



Martyna Malcewicz¹, Piotr Józefowski²

¹ Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych, Uniwersytet Wrocławski, e-mail: martyna.bedkowska@gmail.com

² Katedra Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław,

e-mail: piotr.jozefowski@umed.wroc.pl

Starzenie się człowieka wyzwaniem dla działań rehabilitacyjnych

The aging of the human as a challenge for rehabilitation activities

WSTĘP

Proces starzenia się człowieka przebiega wieloetapowo. Nie-
sie ze sobą szereg zmian inwolucyjnych, znacznie pogarszają-
cych jakość życia. Starość często kojarzy się ze spadkiem sił
witalnych, utratą sprawności, wycofaniem z życia społecznego.
Pozytywne kształtowanie jej przebiegu oraz idea całościowe-
go rozwoju człowieka mają wpływ na postrzeganie procesów
starzenia się. Wartość nauk zajmujących się starzeniem i sta-
rością, a więc andragogiki, gerontologii czy geriatry, wzrasta,
zwłaszcza gdy zwróci się uwagę na wskaźniki demograficzne
mówiące o wciąż starzejącym się społeczeństwie.

WYMIARY PROCESU STARZENIA SIĘ

Można przyjąć, że współcześnie starzenie się obejmuje stop-
niowo coraz większą liczbę osób. Demografowie wskazują na
kilka przyczyn starzenia się społeczeństw: spadek liczby urod-
zin, spadek wskaźnika umieralności, wydłużenie się ludzkie-
go życia oraz procesy migracyjne ludności. Według klasyfika-
cji ONZ społeczeństwo polskie jest społeczeństwem starym,
ponieważ odsetek ludzi w wieku 65 lat niemalże podwójnie
przekracza granicę 7% rozpoczynającą przedział społeczeń-
stwa demograficznie starego.

Dane te sugerują, iż w najbliższych latach proces ten
ulegnie przyspieszeniu, a liczba osób na emeryturze będzie
się regularnie zwiększać.

Wymiar demograficzny

Demograficzne starzenie się społeczeństwa ma szereg na-
stępstw, m.in. wzrost współczynnika obciążenia demogra-
ficznego. Rodzi to potrzebę reformy systemu emerytalne-
go, wywiera również znaczny wpływ na politykę gospodarczą
i socjalną państwa. Starzenie się społeczeństwa oznacza nie
tylko problemy dotyczące jednostki i jej rodziny, lecz również
problemy ogólnospołeczne związane z koniecznością zaspo-
kolenia specyficznych potrzeb osób starszych [1].

Nauka dostarcza wielu opisów zmian zachodzących
w organizmie w toku trwania życia. Psychologia rozwojowa
jest szczególnie bogata w koncepcje, które ukazują odmienn-
ne fazy, stadia i etapy ludzkiej egzystencji. Bardzo popularną
w psychologii rozwojowej i gerontologii jest koncepcja roz-
woju tożsamości w cyklu życia Erika Eriksona. Według niego
rozwoj człowieka uzależniony jest od czynników biologicznych
i od społecznych interakcji, w które człowiek wchodzi w cią-

STRESZCZENIE

Starzenie się jest płynnym procesem składającym się z wie-
lu etapów. Dotyczy ono całego społeczeństwa i oznacza nie
tylko problemy dotyczące jednostki i jej rodziny, lecz również
problemy ogólnospołeczne związane z koniecznością zaspo-
kolenia specyficznych potrzeb osób starszych. Działania pro-
filaktyczne oraz procesy rehabilitacyjne mogą w znaczny spo-
sób poprawić jakość życia osób starszych.

SŁOWA KLUCZOWE: starzenie, rehabilitacja, wielochorobowość,
geriatria

ABSTRACT

The aging is fluent process consisting of several stages. It
applies to the whole of society and means not only problems
of the individual and it's family, but also general social pro-
blems associated with the necessity of fulfilling needs of the
elderly. Multidisease bind with older age affects the quality
of seniors' life, which can be raised through the process of
rehabilitation and preventive actions.

KEY WORDS: ageing, rehabilitation, multidisease, geriatrics

gu całego życia. Erikson dzieli cykl życia na osiem okresów. W każdym z nich przed jednostką stoją specyficzne zadania polegające na przezwycięzeniu konfliktu emocjonalnego. Pomysłowe rozwiązanie każdego z kryzysów pozwala człowiekowi na dalszy prawidłowy rozwój w kolejnych fazach. Zadania rozwojowe stojące przed późną dorosłością to przede wszystkim przystosowanie się do spadku sił fizycznych, utrzymywanie stosunków towarzyskich z ludźmi w swoim wieku czy przystosowanie się do życia na emeryturze. Według Eriksona starość charakteryzuje się koniecznością rozstrzygnięcia dylematu pomiędzy rozpaczą a integralnością. Rozpacz wywołuje w człowieku świadomość zbliżającego się kresu życia, a integralność stanowić powinno poczucie harmonii i sensu życia. Integralność oznacza zatem akceptację swojego życia, odnalezienie w nim sensu oraz umiejętność pogodzenia się ze śmiercią. Skutkiem rozwiązania tego kryzysu w starości jest mądrość. Jednak prawie nikomu nie udaje się w pełni przezwyciężyć kryzysów tożsamościowych w każdej fazie życia. Dzieje się tak, gdyż człowiek starzeje się, nie mając zaspokojonych wielu ważnych potrzeb psychicznych.

Wymiar społeczny

Proces starzenia się ludności rozpatrywać można z punktu widzenia jego wpływu na społeczności lokalne oraz na życie społeczne w skali makro. Na wszystkich poziomach analizy zauważa się, że starość i starzenie się jest tematem ważnym i mającym wpływ na wiele sfer życia, przede wszystkim jednak na wychowanie najmłodszego pokolenia. Dziecko nauczone pogardy dla starości nie będzie potrafiło zaakceptować tego samego okresu we własnym życiu. Twórca metody ustawień rodziny Bert Hellinger zauważa, że wykluczenie z rodziny kogośkolwiek przodka powoduje zaburzenia porządku obecnej rodziny. Często ktoś nieświadomie i w nieskuteczny sposób będzie starał się ten los powtórzyć. Zakłócenie porządku może nastąpić poprzez pominięcie jakiejś osoby. Według autora bez kontaktu z przodkami nie można szczęśliwie funkcjonować. „Bez korzeni nie ma skrzydeł” [2].

Społeczne aspekty starzenia się ludzi są szczególnie ważne dla wszelkiej praktyki terapeutycznej. Człowiek stary przyjmuje status osoby zależnej, co może powodować utratę samodecydowania i samokontroli. Tu powstaje również zagrożenie utraty ogólnej pozycji społecznej ludzi starszych, czyli społecznej degradacji. Człowiek stary wchodzi w rolę osoby, z którą nikt się nie liczy oraz która nie ma wpływu na decyzje dotyczące własnego życia.

Kolejnym aspektem jest wycofanie się z aktywności zawodowej, co łączy się z utratą prestiżu, poważania, a także z utratą możliwości realizowania własnych planów i marzeń. Istotną kwestią jest również obniżenie statusu ekonomicznego na skutek wydatków powiększonych o zależność od przy-

mowania leków oraz świadczeń zabezpieczających zdrowie. Społecznie ważnym problemem jest także zawężenie się stosunków międzyludzkich w okresie starości. Proces wycofywania się z życia społecznego łączy się z poczuciem osamotnienia i z utratą osób dających wsparcie emocjonalne [3].

Wymiar zdrowotny

Wśród aspektów starzenia się i starości warto szczególnie zwrócić uwagę na zmiany w statusie zdrowotnym osoby starszej. Staje się ona zależna od osób, które będą mogły sprawować nad nią opiekę pielęgnacyjną i medyczną. W konsekwencji zmian zdrowotnych dochodzi do utraty samodzielności w zaspokajaniu potrzeb życiowych [3].

Kolejnym problemem dotyczącym człowieka starszego są zaburzenia w odżywianiu. Sprzyjają temu niewłaściwe nawyki żywieniowe, zaburzenia wchłaniania i interakcje z lekami [4].

Każdy organizm starzeje się w sposób charakterystyczny dla siebie. Pomimo to niektóre zmiany są w pewnym stopniu uniwersalne. Wiedza na ich temat może pomóc w przystosowaniu się do nadchodzących przemian. Badania donoszą, że osoby po 60. roku życia, aby móc czytać, potrzebują 3 razy więcej światła niż przeciętny dwudziestolatek. Mięśnie zwężające i rozszerzające źrenicę osłabiają się z wiekiem, oczy stają się wrażliwsze na oślepiające światło. Ludzie starsi odczuwają trudności przy czytaniu czarnych bądź niebieskich liter, niedokładnie oceniają odległość, słabo widzą cienie, tony kolorów i szczegóły.

Odmienne jest podłoże zakłóceń w komunikacji z innymi. Problemy ze słuchem przejawiają się przede wszystkim w niesłyszaniu wysokich tonów, zatem głosów żeńskich i dziecięcych, ponadto samogłoski są lepiej słyszalne niż spółgłoski. Wynika z tego, że głośne mówienie do słabosłyszącej osoby starszej nie przynosi efektu, gdyż akcentuje się wtedy głównie samogłoski, a spółgłoski są nadal niesłyszalne. Sens zdania zostaje w takim przypadku tracony.

U seniorów maleją odczucia bólowe na skutek redukcji zakończeń nerwowych w skórze. Zmniejsza się również ilość gruczołów potowych i naczyń krwionośnych, co powoduje słabe ukrwienie głębokich warstw skóry, a co za tym idzie – słabą jej zdolność do gojenia się. Mała ilość gruczołów potowych powodować może niedostateczne odprowadzanie ciepła z organizmu i zwiększone występowanie np. udarów słonecznych.

W kościach ludzi starszych spada zawartość wapnia oraz absorpcji witaminy D, która pomaga organizmowi metabolizować ten pierwiastek. Spada również zawartość szpiku kostnego, zmniejsza się produkcja krwi, co staje się problemem przy anemii czy krwawieniach. Chrzątka stawowa staje się cieńsza, pojawiają się zmiany zwyrodnieniowe stawów, zmniejsza się ilość włókien mięśniowych. Okazuje się, że podobnie jak w poprzednich okresach rozwojowych rów-

niez w starości nadal są tworzone w mózgu nowe połączenia nerwowe. Spada jednak liczba receptorów oraz neurotransmiterów, a zdolność do uczenia się nowego materiału oraz funkcje pamięci krótkotrwałej obniżają się. Od 60. roku życia znacznie maleje ilość komórek nerwowych w rdzeniu kręgowym, co zmniejsza aktywność zmysłów osoby starszej.

Procesy starzenia się dotyczą również układu oddechowego. Siła mięśni przepony obniża się. Maleje również ilość tlenu pobieranego z powietrza.

W okresie późnej dorosłości rozpoczynają się zmiany zachodzące na poziomie układu pokarmowego. Zmniejsza się bowiem wątroba, co wpływa na zmniejszenie możliwości eliminacji toksyn z ustroju (również leki pozostają dłużej w organizmie). Może pojawić się nietolerancja na produkty mleczne z powodu zmniejszonej ilości laktazy w sokach żołądkowych. Układ moczowy także ulega zmianom. Zmniejszają się nerki, które mogą wykazywać gorszą filtrację poprzez wzmożoną absorpcję wody z organizmu. Osłabiają się mięśnie pęcherza oraz zwieracze.

Osłabieniu ulega również układ immunologiczny. W starszym wieku szczepionki mogą być mniej skuteczne, a zapalenie płuc i grypa mogą prowadzić nawet do śmierci [5]. Niemal we wszystkich zespołach chorobowych obserwuje się przyrost częstości ich występowania związany z wiekiem. Dotyczy to szczególnie schorzeń tak zwanych cywilizacyjnych, takich jak: miażdżyca, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, a także nowotwory i zaburzenia psychiczne.

WIELOCHOROBOWOŚĆ W WIEKU STARSZYM

Naturalnym skutkiem zwiększonej zapadalności na różne schorzenia osób w okresie późnej dorosłości jest wielochorobowość, czyli polipatologia. W Polsce u osoby w wieku powyżej 60 lat występują równocześnie prawie cztery schorzenia o charakterze przewlekłym. Zjawisko to utrudnia znacznie diagnozę, terapię oraz rehabilitację. W specyficznym przebiegu schorzeń wieku podeszłego widoczna jest zależność. W geriatricznej chorobie tak zwanej zwyczajnie, jak cukrzyca, niewydolność krążenia czy nadciśnienie, określa się mianem *in aging*, czyli „choroby w starości”. Seniorzy zapadają również na choroby ściśle związane ze starzeniem się i starością. Określane są one nazwą *of aging*, czyli są one geriatricznie swoiste i nazwane „chorobami ze starzenia”. Do grupy tej zaliczone zostały stany należące do tak zwanych wielkich problemów geriatricznych, takie jak: upadki, nietrzymanie moczu, odleżyny, zaparcia, osteoporoza oraz zespoły psychotyczne. Schorzenia te występują u osób będących w okresie późnej starości. Z tego względu obie grupy chorych wymagają odrębnego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. Jeśli u osób we wczesnej starości wystarczy postępowanie prowadzące do rozpoznania głównego procesu patologicznego i wyrównania zaburzonej homeostazy, u osób starszych podstawowe dzia-

łanie lecznicze nie wystarcza i nie jest efektywne. Jest to spowodowane współistnieniem wielu chorób jednocześnie [6].

Najbardziej widoczną cechą starzejącego się człowieka jest właśnie wielochorobowość wielonarządowa, czyli schorzenia prowadzące do wielonarządowych powikłań, na przykład: współistnienie cukrzycy z chorobami wzroku, nerek, serca i układu nerwowego. Typowym przykładem polietiologii są upadki, które zazwyczaj mają charakter wieloprzyczynowy, na przykład przebyty udar z zaburzeniami widzenia i chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Wśród osób starszych upadki stają się kolejną chorobą cywilizacyjną. Często są one przyczyną złamania szyjki głowy kości udowej, unieruchomienia, zakażeń i śmierci. W przypadkach wielochorobowości medycyna tradycyjna staje się nieskuteczna, zwłaszcza leczenie specjalistyczne, gdzie lekarz koncentruje się na chorobie z zakresu swojej specjalności. W efekcie pacjent leczony jest u wielu specjalistów, lecz żaden z nich, w wyniku braku wymiany informacji, nie jest w stanie rozwiązać całościowo problemu. Stan ten sprzyja polifarmakoterapii [4].

Do grupy dużych problemów geriatricznych należą m.in. otępienie i depresja oraz choroba Parkinsona. Otępienie jest jednym z najcięższych schorzeń wieku starczego. Dotyka około 10% osób po 65. roku życia. Wiek stanowi niezależny czynnik ryzyka jego wystąpienia. Naturalny proces starzenia związany jest ze zmianami zwyrodnieniowymi i zanikowymi zachodzącymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Upośledza to znacznie przewodność nerwowe i przyczynia się do zmniejszenia sprawności umysłowej, powodując otępienie. Otępienie nie jest samodzielną jednostką chorobową. Stanowi zespół objawów spowodowanych postępującą chorobą mózgu [7]. Otępienie jest następstwem miażdżycy tętnic mózgowych lub procesów zwyrodnieniowych w mózgu. Według WHO (*World Health Organization*) otępienie ma charakter postępujący, świadomość nie jest zaburzona, lecz występuje zaburzenie funkcji poznawczych takich jak: pamięć, rozumienie, orientacja, zdolności do dokonywania wyborów i oceniania. Objawom tym towarzyszy również obniżenie kontroli nad emocjami, zachowaniem i motywacją [8]. Główny ciężar opieki nad chorym spoczywa na rodzinie. Zaburzenia zachowania, utrudniony kontakt z chorym oraz jego bezkrytyczne podejście do choroby stanowią wielkie obciążenie emocjonalne dla opiekunów. Choroba ta, często trwająca wiele lat, jest niezwykle trudnym doświadczeniem dla całej rodziny.

Choroba Parkinsona jednoznacznie związana jest z wiekiem. Rozpoczyna się najczęściej po 50. roku życia. Jest przewlekłą chorobą zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, objawiającą się drżeniem spoczynkowym, spowolnieniem ruchowym, wzmożonym napięciem mięśniowym. Typowa dla choroby Parkinsona jest pochylona ku przodowi sylwetka, chód drobnymi krokami i szuranie nogami oraz złe

balansowanie rękami. Zmienia się również pismo, staje się małe i nieczytelne, a proces ten nazwany jest mikrografią. Innymi objawami choroby są zaburzenia czuciowe, zaburzenia wegetatywne oraz zaburzenia psychiczne [9].

JAKOŚĆ ŻYCIA W WIEKU STARSZYM

Według autorów definiowanie jakości życia nie jest łatwe. Zależy też od dyscypliny, do której się odnosi. Wśród wielu definicji i podejść wyłania się wspólny pogląd, że pojęcie jakości życia związane jest z faktem zaspokojenia potrzeb. Szeroką koncepcję jakości życia podaje grupa WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*). Według niej na jakość życia wpływa zdrowie fizyczne jednostki, jej stan psychiczny, stopień samodzielności i niezależności, relacje społeczne, w których egzystuje, oraz stosunek do otaczającego ją świata. Podsumowując, stwierdzić można, że jakość życia determinowana jest przez ludzkie potrzeby.

Jakość życia uwarunkowana jest również stanem zdrowia. Ma szczególny związek ze zdrowiem jednostki, odnosi się do całościowego funkcjonowania człowieka, jego samopoczucia i ogólnego postrzegania zdrowia. Ogólnie rzecz biorąc, jest to stan dobrego samopoczucia fizycznego (czyli radzenia sobie z wyzwaniami codzienności), samopoczucia psychicznego (poczucia sprawstwa i kontroli nad życiem) oraz samopoczucia społecznego (zadowolające kontakty i relacje społeczne). Ważna jest również satysfakcja z własnego życia, ze wszystkich jego obszarów, a także kontrola nad chorobą i związanymi z nią objawami. Szczególną rolę przypisuje się sprawności ruchowej. Warunkuje ona zdolność do wykonywania codziennych czynności związanych z zaspokajaniem potrzeb i pełnieniem ról społecznych. Ma to niewątpliwie duże znaczenie również dla samopoczucia psychicznego, samodzielności i niezależności osoby starszej. Dzięki badaniu jakości życia zgromadzono cenne informacje dotyczące słuszności podjętych działań leczniczych oraz efektywności opieki zdrowotnej.

Pomyślne starzenie się oraz wysoka jakość życia w starości są wyznacznikami, które niewątpliwie mogą opóźnić proces starzenia się człowieka. Głównymi czynnikami wpływającymi na powodzenie tego procesu według badań Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu jest świadomość odpowiedzialności za jakość własnej starości, troska o rozwój w ciągu całego życia, akceptacja przemijania oraz zmieniających się warunków życia, kształtowanie nawyków prozdrowotnych, optymizm, otwarcie na kontakt z ludźmi, umiejętność czerpania korzyści z każdej fazy życia, w tym również ze starości [10].

ISTOTA PROCESU REHABILITACYJNEGO W STAROŚCI

Aktywność ruchowa powinna być wpisana na stałe w styl życia człowieka. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób

starszych, gdyż to zwłaszcza one powinny troszczyć się o dobrą kondycję psychofizyczną. Z wiekiem zapotrzebowanie organizmu na aktywność fizyczną rośnie. Sprawność, samodzielność i niezależność mają wielki wpływ na jakość życia w okresie starości [11].

Ćwiczenia fizyczne, działając miejscowo i ogólnie, wierają wpływ na układy ciała, szczególnie na układ krążeniowo-oddechowy. Dzięki ćwiczeniom fizycznym utrzymane zostają: pełen ruch w stawach, odpowiednia elastyczność więzadeł, torebek stawowych oraz powięzi. Ćwiczenia mają wpływ na przyrost siły i masy mięśniowej, wzrasta przepływ krwi w mięśniach, usprawniony zostaje odpływ chłonki. Systematyczna aktywność ruchowa prowadzi do obniżenia ciśnienia tętniczego krwi oraz spoczynkowego zwolnienia akcji serca. Jest ono lepiej dotlenione dzięki sprawniejszemu krążeniu wieńcowemu. Ruch powoduje pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego, powstają nowe połączenia i drogi nerwowe. Poprawia się koordynacja i równowaga. Poprzez ćwiczenia czas reakcji staje się krótszy, rozwija się pamięć ruchowa, zmniejsza się napięcie nerwowe. Wpływ ćwiczeń na odporność człowieka odbywa się poprzez pobudzenie metabolizmu oraz gospodarki hormonalnej organizmu. Ćwiczenia poprawiają również czynność żołądka, jelit i wątroby [12].

Rehabilitacja medyczna

Obecnie rehabilitacja medyczna stanowi integralną część leczenia. Obejmuje działania kompleksowe prowadzone przez zespół rehabilitacyjny wraz z lekarzami wielu specjalności. W wielu dziedzinach medycyny rehabilitacja odgrywa kluczową i niezastąpioną rolę, stanowiąc często o przeżyciu pacjenta i o jakości jego życia. Zazwyczaj wprowadza się ją już od pierwszej doby leczenia. Z badań naukowych wynika, że postępowanie to ma wpływ na większą przeżywalność pacjentów oraz na dalszy pozytywny proces ich leczenia.

Czym zatem jest rehabilitacja medyczna? Pod tym pojęciem rozumie się przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji organizmu i zminimalizowanie następstw wywołanych przez chorobę. Profesor Marian Weiss opisał rehabilitację leczniczą jako „nowoczesny program leczenia umożliwiający w możliwie najkrótszym czasie przywrócenie sprawności do czynnego życia społecznego lub w przypadku uszkodzenia morfologicznego wykształcenie mechanizmów zastępczych i utrwalenie dla rekonstrukcji zdolności do czynnego życia społecznego”. Oznacza to, że rehabilitacja jest integralną częścią leczenia, na każdym jego etapie. Jeśli jednak proces leczenia nie obejmuje rehabilitacji, nie można mówić o nowoczesnej medycynie. Rehabilitacja korzysta bowiem z wielu dziedzin nauki, takich jak: medycyna fizykalna, balneologia, ortotyka, biomechanika. Z pojęciem rehabilitacji medycznej nierozdzielnie łączy się fizjoterapia (zatem fizykoterapia, masaż oraz kinezyterapia).

Specjalista rehabilitacji leczniczej powinien w swojej praktyce brać pod uwagę wszystkie problemy medyczne pacjenta oraz postrzegać go całościowo. Zasadami prawidłowo przeprowadzonego procesu rehabilitacyjnego jest stała współpraca zespołu rehabilitacyjnego, rehabilitantów i lekarzy specjalistów oraz zasada aktywnego uczestnictwa pacjenta w rehabilitacji. Przestrzeganie tych reguł daje pewność, że proces usprawniania będzie oddziaływał pozytywnie na zdrowie pacjenta oraz znacznie wpłynie na jakość jego życia [13].

Podobnie jak w innych krajach Europy, również w Polsce społeczeństwo systematycznie się starzeje. Z badań ogólnopolskich wynika, że ponad połowa badanych zgłasza potrzebę ruchu, tymczasem tylko 7% z nich podejmuje regularną aktywność fizyczną. Nasuwa się pytanie o sposób promocji aktywności ruchowej wśród osób starszych oraz teza o konieczności podjęcia działań mających na celu podniesienie sprawności tej grupy wiekowej.

Uzyskanie sprawności umożliwiającej samodzielny tryb życia oraz powrót do aktywności społecznej jest głównym celem rehabilitacji seniora. Ma ona za zadanie zapobiec przedwczesnemu zniedołężnieniu i uzależnieniu od opieki ze strony rodziny [14]. Celem programu usprawniania osób starszych jest także modyfikacja stylu życia, obniżenie masy ciała, eliminacja nawyku przeciążania stawów oraz kręgosłupa. Aby proces rehabilitacyjny przebiegał właściwie, musi realizować określone zasady. Bezsparnie, niezbędna jest dostępność do wszelkich form świadczeń rehabilitacyjnych w szpitalach, sanatoriach, pewność kontaktów z rówieśnikami w celu podtrzymania aktywności społecznej [15].

Rehabilitacja geriatryczna

Uwzględnia wszystkie formy postępowania terapeutycznego. Jedną z nich jest kinezyterapia, będąca podstawą rehabilitacji człowieka w starszym wieku. Kinezyterapia, czyli leczenie ruchem, stosowana jest w formie ćwiczeń indywidualnych lub zespołowych. W rehabilitacji tego rodzaju szczególnie ważne są ćwiczenia bierne, czyli wykonywane siłą mięśni terapeuty, gdyż nie obciążają one układu krążenia pacjenta. Tymczasem ćwiczenia czynne powinny być wykonywane stopniowo, dostosowane do indywidualnych potrzeb, pod kontrolą lekarza. W metodach kinezyterapeutycznych wykorzystuje się pracę mięśni z innymi metodami oddziaływania, np. proprioceptywne torowanie nerwowo-mięśniowe. Ćwiczenia wchodzące w zakres rehabilitacji łączą się ściśle z profilaktyką upadków. Rehabilitacja medyczna w okresie poupadkowym zawierać powinna ćwiczenia podtrzymujące ruchomość w stawach, zwiększenie siły mięśniowej i wytrzymałości. Stosuje się również ćwiczenia koordynacyjne, naukę chodzenia, pionizację, ćwiczenia oddechowe, ogólnousprawniające i relaksacyjne. Ponadto stosuje się zabiegi fizykalne oraz prote-

zowanie. Ważne jest dobranie odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego. Niezwykle istotne jest także zwrócenie uwagi na zewnętrzne przyczyny upadków. Idealną sytuacją byłoby usprawnienie środowiska życia osoby starszej [16].

W późnym okresie starości problemem staje się motywacja do podjęcia aktywności fizycznej. Ogromną rolę odgrywa tu rodzina seniora [14]. Osobom we wczesnym okresie starości zalecane są ćwiczenia ogólnousprawniające, koordynacyjne oraz lokomocyjne. Ważne, aby w ćwiczeniach tych brały udział duże grupy mięśniowe, zwłaszcza kończyn dolnych, a ćwiczenia wykonywane były rytmicznie. Wskazane działania mają 30-minutowe spacerowanie, gry i zabawy ruchowe, w miarę możliwości używanie schodów zamiast windy, uprawianie ogródka, zabawy z wnukami, lekkie prace domowe. Uważa się, że podczas aktywności fizycznej tętno u osoby starszej nie powinno przekroczyć 130 uderzeń na minutę. Wielkość obciążenia oraz jego rodzaj są zależne od wieku, stanu zdrowia oraz sprawności ćwiczącego. Osoby starsze ćwiczące regularnie znacznie poprawiają swoją wydolność psychofizyczną. Właściwie dawkowany trening siłowy obejmujący 3 jednostki tygodniowo przez 6 miesięcy obniża stężenie cholesterolu i trójglicerydów we krwi, następuje widoczny wzrost wydolności układu sercowo-naczyniowego, poprawa koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz znaczna poprawa stanu psychicznego pacjenta [15].

Fizykoterapia

Kolejną techniką terapeutyczną jest fizykoterapia. Wykorzystuje ona w leczeniu bodźce fizykalne, takie jak światło, zjawiska termiczne, prąd elektryczny, pole magnetyczne, promienie laserowe, ultradźwięki czy woda. Wśród zabiegów zalecanych szczególnie dla osób starszych znajduje się ciepłolecznictwo. Należy pamiętać jednak o tym, że przedłużona termoterapia może pogłębić osteoporozę. Rodzaje zabiegów, miejsce, czas trwania, intensywność oraz przerwy między nimi powinny być dokładnie określone, a pacjent musi być pod stałą opieką fizjoterapeuty.

Również masaż leczniczy ma częste zastosowanie w geriatricii. Podczas masażu występuje małe obciążenie pacjenta przy dużym terapeutycznym oddziaływaniu na tkanki jego organizmu. Zabieg ten stosuje się zwykle w schorzeniach narządu ruchu oraz w chorobach układu nerwowego. Masaż poprawia ukrwienie tkanek, metabolizm mięśni, łagodzi dolegliwości bólowe, ponadto jest dobrze tolerowany przez pacjentów geriatrycznych.

W usprawnianiu zaleca się często terapię zajęciową. Odbывается ona na specjalnie do tego przygotowanych stanowiskach. Przy utrwaleniu wzorców ruchowych powstają nowe odruchy warunkowe, dzięki koncentracji uwagi na określonym zadaniu obniża się próg bólu.

Niezwykle ważne jest zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt pomocniczy dla osób starszych. Protetyka i ortotyka są nierozdzielnie połączone z rehabilitacją. Mają one istotne znaczenie dla bezpieczeństwa poruszania się seniorów. Sprzęt dla nich przeznaczony powinien być lekki, łatwy w obsłudze i funkcjonalny [15].

Rehabilitacja kardiologiczna

Wśród osób starszych coraz większe zastosowanie znajduje rehabilitacja kardiologiczna. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, z niewydolnością krążenia oraz po zawale serca. Regularne ćwiczenia fizyczne powodują wiele pozytywnych zmian: zwiększają objętość wyrzutową serca, zmniejszają sztywność tętnic, poprawiają ukrwienie mięśnia sercowego. W rehabilitacji kardiologicznej stosuje się przede wszystkim wysiłki wytrzymałościowe oraz siłowe.

Jedną z najczęstszych barier pojawiających się wśród osób starszych uczestniczących w rehabilitacji jest strach przed nasileniem się dolegliwości bólowych. Badania dowodzą jednak, że u pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu odpowiednio prowadzony wysiłek nie wzmacnia dolegliwości bólowych, a nawet może je łagodzić. Wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności nie zwiększa częstości występowania zmian zapalnych i zwyrodnieniowych układu ruchu. Ponadto u osób starszych poddanych treningowi siłowemu występuje przyrost masy i siły mięśniowej podobnie jak u osób młodych. Poprawia się również ich gibkość, równowaga i koordynacja [16].

Podczas rehabilitacji należy uwzględnić czynniki utrudniające cały jej proces. Są nimi przede wszystkim brak motywacji ze strony pacjentów, otępienie, zespół depresyjny, zaburzenia nastroju, samotność, trudności w samoobsłudze. Pacjenci starsi są pacjentami szczególnymi, należy więc zadbąć o ich potrzeby w odpowiedni sposób.

W psychologii *life-span*, czyli psychologii rozwoju biegu życia, starość uznaje się za okres, w którym następuje bilans zysków i strat. Zmiany w starości obejmują sferę psychiczną, biologiczną i społeczną, są więc wieloaspektowe i nierozdzielnie ze sobą związane. Następnym obniżeniem się poziomu sprawności ruchowej jest zmiana obrazu własnej osoby oraz utrata niektórych dotychczasowych ról społecznych. Wszystko to sprawia, że jakość życia seniora nieustannie się obniża, dlatego rehabilitacja osoby w podeszłym wieku powinna być wielopłaszczyznowa [17].

PROMOCJA ZDROWIA I JEJ ZNACZENIE DLA ŻYCIA W STAROŚCI

Jednym z działań rehabilitacji jest edukacja zdrowotna. Promocja zdrowia skupia w sobie profilaktykę schorzeń oraz pro-

mowanie prozdrowotnego stylu życia. Edukacja zdrowotna wykorzystuje elementy wielu nauk. Korzysta przede wszystkim z medycyny, lecz jej treści wywodzą się w dużym stopniu także z nauk społecznych. Do edukacji zdrowotnej włączane są również media czy kampanie społeczne, co daje możliwość coraz szerszego jej rozpowszechnienia. Przedstawiciele różnych dziedzin nauki wnoszą do edukacji zdrowotnej nowe koncepcje i podejścia [18]. Szczególnym medium rozpowszechniającym treści o tematyce zdrowotnej jest internet. Według danych z 2006 roku Centralnego Ośrodka Badań Opinii – CBOS, w Polsce 13% osób w wieku 55-64 lat korzystało z internetu. Natomiast według danych Eurostatu procent osób po 64. roku życia korzystających z internetu spada i dla Unii Europejskiej wynosi 11%. W Polsce funkcjonuje kilka portali przeznaczonych specjalnie dla seniorów. Są to miejsca zawierające informacje ważne dla osób starszych, propozycje dołączenia się do dyskusji na forach internetowych, oferty biur podróży i księgarń. Działalność z zdrowia są najbardziej obszerne. Zawierają katalog chorób, listę leków refundowanych, pomagają znaleźć lekarza, a nawet dom opieki społecznej. W działach dotyczących edukacji można wyszukać najbliższy uniwersytet trzeciego wieku czy zapoznać się z ofertą książek dla seniorów. Internet zatem zaczyna pełnić ważną rolę w promocji zdrowia i kształtowaniu pomyślnego starzenia [19].

Definicją nadal obowiązującą w promocji zdrowia jest definicja zamieszczona w Karcie Ottawskiej ogłoszonej na zakończenie I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku: „Promocja zdrowia to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. Dlatego zdrowie należy rozpatrywać w kategoriach zasobu, na którym człowiek opiera się w swoim codziennym życiu, a nie traktować jako cel, do którego zmierza. Zdrowie to koncepcja pozytywna kładąca nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak i na sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i społecznym”.

Należy zmienić zachowania ryzykowne, obciążone czynnikami chorobotwórczymi, na zachowania prozdrowotne oraz wprowadzić tę zmianę w środowisku. Wyróżnia się cztery poziomy promocji zdrowia. Pierwszym z nich jest poziom środowiskowy, czyli oddziaływanie na środowisko życia czy pracy. Kolejnym poziomem jest poziom społeczny, którego celem jest oddziaływanie na grupy społeczne, propagowanie wzorów i standardów zachowań. Wykorzystuje się do tej działalności przede wszystkim edukację, poza tym reklamę i zmiany w ustawodawstwie. Trzecim poziomem jest poziom organizacyjny. Zakłada on tworzenie kultury sprzyjającej zdrowiu w miejscu pracy. Ostatnim poziomem jest poziom indywi-

dualny, który przewiduje zmiany zachowań na poziomie jednostkowym. Zatem na promocję zdrowia składa się edukacja zdrowotna i polityka zdrowia publicznego [20].

PODSUMOWANIE

Profilaktyka chorób oraz kształtowanie odpowiedniego stylu życia jest najważniejszym elementem edukacji prozdrowotnej. Celem profilaktyki pierwotnej jest minimalizacja prawdopodobieństwa wystąpienia choroby, profilaktyki wtórnej – powstrzymanie dalszego rozwoju choroby, a profilaktyki III stopnia – zapobieganie skutkom przebytej choroby.

Terminem „zachowania zdrowotne” określa się każde celowo podjęte działanie jednostki, którego intencją jest utrzymanie lub podniesienie sprawności zdrowia, niezależnie od tego, czy działania te będą skuteczne. Niezwykle ważna jest świadomość jednostki oraz kierunkowość jej działania. Prowadzenie prozdrowotnego stylu życia oznacza realizację celowych działań ukierunkowanych na zdrowie i minimalizację zachowań zagrażających. Prozdrowotny styl życia zakłada niepalenie tytoniu, ograniczone spożycie alkoholu, aktywność fizyczną, zdrową, zbilansowaną dietę, unikanie stresu i umiejętność jego rozładowania, unikanie ekspozycji na słońce, stosowanie się do zasad ruchu drogowego, wykonywanie okresowych badań profilaktycznych oraz samokontrolę ciała. Dla wielu osób przestrzeganie prozdrowotnego stylu życia oznacza gruntowną przemianę aktualnego życia. Łączy się ze zmianą nawyków, przyzwyczajzeń i uszeregowaniem na nowo życiowych priorytetów. Jest to szczególnie istotne dla osób obciążonych ryzykiem chorób, zwłaszcza chorób układu krążeniowo-oddechowego. Niestety, często decyzja o zmianie stylu życia przychodzi jako konieczność po przebytej chorobie. Wtedy mówi się już o prewencji III stopnia, której celem jest zapobieganie skutkom przebytej choroby i powtórnej hospitalizacji [20].

Promocja zdrowia, będąc jednym z zadań stojących przed pracownikami służby zdrowia, traktowana jest jako stały element medycyny, pielęgniarstwa oraz rehabilitacji. Jest również integralną częścią opieki zdrowotnej dostępnej dla każdego człowieka przez całe życie. Promocją zdrowia powinny być objęte przede wszystkim osoby starsze, niepełnosprawne, zagrożone patologiami chorobotwórczymi oraz patologiami społecznymi [20].

LITERATURA

1. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska: *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006.
2. B. Hellinger: *Porządki pomagania, czyli jak, kiedy i komu skutecznie pomagać*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co., Warszawa 2008.
3. B. Tobiasz-Adamczyk: *Społeczne aspekty starzenia się i starości*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
4. B. Bień: *Specyfika geriatryi – odrębność i zasady postępowania*, [w:] K. Galus (red.): *Geriatrya. Wybrane zagadnienia*, wyd. Urban & Partner, Wrocław 2007.
5. M. H. Beers (red.): *The Merck Manual of Health @ Aging*, Merck Research Laboratories Division of Merck & Co., INC White House Station, New York 2004.
6. J. Kocemba: *Chorowanie w okresie starości*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
7. B. Wojszel, B. Bień: *Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem*, [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak (red.): *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
8. M. Barcikowska: *Otępienie w wieku podeszłym*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
9. T. Mendel: *Choroba Parkinsona*, [w:] K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
10. H. Zielińska-Więczkowska, K. Kędziora-Kornatowska, T. Kornatowski: *Starość jako wyzwanie*, *Gerontologia Polska*, 16(3), 2008, 131-136.
11. E. Kozdroń: *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Warszawa 2004.
12. M. Woźniewski: *Ćwiczenia lecznicze*, [w:] A. Kwolek (red.): *Rehabilitacja medyczna*, wyd. Urban & Partner, Wrocław 2003.
13. A. Kwolek: *Rehabilitacja medyczna*, tom I, wyd. Urban & Partner, Wrocław 2004.
14. A. Rosławski: *Wybrane zagadnienia z geriatryi*, Wydawnictwo AWF we Wrocławiu, Wrocław 2001.
15. L. Januszko: *Rehabilitacja w geriatryi*, [w:] A. Kwolek (red.): *Rehabilitacja medyczna*, wyd. Urban & Partner, Wrocław 2003.
16. T. Kostka: *Rehabilitacja osób starszych*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
17. G. Łój: *Rehabilitacja a jakość życia osób starszym wieku*, *Gerontologia Polska*, 15(4), 2007, 153.
18. B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
19. I. Kopaniszyn: *Rola Internetu w rozpowszechnianiu informacji zdrowotnych wśród starszych osób. Analiza zawartości serwisu www.senior.pl*, *Gerontologia Polska*, 15(1-2), 2007, 14-20.
20. <http://nursi.071.pl>, data dostępu: 28.10.2008.

Otrzymano/received: 27.01.2014

Poprawiono/corrected: 14.02.2014

Zaakceptowano/accepted: 21.03.2014

