektowe i obejmują sferę psychiczną, biologiczną i społeczną, które są ze sobą nierozzerwalnie związane. Konsekwencjami obniżenia się poziomu sprawności ruchowej są zmiana obrazu własnej osoby, najważniejszej struktury osobowości człowieka, oraz utrata niektórych dotychczasowych ról społecznych. Wszystko to sprawia, że jakość życia człowieka w okresie starości się obniża. Dlatego też rehabilitacja osoby w podeszłym wieku powinna być wieloaspektowa, a przez to

efektywna w podnoszeniu jakości życia w tym okresie.

Psychologia *life-span* jest ontogenetyczna — bada zmiany rozwojowe w psychice człowieka od urodzenia aż do śmierci biologicznej. Obejmuje ona zmiany rozwojowe zachodzące w pełnym cyklu życia jednostki, również w ostatniej fazie dorosłości.

Psychologia *life-span*, której twórcami są Baltes, Reese i Lipsitt [1], to „ujęta całościowo psychologia ontogenetyczna ukazująca zmiany, przy zwróceniu szczególnej uwagi na zdarzenia krytyczne, które mają decydujący wpływ na funkcjonowanie i aktywność człowieka w każdym okresie jego życia, także w starości”. Adekwatnym i tożsamym kryterium jakości życia w wieku podeszłym jest rozwój i pogłębienie procesów psychicznych, które pomagają osobie starzejącej się zaadaptować się do starości. Najważniejszym procesem, który stanowi podstawę kształtowania się tych umiejętności, jest samoświadomość ujęta jako stan wiedzy o sobie, swoich relacjach z otoczeniem, któ-

Adres do korespondencji:  
dr Grażyna Łój  
ul. 1 Maja 74 m. 37, 41–200 Sosnowiec  
tel. 606 350 880  
e-mail: g.loj@wp.pl

ry sprzyja regulacji i kontroli przeżyć oraz zachowania, poprzez koncentrację uwagi na własnej osobie. Drugim bardzo ważnym kryterium jakości życia są zmiany biologiczne w późnej dorosłości, które mają charakter zmian wstecznych. Ich podstawą jest zanik zdolności reprodukcyjnych komórek oraz ich stopniowa degeneracja. Zasadniczo więc starzenie się przebiega na poziomie komórkowym. Kumulacja zmian organicznych sprawia, że stają się one uchwytne i widoczne około 60. roku życia. Z medycznego punktu widzenia rozróżnia się dwa zasadnicze typy zmian: obniżenie sprawności fizycznej oraz tak zwaną mnogą patologię.

Obniżenie sprawności fizycznej przejawia się ograniczeniem zdolności do wysiłku, zwiększoną męczliwością, a tym samym ograniczeniem aktywności oraz ogólnym spadkiem wigoru. Wynika to bezpośrednio z deterioracji czynności organizmu, to znaczy stopniowego słabnięcia funkcji wszystkich narządów ciała. W większości przypadków wymierne obniżenie sprawności fizycznej jest następstwem chorób, a nie samego procesu starzenia się [2].

Mnoga patologia to drugi istotny wyróżnik starości biologicznej. Terminem tym określa się występowanie kilku dolegliwości równocześnie u tej samej osoby, spowodowane przewagą procesów katabolicznych nad metabolicznymi [3]. Wpływa ona ograniczająco na sprawność narządów ciała, a ponadto w znacznym stopniu utrudnia rozpoznanie starości. Do chorób somatycznych najczęściej występujących w okresie starości należą: choroby infekcyjne związane z obniżeniem odporności organizmu, choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego i pokarmowego, choroby narządu ruchu oraz układu hormonalnego — głównie cukrzycę.

Podsumowując: w wymiarze biologicznym kryterialnym czynnikiem starości jest deterioracja czynności organizmu.

Rehabilitacja, której głównym celem jest utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania, zwłaszcza w zakresie podstawowych czynności życia codziennego oraz usprawnienia poszczególnych narządów i układów, w których występuje dysfunkcja, ma duże znaczenie dla poprawy jakości życia osób w starszym wieku. U objętych procesem usprawniania pacjentów w wieku podeszłym można zastosować różne formy oddziaływań terapeutycznych, na przykład kinezyterapię, fizykoterapię lub terapię zajęciową. Wykorzystanie tych możliwości terapeutycznych pozwala na właściwe i nieinwazyjne postępowanie usprawniające, jak również ogranicza czas trwania niesprawności pacjenta.

Starość jest dynamicznym procesem związanym ze specyficzną zmianą warunków życia ludzkiego, która najczęściej ma negatywny charakter i obejmuje: obniżenie sprawności fizycznej, utratę pozycji społecznej, zmianę funkcji w rodzinie, chorobę, śmierć bliskich osób oraz konieczność przystosowania się do zmiennych warunków ekonomicznych. Degradacja na tych wszystkich polach, choć jest zjawiskiem powszechnym, nie stanowi reguły ani konieczności. W dużym stopniu zależy ona bowiem od postępowania samego człowieka — od jego stanu zdrowia, wykształcenia, światopoglądu, stosunku do ludzi i do pracy — od wielu czynników, które można kształtować własną wolą i wysiłkiem. Osoba w podeszłym wieku potrzebuje akceptacji, poczucia bezpieczeństwa lub przynajmniej tolerancji ze strony grupy społecznej. Tolerancja zaś ma swoje źródło w zrozumieniu mechanizmów, które doprowadziły do takiego, a nie innego stosunku ludzi starszych do okresu życia, w którym się obecnie znajdują, oraz do zmian, jakie starość nieuchronnie wprowadza w życie człowieka. Celem przedstawionego badania była analiza poziomu poczucia jakości życia osób po 60. roku życia przed rehabilitacją pourazową i po niej, z założeniem, że po rehabilitacji wzrasta u nich poziom poczucia jakości życia.

U osób starszych po urazie, przed rehabilitacją, nastrój jest obniżony, a poziom lęku wysoki. Pacjenci w podeszłym wieku charakteryzują się również wysokim poziomem napięcia psychicznego, niskim mniemaniem o własnej osobie oraz negatywną postawą wobec terapii, wobec siebie i swoich celów życiowych. Zabiegi rehabilitacyjne mogą (być może) zmienić ten niekorzystny stan psychologiczny.

### **Materiał i metody**

Przebadano 43 pacjentów (> 60. rż.) poddanych rehabilitacji w przychodniach specjalistycznych i przy szpitalnych w Sosnowcu i Katowicach, po złamaniach kości kończyn dolnych, stłuczeniach i podobnych urazach. Badania przeprowadzono 2-krotnie: po raz pierwszy zaraz po urazie, względnie po zabiegu operacyjnym, a następnie po rehabilitacji, stosując test podatności na efektywną rehabilitację (wg J. Tyłki) oraz test do badania jakości życia. Test J. Tyłki pozwala ocenić podstawowy nastrój, poziom lęku napięcie psychiczne, obraz własnej osoby, postawę wobec terapii i wobec siebie oraz swoich celów życiowych. Z testu Cammbella do badania jakości życia wybrano dwa pytania dotyczące woli i pasji życia, które pacjent miał ocenić na skali cyfrowej (0, 1, 2 punkty).

**Tabela 1.** Charakterystyka demograficzna badanej grupy (n = 43)  
**Table 1.** Demographic characteristic of study group (n = 43)

	Miejsce zamieszkania					
	Sosnowiec (n = 19)			Katowice (n = 24)		
Wiek (lata)	60–66	67–72	≥ 73	60–66	67–72	≥ 73
Kobiety	7	4	3	12	5	1
Mężczyźni	3	1	1	4	2	
Razem	10	5	4	16	7	1

**Tabela 2.** Średnie wartości i odchylenie standardowe (SD) parametrów podatności na efektywną rehabilitację  
**Table 2.** Mean values and standard deviations (SD) of parameters of susceptibility on rehabilitation

	Przed rehabilitacją	Po rehabilitacji
Podstawowy nastrój	2,40 ± 1,58	5,62 ± 1,72
Poziom lęku	6,98 ± 1,61	3,28 ± 1,58
Napięcie psychiczne	7,53 ± 1,45	4,52 ± 1,68
Obraz własnej osoby	4,72 ± 1,91	5,2 ± 1,77
Postawa wobec rehabilitacji	3,32 ± 1,81	7,2 ± 1,72
Postawa wobec celów życiowych	3,1 ± 1,41	8,02 ± 1,48

## Wyniki

Charakterystykę demograficzną badanych zestawiono w tabeli 1, z której wynika, że rozkład badanych pod względem płci i wieku był w obu ośrodkach bardzo podobny. W tabeli 2 przedstawiono natomiast wyniki badań testem J. Tylki. Z analizy statystyki podstawowych wymiarów testu wynika, że po rehabilitacji dochodzi do zmian opisanych poniżej. Podstawowy nastrój, rozumiany jako stan emocjonalny, niezbyt intensywny, trwający przez dłuższy czas i przejawiający się między innymi w czynnościach psychomotorycznych (mimika, głos, gestykulacja), jest bardziej wyrównany niż przed rehabilitacją. Przed rehabilitacją osoby badane mają zwykle obniżony nastrój, który przejawia się zazwyczaj przygnębieniem, apatią, osłabieniem tempa reakcji, niechęcią do mówienia i działania. Głos tych osób jest cichy, często prawie stłumiony, tok ich wypowiedzi jest wolny, a w wypowiedziach przeważają wyraźny pesymizm i rozczarowanie. Mimika tych osób jest maskowata, motoryka spowolniona, widoczne są ubytki energii i opieszłość. Natomiast po rehabilitacji głos tych osób staje się zwykle spokojny, są one umiarkowanie optymistyczne w swoich wypowiedziach i potrafią kontrolować własną motorykę. Drugi wymiar opisywanej zmiennej to poziom lęku. Przed rehabilitacją pacjenci mają wysoki poziom lęku, co nie pozwala im normalnie funkcjonować. Mają

oni poczucie czekającego je nieszczęścia, często są zdenerwowane, niepokoją się o innych, o wynik leczenia, są drażliwe, przejawiają różnorodne zakłócenia czynności, zaburzenia snu (płytki sen, budzenie się, koszmary senne, trudności w zasypianiu), u chorych na serce często występuje strach przed powtórny zawałem, niepokój o przyszłość. Po rehabilitacji poziom lęku u osób badanych wyraźnie się obniża. Są one bardziej zrównoważone, cierpliwsze, nie mają kłopotów ze snem.

Następny wskaźnik podatności na efektywną rehabilitację to napięcie psychiczne rozumiane jako stan psychofizyczny charakteryzujący się nadmierną gotowością do reagowania na każdy bodziec zewnętrzny (bądź wewnętrzny), silnymi emocjami i towarzyszącymi im reakcjami wegetatywnymi i mięśniowo-stawowymi, z tendencją do utrzymywania się przez dłuższy czas. Badani przed rehabilitacją cechują się wysokim poziomem napięcia psychicznego, co oznacza: małą lub prawie żadną zdolność do odprężenia się (nawet wtedy, gdy nie istnieje aktualne ani potencjalne zagrożenie), sztywność postaci, napięcie mięśni twarzy, nóg i rąk, nieskładny tok czynności, zakłócenia koordynacji ruchowej, drżenie mięśniowe, niepokój ruchowy, niespokojne ruchy oczu, zaciskanie szczęk, pięści, wyłamywanie palców, splątanie nóg, „kulenie się” w sobie. Osoby te mają też przyspieszony, płytki oddech i przyspieszoną pracę

serca. Natomiast po rehabilitacji poziom ich napięcia psychicznego obniża się do umiarkowanego. Charakteryzują się zatem: zdolnością do odprężenia się, swobodną pozycją ciała, elastycznością ruchów, równą, spokojną motoryką, opanowaną grą mimiczną, równym, głębokim oddechem, kontrolowanymi ruchami oraz przedłużeniem czasu reakcji na bodźce.

Czwarty wymiar to obraz własnej osoby — bardzo ważna struktura osobowości człowieka. Jest to zorganizowany system nastawień wobec własnego „ja”, skonstruowany na podstawie swoich możliwości, wyglądu, pozycji wśród ludzi, postawy, poglądów i potrzeb. Osoby badane przed rehabilitacją cechują się obniżonym postrzeganiem własnej osoby, co oznacza, że wycofują się z wielu dotychczasowych obszarów aktywności. Uważają, że nie są zdolne do pokonywania konkretnych zadań. Natomiast po rehabilitacji mają adekwatny, realny obraz własnej osoby, mają poczucie realności sytuacji, dostrzegają swoje miejsce i swój udział w jej kształtowaniu, oceniają swoje realne możliwości, nie odwołując się do przeszłości.

Następnie przeanalizowano postawę wobec terapii. Jest to stan psychicznej gotowości do reagowania (akceptacją lub negacją) na zjawiska mające charakter działań terapeutycznych. Jest to grupa właściwości psychicznych, która wchodzi w skład zorganizowanego systemu regulującego zachowanie człowieka. Przed rehabilitacją badani w większości przejawiają postawę negatywną. Osoby te pomniejszają lub bagatelizują swój stan zdrowia oraz rolę zastosowanych metod leczenia, nie chcą wierzyć personelowi medycznemu, mają skłonności do dysymulacji, niechętnie przyjmują zalecenia lekarskie, naruszają dyscyplinę terapeutyczną, pomniejszają wartość zabiegów, miejsca i ludzi, wśród których się leczą, domagają się zmiany sposobu terapii, osoby leczącej lub miejsca pobytu. Natomiast badani po rehabilitacji uzyskują wysokie wyniki dotyczące tego wskaźnika, co oznacza, że są to osoby, które poszukują i przyjmują do wiadomości informacje o swoim stanie zdrowia i metodach leczenia, akceptują rodzaj terapii i ujawniają chęć współpracy z zespołem terapeutycznym, przestrzegają koniecznych ograniczeń i chętnie uczestniczą w czynnościach o charakterze terapeutycznym.

Kolejny wymiar to postawa wobec pracy i celów życiowych. Jest to gotowość do określonego (pozytywnego lub negatywnego) reagowania na zjawisko pracy i związane z nim możliwości realizowania celów życiowych. Badani przed rehabilitacją uzyskują bar-

**Tabela 3.** Jakość życia badanych osób

**Table 3.** Quality of live of study persons

	Przed rehabilitacją	Po rehabilitacji
Wola życia	0,70 ± 0,58	1,62 ± 1,02
Pasja życia	0,98 ± 0,61	1,58 ± 0,98

dzo niskie rezultaty w porównaniu z wynikami po rehabilitacji. Ich postawa jest negatywna, są skłonni do rezygnacji z aktywności wszelkiego rodzaju, ujawniają niechęć do jakichkolwiek działań, ograniczają wszelkie zainteresowania i minimalizują swoje cele życiowe. Natomiast po rehabilitacji przejawiają postawę pozytywną, czyli wyrażają chęć powrotu do zajęć sprzed choroby i nie przypisują pracy faktu zachorowania, wykazując przy tym zainteresowanie czynnościami związanymi z pracą zawodową i starając się realizować plany nakreślone przed zachorowaniem.

Aby zbadać poziom jakości życia przed rehabilitacją i po niej, wszystkich pacjentów przebadano, wykorzystując test Cambella (tab. 3). Jak wynika z analizy tabeli 3, wola i pasja życia wyraźnie wzrastają po rehabilitacji. Badani pacjenci to osoby w starszym wieku, u których zarówno wola, jak i pasja życia są mniej nasilone niż u ludzi młodych. Niemniej jednak można zauważyć istotną różnicę pomiędzy wolą i pasją życia przed rehabilitacją i po niej. Oznacza to, że rehabilitacja odgrywa ważną rolę w podniesieniu poziomu jakości życia u chorujących w okresie starości.

### Podsumowanie

Jakość życia jest wartością niezwykle subiektywną, uwarunkowaną nie tylko zmiennymi demograficznymi, ale również preferowanym systemem wartości, cechami osobowości, pochodzeniem społecznym, a także poziomem i jakością aktywności życiowej. Nie ulega zatem wątpliwości, że jakość życia osób dotkniętych chorobą, w przypadku tak poważnej deprywacji potrzeb lub znacznego utrudnienia w ich zaspokajaniu, jest istotnie niska. Ludzie ci skazani są często nie tylko na rezygnację z licznych dotychczasowych form aktywności, realizacji swoich marzeń i hobby, życia zgodnego z własną koncepcją i upodobaniami, ale przede wszystkim niejednokrotnie skazani są na samotność.

Konieczność przebywania chorego w domu, łóżku lub szpitalu z jednej strony, z drugiej zaś fakt, że

jego rodzina, znajomi czy przyjaciele też mimo wszystko muszą dalej żyć zgodnie z własnym harmonogramem dnia, sprawiają, że chory ma poczucie nieprzydatności. Taka sytuacja nie sprzyja oczywiście pozytywnemu myśleniu. Pacjent, pozostawiony sam sobie, przedmiotem swoich rozważań czyni całe swoje dotychczasowe życie, odwołuje się do wartości transcendentnych, nierzadko buntując się przeciwko Bogu, pytając: „Dlaczego ja?”. Jego niepokój

o stan zdrowia przeradza się w lęk o życie, brakuje mu woli życia, przejawia negatywne postawy wobec siebie i przyszłości, ma obniżony nastrój. Często nie chce się zgodzić na rehabilitację, ale jeżeli udaje się go namówić nawet na dość bolesne zabiegi rehabilitacyjne, dają one pozytywne rezultaty. Nastrój badanego oraz jego poczucie wartości się podwyższają, zmniejsza się poziom lęku i wzrasta motywacja w stosunku do przyszłości.

### Streszczenie

Starość uznaje się w psychologii life-span za okres rozwojowy, w którym dochodzi do zmian w sferze psychicznej, biologicznej i społecznej. Konsekwencjami obniżenia się poziomu sprawności ruchowej są zmiana obrazu własnej osoby, najważniejszej struktury osobowości człowieka, oraz utrata niektórych dotychczasowych ról społecznych. Wszystko to sprawia, że obniża się także jakość życia, dlatego też rehabilitacja osoby w starszym wieku powinna być wieloaspektowa, a przez to efektywna w podnoszeniu jakości jego życia.

Celem niniejszej pracy była ocena poziomu poczucia jakości życia osób po 60. roku życia przed rehabilitacją i po niej. Po raz pierwszy 43 pacjentów (> 60. rż.) przebadano bezpośrednio po urazie, względnie po zabiegu operacyjnym, a następnie po okresie rehabilitacji, stosując następujące skale: test podatności na efektywną rehabilitację (J. Tylki), test do badania jakości życia oraz test Cambella w odniesieniu do woli i pasji życia.

Wyniki jednoznacznie wykazały, że poziom jakości życia jest istotnie wyższy po rehabilitacji; wzrasta bowiem wówczas poczucie własnej wartości, poprawia się nastrój oraz motywacja do działania i osiągania celów życiowych.

**słowa kluczowe:** starość, psychologia life-span, jakość życia

### PIŚMIENICTWO

1. Baltes P.B., Reese H.W., Lipsitt L.P.: *Life-span developmental psychology*. Ann. Rev. Psychol. 1980; 1: 65–110.
2. Harwas-Napierała B., Trempała J.: *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 2. PWN, Warszawa 2002.
3. Krzywiński S.: *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. PZWL, Warszawa 1993.