

Kornelia Czerwińska  
Izabella Kucharczyk

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

## Nabycie niepełnosprawności wzroku w późnej dorosłości a jakość życia

Częstość występowania niepełnosprawności wzroku w populacji osób powyżej 65 roku życia wykazuje zdecydowaną tendencję rosnącą. Utrata wzroku w późnej dorosłości może prowadzić do znacznego spadku sprawności funkcjonalnej, generując szereg problemów w zakresie czynności dnia codziennego i zwiększając potrzebę opieki w miejscu zamieszkania lub w placówce opiekuńczej. Celem artykułu jest prezentacja wyników wybranych badań naukowych dotyczących wpływu częściowej lub całkowitej utraty wzroku na jakość życia osób starszych. Negatywny wpływ nabytej niepełnosprawności wzrokowej w okresie późnej dorosłości na jakość życia seniorów został dość jednoznacznie udokumentowany w licznych badaniach naukowych, jednak mechanizmy leżące u podstaw tych niekorzystnych oddziaływań wciąż pozostają słabo rozpoznane.

Słowa kluczowe: jakość życia, niepełnosprawność wzroku, utrata wzroku, późna dorosłość

## Visual impairment acquired in late adulthood and the quality of life

The prevalence rate of visual impairment in the population of persons above the age of 65 is significantly increasing. Vision loss in late adulthood can result in substantial functional deterioration which generates a number of problems in performing activities of daily living and increases the demand for care services in the place of residence or in an institution. The goal of the article is to present the results of research on the effects of partial or total vision loss on the quality of life of elderly persons. The negative effect of acquired vision loss on the quality of life of seniors has been sufficiently evidenced by numerous research studies. However, the mechanisms generating those adverse effects have not been clearly identified.

Keywords: quality of life, visual impairment, vision loss, late adulthood

## Wprowadzenie

Obserwowany wzrost średniej długości życia uznawany jest za swoisty sukces polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej poszczególnych państw, zarazem jednak starzenie się społeczeństw generuje szereg wyzwań w zakresie zapewnienia poczucia dobrostanu psychofizycznego populacji seniorów, którą cechuje wysoka heterogeniczność możliwości i potrzeb (Bron 2011).

Według prognoz demograficznych średnia długość życia w populacji generalnej wyniesie w 2050 r. 74 lata, przy czym w rejonach o najwyższym rozwoju gospodarczym będą to 82 lata, zaś w krajach najslabiej rozwiniętych – 65 lat. Przewidywany jest także wyraźny wzrost liczby osób powyżej 65 roku życia (Błachnio i in. 2017). Obecnie odsetek seniorów w populacji światowej kształtuje się na poziomie 7,5%. Szacuje się, że w 2035 roku będzie to 13%, zaś w 2050 r. – 16%. W wielu krajach Unii Europejskiej (m.in. Belgia, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy) grupa osób powyżej 60 roku życia już aktualnie stanowi 20% ogólnej struktury społecznej, a obserwowane stałe tendencje wzrostowe pozwalają przypuszczać, że w 2060 roku 30% mieszkańców UE będzie w wieku poprodukcyjnym. Zauważalna jest także tendencja dwukrotnie szybszego wzrostu liczby osób powyżej 89 roku życia w porównaniu z tempem wzrostu ogólnej liczby seniorów. Prawdopodobnie w 2060 roku 12% prognozowanej na 520 mln liczby unijnej ludności stanowić będą osoby powyżej 80 roku życia (Trafiałek 2016).

Przemiany demograficzne widoczne w populacji generalnej dostrzegane są również w Polsce, gdzie według prognoz Eurostatu proces starzenia się ludności będzie należeć do jednych z najszybszych wśród krajów UE. Analizy prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny wskazują, że w 2035 roku odsetek osób powyżej 65 roku życia w kraju wyniesie 23%, zaś liczebność grupy powyżej 80 roku życia wzrośnie dwukrotnie, obejmując ponad 7% ludności. Mediana wieku w Polsce szacowana jest na około 46 lat w 2035 roku, zaś po tym okresie prognozowane jest przyspieszenie tego wzrostu, skutkujące w 2060 roku medianą wieku na poziomie 54 lat (Błądowski 2012). Na podstawie szacunków demograficznych ONZ zweryfikowanych w 2015 roku oczekuje się, że w 2050 roku w ogólnej strukturze polskiego społeczeństwa osoby powyżej 60 roku życia będą reprezentowane na poziomie 39%, zaś seniorzy powyżej 80 lat stanowić będą 9,7% (Trafiałek 2016).

Wydłużenie okresu życia najstarszych grup społeczeństwa wiąże się z częstszym występowaniem współistniejących chorób przewlekłych, których negatywne następstwa zwiększają ryzyko utraty niezależności w codziennym funkcjonowaniu. Do schorzeń związanych z wiekiem, które w znacznym stopniu mogą przyczynić się do zależności funkcjonalnej i obniżenia jakości życia, zalicza się choroby układu wzrokowego, w tym zwłaszcza: zaćmę, jaskrę, retinopatię cu-

krzycową, zwyrodnienie plamki żółtej. Choć odsetek osób, u których występuje nabyta w wieku senioralnym niepełnosprawność wzroku, jest trudny do jednoznacznego określenia z uwagi na przyjmowanie w analizach różnych kryteriów definicyjnych niewidzenia i słabowzroczności, to aktualne szacunki wskazują, iż około jedna piąta osób w wieku powyżej 60 lat doświadcza w różnym stopniu dysfunkcji wzroku (Brown, Barrett 2011). Niepełnosprawność wzroku rozpoznawana jest u około 10% osób w wieku 65–75 lat oraz u 20% w grupie powyżej 75 roku życia (Evans, Rowlands 2004). Częstość występowania niepełnosprawności wzroku oceniana w grupie 4166 uczestników Europejskiego Badania Wzroku (*European Eye*) w wieku 65 lat lub powyżej wzrastała wraz z wiekiem badanych, a odnotowywany wzrost był większy u kobiet. Stwierdzono częstsze występowanie tego rodzaju niepełnosprawności w krajach śródziemnomorskich niż w krajach Europy Północnej, z wyjątkiem Estonii, gdzie częstość występowania tej dysfunkcji okazała się wyższa niż w innych ośrodkach północnoeuropejskich. W badanej grupie częstość występowania słabowzroczności wynosiła 3% lub mniej, zaś występowanie niewidzenia wahało się od 2% do poziomu poniżej pół procenta (Seland i in. 2011).

Warto zwrócić uwagę również na fakt, że 20-50% populacji seniorów doświadcza problemów wzrokowych, które nie są wykryte i poddane leczeniu, choć większość tych dolegliwości mogłaby być skutecznie wyeliminowana lub zmniejszona m.in. poprzez zastosowanie korekcji okularowej i (lub) na drodze zabiegów chirurgicznych. Zwiększenie wykrywalności tych przypadków oraz zapewnienie lepszej opieki okulistycznej dla osób starszych powinny być priorytetem w polityce społecznej, gdyż obecnie w krajach rozwiniętych od 7 do 34% seniorów cierpi z powodu nierozpoznanych problemów wzrokowych, które można z łatwością skorygować przez właściwy dobór okularów (Evans, Rowlands 2004).

Podjęcie odpowiednich interwencji ukierunkowanych na zaspokojenie swoich potrzeb zdrowotnych osób starszych jest niezbędne, gdyż obniżenie sprawności wzrokowej negatywnie wpływa na jakość życia. Częściowa lub całkowita utrata wzroku w późnej dorosłości powoduje m.in.: trudności w efektywnym wykonywaniu czynności dnia codziennego (Haymes, Johnston, Heyes 2002), spadek aktywności fizycznej, lokomocji i wyższe ryzyko upadków prowadzących do uszkodzenia ciała (Burmedi i in. 2002), pogorszenie funkcjonowania społecznego (Heine, Browning 2002; Wang i in. 2008), niższy poziom zadowolenia z życia i obniżone samopoczucie psychiczne, w tym niepokój, depresję, zwiększone skłonności samobójcze (Mathew i in. 2011). W populacji ociemniałych seniorów odnotowywany jest także wyższy wskaźnik śmiertelności (Jacobs i in. 2005). Starsze osoby, które nie zachowały wysokiej sprawności zmysłów, gorzej oceniają swój stan zdrowia, zgłaszają większą liczbę dolegliwości oraz są mniej aktywne w prze-

strzeni fizycznej i społecznej, co sprzyja stanom depresyjnym i zwiększa ryzyko ich wykluczenia z głównego nurtu życia publicznego (Bień 2002).

Zaplanowanie skutecznych oddziaływań zapobiegających wykluczeniu społecznemu seniorów tracących wzrok wymaga właściwego rozpoznania charakteru, zakresu i uwarunkowań licznych problemów doświadczanych przez tę grupę, jak również określenia zasobów osobowych i środowiskowych sprzyjających konstruktywnemu przystosowaniu się do nabytej niepełnosprawności. Celem artykułu jest przedstawienie wyników wybranych badań naukowych analizujących wpływ częściowej lub całkowitej utraty wzroku w późnej dorosłości na jakość życia, ocenianą zarówno na podstawie wskaźników obiektywnych, jak i subiektywnych odczucia osób starszych.

## Jakość życia seniorów z nabytą niepełnosprawnością wzroku – przegląd badań

Jakość życia jako model teoretyczny wykorzystywana jest w wielu dyscyplinach naukowych do opisu i wyjaśnienia ludzkiej egzystencji, zarówno w kategoriach społecznych, jak i w wymiarze jednostkowym. Zakres i struktura tego terminu nie jest jednak ściśle określona. W literaturze przedmiotu spotkać można szereg odmiennych ujęć teoretycznych i prób operacjonalizacji tego pojęcia (Wojciechowska, Steuden 2015). Odmienność przyjętych założeń definicyjnych jakości życia uwidacznia się także w wysokim zróżnicowaniu metod i narzędzi wykorzystywanych do jej pomiaru (Oleś 2002). Porównywanie zgromadzonych danych empirycznych wymaga więc zachowania pewnej ostrożności, zwłaszcza że obok terminu jakości życia badacze posługują się wieloma pokrewnymi pojęciami (m.in. zadowolenie z życia, satysfakcja życiowa, subiektywny dobrostan, szczęście, dobre samopoczucie), które w niektórych analizach traktowane są zamiennie, w innych zaś charakteryzowane są jako swoiste wymiary omawianego zjawiska lub całkowicie odrębne kategorie pojęciowe (Steuden 2011). Interdyscyplinarny, wieloaspektowy charakter tego konstruktów teoretycznego sprawia, że koncepcja jakości życia bywa określana jako multidemencjonalna (Nowak 2011).

W badaniach prowadzonych wśród osób z nabytą niepełnosprawnością wzroku stosunkowo często wykorzystywana jest koncepcja jakości życia zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia, zgodnie z którą jest to „sposób postrzegania przez daną osobę jej pozycji w życiu w kontekście systemu kulturowego i wartości, w którym osoba ta żyje, a także w odniesieniu do jej celów, oczekiwań i standardów” (Crews i in. 2014: 293). W tak szerokim ujęciu przyjmuje się, że na jakość życia osoby bezpośrednio wpływać będzie wiele czynników, w tym

zwłaszcza stan jej zdrowia fizycznego, kondycja psychiczna, niezależność funkcjonalna, osobiste przekonania i plany oraz relacje z najważniejszymi elementami otoczenia. Jakość życia jest więc to zbiór wielu obszarów wzajemnie na siebie oddziałujących, których wielowymiarowa ocena dokonywana według kryteriów społeczno-normatywnych oraz subiektywnych kryteriów przyjętych przez daną osobę odzwierciedla zmiany wartości związane z procesem starzenia się (Halicki 2010).

Jakość życia to centralna kategoria analiz teoretycznych, badawczych i praktycznych poświęconych fazie późnej dorosłości, gdyż za pomyślnie starzejące się uznawane są te osoby, które osiągają podeszły wiek z zachowaniem wysokiej jakości funkcjonowania (Hill 2009; Olszewski 2016). Gerontologiczne ujęcie jakości życia, uwzględniając specyficzne zmiany rozwojowe typowe dla wieku senioralnego, odwołuje się do kompleksowej oceny stanu zdrowia, ale także opisuje ogólny standard życia i pozycji w społeczeństwie (Szarota 2010). W pomiarach tego konstruktu wprowadzany jest termin „jakości życia związanej ze stanem zdrowia” (*health-related quality of life*), którą definiuje się jako „optymalny poziom funkcjonowania psychicznego, fizycznego, ról oraz funkcjonowania w społeczeństwie z uwzględnieniem relacji, a także postrzegania własnego poziomu zdrowia, sprawności, zadowolenia z życia i dobrego samopoczucia” (Wang i in. 2014: 81). W ostatnich latach wielowymiarowe sposoby pomiaru jakości życia związanej ze stanem zdrowia są coraz powszechniej stosowane wśród starszych osób tracących wzrok.

Znaczna liczba badań z udziałem seniorów z nabytą niepełnosprawnością wzroku dość jednoznacznie dowodzi negatywnego wpływu częściowej lub całkowitej utraty wzroku na poszczególne komponenty jakości życia (Brennan, Cardinali 2000). Osoby te uzyskują niższe wyniki niż ich równolatkowie bez dysfunkcji wzroku w zakresie dwóch powszechnie stosowanych wskaźników jakości życia: niżej oceniają swój poziom zadowolenia z życia oraz są od dwóch do pięciu razy bardziej narażeni na wystąpienie depresji. Mimo, że utrata wzroku w późnej dorosłości najczęściej ma charakter częściowy, to przystosowanie się do funkcjonowania z poważnie osłabionym widzeniem, w tym zmiana dotychczasowych strategii planowania i realizacji codziennych działań, jest doświadczeniem trudnym, wiążącym się ze spadkiem satysfakcji życiowej (Brown, Barrett 2011).

Jedną z szerszych analiz badających związki między jakością życia związaną ze stanem zdrowia a niepełnosprawnością wzroku wśród osób w wieku 65 lat i powyżej było opracowanie danych przekrojowych z Systemu Nadzoru Czynników Ryzyka Behawioralnego (*Behavioral Risk Factor Surveillance System*) z lat 2006–2010 dotyczących blisko 61 tysięcy osób (Crews i in. 2014). Analizie poddano sześć mierników jakości życia związanej ze stanem zdrowia: stan zdrowia zgłaszany przez uczestników badania, liczba dni występowania złego samopo-

czucia fizycznego, liczba dni występowania obniżonego samopoczucia psychicznego, liczba dni ograniczenia aktywności, poziom zadowolenia z życia oraz stopień sprawności. Dowiedziono, że niski poziom jakości życia wiąże się ze stopniem uszkodzenia wzroku. U respondentów z większym stopniem osłabienia widzenia dni złego samopoczucia fizycznego i psychicznego oraz ograniczonej aktywności występowały w przeciągu miesiąca częściej niż u osób z niewielkimi problemami wzrokowymi lub pełnosprawnymi wzrokowo. Analizy uwzględniające wszystkie współwystępujące zmienne (wiek, płeć, stan cywilny, pochodzenie etniczne, wykształcenie, poziom dochodów, występowanie cukrzycy, chorób serca, udaru, zawału serca, indeks masy ciała, aktywność w czasie wolnym, palenie tytoniu oraz koszty opieki medycznej) wykazały, że u osób z nieznaczną dysfunkcją wzroku występowało większe prawdopodobieństwo złego stanu zdrowia, braku satysfakcji i obniżonej sprawności niż u uczestników bez problemów wzrokowych. Z kolei porównanie osób z umiarkowaną/znaczną dysfunkcją wzroku z seniorami pełnosprawnymi ujawniło dwukrotnie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia w tej grupie negatywnej oceny własnego stanu zdrowia, braku zadowolenia z życia i funkcjonalnej niepełnosprawności. Ponadto osoby te częściej cierpiały na choroby przewlekłe i otyłość, były palaczami oraz brakowało im aktywności fizycznej w czasie wolnym. Istotną kwestią okazało się współwystępowanie chorób przewlekłych, gdyż wszyscy respondenci z cukrzycą, chorobami serca, po przebytych zawałach lub udarach wykazywali niższy poziom jakości życia związanej ze stanem zdrowia (Crews i in. 2014).

Dane przekrojowe z Systemu Nadzoru Czynników Ryzyka Behawioralnego (*Behavioral Risk Factor Surveillance System*) z lat 2006–2008 zostały także wykorzystane przez Yan Li i współpracowników (2011) do analizy związku między chorobami oczu związanymi z wiekiem, niepełnosprawnością wzroku a poziomem jakości życia związanej ze stanem zdrowia. W badaniach ankietowych wzięło łącznie udział 36 348 respondentów w wieku 65 i więcej lat. 38,2% uczestników stwierdziło, że nie posiada żadnej choroby układu wzrokowego związanej z wiekiem, 47,1% zgłosiło jedną taką chorobę, 12,7% – dwie, zaś 2,1% – trzy lub więcej. Wśród osób zgłaszających jedno schorzenie najczęstszą chorobą była zaćma (90,1%). W grupie posiadającej dwa schorzenia najczęstszym połączeniem była zaćma i jaskra (42,4%), a na kolejnym miejscu znalazło się współwystępowanie zaćmy i zwyrodnienia plamki żółtej (41,2%). U osób cierpiących na jakiegokolwiek schorzenie układu wzrokowego związane z wiekiem prawdopodobieństwo zgłoszenia niepełnosprawności wzroku, jak również pogorszenia zdrowia fizycznego (złe samopoczucie fizyczne, ograniczenie aktywności, spadek sprawności funkcjonalnej) i psychicznego (złe samopoczucie psychiczne, brak satysfakcji z życia, poważna depresja, depresja utrzymująca się przez całe życie oraz niepokój) było wyższe niż u seniorów bez takiej choroby. Co ciekawe, rosnąca liczba

współwystępujących schorzeń okulistycznych związanych z procesem starzenia się wiązała się z większym stopniem uszkodzenia wzroku oraz pogorszeniem stanu fizycznego, jednak nie z poziomem cierpienia psychicznego (Li i in. 2011).

Związki zachodzące między obniżoną sprawnością sensoryczną, występowaniem chorób przewlekłych a jakością życia analizowane były także wśród uczestników Brytyjskiego Regionalnego Badania Kardiologicznego (*British Regional Heart Study*) w wieku 63–85 lat (Liljas i in. 2015). Dane przekazało łącznie 3981 mężczyzn (odsetek odpowiedzi na poziomie 82%); 27% (n=1074) zgłosiło dysfunkcję słuchu, zaś 3% (n=124) zadeklarowało niepełnosprawność wzroku. Dysfunkcja wzroku wiązała się z objawami choroby wieńcowej, w tym z dusznościami oraz bólami w klatce piersiowej. Wykazano także zależność między osłabieniem widzenia a niską jakością życia, słabą interakcją społeczną oraz niskim poziomem funkcjonowania fizycznego. Badania te korespondują z przywołanymi wyżej wynikami badań prowadzonych przez Johna E. Crewsa i współpracowników (2014), jednak nie wyjaśniają mechanizmów leżących u podstaw stwierdzonych związków.

Należy zwrócić uwagę, że nabycie niepełnosprawności wzroku w podeszłym wieku oraz wiążące się z nim następstwa negatywnie oddziałujące na poziom jakości życia (m.in. pogorszenie się stanu zdrowia fizycznego, wystąpienie ograniczeń funkcjonalnych, niższy poziom niezależnej mobilności, gorszy status ekonomiczny, wyższy stopień izolacji społecznej) wykazują także związki ze zwiększonym poczuciem osamotnienia odnotowywanym w generalnej populacji seniorów. Samotność jest fundamentalnym czynnikiem przyczyniającym się do obniżenia poziomu jakości życia u ogółu osób starszych. Uznając istotny udział odczuwanej samotności w wymiarze społecznym i emocjonalnym w postrzeganej jakości życia (*perceived quality of life*), podjęto analizę stopnia poczucia samotności wśród seniorów z niepełnosprawnością wzroku, mieszkających w swoim dotychczasowym środowisku (La Grow i in. 2015). Badanie stanowiło wtórną analizę danych pochodzących z ankiety pocztowej, stanowiącej drugą falę (2012) reprezentatywnego w skali krajowej Długofalowego Badania nad Starzeniem się w Nowej Zelandii (*New Zealand Longitudinal Study of Ageing*). Do badań zakwalifikowano łącznie 2683 uczestników. Stwierdzono, że w przypadku osób określonych jako cierpiące z powodu dysfunkcji wzroku (n=315) wzrasta prawdopodobieństwo odczuwania samotności w porównaniu z prawidłowo widzącymi równolatkami (53% vs. 36%) (n = 2368). Wyższy poziom poczucia samotności wśród starszych osób z niepełnosprawnością wzroku wiązał się z niższym poziomem dobrobytu ekonomicznego, zdrowia psychicznego, zadowolenia z codziennych czynności, zadowolenia z życia oraz postrzeganej jakości życia. Samotność społeczna, a nie samotność emocjonalna, okazała się czynnikiem, który pozwalał przewidywać odchylenie w zakresie postrzeganej jakości życia wśród starszych

osób z uszkodzonym wzrokiem, a którego wpływ był większy od oddziaływań innych czynników (La Grow i in. 2015).

Poczucie izolacji społecznej, które wynika m.in. z następującego po utracie wzroku znacznego ograniczenia liczby kontaktów interpersonalnych, odgrywa istotną rolę w obniżeniu jakości życia osób starszych. Potwierdzają to m.in. badania przeprowadzone w grupie osób powyżej 60 roku życia zamieszkałych na odległych terenach wiejskich w północno-wschodniej części Tajlandii, w której ponad 47% respondentów podało, że doświadcza poważnych problemów wzrokowych utrudniających im codzienne funkcjonowanie. Seniorzy z niepełnosprawnością wzroku osiągnęli gorsze wyniki w zakresie 3 spośród 11 wskaźników jakości życia niż rówieśnicy bez osłabionego widzenia, przy czym subiektywne poczucie bycia porzuconym było znaczącym czynnikiem w ocenie własnego funkcjonowania (La Grow i in. 2011).

Częstsze doświadczanie izolacji społecznej przez starsze osoby z niepełnosprawnością wzroku zostało także potwierdzone w badaniach przeprowadzonych na reprezentatywnej w skali kraju próbie Amerykanów w wieku 60 i więcej lat w oparciu o dane pochodzące z pięciu cykli Krajowej Ankiety Badania Zdrowia i Żywnienia (*National Health and Nutrition Examination Survey*) (NHANES IV; 1999–2008). Subiektywnie oceniany przez respondentów stopień sprawności wzrokowej okazał się jednym z najlepszych czynników prognozujących izolację społeczną. W analizach stwierdzono występowanie silnego wpływu złego stanu wzroku zgłaszanego przez badanych na poziom ich izolacji społecznej (Coyle 2016). Zmniejszenie wielkości sieci społecznych, malejące prawdopodobieństwo spotkań z przyjaciółmi oraz obniżony stopień uczestnictwa w aktywności społecznej zostały udokumentowane także w wielu innych badaniach realizowanych wśród starszych osób z niepełnosprawnością wzroku (Crews, Campbell 2001; Jang i in. 2003; Alma i in. 2011). Poczucie osamotnienia i izolacji społecznej, nawet kształtujące się na poziomie umiarkowanym, mogą negatywnie wpływać na jakość życia ociemniałych seniorów ocenianą w oparciu o kryteria wewnętrzne danej osoby, więc kluczową kwestią staje się rozpoznanie wszelkich czynników prowadzących do spadku partycypacji społecznej po utracie wzroku oraz wyjaśnienie złożonych relacji zachodzących między tymi czynnikami. Dotychczas prowadzone badania dowodzą, że utrata wzroku i jej bezpośrednie następstwa mogą przyczynić się do izolacji społecznej na szereg sposobów. Brak zrozumienia ze strony otoczenia sytuacji osoby, która przystosowuje się do funkcjonowania z niepełnosprawnością wzroku, a także niemożność odbioru wizualnych wskazówek istotnych w kontaktach interpersonalnych, to jedne z głównych przyczyn problemów w odtworzeniu relacji społecznych po utracie widzenia (Wang, Boerner 2008). Częstymi powodami narastającej izolacji społecznej są także trudności w zakresie bezpiecznego, samodzielnego przemieszczania się wynikające z czę-



ściowej lub całkowitej utraty wzroku, które skutkują rzadszym opuszczaniem mieszkania i ograniczeniem życia towarzyskiego (Jang i in. 2003). Nie bez znaczenia są bariery funkcjonalne utrudniające udział w wielu aktywnościach społecznych, na przykład niemożność prowadzenia samochodu z powodu obniżenia ostrości wzroku (Coyle 2016). Należy zauważyć, że badania dotyczące uwarunkowań izolacji społecznej towarzyszącej nabyciu dysfunkcji wzroku w wieku senioralnym zazwyczaj koncentrowały się na jednym wytłumaczeniu, nie zaś na poznaniu szerszego tła i wzajemnych zależności pozwalających na pełne wyjaśnienie tej sfery funkcjonowania badanej populacji.

Analiza różnorodnych potencjalnych wyjaśnień związku między niepełnosprawnością wzroku a jakością życia w późnej dorosłości została podjęta przez Robyn Lewis Brown i Anne E. Barrett (2011), które wykorzystały 2 fale danych pochodzących od reprezentatywnej w skali kraju próbki osób w wieku 60–96 lat (podpróby z „Badania na temat zmian w życiu Amerykanów” z lat 1986 oraz 1989). Analiza koncentrowała się na ocenie zakresu, w jakim wpływ dysfunkcji wzroku na jakość życia – przejawiający się w symptomach depresji oraz poziomie zadowolenia z życia – jest wyjaśniany przez zmiany w: poziomie aktywności, zasobach socjoekonomicznych (mierzonych jako dochód oraz obciążenia finansowe), zasobach społecznych (integracja społeczna i postrzegany poziom wsparcia), zasobach psychologicznych (samowystarczalność). Badania dowiodły, że wyższy stopień uszkodzenia wzroku wiąże się w 3-letniej perspektywie z większym natężeniem objawów depresji oraz niższym poziomem zadowolenia z życia. Zauważono, że poważne osłabienie widzenia jest w znacznym stopniu związane z większymi ograniczeniami aktywności oraz mniejszym zapleczem socjoekonomicznym, społecznym i psychologicznym na początku badania. Analiza danych wykazała, że wyższy stopień uszkodzenia wzroku jest również znaczącym predykatorem wzrostu ograniczeń aktywności oraz trudności finansowych, a także spadku stopnia integracji społecznej i samowystarczalności w omawianej czasowej. Autorki badań uzyskały potwierdzenie hipotezy, że wyznaczone czynniki (ograniczenie aktywności, zmiany w zasobach ekonomicznych, społecznych i psychologicznych) łącznie tłumaczą negatywny wpływ nabycia dysfunkcji wzroku na jakość życia. Czynniki te wyjaśniały 64% wpływu niepełnosprawności wzroku na objawy depresji oraz 97% jej wpływu na poziom zadowolenia z życia. Każdy zakładany czynnik pośredniczący odgrywał pewną rolę w wyjaśnieniu wpływu dysfunkcji wzroku na spadek jakości życia, jednak najsilniejszy wpływ stwierdzono w przypadku samowystarczalności. Samowystarczalność odpowiadała za około 35% wpływu uszkodzenia wzroku na wystąpienie objawów depresji oraz ponad 60% wpływu na poziom zadowolenia z życia. Stopień wpływu pośredniczącego dla innych analizowanych wyjaśnień był różny dla objawów depresji oraz poziomu zadowolenia z życia. Jak stwierdzają badaczki, „obserwa-

cje sugerują, że zasoby ekonomiczne i społeczne odgrywają większą rolę w wyjaśnieniu wpływu dysfunkcji wzroku w przypadku bardziej stabilnych i opartych na przesłankach kognitywnych aspektów, takich jak poziom zadowolenia z życia, w porównaniu z bardziej emocjonalnymi wymiarami jakości życia, przejawiającymi się na przykład poprzez objawy depresji. Wyjątkiem są ograniczenia aktywności, które niemal w połowie odpowiadają za wpływ utraty wzroku na występowanie objawów depresji, jak i na poziom zadowolenia z życia” (Brown, Barrett 2011: 371). Płynące z uzyskanych wyników implikacje dla praktyki terapeutycznej i systemów wsparcia są znaczące, gdyż ukazują konieczność wdrażania wielorakich działań pomocowych, uwzględniających zidentyfikowane w analizach liczne ścieżki wpływu nabycia dysfunkcji wzroku na pogorszenie jakości życia w późnej dorosłości.

Odpowiednio zaprojektowane oddziaływania rehabilitacyjne zwiększające u starszych osób tracących wzrok poczucie samowystarczalności są kluczową kwestią, gdyż ograniczenia funkcjonalne prowadzące do spadku ogólnej aktywności i niezależności stanowią jeden z podstawowych mechanizmów mogących obniżyć jakość życia. Nabycie dysfunkcji wzroku wymaga reorganizacji podstawowych rodzajów codziennej aktywności, w tym opanowania nowych technik wykonywania działań samoobsługowych i instrumentalnych. Obniżona sprawność wzrokowa w większym stopniu wpływa na zdolność do efektywnego wykonywania czynności dnia codziennego niż inne właściwości wynikające z procesu starzenia się (Brown, Barrett 2011). Interesujących informacji na temat związków między psychofizycznymi wskaźnikami niepełnosprawności wzroku a trudnościami z wykonywaniem codziennych zadań zgłaszanymi przez starsze osoby dostarczyły badania Gary’ego S. Rubina i współpracowników (2001). Do badania pozyskano osoby w wieku od 65 do 84 lat zamieszkujące w swoim zwykłym otoczeniu ( $n = 2520$ ) w Salisbury, w stanie Maryland. Stwierdzono, że obniżenie ostrości wzroku mierzonej przy oświetleniu standardowym i zmniejszonym, osłabienie wrażliwości na kontrast, wrażliwości na światło o dużym natężeniu oraz ograniczenia w polu widzenia stanowią czynniki ryzyka w zakresie zgłaszanych przez uczestników badań trudności z wykonywaniem codziennych czynności. Związki były statystycznie istotne nawet wówczas, gdy brano pod uwagę czynniki demograficzne, zdolności kognitywne, występowanie depresji oraz szeregu innych przewlekłych chorób. Porównanie osób o niższych parametrach ostrości wzroku i wrażliwości na kontrast z osobami o mniejszym osłabieniu widzenia wykazało w tej pierwszej grupie trzy- do pięciokrotnie wyższe prawdopodobieństwo zgłoszenia niewielkich problemów z wykonywaniem czynności, oraz dwu- do trzykrotnie wyższe prawdopodobieństwo zgłoszenia umiarkowanych trudności (Rubin i in. 2001).

Duże znaczenie funkcjonalne pogarszającej się ostrości wzroku zostało także potwierdzone w badaniach opisujących związek między osłabieniem wzroku spowodowanym zaćmą a jakością życia związaną z widzeniem (*vision related quality of life*) oraz ogólną jakością życia związaną ze stanem zdrowia w grupie osób mających 50 lat i powyżej mieszkających na Filipinach (Polack i in. 2010). Badania objęły 238 osób z niepełnosprawnością wzroku spowodowaną zaćmą oraz 163 osób pełnosprawnych wzrokowo. Osoby chorujące na zaćmę wykazały znacznie niższy poziom jakości życia związanej z widzeniem niż osoby z grupy kontrolnej, a ulegająca stopniowemu obniżeniu ostrość widzenia bezpośrednio wiązała się z pogarszającym się poziomem ogólnej jakości życia. Osoby te również o wiele gorzej oceniały własny stan zdrowia, co potwierdza negatywny wpływ utraty wzroku na subiektywnie postrzegane zdrowie i samopoczucie, wykraczający poza doświadczenia związane z samym widzeniem.

Dotychczas przywoływane w tekście przykłady badań dotyczących jakości życia seniorów nabywających dysfunkcję wzroku miały charakter ilościowy i umożliwiały pomiar siły związków między zmiennymi. Doświadczenie utraty wzroku w podeszłym wieku było także przedmiotem analiz jakościowych koncentrujących się na poznaniu subiektywnej perspektywy uczestników badań. Szczególna wrażliwość badań interpretatywnych na kontekst danej sytuacji pozwala na wieloaspektowy, pogłębiony opis wpływu utraty wzroku na codzienne życie, przy czym istotny jest tutaj osobisty charakter dokonywanych ocen i wyjaśnień, gdyż jak pisze Henryk Olszewski (2016: 58), „znaczenie subiektywności w życiu psychicznym człowieka wzrasta z wiekiem i stanowi ważną składową jakości jego życia”. Swoiste dla danej osoby zmiany w późnej dorosłości zakresu i poziomu indywidualnych aspiracji, oczekiwań i celów oraz stosowanie mechanizmów obronnych sprzyjających osiągnięciu pozytywnego bilansu życiowego wpływają na poczucie jakości życia i mogą łagodzić negatywne skutki doznawanych strat (Straś-Romanowska 2016). Badania w paradygmacie jakościowym mogą więc być pomocne w wyłonieniu nowych wymiarów analizowanego konstruktów, jak również dostarczać wielu informacji użytecznych dla właściwego dostosowania oddziaływań rehabilitacyjnych do potrzeb seniorów tracących wzrok.

Systematyczny przegląd badań jakościowych z lat 1980-2010, których przedmiotem było samopoczucie psychiczne osób starszych z uszkodzonym wzrokiem oraz postrzegane przez te osoby czynniki utrudniające/ułatwiający psychospołeczne przystosowanie się do utraty widzenia, został przeprowadzony przez Samuela R. Nymana i współpracowników (2012). Wnioski przedstawiono w pięciu grupach tematycznych: diagnoza, wpływ dysfunkcji wzroku na codzienne życie, wpływ na samopoczucie psychiczne, czynniki pogarszające samopoczucie społeczne oraz czynniki poprawiające samopoczucie psychiczne. Dokonana metaanaliza wykazała, że nabyta niepełnosprawność wzroku może mieć znaczący

wpływ na samopoczucie osób starszych, a psychiczne przystosowanie się do takiego stanu stanowi poważne wyzwanie. Akceptacja stanu zdrowia oraz pozytywne nastawienie ułatwiają skuteczne psychospołeczne przystosowanie się do faktu utraty widzenia, podobnie jak wsparcie społeczne ze strony rodziny i przyjaciół oraz osób będących w podobnej sytuacji, którym udało się skutecznie zaadaptować do ociemnienia. Autorzy metaanalizy dowodzą, że gama modeli przystosowania się do choroby przewlekłej może stanowić ramy pozwalające na lepsze zrozumienie sposobów przystosowania się do utraty wzroku. Badacze rekomendują stosowanie modeli samoregulacji związanych z przystosowaniem się obok dotychczas wykorzystywanych modeli poznawania społecznego (m.in. modele żałoby, radzenia sobie, kontroli w okresie życia, etapów zmiany). W ich opinii modele samoregulacji uwzględniają percepcję choroby, kierowanie chorobą oraz ocenę, które to czynniki pomijane są w innych modelach, tym samym mogą w pełniejszy sposób przyczynić się do opisu i wyjaśnienia sposobów przystosowania do całkowitej lub częściowej utraty wzroku w podeszłym wieku (Nyman i in. 2012).

Interesujące są również obserwacje ukazujące złożone interakcje między funkcjonowaniem fizycznym a samopoczuciem psychicznym starszych osób z nabytą dysfunkcją wzroku, u których stres, niepokój i objawy depresji były czynnikami prognozującymi obniżenie codziennej aktywności i ograniczenie odgrywania ról społecznych, co wiązało się z niższą jakością życia. Zaburzenia samopoczucia psychicznego wynikały nie z samej utraty wzroku, lecz z jej funkcjonalnych konsekwencji – zmniejszenia niezależności i niemożności kontynuowania dotychczasowego stylu życia (Nyman i in. 2012).

## Zakończenie

Potrzeba trafnego rozpoznania zależności zachodzących między nabyciem niepełnosprawności wzroku w późnej dorosłości a jakością życia wyraźnie wzrasta w związku z prognozami demograficznymi wskazującymi na stałą tendencję starzenia się populacji światowej. Dotychczasowe badania, realizowane zarówno w nurcie ilościowym, jak i jakościowym, dostarczyły wielu dowodów empirycznych na istnienie wielorakich związków między utratą wzroku i jej bezpośrednimi następstwami a poszczególnymi wymiarami jakości życia. Zgromadzony materiał empiryczny jest dość obszerny, jednak przeprowadzone badania w większości posiadają pewne ograniczenia, wśród których za najistotniejsze można uznać: stosunkowo małą liczebność prób, brak danych z obserwacji długofalowych oraz wyjaśnienia oddziaływań utraty wzroku koncentrujące się jedynie na wybranych

czynnikach, bez uwzględnienia bardziej złożonych patomechanizmów i szerszego kontekstu kulturowo-społecznego. Przedstawione w artykule badania wybrano m.in. ze względu na wielkość prób oraz konkluzje mające kluczowe znaczenie dla opracowania efektywnych strategii poprawy jakości życia seniorów tracących wzrok. Dokonany przegląd ma charakter opisowy, nie stanowi więc wyczerpującego omówienia poruszanej tematyki, jednak sygnalizuje ważne społecznie problemy, które nie zostały jeszcze w pełni rozpoznane i wymagają dalszego opracowania teoretycznego i empirycznego w literaturze tyflopedagogicznej.

Reasumując, badania wskazują na poważne zaniedbania potrzeb starszych osób w zakresie opieki okulistycznej i rehabilitacyjnej, występujące także w krajach wysoko rozwiniętych. Udokumentowana została również konieczność wdrażania wielodyscyplinarnych działań interwencyjnych o zróżnicowanym zakresie i charakterze, odpowiednio dostosowanych do aktualnej sytuacji danej osoby i jej rodziny. Wskazane jest podjęcie dalszych badań naukowych ukierunkowanych na wprowadzenie elastycznych strategii pomocowych oraz ocenę efektywności programów zapobiegających pogorszeniu jakości życia seniorów, którzy doświadczają częściowej lub całkowitej utraty wzroku.

## Bibliografia

- Alma M.A., Van der Mei S.F., Melis-Dankers B.J., Van Tilburg T.G., Groothoff J.W., Suurmeijer T.P. (2011), *Participation of the elderly after vision loss*, *Disability & Rehabilitation*, 33, 63–72.
- Bień B. (2002), *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] *Polska starość*, B. Synak (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Błachnio A., Kuryś-Szyncel K., Martynowicz E., Molesztak A. (2017), *Psychologia starzenia się i strategie dobrego życia*, Difin, Warszawa.
- Błądowski P. (2012), *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035* [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
- Brennan M., Cardinali G. (2000), *The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss*, *The Gerontologist*, 40, 327–334.
- Bron A. (2011), *O starzeniu i uczeniu się. Praca i miłość w jesieni życia* [w:] *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*, M. Malec (red.), Oficyna Wydawnicza Atut-Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław.
- Brown R.L., Barrett A.E. (2011), *Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship*, *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 (3), 364–373, doi:10.1093/geronb/gbr015.
- Burmedi D., Becker S., Heyl V., Wahl H-W., Himmelsbach I. (2002), *Emotional and social consequences of age-related low vision*, *Visual Impairment Research*, 4 (1), 47–71.

- Coyle C.E., Steinman B.A., Chen J. (2016), *Visual Acuity and Self-Reported Vision Status: Their Associations With Social Isolation in Older Adults*, *Journal of Aging and Health*, 29 (1), 1–21.
- Crews J.E., Campbell V.A. (2001), *Health conditions, activity limitations, and participation restrictions among older people with visual impairments*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95, 453–467.
- Crews J.E., Chou Ch-F., Zhang X., Zack M.M., Saaddine J.B. (2014), *Health-Related Quality of Life Among People Aged 65 Years with Self-reported Visual Impairment: Findings from the 2006–2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System*, *Ophthalmic Epidemiology*, 21 (5), 287–296.
- Evans B.J.W., Rowlands J. (2004), *Correctable visual impairment in older people: a major unmet need*, *Ophthalmic & Physiological Optics*, 24, 161–180.
- Haymes S.A., Johnston A.W., Heyes, A.D. (2002), *Relationship between Vision Impairment and Ability to Perform Activities of Daily Living*, *Ophthalmic & Physiological Optics*, 22, 79–91.
- Halicki J. (2010), *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
- Heine C., Browning C.J. (2002), *Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions*, *Disability & Rehabilitation*, 24, 763–773.
- Hill D.R. (2009), *Pozytywne starzenie się*, Wydawnictwo Laurum, Warszawa.
- Jacobs J.M., Hammerman-Rozenberg R., Maaravi Y., Cohen A., Stessman J. (2005), *The Impact of Visual Impairment on Health, Function and Mortality*, *Aging Clinical and Experimental Research*, 17, 281–286.
- Jang Y., Mortimer J., Haley W., Small B., Chisolm T., Graves A. (2003), *The role of vision and hearing in physical, social, and emotional functioning among older adults*, *Research on Aging*, 25, 172–191.
- La Grow S., Sudnongbua S., Boddy J. (2011), *The Impact of Visual Disability on the Quality of Life of Older Persons in Rural Northeast Thailand*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105, 361–369.
- La Grow S.J., Towers A., Yeung P., Alpass F., Stephens Ch. (2015), *The Relationship between Loneliness and Perceived Quality of Life among Older Persons with Visual Impairments*, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 109, 487–499.
- Li Y., Crews J.E., Elam-Evans L.D., Fan A.Z., Zhang X., Elliott A.F., Balluz L. (2011), *Visual impairment and health-related quality of life among elderly adults with age-related eye diseases*, *Quality of Life Research*, 20, 845–852.
- Liljas A.E.M., Wannamethee S.G., Whincup P.H., Papacosta O., Walters K., Iliffe S., Lennon L.T., Carvalho L.A., Ramsay S.E. (2015), *Socio-demographic characteristics, lifestyle factors and burden of morbidity associated with self-reported hearing and vision impairments in older British community-dwelling men: a cross-sectional study*, *Journal of Public Health*, 38, 2, 21–28.
- Mathew R.S., Delbaere K., Lord S.R., Beaumont P., Vaegan, Madigan M.C. (2011), *Depressive Symptoms and Quality of Life in People with Age-Related Macular Degeneration*, *Ophthalmic and Physiological Optics*, 31, 375–380.
- Nowak B. (2011), *Jakość życia w kontekście niepełnosprawności*, [w:] *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych interpretacji*, A. Gaweł, B. Bieszczad (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

- Nyman S.R., Dibb B., Victor Ch.R., Gosney M.A. (2012), *Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies*, *Disability & Rehabilitation*, 34 (12), 971–981.
- Oleś P. (2002), *Jakość życia w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia*, P. Oleś, S. Steuden, J. Toczolowski (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Olszewski H. (2016), *Psychologiczny przegląd („remanent”) zbioru zjawisk starości*, [w:] *Starość. Jak ją widzi psychologia*, M. Kiejar-Turska (red.), Akademia Ignatianum w Krakowie, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Polack S., Eusebio C., Fletcher A., Foster A., Kuper H. (2010), *Visual Impairment from Cataract and Health Related Quality of Life: Results from a Case-Control Study in the Philippines*, *Ophthalmic Epidemiology*, 17 (3), 152–159.
- Rovner B. W., Casten, R.J. (2002), *Activity loss and depression in age-related macular degeneration*, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 305–310.
- Rubin G.S., Bandeen-Roche K., Huang G-H., Munoz B., Schein O.D., Fried L.P., West S.K. (2001), *The Association of Multiple Visual Impairments with Self-Reported Visual Disability: SEE Project*, *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 42, 1, 64–72.
- Seland J.H., Vingerling J.R., Augood C.A., Bentham G., Chakravarthy U., deJong P.T.V.M., Rahu M., Soubrane G., Tomazzoli L., Topouzis F., Fletcher A.E. (2011), *Visual Impairment and quality of life in the Older European Population, the EUREYE study*, *Acta Ophthalmologica*, 89, 608–613.
- Steuden S. (2011), *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
- Straś-Romanowska M. (2016), *Starość: kres rozwoju czy kontynuacja? Czas utrapień czy dar losu?*, [w:] *Starość. Jak ją widzi psychologia*, M. Kiejar-Turska (red.), Akademia Ignatianum w Krakowie, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Trafiałek E. (2016), *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku. Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Wang C.W., Chan C.L., Ho A.H., Xiong Z. (2008), *Social Networks and Health-Related Quality of Life among Chinese Older Adults with Vision Impairment*, *Journal of Aging and Health*, 20, 804–823.
- Wang C.-W., Chan C.L.W., Chi I. (2014), *Overview of Quality of Life Research in Older People with Visual Impairment*, *Advances in Aging Research*, 3, 79–94.
- Wang S.W., Boerner K. (2008), *Staying connected: Re-establishing social relationships following vision loss*, *Clinical Rehabilitation*, 22, 816–824.
- Wojciechowska K., Steuden S. (2015), *Mądrość życiowa a jakość życia w późnej dorosłości [w:] Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*, t. 1. Wydawnictwo KUL, Lublin.