

Wymiary jakości życia w podeszłym wieku

Quality of life dimensions in late-life

ARTUR OSTRZYŻEK^{1/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{2/}

^{1/} Zakład Pedagogiki Terapeutycznej, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach – Filia w Piotrkowie Trybunalskim

^{2/} Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Spółeczeństwa wszystkich państw świata starzeją się. Prognozy demograficzne na najbliższe dekady nie pozostawiają wątpliwości, że obserwowany proces ma progresywny i jednokierunkowy charakter. Podstawowym pytaniem, które w ciągu najbliższych dekad XXI stulecia nurtować będzie badaczy, ale przede wszystkim organizatorów opieki zdrowotnej i społecznej, będzie pytanie o jakość życia najstarszej generacji.

Słowa kluczowe: *jakość życia, wiek podeszły*

The societies all over the world are aging. The demographic prognosis for the next decades leaves no doubt that this is a process of a progressive and unidirectional nature. The basic question which will focus the attention of the researchers and organizers of the health care system in the next few decades is the problem of the quality of life of the elderly generation.

Key words: *quality of life, late-life*

© Probl Hig Epidemiol 2009, 90(4): 465-469

www.phie.pl

Nadesłano: 12.10.2009

Zakwalifikowano do druku: 16.11.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. med. Artur Ostrzyżek

Zakład Pedagogiki Terapeutycznej

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

ul. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski

tel. 694 77 77 00, e-mail: ostrzyzek@unipt.pl

Medycyna od zarania dziejów realizuje misję ochrony i przywracania zdrowia człowieka. Na przestrzeni setek pokoleń, ludzkie potrzeby i oczekiwania w tym zakresie zawsze koncentrowały się wokół chęci uwolnienia się od choroby, bólu i cierpienia.

Spektakularną miarą postępu minionych epok było dotąd wydłużanie przeciętnego dalszego trwania życia człowieka. Prognozy demograficzne na najbliższe dekady nie pozostawiają wątpliwości, że obserwowany proces starzenia się społeczeństw ma progresywny i jednokierunkowy charakter. Współcześnie parametry ten, nie tracąc waloru atrakcyjności, ukierunkowuje zdrowotne standardy cywilizacyjne w oparciu o jakościowe, nie zaś wyłącznie ilościowe kryteria.

Powszechne dziś dożywanie starości stawia nauki medyczne i służby społeczne wobec nowych wyzwań, w szczególności koniecznych i trudnych do przeprowadzenia zmian systemowych, na skalę nieznaną dotąd w historii.

Parlament Europejski wśród trzech głównych zadań dla Europy wymienia – obok globalizacji i zmian klimatycznych – problemy demograficzne [1].

Do roku 2023 Unia Europejska będzie liczyć 17 milionów ludzi w wieku 65 lat i więcej (wzrost o 30%)

– i 5,5 miliona ludzi w wieku powyżej 80 lat (wzrost o 39%). W roku 2050 liczba osób w wieku 80 lat i więcej osiągnie 11,4 % populacji (w 2005 roku – 4,1%), a europejski wskaźnik obciążenia demograficznego wzrośnie do 53% (w 2005 roku – 25%) [2].

W latach 1994-2002 udział ludności Polski w wieku 65 lat i więcej wzrósł z 11,5% do 12,6%, a w wieku 60 lat i więcej z 15,7% do 16,8% w ogólnej strukturze ludności. Bieżąca prognoza dla Polski, dotycząca zmian demograficznych do roku 2035, wskazuje na znaczne przyspieszenie tempa starzenia się ludności po roku 2010. Według danych GUS, w roku 2035 mediana wieku mężczyzn osiągnie wartość 46,0, zaś dla kobiet wyniesie 49,7. W tym czasie liczba ludności Polski zmniejszy o ponad 2 miliony, a proporcja osób w wieku 80 lat i więcej osiągnie pułap 2574 tysięcy [3].

Przemiana taka odzwierciedla zjawisko starzenia się starych (*double-ageing*) i jest konsekwencją ogólnego spadku umieralności oraz systematycznego wydłużania przeciętnego trwania życia.

Zgodnie z klasyfikacją starości rekomendowaną przez WHO wiek podeszły zamyka się w przedziale od 65 do 79 roku życia, a starość zaawansowaną rozpoczyna 80 rok życia (*frail elderly*) [4].

Warto zwrócić uwagę, że do niedawna granicę starości wyznaczał 60 rok życia. Obecnie została ona nie tylko przekroczona, ale zaznacza się tendencja do usytuowania progu starości na 70 roku życia.

Obserwowane zjawiska będą narastać w czasie i będą wymagać ustalenia nowych standardów opieki geriatrycznej dla najstarszej generacji – w czasie, gdy szczególnego znaczenia nabiera jakość życia, warunkująca zdolność do wypełniania ograniczonych przez cykl życia ról społecznych.

Powszechnie przyjmuje się, że podejmowanie badań nad jakością życia w medycynie wyszło z potrzeby odmiennego spojrzenia na sytuację chorego, uwzględniającego te obszary funkcjonowania, które dotąd były pomijane w ocenach klinicznych.

W obszarze zdrowia publicznego pojawiły się nowe wskaźniki opisujące stan zdrowia populacji, dla których podstawową kategorią i punktem odniesienia jest wolne od dysfunkcji i niepełnosprawności, dobre jakościowo życie:

- HALE (*Health Adjusted Life Expectancy*) – oczekiwana długość życia w zdrowiu,
- DFLE (*Disability-Free Life Expectancy*) – oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności,
- QALY (*Quality-Adjusted Life Years*) – oczekiwana liczba lat życia dobrego jakościowo [5].

Jakość życia, będąc konstruktem wielowymiarowym i zmiennym w czasie, podlega w ontogenezie dynamicznym przemianom. W okresie wzrastania organizmu zwykle jest parametrem nieuświadomianym sobie przez jednostkę, szczególnie gdy rozwój przebiega w sposób niezakłócony i w sprzyjających warunkach społeczno-środowiskowych. W okresie dorosłości miarą dobrostanu pozostaje sprawne funkcjonowanie w granicach normy biologicznej, klinicznej i społecznej. Okres starzenia się organizmu przynosi zwykle retrospektywne spojrzenie na dokonania minionych lat i często emocjonalnie zabarwioną ocenę jakości życia. W sferze parametrów obiektywnych jej miarą pozostaje życie wolne od bólu, brak ograniczeń funkcjonalnych, adekwatna do wieku sprawność motoryczna i poznawcza, stabilność finansowa oraz brak pozostawania w samotności i wsparcie społeczne [6,7]. W tym kontekście sprawność fizyczna rozumiana jest jako podstawowy i niezbędny element egzystencjalnej niezależności. Jej czynnościowym korelatem na gruncie teorii jakości życia jest HRQOL (*Health-Related Quality of Life*).

Stan zdrowia i jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL) wprowadzili na grunt nauk medycznych Schipper i wsp. w 1990 r. definiując je jako

„funkcjonalny efekt choroby i leczenia subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta”. HRQOL obejmuje 4 obszary:

1. stan fizyczny i sprawność ruchową,
2. stan psychiczny,
3. sytuację społeczną i warunki ekonomiczne,
4. doznania somatyczne.

Obecnie teza o ścisłym związku stanu zdrowia i poziomu ogólnego dobrostanu odczuwanego przez jednostkę znajduje szerokie potwierdzenie w literaturze przedmiotu [8,9,10,11].

W odniesieniu do stanu zdrowia najstarszej generacji, podkreślana jest predykcyjna dla jakości życia, wartość tego parametru.

Wraz z wiekiem pogarsza się kondycja psychofizyczna seniorów, co stwarza określone konsekwencje zdrowotne dotyczące autonomii jednostki, łącznie z jej ograniczeniem, a nawet utratą i objęciem instytucjonalną opieką długoterminową. Champion uważa, że dla osób w podeszłym wieku poziom funkcjonowania w zakresie osobistych czynności dnia codziennego może być najważniejszym elementem jakości ich życia [12].

Niepełnosprawność, która zwykle towarzyszy starości, nie tylko obniża standard życia chorego i jego najbliższych, lecz ogranicza również zasoby w zakresie pomocy socjalnej, opieki i rehabilitacji. Prewencja niepełnosprawności wieku podeszłego ma swój ekonomiczny i wysoce ludzki wymiar [13,14].

Z badań Drageset i wsp. populacji w wieku 95 i więcej lat, objętych opieką długoterminową, wynika, że znacząco wyższy poziom HRQOL był udziałem tych osób, które posiadały wyższą wiedzę z zakresu edukacji zdrowotnej i nie chorowały na żadną z poważnych chorób. Co warte podkreślenia, funkcjonowanie w zakresie ADL (*Activities of Daily-Living*) najstarszych badanych było istotnie wyższe w porównaniu z grupą młodszych wiekiem respondentów [15].

W odniesieniu do części populacji osób w podeszłym wieku wysoki indeks HRQOL nie generuje automatycznie wysokiej jakości życia. Istnieją doniesienia o zależności wręcz odwrotnej, gdy osoby o obiektywnie złych parametrach klinicznych w zakresie swojego stanu zdrowia formułują tezę o wysokim poziomie odczuwanego dobrostanu. Sęk mówi o „paradoksie zadowolenia”, gdy osoba przebywająca w niekorzystnych warunkach będących obiektywnie złymi predyktorami sytuacji życiowej, posiada wysoki poziom jakości życia [16]. Sytuacja taka może być wynikiem braku możliwości właściwej oceny swojej sytuacji życiowej, spowodowaną szybkim rozwojem choroby, może być także wyrazem ogólnej tendencji do idealizowania otaczającego świata, ujawniającej się z upływem lat. W badaniach jakości życia osób w podeszłym wieku

przeprowadzonych przez Mercier i wsp., wraz z wiekiem respondentów proporcjonalnie rósł poziom odczuwanej satysfakcji życiowej [17]. Cichocka uważa, że redukcja oczekiwań populacji ludzi w podeszłym wieku może mieć zarówno obronny jak i racjonalny, zgodny z realiami przystosowania charakter [18].

Przeprowadzenie rutynowych testów diagnostycznych w zakresie oceny funkcji kognitywnych warunkuje poprawne prowadzenie badania jakości życia, powinno być również rutynowym elementem standardowej oceny geriatrycznej.

Depresja w podeszłym wieku a jakość życia

Depresja jest częstym zjawiskiem towarzyszącym starości, a jej negatywne konsekwencje dosięgają wszystkich wymiarów funkcjonowania chorego. Rozpowszechnienie depresji w populacji osób powyżej 65 roku życia ocenia się na około 15-20%, a wśród osób korzystających z pomocy medycznej na blisko 30% [19]. O ile leczenie depresji nie nastęrcza zwykle trudności, o tyle rozmiar zaniedbań diagnostycznych, uniemożliwiający podjęcie wczesnej terapii w tym zakresie, wciąż jest znaczny [20,21].

Z biegiem lat, wraz z postępującym starzeniem się organizmu, wzrasta liczba czynników utrudniających postawienie właściwego rozpoznania.

Problemy natury diagnostycznej w różnicowaniu depresji i innych chorób w tym okresie życia są spowodowane m.in. następującymi czynnikami:

- występowaniem przewlekłych, często utajonych chorób,
- występowaniem otępienia oraz otępienia rzekomego związanego z depresją,
- złożonymi problemami psychospołecznymi ludzi starych [22].

Można racjonalnie założyć, że liczba osób z depresją znacznie wzrosnie w ciągu najbliższych 20-30 lat, w miarę starzenia się populacji wszystkich państw świata. Wyniki longitudinalnych badań najstarszej generacji wskazują na ścisły związek niesprawności funkcjonalnej z występowaniem objawów depresji. Do najważniejszych czynników modelujących tę zależność oraz jej siłę należą psychiczne zasoby odpornościowe jednostki i system społecznego wsparcia. Zespoły depresyjne w podeszłym wieku stanowią istotny problem kliniczny nie tylko ze względu na znaczne rozpowszechnienie, ale także z tego powodu, że w sposób znaczący pogarszają i tak nie najlepszą jakość życia seniorów, niekorzystnie wpływają na ich funkcjonowanie społeczne, na przebieg i wyniki leczenia chorób somatycznych, a przed wszystkim zwiększają śmiertelność w tej grupie osób (związek pomiędzy depresją i samobójstwem jest bardziej wyraźny u osób w podeszłym wieku niż u młodszych) [23].

Poczucie sprawstwa oraz zdolność jednostki do samoakceptacji i uzyskiwania pomocy odgrywają podstawową rolę w ograniczaniu niekorzystnych efektów uszkodzeń o typie depresji [24].

Ryden i wsp. postulują potrzebę stałego diagnozowania zaburzeń o charakterze depresji wśród pacjentów objętych opieką długoterminową. W tym kontekście we wczesnym identyfikowaniu depresji i podejmowaniu terapii upatrują realnej możliwości poprawy jakości życia tej grupy chorych [25].

Reekum i wsp. podkreślają, że depresja, która wiąże się z osłabieniem funkcji kognitywnych i występuje w podeszłym wieku po raz pierwszy, może być czynnikiem ryzyka rozwoju choroby Alzheimera [26].

Zaburzenia funkcji poznawczych

Sprawność procesów poznawczych i funkcji intelektualnych pogarsza się wraz z biegiem lat. U osób w wieku podeszłym stosunkowo często zaburzenia funkcji poznawczych wysuwają się na czoło objawów klinicznych i wręcz imitują objawy otępienia, co nie rzadko bywa przyczyną pomyłek diagnostycznych.

U podłoża zaburzeń otępiennych leżą różnorodne procesy patogenetyczne. Częstość występowania zespołów otępiennych u osób powyżej 65 roku życia ocenia się na około 10%. Zwykle we wczesnej fazie dominują zaburzenia: pamięci, myślenia, orientacji, zdolności do uczenia się, funkcji werbalnych i nastroju. W przypadkach zaawansowanych dołączają zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne [27].

Najczęstszą przyczyną otępienia w zaawansowanej starości jest choroba Alzheimera dotycząca 50-60% przypadków wszystkich otępień. Częstość występowania otępienia w chorobie Alzheimera w grupie wiekowej 65 lat i więcej wynosi około 5%, a wśród osób powyżej 85 roku życia współczynnik ten szacowany jest na poziomie 15-25%. Choroba Alzheimera w większości przypadków rozwija się po 65 roku życia, ale u 5-10% chorych początek choroby występuje znacznie wcześniej. Szybko postępujące i destabilizujące zmiany w zakresie funkcji psychicznych i w stanie neurologicznym doprowadzają w ciągu kilku lat do inwalidztwa psychofizycznego i śmierci. Jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, zwłaszcza w początkowym okresie choroby, jest depresja, która w istotny sposób pogarsza funkcje poznawcze i egzystencję osób chorych [28]. Wiele wskazuje również na to, że zmiany zwyrodnieniowe o.u.n. w przebiegu choroby Alzheimera są poprzedzone lub przynajmniej współistnieją ze zmianami naczyniowymi [29].

Otępienie naczyniopochodne, głównie związane z miażdżycą (*vascular dementia*) uwarunkowane czyn-

nikami naczyniowymi, uchodzi za drugą, po chorobie Alzheimerera, przyczynę zaburzeń otępiennych w podeszłym wieku. Objawy kliniczne zwykle manifestują się obniżeniem sprawności poznawczych i wykazują progresywny charakter.

Negatywny wpływ zaburzeń funkcji poznawczych na jakość życia osób w starszym wieku potwierdziło wiele badań. Obniżenie funkcji poznawczych sprzyja pojawieniu się zaburzeń nastroju, a sama obecność otępienia wpływa w sposób oczywisty na obraz psychopatologiczny depresji, niekiedy również w dramatyczny sposób pogarsza funkcjonowanie chorego. Zwykle pojawienie się depresji w przebiegu procesu otępiennego nasila istniejące już wcześniej upośledzenie czynności poznawczych [30,31].

Obecność rozwiniętej „rezerwy neuropoznawczej” stanowi istotny czynnik protekcyjny w odniesieniu do zaburzeń demencyjnych i przeciwdziała ujawnianiu się objawów otępiennych [32].

Guse i Masesare wykazali, że osoby objęte opieką długoterminową za najważniejszą komponentę jakości swojego życia uznali realizację potrzeby niesienia pomocy innym – pomimo, iż sami zdradzali poważne ograniczenia zdrowotne lub wręcz byli niepełnosprawni [33].

Dyskusja wokół problemów jakości życia najstarszej generacji wciąż nabiera tempa, o czym świadczy rosnąca liczba publikacji z tego zakresu. Nie jest to wyłącznie dyskurs teoretyczny i nie powinien być. Dokonujące się przemiany demograficzne wymagają nowych i praktycznych rozwiązań dotyczących organizacji systemu ochrony zdrowia i sektora zabezpieczenia społecznego dla potrzeb starzejących się populacji.

W obliczu kryzysu wartości podstawowych i regramentacji świadczeń medycznych – a zwłaszcza, gdy brakuje finansów na opiekę nad obłożnie chorymi – nasilają się dyskusje dotyczące eutanazji. W prowadzonych badaniach dobrostanu nowych zwolenników zyskuje nurt hedonistyczny poszukujący istoty dobrego życia i pozytywnie zdefiniowanego zdrowia, przyjmujący za punkt wyjścia i podstawowe kryterium odniesienia szczęście człowieka [34].

Pytanie o jakość życia osób w podeszłym wieku jest i prawdopodobnie wciąż będzie w centrum uwagi wszystkich obszarów praktyki społecznej.

Walker i Martimo uważają, że wyniki wielu badań nie odzwierciedlają złożonej struktury konceptu jakości życia, gdyż ta – będąc pod presją materialnych czynników i rutyny klinicznej - wciąż jest bardziej pod osądem profesjonalistów medycyny niż samych ludzi starych [35].

Piśmiennictwo / References

1. European Parliament resolution of 3 February 2009 on non-discrimination based on sex and intergenerational solidarity (2008/2118/INI).
2. The demographic future of Europe, facts, figures and policies. SEC/2007/0638.
3. Prognoza ludności na lata 2008-2035. GUS, Warszawa 2009.
4. The demographic future of Europe – from challenge to opportune. Main European demographic trends and data. Projections – EU-25. Commission of the European Communities. COM /2006/571, Brussels 2006.
5. Hyder AA, Morrow RH. Measures of Health and Disease in Populations. [in:] International Public Health. Diseases, Programs, Systems, and Policies. Merson MH, Black RE, Jones & Bartlett, Burlington 2006: 1-38.
6. Low G, Molzahn AE. Predictors of quality of life in old age. A cross-validation study. Res Nurs Health 2007, 2: 141-150.
7. Bartley M. Does quality of life at older ages vary with socioeconomic position? Sociology 2007, 4: 717-726.
8. Wiklund I. Health-related quality of life in old age. A study among 76-year-Swedish urban citizens. Scand J Public Health 1994, 1: 7-14.
9. Deck R, Kohlmann T, Jordan M. Health-related quality of life in old age. Preliminary report on the male perspective. Aging Male 2002, 2: 87-97.
10. Gopalakrishnan N, Blane D. Quality of life in older ages. Br Med Bull 2008, 1: 113-126.
11. Porensky EK, Dew MA, Karp JF, Skidmore E, Rollman BL, et al. The burden of late-life generalized anxiety disorder. Effects on disability, Health-related quality of life, and health care utilization. Am J Geriatr Psychiatry 2009, 6: 473-482.
12. Champion EW. Ageing better. N Engl J Med 1988, 15: 1064-1066.
13. Heikkinen E. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? WHO, Copenhagen 2003.
14. Melzer D, Mc Williams B, Brayne C, Johnson T, Bond J. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: Estimates for England. J Epidemiol Community Health 2000, 4: 286-292.
15. Drageset J, Natvig GK, Eide GE, et al. Health-related quality of life among old residents of nursing homes in Norway. Int J of Nurs Pract 2009, 5: 455-466.
16. Sęk H. Jakość życia a zdrowie. Ruch Prawn Ekonom Socjol 1993, 2: 110-117.
17. Mercier C, Peladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. Community Ment Health J 1998, 5: 487-500.
18. Cichocka M. Psychologiczne problemy starzenia się i starości. [w:] Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. Krzywiński S (red). PZWL, Warszawa 1993.

19. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 1999.
20. Cohen GD. Depression in late life. An historic account demonstrates the importance of making the diagnosis. *Geriatrics* 2002, 57(12): 38-39.
21. Gopalakrishnan N, Wiggins RD, Hildon Z, et al. Quality of life at older ages. Evidence from the English longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health* 2006, 60: 357-363.
22. Ostrzyżek A, Kocur J. Zaburzenia depresyjne u pacjentów w podeszłym wieku objętych stacjonarną długoterminową opieką. *Psychiatr Pol* 2003, 5: 457-462.
23. Turczyński J, Bilikiewicz A. Depresja u osób w podeszłym wieku. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2002, 2: 99-107.
24. Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life? The role of perceived social support and psychological resources. *J Health Soc Behav* 2006, 47: 355-72.
25. Ryden MB, Pearson V, Kaas MJ. Assessment of depression in a population at risk newly admitted nursing home residents. *J Gerontol Nurs* 1998, 24: 21-29.
26. Reekum van R, Simard M, Clarke D, Binns MA, et al. Late-life depression as a possible predictor of dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999, 2: 151-159.
27. Bilikiewicz A, Makowska-Białko D. Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja. *Udar Mózgu* 2004, 1: 27-37.
28. Daniluk J, Borkowska A. Zaburzenia funkcji poznawczych i depresja w chorobie Alzheimera, zagadnienia neurobiologiczne. *Psychiatria* 2008, 2: 43-50.
29. Bidzan L, Bidzan M. Czynniki naczyniowe a progresja zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób w wieku podeszłym. *Psychiatr Pol* 2005, 5: 987-995.
30. Puto G, Ocetkiewicz T, Zawisza K. Wpływ depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po 80. roku życia. *Gerontol Pol* 2007, 3: 90-96.
31. Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w podeszłym wieku. *Psychiatr Prakt Klin* 2008, 1: 1-11.
32. Bidzan L, Turczyński J. Środowisko zamieszkania a poziom funkcji poznawczych w populacji osób powyżej 60 roku życia. *Psychiatr Pol* 2005, 6: 1211-1218.
33. Guse LW, Masesar MA. Quality of life and successful aging in long-term care. *Issues Ment Health Nurs* 1999, 6: 527-39.
34. Marcinkowski JT. Kulturowe uwarunkowania eutanazji. [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red). PZWL, Warszawa 2010 (w druku).
35. Walker A, Martimo K. Researching quality of life in old age. *Qual Ageing* 2000, 1: 8-14.