



BARBARA KAMIŃSKA

Katedra Logopedii, Uniwersytet Gdański

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

Katedra Logopedii, Uniwersytet Gdański

## Przyczyny i konsekwencje zmian w narządzie żucia u osób starszych

### Causes and Consequences of Changes in Chewing Organ of the Elderly

ABSTRACT: The article discusses the phenomena connected with physiological changes occurring in the stomatognathic system of the elderly. It points to their relation with the activities of chewing and swallowing as well as the general state of health and social functioning of older people. The issues addressed in the text are of vital importance not only for dentists and geriatrists, but also for speech therapists and other specialists working with seniors.

KEY WORDS: gerontologopaedics, stomatognathic system, chewing organ

Proces starzenia się ludności<sup>1</sup> jest postrzegany jako jedno z najważniejszych zjawisk zachodzących w XXI wieku. Polska należy przy tym do trzech krajów europejskich najszybciej starzejących się demograficznie<sup>2</sup>. Zachodzące zmiany demograficzne powodują, że współczesne społeczeństwa określa się

---

<sup>1</sup> Starzenie się ludności rozumiane jest jako wzrost odsetka ludzi powyżej 60. (granica starości przyjęta w krajach europejskich) lub 65. roku życia (propozycja ONZ, akceptowana w USA i Wielkiej Brytanii) (P. SZUKALSKI: *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*. W: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*. Red. P. SZUKALSKI. Warszawa, Instytut Prac Publicznych 2008, s. 8).

<sup>2</sup> W 1950 roku osoby w wieku powyżej 65 lat stanowiły 8,3% polskiego społeczeństwa, a poniżej 20. roku życia – 39,0%. W 2010 roku proporcje te zmieniły się zasadniczo – osoby w wieku senioralnym stanowiły 13,6%, poniżej 20. roku życia zaś – 20,7%. W 2030 roku, według prognoz, nastąpi dalsza wyraźna zmiana: osoby starsze stanowiąc będą już ponad 23% społeczeństwa, natomiast udział procentowy młodych ludzi zmniejszy się do 16,8% (A. JOPKIEWICZ, E. SULIGA: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Radom–Kielce, Wydaw. Instytutu Technologii Eksploatacji 2005, s. 140). W tym samym roku średni wiek przeciętnego Polaka wyniesie 45 lat (obecnie 37 lat) i będzie wzrastał (T. KOSTKA: *Starzenie się ludności jako wyzwanie dla lekarza rodzinnego*. W: *Choroby wieku podeszłego*. Red. T. KOSTKA, M. KOZIARSKA-ROŚCISZEWSKA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2009, s. 16).

mianem postemerytalnych, siwiejących, pisze się o srebrnym tsunami bądź stwierdza się lapidarnie: „To idzie starość”<sup>3</sup>. Znaczny wzrost liczebności osób w podeszłym wieku, zwłaszcza powyżej 80. roku życia, sprawił, że szczególnie istotnym problemem stało się zapewnienie tej grupie komfortu życia, opieki, leczenia i terapii. Oczywiście jest, że starzenie się jest procesem przebiegającym z dużym zróżnicowaniem, często powikłanym procesami patologicznymi. Jednakże wraz z upływem czasu typowe jest doświadczanie zmian inwolucyjnych (in. zaniku fizjologicznego)<sup>4</sup>. Dla językoznawców i logopedów szczególnie istotne są notowane w przypadku znacznej części seniorów zmiany dotyczące komunikowania się oraz przebiegu czynności pokarmowych. Jedną z przyczyn są bezsprzecznie zmiany zachodzące w obrębie układu stomatognatycznego. Wiedza na ich temat jest niezbędna dla logopedów, specjalizujących się w geronto- i neurologopedii.

### Badanie stanu i funkcjonowania narządu żucia u osób w podeszłym wieku

W polskim piśmiennictwie medycznym funkcjonują terminy: stomatologia geriatryczna<sup>5</sup>, gerostomatologia<sup>6</sup>, gerontostomatologia<sup>7</sup>. W *Słowniku terminów stomatologicznych* widnieje hasło: gerodontologia – stomatologia wieku starczego. Drugi z podanych terminów definiowany jest następująco:

[...] gerontostomatologia (gr. *geron* – stary, starzec) jest działem stomatologii zajmującym się ze szczególną uwagą pacjentem starszym, u którego wraz z wiekiem doszło do fizjologicznych i patologicznych zmian w zakresie: morfologii, funkcji,

<sup>3</sup> „To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski” to tytuł pracy naukowo-badawczej przedstawionej przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (2008).

<sup>4</sup> Adam A. Zych termin „inwolucja” odnosi do procesów regresywnych, związanych ze starzeniem się. Zanik fizjologiczny nie jest spowodowany czynnikami chorobotwórczymi, lecz jest wynikiem starzenia się. A.A. ZYCH: *Leksykon gerontologii*. Kraków, Impuls 2010, s. 77.

<sup>5</sup> Zob. Z. KNYCHAŁSKA-KARWAN: *Stomatologia geriatryczna*. Kraków, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum 1995; A. PRYMAS, A. WĘDRYCHOWICZ-WELMAN, A. MANIA-KOŃSKO: *Leczenie próchnicy korzenia – opis przypadku*. „Dental and Medical Problems” 2006, vol. 43, no. 1, s. 135.

<sup>6</sup> Termin ten widnieje też w nazwach klinik medycznych – m.in. Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; Zakład Gerostomatologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Zob. Z. KNYCHAŁSKA-KARWAN: *Gerostomatologia*. Kraków, Akademia Medyczna im. M. Kopernika 1992.

<sup>7</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne u seniorów w Niemczech*. „Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2007, 53, 3, s. 134.

psychicznych sposobów zachowania się oraz pozostających oczekiwań trybu i sposobu życia<sup>8</sup>.

W literaturze rosyjskiej znaleźć można termin геронтостоматология, natomiast w języku niemieckim funkcjonuje termin (*die*) *Gerontostomatologie*. W literaturze anglojęzycznej stosowane są następujące określenia: *geriatric dentistry*, *gerontostomatology*, *geriodontics*, *gerodontology*.

Sprawność narządu żucia jako składnika sprawnie funkcjonującego układu stomatognatycznego<sup>9</sup> jest rzadko uwzględniana w badaniach osób starszych. Tymczasem jego stan i funkcjonowanie mają istotny wpływ na zdrowie ogólne i jakość życia osób w podeszłym wieku, m.in. na: spożywanie pokarmów, kondycję psychofizyczną, higienę jamy ustnej, oddech, wygląd twarzy, uśmiech, aktywność zawodową, kontakty społeczne, mowę, komunikację, relaks, sen, emocje<sup>10</sup>. Społeczna świadomość w zakresie związku jakości życia ze zdrowiem jamy ustnej (OHRQoL – *oral health related quality of life*) jest – jak się wydaje – niewielka: „Problemy z wymową i spożywaniem pokarmów okazują się ciągle czymś »naturalnym« dla seniorów, wynikającym z wieku, a nie z zaniedbań”<sup>11</sup>. Wiedza o znaczeniu roli jamy ustnej w całościowym kontekście zdrowia ogólnego pacjenta jest więc przydatna zarówno lekarzom różnych specjalności, jak i innym specjalistom zajmującym się osobami w podeszłym wieku, w tym logopedom.

## Stan uzębienia osób w podeszłym wieku

Wynikiem starzenia się polskiego społeczeństwa jest m.in. rosnąca liczba pacjentów po 60. roku życia przychodzących do lekarza stomatologa. O skali problemu, jakim jest niezadowolający stan uzębienia osób starszych oraz jego konsekwencje, mogą świadczyć dane z badań przeprowadzonych przez Elżbietę Jodkowską od 1998 do 2009 roku w grupach wiekowych: 35–44 lata i 65–74 lata,

<sup>8</sup> Ibidem, s. 138.

<sup>9</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia a poczucie depresji u pacjentów po 55. roku życia zamieszkałych w środowisku rodzinnym i w domach pomocy społecznej*. „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 5, s. 1033.

<sup>10</sup> Zob. m.in.: K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*; B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*; M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: *Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu* [praca doktorska]. Opieka nauk. prof. dr hab. R. KOCZOROWSKI. Poznań, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu 2013. <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/doccontent?id=304343&from=FBC> [data dostępu: 10.03.2017]; Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*

<sup>11</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1033.

w ramach ogólnopolskiego programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej Polaków<sup>12</sup>. Ze względu na tematykę niniejszego artykułu, za pracą Jodkowskiej podano dane dotyczące tylko starszej z badanych grup, liczącej 2124 osoby. Wyniki uzyskane w 2009 roku porównano z danymi z lat 1998 i 2002 (tabela 1).

TABELA 1. Dane epidemiologiczne dotyczące stanu uzębienia w latach 1998–2009 u osób w wieku 65–74 lata

Płeć	Średnia liczba zachowanych zębów			Odsetek osób bezzębnych			Odsetek osób z zachowaną funkcją żucia		
	rok badania								
	1998	2002	2009	1998	2002	2009	1998	2002	2009
Mężczyźni	b.d.	7,7	7,2	31,5	36,8	41,2	68,1	66,6	48,2
Kobiety	b.d.	5,6	6,2	37,0	44,4	45,7	71,5	71,1	50,5
Ogółem	b.d.	6,3	6,6	34,7	41,6	43,9	70,1	69,4	49,6

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych mieszkańców Polski w latach 1998–2009*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, t. 64, nr 4, s. 572–575.

Jak podaje autorka, u badanych w ciągu jedenastu lat średnia liczba zachowanych zębów była na zbliżonym, niskim poziomie, znacząco wzrósł odsetek osób bezzębnych i bardzo istotnie zmalał odsetek osób z zachowaną funkcją żucia. W badaniach przeprowadzonych przez Małgorzatę Gałczyńską-Rusin w 2011 roku, dotyczących grupy 150 osób w wieku od 60 do 95 lat, stwierdzony odsetek pacjentów bezzębnych wyniósł 50,7%<sup>13</sup>. W krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej odsetek takich pacjentów zmniejsza się, co jest związane z odmiennym podejściem pacjentów do leczenia stomatologicznego bądź też z efektem działań profilaktyczno-oświatowych, którymi obejmuje się już najmłodsze dzieci<sup>14</sup>. Katarzyna Barczak, Monika Szmidt i Jadwiga Buczkowska-Radlińska udowodniły zależność między funkcjonalnością narządu żucia u osób starszych a środowiskiem życia. Autorki wykazały, że stan zdrowia jamy ustnej osób przebywających w domach pomocy społecznej (DPS) jest gorszy niż osób mieszkających samodzielnie czy wśród najbliższych. W grupie 106 badanych z DPS bezzębie stwierdzono u 59,4% osób (średnia wieku w tej grupie wyniosła 73,8 roku), a u 120 pacjentów z domów rodzinnych (średnia wieku: 67,4 roku) znacząco niższe, tj. 29,2%<sup>15</sup>. Tak duże dysproporcje pomiędzy grupami wynikały

<sup>12</sup> Badania epidemiologiczne stanu uzębienia osób w wieku emerytalnym są prowadzone w Polsce dopiero od 1998 roku. Zob. E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych mieszkańców Polski w latach 1998–2009*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, t. 64, nr 4, s. 572.

<sup>13</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 46–47.

<sup>14</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1033.

<sup>15</sup> Ibidem, s. 1032.

prawdopodobnie z różnej świadomości pacjentów zamieszkujących DPS i domy rodzinne w zakresie metod i możliwości leczenia oraz z ograniczonej dostępności do opieki stomatologicznej wśród pensjonariuszy DPS<sup>16</sup>. Dla porównania można przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych w Niemczech, również w dwu podobnych grupach pacjentów – w wieku od 61 do 95 lat (łącznie 100 osób), mieszkających w domach opieki (średnia wieku: 78,3 roku) i domach rodzinnych (średnia wieku: 70,9 roku). Okazało się, że stan narządu żucia i uzupełnień protetycznych w grupie seniorów z domów opieki był gorszy niż u mieszkających w domach rodzinnych<sup>17</sup>.

Zdaniem Bogumiły Frączak, Joanny Lupy-Bühmann i Ewy Sobolewskiej, należy zwrócić uwagę na geriatryczne aspekty wywiadu i planu leczenia. Na przykład to, jaki rodzaj uzupełnień protetycznych zostaje pacjentowi zaoferowany, zależy nie tylko od stanu jamy ustnej, możliwości finansowych, ale także od możliwości manualnych pacjenta. Ponadto w codziennej praktyce klinicznej lekarza dentystry warto stosować GDS (*Geriatric Depression Scale* – Geriatryczna Skala Depresji)<sup>18</sup>. „Lekarz stomatolog, uzyskując w wyniku badania u osoby po 55. roku życia wysoką punktację w skali GDS, może okazać się pierwszym, który skieruje pacjenta do dalszej, pogłębionej diagnostyki i ewentualnego leczenia”<sup>19</sup>.

Uwzględnienie w programie monitoringu stanu uzębienia polskich seniorów wpływu czynników społecznych, ekonomicznych i kulturowych powinno umożliwić planowanie i prowadzenie skuteczniejszych działań prozdrowotnych dotyczących społeczeństwa<sup>20</sup>. Przywołane wyniki badań skłaniają jednak do wniosku o niewystarczającym zakresie takich inicjatyw.

## Wpływ stanu narządu żucia na funkcjonowanie osób w podeszłym wieku

Biorąc pod uwagę przedstawione, przykładowe dane, warto szerzej omówić wskazane na początku artykułu zależności między stanem uzębienia a zdrowiem ogólnym seniorów.

---

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 139.

<sup>18</sup> Ibidem, s. 134. Szerzej na temat GDS – zob. następny podrozdział.

<sup>19</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1036.

<sup>20</sup> E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych...*, s. 571.

Zachowanie uzębienia do późnej starości jest bez wątpienia stanem pożądanym. Jednakże nieuniknione są zmiany w obrębie układu stomatognatycznego i wynikające z nich konsekwencje dla mowy/wymowy oraz takich czynności fizjologicznych, jak żucie, połykanie.

Za kryterium kliniczne zachowania funkcjonalności narządu żucia Światowa Organizacja Zdrowia przyjmuje kontakt zwarcioowy co najmniej 20 zębów przeciwstawnych, naturalnych lub sztucznych<sup>21</sup>. W badaniach Barczak, Szmidt i Buczkowskiej-Radlińskiej kryterium to spełniało 24,5% seniorów z DPS i 65% z domów rodzinnych. Jeszcze niższe wartości w tych samych badaniach odnosiły się do deklarowanego przez pacjentów zadowolenia ze stanu zdrowia jamy ustnej: odpowiednio 22,7% i 43,3%<sup>22</sup>. Na stopień takiego zadowolenia wpływają różne czynniki, m.in.: przyczyna utraty zębów, rodzaj posiadanego uzębienia (własne, sztuczne, mieszane, bezzębność), zaspokojenie (lub brak) potrzeby uzupełnień protetycznych, ich koszt, sposób i możliwości finansowania, trudności z przyzwyczajaniem się do protez, ich dopasowaniem, a także stan psychiczny oraz ogólny stan pacjenta<sup>23</sup>. Częściowe lub całkowite niezaspokojenie potrzeb pacjenta gerontostomatologicznego prowadzi do dysfunkcji narządu żucia, której wynikiem mogą być problemy z jedzeniem, żuciem i połykaniem<sup>24</sup>.

Czynność żucia odbywa się na skutek koordynowanej przez centralny układ nerwowy pracy tkanek i narządów układu stomatognatycznego:

Proces pobierania pokarmów, składający się z odgryzania, żucia i połykania, przebiega według następujących po sobie faz. Do każdej z nich dochodzi dzięki ruchom żuchwy, wyzwalanym przez określoną grupę mięśni, w czym efektywnie uczestniczą odpowiednio ukształtowane zęby szczęki i żuchwy<sup>25</sup>.

U osób starszych utrata zębów, zmiany okluzji po rekonstrukcji uzupełnieniami protetycznymi i wypełnieniami zachowawczymi mogą modyfikować model

---

<sup>21</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1030.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 1031–1032; B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135.

<sup>24</sup> Dysfagia jest jednym z problemów, którymi logopedzi zajmują się, pracując z osobami w podeszłym wieku. Jej istota jest znana logopedom, warto się jednak przyjrzeć mechanizmom i skutkom zjawiska z perspektywy udziału w tym procesie układu stomatognatycznego. Niedobory żywieniowe, wynikające z trudności z żuciem i połykaniem, mogą być przyczyną zwiększonej zapadalności osób starszych na różne schorzenia i infekcje. Zdolność żucia wpływa więc w rezultacie na stopień wydolności fizycznej i jakość codziennego życia. (K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1034). Temat dysfagii i jej terapii w gerontologii jest jednakże bardzo obszerny i jako taki wymaga osobnego opracowania.

<sup>25</sup> S. MAJEWSKI: *Gnatofizjologia stomatologiczna. Normy okluzji i funkcje układu stomatognatycznego*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2007, s. 71.

żucia, który jest osobniczo zmienny i do pewnego stopnia jest określany przez okluzję<sup>26</sup>. Gałczyńska-Rusin podaje, że spośród 150 pacjentów w wieku 60–95 lat problemy z żuciem miało 34,7%, z przełykaniem – 14,7%, z wymową – 8%; 13,3% pacjentów ograniczało spożywanie pokarmów ze względu na problemy z żuciem, a 18,7% odczuwało dyskomfort, jedząc w towarzystwie innych osób<sup>27</sup>. U osób bezzębnych wskaźniki procentowe ilustrujące wymienione trudności były większe i wynosiły odpowiednio: problemy z żuciem – 40,8%, przełykaniem – 22,4% i mową – 9,2%, ograniczenie spożywania pokarmów – 17,1%, dyskomfort podczas jedzenia w towarzystwie innych – 21,1%. Leczenie protetyczne pozwala na znaczące ograniczenie wskazanych problemów<sup>28</sup>. W badaniach Barczak, Szmidt i Buczkowskiej-Radlińskiej odsetek osób mających problemy z jedzeniem związane ze stanem zębów lub protez był wyższy: wśród pacjentów z DPS wyniósł 58,5%, a wśród mieszkańców domów rodzinnych – 49,2%<sup>29</sup>.

Związane z wiekiem zmiany w układzie stomatognatycznym są również skutkiem chorób przyzębia. Wraz z wiekiem dochodzi do recesji brzegu dziąsłowego i odsłonięcia cementu korzeniowego, a w efekcie do próchnicy korzenia. Jej powstawaniu sprzyjają:

[...] zła higiena jamy ustnej, często uwarunkowana ograniczoną zręcznością manualną ludzi w podeszłym wieku [...], dieta bogata w węglowodany przyczyniająca się do powstawania płytki nazębnej [...], zmniejszone wydzielanie śliny oraz zmniejszenie jej zdolności buforowych, najczęściej uwarunkowanych przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi oraz uzupełnienia protetyczne, w szczególności protezy ruchome częściowe<sup>30</sup>.

Rodzaj uzupełnień protetycznych, ich skala wpływają na stan i funkcjonowanie stawu skroniowo-żuchwowego, dlatego w ocenie stanu narządu żucia powinno się go uwzględnić<sup>31</sup>. Jak podaje Zofia Knychalska-Karwan, w 65. roku życia czynność mięśni żujących zmniejsza się o 20%, a u 50% siedemdziesięciolatków dochodzi do dysfunkcji i zmian zwyrodnieniowych stawów skroniowo-żuchwowych<sup>32</sup>. Do zaburzeń w funkcjonowaniu stawu skroniowo-żuchwowego u osób starszych można zaliczyć: obniżenie ruchomości, zbaczanie żuchwy, nad-

<sup>26</sup> Ibidem.

<sup>27</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 50.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 67.

<sup>29</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1031.

<sup>30</sup> A. PRYMAS, A. WĘDRYCHOWICZ-WELMAN, A. MANIA-KOŃSKO: *Leczenie próchnicy korzenia...*, s. 135.

<sup>31</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135.

<sup>32</sup> Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Stomatologia wieku podeszłego*. Lublin, Czelej 2009, s. 24.



wichnięcia, trzaski i ból<sup>33</sup>. Mogą one powodować trudności w utrzymaniu prawidłowej relacji szczęki do żuchwy<sup>34</sup>. Należy wspomnieć też o parafunkcjach, takich jak np.: zaciskanie zębów, nagryzanie na błonę śluzową jamy ustnej, żucie tylko po jednej stronie. Istotne jest wyjaśnienie pacjentowi szkodliwości nawyku zaciskania zębów czy mielenia. Leczenie protetyczne osób w podeszłym wieku, którego jednym z celów jest czynnościowa odbudowa zgryzu, może chronić staw przed nadmiernym obciążeniem<sup>35</sup>.

Przyczyn zmian błony śluzowej jamy ustnej u osób starszych jest wiele. Jedną z nich to cukrzyca, na którą – obok chorób układu krążenia – najczęściej zapadają seniorzy. Może ona być powodem zapaleń błony śluzowej, leukoplakii, grzybic, jak również przekrwienia śluzówki języka<sup>36</sup>. Inne choroby błony śluzowej występujące u osób w podeszłym wieku to m.in.: pieczenie błony śluzowej i języka, zmniejszone wydzielanie śliny prowadzące do suchości jamy ustnej (ksero stomia), choroby przednowotworowe i nowotworowe. Stymulowaniu wydzielania śliny sprzyja żucie niesłodzonej, przeciwbakteryjnej gumy do żucia lub zastosowanie sztucznej śliny<sup>37</sup>. Zmiany języka związane z wiekiem, zdaniem Knychalskiej-Karwan, polegają m.in. na: jego wygładzeniu (związanym ze słabszym nawilgotnieniem, niedoborami żywieniowymi i witaminowymi), obłożeniu (wynikającym z mniejszej ilości śliny, ze słabszej higieny jamy ustnej, z gromadzenia się drobnoustrojów i resztek pokarmowych), redukcji liczby kubków smakowych (prowadzącej do przewagi odczuwania smaku kwaśnego i gorzkiego, zwłaszcza u palaczy i osób noszących protezy), możliwych zmianach w odczuwaniu dotyku i bólu. Następuje także zwiększenie aktywności języka, ponieważ przejmuje on częściowe funkcje zębów w procesie żucia przy miażdżeniu pokarmów. Wzrost aktywności języka prowadzi do jego powiększenia się, co bywa niekiedy nazywane zespołem gerojęzykowym<sup>38</sup>.

Stan jamy ustnej jest jednym z elementów oceny ogólnej jakości życia osób w podeszłym wieku, ich sprawności fizycznej, stanu emocjonalnego, funkcjonowania społecznego. Gorszy stan jamy ustnej i słabsza funkcjonalność narządu żucia łączą się – jak dowodzą badania – z poczuciem depresji. Korelują one poza tym z wieloma czynnikami, m.in. z aktywnością fizyczną, intelektualną, społeczną, sytuacją rodzinną, materialną. Barczak, Szmidt i Buczkowska-Radlińska, badając pacjentów w wieku od 55 do 101 lat z domów pomocy społecznej i z domów rodzinnych, posłużyły się skróconą wersją Geriatrycznej Skali

<sup>33</sup> Ibidem; B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135–137.

<sup>34</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135–138.

<sup>35</sup> Ibidem, s. 139.

<sup>36</sup> Ibidem; Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*, s. 64–66.

<sup>37</sup> Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*, s. 225.

<sup>38</sup> Ibidem, s. 25–26.



Depresji (GDS), która zawiera piętnaście pytań wymagających zakreślenia odpowiedzi „Tak” lub „Nie”. Badaczki stwierdziły, że pacjenci z DPS charakteryzowali się gorszym stanem psychicznym i częściej byli niezadowoleni ze stanu zdrowia jamy ustnej niż badani z domów rodzinnych. Zwróciły także uwagę, że u pacjentów z DPS, u których występowało poczucie depresji, brak funkcjonalności narządu żucia był częstszy (79,3%) niż u pacjentów z poczuciem depresji, którzy mieszkali w domach rodzinnych (48%)<sup>39</sup>. Poczucie depresji wzrasta z wiekiem. O objawach depresyjnych pacjentów w podeszłym wieku pisała też Gałczyńska-Rusin, która stwierdziła występowanie zaburzeń depresyjnych prawie u 24,6% pacjentów zgłaszających się na leczenie protetyczne.

Depresja rozpoczynająca się po 65. roku życia w nomenklaturze medycznej nazywana jest depresją wieku późnego (*late-life depression* – LLD) i klasycznie prezentowana jest przez objawy dysforii (rozdrażnienie, uczucie zmęczenia, brak zainteresowania) oraz anhedonii (niezdolność przeżywania przyjemności) [...]. LLD jest często związana ze złą higieną jamy ustnej, zaawansowaną chorobą przyzębia, próchnicą kwitnącą i kserostomią. Pacjenci z symptomami depresji często mają niższe poczucie jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej oraz gorzej oceniają zdrowie jamy ustnej<sup>40</sup>.

Stomatolodzy postulują konieczność włączenia oceny stanu psychicznego do rutynowego badania pacjenta w starszym wieku.

Omówione badania pokazują, że czynnikami wpływającymi negatywnie na stan i funkcjonowanie narządu żucia i całego układu stomatognatycznego, a w związku z tym również na zdrowie ogólne starszych osób, są: niska świadomość znaczenia zdrowia jamy ustnej dla ogólnego stanu zdrowia, brak systemowych rozwiązań w zakresie opieki stomatologicznej nad osobami w podeszłym wieku, bariery kulturowe i socjalne, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne związane np. z nierównym dostępem do bezpłatnego leczenia wielospecjalistycznego (w tym stomatologicznego i protetycznego), czasem brak zainteresowania pacjentów takim leczeniem, sprawowanie opieki nad pacjentem w podeszłym wieku jedynie przez instytucje (np. domy opieki, domy pomocy społecznej)<sup>41</sup>. „Seniorzy korzystają najczęściej z refundowanych form leczenia stomatologicznego. Podstawową metodą leczenia bólu nadal pozostaje ekstrakcja zęba. [...] W Polsce nie ma obecnie żadnych działań profilaktyczno-zdrowotnych, które byłyby skierowane do najstarszych pacjentów”<sup>42</sup>. Światowa tendencja spadkowa w zakresie liczby bezzębnych osób starszych nie dotyczy Polski.

<sup>39</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*,

<sup>40</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 88.

<sup>41</sup> E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych...*; Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*; EADEM: *Stomatologia wieku podeszłego...*

<sup>42</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1033.

Zgromadzenie Ogólne Światowego Towarzystwa Stomatologicznego na konferencji w Singapurze w 2009 roku wydało następujące oświadczenie:

1) Bezzębność i zły stan zdrowia często współistnieją. Nie wykazano związku przyczynowo-skutkowego. 2) Utrata wszystkich zębów powoduje zmiany w postrzeganiu jamy ustnej, co może być tylko częściowo rekompensowane przez noszenie protezy zębowej. 3) Całkowita utrata zębów może być trudna do zaakceptowania, dlatego przed ekstrakcją zęba zaleca się staranne przygotowanie psychologiczne przez stomatologa. 4) Użycie protezy może pozytywnie wpłynąć na ogólne samopoczucie i codzienne funkcje jamy ustnej wśród bezzębnych pacjentów. 5) Osoby noszące protezy często modyfikują lub ograniczają wybór żywności i, w związku z tym, ich sposób odżywiania może być niewłaściwy w porównaniu do osób z uzębieniem<sup>43</sup>.

Fakty wskazane w oświadczeniu powinny być uwzględniane w pracy logopedycznej z osobami w wieku senioralnym.

## Podsumowanie

Jakość życia związana ze zdrowiem jamy ustnej (OHRQoL) określa nie tylko stan i sprawność układu stomatognatycznego, żucie, mowę, występowanie lub nie dyskomfortu lub bólu, ale również funkcjonowanie społeczne (komunikacja, interakcje społeczne, intymność) i psychologiczne (emocje, poczucie własnej wartości, wygląd)<sup>44</sup>. Po pojęcie to sięgają autorzy opracowań z zakresu gerontostomatologii, ale – naszym zdaniem – warto by było uwzględniane także w publikacjach z gerontologopedii.

Warto również zwrócić uwagę logopedów na częste występowanie depresji u osób w podeszłym wieku. Zastosowanie w praktyce logopedycznej podstawowej skali GDS mogłoby stanowić element wczesnej diagnostyki objawów depresyjnych, co pozwoliłoby skierować pacjenta na diagnozę medyczną.

---

<sup>43</sup> Ibidem, s. 1029.

<sup>44</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 12.

## Bibliografia

- BARCZAK K., SZMIDT M., BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA J.: *Funkcjonalność narządu żucia a poczucie depresji u pacjentów po 55. roku życia zamieszkałych w środowisku rodzinnym i w domach pomocy społecznej*. „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 5, s. 1027–1038.
- FRĄCZAK B., LUPA-BÜHMANN J., SOBOLEWSKA E.: *Potrzeby leczniczo-protetyczne u seniorów w Niemczech*. „Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2007, 53, 3, s. 134–139.
- GAŁCZYŃSKA-RUSIN M.: „Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu” [praca doktorska]. Opieka nauk. prof. dr hab. R. KOCZOROWSKI. Poznań, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu 2013. <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/doccontent?id=304343&from=FBC> [data dostępu: 10.03.2017].
- JODKOWSKA E.: *Stan uzębienia dorosłych mieszkańców Polski w latach 1998–2009*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, t. 64, nr 4, s. 571–576.
- JOPKIEWICZ A., SULIGA E.: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Radom–Kielce, Wydaw. Instytutu Technologii Eksploatacji 2005.
- KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Gerostomatologia*. Kraków, Akademia Medyczna im. M. Kopernika 1992.
- KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Stomatologia geriatryczna*. Kraków, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum 1995.
- KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Stomatologia wieku podeszłego*. Lublin, Czelej 2009.
- KOSTKA T.: *Starzenie się ludności jako wyzwanie dla lekarza rodzinnego*. W: *Choroby wieku podeszłego*. Red. T. KOSTKA, M. KOZIARSKA-ROŚCISZEWSKA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2009, s. 11–16.
- MAJEWSKI S.: *Gnatofizjologia stomatologiczna. Normy okluzji i funkcje układu stomatognatycznego*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2007.
- PRYMAS A., WĘDRYCHOWICZ-WELMAN A., MANIA-KOŃSKO A.: *Leczenie próchnicy korzenia – opis przypadku*. „Dental and Medical Problems” 2006, vol. 43, no. 1, s. 135–138.
- SZUKALSKI P.: *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*. W: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*. Red. P. SZUKALSKI. Warszawa, Instytut Prac Publicznych 2008, s. 7–29.
- ZYCH A.A.: *Leksykon gerontologii*. Kraków, Impuls 2010.