

KORNELIA CZERWIŃSKA*

Warszawa, Polska

ORCID ID orcid.org/0000-0003-4064-6255

PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY UTRATY WZROKU I SŁUCHU W PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI

Streszczenie: Z uwagi na stale utrzymującą się tendencję starzenia się populacji światowej prognozuje się zwiększenie w następnych dekadach liczby osób tracących jednocześnie wzrok i słuch w okresie późnej dorosłości. Nabycie w podeszłym wieku sprzężonej niepełnosprawności sensorycznej prowadzi do obniżenia jakości życia. Artykuł koncentruje się na opisie wpływu jednoczesnej utraty wzroku i słuchu na psychospołeczne funkcjonowanie seniorów w oparciu o przegląd materiałów empirycznych. W świetle dotychczasowych badań skutki deficytów w obszarze obu tych zmysłów są znacznie poważniejsze niż konsekwencje wyizolowanej dysfunkcji wzroku czy słuchu. Do najczęściej rejestrowanych negatywnych następstw nabytego głuchoniewidzenia należały: pogorszenie funkcji kognitywnych, ograniczenie kontaktów społecznych, problemy w wykonywaniu czynności życia codziennego, zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym głównie zaburzenia nastroju. Badania wykazały pilną potrzebę wprowadzenia systemowych rozwiązań pomocowych o charakterze profilaktycznym i rehabilitacyjnym, mających na celu poprawę jakości życia seniorów tracących jednocześnie wzrok i słuch.

Słowa kluczowe: nabycie niepełnosprawności, niepełnosprawność sprzężona, utrata wzroku, utrata słuchu, późna dorosłość, funkcjonowanie psychospołeczne, starzenie się, niepełnosprawność w starszym wieku.

Wprowadzenie

Zainteresowanie przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych problematyką funkcjonowania osób tracących sprawność w okresie późnej dorosłości wyraźnie w ostatnich latach wzrasta z uwagi na utrzymującą się globalną tendencję starzenia się ludności. W populacji światowej odsetek osób liczących 65 lat i więcej

* Kornelia Czerwińska, adiunkt w Zakładzie Tyflopedagogiki w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie, psycholog, pedagog specjalny; e-mail: kczerwinska@aps.edu.pl.

wynosi aktualnie 7,5 proc. W ciągu najbliższych dwóch dekad prognozowane jest powiększenie tej grupy do 1–1,5 mld członków. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, osoby w tym wieku będą w 2030 roku stanowiły 23 proc. polskiej populacji (Martynowicz 2017), natomiast zgodnie z „Prognozą ludności na lata 2014–2050” populacja osób w wieku 60 lat i więcej w końcu horyzontu prognozy wzrośnie do 13,7 mln i będzie stanowiła ponad 40 proc. ogółu ludności. W analizach odnoszących się do kosztów ekonomiczno-społecznych związanych z obserwowanymi i antycypowanymi zmianami demograficznymi podkreśla się konieczność wypracowania efektywnych strategii wykorzystania w gospodarce zasobów posiadanych przez osoby w starszym wieku, potrzebę zwiększenia stopnia inkluzyjności środowiska, a także wdrożenia systemowych rozwiązań umożliwiających seniorom zachowanie optymalnego stanu zdrowia gwarantującego funkcjonalną sprawność (por. Błachnio i in. 2017).

Zachowanie stosunkowo dobrej kondycji zdrowotnej stanowi jeden z istotnych czynników umożliwiających aktywne starzenie się i satysfakcjonującą jakość życia. Naturalne w podeszłym wieku pogorszenie stanu zdrowia, obejmujące przede wszystkim zmniejszenie masy i siły mięśni, pogorszenie koordynacji psychoruchowej, większą męczliwość oraz osłabienie funkcjonowania zmysłów (Laszczak 2019; Likus 2019; Pojda-Wilczek 2019; Steuden 2015) nie musi skutkować doświadczaniem bólu, cierpienia i funkcjonalnych ograniczeń prowadzących do utraty samodzielności. Grupa seniorów zachowujących zdrowie i sprawność jest jednak niewielka. Szacuje się, że zaledwie 8–10 proc. opisywanej populacji nie starzeje się w sposób patologiczny, tj. nie choruje przewlekłe i umiera śmiercią naturalną z powodu zmian organizmu związanych z wiekiem (Gutowska 2015). Choroby przewlekłe występujące u zdecydowanej większości seniorów wiążą się z poważnymi następstwami, a wielość tych schorzeń zazwyczaj prowadzi do niepełnosprawności złożonej¹ (Kilian 2020).

Wśród sprzężonych ograniczeń sprawności szczególnie negatywne konsekwencje dla aktywności psychospołecznej seniora pociąga za sobą niepełnosprawność sensoryczna, zwłaszcza jednoczesna utrata wzroku i słuchu. Funkcjonowanie każdego organizmu warunkowane jest bowiem prawidłową pracą zmysłów, gdyż to właśnie one umożliwiają odbiór bodźców z otoczenia, sprawną orientację w rzeczywistości materialno-przyrodniczej i społeczno-kulturowej, a także szybkie przystosowanie się do zmieniających się warunków (Siudak 2019). Uszkodzenie

1 Warto zwrócić uwagę na fakt, że sprzężone ograniczenia sprawności nie są swoiste jedynie dla seniorów. Szczegółowe analizy statystyczne przeprowadzone w ramach projektu „Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych” (EFS/PFRON/SWPS, 2008–2010) dowodzą, że niepełnosprawność sprzężona jest częstszym stanem niż niepełnosprawność w zakresie jednego tylko obszaru. W badanej próbie (N = 100 648) 58 proc. osób chorowało lub jednocześnie doświadczało dolegliwości w więcej niż jednym z obszarów z katalogu ICD-10 (Sijko 2010).

w zakresie dwóch kluczowych modalności zmysłowych implikować więc będzie rozległe straty funkcjonalne o dużym znaczeniu w codziennym funkcjonowaniu osób starszych. Poznanie specyfiki przebiegu rozwoju w sytuacji nabycia tak poważnej niepełnosprawności, w tym analiza konsekwencji sprzężonej dysfunkcji oraz rozpoznanie związków zachodzących między procesem przystosowania do utraty sprawności a adaptacją do starości, są niezbędne do wdrożenia efektywnych oddziaływań pomocowych. Stan wiedzy na temat społecznej, psychologicznej i funkcjonalnej sytuacji osób tracących sprawność sensoryczną w fazie późnej dorosłości wydaje się być wciąż niewystarczający, zaś proponowane rozwiązania w zakresie leczenia, rehabilitacji, opieki i innych form wsparcia nie w pełni zaspokajają specjalne potrzeby tej grupy (por. Czerwińska 2018; Kilian 2018; Wiącek 2017; Zaorska 2017). Celem artykułu jest opis wpływu jednoczesnej utraty wzroku i słuchu na psychospołeczne funkcjonowanie seniorów w oparciu o przegląd anglojęzycznych materiałów empirycznych opublikowanych w ostatnich dwóch dekadach.

Epidemiologia utraty wzroku i słuchu w wieku senioralnym

Nabyte głuchoniewidzenie jest opisywane zazwyczaj jako jednoczesna dysfunkcja wzroku i słuchu, która znacząco utrudnia kontakt z otoczeniem i wymaga podejmowania interwencji wykraczających poza zakres konieczny dla wyizolowanej utraty słuchu lub widzenia. Oparcie definicji głuchoniewidzenia na kryteriach funkcjonalnych wynika przede wszystkim z mnogości interakcji, jakie mogą zachodzić między obydwojma rodzajami uszkodzenia sensorycznego. Wielość i potencjalna zmienność interakcji między tymi dysfunkcjami odznaczającymi się różnym stopniem i rodzajem jest główną przyczyną wysokiej heterogeniczności możliwości i potrzeb seniorów nabywających złożoną niepełnosprawność sensoryczną (Saunders, Echt 2007).

Znaczne zróżnicowanie omawianej populacji, wynikające z odmiennej etiologii, przebiegu schorzenia i zakresu ubytków każdego ze zmysłów utrudnia zarówno wczesne rozpoznanie problemów i wprowadzenie działań pomocowych, jak i precyzyjne określenie częstości występowania głuchoniewidzenia. Dane szacunkowe na temat częstości występowania tej dysfunkcji wśród seniorów bardzo różnią się między sobą (Bodsworth i in. 2011). Na różnice w wynikach uzyskiwanych przez badaczy zajmujących się powszechnością występowania głuchoniewidzenia wpływać może również przyjęty sposób definiowania i metody diagnozowania tej dysfunkcji (kryteria funkcjonalne oparte na samoocenie lub obserwacji vs. kryteria medyczne uwzględniające wyniki badań okulistycznych i audiologicznych). Funkcjonalna procedura oceny może prowadzić do stwierdzenia wyższej częstotliwości występowania głuchoniewidzenia, gdyż seniorzy mogą odczuwać poważne konsekwencje dysfunkcji i subiektywnie oceniać jej oddziaływanie jako negatywnie rzutujące na wszystkie sfery ich życia, mimo że obiektywnie mierzone deficyty sensoryczne są niewielkie. Podobnie zastosowanie oceny medycznej może

skutkować przeszacowaniem częstości występowania tej niepełnosprawności w sytuacji, gdy badani ze znacznymi problemami sensorycznymi nie doświadczają pogorszenia się codziennego funkcjonowania. Równie prawdopodobna wydaje się możliwość niedoszacowania liczby starszych osób jednocześnie tracących wzrok i słuch (Dammeyer 2013, 2014). Brak jednoznacznych wytycznych w zakresie metod rozpoznawania podwójnej niepełnosprawności sensorycznej oraz posługiwanie się odmiennymi definicjami utrudnia dokonywanie porównań danych uzyskiwanych przez poszczególnych badaczy i dokładne określenie liczebności osób tracących wzrok i słuch w późnej dorosłości. Niezależnie jednak od rozbieżności w danych statystycznych stwierdzono wyraźną tendencję wzrostu występowania głuchoniewidzenia wraz z wiekiem badanych.

Badania populacyjne o znacznym zasięgu dowiodły istnienia związków między dysfunkcją wzroku i uszkodzeniem słuchu. W ramach badania kohortowego BMES wykazano, że sześć proc. ogólnej populacji osób w wieku 55 plus doświadcza jednoczesnego deficytu wzroku i słuchu, a odsetek ten wzrasta do 26,8 proc. wśród osób w wieku 80 plus. Wystąpienie głuchoniewidzenia w perspektywie okresu pięcioletniego było najczęstsze wśród osób, które na początkowym etapie badania wykazywały uszkodzenie w zakresie jednego ze zmysłów (11,3 proc.) w porównaniu z osobami, które na początku badania nie cierpiały w ogóle na dolegliwości natury sensorycznej (1,6 proc.) (Schneider i in. 2014). Szczegółowej charakterystyki populacji osób tracących jednocześnie wzrok i słuch dostarczyły badania, w których uczestniczyły starsze osoby korzystające z opieki domowej oraz seniorzy przebywający w zakładach opieki długoterminowej w czterech krajach (Kanada, USA, Finlandia, Belgia). W przypadku osób korzystających z opieki domowej częstość występowania głuchoniewidzenia wynosiła od 13,4 proc. do 24,6 proc., zaś w grupie respondentów mieszkających w instytucji opiekuńczej – od 9,7 proc. do 33,9 proc. Seniorzy z dysfunkcją wzroku i słuchu byli częściej osobami w wieku powyżej 85 lat, wykazywali umiarkowane lub znaczne deficyty w zakresie funkcji kognitywnych i aktywności dnia codziennego oraz mieli trudności w komunikacji. Występowanie głuchoniewidzenia zwiększało prawdopodobieństwo wystąpienia depresji w obu badanych grupach, jednak po korekcie uwzględniającej inne czynniki było ono istotne tylko w przypadku próby osób korzystających z opieki domowej (Guthrie i in. 2016). Z kolei badania dotyczące populacji duńskiej przeprowadzone w grupie 916 osób wykazały, że 70 proc. głuchoniewidomych respondentów było w wieku powyżej 79 lat, 15 proc. w wieku od 65 do 79 lat, a 15 proc. w wieku poniżej 65 lat. Z komunikacji werbalnej korzystało 86 proc. badanych, z języka migowego 10 proc., a z języka migowego odbieranego dotykowo cztery proc. Wśród osób poniżej 65 roku życia mniej niż 50 proc. stanowiły osoby zatrudnione lub kształcące się, co dowodzi ekskluzywnego charakteru złożonej niepełnosprawności sensorycznej, której poważne następstwa funkcjonalne utrudniają partycypację w głównym nurcie życia publicznego (Dammeyer 2013). Ścisłe związki między utratą wzroku i słuchu a wiekiem potwierdzają także badania w populacji amerykańskiej, gdzie

stwierdzono uszkodzenie obu tych zmysłów u sześciu proc. badanych w wieku powyżej 65 lat, którzy nie mieszkali w placówkach opiekuńczych. Ponadto rozpoznano występowanie głuchoniewidzenia u 8,5 proc. osób w wieku od 75 do 84 lat oraz u 13 proc. badanych w wieku powyżej 85 lat (Heine, Browning 2002).

Reasumując, szacunki populacyjne dotyczące procentowej części osób cierpiących z powodu jednoczesnej dysfunkcji widzenia i słuchu różnią się w istotnym zakresie, zależnie od metody wykorzystanej do określenia ubytków słuchu i wzroku oraz wieku badanej grupy. Prognozuje się zwiększenie w następnych dekadach częstości występowania tych problemów ze względu na stałe zwiększanie się średniej długości życia (Brennan i in. 2006), jednocześnie aktualne analizy ujawniają trudności opiekunów i profesjonalistów w zakresie rozpoznawania tej niepełnosprawności u seniorów (m.in. brak łatwych w użyciu narzędzi przesiewowych, brak przeszkolenia, brak protokołów klinicznych do klasyfikacji deficytów) oraz udzielania efektywnej pomocy (Roets-Merken i in. 2014; Saunders, Echt 2007). Wypracowanie systemowych rozwiązań w tym zakresie staje się konieczne z uwagi na szczególnie dotkliwe w wymiarze indywidualnym i społecznym funkcjonalne konsekwencje utraty wzroku i słuchu w podeszłym wieku.

Konsekwencje utraty wzroku i słuchu w wieku senioralnym

Doświadczanie trudności w zakresie szeroko ujmowanej komunikacji, mobilności i dostępu do informacji istotnie wpływa na wszystkie obszary funkcjonowania seniora z nabytym głuchoniewidzeniem, w tym także oddziałuje negatywnie na sferę psychiczną (Lima i in. 2015). Utrata dwóch podstawowych zmysłów niejednokrotnie prowadzi do przynajmniej okresowego spadku zdolności do efektywnego wykonywania zadań stawianych przez codzienne życie i obniżenia niezależności funkcjonalnej danej osoby (Bodsworth i in. 2011).

Ograniczenia funkcjonalne oraz wynikająca z nich zwiększona zależność od innych osób mogą stać się źródłem frustracji, smutku, bezradności, lęku, gniewu. Konsekwencje psychiczne i problemy w zakresie emocjonalnej konfrontacji z faktem nabycia trwałej, poważnej niepełnosprawności obserwowane w grupach seniorów z dysfunkcją jednego zmysłu pozwoliły badaczom przyjąć hipotezę, że w przypadku sprzężonych ograniczeń sensorycznych ryzyko pojawienia się tego rodzaju zaburzeń będzie niezmiernie wysokie. Mimo że szereg aspektów wpływu tej niepełnosprawności na samopoczucie psychiczne starszych osób nie zostało jeszcze w pełni poznanych, uznaje się (por. Capella-McDonnall 2009, 2011a, 2011b; Chou, Chi 2004; Guthrie i in. 2016; Kiely i in. 2013; Simning i in. 2019) związek między jednoczesną utratą wzroku i słuchu a depresją za pewny.

Jednym z szerzej zakrojonych badań koncentrujących się na analizie związków utraty wzroku, utraty słuchu i jednoczesnej utraty tych zmysłów z objawami depresji i lęku u seniorów były badania populacji amerykańskiej, w których wzięło udział ponad siedem i pół tys. starszych osób. W ocenie sprawności sensorycznej

posłużono się kryteriami funkcjonalnymi opierającymi się na samoobserwacji, zaś do pomiaru objawów depresji i lęku uogólnionego zastosowano wystandaryzowane kwestionariusze. Wykazano, że ubytek słuchu, wzroku oraz deficyty w zakresie obu zmysłów wiązały się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia objawów depresji i lęku, co stwierdzono w analizach z wykorzystaniem wielu zmiennych uwzględniających czynniki społeczno-demograficzne, zapadalność na choroby oraz utratę zdolności funkcjonalnych (Simning i in. 2019). Zgromadzony materiał wskazuje na konieczność prowadzenia badań przesiewowych wśród starszych osób z dysfunkcjami sensorycznymi pod kątem depresji i zaburzeń lękowych, a także potrzebę realizacji tego typu badań wśród seniorów cierpiących na depresję i stany lękowe pod kątem uszkodzeń w obrębie zmysłu wzroku i słuchu. Wprowadzenie takich rozwiązań jako standardowych w systemie opieki i leczenia osób starszych zwiększyłoby możliwość szybkiej interwencji terapeutycznej sprzyjającej poprawie ogólnego dobrostanu badanych. Interesujących danych dostarczyły badania zrealizowane na dużej próbie pensjonariuszy domów opieki dla osób starszych (N= 218, 850) w Ontario w Kanadzie. Najważniejszym czynnikiem prognozującym wystąpienie depresji były niższa samoocena stanu zdrowia, w następnej zaś kolejności upośledzenie funkcji poznawczych, jednoczesna utrata wzroku i słuchu, a także posługiwanie się jako pierwszym innym językiem niż angielski lub francuski. Ryzyko wystąpienia depresji wśród seniorów mieszkających w instytucjach opiekuńczych zwiększa więc nie tylko subiektywna ocena zdrowia fizycznego, ale także deficyty sensoryczne i trudności w zakresie komunikacji (Guthrie i in. 2016).

Szczególną wartość poznawczą w kontekście projektowania skutecznych oddziaływań pomocowych mają badania koncentrujące się na czynnikach, które mogą wpływać na związek między nabyciem głuchoniewidzenia a depresją u osób starszych. Związek ten może być modyfikowany przez szereg zmiennych np. stan zdrowia, status społeczno-gospodarczy, nawyki prozdrowotne. Warto zwrócić uwagę przede wszystkim na analizy dotyczące czynników, które stosunkowo łatwo podlegają zmianie na skutek podjęcia określonych działań przez seniorów. Przykładem takich analiz są badania, których celem była ocena trzech zmiennych określających stan fizyczny (aktywność fizyczna, kondycja fizyczna i indeks masy ciała) jako potencjalnych czynników moderujących w zakresie związku między jednoczesną utratą wzroku i słuchu a objawami depresji. Próba badawcza obejmowała 1380 osób, u których rozwinęła się sprzężona niepełnosprawność w zakresie wzroku i słuchu oraz 1308 osób, u których nie wystąpiło uszkodzenie sensoryczne. Wszystkie trzy wskaźniki wykazywały związek z występowaniem objawów depresji u osób z nabytym głuchoniewidzeniem. Podejmowanie aktywności ruchowej oraz lepsza kondycja fizyczna wiązały się z niższym poziomem objawów depresji, natomiast niższy poziom indeksu BMI wiązał się z wyższym poziomem depresyjności. Wszystkie zmienne modyfikujące wykazały większy wpływ w przypadku osób z jednoczesną utratą wzroku i słuchu w porównaniu z osobami bez zaburzeń sensorycznych. Dbałość o kondycję fizyczną i systematyczne uczestnictwo w treningu

aktywności ruchowej może więc pozytywnie oddziaływać na samopoczucie psychiczne seniorów tracących wzrok i słuch (Capella-McDonnall 2009, 2011a).

Poszukując innych zmiennych modyfikujących związek między nabytym głuchoniewidzeniem a objawami depresji, zwrócono uwagę na spadek aktywności w życiu publicznym i niemożność odgrywania dotychczasowych ról społecznych. Zgodnie z koncepcją aktywnego starzenia się im większa utrata ról związana ze starzeniem się, tym niższy poziom zadowolenia z własnego życia. Większa aktywność i produktywność wynikająca z utrzymania lub nawiązywania nowych kontaktów społecznych przynosi wiele korzyści pod względem psychologicznym, umacniając u seniorów poczucie własnej wartości i satysfakcji życiowej. Teza ta znalazła potwierdzenie w badaniach oceniających możliwości minimalizacji negatywnego wpływu utraty wzroku i słuchu na objawy depresji wśród osób w wieku podeszłym przez trzy rodzaje działalności produktywnej (płatna praca, wolontariat i pomoc nieformalna). Zaangażowanie w każdą z powyższych aktywności wiązało się z mniejszym stopniem występowania objawów depresji u głuchoniewidomych seniorów, jednak tylko wolontariat okazał się zmienną, która wpływała na związek między sprzężoną niepełnosprawnością a objawami depresji. Badani, którzy udzielali się w charakterze wolontariuszy, wykazali większy spadek objawów depresji w porównaniu z wolontariuszami z grupy kontrolnej. Aktywność wolontaryjna powinna zatem być uwzględniana w programach interwencyjnych mobilizujących seniorów tracących wzrok i słuch do pozostawania w sieciach społecznych (Capella-McDonnall 2011b).

Do poszerzenia wiedzy o związkach między nabyciem głuchoniewidzenia w późnej dorosłości a depresją przyczyniły się także badania, w których poddano analizie dane przekrojowe pozyskane z reprezentatywnej próby liczącej ponad dwa tys. Chińczyków w wieku 60 lub więcej lat, zamieszkałych w Hongkongu. Respondenci wzięli udział w indywidualnych wywiadach, w czasie których pozyskano dane dotyczące między innymi uszkodzenia widzenia i słuchu, zmiennych socjodemograficznych, wskaźników dotyczących stanu zdrowia, wsparcia rodziny oraz depresji. Analizy ujawniły, że utrata wzroku wykazuje istotne związki z depresją, nawet po korekcie ze względu na wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, deklarowany stan zdrowia, występowanie 11 chorób, ograniczenia funkcjonalne oraz wsparcie rodziny. Co ciekawe, dysfunkcja słuchu nie zwiększała prawdopodobieństwa depresji u osób, u których występowało już uszkodzenie wzroku (Chou, Chi 2004). Większy niż w przypadku innych dolegliwości wpływ dysfunkcji wzroku na samopoczucie i subiektywną ocenę jakości życia przez seniorów zauważany jest także w praktyce klinicznej. Jak podkreśla Dorota Pojda-Wilczek (2019, s. 90), „osoby starsze często łatwiej akceptują problemy z poruszaniem się, osłabienie słuchu i inne choroby związane z wiekiem niż osłabienie widzenia i dlatego domagają się bezwarunkowego przywrócenia pełnej sprawności wzroku”. Zagadnienie siły oddziaływania deficytów w obrębie dwóch podstawowych zmysłów na zdrowie psychiczne seniorów wymaga bardziej pogłębionych analiz, gdyż inne badania

(por. Kiely i in. 2013) nie potwierdzają tezy o większym wpływie utraty wzroku w porównaniu z deficytem słuchu. Ponadto istotnym ograniczeniem badań zrealizowanych w populacji chińskiej jest oparcie oceny poziomu widzenia i słyszenia na danych deklarowanych przez respondentów.

Eksploracje badawcze dotyczące zaburzeń zdrowia psychicznego w grupie seniorów tracących wzrok i słuch pozwoliły na identyfikację wielu nowych pól problemowych mających istotne znaczenie dla planowania efektywnych strategii pomocowych. Ponadto ujawniły szereg trudności metodologicznych wynikających głównie z wysokiej heterogeniczności omawianej populacji, w tym m.in. ryzyko utraty obiektywności wyników na skutek modyfikacji procedury badania ze względu na poziom funkcjonowania sensorycznego respondentów, nietrafny dobór metod i narzędzi do pomiaru depresyjności związany z podobieństwem symptomów somatycznych pojawiających się przy zaburzeniach nastroju i ociemnieniu (Hovaldt i in. 2018).

Kolejną sferą psychospołecznego funkcjonowania seniorów, w której wyraźnie dostrzegane są negatywne skutki jednoczesnej utraty wzroku i słuchu, są relacje interpersonalne. Utrudnienia w dostępie do informacji oraz problemy w odbiorze i przekazie komunikatów mogą prowadzić do izolacji społecznej starszych osób głuchoniewidomych, ograniczając znacząco ich samodzielność i obniżając ogólny dobrostan (Brennan, Bally 2007). Badania dotyczące skumulowanego wpływu utraty zdolności widzenia i słyszenia na aktywność społeczną seniorów nie są liczne. Jedną z szerzej zakrojonych analiz były badania opisujące częstość występowania trudności w zakresie wzroku, słuchu oraz łącznie obu zmysłów w 11 krajach europejskich w kontekście relacji społecznych. Badanie przekrojowe opierało się na danych zebranych w 2004 roku w badaniu ankietowym dotyczącym zdrowia, starzenia się i emerytur w Europie (ang. *Survey of Health, Ageing and Retirement*), które objęło 27 536 mężczyzn i kobiet w wieku 50 i więcej lat. W badanej próbie 5,9 proc. uczestników zgłosiło jednoczesne uszkodzenie obu zmysłów, 10,2 proc. same trudności z widzeniem, natomiast 13,5 proc. tylko dysfunkcję słuchu. Ponad dwie trzecie (68,6 proc.) uczestników ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną stanowiły osoby nieaktywne społecznie w porównaniu z grupą kontrolną. W przypadku uczestników deklarujących nabycie głuchoniewidzenia występowało 2,18 razy wyższe prawdopodobieństwo braku aktywności społecznej w porównaniu z osobami bez trudności w zakresie słuchu lub widzenia. Dowiedziono, że trudności sensoryczne związane były z brakiem aktywności społecznej, jednak wyższe prawdopodobieństwo braku aktywności społecznej wśród osób z trudnościami sensorycznymi minimalizowały inne wskaźniki zdrowotne i społeczno-ekonomiczne (m.in. mobilność, funkcjonowanie kognitywne, wykształcenie, status socjoekonomiczny) (Viljanen i in. 2014).

Wysoką użyteczność praktyczną dla wdrażania strategii pomocowych kierowanych do członków rodzin seniorów tracących sprawność sensoryczną mają wyniki uzyskane w badaniu jakościowym opierającym się na 28. częściowo

ustrukturalizowanych wywiadach, które wykazało znaczną zależność osób głuchoniewidomych od bliskich relacji społecznych. Kontakty z osobami bliskimi pozwalały badanym zachować optymalną niezależność oraz ułatwiały przemieszczanie się i partycypację w działaniach społecznych. Jednocześnie badani doświadczali frustracji, zagubienia i spadku nastroju oraz wskazywali na nadopiekuńczość widoczną zarówno w relacjach nieformalnych, jak i formalnych (Hersh 2013). Warto podkreślić, że nasilenie problemów w kontaktach społecznych wykazuje związek ze stopniem uszkodzenia zmysłów. Badania zrealizowane wśród 302 osób z funkcjonalnymi ubytkami w zakresie obu zmysłów w wieku 50 lat i więcej wykazały, że prawdopodobieństwo sytuacji konfliktowych z dziećmi lub pracownikami udzielającymi formalnego wsparcia jest wyższe u badanych dotkniętych całkowitym niewidzeniem i głęboką głuchotą w porównaniu z badanymi o mniejszych defektach sensorycznych (Hovaldt i in. 2019). W programach rehabilitacyjnych dla osób starszych tracących wzrok i słuch istotna jest zatem z jednej strony pomoc w identyfikacji zakresu i rodzaju wsparcia dostarczanego przez osoby bliskie tak, aby zapobiegać postawom nadmiernie chroniącym, z drugiej zaś stała praca nad poszerzaniem kompetencji seniorów w realizacji czynności życia codziennego poprzez wypracowanie alternatywnych technik zapewniających optymalną samodzielność.

Przekrojowe eksploracyjne badanie z udziałem 1755 osób w wieku 65 lat i starszych, w którym 14 proc. stanowili respondenci z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu, dowiodło, że sprzężona niepełnosprawność sensoryczna skutkuje poważnymi ograniczeniami w zakresie możliwości efektywnego, bezpiecznego i szybkiego wykonywania czynności dnia codziennego. Wśród seniorów głuchoniewidomych 34 proc. posiadało trzy lub więcej chorób współistniejących. Około 20 proc. stanowiły osoby mieszkające samotnie, zgłaszające problemy z pamięcią i subiektywnie oceniające swój stan zdrowia jako zły. Częstość występowania ograniczeń w zakresie zaawansowanych aktywności życia codziennego nie różniła się pomiędzy grupami z głuchoniewidzeniem i bez takiej dysfunkcji. Osoby starsze z nabytym głuchoniewidzeniem wykazały natomiast znacznie wyższy poziom funkcjonalnej niepełnosprawności w zakresie podstawowych i instrumentalnych czynności życia codziennego niż osoby bez dysfunkcji wzroku i słuchu, nawet po uwzględnieniu czynnika wieku (Lima 2015). Wyniki tych badań korespondują z danymi uzyskanymi na drodze samoopisu w grupie liczącej ponad pięć tys. osób w wieku 70 lat i więcej, które oceniały swoją sprawność w zakresie czynności życia codziennego oraz poziom funkcjonowania sensorycznego. Uszkodzenie w zakresie obu omawianych zmysłów wiązało się z wyższym poziomem niepełnosprawności funkcjonalnej zarówno na początku badania, jak i w czasie wywiadu prowadzonego po upływie dwóch lat, jednak jego wpływ ulegał stopniowemu zmniejszeniu wraz z upływem czasu. Ponadto jednoczesna utrata wzroku i słuchu nie wiązała się z wyższym poziomem deklarowanej niepełnosprawności w porównaniu z osobami, które doświadczały problemów wyłącznie w zakresie widzenia (Brennan 2006).

Pogorszenie funkcji poznawczych to kolejne negatywne następstwo utraty wzroku i słuchu w późnej dorosłości, które poddawane było analizom badawczym pod kątem podejmowania działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych mających wzmacniać dobrostan psychofizyczny. Opis trajektorii kognitywnych zależnych od wzorca zaburzeń sensorycznych występujących u osób starszych dostarczyły badania analizujące funkcjonowanie poznawcze, działanie zmysłu wzroku i słuchu, korzystanie z używek (alkohol, nikotyna), stan zdrowia i czynniki socjodemograficzne na podstawie danych od 24 116 uczestników podstawowego badania stanu zdrowia, starzenia się i emerytur w Europie w okresie 2002–2014. Osoby starsze posiadające zaburzenia w zakresie jednego oraz obu zmysłów wykazały znacznie niższy poziom funkcji poznawczych niż osoby bez zaburzeń sensorycznych. Lepiej w tej grupie funkcjonują kobiety, osoby z wyższym wykształceniem oraz osoby stosunkowo zamożne. U respondentów bezrobotnych i będących na emeryturze stwierdzono niższy poziom zdolności kognitywnych niż u osób wciąż pracujących. Uzyskane rezultaty sugerują, że zaburzenia zarówno w zakresie jednego, jak i dwóch zmysłów wiążą się z przyspieszonym pogarszaniem się funkcji poznawczych, jak i bardziej gwałtowną trajektorią tych zmian (Maharani i in. 2018). Podobne wnioski sformułowano w oparciu o materiał pozyskany od 546 osób w wieku 60–99 lat, który po skorygowaniu ze względu na wiek i płeć potwierdził, że ryzyko upośledzenia funkcji poznawczych wzrasta istotnie w przypadku seniorów z jednoczesną dysfunkcją wzroku i słuchu w porównaniu z osobami niewykazującymi uszkodzenia obu tych zmysłów lub doświadczającymi osłabienia tylko jednego z nich (Vazquez i in. 2014).

Negatywne skutki utraty wzroku i słuchu w późnej dorosłości są tak rozległe, że nie tylko stają się źródłem poważnych trudności stale doświadczanych przez seniorów w poszczególnych sferach życia (por. Tseng 2018), lecz także mogą przyczyniać się do przedwczesnego zgonu. Badania dotyczące monitorowania śmiertelności osób starszych z różnym stopniem zaburzeń sensorycznych (Fisher i in. 2014; Kiely i in. 2016) wskazują, że wśród seniorów ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną wskaźniki śmiertelności są wyższe w porównaniu z ich równolatkami posiadającymi dysfunkcję w zakresie jednego zmysłu.

Zakończenie

Przeprowadzone dotychczas badania koncentrujące się na specyfice funkcjonowania seniorów tracących wzrok i słuch dostarczyły wielu istotnych danych jednoznacznie wskazujących na negatywny wpływ tej dysfunkcji na sferę fizyczną, psychiczną i społeczną oraz konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań pomocowych ukierunkowanych na poprawę jakości życia osób starszych i członków ich rodzin. Szczególną wartość poznawczą i implikacyjną mają wyniki badań dotyczące stosunkowo łatwych w modyfikacji czynników mogących minimalizować negatywne oddziaływania uszkodzenia podstawowych zmysłów na dobrostan

psychiczny i poziom sprawności funkcjonalnej. Nadal jednak szereg kwestii odnoszących się do związków zachodzących między utratą wzroku i słuchu a satysfakcjonującym wypełnianiem zadań rozwojowych typowych dla późnej dorosłości wymaga dalszych badań. Należy także uwzględnić ograniczenia niektórych badań związane z pozyskiwaniem danych jedynie na drodze samooceny dokonywanej przez seniorów, którzy dość często przeceniają swoje możliwości i zaniżają stopień uszkodzenia sensorycznego. Korelacje między stopniem zgłoszonej i zmierzonej utraty funkcjonowania w zakresie zmysłów są niskie, zauważono znaczące rozbieżności między danymi zgłaszanymi przez pacjentów a obiektywną oceną (Saunders, Echt 2007). Zachodzi więc konieczność opracowania obiektywnych i istotnych z klinicznego punktu widzenia mierników sprawności wzrokowej i słuchowej oraz konceptualizacji pojęcia głuchoniewidzenia w nawiązaniu do modeli niepełnosprawności współcześnie rekomendowanych w pedagogice specjalnej i naukach pokrewnych. Złożony charakter sprzężonego ograniczenia sensorycznego oraz heterogeniczność omawianej populacji wymaga wielowymiarowego podejścia do analizy nabycia głuchoniewidzenia i psychospołecznej adaptacji w podeszłym wieku (Wahl i in. 2013), co niewątpliwie implikuje potrzebę podejmowania badań interdyscyplinarnych.

Bibliografia

- Bodsworth S.M., Clare I.C.H., Simblett S.K. (2011). *Deafblindness and mental health. Psychological distress and unmet need among adults with dual sensory impairment*. „British Journal of Visual Impairment”, nr 29 (1), s. 6–26.
- Brennan M., Bally S.J. (2007). *Psychosocial adaptations to dual sensory loss in middle and late adulthood*. „Trends in Amplification”, nr 11 (4), s. 281–300.
- Brennan M., Su Y-P., Horowitz A. (2006). *Longitudinal associations between dual sensory impairment and everyday competence among older adults*. „Journal of Rehabilitation Research & Development”, nr 43 (6), s. 777–792.
- Capella-McDonnall M. (2009). *Risk factors for depression among older adults with dual sensory loss*. „Aging & Mental Health”, nr 13 (4), s. 569–576.
- Capella-McDonnall M. (2011a). *Physical status as a moderator of depressive symptoms among older adults with dual sensory loss*. „Rehabilitation Psychology”, nr 56 (1), s. 67–76.
- Capella-McDonnall M. (2011b). *The effect of productive activities on depressive symptoms among older adults with dual sensory loss*. „Research on Aging”, nr 33 (3), s. 234–255.
- Chou K.-L., Chi I. (2004). *Combined effect of vision and hearing impairment on depression in elderly Chinese*. „International Journal of Geriatric Psychiatry”, nr 19, s. 825–832.
- Czerwińska K. (2018). *W trosce o wspomaganie rozwoju osób tracących wzrok w późnej dorosłości*. „Fides et Ratio”, nr 2 (34), s. 496–511.
- Dammeyer J. (2013). *Characteristics of a Danish population of adults with acquired deafblindness receiving rehabilitation services*. „British Journal of Visual Impairment”, nr 31 (3), s. 189–197.

- Dammeyer J. (2014). *Deafblindness: a review of the literature*. „Scandinavian Journal of Public Health”, nr 42, s. 554–562.
- Fisher D., Li Ch-M., Chiu M.S., Themann C. Li in. (2014). *Impairments in hearing and vision impact on mortality in older people: the AGES-Reykjavik Study*. „Age & Ageing”, nr 43, s. 69–76,
- Guthrie D.M., Declercq A., Finne-Soveri H., Fries B.E., Hirdes J.P. (2016). *The Health and well-being of older adults with dual sensory impairment (DSI) in four countries*. „PLOS ONE”, nr 11 (5).
- Guthrie D.M., Thériault E.R., Davidson J.G.S. (2016). *Self-rated health, cognition, and dual sensory impairment are important predictors of depression among home care clients in Ontario*. „Home Health Care Management & Practice”, nr 28 (1), s. 35–43.
- Gutowska A. (2015). *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*. „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 8, s. 9–33.
- Heine C., Browning C.J. (2002). *Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions*. „Disability & Rehabilitation”, nr 24 (15), s. 763–773.
- Hersh M. (2013). *Deafblind people, communication, independence, and isolation*. „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, nr 18, s. 446–463.
- Hovaldt H.B., Lund R., Lehane C.M., Dammeyer, J. (2019). *Relational strain in close social relations among older adults with dual sensory loss*. „British Journal of Visual Impairment”, nr 37 (2), s. 81–93.
- Hovaldt H.B., Nielsen T., Dammeyer J. (2018). *Validity and reliability of the Major Depression Inventory for persons with dual sensory loss*. „Innovation in Aging”, nr 2 (1), s. 1–11.
- Kiely K.M., Mitchell P., Gopinath B. i in. (2016). *Estimating the years lived with and without age-related sensory impairment*. „Journals of Gerontology: Medical Sciences”, nr 71 (5), s. 637–642.
- Kiely K.M., Anstey K.J., Luszcz M.A. (2013). *Dual sensory loss and depressive symptoms: the importance of hearing, daily functioning, and activity engagement*. „Frontiers in Human Neuroscience”, nr 7, s. 837.
- Kilian M. (2018). *Geragogika specjalna w starzejącym się społeczeństwie – potrzeby i możliwości*. W: Kilian M., Śmiechowska-Petrovskij (red.). *Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kilian M. (2020). *Funkcjonowanie osób w starszym wieku*. Warszawa: Difin.
- Laszczak E. (2019). *Starzenie się zmysłu równowagi*. W: Kazek B., Wojciechowska J. (red.). *Zmysły w procesie starzenia*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Likus W., Markowski J., Siemianowicz K. (2019). *Starzenie się słuchu*. W: Kazek B., Wojciechowska J. (red.). *Zmysły w procesie starzenia*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Lima C., Bilton T., Dias R. i in. (2015). *Correlates of dual sensory impairment in community-dwelling older people: an exploratory study*. „Physiotherapy”, nr 101 (1).
- Maharani A., Dawes P., Nazroo J. i in. (2018). *Visual and hearing impairments are associated with cognitive decline in older people*. „Age & Ageing”, nr 47, s. 575–581.

- Martynowicz E. (2017). *Starzenie się społeczeństw globalnym wyzwaniem*. W: Błachnio A., Kuryś-Szyncel K., Martynowicz E., Molesztak A. (red.). *Psychologia starzenia się i strategie dobrego życia*. Warszawa: Difin.
- Pojda-Wilczek D. (2019). *Starzenie się wzroku*. W: Kazek B., Wojciechowska J. (red.). *Zmysły w procesie starzenia*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Psychologia starzenia się i strategie dobrego życia*. (2017). Błachnio A., Kuryś-Szyncel K., Martynowicz E., Molesztak A. (red.). Warszawa: Difin.
- Roets-Merken L.M., Zuidema S.U., Vernooij-Dassen M.J.F.J., Kempen G.I.J.M. (2014). *Screening for hearing, visual and dual sensory impairment in older adults using behavioural cues: A validation study*. „International Journal of Nursing Studies”, nr 51, s. 1434–1440.
- Saunders G.H., Echt K.V. (2007). *An Overview of dual sensory impairment in older adults: Perspectives for rehabilitation*. „Trends in Amplification”, nr 11 (4), s. 243–258.
- Schneider J.M., McMahon C.M., Gopinath B. i in. (2014). *Dual sensory impairment and hearing aid use among clients attending low-vision services in Australia: The Vision-Hearing Project*. „Journal of Aging & Health”, nr 26 (2), s. 231–249.
- Sijko K. (2010). *Kategorie wyodrębniania osób z rzadko występującymi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności*. W: Brzezińska A.I., Pluta J., Rycielski P. (red.). *Potrzeby specyficznych grup osób z ograniczeniami sprawności. Wyniki badań*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Simning A., Fox M.L., Barnett S.L., Sorensen S., Conwell Y. (2019). *Depressive and anxiety symptoms in older adults with auditory, vision, and dual sensory impairment*. „Journal of Aging & Health”, nr 31 (8), s. 1353–1375.
- Siudak A. (2019). *Fizjologiczne i patologiczne aspekty inwolucji zmysłów – część I: wzrok, słuch i zmysł równowagi*. W: Kazek B., Wojciechowska J. (red.). *Zmysły w procesie starzenia*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Studen S. (2015). *Poradnictwo psychologiczne dla osób w okresie późnej dorosłości*. W: Czabała C., Kluczyńska S. (red.). *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tseng Y-C., Liu S.H-Y., Lou M-F., Huang G-S. (2018). *Quality of life in older adults with sensory impairments: a systematic review*. „Quality of Life Research”, nr 27, s. 1957–1971.
- Vazquez C., Gigirey L.M., del Oro C.P. (2014). *Dual sensory loss (DSL) and cognitive impairment: a study among Galician older people*. „European Geriatric Medicine”, 5S1, S83–S158.
- Viljanen A., Törmäkangas T., Vestergaard S., Andersen-Ranberg K. (2014). *Dual sensory loss and social participation in older Europeans*. „European Journal of Ageing”, nr 11, s. 155–167.
- Wahl H-W., Heyl V., Drapaniotis P.M. i in. (2013). *Severe vision and hearing impairment and successful aging: A Multidimensional View*. „The Gerontologist”, nr 53 (6), s. 950–962.
- Wiącek G. (2017). *Psychospołeczne problemy w percepcji dorosłych osób głuchoniewidomych*. W: Domagała-Zyśk E., Wiącek G., Książek M. (red.). *Świat osób głuchoniewidomych. Wyzwania współczesności*. Lublin: Wydawnictwo Episteme.

Zaorska M. (2017). *Stan równoczesnego nie(do)słyszania i nie(do)widzenia jako niepełnosprawność złożona, sprzężona, wielozakresowa, wieloraka, współobecna i wielobjawowa*. W: Domagała-Zyśk E., Wiącek G., Książek M. (red.). *Świat osób głuchoniewidomych. Wyzwania współczesności*. Lublin: Wydawnictwo Episteme.

PSYCHO-SOCIAL ASPECTS OF VISION AND HEARING LOSS IN LATE ADULTHOOD

Abstract: With regard to a continuous tendency of ageing of the global population it is expected that in the upcoming decades the number of persons who will be losing both their vision and hearing will be increasing. In senior years acquiring multisensory disability leads to the decrease of the quality of life. The article focuses on the description of the implications the simultaneous loss of vision and hearing has for the psychosocial functioning of seniors. It is based on the review of empirical materials. In view of the existing research, the consequences of the combined deficits are much more severe than the consequences of each single deficit. The most frequently reported negative effects of acquired deafblindness include decrease of cognitive functions, limitation of social contacts, problems performing activities of daily living, mental health disorders, with mood disorders in particular. The research has shown an urgent need to introduce systemic assistive solutions in the area of prevention and rehabilitation. Those solutions should be aimed at increasing the quality of life of the seniors who are losing both vision and hearing.

Keywords: acquired disability, multiply disability, vision loss, hearing loss, late adulthood, psychosocial functioning, aging, disability in older age.