

Józef KOCEMBA

„Opieka zdrowotna w kontekście starzenia się ludności. Kluczowa rola lekarza pierwszego kontaktu w opiece nad osobami starszymi.”

S t r e s z c z e n i e

Narodziny otwierają czas ontogenezy człowieka złożonej z: młodości (0 do ok. – 30 lat), dojrzałości (30-59), oraz starości (60 – aż do zgonu) dzielonej na: a) starość wczesną (60-74), pośrednią lub pełną (75-89) i starość późną – powyżej 90 r. ż. - aż do limitu wyznaczanego przez gatunkowy MLS (*maximum life span*) (maksymalną długość życia) wynoszącą u człowieka około 115 lat. Starzenie się - jako dynamiczny, bardzo złożony proces (począwszy od ok. 30 r. ż.) wywołują: 1.- zakodowany plan ontogenezy (ze starzeniem włącznie), 2.- metabolizm własny organizmu, a modyfikują starzenie : 1.- czynniki środowiskowe, 2.- schorzenia i poziom sprawności funkcjonalnej, 3.- warunki socjalno-społeczne, oraz 4.- obciążenia psychiczne. Starzenie wyraża się zmianami a) w strukturze organizmów i b) w zakresie podstawowych atrybutów materii ożywionej (metabolizm, adaptacyjność z obronnością, autoodnowa).

Istotną cechą starzenia się człowieka jest jego dwuwymiarowość: starzenie populacyjne i starzenie osobnicze. Jako kryteria starości populacyjnej (demograficznej) przyjmuje się :

1.- przeciętną długość życia, 2.- przeciętne dalsze trwanie życia (powyżej 60 lat) a przede wszystkim wielkość frakcji (%) osób po 60 r. ż. (kryterium WHO).

Wymienione wskaźniki plasują Polskę w środkowych rejonach wykazów europejskich i w przedziale społeczeństw już demograficznie bardzo starych.

Właśnie w aspekcie tej starości demograficznej musimy pamiętać o 6.5 milionowej liczbie osób starszych w Polsce, o znacznej feminizacji w tej grupie - aż do wskaźnika 228 kobiet na 100 mężczyzn w przedziale powyżej 80 r. życia, o ogromnej dynamice starzenia się populacyjnego Polski w minionym półwieczu (wzrost frakcji o 100% - od 8.5% w 1955 do 16.7% obecnie), oraz o ostrzegających prognozach w tym względzie na najbliższe 50 lat.

O wielkości aktualnych i przyszłościowych zadań w dziedzinie ochrony zdrowia decydują nie tylko aspekty populacyjne, ale też indywidualne w tym względzie potrzeby seniorów. Osobnicze starzenie się człowieka przebiega w trzech podstawowych płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej a także socjalno-społecznej, przy czym największy wpływ na jakość życia ma zachowanie zdrowia i sprawności funkcjonalnej. Stopień zaawansowania osobniczej starości można oceniać według: samopoczucia, wyglądu zewnętrznego, tzw. wieku biologicznego, wieku sprawnościowego oraz wieku kalendarzowego. Biologiczne, strukturalne zmiany starcze mają zdecydowanie inwolucyjny, wsteczny charakter (apoptoza, zaniki, zwyrodnienia) i chociaż są w swej istocie czymś planowanym i „fizjologicznym” to jednak w praktycznym znaczeniu ujawnia się ich patologiczny charakter. Starzenie jest silnym czynnikiem zwiększonego zagrożenia chorobowego a związane z tym okresem życia schorzenia mają odmienną charakterystykę kliniczną. Odmienność chorowania seniorów wywodzi się z przewagi w tym wieku chorób dla starości swoistych („Of Aging”) bądź chorób o wyraźnie odmiennym przebiegu („geriatryczne warianty schorzeń”) niż u osób młodszych (In Aging). Niemalą udział ma w tym obrazie także czynnik epidemiologiczny. Systematyczne narastanie z wiekiem zapadalności na choroby układu sercowo naczyniowego, choroby metaboliczne i układu ruchu powodują, że w Polsce wg badań GUS-u osoby po 60 roku życia stwierdzamy przeciętnie 3.8 schorzenia o przewlekłym charakterze. Także stany ostre jak udary mózgowie są zależne od wieku, co się wyraża tysiąckrotnym wzrostem wskaźnika rocznej zapadalności między 3 i 4 dekadą wieku populacji a osobami powyżej 80 r. życia – odpowiednio z 1 udaru rocznie na 30.000 ludności (w 3 i 4 dekadzie) do 1 udaru na 30 osób – po 80-m r. życia. Niesprawność ruchowa, sylwetka psychologiczna seniorów, postawy wobec choroby własnej, sytuacja ekonomiczno społeczna i inne są dalszymi uwarunkowaniami odmiennego, niekorzystnie przy tym rokującego

chorowania w starości. Tymczasem „Omnes beatam vitam vivere volunt” i od instytucji ochrony zdrowia oczekują efektywnej w tym względzie pomocy.

W najbardziej odpowiedni sposób pomoc taką zapewnić mogą pracownicy POZ, gdyż to właśnie lekarz pierwszego kontaktu posiada liczne atuty wśród których niebagatelną rolę odgrywają: stała obecność wśród podopiecznych, wcześniejsza znajomość chorego i jego warunków środowiskowych, tryb pracy zapewniający stabilność (jednoosobowość opieki medycznej. Może on także liczyć na efektywność zapobiegania, w którym jest osobiście zainteresowany oraz na skuteczność edukacji, która może mu zmniejszyć obciążenie nadmiarem obowiązków. Ważnymi walorami lekarzy pierwszego kontaktu może być całościowe holistyczne rozwiązywanie problemów osób starszych pod warunkiem odpowiedniego przygotowania zawodowego i etycznego.