

# Depresja a nabyta niepełnosprawność wzroku osób w późnej fazie dorosłości – przegląd badań

## Depression and people with acquired visual impairment during late adulthood – a research review

KORNELIA CZERWIŃSKA, IZABELLA KUCHARCZYK

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Niepełnosprawność wzroku pojawiająca się u osób w podeszłym wieku jest coraz częstsza, a depresja coraz bardziej powszechna w tej populacji. Jest to problem nie tylko indywidualny, ale można go również rozpatrywać w kategoriach chorób cywilizacyjnych. Depresja jest zaburzeniem bardzo trudnym do diagnozy i terapii, zwłaszcza przy niewielkim wsparciu psychologicznym ze strony ośrodków opieki nad osobami starszymi.

Artykuł prezentuje najnowsze badania na temat występowania zaburzeń nastroju, tj. depresji u osób w podeszłym wieku z niepełnosprawnością wzroku. Autorki zwróciły uwagę na psychologiczne aspekty depresji, takie jak: nasilający się lęk, poczucie osamotnienia i bezradności oraz wycofanie się przy ograniczonych możliwościach wzrokowych. Podkreślono także rolę wsparcia, jakie powinny otrzymać osoby z niepełnosprawnością wzroku w okresie późnej dorosłości.

**Słowa kluczowe:** depresja, niepełnosprawność wzroku, późna dorosłość

Visual impairment appearing in the elderly is increasingly frequent, and depression is much more common in this population. This is not only an individual problem, but it can also be considered in terms of civilization diseases. Depression is a disorder very difficult to diagnose and treat, especially with little psychological support from the care centers for the elderly.

The article presents the latest research on the occurrence of mood disorders, i.e. depression in the elderly with visual disabilities. The authors draw attention to the psychological aspects of depression such as: increasing anxiety, a sense of loneliness and helplessness, and withdrawal due to limited visual abilities. The role of support for people with visual impairment during late adulthood should also be emphasized.

**Key words:** depression, visual impairment, late adulthood

© Hygeia Public Health 2018, 53(2): 149-156

www.h-ph.pl

Nadesłano: 09.12.2017

Zakwalifikowano do druku: 10.04.2018

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr n. hum. Izabella Kucharczyk

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa

tel. 22 589 36 00, e-mail: izabella.kucharczyk@gmail.com

## Wprowadzenie

Niepełnosprawność wzroku, to jedno z coraz częściej występujących zaburzeń związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Statystyki podają, że na świecie jest ok. 285 mln osób z niepełnosprawnością wzroku (z roku na rok liczba ta wzrasta), przy czym 65% tej populacji, to osoby powyżej 50 r.ż. [1]. Najczęstszymi schorzeniami układu wzrokowego powodującymi w tej fazie życia niepełnosprawność są: zwyrodnienie plamki żółtej (*Age-related Macular Degeneration* – AMD), zaćma, jaskra oraz retinopatia cukrzycowa. Z badań przeprowadzonych przez GUS w 2016 r. wynika, że w Polsce problemy z widzeniem ma co druga osoba powyżej 70 r.ż. i 2/3 osób powyżej 80 r.ż. Należy zaznaczyć, że osoby z tej ostatniej grupy albo stają się ociemniałe albo ich pole i ostrość widzenia są niewielkie [2].

Późna dorosłość (starość), to bardzo trudny etap w życiu każdego człowieka. Charakteryzuje się patologicznymi zmianami zachodzącymi w organizmie, powodującymi trudności w funkcjonowaniu poznawczym, społecznym, emocjonalnym i motorycznym oraz problemy w adaptacji do zmieniających się warunków zewnętrznych oraz wewnętrznych. Bardzo często starość można określić jako okres strat – zdrowia, umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, strat finansowych, a także członków rodziny. Jest to również czas, któremu towarzyszy poczucie osamotnienia, bezsilności i bezradności, wpływając na obniżanie się jakości życia [3, 4]. Bardzo często konsekwencją powyższych trudności może być pojawienie się zaburzeń nastroju, tj. depresji.

W niniejszym artykule opisywana depresja rozumiana jest zgodnie z założeniem DSM-V, jako

kategoria zaburzeń nastroju i zaburzeń afektywnych. Z badań wynika, że zaburzenia depresyjne występują o wiele częściej niż zaburzenia psychiatryczne, takie jak m.in. schizofrenia. Zaburzenia nastroju, w tym zaburzenia depresyjne, stają się zaburzeniami cywilizacyjnymi [5].

Na depresję cierpi ok. 350 mln ludzi na całym świecie, a z roku na roku liczba osób chorych ma się zwiększać. Z danych WHO wynika, że z depresją zmagać się będzie ponad 40% pacjentów powyżej 65 r.ż. Ze statystyk wynika również, że ilość osób chorujących na depresję w wieku 50-60 lat jest wyższa w przypadku kobiet. Natomiast różnice te między kobietami a mężczyznami zacierają się w wieku ok. 80 lat [1].

Do głównych objawów depresji należy zaliczyć obniżenie nastroju, obniżenie napięcia ruchowego (aczkolwiek w niektórych przypadkach może być to pobudzenie ruchowe), zaburzenia rytmu okołodobowego oraz brak zainteresowań. Bardzo często współwystępuje także brak motywacji i chęci do podejmowania jakichkolwiek czynności i działań. Zaobserwować można zaburzenia czynności poznawczych oraz obniżone poczucie własnej wartości, urojenia, a w skrajnych przypadkach myśli samobójcze [5].

Z badań wynika, że niepełnosprawność wzroku zwiększa wystąpienie ryzyka depresji [6] i jest bardzo często predyktorem przyczyniającym się do popełniania samobójstwa przez osoby w późnym okresie dorosłości. Odsetek osób starszych z niepełnosprawnością wzroku z depresją w Wielkiej Brytanii to 13,5% (bez niepełnosprawności wzroku – 7,4%), a w USA to ponad 30% opisywanej grupy [7-9]. W Polsce brak jest szczegółowych danych statystycznych dotyczących ilości osób w wieku starszym z depresją i jednocześnie z niepełnosprawnością wzroku. Ilość osób z niepełnosprawnością wzroku cierpiących na depresję jest prawie o 3 razy wyższa niż w przypadku osób bez zaburzeń sensorycznych [10-12]. Najczęściej depresja występuje u pacjentów chorych na zaćmę [13-15], jaskrę [16-18] i AMD [8, 19-21]. Do 2030 r. przewiduje się, że populacja ludzi podwoi się, co będzie mieć przełożenie na wzrost liczby osób z niepełnosprawnością wzroku, jak i depresją, dlatego też konieczne jest opracowanie odpowiednich strategii przygotowujących starszych ludzi do funkcjonowania bez możliwości korzystania z funkcji wzrokowych. Bardzo ważne jest także opracowanie odpowiedniego systemu opieki medycznej, pielęgniarstwa i organizacyjnej ze strony państwa, aby ułatwić tym ludziom poradzenie sobie z nowymi sytuacjami i wymaganiami stawianymi przed nimi. Zrozumienie mechanizmów powstawania depresji i odpowiednia prewencja jest niezwykle istotną kwestią nie tylko w kontekście leczenia pacjentów, ale także z punktu widzenia zdrowia psychicznego społeczeństwa.

Celem niniejszego artykułu jest analiza doniesień naukowych na temat występującej depresji u osób z niepełnosprawnością wzroku w okresie późnej dorosłości oraz zwrócenie uwagi na problem prewencji i systemu wsparcia, jaki otrzymują te osoby.

### **Depresja a niepełnosprawność wzroku w okresie późnej dorosłości w świetle badań**

Z analizy literatury przedmiotu (polskiej, jak i anglojęzycznej) wynika, że stosunkowo niewiele jest badań na temat biologicznych mechanizmów powstawania zaburzeń depresyjnych u osób z niepełnosprawnością wzroku. Na pewno ograniczona ilość absorpcji światła powoduje zmniejszoną produkcję melatoniny, która reguluje rytm snu i czuwania oraz wpływa na nastrój. W przypadku pacjentów, np. z jaskrą czy AMD, związek taki najprawdopodobniej istnieje, lecz nie do końca wiadomo, jaka jest to relacja. Również takie czynniki, jak cukrzyca, choroby układu krążenia, układu pokarmowego, motorycznego, przyczyniają się do powstawania różnych schorzeń układu wzrokowego, ale także wpływają na obniżony nastrój u osób powyżej 65 r.ż. [22, 23].

Natomiast istnieje wiele dowodów naukowych na występowanie związku między niepełnosprawnością wzroku, a pojawieniem się depresji u osób w późnym wieku dorosłości. Czynniki wpływającymi na pogłębianie się depresji mogą być: pogarszający się stan zdrowia, zmniejszona aktywność fizyczna, poczucie izolacji i osamotnienia, brak wsparcia ze strony najbliższej rodziny [24]. Nagła niepełnosprawność wzroku często powoduje, że ludzie czują się gorsi, cechują się niższym poziomem samooceny i brakiem wiary we własne możliwości. Branch i wsp. [25], a także Agorastos i wsp. [26], Eramudugolla i wsp. [27], Rovner i wsp. [28], McCusker i Koola [29] oraz Actis i wsp. [30] twierdzą, że utrata wzroku wpływa na powstawanie zaburzeń o charakterze emocjonalnym, w tym właśnie depresję, na brak poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego i znacząco obniża ilość interakcji społecznych, izolując pacjenta od otoczenia.

Badania prowadzone na temat depresji u osób z niepełnosprawnością wzroku najczęściej koncentrują się na jednym z trzech obszarów:

1. na obszarze związanym z poznaniem konkretnego czynnika patologicznego powodującego depresję [8, 13-15, 17]
2. na obszarze dotyczącym poznania specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością wzroku w zależności od posiadanego schorzenia wzroku [12, 31]
3. na obszarze dotyczącym wyróżnienia cech wspólnych dla osób z niepełnosprawnością wzroku bez względu na schorzenia [32].

Należy pamiętać, że każde ze schorzeń układu wzrokowego cechuje się innymi objawami, następstwami funkcjonalnymi oraz metodami leczenia i rehabilitacji wzroku, co w konsekwencji będzie wpływać na szybkość i stopień głębokości pojawienia się depresji, ale też i na nasilenie poszczególnych symptomów.

Z badaniami przeprowadzonych przez Hayman i wsp. [31] wynika, że depresja występuje częściej u osób ze schorzeniami wzroku niż u osób zdrowych, bez żadnych zaburzeń lub dysfunkcji. Można założyć, że objawy zaburzeń nastroju są bezpośrednio związane z doświadczeniami wynikającymi z utraty wzroku i nie zależą od płci, sytuacji życiowej, stosowanych leków. Autorzy przeprowadzili również badania mające na celu ustalenie zależności między niepełnosprawnością wzroku, a niepełnosprawnością fizyczną i częstością występowania depresji. Przebadano grupę 391 osób, w wieku powyżej 75 lat ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością wzroku – ostrość wzroku 6/24 (20/80 lub mniej). W celu określenia występowania związków między poszczególnymi zmiennymi zastosowano różne skale badające poziom funkcjonowania fizycznego i psychicznego badanych osób. Stwierdzono, że prawie 30% badanych (115 osób z 391) można określić jako przygnębionych. Zdaniem badaczy im bardziej osoba ma uszkodzony wzrok i nie może korzystać z jego funkcji, tym niższy będzie poziom jej funkcjonowania fizycznego i częściej występować będzie depresja. Osoby w późnej dorosłości z niepełnosprawnością wzroku rzadziej podejmują aktywność fizyczną. Może być to spowodowane nie tylko pogorszeniem stanu zdrowia, ale obawą przed niebezpieczeństwem i trudnościami w wykonywaniu poszczególnych działań. Im mniejsza jest ta aktywność fizyczna, im bardziej bierny tryb życia prowadzony przez osobę starszą z niepełnosprawnością wzroku, tym osoby te dokonując subiektywnej oceny swojego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i wzrokowego, będą opisywać je jako bardzo niskie, jednocześnie przyczyniając się do nasilania objawów depresji. Należy pamiętać, że osoby z niepełnosprawnością wzroku w wieku starszym mogą posiadać mniejsze zasoby radzenia sobie w różnych sytuacjach życia codziennego, mieć mniejsze poczucie własnej skuteczności i wykazywać tendencję do pojawiania się obniżonego nastroju i depresyjności.

Interesujące wydają się być badania przeprowadzone przez van der Aa i wsp. [33]. Ich celem było określenie częstości występowania depresji i stanów lękowych u osób w okresie późnej dorosłości (powyżej 60 r.ż.) z niepełnosprawnością wzroku, jak i bez niej. Przebadanych zostało 615 osób z uszkodzonym wzrokiem (137 słabowidzących, 478 niewidomych) i 1232 osoby bez żadnych niepełnosprawności. Średnia wieku w grupie pierwszej wyniosła 77 lat, a w drugiej 72. Główną zastosowaną techniką był wywiad telefonicz-

ny, w którym uczestnicy byli pytani o stan zdrowia. Natomiast do diagnozy zaburzeń i lęku zastosowano Międzynarodowy Wywiad Neuropsychiatryczny (*Mini-International Neuropsychiatric Interview* – MINI). Okazało się, że zaburzenia depresyjne (5,4%), zaburzenia lękowe typu agorafobia i fobie społeczne (7,5%), irracjonalny lęk (15,6%) częściej zostały stwierdzone u osób z niepełnosprawnością wzroku niż w przypadku osób bez żadnych dysfunkcji bądź niepełnosprawności.

Również Eramudugolla i wsp. [27] podjęły badania mające na celu określenie częstości występowania depresji przy takich schorzeniach, jak zaćma, jaskra, AMD. Badana próba liczyła 662 osoby z Brisbane i Sydney w Australii w wieku 70-95 lat. Wzięto pod uwagę osoby bez żadnych zaburzeń otępiennych. Badani zostali poddani kilkunastu testom wzrokowym, m.in. badanie ostrości widzenia, *Melbourne Edge Test* (MET – test do badania wrażliwości na kontrast), pola widzenia, stereopsji. Wypełniali też kwestionariusze dotyczące warunków socjoekonomicznych, stanu zdrowia i zażywanych środków farmakologicznych, otrzymywanego wsparcia podczas wykonywania czynności dnia codziennego, natomiast poziom lęku i nastroju badany był za pomocą *Goldberg Anxiety and Depression Scales* (GADS), która składała się z 18 pytań. Podobnie, jak w wyżej zaprezentowanych badaniach van der Aa i wsp. [34] stwierdzono, że nasilenie objawów depresji jest większe w przypadku osób w okresie późnej dorosłości z niepełnosprawnością wzroku. Najwięcej osób z zaćmą cierpi na depresję, co jest m.in. zgodne z badaniami Freemana i wsp. [15], którzy uważają, że zaćma jest predyktorem do powstawania zaburzeń depresyjnych. Kolejną grupą narażoną na występowanie zaburzeń nastroju są osoby z AMD. Ustalono natomiast, że nie ma żadnego związku między zaburzeniami depresyjnymi a jaskrą. Autorzy zwracają uwagę, że w ich badaniach nie uwzględniono czasu, jaki minął od postawienia diagnozy danego schorzenia wzroku, a wystąpieniem objawów depresji. Dlatego też wskazane byłoby przeprowadzenie podobnych badań, ale z uwzględnieniem okresu, jaki upłynął od momentu rozpoznania a pojawieniem się pierwszych objawów depresji. Mocną stroną powyższych badań była bardzo duża próba badawcza i szereg zastosowanych narzędzi badawczych.

Kolejne badania przeprowadzone przez Rees i wsp. również o charakterze wywiadu pokazały, że starsze osoby z niepełnosprawnością wzroku znacznie częściej narażone są na zaburzenia nastroju o charakterze depresji. Przebadane zostały 162 osoby, a dane jakie najpierw były zbierane, odnosiły się do poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, ogólnego stanu zdrowia, historii chorób, radzenia sobie ze stresem oraz każdy uczestnik musiał odpowiedzieć na pytania

dotyczące udzielanego wsparcia, a także pytania związane z określeniem poziomu nastroju. Wykazano, że wystąpienie objawów depresyjnych mocno związane było z czynnikami warunkującymi widzenie. Osoby te charakteryzują się zmniejszonym zaufaniem do innych osób, mniejszą ilością kontaktów interpersonalnych, a także poczuciem braku wsparcia społecznego. Zdaniem badaczy umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi o charakterze emocjonalnym, wyzwaniem dnia codziennego oraz oczekiwaniami ze strony społeczeństwa mają bardzo duże znaczenie dla poziomu samopoczucia psychicznego [35].

Jak twierdzą Dawson i wsp. [36], osoby z AMD cechują się wyższym poziomem niepokoju związanego ze stopniową utratą wzroku niż osoby z innymi niepełnosprawnościami przewlekłymi, jak np. zapalenie stawów [37].

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących relacji między rehabilitacją wzroku a zdrowiem psychicznym osób w późnej dorosłości z niepełnosprawnością wzroku. Rovner i Casten [38], w oparciu o badania zorganizowane wśród 51 osób z AMD stwierdzili, że 70% pacjentów uskarżało się, że po zdiagnozowaniu schorzenia wzroku ich aktywność fizyczna spadła, a co za tym idzie również obniżył się nastrój. Dało to podstawę do stwierdzenia, że co najmniej 27% tej grupy spełnia kryteria depresji. Inne badania w tej grupie pacjentów to badania Brody i wsp. [8] przeprowadzone na grupie 151 dorosłych osób z zaawansowaną degeneracją plamki żółtej; średni wiek osób badanych wynosił 80 lat. Zastosowano strukturalny wywiad kliniczny, a także skale badające nasilenie symptomów depresji, m.in. *Geriatric Depression Scale* (GDS), *National Eye Institute Visual Function Questionnaire* (NEI-VFQ), *Vision-Specific Sickness Impact Profile* (SIPV) i *Sickness Impact Profile* (SIP). Zdaniem naukowców AMD może przyczynić się do wystąpienia depresji u osób w okresie późnej dorosłości z niepełnosprawnością wzroku, co stwierdzono aż u 1/3 badanych pacjentów [28, 39, 40]. Wyniki te zostały również potwierdzone w późniejszym badaniu trwającym przez rok na próbie 188 pacjentów [41].

Symptomy depresji wzrastają nie tylko z powodu ograniczonej aktywności przy uszkodzeniach wzroku, ale przyczynia się do tego również zwiększone poczucie osamotnienia. Z raportu Verstratena i wsp. oraz Alma i wsp. wynika, że starsze osoby z niepełnosprawnością wzroku, które były samotne odczuwały niższy poziom otrzymywanego wsparcia społecznego, co przekłada się na niski poziom akceptacji społecznej i wzrost zaburzeń nastroju [40, 42, 43].

Naukowcy stwierdzili także istnienie silnej zależności między objawami depresji, a gorszym zdrowiem osób w okresie późnej dorosłości z niepełnosprawnością wzroku, problemami z radzeniem sobie z zadaniami

mi dnia codziennego (takimi jak robienie zakupów, sprzątanie, gotowanie), ale także z relacjami społecznymi, zarówno w najbliższej rodzinie, jak i w grupie przyjaciół i znajomych [14, 44].

Omawiając zagadnienie współwystępowania depresji u osób starszych z niepełnosprawnością wzroku nie wolno zapomnieć o problemie wpływu leczenia na minimalizowanie objawów depresji lub pogłębienie jej. W badaniach prowadzonych m.in. przez McGwina i wsp. [14], Mitsonisa i wsp. [45] okazało się, że pacjenci z zaćmą czekający na przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego cechują się bardzo wysokim poziomem depresyjności, aczkolwiek według autorów nie ma dowodów czy objawy depresji zmniejszają się po operacji. Innego zdania jest Wong [46], według którego informacja o operacji zaćmy może zaostrzać objawy depresji u osób starszych. W przypadku pacjentów cierpiących na jaskrę wyniki nie są już tak jednoznaczne. Niektóre badania wskazują na to, że pacjenci cechują się bardzo wysokim poziomem lęku i zaburzeń nastroju [47, 48], inne z kolei mówią o braku przystosowania się do posiadanego schorzenia wzroku [18]. Natomiast należy pamiętać, że zarówno pacjenci z jaskrą, jak i zaćmą, są to pacjenci, którzy do końca życia muszą przyjmować leki, aby objawy schorzeń wzroku i depresji nie pogłębiały się.

Depresja znacząco wpływa na obniżenie jakości życia osób z niepełnosprawnością wzroku w wieku późnej dorosłości. Zaburzenia nastroju dezorganizują funkcjonowanie osób starszych i mogą mieć bardzo duże konsekwencje, takie jak: zmiana trybu życia, niezaspokajanie podstawowych potrzeb, brak odpowiedniej opieki medycznej i chęć podejmowania leczenia. Osoby z depresją często nie doceniają swoich funkcjonalnych możliwości wzrokowych, co ogranicza ich aktywność fizyczną [49].

Badania, które warto przytoczyć, zostały przeprowadzone w latach 2005-2008 przez *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) w USA. Miały one charakter ogólnokrajowy, a przebadanych zostało 10480 osób powyżej 20 r.ż i starszych, przy czym średnia wieku wynosiła 47 lat (osób w przedziale wiekowym 40-64 lata było prawie 39%, a powyżej 65 r.ż. 23%). Z każdą osobą przeprowadzany był wywiad socjomedyczny, następnie każdy pacjent był poddawany badaniom pod kątem stanu zdrowia w *Medical Examination Center*. Aby uzyskać informacje na temat funkcji wzrokowych, beneficjenci wypełniali 25-itemowy kwestionariusz, który dotyczył stopnia trudności wykonywanych czynności, takich jak: czytanie gazet, realizowanie zadań związanych z wykonywaną pracą lub z hobby wymagającym dobrego wzroku, schodzenie i wchodzenie po słabo oświetlonych schodach, dostrzeganie przedmiotów podczas przemieszczania się, odnajdywanie przedmiotów na półce. Wypełniana

był także 9-itemowa skala depresji (*Patient Health Questionnaire – PHQ-9*). W oparciu o powyższe badania autorzy określili, że 1 na 10 przebadanych osób dorosłych w USA zgłasza problemy ze wzrokiem i spełnia kryteria diagnostyczne depresji. Z kolei u 1 na 5 osób stwierdza się łagodne zaburzenia depresyjne. Depresja u starszych dorosłych osób z niepełnosprawnością wzrokową została sklasyfikowana jako czwarta najczęściej występująca choroba po AIDS, nowotworach i chorobie Alzheimera. Zdaniem badaczy [34, 50] osoby usprawniające wzrok, rehabilitanci, lekarze pierwszego kontaktu, specjaliści zajmujący się opieką okulistyczną, powinni zwracać uwagę na symptomy depresji pojawiające się u pacjentów z niepełnosprawnością wzroku. Umiejętność wykonywania podstawowych czynności zmniejsza się przy sprzężeniu tych dwóch zaburzeń (depresji i niepełnosprawności wzroku), co z kolei zwiększa poziom odczuwalnego lęku, poczucie izolacji społecznej, zniechęcenia, wycofania, rezygnacji z życia społecznego oraz problemów zdrowotnych.

### Interwencja medyczna i psychologiczna

Niepełnosprawność wzroku jest bardzo ważną kwestią zdrowotną. Wpływa na obniżenie jakości życia, zwiększa poziom lęku i osamotnienia, negatywnie oddziałuje na poziom wykonywanych czynności samoobsługowych oraz ogranicza udział w życiu towarzyskim. Niewielka zdolność do radzenia sobie z podstawowymi czynnościami dnia codziennego powoduje, że niezależność osoby w okresie późnej dorosłości zmniejsza się, wpływając jednocześnie na poczucie izolacji i obniżenie nastroju.

Osoby z niepełnosprawnością wzroku w wieku starszym w polskim systemie opieki mają zapewnione odpowiednie świadczenia pieniężne oraz niepieniężne, co jest zgodne z polityką społeczną państwa. Mogą one otrzymać dodatek finansowy do renty lub emerytury (stały, okresowy, celowy, pielęgnacyjny specjalny zasiłek celowy) lub też świadczenia rzeczowe, pomoc środowiskową lub pobyt i usługi w domu pomocy społecznej. W przypadku pomocy instytucjonalnej (np. w ośrodkach opiekuńczo-leczniczych, zakładach rehabilitacji leczniczej) osoby te mają zapewnione finansowanie m.in. przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który współpracuje z ośrodkami pomocy społecznej. Niestety, bardzo często dochodzi do nieodpowiedniej wymiany informacji między tymi placówkami, co w wielu przypadkach negatywnie wpływa na jakość świadczonych usług wobec osób w wieku starszym. W polskim systemie opieki nad osobami starszymi, w tym osobami z niepełnosprawnością wzroku, zwraca się uwagę najczęściej na zapewnienie świadczeń medycznych, takich jak zabiegi okulistyczne, zabiegi chirurgiczne. Rzadko pacjent zapisywany

jest na spotkanie z psychologiem, który wyjaśniłby na czym polega proces adaptacji do niewidzenia, jak osoba będzie funkcjonować po utracie wzroku, jak ma sobie radzić z poczuciem osamotnienia, lękiem pojawiającym się z powodu bezradności. Takie sytuacje na pewno zwiększają poczucie bezradności i świadomość braku niezależności w przyszłości. Osoby z niepełnosprawnością wzroku w wieku późnej dorosłości muszą nauczyć się funkcjonowania bez najważniejszego zmysłu, tj. wzroku. Jest to bardzo trudne, zwłaszcza, jeśli osoba starsza nie otrzymuje wsparcia od personelu medycznego, ale również od najbliższej rodziny i żyje samotnie, próbując radzić sobie z podstawowymi obowiązkami i zaspokajaniem najważniejszych potrzeb życiowych.

Badań na temat systemu wsparcia oraz opieki medycznej i psychologicznej starszych osób z nabytą niepełnosprawnością wzroku nie ma zbyt wiele. Bardzo rzadko podejmuje się tę problematykę ze względu na trudności w stosowaniu m.in. technik i narzędzi badawczych, doborze próby reprezentacyjnej oraz nieporównywalnym poziomie zabezpieczenia finansowego i pomocy dla osób starszych w poszczególnych państwach.

Badania Horowitz i wsp. pokazały, że działania prewencyjne mające na celu zapobieganie wystąpieniu depresji u starszych osób z niepełnosprawnością wzroku przynoszą pożądane rezultaty, lecz muszą być one w odpowiedni sposób zorganizowane. Pacjenci, którzy utracili wzrok w okresie późnej dorosłości, byli terapeutyzowani i uczono ich korzystania z pomocy optycznych. Po dwóch latach takiej terapii okazało się, że objawy depresji malały [32]. Z kolei w badaniu przeprowadzonym w 2006 przez Horowitz i wsp. na grupie pacjentów posiadających pewne zachowane możliwości widzenia, oprócz wsparcia emocjonalnego i nabywania kompetencji w zakresie podstawowych czynności, beneficjenci uczeni byli metod służących kompensacji utraconej funkcji wzroku. Podobnie, jak w poprzednim badaniu okazało się, że objawy depresji zmniejszały się. Zdaniem autorów powyższych badań, im wcześniej w stosunku do osób trących wzrok zostaną podjęte działania prewencyjne mające na celu nauczenie radzenia sobie w sytuacjach nowych bez możliwości korzystania ze wzroku oraz korzystania z pomocy optycznych i nieoptycznych, tym czas do wystąpienia pierwszych objawów depresji będzie dłuższy, a natężenie objawów zaburzeń nastroju będzie mniejsze [49].

Badania van der Aa i wsp. dotyczyły systemu wsparcia udzielonego osobom z niepełnosprawnością wzroku w okresie późnej dorosłości. Badana grupa składała się z 265 osób powyżej 50 r.ż. Podzielona została na dwie podgrupy, z których jedna (n=131) otrzymała wsparcie, natomiast druga (n=134) nie.

Wsparcie udzielane pierwszej grupie polegało na zorganizowaniu zajęć indywidualnych z psychologiem, uczeniu umiejętności radzenia sobie z problemami, ustalaniu celów do realizowania, spotkaniach z psychologiem i pracownikami socjalnymi. Beneficjenci otrzymywali także informacje, jak korzystać z pomocy medycznej, jakie skierowania są im potrzebne, aby zostali przyjęci przez lekarza specjalistę, w jakich placówkach mogą podjąć leczenie. Propagowana była wiedza, czym są zaburzenia nastroju, jakie są pierwsze symptomy, co należy zrobić, gdy się je zaobserwuje u siebie. Zdaniem naukowców po trzech miesiącach u pacjentów zaobserwowano znaczne zmniejszenie objawów depresji, zaburzeń lękowych, fobii społecznej i uogólnionych zaburzeń lękowych, co świadczy o wartości tego eksperymentu. Stwierdzono, że bardzo ważnym było zadbanie o stworzenie pewnej sieci wsparcia udzielanej osobom starszym w wieku późnej dorosłości. Jej celem będzie opracowanie standardowych procedur podejmowanych w momencie, gdy osoba traci wzrok, ale też stosowanie ich jako badań przesiewowych i kierowanie pacjentów do odpowiednich instytucji, takich jak poradnie zdrowia psychicznego [34].

Badania pokazały również, że leczenie za pomocą programów uczących samokontroli, rozwiązywania problemów, mówienia o pojawiających się objawach personelowi medycznemu, może wpłynąć na zmniejszenie się depresji i poprawę jakości życia osób starszych. Wprowadzanie programów w klinikach, szpitalach, przychodniach, w których leczą się osoby tracące wzrok lub które go utraciły, może znacząco wpłynąć na zwiększenie poczucia własnej skuteczności pacjentów z problemami wzrokowymi [52, 53]. Zadaniem lekarzy powinno być poinformowanie pacjenta o diagnozie, ale także powinno się pamiętać o dbaniu przy tym o element psychologiczny, emocjonalny. Lekarze okuliści często nie uwzględniają prób badających poziom wrażliwości na kontrast, a przecież on jest tak istotny podczas wykonywania czynności dnia codziennego.

Powyższe badania pokazały, że istnieją skuteczne interwencje psychologiczne, tj. różne programy mające na celu nauczenie zarządzania i rozwiązywania problemów, mogące zmniejszyć depresję u osób z niepełnosprawnością wzroku.

Badania na temat pojawiającej się depresji u osób starszych z niepełnosprawnością wzroku na pewno powinny być prowadzone na szeroką skalę. Przy czym warto ustalić, jaki czas upłynął od momentu utraty wzroku, poznać historię choroby każdego pacjenta. Nie wolno również zapomnieć o chorobach przewlekłych (cukrzyca, nowotworach), innych zaburzeniach,

które również oprócz uszkodzenia wzroku mogły przyczynić się do wystąpienia choroby.

## Podsumowanie

Ze względu na częste występowanie zaburzeń nastroju wśród starszych osób z niepełnosprawnością wzroku wskazane byłoby podjęcie interwencji w celu zapobiegania i leczenia depresji. Problem ten powinien być podejmowany ze względu na częstość występowania i trudność w leczeniu. Koniecznym jest rozpoznanie działań mających na celu podniesienie kwalifikacji personelu medycznego, pracowników administracyjnych w instytucjach społecznych, takich jak miejskie ośrodki pomocy społecznej, dzienne ośrodki pobytu, domy opieki społecznej, gdyż to właśnie z tymi osobami starsi ludzie mają najczęstszy kontakt. Im później osoba z niepełnosprawnością wzroku w okresie późnej dorosłości i z depresją otrzyma wsparcie, tym dłużej będzie trwało leczenie depresji.

Proces prewencyjny powinien mieć charakter wielofunkcyjny. Należy zadbać o poprawę zdolności motorycznych (umiejętności równoważne, sposób chodzenia, poprawę kondycji). Brak możliwości korzystania ze wzroku może powodować częstsze upadki i ograniczenia fizyczne. Równie istotna jest poprawa bezpieczeństwa w środowisku domowym (odpowiednia organizacja i dostosowanie do potrzeb). Interwencja powinna także polegać na uświadomieniu pacjentom, że przyjmowanie bardzo dużej ilości środków farmakologicznych, w tym leków psychotropowych nie jest rozwiązaniem skutecznym, a wręcz przeciwnie, jest procesem uzależniającym. Bardzo korzystne byłoby wsparcie psychologiczne w postaci terapii krótko- lub długoterminowej mającej na celu nauczenie korzystania z posiadanych zasobów.

To, w jaki sposób przebiegać będzie proces usprawniania i terapii zaburzeń nastroju, zależeć będzie również od zdolności adaptacyjnych oraz kondycji fizycznej osób z niepełnosprawnością wzroku w okresie późnej dorosłości. Dlatego też koniecznym jest wdrażanie odpowiednich programów, zajęć, spotkań dla seniorów, podczas których uczyliby się radzić sobie z sytuacjami nowymi i zarazem trudnymi.

*Źródło finansowania: Dotacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) na działalność statutową Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie.*

*Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo / References

1. WHO. Global data on visual impairments 2010. [www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf?ua=1](http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf?ua=1) (20.09.2017).
2. GUS. Ludność w wieku 60 lat i więcej (struktura według płci i wieku, trwanie życia, umieralność, prognoza). [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc\\_w\\_wieku\\_60\\_struktura\\_demograficzna\\_i\\_zdrowie.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60_struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf) (10.10.2017).
3. Steuden S. Psychologia starzenia się i starości. PWN, Warszawa 2014.
4. Casten RJ, Rovner BW. Update on depression and age-related macular degeneration. *Curr Opin Ophthalmol* 2013, 24(3): 239-243.
5. Carson RC, Butcher JN, Mineka S. Psychologia zaburzeń. GWP, Gdańsk 2003.
6. Burmedi D, Becker S, Heyl V, et al. Emotional and social consequences of age-related low vision. *Vis Impair Res* 2002, 4(1): 47-71.
7. Evans JR, Fletcher AE, Wormald RP. Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology* 2007, 114(2): 283-288.
8. Brody BL, Gamst AC, Williams RA, et al. Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2001, 108(10): 1893-1901.
9. Varma R, Vajaranant TS, Burkemper B, et al. Visual impairment and blindness in adults in the United States: demographic and geographic variations from 2015 to 2050. *JAMA Ophthalmol* 2016, 134(7): 802-809.
10. Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, et al. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. *Optom Vis Sci* 2007, 84(11): 1024-1030.
11. Noran NH, Izzuna MG, Bulgiba AM, et al. Severity of visual impairment and depression among elderly Malaysians. *Asia Pac J Public Health* 2009, 21(1): 43-50.
12. Li Y, Crews JE, Elam-Evans LD, et al. Visual impairment and health-related quality of life among elderly adults with age-related eye diseases. *Qual Life Res* 2011, 20(6): 845-852.
13. Fagerström R. Correlation between depression and vision in aged patients before and after cataract operations. *Psychol Rep* 1994, 75(1 Pt 1): 115-125.
14. McGwin G Jr, Li J, McNeal S, Owsley C. The impact of cataract surgery on depression among older adults. *Ophthalmic Epidemiol* 2003, 10(5): 303-313.
15. Freeman EE, Gresset J, Djafari F, et al. Cataract-related vision loss and depression in a cohort of patients awaiting cataract surgery. *Can J Ophthalmol* 2009, 44(2): 171-176.
16. Wilson MR, Coleman AL, Yu F, et al. Depression in patients with glaucoma as measured by self-report surveys. *Ophthalmology* 2002, 109(5): 1018-1022.
17. Mabuchi F, Yoshimura K, Kashiwagi K, et al. Risk factors for anxiety and depression in patients with glaucoma. *Br J Ophthalmol* 2012, 96(6): 821-825.
18. Tosini G, Baba K, Hwang CK, Iuvone PM. Melatonin: an underappreciated player in retinal physiology and pathophysiology. *Exp Eye Res* 2012, 103: 82-89.
19. Casten RJ, Rovner BW, Tasman W. Age-related macular degeneration and depression: a review of recent research. *Curr Opin Ophthalmol* 2004, 15(3): 181-183.
20. Tolman J, Hill RD, Keleinschmidt JJ, Gregg CH. Psychosocial adaptation to visual impairment and its relationship to depressive affect in older adults with age-related macular degeneration. *Gerontologist* 2005, 45(6): 747-753.
21. Mathew RS, Delbaere K, Lord SR, et al. Depressive symptoms and quality of life in people with age-related macular degeneration. *Ophthalmic Physiol Opt* 2001, 31(4): 375-380.
22. Lotery A, Xu X, Zlatava G, Loftus J. Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *Br J Ophthalmol* 2007, 91(10): 1303-1307.
23. Casten R, Rovner B. Depression in age-related macular degeneration. *J Vis Impair Blind* 2008, 102(10): 591-599.
24. Crews JE, Jones GC, Kim JH. Double jeopardy: the effects of comorbid conditions among older people with vision loss. *J Vis Impair Blind* 2006, 100(Suppl): 824-848.
25. Branch LG, Horowitz A, Carr C. The implications for everyday life of incident self-reported visual decline among people over age 65 living in the community. *Gerontologist* 1989, 29(3): 359-365.
26. Agorastos A, Skevas C, Matthaei M, et al. Depression, anxiety, and disturbed sleep in glaucoma. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2013, 25(3): 205-213.
27. Eramudugolla R, Wood J, Anstey KJ. Co-morbidity of depression and anxiety in common age-related eye diseases: a population-based study of 662 adults. *Front Aging Neurosci* 2013, 5: 56.
28. Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT, et al. Low vision depression prevention trial in age related macular degeneration: a randomized clinical trial. *Ophthalmology* 2014, 121(11): 2204-2211.
29. McCusker S, Koola MM. Association of Ophthalmologic Disorders and Depression in the Elderly: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015, 17(4).
30. Actis AG, Versino E, Brogliatti B, Rolle T. Risk factors for Primary Open Angle Glaucoma (POAG) progression: a study ruled in Torino. *Open Ophthalmol J* 2016, 10: 129-139.
31. Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, et al. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. *Optom Vis Sci* 2007, 84(11): 1024-1030.
32. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005, 13(3): 180-187.
33. Van der Aa HP, Comijs HC, Penninx BW, et al. Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2015, 56(2): 849-854.
34. Van der Aa HP, van Rens GH, Comijs HC, et al. Stepped-care to prevent depression and anxiety in visually impaired older adults-design of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013, 13: 209.
35. Rees G, Xie J, Holloway EE, et al. Identifying distinct risk factors for vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2013, 54(12): 7431-7438.
36. Dawson SR, Mallen CD, Gouldstone MB, et al. The prevalence of anxiety and depression in people with age-related macular degeneration: a systematic review of observational study data. *BMC Ophthalmol* 2014, 14: 78.

37. Williams RA, Brody BL, Thomas RG, et al. The psychosocial impact of macular degeneration. *Arch Ophthalmol* 1998, 116(4): 514-520.
38. Rovner BW, Casten RJ. Activity loss and depression in age-related macular degeneration. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002, 10(3): 305-310.
39. Brody BL, Roch-Levecq AC, Thomas RG, et al. Self-management of age-related macular degeneration at the 6-month follow-up: a randomized controlled trial. *Arch Ophthalmol* 2005, 123(1): 46-53.
40. Verstraten PFJ, Brinkmann WLJH, Stevens NL, Schouten JSAG. Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series* 2005, 1282: 317-321.
41. Casten R, Rovner BW, Fontenot JL. Targeted Vision Function Goals and Use of Vision Resources in Ophthalmology Patients with Age-Related Macular Degeneration and Comorbid Depressive Symptoms. *J Vis Impair Blind* 2016, 110(6): 413-424.
42. Alma MA, Van der Mei SF, Feitsma WN, et al. Loneliness and self-management abilities in the visually impaired elderly. *J Aging Health* 2011, 23(5): 843-861.
43. Jones GC, Rovner BW, Crews JE, Danielson ML. Effects of depressive symptoms on health behavior practices among older adults with vision loss. *Rehabil Psychol* 2009, 54(2): 164-172.
44. Jeong AR, Kim CY, Kang MH, Kim NR. Psychological Aspects of Glaucoma. *J Nerv Ment Dis* 2016, 204(3): 217-220.
45. Mitsonis CI, Mitropoulos PA, Dimopoulos NP, et al. Anxiety and depression in cataract surgery: a pilot study in the elderly. *Psychol Rep* 2006, 99(1): 257-265.
46. Wong R. The impact of cataract surgery on depression among older adults: a propensity score analysis. *Innovation in Aging* 2017, 1(1): 173-174.
47. Zhang X, Olson DJ, Le P, et al. The Association Between Glaucoma, Anxiety, and Depression in a Large Population. *Am J Ophthalmol* 2017, 183: 37-41.
48. Kong X, Yan M, Sun X, Xiao Z. Anxiety and Depression are More Prevalent in Primary Angle Closure Glaucoma Than in Primary Open-Angle Glaucoma. *J Glaucoma* 2015, 24(5): e57-e63.
49. Horowitz A, Brennan M, Reinhardt JP, et al. The impact of assistive device use on disability and depression among older adults with age-related vision impairments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006, 61(5): 274-280.
50. Zhang X, Bullard KM, Cotch ME, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005-2008. *JAMA Ophthalmol* 2013, 131(5): 573-581.
51. Adigun K, Oluleye TS, Ladipo MMA, Olowookere SA. Quality of life in patients with visual impairment in Ibadan: a clinical study in primary care. *J Multidiscip Healthc* 2014, 7: 173-178.
52. Girdler SJ, Boldy DP, Dhaliwal SS, et al. Vision self-management for older adults: a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol* 2010, 94(2): 223-228.
53. Roets-Merken LM, Draskovic I, Zuidema SU, et al. Effectiveness of rehabilitation interventions in improving emotional and functional status in hearing or visually impaired older adults: a systematic review with meta-analyses. *Clin Rehabil* 2015, 29(2): 107-119.