

Piotr Czysz*

Akademia Kujawsko Pomorska w Bydgoszczy

<https://orcid.org/0009-0009-2910-2936>

GERIATRIA W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM

Streszczenie

Holistyczne podejście do pacjenta wymaga interdyscyplinarnego działania wielu specjalistów. Optymalne funkcjonowanie pacjenta nie dotyczy tylko jego somatyczności, ale obejmuje wszystkie aspekty życia, wykraczając daleko poza klasyczny schemat zdrowia i choroby. Wielość płaszczyzn funkcjonowania człowieka i osobnicze różnicowanie potrzeb określa skalę zapotrzebowania na daną kompleksową pomoc. Światowy wzrost populacji osób w wieku geriatrycznym będzie wymagał modyfikacji systemu pomocy tym osobom i dalszy wzrost zapotrzebowania na usługi w tej grupie wiekowej.

Słowa kluczowe: *geriatria, holistyka, interdyscyplinarna*

GERIATRICS IN AN INTERDISCIPLINARY APPROACH

Abstract

A holistic approach to patient care requires interdisciplinary action from numerous specialists. Optimal patient functioning is not solely about their somatic health but encompasses all aspects of life, extending well beyond the traditional health and disease model. The multitude of dimensions in human functioning and the individual variation in needs define the scale of demand for comprehensive support. The global increase in the geriatric population will necessitate modifications to the assistance system for these individuals and a continued rise in demand for services in this age group.

Keywords: *geriatrics, holistic, interdisciplinary*

~ • ~

* Piotr Czysz – doktor nauk medycznych, od początku kariery zawodowej związany z Zakładem Andrologii Zabiegowej w Bydgoszczy.

Współczesna medycyna wymusza współdziałanie różnych dyscyplin naukowych. Zakres uszczegółowienia wiedzy indukuje coraz większą ilość specjalizacji i podspecjalizacji. Tendencja ta nie dotyczy tylko wiedzy w zakresie medycznym, ale jest obecna we wszystkich dziedzinach nauki. Trend wydaje się uzasadniony biorąc pod uwagę ilość informacji jaka pojawia się w danej dziedzinie nauki w określonym odstępie czasowym. Co prawda samo określenie *Geriatrics* ma już ponad sto lat (1909 Ignacy Nasher), to rozwój interdyscyplinarnego podejścia rozkwitł w ostatnich kilkudziesięciu latach, pomimo niezmiennego grupy docelowej. Definiując grupę docelową należy podkreślić, że nawet wiekowo współcześnie nie jest ona jednorodna dla całej populacji ludzi. W Polsce obowiązuje granica wiekowa od 65 roku życia (ONZ). Jednak są kraje w których granica ta jest ustalona na 60 rok życia (WHO). Starzenie się definiujemy jako stały i długotrwały proces zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów i jest zjawiskiem naturalnym i nieodwracalnym¹. Rozszerzając definicję zacytuję A.A. Zycha który starość definiuje „jako nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu”². Nieco inny kontekst definiując starość przedstawiła E. Trafiałek: „starość jest naturalną fazą życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Określana mianem „końcowej trzecji życia”, utożsamiana jest ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym – nierzadko też z pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna)”³. Określając starość jako proces dodam, że przebiega ona w trzech płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i społecznej. Płaszczyzny te w sposób naturalny oddziałują na siebie, stąd muszą być rozpatrywane jako całość. Biorąc pod uwagę procesowe podejście do starzenia się niebagatelną rolę odgrywają kryteria wieku np. biologicznego czy psychologicznego⁴. W literaturze przedmiotu możemy spotkać określenie progu starości, czyli umownego okresu (wieku) po którym dana osoba zaliczana jest do grupy osób starszych. A. Klimczuk wyróżnia sześć głównych progów starości:

– biologiczny (ocena sprawności i funkcjonowania organizmu),

¹ K. Zamorska, M. Makuch, *Starzenie się społeczeństw. Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*, Kraków 2018, s. 27.

² A. A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001, s. 202.

³ E. Trafiałek, *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Kielce 2006.

⁴ E. Suwiński, *Współczesny wymiar starzenia się i starości*, „21st Century Pedagogy” 2018, nr 2, s. 51.

- demograficzny (liczba przeżytych lat),
- psychiczny (sprawność funkcji intelektualnych, głównie funkcji poznawczych i zdolności przystosowawczych człowieka),
- społeczny (realizacja określonych ról w społeczeństwie),
- ekonomiczny (miejsce danego człowieka w środowisku pracy),
- socjalny (otrzymywanie przez obywatela prawa do świadczeń socjalnych, głównie renty i emerytury)⁵.

Starzenie jest wynikiem stopniowego i systematycznego osłabiania homeostazy organizmu. Pogłębiające się zmiany biochemiczne stopniowo zawężają zdolności adaptacyjne ustroju⁶. W młodości dysponujemy dużą rezerwą czynnościową która w kolejnych dekadach życia ulega osłabieniu. Z czasem nawet niewielkie zaburzenie może powodować przekroczenie możliwości kompensacyjnych organizmu. Zdrowie determinuje jakość życia człowieka. A specyfiką zaburzeń zdrowia u pacjenta geriatrycznego jest wielochorobowość nazywana również polipatologią. Wielochorobowość definiowana jest jako „*równoczesowe współwystępowanie 2 lub więcej schorzeń lub przewlekłych problemów medycznych u badanej osoby: somatyczne i psychiczne schorzenia przewlekłe*” (definicja NICE 2016). Analiza prawie 31 milionów osób objętych opieką MEDICAR w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej potwierdziła korelacje wielochorobowości z wiekiem pacjentów⁷. Analiza danych z badania PolSenior2 przeprowadzonych w latach 2016-2020 na grupie prawie sześciu tysięcy Polaków w przedziale wieku od 60 do 106 lat, wykazała, że wielochorobowość dotyczy prawie 70% do około 90% badanej populacji. Polipatologia narastała wraz z wiekiem i była nieco wyższa u kobiet⁸. Tendencja ta wydaje się charakterystyczna dla większości badań przeprowadzonych na świecie. Niezależnie od zamożności badanego kraju i populacji. Wielochorobowość jako zjawisko globalne stało się normą a nie wyjątkiem w wielu populacjach głównie państw wysokorozwiniętych. Niestety wiąże się ze zwiększoną śmiertelnością i spadkiem jakości życia a co za tym idzie generuje zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne i zwiększa koszty opieki zdrowotnej. Analiza wyników badania PolSenior2 w aspekcie częstotliwości występowania układowych problemów chorobowych, zwraca uwagę wysoki odsetek osób z problemami w układzie krążenia 72,3%. W dalszej kolejności są choroby

⁵ A. Klimczuk, *Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok*, Lublin 2012.

⁶ B. Macura, A. Kiecka, M. Szczepanik, *Zmiany w mikrobiocie jelit, układzie odpornościowym i pokarmowym zachodzące wraz z wiekiem – wzajemne zależności i potencjalne interakcje*, „Gerontologia Polska” 2022, nr 1, s. 32.

⁷ D. Trybusińska, A. J. Musiał, M. Chmielewska, *Problemy zdrowotne i choroby wieku starczego*, „Gerontologia Polska” 2021, nr 1, s. 40-41.

⁸ B. Gryglewska, T. Grodzicki, M. Mossakowska, Ł. Wierucki, P. Bandosz, T. Zdrojewski, *Wielochorobowość*, Gdańsk 2021.

metaboliczno-endokrynologiczne 68,7%, narządów zmysłu 32,7, neurologiczno-psychiatryczne 19,1%, nerek i układu moczowego 19,0%, przewodu pokarmowego 16,1%, układu oddechowego 12,7% i nowotworów 8,3%⁹. W pierwszej edycji badania PolSenior okazało się, że zjawisko wielochorobowości narasta pomiędzy 70 a 84 rokiem życia. Wynik koreluje z podobnymi badaniami przeprowadzonymi na świecie¹⁰. Taki stan rzeczy współgra z upośledzeniem funkcjonalnym badanej populacji i z różnymi niepełnosprawnościami w obrębie tej grupy. A co za tym idzie istotnie wpływa na samoocenę seniorów. Pogorszenie stanu zdrowia w aspekcie somatycznym i psychicznym jest najczęstszą przyczyną szukania pomocy u innych osób lub korzystania z opieki instytucjonalnej¹¹.

Somatyczność człowieka od zawsze była w kręgu zainteresowań nauki, kultury, sztuki czy też religii. Analizowana w różnych kontekstach np. funkcjonowania, sprawności, piękna czy brzydoty, ale też jako siedlisko chorób, grzechu, rozpusty czy Duszy¹². Na przestrzeni wieków podejście do ludzi starych było różne w poszczególnych kulturach i latach. W dużym stopniu zależna od sytuacji społecznej, kulturowej czy ekonomicznej¹³. Bywało, że seniorzy stanowili elitę społeczności ale były kultury i okresy historyczne w której byli dewaluowani lub nawet eliminowani¹⁴. Współcześnie wydaje się, że w coraz większym stopniu młodzi ludzie mają świadomość nieuchronności upływającego czasu i zmian jakie zachodzą w organizmie¹⁵.

Należy podkreślić, że wraz z upływającym czasem struktura i hierarchia potrzeb człowieka właściwie nie ulega zmianie. Różnica może dotyczyć zmian wagi poszczególnych potrzeb względem wcześniejszych etapów życia¹⁶. W zależności od stanu funkcjonowania osoby starszej dochodzi do zmian ważności i intensywności potrzeb. Tutaj zróżnicowanie tych zjawisk w odniesieniu do poszczególnych jednostek bywa bardzo duże i wynika z następstw dotychczasowego życia osoby. Wśród wielu czynników mających wpływ wyróżnię osobowość jednostki i tempo starzenia, które może być bardzo zróżnicowane a przez to mocno wpływające na

⁹ B. Gryglewska, T. Grodzicki, M. Mossakowska, Ł. Wierucki, P. Bandosz, T. Zdrojewski, *Wielochorobowość*, Gdańsk 2021.

¹⁰ S. Oostrom, H. Picavet, B. van Gelder, i wsp., *Multimorbidity and Comorbidity in the Dutch Population – Data from General Practices*, „BMC Public Health” 2012, 12, s. 715.

¹¹ D. Trybusińska, A.J. Musiał, M. Chmielewska, *Problemy zdrowotne i choroby wieku starczego*, „Gerontologia Polska” 2021, nr 1, s. 39-42.

¹² J. Szymczyk, *Elementy socjologii ciała*, w: *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. M. Skrzypek, Lublin 2013, s. 197-222.

¹³ M. Minois, *Historia starości od antyku do renesansu*, Warszawa 1995.

¹⁴ W. Gulim, *Wybrane społeczne uwarunkowania starzenia się i starości w Polsce*, „Gerontologia Polska” 2019, nr 27, s. 300-305.

¹⁵ E. Kramkowska, *Ludzie młodzi o atrakcyjności (ciała) współczesnego seniora*, „Gerontologia Polska” 2018, nr 26, s. 21-27.

¹⁶ M. Sułkowska, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989, s. 329.

stan jednostki. Stąd holistyczne podejście do pacjenta geriatrycznego ma bardzo mocne ukonstytuowanie¹⁷. Będąc istotami psychosomatycznymi nie można rozpatrywać dolegliwości czy też choroby jedynie z perspektywy objawu (np. bólu). Takie podejście będzie bardzo ograniczające czy wręcz szkodzące pacjentowi. Mamy coraz więcej dowodów naukowych złożoności potencjalnych przyczyn danej jednostki chorobowej, która nie musi wynikać tylko z somatycznej patogenezy a może mieć przyczynę w psychicznym funkcjonowaniu jednostki. Równie dobrze może dojść do odwrotnej sytuacji, kiedy to rozpoznanie choroby onkologicznej bardzo negatywnie oddziałuje na stan psychiczny pacjenta. Wywołując szereg dodatkowych komplikacji zdrowotnych. W świadomości społecznej, bez względu na stopień zamożności i rozwoju gospodarczego państwa i jednostki, powszechne jest bardzo silne skojarzenie diagnozy choroby nowotworowej z nieuniknioną śmiercią¹⁸. A statystyki wskazują na coraz większą zapadalność pacjentów geriatrycznych na choroby nowotworowe. Widzimy tutaj bardzo duże oddziaływanie czynników somatycznych na psychikę człowieka i psychiki na somatyczność danej osoby. I są to elementy niezależne od potencjalnych możliwości wystąpienia zaburzeń psychicznych na skutek organicznego oddziaływania nowotworu na mózg (przerzuty), czy interwencji chirurgicznej w obrębie mózgu. Najczęściej są to stany lękowe, depresja, a także zaburzenia funkcji poznawczych¹⁹. Oczywiście rokowania i funkcjonowanie pacjenta będzie uzależnione od wielu innych czynników, które będą rzutowały na jakość życia pacjenta. Z analizy statystycznej najczęstszych problemów zdrowotnych u pacjentów geriatrycznych wynika, że na pierwszym miejscu są zaburzenia układu krążenia i to one przyczyniają się do najwyższej śmiertelności wśród seniorów. Podobną tendencję obserwujemy w krajach wysoko uprzemysłowionych.

Styl życia, środowisko fizyczne, społeczne, praca na początku XXI wieku powodują, że zdrowie psychiczne jest narażone na wiele niekorzystnych czynników. W konsekwencji oddziaływania czynniki te mogą przyczyniać się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Wiemy, że w holistycznym podejściu do istoty ludzkiej nie ma zdrowia somatycznego bez zdrowia psychicznego. Dane w zakresie zdrowia psychicznego jednoznacznie wskazują, że zaburzenia w tym zakresie są problemem narastającym w skali świata²⁰. Koreluje to z nasileniem ogólnych

¹⁷ E. Krajewska-Kułak, C. R. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak (red.) *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, Białystok 2015.

¹⁸ M. Jokiel, *Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 oraz wpływające na nie czynniki*, „Medycyna” 2000, s. 37-39.

¹⁹ A. Rolińska, O. Furmaga, W. Kwaśniewski, M. Makara-Studzińska, *Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej*, „Problemy Psychiatryczne” 2011, 12(4), s. 458.

²⁰ D. Postrożny, P. Kaszubowska, R. Żuralska, A. Rutkowska, M. Mziray, A. Jakubowska, *Samoocena zdrowia psychicznego po 60 roku życia*, „Gerontologia Polska” 2021, nr 4, s. 158-163.

zagrożeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia i nowotworów. Badania wskazują, że około 70% Polaków uważa warunki życia jako czynnik szkodliwy dla zdrowia psychicznego²¹. Sytuacja ta niekorzystnie rzutuje na samopoczucie i dobrostan tych osób. Dane szacunkowe wskazują na stały wzrost problemów psychicznych w populacji polskiej (14,9%), co klasyfikuje nas na trzecim miejscu w Europie. Należy pamiętać, że zdrowie psychiczne obejmuje nasz emocjonalny, psychiczny i społeczny dobrostan a co za tym idzie wpływa na poczucie pewności siebie, wiarę we własną wartość i w samego siebie. Oczywiście stan psychiczny człowieka zmienia się z upływem czasu i wiąże się między innymi z rozwojem biologicznym jednostki i oddziaływaniem środowiska społecznego. Wiek geriatryczny niesie za sobą szereg negatywnych aspektów psychicznych np. utrata bliskich osób, lęk przed chorobą czy niepełnosprawnością. Literatura przedmiotu definiuje właściwą starość w sferze psychicznej jako wycofanie się z aktywnego życia²². Oczywiście takie postępowanie będzie miało negatywny wpływ na całość funkcjonowania danej osoby. W perspektywie czasowej nawet jeśli osoba lokomocyjnie i wydolnościowo nie przejawiała dużych dysfunkcji stan będzie się pogarszał i dodatkowo obciążał psychicznie.

Holistyczne podejście do pacjenta wymusza wielopłaszczyznowość oceny tzn. jego specyficzne problemy zdrowotne na tle ogólnego stanu zdrowia i uwarunkowań życiowych. Dla przykładu, kardiolog kwalifikujący pacjenta do koronarografii uwzględni czynność jego nerek, a diabetolog będzie pamiętał o konieczności dogłębnej analizy możliwych jawnych lub ukrytych powikłań cukrzycy, dotyczących wielu układów i narządów pacjenta²³. W przypadku pacjenta geriatrycznego podejście lekarza (zespołu specjalistów), wykracza daleko poza ramy zdrowia i choroby. Mając na uwadze rzetelność diagnozy w przypadku pacjenta geriatrycznego musi ona uwzględnić dodatkowe czynniki takie jak sprawność funkcjonalną, mobilność, funkcjonowanie narządów zmysłów oraz aktywność poznawczą na tle sytuacji rodzinnej, społecznej i finansowej. Dopiera takie szerokie ujęcie daje szansę na trafność diagnostyki i leczenia. Taki zestaw narzędzi umożliwiający pełną ocenę pacjenta nazywany jest *całościową oceną geriatryczną* lub *kompleksową oceną geriatryczną*. Jest to wielodyscyplinarny i wielowymiarowy proces diagnostyczny określający możliwości i ograniczenia ludzi starszych w płaszczyznach medycznej, psychospołecznej i funkcjonalnej. W skład *całościowej oceny geriatrycznej* wchodzi testy i skale oceniające samodzielność funkcjonalną oraz występowanie i skale szczególnych problemów

²¹ Centrum Badania Opinii Społecznej, *Zdrowie Psychiczne Polaków*, Warszawa. 2012. s. 1-17.

²² D. Postrożny, P. Kaszubowska, R. Żuralska, A. Rutkowska, M. Mziray, A. Jakubowska, *Samooceńca zdrowia psychicznego po 60 roku życia*, „Gerontologia Polska” 2021, nr 4, s. 158-163.

²³ K. Broczek, *Całościowa ocena geriatryczna – zestaw skal czy coś więcej? Analiza przypadków klinicznych*, „Medical Tribune” 2016.

geriatrycznych które mogą nakładać się na ostre i przewlekłe stany chorobowe (polipatologie)²⁴. Ocena wskazuje również mocne strony pacjenta które mogą być wykorzystane w procesie poprawy funkcjonalnej i rehabilitacji. Poszczególne domeny *całościowej oceny geriatrycznej* przedstawiono na rycinie nr 1.



Ryc. 1. Domeny Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG)²⁵.

Już takie działanie wskazują, że w procesie tym uczestniczy zespół specjalistów z różnych dziedzin. Takie postępowanie ma na celu optymalizację procesu diagnostycznego i kompleksowe opracowanie terapii długoterminowej. Długoterminowość terapii będzie zależna od stanu pacjenta w aspekcie biologicznym, psychologicznym i społecznym. A biorąc pod uwagę wielochorobowość może wykazać się dużą dynamiką. Uzyskanie dużej ilości informacji od pacjenta będzie wymagało rzetelności w analizie wyników które w końcowym efekcie umożliwią sformułowanie konkretnych praktycznych zaleceń dla pacjenta i jego opiekunów. Ze względu na potencjalne trudności w zebraniu potrzebnych informacji optymalne jest włączenie w cały proces rodziny/opiekunów seniora. We współczesnym podejściu do całościowej oceny geriatrycznej, która jako jedyna gwarantuje kompleksową ocenę stanu pacjenta, dominuje tendencja, że liderem zespołu oceniającego jest specjalista który z klinicznego punktu widzenia jest w danym czasie najważniejszy dla zdrowia pacjenta. Jeśli sytuacja jest dynamiczna i zmienia się profil podejmowanych działań, lider zespołu może

²⁴ A. Skalska, *Kompleksowa ocena geriatryczna*, w: *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2007, s. 68-75.

²⁵ K. Broczek, *Całościowa ocena geriatryczna – zestaw skal czy coś więcej? Analiza przypadków klinicznych*, „Medical Tribune”, 2016.

ulec zmianie. Podejście to nazywamy interprofesjonalnym i jest dostosowane do dynamiki procesu terapeutyczno-opiekuńczego pacjenta geriatrycznego. Wydaje się, że takie podejście pozwala zoptymalizować ten proces i odpowiednio szybko zareagować na potencjalnie niekorzystne zmiany zdrowia pacjenta. Podstawą podejścia terapeutycznego u pacjenta geriatrycznego jest jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie. Jedynie interdyscyplinarne i holistyczne spojrzenie na aspekt funkcjonowania pacjenta geriatrycznego pozwala na kompleksową diagnostykę i terapię a co za tym idzie polepszenie komfortu życia w przestrzeni somatycznej i psychospołecznej.

References

Bibliografia

- Broczek K., *Całościowa ocena geriatryczna – zestaw skal czy coś więcej? Analiza przypadków klinicznych*, „Medical Tribune” 2016.
- Centrum Badania Opinii Społecznej, *Zdrowie Psychiczne Polaków*, Warszawa 2012.
- Gryglewska B., Grodzicki T., Mossakowska M., Wierucki Ł., Bandosz P., Zdrojewski T., *Wielochorobowość*, Gdańsk 2021.
- Gulim W., *Wybrane społeczne uwarunkowania starzenia się i starości w Polsce*, „Gerontologia Polska” 2019, 27.
- Jokiel M., *Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 oraz wpływające na nie czynniki*, „Medycyna” 2000.
- Klimczuk A., *Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok*, Lublin 2012.
- Krajewska-Kułąk E., Łukaszkowicz C. R., Lewko J., Kułąk W., *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, Białystok 2015.
- Kramkowska E., *Ludzie młodzi o atrakcyjności (ciała) współczesnego seniora*, „Gerontologia Polska” 2018, 26.
- Macura B., Kiecka A., Szczepanik M., *Zmiany w mikrobiocie jelit, układzie odpornościowym i pokarmowym zachodzące wraz z wiekiem – wzajemne zależności i potencjalne interakcje*, „Gerontologia Polska” 2022, 1.
- Minois M., *Historia starości od antyku do renesansu*, Warszawa 1995.
- Oostrom S., Picavet H., van Gelder B., i wsp., *Multimorbidity and Comorbidity in the Dutch Population – Data from General Practices*, „BMC Public Health” 2012, 12.
- Postrożny D., Kaszubowska P., Żuralska R., Rutkowska A., Mziray M., Jakubowska A., *Samoocena zdrowia psychicznego po 60 roku życia*, „Gerontologia Polska” 2021, 4.
- Rolińska A., Furmaga O., Kwaśniewski W., Makara-Studzińska M., *Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej*, „Problemy Psychiatryczne” 2011, 12(4).
- Skalska A., *Kompleksowa ocena geriatryczna*, w: *Geriatryka z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2007.
- Sułkowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989.
- Suwiński E., *Współczesny wymiar starzenia się i starości*, „21st Century Pedagogy” 2018, 2.
- Szymczyk J., *Elementy socjologii ciała*, w: *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. M. Skrzypek, Lublin 2013.

- Trafiałek E., *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Kielce 2006.
- Trybusińska D., Musiał A. J., Chmielewska M., *Problemy zdrowotne i choroby wieku starczego*, „Gerontologia Polska” 2021, 1.
- Zamorska K., Makuch M., *Starzenie się społeczeństw. Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*, Kraków 2018.
- Zych A. A., *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001.