

ZNAČILNOSTI STAROSTNIKA, POMEMBNE PRI IZVAJANJU ZDRAVSTVENE NEGE

mag. Danica Železnik, prof. zdr. vzg.

Visoka zdravstvena šola, Univerza v Mariboru

Uvod

Za starost in staranje lahko rečemo, da sta relativna pojma, saj sta dokaj odvisna od osebnosti in širšega okolja; stari ljudje lahko enako starost doživljajo in občutijo drugače, pa tudi drugi ljudje opažajo, da so spremembe med enako starimi pri različnih ljudeh različne.

Nasploh se danes doma in v svetu vedno več pozornosti posveča življenjskim razmeram starega človeka ter njegovemu zdravstvenemu stanju, kar pa sproža vedno nove in nove probleme, ki jih skoraj povsod povzroča pojav hitrega staranja prebivalstva.

Zaradi staranja prebivalstva je vse več ljudi, ki potrebujejo zdravstveno nego in sicer tako v ustanovah, kakor tudi v domačem okolju.

Tudi Slovenija hitro prehaja v kategorijo držav, v katerih je staranje prebivalstva čedalje bolj pereč problem. Vedno daljša povprečna življenjska doba s povečanjem števila starih ljudi je posledica splošnega napredka, boljših življenjskih razmer in napredka zdravstvenega varstva.

Slovenija se je pridružila evropskim državam, v katerih izrazito narašča število ljudi, starih nad 65 let. Če pogledamo leta nazaj, so bili ljudje te starosti velika izjema, prav tako kakor danes stoletniki. Pomikanje starostne meje navzgor pogojujejo: kakovostnejše zdravstveno stanje prebivalstva, spremembe v načinu življenja, moderno zdravljenje, zdravstvena nega in rehabilitacija bolnikov, varovanje okolja in razvoj preventivne dejavnosti v okviru zdravstvene vzgoje ljudi.

V Sloveniji, kakor po vsej Evropi, smo priča demografskemu neravnotežju. Število mladih se v primerjavi s starejšimi manjša. Zaradi tega vsesplošnega pojava naj bi se ljudje že v rani mladosti zavedali, da ima v starosti pomembno vlogo pri ohranjanju zdravja predvsem aktivnost (Rogelj, 1999).

Stari ljudje naj bi ostali čim dlje dejavni, skrbeli naj bi sami zase in živeli v okviru svoje družine. Prav zaradi fizične oslabelosti postane starejši človek manj samostojen, počuti se manj varnega, istočasno pa se zmanjšata tudi dostopnost do prijateljev in znancev.

Socialno in zdravstveno varstvo ima prav pri tej populaciji največji pomen.

Zdravo vedenje v starosti

Zdravo vedenje so vsa prizadevanja človeka, da bi ostal zdrav oziroma da bi se varoval pred boleznimi. Sestoji iz dveh delov:

1. iz zdravega načina življenja, ki ni odvisen od zdravstvenih delavcev (njegove kazalnike spremljamo na ravni skupnosti – nekateri med njimi so stanje prehranjenosti, uravnoteženost prehrane, telesna aktivnost, kajenje, poraba alkohola)
in
2. iz preventivne dejavnosti – stik z zdravstvenimi delavci za zmanjšanje nevarnosti bolezni (včasih je bila ta dejavnost pri nas skoraj izključno družbena skrb, danes postaja vse bolj odvisna od možnosti in odločitve posameznika).

Vedenje bolnih starostnikov pa so vsa tista prizadevanja posameznika, da bi svojo bolezen prepoznal in ozdravel. Tudi to vedenje sestavljata dva dela:

1. samooskrba
in
2. uporaba zdravstvene mreže: nanjo vplivajo poleg potreb (zdravstveno stanje in prizadetost) zlasti spol, starost, kulturno okolje in socialno-ekonomski status (dohodek, izobrazba in poklic) ter dostopnost zdravstvene mreže (geografska, ekonomska in kulturna). Vse to upoštevajo modeli, ki napovedujejo, kolikšno bo iskanje zdravstvenih storitev.

Nadzor pa nam omogoča sodobna tehnologija. Na zahodu v povezavi s starejšimi ljudmi vse bolj pogosto govorijo o t. i. »smart houses«. Pri tem gre za uporabo sodobne tehnologije in tehničnih rešitev v stanovanju, kjer biva starejša ali invalidna oseba.

Samooskrba

Ko se medicinska sestra sreča s starostnikom, najprej določi njegove sposobnosti, njegove morebitne omejitve glede neposredne zdravstvene nege (umivanje, oblačenje, hranjenje, odvajanje) in ugotovi njegove sposobnosti gospodinjskih opravil (nakupovanje, kuhanje, gospodinjstvo, socializacija).

Zdravstvena nega je načrtovana glede na njegove potrebe in sposobnosti. Vprašanje pa je, ali je to vse, kar starostnik potrebuje. Preveriti je potrebno, ali ima starostnik pomoč samo toliko časa, kot jo potrebuje, ko lahko sam izvaja določeno aktivnost, ali nastopijo težave, ko odkloni pomoč, ali pomoč zahteva, ko je več ne potrebuje.

Težave pri uvajanju samooskrbe se pojavijo velikokrat pri bolnem starostniku.

Bolan starostnik se navadi svoje podrejene vloge pri zdravstveni negi in če ga medicinska sestra ne spodbuja, opusti poskuse, da bi razkril svoje možnosti v zvezi s skrbjo zase.

Sorodniki in zelo pogosto tudi medicinske sestre imajo velike težave, ko morajo ostati v ozadju in opazovati poskuse, ko se starostnik skuša na primer sam obriti ali obleči.

V večini primerov posredujejo prežgodaj in tako oropajo starejšega bolnika doživljanja lastnega napredka in uspeha.

Kakorkoli je omejena samostojnost, je potrebno krepiti čut za lastno rednost. To je še posebej pomembno, ko je starostnik v svojem domačem okolju, kjer je to vitalnega pomena. Dobro motiviran starostnik lahko prenese velike krize pri samooskrbi. Realno postavljeni negovalni cilji z obstoječo motivacijo in s spodbujanjem so cena za uspeh. Veliko težje je z nemotiviranimi ali s slabo motiviranimi starejšimi bolniki. Ne smemo jih takoj označiti, češ da nočejo sodelovati, vsak napor pelje k boljši zdravstveni negi. Za tako stanje lahko ostaja zdravstveni razlog - depresija, posledica možganske kapi, infekcije ali srčne bolezni.

Ker je bila izguba samooskrbe prisotna že pred boleznijo, je izboljševanje majhno. Ko pa se starostnik vrne v znano domače okolje, ki mu nudi podporo, je učinek bistveno boljši.

Ko ugotovimo problem in ga analiziramo, je možna postopna rešitev, motivacija pri tem pa zelo pomaga (Garret, 1983).

Dorothea Orem je razkrila teorijo zdravstvene nege, ki jo je imenovala model samooskrbe. Samooskrbo opredeljuje kot hoteno aktivnost, ki jo človek izvaja za vzdrževanje življenja, zdravja in razvijanja lastne osebnosti.

Če posameznik ni sposoben obvladati dodatnih zahtev, se pojavi potreba po zdravstveni negi. Sledi postavljanje negovalnih ciljev in izvajanje negovalnih intervencij. Končni cilj pa je vzpostavitev ravnovesja med zahtevami in sposobnostmi posameznika.

Človek je tisti, ki spreminja oblike samooskrbe, na to pa vplivajo vzgoja, izobraževanje, nadzor in izkušnje (Aggleton, 1985).

V prvi vrsti je **edukacija pri starostnikih svetovanje**, nato se osredotočimo na praktični vidik poučevanja. Povečujemo znanje, ki ga starostnik potrebuje za prilagoditev na spremenjeno zdravstveno stanje, obvladovanje nezmožnosti za določena opravila, poučevanje o spremembi osnovnih življenjskih navad, in vplivamo nanj z omogočanjem psihične podpore (Katz, 1995).

Prvi korak v strategiji poučevanja je ugotavljanje pripravljenosti za učenje.

Starostnikove potrebe, ki izhajajo iz njegove nezmožnosti, in obvladovanje le-teh so osnova za programiranje učnega procesa. Nekateri starostniki v resnici niso zainteresirani za učenje: zahtevajo podporo in nadzor nad svojo nezmožnostjo. Veliko starejših ljudi se prilagodi, vendar mnogi z veliko porabo časa, posebno, ko je spremenjena podoba telesa ali ko je spremenjen socialni status. Svojci so morda

utrujeni ali zmedeni po dolgotrajni dobi negovanja ali v velikem stresu in se niso sposobni odzvati na učenje novih spretnosti.

Ravnanje s stomo ali dajanje injekcije je lahko čisto preprosto, vendar ne za vse ljudi. Medicinska sestra ne sme vedno pričakovati, da se svojci naučijo postopka in ne sme jih obsojati. Dati jim mora spodbujevalne napotke, ki jih lahko razumejo ali izvedejo.

Zelo pomembno je, koliko je starostnik sposoben za učenje. Pomemben dejavnik pri tem sta izobrazba in zanimanje za problem. Trenutna kondicija bolnega starostnika omejuje v fizični aktivnosti (na primer možganska kap)..

Kot navaja Hoyer (1995), morajo biti starostniki vedno enakopravni pri učenju, nikoli jih ne smemo ponižati ali od njih zahtevati pasivnosti.

Šušteršič (1997) trdi, da medicinska sestra z zdravstveno nego lahko vpliva na dejavnike kakovosti življenja starostnikov: medsebojni odnosi v družini, socialni stiki, finančno stanje, pomoč na domu, zdravstveno stanje, mentalno zdravje, prehranjevanje, komunikacija, gibljivost in varnost.

Samooskrba pri starostnikih ni popolnoma neodvisna od zdravstvenih delavcev. Starostniki namreč skrbijo sami zase v skladu z medicinskimi in s socialnimi normami, z vrednotami in s pogledi (Cocherman, 1996).

Z večanjem življenjske dobe se povečuje tudi število tistih starih oseb, ki imajo določeno bolezen ali prizadetost, ki jih ovira pri opravljanju dnevnih aktivnosti pri samooskrbi v domačem okolju.

Zaradi omejitev pri gibanju so stari ljudje pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti vse bolj odvisni od drugih in sčasoma niso več sposobni samostojnega življenja.

Starejši ljudje nimajo samo težav z gibanjem, temveč tudi številne druge težave, ki jim otežkočajo ali onemogočajo samostojno življenje. To so težave, povezane s slabšim spominom, z raztresenostjo, s pozabljivostjo, s slabšo prostorsko in časovno orientacijo itd. Ohranjene gibalne sposobnosti niso dovolj za samostojno življenje, če jih spremljajo našteje težave. Če take osebe živijo same, potrebujejo povečan nadzor.

Posledica zmanjšanih gibalnih sposobnosti pri starejših ljudeh kaže tudi na socialnem področju. Zaradi težav, povezanih z gibanjem, se stari ljudje manj vključujejo v svoje socialno okolje in postajajo vse bolj izolirani. Sodobna tehnologija pa tudi na tem področju prinaša številne olajšave in rešitve. V veliko pomoč pri vzdrževanju socialnih kontaktov je že telefon; posebno prednost pa predstavlja mobilna telefonija. Tudi telefoni imajo številne možnosti prilagajanj samega aparata in različne načine klicanja.

Spremembe v starosti

Stari ljudje so zaradi sprememb, ki jih prinaša starost, izpostavljeni različnim zdravstvenim in socialnim težavam, ki so zlasti:

- pešanje fizične in duševne sposobnosti,
- večje možnosti za razvoj akutnih in kroničnih bolezni,
- ovirano opravljanje gospodinjskih del in drugih opravil,
- prisotnost osamljenosti, ki jo še poglobi morebitna izguba partnerja,
- socialna izolacija,
- neurejeni odnosi v družini zaradi razkoraka generacij,
- večje potrebe po bolnišničnem zdravljenju,
- zlorabe in izkoriščanje starih ljudi

(Ramovš, 1995).

DEJAVNIKI BOLNEGA STARANJA

Na rizične dejavnike nastanka odvisnosti starih ljudi od tuje pomoči in zdravstvene nege vplivajo:

1. Stanje zobovja:

- neredna higiena zob in
- zobovja,
- nezdravo (karies) zobovje,
- brezzobost.

2. Motnje čutil:

- vid,
- sluh,
- voh,
- otip,
- okus.

3. Izpostavljanje zunanjim vplivom:

- mraz in vlažnost,
- prepih in vibracija,

- hitre vremenske spremembe,
- onesnažen zrak,
- izpostavljanje prehitremu naporu.

4. Slaba osebna higiena in nehigiena okolja:

- osebna neurejenost-neredno kopanje/tuširanje,
- neurejeni nohti na rokah in nogah,
- neurejeno okolje bivanja,
- neurejena in neudobna oblačila in obutev.

5. Nezdravljeno povečanje arterijskega krvnega tlaka:

- možganska kap,
- srčna kap,
- občasne cirkulacijske motnje.

6. Debelost, podhranjenost in nepravilen vnos hrane:

- dnevni vnos hrane do 1700 kcal,
- premastna hrana,
- indeks telesne mase nad 30=debelost,
- indeks telesne mase pod 18,5=podhranjenost,
- pomanjkanje rib, sadja in zelenjave,
- pomanjkanje vitaminov in mineralov,
- pomanjkanje beljakovin,
- pomanjkanje tekočine,
- dnevno prevelik vnos soli in sladkorja.

7. Psihične spremembe:

- osamljenost,
- zaprtost vase in nekomunikativnost,
- občutek zavrženosti in nekoristnosti,
- depresija in ostale psihične motnje,
- nezanimanje za nova spoznanja,
- nezanimanje za mlade in starejše,
- psihična neaktivnost,
- nesprejemanje delovne terapije.

8. Kajenje, alkoholizem in druge odvisnosti:

- kadilci,
- pasivno kajenje,
- odvisnost od opojnih in
- drugih drog,
- več kot 1 dcl vina dnevno,
- odvisnost od alkohola,
- odvisnost od zdravil.

9. Telesne motnje:

- slabokrvnost,
- povišan krvni sladkor,
- zaprtje,
- močenje,
- močenje z naporom,
- beljakovine v urinu,
- povečan slab holesterol in
- trigliceridi (maščobe) v krvi.

10. Kile-izpad organov

11. Telesna neaktivnost:

- poležavanje,
- nezadostno gibanje,
- dolgotrajno sedenje pred TV
- in računalnikom,
- dolgotrajno zadrževanje v
- zaprtem prostoru,
- osteoporoza, zlomi kosti,
- razjede zaradi pritiska,

12. Nespoštovanje predpisov zdravljenja in navodil zdravnika:

- nekorisčenje pripomočkov in izogibanje le-tem pripomočkom (plenice za starejše, bergle, palice, hodulje)

13. Nepravilno doziranje zdravil:

- istočasno jemanje več vrst zdravil,
- neupoštevanje navodil zdravnika.

Vedeti moramo:

V naši družbi bo vedno več starejših ljudi.

Ti ljudje pa:

- se bodo starali kakšnih deset ali dvajset let dlje,
- bodo bolj izobraženi kot pred leti,
- bodo imeli drugačno življenje kot starejši, ki jih poznamo,
- bodo imeli drugačne potrebe kot starejši, ki danes bivajo v naših domovih za starejše občane.

Imeli bodo drugačne potrebe, drugačne zahteve:

- želeli bodo ostati v lastnem domu in imeti samo zdravstveno nego na domu,
- hoteli bodo imeti možnosti do lastne izbire vrste varstva in izvajalca varstva,
- kadar bodo potrebovali varstvo v zavodu, bodo hoteli enoposteljno sobo,
- četudi bodo živeli v domu, se bodo odločali sami.

Staranje je normalno biološko dogajanje, ki ga doživi vsako živo bitje. Človekovo staranje ima mnogo bioloških, pa tudi socialnih, družbenih in ekonomskih značilnosti. Poteki bolezni so v starosti svojevrstni, obolevanje starostnikov pa je pogostejše. Z daljšanjem pričakovane življenjske dobe narašča tudi število starostnikov.

Medicinska sestra obravnava starostnika individualno in celostno, s psihofizičnega in socialnega vidika, skupaj z njegovo družino in s širšim okoljem. Starostnika zajame po načrtu, po naročilu ali slučajnostjo.

Zaključek

Upamo, da bomo dočakali visoko starost in da bomo takrat, ko bo to potrebno, bili deležni kakovostne zdravstvene nege, ki nam jo bo lahko nudila le dobro strokovno usposobljena medicinska sestra.

Ko govorimo o razvoju zdravstvene nege za starejše, govorimo tudi o lastni prihodnosti. Vsakdo si želi svoje življenje preživeti kot samostojen človek, ki ga spoštuje družina, sosedje, družba... In vsi si želimo živeti dostojanstveno, da nas ljudje okrog nas spoštujejo.

Viri in literatura:

1. Abbey A, Andrews F. Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research* 1985; 16:1 - 34.
2. Aggleton P, Chalmers H. Models and theories. *Nursing time* 1985; 2: 36 - 38.
3. Allardt, E. (1993) *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research*. V: M. Nussbam, A. Sen (ur.) *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
4. Andersson M, Gottfries C. Nursing home care: Factors influencing the quality of life in a restricted situation. *Aging* 1991; 3: 229 - 39.
5. Cocheran W. Health behaviour. Illness behaviour. In: *Medical sociology*, 6th ed. New Jersey: University of Alabama in Birmingham, 1996; 89 - 132.
6. Krach P, DeVaney S, DeTurk C, Zink MH. *J Adv Nurs* 1996 Sept; 24(3):456-64. Functional status of the oldest-old in a home setting.
7. Gosman-Hedstrom G, Aniansson A, Persson GB:ADL-reduction and need for technical aids among 70-year-olds. From the population study of 70-year-olds in Goteborg. *Compr Gerontol (B)*. 1998 ;2(1):16-23.
8. Jee M, Or Z. health outcomes in OECD countries:a framework of health indicators for outcome-oriented policymaking. *Labour market and social policy*. Occasional papers No. 36. DEELSA/ELSA/WD(98)7:14.
9. *Firis* 2000;8(10).
10. Strategy Project: Strategy development Programme of Homes for the Elderly in Slovenia. Ljubljana, 1999.