

ЗДРАВНО И РОЛЕВО ФУНКЦИОНИРАНЕ В НАПРЕДНАЛА ВЪЗРАСТ

Лора Георгиева

*Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването,
Медицински университет – Варна*

HEALTH AND ROLE FUNCTIONING IN ADVANCED AGE

Lora Georgieva

*Department of Social Medicine and Healthcare Organization, Faculty of Public Health,
Medical University of Varna*

РЕЗЮМЕ

Старееето е естествен процес в индивидуалното развитие на човека. С напредването на възрастта се променя както здравният статус, така и социалните позиции. Настоящата разработка разглежда основни аспекти на жизненото функциониране на лицата на възраст 65 и повече години, които взаимно си влияят: функционална дееспособност, наличие на болка, психично здраве, социална роля. Промените във физическия, психичния и когнитивния статус, които нарушават функционирането, трябва да се зачитат при ежедневното общуване с възрастните хора, още повече ако те са зависими от чужда помощ. Социалната подкрепа е решаваща не само за получаване на необходимите грижи, но и за запазване на самоуважението на възрастния човек и неговото желание за живот.

Ключови думи: старееене, възрастни хора, функционална дееспособност, социална роля

ABSTRACT

Ageing is a natural process in the individual development of a human being. The health status as well as social positions change with the progression of age. This paper analyses the main aspects of life functioning of people aged 65 years and over that influence each other: functional ability, presence of pain, mental health, and social role. The changes in physical, mental and cognitive status, which disturb the functioning, should be respected in daily dealings with elderly people, even more if they are dependent on assistance. Social support is crucial not only for receiving the needed care but also for keeping self-esteem of the elderly person and his/her will to live.

Keywords: ageing, elderly people, functional ability, social role

УВОД

Стареенето е естествен процес в индивидуалното развитие на човека. На популационно ниво критерий за застаряване е относителният дял на населението над 60 или над 65-годишна възраст. Възрастовата граница, която се избира за такава категоризация, е условна и зависи от средната продължителност на живота. Според Cornoni-Huntley et al. (1985) лицата на възраст между 65 и 75 години като цяло са със запазена независимост, част от тях продължават да работят, техните здравни проблеми са по-лесно управляеми, здравният статус и активността им са много по-близо до предходната декада, поради което могат да бъдат наричани „младите стари“ (young old). Лицата между 75 и 85 години имат повече медицински проблеми и се нуждаят от по-голяма помощ, поради което могат да се нарекат „старите стари“ (old old). Тези над 85-годишна възраст са най-уязвими и могат да се нарекат „най-стари“ (oldest old) (6).

В съвременната научна литература за лицата на възраст 65 и повече години се използва определението *elderly*. Обосновката е, че точна граница за старост не може да бъде дефинирана, продължителността на човешкия живот в глобален мащаб непрекъснато се увеличава, а етикетът „стар“ е обиден. Британският медицински научноизследователски съвет определя като *elderly* лицата на възраст 65 години и повече, а след 65-та година не се прави квалифициране на възрастовите групи (16).

Европейската комисия означава като *elderly* лицата на възраст 65-79 години, а тези на възраст 80 и повече години като *frail elderly* (8).

В български превод *elderly* означава възрастен или възраст. Думата *adult* също се превежда като възрастен, но в смисъл на пълнолетен или зрял. Поради посочените причини за утвърждаване на определението *elderly* в света и необходимостта от хармонизиране на терминологията, въпреки че процесът на напредване на хронологичната възраст се нарича „стареене“, коректното определение за лицата на 65 и повече години е „възрастни“.

Изследователите на стареенето твърдят, че 100-120 години живот не е предел за човешкия организъм. Знаменитият руски учен Иля Мечников е считал, че животът може да продължи 160 години. Съвременният среднестатистически жител на планетата живее около 40% по-малко от възможното, защото непрекъснато саботира тази възможност в хода на собствения си живот. Публикуването на данни за дълголетници, за

които има официални записи за рождената дата, е предизвикателно за преосмисляне на поставяните възрастови граници и категорично етиктиране на старостта.

На 21 юни 2011 г., малко преди да навърши 115 години, умира родената на 9 юли 1896 г. Мария Гомес Валентин от Бразилия.

През 2010 г. на 125-годишна възраст умира роденият през 1885 г. Осман Ибрахим Ахмед от Сирия.

Според последното преброяване на българското население от 2011 г. най-възрастният българин е роден през 1900 г., навършил е 111 години и живее в София.

Тези и много други примери показват, че индивид на възраст 60 или 65-годишна възраст не следва да бъде определян като стар, защото всъщност се намира в средата на възможния си жизнен път.

Една от целите на Европейската стратегия „Здраве 21“ е лицата на възраст 65 и повече години да имат възможност да реализират пълния си здравен потенциал и да изпълняват активна социална роля (20).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Настоящата разработка разглежда основните аспекти на здравното и ролевото функциониране на лицата в напреднала възраст. За целта е направен съдържателен анализ на литературни източници и резултати от собствени проучвания.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

С напредването на възрастта се променя както здравният статус, така и социалните позиции. Стареенето на индивидуално ниво се характеризира с отслабване на функциите на редица органи и системи в организма. Най-показателни са намаленото зрение и слух и дегенеративните изменения в опорно-двигателния апарат. Здравните потребности на възрастните хора са свързани с основни аспекти на жизненото функциониране, които взаимно си влияят: функционална дееспособност, наличие на болка и контрол на болката, психичен и когнитивен статус, ролево функциониране.

Функционалната дееспособност с напредване на възрастта постепенно се ограничава. Това рефлектира върху начина на живот с промяна на скоростта, пълноценността и моделите на извършване на базовите и инструменталните дейности от ежедневието, които за дадения индивид са били обичайни в по-ранна възраст:

- базови дейности – обличане / събличане, хранене, преместване от леглото на стола и обратно, къпане, използване на тоалетна, контрол на тазовите резервоари;
- инструментални дейности – приготвяне на храна, извършване на домакинска работа, използване на телефон, пазаруване, използване на обществен транспорт и др.

Намалената дееспособност прави възрастните хора зависими от грижи, от чиято адекватност се определя както еволюцията на заболяванията, така и качеството на ежедневието живот (12). Възстановяването на физическата дееспособност или приспособяването към намалена такава е свързано с условия като медикаментозно лечение, рехабилитация, технически помощни средства и персонални грижи при извършване на базовите и инструменталните ежедневни дейности.

Популярното схващане за здравето като отсъствие на болка е особено валидно в напреднала възраст. В наше проучване сред лица на възраст 65 и повече години се установи, че основен критерий да се чувстват здрави е да не ги боли нищо (1). Наличието на болка е най-стресиращият симптом за възрастните хора (10), който те възприемат като приоритетен. Справянето с болката е комплексен проблем поради физиологичните промени, свързани с остаряването, фармакологични фактори и много слабото участие на възрастовата група над 65 години в научните проучвания за оценка на болката. Възрастните хора често са изключвани от научни проучвания върху скалите за оценка на болката поради когнитивни и сензорни нарушения, повлияващи провеждането на проучванията (например трудно изпълнимо изискване е нивото на болка да се отбележи от възрастния човек графично). Лицата над 65-годишна възраст с някаква степен на сензорно или когнитивно увреждане получават по-малко аналгетици за същото състояние в сравнение с тези с нормален сензорен и когнитивен статус, т.е. те са в риск от подценяване и недостатъчното третиране на болката (17).

Нелекуваната остра болка може да се трансформира в хроничен болков синдром, което още повече затруднява лечението и влошава качеството на живота в дългосрочен план. Медикаментозното овладяване на болката изисква съобразяване на избора и дозировката с физиологичните възрастови промени, индивидуалните характеристики на патологията и другите приемани медикаменти. С напредване на възрастта се понижава нивото на плазмените протеини. При

парентерално прилагане на лекарствено вещество то се придвижва, като се свързва с плазмените протеини. Когато тяхното ниво е ниско, свободното лекарствено вещество се натрупва и може да предизвика нежелани ефекти като респираторна депресия. Лекарственият метаболизъм на възрастния организъм може да бъде нарушен поради отслабената функция на черния дроб. Това може да резултира в натрупване на токсични метаболити и да доведе до органични увреждания. Отслабването на бъбречните функции може да възпрепятства нормалната екскреция. Оценката на чернодробните и бъбречните функции на възрастния пациент е от изключително значение не само за приложението на аналгетиците, но и на всички останали лекарства.

Информирането на възрастните хора и техните близки за рисковете и ползите от определено третиране на болката (медикаментозно и немедикаментозно) улесняват управлението ѝ в домашни условия (4).

Проследяването на психичния статус и неговия когнитивен аспект с напредване на възрастта показва затрудняване на възприятията, отслабване на активното внимание и неговата превключваемост, забавяне на мисловните операции, отслабване на паметта. Засилват се тревожните опасения, особено свързани със собственото здраве или с това на близките. Кумулирането на стресиращи житейски събития (болест, смърт на близък, пенсиониране и др.) може да доведе до развиването на психични разстройства – невротични, депресивни, суицидно поведение и др. Рискът от депресия при възрастните хора нараства при соматични заболявания, които ограничават възможността за нормално физическо функциониране (14). От своя страна симптомите на депресия повишават риска от влошаване на общото здравно състояние (7,13). German et al. (2006) установяват, че депресивната симптоматика е свързана с имунологична дисрегулация (9). Независимо от факта, че честотата на случаите на депресивно разстройство нараства в напреднала възраст, инертното интерпретиране на пониженото настроение като депресия и приемането, че това е естествено присъщо на възрастните хора, е погрешно. Не може да се твърди, че депресията е нормална част от остаряването. Нормални са естествените човешки реакции тъга или мъка като емоционален отговор на загуба (15), а загубите с напредване на възрастта са много: на работа, на финансова сигурност, на социални позиции, на близки и приятели. Намалената функционална дееспособност влияе върху

психичното здраве в посока на депресивна симптоматика (2).

Когнитивните нарушения могат да затруднят възрастния човек в различни аспекти на съществуването му, особено в провеждането на поддържащо лечение (неправилно приемане или неприемане на лекарства). Нарушението на паметта може да предизвика и различни емоционални реакции (потиснатост, страх, вина, чувство на безполезност), които да повлияят негативно върху самото желание за живот.

В течение на живота базовата персоналност (същност) остава забележително стабилна. Лицата в напреднала възраст отбелязват, че истинската им същност (собственото „аз“) се променя твърде малко с възрастта, т.е. същността е неостаряваща. Въпреки относителната стабилност на основните личностови характеристики, с напредване на хронологичната възраст се проявява обръщане на погледа към вътрешния живот и повишено внимание към собствените усещания (18). Наше проучване установи, че независимо от тежестта на общото здравно състояние и степента на физическата недееспособност според лицата на възраст 65 и повече години „душата никога не остарява“, „душата страда, защото не може да приеме физическите ограничения на старостта“ (1).

Изпълняването на активна социална роля формира самочувствие във всяка личност. Ролевото функциониране може да се променя в различна степен (11).

Централно място в ролевото функциониране заема трудовата заетост. Оттеглянето от активна работа (пенсионирането) е придобило гражданственост в разбирането за начало на старостта. Този административен акт причинява драстична промяна в обичайното ролево функциониране, защото се нарушава обичайният ритъм на досегашния живот, ограничават се социалните контакти и намаляват получаваните финансови ресурси. Много възрастни хора продължават да работят и след пенсиониране, при по-ниски натоварвания и облекчен трудов режим. Работата след навършване на пенсионна възраст е характерна предимно за представителите на интелектуалния труд.

Основна ангажираност на възрастния човек в годините след пенсиониране стават грижите за брачния партньор и грижите за най-малките членове на семейството (внуците). Грижещите се за недееспособен съпруг забравят да приемат лекарствата за своите хронични болести и омаловажават неразположенията си. Всекидневното

натрупване на напрежение, постоянното състояние на готовност за реагиране и опасенията от влошаване на болния могат да доведат до изтощение, безсъние, депресивни симптоми и нарушаване на крехкия баланс на ролевото функциониране в различните му аспекти (5). Проучванията показват, че възрастните хора, които се грижат продължително за болни съпрузи, са с 63% по-висок риск от смърт от своите връстници (19).

Изключването от активна трудова дейност, загубата на социални позиции и недостатъчните финансови ресурси създават риск от социална изолация. Дори без сериозни нарушения във физическото състояние, усещането за липса на социална подкрепа може да отслаби самото желание за живот. Социалната подкрепа е свързана със социалните контакти и емоционалната удовлетвореност от тях. Общуването с други лица само по себе си не е основание за емоционален комфорт, а ролята му се определя от индивидуалното възприемане на неговата пълноценност. Определящи са връзките със считани за значими социални групи (семейство, съседи, приятели, неформални организации) и сигурността за наличие на безусловна опора. Търсенето на работа и по-висок стандарт на живот от младите води до трайното им установяване в различно населено място от това на възрастните членове на семейството. Затова при необходимост от помощ за здравето и отсъствие на най-близките от населеното място възрастните хора разчитат основно на своите съседи. Въпреки гъстата населеност в градовете животът в социална изолация е по-често явление там, отколкото в селата. Достъпността и отзивчивостта на жителите на селата улеснява възстановяването на възрастните хора след здравословен проблем в по-голяма степен, отколкото в градовете. Липсата на социална подкрепа се асоциира с депресивна симптоматика (3).

Независимо дали е свързано с упражняване на професионален труд или с грижи за членове на семейството, активното ролево функциониране в напреднала възраст създава чувство на полезност и добра самооценка. Усещането за безполезност понижава желанието за поддържане на собственото здраве.

ИЗВОДИ

Промените във физическия, психичния и когнитивния статус, които нарушават функционирането, трябва да се зачитат при ежедневното общуване с възрастните хора, още повече ако те са зависими от чужда помощ.

Напредналата възраст не бива да се разглежда като бreme и утежняващ фактор за икономиката, а като постижение, към което всеки човек се стреми и има право да преживее достойно.

В глобализацията се свят все повече изчезва моделът на съжителство на различни поколения в едно домакинство. Лишени от социални роли, свързани с активна трудова дейност и с близки семейни взаимоотношения, възрастните хора се обезсърчават. Социалната изолация е тежка за всеки, но е особено пагубна за възрастните с намалена мобилност и полиморбидност.

Социалната подкрепа е решаваща за получаване както на необходимите соматични грижи, така и за запазване на самоуважението на възрастния човек. Обществото следва да се стреми не само да осигури на възрастните хора условия за физическо съществуване, но и да им отдаде необходимото признание, както и да се възползва от мъдростта на натрупания дълъг житейски опит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Георгиева Л. Здравни потребности на лицата на възраст 65 и повече години след активно стационарно лечение. Дисертационен труд за присъждане на научна и образователна степен „Доктор“. Варна, 2009.
2. Георгиева Л. Психично здраве на възрастните хора след стационарно лечение. Социална медицина, 2010; 2/3:56-58.
3. Георгиева Л. Социална подкрепа на възрастните хора след активно стационарно лечение. Социална медицина, 2008; 4:4-7.
4. Георгиева Л. Управление на болката при възрастните хора след стационарно лечение. Здравна политика и мениджмънт, 2010; 3:10-14.
5. Георгиева Л., К. Лалева, Л. Цветков. Професионалните подкрепящи грижи – дефицитен елемент в здравеопазването. Варненски медицински форум, 2014; т. 3, пр.4:121-125.
6. Cornoni-Huntley JC, Foley DJ, White LR, Suzman R, Berkman LF, Evans DA, Wallace RB. Epidemiology of disability in the oldest old: methodologic issues and preliminary findings. Millbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society 1985; 63(2):350-376.
7. Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM, Kresevic DM, Landefeld CS. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. Annals of Internal Medicine 1997; 126(6):417-425.
8. European Commission. The demographic future of Europe – from challenge to opportunity. Brussels, 2006.
9. German L, Gidron Y, Shahar A, Yirmiyahu T, Castel H, Harman-Boehm I, Shahar D. Depressive symptoms are associated with both immune suppression and leucocytosis among elderly with acute hospitalization. Geriatrics and Gerontology International 2006; 6(1):53-59.
10. Gloth FM. Pain management in older adults: prevention and treatment. Journal of the American Geriatrics Society 2001; 49:188-199.
11. Goodman SH, Sewell DR, Cooley EL, Leavitt N. Assessing levels of adaptive functioning: The Role Functioning Scale. Community Mental Health Journal 1993; 29(2): 119-131.
12. Hirsch CH, Sommers L., Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. Journal of the American Geriatrics Society 1990; 38:1296-1303.
13. Hoogerduijn JG Schuurmans MJ, Duijnste MSH, Rooij SE, Grypdonck MFH. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. Journal of Clinical Nursing 2006; 16:46-57.
14. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. Clinics in Geriatric Medicine 2003; 19:663-696.
15. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. Journal of the American Medical Association 1997; 278(14): 1186-1190.
16. Medical Research Council. Health of the UK's elderly people: MRC review of research issues and opportunities. London: MRC, 1993.

17. Prowse M. Postoperative pain in older people: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(1):84-97.
18. Scharlach AE, Robinson B. Social Gerontology and Aging Revolution. Curriculum Module on the Aging Process. University of California, Berkeley. (<http://trinity.edu/~mkearl/geron.htm>).
19. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA* 1999; 282:2215-2219.
20. WHO Regional Office for Europe. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series №6), 1999.

*Адрес за кореспонденция:
Доц. д-р Лора Георгиева, дм
Медицински университет "Проф. д-р Параскев
Стоянов"
Катедра по социална медицина и организация на
здравеопазването
ул. "Марин Дринов" №55
гр. Варна 9002
e-mail: lora hg@abv.bg*