
Redakcja naukowa

KRZYSZTOF OWCZAREK
MAGDALENA ANNA ŁAZAREWICZ

POGODA NA STAROŚĆ

Podręcznik skutecznego wspierania seniorów



Redakcja naukowa
KRZYSZTOF OWCZAREK
MAGDALENA ANNA ŁAZAREWICZ

POGODA NA STAROŚĆ

Podręcznik skutecznego wspierania seniorów

Stan prawny na 1 września 2015 r.

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Ewa Fonkowicz

Redakcja
Dagmara Wachna

Zdjęcia wykorzystane w książce i na okładce
Jacek Jędrzejczak

Zdjęcie na s. 24 – *Magdalena A. Łazarewicz*
Zdjęcie na s. 28 – *Janusz Kopciński*

Projekt graficzny okładki
Studio Kozak

Rysunek wykorzystany na okładce
© *iStockphoto.com/Halfpoin*

Skład
Violet Design

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.


prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer SA, 2015

ISBN 978-83-264-8260-1

Wydane przez:
Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

*Mojej Babci,
Alinie Łazarewicz z domu Rudomina (1902–2002),
z podziękowaniami za jej miłość, troskę, przepis
na najlepszą na świecie bożonarodzeniową galaretkę
z karpia i niezwykłą cierpliwość w trakcie uczenia
mnie – dyslektyka – ortografii.
Moim pozostałym Dziadkom, których niestety nie jest
mi dane pamiętać:
Helenie Nowickiej z domu Wlazło, Janowi
Nowickiemu i Janowi Łazarewiczowi*

oraz

*ich rodzeństwu: Janinie i Henrykowi, Marii,
Romanowi i Tadeuszowi, Aleksandrowi, Marii, Irenie,
Romanowi i Stefanowi oraz Michałowi, Piotrowi,
Eugenii, Konstantemu i Pawłowi.
Choć większości z was nigdy nie poznałam, wszyscy
obecni jesteście w moim sercu.*

Magdalena A. Łazarewicz

Spis treści

Słowo wstępne	13
Przedmowa	17
Podziękowania	19
Wstęp – zrozumieć starość (Magdalena A. Łazarewicz)	21
 CZĘŚĆ PIERWSZA	
OPIEKA NAD ZDROWYM SENIOREM	31
Radzenie sobie z procesem starzenia się (Magdalena A. Łazarewicz)	33
Zmiany o charakterze biologicznym	33
Zmiany o charakterze poznawczym	55
Aktywność i motywacja (Joanna Chylińska)	63
Przekonania na temat starości	64
Poczucie kontroli	67
Poczucie własnej skuteczności	69
Relacje osób starszych z pokoleniem najmłodszych (Marta Rządiewicz)	72
Relacja dziadkowie – wnuki jako element złożonego systemu rodzinnego	72
Co to znaczy „być babcią” i „być dziadkiem”?	73
Funkcjonowanie seniora a relacje międzypokoleniowe	74
Wspólne spędzanie czasu wnuków i dziadków	77
Rozmowy z dziećmi o starości	78
Zmiany w życiu rodziny a dziecięce uczucia	82
Podsumowanie	85
Seksualność seniorów (Tomasz Krasuski, Krzysztof Owczarek)	86
Źródła problemów seksualnych osób starszych	87
Aktywność seksualna seniorów	89
Przemoc seksualna wobec osób starszych	94
Podsumowanie	95
 CZĘŚĆ DRUGA	
ZMAGANIE SIĘ Z CHOROBAŁ SOMATYCZNĄ W WIEKU SENIORALNYM	97
Każdy choruje inaczej (Dorota Włodarczyk)	99

Komunikacja zależna od nastroju (Joanna Buczkowska)	104
Reakcje na zmiany stanu zdrowia	104
Znaczenie dobrej komunikacji	109
Odstępstwa od zaleceń lekarskich (Krzysztof Owczarek)	112
Starzenie się osób niepełnosprawnych (Mirosława Adamus)	115
Definicja niepełnosprawności	115
Wpływ czasu – trudny proces przystosowywania się do niepełnosprawności	116
Skuteczne sposoby działania – pomoc w przejściu przez proces adaptacji do niepełnosprawności	119
Otyłość (Agnieszka Dziurowicz-Kozłowska)	126
Metody pomiaru otyłości	126
Rozpowszechnienie otyłości	129
Zdrowotne konsekwencje otyłości	130
Psychospołeczne konsekwencje otyłości	131
Leczenie otyłości	133
Podsumowanie	138
Niedożywienie (Mariusz Jaworski)	139
Rozpowszechnienie niedożywienia	140
Przyczyny niedożywienia u seniorów	140
Metody pomiaru niedożywienia	141
Zdrowotne konsekwencje niedożywienia	147
Leczenie niedożywienia	147
Podsumowanie	149
Cukrzyca (Przemysław Mućko)	150
Typy cukrzycy	150
Jak zmniejszyć ryzyko pojawienia się cukrzycy?	152
Jak opiekować się osobą z cukrzycą?	152
Podsumowanie	156
Padaczka (Krzysztof Owczarek)	158
Występowanie padaczki	160
Leczenie padaczki	161
Opieka nad osobami starszymi z padaczką	161
Czynniki prowokujące wystąpienie napadu padaczkowego	163
Zalecenia lekarskie	165
Problemy osób chorych	167
Wpływ otoczenia rodzinnego	169
Uczucia i emocje	170
Pamięć i inne procesy poznawcze u osób starszych z padaczką	172
Podsumowanie	175
Choroba Parkinsona (Małgorzata Tomaszewska)	178
Zaburzenia nastroju	179

Zaburzenia psychotyczne	181
Zaburzenia snu	181
Zaburzenia poznawcze	182
Podsumowanie	182
Ból przewlekły w chorobach narządu ruchu (Małgorzata Tomaszewska, Magdalena A. Łazarewicz)	184
Psychologia bólu przewlekłego	184
Wymiary bólu	186
Czynniki nasilające ból	192
Pomoc specjalistów w walce z bólem przewlekłym	193
 CZĘŚĆ TRZECIA	
SPECYFIKA OPIEKI NAD OSOBĄ STARSZĄ Z ZABURZENIAMI EMOCJONALNYMI I POZNAWCZYMI	197
Zaburzenia nastroju (Joanna Buczkowska)	199
Depresja	199
Lęk	202
Udar mózgu (Magdalena A. Łazarewicz, Małgorzata Tomaszewska)	205
Typy udarów mózgu	206
Czynniki ryzyka udaru mózgu	206
Objawy udaru mózgu	209
Intensywna terapia i okres leczenia szpitalnego	210
Konsekwencje udaru mózgu	212
Problemy z motywacją chorego do aktywnego udziału w procesie rehabilitacji ...	223
Opieka – praca na trzy etaty	225
Zespół otępienny (Magdalena A. Łazarewicz)	228
Objawy i przebieg choroby Alzheimer'a	229
Specyfika opieki nad osobą starszą cierpiącą na demencję	231
Komunikacja z osobą starszą cierpiącą na demencję	234
Radzenie sobie z trudnymi zachowaniami osoby starszej cierpiącej na demencję	236
Zaburzenia psychotyczne (Jonathan W. Britmann)	246
Podstawowe pojęcia psychiatrii i psychologii klinicznej	246
Przyczyny powstawania i objawy wybranych zaburzeń psychotycznych	250
Metody rehabilitacji osób chorych psychicznie	255
Dokąd należy zgłosić się po pomoc? Organizacja opieki psychiatrycznej w Polsce	258
Alkoholizm (Justyna Britmann, Stanisław Wójtowicz)	261
Kryteria alkoholizmu	261
Przyczyny problemów alkoholowych w wieku starszym	262
Rozpoznawanie objawów uzależnienia od alkoholu	264
Leczenie	266

Skutki alkoholizmu	268
Zaburzenia psychiczne związane z uzależnieniem od alkoholu	268
CZĘŚĆ CZWARTA	
KU SCHYLKOWI ŻYCIA	271
Bilans życia (Sławomira Woźniak)	273
Jak pomóc seniorowi w dokonywaniu bilansu życia?	274
Wybrane sposoby prowadzenia bilansu życia	275
Czas pożegnań. Rozmowy o śmierci (Anna Jakubowska-Winecka)	277
Czy należy rozmawiać o śmierci?	277
Podejmowanie przez seniora tematu własnej śmierci	278
Umieranie jako proces psychologiczny	279
Umieranie jako rekapitulacja życia	282
Podsumowanie	283
Pomaganie rodzinie osoby chorej terminalnie (Joanna Buczkowska)	284
Wnuki w obliczu zbliżającej się śmierci dziadków (Marta Rzadkiewicz)	288
Rozmowy z dziećmi o śmierci	288
Reakcje dzieci na śmierć bliskiej osoby	289
Udział dziecka w pogrzebie	290
Jak pomóc najmłodszym w żałobie?	291
CZĘŚĆ PIĄTA	
RELIGIA I JEJ ZNACZENIE W OKRESIE STAROŚCI	295
Wymiar duchowy. Wiedza i religia (Hanna Rozenek, Jolanta Banasiewicz, Krzysztof Owczarek)	297
Chrześcijaństwo (Krzysztof Owczarek, Hanna Rozenek, Jolanta Banasiewicz)	300
Katolicyzm	303
Wyznanie rzymskokatolickie	303
Prawosławie	305
Protestantyzm	309
Świadkowie Jehowy	310
Judaizm (Jolanta Banasiewicz, Hanna Rozenek, Krzysztof Owczarek)	313
Ważniejsze święta i okresy wyznawców judaizmu	314
Judaizm a osoby w starszym wieku	315
Buddyzm (Jolanta Banasiewicz, Hanna Rozenek, Krzysztof Owczarek)	318
Cztery Szlachetne Prawdy Buddyzmu	318
Najważniejsze święta	320
Islam (Krzysztof Owczarek, Hanna Rozenek, Jolanta Banasiewicz)	322
Pięć filarów Islamu	322
Wybrane obrzędy muzułmanów	323

Uwagi końcowe (Hanna Rozenek, Jolanta Banasiewicz, Krzysztof Owczarek)	325
Znaczenie wspólnoty religijnej	325
Opiekun nie musi pozostawać sam	326
Refleksja końcowa	326

CZĘŚĆ SZÓSTA

WYBRANE ZAGADNIENIA PRAWNE DOTYCZĄCE WIEKU SENIORALNEGO ... 329

Alimenty (Janusz Kopciński)	331
Na czym polega stan niedostatku?	331
Od kogo można domagać się alimentów?	332
Jaki jest zakres roszczeń alimentacyjnych?	334
W jaki sposób dochodzić należnych alimentów?	335
Kto może pomóc przed sądem w dochodzeniu alimentów?	339

Dziedziczenie (Janusz Kopciński)	341
Prawa majątkowe nie podlegające dziedziczeniu	341
Z czego wynika prawo do spadku?	342
Kto dziedziczy po zmarłym, gdy nie sporządził on testamentu?	342
Kto może sporządzić ważny testament?	344
W jakiej formie sporządzić testament?	345
W jaki sposób sformułować treść testamentu?	349
Czy możliwa jest zmiana lub odwołanie testamentu?	353
Na czym polega wydziedziczenie i co to jest zachówek?	354

Załatwianie spraw przez pełnomocnika (Janusz Kopciński)	357
Rodzaje pełnomocnictw	358
Opłaty za pełnomocnictwo	361
Odwołanie pełnomocnictwa	363
Dokonywanie czynności przez pełnomocnika po odwołaniu pełnomocnictwa ...	363
Przekroczenie zakresu upoważnienia oraz działanie bez umocowania	364
Powszechne codzienne sprawy seniora, które mogą zostać załatwione za pośrednictwem pełnomocnika (osoby upoważnionej)	364

Zasiłek pogrzebowy (Janusz Kopciński)	367
Co to jest zasiłek pogrzebowy?	368
Okoliczności uzasadniające wypłatę zasiłku	368
Osoby uprawnione do uzyskania zasiłku	369

CZĘŚĆ SIÓDMA

PORADNIK 373 |

Zdrowie (Magdalena A. Łazarewicz)	375
W jaki sposób przygotować się do wizyty u lekarza?	375
O czym należy pamiętać w trakcie wizyty u lekarza?	376
Zasady bezpiecznego przyjmowania leków	378
Co zrobić, gdy osoba starsza odmawia jedzenia lub nie ma apetytu?	380

Higiena (Magdalena A. Łazarewicz)	382
Jak sprawnie pomóc seniorowi w umyciu się?	382
W jaki sposób ułatwić seniorowi ubieranie się?	383
Jak zapobiegać „wypadkom” związanym z nietrzymaniem moczu i stolca?	384
Bezpieczeństwo (Magdalena A. Łazarewicz)	385
Zapobieganie upadkom i złamaniom	385
W jaki sposób przekonać osobę starszą do korzystania z chodzika?	387
 CZĘŚĆ ÓSMA	
ZADBAJ O SIEBIE	389
Wypalenie zawodowe i opiekuńcze (Magdalena A. Łazarewicz, Kornelia Maciejewska)	391
Rozwój, objawy i konsekwencje zespołu wypalenia zawodowego i opiekuńczego	395
Przyczyny wypalenia zawodowego i opiekuńczego	397
Umysł i ciało pod opieką (Magdalena A. Łazarewicz)	403
Panowanie nad złością (Magdalena A. Łazarewicz)	412
Asertywność (Sławomira Woźniak)	415
Asertywne zachowanie	416
Podstawowe prawa asertywności	417
Wybrane techniki zachowań asertywnych	418
Radzenie sobie z mnożącymi się problemami (Magdalena A. Łazarewicz)	423
Identyfikacja problemu	424
Przekucie problemów na cele	426
Burza mózgów	426
Podjęcie działania	427
Dalsze postępowanie	429
Podsumowanie: Karta praw opiekuna osoby starszej (Magdalena A. Łazarewicz)	433
Bibliografia	435
Autorzy	447

Słowo wstępne

Postępy medycyny spowodowały w drugiej połowie XX w. znaczne wydłużenie ludzkiego życia, a co za tym idzie – zmianę wiedzy na temat tego okresu naszego życia. Dotyczy to głównie poglądu odnoszącego się do rozwoju psychicznego (rozumianego jako pojawianie się struktur psychicznych, funkcji i wynikających z nich zachowań), dokonującego się w wyniku wymiany pomiędzy organizmem, umysłem (tak jak on funkcjonuje w jakimkolwiek punkcie cyklu życia) oraz środowiskiem zewnętrznym (Colarusso, 2005). Przyjmując taką perspektywę, stwierdzamy, że człowiek rozwija się w każdym wieku. Rozwój w wieku dorosłym łączy się z nasilającym się doświadczaniem starzenia się i perspektywą własnej śmierci. Czynniki te stymulują psychikę do zmian i tworzenia nowych, złożonych struktur. Wynikają z tego specyficzne dla tego okresu naszego rozwoju zadania i cele. Do najważniejszych należą te dotyczące cielesności (adekwatny obraz ciała i fizycznej sprawności, utrzymanie seksualnych zainteresowań i sprawności), bilansu życia i akceptacji ograniczeń życia na emeryturze (np. zmiany w relacjach z wnukami).

W powszechnej opinii nadal funkcjonują negatywne stereotypowe przekonania o osobach w starszym wieku. Zgodnie z nimi osoby te:

- nie są w stanie normalnie funkcjonować,
- mają zmniejszone oczekiwania dotyczące długości życia,
- będą odnosić małe korzyści z interwencji terapeutycznych,
- mają ograniczone zdolności wyrażania swoich potrzeb i preferencji (Jack, Airhihenbuwa, Namageyo-Funa i in., 2004).

Przegląd wyników badań obala te uprzedzenia (Dunkin i Amano, 2005). Częstość zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym (z wyjątkiem otępienia i majaczenia) nie jest większa niż w młodszych grupach. Wyniki badań neuropsychologicznych wskazują, że starsze osoby mają zmniejszoną szybkość przetwarzania informacji i reakcji motorycznych, występują u nich łagodne ubytki w spontanicznym przypominaniu sobie, zdolnościach działania, złożonych procesach uwagi (proste procesy nie zmieniają się znacznie), złożonych zdolnościach wzrokowo-spostrzeniowych i wzrokowo-konstrukcyjnych. Jednak pomimo tych zmian większość osób w podeszłym wieku wypełnia testy poznawcze w granicach normy. Co więcej, starsi ludzie opisują przeżywanie mniejszej ilości negatywnych emocji (smutek, gniew i lęk), a większej pozytywnych (poczucie szczęścia) niż osoby młodsze. Optymistyczny jest brak związku pomiędzy silnymi urazami we wczesnych okresach życia a samopoczuciem na starość. Utrzymanie dobrego

obrazu siebie ma zasadniczy wpływ na dobre samopoczucie. Wpływają na nie także czynniki dotyczące możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb (obecność bliskiej osoby, poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego, odpowiednie warunki do dbania o zdrowie psychiczne i fizyczne). Pogodną starość współtworzą również nasze predyspozycje (np. pragmatyzm – cecha osobowości pozwalająca na podejmowanie działań prowadzących do uzyskania realnych korzyści oraz zdolność do wchodzenia w sytuacje zależności od innych osób) i niektóre wcześniejsze doświadczenia (takie jak bliskie związki emocjonalne z rodzeństwem w okresie dojrzewania).

W kontekście zarysowanych powyżej poglądów pomyślnie starzenie się (tzw. *successful aging*) wydaje się stanowić wyzwanie dla każdego człowieka, jego bliskich i profesjonalistów zajmujących się pomaganiem osobom starszym. Prezentowana książka może pomóc zarówno bliskim towarzyszącym osobom starszym w realizacji tego wyzwania, jak i samym seniorom.

W Polsce takie wsparcie jest szczególnie potrzebne, ponieważ osoby w starszym wieku to przedstawiciele pokolenia dotkniętego trudną historią naszego kraju. Doświadczyli tragedii, dramatów i okrucieństwa II wojny światowej, stalinowskiego reżimu oraz skomplikowanych losów za rządów PRL-owskiej władzy. Po odzyskaniu pełnej wolności przez Polskę w 1989 r. to właśnie oni najmniej korzystają z materialnych dobrodziejstw przemian ustrojowych. Sytuacja finansowa większości emerytów powoduje, że standard ich życia jest znacznie niższy niż osób aktywnych zawodowo. Jeszcze gorzej wypada to porównanie w odniesieniu do emerytów z krajów tzw. starej Unii Europejskiej. W tej sytuacji pisanie o satysfakcjonującym życiu w ostatnich jego dekadach jest trudne, ale niezwykle potrzebne. Polscy seniorzy, napotykający trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, potrzebują pomocy nieco innej niż ich bogatsi rówieśnicy z krajów zasobniejszych ekonomicznie. Z tego względu tłumaczenia zachodnich podręczników dotyczących problematyki starości zawierają wiele informacji, opisów doświadczeń i strategii nieprzystających do polskich realiów.

Książka *Pogoda na starość* jest oryginalną, szeroką prezentacją współczesnego stanu wiedzy na temat rozumienia problematyki psychologicznej osób starszych w kontekście polskiej rzeczywistości. Obejmuje całość zagadnień potrzebnych osobom pomagającym seniorom – zarówno teoretycznych, jak i bardzo praktycznych. W części poświęconej osobom zdrowym przedstawiono nowoczesne podejście do trudnych zagadnień rozwijania motywacji i własnej aktywności czy rozmów o śmierci. Na uwagę zasługuje omówienie potrzeb i możliwości czerpania satysfakcji z kontaktów seksualnych oraz specyficznych dla tego wieku zagrożeń w tej sferze. W przystępny sposób zaprezentowano najbardziej typowe schorzenia osób starszych oraz specyfikę postępowania z nimi. Wielką zaletą książki jest czytelna forma, liczne zestawienia, tabele oraz informacje praktyczne, przydatne zarówno dla osób starszych, jak i osób sprawujących nad nimi opiekę. Obejmują one bardzo szerokie spektrum zagadnień – medyczne, prawne, psychologiczne i społeczne.

Na szczególne uznanie zasługują redaktorzy książki – dzięki nim ma ona spójną formę, co przy dużej liczbie współautorów jest trudnym zadaniem. Zaletą podręcznika

jest także możliwość zapoznawania się z poszczególnymi jego rozdziałami bez zagłębiania się w całość książki (każdy rozdział stanowi bowiem spójną, odrębną całość). Szczerze jednak polecam lekturę całego podręcznika.

Prof. dr hab. Andrzej Kokoszka

Źródła

- Colarusso C.C., *Adulthood* (w:) V.A. Sadoch, R.A. Kaplan (eds.), (2005), *Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s. 3565–3586
- Dunkin J., Amano S.S., *Psychological Changes in Normal Aging* (w:) V.A. Sadoch, R.A. Kaplan (eds.), (2005), *Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s. 3625–3631
- Jack L., Airhihenbuwa C.O., Namageyo-Funa A., Owens M.D., Vinicor F., (2004), *The Psychosocial Aspects of Diabetes Care. Using Collaborative Care to Manage Older Adults with Diabetes*, *Geriatrics*, no. 59, s. 26–31

Przedmowa

Pogoda na starość jest podręcznikiem, który w naszym poczuciu zawiera wiele informacji i praktycznych wskazówek pomocnych dla osób opiekujących się starszymi członkami własnej rodziny lub sprawujących opiekę nad seniorami w ramach pracy zawodowej. Pozycja ta nie jest jednak przeznaczona tylko dla opiekunów osób starszych, mamy nadzieję, że sięgną po nią również sami seniorzy. Wierzymy, iż czytanie książki przez osoby w starszym wieku i wspierających je bliskich lub opiekunów może zapewnić największą skuteczność oddziaływania zawartych w niej treści.

Tytuł oddawanego w Państwa ręce podręcznika nieprzypadkowo odnosi się do pogody. Podobnie bowiem jak niewielki wpływ mamy na zmienność warunków atmosferycznych, tak i w ograniczonym stopniu wpływać możemy na sam fakt zachodzenia w organizmie biologicznych procesów starzenia się. Możemy jednak w różny sposób reagować na te zmiany. Niezapowiedzane opady deszczu mogą całkowicie pokrzyżować nam plany i zrujnować nastrój lub spowodować zaledwie modyfikację programu dnia i sprowokować do bardziej kreatywnego zagospodarowania czasu. Podobnie niechciane procesy starzenia się mogą prowadzić do depresji i wycofania albo zmusić do konstruktywnego i pomysłowego zmagania się z nimi. Mamy nadzieję, iż spostrzeżenia i wskazówki, a nawet zawarte w podręczniku wątpliwości pomogą Państwu zmienić pochmurne, ponure dni w czas pełen optymizmu i zadowolenia. Często wystarczy chwilę zastanowić się nad treścią książki i wybrać z niej to, co jest przydatne i może znaleźć zastosowanie w odniesieniu do konkretnej sytuacji – własnej, podopiecznego czy starszego członka rodziny. Bo jeżeli coś układa się niepomyślnie, to należy to zmieniać.

Warto też czasami przestudiować przekazy osób żyjących kilkaset lat temu i zastanowić się, co chciały nam powiedzieć o szczęściu i przemijającym czasie. Ignacy Krasicki we właściwy sobie sposób opisywał najbardziej rozpowszechnione cnoty, wady i przywary odnoszące się do natury ludzkiej. W jednym ze swoich czterowerszy przedstawił gorycz i niezadowolenie odczuwane zarówno przez osoby młode, jak i starsze. Znajdziemy je w wierszu *Syn i ojciec*:

*Każdy wiek ma goryczy, ma swoje przywary:
Syn się męczył nad książką, stękał ojciec stary.
Ten nie miał odpoczynku, a tamten swobody:
Płakał ojciec, że stary; płakał syn, że młody.*

Z wnikliwością godną najlepszego psychologa Krasicki pokazuje, że kłopoty, niezadowolenie i rozterki mogą być udziałem ludzi w każdym wieku. Ale też każdy wiek

daje nam możliwość doświadczania szczęśliwych chwil. Wszystko zależy od przyjętej perspektywy i od tego, czy będziemy kierować swoim życiem w sposób, który pozwoli nam realizować plany i przedsięwzięcia pomagające osiągać satysfakcję życiową. Jeżeli szybko poznamy i zaakceptujemy objawy starości, nie będziemy trwonili energii na nierówną i bezsensowną walkę z nimi. Zamiast beczynnie tkwić w oknie, zloszcząc się na deszcz, weźmy parasol, włóżmy kalosze i idźmy na spacer. Jeżeli jest ślisko i wieje silny wiatr, trzeba wziąć seniora pod rękę, aby się nie przewrócił.

Podczas pisania niniejszego podręcznika, określając osoby starsze, wielokrotnie zastosowaliśmy termin „senior”. Zabieg ten był czymś więcej niż jedynie próbą uniknięcia w tekście nadmiernych powtórzeń. W niektórych europejskich językach słowo „senior” oznacza „pan”. W naszym poczuciu jest to określenie najbardziej adekwatne w kontekście dojrzałego wieku. Oznacza ono m.in., iż w końcu możemy w pełni zapanować nad własnym losem.

Żyjemy nadzieję, iż lektura naszej książki zachęci Państwa do spojrzenia na kwestie dotyczące starości w ten właśnie sposób oraz pomoże w skutecznym wspieraniu osób starszych z Państwa otoczenia w pełniejszym, aktywnym i szczęśliwym przeżywaniu wieku senioralnego – niezależnie od tego, jakie trudności i przeszkody niesie on ze sobą.

Warszawa 2015

Krzysztof Owczarek i Magdalena A. Łazarewicz

Podziękowania

Serdecznie dziękujemy profesorowi Andrzejowi Kokoszce za słowo wstępne do naszej książki. Dziękujemy również wszystkim tym osobom, które poświęciły swój czas i energię na czytanie kolejnych wersji podręcznika, doradzanie nam i dzielenie się z nami swoimi doświadczeniami w pracy z seniorami.

Krzysztof Owczarek i Magdalena A. Łazarewicz

Dziękuję moim bliskim: Mamie – za niezastąpioną pomoc redakcyjną, cenne wskazówki merytoryczne oraz konstruktywną krytykę moich rozdziałów, Tacie – za zarażenie mnie pasją do pracy naukowej oraz przekazanie mi wysokich standardów etycznych zawodu naukowca, obojgu Rodzicom – za ukształtowanie u mnie wrażliwości na ludzkie cierpienie i głębokiego szacunku dla osób starszych, Januszowi – za aktywne włączenie się do pracy nad książką, wsparcie prawne oraz dbałość o zachowanie przeze mnie zdrowych proporcji pomiędzy pracą a odpoczynkiem oraz Siostrze i Szwagrowi – za cierpliwe wysłuchiwanie moich żalów w chwilach słabości i zmęczenia oraz nieustającą pomoc w przekuwaniu ich w konstruktywne działanie.

Na koniec, choć nie mniej gorąco, pragnę podziękować autorom poszczególnych rozdziałów oraz zespołowi redakcyjnemu wydawnictwa Wolters Kluwer – współpraca z nimi była dla mnie cennym doświadczeniem i ogromną przyjemnością.

Magdalena A. Łazarewicz

Wstęp — zrozumieć starość

Magdalena A. Łazarewicz

„Co to za zwierzę, które rano chodzi na czterech nogach, w południe na dwóch, a wieczorem na trzech?” – to powszechnie znana zagadka mitologicznego Sfinksa. Kiedy tak jak Edyp odgadniemy, iż chodzi o człowieka, który w dzieciństwie raczkuje, jako dorosły chodzi na dwóch nogach, a na starość często używa „trzeciej nogi”, czyli laski, możemy postawić kolejne pytanie – czy to wieczór sprawia, że chodzimy „na trzech nogach”, czy też „chodzenie na trzech nogach” świadczy o tym, że wieczór już nadszedł? Przekładając to pseudofilozoficzne pytanie na język bardziej bezpośredni, możemy po prostu zapytać o to, czym jest starość: przekroczeniem określonego wieku, utratą sprawności i niezależności, zmianą roli społecznej, chorobą czy może indywidualnym stanem ducha danej osoby? Jako że nie zagraża nam złość Sfinksa, możemy spokojnie podjąć rozważania na ten temat.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation – WHO), przyjmując kryterium **wieku metrykalnego**, mianem „osób starszych” określa te osoby, które przekroczyły 60. rok życia i wyróżnia w starości trzy zasadnicze etapy: wiek podeszły, inaczej nazywany wczesną starością (60.–75. rok życia), wiek starczy, czyli tzw. późną starość (75.–90. rok życia) oraz wiek sędziwy, inaczej długowieczność (90. rok życia i powyżej).

Klasyfikacja taka jest bardzo przydatna do prowadzenia badań naukowych lub rozważań na poziomie całej populacji, jednak niewiele mówi nam o indywidualnej osobie: o jej stanie zdrowia, wyglądzie zewnętrznym, poziomie sprawności, sytuacji życiowej, ekonomicznej i społecznej, potrzebach i zainteresowaniach. Taki podział może także budzić wewnętrzny sprzeciw ze względu na sztywność kryteriów, ludzie nie starzeją się przecież z dnia na dzień, nie zmieniają się z „osób dorosłych” w „osoby starsze” w dniu sześćdziesiątych urodzin. Intuicyjnie możemy stwierdzić, że starzenie się jest stopniowym procesem, zachodzącym u różnych osób w różnym tempie.

Poza obiektywną, chronologiczną miarą wiek i starzenie się muszą być zatem rozważane na przynajmniej trzech innych płaszczyznach ludzkiego funkcjonowania: biologicznej, społecznej i psychologicznej (Kastenbaum, 1979; Kocemba, 2007).

Biologiczne starzenie się dotyczy zmian, jakie zachodzą z wiekiem w ogólnej kondycji organizmu człowieka. Stopień zaawansowania tak rozumianego procesu starzenia się może być oceniany (przynajmniej teoretycznie) na podstawie obiektywnych pomiarów

i testów medycznych (Kocemba, 2007), sprawdzających m.in. sprawność funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego, oddechowego i odpornościowego, siłę mięśni czy czynność tkanki mózgowej.

Z biologicznego punktu widzenia starzenie się posiada cztery charakterystyczne cechy: 1) spadek zdolności adaptacyjnych organizmu; 2) stopniowe narastanie degeneracyjnych (zwyrodnieniowych) zmian organizmu; 3) zwiększenie śmiertelności wraz ze wzrostem wieku oraz 4) wzrost zapadalności na wiele, często charakterystycznych dla tego wieku chorób (Krzyżowski, 2004). Innymi słowy, w tym *stricte* biologicznym kontekście wyodrębnić możemy dwie grupy cech starzenia się: uniwersalne oraz prawdopodobne.

Uniwersalne (zwyczajne) cechy starzenia się to takie cechy, które w pewnym stopniu dotyczą wszystkich ludzi (np. stopniowe pogarszanie wzroku, pojawianie się zmarszczek na skórze, utrata masy mięśniowej) (Stuart-Hamilton, 2006). Starzenie się jest tu zatem rozumiane jako „normalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów, także człowieka” (Pędich, 2007, s. 3). **Prawdopodobne (patologiczne) cechy starzenia się** dotyczą natomiast tych zmian, których ryzyko wystąpienia wzrasta z wiekiem (np. jaskra czy choroba Alzheimera). Innymi słowy, są to zmiany stosunkowo często spotykane u osób starszych, jednakże nie wpisane nieodłącznie w zwyczajny proces starzenia się człowieka (Stuart-Hamilton, 2006). Szacuje się, że około 60–70% osób starszych to osoby zdrowe – nie chorujące przewlekłe, dotknięte jedynie uniwersalnymi cechami starzenia się. Osoby chore przewlekłe, cierpiące zazwyczaj na kilka nieuleczalnych schorzeń, stanowią około 20–30% seniorów, natomiast 2 do 10% osób należących do tej grupy wiekowej to osoby niedołążne, całkowicie zależne od pomocy osób trzecich (Krzyżowski, 2004).

Proces biologicznego starzenia się jest nieunikniony, jednakże prędkość jego postępowania i prawdopodobieństwo wystąpienia cech patologicznych zależy od wielu czynników, m.in. genetycznego wyposażenia danej osoby, jej stylu życia (w tym aktywności fizycznej, diety, stosowania używek), miejsca i warunków zamieszkania czy stopnia narażenia na stres (Aldwin i in., 2006; Stuart-Hamilton, 2006). Różny może być także poziom codziennego funkcjonowania osób już dotkniętych związanymi z wiekiem zmianami. W znacznym stopniu zależy on od warunków środowiskowych – m.in. od stopnia przystosowania otoczenia seniora

do jego nowych potrzeb oraz sposobu traktowania go przez inne osoby. Prowokuje to do spojrzenia na proces starzenia się z innej niż jedynie biologiczna perspektywy.

Społeczne starzenie się dotyczy zmian, które zwykle zachodzą z wiekiem, w aktywności zawodowej, statusie

Rola społeczna to zbiór powszechnych oczekiwań i/lub przepisów określających, jak powinien zachowywać się człowiek spełniający konkretną funkcję w danej grupie (rodzinie, przedsiębiorstwie, społeczeństwie).

(Atchley i Barush, 2003)

socjoekonomicznym, strukturze rodziny (np. wieku i poziomie samodzielności potomstwa) oraz stopniu niezależności od innych osób (Gross i Kinnison, 2007).

Na skutek takich zmian po 60.–65. roku życia wiele osób musi się przystosować do pełnienia nowych **ról społecznych**: z osób aktywnych zawodowo stają się emerytami, z rodziców zmieniają się w dziadków, z małżonków we wdowców, niekiedy – z osób samodzielnych, niezależnych i zdrowych w rencistów, inwalidów, a czasem podopiecznych domów opieki czy spokojnej starości.

Różnica nie ogranicza się tu jedynie do stosowanej nomenklatury. W role społeczne wpisane są bowiem pewne **powszechnie podzielane przekonania i oczekiwania** dotyczące sposobu funkcjonowania pełniących je osób (Stuart-Hamilton, 2006).

Siła przekonań

Wyobraź sobie mężczyznę świętującego narodziny swojego wnuka oraz mężczyznę radującego się narodzinami własnego syna. Prawdopodobnie wyobraziłeś sobie dwóch panów w różnym wieku. Jednakże zarówno świeżo upieczony dziadek, jak i ojciec są równolatkami i mają po 65 lat. Myśli, które przyszyły ci do głowy w związku z tą informacją, wynikają z twoich przekonań i oczekiwań wobec osób w określonym wieku.

Warto w tym miejscu poświęcić chwilę na proste zbadanie własnych ogólnych przekonań na temat starości i osób starszych. W tym celu spróbuj, nie cenzurując siebie, nie zastanawiając się zbyt długo i polegając na swym pierwszym skojarzeniu, dokończyć poniższe zdania:

- Starość to
- Osoby starsze są
- Osoby starsze potrzebują
- Emeryci często
- Osoby starsze mają
- Dziadkowie są
- Podopieczni Domu Spokojnej Starości powinni

Większość osób nie ma trudności z szybkim dokończeniem takich zdań. Wynika to z faktu, iż żyjąc w określonej kulturze, już od najmłodszych lat przyswajamy ogólne przekonania na temat różnych grup ludzi: ich cech i zachowań. Takie „zbiory powszechnie uznawanych, ogólnych przekonań dotyczących cech jakiejś grupy lub klasy ludzi” nazywane są **stereotypami** (*Słownik psychologii* Rebera), a osoby starsze należą do jednej z najsilniej stereotypizowanych grup społecznych.

Część z takich przekonań jest trafna w odniesieniu do poszczególnych osób starszych i, o ile nie jest nadmiernie uogólniana, może nieść za sobą pozytywne skutki. Na przykład przekonanie, iż „osoby starsze są zazwyczaj słabsze fizycznie od osób młodych” może sprzyjać proponowaniu seniorom pomocy przy wykonywaniu cięższych prac domowych, przepuszczaniu ich w kolejce czy ustępowaniu miejsca w środkach komunikacji miejskiej. Podzielanie tego poglądu przez seniora może natomiast sprzyjać łatwiejszemu przyjmowaniu przez niego proponowanej przez innych pomocy. Część przekonań może także pomóc seniorom w zdefiniowaniu siebie w nowej roli społecznej oraz odkryciu nowych satysfakcjonujących aktywności. Świeżo emerytowana osoba starsza może oddać się roli dziadka lub babci i w myśl przekonania, że „dziadkowie to pożyteczna instytucja” spędzać z wnukami wiele czasu (co wcześniej nie było możliwe ze względu na angażującą pracę zawodową), czerpiąc z tego radość oraz czując się potrzebnym, pomocnym i wartościowym członkiem rodziny. Senior podzielający przekonanie, że „emerytura to zasłużony urlop” może zmodyfikować tryb swojego codziennego funkcjonowania (np. po wielu latach zacząć wreszcie wstawać rano o godzinie odpowiadającej jemu, a nie wymogom pracodawcy), realizować dawno zaniedbane hobby lub podjąć inne satysfakcjonujące działania, wykorzystując swój wolny czas (np. poświęcić się majsterkowaniu, uprawie ogródka, uczęszczać na zajęcia organizowane w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku).

Owdowiła osoba starsza, która wcześniej skupiała swą aktywność głównie na prowadzeniu domu, może zaangażować się w działalność charytatywną, zajęcia w klubie seniora czy wspólnocie religijnej. Nieprawny fizycznie senior, który stał się pensjonariuszem domu spokojnej starości, może – traktując starość jako „czas odpoczynku” – nawiązać nowe znajomości z innymi mieszkańcami domu, uczestniczyć w interesujących zajęciach i z ulgą korzystać z pomocy personelu, nie martwiąc się o codzienne czynności, które zaczęły stanowić dla niego znaczne obciążenie (np. samodzielne sprzątanie, robienie zakupów czy gotowanie). Spełnianie się w nowych rolach może dawać wiele radości i satysfakcji życiowej.

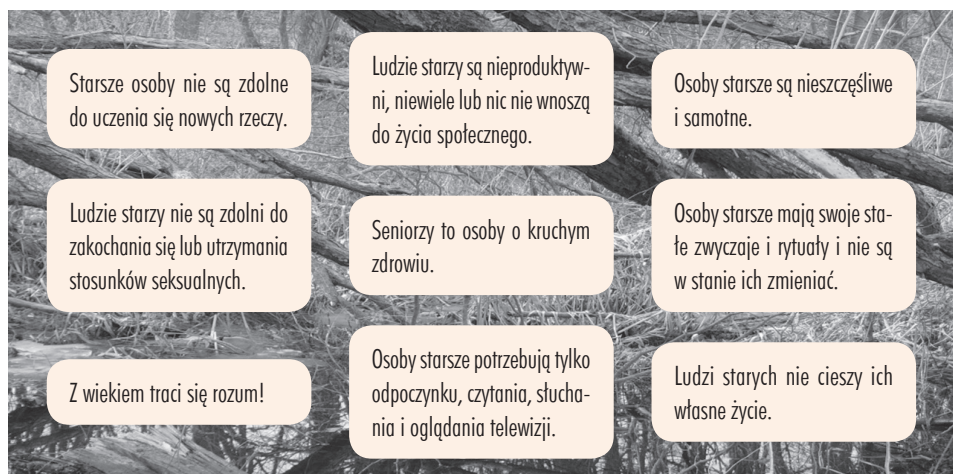
Z drugiej jednak strony wiele z powszechnych przekonań na temat osób starszych w żadnym razie nie dotyczy wszystkich seniorów, a jednak bywa nadmiernie uogólniane,

Ageism (od ang. age- wiek i końcówki -ism, jak w słowach takich jak *racism* – po polsku rasizm czy *sexism* – po polsku seksizm) to systematyczna stereotypizacja i dyskryminacja osób ze względu na ich wiek, oparta na błędnym założeniu o użyteczności wieku chronologicznego jako wskaźnika funkcjonowania i przydatności społecznej.

(Butler, 1975)

co kreuje błędny obraz takich osób jako jednolitej grupy społecznej. W konsekwencji generalizacje takie prowadzą do nieadekwatnego traktowania seniorów, do ich dyskryminacji i zjawiska **ageizmu**. Osoby starsze często postrzegane są jako bezradne, zależne od innych i wymagające opieki instytucjonalnej. Można również spotkać się z błędnymi wyobrażeniami, iż wszyscy seniorzy

to osoby biedne, większość z nich jest niekompetentna, bierna i stateczna lub wciąż narzeka i najwyżej ceni sobie niczym niezamącony spokój. Sama starość zazwyczaj postrzegana jest jako choroba lub czas przymusowego odpoczynku (Hess, 2006; Tobiasz-Adamczyk, 2007).



Źródło: Czernecka i in., 2008, s. 6.

Rysunek 1. Często spotykane błędne przekonania na temat osób starszych

Jak już wspomniano, przekonania na temat starości, osób starszych i ich roli w społeczeństwie w znacznym stopniu wpływają na sposób, w jaki zachowujemy się wobec seniorów. Na przykład ekspedientka w sklepie odzieżowym, która uważa, że wszystkie osoby starsze są biedne, może nie zainteresować się starszą klientką (sądząc, że i tak nic nie kupi), a swój czas i uwagę poświęcić „bardziej obiecującym” klientom w młodszym wieku. Dyrektor domu opieki, żywiący przekonanie, iż osoby starsze potrzebują tylko odpoczynku i spokoju, będzie niechętnie odnosił się do wszelkich pomysłów dotyczących organizowania dla mieszkańców domu stymulujących zajęć i aktywności. Osoba przekonana, że seniorzy generalnie są bezradni, zależni i krusi, może stać się nadopiekuńcza w stosunku do całkiem jeszcze aktywnego i samodzielnego starszego rodzica i zacząć traktować go jak dziecko, wyręczać we wszystkich niemal czynnościach, strofować za podejmowanie wszelkich „ryzykownych” działań (np. za samodzielne i nie ustalone wcześniej wyprawy na spacer, cmentarz lub do znajomych), zwracać się do niego w infantylny sposób.

Klapki na oczach, czyli spętani stereotypami i błędnymi przekonaniami

Niedawno słyszałam o następującej scenie w aptece. Mniej więcej 80-letnia kobieta podała farmaceucie receptę. Kiedy po chwili pani magister wróciła z lekiem i położyła go na ladzie, klientka stwierdziła, że nie jest to lekarstwo, które przepisał jej lekarz. Pomiędzy farmaceutką i klientką nawiązał się taki mniej więcej dialog:

Klientka: Proszę pani, to nie jest ten lek.

Farmaceutka: To jest lek, na który miała pani receptę.

K: To nie ten lek. Bardzo proszę sprawdzić.

F: To ten lek, ale w nowym opakowaniu.

K (zdenerwowanym głosem): Pani magister, ale to naprawdę nie ten lek!

F (nieco poirytowana): To jest właściwy lek. Niedawno zmieniono jego opakowanie i rynkową nazwę.

K: Potrzebuję tego leku z recepty. Muszę go zażywać codziennie i biorę go od lat. A to nie jest ten lek, który zapisał mi mój lekarz.

F (przesuwając receptę w stronę klientki): To jest właściwy lek, ale jak mi pani nie wierzy, to proszę iść do innej apteki i tam się pani przekona.

K (drżącym głosem, do innej klientki): Potrzebuję tego leku. . .

W międzyczasie w aptecce utworzyła się już kolejka około dziesięciu osób, które nerwowo spoglądały na zegarki i wymieniały znaczące spojrzenia oraz uwagi w rodzaju „Co za męcząca staruszka” i „Coś się babci pokręciło”. Nieoczekiwanie w całą sytuację wtrąciła się młoda dziewczyna. Podeszła do klientki i krzyknęła jej wprost do ucha: „To lek, o który pani prosiła, ale w nowym opakowaniu. Producent zmienił tylko nazwę i projekt pudełka”. Starsza pani obdarzyła ją promiennym uśmiechem, podziękowała, zapłaciła za lek i w mniej niż minutę później obsłużona była kolejna osoba.

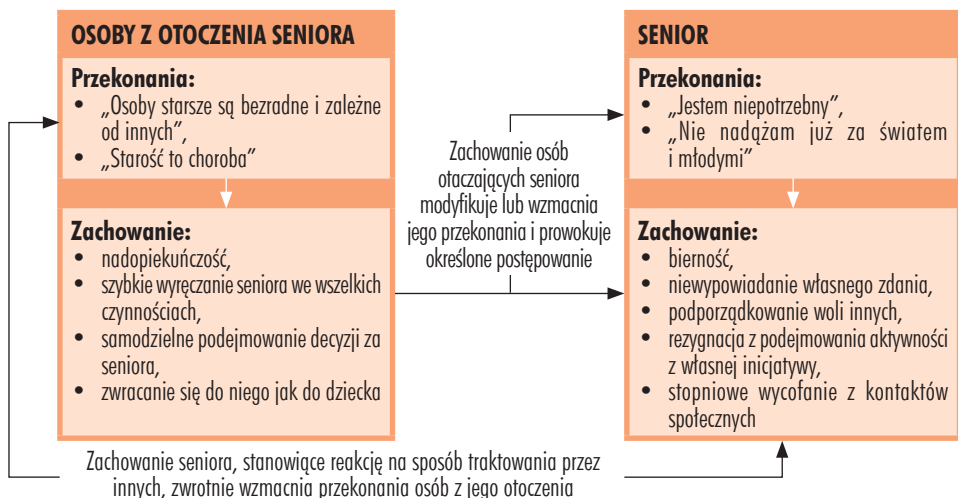
Dlaczego tylko jednej z dziesięciu osób zgromadzonych w tej aptece przyszło do głowy, że klientka w starszym wieku po prostu nie słyszy, co mówi do niej stojąca za szybą farmaceutka? Można przypuszczać, że zadziałał tu powszechny stereotyp seniora jako osoby ociężałej umysłowo, „tracącej rozum” i niedołężnej. Stereotyp taki niejako przysłonił obraz realnej sytuacji, narzucając automatyczną i zgodną z nim interpretację.

Wpływ przekonań na temat osób starszych nie ogranicza się jedynie do prowokowania określonych zachowań u podlegających im osób. Siła stereotypów polega m.in. na tym,

Samospełniające się proroctwo – często obserwowane zjawisko potwierdzania czyichś przypuszczeń („proroctw”) przez przyszłe fakty, nie tyle dzięki wiedzy przewidującego, co wskutek wpływu jego zachowania na zaistnienie takich właśnie faktów (*Słownik psychologii* Rebera).

iz pośrednio wpływają one także na zachowanie samych osób starszych, które z kolei może jeszcze bardziej umocnić przekonania leżące u podstawy stereotypu (Hess, 2006). Seniorzy z różnych przyczyn czują się zobligowani do podporządkowania się żywionym wobec nich oczekiwaniom.

I tak np. wspomniana wcześniej ignorowana przez ekspedientkę ze sklepu odzieżowego starsza klientka może zdenerwować się brakiem zainteresowania jej osobą ze strony sprzedawczyni („Młodzi traktują nas – starych – jak powietrze!”, „Już się mnie nawet nie zauważa!”) lub poczuć się zawstydzoną („Co mi, starej babie, przyszło do głowy, żeby pchać się do takiego sklepu?!”, „Może w moim wieku to już nie wypada?”). W obu przypadkach prawdopodobnym rezultatem może być rezygnacja z zakupów i wycofanie się ze sklepu. Sprzedawczyni prawdopodobnie zinterpretuje wtedy takie zachowanie jako dowód na słuszność swego założenia, stwierdzając, że „uboga staruszka, po obejrzeniu cen, zrezygnowała z zakupów, bo uznała, że nie stać ją na oferowane u nas produkty”. Natomiast traktowany w nadopiekuńczy sposób starszy rodzic może, w imię dobrych relacji rodzinnych, zaniechać podejmowania różnorodnych aktywności, które zdenerwowałyby i zaniepokoiły jego dorosłe dzieci. One z kolei odebrać mogą taką zmianę jako sygnał, iż rodzic coraz bardziej słabnie, podupada na zdrowiu i potrzebuje jeszcze intensywniejszej pomocy, opieki i kontroli. Przedstawiony na powyższych przykładach mechanizm nazywany jest **samospełniającym się proroctwem**.



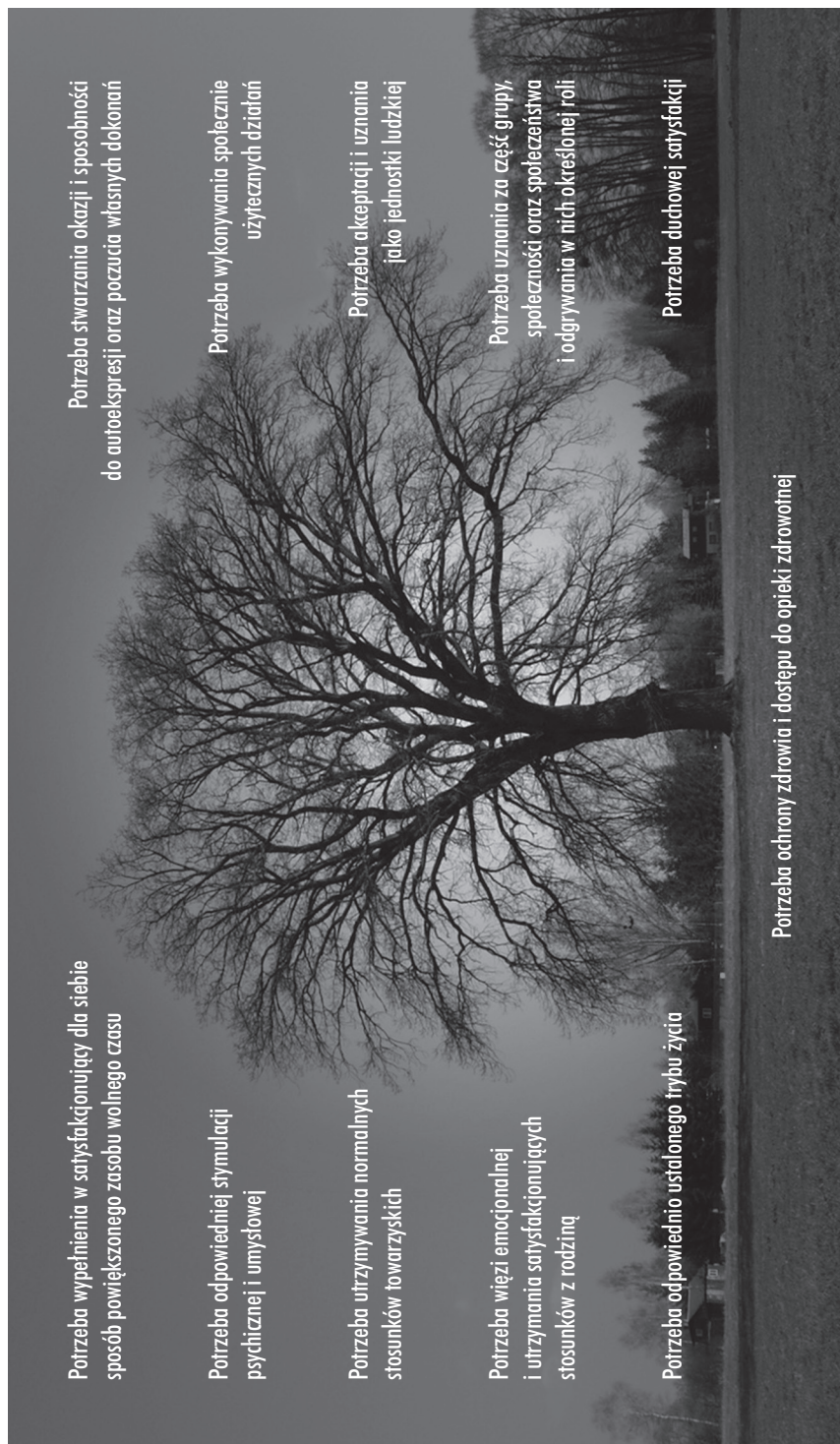
Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Przekonania na temat osób starszych a samospełniające się proroctwo

Utrwalone stereotypy dotyczące osób starszych mogą mieć nad nami silną władzę. Istnieją jednak pewne sposoby pozwalające uwolnić się spod ich niepożądanego wpływu. W tym celu należy **analizować własne zachowania wobec seniorów oraz pozwalać sobie na prawdziwe poznanie tych osób** poprzez otwartość i pogłębianie kontaktu z nimi. Należy także poznać potrzeby i oczekiwania seniorów, tak aby stały się one wyrażniejsze niż nasze wyobrażenia na ich temat. Innymi słowy, tym, co uchronić nas może przed nadmierną stereotypizacją osób starszych, jest jednostkowe podejście do każdej osoby, uwzględniające zarówno jej stan zdrowia, jak i indywidualne zainteresowania, potrzeby, cechy i postrzeganie przez nią swojego wieku.

Wiek psychologiczny odpowiada subiektywnej ocenie własnego wieku przez daną osobę, czyli szczerzej odpowiedzi na pytanie: „na ile lat w głębi serca sam/a się czuję” (Kastenbaum, 1979). Takie indywidualne poczucie własnego wieku może być w znacznym stopniu uzależnione od biologicznych objawów starzenia się, nie jest to jednak regułą – niedomagająca pod względem zdrowotnym osoba starsza może ogólnie **czuć się** młodziej niż jej zdrowy pod względem fizycznym równolatek. Poza czynnikami biologicznymi na wiek psychologiczny danej osoby wpływ mają bowiem także różnorodne czynniki psychologiczne, takie jak poziom samooceny, poczucie kontroli czy poczucie własnej skuteczności (czynniki te przedstawiono szerzej w dalszej części książki). Są one jednak w znacznym stopniu uzależnione od omówionych wcześniej czynników społecznych (m.in. pełnionej roli społecznej, stosunku innych do osoby starszej czy ogólnospołecznych przejawów *ageizmu*). Z tego powodu odpowiadające prawdziwemu wiekowi psychologicznemu oraz potrzebom danej osoby zachowania, zainteresowania i styl życia mogą wyrażać się jedynie w sprzyjającym środowisku. Zapewnienie seniorowi takiego właśnie otoczenia wymaga spojrzenia na niego nie tylko przez pryzmat ograniczeń towarzyszących procesowi biologicznego starzenia się czy niejako odgórnie przypisaną mu rolę w społeczeństwie, ale również z perspektywy uwzględniającej jego indywidualne, psychologiczne i społeczne potrzeby.

W tym miejscu należy raz jeszcze podkreślić wagę i znaczenie słów „**indywidualne**”, „**jednostkowe**”, „**satysfakcjonujące**”, „**odpowiednie**” i „**prawdziwe**”, użytych w kontekście potrzeb i zainteresowań seniorów. Przedstawione w powyższej ramce psychospołeczne potrzeby nie bez przyczyny wyrażone są w bardzo ogólny sposób, ponieważ optymalne ich zaspokojenie dla różnych osób starszych oznaczać może podejmowanie różnych aktywności. Dla przykładu potrzebę odpowiedniej stymulacji umysłowej i wypełnienia w satysfakcjonujący sposób powiększonego zasobu wolnego czasu zaspokoić może zarówno toczenie częstych rozmów z przyjaciółmi i rodziną, dzielenie się z nimi wiedzą i wspomnieniami czy wykonywanie różnych prac domowych oraz robótek ręcznych, jak i słuchanie muzyki, czytanie gazet i książek, odwiedzanie muzeów i galerii, udział w zajęciach organizowanych w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku lub Klubu Seniora, surfowanie po Internecie czy kontynuowanie umysłowej pracy zawodowej na podstawie umowy zlecenia czy umowy o dzieło. Najważniejsze jest, aby aktywności te dopasowane były do zainteresowań, stanu zdrowia i możliwości poznawczych seniora. Innymi słowy, dobrze jest pamiętać,



Źródło: Tibbitts, 1960.

Rysunek 3. Podstawowe psychospołeczne potrzeby seniorów

iz my – ludzie – pod wieloma względami różnimy się między sobą, a osoby starsze w żadnym razie nie stanowią tu wyjątku. Warto w tym miejscu jeszcze raz podkreślić, iż opiekując się seniorem i wspierając go, powinniśmy w jak największym stopniu polegać na poznaniu i zrozumieniu jego indywidualnych potrzeb i preferencji, a nie jedynie na naszych wyobrażeniach na ich temat, choćbyśmy nawet kierowali się najlepszymi intencjami.

Dobrymi chęćiami...

Córka pani Heleny (85 l.), Joanna (59 l.), od wielu lat mieszka w Wielkiej Brytanii. Kiedy pani Helena przebywała w szpitalu na skutek powikłań cukrzycowych, pani Joanna przewiozła większość jej rzeczy z kawalerki na warszawskim Mokotowie do swojego domu pod Londynem, tak aby matka po wyjściu ze szpitala mogła się na stałe przeprowadzić do niej i jej męża. Pani Helena mieszka w Anglii od dwóch lat. Ma do dyspozycji m.in. pokój wielkości jej warszawskiego mieszkania i zadbane ogródki. Ma zapewnioną prywatną opiekę medyczną. Nie musi martwić się o zakupy, gotowanie, pranie czy sprzątanie, ponieważ wszystkie te czynności wykonują córka i zięć. Marzy jednak o powrocie do Polski, do własnego domu, przyjaciół i podwórkowej ławeczki pod rozłożystym kasztanowcem. Nie mówi jednak o tym swojej córce z obawy, że zrani jej uczucia i sprawi kłopot.

Podsumowując te ogólne rozważania na temat starości i osób starszych, możemy stwierdzić, że udzielenie krótkiej i spójnej odpowiedzi na pytanie, czym jest starość, nie jest rzeczą łatwą. Z pewnością jest ona jednym z etapów ludzkiego życia, który czeka wszystkich tych, którym dane będzie jej dożyć. Fazą, której cienie, takie jak obciążenia związane z biologicznym starzeniem się organizmu, zauważamy z wielką łatwością. Okresem wyzwań związanych z koniecznością przystosowania się do zmian zachodzących na poziomie fizycznym i społecznym. Pomimo tego w odpowiednich warunkach może mieć ona jednak i swoje blaski. Mamy nadzieję, iż nasza książka okaże się pomocnym narzędziem dla budowania takich właśnie warunków: właściwych, stymulujących i adekwatnych do potrzeb seniorów, a zarazem odciążających ich rodziny i opiekunów w często niezwykle ciężkiej, codziennej pracy.

Zastanów się

W lepszym zrozumieniu osoby starszej, którą się opiekujesz, oraz zapewnieniu jej otoczenia minimalizującego biologiczne przeszkody stojące na drodze realizowania psychospołecznych potrzeb pomocne może być rozważenie następujących kwestii:

- Jakiego rodzaju są przekonania na temat starości i siebie samego?
- Na ile lat czuje się osoba starsza?
- Jakiego rodzaju jest zainteresowanie?
- Czego oczekuje od ciebie i od nadchodzących dni?
- Czego potrzebuje, aby czuć się spełnioną i aktywną?
- Na ile zachodzące z wiekiem zmiany biologiczne utrudniają jej realizację tych potrzeb i zainteresowań?
- W jaki sposób możesz pomóc seniorowi pokonać lub zminimalizować te przeszkody?

Źródła

- Aldwin C.M., Spiro III A., Park C.L., (2006), *Health, Behavior, and Optimal Aging: A Life Span Developmental Perspective* (w:) J.E. Birren, K. Warner Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, Elsevier, Burlington, MA
- Atchley R.C., Barush A.S., (2003), *Social Forces and Aging: An Introduction to Social Gerontology*, Wadsworth, Belmont, CA
- Czernecka J., Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E., Woszczyk P., (2008), *Stereotypom – NIE!*, Katedra Socjologii Wsi i Miasta Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, projekt „Galeria Tolerancji – Akademia Dialogu Międzykulturowego”, realizowany przez Stowarzyszenie Inicjatyw Niezależnych „Mikuszewo”, <http://galeriatolerancji.org.pl/index.php?MENU=material-s&IDM=77&OD=0&typ=1> (dostęp: 7 grudnia 2008 r.)
- Gross R., Kinnison N., (2007), *Psychology for Nurses*, Hodder Arnold, London
- Hess T.M., (2006), *Attitudes towards Aging and Their Effects on Behavior* (w:) J.E. Birren, K. Warner Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, Elsevier, Burlington, MA
- Kastenbaum R., (1979), *Growing Old – Years of Fulfilment*, Harper & Row, London
- Kocemba J., (2007), *Starzenie się człowieka* (w:) T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk, s. 6–12
- Krzyżowski J., (2005), *Psychogeriatrya*, Medyk, Warszawa
- Pędich W., (2007), *Gerontologia i geriatrya* (w:) T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk, s. 2–5
- Reber A.S., (2000), *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa
- Stuart-Hamilton I., (2006), *Psychologia starzenia się*, Zysk i S-ka, Poznań
- Tibbitts C., (1960), *Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*, University of Chicago Press, Chicago
- Tobiasz-Adamczyk B., (2007), *Spoleczne aspekty starzenia się i starości* (w:) T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk, s. 37–41

Część pierwsza

Opieka nad zdrowym seniorem

Światowa Organizacja Zdrowia w preambule swej konstytucji definiuje zdrowie jako „stan zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie jedynie jako brak choroby lub ułomności” (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477). Na skutek naturalnych zmian biologicznych wpisanych w proces starzenia się, jak i wzrostu podatności na choroby spowodowane tymi zmianami taki ogólny dobrostan spotykany jest w starości coraz rzadziej. Powszechne stają się takie problemy zdrowotne, jak nadciśnienie, cukrzyca, zaburzenia słuchu, zaćma czy choroby narządu ruchu. Czy zasadne jest zatem w ogóle mówienie o całkowicie zdrowej osobie starszej? Pozostając w zupełnej zgodzie z przytoczoną definicją WHO, trzeba stwierdzić, że nieograniczone zdrowie pojawia się niezwykle rzadko. Faktem jest jednak, iż niektórzy seniorzy, pomimo doświadczanych zmian starczych czy chorób przewlekłych, uważają się za osoby zdrowe, są aktywni i pełni energii. Funkcjonowaniu takiemu i pozytywnej ocenie własnego zdrowia sprzyjają różnorodne czynniki medyczne, psychologiczne i społeczne. Wśród aspektów medycznych doniosłe znaczenie ma m.in. trafny dobór i dawkowanie leków oraz odpowiednia dieta. Ważnymi czynnikami psychologicznymi i społecznymi są natomiast: stopień pogodzenia się ze swoją sytuacją (np. mniejszą niż w młodości wydolnością organizmu, pogorszeniem słuchu) i umiejętne radzenie sobie z nią (np. poprzez dostosowanie otoczenia do swych ograniczeń, noszenie aparatu słuchowego, przyjmowanie leków), otrzymywane wsparcie społeczne, zrozumienie i odpowiednie traktowanie osoby starszej przez otoczenie.

W tej części książki omówiono sposoby radzenia sobie z naturalnymi zmianami wpisnymi w proces starzenia się oraz metody zapobiegania ich zdrowotnym, psychologicznym i społecznym konsekwencjom. Następnie przedstawiono znaczenie i strategię mobilizowania zasobów (aktywizacji) osób starszych oraz poruszono zagadnienia dotyczące seksualności seniorów. W kolejnym rozdziale przedstawiono specyfikę relacji seniorów z najmłodszymi członkami ich rodzin – wnukami.

Magdalena A. Łazarewicz

Radzenie sobie z procesem starzenia się

Magdalena A. Łazarewicz

*Kiedy się zastanawiam nad starością, cztery widzę przyczyny,
dla których starość zwykliśmy uważać za nieszczęśliwy okres życia:
oddala nas ona od życia codziennego, osłabia siły fizyczne, pozbawia
nas wszystkich zmysłowych przyjemności, bliska jest śmierci.*

Cyceron, Katon Starszy, I wiek p.n.e.

Zachowanie młodości to odwieczne pragnienie wielu pokoleń ludzkości. Eliksięry i fontanny młodości oraz wiecznie młodzi i piękni bogowie i boginie pojawiają się w mitach, legendach i przekazach wielu kultur. Obecnie pragnienie spełnienia tych marzeń przyjęło mniej magiczną, a – co znamienne dla naszych czasów – bardziej naukową formę. Staramy się zachować młodość, przyjmując różne leki, stosując odpowiednie kremy i poddając się zabiegom kosmetycznym czy operacjom plastycznym. Pomimo usilnych starań i tak jednak starzejemy się, a procesowi temu towarzyszą stopniowe zmiany fizjologiczne i poznawcze. Lata prób realizacji marzeń o wiecznej młodości nie były jednak całkowicie bezużyteczne: przyczyniły się do zebrania szerokiej wiedzy na temat sposobów spowalniania zachodzących zmian i takich metod radzenia sobie z nimi, które pozwalają na dłużej zachować samodzielność i niezależność. Tym właśnie metodom postępowania poświęcony jest poniższy rozdział.

Zmiany o charakterze biologicznym

Z wiekiem zachodzą fizjologiczne zmiany we wszystkich narządach i układach organizmu. Serce staje się słabsze, spada grubość i elastyczność tętnic, co skutkuje podwyższonym zużyciem energii niezbędnej do obiegu krwi w organizmie. Obniża się wchłanianie substancji odżywczych przez układ pokarmowy. Zmniejsza się absorpcja tlenu przez układ oddechowy. Spowolnieniu i ograniczeniu ulega wydajność działania układu moczowego w usuwaniu toksyn. Zmniejsza się masa mięśniowa i siła mięśni, a kości ulegają

Skonsultuj z lekarzem wszelkie zgłaszane przez podopiecznego lub zaobserwowane przez ciebie zmiany w jego funkcjonowaniu. Odróżnienie objawów chorobowych od naturalnych objawów procesu starzenia się często nie jest rzeczą łatwą, a automatyczne przypisanie ich procesowi starzenia się opóźnić może ewentualną niezbędną interwencję medyczną. Przykładem objawu często niesłusznie przypisywanego normalnym procesom starzenia się (i przez to pozostawianym bez interwencji lekarza) jest nietrzymanie moczu. Problem ten, dotyczący w szczególności starsze kobiety, można i należy leczyć.

stopniowej demineralizacji. Spada także elastyczności skóry. Dostrzegalne są też zmiany na poziomie zmysłów: postępuje dalekowzroczność, której towarzyszą ograniczenie pola widzenia i spadek zdolności akomodacji oka, pojawia się niedosłuch w zakresie tonów wysokich, obniża wrażliwość na dotyk i temperaturę przedmiotów, a smak i ostrość węchu ulegają osłabieniu (Fosgen, 1998; Stuart-Hamilton, 2006).

Zmiany te mogą stać się przyczyną różnorodnych problemów. Trudności

z trawieniem i metabolizmem oraz ogólna, często wynikająca m.in. z osłabienia smaku i węchu, niechęć do jedzenia, prowadzić mogą do anemii i niedożywienia. Utrata masy mięśniowej, nasilona męczliwość mięśni oddechowych i stopniowe zmniejszanie powierzchni pęcherzykowej płuc prowadzą do ograniczenia rezerw oddechowych i obniżenia tolerancji wysiłku. Obniżenie wydajności pracy układu moczowego zwiększa ryzyko zatrucia organizmu. Zmniejszenie masy mięśniowej i elastyczności stawów, problemy ze wzrokiem, słuchem czy równowagą utrudniają poruszanie się oraz sprzyjać mogą upadkom, które ze względu na znaczne osłabienie kości grożą złamaniami. Ogólne pogorszenie funkcjonowania fizycznego, jak również utrudniające kontakt z innymi osobami niedosłyszenie i niedowidzenie mogą prowadzić do poważnych konsekwencji społecznych, takich jak wycofanie osoby starszej z życia społecznego, lub psychologicznych, np. depresji. Sytuacja taka jest szczególnie częsta wtedy, gdy osoba starsza spotyka się z brakiem zrozumienia i akceptacji ze strony otaczającego ją świata.

Fakt, że zmiany w obrębie organizmu towarzyszą procesowi starzenia się, nie oznacza jednak, iż opisane powyżej konsekwencje są całkowicie nieuniknione. Możemy im przeciwdziałać, starać się opóźnić ich wystąpienie oraz nauczyć się postępować w taki sposób, aby w minimalnym stopniu zakłócały codzienne funkcjonowanie i dobry nastrój osoby starszej.

Utrzymanie sprawności, samodzielności, jak również niezależności, pomimo zachodzących w organizmie zmian związanych z procesem starzenia się, to jedno z podstawowych potrzeb seniorów. Do najważniejszych sposobów ich realizacji należą: promowanie wśród osób starszych **zdrowego trybu życia** – właściwego odżywiania się, utrzymywania lub zwiększenia aktywności fizycznej, właściwej pielęgnacji, kontroli występujących problemów somatycznych oraz **dostosowanie otoczenia do potrzeb i ograniczeń seniorów**. Ogromne znaczenie ma tu także **sposób traktowania seniora** przez osoby z jego otoczenia, jak również **jakość komunikacji** pomiędzy nimi a osobą starszą. Dobra komunikacja buduje silną relację, pozwala lepiej zrozumieć seniora i ułatwia wdrażanie zmian w jego trybie życia czy otoczeniu. Przynosi to nie tylko pozytywne rezultaty dla seniora, ale także dla pomagających mu osób, ponieważ czyni opiekę łatwiejszą i mniej obciążającą.

Zdrowa dieta seniora

Zdrowe żywienie jest kwestią istotną w każdym wieku, ponieważ dostarcza energii pozwalającej w pełni wykorzystywać możliwości organizmu, buduje, naprawia i utrzymuje sprawność tkanek ciała, a także reguluje procesy zachodzące w organizmie. Zdrowa dieta opiera się na odpowiednim zbilansowaniu białka, węglowodanów, tłuszczów, witamin, minerałów i wody w spożywanym pokarmie.

Niekiedy, ze względu na specyficzną chorobę przewlekłą, osoby starsze muszą przestrzegać specjalnej diety (np. niskosolnej, cukrzycowej czy niskotłuszczowej). Niezwykle ważne jest wtedy, aby poprosić lekarza lub poleconego przez niego dietetyka o bardzo szczegółowe instrukcje dotyczące zasad żywienia osoby starszej z tym konkretnym problemem zdrowotnym. Trzeba także pamiętać, że niektóre produkty spożywcze i leki mogą wchodzić ze sobą w niebezpieczne dla zdrowia interakcje. Zanim poda się osobie starszej konkretny lek lub suplement diety, zawsze należy zapytać lekarza lub farmaceutę o ograniczenia stosowania tego farmaceutyku. Ogólne zasady bezpiecznego przyjmowania leków przedstawiono w *Poradniku* (s. 378).

Jeśli jednak lekarz nie zalecił specjalistycznej diety, planując posiłki osoby starszej, warto kierować się następującymi zasadami, ułożonymi przez dietetyków:

- **Różnorodność.** Dieta powinna być zróżnicowana, tak aby dostarczać osobie starszej wszystkich niezbędnych składników odżywczych: białka, tłuszczu, węglowodanów, witamin A, C, B1, B2 i B3, wapnia i żelaza. Dla utrzymania zróżnicowanej, bogatej w składniki odżywcze diety warto posługiwać się następującą zasadą (National Institute on Aging, 2008; Senior Magazine, 2008):

Konsultując z lekarzem specyficzną dietę osoby starszej, zawsze pytaj o szczegóły:

- Jakie produkty są zalecane lub dozwolone?
- W jakiej ilości?
- Jak powinny być przyrządzane?
- Czy wybrane produkty nie zakłócają działania przyjmowanych leków?
- Czy dopuszczalne są drobne odstępstwa od diety (np. podanie ulubionego niewskazanego ze względów medycznych przysmaku raz na tydzień/miesiąc)?

Znaczenie poszczególnych składników odżywczych dla organizmu:

- **białka:** ochrona i naprawa tkanek; tworzenie przeciwciał niezbędnych do zwalczania infekcji,
- **węglowodany:** energia, przeciwdziałanie zatwardzieniom (bólennik),
- **tłuszcze:** energia, zdrowe ciało i skóra,
- **witamina A:** zdrowe oczy, skóra i włosy, odporność na infekcje,
- **witamina C:** zdrowe dziąsła i skóra; gojenie ran i kości; odporność na infekcje,
- **witamina B1 (tiamina):** trawienie, zdrowy układ nerwowy,
- **witamina B2 (ryboflawina):** zdrowe oczy, skóra i usta; wykorzystanie tlenu z powietrza,
- **witamina B3 (niacyna):** zdrowy przewod pokarmowy i układ nerwowy,
- **wapń:** ochrona i naprawa kości i zębów; budowa mięśni; krzepnięcie krwi,
- **żelazo:** budowa czerwonych krwinek (erytrocytów) transportujących tlen do wszystkich części ciała.

(Senior Magazine, 2008)

- 2 porcje produktów mięsnych
- + 4 porcje produktów zbożowych
- + 2 porcje nabiału
- + 4 porcje owoców i warzyw

Dobrze zbilansowana dzienna dawka pożywienia (zob. dalej wzory pozwalające na obliczenie podstawowego zapotrzebowania energetycznego – BMR).

- **Więcej mniejszych posiłków.** Dobrze jest podawać 4–5 mniejszych posiłków zamiast 3 dużych. Takie rozplanowanie posiłków mniej obciąża żołądek i zapobiega gwałtownym spadkom cukru we krwi.

Ogólne zasady zdrowej i zbilansowanej diety

- **Produkty mięsne (2 porcje dziennie):** dostarczają białka, witamin B1 i B3 oraz żelaza. Suszona fasolka i groszek, przetwory sojowe, jajka i orzechy mogą zastąpić mięso.
Jedna porcja to np. 60 g gotowanego chudego mięsa (cielęciny, chudej wołowiny, królika, piersi kurczaka lub indyka) lub chudej ryby (np. dorsza, sandacza, szczupaka, morszczuka, lina), 2 jajka, 1 niepełna szklanka (225 ml) gotowanej fasoli, groszku lub soczewicy, 4 łyżki masła orzechowego.
- **Produkty zbożowe (4 porcje dziennie):** dostarczają węglowodanów, witaminy B1 i B3, żelaza.
Jedna porcja to np. kromka chleba, 1 niepełna szklanka płatków śniadaniowych (225 ml), pół szklanki (125 ml) gotowanego makaronu, kaszy manny lub ryżu, 1 mały herbatnik, 5 krakersów. Zaleca się produkty pełnoziarniste i pszenno-żytnie.
- **Nabiał (2 porcje dziennie):** dostarcza wapnia, witaminy B2 i białka.
Jedna porcja to np. niepełna szklanka mleka lub jogurtu (225 ml), 1,5 plastra żółtego sera typu cheddar (około 28 g), ponad 1,5 szklanki lodów (375–390 g) lub niepełne 2 szklanki twarogu typu „serek wiejski” (ok. 450 g).
- **Owoce/warzywa (4 porcje dziennie):** Dostarczają witaminy A i C.
Jedna porcja to np. 1 niepełna szklanka surowych owoców lub warzyw (225 ml), pół szklanki gotowanych owoców lub warzyw (125 ml), 1 średni owoc – jabłko lub banan, pół szklanki naturalnego soku owocowego (125 ml).

(za: Senior Magazine, 2008; National Institute on Aging, 2008)

- **Smacznie, ale zdrowo.** W diecie osoby starszej powinno się unikać smażonych i tłustych potraw. Można zastąpić je potrawami gotowanymi lub przyrządzanymi na parze, którym smaku dodadzą przyprawy roślinne. Dobrze przyprawione dania nie tylko lepiej smakują, ale także ogólnie poprawiają apetyt oraz pobudzają wydzielanie soków trawiennych. Należy jedynie unikać zbyt dużej ilości pieprzu i papryki pepperoni. Można nadać potrawom ostrości, używając papryki chili lub imbiru (National Institute on Aging, 2008).
- **Odpowiednia liczba kalorii.** Spożywane przez osobę starszą pożywienie musi zapewniać odpowiednią dawkę energii. Aby ocenić ogólne dzienne zapotrzebowanie seniora na kalorie, należy zacząć od obliczenia jego podstawowego zapotrzebowania energetycznego (ang. *Body Metabolic Rate* – BMR), uwzględniającego płeć, masę

ciała, wzrost i wiek, a następnie pomnożyć go przez współczynnik określający poziom aktywności fizycznej osoby starszej. Obliczeń takich dokonać można, korzystając ze wzoru opracowanego przez Harrisa i Benedicta (1918).

Wzory pozwalające na obliczenie podstawowego zapotrzebowania energetycznego (BMR)

BMR kobiet (w kcal) = $655 + (9,6 \times \text{masa ciała w kg}) + (1,8 \times \text{wzrost w cm}) - (4,7 \times \text{wiek w latach})$

BMR mężczyzn (w kcal) = $66 + (13,7 \times \text{masa ciała w kg}) + (5 \times \text{wzrost w cm}) - (6,8 \times \text{wiek w latach})$

Wzór Harrisa i Benedicta uwzględniający poziom aktywności fizycznej przy szacowaniu ogólnego zapotrzebowania energetycznego:

BMR $\times 1,2$	dla osób wykazujących bardzo mało lub brak aktywności fizycznej
BMR $\times 1,375$	dla osób o niskim poziomie aktywności, podejmujących lekki wysiłek fizyczny 1 do 3 razy w tygodniu
BMR $\times 1,55$	dla osób średnio aktywnych, wykonujących umiarkowane ćwiczenia 3 do 5 razy w tygodniu
BMR $\times 1,725$	dla osób bardzo aktywnych fizycznie, ćwiczących lub uprawiających sporty 6 do 7 razy w tygodniu
BMR $\times 1,9$	dla osób wykonujących ciężką pracę fizyczną, aktywnie uprawiających sporty, trenujących 2 razy dziennie

Dla przykładu 75-lenna kobieta o wadze 60 kg i wzroście 165 cm, prowadząca mało aktywny tryb życia potrzebuje dziennie około 1600 kcal, podczas gdy kobieta w tym samym wieku, o tej samej wadze i wzroście, prowadząca aktywny tryb życia potrzebuje ponad 2000 kcal. Mało aktywny fizycznie 80-letni mężczyzna o wadze 80 kg i wzroście 185 cm potrzebuje dziennie około 2100 kcal, a jego aktywny, uprawiający sporty równoleciek o tej samej wadze i wzroście – około 2600 kcal dziennie.

Wzór Harrisa i Benedicta nie uwzględnia jednak jednego ważnego czynnika: beztłuszczowej masy ciała człowieka, czyli masy ciała po odjęciu wagi tkanki tłuszczowej. Przez to dla szczupłych umięśnionych osób obliczony wynik określający zapotrzebowanie na kalorie będzie zaniżony, a dla osób otyłych – zawyżony. Należy także pamiętać, że w trakcie choroby, której towarzyszy gorączka, oraz w przypadku niektórych chorób przewlekłych, np. choroby Parkinsona i niedoczynności tarczycy, zapotrzebowanie na kalorie znacznie wzrasta (Klich-Rączka, 2007).

- **Zapobieganie odwodnieniu.** Niezwykle istotne jest spożywanie dostatecznej ilości płynów. O ile lekarz nie zalecił inaczej, jest to około 1,5 do 2 l płynów dziennie (wody, herbaty, soków, zupy) (Fosgen, 1998). W upalne dni zapotrzebowanie na płyny będzie większe. Podając gorące napoje, należy również pamiętać o ich wcześniejszym przestudzeniu, tak aby nadawały się do picia: osoby starsze są mniej wrażliwe na temperaturę przedmiotów i mogą się łatwo oparzyć.
- **Umiarkowane spożycie alkoholu.** Spożycie alkoholu przez osoby starsze nie powinno przekraczać 20–30 g na dobę (Wizner, 2007). Gramową zawartość alkoholu w danym napoju alkoholowym można w łatwy sposób policzyć, mnożąc jego objętość

w mililitrach przez procentową zawartość alkoholu w danym napoju wyrażoną w formie dziesiętnej, a następnie mnożąc otrzymany wynik przez gęstość alkoholu etylowego, czyli 0,79 g/ml.

Przykładowo dla półlitrowego sześcioprocentowego piwa wykonamy równanie: $500 \text{ ml} \times 0,06 \times 0,79 \text{ g/ml} = 23,7 \text{ g}$, dla 50 ml 40-procentowej wódki: $50 \text{ ml} \times 0,4 \times 0,79 \text{ g/ml} = 15,8 \text{ g}$, a dla 200 ml 16-procentowego wina: $200 \text{ ml} \times 0,16 \times 0,79 \text{ g/ml} = 25,28 \text{ g}$.

- **Przechadzka zamiast drzemki poobiedniej.** Warto zadbać o to, aby osoba starsza nie kładła się wcześniej niż 20–30 min. po posiłku – lekka aktywność fizyczna (np. przechadzka) sprzyja lepszemu trawieniu (Aging & Disability Services Administration, 2008).

Piramida żywieniowa seniora

Zespół badaczy z Centrum Badań Żywności Człowieka w Starszym Wieku (Human Nutrition Research Center on Aging) Uniwersytetu w Tufts opracował w 2007 r. piramidę żywieniową specjalnie dla seniorów. Naukowcy akcentują potrzebę włączenia do diety osób starszych:

- pełnoziarnistych produktów zbożowych (np. ryż brązowy, pełnoziarniste pieczywo),
- warzyw w jaskrawych kolorach, takich jak marchew czy brokuły,
- owoców o intensywnej barwie (np. jagody),
- produktów mlecznych nisko- i/lub beztłuszczowych (np. jogurty naturalne, mleko o niskiej zawartości laktozy),
- roślin strączkowych i orzechów, ryb, drobiu, chudego mięsa i jaj,
- olejów roślinnych i miękkich margaryn o niskiej zawartości nasyconych kwasów tłuszczowych,
- dużej ilości płynów (minimum 8 szklanek wody/dziennie).

Dodatkowo akcentują znaczenie aktywności fizycznej w prawidłowym utrzymaniu zdrowia oraz rekomendują suplementację wapniem, witaminą D i B12. Wynika to z faktu, iż seniorom trudno jest dostarczyć wraz z dietą odpowiedniej ilości tych witamin.

W ostatnich latach zwraca się uwagę na znaczenie odpowiedniego odżywiania się w utrzymaniu prawidłowych funkcji układu nerwowego, zwłaszcza mózgu. Badania sugerują, że dieta śródziemnomorska, czyli bogata w antyoksydanty i polifenole, uboga w nasycone kwasy tłuszczowe (NKT), zawierająca wielonienasycone kwasy tłuszczowe, a także uboga w sól i cholesterol, ma pozytywny wpływ na funkcję poznawczą, takie jak pamięć, uwaga, myślenie abstrakcyjne, funkcje wzrokowo-przestrzenne oraz funkcje werbalne. Szczegółową charakterystykę diety śródziemnomorskiej zaprezentowano w rozdziale *Leczenie otyłości* (s. 133).

(Tufts University, 2007; oprac. Mariusz Jaworski)

W praktyce zrealizowanie powyższych zasad zdrowego żywienia czasem będzie trudne. Problem stanowić może **zła sytuacja finansowa** osoby starszej, nie pozwalająca na codzienny zakup mięsa czy wędlin. Warto wtedy przedstawić jej możliwe zamienniki produktów mięsnych, takie jak suszona fasolka i groszek, przetwory sojowe. Produkty te są tańsze od mięsa i można je dłużej przechowywać. Dobrym i zdrowym zamiennikiem jest także masło orzechowe. Produkt ten jest już jednak nieco droższy.

Dla mieszkającej samotnie osoby starszej trudnością może być także samo **wychodzenie z domu** (np. ze względu na chorobę, problemy z poruszaniem się czy brak windy), co zmusza do rzadkiego robienia zakupów, oraz – dotycząca zwłaszcza starszych wdowców – **nieumiejętność przyrządzenia różnorodnych potraw**. Osoby takie często kupują głównie produkty o długim terminie przydatności do spożycia (np. konserwy), rezygnując z szybko psującego się nabiału, wędlin, warzyw i owoców. Warto więc w miarę systematycznie dostarczać takie produkty osobie starszej. Dobrze jest także pamiętać o tym, aby regularnie sprawdzać zawartość lodówki seniora, ponieważ osoby o obniżonej wrażliwości smaku i powonienia, a przy tym z problemami ze wzrokiem, mogą niechętnie zjeść przeterminowany lub popsuty produkt, narażając się na zatrucie pokarmowe. Dobrym rozwiązaniem jest także wyraźne zaznaczanie na opakowaniu daty przydatności do spożycia danego produktu – nadruki producentów są często tak małe i niewyraźne, że trudno dostrzec je nawet osobom dobrze widzącym.

Przeszkodą w realizowaniu zasad zdrowego żywienia może być też **niechęć do stawiania sobie do wprowadzania jakichkolwiek zmian** w sposobie odżywiania się, co zwykle wynika z nabytych wcześniej nawyków żywieniowych. Warto wtedy wynegocjować wprowadzenie drobnych stopniowych zmian. Możemy na początek zaproponować samo dodanie zielonych warzyw do obiadu lub zmniejszenie ilości spożywanego smalcu. W dłuższej perspektywie czasu małe kroki opłacają się bardziej niż wielki przewrót. Pamiętaj także, że często całkowite wyeliminowanie niektórych produktów nie jest konieczne, niezbędne jest jedynie ich znaczne ograniczenie. Nadgorliwość w kwestii diety, nawet ta wypływająca z dobrych chęci, może doprowadzić do odebrania osobie starszej ważnej przyjemności, jaką dawały jej posiłki i jedzenie. Senior może poczuć się ubezwłasnowolniony. Zmiany stosowanej diety muszą być zatem przedyskutowane z osobą starszą, a jej życzenia co do składników menu powinny być respektowane.

Inną przeszkodą w utrzymaniu zdrowej diety może być **nieprzywiązywanie przez osobę starszą większej wagi do jedzenia i „zapominanie” o nim, brak apetytu lub odmowa jedzenia**. Osoba starsza (jak i jej najbliższe otoczenie) może żywić przekonanie, że w jej wieku jedzenie nie jest rzeczą istotną lub że brak apetytu jest normalnym objawem starzenia się i nie należy się nim zanadto przejmować.

Pomimo swej powszechności nie są to jednak założenia słuszne. Przyczyną braku apetytu czy odmowy jedzenia mogą być zaburzenia smaku i węchu, zatwardzenia, utrudniające przełykanie zmniejszenie wydzielania śliny, letarg i depresja, zażywane leki, zmiany w obrębie jamy ustnej (braki w uzębieniu, rany dziąseł) lub złe dopasowanie albo

Wyjątki od reguły

Wiele osób często popełnia drobne dietetyczne grzeszki, zjadając kremówkę czy frytki. Jeżeli nie są to produkty kategorycznie zabronione przez lekarza ze względów zdrowotnych, nie staraj się odebrać tej przyjemności osobie starszej „dla jej dobra”.

Pamiętaj!

Gdy zaobserwujesz u osoby starszej znaczące zmiany łaknienia, skonsultuj się z lekarzem.

brak protezy stomatologicznej (Fosgen, 1998; Klich-Rączka, 2007), a jego poważną konsekwencją – niedożywienie i anemia. Dlatego tak ważne jest, aby w sytuacji gdy zaobserwujemy u osoby starszej zmiany łaknienia zawsze konsultować się z lekarzem. Po rozpoznaniu przyczyny problemu może on, stosownie do sytuacji, zmienić niektóre z podawanych leków, przepisać specjalne maści zmniejszające obrzęk dziąseł, wdrożyć leczenie antydepresyjne lub skierować seniora na psychoterapię. Obok konsultacji lekarskiej warto także wypróbować w domu proste metody ułatwiające jedzenie, nadające posiłkom atrakcyjność oraz wprowadzające dobrą atmosferę w ich trakcie. Działania takie są często niezwykle skuteczne i szybko rozwiązują problem braku apetytu.

Praktyczne informacje dotyczące postępowania w sytuacji braku apetytu i odmowy jedzenia przez seniora znajdują się *Poradniku* (s. 380).

Aktywność fizyczna seniorów

Aktywność fizyczna często kojarzy się z bardzo intensywnymi, wyczerpującymi ćwiczeniami fizycznymi nadającymi się tylko dla młodych i zdrowych osób będących w pełni sił. Podobnie jednak jak zdrowa dieta właściwie zaplanowana aktywność fizyczna jest

Zespół poupadkowy to zespół zmian zachowania wynikających z lęku seniora przed upadkiem i osłabienia wiary we własne siły. Osoby doświadczające zespołu poupadkowego w znacznym zakresie ograniczają swoją aktywność ruchową, powstrzymując się od podejmowania czynności wiążących się z ryzykiem upadku (w skrajnych przypadkach osoby takie odmawiają nawet wstania z łóżka). Znaczne ograniczenie aktywności i wynikająca z niego izolacja społeczna mogą stać się przyczyną depresji. Zespół taki wystąpić może zarówno u osób, które się przewróciły, jak i u tych, które same nie upadły, ale były świadkiem takiego wydarzenia, zwłaszcza kiedy zakończyło się ono złamaniem.

(Wieczarkowska-Tobis, 2007)

wskazana dla wszystkich – niezależnie od wieku. Dla osób starszych ma ona tym większe znaczenie, że utrzymywana lub odzyskana dzięki niej sprawność ruchowa zwiększa ogólną mobilność seniora, pozwala dłużej pozostać niezależnym, dostarcza energii niezbędnej do realizowania zadań i przyjemności życiowych. Ćwiczenia poprawiają także koordynację oraz równowagę, co ma ogromne znaczenie dla zapobiegania upadkom i ich psychologicznej konsekwencji – zespołowi poupadkowemu. Aktywność fizyczna ma też swój udział w przeciwdziałaniu, opóźnianiu wystąpienia, wtórnej prewencji i rehabilitacji

niektórych chorób, np. chorób serca (National Institute on Aging, 2006). Jest ważnym czynnikiem poprawiającym nastrój i pomagającym zredukować depresję (Fosgen, 1998).

Aktywność fizyczna powinna obejmować dobrze dostosowane do możliwości ruchowych osoby starszej pięć rodzajów ćwiczeń: kondycyjne, siłowe, równowagi, rozciągające i rozluźniające (Janicki, 2004; National Institute on Aging, 2006; Rosłowski i Skolimowski, 2003):

- **Ćwiczenia kondycyjne.** Ćwiczenia kondycyjne pomagają zdobywać energię i pozostawać w pełni sił. Ich długość i intensywność należy oczywiście dostosować do możliwości osoby starszej. Optymalnie powinno się na nie poświęcać przynajmniej

pół godziny dziennie (np. trzy razy po dziesięć minut). Ćwiczenia takie powinny powodować lekką zadyszkę, ale nie w stopniu uniemożliwiającym mówienie. Typowe ćwiczenia tego typu przedstawiono w ramce poniżej, ale warto pamiętać, iż należą do nich także takie czynności, jak spacer, pływanie, jazda na rowerze, taniec oraz wchodzenie po schodach, prace w ogrodzie (koszenie trawy, grabienie) i prace domowe – odkurzanie lub mycie podłogi.

Typowe ćwiczenia kondycyjne

- Naprzemienne wymachy ramion do przodu; ćwiczący stoi w rozkroku.
- Luźne wymachy prawej, a następnie lewej nogi w przód i w tył, z rękami opartymi na biodrach (osoby mające problemy z równowagą powinny wykonywać to ćwiczenie, podpierając się o oparcie stabilnego krzesła lub trzymając się blatu).
- Stanie w rozkroku lub w przypadku osób z nieprawidłowym ciśnieniem krwi – siad w rozkroku na krześle. Skłon tułowia w przód, następnie pogłębienie skłonu i ponowne pogłębienie z dotknięciem do podłogi. Powrót do pozycji wyjściowej (tj. stania lub wyprostowanego siadu na krześle).
- Siad rozkroczny na taborecie z prostymi plecami i rękami luźno opuszczonymi wzdłuż tułowia. Odchylenie głowy do tyłu. Powrót do pozycji wyjściowej. Dotykanie brodą mostka. Powrót do pozycji wyjściowej. Podobnie: dotykanie uchem barku (prawa i lewa strona) oraz ruchy okrężne głową w stronę lewą i prawą. Każde ćwiczenie należy wykonać parokrotnie.
- Siad rozkroczny na taborecie z ramionami ugiętymi w stawach łokciowych. Między plecy a stawy łokciowe wkładamy kijek i wykonujemy skłony tułowia w bok, w prawą i lewą stronę (z pogłębieniem pozycji), a następnie skrety tułowia w obie strony.
- Marsz w miejscu z wysokim unoszeniem kolan.

(Janicki, 2004; Roślawski i Skolimowski, 2003)

- **Ćwiczenia siłowe.** Ćwiczenia siłowe pozwalają na utrzymanie mięśni w dobrej kondycji, co zapobiega upadkom. Ćwiczenia takie polegają przede wszystkim na podnoszeniu lub popychaniu ciężarków o stopniowo coraz większej wadze. Można do tego celu wykorzystać miękkie (obszyte materiałem) ciężarki sprzedawane w sklepach sportowych. Sprzęt taki można też z łatwością zastąpić ciężarkami domowej roboty. Do tego celu doskonale nadają się wypełnione fasolą i zawiązane na końcu skarpetki lub łatwe do uchwycenia butelki wypełnione wodą lub piaskiem (np. butelki z „uchem” po środkach czyszczących). Tego typu sprzęt własnej roboty ma tę przewagę nad zakupionymi ciężarkami, że z łatwością można modyfikować jego ciężar.
- **Ćwiczenia równowagi.** Dla obniżenia ryzyka upadków i budowania poczucia bezpieczeństwa u osób starszych ogromne znaczenie mają także ćwiczenia równowagi. Można je wykonywać praktycznie w każdym miejscu i w dowolnej chwili. Przykładami takich ćwiczeń są:
 - stanie na jednej nodze i przytrzymywanie się parapetu lub oparcia bardzo stabilnego fotela, a z czasem – stanie na jednej nodze bez podpory,
 - wstawanie z krzesła bez użycia rąk,

- chodzenie „stopkami”, tzn. w taki sposób, by pięta stopy postawionej z przodu prawie dotykała palców stopy stojącej z tyłu.

Wykonując takie ćwiczenia z osobami starszymi skarżącymi się na problemy z utrzymaniem równowagi, trzeba szczególnie pamiętać o bezpiecznej asekuracji: nie należy przytrzymywać osoby starszej, ale stać na tyle blisko, aby można było ją podtrzymać w razie zachwiania równowagi. Zabezpieczenie takie dobrze jest zapewnić w dyskretny sposób, tak aby nie speszyć seniora – można np. stojąc obok niego, wykonywać te same ćwiczenia.

- **Ćwiczenia rozciągające.** Rozciąganie się pozwala na wykonywanie ruchów o większym zakresie, co znacznie ułatwia codzienne czynności. Ćwiczenia rozciągające

Pamiętaj!

Aktywność fizyczna to nie tylko zaplanowane ćwiczenia. Wykonywanie nawet drobnych prac domowych również jest formą gimnastyki. Nie wyręczaj osoby starszej we wszystkich codziennych czynnościach, które może wykonać samodzielnie.

należy wykonywać przy rozgrzanych mięśniach (np. na zakończenie ćwiczeń kondycyjnych lub rozgrzewając je poprzez lekkie głaskanie i rozcieranie). Nie powinno się wykonywać ruchów w stopniu powodującym ból, a jedynie takie, które powodują lekkie napięcie.

Dobrymi ćwiczeniami na rozciąganie

są: naprzemiennie zginanie i prostowanie kolan z obciążeniami palcami (siedząc na krześle), skłony do oparcia krzesła przy jednoczesnym trzymaniu się go, jak i samodzielne wykonywanie takich czynności, jak czesanie włosów czy wiązanie butów.

- **Ćwiczenia rozluźniające.** Ćwiczenia rozluźniające powodują zmniejszenia napięcia danych partii ciała poprzez wykonywanie określonych ruchów, np. potrząsanie ramionami lub samymi dłońmi albo naprzemiennie „strząsanie” nóg przy zajęciu stabilnej pozycji (np. opierając się o stabilny fotel lub parapet). Dobrym rozluźnieniem dla całego ciała są także podstawowe ćwiczenia oddechowo-relaksacyjne, np. wykonywanie głębokich i spokojnych oddechów, leżąc wygodnie na wznak – możemy przy tym puścić osobie starszej odprężającą muzykę, dodatkowo wprowadzając w ten sposób element muzykoterapii. Bardziej szczegółowy opis ćwiczeń relaksacyjnych znajduje się w rozdziale *Umysł i ciało pod opieką*, s. 403.

Jeżeli senior ma problemy z poruszaniem się, zaleca się także częste wykonywanie elementów masażu – delikatne głaskanie i rozcieranie napiętych partii ciała. Warto przy tym pamiętać, że ręce i nogi masujemy zawsze w kierunku tułowia, wzdłuż włókien mięśniowych, stosując rozgrzaną w dłoniach oliwkę do ciała (Kasperczyk i in., 2003; Prochowicz, 2000; Zborowski, 2004).

Zorganizowane zajęcia sportowe

Poza ćwiczeniami w domu osoby starsze zainteresować można grupami ćwiczeniowymi dla seniorów organizowanymi w coraz większej liczbie klubów, ośrodków sportowych i Uniwersytetów Trzeciego Wieku. W ich ofercie znaleźć można klasyczną gimnastykę

oraz ciesząc się coraz większym zainteresowaniem wśród osób starszych chińską gimnastykę Tai Chi, jogę, pilates, wodny aerobik czy plenerową grę w bule. Uczęszczanie na zajęcia sportowe w klubach przynieść może dodatkową korzyść w postaci kontaktów z innymi ludźmi, budowania poczucia więzi grupowej czy możliwości porównania własnej sprawności z kondycją innych. Pozytywne doświadczenia związane z aktywnością fizyczną poprawiają także ogólne samopoczucie osób starszych (Fosgen, 1998). Niestety zajęcia sportowe dla seniorów zazwyczaj kierowane są obecnie jedynie do osób mieszcących się w przedziale wiekowym 60–70 lat. Jednakże gimnastyka w różnych formach coraz częściej jest także organizowana dla starszych rezydentów wielu domów spokojnej starości.

Konsultacja aktywności fizycznej z lekarzem

Dla większości osób starszych taka aktywność fizyczna, jak rażny marsz, jazda na rowerze, pływanie czy praca w ogrodzie jest bezpieczna, szczególnie kiedy wysiłek narasta stopniowo. W kwestii zaplanowania odpowiednich ćwiczeń należy jednak skonsultować się z lekarzem wtedy gdy osoba starsza:

- nie przywykła do wysiłku fizycznego,
- cierpi na przewlekłą chorobę, np. chorobę układu krążenia lub cukrzycę,
- obserwuje u siebie pojawienie się jakiegokolwiek nowego symptomu, o którym lekarz prowadzący nie wie, a w szczególności:
 - zawrotów głowy,
 - płytkiego oddechu,
 - bólu lub napięcia klatki piersiowej,
 - uczucia, że serce „przeskakuje” lub bije zbyt mocno,
 - nieplanowanego spadku wagi,
 - trudno gojących się ran na stopach lub kostkach,
 - opuchlizny stawów,
 - krwawiczej lub oderwanej siatkówki oka,
 - przepukliny,
- niedawno przeżyła operację oka lub leczenie laserem, operację biodra itp.

(według National Institute on Aging, 2006)

Reaktywizacja osoby starszej

Wiele osób starszych zaczyna korzystać z pomocy rodziny lub profesjonalnych opiekunów dopiero wtedy gdy są już w znacznym stopniu niesamodzielni, osłabieni i od dłuższego czasu coraz bardziej ograniczają swoją aktywność fizyczną. W takiej sytuacji samo wprowadzenie ćwiczeń mających na celu poprawę mobilności i sprawności seniora nie będzie wystarczającą ani bezpieczną interwencją. Niezbędne jest wtedy odpowiednie dopasowanie otoczenia osoby starszej do jej potrzeb.

Jedną z głównych przyczyn znacznego ograniczenia lub zaniechania aktywności fizycznej przez osoby starsze jest lęk przed upadkiem w trakcie wykonywania codziennych czynności. Lęk ten nie jest nieuzasadniony. Badania epidemiologiczne wskazują,

iż do upadków seniorów dochodzi najczęściej w domu (głównie w łazience, sypialni i w kuchni), między godz. 22.00 a 10.00, podczas wykonywania takich czynności, jak wstawanie, siadanie, pochylanie się, chodzenie czy wchodzenie lub wychodzenie z wanny (Wieczorkowska-Tobis, 2007). Wyłączenie osoby starszej ze wszelkich czynności i unieruchomienie jej z obawy przed upadkami wydawać się zatem może logicznym i najlepszym rozwiązaniem. Postępowanie takie, zazwyczaj wynikające z głębokiej troski o bezpieczeństwo seniora, jest jednak rozwiązaniem całkowicie błędnym. Utrzymywanie aktywności fizycznej pozwalające na zwiększenie siły mięśni i wzrost sprawności ma bowiem ogromne znaczenie w zapobieganiu upadkom. Mobilizując seniora do zwiększenia aktywności fizycznej, należy jednak pamiętać o wyeliminowaniu jak największej liczby podnoszących ryzyko ich wystąpienia przeszkód środowiskowych. Szczegółowe informacje na ten temat znajdują się w rozdziale *Poradnik* w punkcie *Zapobieganie upadkom i złamaniom* (s. 385).

Drugą obok lęku przed upadkami przyczyną zaniechania aktywności fizycznej stać się mogą wynikające ze zmian towarzyszących procesowi starzenia trudności pojawiające się przy wykonywaniu codziennych czynności. Kłopoty z samodzielnym myciem oraz ubieraniem się, trafeniem kluczem w dziurkę w zamku, krojeniem chleba, utrzymaniem sztućców czy ogólnie z poruszaniem się prowadzić mogą do frustracji, rezygnacji, wycofania się, zaniechania tych i podobnych czynności oraz przedwczesnego zdania się jedynie na pomoc innych osób. W podjęciu zaniechanej aktywności fizycznej pomoże zapewnienie osobie starszej różnego typu sprzętów ułatwiających samodzielność. Na polskim rynku, a w szczególności w ofercie sklepów internetowych, urządzenia takie są coraz łatwiej dostępne. Warto jest się nimi zainteresować nawet wtedy, gdy sytuacja finansowa nie pozwala nam na ich zakup – w sklepach podpatrzeć można wiele ciekawych rozwiązań, a niektóre sprzęty wykonać samodzielnie w domu. Przykładami urządzeń wspierających samodzielność są:

- ułatwiające **ubieranie się** przyrządy do zdejmowania butów, długie łyżki do butów, przyrządy do zakładania skarpet i pończoch bez konieczności schylania się czy urządzenia do zapinania biustonosza jedną ręką,
- zapewniające bezpieczeństwo i wygodę w czasie **sprzątania** chwytaki pozwalające na podnoszenie przedmiotów z podłogi bez schylania się lub zdejmowanie ich z wyższych półek bez konieczności wchodzenia na krzesło, zestawy zmiotek i szufelek na długiej ręczce,
- ułatwiające samodzielne **przyrządzanie i wygodne spożywanie posiłków** narzędzia kuchenne z ergonomicznymi uchwytami, sztućce z grubymi rączkami i plastikowe obrzeża na talerz, ułatwiające nabieranie potraw na widelec bez użycia noża,
- pozwalające na bezpieczne i wygodne **korzystanie z toalety i mycie się** przytwierdzone do ścian uchwyty, maty i samoprzylepne paski antypoślizgowe, ławeczki i taborety wannowe czy prysznicowe, ułatwiające siadanie i wstawanie podwyższające nakładki na toaletę czy gąbki do mycia ciała na przedłużonej ręczce,
- umożliwiające bezpieczne i sprawne **poruszanie się** balkoniki i chodziki, które mogą być dodatkowo wyposażone np. w kosz na zakupy.

Odzyskana dzięki korzystaniu z takich sprzętów niezależność często stanowi stymulację do samodzielnego podejmowania coraz szerszej aktywności fizycznej przez seniora. Przynosi to pozytywne efekty tak w wymiarze biologicznym, jako że codzienna aktywność jest formą wzmacniających ćwiczeń fizycznych, jak i na poziomie psychicznym, ponieważ poprawia samopoczucie, daje poczucie kontroli i buduje wiarę w siebie oraz swoje na nowo odzyskane możliwości. Niekiedy trudne może okazać się jednak samo przekonanie osoby starszej do korzystania z tego typu urządzeń. Problem ten omówiono w *Poradniku*, w punkcie *W jaki sposób przekonać osobę starszą do korzystania z chodzika?* (s. 387).

Oddychanie

Następujący z wiekiem wzrost sztywności klatki piersiowej, osłabienie i utrata masy mięśni oddechowych oraz stopniowe zmniejszanie powierzchni pęcherzykowej płuc (Niżankowska-Mogilnicka, 2007) prowadzi do zmniejszenia absorpcji tlenu przez układ oddechowy i ograniczenia wydolności oddechowej (Fosgen, 1998; Stuart-Hamilton, 2006). Wiążące się z tym obniżenie tolerancji wysiłku przyczynić się może do znacznego ograniczenia aktywności seniora. Konsekwencje tych zmian należy zatem niwelować poprzez odpowiednie postępowanie.

- **Ćwiczenia oddechowe.** Regularnie proponuj osobie starszej ćwiczenia oddechowe:
 - poproś, aby usiadła wyprostowana i wykonywała wdech przez nos, licząc do dwóch, a następnie wydech przez ściągnięte usta, odliczając do czterech (w taki sposób jak przy dmuchaniu świeczek lub z wymawianiem spółgłosek s albo z) (Garvey, 2001),
 - poproś, aby usiadła z rękami splecionymi na karku i powoli licząc w myślach do trzech, wykonywała wdech, cofając łokcie za głowę i uwypuklając przy tym klatkę piersiową, a następnie, garbiąc się i ściągając łokcie do przodu, długi i spokojny wydech przy odliczaniu do czterech (Radosławski i Skolimowski, 2003).

Dla uzyskania najlepszych efektów ćwiczenia takie należy powtarzać przynajmniej cztery razy dziennie przez dziesięć oddechów (Garvey, 2001).

- **Aktywność na świeżym powietrzu.** Spędzaj z osobą starszą czas na świeżym powietrzu. Spacerowanie stanowi zarówno ogólną gimnastykę, jak i zapewniają dostęp do powietrza świeższego niż to w zamkniętych pomieszczeniach.
- **Dostęp do świeżego powietrza w domu.** Często wietrz mieszkanie osoby starszej. Wielu seniorów skarży się na chłód i sprzeciwia otwieraniu okien. Zaproś osobę starszą do innego pokoju na czas wietrzenia, a w przypadku osób unieruchomionych w łóżku – zakryj je ciepłym kocem lub kołdrą i zajmij rozmową. Nie wietrz pomieszczeń bezpośrednio przed myciem lub przebieraniem osoby starszej.