

Stan funkcjonalny a obciążenie lekami o aktywności antycholinergicznnej wśród osób starszych

Functional status and anticholinergic burden among the elderly

Marta Gorczyca¹, Martyna Grabowska-Szczurek¹, Małgorzata Grabarczyk¹,
Krzysztof Wilczyński²

¹ Studenckie Koło Naukowe, Oddział Geriatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny, w Katowicach

Streszczenie

Ograniczenia w zakresie stanu funkcjonalnego pośród pacjentów geriatrycznych wiążą się ze zwiększonym uzależnieniem od opiekunów, co znacząco obciąża funkcjonowanie społeczne jak i pogarsza jakość życia. Problem obciążenia antycholinergicznego i związane z nim ryzyko dla pacjenta jest niedocenionym, niekorzystnym aspektem stosowania wielolekowej farmakoterapii. W pracy omawiamy zależność między stanem funkcjonalnym osób starszych a przyjmowaniem leków o działaniu antycholinergicznym. Szacuje się, że problem obciążenia antycholinergicznego może dotyczyć nawet ponad 40% leczonych pacjentów geriatrycznych. Znajomość omawianego zagadnienia oraz narzędzi służących do oceny obciążenia antycholinergicznego, w postaci różnych, powszechnie dostępnych skal, stanowi cenne narzędzie dla lekarza sprawującego opiekę nad osobami w podeszłym wieku. (*Gerontol Pol* 2022; 30; 130-134) doi: 10.53139/GP.20223013

Słowa kluczowe: podstawowe czynności życia codziennego, instrumentalne czynności życia codziennego, IADL, ADL, leki antycholinergiczne

Abstract

Limitations in functional status among the elderly are associated with increased dependence on caregivers which significantly affects quality of life. The problem of anticholinergic burden among the elderly appears to be underestimated. We examine the relationship between functional status of the elderly and anticholinergic burden. Excessive anticholinergic drug use among the elderly may affect up to 40% of ambulatory geriatric patients. Increased awareness among prescribing health caregivers of the adverse effects of excessive anticholinergic burden is necessary to prevent a number of adverse events among the elderly. (*Gerontol Pol* 2022; 30; 130-134) doi: 10.53139/GP.20223013

Keywords: activities of daily living, instrumental activities of daily living, ADL, IADL, anticholinergic drugs

Wstęp

Leki antycholinergiczne obejmują szeroki zakres substancji leczniczych, które hamują działanie acetylocholiny na obwodowe i ośrodkowe receptory muskarynowe (M1, M2, M3, M4, M5) [1]. Są one powszechnie przyjmowane przez osoby starsze. Aktywność antycholinergiczną posiadają m.in. leki przeciwpyschotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, przeciwpadaczkowe, kardiologiczne np. metoprolol czy digoksyna [2]. Niestety, substancje te wywołują wiele działań niepożądanych,

zwłaszcza u osób starszych, są to m.in. zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcji poznawczych, upadków, zaburzeń funkcjonalnych, majaczenia, zaburzenia widzenia, suchość w ustach [1,3]. Z tego powodu ważne jest, aby u osób starszych zredukować obciążenie cholinolitykami do tak niskiego poziomu, jak to możliwe, szczególnie zalecane jest unikanie leków o wysokiej aktywności [4,5]. W tym celu pomocne mogą okazać się opracowane skale obciążenia antycholinergicznego, które umożliwiają zarówno oszacowanie całkowitego obciążenia, jak i identyfikację leków

Adres do korespondencji / Correspondence address: ✉ Marta Gorczyca; Studenckie Koło Naukowe, Oddział Geriatrii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice ☎ (+48 32) 359 82 39 ✉ marta.gorczyca3@gmail.com

o wysokiej aktywności antycholinergiczej [6]. Zgodnie z wynikami opublikowanych badań przyjmowanie cholinolityków to jeden z modyfikowalnych czynników, które związane są z ograniczeniami w zakresie stanu funkcjonalnego [7-9].

Stan funkcjonalny można rozpatrywać jako miarę stanu zdrowia, uwzględniającego budowę ciała, zdolności funkcjonalne oraz zdolności aktywnego udziału w życiu [10,11]. Definiowany jest również jako miara całościowa czynników związanych ze stanem zdrowia, które umożliwiają funkcjonowanie w danym środowisku. Stan funkcjonalny obejmuje hierarchię czynności, rozpoczynając od najprostszych, takich jak podnoszenie się czy chodzenie do czynności bardziej złożonych związanych z wypełnianiem ról społecznych. Pogorszenie stanu funkcjonalnego związane jest z pojawieniem się chorób, zmian środowiskowych, społecznych oraz podeszłym wiekiem. Stan funkcjonalny osób starszych najczęściej oceniany jest na dwóch poziomach. Pod uwagę brana jest zdolność do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego- *activities of daily living* (ADL) oraz instrumentalnych czynności życia codziennego (IADL – *instrumental activities of daily living*). ADL obejmuje umiejętności niezbędne do funkcjonowania bez pomocy innych osób, które związane są z samoopieką, np. spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel, poruszanie się po powierzchni płaskiej, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie oddawania moczu i stolca [12,13]. W praktyce ADL jest oceniany przy użyciu skal takich jak: Barthel Index, Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, Functional Independence Measure [14].

IADL to czynności, które ułatwiają jednostce samodzielne funkcjonowanie w społeczności, chociaż czynności te nie są niezbędne do przeżycia. Zaliczamy do nich: umiejętność korzystania z telefonu, samodzielne podróżowanie, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie prac domowych, zrobienie prania, przyjmowanie leków, zarządzanie finansami [14-16]. Miary IADL to: Frenchay Activities Index (FAI), Activities of Daily Living (IADL), Profile Instrumental, Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale [14].

Cel

Celem pracy jest omówienie zależności między obciążeniem lekami antycholinergicznymi a stanem funkcjonalnym osób starszych.

Epidemiologia

Według polskiego badania przeprowadzonego w Górnośląskim Centrum Medycznym w Katowicach, obciążenie antycholinergiczne dotyczy 41% hospitalizowanych osób starszych [3]. Podobna częstość obciążenia antycholinergicznego osób starszych obserwowana była w innych krajach i wynosi 43,2% wśród pacjentów ambulatoryjnych w Słowenii [17], 46,3% wśród hospitalizowanych osób starszych w Niemczech [18]. Ograniczenia w funkcjonowaniu codziennym dotyczą częściej osób w podeszłym wieku. Szacuje się, że w państwach Unii Europejskiej, ograniczenia w ADL i IADL zgłasza około 34% kobiet i 24% mężczyzn. Wśród osób w wieku 75 lat i starszych, u 45% obserwuje się ograniczenia w codziennych czynnościach. Zdolności funkcjonalne są także uzależnione od warunków socjoekonomicznych. Takie ograniczenia zostały zgłoszone przez 18% osób w wieku powyżej 65 lat z wyższymi dochodami, natomiast wśród osób z niższymi dochodami ograniczenia występowały u 43% [19]. Przeprowadzone w 2018 roku badanie w Polsce obejmujące populację osób w wieku 60 lat i starszych pokazuje, że 43,17% uczestników doświadczyło przynajmniej jednego problemu w IADL, natomiast co najmniej jedną trudność w ADL zgłosiło 36,85% uczestników [20].

Podstawowe czynności życia codziennego

Jak dotąd przeprowadzono niewiele badań oceniających u osób starszych powiązanie ADL i obciążenia antycholinergicznego. Jednak opublikowane prace wskazują na istnienie związku pomiędzy wielkością obciążenia cholinolitykami a obniżonym stanem funkcjonalnym.

W prospektywnym badaniu przekrojowym włączającym 1380 hospitalizowanych pacjentów geriatrycznych w wieku 65+ wykazano istotne powiązanie pomiędzy obciążeniem antycholinergicznym a niższymi wynikami skali Barthel. Średni wynik pacjentów leczonych lekami antycholinergicznymi (82,4; 95%CI 80,8-84,0) był o 5 punktów niższy w porównaniu do pacjentów nieprzyjmujących leków antycholinergicznymi (87,8; 95%CI 85,9-89,7; $p < 0,0001$). Pacjenci, którzy uzyskali w skali Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) wysoki wynik ≥ 4 , charakteryzowali się niższym poziomem funkcjonowania-średni Barthel 80,7; 95%CI 72,5-89,0; $p < 0,0001$. W tym badaniu oceniono także zależność pomiędzy poziomem funkcjonowania w życiu codziennego a obciążeniem antycholinergicznym według skali Anticholinergic Risk Scale (ARS). W tym wypadku również stwierdzono występowanie niższych wyników

skali Barthel u osób obciążonych lekami antycholinergicznymi. Średni wynik Barthel wynosił 76,9 (95%CI 71,8–82,1) u osób przyjmujących leki antycholinergiczne i 85,2 (95%CI 83,5–86,9), u osób nieprzyjmujących wspomnianych substancji ($p = 0,003$). Zaobserwowano, że pacjenci, którzy uzyskali 3 lub więcej punktów w ARS osiągnęli średni rezultat w Barthel 68,7 (95%CI 56,4–81,0; $p < 0,0001$). Porównanie obu skal pokazuje, że w jednym i drugim przypadku osoby obciążone lekami antycholinergicznymi miały niższe rezultaty w ocenie stanu funkcjonalnego. Jednakże, osoby zidentyfikowane jako obciążone lekowo w skali ARS charakteryzowały się większym upośledzeniem funkcjonalnym, w porównaniu do pacjentów obciążonych zgodnie ze skalą ACB [7].

W 2017 roku Boccardi et al. udowodnili, że starsi pacjenci przyjmujący cholinolityki zawarte w skali ACB mieli większe prawdopodobieństwo niesprawności w ADL (OR = 1,42, 95%CI 1,10–1,83; $p = 0,006$), w porównaniu do pacjentów nieprzyjmujących tych leków. Zależność ta była również istotna po uwzględnieniu płci, liczby leków, skali skumulowanego obciążenia chorobowego (CIRS), obecność klinicznie istotnych objawów neuropsychiatrycznych, wyniku Mini Mental State Examination (MMSE). Częstość niesprawności w każdym punkcie ADL była wyższa wśród osób przyjmujących leki antycholinergiczne, niezależnie od statusu poznawczego [11].

Związek ciężkiej niesprawności według skali Barthel oraz obciążenia antycholinergicznego według ACB został również wykazany w polskim badaniu. Zaobserwowano zwiększoną częstość występowania ciężkiej niesprawności u osób z całkowitym obciążeniem ACB ≥ 2 . Brak takiej zależności w przypadku ACB = 1 [3].

W badaniu obejmującym 1123 starszych pacjentów oddziału pomocy doraźnej porównano skalę ACB i ARS. Znalaziono zależność pomiędzy ryzykiem rozwoju niesprawności a obciążeniem ≥ 1 . Niesprawność występowała istotnie częściej u pacjentów obciążonych lekami antycholinergicznymi, była ona silniejsza w przypadku skali ARS, jednakże po uwzględnieniu wykształcenia, wieku, płci, ACB charakteryzowało się silniejszą zależnością [9].

Estelle Lowry et al. udowodnili, że wzrost obciążenia według ARS o 1 wiązał się z 29% redukcją szans na znalezienie się w wyższym kwartylu Barthel u pacjentów oddziałów geriatrycznych. Biorąc pod uwagę czynności skali Barthel, największe ograniczenie związane z obciążeniem ARS zaobserwowano w: kąpieli ($p < 0,001$), pielęgnacji ($p < 0,001$), ubieraniu się ($p < 0,001$), przemieszczaniu się ($p = 0,005$), mobilności ($p < 0,001$) i w chodzeniu po schodach ($p < 0,001$) [21].

Fińskie badanie opublikowane w 2010 roku dotyczące 700 osób starszych mieszkających w społeczności pokazuje, że wyższe obciążenie antycholinergiczne wyrażone za pomocą Drug Burden Index (DBI) jest związane z uzyskiwaniem istotnie niższych wyników w skali Barthel ($p < 0,0001$). Osoby z wysokim wynikiem DBI ≥ 1 miały także istotnie niższe wyniki Barthel w porównaniu do pacjentów nieobciążonych cholinolitykami oraz uczestników z niższym obciążeniem [22].

Instrumentalne czynności życia codziennego

Przyjmowanie leków antycholinergicznymi jest również związane z obniżoną zdolnością do wykonywania instrumentalnych czynności życia codziennego.

Badanie włączające 2359 pacjentów ambulatoryjnych z zaburzeniami funkcji poznawczych w wieku ≥ 65 lat wykazało, że mężczyźni stosujący leki antycholinergiczne zawarte w skali Anticholinergic Risk Scale (ARS) częściej doświadczali niesprawności w IADL. Co więcej, w każdej czynności IADL mężczyźni przyjmujący leki antycholinergiczne wypadli słabiej w porównaniu do osób nieobciążonych. Szczególnie pacjenci z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi przyjmujący cholinolityki mieli istotnie większe prawdopodobieństwo obecności problemów w robieniu zakupów (OR = 3,41; 95%CI 1,33–8,73; $p = 0,011$) i przyjmowaniu leków (OR = 2,31; 95%CI 0,99–5,45 $p = 0,05$). Podobnie, wśród kobiet, osoby zażywające cholinolityki również wykazywały większą niesprawność w IADL. Kobiety z łagodną postacią choroby Alzheimera przyjmujące leki antycholinergiczne osiągały wyższe prawdopodobieństwo obniżonych zdolności przygotowywania posiłków (OR = 1,66, 95%CI 1,13–2,49 $p = 0,013$), kąpieli (OR = 1,57; 95%CI 1,03–2,38; $p = 0,033$) oraz zarządzania finansami (OR = 1,61; 95%CI 1,10–2,37; $p = 0,015$) [11].

W jednym z badań przekrojowych przeanalizowano dane, zebrane w ramach Australian Longitudinal Study of Ageing, kohorty populacyjnej obejmującej 2087 uczestników, mieszkających w Australii. Średnia wieku uczestników wynosiła 78 ± 7 lat, 94% stanowili uczestnicy społeczności, natomiast 6% to osoby mieszkające w domu pomocy społecznej. Z przedstawionych danych wynika, że 18,3% uczestników stosowało leki o właściwościach antycholinergicznymi. Stosowanie tych substancji było istotnie związane z gorszą siłą chwytu, wolniejszą prędkością chodzenia, pogorszeniem wyniku IADL i gorszym apetytem [23].

Gnjidic et al. w swoim badaniu także udowadniają, że obciążenie antycholinergiczne wyrażone w tym przypadku za pomocą Drug Burden Index jest istotnie zwią-

zane z niższymi wynikami IADL wśród osób starszych mieszkających w społeczności ($p < 0,0001$) [22].

Wnioski

Leki o aktywności antycholinergiczej nadal są często przyjmowane przez osoby starsze. Ważne jest, aby obciążenie tymi substancjami utrzymywać na tak niskim poziomie, jak tylko możliwe. W tym celu pomocne okazują się skale, dzięki którym można w przybliżeniu

oszacować obciążenie antycholinergiczne. Wiele badań wskazuje na istnienie związku pomiędzy obciążeniem antycholinergicznym a redukcją zdolności do wykonywania podstawowych oraz instrumentalnych czynności życia codziennego. Jak na razie brakuje badań oceniających stan funkcjonalny osób starszych po redukcji obciążenia cholinolitykami.

Konflikt interesów/conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

- Gerretsen P, Pollock BG. Drugs with anticholinergic properties: a current perspective on use and safety. *Expert Opin Drug Saf.* 2011;10(5):751-65.
- Aging Brain Care. Anticholinergic Cognitive Burden Scale [Internet]. 2012. Available online: www.agingbraincare.org/tools/abcanticholinergic-cognitive-burden-scale (accessed on 26 August 2019).
- Wileczyński K, Gorczyca M, Gołębiowska J, et al. Anticholinergic Burden of Geriatric Ward Inpatients. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(10):1115.
- 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J. Am. Geriatr Soc.* 2019;67:674-94.
- Boustani M, Campbell N, Munger S, et al. Impact of anticholinergics on the aging brain: A review and practical application. *Aging Health* 2008;4:311-20.
- Lozano-Ortega G, Johnston KM, Cheung A, et al. A review of published anticholinergic scales and measures and their applicability in database analyses. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020;87:103885.
- Pasina L, Djade CD, Lucca U, et al. Association of anticholinergic burden with cognitive and functional status in a cohort of hospitalized elderly: comparison of the anticholinergic cognitive burden scale and anticholinergic risk scale: results from the REPOSI study. *Drugs Aging.* 2013;30(2):103-12.
- Boccardi V, Baroni M, Paolacci L, et al. Anticholinergic Burden and Functional Status in Older People with Cognitive Impairment: Results from the Regal Project. *J Nutr Health Aging.* 2017;21(4):389-96.
- Brombo G, Bianchi L, Maietti E, et al. Association of Anticholinergic Drug Burden with Cognitive and Functional Decline Over Time in Older Inpatients: Results from the CRIME Project. *Drugs Aging.* 2018;35(10):917-24.
- Wang TJ. Concept analysis of functional status. *Int J Nurs Stud.* 2004;41(4):457-62.
- Boccardi V, Baroni M, Paolacci L. et al. Anticholinergic burden and functional status in older people with cognitive impairment: Results from the ReGAL project. *J Nutr Health Aging.* 2017;21: 389-96.
- David B. Reuben. Geriatric Assessment. Goldman-Cecil Medicine, Twenty Sixth Edition. 21, 98-101.e2. Available online <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323532662000217> (accessed on 19 March 2022).
- Grodzicki T, Kocemba J, Skalska, A. Geriatria z Elementami Gerontologii Ogólnej. Podręcznik dla Lekarzy i Studentów, Wydanie 1. Gdańsk: ViaMedica; 2006. ss. 74.
- Pashmdarfard M, Azad A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran.* 2020;34:33.
- Finlayson M, Mallinson T, Barbosa VM. Activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) items were stable over time in a longitudinal study on aging. *J Clin Epidemiol.* 2005;58(4):338-49.
- Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc.* 1983;31(12):721-7.
- Cebon Lipovec N, Jazbar J, Kos M. Anticholinergic Burden in Children, Adults and Older Adults in Slovenia: A Nationwide Database Study. *Sci Rep.* 2020;10:9337.

18. Pfistermeister B, Tümena T, Gaßmann KG, et al. Anticholinergic burden and cognitive function in a large German cohort of hospitalized geriatric patients. *PLoS ONE*. 2017;10:e0171353.
19. OECD/European Union. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. 2020.
20. Ćwirlej-Sozańska AB, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, et al. An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2018;25(3):504-11.
21. Lowry E, Woodman RJ, Soiza RL, et al. Associations between the anticholinergic risk scale score and physical function: potential implications for adverse outcomes in older hospitalized patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;12(8):565-72.
22. Gnjdic D, Bell JS, Hilmer SN, et al. Drug Burden Index associated with function in community-dwelling older people in Finland: a cross-sectional study. *Ann Med*. 2012;44(5):458-67.
23. Lim R, Kalisch Ellett LM, Widagdo IS, et al. Analysis of anticholinergic and sedative medicine effects on physical function, cognitive function, appetite and frailty: a cross-sectional study in Australia *BMJ Open*. 2019;9:e029221.

Specyfika zaburzeń odżywiania w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych u osób starszych

Eating disorders in older adults with neurodegenerative pathologies

Beata Kaczmarek, Marta Lewandowicz

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zmian w sposobie żywienia się oraz zaburzeń odżywiania u osób starszych w przebiegu zaburzeń neuropoznawczych. Omówiono poszczególne typy zaburzeń wynikających z neurodegeneracji pod kątem właściwych dla nich objawów oraz ich związku ze zwyczajami żywieniowymi i sposobem odżywiania się oraz ryzyka niedożywienia pacjentów w przebiegu neurodegeneracji OUN. Zabezpieczenie podstawowych potrzeb związanych z odżywianiem u osób w omawianych grupach wymaga wieloaspektowej diagnostyki i zróżnicowanych interwencji, wśród których wymienia się zarówno zmiany jakościowe i ilościowe spożywanych produktów oraz, jak w przypadku zaburzeń połykania, zmiany w konsystencji i strukturze spożywanej diety. Niniejszy tekst stanowi kontynuację artykułu „Specyfika zmian zachowań żywieniowych u osób starszych z zaburzeniami neuropoznawczymi oraz narzędzia do ich weryfikacji” *Gerontol. Pol.* 2021;29;189-193. (*Gerontol Pol* 2022; 30; 135-140) doi: 10.53139/GP.20223011

Słowa kluczowe: funkcje poznawcze, zaburzenia odżywiania, neuroprotekcja, wiek podeszły, zaburzenia neuropoznawcze

Abstract

The study aims to discuss changes in eating behavior and eating disorders in older adults as related to the course of neurocognitive disorders. We cover a range of typical disorders with regard to their symptoms and connections to eating and nutrition habits as well as the risk of malnutrition in patients living with neurodegenerative CNS pathologies. To secure basic nutritional needs in groups of people with neurodegenerative disease requires multifaceted diagnostics and varied intervention programmes, which include both qualitative and quantitative changes to food products, as well as, in case of swallowing disorders, changes to texture and composition of the diet. This article follows on issues discussed in 'The specificity of changes in eating behavior in elderly people with neurocognitive disorders and tools for their verification' published in *Gerontologia Polska* 2021, Vol. 29, p. 189-193. (*Gerontol Pol* 2022; 30; 135-140) doi: 10.53139/GP.20223011

Keywords: cognitive functions, eating disorders, neuroprotection, older adults, neurocognitive disorders

Zaburzenia odżywiania w chorobie Alzheimera

Wśród wszystkich typów chorób neurozwyrodnieniowych, największe rozpowszechnienie dotyczy choroby Alzheimera i obejmuje od 60-80% wszystkich przypadków otępień [1,2]. Patomechanizm jest związany z występowaniem w mózgu blaszek starczych i splotów neurofibrylarnych, które prowadzą do utraty neuronów w korze mózgowej i hipokampie [3]. Charakterystycznym objawem klinicznym we wczesnym etapie choroby jest izolowane upośledzenie pamięci epizodycznej, następnie stopniowe pogorszenie innych funkcji poznawczych oraz narastające trudności w realizacji co-

dziennych czynności życia codziennego i zaburzenia zachowania [4]. Z progresem choroby stopniowo ulegają zmianie również zachowania żywieniowe. Wynika to z pogorszenia pamięci, orientacji oraz z czasem myślenia, planowania (trudności w zapamiętaniu koniecznych zakupów, lokalizacji produktów w sklepach, etapów i sposobów przygotowywania posiłków), co wpływa na zubożenie diety, niewłaściwą jej kompozycję, zwiększenie spożycia produktów przetworzonych [5]. Deficyty pamięci oraz zaburzenia apetytu mogą prowadzić do zmniejszonego lub zwiększonego przyjmowania posiłków (zapominanie o posiłkach; zapominanie, że posiłek już został spożyty i ponowne jedzenie) [6].

Adres do korespondencji / Correspondence address: ✉ Marta Lewandowicz; Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu ; os. Rusa 55, 61-245 Poznań ☎ (+48 61) 873 83 03 📧 mlewandowicz@ump.edu.pl

Dodatkowym czynnikiem wpływającym na zachowania żywieniowe w tej grupie chorych jest wynikające z uszkodzenia kory węchowej pogorszenie powonienia [7]. Wycofanie z życia społecznego, będące często manifestacją zagubienia, niepokoju, konfrontacji z narastającymi trudnościami, a także samotność i w ostatnich latach izolacja wymuszona pandemią również zwiększają ryzyko zmian żywieniowych, w tym niedożywienia [8]. Zaburzenia rytmu dobowego mogą przyczyniać się do zmian we wzorcach żywieniowych u osób z chorobą Alzheimera – zmiany pór przyjmowania posiłków, regularności [9]. Z postępem neurodegeneracji nasilają się również problemy z przełykaniem, zaburzenia praktyki oralnej, spowolnienie ruchowe wpływające na wydłużenie czasu posiłków, trudności w utrzymaniu postawy przy stole, a także nasilają się zmiany apetytu, często z jego utratą i obniżeniem zdolności do różnicowania smaków oraz z tendencją do wybierania pokarmów słodkich. U niektórych pacjentów obserwowany jest objaw pica, czyli spożywania artykułów nieżywnościowych lub koprofagia [10,11]. Zwykle od umiarkowanego stadium choroby pacjent pozostaje już pod opieką osób trzecich, których jednym z zadań jest zapewnienie regularności posiłków i właściwej diety podopiecznemu [12]. W świetle wyników badań zmiany neuropatologiczne zaobserwowane w mózgach chorych korelują z utratą masy ciała. Wskazuje się tutaj na dysfunkcje układu limbicznego, atrofię przyśrodkowej kory skroniowej zmniejszony metabolizm glukozy w przednim zakręcie obręczy [13,14], a także zaburzenia neuroendokrynologiczne i metaboliczne [15]. Za utratę masy ciała u pacjentów z chorobą Alzheimera mogą być również odpowiedzialne zmiany w neuroprzekaznictwie mózgowym w przebiegu depresji i są one uzależnione od jej nasilenia [16-18].

Zaburzenia odżywiania w otępieniu czołowo-skroniowym

Otępienie czołowo-skroniowe to zróżnicowany zespół kliniczny, u którego podłoża leży postępujący proces zwyrodnieniowy płatów czołowych i skroniowych mózgu. Rozpowszechnienie szacuje się na poziomie od 2 do 31%. Jest to jedna z najczęstszych postaci otępienia o wczesnym początku i o szybkim przebiegu [19]. Z uwagi na odmienności obrazów klinicznych tego zespołu wyróżnia się wariant behawioralny, warianty w zaburzeniach funkcji językowych oraz trzecią grupę, z zaburzeniami motorycznymi. W pierwszym dominują zaburzenia zachowania, w tym istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zanik empatii, zubożenie osądu, impulsywność oraz

zmiany osobowości. Warianty językowe obejmują afazję pierwotną postępującą z zaburzeniem płynności i agramatyzmami, otępienie semantyczne oraz wariant logopeniczny. Wśród wariantów motorycznych wymienia się otępienie czołowo-skroniowe z chorobą neuronu ruchowego, zespół korowo-podstawny oraz postępujące porażenie nadjądrowe. Manifestacje określonych zaburzeń wynikają z lokalizacji obszarów objętych neurodegeneracją – głównie płatów czołowych w wariantcie behawioralnym, skroniowych w wariantach językowych oraz atrofii w obszarach czołowych, ciemieniowych oraz jądrach podstawnych w wariantach motorycznych [20]. Zmiany w odżywianiu w tej grupie pacjentów są zatem uzależnione od dominujących deficytów oraz ich głębokości i mogą mieć różnorodny charakter, począwszy od zaburzeń funkcji wykonawczych i utraty procedur niezbędnych do realizacji czynności związanych z przygotowaniem posiłków oraz jedzeniem, poprzez trudności uwarunkowane językowo – np. utratę zdolności do komunikowania potrzeb żywieniowych, wiedzy semantycznej dotyczącej odżywiania po fizyczne, związane z utratą zdolności realizacji zamierzonych ruchów celowych. Zaburzenia w różnych obszarach aktywności związanych z jedzeniem oraz obniżenie kontroli masy ciała stanowią podstawowe cechy kliniczne otępienia czołowo-skroniowego [21,22]. Wśród najczęstszych nieprawidłowości w zakresie odżywiania u pacjentów z wariantem behawioralnym występujących u blisko 60% chorych wymienia się hiperoralność, zmiany preferencji żywieniowych (wzrost spożycia produktów słodkich, węglowodanów), przejadanie się, jedzenie impulsywne, obsesja na punkcie określonych pokarmów [10,23,24]. Jak wynika z badań, w tej grupie pacjentów stwierdzono wyższe BMI i większy obwód talii niż w grupie kontrolnej bez wzrostu głodu i spadku wskaźnika sytości [25], a także zaburzenia rozpoznawania smaku [26], czy awersję do określonego smaku – kwaśnego [27]. Charakterystyczne są również zaburzenia zachowań związanych z jedzeniem, jedzenie rękoma lub z cudzych talerzy oraz spożywanie produktów niejadalnych [10,28]. Stwierdzono również, że niektóre z tych zaburzeń korelują z atrofią w obszarach mózgu, takich jak wyspa, prążkowie i kora oczodołowo-czołowa, które są zaangażowane w system nagrody i interpretacji smaku [29]. W otępieniu semantycznym dominują zmiany w preferencjach dotyczących smaku, obserwuje się zwiększoną selektywność żywności, a także objawy wymienione wyżej, jednakże w mniejszym nasileniu. Taka charakterystyka zmian wynika z deficytu semantycznego, czyli utraty rozumienia treści językowych, w tym związanych z odżywianiem, która przekłada się na trudności w komunikacji dotyczącej odżywiania [25],

[30,31]. Jak wykazano, w grupie pacjentów z otępieniem semantycznym zaburzenia językowe oraz pamięci werbalnej, jak i zmiany w zakresie odżywiania korelują z atrofią przedniej części płata skroniowego po stronie lewej i dróg istoty białej łączących płat skroniowy z regionami czołowymi, takimi jak pęczek lukowaty, obręcz i pęczek podłużny dolny. Występowanie deficytów semantycznych, może stanowić predyktor zmian nawyków związanych z odżywianiem się [31,32].

Zaburzenia odżywiania w otępieniu z ciałami Lewy'ego i w chorobie Parkinsona

Choroba Parkinsona charakteryzująca się spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami postawy, sztywnością mięśni, drżeniem spoczynkowym jest najczęstszą postacią parkinsonizmu, który jest pojęciem szerszym o zróżnicowanej etiopatologii. Odmienną grupą schorzeń są tzw. parkinsonizmy atypowe, w których obrazie obecne są cechy kliniczne choroby Parkinsona wraz z innymi objawami, na przykład mózdkowymi, gałkoruchowymi czy piramidowymi [33]. Zarówno w przebiegu choroby Parkinsona, jak i w parkinsonizmach atypowych obserwuje się postępujące zaburzenia poznawcze. Jak wynika z badań otępienie rozpoznaje się u 24 do 31% pacjentów z chorobą Parkinsona, a od 3 do 4% wszystkich przypadków otępienia w populacji wynika z tego patomechanizmu [34]. Z kolei otępienie z ciałami Lewy'ego obejmuje 5 do 7,5% wszystkich przypadków zaburzeń neuropoznawczych w populacji osób starszych [35]. Jest ono zaliczane do grupy parkinsonizmów atypowych [33]. W obu wymienionych zespołach podstawowe zaburzenia odżywiania związane są z występowaniem dysfagii, dysfunkcji powodującej trudności w przełykaniu, kaszel lub dławienie, wydłużone przełykanie, nadmiar wydzieliny i odkształcanie w trakcie spożywania pokarmów. Jak wynika z badań, chorzy z otępieniem z ciałami Lewy'ego doświadczają znacznie poważniejszych trudności w połykaniu pokarmów niż pacjenci z chorobą Alzheimera. Jednocześnie zwraca się uwagę na heterogeniczność przyczyn problemów z odżywianiem w tych grupach oraz na fakt, że ani nasilenie zaburzeń neuropoznawczych ani parkinsonizmu nie tłumaczą pełni ich złożoności [36]. Interesujące badania przeprowadzono w grupach pacjentów z otępieniem z ciałami Lewy'ego oraz w przebiegu choroby Parkinsona przy użyciu wideofluoroskopii. W obu grupach u większości pacjentów potwierdzono dysfagię, w większości przypadków związaną z dysfunkcją gardła [37]. Z kolei dysfagię neurogenną o nagłym początku w populacji osób starszych najczęściej stwierdza się u chorych z udarem mózgu,

co zwiększa prawdopodobieństwo zaburzeń odżywiania u pacjentów z otępieniem naczyniopochodnym [38].

Postępowanie terapeutyczne

Zabezpieczenie podstawowych potrzeb związanych z odżywianiem u osób z zaburzeniami neuropoznawczymi wymaga wieloaspektowej diagnostyki i zróżnicowanych interwencji, w tym wyeliminowania lub złagodzenia objawów neuropsychiatrycznych i poznawczych oraz wprowadzenia właściwej diety i korekty nawyków żywieniowych [39]. W tym celu stosuje się leczenie farmakologiczne wspomagane innymi oddziaływaniami terapeutycznymi. Jak wykazano, w przypadku łagodnych zaburzeń neuropsychiatrycznych różnorodne terapie wspomagające mogą w istotny sposób przyczynić się do złagodzenia objawów, jednakże u pacjentów z umiarkowanym i późnym stadium otępienia i nasilonymi objawami neuropsychiatrycznymi korzyści przynosi głównie muzykoterapia, oraz masaż w złagodzeniu objawów depresji [40]. Stworzenie optymalnego programu opieki dla pacjentów starszych z zaburzeniami neuropoznawczymi wymaga również organizacji szkoleń dla opiekunów. Mają one na celu: pomoc w zrozumieniu zaburzeń behawioralnych u chorych jako odpowiedzi na dyskomfort, manifestację niezaspokojonych potrzeb lub próby komunikacji, pomoc w tworzeniu przyjaznych warunków życia o optymalnym poziomie stymulacji oraz naukę reagowania na zachowania pacjentów w sposób, który łagodzi problematyczne zachowania, np. poprzez odwracanie uwagi, dawanie pacjentom jasnych instrukcji i prostych wyborów, stosowanie wzmocnień i pozytywnych motywacji [41]. Przykładowo, jak wykazano w jednym z badań, szkolenie opiekunów pacjentów z behawioralnymi i psychologicznymi symptomami otępienia obejmujące stosowanie protokołu „Kąpiel bez bitwy” (dostępnego w Internecie) ograniczyło pobudzenie, czas kąpieli i stosowanie leków przeciwpsychotycznych [42]. Wśród innych oddziaływań nefarmakologicznych wymienia się aromaterapię, terapię jasnym światłem w celu zmniejszenia zaburzeń rytmu dobowego, masaż, stymulację wielozmysłową, terapię manualną, różne formy arteterapii czy terapię reminiscencyjną, w której pacjenci są zaangażowani w odtwarzanie wspomnień za pomocą rozmowy, zdjęć lub muzyki [43]. Niektóre interwencje obejmujące angażowanie pacjentów do prostych zadań do życia codziennego, pomagają w podtrzymaniu poczucia bycia potrzebnym członkiem społeczności, czy rodziny, co jest elementem dobrej jakości życia. Jednocześnie tworzenie efektywnych programów wspomagających samodzielność w różnych obszarach funkcjonowania może prowadzić do redukcji kosztów

związanych z opieką [44]. Kolejnym wyzwaniem jest budowanie i wdrażanie interwencji wspomagających realizację zdrowych nawyków żywieniowych z uwzględnieniem powyższych uwarunkowań.

Zaprojektowanie optymalnych programów wsparcia dla starszych pacjentów z zaburzeniami neuropoznawczymi jest wyzwaniem cywilizacyjnym na najbliższe lata. Jednym z elementów wspomagających dobrostan chorych jest właściwe odżywianie. Adekwatna ocena funkcjonowania pacjenta z rozpoznaniem otępienia wy-

maga nie tylko właściwego różnicowania patomechanizmu zaburzeń poznawczych i ich nasilenia, ale również oceny objawów towarzyszących, neuropsychiatrycznych oraz zmian żywieniowych. Holistyczna ocena przesiewowa w tych obszarach może stanowić dobry wstęp do wypracowania najskuteczniejszych form interwencji.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/non

Piśmiennictwo/References

1. Crous-Bou M, Minguillón C, Gramunt N, et al. Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alz Res Therapy*. 2017;9(1):71.
2. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet Neurology*. 2008;7(9):812-26.
3. Bilgel M, An Y, Helphrey J, et al. Effects of amyloid pathology and neurodegeneration on cognitive change in cognitively normal adults. *Brain*. 2018;141(8):2475-85.
4. Barczak, A. (2018). Wczesne rozpoznawanie choroby Alzheimerera. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 14(2), 157-66.
5. Ogama N, Sakurai T, Nakai T, et al. Impact of frontal white matter hyperintensity on instrumental activities of daily living in elderly women with Alzheimer disease and amnesic mild cognitive impairment. *Ginsberg SD, ed. PLoS ONE*. 2017;12(3):e0172484.
6. Inelmen EM, Sergi G, Coin A, et al. An open-ended question: Alzheimer's disease and involuntary weight loss: which comes first? *Aging Clin Exp Res*. 2010;22(3):192-7.
7. Murphy C. Olfactory and other sensory impairments in Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol*. 2019;15(1):11-24.
8. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people: Social isolation and malnutrition. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(2):286-94.
9. Young KWH, Binns MA, Greenwood CE. Meal Delivery Practices Do Not Meet Needs of Alzheimer Patients With Increased Cognitive and Behavioral Difficulties in a Long-term Care Facility. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(10):M656-M661.
10. Ikeda M. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2002;73(4):371-6.
11. Moms JC, Heyman A, Mohs RC, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assesment of Alzheimer's disease. *Neurology*. 1989;39(9):1159.
12. Soto M, Andrieu S, Gares V, et al. Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soins et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(4):651-8.
13. Grundman M, Corey-Bloom J, Jernigan T, et al. Low body weight in Alzheimer's disease is associated with mesial temporal cortex atrophy. *Neurology*. 1996;46(6):1585-91.
14. Hu X, Okamura N, Arai H, et al. Neuroanatomical correlates of low body weight in Alzheimer's disease: a PET study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2002;26(7-8):1285-9.
15. Hiller AJ, Ishii M. Disorders of Body Weight, Sleep and Circadian Rhythm as Manifestations of Hypothalamic Dysfunction in Alzheimer's Disease. *Front Cell Neurosci*. 2018;12:471.
16. White H, Pieper C, Schmader K. The Association of Weight Change in Alzheimer's Disease with Severity of Disease and Mortality: A Longitudinal Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998;46(10):1223-7.

17. Müller S, Preische O, Sohrabi HR, et al. Decreased body mass index in the preclinical stage of autosomal dominant Alzheimer's disease. *Sci Rep.* 2017;7(1):1225.
18. Suma S, Watanabe Y, Hirano H, et al. Factors affecting the appetites of persons with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: Factors related to appetite and dementia. *Geriatr Gerontol Int.* 2018;18(8):1236-43.
19. Onyike CU, Diehl-Schmid J. The epidemiology of frontotemporal dementia. *International Review of Psychiatry.* 2013;25(2):130-7.
20. Olney NT, Spina S, Miller BL. Frontotemporal Dementia. *Neurologic Clinics.* 2017;35(2):339-74.
21. Mioshi E, Kipps CM, Dawson K, et al. Activities of daily living in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Neurology.* 2007;68(24):2077-84.
22. Lima-Silva TB, Bahia VS, Carvalho VA, et al. Direct and Indirect Assessments of Activities of Daily Living in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2015;28(1):19-26.
23. Piguet O, Petersén L, Yin Ka Lam B, et al. Eating and hypothalamus changes in behavioral-variant frontotemporal dementia. *Ann Neurol.* 2011;69(2):312-319.
24. Bozeat S. Which neuropsychiatric and behavioural features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2000;69(2):178-86.
25. Ahmed RM, Irish M, Kam J, et al. Quantifying the Eating Abnormalities in Frontotemporal Dementia. *JAMA Neurol.* 2014;71(12):1540.
26. Omar R, Mahoney CJ, Buckley AH, et al. Flavour identification in frontotemporal lobar degeneration. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013;84(1):88-93.
27. Almasi-Dooghaee M, Vahedi T, Vahedi N, et al. Sour aversion in frontotemporal dementia: a case report and review on physiologic-anatomic mechanisms. *Neurocase.* 2021;27(2):178-80.
28. Aiello M, Silani V, Rumiati RI. You stole my food! Eating alterations in frontotemporal dementia. *Neurocase.* 2016;22(4):400-9.
29. Whitwell JL, Petersen RC, Negash S, et al. Patterns of Atrophy Differ Among Specific Subtypes of Mild Cognitive Impairment. *Arch Neurol.* 2007;64(8):1130.
30. Snowden JS. Distinct behavioural profiles in frontotemporal dementia and semantic dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2001;70(3):323-32.
31. Vignando M, Rumiati RI, Manganotti P, et al. Establishing links between abnormal eating behaviours and semantic deficits in dementia. *J Neuropsychol.* 2020;14(3):431-48.
32. Mummery CJ, Patterson K, Price CJ, et al. A voxel-based morphometry study of semantic dementia: relationship between temporal lobe atrophy and semantic memory. *Ann Neurol.* 2000;47(1):36-45.
33. Sitek, E.J., Wójcik, J., Barczak, A., et al. (2015). Diagnostyka neuropsychologiczna w atypowych zespołach parkinsonowskich. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 11(1), 21-32.
34. Aarsland D, Zaccai J, Brayne C. A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2005;20(10):1255-63.
35. Vann Jones SA, O'Brien JT. The prevalence and incidence of dementia with Lewy bodies: a systematic review of population and clinical studies. *Psychol Med.* 2014;44(4):673-83.
36. Shinagawa S, Adachi H, Toyota Y, et al. Characteristics of eating and swallowing problems in patients who have dementia with Lewy bodies. *IPG.* 2009;21(03):520.
37. Londos E, Hanxsson O, Alm Hirsch I, et al. Dysphagia in Lewy body dementia - a clinical observational study of swallowing function by videofluoroscopic examination. *BMC Neurol.* 2013;13(1):140.
38. Budrewicz S, Słotwiński K, Madetko N, et al. Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego - diagnostyka i leczenie. *Polski Przegląd Neurologiczny.* 2018;14(1):28-34.
39. Cloak N, Al Khalili Y. Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2022. Data wejścia: 23.04.2022.
40. Na R, Yang J hye, Yeom Y, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia. *Psychiatry Investig.* 2019;16(5):325-35.
41. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *AJP.* 2012;169(9):946-953.

42. Gozalo P, Prakash S, Qato DM, et al. Effect of the Bathing Without a Battle Training Intervention on Bathing-Associated Physical and Verbal Outcomes in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Crossover Diffusion Study. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(5):797-804.
43. Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist.* 2018;58(suppl_1):S88-S102.
44. Maresova P, Hruska J, Klimova B, et al. Activities of Daily Living and Associated Costs in the Most Widespread Neurodegenerative Diseases: A Systematic Review. *CIA.* 2020;15:1841-62.

Zwierzęta towarzyszące osobie starszej w czasie wolnym podczas pandemii COVID-19

Pets accompanying an elderly person in their spare time during the COVID-19 pandemic

Piotr Walkowiak

Uniwersytet Szczeciński

Streszczenie

Wstęp. Czas wolny osób starszych został mocno ograniczony ze względu na pandemię COVID-19 w perspektywie aktywności społeczno-kulturowej zawężając tym samym swój obszar często do własnego gospodarstwa. Osłabienie relacji międzyludzkich wpłynęło na obniżenie kondycji psychicznej jak i fizycznej osób starszych co potwierdzają badania oceny potrzeb w zakresie wsparcia dla seniorów w Polsce. W tym trudnym okresie wdrażane są poszczególne działania profilaktyczne, a w ich obrębie z pomocą przychodzą zwierzęta. **Cel.** Celem artykułu jest ukazanie istoty odpoczynku oraz aktywności osób starszych w towarzystwie zwierząt, w tym przypadku gołębi hodowlanych, podkreślając tym samym rolę zwierząt w funkcjonowaniu człowieka oraz ich wpływ na polepszenie obszarów funkcjonowania seniorów na płaszczyźnie somatycznej i psychicznej. **Materiał i metoda.** Artykuł poglądowy oparty jest na podstawie analizy dostępnych badań oraz literatury. **Wyniki.** Zwierzęta mogą przyczynić się do wzrostu relacji społecznych seniorów, a poprzez zagospodarowanie budżetu czasu wolnego pomagają zmniejszyć poczucie osamotnienia i podatności na zaburzenia depresyjne. **Wnioski.** Rozwijanie kompetencji i zgłębianie wiedzy przez osoby starsze na temat hodowanych zwierząt tworzy istotę pracy nad sobą, a ciągła realizacja w swoim hobby może stać się kluczem do samodoskonalenia. (Gerontol Pol 2022; 30; 141-147) doi: 10.53139/GP.20223014

Słowa kluczowe: osoby starsze, odpoczynek, budżet czasu wolnego, aktywność, zooterapia, awiterapia, praca nad sobą

Abstract

Introduction. The leisure time of the elderly people has been severely limited due to the COVID-19 pandemic in terms of socio-cultural activity, thus narrowing down their area often to their own household. The weakening of interpersonal relationships reduced the mental and physical condition of the elderly, which is confirmed by the research on the assessment of the needs for support for seniors in Poland. In this difficult period, individual preventive measures are implemented, and animals come to their aid within them. The aim of the article is to show the essence elderly people's rest and activity in the company of animals, in this case breeding pigeons, thus emphasizing the role of animals in human functioning and their impact on the improvement of the somatic and mental areas of seniors' functioning. **Material and method.** The review article is based on the analysis of available research and literature. **Results.** Pets can contribute to the growth of social relations among seniors, and by managing the free time budget, they help reduce the feeling of loneliness and susceptibility to depressive disorders. **Conclusions.** Developing competences and exploring knowledge by older people about farm animals creates the essence of working on yourself, and continuous involvement in your hobby can become key to self-improvement. (Gerontol Pol 2022; 30; 141-147) doi: 10.53139/GP.20223014

Keywords: elder people, rest, free time budget, activity, zotherapy, awitherapy, work on yourself

Wstęp

Pandemia COVID-19 oraz wszelkie restrykcje z nią związane, doprowadziły do wielu ograniczeń w kwestii normalnego funkcjonowania osób starszych. Pandemia, która ma wymiar globalny znacząco wpłynęła na życie codzienne osób starszych – zarówno pod względem

zdrowia i bezpieczeństwa, a także utrzymywania więzi międzyludzkich. Aktywność prozdrowotna oraz społeczno-kulturowa seniorów – w perspektywie czasu wolnego – została ograniczona. Tym samym ograniczone zostały kontakty międzyludzkie, wydarzenia, a także codzienne relacje, co przyczyniło się do konieczności funkcyjono-

Adres do korespondencji / Correspondence address: ✉ Piotr Walkowiak; Uniwersytet Szczeciński; ul. Ogińskiego 16, 70-453 Szczecin ✉ piotr.walkowiak@stud.usz.edu.pl

wania jedynie w obszarze własnego gospodarstwa lub placówki opiekuńczej.

Teoria aktywności zakłada, że wraz ze zmianą pełnionej roli społecznej poszukuje się innych zadań, które mogłyby zastąpić poprzednie działania i pomogły przystosować się do spadku sił fizycznych oraz przejścia na emeryturę. Wymagana jest realizacja rozwojowych zadań, a przy tym intensyfikowanie potencjału osób starszych w ujęciu społecznym. Jedną z koncepcji w zakresie adaptacji do procesu starzenia jest doświadczenie połączone z ideą: “maksimum satysfakcji przy minimum kosztów psychicznych” [1,24].

Samorealizacja i utrzymywanie towarzyskich stosunków oraz kontaktów z ludźmi istotnie wpływa na skupianie się na pozytywnych stronach życia, a nie na problemach i trudnościach związanych z zaawansowanym wiekiem [2]. Pozytywne aspekty chęci dalszego kształcenia, pracy nad sobą i rozwijania swoich zainteresowań okazują się kluczowe w celu zdystansowania się od problemów dnia codziennego. W okresie najbardziej restrykcyjnych ograniczeń, sfera ta również została naruszona i mocno ograniczona, wyłączając tym samym ludzi z poszczególnych środowisk, w których przebywali. Gdy takie zjawisko ma miejsce, to wówczas człowiek – pomimo fizycznej bliskości najbliższej rodziny – odczuwa w pewnym stopniu osamotnienie, które może mieć istotne negatywne konsekwencje na płaszczyźnie somatycznej i psychicznej. Należy zauważyć, że jest to stan pozostający poza sferą decyzyjną człowieka, a przy tym jest sprzeczny z jego potrzebami oraz pragnieniami [3].

Okres pandemii wzmożył kreatywną stronę powstawania i wdrażania nowych, często innowacyjnych działań profilaktycznych w ujęciu osób starszych. Istotne w tym przypadku okazały się badania dotyczące wsparcia dla seniorów, które otworzyły drogę do zoptymalizowania funkcjonowania seniorów w czasie pandemii. Nie zapomniano również o tradycyjnych – choć wciąż rozwijających się – metodach z zakresu zooterapii.

Zwierzęta dla wielu ludzi pozostają wyznacznikiem funkcjonowania i chęci życia zarówno w obrębie własnego gospodarstwa jak i poza jego granicami. Nie tylko najmocniej rozwinięta dogoterapia z udziałem psów, ale również awiterapia z udziałem ptactwa zaczyna funkcjonować na coraz większych płaszczyznach. W kręgu ptactwa hodowlanego znajdują się gołębie, które od pokoleń towarzyszą ludzkości i na świecie odznaczają swoją rolę w kwestii czynności wolnoczasowych seniorów.

Celem artykułu jest ukazanie istoty odpoczynku oraz aktywności osób starszych w towarzystwie zwierząt, w tym przypadku gołębi hodowlanych, w oparciu o analizę dostępnych badań oraz literaturę. Artykuł ma rów-

nież na celu podkreślenie roli zwierząt w funkcjonowaniu człowieka oraz ich wpływ na polepszenie obszarów funkcjonowania seniorów na płaszczyźnie somatycznej i psychicznej, a także przybliżenie funkcjonowania seniorów w perspektywie hodowli gołębi.

Czas wolny osób starszych – odpoczynek i jego istota

Czas wolny, charakteryzujący się brakiem obowiązków, przeznaczony jest na swobodne skupianie się na zajęciach dowolnych, a przy tym wypełniany jest aktywnością człowieka, który angażuje się w poszczególne zajęcia z własnej woli. Istota czasu wolnego szczególnie nabiera kształtu po wypełnieniu obowiązków zawodowych, rodzinnych oraz społecznych przez danego człowieka. Warto zaznaczyć, że w zjawisku czasu wolnego badacze przyjęli następujące terminy: wczasy, zabawa, praca nad sobą (samodoskonalenie), gra, rozrywka, wypoczynek, hobby i rekreacja oraz odpoczynek [4]. Wymienione terminy, w ujęciu osób starszych, podkreślają szeroką grupę możliwości oraz czynności wolnoczasowych z zaznaczeniem dwóch nieco różniących się – choć zależnych – od siebie jednostek: odpoczynku oraz wypoczynku. Odpoczynek definiowany jest jako pasywna forma wypoczynku pozbawiona aktywności fizycznej, a także umysłowej. Wypoczynek z kolei bierze istotny udział w procesie uaktywniania fizycznej lub umysłowej strony aktywności [4]. W kwestii funkcjonowania osób starszych istotny jest zarówno wypoczynek jak i odpoczynek, ale wszystko zależne jest od cech indywidualnych danego seniora, jego motywacji, zakresu możliwości w obrębie własnego funkcjonowania oraz otoczenia w jakim się znajduje.

Istota odpoczynku, która polega na odreagowaniu zmęczenia, znużenia, a także utrudniających i uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie ustroju, zapobiega pojawianiu się wielu niebezpiecznych chorób [4]. Redukowanie zmęczenia i stresu, połączone z istotą odpoczynku, może przyczynić się do podjęcia aktywniejszej formy czasu wolnego seniorów. W tych kwestiach istotne jest podtrzymywanie kontaktów międzyludzkich.

Czas wolny osób starszych – przegląd badań

Raporty z badań oceny potrzeb w zakresie wsparcia dla seniorów w Polsce ukazują niepokojące dane związane z seniorami i wpływającą na jakość ich życia pandemię COVID-19. Jak wynika z badania: sytuacja społeczna osób w wieku 65+, ARC Rynek i Opinia – co czwarty senior nie wychodzi z domu w celu spotkania

się z bliską osobą lub w ramach spotkań towarzyskich. Trzech na dziesięciu seniorów w wieku powyżej 80 roku życia nie wychodzi w ogóle w tym celu, a co dziesiąty nigdy lub prawie nigdy nie jest odwiedzany w domu [5]. Wyniki badania ilości osób w gospodarstwie domowym ukazują, że ponad 40% badanych seniorów mieszka samotnie, a 47,4% zdana jest na swojego współmałżonka lub bliską osobę. Jak słusznie zauważają badacze, osób starszych pozbawionych możliwości natychmiastowej pomocy lub mających do niej dostęp w ograniczonym zakresie może być więcej niż nam się wydaje. Kluczowe w tej kwestii jest podjęcie walki z izolacją i opuszczeniem przez otoczenie, ponieważ z każdym rokiem można spodziewać się większych liczb w tym zakresie. [5].

Badanie dotyczące kwestii wpływu pandemii COVID-19 na życie seniorów również ukazuje zastanawiające wyniki. Respondenci zaznaczyli, że w tym przypadku: nic się nie zmieniło (15,1%), mają gorszy dostęp do opieki medycznej, życiowej, finansowej (63,4%), mają lepszy dostęp do tejże opieki (1,4%), i co najważniejsze w ujęciu badania – mają gorszy kontakt z bliskimi/znajomymi (69,3%), mają lepszy kontakt z bliskimi/znajomymi (1,7%), czują osamotnienie, izolację (5,4%), zmniejszyły się ich możliwości zarobkowe (4%) [5]. W ujęciu czasu wolnego, szczególną uwagę skupia temat gorszych kontaktów międzyludzkich. Odpowiedzi ankietowanych łączą się z badaniami dotyczącymi jakości życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19. Pogorszona kondycja psychiczna osób starszych została odnotowana przez ponad połowę badanych (59,5%), a w odniesieniu do relacji społecznych, 46% seniorów zadeklarowało ograniczenie relacji w trakcie pandemii i odczuwanie jej braku z powodu mniejszej liczby kontaktów oraz spadku ich jakości [6]. W tym przypadku odczuwalne jest pojawienie osamotnienia, które znacząco wpływa na poczucie sensu istnienia, ale również na motywację do podejmowania aktywności i jest skutkiem warunków zewnętrznych pandemii COVID-19. Poczucie osamotnienia, bezsensu oraz bezsilności to trzy z pięciu rodzajów alienacji, które w swoich badaniach przedstawił M. Seeman (1959) [3].

Budżet czasu wolnego seniorów

Zestawienie okresów czasu przewidzianych na realizację poszczególnych czynności życiowych stanowi istotę budżetu czasu. Pojęcie to łączy się zarówno z ekonomią jak i socjologią oraz pedagogiką. [4]. Z perspektywy gerontologii składnikami głównymi budżetu czasu mogą być: zaspokojenie potrzeb organizmu, potrzeb fizjologicznych, podejmowanie zajęć i aktywności poza domem oraz nauka. W perspektywie czasu wol-

nego, budżet czasu jest tą częścią, która nie jest zajęta przez pracę, systematyczne kształcenie się, zaspokajanie elementarnych potrzeb fizjologicznych czy wykonywanie stałych domowych obowiązków [4]. Spoglądając pod kątem dni, tygodni, miesięcy, a także lat, budżet czasu wolnego seniorów należy do obszernego przedziału, który może zostać zagospodarowany w celu podjęcia danych aktywności mających na celu poprawę samopoczucia, dalszego rozwoju oraz stabilizacji poczucia przynależności do grupy społecznej. Ważne, aby mieć świadomość, że grupa społeczna osób starszych nie jest jednolita, a jej generację tworzą dwa, a nawet trzy pokolenia [7].

Zarówno pod kątem budżetu czasu wolnego oraz niejednolitej grupy społecznej osób starszych potwierdzeniem okazać się mogą wyniki raportu z badania budżetu czasu wolnego Polaków w wieku 60 plus. Wyniki badań wskazują, że budżet czasu wolnego osób 60 plus stanowi od 23,1 do 25,5% doby. W przeliczeniu na minutę, ilość czasu wolnego prezentuje się następująco: 60-64 lat (333), 65+ (367). Dla porównania osoby między 55, a 59 rokiem życia mają 287 minut czasu wolnego na dobę [8]. Pamiętając, że jedna doba ma 1440 minut, różnice w budżecie czasu wolnego ankietowanych są dosyć widoczne, ale mogą zostać spożytkowane w aktywny sposób.

Aktywność samotnicza osób starszych

Aktywność samotnicza osób starszych najczęściej ma miejsce w obrębie własnego gospodarstwa. Wykorzystany czas wolny poświęcany może być na wypełnianie obowiązków domowych (sprzątanie, realizowanie się w aspektach kulinarnych), oglądaniu telewizji, czytaniu książek, modelarstwie – czyli zajęciach rozwijających i doskonalących, ale bez udziału dodatkowych osób, co przejawia się niewykazywaniem chęci w utrzymywaniu relacji międzyludzkich oraz szukaniu kontaktu z innymi osobami. Zaliczyć do aktywności samotniczej również można uprawianie ogródka działkowego, posiadanie zwierząt oraz ich amatorską hodowlę. Wyróżnione elementy charakteryzować mogą hobby, które jest szczególną grupą czynności wolnoczasowych, którym poświęca się uwagę ze szczególnym zamiłowaniem [4].

Na inicjowanie aktywności osób starszych mają wpływ poszczególne czynniki, takie jak: wykształcenie, wpływ środowiska rodzinnego, zdrowie fizyczne i psychiczne, a także warunki bytowe oraz miejsce zamieszkania powiązane z ofertami skierowanymi dla seniorów [9]. Dodatkowo, przytoczyć można cechy indywidualne rozumiane pod postacią osobowości introwertycznych

oraz ekstrawertycznych, a także mocno ugruntowaną socjalizację danego seniora.

W XXI wieku coraz bardziej, dla osób starszych, odczuwalny jest rozwój otaczającego świata, który prowadzi często do izolacji społecznej oraz braku zrozumienia. Infrastruktura poszczególnych miast również wpływa na zakres i rodzaj podejmowanych działań przez ludzi starszych, co przejawia się pod postacią barier architektonicznych i niedostosowań przestrzennych do wymogów seniorów [10]. W kwestii poczucia osamotnienia, odczuwania izolacji i ograniczeń z racji pandemii COVID-19, a także cech osobowości i otaczającego rozwoju świata, towarzystwo zwierząt w wolnym czasie może okazać się kluczowym działaniem profilaktycznym skierowanym dla seniorów.

Rola zwierząt w funkcjonowaniu seniorów

Świat przyrody włączony został w pracę socjalną pod koniec lat 70 ubiegłego wieku. Autorki książki "The Life Model of Social Work Practice" Carel B. Germain i Alex Gitterman oznajmiły, że stosowanie przez pracowników socjalnych zwierząt oraz roślin wzbogaca życie pacjentów, którzy są wyizolowani lub samotni. Należy uświadomić, że opieka nad zwierzęciem domowym może zachować zdolność utrzymywania relacji z innymi osobami, a także może zapewnić poczucie sensu oraz skuteczności osobom starszym [11]. Spoglądając szerzej na zagadnienie współpracy zwierząt z osobami starszymi i wciąż rozwijające się w ich obrębie działania profilaktyczne, należy wskazać animaloterapię, która zwana jest także zooterapią i ukierunkowana jest na leczenie osób z pomocą zwierząt [12]. Metoda zooterapii jest dostosowywana do indywidualnych potrzeb danej jednostki. Zwierzęta posiadają w sobie spokój, ciepło, pozytywne usposobienie i spoglądają na człowieka – pod kątem współpracy – w ten sam sposób. Nie zważają na płeć, narodowość, wiek czy bariery fizyczne oraz psychiczne człowieka. Obniżają tym samym stres i rozwijają poczucie uspokojenia, relaksu i odprężenia danej osoby [13]. Pozytywne aspekty zooterapii wpływają zarówno na zdrowie psychiczne osoby starszej (wspieranie w samotności, redukcja stresu, pokonywanie własnych słabości, nawiązywanie kontaktów międzyludzkich) oraz fizyczne (aktywność w postaci pracy przy zwierzęciu, spaceru) [14].

W zooterapii ważną rolę odgrywa dotyk, który prowadzi do stymulacji układu dokrewnego, a przy tym do wydzielania endogennych substancji, które przede wszystkim poprawiają samopoczucie. Dodatkowo redukcji ulega uwalnianie kortyzolu i noradrenaliny, a więc hormonów wydzielanych podczas stresu. Warto

także zaznaczyć, że przy kontakcie ze zwierzętami pobudzony zostaje układ odpornościowy osoby starszej, a zwierzęta uznawane są za bardzo dobrych terapeutów z racji ich naturalnego zachowania co wpływa na zachowanie osób im towarzyszących. Podkreślana jest również spontaniczność w ujęciu występowania interakcji na linii zwierzę-człowiek [15]. Grupa zwierząt wykorzystywanych w zooterapii jest dosyć szeroka, a do jej specjalizacji należą: dogoterapia (psy), felinoterapia (koty), hipoterapia (konie), alpakoterapia (alapki i wikunii), onoterapia (osły), bowiterapia (rogate zwierzęta domowe), rodoterapia (gryzonie), lagoterapia (zajączaki), suidoterapia (świniowate), aspersoterapia (ślimaki), delfinoterapia (delfiny) oraz awiterapia (ptactwo dzikie oraz domowe).

Stowarzyszenie Centrum Rozwoju Edukacji Obywatelskiej CREO wprowadziło projekt mający na celu zainicjowanie zooterapii w Domach Pomocy Społecznej w Poznaniu. Projekt o nazwie "Zwierzaki Prawdziwymi Przyjaciółmi Seniorów" określany jest jako ciekawa i nowatorska forma wspierania i podnoszenia jakości życia seniorów. W projekt zaangażowani zostali również członkowie zewnętrznego wolontariatu oraz specjaliści zooterapii.

Do dwóch domów pomocy społecznej trafiły różne zwierzęta. Do DPS Bukowa – papugi, króliki i agama brodata, a do DPS Ugory – ryby i chomiki. Należy zaznaczyć, że wybrane zwierzęta zamieszkały w części wspólnej oraz w pokojach indywidualnych, gdzie trafiły pod indywidualną opiekę poszczególnych seniorów. Dodatkowo, projekt uzupełniły zajęcia dogoterapii [16]. Z wyników obserwacji, dla seniorów istotnym jest fakt, że mogą na zwierzęta popatrzeć, pogłaskać je, posłuchać ich języka, pełnić funkcje opiekuńczą, a także porozmawiać z nimi [16]. Z obserwacji również wynika, że: seniorzy z entuzjazmem podchodzą do projektu i obecności zwierząt w DPS, ale tylko nieliczni są gotowi do opieki nad nimi; seniorzy, którzy zdecydowali się na opiekę nad zwierzętami w swoich pokojach podchodzą do tego z dużym zaangażowaniem – jest to dla nich ważny element życia; seniorzy, którzy zdecydowali się na wspieranie zwierząt w częściach ogólnodostępnych skupiają się bardziej na obserwacji i walorach "żywej dekoracji" jakie stanowią dla nich zwierzęta, niż na kompleksowej opiece – oddali w tej sprawie inicjatywę wolontariuszom oraz animatorom; niektórych czynności (głównie ze względu na ograniczenia fizyczne) seniorzy nie wykonują – czyszczenie klatek, akwariów, terrarium; czynność, w której seniorzy czują się dobrze to karmienie – w szczególności królików słynących z bezpośredniego kontaktu z człowiekiem. Warto zaznaczyć, że w części wspólnej miejsce ze zwierzętami koncen-

truje także uwagę osób starszych na słuchaniu śpiewu ptaków, obserwacjach pozostałych zwierząt oraz stanowi dobre miejsce w kwestii wyciszenia, wypicia kawy i rozmawiania – z innymi mieszkańcami domu, wolontariuszami, a także zwierzętami [16].

Działalność Stowarzyszenia CREO zapewnia seniorom najwartościowszy odpoczynek, który definiuje kontakt z przyrodą. Słońce, woda, zielen, świeże powietrze, a także otwarta przestrzeń stanowią najbardziej poszukiwane przez człowieka środowisko odpoczynku [4]. W tym ujęciu również pod uwagę brany jest kontakt ze zwierzętami – zarówno w środowisku otwartym i zamkniętym. Wspomniane – w projekcie – papugi stanowią awiterapię. Stanowią ją również gołębie – miejskie, pocztowe i ozdobne.

W ujęciu gołębi, badanie dotyczące opinii pracowników uniwersyteckiego kampusu Muckleneuk – należącego do Uniwersytetu Południowej Afryki w Johannesburgu – na temat mieszkających na terenie użytkowym kampusu miejskich gołębi ukazało, że 77% badanych nie postrzega gołębi w perspektywie szkodników, a postrzega je jako część natury, a także okazję do zbliżenia się człowieka do natury, ponieważ ich obecność zapewnia żywe połączenie natury z otaczającym na co dzień pracownikom budownictwem. Warto także zaznaczyć, że rozmówcy podkreślili, że interakcje z gołębiami wpływają na poczucie spokoju w stresującym środowisku pracy [17].

Czas wolny osób starszych z udziałem zwierząt

Zwierzęta są istotne dla wielu seniorów, szczególnie dla tych którzy żyją samotnie. Jedną z form spędzania czasu wolnego w perspektywie pożytecznej jest hodowla zwierząt w ujęciu amatorskim. Hodowla ta polega na samodzielnym hodowaniu różnych gatunków zwierząt w domach oraz na działkach rekreacyjnych [4]. W tym aspekcie należy zwrócić uwagę na ograniczenia dotyczące budowy specjalistycznego pomieszczenia dla zwierząt hodowlanych poza obszarem własnego gospodarstwa. Nie każdy senior ma dostęp do ogródków działkowych czy wystarczających możliwości finansowych w celu budowy hodowlanych pomieszczeń (gołębników). Wyjściem z sytuacji może okazać się adaptacja posiadanych obiektów, ich stan techniczny oraz kubatura.

Hodowla gołębi ozdobnych (określanych również w języku angielskim jako fantazyjne – fancy) w celach amatorskich oraz wystawienniczych, połączonych z oceną i współzawodnictwem, uznawana jest za hobby oraz rekreację, ale także za rodzaj sportu. Podobna sytuacja

ma miejsce w związku z hodowaniem gołębi pocztowych i lotami konkursowymi, a także wystawami. W tym przypadku senior odgrywa nie tylko rolę opiekuna, ale również trenera swoich gołębi [18].

Hodowla w celach rekreacyjnych bardzo dobrze wpływa na funkcjonowanie osób starszych oraz pozwala na zachowanie ras, które straciły znaczenie jako zwierzęta użytkowe [18]. Zauważyć można dwustronne walory idei hodowli pod kątem osoby starszej oraz zwierząt i ich funkcji rozrodczych oraz dobrostanu. Gołębie wymagają opieki i reagują na poświęcaną im uwagę oraz zainteresowanie, które odwzajemniają seniorom dając im radość i poczucie przynależności [11]. Seniorzy decydując się na hodowlę gołębi muszą nadzorować swoich podopiecznych minimum raz dziennie. Kiedy gołębnik zlokalizowany jest poza obszarem zamieszkania, to wówczas osoba starsza aktywizuje się do wychodzenia z domu poprzez sumienne organizowanie swojego czasu wolnego.

Jedną ze sfer życia, w której poruszają się seniorzy jest sfera społeczna. Utrzymywanie oraz rozwijanie stosunków międzyludzkich w perspektywie spędzania czasu wolnego ze zwierzętami również jest możliwe. Jedną z podstawowych działalności hodowców gołębi jest nie tylko zaspokajanie swoich potrzeb, ale także nawiązywanie relacji z innymi hodowcami w celu wymiany doświadczeń i pogłębianiu znajomości. Określone hobby związane z zajmowaniem się ptactwem stanowi trzon wspólnotowego świata hodowców gołębi umożliwiając im lepszą relację [22]. W tym przypadku gołębie stają się zasobem ułatwiającym funkcjonowanie seniorów w przestrzeni społecznej [25]. Wystawy organizowane przez lokalne związki hodowców gołębi rasowych oraz targowiska umożliwiają spotkanie się hodowców, a także intensywną i efektywną komunikację wpływającą na aktywność w obszarze działań poznawczych.

Podejmowanie się hodowli konkretnych ras gołębi wymaga zdobycia dużej wiedzy na ich temat. Wyróżnianych jest IX grup gołębi ozdobnych, które gromadzą wiele ras spełniających kryteria w strukturach danej grupy. Polecane są specjalistyczne książki w kwestii specyficznych cech danej rasy, jej osobowości, ale również wyposażenia gołębnika, metod karmienia oraz suplementacji, a także innych dóbr dla zwierząt. Inicjatywa sprowadza się do idei zgłębiania wiedzy na temat hodowli gołębi, która przekłada się na istotną pracę nad sobą. Wszechstronność rozwoju osobowości, samodoskonalenie w celu zapewnienia jak najlepszych warunków hodowli uznawane jest za polepszenie oraz rozwijanie kondycji psychicznej seniora.

Gołąb jako towarzysz życia człowieka

Warto zaznaczyć, że gołębie uznawane są za bliskich współpracowników ludzi od ponad czterech tysięcy lat [19]. Zarówno w ujęciu funkcjonowania w otoczeniu człowieka, badań, a także sportu w postaci konkursów lotów gołębi pocztowych, czy wystaw gołębi ozdobnych. Należy jednak pamiętać, że mimo, że przystosowują się do życia w różnych warunkach, to podobnie jak ludzie, mają swoje wymagania.

Osoby starsze mogą doszukać się wielu podobieństw w kwestii ludzi oraz gołębi, które należą do pierwszych udomowionych ptaków [20]. Ptaki te – często z udziałem hodowców – łączą się w pary i w większości pozostają sobie wiernie do końca życia. W temacie pory karmienia, często nowe gołębie szybciej adoptują się w otoczeniu swojego hodowcy – skracając dystans z 50-60cm od hodowcy do 0-5cm [21]. Rozwój opiekuńczej strony seniorów w hodowli gołębi może zostać ugruntowany tym, że gołębie – podobnie jak ludzie – nie tylko odczuwają cierpienie czy przyjemności, ale również znane jest ich przywiązanie, przyjaźń, nienawiść czy egoizm, a dodatkowo cechują się instynktem macierzyńskim oraz płciowym co przejawia się zakochaniem w określonym osobniku płci przeciwnej oraz poczuciu siebie [22]. Przyjaźń między człowiekiem, a gołębiem wynika z wzajemnego przywiązania oraz rozumienia własnych zachowań. Zdaniem wielu badaczy, coraz powszechniejsza tendencja do hodowania zwierząt w warunkach domowych będzie się umacniała ze względu na chęć zaspokojenia potrzeby przyjaźni [22]. W kontekście seniorów i ich czasu wolnego, w trakcie pandemii COVID-19, słowa te nabierają jeszcze większego znaczenia.

W swoich pracach na temat funkcjonowania oraz współpracy gołębi i ludzi Colin Jerolmack stwierdził, że gołębie zaczęły być obdarzane symbolicznymi znaczeniami opartymi na ich postrzeganiu. Gołębie często utożsamiane są z moralnymi wartościami, postrzegane są jako bohaterowie wojny, a także symbole miłości,

pokoju i płodności [23]. Słowa te obrazują wszechstronność gołębi jako towarzyszy osób starszych zarówno w ujęciu historycznym, doświadczeniu, a także jako moralnych przewodników. W przytoczonych słowach można doszukać się powiązań na linii senior – gołąb. Colin Jerolmack obszerniej podejmuje temat interakcji ludzi i gołębi w swojej książce “The Global Pigeon”.

Podsumowanie

Zwierzęta jako towarzysze osób starszych w czasie wolnym mogą odegrać kluczową rolę w wielu sferach życia seniorów – począwszy od procesu socjalizacji człowieka i zwierzęcia. W kwestii dbania o fizyczną stronę organizmu, zwierzęta umożliwiają aktywny wypoczynek oraz odpoczynek w kierunku polepszania sfery psychicznej. Aktywności ze zwierzętami mogą być podejmowane zarówno w obrębie własnego gospodarstwa jak i poza nim. Podtrzymywanie oraz rozwijanie empatii, roli opiekunów u starszych osób może istotnie wpłynąć na prawidłowy aspekt emocjonalnej strony, a uczestnictwo w wystawach, poznawanie ludzi z obszarów wspólnych zainteresowań przyczynić się może do wzrostu relacji społecznych. Zwierzęta poprzez zagospodarowanie budżetu czasu wolnego pomagają nabrać dystansu w kwestii problemów codziennych, rozwijają poczucie bezpieczeństwa zmniejszając jednocześnie poczucie osamotnienia i podatności na zaburzenia depresyjne. Motywacją do działania dla seniorów okazać się może codzienne poświęcanie uwagi i pielęgnacja swoich zwierząt. Rozwijanie kompetencji i zgłębianie wiedzy przez osoby starsze na temat hodowanych zwierząt tworzy w tym przypadku istotę pracy nad sobą, a ciągła realizacja w swoim hobby może stać się kluczem do samodoskonalenia.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Straś-Romanowska M. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.). Psychologia rozwoju człowieka, t. 2, Warszawa: PWN; 2004. ss. 270.
2. Havighurst R. Developmental tasks and education. New York: Longman and Green; 1981. ss. 391-393.
3. Śliwa E. Alienacja i osamotnienie osób starszych w relacjach społecznych. W: Maćkiewicz J, Fabiś A, Guest Editor Kieglmann M. (red.). EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej EXLIBRIS Social Gerontology Journal. 2020;2(19):82-8.
4. Pięta J. Pedagogika czasu wolnego, Wydanie III zaaktualizowane. Nowy Dwór Mazowiecki: Wydawnictwo Frel; 2014. ss. 10-122.

5. Marczak I, Mroczek P, Ozga K. Ocena potrzeb w zakresie wsparcia dla Seniorów w Polsce – raport z badania opinii społecznej. Łódź: SeniorApp Sp. z o.o. Współwydawca: Senior.Hub Instytut Polityki Senioralnej; 2021. ss. 20-54.
6. Wiśniewski P, Bakalarczyk R, Maryl-Wójcik M, Foryś M. Jakość Życia Osób Starszych w Polsce w Pierwszym Roku Pandemii COVID-19, Raport z Badania. Warszawa: Senior.Hub Instytut Polityki Senioralnej; 2021. ss. 12-14.
7. Zaremba K. Mądrość osób starszych, czyli dlaczego warto uczyć się od seniorów. W: Wnęk-Gozdek J. (red.). EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej EXLIBRIS Social Gerontology Journal. 2021;1(20):40.
8. Groniek U. Zasoby i sposoby wykorzystania czasu wolnego przez osoby w wieku 60 plus. W: Studia i Prace WNEiZ US. 2019;56:56-7.
9. Dziągiewska M. Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości. W: Szatur-Jaworska B, Błędowski P, Dziągiewska M. (red.). Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR. 2006;162.
10. Pikuła N, Białożył K. Aktywność społeczna seniorów a bariery środowiska architektonicznego. W: Debata Edukacyjna. 2012;5:36.
11. Germain C.B, Gitterman A. The Life Model of Social Work Practice. New York: Columbia University Press; 1980. ss. 192.
12. Zych A.A. Leksykon gerontologii. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2007. ss. 43.
13. Paszkiewicz M. Dogoterapia w pigułce. Konin: Wydawnictwo Psychoskok Sp. z o.o.; 2017. ss. 14.
14. Franczyk A, Krajewska K, Skorupa J. Animaloterapia. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008. ss. 21.
15. Giermaziak W, Fryzowska-Chrobot I. Terapie z udziałem zwierząt w leczeniu i rehabilitacji chorych i niepełnosprawnych. W: Medycyna Rodzinna. 2018;21(1A):59.
16. Woderska N, Michalska A, Michalski R. Model innowacji społecznej “Zwierzaki Prawdziwymi Przyjaciółmi Seniorów”. Poznań: Stowarzyszenie Centrum Rozwoju Edukacji Obywatelskiej CREO, Wielkopolskie Innowacje Społeczne; 2018. ss. 15-53.
17. Harris E, de Crom EP, Wilson A. Pigeons and people: mortal enemies or lifelong companions? A case study on staff perceptions of the pigeons on the University of South Africa, Muckleneuk campus. W: Journal of Public Affairs. 2016;16(4):331-340.
18. Gugolek A, Jastrzębska A, Strychalski J. Wykorzystanie gołębi i innych gatunków ptaków w rekreacji człowieka. W: Wiadomości Zootechniczne. 2016;LIV,2:90-4.
19. Pigeons. W: Animal Sciences. University of Wisconsin. 2004;2.
20. Zieleziński M, Pawlina E. Pochodzenie i użytkowanie gołębi. W: Przegląd Hodowlany. 2007;4:24.
21. Weber J, Haag D, Durrer H. Interaction Between Humans and Pigeons. W: Anthrozoos A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals. 1994;Volume VII,1:55-59.
22. Słowińska K. Społeczny świat hodowców gołębi pocztowych W: Przegląd Socjologii Jakościowej. 2010;6(3):27-58.
23. Jerolmack C. Animal archeology: Domestic pigeons and the nature-culture dialectic. W: Qualitative Sociology Review. 2007;Volume III, Issue 1:90.
24. Pawlicka A. Stereotypowe wizerunki starości w wybranych przekazach kulturowych. W: Malec M. (red.). Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe; 2011. ss. 142.
25. Jerolmack C. Humans, Animals, and Play: Theorizing Interaction When Intersubjectivity is Problematic. W: Sociological Theory. 2009:381.

Regulamin ogłaszania prac w kwartalniku Gerontologia Polska

Gerontologia Polska jest oficjalnym czasopismem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, w którym są publikowane recenzowane artykuły pogładowe, oryginalne prace badawcze z zakresu biologii starzenia się, gerontologii klinicznej i społecznej, a także problemów interdyscyplinarnych, prace kazuistyczne (opisy przypadków), listy, recenzje książek oraz komentarze redakcyjne.

Prace należy nadsyłać drogą elektroniczną na adres: gerontologia@akademiamedycyny.pl

1. Do druku przyjmowane są prace w języku polskim lub angielskim. Zaakceptowane do druku prace w j. angielskim ukazują się w pierwszej kolejności.
2. Prace o charakterze doświadczalnym muszą być w zgodzie z wymogami Konferencji Helsińskiej. Autorzy muszą uzyskać pisemną zgodę osób badanych, po wcześniejszym poinformowaniu ich o przebiegu badań i o ewentualnych szkodliwościach z nich wynikających. Prace, których przedmiotem jest człowiek, mogą być wykonywane i publikowane tylko za zgodą Komisji Bioetycznej i nie mogą ujawniać ich danych osobowych bez załączenia ich pisemnej zgody.
3. Nadesłanie pracy do druku jest jednoznaczne ze stwierdzeniem, że praca nie została zgłoszona do innego czasopisma.
4. Manuskrypty niekompletne lub przygotowane w stylu niezgodnym z zasadami podanymi niżej redakcja odsyła Autorom bez oceny merytorycznej. Artykuły przygotowane zgodnie z wymogami poniżej zostają zarejestrowane i przekazane do oceny niezależnym recenzentom. Akceptacja pracy do druku odbywa się na podstawie pozytywnych opinii recenzentów.
5. Data złożenia pracy w Redakcji, jak również data jej przyjęcia do druku, są umieszczone na początku drukowanej pracy.
6. Prace są recenzowane poufnie i anonimowo (podwójna ślepa recenzja) przez niezależnych Recenzentów z grona ekspertów w danej dziedzinie.
7. Redakcja zapoznaje Autorów z tekstem recenzji, bez ujawnienia nazwisk recenzentów.
8. Recenzent może uznać pracę za:
 - nadającą się do druku bez dokonania poprawek,
 - nadającą się do druku po dokonaniu poprawek według wskazówek Recenzenta, bez konieczności ponownej recenzji,
 - nadającą się do druku po dokonaniu poprawek według wskazówek Recenzenta i po ponownej recenzji pracy,
 - nie nadającą się do druku.
9. Prace wymagające korekty zostaną niezwłocznie przesłane Autorom wraz z uwagami Recenzenta i Redakcji.
10. W przypadku zakwalifikowania pracy do druku Autorzy zostaną o tym fakcie poinformowani e-mailowo lub telefonicznie.
11. Korekty, w formie elektronicznej należy zwrócić w terminie do 7 od daty wysłania z Redakcji. W wyjątkowych wypadkach Redakcja może przedłużyć termin zwrotu korekty po wcześniejszym uzgodnieniu tego faktu z jej przedstawicielem.
12. Prace niezakwalifikowane do druku zostaną przez Redakcję zniszczone.
13. Redakcja Naukowa zastrzega sobie prawo do dokonywania koniecznych poprawek i skrótów bez porozumienia z Autorami.
14. Prace zgłaszane do druku należy przesyłać w formie elektronicznej (e-mail).
15. Objętość prac oryginalnych nie może przekraczać 10 stron, 12 stron dla pogładowych i 8 stron dla prac kazuistycznych. Na jednej stronie nie można umieścić więcej niż 1800 znaków wraz ze spacjami.
16. Wersja elektroniczna pracy powinna być dostarczona e-mailem. Materiał ilustracyjny należy przygotować w formacie TIFF dla materiałów zdjęciowych i skanowanych, a dla grafiki wektorowej w programach Corel Draw do wersji X7 lub Adobe Illustrator do wersji CC(2014), dla wykresów i diagramów MS Excel lub Word.
17. Tekst oraz materiał ilustracyjny powinny być zapisane w oddzielnych plikach np. nazwa-tekst.doc, nazwa-tabela.doc.
18. Obowiązkowy układ pracy:

Strona tytułowa:

 - o tytuł artykułu w języku polskim i angielskim,
 - o imiona i nazwiska Autorów,
 - o pełna nazwa instytucji,
 - o słowa kluczowe w języku polskim/angielskim (do 6 słów),
 - o pełny adres korespondencyjny jednego z Autorów,

- o streszczenie pracy w języku polskim (200-250 słów w przypadku prac oryginalnych oraz 100-150 w przypadku prac poglądowych i opisów przypadków klinicznych; struktura jak w tekście głównym),
- o streszczenie pracy w języku angielskim (200-250 słów w przypadku prac oryginalnych oraz 100-150 w przypadku prac poglądowych oraz opisów przypadków klinicznych; struktura jak w tekście głównym),
- o należy wyszczególnić wszystkie źródła finansowania wykonanej pracy naukowej.

Układ tekstu głównego (w przyjętym układzie dla prac oryginalnych):

- o wstęp,
 - o cel pracy,
 - o materiał i metody,
 - o wyniki,
 - o omówienie,
 - o wnioski,
 - o podziękowania,
 - o spis piśmiennictwa.
19. Ryciny, tabele, wykresy i fotografie do włączenia w tekst należy nadsyłać oddzielnie, poza tekstem, w którym muszą być zacytowane. Wszystkie powinny być ponumerowane zgodnie z kolejnością występowania w pracy i opisane w języku polskim i angielskim (tabele - numeracja cyframi rzymskimi; ryciny, wykresy i fotografie – numeracja cyframi arabskimi).
 20. Spis piśmiennictwa powinien ograniczyć się do niezbędnych pozycji cytowanych w pracy, w przypadku prac oryginalnych do 20, a poglądowych do 40 pozycji. Piśmiennictwo należy przytoczyć w kolejności cytowań w tekście.
 21. Każdą publikację podaje się w tekście za pomocą cyfry arabskiej w nawiasie kwadratowym.
 22. Cytowanie w spisie piśmiennictwa powinno mieć następujący układ:
 - dla czasopisma: nazwiska autorów z inicjałami imion, oddzielone przecinkami, zakończone kropką (jeśli liczba autorów cytowanej pracy przekracza trzy osoby, to pozostałych należy zaznaczyć skrótem: „i wsp.” lub „et al.”), tytuł artykułu, kropka, nazwa czasopisma przytoczona w skrócie wg Index Medicum, kropka, spacja, rok, średnik, tom, dwukropek, pierwsza i ostatnia strona – (np.: 1. Jakobsson U, Hallberg IR. Loneliness, fear and quality of life among elderly in Sweden: a tender perspective. *Aging Clin Exp Res.* 2005;17(6):494-501.
 - dla tytułu rozdziału z książki: nazwiska autorów z inicjałami imion, oddzielone przecinkami, zakończone kropką, tytuł rozdziału, kropka, W: nazwiska redaktorów (red.), kropka, tytuł książki, kropka, miejscowość, dwukropek, spacja, wydawca, średnik, spacja, rok wydania, kropka – w przypadku wybranych stron – spacja, ss., spacja, pierwsza i ostatnia strona, kropka – np.: Wojszel ZB, Bień B. Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszaliak M (red.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo.* Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. ss. 97-114.

Dopuszcza się również cytowania ze źródeł elektronicznych.
 23. Praca powinna być zredagowana możliwie krótko, bez zarzutu pod względem stylistycznym, zgodnie z obowiązującą pisownią.
 24. Należy używać międzynarodowych (zgodnie z zasadami polszczyzny) nazw leków. Dopuszcza się podawanie nazw handlowych w nawiasach.
 25. Skrótów powinny być wyjaśnione w tekście w miejscu, w którym się pojawiają po raz pierwszy.
 26. Wraz z pracą należy złożyć Deklarację Konflikty Interesów oraz List Przewodni z oświadczeniem Autorów, że praca nie została i nie zostanie złożona do druku w innym czasopiśmie oraz że nie zachodzą zjawiska: „guest authorship” i „ghostwriting”.
 27. Pierwszy autor/autor do korespondencji otrzymują bezpłatnie 1 egzemplarz czasopisma z wydrukowanym artykułem.
 28. Nie przewiduje się honorariów autorskich
 29. Prawa autorskie: Maszynopis zakwalifikowany do druku w kwartalniku staje się własnością czasopisma Gerontologia Polska. Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych-CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.
 30. Redakcja Gerontologii Polskiej posiada własną stronę internetową, na której są zamieszczane pełne wersje drukowanych prac, jak również istotne wiadomości.

Submission Manuscript Guidelines

The Polish Gerontology is the official journal for the Polish Society of Gerontology. The quarterly publishes peer-reviewed reports, original research papers on the biology of ageing, clinical and social gerontology, as well as articles on interdisciplinary issues relating to various aspects of the ageing process.

Please submit your papers electronically at: gerontologia@akademiamedycyny.pl

Instructions for authors

1. Only papers written in Polish or English are accepted, however, papers in English that have been approved for publication shall be published first.
2. In scientific investigations involving human subjects, experiments should be performed in accordance with the ethical standards formulated in the Helsinki Declaration. Informed consent for the research must be obtained from all participants and all clinical investigations. For papers involving human subjects, adequate documentation should be provided to certify that appropriate ethical safeguards and protocols have been followed according to the responsible Bioethical Committee on human experimentation (institutional or regional). Names should not be published in written descriptions, photographs, sonograms, CT scans, etc., nor should pedigrees, unless information is essential for scientific purposes and a patient (or a parent, or a guardian) has given their written informed consent for publication.
3. Manuscripts are received with the explicit understanding that they are not under simultaneous consideration by any other publication. Submission of an article implies that the work described has not been published previously.
4. Manuscripts that are incomplete or whose style does not follow the below guidelines shall be returned to the Authors without being evaluated. Articles following the below guidelines shall be registered and sent to independent reviewers to be evaluated. A paper shall be accepted for publication based on reviewers' positive opinions.
5. The dates of submitting and acceptance for publication are labeled at the end of each manuscript.
6. Submitted manuscripts are anonymously reviewed by two impartial experts to determine their originality ("double-blind review"), scientific merit, and significance to the field.
7. Reviewers shall remain anonymous, but their comments will be available to authors.
8. There are several types of decision possible: accept the manuscript as submitted; accept it with revision; accept it and invite the authors to revise the manuscript before a final decision is reached; accept it with encouragement to resubmit it after extensive revision; outright rejection.
9. Page proofs with reviewer's remarks will be sent to corresponding author for examination and corrections.
10. Information about accepting the manuscript for publication will be sent to the corresponding author.
11. Corrected proofs should be returned to the Editor within seven days of posting by the Editor. Authors are responsible for obtaining the Editor's permission for any changes in the time for returning proofs.
12. When submitted manuscripts are not accepted for publication, they will be destroyed according to the Editorial office's schedule.
13. The Editors reserve the right to make corrections in style and nomenclature without Authors' permission.
14. Authors should return the final, revised manuscript by e-mail: gerontologia@akademiamedycyny.pl
15. Manuscripts of original papers should not exceed 10 pages, review articles – 12 pages, case reports – 8 pages. One page is generally limited to 1800 characters including spacing.
16. The electronic version of the text should be submitted as an MS Word 98 or above. All illustration and scan files should be in the TIFF format. For vector graphics, the digital formats of Adobe Illustrator for version CC(2014) and Corel Draw for version X7 are accepted; for graphs and diagrams - MS Excel or MS Word.
17. The text and figures must be uploaded as separate files. Files should be named with the corresponding Author's surname and "text.doc", "fig 1.doc", "fig2.doc" name and extension formats, etc.
18. The paper should be laid out as follows:
Provide the following data on the title page (in the order given): The article's title (English and Polish), Authors' names and institutional affiliations, the name of department(s) and institution(s) to which the work should be attributed, keywords (English/Polish, maximum of 6 key words), full postal address of the corresponding Author, an abstract in Polish (maximum length of 200 – 250 words in case of original works and 100 – 150 in case of review articles or clinical cases. An abstract should state briefly the purpose of the research, principal results and major conclusions. An abstract in English (maximum length of 200 – 250 words in case of original works and 100 – 150 in case of review

articles or clinical cases, an abstract should state briefly the purpose of the research, principal results and major conclusions, source(s) of support in the form of grants, equipment, drugs, or all of these.

Arrangement of the article (for original papers): Introduction, Abstract/Purpose of the work Experimental/Material and methods, Results, Discussion, Conclusions, Acknowledgements, References.

19. Tables, illustrations, vector graphics and photographs should be prepared and submitted on separate pages. All figures should be numbered in the order of their citation in the text and legends should be in Polish and English (tables - Roman numerals; illustrations, vector graphics and photographs - Arabic numerals).
20. References should exceed in number, and should in general be limited according the paper type: for original papers – up to 20, for review articles – up to 40 items. They must be numbered in their order of appearance in the text.
21. References should be identified in the text, tables, and legends by Arabic numerals in square brackets.
22. It is allowed to use the following style for the references list: surname and initials of all authors separated by a comma, followed by a full stop, then the article title (or the book title), a full stop, the name of the journal should be abbreviated according to the style used in the Index Medicus, the year, a semicolon, the volume number, a colon, the first and the last page (for books: the city, a colon, the publisher, a semicolon, the year, a colon, pages). When there are more than three authors, only the first six authors are listed, followed by „et al.”, i.e.: 1. Jakobsson U, Hallberg IR. Loneliness, fear and quality of life among the elderly in Sweden: a tender perspective. *Aging Clin Exp Res.* 2005;17(6):494-501. 2. Wojszel ZB, Bień B. Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. In: Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, editors. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo.* Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. p. 97-114.
Quoting from electronic sources is accepted.
23. A paper ought to be brief and observe general style and spelling rules.
24. International generic rather than trade names of drugs should be used. Trade or manufacturers' names should only be used in brackets.
25. All abbreviations should be spelt out in full the first time they are used.
26. A paper submitted for publication should be accompanied by a Declaration of 'Conflict of Interest' and a 'Cover Letter' with a statement by the Author(s) confirming that the paper has not been and will not be published elsewhere and that there is no instance of misconduct ("ghostwriting" and "guest authorship").
27. First Author/corresponding Author shall receive 1 copy of the issue in which the article shall be published. They shall be sent to the author(s) free of charge.
28. No remuneration shall be paid for publication.
29. Copyrights. Submission of an article for publication implies a transfer of the copyright from the Author to the publisher upon acceptance. Accepted papers shall become permanent property of the Polish Gerontology and may not be reproduced without the written consent from the publisher. The publisher reserves the copyright (including printing, electronic version such as CDs, the Internet and others).
Only abstracts can be published elsewhere without written permission from the publisher.
30. The Polish Gerontology has its website featuring full versions of printed papers as well as news published by the Editorial Team.

