

Rozdział 10

Mateusz Paplicki

Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ORCID: [0000-0002-4169-9298](https://orcid.org/0000-0002-4169-9298)

Robert Susio

Zakład Gerontologii, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ORCID: [0000-0002-2680-7617](https://orcid.org/0000-0002-2680-7617)

Jarosław Drobniak

Zakład Gerontologii, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ORCID: [0000-0001-5472-1485](https://orcid.org/0000-0001-5472-1485)

Małgorzata Sobieszkańska

Katedra i Klinika Geriatrii, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ORCID: [0000-0003-4374-9866](https://orcid.org/0000-0003-4374-9866)

Osoby starsze jako osoby niepełnosprawne

The elderly as the disabled

Streszczenie

Osoba starsza wymaga zastosowania specjalnego podejścia nie ze względu na osiągnięty wiek, lecz wynikające z niego zaawansowanie procesów degeneracyjnych i chorobowych, przejawiające się w ograniczeniu funkcji organizmu. Utrata sprawności bywa udziałem osób już przed osiągnięciem wieku starszego, zwykle temu wiekowi towarzyszy, a po jego osiągnięciu wraz dalszym upływem czasu występuje wcześniej czy później praktycznie nieuchronnie. W konsekwencji osoby w wieku starszym często są również osobami niepełnosprawnymi. Problem niepełnosprawności w wieku starszym nabrzmiewa. Szacuje się, że statystycznemu Polakowi średnio niemal 20% życia upłynie jako osobie żyjącej z niepełnosprawnością. Problemy starzejących się społeczeństw nie wynikają jedynie z rosnącego udziału osób w wieku starszym, lecz przede wszystkim z wielorakich negatywnych następstw utraty sprawności przez członków tej grupy wiekowej, w tym: utraty zdolności do pracy, zwiększonego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i medyczne, oraz zależności od otoczenia. W konsekwencji, rozwiązanie problemów osób w wieku starszym faktycznie nie jest możliwe bez kompleksowego uregulowania sytuacji wszystkich osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, zapobiegania niepełnosprawności, opóźniania jej występowania i ograniczania jej negatywnych skutków.

Słowa kluczowe

osoby starsze, osoby niepełnosprawne, jakość życia

Key words

elderly people, disabled people, quality of life

Uwagi wstępne

Odmienność sytuacji osób starszych w stosunku do innych osób w społeczeństwie może mieć podstawy realne lub formalne. Istnieje wiele regulacji prawnych należących do tej drugiej grupy, w tym głównie o charakterze konstytuującym szczególnie uprawnienia przysługujące osobom, które osiągnęły określony wiek, jak np. uprawnienia do pobierania świadczenia emerytalnego, korzystania z darmowych przejazdów środkami komunikacji lub bezpłatnego uzyskiwania określonych leków. Uzasadnieniem dla nich wszystkich jest jednak, wynikające z fizjologii starzenia się i często towarzyszących mu procesów patologicznych, realne obniżenie sprawności organizmu typowo pogłębiające się wraz z wiekiem aż do momentu, gdy funkcjonowanie danej osoby w społeczeństwie staje się przez nie istotnie ograniczone. Faktycznie osoba starsza wymaga zastosowania specjalnego podejścia nie ze względu na osiągnięty wiek, lecz wynikające z niego zaawansowanie procesów degeneracyjnych i chorobowych, przejawiające się w ograniczeniu funkcji organizmu. Idąc tym tokiem rozumowania, utrata sprawności bywa udziałem osób już przed osiągnięciem wieku starszego; zwykle temu wiekowi towarzyszy, a po jego osiągnięciu wraz dalszym upływem czasu występuje wcześniej czy później praktycznie nieuchronnie. Okazuje się zatem, że osoby w wieku starszym często są również osobami niepełnosprawnymi.

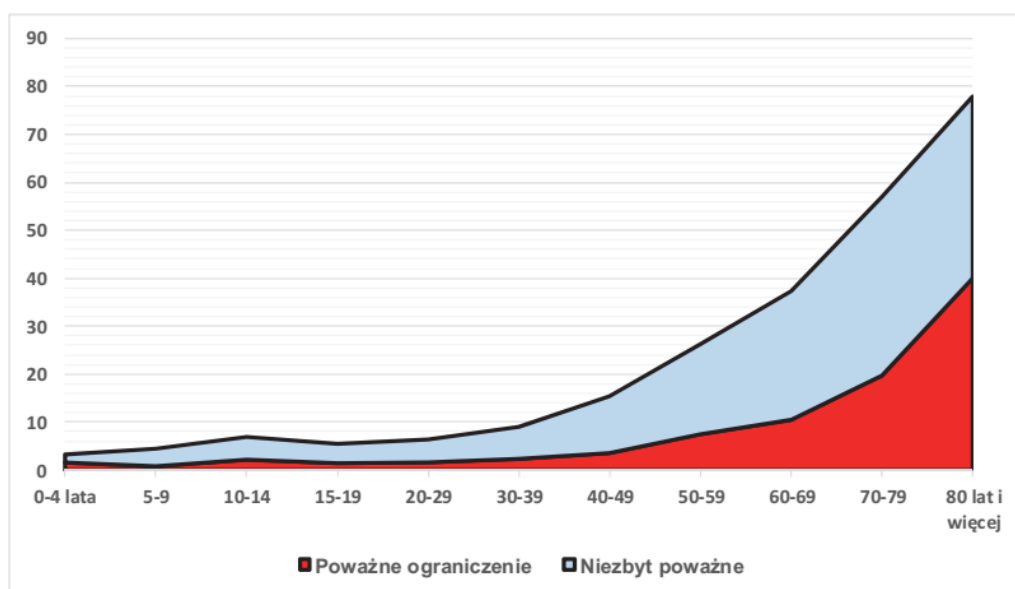
Wiek jest istotnym czynnikiem determinującym wzrost ryzyka wystąpienia niepełnosprawności, a tym samym i zmniejszenia stopnia samodzielności w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym życiu, co z kolei wyznacza rosnący zakres jakościowy i ilościowy zapotrzebowania na pomoc udzielaną osobom w wieku starszym. W Polsce odsetek osób odczuwających niepełnosprawność rośnie w kolejnych grupach wiekowych i w roku 2002 wynosił odpowiednio: w grupie 60–64 lata – 34,7%; 65–69 lat – 35,8%; 70–74 lata – 42,0%, 75–79 lat – 46,6%, przekraczając 50,0% w grupie wiekowej 80 lat i więcej¹. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z roku 2014 odsetek osób deklarujących, że z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, wśród pięćdziesięciolatków wynosił około 25%, a w przypadku siedemdziesięciolatków około 60%. Jak to obrazuje wykres 1, w grupach wiekowych począwszy od 50. roku życia dynamicznie przyrasta liczba tak zdefiniowanych osób niepełnosprawnych, wykazujących poważne i mniej poważne ograniczenia wykonywanych czynności². Nasilanie się zjawiska

¹ P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce 2012*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf [dostęp 19.09.2019].

² Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS 2016, s. 107, http://bezekranu.zszwolsztyn.pl/zo_stan_zdrowia_ludnosci_2014.pdf [dostęp 19.09.2019].

niepełnosprawności wraz z wiekiem znalazło swe odbicie w fakcie, że niemal 60,0% spośród osób niepełnosprawnych stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym³. Warto podkreślić, że na potrzeby okresowych spisów ludności osoba niesprawna jest definiowana na podstawie posiadania odpowiedniego orzeczenia (kryterium prawne) lub faktu odczuwania ograniczenia sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (kryterium biologiczne) – w przypadku osób w wieku starszym kryterium to jest mało wymagające i oznacza „podstawową samoobsługę przy czynnościach higienicznych, zakupach lub przyrządzaniu posiłków”⁴.

Wykres 1. Częstość występowania niepełnosprawności według kryterium unijnego w grupach wiekowych [w odsetkach] – za GUS⁵.



Sprawność grupy osób w wieku starszym podlega w Polsce również okresowej ocenie naukowej. Przeprowadzone w roku 2011 badanie POLSENIOR wykazało, że ponad 90% osób w wieku 65 lat i więcej jest w stanie bez potrzeby korzystania z pomocy innych osób wykonywać czynności życia codziennego, jak: mycie całego ciała, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych i jedzenie. Niezależność pod względem funkcjonalnym, której wykładnikiem jest samodzielność w wykonywaniu przez daną osobę co najmniej pięciu z tych czynności,

³ Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002 – Raport z wyników*, GUS 2003, s. 35, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/raport_z_wynikow_nsp_ludnosci_i_mieszkan_2002.pdf [dostęp 19.09.2019].

⁴ Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 – Raport z wyników*, GUS 2012, s. 34, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lud_raport_z_wynikow_NSP2011.pdf [dostęp 19.09.2019].

⁵ Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS 2016..., s. 107.

malą jednak z wiekiem – od 99,9% w grupie wiekowej 65–69 lat do 79,1% w grupie wiekowej 85 lat i więcej. Znacznie gorzej prezentuje się niezależność osób w wieku starszym w aspekcie wykonywania złożonych czynności życia codziennego, w przypadku których ograniczenia dotyczyły około 20% osób w grupie wiekowej 65–69 lat i około 90% osób w grupie wiekowej 85 lat i więcej. W grupie wiekowej 65 lat i więcej: 18,6% osób nie było w stanie skorzystać z telefonu, a dalsze 8,9% osób wymagało w tym pomocy; korzystanie z komunikacji miejskiej czy taksówek nie było możliwe dla 24,7% osób, a 10,8% osób było w stanie zrobić to z pomocą; zrobienie zakupów było niemożliwe dla 30,4% osób, a 5,6% osób wykonywało je z pomocą; 9,7% osób wymagało pomocy przy przygotowywaniu posiłków, a 15,9% osób nie było w stanie tego zrobić w ogóle; 11,0% osób wykonywało z pomocą prace domowe, jak sprzątanie i drobne naprawy, a 23,7% osób nie było w stanie ich wykonywać w ogóle; pranie nie było możliwe do wykonania dla 24,5% osób, a 9,6% osób było w stanie je wykonać, korzystając z pomocy; 13,5% osób nie było w stanie gospodarować pieniędzmi, a 6,2% robiło to z pomocą; 10,0% osób wymagało pomocy przy przyjmowaniu leków, a 13,2% osób nie było w stanie tego zrobić w ogóle⁶. Z innych badań wynika, że w Polsce trudności w wykonywaniu prac domowych dotyczą około 30% osób sześćdziesięcioletnich, ponad 60% osób siedemdziesięcioletnich i niemal 85% osób liczących 80 lat i więcej⁷.

Starość i niepełnosprawność w ujęciu formalno-prawnym

Od roku 2015 obowiązuje w Polsce ustawa o osobach starszych⁸, która definiuje takie osoby jako te, które ukończyły 60. rok życia. Natomiast ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁹ określa niepełnosprawność jako trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Status osoby niepełnosprawnej przyznawany jest na podstawie potwierdzenia występowania niepełnosprawności orzeczeniem: o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16. roku życia; o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni

⁶ M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *POLSENIOR. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Poznań 2012, s.82, <http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/pliki/ol/polsenior.pdf> [dostęp 19.09.2019].

⁷ A. Gutowska, *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015, nr 8, s. 9, <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/ikps/article/viewFile/1595/1567> [dostęp 19.09.2019].

⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1705).

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776, ze zm.; t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172).

niepełnosprawności: znacznego, umiarkowanego albo lekkiego – w przypadku spełnienia warunków kwalifikowania osób powyżej 16. roku życia do odpowiednich stopni niepełnosprawności. Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu ze zdolnością, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne. Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza natomiast naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Jednostkowe i systemowe konsekwencje ograniczenia sprawności organizmu ludzkiego w wieku starszym

Chwilowe zaburzenia oraz coraz częściej występujące ograniczenia sprawności psychicznej o charakterze przewlekłym¹⁰ – wynikające zarówno z samego procesu starzenia, jak i chorób współistniejących czy ich terapii – nierzadko czynią osoby w wieku starszym faktycznie niezdolnymi do skutecznego wyrażania woli na potrzeby czynności wynikających z prawa cywilnego, jak bieżące rozporządzanie majątkiem czy sporządzenie testamentu¹¹. Na gruncie medycznym stanowi to często źródło problemów w dążeniu do zapewnienia adekwatnej współpracy ze strony pacjenta w wieku starszym, a zwłaszcza może utrudniać bądź nawet uniemożliwiać uzyskanie od niego w prawidłowy sposób

¹⁰ J. Drobnik, R. Susło, A. Krześcińska-Nowacka, D. Kurpas, A. Muszyńska, A. Mastalerz-Migas, I. Pirogowicz, *Analiza występowania otępienia oraz chorób powodujących zespoły otępienne w populacji Dolnego Śląska*, "Family Medicine & Primary Care Review" 2010, vol. 12, no 1, s. 9 (dalej "Fam Med Prim Care Rev").

¹¹ J. Trnka, J. Drobnik, R. Susło, *The role of primary care physicians in enabling validation of a patient's ability to make legal statements and express a last will*, "Fam Med Prim Care Rev" 2017, vol. 19, no 3, s. 319, <http://doi.org/10.5114/fmpcr.2017.69298>.

zgody na poddanie się czynnościom medycznym¹². Ograniczenia sprawności psychoruchowej stanowią także o zwiększonej podatności osób w wieku starszym na urazy, których doznają one w różnych okolicznościach – w wyniku upadków i innych wypadków¹³, w tym komunikacyjnych¹⁴, a także w wyniku przestępstw¹⁵. Ustalenie tych przyczyn oraz okoliczności ewentualnego zgonu osoby starszej jest utrudnione z uwagi na opóźnienie ujawnienia zwłok wynikające z życia w samotności i izolacji, typowo znaczny w chwili zgonu stopień zaawansowania licznych współistniejących chorób przewlekłych, polipragmazję lub nadużywanie leków i alkoholu¹⁶, a także konieczność wykluczenia możliwości samobójstwa lub eutanazji¹⁷.

Potrzeba bezpieczeństwa zdrowotnego jest uniwersalna¹⁸, jednak najdobitniej przejawia się ona w razie nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia w przypadku osoby starszej jako jednocześnie szczególnie podatnej i często w znacznym stopniu zależnej od otoczenia¹⁹. Przekłada się to na zapotrzebowanie na świadczenia doraźnej opieki medycznej o specyficznym profilu²⁰, ze szczególnym uwzględnieniem terapii bólu²¹, która w swym nowoczesnym ujęciu umożliwia stosowanie silnie działających

¹² J. Drobnik, J. Trnka, R. Susło, *Ambushes related to collecting patients' consent for medical procedures by family doctors*, "Fam Med Prim Care Rev" 2017, vol. 19, no 3, s. 298, <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2017.69294>.

¹³ I. Wróblewska, R. Susło, Z. Wróblewska, J. Drobnik, *Zespół kruchości – częsty problem obniżający jakość życia osób w podeszłym wieku*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018, s. 73.

¹⁴ R. Susło, J. Siuta, J. Trnka, M. Gęsicki, J. Drobnik, *Osoby w podeszłym wieku jako szczególnie uczestnicy ruchu drogowego*, „Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica” 2013, nr 297 (dalej „Acta Univ. Lodz., Folia Oecon.”), *Pomyślne starzenie się – uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne*, s.171, <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/10513>.

¹⁵ M. Gęsicki, J. Trnka, R. Susło, J. Siuta, J. Drobnik, *Ludzie starsi jako ofiary przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu*, „Acta Univ. Lodz., Folia Oecon.” 2013, nr 297, *Pomyślne starzenie się – uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne*, s.149, <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/10511>.

¹⁶ R. Susło, J. Siuta, J. Trnka, M. Gęsicki, J. Drobnik, *Sądowo-lekarskie problemy przy określaniu przyczyny zgonu w przypadku osób starszych, które zmarły w niejasnych okolicznościach*, „Acta Univ. Lodz., Folia Oecon.” 2013, nr 297, *Pomyślne starzenie się – uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne*, s.225, <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/10517>.

¹⁷ J. Trnka, R. Susło, Ł. Szleszkowski, *Eutanazja a ludzie w podeszłym wieku*, [w:] J. Kowalski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo: nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego Łódź 2004, s. 223.

¹⁸ M. Paplicki, R. Susło, M. Kwiaton, J. Drobnik, L. Styka, K. Niewińska, G. Chourasia, J. Godziński, *Oczekiwania pacjenta co do jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2019*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2019, s. 11.

¹⁹ I. Wróblewska, R. Susło, Z. Wróblewska, J. Drobnik, *op. cit.*, s. 73.

²⁰ T. Kocowski, R. Susło, M. Paplicki, *System ratownictwa medycznego a potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018, s. 85.

²¹ U. Grata-Borkowska, I. Wróblewska, R. Susło, J. Drobnik, *Leczenie bólu ostrego i zaostrzeń przewlekłych zespołów bólowych u pacjentów w wieku starszym*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018, s. 49.

analgetyków również w przypadku, powszechnych w wieku starszym, przewlekłych dolegliwości bólowych pochodzenia nienowotworowego²². Zapewnienie osobom w wieku starszym stanu zadowalającego bezpieczeństwa medycznego nie może opierać się głównie na działaniach doraźnych, może natomiast zostać osiągnięte na drodze długofalowego i kompleksowego wdrażania rozwiązań o charakterze systemowym²³. W szczególności, stosunkowo tanie działania profilaktyczne, jak szczepienia ochronne, przynoszą szczególną korzyść osobom w wieku starszym²⁴. Generalnie, szanse na utrzymanie sprawności w okresie starości zwiększają wydatnie działania w zakresie promocji zdrowia²⁵ i prewencji chorób cywilizacyjnych, które powinny być adresowane do osób od jak najwcześniejszych etapów ich życia²⁶. Służy temu również podejmowana w odpowiednim czasie rehabilitacja medyczna, przywracająca utraconą sprawność lub ograniczająca i opóźniająca pogłębianie się jej ubytków²⁷. Uniwersalnym celem pozostaje umożliwienie osobom starszym jak najdłuższego prowadzenia samodzielnego życia i pozostawania w społeczności lokalnej²⁸, a także utrzymanie sprawności już po ewentualnej niezbędnej instytucjonalizacji²⁹. Działania podejmowane wobec osób starszych, zarówno przez profesjonalistów medycznych, jak i opiekunów nieformalnych, powinny zatem ogniskować się na sprawności funkcjonalnej, zdefiniowanej jako niezależność

²² J. Dobrogowski, J. Wordliczek, A. Szczudlik, A. Stępień, J. Drobniak, W. Leppert, M. Krajnik, J. Woźniak, R. Zajączkowska, M. Kocot-Kepska, A. Przeklasa-Muszyńska, J. Jakowicka-Wordliczek, M. Kołtątaj, M. Janecki, J. Pyszkowska, K. Boczar, M. Suchorzewski, S. Mordarski, R. Susło, M. Malcewicz, *Zasady stosowania silnie działających opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego – przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej*, „Ból” 2015, t. 16(3), s. 9, <https://doi.org/10.5604/1640324x.1178726>.

²³ M. Paplicki, R. Susło, K. Dopierała, J. Drobniak, *Systemic aspects of securing the health safety of the elderly*, „Fam Med Prim Care Rev” 2018, vol. 20, no 3, s. 267, <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.78272>.

²⁴ M. Paplicki, R. Susło, N. Najjar, P. Ciesielski, J. Augustyn, J. Drobniak, *Conflict of individual freedom and community health safety: legal conditions on mandatory vaccinations and changes in the judicial approach in the case of avoidance*, „Fam Med Prim Care Rev” 2018, vol. 20, no 4, s. 389, <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.80081>.

²⁵ J. Drobniak, M. Malcewicz, P. Józefowski, D. Kurpas, R. Susło, *Wpływ promocji zdrowia na poprawę wiedzy o zdrowiu wśród osób starszych – badania pilotażowe*, „Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 3, s. 639.

²⁶ J. Drobniak, M. Malcewicz, P. Józefowski, D. Kurpas, R. Susło, A. Steciwko, *Wpływ aktywności fizycznej uprawianej w okresie wczesnej dorosłości na kształtowanie pozytywnego przebiegu starości – badania pilotażowe*, „Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 3, s. 643.

²⁷ J. Drobniak, M. Malcewicz, P. Józefowski, R. Susło, A. Steciwko, *Starzenie się człowieka w kontekście działań rehabilitacyjnych w świetle literatury przedmiotu*, „Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 3, s. 885.

²⁸ I. Wróblewska, I. Zborowska, A. Dąbek, R. Susło, Z. Wróblewska, J. Drobniak, *Health status, health behaviors, and the ability to perform everyday activities in Poles aged ≥ 65 years staying in their home environment*, „Clinical Interventions in Aging” 2018, vol. 13, s. 355, <https://doi.org/10.2147/CIA.S152456>.

²⁹ I. Wróblewska, D. Talarska, Z. Wróblewska, R. Susło, J. Drobniak, *Pain and symptoms of depression: international comparative study on selected factors affecting the quality of life of elderly people residing in institutions in Europe*, „BMC Geriatrics” 2019, vol. 19, s. 147, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1164-5>.

i samodzielność w codziennym funkcjonowaniu w zakresie podstawowych i złożonych funkcji życiowych. Priorytetem powinna być optymalizacja sprawności funkcjonalnej, rozumiana jako jej poprawa, utrzymanie, a co najmniej spowolnienie tempa utraty sprawności z zachowaniem możliwie najlepszej jakości życia³⁰. Z uwagi na postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa polskiego³¹ od wielu lat występuje wzrost zapotrzebowania na adresowane do osób w wieku starszym świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne³² i lecznicze³³. Niestety utrzymuje się ich deficyt³⁴ – na tym polu szczególnie widoczna jest niewydolność mechanizmów opieki długoterminowej³⁵, zwłaszcza w przypadku osób o zwiększonych potrzebach, np. przy schorzeniach przebiegających z otępieniem³⁶.

W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się rosnącą tendencję do zastępowania produktami nowoczesnych technologii elementów dotychczasowego – opartego na udziale wyspecjalizowanego personelu i scentralizowanych usług stacjonarnych – systemu świadczeń opiekuńczych, pielęgnacyjnych³⁷ oraz medycznych – w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia³⁸ – a zwłaszcza rosnące zainteresowanie produktami mobilnymi lub zapewniającymi zdalną komunikację³⁹. Również w zakresie leczenia zamkniętego nowoczesne technologie medyczne zorientowane w sposób szczególny na zaspokajanie

³⁰ K. Wieczorowska-Tobis, A. Stogowski, *Związek starzenia z niepełnosprawnością*, „Gerontologia Polska” 2014, t. 3, s. 159, http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/07/2014-3_Gerontologia_5.pdf [dostęp 19.09.2019].

³¹ J. Drobniak, L. Lenkiewicz, P. Kollbek, R. Susło, *Starzenie się populacji jako wyzwanie dla woj. dolnośląskiego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2006, t. 87, supl. s. 10.

³² J. Drobniak, J. Trnka, R. Susło, *Przegląd instrumentów opieki służących zabezpieczeniu potrzeb osób w podeszłym wieku*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 244.

³³ J. Drobniak, R. Susło, J. Trnka, *Założenia i realia systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku w ramach ochrony zdrowia*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006, s. 248.

³⁴ J. Drobniak, R. Susło, D. Kurpas, J. Trnka, *Analiza systemu opieki nad osobami starszymi i ich potrzeb zdrowotnych na Dolnym Śląsku*, „Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 2, s. 165.

³⁵ J. Furtak-Pobrotyn, P. Pobrotyn, Ł. Rypicz, R. Susło, J. Drobniak, I. Witczak, *Forced prolonged hospital stays as a manifestation of the dysfunction of the Polish long-term care system*, „Fam Med Prim Care Rev” 2018, vol. 20, no 3, s. 218, <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2018.78254>.

³⁶ J. Drobniak, R. Susło, A. Steciwko, A. Krzesińska-Nowacka, D. Kurpas, B. Sapilak, A. Muszyńska, *Instrumenty zabezpieczenia społecznego osób z chorobami otępiennymi na terenie Dolnego Śląska*, „Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 1, s. 15.

³⁷ R. Susło, M. Paplicki, K. Dopierała, J. Drobniak, *Fostering digital literacy in the elderly as a means to secure their health needs and human rights in the reality of the twenty-first century*, „Fam Med Prim Care Rev” 2018, vol. 20, no 3, s. 271, <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2018.78273>.

³⁸ R. Susło, M. Paplicki, I. Wróblewska, U. Grata-Borkowska, J. Drobniak, *Modern technologies serving health safety of old people*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018, s. 145.

³⁹ R. Susło, J. Drobniak, A. Mastalerz-Migas, *Systemy zdalnej diagnostyki i monitoringu stanu zdrowia oraz medyczne testy domowe jako środki umacniające podmiotową rolę pacjenta w starzejącym się społeczeństwie*, „Lekarz POZ” 2017, t. 3(4), s. 269, <https://www.termia.pl/Systemy-zdalnej-diagnostyki-i-monitoringu-stanu-zdrowia-oraz-medyczne-testy-domowe-jako-srodki-umacniajace-podmiotowa-role-pacjenta-w-starzejacym-sie-spoleszenstwie,98,30716,1,0.html> [dostęp 19.09.2019].

potrzeb zdrowotnych osób starszych mogą podnosić efektywność kosztową placówek medycznych⁴⁰ – i to pomimo braku adekwatnej wyceny świadczeń medycznych przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ), które typowo są bardziej kosztochłonne w przypadku osób starszych⁴¹.

Ograniczenia sprawności występujące w wieku starszym mają swe liczne praktyczne konsekwencje, nie tylko z perspektywy jednostek, ale i dla całego społeczeństwa⁴². Jednym z interesujących aspektów zachodzących zmian społecznych w zakresie podejścia do starości i starzenia się jest coraz częściej dostrzegane, dyskutowane i kontestowane zjawisko ich medykalizacji. Jest ono rozumiane jako utożsamianie ich – odpowiednio – ze stanem i procesem o charakterze nie naturalnym, a patologicznym, negatywnym, stanowiącym kolejny problem kliniczny, który nie tylko usprawiedliwia interwencję medyczną, ale coraz częściej wprost jej wymaga. Do grupy tej zaliczane są zwłaszcza zjawiska związane z obniżoną sprawnością organizmu, jak meno- czy andropauza, osteoporoza, schorzenia degeneracyjne stawów czy niewydolność narządów wewnętrznych, które mogą być zaopatrzone farmakologicznie, za pomocą interwencji chirurgicznej lub zabiegami przedłużającymi życie. Medykalizacja starości może być stymulowana odgórnie – przez polityków lub instytucje medyczne – lub mieć charakter oddolny – w tym wynikać z autoetykietowania się osób w wieku starszym jako pacjentów w dążeniu do uzyskania określonych przywilejów. Zjawisko medykalizacji starości związane jest z wieloma negatywnymi konsekwencjami o charakterze medycznym, ekonomicznym i społecznym. W kontekście medyczno-ekonomicznym wymieniane są: reorientacja priorytetów medycyny i przesuwanie ograniczonych dostępnych zasobów na badania problemów wieku starszego oraz profilaktykę, diagnostykę i terapię seniorów kosztem innych dziedzin medycyny i zaopatrzenia pozostałych grup wiekowych; sztuczne zwiększenie liczby stanów zdefiniowanych jako choroba lub stan poprzedzający wystąpienie choroby, wymagających od większej liczby osób poddawania się dodatkowym procedurom medycznym i przyjmowania dodatkowych leków (co wiąże się z dodatkowym ryzykiem wystąpienia powikłań i koniecznością podejmowania kolejnych ryzykownych działań naprawczych, zwiększa obciążenie pracą systemu opieki zdrowotnej oraz generuje dodatkowe koszty, a także skłania osoby starsze do akceptacji faktu zdefiniowania siebie jako osób chorych i przyjęcia odpowiedniej do tego podporządkowanej i biernej postawy życiowej oraz wyklucza je z wielu aktywności jako niezdolnych z etykieta

⁴⁰ J. Furtak-Pobrotyn, P. Pobrotyn, I. Witczak, Ł. Rypicz, R. Susło, R. Jażdż-Zaleska, J. Drobnik, *The effect of modern medical technology on the availability and cost of cataract treatment in older patients*, „Fam Med Prim Care Rev” 2018, vol. 20, no 3, s. 222, <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2018.78255>.

⁴¹ P. Pobrotyn, R. Susło, I. Witczak, P. Milczanowski, J. Drobnik, *Differences in selected medical care parameters in rheumatic disease ward patients of different ages of life*, „Reumatologia” 2016, t. 54(2), s. 54, <https://doi.org/10.5114/reum.2016.60213>.

⁴² P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *op. cit.*

osoby chorej, w tym zwłaszcza z rynku pracy jako osoby mniej przydatne w oczach potencjalnych pracodawców) oraz wynikający z powyższych ogólny nieadekwatny wzrost znaczenia medycznej kontroli społecznej i uzależnienia konkretnych osób od instytucji medycznych. Dodatkowo, technologiczna i finansowa dostępność procedur przedłużających życie ludziom w wieku starszym i jednoczesna gotowość otoczenia do współudziału w ich kosztownej, uciążliwej lub ryzykownej realizacji, powodują silną presję odczuwaną przez osoby starsze na poddanie się tym procedurom, mimo że powodują one często znaczne obniżenie jakości pozostałego okresu życia, w tym obniżenie sprawności organizmu i następne nieodwracalne uzależnienie od otoczenia, których osoba starsza w innych okolicznościach by nie zaakceptowała⁴³.

Wnioski

Problem niepełnosprawności w wieku starszym nabrzmiewa. Szacuje się, że statystycznemu Polakowi średnio niemal 20% życia upłynie jako osobie żyjącej z niepełnosprawnością: urodzony w Polsce w roku 2015 mężczyzna przeżyje 14 lat swego spodziewanego około 73-letniego życia jako osoba niesprawna, a kobieta średnio 19 lat, z uwagi na wiek, przewidywalny na około 81 lat⁴⁴. Problemy starzejących się społeczeństw nie wynikają jedynie z rosnącego udziału osób w wieku starszym, lecz przede wszystkim z wielorakich negatywnych następstw utraty sprawności przez członków tej grupy wiekowej, w tym: utraty zdolności do pracy, zwiększonego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i medyczne oraz zależności od otoczenia. W konsekwencji, rozwiązanie problemów osób w wieku starszym faktycznie nie jest możliwe bez kompleksowego uregulowania sytuacji wszystkich osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, zapobiegania niepełnosprawności, opóźniania jej występowania i ograniczania jej negatywnych skutków.

Literatura

Błądowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce 2012*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf [dostęp 19.09.2019].

⁴³ M. Wieczorkowska, *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości i starzenia się*, „Acta Univ. Lodz., Folia Oecon.” 2018, Vol. 2, nr 334, s. 19, <https://doi.org/10.18778/0208-6018.334.02>.

⁴⁴ D. Koszał, *Polska starość jest samotna, chora i biedna*, „Krytyka Polityczna” z 21.02.2018 r., <https://krytykapolityczna.pl/kraj/seniorzy-polska-opieka-opiekunki-osoby-starsze/> [dostęp 19.09.2019].

- Dobrogowski J., Wordliczek J., Szczudlik A., Stępień A., Drobnik J., Leppert W., Krajnik M., Woron J., Zajączkowska R., Kocot-Kepska M., Przeklasa-Muszyńska A., Jakowicka-Wordliczek J., Kołłątaj M., Janecki M., Pyszkowska J., Boczar K., Suchorzewski M., Mordarski S., Susło R., Malec-Milewska M., *Zasady stosowania silnie działających opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego – przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej*, „Ból” 2015, t. 16(3), <https://doi.org/10.5604/1640324x.1178726>.
- Drobnik J., Lenkiewicz L., Kollbek P., Susło R., *Starzenie się populacji jako wyzwanie dla woj. dolnośląskiego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2006, t. 87, supl.
- Drobnik J., Malcewicz M., Józefowski P., Kurpas D., Susło R., *Wpływ promocji zdrowia na poprawę wiedzy o zdrowiu wśród osób starszych – badania pilotażowe*, “Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 3.
- Drobnik J., Malcewicz M., Józefowski P., Susło R., Steciwko A., *Starzenie się człowieka w kontekście działań rehabilitacyjnych w świetle literatury przedmiotu*, „Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 3.
- Drobnik J., Malcewicz M., Józefowski P., Kurpas D., Susło R., Steciwko A., *Wpływ aktywności fizycznej uprawianej w okresie wczesnej dorosłości na kształtowanie pozytywnego przebiegu starości – badania pilotażowe*, “Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 3.
- Drobnik J., Susło R., Krzesińska-Nowacka A., Kurpas D., Muszyńska A., Mastalerz-Migas A., Pirogowicz I., *Analiza występowania otępienia oraz chorób powodujących zespoły otępienne w populacji Dolnego Śląska*, “Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 1.
- Drobnik J., Susło R., Kurpas D., Trnka J., *Analiza systemu opieki nad osobami starszymi i ich potrzeb zdrowotnych na Dolnym Śląsku*, “Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 2.
- Drobnik J., Susło R., Steciwko A., Krzesińska-Nowacka A., Kurpas D., Sapilak B., Muszyńska A., *Instrumenty zabezpieczenia społecznego osób z chorobami otępiennymi na terenie Dolnego Śląska*, “Fam Med Prim Care Rev” 2010, vol. 12, no 1.
- Drobnik J., Susło R., Trnka J., *Założenia i realia systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku w ramach ochrony zdrowia*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Drobnik J., Trnka J., Susło R., *Ambushes related to collecting patients’ consent for medical procedures by family doctors*, “Fam Med Prim Care Rev” 2017, vol. 19, no 3, <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2017.69294>.
- Drobnik J., Trnka J., Susło R., *Przegląd instrumentów opieki służących zabezpieczeniu potrzeb osób w podeszłym wieku*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006.

- Furtak-Pobrotyn J., Pobrotyn P., Rypicz Ł., Susło R., Drobnik J., Witczak I., *Forced prolonged hospital stays as a manifestation of the dysfunction of the Polish long-term care system*, "Fam Med Prim Care Rev" 2018, vol. 20, no 3, <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.78254>.
- Furtak-Pobrotyn J., Pobrotyn P., Witczak I., Rypicz Ł., Susło R., Jażdż-Zaleska R., Drobnik J., *The effect of modern medical technology on the availability and cost of cataract treatment in older patients*, "Fam Med Prim Care Rev" 2018, vol. 20, no 3, <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.78255>.
- Gęsicki M., Trnka J., Susło R., Siuta J., Drobnik J., *Ludzie starsi jako ofiary przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu*, „Acta Univ Lodz., Folia Oecon.” 2013, nr 297, *Pomyślne starzenie się – uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne*, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/10511>.
- Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2002 – Raport z wyników*, GUS 2003, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/raport_z_wynikow_nsp_ludnosci_i_mieszkan_2002.pdf [dostęp 19.09.2019].
- Główny Urząd Statystyczny, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011 – Raport z wyników*, GUS 2012, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lud_raport_z_wynikow_NSP_2011.pdf [dostęp 19.09.2019].
- Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS 2016, http://bezekranu.zszwolsztyn.pl/zo_stan_zdrowia_ludnosci_2014.pdf [dostęp 19.09.2019].
- Grata-Borkowska U., Wróblewska I., Susło R., Drobnik J., *Leczenie bólu ostrego i zaostrzeń przewlekłych zespołów bólowych u pacjentów w wieku starszym*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018.
- Gutowska A., *(Nie)pełnosprawna starość - przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2015, nr 8, <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/ikps/article/viewFile/1595/1567> [dostęp 19.09.2019].
- Kocowski T., Susło R., Paplicki M., *System ratownictwa medycznego a potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018.
- Koszal D., *Polska starość jest samotna, chora i biedna*. „Krytyka Polityczna” z 21.02.2018 r., <https://krytykapolityczna.pl/kraj/seniorzy-polska-opieka-opiekunki-osoby-starsze/> [dostęp 19.09.2019].
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., *POLSENIOR. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Poznań 2012, <http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/pliki/ol/polsenior.pdf> [dostęp 19.09.2019].
- Paplicki M., Susło R., Dopierała K., Drobnik J., *Systemic aspects of securing the health safety of the elderly*, "Fam Med Prim Care Rev" 2018, vol. 20, no 3, <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.78272>.

- Paplicki M., Susło R., Kwiaton M., Drobniak J., Styka L., Niewińska K., Chourasia G., Godziński J., *Oczekiwania pacjenta co do jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2019*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2019.
- Paplicki M., Susło R., Najjar N., Ciesielski P., Augustyn J., Drobniak J., *Conflict of individual freedom and community health safety: legal conditions on mandatory vaccinations and changes in the judicial approach in the case of avoidance*, "Fam Med Prim Care Rev" 2018, vol. 20, no 4, <https://doi.org/10.5114/fmpr.2018.80081>.
- Pobrotyn P., Susło R., Witczak I., Milczanowski P., Drobniak J., *Differences in selected medical care parameters in rheumatic disease ward patients of different ages of life*, „Reumatologia” 2016, t. 54(2), <https://doi.org/10.5114/reum.2016.60213>.
- Susło R., Drobniak J., Mastalerz-Migas A., *Systemy zdalnej diagnostyki i monitoringu stanu zdrowia oraz medyczne testy domowe jako środki umacniające podmiotową rolę pacjenta w starzejącym się społeczeństwie*, „Lekarz POZ” 2017, t. 3(4), <https://www.termedia.pl/Systemy-zdalnej-diagnostyki-i-monitoringu-stanu-zdrowia-oraz-medyczne-testy-domowe-jako-srodki-umacniajace-podmiotowa-role-pacjenta-w-starzejacym-sie-spoleczenstwie,98,30716,1,0.html> [dostęp 19.09.2019].
- Susło R., Paplicki M., Dopierała K., Drobniak J., *Fostering digital literacy in the elderly as a means to secure their health needs and human rights in the reality of the twenty-first century*. "Fam Med Prim Care Rev" 2018, vol. 20, no 3, <https://doi.org/10.5114/fmpr.2018.78273>.
- Susło R., Paplicki M., Wróblewska I., Grata-Borkowska U., Drobniak J., *Modern technologies serving health safety of old people*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018.
- Susło R., Siuta J., Trnka J., Gęsicki M., Drobniak J., *Osoby w podeszłym wieku jako szczególnie uczestnicy ruchu drogowego*, „Acta Univ Lodz., Folia Oecon.” 2013, nr 297, *Pomyślne starzenie się - uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne*, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/10513>.
- Susło R., Siuta J., Trnka J., Gęsicki M., Drobniak J., *Sądowo-lekarskie problemy przy określaniu przyczyny zgonu w przypadku osób starszych, które zmarły w niejasnych okolicznościach*, „Acta Univ Lodz., Folia Oecon.” 2013, nr 297, *Pomyślne starzenie się - uwarunkowania społeczne, przestrzenne i zdrowotne*, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/10517>.
- Trnka J., Drobniak J., Susło R., *The role of primary care physicians in enabling validation of a patient's ability to make legal statements and express a last will*, "Fam Med Prim Care Rev" 2017, vol. 19, no 3, <http://doi.org/10.5114/fmpr.2017.69298>.

- Trnka J., Susło R., Szleszkowski Ł., *Eutanazja a ludzie w podeszłym wieku*, [w:] J. Kowalski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo: nadzieje i zagrożenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
- Wieczorkowska M., *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości i starzenia się*, "Acta Univ. Lodz. Folia Oecon." 2018, Vol. 2, nr 334, <https://doi.org/10.18778/0208-6018.334.02>.
- Wieczorowska-Tobis K., Stogowski A., *Związek starzenia z niepełnosprawnością*, „Gerontologia Polska” 2014, nr 3, http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/07/2014-3_Gerontologia_5.pdf [dostęp 19.09.2019].
- Wróblewska I., Susło R., Wróblewska Z., Drobnik J., *Zespół kruchości – częsty problem obniżający jakość życia osób w podeszłym wieku*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2018*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, SR-Poligrafia, Wrocław 2018.
- Wróblewska I., Talarska D., Wróblewska Z., Susło R., Drobnik J., *Pain and symptoms of depression: international comparative study on selected factors affecting the quality of life of elderly people residing in institutions in Europe*, "BMC Geriatrics" 2019, vol. 19, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1164-5>.
- Wróblewska I., Zborowska I., Dąbek A., Susło R., Wróblewska Z., Drobnik J., *Health status, health behaviors, and the ability to perform everyday activities in Poles aged ≥65 years staying in their home environment*, "Clinical Interventions in Aging" 2018, vol. 13, <https://doi.org/10.2147/CIA.S152456>.

Źródła

- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1705), <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001705/T/D20151705L.pdf> [dostęp 13.09.2019].
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776, ze zm.; t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172), <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19971230776/U/D19970776Lj.pdf> [dostęp 13.09.2019].