

WSPÓŁCZESNE ZJAWISKA DEMOGRAFICZNE A PROBLEMY ZDROWOTNE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

MODERN DEMOGRAPHIC PHENOMENON AGAINST HEALTH PROBLEMS OF AGING SOCIETY

Kazimiera Zdziebło

Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. ndzw. dr hab. n. med. Stanisław Bień

STRESZCZENIE

W całej Europie postępuje proces sukcesywnego starzenia demograficznego. Jest to niezaprzeczalny sukces, towarzyszą mu jednak trudne do rozwiązania problemy natury psychologicznej, społecznej i medycznej. Struktura współczesnej rodziny nie sprzyja kształtowaniu optymalnych warunków do sprawowania opieki nad starszymi, przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi w domu. Ograniczanie marginalizacji społecznej, spowodowanej wiekiem, stanowi poważne wyzwanie dla współczesnego wychowania, edukacji i komunikacji interpersonalnej

Dla osób starszych charakterystyczne jest współwystępowanie wielu stanów chorobowych, co często prowadzi to do nadmiernej farmakoterapii. Zapisywanie leków przez długi czas bez kontroli stanu zdrowia, brak porozumienia się poszczególnych specjalistów oraz samoleczenie chorych prowadzi do szeregu następstw i powikłań.

Zachowanie możliwej sprawności i jak najmniejsze ograniczenie niezależności podopiecznego wymaga zatem bardzo indywidualnego podejścia do pacjenta przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny. Opiera się ono na współpracy praktyków różnych dyscyplin medycznych i paramedycznych i dotyczy złożonych potrzeb zdrowotnych i środowiskowo-socjalnych starszego podopiecznego .

Istnieje także coraz pilniejsza potrzeba tworzenia opracowań programowych, dotyczących zapobiegania negatywnym skutkom chorób i niepełnosprawności oraz rozwoju edukacji gerontologicznej (geragogiki), która skupiłaby się na edukacji jako środka doskonalenia jakości życia osób w starszym wieku.

Starzenie się populacji i związane z nim wyzwania zdrowotne i opiekuńcze wymagają więc podjęcia systemowych i konsekwentnych działań, które umożliwią zapewnienie indywidualnej opieki oraz zapewnią usamodzielnienie podopiecznych i zwiększą poziom satysfakcji ze świadczonej opieki i pomocy ludziom starszym.

Głównym celem opieki geriatrycznej na najbliższe lata winno być zatem dążenie do jak najdłuższego utrzymania ludzi starych w pełnej sprawności życiowej, umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania i poprawę jakości ich życia.

Słowa kluczowe: starzenie się, problemy zdrowotne, geriatryka.

SUMMARY

The process of successive demographic aging proceeds through Europe. It is an undeniable success. However, it is accompanied by problems difficult to solve such as psychological, social and medical ones. The structure of modern family does not promote to form optimal conditions to perform protection over older people, patients suffered from chronic diseases and disabled people at home.

The limitation of social marginalization caused by the age is a crucial challenge for modern education and communication.

There are many illness states typical of older people which often leads to excessive pharmacotherapy. Taking medicine for a long time without any control of health state, lack of communication between individual specialists as well as self medical treatment leads to wide range of repercussion and complications.

Preservation the physical activeness as well as the least limitation of independence of a person under care thus requires an individual approach of interdisciplinary geriatric team to a patient. It is based on cooperation among practitioners of different medical and paramedical disciplines. Furthermore, it also concerns compound social and environmental health requirements of older person under care.

There also exists the necessity to create a programmatic elaboration which concerns prevention of negative results of illness and disablement as well as development of pedagogics of older people education which concentrates on education as a source of older people's life quality improvement.

Aging of population and connected with it health and protection challenges need systemic and consequent operations which enable affirmation of individual protection and make person under care independent as well as increase the level of satisfaction from provided care and help to older people.

The main aim of geriatric care for next years should be striving for keeping older people in full efficiency as long as possible. It would enable them to function in environment of their habitation and to improve their level of life.

Key words: aging, health problems, geriatric.

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTW

Osiągnięta w XX stuleciu poprawa sytuacji zdrowotnej świata jest niepodważalna. Przeciętne trwanie życia średnio dla świata, dla obu płci, wynosiło na początku stulecia około 40 lat, obecnie wynosi 69 lat (Japonia 80 lat). Dla Europy średnia życia wynosi 74 lata, w krajach wysoko rozwiniętych 78 lat, w Polsce – 74 lata.

Na świecie w 1930 roku żyło 3 miliardy ludzi, a w 1999 – 6 miliardów. Przyspieszeniu ulega tempo wzrostu ludności i o ile pomiędzy wzrostem z 1 do 2 miliardów upłynęło 110 lat, to wzrost o kolejny miliard trwał kolejno na przestrzeni lat tylko 30 lat, 16 lat, 11 lat. Z analizy procesu zmian wynika, że wzrost ludności globu jest bardziej wynikiem spadku umieralności, niż wzrostu rozrodczości.

Przewiduje się, że liczba ludności Afryki wzrośnie prawie trzykrotnie, zmniejszy się zaś liczba ludności w niektórych krajach Zachodu, a przede wszystkim w Europie Wschodniej (np. przyrost naturalny w RPA wynosi 22,4 na 1000 mieszkańców, w Meksyku 19,5, w Indiach 18,3, w Brazylii 17,1, natomiast w Belgii 1, w Słowacji 0,7, w Polsce 0, w Niemczech 0,7, na Węgrzech 4,8, na Ukrainie 6,7).

Fakt, że proporcjonalnie bardzo duża liczba ludności krajów Południa jest w bardzo młodym wieku (np. w Indiach 45,5% ogółu ludności, w Meksyku 46,1%, w Brazylii 41,5%, a na Węgrzech 24,1%, w Niemczech 25,7%, w Belgii 23,8%) przyczyni się do bardzo szybkiego wzrostu demograficznego, a zarazem rzuci kolosalne wyzwanie rozwojowi, mnożąc potrzeby w zakresie oświaty, ochrony zdrowia, mieszkalnictwa, zatrudnienia, infrastruktury, a także wywołując niesłychane problemy związane z produkcją dostatecznej ilości żywności i z gospodarką zasobami surowcowymi. Czy jesteśmy gotowi przeznaczyć niezbędne środki na zapewnienie im przyszłości? Czy bogatsza, starzejąca się część świata jest w stanie pomóc krajom biedniejszym, nie tylko z pobudek humanitarnych, ale także z powodu własnego bezpieczeństwa? [1, 2].

Starzenie się społeczeństw, szybkie przemiany kulturowe i coraz większa liczba świadomych, wymagających podopiecznych, postęp technologiczny, nowe leki i środki medyczne itp. to wspólne problemy, stanowiące wyzwania dla wszystkich systemów europejskich.

W całej Europie postępuje proces sukcesywnego starzenia demograficznego. Jest to niezaprzeczalny sukces, towarzyszą mu jednak trudne do rozwiązania problemy natury psychologicznej, społecznej i medycznej. Struktura współczesnej rodziny nie sprzyja kształtowaniu optymalnych warunków do sprawowania opieki nad starszymi, przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi w domu [3, 4].

WHO określiła dolną granicę starości na 65 rok życia. Ponadto występuje podział starości na dwa okre-

sy: na wczesną starość, tj. od 65 do 74 roku, i późną, powyżej 75 roku życia.

Zmiany ludnościowe w Polsce, jakie obserwuje się w ostatnich latach, powodują, iż na pewno pod względem demograficznym upodabniamy się coraz bardziej do krajów najbardziej rozwiniętych. Podobieństwa demograficzne Polski przejawiają się przede wszystkim w:

- 1) zmianach struktur demograficznych ludności [1],
- 2) malejącym przyroście naturalnym.

Pierwszy powojenny wyż demograficzny wystąpił w 1955 roku; odnotowano wtedy 792 tys. urodzeń żywych. Pierwszy niż demograficzny wystąpił w 1967 roku, kiedy urodziło się tylko 520 tys. dzieci (było to o przeszło 34% mniej niż w roku 1955). Drugi wyż nastąpił w 1983 (jako „echo” pierwszego wyżu); urodziło się wówczas o 38,5% więcej dzieci niż w 1967 roku. Obecnie natomiast rodzi się o ponad 47% dzieci mniej niż w 1983 roku. Można przewidywać, iż kiedy wyż z lat 80. XX wieku zacznie się „rozmnazać”, będzie on prawdopodobnie jeszcze bardziej spłaszczony niż poprzednie, a jego punkt kulminacyjny nastąpi prawdopodobnie tuż po 2010 roku. Rocznik Statystyczny z 2000 roku podaje, że obecnie w Polsce występuje zerowy przyrost naturalny na 1000 mieszkańców. Ponadto ludności poniżej 19 lat jest 28,6%, a ludności powyżej 65 lat 11,9%. Dzieci w wieku szkoły podstawowej w latach 1995-2000 było 9% ogółu ludności, a w 2010 roku przewiduje się, że będzie 7,2% (w latach 1960-1965 było 11,1%, a w 1919 roku – 15,3%) [1].

Polska pod względem demograficznym wkroczyła w sferę ok. zerowego przyrostu naturalnego. Generalnie mamy tendencję malejącą liczby urodzeń, przy rosnącej tendencji zgonów. Ma to oczywiście swoje konsekwencje dla oświaty, sfery produkcyjnej, opieki społecznej i opieki zdrowotnej.

Polska już odczuwa skutki starzenia się społeczeństwa. Przewiduje się, że jeśli niekorzystne trendy demograficzne utrzymają się nadal, to do 2050 roku trzeba będzie sprowadzić do pracy 2,5 miliona obcokrajowców (obecnie brzmi to nieprawdopodobnie, zwłaszcza w świetle bezrobocia, które przekroczyło 16%).

Przewiduje się, że w 2010 roku w Polsce będzie 38 788 000 ludzi, w tym: powyżej 65 roku będzie 12,9%, powyżej 80 roku 3,2% (w 2000 roku było 38 644 tys. ludzi; powyżej 65 roku 12,5%, powyżej 80 roku 2%).

STOSUNEK DO LUDZI W PODESZŁYM WIEKU

Harmonijną integrację społeczeństwa można osiągnąć przez współdziałanie różnych grup; młodych i starych, kobiet i mężczyzn, gdyż każda z nich wnosi

swój własny i niepodważalny wkład – młodzi zapal, starzy doświadczenie, opanowanie, refleksję i dobrą tradycję [5].

Istnieje teza, że kulturę społeczeństwa można ocenić według jego stosunku do ludzi starszych. Stereotyp człowieka starego w Polsce utożsamiany jest z wizją klęski. Młodzi na nieuniknioną starość patrzą z lękiem. Wiąże się to z modą na młodość oraz brakiem odpowiedniej edukacji. Istnieje obawa, że nastąpi rozwój współczesnej gerontofobii, przejawiającej się w obojętności i braku zrozumienia dla osób starszych, wymagających pomocy, opieki i miłości. O starości mówi się jako o zniedołężnieniu, schorowaniu, potrzebie korzystania z pomocy innych. Takie nastawienie niekorzystnie wpływa na kształtowanie społecznych postaw wobec starości, jak i na samopoczucie tych, którzy przekroczyli próg wieku emerytalnego [6].

Badania prowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2000 roku na temat „Polacy wobec ludzi starych i własnej starości” pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

- prawie co drugi dorosły Polak (45%) zna osobiście kogoś, kto z racji starszego wieku ma trudności z wykonywaniem samodzielnie niektórych codziennych czynności, natomiast co czternasty (7%) przyznaje, że sam ma obecnie tego typu problemy.
- ponad jednak czwarta respondentów (29%) nie się pomoc ludziom dotkniętym uciążliwościami wieku sędziwego. Co dwudziesta osoba potrzebująca wsparcia (5%) nie uzyskuje jednak żadnej pomocy.
- ludzie starzy mogą liczyć przede wszystkim na pomoc najbliższej rodziny. Istnieje także wyraźnie zaznaczająca się solidarność sąsiedzka. Znajomi i przyjaciele rzadziej stwarzają oparcie osobom w podeszłym wieku, natomiast zdecydowanie najmniejszy zakres ma pomoc instytucji powołanych do jej niesienia.
- pomoc kierowana do ludzi starych zaspokaja znaczny zakres ich potrzeb. W istotnym stopniu niezaspokojone pozostają jednak potrzeby finansowe, zaznacza się także niedostatek oparcia społecznego w zakresie poradnictwa dla seniorów. Odnotowujemy ponadto symptomy nadopiekuńczości ze strony osób pomagających.
- jedynie co piąty ankietowany (20%) chciałby na starość mieszkać wspólnie z rodziną, natomiast ponad połowa (57%) wolałaby mieszkać we własnym mieszkaniu i tylko doraźnie korzystać z pomocy osób bliskich, w tym również rodziny. Jedna szóstka respondentów (17%) wybiera takie rozwiązania, z których żadne w zasadzie nie wymaga pomocy ze strony bliskich.

- zdaniem respondentów, ludzie starzy w Polsce traktowani są bardzo różnie. Życzliwy stosunek do ludzi w podeszłym wieku ankietowani najczęściej dostrzegają w rodzinie (69%), w środowisku sąsiedzkim (64%) oraz w parafii (58%), rzadziej – w sklepach (44%), placówkach służby zdrowia (39%), w byłym miejscu pracy (36%) oraz kolejno: w urzędach (27%), w środkach komunikacji (22%) i na ulicy (21%).
- środowisko młodzieżowe postrzegane jest jako mało życzliwe wobec seniorów (25% opinii pozytywnych) [7].

Dyskryminujące podejście do osoby z powodu jej wieku obserwuje się zatem nadal; zarówno wśród młodych, jak i dorosłych osób. Kumulacja nieszczęść i chorób, jakie pojawiają się pod koniec życia, powoduje u ludzi nieświadomą niechęć i lęk przed starością. Dystans do osób starszych może wynikać także z konieczności poświęcania większej ilości czasu na rozmowę, badanie, pielęgnację, opiekę i pomoc osobie starszej.

Ograniczanie marginalizacji społecznej, spowodowanej wiekiem, stanowi zatem poważne wyzwanie dla współczesnego wychowania, edukacji i komunikacji interpersonalnej

Czynniki mające wpływ na powstawanie ageizmu:

1. Niewiedza jako źródło stereotypów.
2. Gerontofobia – lęk przed starymi ludźmi oraz inne emocje i nastawienia o charakterze negatywnym (obawa przed śmiercią, która przenoszona jest na osoby reprezentujące okres starości).
3. Zmiany w systemie zorganizowania rodziny (odejście od modelu rodziny wielopokoleniowej – osłabienie więzi emocjonalnych między dziadkami a wnukami i zwiększenie dystansu międzypokoleniowego oraz wzajemnej, emocjonalnej i poznawczej separacji pokoleń).

Stereotyp negatywny – człowiek stary to osoba:

1. Słaba, powolna i nieaktywna.
2. Bezbronna.
3. Osamotniona, konserwatywna, żyjąca przeszłością i wspomnieniami.
4. Zależna od opieki rodziny i wycofana z życia społecznego.
5. Oschła, oszczędna, nadmiernie zainteresowana życiem osób obcych.
6. Zniechęcona, nieszczęśliwa i hipochondryczna.
7. Nieprzychylnie nastawiona do osób młodych, zaniedbana i egoistyczna.

Stereotyp pozytywny – człowiek stary to osoba:

1. „Wzorowy dziadek” – mądry, pełen wyrozumiałości, potrzebny, szczęśliwy, zorientowany na rodzinę i jej potrzeby, niosący chętnie pomoc innym oraz otoczony młodymi ludźmi.

2. „Mędrzec” – osoba inteligentna, skoncentrowany na przeszłości, kochający i zajmujący się wieloma ważnymi zagadnieniami.

3. „Liberalna matka lub ojciec rodu” – osoba dojrzała emocjonalnie i społecznie oraz zaangażowana w życie swoich dzieci.

Konsekwencje ageizmu

- traktowanie tej grupy jako mniej ważnej,
- trywializowanie i marginalizowanie dolegliwości i problemów ludzi starych (zaliczanie ich do zaburzeń psychosomatycznych),
- traktowanie ich jako nadmiernie gadatliwych, zamkniętych na innych ludzi i niechętnych do zmian,
- osoby stare częściej doświadczają kłopotów ze znalezieniem pracy i częściej ją tracą,
- są rzadziej awansowani w swych miejscach zatrudnienia,
- naduprzejmość – nadmierna układność i specyficzny sposób zwracania się do starych ludzi (wolniej, głośniejsze, prościej),
- infantyilizacja – traktowanie osób starszych jak dzieci, tj. jako nierównych sobie i niespełniających warunków partnerskiej interakcji,
- pogorszenie społecznej sytuacji osób starszych,
- niepotrzebny lęk wobec osób starych,
- jako niepożądane zjawisko społeczne.

Takie sposoby odnoszenia się osób młodych do starych mogą prowadzić – na zasadzie samospełniającego się proroctwa – do zyskania przez tych ostatnich przekonania, że istotnie ich funkcjonowanie wymaga nieustannej pomocy, a ich możliwości intelektualne są znacznie gorsze niż osób młodych [8].

Metody przeciwdziałania – sposoby eliminowania ageizmu z praktyki społecznej

- szeroka edukacja społeczna na temat gerontologii,
- nacisk na rozwój tolerancji,
- wprowadzenie niezbędnych zmian legislacyjnych,
- zachęcanie osób w późnej starości, by poprzez własny przykład pomyślnego starzenia się negowały stereotypy starości,
- realizacja programu obejmującego stałą autoweryfikację stereotypów starości, czynne przeciwstawianie się stereotypom, nieustanne rozszerzanie wiedzy na temat starości, uruchamianie programów geriatrycznych (zwłaszcza wśród pracowników ochrony zdrowia, terapeutów, opiekunów, pedagogów),
- włączenie problematyki ageizmu do systemu kształcenia osób zajmujących się zawodowo osobami w okresie starzenia,
- hipoteza kontaktu – zakładająca, że wzajemne relacje pomiędzy przedstawicielami dwóch grup społecznych powinny się poprawiać pod wpływem ich osobistego kontaktu [8].

PROBLEMY ZDROWOTNE I OPIEKUŃCZE LUDZI STARYCH

Podeszły wiek to jeden z najważniejszych czynników determinujących skalę potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w zakresie zarówno stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej opieki medycznej, w tym długookresowych świadczeń rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych oraz z zakresu pomocy społecznej. W wielu wysoko rozwiniętych krajach ludność powyżej 65 roku życia, choć stanowi ok. 12-20% ogółu ludności, wykorzystuje ponad 50% udzielanych świadczeń medycznych.

Uwzględnia się 4 odrębne grupy o zwiększonych potrzebach zdrowotnych.

1. Osoby biologicznie słabsze, głównie dzieci i ludzie w młodszych grupach wieku funkcjonujący w zasadzie dzięki osiągnięciom nauk biomedycznych. Do tej grupy zaliczyć należy również rosnącą proporcję osób z upośledzonymi mechanizmami obronnymi przed działaniem różnych czynników ryzyka,
2. „Młodszy” starzy, tj. osoby w wieku 65-74 lata,
3. „Starszy” starzy, tj. osoby w wieku 75-79 lat,
4. Powyżej 80 roku życia.

Rosnąca proporcja wszystkich tych grup w strukturze demograficznej współczesnych społeczeństw przyczynia się do systematycznego wzrostu skali występowania chorób przewlekłych oraz powoduje konieczność zapewnienia medycznej opieki terminalnej, niekiedy długofalowej, wymagającej znacznych nakładów sił i środków, zapewnienia komfortu umiarkowanego bez nadmiernych cierpień, przy często pełnej, opartej na istniejącym poziomie wiedzy, świadomości nieuleczalności [9].

Charakterystyczne dla osób starszych jest współwystępowanie wielu stanów chorobowych, co często prowadzi do nadmiernej farmakoterapii. Zapisywanie leków przez długi czas bez kontroli stanu zdrowia, brak porozumienia się poszczególnych specjalistów oraz samoleczenie chorych prowadzi do szeregu następstw i powikłań – jatrogenny zespół polekowy. Diagnozowanie i leczenie chorób wieku podeszłego wymaga z jednej strony znajomości konsekwencji starzenia się, a z drugiej – wiedzy na temat patofizjologii i symptomatologii chorób, które są mało charakterystyczne i często zupełnie inne niż u osób młodszych.

Do współczesnej gerontologii wprowadzone zostało pojęcie tzw. „wielkich problemów geriatrycznych”. Są to najczęściej pojawiające się zaburzenia (lub choroby) fizyczne i psychiczne, które doprowadzają do zaburzeń funkcjonowania osób w wieku starszym. Należą do nich:

- upadki lub zaburzenia mobilności,
- nietrzymanie moczu i/lub stolca,
- upośledzenie wzroku i słuchu,

- zaburzenia otępienne
- starcze depresje.

Mimo że stanowią one dość powszechne zjawisko, to jednak często bywają lekceważone; przypisywane są następstwom starzenia się i pozostawiane są bez diagnostyki czy właściwej interwencji. Ze względu na swą przewlekłość, wieloprzyczynowość, trudności w leczeniu powodują stopniową utratę niezależności osób starszych i w zdecydowany sposób wpływają na obniżenie jakości życia seniorów poprzez ograniczenie ich aktywności życiowej, mobilności, kontaktu z innymi osobami oraz otoczeniem [10].

Z badań wynika że we wczesnej starości przeważają problemy zdrowotne, natomiast w późnej starości piętrzą się problemy opiekuńcze. Demograficznym zjawiskiem XXI wieku jest tzw. siwienie siwych, czyli zwiększanie się w odsetkach i w liczbach bezwzględnych liczby ludzi najstarszych. Z obserwacji wynika, że w żadnym okresie życia różnice pomiędzy dwiema osobami w tym samym wieku nie są tak znamienne, jak w starości.

Dlatego dla celów polityki służby zdrowia istotne jest zastanowienie się nad problemami zdrowotnymi i społecznymi tej grupy ludzi. Dobrej kondycji starego człowieka sprzyja dobrobyt i kultura społeczeństwa, rozsądna polityka społeczna oraz sprawne programy pomocy społecznej. Ludzie starsi poprawią swoje samopoczucie tylko wówczas, gdy wzrośnie ich pozycja w społeczeństwie, dzisiaj nie jest ona zbyt wysoka. Znane są kraje (np. Japonia), którym udało się stworzyć takie kryteria oceny ludzi, że starość stała się przedmiotem głębokiego poważania i szacunku [11].

Za najczęściej popełniane błędy w opiece medycznej nad ludźmi starszymi profesor W. Pędich uważa:

- przypisywanie wszystkim starszym pacjentom cech uchodzących za typowo starcze,
- ograniczanie się do rozpoznawania miażdżycy, uznając za jedyną przyczynę dolegliwości,
- nieuzasadnione, nierozważne stosowanie leków,
- rezygnacja z innych, poza farmakologicznymi, metod leczenia i form pomocy udzielanej pacjentom,
- rezygnacja z pozyskania chorego do współpracy,
- nierozważne słowa, gesty powodujące utratę zaufania chorego,
- zaniechanie nawiązania kontaktu z opiekunami chorego w celu nakłonienia ich do pomagania [12].

Negatywne stereotypy myślowe typu „być starym to znaczy być chorym”, „sprawność umysłowa obniża się wraz z wiekiem” są fałszywymi sądami prowadzącymi do nieadekwatnych uogólnień, a tzw. „wyuczona bezradność” u ludzi w starszym wieku może być spowodowana tym, że same osoby przypisują swoje dolegliwości starzeniu się i przestają zgłaszać się z tymi problemami. Tymczasem schorzenia nie są nieuniknioną konsekwencją starzenia się, a starość nie musi wiązać się automatycznie z patologią i niedołęstwem.

Możliwe jest zatem utrzymanie organizmu w doskonałej kondycji aż do śmierci [11].

Rowe i Kahn w 1987 roku wprowadzili pojęcie „starzenia pomyślnego”. Termin ten oznacza optymalny przebieg starzenia, który cechują:

- brak chorób,
- pozytywne zachowania zdrowotne (m. in. zdrowa dieta i aktywny styl życia),
- minimalne deficyty fizjologiczne, psychologiczne i społeczne, przypisywane wiekowi kalendarzowemu.

Badania populacyjne wskazują, że pomyślności starzenia doświadcza jedynie 10-15% populacji, pozostała część osób starzeje się w sposób zwyczajny, doświadczając typowych dla wieku dysfunkcji narządowych, zaś najczęściej w sposób patologiczny, z powodu towarzyszących chorób. Badania dużych populacji zwróciły uwagę badaczy na szczególne powiązania między różnymi czynnikami a pomyślnym starzeniem. Ich obecność prognozuje zdrową i szczęśliwą starość. Do grupy tej należą: wykształcenie, pozostawanie w związku małżeńskim, sytuacja materialna, pozytywna samoocena zdrowia, utrzymywanie sprawności, zachowanie idealnej masy ciała, właściwa dieta [13].

GERIATRIA – DYSCYPLINA Z PRZYSZŁOŚCIĄ

Dla podtrzymania dobrego stanu zdrowia starzejącego się społeczeństwa ważne są różne czynniki, wśród których można wymienić: stan środowiska naturalnego, politykę żywieniową państwa, świadomość i wiedzę o ograniczeniach zasobów zdrowia, motywowanie do aktywności fizycznej i intelektualnej. Decydujący wpływ na jakość zdrowia osób starszych, oprócz polityki zdrowotnej państwa i oferowanego pakietu świadczeń zdrowotno-opiekuńczych i socjalnych, ma także infrastruktura architektoniczna i użytkowa (dostępność obiektów sportowych, rehabilitacyjnych) oraz opiekuńczo-społeczna dla potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

Zakłady opiekuńcze dla starszych osób stają się w ostatnim okresie jedną z możliwości wyboru sposobu życia na starość. W krajach Europy Zachodniej wzrasta zapotrzebowanie na tego typu placówki; normy europejskie przewidują: w 1993 roku – 7,1 łóżka na 10 tys. mieszkańców, a w 2005 roku 22 łóżka na 10 tys. mieszkańców [14]. Także i w Polsce obserwuje się obecnie wzrost liczby zakładów opieki długoterminowej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów opieki społecznej i innych instytucji i placówek pomagających starym i chorym ludziom.

Aktualnie w Polsce jest ok. 25 490 łóżek opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej, 300 łóżek w ośrodkach, w których pracują pielęgniarki i lekarze ze specjalizacją z geriatry, w kraju jest 180 geriatrów, z czego w zawodzie pracuje ok. 80 osób. Tymczasem 4,7 mln Polaków przekroczyło 65 lat, a w ciągu 20 najbliższych lat grupa osób najstarszych będzie narastać z największą dotąd intensywnością, ponieważ w wiek starszy wejdzie wtedy powojenny wyż [15].

Opieka medyczna nad starszymi może dotyczyć różnorodnych świadczeń zdrowotnych, w tym również usług pielęgnacyjnych, wykonywanych zarówno w domu podopiecznego, jak i w różnych ośrodkach pobytu tej grupy ludzi.

Leczenie i opieka nad pacjentem geriatrycznym jest trudna, obejmuje współdziałanie z chorym i jego opiekunami w szczególnie trudnym okresie życia. U osób bez odpowiedniego przygotowania może szybko prowadzić do zmęczenia.

Opieka i leczenie ludzi starych uwzględnia kilka grup podopiecznych wymagających nadzoru, specyficznego podejścia interwencyjnego i działań wielokierunkowych. Są to osoby:

- powyżej 85 roku życia,
- świeżo owdowiałe,
- uzależnione od benzodiazepinu,
- stosujące leczenie wieloma lekami,
- po świeżo przebytych udarach,
- z zaburzeniami chodu, równowagi i niesprawnością ruchową kończyn,
- upadające,
- z otępieniem i depresją bez nadzoru/bez leczenia,
- ubogie i w izolacji społecznej,
- z zespołem niedożywienia,
- z dużymi ubytkami wzroku i słuchu [15].

WHO wysuwa obecnie hasło niezależności jako kluczowego kierunku opieki geriatrycznej na najbliższe lata, którego głównym celem jest dążenie do jak najdłuższego utrzymania ludzi starych w pełnej sprawności życiowej, umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania i poprawę jakości życia.

Obowiązujący obecnie w świecie tzw. „złoty standard” podejścia geriatrycznego obejmuje kompleksową i interdyscyplinarną Pełną Ocenę Geriatryczną. Opiera się ona na współpracy praktyków różnych dyscyplin medycznych i paramedycznych i dotyczy złożonych potrzeb zdrowotnych i środowiskowo-socjalnych starszego podopiecznego [16].

Zachowanie możliwej sprawności i jak najmniejsze ograniczenie niezależności podopiecznego wymaga zatem bardzo indywidualnego podejścia do pacjenta przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny, psycholog, terapeuta zajęciowy, lekarze

specjaliści i inni, np. pracownicy POZ). Całościowa ocena geriatryczna polega na dokładnym badaniu lekarskim, ocenie problemów pielęgnacyjnych, ocenie psychologicznej, rehabilitacyjnej, społecznej, wykonaniu określonego zestawu badań laboratoryjnych. Celem oceny jest określenie sprawności funkcjonalnej narządów, poznanie potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych, ustalenie planu postępowania wobec osoby starszej w ramach zespołowego procesu diagnostyczno-leczniczego. Taka ocena pozwala zidentyfikować nierozpoznany problem starszego pacjenta, poprawić jego stan funkcjonalny i psychiczny, ograniczyć obciążenia opiekunów, obniżyć koszty opieki i przedłużyć życie.

Istnieje także coraz pilniejsza potrzeba tworzenia opracowań programowych, dotyczących zapobiegania negatywnym skutkom chorób i niepełnosprawności oraz rozwoju edukacji gerontologicznej (**geragogiki**), która skupia się na edukacji jako środku doskonalenia jakości życia osób w starszym wieku. System wsparcia i radzenia sobie z trudnościami to dla chorego ważny moment w aktywnym współdziałaniu w edukacji i profilaktyce. Starzeniu towarzyszą zaburzenia funkcji poznawczych, które utrudniają działania edukacyjne wśród chorych (są często absorbujący, niezadowoleni, koncentrują się na własnych oczekiwaniach, źle sobie radzą z problemami i mają trudności w adaptowaniu się do nowych warunków).

Koniecznością staje się również zapoznanie studentów studiów medycznych (lekarzy i pielęgniarek) z zagadnieniami gerontologii i geriatry, ponieważ kontakty tych profesjonalistów ze starszymi osobami wymagają szczególnego przygotowania, wyrażonego posiadaniem przez nich wiedzą, umiejętnościami i postawą wobec starości i osób starych.

Starzenie się populacji i związane z nim wyzwania zdrowotne i opiekuńcze wymagają więc podjęcia systemowych i konsekwentnych działań, które umożliwią zapewnienie indywidualnej opieki oraz zapewnią usamodzielnienie podopiecznych i zwiększą poziom satysfakcji ze świadczonej opieki i pomocy ludziom starszym. Zaniedbanie profilaktyki zdrowotnej i pozostawienie osób starszych bez nadzoru, leczenia i opieki byłoby nieetyczne.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Piwowarski R. Sytuacja demograficzna i gospodarcza-konsekwencje dla oświaty. Edukacja 2002; 1.
- [2] Zboina B, Kulik TB, Wiecheć M, Koc-Kozłowiec B. Rola pielęgniarki w poprawie jakości życia osób

starszych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. W: Rehabilitacja 2002 – Jakość życia pacjentów a rehabilitacja. Red. TB Kulik, Ostrowiec Św. 2002.

[3] Budzyńska-Kapczuk A. Nowe możliwości, nowe wyzwania. „Pielęgniarka i Położna” 2003; nr 12.

[4] Zboina B, Kulik TB. Opieka pielęgniarska a jakość życia pacjentów. Problemy Pielęgniarstwa. Warszawa 2003; 1, 2.

[5] Dawidowicz A. Gdy człowiek robi się stary. PZWL, Warszawa 1971.

[6] Dziewulska J. Przeciw beznadziejności. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2000; 1-2.

[7] Centrum Badania Opinii Społecznej „Polacy wobec ludzi starych i własnej starości”. BS/172/2000. Warszawa 2000.

[8] Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Czelej, Lublin 2007.

[9] Leowski J. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej. CeDeWu, Warszawa 2004.

[10] Biercewicz M. Wielkie problemy geriatryczne. Pielęgniarka i Położna 2004; nr 10.

[11] Franek G. Ludzie w starszym wieku. Pielęgniarka i Położna 1997; nr 3.

[12] Pędich W, Jakubowska D. Pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL, Warszawa 1983.

[13] Karczewski JK (red.). Higiena. Czelej, Lublin, 2002.

[14] Lewko J. Sytuacja demograficzna w Polsce. Pielęgniarka i Położna 2002; 4.

[15] Derejczyk J. Geriatria-dziedzina z przyszłością. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005; 4.

[16] Doroszkiewicz H, Bień B. Podstawowa opieka geriatryczna na świecie. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 1/2.

Adres do korespondencji:

Kazimiera Zdziebło
Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
e-mail: zdzieblo@wp.pl

