

Jakość życia seniorów jako zadanie społeczne

/materiały edukacyjne/

redakcja Urszula Parnicka

© Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim

Skład / opracowanie graficzne / projekt okładki:

Agencja Reklamowa ARTMAR, ul. Lubelska 32, 21-560 Międzyrzec Podlaski

Publikacja dofinansowana ze środków Unii Europejskiej i Skarbu Państwa, w ramach dofinansowania przyznanego przez Ministra Zdrowia

Publikacja bezpłatna, nieprzeznaczona do sprzedaży

Nakład 200 egzemplarzy

Spis treści

O Dziennych Domach Opieki Medycznej i o projekcie	4
Sylwetki autorów	6
Wstęp	7
<i>Parnicka Urszula: Aktywizacja osób starszych formą poprawy jakości ich życia</i>	8
<i>Szucki Piotr: Wielochorobowość i inne problemy zdrowotne starszych – zagrożenia, rozwiązania, system opieki zdrowotnej i środowiskowej</i>	16
<i>Czeczewska Ewa: Życie z opiekunami, koegzystencja, role osób w różnym wieku, profilaktyka nieintencjonalnej przemocy</i>	22
<i>Galczak-Kondraciuk Anna: Dieta a zdrowie, wiek a dieta</i>	29
<i>Czeczewska Ewa: Osoby niepełnosprawne i niesamodzielne w społeczeństwie</i>	35
<i>Parnicka Urszula: Aktywność fizyczna a zdrowie, wiek a aktywność fizyczna</i>	42
Wskazówki i zalecenia praktyczne	49
<i>Aktywizacja osób starszych</i>	50
<i>Wielochorobowość</i>	51
<i>Życie z opiekunami, koegzystencja, przemoc</i>	52
<i>Dekalog żywienia dla osób starszych</i>	53
<i>Osoby niepełnosprawne i niesamodzielne w społeczeństwie</i>	54
<i>Aktywność ruchowa osób starszych</i>	55

O Dziennych Domach Opieki Medycznej i o projekcie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim, w partnerstwie z Urzędem Gminy Międzyrzec Podlaski i z Akademią Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, realizuje projekt *Szpital Środowiskowy dla Międzyrzeczczyny*, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Oś priorytetowa V *Wsparcie dla obszaru Zdrowia*, Działanie 5.2 *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych*, konkurs organizowany przez Ministra Zdrowia.

Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM) - jest formą opieki, skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.

O Dziennych Domach Opieki Medycznej

Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM) to formy opieki zdrowotnej, obecnie w Polsce na etapie testowania – pilotażu standardu. W uproszczeniu, DDOM jest formą pośrednią pomiędzy pobytem w szpitalu a pozostawaniem w domu i korzystaniem z podstawowej opieki zdrowotnej. Pobyt w DDOM ma miejsce od poniedziałku do piątku, typowo przez osiem godzin dziennie.

Wsparcie kierowane jest do osób niesamodzielnych, w tym powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowej hospitalizacji.

Do DDOM mogą być przyjęci pacjenci: bezpośrednio po hospitalizacji lub którym w okresie poprzedzających 12 miesięcy udzielono świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

Ze względu na profil DDOM ze wsparcia wyłączone będą osoby: korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

Kierowanie do dziennego domu opieki medycznej odbywa się na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego, z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel, 40-65 pkt.).

Skierowanie do DDOM wydaje: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz udzielający świadczeń w szpitalu.

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej w DDOM:

- ✓ opieka pielęgnarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- ✓ usprawnianie ruchowe,
- ✓ stymulacja procesów poznawczych,
- ✓ terapia zajęciowa,
- ✓ doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- ✓ przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).
- ✓ niezbędne badania diagnostyczne i specjalistyczne konsultacje lekarskie – w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania,
- ✓ odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie,
- ✓ zajęcia dodatkowe służące zagospodarowaniu czasu wolnego w trakcie pobytu w DDOM,
- ✓ w razie potrzeby, we współpracy z rodziną pacjenta, zapewnienie transportu do i z miejsca zamieszkania.

O projekcie

W ramach projektu, Dzienny Dom Opieki Medycznej w Miedzyrzeczu Podlaskim obejmie wsparciem 70 osób – pacjentów, a także ich rodziny lub opiekunów, poprzez działania edukacyjne i objęcie opieką dzienną osób od nich zależnych. Personel będzie mógł przygotować rodzinę i opiekunów do kontynuacji opieki w domu. W placówce będzie mogło przebywać równocześnie nie mniej niż 10 i nie więcej niż 15 osób. Powstanie Dziennego Domu Opieki Medycznej pozwoli rozbudować ofertę usług medycznych skierowanych do osób starszych i niesamodzielnych.

Konkurs Dziennych Domów Opieki Medycznej, organizowany przez Ministra Zdrowia, ma na celu zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnych, a jednocześnie zapewni dalsze leczenie w ramach dziennych pobytów. Wiąże się to z poprawą jakości zarządzania finansowego w ochronie zdrowia poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej. Realizacja projektu zapewni wypracowanie standardu DDOM w celu kontynuacji i rozwoju szpitala dziennego.

Opracowanie, na podstawie materiałów źródłowych konkursu: prof. nadzw. dr hab. Maciej Płaszewski, kierownik projektu

Sylwetki autorów

Urszula Parnicka – doktor nauk o kulturze fizycznej. Nauczyciel akademicki Filii w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, w Wydziale Turystyki i Zdrowia. Założycielka Ośrodka Terapii Ruchowej Ludzi III wieku w Białej Podlaskiej. Doświadczony instruktor kinezygerontoprofilaktyki z dwudziestopięcioletnim stażem pracy z ludźmi starszymi. Jest autorką ponad stu publikacji naukowych i popularno-naukowych, w tym o tematyce prozdrowotnej aktywności ruchowej seniorów.

Piotr Szucki - lekarz, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista z geriatry. Pracownik Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej. Wykładowca w Filii w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, na kierunku fizjoterapia.

Ewa Czeczelewska – doktor nauk medycznych. Prodzikan Wydziału Nauk o Zdrowiu w Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej w Siedlcach. Autorka licznych publikacji z zakresu epidemiologii chorób nowotworowych, opieki długoterminowej, żywienia i aktywności fizycznej oraz programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Członek Rady Programowej czasopisma Opieka Onkologiczna wydawnictwa MedHillPress. Ambasadorka projektu „Damy Radę” fundacji Razem Zmieniamy Świat.

Anna Galczak-Kondraciuk - mgr inż. dietetyk, trener osobistych pomp insulinowych. Absolwentka Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego kierunku technologia żywności i żywienie człowieka w zakresie żywienia człowieka i nauk konsumenckich. Wykładowca z zakresu dietetyki i żywienia w Filii w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Wstęp

Polityka wobec osób starszych określana jest jako realizacja interesów osób starszych. Znaczący udział osób w wieku poprodukcyjnym rodzi konsekwencje społeczne – dotyczące opieki zdrowotnej, wsparcia socjalnego, edukacji, itp. Dlatego coraz większego znaczenia nabiera zagadnienie „pomyślnego starzenia się”. W tym zakresie poszukiwanie rozwiązań i możliwości podniesienia na wyższy poziom modyfikowalnych czynników, dotyczących warunków i stylu życia wydaje się jak najbardziej pożądane. Podejmowanie zagadnień dotyczących seniorów staje się istotne co najmniej z kilku powodów. Do najważniejszych należą: zwiększająca się liczba osób w podeszłym wieku, panujący powszechnie kult człowieka sprawnego i niezależnego /całkowicie niepokrywający się z rzeczywistością geriatryczną/, konieczność kształcenia profesjonalistów do pomocy, opieki lub wsparcia osób starszych oraz potrzeba zmian mentalnych społeczeństwa dotyczących procesu starzenia się i samej starości.

Poziom jakości życia może obniżyć się w wyniku występowania różnych rodzajów ryzyka /np. samotności, izolacji/, ale może także wzrosnąć pod wpływem działań, które skupione są np. na integracji, opiece, aktywizacji, edukacji czy komunikacji. Edukacja może więc wpłynąć na zminimalizowanie ryzyka i maksymalizację jakości życia osób starszych. Promowanie i podnoszenie jakości życia w wieku starszym jest bardzo ważne, gdyż nie tylko prowadzi do zwiększenia poczucia szczęścia seniorów, ale także do tego, by byli oni bardziej aktywni, produktywni, by mieli poczucie przynależności do społeczeństwa i cieszyli się zdrowiem. Wszystko to ma wpływ na zmniejszenie wydatków na usługi socjalne, których wartość w społeczeństwie stale wzrasta.

Prezentowany materiał stanowi edukacyjną podstawę adresowaną do pacjentów Domu Opieki Medycznej w Międzyrzeczu Podlaskim oraz ich opiekunów, bliskich i rodzin. Ze względu na treść może być również wykorzystany przez inne osoby, które chcą wiedzieć więcej o zależności pomiędzy jakością życia seniorów i ich edukacją. Publikacja ujmuje najistotniejsze kwestie, mające służyć seniorom, poprzez przejście przez zagadnienia teoretyczne do wskazówek i zaleceń praktycznych.

Mamy nadzieję, że referencje zawarte w tym opracowaniu pogłębią wiedzę czytelnika na temat czynników związanych z jakością życia seniorów, a zalecenia w tym kierunku będą użyteczne w praktyce.

Autorzy

Aktywizacja osób starszych formą poprawy jakości ich życia

Aktywny senior – działania seniora dla seniora

Urszula Parnicka

Wstęp

W związku z coraz większą dynamiką starzenia się społeczeństwa problematyka związana ze starością nabrała w ostatnim czasie szczególnego znaczenia. Zagadnienie to interesuje wielu naukowców z różnych dziedzin nauki. Poza zapewnieniem podstawowych potrzeb, każdy człowiek ma prawo do osiągnięcia innych /wyższych/ celów w życiu, takich jak: szczęście, samorealizacja, niezależność, itp. Wszystkie te cele są związane z jakością życia. Posiadanie wysokiej jakości życia oznacza, że jest ono satysfakcjonujące.

Jakość życia zależy od dwóch czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Elementy zewnętrzne są ustanowione przez społeczność wśród której żyjemy. Nowoczesne społeczeństwa starają się zwiększyć dobrostan ludzi starszych poprzez usługi socjalne, programy zdrowotne, dodatkowe środki dla osób o niskich dochodach, zwiększenie dostępności i możliwości rozwoju osób niepełnosprawnych, by doprowadzić do zmniejszenia dyskryminacji. Z kolei elementy wewnętrzne to te, które wywodzą się z wnętrza samych osób: optymizm, postrzeganie kontroli, adaptacja, akceptacja, itp. Ludzie o wyższej jakości życia mają optymistyczne podejście do wyzwań i życiowych problemów. Poza tym, więcej i aktywniej uczestniczą w działalności społecznej, dobrosąsiedzkiej i rodzinnej. Jakość życia jest celem, który reprezentuje długoterminowy kierunek rozwoju człowieka, w którym, każdy stara się wieść bogate życie, w najszerszym tego słowa znaczeniu. Ogólnie rzecz biorąc, społeczeństwa odnoszą więcej korzyści z ludzi o wysokiej jakości życia, niż od tych z niską /Bamann, 2006/.

Przejście na emeryturę dla wielu osób wiąże się z zadowoleniem i satysfakcją z życia, otwieraniem nowych możliwości rozwojowych, a dla wielu osób wiąże się z kolejnymi wyzwaniami życiowymi, a niekiedy z obniżeniem aktywności życiowej i społecznej. Aktywizacja osób starszych jest bardziej odzwierciedleniem różnych ważnych ich potrzeb i preferencji życiowych /Kryńska i wsp., 2015/. Osoby starsze mogą dysponować swoim czasem zgodnie z własną wolą, potrzebami, kondycją psychofizyczną i możliwościami finansowymi. Mogą podążać za tym co dzieje się w mediach, na szklanym ekranie, kinie, teatrze czy literaturze /Szarota, 2007, Brzezińska, 2015/. Kierując się potrzebą poznawczą mogą poszerzać swoje zainteresowania poprzez uczestniczenie w różnych formach kształcenia, m. in. W Uniwersytecie Trzeciego Wieku, kursach, kołach zainteresowań, itp.

Wkraczanie w okres starości wiąże się z koniecznością reorganizacji celów życiowych. Przykładem może być mniejsza koncentracja na zdobywaniu rzeczy materialnych, awansów społecznych czy zawodowych, a większa na sprawach związanych ze zdrowiem. Ważna staje się umiejętność kształtowania takich cech jak: umiar, rozważa, świadomość własnych ograniczeń. Wraz z upływem lat wzrasta szerokość spojrzenia na problemy innych ludzi – wzrasta zdolność rozumienia ich potrzeb, przekonań i wartości. Ludzie starsi łatwiej przyjmują przeciwności losu pomimo doświadczanych trudności i są zdolne do radości i pogody ducha, natomiast mniej skłonne do oszukiwania siebie.

M. Dzięgielewska wyróżniła trzy możliwe typy aktywności osób starszych, a mianowicie: 1/ formalną – polegającą na udzielaniu się w różnych stowarzyszeniach społecznych, w pracach na rzecz lokalnego środowiska, w polityce, w wolontariacie; 2/ nieformalną – polegającą na utrzymywaniu kontaktów z rodziną, z przyjaciółmi, z sąsiadami; 3/ samotniczą – którą charakteryzuje rozwijanie własnych zainteresowań, hobby, oglądanie telewizji, czytanie.

Wiele osób starszych kończąc aktywność zawodową pozostają nadal w dobrej kondycji psychofizycznej, ma potencjał, kwalifikacje, życiowe doświadczenie i czas wolny, który można i należy zagospodarować dzięki tworzeniu odpowiedniej oferty aktywności społecznej.

W ostatnim czasie powstało wiele programów i projektów zakładających działania aktywizujące ludzi starszych. Najczęściej sprowadzają się one do działań w zakresie poniżej przedstawionych czterech priorytetów.

Profile programów aktywizacji osób starszych

Edukacja osób starszych – obejmuje działania mające na celu rozwój oferty edukacyjnej skierowanej do seniorów, wykorzystanie potencjału wzajemnego uczenia się, rozwój innowacyjnych form edukacji, promowanie tzw. wolontariatu kompetencji.

Edukacja stanowi jeden z filarów koncepcji aktywnego starzenia się. Osoby lepiej wykształcone, uczestniczące w procesie kształcenia przez całe życie, łatwiej adaptują się do zachodzących zmian, także w starszym wieku. Łagodniej przechodzą proces „stawania się człowiekiem starym”.

Jedną z niezwykle interesujących propozycji kształcenia ustawicznego są Uniwersytety Trzeciego Wieku, skierowane dla osób już nie czynnych zawodowo. Poprzez wykłady oraz inne formy zajęć wyrabiają postawy prozdrowotne, dają podstawy i wskazówki do zachowania sprawności intelektualnej, która decyduje o jakości życia nie mniej niż stan zdrowia czy sprawność fizyczna. Umożliwiają one nie tylko uzupełnienie i aktualizację wiedzy w różnych dziedzinach, ale również pobudzają osoby starsze do twórczej i fizycznej aktywności. Te placówki nie tylko kształcą seniorów, ale również pomagają im zachować aktywność społeczną, a tym samym — zapobiegają ich marginalizacji w życiu publicznym. Oprócz szerzenia wiedzy i sprawności fizycznej umożliwiają podtrzymywanie więzi społecznych oraz kontaktów międzyludzkich, choćby poprzez nawiązanie

współpracy z młodymi ludźmi. Działalność tych uniwersytetów przyczynia się również do zmiany postrzegania starości jako okresu bezradności i bierności społecznej /Kozieł, 2007/. UTW prowadzą kształcenie ustawiczne w różnych formach, takich jak: wykłady, seminaria, lektoraty, szkolenia komputerowe. Często przy uniwersytetach działają zespoły twórcze, prowadzona jest rehabilitacja ruchowa, wycieczki oraz imprezy towarzyskie. Niektóre UTW mają swoje chóry, kółka teatralne i zespoły muzyczne. Oprócz aktywności edukacyjnej, w programie realizowane są zajęcia rekreacyjne i kulturalne, w ramach których organizowane są wycieczki autokarowe i rowerowe, spotkania z ciekawymi ludźmi oraz udziały w wystawach. W ramach warsztatów i kół zainteresowań każdy senior może brać udział w np. gimnastyce rehabilitacyjnej, warsztatach malarstwa lub piosenki, czy w lektoratach języków obcych i innych zajęć.

Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową – zakłada rozwój różnych form aktywności osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej /takich jak np. biblioteki publiczne, domy kultury/ oraz włączenie do wspólnych działań młodszego pokolenia, co pozwala na budowanie wzajemnego zrozumienia oraz rozwój umiejętności społecznych. Celem głównym tego typu aktywności jest integracja międzypokoleniowa, tj. działania integrujące seniorów, dzieci i młodzież, wykorzystując różne potencjały tych trzech grup społecznych, poprzez wspólne spędzenia czasu, zabawę oraz kultywowanie tradycji.

Współpraca międzypokoleniowa seniorów z młodzieżą polega na wspólnym uczestnictwie w warsztatach artystycznych, wspólnej wymianie doświadczeń, dzieleniu się wiedzą, konfrontacji dwóch światów i zderzenia dwóch kultur: pokolenie ludzi młodych i seniorów oraz stworzeniu nowych międzypokoleniowych przyjaźni: przyszywana babcia, przyszywany wnuk. Głównym założeniem podejmowanych działań jest organizacja spotkań integracyjnych tj. zajęć tematycznych - w tym tanecznych, muzycznych, artystyczno-fotograficznych, co wpływa na rozwijanie kontaktów międzypokoleniowych.

Aktywizacja międzypokoleniowa to również aktywność rodzinna. Bardzo ważne są kontakty starszego pokolenia ze swoimi dziećmi i wnukami. Wnuki są dla nich przede wszystkim pożądanym podmiotem miłości i troski dla dziadków, chronią ich przed poczuciem bezużyteczności i osamotnienia. Ludzie starsi dbają także o przekaz międzypokoleniowy. Opowiadanie historii jest dla nich nie tylko ich wewnętrzną potrzebą, ale powinnością, bez której młode pokolenie nie jest w stanie zrozumieć współczesności.

Partycypacja społeczna osób starszych – działania na rzecz zwiększenia udziału osób starszych w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym, co przyczynia się do rozwoju społeczeństwa. Bardzo istotną rolę odgrywają w tym zakresie organizacje reprezentujące interesy i potrzeby osób starszych, które sprzyjają ich zaangażowaniu w życie lokalnych społeczności,

jak np. rady seniorów działające przy samorządach /Rymsza, 2007/. Rada stanowi reprezentację interesów seniorów na poziomie lokalnym oraz cenne źródło wiedzy i doświadczenia, jakie posiadają osoby starsze. Jej celem jest przede wszystkim konsultowanie decyzji dotyczących seniorów i popieranie rozwiązań przyjaznych tej grupie wiekowej. Poza tym dotarcie do organizacji zrzeszających seniorów, a jest ich sporo, np. kluby seniora, lokalne oddziały organizacji zrzeszających emerytów, rencistów, inwalidów, kombatanów i osoby niepełnosprawne, Uniwersytety Trzeciego Wieku, organizacje zrzeszające osoby z różnego rodzaju schorzeniami. Są także organizacje, w których często możemy spotkać seniorów, choć ich celem nie jest wsparcie osób starszych, np. koła gospodyń wiejskich, ochotnicze straże pożarne, lokalne chóry, zespoły ludowe czy ludowe kluby sportowe. Warto dokonać rozpoznania tego typu organizacji działających lokalnie i nawiązać z nimi współpracę angażując ich członków w działania na rzecz społeczności,

Usługi społeczne dla osób starszych – działania służące rozwojowi różnych form wsparcia poprzez zwiększenie dostępności i podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych. Kluczowe znaczenie ma tutaj tworzenie lokalnych sieci wsparcia opartych na działaniach wolontariuszy w celu tworzenia środowiska samopomocy.

Dużą rolę w tego rodzaju aktywizacji odgrywają kluby seniora umożliwiając niejednokrotnie również zasięgnięcie specjalistycznych porad /np. prawnych/ czy skorzystanie z różnych form aktywności fizycznej. Kluby seniora są samopomocowymi ośrodkami życia towarzyskiego, kulturalnego, edukacyjnego i opiekuńczego. Celem działania klubów seniora jest poprawienie jakości życia ludzi starszych i samotnych poprzez ich integrację ze środowiskiem lokalnym. Jednocześnie zaspokajają one potrzebę kontaktów towarzyskich, wypoczynku i rozrywki. Proponowana bogata oferta zajęć ma pobudzić seniorów do działania i aktywności.

Ponadto kluby organizują samotnym seniorom wspólne uroczystości świąteczne: wieczerze wigilijne, śniadania wielkanocne, wycieczki, wyjścia do kina czy teatru, zabawy karnawałowe i wiele innych spotkań okolicznościowych. W ramach działalności klubów seniorzy mogą również uczestniczyć w kursach i szkoleniach np. obsługi komputera czy korzystania z Internetu. Poza Klubami seniora dużą atrakcyjnością cieszą się Dzielne Domy Pomocy Społecznej, które są placówkami typu otwartego. Ich celem jest zapewnienie pomocy w organizacji życia osobom, które korzystają z usług takiego domu. Działalność organizacyjna DPS sprawia, że seniorzy tam przebywający nie są pozostawieni sami sobie. Będąc w swoim środowisku mają ciągły kontakt z otoczeniem, co zapobiega zjawisku wykluczenia. Nieco inną formę aktywności, służącą pomyślnemu starzeniu, stanowi bezinteresowne niesienie pomocy innym ludziom w ramach wolontariatu. Działania wolontariuszy w starszym wieku na rzecz osób potrzebujących dają im poczucie użyteczności, przydatności i satysfakcji z wykonania nawet najprostszych czynności. Starsi wolontariusze odwiedzają często samotne osoby w szpitalach, hospicjach, domach pomocy społecznej, gdzie np. czytają

pensjonariuszom prasę, wychodzą z nimi na spacerory lub do lokali użyteczności publicznej. W tym miejscu nie można pominąć coraz wyraźniej zaznaczającej się roli mediów elektronicznych pobudzających aktywność społeczno-kulturalną osób starszych. Szczególnie niektóre programy telewizyjne oraz Internet coraz częściej służą nawiązywaniu ważnych z punktu widzenia walki z poczuciem samotności kontaktów z osobami w podobnym wieku i sytuacji /Szmigielska, 2012/. W rezultacie wszelkie oferty aktywności społecznej kierowane do ludzi starszych przeciwdziałają uczuciu zbędności, osamotnienia i nudy. Jednocześnie budują wizerunek nowego, aktywnego i pełnowartościowego seniora.

Wskazówki pomocnicze w aktywizowaniu osób starszych

Każdy człowiek ma swoją historię, swoje doświadczenia i umiejętności. Ale warto pamiętać o tym, że osoby starsze mają z reguły wiele atutów, bardzo przydatnych w działalności społecznej. To przede wszystkim:

- wiedza pragmatyczna, zdobywane latami doświadczenie życiowe, przydatne w pracy dla innych;
- kompetencje zawodowe także zdobywane i doskonalone latami, które mogą okazać się bezcenne w aktywności społecznej;
- kompetencje społeczne, znajomość ludzkich zachowań i sposobów postępowania z ludźmi, także będącymi w trudnych sytuacjach życiowych;
- pasje, zainteresowania, którymi mogą się dzielić z innymi;
- chęć do dzielenia się swoim doświadczeniem, wiedzą, bycia przydatnym dla innych, kontakty społeczne;
- wolny czas, którego najczęściej mają więcej niż inni, a który może być wykorzystany z pożytkiem dla innych.

Podstawą zaangażowania seniorów jest dobra motywacja, dlatego należy pamiętać o potencjalnych korzyściach, jakie osobom starszym daje aktywność społeczna:

- poczucie własnej wartości, użyteczności dla innych;
- kontakty społeczne, często ucieczka przed samotnością;
- zachowanie kondycji psychicznej i fizycznej;
- możliwość realizacji własnych pasji;
- rozwijanie umiejętności, zdobywanie nowej wiedzy;
- poczucie dobrze wykorzystanego czasu.

Angażowanie osób starszych do działań społecznych opiera się na podobnych metodach, co angażowanie osób w innym wieku. Jest jednak kilka kwestii związanych z wiekiem, na które należy zwrócić uwagę:

- osoby starsze często inaczej postrzegają pracę społeczną, co wynika z innego praktycznego znaczenia tego pojęcia kilkanaście czy kilkadziesiąt lat temu. Kojarzy się ona również często z wielkim wyrzeczeniem, całkowitym poświęceniem się dla innych, pomocą osobom chorym czy biednym;
- osoby starsze z reguły nie lubią eksperymentów, lubią działać w sprawdzony przez lata sposób, mają też swoje przyzwyczajenia;
- seniorzy mają także swoje przekonania, budowaną przez lata filozofię życiową, którą często jest jeszcze trudniej zmienić niż przyzwyczajenia;
- osoby starsze mają swoje pasje, którymi właśnie w jesieni życia chcą i mogą się w pełni poświęcić;
- seniorzy z reguły mają naturalną skłonność do przyjmowania roli nauczyciela, mistrza, do dzielenia się swoją wiedzą życiową;
- osoby starsze lubią być doceniane, dowartościowywane, chcą odczuć efekty swojej pracy;
- osoby starsze są z reguły mniej sprawne i wytrzymałe fizycznie.

Angażując osoby starsze w działania społeczne należy tak je przygotować i zorganizować, aby uwzględniły wyżej opisaną specyfikę seniorów. Warto także:

- wykorzystać potencjał organizacji zrzeszających osoby starsze, bo tworzą je osoby już w jakiś sposób aktywne, aby tę aktywność wzmocnić i skierować ją do społeczności lokalnej, gdyż niektóre z tych organizacji mają tendencję do zamykania się we własnym gronie. Oprzeć się na lokalnych instytucjach publicznych, z których usług korzystają seniorzy, na przykład ośrodkach kultury, bibliotekach czy ośrodkach i domach pomocy społecznej. Wykorzystując ich kontakty, a także potencjał i ofertę można skutecznie docierać do osób starszych i organizować ich aktywność społeczną;
- docierać również do tych nieaktywnych, które często nie wiedzą, że w ich otoczeniu są możliwości realizacji różnych form aktywności; można robić to przez wspomniane wyżej organizacje i instytucje, ale także poprzez centra wolontariatu, spółdzielnie mieszkaniowe, parafie czy sąsiadów. Kontakt bezpośredni jest najskuteczniejszy, ale nie należy lekceważyć także informacji w lokalnych mediach, zwłaszcza telewizji i radiu;
- przygotować osoby starsze do działań społecznych, wytłumaczyć na czym one polegają, w jakich formach mogą być realizowane. Seniorom rozpoczynającym działania trzeba

poświęcić czas na tego typu edukację, warto także zapewnić im wsparcie doradcze już w trakcie realizacji działań;

- po takim etapie przygotowawczym dać seniorom możliwość, aby sami określili, co chcą robić, jaki rodzaj działań będzie dawał im największą satysfakcję; pomocne jednak w tym będzie przedstawienie im różnych sposobów i obszarów możliwej aktywności, tak, aby wyjść poza stereotypowe wyobrażenia na ten temat;
- dostarczyć wiedzy organizacyjnej, której często brakuje osobom starszym, także tym, którzy są zrzeszeni w organizacjach, chodzi o wiedzę o tym, jak się organizować, komunikować, zarządzać wspólnymi działaniami, tworzyć projekty czy jak zdobywać pieniądze na działalność;
- dostarczyć umiejętności przydatne w działalności społecznej, np. korzystanie z komputera i Internetu czy telefonu komórkowego;
- dostosować działania społeczne do kompetencji zawodowych seniorów, ich preferencji i oczekiwań, a także dawać szansę na realizowanie własnych pasji, stwarzać warunki do wyraźnego dostrzeżenia efektów realizowanych działań;
- dostosować rodzaj aktywności do sprawności fizycznej seniorów i ich stanu zdrowia;
- budować kontakty i więzi międzypokoleniowe, nie należy izolować seniorów, ale także nie można doprowadzać do konfliktów pokoleniowych;
- pracować z seniorami z uśmiechem, szacunkiem i otwartością;
- wykorzystywać do stymulowania aktywności dobre przykłady, zarówno realizowanych działań, jak i zaangażowanych seniorów; nikt nie będzie bardziej przekonujący dla nieprzekonanych, jak senior, który z powodzeniem działa.

Piśmiennictwo

1. Bieńko M. 2007. Znaczenie więzi wielopokoleniowych. „Problemy opiekuńczo wychowawcze”, nr 9.
2. Brzezińska M., Graczkowska M., Kwaśniewska A. 2015. Aktywizator seniorów - scenariusze zajęć. Wyd. Difin. Warszawa.
3. Bumann K. 2006. Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. „Gerontologia Polska”, tom 14, nr 4.
4. Jurek Ł. 2012. Aktywne starzenie się jako paradygmat w polityce społecznej. „Polityka Społeczna”, nr 2.
5. Kozieł D., Trafiałek E. 2007. Kształcenie na UTW a jakość życia seniorów. „Gerontologia Polska” nr 3.
6. Kryńska E., Szukalski P. 2013. Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Wyd. Uniwersytet Łódzki. Łódź.

7. Rymśza M. /red./ 2007. Organizacje pozarządowe. Dialog obywateli. Polityka Państwa. Warszawa.
8. Szarota z. /red./ 2011. Aktywizacja, rozwój, integracja - ku niezależnej starości. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne - Oficyna Wydawnicza AFM. Kraków.
9. Szmigielska B., Bąk A., Hołda M. 2012. Seniorzy jak użytkownicy Internetu. „Nauka”, nr 2.
10. Szukalski P. 2010. Co łączy pokolenia. Więż międzypokoleniowa z perspektywy polityki społecznej. „Pedagogika Społeczna”, nr 10.
11. Ziębińska B. 2009. Uniwersytety III wieku – wybrane aspekty funkcjonowania organizacji. „Polityka Społeczna”, nr 3.

Wielochorobowość i inne problemy zdrowotne starszych – zagrożenia, rozwiązania, system opieki zdrowotnej i środowiskowej

Piotr Szucki

Wstęp

Geriatrya – dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami wieku podeszłego. Historycznie wywodzi się z interny jako „królowej nauk medycznych”, ale aktualnie obejmuje również inne zagadnienia związane ze schorzeniami wieku podeszłego, czerpiąc z m.in. z medycyny rodzinnej, neurologii czy psychiatrii. Geriatrii nie należy mylić z gerontologią, która jest nauką o procesach starzenia się.

Wielochorobowość jest to równoczesne, przypadkowe występowanie dwóch lub więcej chorób u jednej osoby, które nie są powiązane ze sobą jednym mechanizmem patogenetycznym.

Współchorobowość to występowanie dwóch lub więcej schorzeń lub zaburzeń patologicznych u tego samego pacjenta, które są powiązane mechanizmem patogenetycznym, a ich współwystępowanie jest częstsze niż wynikałoby to z przypadku /Aragona, 2009, Jakovljevic, 2012/.

Starzenie się populacji w Polsce, które wyraża się odsetkiem ludzi w starszym wieku w społeczeństwie jest ważnym procesem demograficznym, przyciągającym uwagę specjalistów różnych dziedzin: ekonomii, socjologii, medycyny i zdrowia publicznego, polityków społecznych.

Zmiany te są nieuniknione i od dawna przewidywane. Wiążą się z wydłużeniem czasu życia, poprawą opieki medycznej, odkryciem metod leczenia wielu chorób. Niebagatelną rolę odgrywają procesy migracyjne, wyjazd młodych do innych krajów bądź regionów Polski bardziej rozwiniętych gospodarczo. Powoduje to wzrost odsetka ludzi starszych pozostających w dotychczasowych populacjach, zwiększenie dysproporcji pomiędzy różnymi regionami kraju.

Najczęściej jako próg starości przyjmuje się metrykalną granicę wieku 65 lat. Procesy starzenia i przebieg chorób w starszym wieku nie są dokładnie poznane, gdyż rzadko pacjenci geriatryczni są kwalifikowani do badań. Największym polskim badaniem tej grupy wiekowej było badanie PolSenior /Mossakowska i wsp., 2012/.

Najczęstsze problemy w populacji geriatrycznej

Wielochorobowość, a co za tym idzie wielolekowość jest jednym z najważniejszych problemów ludzi w starszym wieku. Wytyczne leczenia danej choroby tworzone są na podstawie badania pacjentów selekcyjowanych do badań klinicznych, chorujących najczęściej tylko na jedną chorobę. Tworzy to jednorodną populację do badania, ale nie oddaje prawdziwej sytuacji

w społeczeństwie. Wytyczne nie uwzględniają przyjmowania przez pacjentów leków z różnych grup, które wchodzi w liczne interakcje. Przy przyjmowaniu pięciu leków ryzyko istotnych klinicznie interakcji wynosi 50%.

Najczęściej wielolekowość definiuje się jako przyjmowanie co najmniej 5 leków, a ciężką wielolekowość – co najmniej 10 leków. Zjawisko wielolekowości dotyczy co drugiej osoby starszej, a ciężkiej wielolekowości – częściej niż co dziesiątej osoby w podeszłym wieku. Wielolekowość trzeba brać pod uwagę jako możliwy czynnik niesprawności funkcjonalnej, gdyż np. u chorych stosujących co najmniej 5 leków zwiększone jest ryzyko upadków. Wielolekowość i wielochorobowość tworzą tzw. spiralę chorób i terapii, czyli błędne koło, w którym zwiększająca się liczba schorzeń wymusza leczenie u coraz większej liczby specjalistów, a więc stosowanie coraz większej liczby leków, a to z kolei prowadzi do uszkodzenia kolejnych narządów /Wieczorowska-Tobis, 2011/.

Większość osób starszych ma przynajmniej jedną chorobę przewlekłą, lecz najczęściej cierpi na dwie i więcej. Objawy jednej choroby mogą zarówno nasilać i maskować objawy innej choroby np. choroba zwyrodnieniowa stawów ogranicza możliwość oceny zaawansowania przewlekłej niewydolności serca. Pacjent z dolegliwościami bólowymi, spowodowanymi chorobą stawów, nie jest w stanie podjąć maksymalnego wysiłku, który spowodowałby wystąpienie duszności. Wystąpienie tego objawu jest niezbędne do oceny zaawansowania choroby. Spowodowany tym brak rozpoznania przyczynia się do pogłębiania się choroby, czemu sprzyja także brak leczenia lub leczenie nieskuteczne chorób podstawowych, przede wszystkim choroby niedokrwiennej serca oraz nadciśnienia tętniczego.

Innym przykładem jest częste występowanie cukrzycy i nadciśnienia tętniczego w powiązaniu z otyłością. Nadmierna masa ciała i nadmiar tkanki tłuszczowej wpływa na zwiększenie insulinooporności tkanek, co przyspiesza rozwój cukrzycy typu 2, powoduje mniejszą podatność na regulację naczyń krwionośnych, głównie tętnic, co z kolei przyczynia się do powstania nadciśnienia tętniczego. Wszystkie te czynniki powodują rozwój miażdżycy, co jest czynnikiem ryzyka zawału serca lub udaru mózgu. Współistnienie tych chorób tworzy tzw. zespół metaboliczny, który nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz znacząco zwiększa ryzyko odległych powikłań i zgonu. Leczenie w tym zespole jest trudne, aby zminimalizować ryzyko trzeba leczyć wszystkie powiązane ze sobą choroby

Na obraz choroby u osób starszych wpływają trzy elementy:

- rzadsze zgłaszanie dolegliwości;
- zmieniony przebieg choroby;
- zmieniona reakcja na chorobę /Rosenthal et al., 2009/.

Istnieje przekonania, że osoby starsze wykazują tendencję do hipochondrii i częstego korzystania z systemu opieki zdrowotnej. Niejednokrotnie takie zachowania wynikają to z błahych powodów i w rzeczywistości nie zgłaszają istotnie ważnych objawów chorobowych. Nierzadko też spotykana jest dyskryminacja ze względu na wiek /ageizm/. Objawy chorobowe mogą być traktowane błędnie jako zmiany związane ze starzeniem się organizmu. Kolejnym czynnikiem ograniczającym potrzebę

kontaktem z systemem opieki zdrowotnej u niektórych starszych osób jest depresja. Jest ona dość powszechną chorobą geriatryczną. Choć jest uleczalna to jednak zmniejsza subiektywną potrzebę uzyskania poprawy zdrowia u pacjenta w czasie leczenia innych chorób. Inną przyczyną rzadkiego zgłaszania objawów jest zaprzeczanie. Może wynikać z lęku przed konsekwencjami ekonomicznymi, społecznymi lub czynnościowymi wynikającymi z choroby /np. wysokie koszty leczenia, stygmatyzacja niektórymi chorobami.

Ważnym czynnikiem psychologicznym jest izolacja społeczna, która ogranicza możliwość uzyskania opinii na temat wyglądu osobistego, stanu zdrowia, pomysłów lub przekonań.

Czynnikiem wpływającym na obraz choroby u niektórych osób starszych jest zmieniona manifestacja lub lokalizacja choroby. Niektóre choroby występują niemal wyłącznie w późnych etapach życia /złamanie kości udowej, choroba Parkinsona, Alzheimer/, inne są częstsze u osób młodszych, ale zaawansowanych wiekiem /choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory złośliwe, niedożywienie, obrzęk śluzowaty, gruźlica/. Przykładowo zapalenie płuc może objawiać się brakiem apetytu, splątaniem, osłabieniem. Takie objawy mogą być bagatelizowane przez pacjentów i ich opiekunów, co prowadzi do późniejszego rozpoczęcia leczenia i pogorszenia rokowania. Popularna gorączka i kaszel mogą występować w późniejszym etapie choroby lub nie pojawić się wcale, co może być błędnie odebrane przez chorego.

Trzecim czynnikiem wpływającym na obraz choroby jest zmieniona /inna niż u młodszych pacjentów/ odpowiedź chorego na chorobę. Odbiór choroby przez daną osobę może być modyfikowany przez jej własne przeświadczenia, czynniki społeczne oraz zmiany w obrębie narządów zmysłów np. pacjent dotychczas aktywny ruchowo znacznie gorzej znosi unieruchomienie z powodu choroby niż pacjent przez wiele lat leżący.

Bardzo często u pacjentów geriatrycznych mamy do czynienia z tzw. zespołem słabości /kruchości, który polega na zmniejszonej rezerwie czynnościowej organizmu oraz brakiem odporności na czynniki stresogenne związane z kumulowaniem się obniżonej wydolności różnych układów i narządów, zmniejszeniem rezerwy adaptacyjnej i fizjologicznej /tj. pracą narządów na granicy wydolności/, zaburzeniami hormonalnymi i zaburzeniem pracy układu odpornościowego. Powoduje to wzrost ryzyka zaburzenia hemostazy i niesprawności.

Zespół ten definiuje się jako współistnienie co najmniej 3 z 5 wymienionych poniżej czynników:

- niezamierzona utrata masy ciała /co najmniej 5 kg w ciągu roku/;
- uczucie zmęczenia;
- osłabienie /mierzone siłą uścisku dłoni/;
- wolne tempo poruszania się /mierzone szybkością chodu/;
- niski poziom aktywności fizycznej /Wieczorowska-Tobis, 2011/.

Współpraca pacjenta z lekarzem warunkiem leczenia wielochorobowości

Na powodzenie terapii duży wpływ ma skuteczność leków i stosowanie się pacjenta do zaleceń. Współpraca pacjenta z lekarzem i przestrzegania zaleceń terapeutycznych, dotyczy nie tylko brania leku, ale i momentu jego przyjmowania. Z badań wynika, iż w chorobach przewlekłych, zaleceń lekarza przestrzega ponad połowa pacjentów. Pozostali przyjmują leki od czasu do czasu, albo wcale /Izbicki, 2010/.

Duże znacznie przy dobrej współpracy i stosowaniu się pacjenta do zaleceń ma dobre poinformowanie go o potrzebie i celu leczenia. Brak czasu w gabinecie wymuszony dużą ilością przyjęć w godzinach pracy powoduje skrócenie czasu wizyty i często pominięcie szczegółowej rozmowy. W planowaniu terapii u osoby z wielochorobowością zaangażowany powinien być pacjent, który określi swoje priorytety. Może on zdecydować, na czym najbardziej mu zależy, na jakie poświęcenia jest gotów, na jakie kompromisy może się zgodzić, jakie ograniczenia i konsekwencje niosą konkretne modele postępowania. Przykładem może być leczenie niewydolności serca lekami moczopędnymi, powodującymi częstszą potrzebę oddawania moczu. Pacjenci skarżą się na częstą potrzebę korzystania z toalety, co przy upośledzonej możliwości poruszania się dla wielu z nich staje się dużym problemem. Zaprzeszanie przyjmowania zaleconego leku skutkuje wzrostem zastoju w krążeniu płucnym, a w konsekwencji nasileniem duszności.

Decyzje uzależnione od preferencji pacjenta dotyczą:

- włączenia leczenia które może poprawić efektywność leczenia jednego schorzenia, ale pogorszyć innego;
- terapii, która może dać korzyści długoterminowe lecz spowodować krótkotrwałą szkodę /leki stosowane w profilaktyce mogą dawać dolegliwości bólowe mięśni/;
- różnorodnych leków mogących przynieść korzyści i szkody, które muszą zostać wyważone /leki stosowane w zapobieganiu udarom mózgu mogą powodować powstanie choroby wrzodowej i krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego /Piotrowicz, 2013/.

Lekarz przed podjęciem wspólnej z pacjentem decyzji terapeutycznej powinien upewnić się, że został on odpowiednio poinformowany o spodziewanych korzyściach i szkodach, które niosą opcje terapeutyczne. Zawsze, jeśli to możliwe, prawdopodobieństwo wystąpienia spodziewanych efektów powinno zostać przedstawione w liczbach, ponieważ słowa takie jak „rzadko” oraz „często” mogą być różnie interpretowane. Na życzenie chorego w podejmowaniu decyzji mogą być zaangażowani również jego bliscy i opiekunowie. Nie bez znaczenia są też aspekty ekonomiczne. Obecnie wdrożone rozwiązania systemowe refundacji leków dla seniorów /program 75+/ stanowią krok w dobrą stronę, ale nadal pozostawiają wiele do życzenia. Pacjent leczący się u wielu specjalistów, otrzymuje coraz więcej leków, a lekarze bardzo często nie dostają od pacjentów informacji o lekach już przyjmowanych, co prowadzi do nakładania się działań niepożądanych i wzrostu ryzyka

niekorzystnych interakcji.

Pacjenci w wieku geriatrycznym stanowią specyficzną grupę jeśli chodzi o zapewnienie im opieki. Zachorowania ostre często mają charakter zaostrzenia chorób przewlekłych. Przykładowo zapalenie płuc wiąże się ze specyficznym spektrum odporności bakterii na antybiotyki, co z kolei zmienia przebieg spastyki oskrzeli i następuje potrzeba tlenoterapii i rehabilitacji oddechowej. Zmiana stanu pacjenta może być nagła, przebiegać w ciągu godzin. Wymaga to pilnej obserwacji i zapewnienia opieki w sposób ciągły.

Formy opieki nad pacjentem z wielochorobowością

Najpowszechniejszą formą opieki w Polsce nad pacjentem z wielochorobowością jest sprawowanie jej przez rodziny i opiekunów domowych. Zaletą tej formy jest pozostawanie w bliskości i kontakcie z rodziną, we własnym, znanym miejscu zamieszkania. Zaangażowanie bliskich chorej osoby nie zawsze jest możliwe, stanowi duże obciążenie ekonomiczne, emocjonalne i czasowe. Wizyty w Poradni Lekarza Rodzinnego są często niemożliwe ze względu na dużą odległość i brak mobilności pacjentów. Koszty zatrudnienia opiekuna medycznego w większości przypadków są zbyt wysokie dla pacjenta i rodziny.

Alternatywą jest opieka stacjonarna, w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicych. Zapewniają one całodobową, profesjonalną opiekę medyczną jednak wiąże się to także ze sporymi kosztami, a także z narażeniem pacjentów na wystąpienie zakażeń szpitalnych, wymianę flory bakteryjnej z domowej na szpitalną, łatwiejszym rozprzestrzenianiem się drobnoustrojów. W Zakładach Opiekuńczo-Lecznicych zazwyczaj nie są prowadzone zajęcia aktywizacyjne, co wiąże się z pogłębianiem depresji oraz izolacją pacjentów. Kolejki zapisu do takiego zakładu sięgają kilkunastu miesięcy ze względu na niedostateczną liczbę łóżek w istniejących placówkach.

Inną formą opieki stacjonarnej są Domy Opieki. Występują one w wielu formach, od Domów Pomocy Społecznej /kryterium przyjęcia są warunki socjalne/, do tzw. Domów Spokojnej Starości /obecnie nieliczne w Polsce, zapewniają rodzinną atmosferę, opiekę medyczną/. Konkretnie instytucjonalne jednostki są przeznaczone dla określonej grupy pacjentów. Funkcjonowanie Domu Opieki w Holandii opisał w swoim pamiętniku pt. „Małe eksperymenty ze szczęściem” Hendrik Groen, lat 83.

Kompromisem pomiędzy tymi dwoma modelami opieki są od niedawna powstające w Polsce Dienne Domy Opieki Medycznej. DDOM jest formą opieki, skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej w DDOM obejmuje opiekę pielęgniarską, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji, usprawnianie ruchowe, stymulację

procesów poznawczych, terapię zajęciową, doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych, przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki /działania edukacyjne/. Ponadto niezbędne badania diagnostyczne i specjalistyczne konsultacje lekarskie – w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego, odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, zajęcia dodatkowe służące zagospodarowaniu czasu wolnego w trakcie pobytu w DDOM, natomiast w razie potrzeby, we współpracy z rodziną pacjenta, zapewnienie transportu do i z miejsca zamieszkania. /Dzienny Dom Opieki Medycznej – projekt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020/

Piśmiennictwo

1. Aragona M. 2009. The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System. "Psychiatry & Psychology", nr 16.
2. Dzienny Dom Opieki Medycznej – projekt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.
3. Groen H. 2016. Małe eksperymenty ze szczęściem, Wyd. Albatros. Warszawa.
4. Izbicki Ł. 2010. Compliance - skuteczna terapia. „Manager Apteki”, nr 8.
5. Jakovljevic M., Crnčević Z. 2012. Comorbidity as an epistemological challenge to modern psychiatry. Dialogues in Philosophy. "Mental and Neuro Sciences", nr 5.
6. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. 2012. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Wyd. Termedia. Poznań.
7. Piotrowicz K. 2013. Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością, „Gerontologia Polska”, nr 3.
8. Rosenthal T., Naughton B., Williams M. 2009. Geriatria, Wyd. Czelej. Lublin.
9. Wieczorowska-Tobis K. 2011. Fizjoterapia w geriatrici. PZWL. Warszawa.

Życie z opiekunami, koegzystencja, role osób w różnym wieku, profilaktyka nieintencjonalnej przemocy

Ewa Czezelewska

Wstęp

Człowiek jest istotą społeczną. Oznacza to nie tylko wzajemną współzależność ludzi i ich koegzystencję w grupie. Życie społeczne polega także na tym, że aby dobrze funkcjonować, musimy wywierać efektywny wpływ na innych ludzi. Z drugiej strony, także inni wywierają wpływ na nas. Często nie zdajemy sobie sprawy z tego, że samą swoją obecnością lub określonymi gestami czy działaniami zmieniamy reakcje lub postawy innych. Innym zaś razem nasz wpływ jest w pełni intencjonalny i jesteśmy w pełni świadomi interpersonalnych skutków naszych działań /Doliński, 2000/.

Współczesny stereotyp starości, utożsamianej z uborzeniem, niepełnosprawnością, bezradnością, dyskryminacją indywidualną i instytucjonalną, rodzi specyficzne postawy i reakcje społeczne: od negacji, przez obojętność, do litości. Wszystkie one odbierane są przez ludzi w starszym wieku jako przejaw odrzucenia, braku akceptacji, redukowania praw funkcjonowania w roli pełnoprawnych członków społeczeństwa, środowiska lokalnego, wspólnoty rodzinnej. Utrzymanie takich relacji skutkować może pogłębianiem polaryzacji grup wieku, marnotrawieniem kapitału tkwiącego w pokoleniowym przekazie.

W Polsce przyjmuje się powszechnie, że opieka nad osobą starszą i niesamodzielną należy do rodziny. Nie ma w Polsce odpowiedzi na pytanie: kto ma zastąpić rodzinę w funkcji opieki nad jej członkiem – osobą niesamodzielną z powodu zaawansowanego wieku, przewlekłej lub długotrwałej choroby? Kto ma podjąć zadania opieki specjalistycznej? Kto i z jakich źródeł ma zadania te sfinansować? Człowiek stary czy chory nie musi być wykluczony z całościowego życia społecznego, nie musi być na pozycji człowieka niepotrzebnego, lecz powinien być wspierany w pokonywaniu trudności i niedogodności właściwych dla jego wieku. Dlatego niezbędne są zmiany dostosowujące życie publiczne, gospodarcze i społeczne do zmieniającej się sytuacji demograficznej w Polsce.

Koegzystencja osób niesamodzielnych i ich opiekunów

Jakość życia ludzi w starszym wieku w Polsce, wprawdzie w różnym zakresie, ale niemal zawsze wynika z pozycji zajmowanej w rodzinie, z relacji, kontaktów z najbliższymi oraz poziomu potencjalnej akceptacji z ich strony. Nie bez znaczenia – z uwagi na dostępność oczekiwanych interakcji i poziomu zainteresowania nimi ze strony pokoleń młodszych – jest fakt, że zarówno model rodziny, jak i pełnione przez nią funkcje ulegają ustawicznym zmianom. Obecnie w rodzinach małych, dwupokoleniowych, samodzielnych ekonomicznie

– z reguły nie ma miejsca dla przedstawicieli trzeciego pokolenia, a kontakty z nimi mają charakter doraźny, okazjonalny i odświętny. Z kolei w rodzinach dotkniętych bezrobociem i biedą czynnikiem integracji pokoleniowej jest nie tyle więź emocjonalna, co korzyści ekonomiczne płynące z prowadzenia wspólnego gospodarstwa z osobami posiadającymi stałe źródło dochodu. Według L. Dyczewskiego „pomoc finansowa i rzeczowa ma wyraźnie kaskadowy kierunek, tzn. płynie głównie od pokoleń starszych ku młodszym”. W rodzinach dysfunkcyjnych ludzie starzy często są ofiarami przemocy, zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Są pozbawiani swych świadczeń, wykorzystywani jako tania siła robocza.

Kolejnym problemem, związanym z brakiem wsparcia ze strony rodziny, są rzadkie kontakty z dziećmi i wnukami opuszczającymi środowisko lokalne w poszukiwaniu pracy i w celu zdobycia wykształcenia migrującymi do odległych miast, regionów, a coraz częściej i za granicę. Osłabione kontakty i więzi emocjonalne z bliskimi skutkują poczuciem osamotnienia, izolacji, a w konsekwencji także wykluczenia społecznego. Poważnym źródłem wszelkich deficytów starości jest samotność, ale często równie niekorzystne jest pozostawanie we własnej rodzinie. Zanikają rodziny dwu-, trzypokoleniowe, w których osoby starsze mogły liczyć na opiekę i zainteresowanie. Owdowiali żyją najczęściej w rodzinach swych dzieci, które korzystają z obecności oraz pomocy babci czy dziadka, tym bardziej że instytucje opieki nad dziećmi są słabo rozwinięte, a na wsi prawie ich nie ma. Problem pojawia się wówczas, gdy starszy człowiek staje się niesprawny i zaczyna to obarczać rodzinę.

Zapotrzebowanie na wszelkie formy wsparcia rodzin opiekujących się starszymi krewnymi rośnie niemal równoległe do coraz dłuższej średniej trwania życia. Odpowiedzią na nie są zarówno dzienne ośrodki opieki nad chorymi /np. na chorobę Alzheimera/, środowiskowe domy samopomocy, świetlice i placówki opieki dziennej, sąsiedzkiej, jak i nowe zawody w sektorze pomocowym, dające uprawnienia do systematycznego wspierania rodziny w wypełnianiu przez nią funkcji opiekuńczej. Warto tu wymienić: asystentów rodziny, opiekunów osób starszych, asystentów osób niepełnosprawnych, asystentów pracy socjalnej i opiekuńki środowiskowe.

Rodzina zawsze będzie zajmowała najwyższą pozycję w hierarchii wartości ludzi starszych, ale ważne jest upowszechnianie zasady, że nie może ona stanowić alternatywy dla braku samodzielności, czy bezradności. Poprawne relacje międzypokoleniowe w rodzinie zawsze dają możliwość wzajemnego świadczenia usług i pomocy, ale nie mogą być wymuszane i związane z koniecznością rezygnowania z innych niezbędnych form aktywności, np. zawodowej albo edukacyjnej, przez młodszych członków wspólnoty rodzinnej. Najskuteczniejszą formą profilaktyki w tej dziedzinie jest edukacja do starości i promocja zasad aktywnego starzenia się.

Zdaniem Z. Dąbrowskiego opieka międzyludzka jest, opartym na odpowiedzialności za podopiecznego, ciągłym i bezinteresownym zaspokajaniem jego ponadpodmiotowych potrzeb w nawiązanym między nim, a opiekunem zrównoważonym stosunku opiekuńczym. Autor wyraża złożoność działań opiekuńczych i wskazuje na 5 konstytutywnych cech opieki międzyludzkiej, tj.:

1. Zaspokajanie ponadpodmiotowych potrzeb podopiecznego, czyli tych spośród całości jego potrzeb /powszechnych oraz indywidualnych – pozytywnych/, których nie jest on w stanie /prześciowo lub trwale, częściowo lub całkowicie/ samodzielnie zaspokoić i regulować.

2. Ciągłość opieki, rozumiana jako cykliczne, permanentne troszczenie się o podopiecznego, zapewnianie mu poczucia bezpieczeństwa, stwarzanie mu optymalnych warunków życia i rozwoju.

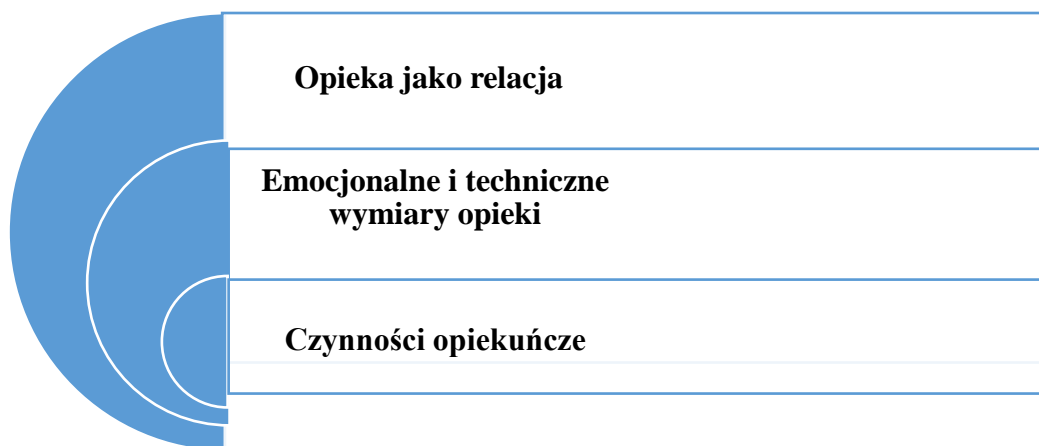
3. Bezinteresowność opieki, która wynika z dwóch przesłanek:

- naturalnego i oczywistego podejmowania różnego rodzaju czynności opiekuńczych w każdym prawidłowo funkcjonującym środowisku rodzinnym w stosunku do krewnych, którzy potrzebują tego rodzaju pomocy nie oczekując w zamian żadnych korzyści;
- nastawienia na zaspokajanie w dynamicznym procesie opiekuńczym także różnego rodzaju potrzeb psychospołecznych, w tym także emocjonalnych podopiecznego, za które „niepodobna płacić opiekunom”.

4. Stosunek opiekuńczy stanowiący mikrosystem, w którym zachodzi działalność opiekuńcza, na który składa się względnie trwałe, specyficzny układ ról, pozycji, zależności i wymiany wartości między opiekunem a podopiecznym;

5. Odpowiedzialność opiekuna za podopiecznego, stanowiąca kluczową, specyficzną cechę opieki związaną ze świadomym i dobrowolnym sprawowaniem wszelkich czynności opiekuńczych gwarantujących odpowiednią jakość życia podopiecznego oraz ponoszeniem za nie konsekwencji /Dąbrowski, 2006/.

Typy opieki i czynności opiekuńcze, których wymagają osoby niepełnosprawne, są zróżnicowane i zależą przede wszystkim od rodzaju /umysłowa, fizyczna/ i stopnia niepełnosprawności. Ważne też mogą być inne czynniki. Dla przykładu, inaczej wygląda opieka nad osobą niepełnosprawną od urodzenia, inaczej nad osobą, która w wyniku procesu chorobowego traci sprawność stopniowo i nieodwracalnie, inaczej nad taką, która była sprawna i w pełnym momencie swojego życia stała się trwale niepełnosprawna, a jeszcze inaczej w przypadku osoby, której niepełnosprawność ma charakter tymczasowy, jak dzieje się w przypadku osób, które przechodzą ciężkie choroby lub odniosły obrażenia w wypadku.



Ryc. 1. Konceptualizacja opieki /Jaźwińska-Motyłska i wsp., 2014/.

Cechy osobowości opiekuna

Wśród najważniejszych cech osobowości opiekuna należy wskazać jego dobroć. Właściwość ta sprawia, że staje się on życzliwy, miły, opiekuńczy. Kolejnym warunkiem do spełnienia przez osobę pełniącą funkcję opiekuna starszych ludzi to poszanowanie przyzwyczajeń podopiecznego, a zarazem bycie godnym zaufania, wiarygodnym i dyspozycyjnym. Obowiązkowość, sumiennosc i zaradność, to następne cechy dobrego opiekuna. W budowaniu zaufania pomiędzy podopiecznym a opiekunem pomocna może być umiejętność modyfikacji zachowań w zależności od sytuacji. Ponieważ opiekun powinien liczyć się z występowaniem u podopiecznego różnych problemów zdrowotnych, będących wynikiem procesu starzenia się organizmu, powinien również charakteryzować się umiejętnością prowadzenia systematycznej obserwacji oraz przygotowywania i wykonywania elementarnych zabiegów higienicznych /w razie konieczności/, opracowywania jadłospisu i przygotowania posiłków zgodnie z potrzebami podopiecznego oraz udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach.

Cechy dobrego opiekuna można określić według wzoru podstawowych cech dojrzałej osobowości. Oznacza to brak nadmiernej reakcji na bodźce wywołujące z popędów, umiejętna reakcja na sytuacje lękorodne, wysoka tolerancja na frustrację, akceptowanie swoich słabości i porażek bez poczucia klęski. Człowiek dojrzały może mieć różne nastroje, ale należy je regulować tak, aby nie zakłócały dobrego samopoczucia innych, trzeba zachowywać równowagę emocjonalną płynącą z poczucia bezpieczeństwa psychicznego. Dobry opiekun powinien podejmować świadome decyzje na podstawie zracjonalizowanych przez siebie motywów, działać sumiennie mając poczucie odpowiedzialności za siebie i innych, postrzegać siebie i pozostałych ludzi oraz wzajemne relacje „ja – świat”, w pełni i świadomie kontrolować własne popędy, emocje i kontakty z ludźmi, świadomie

modelować własne relacje z otoczeniem zewnętrznym, mieć zdolności do świadomego planowania, posiadać określone oraz odpowiednie do własnych potencjałów aspiracje, dążenia i wartości. W realizowaniu funkcji opiekuna osoby w starszym wieku należy wykazać się także umiejętnością efektywnej komunikacji z podopiecznym. Opiekun osoby starszej powinien być chętny do rozwijania wszystkich cech swojej osobowości niezbędnych w sprawowaniu opieki, takich jak: akceptacja drugiego człowieka i poszanowanie jego godności, gotowość niesienia pomocy innym, odpowiedzialność za podejmowane działania, wrażliwość na cierpienie drugiego człowieka, aktywność i samodzielność w działaniu, umiejętność współpracy w zespole, dążenie do poszerzania wiedzy i samorozwoju, zdyscyplinowanie, potrzeba samooceny i samokontroli /Kopeć, 2014/.

Dyskryminacja, przemoc i zapewnienie bezpieczeństwa

Inną ważną kwestią, która powinna być uregulowana w polityce społecznej wobec ludzi w starszym wieku, jest problem eliminacji dyskryminacji, przemocy oraz zapewnienie bezpieczeństwa osobom starszym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym. Zagadnienie przemocy wobec ludzi starszych nie zostało jeszcze w Polsce dobrze zdiagnozowane.

Osoby niepełnosprawne, zwłaszcza niezdolne do samodzielnej egzystencji przebywają bardzo często w warunkach znacznie ograniczonej wolności osobistej. Część z nich jest ubezwłasnowolniona /na ogół całkowicie/, a ich opiekunami czy kuratorami prawnymi są osoby z rodziny lub personel zakładów /w szczególności domów pomocy społecznej/. Od tych osób mieszkańcy są całkowicie, podwójnie zależni – zarówno jako od personelu i jako od opiekunów prawnych. Totalne uzależnienie biologiczne i życiowe od jednej instytucji zamkniętej /zarówno rodziny jak i placówki/ oraz brak w Polsce niezależnej instytucji ochrony prawnej, która miałaby stały wgląd w sytuację osoby niepełnosprawnej powoduje, iż bezprawne działania krzywdzące odbywają się bezkarnie za szczelnie zamkniętymi drzwiami. A wszystkie osoby uczestniczące w procedurze są powiązane, co jest przyczyną, że żadna z nich nie jest zainteresowana ujawnieniem faktów czy praktyk.

Najczęściej spotykane rodzaje przemocy stosowanej wobec osób niepełnosprawnych to przemoc aktywna: fizyczna, psychiczna, emocjonalna, molestowanie, wykorzystywanie seksualne, przemoc pasywna, która najczęściej przyjmuje postać zaniedbania oraz przemoc ekonomiczna.

Nie ulega wątpliwości, że bardziej zauważalna jest przemoc aktywna, choć jak wspomniano powyżej, identyfikacja przemocy względem ofiar niepełnosprawnych np. z głębszą niepełnosprawnością z problemami w komunikowaniu się, jest bardzo trudna. Zarówno dzieci jak i dorosłe osoby niepełnosprawne z trudnościami w mówieniu, posługiwaniu się gestem, nie chodzące, czy też z trudnościami w nawiązywaniu kontaktu z innymi ludźmi, nie mają możliwości, by bronić się przed przemocą i niedozwolonym postępowaniem.

Przemoc emocjonalna jest bardzo częstym zjawiskiem w środowiskach z osobami niepełnosprawnymi, zwłaszcza niesamodzielnymi życiowo. Ma wiele źródeł. Oprócz nieprawidłowych

relacji z powodu cech osobowościowych, przyczyny leżą w trudnych warunkach opieki, napięciu i stresach wywołanych koniecznością opieki, przeciążeniem pracą i jej uciążliwością. Wówczas stosowanie przemocy emocjonalnej jest sposobem na odreagowanie. Dotyczy to także personelu instytucji, gdzie jest on o wiele za mało liczny jak na potrzeby pensjonariuszy. Formy psychicznego znęcania się mogą być następujące: odmawianie więzi emocjonalnej, oziębłość, izolowanie, degradacja werbalna /wzywanie, poniżanie, upokarzanie/, wpajanie poczucia niższości, narzucanie własnych sądów, podejmowanie decyzji bez liczenia się z pragnieniami, wyborami i wolą osoby niepełnosprawnej, wbrew niej i za nią. Przypadki przemocy emocjonalnej są ujawniane i karane niezmiernie rzadko.

W Polsce należy podjąć działania ustawodawcze, administracyjne, społeczne, edukacyjne i inne, w tym z uwzględnieniem kwestii płci tak, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym ochronę przed wszelkimi formami wyzysku, przemocy i wykorzystywania, zarówno w ich środowisku domowym jak i poza nim. Niezwykle istotne jest zapobieganie wszelkim formom wyzysku, przemocy i wykorzystywania osób niepełnosprawnych, poprzez między innymi odpowiednią pomoc i wsparcie dla nich w zakresie informacji i edukacji dotyczącej unikania, rozpoznawania i zgłaszania przypadków wyzysku, przemocy i wykorzystywania /Mrugalska i wsp., 2010/.

Najlepszą formą pomocy dla ofiar przemocy mogłyby być grupy wsparcia dla ofiar przemocy – zwłaszcza dla starszych kobiet – ofiar przemocy. Wiadomo, że empatia drugiego człowieka, poczucie zrozumienia, zaufania są bardzo pomocne w pokonywaniu napotykanym trudności. Szczególnie jest to istotne w sytuacji przemocy, np. ze strony osób najbliższych. Stąd też potrzeba zorganizowania grup wsparcia, które powinny dawać osobom w nich uczestniczącym poczucie sprawczości, powinny uświadamiać osobom w nich uczestniczącym, że nie są same ze swoim problemem, bo są inni, którzy te trudności pomogą pokonać. Grupy wsparcia mogą także przyczynić się do tego, że ofiary przemocy – dzieląc się swymi doświadczeniami z innymi – będą miały poczucie, iż mogą coś dać od siebie; opowiadając o swoich doświadczeniach, mogą pomóc innym, będącym jeszcze na początku drogi, którą oni sami już przeszli. Grupy wsparcia mogą więc dać osobom starszym – ofiarom przemocy poczucie bycia stale komuś potrzebnym, co mobilizuje do innego spojrzenia na siebie, na swój los i pomaga pokonywać pojawiające się trudności /Halicka i wsp., 2012/.

Piśmiennictwo

1. Dąbrowski Z. 2006. Pedagogika opiekuńcza w zarysie. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego. Olsztyn.
2. Doliński D. 2000. Psychologia wpływu społecznego. Towarzystwo Przyjaciół Ossolineum. Wrocław.
3. Halicka M., Kramkowska E. 2012. Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym. W. Hryniewicz J., red. O sytuacji ludzi starszych, Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa.

4. Jaźwińska-Motyłska E. i wsp. 2014. Społeczne konsekwencje starzenia się populacji ze szczególnym uwzględnieniem zmian relacji opiekuńczych. Ośrodek Badań nad Migracjami, Uniwersytet Warszawski. Warszawa.
5. Kopeć E. 2014. Kompetencje opiekuna osoby w starszym wieku. http://www.pedkat.pl/images/czasopisma/pk15/PK15_05.pdf dn. 03.11.2016 r.
6. Mrugalska M., Zimna M. 2010. Doświadczenie przemocy przez osoby niepełnosprawne. Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich.

Dieta a zdrowie, wiek a dieta

Anna Galczak-Kondraciuk

Wstęp

Sposób żywienia ma ogromny wpływ na dobrostan organizmu człowieka w każdym wieku. Szczególną uwagę należy zwrócić na sposób odżywiania osób w wieku powyżej 65 roku życia. Prawidłowo zbilansowane żywienie może wpływać na wyeliminowanie lub opóźnienie patologicznych zmian, które następują w organizmie wraz z upływem lat. Zmiany w funkcjonowaniu układu pokarmowego stają się determinantami tworzonych zaleceń żywieniowych.

Do zmian tych należą między innymi:

- spowolnienie opróżnienia żołądka, co skutkuje szybszym osiągnięciem uczucia sytości;
- zmniejszenie ilości i wrażliwości kubków smakowych;
- upośledzenie motoryki jelit, co może powodować przewlekłe zaparcia;
- zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego, przede wszystkim kwasu solnego;
- zmiany w wątrobie i trzustce powodujące ograniczenie wydzielania żółci oraz soku trzustkowego i insuliny;
- zmniejszenie powierzchni absorpcyjnej jelita /Wysokiński i wsp., 2015/.

Woda

Całkowita zawartość wody w organizmie stanowi 45-65 % masy ciała, jest więc pod względem objętości najważniejszym składnikiem organizmu człowieka. Wraz z wiekiem jej zawartość maleje i u osób powyżej 65 roku życia stanowi 50% masy ciała. U kobiet po okresie menopauzalnym zawartość wody jest przeciętnie o 8% niższa niż u mężczyzn. Minimalne zapotrzebowanie na wodę, które pokrywa ubytek związany z wydalaniem moczu, parowaniem niewidocznym przez skórę i układ oddechowy wynosi 1,4 litra na dobę /Traczyk wsp., 2016/. Nawet niewielkie zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej mogą przyczyniać się do powstawania lub zaostrzenia chorób współistniejących. Do objawów klinicznych, które świadczą o wyżej wymienionych zaburzeniach mogą należeć: bóle i zawroty głowy, zaburzenia świadomości, zaburzenia widzenia, uczucie osłabienia, tachykardia i zaparcia /Joško-Ochojska i wsp., 2014/.

Według norm żywienia ilość wody dostarczona do organizmu dla mężczyzn wynosi 3700 ml dla kobiet 2700 ml dziennie. Wartości te obejmują wodę spożywaną z napojów, jak również z produktów spożywczych takich jak zupy, warzywa, owoce. Zaleca się spożycie około 8 szklanek wody w ciągu dnia. Pamiętając jednak, że powinna to być nie tylko herbata lub kawa lecz również

czysta woda lub woda z dodatkiem mięty lub cytryny, herbaty ziołowe. Należy pamiętać również, że obecność produktów zawierających duże ilości błonnika pokarmowego w diecie sprzyja większym stratom wody z kałem. Większe zaś spożycie sodu może zwiększyć straty wody z moczem. W celu zapewnienia właściwego nawodnienia organizmu osoby starsze powinny pić regularnie małymi łykami nie czekając na pojawienie się uczucia pragnienia /Jarosz, 2012/.

Błonnik pokarmowy

Jest to kompleks substancji ścian komórkowych roślin, które są odporne na działanie enzymów trawiennych znajdujących się w przewodzie pokarmowym, ale częściowo są rozkładane przez bakterie bytujące w okrężnicy. Błonnik pokarmowy nie należy do substancji biologicznie aktywnych, takich jak substancje mineralne czy witaminy, mimo to wywiera ogromny wpływ na funkcjonowanie metaboliczne i fizjologiczne organizmu. Jedną z takich funkcji jest jego pozytywny wpływ na pracę jelit. Błonnik powoduje zwiększenie i rozluźnienie masy stolca, skrócenie czasu przejścia przez jelita grube. Niektóre frakcje błonnika zwane fruktanami, które znajdują się w: karczochu, czosnku, cebuli, bananie, porach mają probiotyczne działanie i zwiększają populację dobroczynnej mikroflory jelitowej. Błonnik pokarmowy ma również zdolność wiązania i wydalania kwasów żółciowych, utrudnia wchłanianie lipidów. Działanie błonnika /frakcji rozpuszczalnej/, który znajduje się w jabłkach, pomarańczy, czarnej porzeczce, marchewce w postaci pektyn wspomaga wydalanie z kałem kwasów żółciowych syntetyzowanych w organizmie /Sikorski i wsp., 2013/. Frakcje błonnika rozpuszczalnego powoduje nie tylko zmniejszenie stężenia cholesterolu całkowitego, lecz również zwiększają stosunek stężenia cholesterolu HDL do LDL /Włodarek i wsp., 2015/.

Zawartość błonnika frakcji rozpuszczalnej w wybranych produktach:

- 1 średniej wielkości jabłko - 2,3g.;
- 1 średniej wielkości pomarańcza - 1,3 g.;
- 2 średniej wielkości śliwki - 1,3g.;
- 1 mały ziemniak - 2,2g.;
- 1 duża marchew - 1,3g /Kozłowska, 2010/.

Zalecana ilość błonnika pokarmowego w ciągu dnia to 30 - 40g. W praktyce zalecane jest spożywanie minimum 500 g. warzyw /1,5 średniego pomidora - 255g, 1 ogórek kiszony - 60g, 2 liście kapusty pekińskiej - 100g, jarmuż - 25g, kielki 4 łyżki - 60g/ i około 400 g owoców /150g średniej wielkości jabłko, 100g malin - ¼ szklanki, 150g truskawek – 1 szklanka/. Należy jednak pamiętać, iż duża ilość błonnika może powodować uczucie pełności i wpływać negatywnie na samopoczucie osoby starszej. Aby temu zapobiec można zastosować kilka technik kulinarnych, które będą miały na celu zwiększenie przyswajalności danych produktów. Do procesów technologicznych, które mają wpływ

na zmiękczenie błonnika należy: blanszowanie produktów warzyw i owoców, wytwarzanie świeżo wyciskanych soków lub gotowanie na parze.

Witaminy

Bardzo ważnym czynnikiem uzupełniającym dietę jest suplementacja niektórych witamin i składników mineralnych. Największą uwagę należy przywiązać do suplementacji witaminy D. Osoby powyżej 65 lat powinny otrzymać suplementację witaminy D w dawce 800- 2000 IU/dobę. Suplementacja tej witaminy przyjmowana w stałych dawkach przez całą dobę ze względu na obniżenie efektywności skórnej syntezy witaminy D, otrzymywanej pod wpływem promieni słonecznych. Dla otyłych seniorów 1600-4000 IU/dobę, zależnie od stopnia otyłości. Zaleca się przyjmowanie jej przez cały rok. Zalecenia obejmują również racjonalną ekspozycję skóry na promieniowanie słoneczne dzięki której następuje bezpieczna synteza skórna witaminy D /Płudawski i wsp., 2013/. **W** wieku podeszłym w dużym stopniu wzrasta zapotrzebowanie na witaminy: A, C, D, E, z grupy B oraz na składniki mineralne takie jak: wapń i fosfor. Wzrost zapotrzebowania na witaminę A wynika z faktu, że należy ona do związków o działaniu antyoksydacyjnym. Witamina A chroni również przed chorobami serca. Ponadto spowalnia procesy starzenia się skóry, wpływa na regenerację kolagenu. Ważną funkcją witaminy A jest udział w procesie widzenia, a także w odczuwaniu smaku jak również w prawidłowej budowie erytrocytów. Niedobór witaminy A może skutkować uszkodzeniem wzroku. Doskonałym źródłem witaminy A są produkty pochodzenia zwierzęcego tj.: jajko, wątroba, tuńczyk, węgorz, tran. W produktach pochodzenia roślinnego witamina występuje w czerwonych, żółtych, pomarańczowych i ciemnozielonych warzywach, takich jak: marchew, dynia, papryka, szpinak, brokuły, pomidory, oraz w owocach, np. wiśniach, pomarańczach, brzoskwiniach, suszonych morelach /Jarosz i wsp., 2012/. Do czynników ograniczających wchłanianie witaminy A zalicza się duże spożycie błonnika pokarmowego i alkoholu, oraz niedostateczne stężenie cynku /Włodarek i wsp., 2015/.

Bardzo ważną rolę w diecie osób starszych pełnią witaminy z grupy B. Wywierają one pozytywny wpływ na stan tkanki mózgowej, prawidłową pracę mięśni serca, regulują metabolizm i uczestniczą w procesie utleniania komórek oraz przemiany glukozy. Witamina B₆ u osób starszych wzmacnia układ odpornościowy organizmu, wpływa na prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego, uczestniczy w tworzeniu hemoglobiny. Wzrost zapotrzebowania na witaminę B₆ wynika z jej udziału w metabolizmie białek oraz z faktu, że wiele leków zmniejsza jej wchłanianie. Dobrym źródłem witaminy B₆ są: kasza gryczana, kasza jaglana, zarodki pszenne, nasiona słonecznika i sezamu.

Najlepszym przeciwutleniaczem dla osób starszych jest witamina C. Odpowiada za sprawne funkcjonowanie układu krwionośnego, obniża ciśnienie krwi, chroni przed miażdżycą i odkładaniem

się cholesterolu, przyspiesza gojenie się ran i zrastanie kości. Ma wpływ na wchłanianie wapnia i żelaza. Zmniejsza ryzyko powstawania i rozwoju nowotworów. Witamina ta znajduje się w produktach pochodzenia roślinnego zwłaszcza w warzywach, takich jak: papryka, natka pietruszki, kapusta biała i owocach, np. w dzikiej róży, rokitniku, czarnej porzeczce /Jarosz i wsp., 2012/.

Kolejną witaminą, która odgrywa ważną rolę w diecie osób starszych jest witamina E. Jest jednym z najbardziej skutecznych przeciwutleniaczy, która chroni witaminę A i nienasycone kwasy tłuszczowe, przed zmianami oksydacyjnymi, uczestniczy w neutralizacji wolnych rodników. Ponadto witamina E poprawia krążenie krwi, zmniejsza ryzyko chorób serca oraz wzmacnia układ odpornościowy organizmu. Należy pamiętać, iż niedobór jej powoduje uszkodzenie błon komórkowych i przyspiesza rozpad krwinek czerwonych. Jej źródłem jest: olej słonecznikowy, olej z zarodków pszennych, migdały, pestki dyni, nasiona słonecznika.

Składniki mineralne

Składniki mineralne na które wzrasta zapotrzebowanie wraz z wiekiem to: wapń i fosfor. Wynika to ze zmniejszenia wchłaniania i przyswajalności tych makroelementów oraz z faktu, że ich niedobór powoduje ubytek masy kostnej, postępujący w miarę starzenia się organizmu /Jarosz i wsp., 2012/.

Wapń poza układem szkieletowym, bierze udział w przewodnictwie bodźców nerwowych, kurczliwości mięśni, uczestniczy w krzepnięciu krwi; fosfor zaś bierze udział w przemianach energetycznych, pomaga w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej w organizmie. Produktami bogatymi w wapń są: mak niebieski, sezam, sery twarogowe, mleko, napoje mleczne, jaja, groch, fasola. W fosfor zaś: mleko, parmezan, płatki owsiane, kasza gryczana, zarodki i otręby pszenne /Karwowska i wsp., 2015/.

Probiotyki

Probiotyki to żywe mikroorganizmy, które pełnią wiele ważnych funkcji w organizmie człowieka, takich jak: stymulowanie rozwoju właściwej mikroflory jelitowej, wzmacnianie działania układu odpornościowego, poprawy motoryki przewodu pokarmowego, neutralizują związki toksyczne i rakotwórcze, utrzymują ciągłość błony śluzowej. Zaburzenia w składzie mikroflory jelitowej mogą prowadzić do rozwoju wielu chorób, m.in.: otyłości, cukrzycy, reumatoidalnego zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelit, zespołu jelita drażliwego, raka okrężnicy, alergii pokarmowych, biegunek i zaparć. Badania potwierdzają korzystny efekt probiotyków na zwiększenie częstotliwości wypróżnień wśród osób starszych /Lewandowicz i wsp., 2016/. Dlatego zaleca się spożywanie mlecznych napojów fermentowanych w postaci: jogurtu, kefiru, które to zostały wzbogacone o wyżej wymienione bakterie probiotyczne.

W celu prawidłowego rozwoju mikroflory jelitowej poleca się również spożywanie produktów wzbogaconych o probiotyczne bakterie. Przykładem takiej potrawy może być symbiotyczna surówka w skład której wchodzi: ½ banana, ½ pomarańczy, 2 liście cykorii, ½ łyżeczki otrąb owsianych, ½ łyżeczki płatków owsianych, 5 łyżek jogurtu naturalnego probiotycznego. Połączenie wyżej wymienionych produktów sprzyja budowie symbiozy jelitowej.

Przyprawy

Kurkuma - jest stosowana jako barwnik i przyprawa. Jest żółtym barwnikiem spożywczym. Jest ona związkiem o działaniu antyoksydacyjnym jak również przeciwzapalnym, przeciwnowotworowym i odpornościowym. Komitet ekspertów ds. Dodatków do Żywności określił dopuszczalne dzienne spożycie kurkumy na poziomie do 3 mg/kg masy ciała/dobę. Wyciąg z kłączy *Curkuma longa* hamuje rozwój wrzodów żołądka, poprzez zmniejszanie wydzielania soku żołądkowego u szczurów. W związku z tym istnieje możliwość przeciwdziałania chorobie wrzodowej przy łącznym stosowaniu kurkumy /Kania i wsp., 2015/.

Imbir jest równie ważnym surowcem zielarskim, często stosowanym w leczeniu chorób o podłożu zapalnym. Imbir jest jedną z najstarszych przypraw korzennych i dlatego stosuje się go powszechnie w wielu kuchniach świata. Surowiec zielarski stanowią obrane, świeże lub wysuszone kłącza /korzenie/, zawierające nie mniej niż 15 ml/kg olejku eterycznego. Oprócz olejku surowiec zawiera żywicę, skrobię, cukry, sole mineralne i kwasy organiczne. Imbir stosowany jest w przemyśle farmaceutycznym, spożywczym oraz kosmetycznym. W Azji Wschodniej kłącze imbiru było stosowane od wieków jako naturalny środek przeciwbólowy, ułatwiający trawienie i łagodzący mdłości. Kłącze i wyizolowany olejek pobudzają wydzielanie śliny i soku żołądkowego, działają rozkurczowo i żółciopędnie, są stosowane w chorobie lokomocyjnej. Działania uboczne i interakcje nie są znane. Właściwości przeciwbólowe i przeciwzapalne imbiru wykorzystywane są w schorzeniach reumatycznych. Stosuje się go w bólach stawowych, stanach zwyrodnieniowych, bólach reumatycznych oraz pourazowych. Imbir ułatwia regenerację chrząstki stawowej w tego rodzaju chorobach /Barniak i wsp., 2011/.

Żywnienie osób w wieku starszym powinno opierać się na zasadach racjonalnego żywienia ujęte w „7- U”

- **urozmaicenie** - w każdym posiłku, w miarę możliwości, powinny znaleźć się produkty ze wszystkich grup spożywczych /produkty mączne, mleczne, białkowe, tłuszczowe, warzywa i owoce/;
- **umiarkowanie** - jedzenie zgodnie z indywidualnymi zapotrzebowaniem energetycznym danej osoby dla zachowania odpowiedniej masy ciała;|

- **uregulowanie** – w miarę stała wielkość głównych posiłków /śniadania, obiadu i kolacji/ oraz zachowanie odpowiedniej częstotliwości i regularności ich spożywania;
- **uprawianie** – różnych form aktywności fizycznej /np. spacer/, które powinny być traktowane jako stały element życia codziennego, zwłaszcza przez osoby o siedzącym trybie pracy;
- **umiejętne** – przygotowywanie potraw, które może spowodować, że dany posiłek może stać się łatwostrawny;
- **unikanie** – spożywania nadmiaru cukru, soli i tłuszczu;
- **uśmiech** – pomaga w zachowaniu zdrowia przez całe życie.

Piśmiennictwo

1. Barniak J., Kania M. 2011. Wybrane surowce zielarskie o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnymi przeciwreumatycznym. „Postępy Fitoterapii”, nr 2.
2. Joško-Ochojska J., Spandel L., Brus R. 2014. Odwodnienie osób w podeszłym wieku jako problem zdrowia publicznego. „Hygeia Public Health”, nr 49.
3. Jarosz M. 2012. Praktyczny podręcznik dietetyki. IŻŻ. Warszawa.
4. Kania M., Baraniak J. 2015. Właściwości lecznicze roślin przyprawowych na przykładzie ostryżu długiego. „Postępy Fitoterapii”, nr 2.
5. Karwowska M., Gustawa W. 2015. Trendy w żywieniu człowieka. PTTŻ. Kraków.
6. Kozłowska L. 2010. Rola błonnika pokarmowego w utrzymaniu prawidłowej pracy jelit. „Żywność dla zdrowia”, nr 13.
7. Lewandowicz M., Kulczyński B., Rzeźnik M. 2016. Znaczenie probiotyków w żywieniu osób starszych. „Postępy Dietetyki w Geriatrii i Gerontologii”, nr 1.
8. Płudowski P., Kaczmarewicz E., Bayer M., Chlebna-Sokół D., Czech-Kowalska J. i wsp. 2013. Witamina D. Rekomendacje dawkowania w populacji osób zdrowych oraz grupach ryzyka deficytów – wytyczne dla Europy Środkowej. „Standardy medyczne/Pediatrica”, nr 10.
9. Sikorski E., Staroszczyk H. 2013. Chemia żywności część 2. WNT. Warszawa.
10. Traczyk W., Trzebski A. 2016. Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej. PZWL. Warszawa.
11. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L., Głąbska D. 2015. Dietoterapia. PZWL. Warszawa.
12. Wysokiński T., Margulska A., Sobów T., Kłoszewska I. 2015. Jadłoswstręt u osób w podeszłym wieku. „Medycyna Metaboliczna”, tom XIX, nr 2.

Osoby niepełnosprawne i niesamodzielne w społeczeństwie

Ewa Czezelewska

Wstęp

Starość nie jest jednoznaczna z niepełnosprawnością, ale niestety, niepełnosprawność i niesamodzielność występują u znacznej ilości osób starszej populacji. Według badań GUS prawie 34% ludzi starszych to osoby niepełnosprawne, a aż 78% tych osób ma znaczne ograniczenia, dotyczące nawet czynności podstawowych, jak na przykład samoobsługa /ubieranie się, mycie, jedzenie/ czy poruszanie się poza pokojem i domem /Jabłoński i wsp., 2000/.

Wzrost liczby osób w wieku podeszłym oraz postęp w medycynie postawił współczesne społeczeństwo wobec problemów wynikających z niepełnosprawności i wielochorobowości, które są znamienne dla osób w wieku podeszłym. W ostatnim półwieczu dokonały się istotne zmiany w strukturze demograficznej ludności. Aktualna sytuacja społeczno-demograficzna Polski osiągnęła tzw. stan zaawansowanej starości demograficznej. Społeczeństwo senioralne boryka się z wieloma problemami, m.in. ekonomicznymi – niskie emerytury, zdrowotnymi – wielochorobowość, społecznymi – samotność. Są to jedne z podstawowych determinantów wskazujących na ilościowe i jakościowe zapotrzebowanie na opiekę /Rybka, 2015/.

Jeśli mowa o konsekwencjach starzenia się ludności, to konieczne jest uwzględnienie co najmniej trzech perspektyw tego procesu: makro – ogólnospołecznej i będącej wyzwaniem dla administracji państwowej, mezo – lokalnej, będącej domeną przede wszystkim samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych, oraz mikro – indywidualnej, w ramach której rozwiązywanie problemów obciąża przede wszystkim samych seniorów i ich rodziny. Osoby niesamodzielne przebywające w instytucjach typu zakład opiekuńczy czy dom pomocy społecznej często doświadczają swoistej izolacji, prowadzą specyficzny, kierowany styl życia, są odcięci od społeczeństwa, bez perspektyw na przyszłość /Błądowski, 2012/. Priorytetem jest zatem utrzymanie ludzi starszych w środowisku życiowym tak długo, jak jest to możliwe. Głównym założeniem i celem podjętych działań powinno być stworzenie systemu, który osobom z niepełnosprawnością, starszym i chorym zapewni najlepszą opiekę – poprzez jej indywidualizację i pomoc rodzinie.

Uwarunkowania demograficzne

Starzenie się społeczeństwa w Polsce widoczne jest w zmianach struktury ludności ze względu na wiek. Obserwowany jest spadek udziału dzieci i wzrost udziału osób starszych w ogólnej populacji ludności. Według danych GUS /2014/ od początku lat 90. udział osób w wieku przedprodukcyjnym

/do 17 roku życia/ zmalał o ponad 10 punktów procentowych /z 29,8% w 1989 roku do 19,3% w 2013 roku/. Wzrósł natomiast udział osób w wieku poprodukcyjnym /60 lat i więcej w przypadku kobiet oraz 65 lat i więcej w przypadku mężczyzn/ o blisko 6 punktów procentowych /z 12,6% w 1989 roku do 18,4% w roku 2013/. Prognozuje się dalsze spadki liczebności grupy osób w wieku przedprodukcyjnym. Według prognoz GUS /2014/ udział dzieci /do 17 roku życia/ w ogólnej populacji ludności w 2050 roku zmaleje o blisko 30% w stosunku do 2013 roku. GUS prognozuje, iż w 2050 roku co trzeci Polak będzie miał powyżej 65 lat.

Ze względu na dynamiczny wzrost trwania życia Polaków związany z postępem w medycynie i prowadzeniem zdrowszego stylu życia zmienia się także struktura populacji osób starszych w wieku 65 lat i więcej. W 2013 roku udział osób w wieku powyżej 80 lat w grupie osób 65+ wyniósł 26,1%, a w 2050 roku wyniesie blisko 32%. W ogólnej populacji ludności udział osób w wieku 80 lat i więcej wzrośnie diametralnie z 3,9% w 2013 roku do 10,4% w 2050 roku. Oznacza to, że w 2050 roku co 10 osoba w Polsce będzie w wieku 80 lat lub starsza i z dużym prawdopodobieństwem będzie potrzebowała jakiejś formy pomocy w samodzielnym funkcjonowaniu /GUS 2014/.

Oczekiwania wobec opieki osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych

Występują duże różnice między krajami co do oczekiwań i preferencji dotyczących opieki na starość. Na tle krajów UE wyróżnia się Polska, w której oczekiwania i preferencje dotyczące opieki na starość sprawowanej przez najbliższych w domu osoby niesamodzielnej wyraziło blisko 70% Polaków. Dla porównania w Danii odsetek ten wyniósł nieco ponad 20%. Wyniki badania PolSenior potwierdzają, iż Polscy seniorzy swoje oczekiwania opiekuńcze kierują głównie w stronę opiekunów nieformalnych /członków rodziny, a w dalszej kolejności sąsiadów i przyjaciół/, nadając niewielką rangę pomocy udzielanej przez opiekunów formalnych, szczególnie reprezentujących sektor pomocy społecznej. Pomoc w tym sektorze udzielana jest głównie w placówkach, a nie w miejscu zamieszkania osoby starszej /Błądowski, 2012/. Dostępność formalnych usług opieki długoterminowej świadczonych w domu osoby starszej, zarówno w ramach sektora ochrony zdrowia /np. pielęgniarstwa opieki długoterminowej/, jak i w ramach systemu pomocy społecznej /usługi opiekuńcze/ jest ograniczona. Sprowadza się najczęściej do wybranych form pomocy udzielanych osobom leżącym lub znajdującym się w bardzo trudnej sytuacji materialnej, a wsparcie dla opiekunów rodzinnych jest znikome /Furmańska-Maruszak, 2015/.

Potencjał opiekuńczy polskiej rodziny zaczyna się kurczyć ze względu na zmiany o charakterze społeczno-kulturowym, a także demograficznym. Rodzina jest miejscem, w którym w sposób naturalny rodzą się potrzeby opiekuńcze i są one zaspokajane na każdym etapie życia człowieka. W przypadku niesamodzielnych osób starszych najbliżsi stanowią nieocenione źródło wsparcia nie

tylko w wymiarze materialnym, ale także społecznym i emocjonalnym. Mniejsze rodziny, często niepełne rodziny, w których relacje nie są pogłębiane i zakorzenione międzypokoleniowo, mogą nie odpowiedzieć

na obecne i przyszłe potrzeby opiekuńcze seniorów. Istnieje potrzeba działań wspierających rodzinę w pełnieniu obowiązków opiekuńczych względem seniorów, a także stworzenie nowych możliwości godzenia pracy zawodowej z obowiązkami opiekuńczymi. Nieocenione będą działania zwiększające dostęp do długoterminowej opieki dziennej i rozwój innych form opieki zastępczej.

Długotrwałe sprawowanie opieki nad niesamodzielnymi osobami odbija się nie tylko na życiu osobistym i rodzinnym opiekunów, ale wpływa również na ich sytuację zawodową. Można wskazać co najmniej dwie grupy przyczyn, które sprawiają, że możliwości sprawowania przez rodzinę opieki nad jej niesamodzielnymi członkami są coraz bardziej ograniczone. Pierwsza z nich jest związana ze zmianami w wielkości i strukturze rodziny. Obserwowana od kilku dziesięcioleci tendencja do zmniejszania się liczby członków rodziny przekłada się bezpośrednio na zdolność rodziny do pełnienia funkcji opiekuńczych. Równocześnie jednak proces demograficznego starzenia się społeczeństw znacznie częściej niż dawniej prowadzi do sytuacji, w której w tym samym okresie opieki wymaga więcej niż jedna osoba niesamodzielna w rodzinie. Wówczas możliwości rodziny ulegają drastycznemu ograniczeniu. Jednocześnie sytuacja na rynku pracy zmusza nieporównanie częściej niż

dawniej do przemieszczania się w poszukiwaniu pracy. Mobilność przestrzenna, zwłaszcza w przypadku młodych ludzi, jest zjawiskiem bardzo pozytywnym i w dużej mierze warunkującym ich szanse zawodowe, jednak wywiera także wpływ na sytuację rodziny jako pierwszego i często najważniejszego lub wręcz jedyne go opiekuna osoby starszej /Błędowski, 2012/.

Warunki mieszkaniowe osób niepełnosprawnych i niesamodzielnymi

Warunki mieszkaniowe i środowisko zamieszkiwania osób starszych stanowią ważny problem, którego rozwiązanie jest zadaniem architektów i urbanistów, przy ścisłej współpracy ze służbami socjalnymi i medycznymi. Szeroko rozumiane środowisko zamieszkiwania w dużym stopniu decyduje o samodzielnym funkcjonowaniu społecznym osób starszych, natomiast rozumiane wąsko – wpływa na ich niezależność w obrębie mieszkania lub domu oraz na poczucie bezpieczeństwa. Wiedza na temat warunków, w jakich zamieszkują osoby niesamodzielne, pochodzi głównie ze spisów powszechnych. Dane wykazały, że warunki mieszkaniowe starych ludzi są na ogół gorsze niż przeciętne w kraju. Jedną z przyczyn tego stanu jest brak regulacji prawnych dotyczących standardu mieszkań dla seniorów. W polskim ustawodawstwie obejmującym rozwiązania projektowe obiektów mieszkaniowych nie ma bowiem żadnych przepisów dotyczących osób starych i niesamodzielnymi. Można się posiłkować zapisami odnoszącymi się do osób niepełnosprawnych, ale zasadniczo są one ukierunkowane na wprowadzanie udogodnień dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim, nie

przewidują jakichkolwiek udogodnień dla osób niewidomych, niesłyszących lub słabych fizycznie /Bartoszek i wsp., 2012/.

Relacje opiekuńcze

Istnieje 5 typów relacji, które tworzą się między głównymi dawcami opieki, a osobami niesamodzielnymi i przewlekle chorymi:

I typ – najbardziej pożądanym. Występuje wtedy, gdy istnieje równowaga między niezbędną opieką i pielęgnacją, a faktycznym zapotrzebowaniem podopiecznego. Dotyczy to pełnego zakresu opieki i pielęgnacji, jaką człowiek powinien uzyskać w sytuacji choroby, a także pomocy w odzyskiwaniu zdrowia/sprawności, kompensowaniu utraconych lub ograniczonych funkcji/. Członkowie rodziny występują jako osoby wspierające w chorobie i niesprawności, a nie wyręczające chorego. W tego rodzaju relacji istnieje pełna akceptacja oraz troskliwe wpieranie osoby chorej, niesprawnej, starszej.

II typ – nadopiekuńczość. Występuje, gdy członkowie rodziny wykazują nadmiar opieki. Postawa taka wpływa demobilizująco na chorego i uzależnia od stałej pomocy innych. Ze strony rodziny występuje stała gotowość do udzielania pomocy, jednak opiekunowie nie wspierają, tylko stale wyręczają. Wynika to z braku pewnej akceptacji chorego i traktowania go jako mniej wartościowego człowieka, któremu należy kompensować niedostatki przez świadczenie pomocy.

III typ – polega na manipulowaniu członkami rodziny, co najczęściej przejawia się instrumentalnym traktowaniem chorego w postaci pozbawiania go renty, odbierania zasiłku pielęgnacyjnego, zwalniania się i usprawiedliwiania z niewykonywania różnego typu obowiązków z winy i powodu chorego „przez Ciebie nie mam czasu dla innych, nie mogę tego zrobić”.

IV typ – polega na znęcaniu się fizycznym i psychicznym nad osobą chorą lub niepełnosprawną /typ patologiczny/.

V typ – przejawia się szkodzeniem choremu mimo dobrych intencji. Działania wykonywane w dobrej wierze szkodzą osobie pozostającej pod opieką /Kawczyńska-Butrym, 1987/.

Zasady komunikowania się z osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi

Komunikowanie się z osobą starszą i niesamodzielną z zaburzeniami funkcji poznawczych obejmuje podejście „zorientowanie na rzeczywistość”, trening pamięci i orientacji oraz metodę „walidacji”. Zorientowanie na rzeczywistość, opiera się na założeniu, że możliwe jest ustabilizowanie procesu demencji poprzez odniesienie się do sprawnych jeszcze funkcji poznawczych i polega na trenowaniu pamięci, logicznego myślenia, dostarczaniu różnych bodźców, poprzez które senior czuje się bardziej osadzony w realnej rzeczywistości. Istotnym elementem w opiece i komunikacji jest trening pamięci i orientacji, czyli np. wielokrotne przedstawianie się choremu, przypomnianie pory

dnia, tygodnia, miesiąca, miejsca pobytu, dostarczanie pomocy pamięciowych umieszczanych w widocznych miejscach, trening umysłowy /rozwiązywanie krzyżówek/ oraz aktywizacja, np. w ramach terapii zajęciowej. Walidacja zakłada „wejście” w świat wewnętrzny osoby starszej, niesamodzielnej zgodnie z założeniem, że ludzie wracają do przeszłości po to, aby czuć się bardziej szczęśliwi i starać się być razem z nim w jego świecie, nie próbując zorientować go na aktualną rzeczywistość. Komunikując się z osobą w podeszłym wieku z zaburzeniami funkcji poznawczych sposób wyrażania się powinien być wystarczająco prosty. Koncentrację osoby niesamodzielnej wspomaga utrzymywanie kontaktu wzrokowego czy dotknięcie ręki. Rozmawiając z seniorem często należy używać jego imienia, gdyż to upewnia go, że komunikat kierowany jest właśnie do niego. Ważnym elementem jest uzyskanie informacji zwrotnej w celu upewnienia się czy przekazane informacje zostały prawidłowo zrozumiane. Wobec osoby z afazją najczęściej wykorzystuje się techniki zwiększające rozumienie mowy, czyli zastosowanie rysunku, zestawów kart komunikacyjnych, używanie sygnałów niewerbalnych. Przekaz polega na ilustrowaniu komunikacji werbalnej adekwatną mimiką i gestykulacją, pokazywaniem przedmiotów lub piktogramów. Ponadto ważne jest pozostawianie tym osobom jak największej samodzielności w zakresie komunikacji werbalnej, dostrzeganie i nagradzanie nawet minimalnych postępów, stawianiu pytań rozstrzygnięcia, niewyręczanie ich w mówieniu /Strugała, 2013/.

Jakość życia i opieki w niepełnosprawności, podeszłym wieku, chorobach przewlekłych

Podstawowym celem pomocy osobom niesamodzielnym jest poprawa jakości życia.

Pojęcie jakości życia odnosi się do wpływu stanu zdrowia na sferę biologiczną, psychiczną i socjalną życia człowieka. Obejmuje cztery dziedziny:

- stan somatyczny;
- sprawność ruchową;
- stan psychiczny;
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne.

Według K. de Walden-Gałuszko ocenę jakości życia można zdefiniować jako obraz własnego położenia życiowego w pewnym okresie czasu. W praktyce o jakości życia osoby chorej, niesamodzielnej decyduje różnica pomiędzy sytuacją upragnioną wymarzoną a realnie istniejącą.

Wypracowano dwa zasadnicze kierunki postępowania:

- poprawę warunków sytuacji realnej;
- zmianę „treści” sytuacji upragnionej.

Poprawa jakości życia osoby chorej i niesamodzielnej poprzez zmianę warunków sytuacji realnej zawiera się w:

- przeniesieniu akcentu z przyszłości na teraźniejszość /pomoc w organizacji wolnego czasu/;

- zapewnieniu realizacji potrzeb psychospołecznych /poczucia bezpieczeństwa, własnej wartości, akceptacji/;
- angażowaniu w życie społeczne /zachęcanie do wspólnego przeżywania spotkań rodzinnych, świąt, udziału w spotkaniach literackich/.

Według K. de Walden-Gałuszko potrzeba ludzka to stan dyskomfortu wywołany odczuwaniem braku jakiejś ważnej dla człowieka wartości. Każda odczuwana przez człowieka potrzeba, niezależnie od etapu jego rozwoju, powoduje określone reakcje uczuciowe, będące odpowiedzią na jej zaspokojenie /przyjemność, radość, zadowolenie/ lub brak zaspokojenia /niezadowolenie, przykrość, smutek, złość/. W zaawansowanej chorobie przewlekłej na pierwszy plan wysuwają się potrzeby biologiczne, /szczególnie potrzeba bezpieczeństwa i komfortu fizycznego/ oraz potrzeby poczucia własnej wartości i godności, a także postawy społeczne /życzliwości ze strony otoczenia, doznawania miłości i akceptacji/.

Według A. Masłowa potrzeby człowieka tworzą swego rodzaju hierarchię. Niezaspokojenie potrzeb z niższych poziomów nie pozwala na realizację kolejnych, a brak zaspokojenia /deprywacja/ potrzeb człowieka prowadzi do frustracji. Niezaspokojenie potrzeb zaburza równowagę organizmu oraz mobilizuje do jej odzyskania. Wyróżnione przez Masłowa potrzeby w kolejności ich zaspokojenia obejmują: potrzeby fizjologiczne, potrzebę bezpieczeństwa, potrzebę przynależności, potrzebę uznania, potrzebę samorealizacji.

Potrzeby osób przewlekle chorych są takie same jak ludzi zdrowych. Chorzy poza potrzebą opanowania dolegliwości bólowych, zaspokojenia głodu i pragnienia czy poczucia bezpieczeństwa, mogą mieć także pragnienie bycia potrzebnym, docenianym, ważnym, informowanym o istotnych sprawach czy decydowania o sobie /Talarska i wsp., 2013/.

W opiece nad osobą przewlekle chorą, potrzeby opiekunów odsuwane są często na plan dalszy. Trzeba jednak pamiętać, iż nie można w pełni zaspokajać potrzeb innych, kiedy nasze własne potrzeby tj. potrzeba snu, odpoczynku, zadbania o siebie, kontaktów z ludźmi są permanentnie pomijane. Potrzebą budującą motywację w pracy opiekuna jest poczucie, że pomoc, której udziela jest pożądana i ważna.

Piśmiennictwo

1. Bartoszek A. i wsp. 2012. Warunki zamieszkania seniorów – główne ustalenia badawcze, W. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. red. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań.
2. Błędowski P. 2012. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficzne starzenia się ludności Polski do roku 2035, W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. red.

Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań.

3. Furmańska-Maruszak A. 2015. Opieka na starość, oczekiwania i możliwości ich spełnienia w obecnych uwarunkowaniach demograficznych. Forum Opieki Długoterminowej MEDI. Toruń, 2 /64/.
4. GUS. 2014. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa.
5. Kawczyńska-Butrym Z. 1987. Funkcjonowanie rodziny a choroba, Zakład Małej Poligrafii KUL. Lublin.
6. Jabłoński L., Wysokińska-Miszczuk J. 2000. Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry. Wydawnictwo Czelej. Lublin.
7. Rybka M. 2015. Opieka długoterminowa w ramach świadczeń współfinansowanych przez NFZ. Forum Opieki Długoterminowej MEDI. Toruń, 1 /63/.
8. Strugała M. 2013. Komunikowanie interpersonalne z osobą starszą, jej rodziną, opiekunem oraz zespołem terapeutycznym, Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego kompleksowa pielęgnarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego. Warszawa.
9. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K. 2013. Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

Aktywność fizyczna a zdrowie, wiek a aktywność fizyczna

Urszula Parnicka

Wstęp

W Polsce problem aktywności fizycznej w wieku starszym był dostrzegany i podejmowany na gruncie teoretycznym już kilkadziesiąt lat temu. Istnieją dowody, że regularna aktywność fizyczna może przyczynić się do wydłużenia życia, a także wpływa na liczne czynniki determinujące jakość życia, tj. funkcje poznawcze i emocjonalne, zadowolenie z życia i uczucie dobrostanu, funkcje seksualne, funkcje społeczne, czas wolny i status ekonomiczny /Mossakowska i wsp., 2012/. Promowanie aktywności ruchowej seniorów może nadać ich życiu większy sens. Siedzący tryb życia osób w wieku starszym jest uważany za czynnik tak samo niebezpieczny jak nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość czy podwyższony poziom cholesterolu. Nie należy zapominać również o znaczeniu aktywności ruchowej w zaspakajaniu potrzeb natury estetycznej oraz o konieczności odwoływania się do form ruchowych szczególnie pożądanym w kształtowaniu nawyków rekreacyjnych /Parnicka 2015/. Poza tym optymalna aktywność fizyczna zmniejsza koszty opieki zdrowotnej i opieki społecznej, a przede wszystkim może późnym latom nadać dodatkowy sens i podnieść jakość życia. Główne obszary oddziaływań aktywności fizycznej zestawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Główne obszary oddziaływań aktywności fizycznej osób starszych

Zdrowy styl życia	Sposób na dobre samopoczucie i czerpanie radości z życia, przedłużenie aktywnego, niezależnego życia oraz szansa na prawidłowe funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne.
Zapobieganie chorobom	Zwłaszcza choroby układu krążenia, które są główną przyczyną przedwczesnej niepełnosprawności i zgonów. Obniżona aktywność fizyczna jest jednym z podstawowych czynników ryzyka miażdżycy, udaru, zapalenia stawów, cukrzycy, otyłości, osteoporozy, a także niektórych postaci raka.
Radzenie sobie ze stresem	Redukcja depresji, lepszy nastrój, większa wiara we własne siły, wyższa samoocena, itp.
Terapia wielu zaburzeń i chorób	Zmniejszenie dolegliwości w chorobach układu krążenia i oddychania, zapalenia stawów, otyłości, cukrzycy, zaniku mięśni, itp.

Opracowano na podstawie: Castaneda, 2002, Bouhard i wsp., 2007, Parnicka, 2014

Formy aktywności ruchowej zalecane dla osób starszych

Doradzając seniorowi możliwie najlepszą dla niego formę ruchu należy zwrócić uwagę na zalecenia, które dotyczą aktywności ruchowej w wielu schorzeniach wieku starszego takich jak: osteoporoza, bóle kręgosłupa, choroby reumatyczne, choroby układu krążenia, nadwaga i cukrzyca, miażdżyca, stres.

Zalecenia, dotyczące aktywności fizycznej wybranych chorób wieku starczego

Osteoporoza – ćwiczenia wzmacniające kości, obejmujące ruchy zginania, prostowania i skręcania, a także ćwiczenia wzmacniające mięśnie kręgosłupa, ud i przedramion. Program kinezyterapii powinien być uzupełniony aktywnością poprawiającą wydolność tlenową oraz dietą bogatą w wapń i fosfor.

Choroby kręgosłupa /dolegliwości odkręgosłupowe/ - ćwiczenia rozluźniające przykurcze mięśni grzbietu; zwiększenie siły i napięcia mięśni okołokręgosłupowych, brzucha, zginaczy goleni, prostowników biodra: nauka rozluźniania i relaksacji.

Choroby reumatyczne – *Choroby reumatyczne* oraz uwalniające złogi metaboliczne z tkanki mięśniowej, pobudzające ukrwienie, wzmocnienie i ujędrnienie mięśni przez co następuje przywrócenie stabilizacji stawów.

Choroby układu krążenia /zwłaszcza choroba niedokrwienna serca i nadciśnienie tętnicze/ - ćwiczenia wytrzymałościowe /aerobowe/ o umiarkowanej intensywności (40-60%), zajęcia powinny być wzbogacone o elementy ćwiczeń siłowych i gibkościowych, a także wskazane są terapie jak: medytacja transcendentalna i joga.

Nadwaga i cukrzyca typu II – zaleca się wysiłek o umiarkowanej intensywności, ćwiczenia wytrzymałościowe i ogólnospornościowe w połączeniu z redukcyjną dietą, zmierzającą do zmniejszenia tłuszczowej masy ciała i ekonomizacji przemiany materii.

Miażdżyca – zaleca się wysiłek o charakterze tlenowym, wytrzymałościowym, np. na ergometrze rowerowym a także ćwiczenia, konsekwencją których jest obniżenie ciśnienia oraz korzystne zmiany morfologiczne i antropometryczne.

Stres – ćwiczenia o umiarkowanej intensywności, relaksacyjne i oddechowe; zajęcia sprzyjające poprawie samopoczucia, zmniejszenia lęku i czynnościowych objawów stresu oraz przyjaznej atmosferze /Osiński, 2013/.

Najbardziej dostępne i rozpowszechnione formy indywidualnej rekreacji to codzienne spacer, niezależne od pory roku i pogody. Umożliwiają one nie tylko korzystanie z ruchu, ale i z dobrodziejstw

powietrza i słońca. Do tego, aby spacerować nie trzeba mieć specjalnego stroju ani umiejętności. Wystarczy trochę chęci, czasu i pozytywnego nastawienia.

Nieco intensywniejszą formą spaceru są marsze, które zalecane są przez specjalistów jako ćwiczenia fizyczne ogólnie dostępne, bezpieczne, umiarkowane i zdrowe. Jako przystępna forma aerobowego wysiłku doskonalą pracę serca i układu krążenia. Stąd tak często jest zalecana przez lekarzy i specjalistów rekreacji ruchowej. W ostatnich latach obserwuje się ze strony promotorów zdrowia szczególne zainteresowanie marszami jako formą o umiarkowanym wysiłku, szczególnie zalecaną dla osób starszych. Zdaniem fizjologów marsz jest bodźcem wywierającym korzystny wpływ na regulowanie czynności narządów wewnętrznych /Bunc, 2012/. Chodzenie sprawia, że mózg zostaje lepiej ukrwiony, wpływając na uruchomienie mechanizmów rzutujących na samopoczucie.

Nordic walking jako plenerowa forma rekreacji, a także swego rodzaju marsz ze względu na walory zdrowotne poznawcze i ekonomiczne, cieszy się dużą popularnością wśród osób starszych. Jest jedną z najbardziej prozdrowotnych form aktywności ruchowej tej grupy wiekowej.

Nordic walking w porównaniu ze zwykłym marszem przynosi znacznie więcej korzyści zdrowotnych, takich jak:

- spalanie o 20-40% większej liczby kalorii ze względu na zaangażowanie dodatkowej liczby mięśni /około 90% całego ciała/;
- z uwagi na zaangażowanie górnych części ciała /kończyny górne, tułów, obręcz barkowa, kark/ następuje wzrost siły mięśniowej tych okolic;
- dochodzi do aktywizacji stawów, które są mniej aktywne podczas zwykłego chodu, co prowadzi do poprawy ich ruchomości;
- częściowe odciążenie kończyn dolnych oraz kręgosłupa powoduje mniejsze zmęczenie tych okolic;
- poprawia się komfort psychiczny, co związane jest z możliwością podejmowania aktywności fizycznej o dużej intensywności;
- większe poczucie bezpieczeństwa z uwagi na dodatkowe możliwości podporu w momencie ewentualnej utraty równowagi /Kocur i wsp., 2011/.

Nordic walking to doskonały trening aerobowy /tlenowy/ dla układu sercowo-naczyniowego. Pompowanie /czyli otwieranie dłoni podczas odepchnięcia kijem do tyłu i zatrzymanie dłoni przy powrocie/ doskonale poprawia cyrkulację krwi górnej połowy ciała i pobudza krążenie w peryferyjnych częściach ciała /palce, dłonie/. Wysiłek fizyczny powodując zmiany powysiłkowe we krwi zwiększa aktywność układu odpornościowego /Marchewka i wsp., 2012, Schwanbeck, 2013/.

Kolejną zalecaną formą aktywności ruchowej dla seniorów jest gimnastyka usprawniająca. Jest to najczęściej występująca forma w zorganizowanych programach rekreacji ruchowej osób starszych. Gimnastyka usprawniająca jest wszechstronnym i atrakcyjnym środkiem, dzięki któremu można uzyskać następujące efekty:

- wyrobienie gibkości i elastyczności w poszczególnych stawach oraz wzmocnienie całego aparatu ruchu;
- poprawienie funkcji oddechowych – zmniejszenie częstotliwości oddechów na korzyść pogłębienia oddechu;
- wzmocnienie mięśni brzucha i korzystne działanie na narządy wewnętrzne /np. żołądek, jelita, wątrobę/;
- zapobieganie zaparciom i hemoroidom;
- polepszenie koordynacji ruchowej;
- poprawienie ruchomości usztywnionej klatki piersiowej;
- wzmocnienie mięśnia sercowego, rozszerzenie drobnych tętnic i naczyń włosowatych, poprawę warunków ukrwienia poszczególnych tkanek i narządów;
- zwiększenie i usprawnienie przemiany materii;
- poprawę samopoczucia psychofizycznego – pewności siebie, zadowolenia z kontaktów międzyludzkich, spadek napięcia emocjonalnego;
- ożywienie i pobudzenie emocjonalne.

Ważną rolę w usprawnianiu psycho-fizycznym osób starszych odgrywają gry i zabawy ruchowe, które należy traktować jako element uzupełniający proces usprawniania. Dużą zaletą tej formy ruchu jest to, że doskonale rozładowują napięcie psychiczne, integrują zespół ćwiczebny, łagodzą lęk.

Dość atrakcyjną formą aktywności ruchowej są tańce i zabawy taneczne. Ostatnio stają się coraz bardziej popularne wśród starszych odbiorców. Wszystkie formy tańca są dobre jeśli tylko przynoszą pozytywne doznania zarówno emocjonalne, związane z nawiązywaniem kontaktów z innymi osobami jak i wynikające z wysiłku fizycznego. Tańcom zwykle towarzyszy muzyka, która przyczynia się do rozładowania napięć poprzez możliwość wyżycia się przy jednych utworach lub wyciszenia przy innych.

Równie popularną formą aktywności ruchowej osób starszych jest pływanie. Środowisko wodne stwarza specyficzne warunki, umożliwiające odciążenie stawów, zwiększenie ich ruchomości i siły mięśni oraz zmniejszenie bólu w stawach. Przykładem takich zajęć jest dość popularny w ostatnim czasie aqua aerobic. W wodzie, każdy ruch odbywa się z oporem dzięki czemu uzyskuje się większą efektywność niż przy tych samych ćwiczeniach w sali gimnastycznej. Zajęcia w wodzie są szczególnie zalecane dla osób z chorobami zwyrodnieniowymi i bólami kręgosłupa, w chorobach reumatycznych oraz osób otyłych.

Wiele osób starszych dla osobistego usprawniania korzysta z ćwiczeń Pilatesa. Jest to system ćwiczeń całego ciała polegający na połączeniu precyzyjnie wykonywanych ćwiczeń ze spokojnym oddechem /ważna jest jakość ruchu a nie ilość powtórzeń. Ich istotą jest rozciąganie, napinanie i rozluźnianie mięśni. System ten jest ukierunkowany na poprawę elastyczności, siły, równowagi i świadomości swojego ciała.

Utylitarne znaczenie aktywności ruchowej osób starszych

Znaczenie aktywności fizycznej człowieka starszego trudno wiązać jedynie z zaspokojeniem potrzeb biologicznych. Istota wielostronnego działania człowieka głęboko wnika tu w sferę psychiczną i społeczną, a nawet duchową. Aktywność o charakterze sportowym może sprzyjać wyrabianiu postaw prozdrowotnych i prospołecznych, ułatwiać kontakty z innymi osobami, wzbogacać sferę wewnętrznych przeżyć jednostki oraz stwarzać warunki do psychicznego odprężenia. Nie można również nie dostrzegać w programach aktywności fizycznej zadań o charakterze utylitarnym, związanych bezpośrednio ze sferą dnia codziennego, utrzymywaniem życiowej niezależności i większymi możliwościami korzystania z dóbr społecznych, intelektualnych i kulturalnych /Osiński, 2013/.

Tab. 2. Czynności życiowe na które może być ukierunkowany program ćwiczeń osób starszych /Gillis D. E. i wsp., 2005/

Rodzaj treningu	Zadanie funkcjonalne
Trening wytrzymałości aerobowej	Chodzenie w celu załatwiania jakichkolwiek spraw czy uczestniczenie w wydarzeniach dnia codziennego, podejmowanie aktywności wymagającej wytrzymałości /odkurzanie, praca w ogrodzie, wejście na schody, itp./.
Trening górnej części ciała i tułowia z obciążeniem	Unoszenie i utrzymywanie wnuka na rękach, umiejscowienie bagażu na półce podczas podróży, noszenie zakupów, otwieranie ciężkich drzwi, prace domowe typu mycie okien, itp.
Trening dolnej części ciała z obciążeniem	Siadanie i wstawanie z krzesła, wchodzenie po schodach, pokonywanie krawężnika, wchodzenie i wychodzenie z wanny.
Trening gibkości górnej części ciała	Skręcanie głowy podczas chodzenia po ulicy czy prowadzenia samochodu, zamknięcie suwaka umieszczonego z tyłu ubrania, czesanie się, mycie, sięganie po rzeczy z półki ponad głową, itp.
Trening gibkości dolnej części ciała	Zakładanie skarpet lub butów, kontrola higieny stóp, obcinanie paznokci u nóg,
Trening równowagi i koordynacji ruchowej	Bezpieczny spacer z psem, dostosowanie do trudnych warunków pogodowych, krawężników, stopni schodów, pielenie chwastów w ogródku, odpowiednia reakcja na nieoczekiwaną utratę równowagi, itp.

Zgodnie z wytycznymi wielu poważnych międzynarodowych organizacji osoby starsze /65+/ powinny być aktywne fizycznie co najmniej przez 5 dni w tygodniu po 30 minut. Należy zwracać na różne formy codziennej życiowej aktywności:

- znakomitym bodźcem stymulującym serce i układ krążenia oraz wzmacniającym mięśnie może być rezygnacja z windy na rzecz korzystania ze schodów;
- drobne zakupy zawsze można robić w pobliskim małym sklepie osiedlowym do którego można dojść spacerem;
- łagodna praca w ogródku i różnorodne prace domowe mogą stać się dobrym relaksem oraz treningiem wytrzymałościowym i siłowym;
- dłuższe spacery mogą znakomicie dopełniać fizjologiczne potrzeby w zakresie aktywności, dając dodatkowe korzyści jeśli towarzyszy im możliwość prowadzenia interesującej konwersacji.

Aktywność fizyczna osób starszych jest stymulatorem ich sprawności w ogóle, umożliwia osiągnięcie wyznaczonych celów, ułatwia udział w utrzymywaniu kontaktów społecznych, jest warunkiem w kształceniu ustawicznym, umożliwia ogólnie dobrą adaptację w środowisku – jednym słowem decyduje o jakości życia. Tak więc, problemy aktywności ruchowej w profilaktyce gerontologicznej osób starszych są bardzo znaczące, a całościowe podejście w działaniach praktycznych ukazuje złożoność tego zagadnienia. Dynamiczna promocja programów aktywności fizycznej dla osób starszych daje szansę na zmianę regresywnego trybu życia w kierunku strategii regularnego treningu, powodującego realne łagodzenie zmian wynikających z upływu czasu.

Piśmiennictwo

1. Bouchard C., Blair s., N., Haskell W., L. /red./ 2007. Physical Activity and Health, Human Kinetics, Champaign, IL.
2. Bunc V. 2012. Walking as a tool of physical fitness and body composition influence. Antropomotoryka, nr 57.
3. Castaneda C. 2002. A randomized control trail of progressive resistance exercise training in older adults with type 2 diabetes." Diabetes Care", nr 25.
4. Gillis D.E., Stewart A.L. 2005. A new approach to designing exercise programs for older adults. W: Physical Activity Instruction of Older Adults, red. C.J. Jones, D.J. Rose. Human Kinetics, Champaign, IL.
5. Kocur P., Wilk M., Dylewicz P. 2011. Nordic Walking. Rekreacja, rehabilitacja i zdrowie. AWF. Poznań.

6. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź A. /red./ 2012. Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja. PWN. Warszawa.
7. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. /red./ 2012. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań.
8. Osiński W. 2013. Gerokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. PZWL. Warszawa.
9. Parnicka U. 2015. Kinezygerontoprofilaktyka. Monografie i Opracowania nr 24. WWFIS, Biała Podlaska.
10. Parnicka U. 2014. Aktywność ruchowa w profilaktyce gerontologicznej i rehabilitacji osób starszych „Zamojskie Studia i Materiały”. Seria Fizjoterapia, Tom XVI, zeszyt 2.
11. Schwanbeck K. /tł, Rojek K./ . 2013. Nordic Walking - i oto chodzi. Helion. Gliwice.
12. Stuard-Hamilton I. 2006. Psychologia starzenia się. Zysk i S-ka. Poznań.

Wskazówki i zalecenia praktyczne

redakcja Urszula Parnicka

1. Aktywizacja osób starszych

Celem aktywizacji ludzi starszych jest angażowanie ich w różne sfery życia społecznego.

Wśród wielu form aktywizujących osoby starsze na szczególną uwagę zasługują:

- Aktywizacja przez edukację, polegająca na kształceniu ustawicznym, poprzez tworzenie Uniwersytetów III wieku.
- Pielęgnowanie lokalnych tradycji, np. dni miasta, święto patrona miasta, cykliczne spotkania i imprezy z udziałem ludowych zespołów i twórców lokalnej kultury, organizowanie wystaw prezentujących pasje osób starszych.
- Poprzez stworzenie systemu wsparcia do działań społecznych na rzecz osób starszych, np. pozyskanie i przygotowanie wolontariuszy-seniorów, pełniących rolę animatorów i doradców w zakresie poprawy jakości życia osób zaawansowanych wiekiem.
- Zorganizowanie pomocy w adaptacji do nowoczesnych systemów komunikacji, np. utworzenie kawiarenki internetowej dla seniorów, przygotowanie materiałów dydaktycznych z tego zakresu, pomoc w sprawnym posługiwaniu się nowoczesnym telefonem, itp.
- Wykorzystanie działalności gospodarczej do realizacji celów społecznych na rzecz osób będących w trudnej sytuacji życiowej.
- Aktywizacja poprzez aktywność fizyczną. Zorganizowanie zajęć różnych form aktywności ruchowej dla seniorów, np. nordic walking, gimnastyka profilaktyczno-usprawniająca.
- Organizowanie spotkań budujących więzi międzypokoleniowe, imprezy okolicznościowe z udziałem dziadków i wnuków, młodzieży szkolnej, studentów /Andrzejki, Mikołajki, Dzień Babci, Dzień Dziadka, itp./.
- Aktywizacja seniorów poprzez utworzenie zespołu międzypokoleniowego „wolontariuszy” w celu świadczenia usług drobnych napraw dla mieszkańców osiedla naprawy, elektryczne, hydrauliczne, stolarskie, itp./.
- Stworzenie społecznego banku usług, który oferuje prawie wszystkie kompetencje wypracowane przez życiowe doświadczenia seniorów, np. lekcje robótek ręcznych, warsztaty stolarskie, mechaniczne, wyrobów, rękodzielnicze, itp.
- Tworzenie miejsc i przestrzeni na tzw. terapię zajęciową, polegającą na realizacji swoich pasji i zainteresowań, dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem. Tego typu aktywność skutecznie przeciwdziała izolacji społecznej i wykluczeniu.

Poza powyższymi formami aktywizującymi osoby starsze dość powszechne są: aktywność religijna, turystyczna, leczniczo-rehabilitacyjna, kulturalna, hobbistyczna, rodzinna, terapeutyczna /ludoterapia, ergoterapia, psychoterapia, kinezyterapia, terenoterapia, dietoterapia, itp./.

2. *Wielochorowość*

Wskazówki dla pacjentów ułatwiające leczenie wielochorowości:

- zawsze nosić ze sobą pełną listę aktualnie przyjmowanych leków /również tych dostępnych bez recepty/, leków ziołowych i suplementów diety z rozpisaną dzienną dawką /nazwa leku – ile razy dawki podstawowej – kiedy/;
- gdy lekarz przepisuje mu nowy lek zawsze powinien pokazywać listę aktualnie przyjmowanych leków;
- jeżeli ma alergię na dany lek zawsze przypominać o tym swojemu lekarzowi;
- musi przestrzegać dawkowania swoich leków, w razie wszelkich wątpliwości zapytać swojego lekarza lub farmaceuty w jaki sposób, kiedy i ile dawek przyjmować;
- jeżeli występują niepożądane efekty działania leku /wymienione na ulotce dołączonej do opakowania lekarstwa/ bezzwłocznie zwrócić się do farmaceuty lub do swojego lekarza;
- leki najlepiej popijać szklanką wody - zapobiega to podrażnieniu żołądka i ułatwia wchłanianie, nie należy leków popijać napojami ani sokiem grejpfrutowym;
- nie należy również podawać leków tuż przed posiłkiem, w trakcie posiłku lub tuż po posiłku, ponieważ wchłanianie leku może być ograniczone przez żywność lub lek może związać się z żywnością i utracić aktywność biologiczną;
- leki należy przyjmować na czczo – zazwyczaj godzinę przed posiłkiem lub dwie godziny po posiłku;
- leki można przyjmować z jedzeniem tylko po zatwierdzeniu przez lekarza /alkohol niemal zawsze reaguje z lekami, dlatego nie należy go mieszać z lekami/;
- zawsze należy mieć gotową receptę w przypadku, gdy kończy się zapas leków aby nie przerywać leczenia przez omijanie dawek.

Współpraca pacjenta z lekarzem warunkiem leczenia wielochorowości.

3. Życie z opiekunami, koegzystencja, przemoc

Każda wykonana przez chorego czynność to forma rehabilitacji ruchowej lub szansa na poprawę kondycji umysłowej. Opiekując się swoim bliskim, nakłaniaj go do samodzielności, ochraniaj i ułatwaj działania. Ważne jest aby zadbać o jego:

- mięśnie /pomogą: delikatne masaże nóg, ściskanie dłońmi gumowych przedmiotów – dla usprawnienia mięśni rąk i klatki piersiowej/;
- stawy /pomogą: ćwiczenia izometryczne, np. skręty szyi, podnoszenie rąk i nóg, ruchy obrotowe stóp, zginanie kolan/;
- płuca /pomogą: wietrzenie pokoju chorego, ćwiczenia oddechowe poprzez nadmuchiwanie balonika, wydmuchiwanie powietrza przez rurkę do pojemnika z wodą, aby woda zabułgotata/;
- układ krążenia /pomogą: nacieranie klatki piersiowej i pleców chorego roztworem alkoholu, np. spirytusem oraz oklepywanie tych miejsc dłonią uformowaną w kształt łódki.

Oznaki prawdopodobnej przemocy

1. Fizycznej: siniaki, ślady ucisku, złamania kości, zadrapania, otarcia, wydarte włosy, ślady przypalania, odmowa zdjęcia ubrania, powtarzające się przypadkowe zranienia, zaniepokojenie/obawa, gdy ktoś się zbliża, połamane okulary, stwierdzone laboratoryjnie przedawkowanie leków.
2. Psychicznej /emocjonalnej/: podopieczna jest poruszona emocjonalnie, wydaje się wyizolowana, w sposób niewytłumaczalny wycofuje się z normalnej aktywności, cierpi na bezsenność, lęk przed ludźmi; przejawia nagły wzrost czujności, zmiany apetytu, nietypowe przygnębienie, mówi o pogroźkach ze strony członków rodziny, jest smutna.
3. Seksualnej: siniaki w okolicach piersi lub genitaliów, choroba weneryczna lub zapalenie narządów płciowych krwawienia z pochwy lub odbytu z nieznanymi przyczynami; rozdarta, poplamiona, zakrwawiona bielizna, oznaki lęku przy rozbieraniu się i dotykaniu.
4. Finansowej: nagłe zmiany w stanie konta lub działaniach bankowych, jak np. niewyjaśnione wypłaty dużych sum przez osoby towarzyszące osobie starszej, niewyjaśnione, nagłe transfery środków na konta członków rodziny lub osób spoza niej, niewytłumaczalne zniknięcia funduszy lub wartościowych przedmiotów, nagły brak środków do zapłacenia rachunków, niedobór żywności w domu, braki w przepisanych lekarstwach.

4. Dekalog żywienia dla osób starszych

1. Codzienne pożywienie powinno być jak najbardziej urozmaicone /obejmujące produkty ze wszystkich grup żywności: białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy, woda, mikroelementy/.
2. Należy spożywać codziennie 4-5 regularnych posiłków o mniejszej objętości oraz unikać przejadania się.
3. Należy wypijać co najmniej 8 szklanek płynów niegazowanych dziennie /woda niegazowana, herbata, soki/.
4. Zaleca się ograniczenie cukru i wyrobów cukierniczych oraz tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, do sałatek i surówek używać olejów roślinnych.
5. Zaleca się spożywanie produktów zbożowych z grubego przemiału /pieczywo razowe, graham, kasze: gryczana i jęczmienna, ryż brązowy, płatki owsiane, otręby/.
6. Należy spożywać przetwory mleczne zbakteriozowane /kefiry, maślanki/ z odtłuszczonego mleka.
7. Ograniczyć spożycie mięsa na rzecz zwiększonego spożycia ryb.
8. W codziennym jadłospisie powinny znaleźć się 3 porcje warzyw i 2 porcje owoców.
9. Należy ograniczyć smażenie, zamiast tego gotować, dusić, piec bez dodatku tłuszczu.
10. Posiłki powinny być tak komponowane, aby swoim wyglądem i zapachem zachęcały do jedzenia.
11. Powinno się ograniczyć spożycie soli kuchennej, ostrych przypraw i alkoholu.
12. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe u starszych osób powinno zmieniać się stopniowo.

5. Osoby niepełnosprawne i niesamodzielne w społeczeństwie

Aby zapewnić przewlekle choremu leżącemu w łóżku jak najlepsze warunki do rekonwalescencji, odpoczynku i życia, warto przeznaczyć dla niego jeden oddzielny pokój w mieszkaniu/domu. Jeśli nie jest to możliwe, trzeba wydzielić miejsce oddzielone od reszty pomieszczenia parawanem lub zasłonką, co zapewni spokój i intymność, np. podczas zabiegów pielęgnacyjnych.

Sprzęty, które powinny znaleźć się w pokoju chorego, to:

- łóżko – najlepsze jest typu szpitalnego, potrzeb chorego można też dostosować zwykłe, domowe łóżko. Dla usprawnienia czynności wykonywanych przy chorym powinniśmy zapewnić dostęp do łóżka przynajmniej z dwóch stron;
- stolik nocny /na leki, napoje, telefon, pilota/, niezbyt duży i ustawiony tak, aby chory mógł do niego sięgnąć;
- szafka na rzeczy osobiste /książki, gazety, kosmetyki itp., ustawiona w wygodnym miejscu, nieograniczającym dostępu do łóżka;
- jeśli chory może wstawać z łóżka, przyda mu się wygodny fotel z wysokim siedziskiem, podnóżkiem, zagłówkiem i poręczami;
- telewizor – ustawiony na wprost łóżka chorego i na takiej wysokości, aby nie musiał on zbytnio zadzierać lub obniżać głowy;
- taca na nóżkach – najlepiej z obramowaniem, które uniemożliwia zsuwanie się przedmiotów, np. talerzy z jedzeniem, kubków z piciem itp.;
- wózek toaletowy /wózek inwalidzki, w którego siedzisku wmontowany jest specjalny pojemnik na odchody oraz zamykająca go klapka/.

Kolejność „łóżkowej toalety”

- jama ustna /także po każdym posiłku; pamiętaj o uprzednim wyjęciu i wyczyszczeniu sztucznej szczęki, jeśli chory jej używa/;
- u panów – golenie;
- twarz oczy myjemy zawsze gazikiem przesuwając go od kącika zewnętrznego, po powiece, do kącika wewnętrznego, a uszy zwilżonym końcem ręcznika/;
- szyja i dekolt;
- klatka piersiowa;
- brzuch /zwracając szczególną uwagę u pań na miejsce pod piersiami, a u osób z nadwagą na przestrzenie między fałdami skórnymi/;
- ręce /od palców dłoni po dół pachowy/;
- plecy;

- pośladki /szparę między nimi zawsze w kierunku od spojenia łonowego do odbytu/;
- nogi /od palców stóp po pachwinę; szczególnie starannie myjąc i susząc przestrzenie między palcami, aby nie doszło tam do grzybicy;
- krocze /chorego układamy na plecach z nogami ugiętymi w kolanach, pod pośladki podkładamy nieprzemakalny podkład; krocze myjemy od spojenia łonowego do odbytu/.

6. Aktywność ruchowa osób starszych

Biorąc pod uwagę skłonności osób starszych do upadków istotną sprawą jest dobór odpowiedniego miejsca /terenu, boiska, sali, itp./, przystosowanego do określonej formy ruchowej i gwarantującego poczucie bezpieczeństwa.

Zalecane formy aktywności ruchowej dla osób starszych:

- codzienne spacerowanie, niezależne od pory roku i pogody;
- marsze nordic walking;
- gimnastyka profilaktyczno-usprawniająca przy muzyce;
- pływanie i jego pochodne, np. aqua-aerobic;
- ćwiczenia mięśni okołokręgosłupowych /Pilates/;
- zabawy i gry ruchowe;
- tańce i formy ćwiczeń relaksacyjnych;
- jazda na rowerze na świeżym powietrzu lub stacjonarnym;

Zalecenia na temat charakteru, zadań i form ruchu wspomaganych aktywnością codzienną zawiera poniższa tabela (Strona 55).

Charakter, zadania i formy ruchu wspomagane aktywnością codzienną – zalecenia:

Charakter ruchu	Zadania	Forma ruchu	Codzienna aktywność
Wytrzymałościowy	Prewencja chorób układu krążenia i oddychania, regulacja przemiany materii, zapobieganie otyłości i cukrzycy, łagodzenie stresu, hartowanie organizmu.	Szybki marsz, pływanie, taniec, bieg, bieg na nartach, jazda na rowerze, wchodzenie po schodach lub pod górę, nordic walking, ćwiczenia gimnastyczne.	Praca w ogrodzie, chodzenie do sklepu, zabawa z wnukami, sprząatanie
Siłowy	Profilaktyka osteoporozy, bólów kręgosłupa, otyłości i cukrzycy, zmniejszenie ryzyka kontuzji i upadków, kontrola postawy ciała, ułatwienie korzystania z innych form ruchu.	Ćwiczenia z oporem /ciężar własnego ciała, ciężarki, taśmy gumowe/, ćwiczenia Pilatesa.	Praca w ogrodzie, opieka nad małym dzieckiem /noszenie/, przynoszenie zakupów, sprząatanie, przenoszenie wypranych rzeczy, wiadra, prace remontowe, wstawanie z krzesła, odkręcanie słoików.
Gibkościowy	Ułatwienie wykonywania niektórych czynności, profilaktyka bólów kręgosłupa i stawów, zmniejszenie ryzyka kontuzji i upadków, przygotowanie do innych form ruchu.	Ćwiczenia rozciągające, np. stretching, Tai Chi, joga, ćwiczenia Pilatesa.	Wkładanie butów, skarpet, itp., oglądanie się za siebie, prace domowe, np. ścielenie łóżka, mycie się, czesanie włosów.
Równoważny i koordynacyjny	Zmniejszenie ryzyka kontuzji i upadków, płynne wykonywanie codziennych czynności i innych form ruchu, stymulacja układu nerwowego.	Ćwiczenia gimnastyczne, koordynacyjne i równoważne, Tai Chi, joga, ćwiczenia Pilatesa, taniec, ćwiczenia sensomotoryczne.	Sięganie do szafek we wspięciu na palcach, schodzenie i wchodzenie po schodach, chodzenie po nierównym lub śliskim terenie, jazda na rowerze.