

OSNOVE O STAROSTI I STARENJU – VODIČ UPUTA ZA AKTIVNO ZDRAVO STARENJE

Prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić,

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo dr. A.Štampar– Referentni centar
Ministarstva zdravlja Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba

1. ŠTO JE TO STAROST I STARENJE?

Starenje i starost se jasno razlikuju i dok je starenje prirodan i ireverzibilan fiziološki proces, koji u pojedinim ljudima napreduje različitim brzinom, sama starost predstavlja određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi. S povisivanjem životne dobi događaju se mnogobrojne promjene organa i organskih sustava, što dovodi do progresivnog slabljenja i oštećenja njihove funkcije, pa se u starosti učestalije javljaju pojedine kronične bolesti, a time i funkcionalna onesposobljenost starijeg čovjeka.

2. KADA POČINJEMO STARITI?

Ne postoji istovjetnost biološke i kronološke starosti, već je ona uvjetovana genotipskom i fenotipskom individualnošću čovjeka, a izražava se u različitim životnim razdobljima. Zbog toga sam proces starenja započinje od začeća i traje do smrti. Znanstvene spoznaje danas potvrđuju kako se ne može odrediti stvarna granica između evolucijske i involucijske faze starenja.

3. ŠTO JE TO GERONTOLOGIJA I GERIJARIJA?

Ljudi starije životne dobi predstavljaju vrlo specifičnu i vulnerabilnu dobnu skupinu čiji se udio progresivno povećava, što bitno utječe na zdravstvenu, ekonomsku, socijalnu, obrazovnu i gospodarstvenu strukturu cjelokupnog pučanstva. Gerontologija je znanstvena disciplina koja proučava starenje u najširem smislu tj. njegove kliničke, biološke, ekonomske, socijalne i psihološke aspekte. Iz toga proizlazi sveobuhvatan, cjeloviti pristup zaštiti zdravlja starijih ljudi, koji osigurava unapređivanje svih oblika zaštite zdravlja starijih osoba. Spoznaje o starenju se neprestano i ubrzano povećavaju i mijenjaju te zbog toga gerontologija kao znanstvena disciplina zauzima sve važnije mjesto u razvijenim državama svijeta. **Gerijatrija** po UEMSU je medicinska specijalizacija koja se bavi liječenjem, dijagnostikom, njegom, rehabilitacijom bolesnih starijih i sprječavanjem nastanka bolesti u starijih osoba .

4. KOLIKO IMA STARIJIH LJUDI?

Zahvaljujući porastu općeg životnog standarda i unapređenju zdravstvene zaštite te kao posljedica smanjenja prirodnog priraštaja, u razvijenim zemljama je došlo do produženja životnog vijeka, a time i većeg udjela starijih osoba u cjelokupnoj populaciji. Broj stanovnika starijih od 65 godina neprekidno i ubrzano raste, prvenstveno u ekonomski razvijenim zemljama, ali je ta tendencija prisutna i u zemljama u razvoju.

Prema podacima Gerontoloških zdravstveno – statističkih pokazatelja za Hrvatsku 2002./2003. godine u izdanju Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba, udio starijih ljudi u pučanstvu Hrvatske progresivno raste te se Hrvatska svrstava, prema klasifikaciji UN-a, u četvrtu skupinu država Europe s vrlo starom populacijom. Naime, u popisnoj 2001. godini udio ljudi starijih od 65 godina u Hrvatskoj iznosi 15,62%, a prema procjeni iz 2010. godine već gotovo 17,6%

5. STAROST JE DOBA MUDROSTI I ZRELE LJUBAVI!

Starija životna dob od 65 i više godina, u sadašnjim uvjetima življenja, vrijeme je prilagodbe na nove aktivnosti nakon prestanka radnog odnosa. To je vrijeme izazova i nove šanse razvoja uloge starijeg čovjeka u “mirovini”, čiji se mirovinski odlazak sve više produljuje i u nekim europskim državama odlazak u penziju pomaknut je na 68 godina. Aktivnost zdravog starijeg čovjeka nikad ne prestaje, ona samo mijenja svoj oblik. Europske i hrvatske gerontološke spoznaje potvrdile su kako se ne može zanemariti međuovisnost starijeg čovjeka i očuvanja njegovog zdravlja u odnosu na zajednicu u kojoj živi i stvara. Funkcionalno sposoban stariji čovjek vrlo koristan član zajednice u kojoj živi i stvara. On je iskoristiv **potencijal za prijenos znanja, umijeća, vještina i radnog iskustva na mlade i druge starije generacije kako se ne bi ponavljale nepotrebne pogreške.**

U primitivnim nerazvijenim zajednicama gdje stariji ljudi žive i rade, često zbog predrasuda i neznanja vrlo usko gledaju na problematiku bolesnih starijih ljudi. Važno je, govoreći o ovoj temi, postaviti pitanje: ako se

od nekoga ne očekuje praćenje i iskazivanje interesa za događanja, donošenje odgovornih odluka, proširivanje spoznaja, stvaranje, rad i učenje, zašto bi takva osoba to isto očekivala od sebe? Osamdesetogodišnjak je desetljećima bio uvjeravan kako stariji ljudi nisu sposobni niti misliti, niti nešto korisno raditi, niti čak uživati u životu, davanju i primanju ljubavi i seksualnim aktivnostima kao sastavnicom te ljubavi. Na taj način stariji ljudi postaju žrtve vlastitih očekivanja, predrasuda, stereotipija i neznanja o starenju.

Starost je vrijeme kada život dobiva nove duhovne dimenzije i prednosti kojih nije bilo u mladoj životnoj dobi. Otvaraju se šanse razvoja i mogućnosti ostvarenja preorijentacijskih radnih aktivnosti. Aktivno zdravo starenje uključuje prilagodbu novim okolnostima, spoznajama, te stalnom učenju i otkrivanju prednosti u starenju i starosti.

6. KAKO OČUVATI ZDRAVLJE I FUNKCIONALNU SPOSOBNOST TIJEKOM STARENJA

Stariji ljudi nisu homogena skupina i ne doživljavaju sebe kao odvojenu populacijsku skupinu nego predstavljaju sastavni integralni dio zajednice u kojoj aktivnim uključivanjem žive, rade i stvaraju. Osnove za zdravo aktivno starenje uz očuvanje funkcionalne sposobnosti i unapređivanje zdravlja u dubokoj starosti postavljaju se u ranijoj životnoj dobi kroz vlastite odluke i pozitivno zdravstveno ponašanje. Nepušenje, pravilna, uravnotežena prehrana i održavanje normalne tjelesne težine te redovita, svakodnevna, umjerena tjelesna aktivnost najvažniji su čimbenici u održavanju zdravlja i vitalnosti.

7. ŠTO SU GERONTOLOŠKI CENTRI I CENTRI ZA GERONTOLOGIJU ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Planiranje razvoja za obitelj i lokalnu zajednicu u kojoj stariji ljudi žive uključuje razvoj novih izvaninstitucijskih oblika skrbi za starije osobe. Upravo jedan od istaknutih novih modela cjelovite skrbi za starije osobe u lokalnoj zajednici predstavlja model Gerontološkog centra. On je multifunkcijski centar neposredne i integralne multidisciplinarnе izvaninstitucijske skrbi za starije osobe u lokalnoj zajednici gdje oni žive i stvaraju.

Osnovni je cilj zadržati starijeg čovjeka što je duže moguće u njegovom prebivalištu uz obitelj.

U Gerontološkim centrima provode se Programi preventivnih pregleda primarne prevencije za starije, trajne tjelesne, psihičke i okupacijsko-rekreacijske radne aktivnosti za starije, fizikalne terapije, zdravstvenog, psihološkog i pravnog savjetovanje, dnevnog boravka, njege i pomoći u kući i dostave obroka te posudionice ortopedskih pomagala i raznih usluga gerontoservisa. Gerontološki centri realizirani su na devet lokacija u Gradu Zagrebu tijekom 2004., 2005. i 2006.g. pri Domovima za starije i nemoćne osobe Trnje, Maksimir, Medveščak, Sv. Ana, Sv. Josip, Trešnjevka, Peščenica, Dubrava i Centar (Adresar u privitku). Gerontološki centri djeluju i po ostalim županijama u Hrvatskoj kao npr. Pula, Šibenik, Veli Lošinj, Rijeka, Beli Manastir, Rab, Osijek, Pojatno, Zadar, Split, Poreč, Krk, Rovinj, Sisak, Lipiku, Jasenovcu, Karlovcu, Virovitici i dr. Osobito ističemo u okviru djelatnosti Gerontološkog centra i razvoj dnevnih boravaka za starije osobe po županijama Hrvatske koji su se istakli svojom socijalnom skrbi za starije u ruralnim starijim hrvatskim domaćinstvima. Tako Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti osigurava Programe za promicanje kvaliteta života starijih putem Programa dnevnih boravaka i pomoći u kući za starije i Programa pomoći za starije ljude po svim županijama Hrvatske te je do 2006.g. realizirano ukupno 41 program.

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo provodi gerontološko-javnozdravstvenu djelatnost po županijama Hrvatske i Grada Zagreba. Bavi se utvrđivanjem, praćenjem i proučavanjem te izvješćivanjem i evaluacijom zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba za svoje županijsko područje djelovanja i Grada Zagreba s populacijskim obuhvatom od 35000 starijih osoba od 65 godina. To je u svrsi izradbe Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih osoba kao I primjerenog Programa osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe. Tako **Referentni centar Ministarstva zdravlja Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba – Centar za gerontologiju ZJZ Dr A. Štampar** vodi Registar zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih ljudi po županijama Hrvatske i Grada Zagreba. Osnovu **gerontološkojavnnozdravstvene djelatnosti** čini provedba četiri redovita područja:

1. prati, proučava, evaluira, nadzire, izvješćuje i planira projekciju zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih ljudi za institucijskom i izvaninstitucijskom zdravstvenom skrbi po županijama (regijama) Hrvatske i Grada Zagreba vođenjem Registra zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih ljudi po županijama Hrvatske i Grada Zagreba ;

2. pruža stručno-metodološku pomoć, koordinira te provodi instruktažu i edukaciju provoditelja zaštite zdravlja starijih ljudi i PZP-a gerijatrijskog osiguranika (od djelatnosti Gerontoloških centara, gerijatrijskih bolnica, gerijatrijskih i psihogerijatrijskih odjela, dnevna bolnica za starije ljude, primarne zdravstvene zaštite za starije ljude, gerijatrijske zdravstvene njege i specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije, dnevnih centara za starije te gerontodomačice u lokalnoj zajednici gdje taj stariji čovjek živi i stvara do Gerontoservisa); djelatnost županijskih (regionalnih) Centara za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo, djelatnost Gerontološke tribine, gerontološki tečajevi, gerontološki edukacijski treninzi, te radionice i stvaraonice promocije i praktične primjene aktivnog zdravog produktivnog starenja i očuvanja funkcionalne sposobnosti starijih ljudi te unaprijeđivanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja individualnog starijeg čovjeka i primjena Programa prevencije rizičnih čimbenika nastanka bolesnog starenja;
3. aktivno sudjeluje u izradbi, predlaganju, evaluaciji, izvješćivanju o posebnostima provedbe ukupnih i pojedinačnih Programa zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih ljudi kao i provedbe Programa osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije ljude stručno-metodološki definirane Osnovnim obuhvatom primjene preventivnih mjera za interesne i ciljne vulnerabilne skupine starijih osoba; predlaže gerontološko-gerijatrijske algoritme i norme te mrežu gerijatrijske zdravstvene skrbi);
4. aktivno sudjeluje i provodi znanstveno-istraživačku i publicističku gerontološku djelatnost (izradba gerontoloških pamtilica, vodiča, uputa, brošura, letaka, priručnika i dr.).

8. FOKUSIRANI GERONTOLOŠKO-JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEMI U ZAŠTITI ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA ("4N" U GERIJATRIJI)

Hrvatska gerontološka istraživanja ukazuju na izrazitu pojavnost četiri glavna gerontološko-javnozdravstvena problema u starijih ljudi. To je **nepokretnost** koja se pojavljuje kao gerijatrijsko imobilizacijski sindrom u starijih osoba, slijedi **nestabilnost**, zbog velikog udjela ozljeda i padova u starijih, zatim **nesamostalnost** sa sve većim udjelom demencija i Alzheimerove bolesti u najstarijih starijih osoba te visoki udio prisutnog **nekontroliranog mokrenja** odnosno inkontinencije u gerijatrijskih bolesnika. Primjenom primjerenog Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije fokusiranog na čimbenike koji dovode do bolesnog starenja moguće je u značajnoj mjeri prevenirati vodeće gerontološko-javnozdravstvene probleme.

9. SMJERNICE PRAVILNE PREHRANE STARIJIH LJUDI

Pod pravilnom prehranom starijih ljudi podrazumijeva se prehrana sukladno izrađena Hrvatskim smjernicama pravilne prehrane za starije, koja zadovoljava energetske potrebe i potrebe za esencijalnim hranjivim tvarima, a istovremeno smanjuje rizik obolijevanja od kroničnih bolesti povezanih s načinom prehrane. Kako se tijekom starenja javljaju i određene promjene u funkciji probavnog sustava starijeg čovjeka prehrana starijih treba biti usklađena s općim preporukama zdrave prehrane, njihovim energetske potrebama, kao i tjelesnom aktivnošću.

Najčešća pogreška u prehrani je prekomjeran unos soli, šećera, bijelog brašna i zasićenih masnoća, štetnih čimbenika koji pogoduju nastanku bolesti u starosti, a time i funkcionalne onesposobljenosti. Zamjena za te pogrešne prehrane navike starijeg čovjeka je primjena osam prehranbenih pravila za starije.

Sadržaj vode u tijelu se postepeno smanjuje sa životnom dobi. **Zbog toga je u starijoj dobi nužno uzimati minimalno 8 čaša nezaslađene i negazirane tekućine dnevno.** Pri tom se mora voditi računa je li navedena minimalna količinu unosa vode već nadoknađena tekućom hranom, kao što su npr. juha ili varivo.

10. KOJI SVE ČIMBENICI MOGU UTJECATI NA STANJE UHRANJENOSTI STARIJIH OSOBA?

S povećanjem životne dobi dolazi do slabljenja osjeta okusa, opipa, mirisa, vida i sluha, što sve može imati negativan utjecaj na prehranu i stanje uhranjenosti starijih osoba. Pored fizioloških promjena uvjetovanih starenjem, kroničnih bolesti i oštećenja funkcije pojedinih organa i organskih sustava kao i načina prehrane, na prehranbeni status starijih osoba utječu i psihološki (žalovanje, apatija i sl.), sociološki (izoliranost uvjetovana teškom pokretljivošću i sl.) i ekonomski čimbenici. Nadalje, ljudi starije dobi uzimaju i mnogobrojne lijekove koji mogu utjecati na njihovo stanje uhranjenosti. Poznato je da mnogi lijekovi mogu uzrokovati gubitak apetita, smanjiti osjet okusa i mirisa, ili doći u interakciju s drugim prehranbenim tvarima, smanjujući tako njihovu apsorpciju.

Tijekom procesa starenja, kao posljedica smanjenja mišićne mase i količine vode u tijelu, uz istovremeno povećanje rezervi masnog tkiva, dolazi do sniženja bazalnog metabolizma. Kao posljedica sniženog bazalnog metabolizma i smanjene tjelesne aktivnosti dolazi do smanjenih energetskih potreba starijih osoba. Unatoč padu energetskih potreba u starijih ljudi ne opada i potreba za vitalnim hranjivima. Stoga je potrebno osigurati izbor

hrane bogate nutrijentima, a siromašne kalorijama, kako bi se u isto vrijeme osigurali svi esencijalni hranjivi sastojci i potrebna količina energije.

11. PIRAMIDA KORISNE MEDITERANSKE PREHRANE

Piramida mediteranske prehrane za starije osobe prikazuje opće proporcije i frekvenciju obroka, koja zbog različitih životnih stilova i potreba namjerno nije strogo definirana. Baza piramide se odnosi na preporučeni dnevni unos tekućine, a to je minimalno 8 čaša vode dnevno. U drugoj razini piramide su žitarice i proizvodi od punog zrna žitarica – tamni kruh i integralna tjestenina te integralna riža i soja. Sljedeća razina piramide se odnosi na što veći unos sezonskog voća i povrća. Unos bjelančevina putem plave i bijele ribe osobito srdela i inćuna, zatim meso peradi (bez kože) i kunića, čini četvrtu razinu piramide za starije osobe. Gerontološki nutricionisti preporučuju unos bezmasnih mliječnih proizvoda, koji su također u četvrtoj razini. Unos šećera se nalazi na uskom vrhu piramide, što znači da njegov unos treba što je više moguće ograničiti.

OSAM PREHRAMBENIH PRAVILA ZA STARIJE OSOBE

1. *Prehrana starijih treba biti usklađena s općim preporukama zdrave prehrane, njihovim energetske potrebama, kao i tjelesnom aktivnošću;*
2. *Svakodnevno jesti što raznovrsniju hranu **uz obvezan doručak**. Doručkovati voće i bezmasne mliječne proizvode. Ručati što više povrća i ribe uz najviše jedan decilitar crnoga vina. Večerom unositi što manje namirnica, najkasnije 3 sata prije spavanja, po mogućnosti uvijek u isto vrijeme;*
3. *Dnevno uzimati 8 čaša od 2 dl vode ili negazirane i nezaslađene tekućine koji se umanjuje unosom tekuće hrane;*
4. *Sezonsko voće, povrće, klice i integralne žitarice unositi u povećanoj količini;*
5. *Crveno meso svakako zamijeniti bijelim mesom peradi bez kože i osobito plavom ribom;*
6. *Primjeren unos nemasnoga mlijeka, nemasnoga sira, jogurta, kefir, orašastih plodova;*
7. *Posebno ograničiti unos 5 B u hrani: soli, šećera, bijelog brašna i masnoćate bijele riže u hrani (zamjensku masnoću nadoknaditi uljem buče, masline ili suncokreta).*
8. *Povećati unos brokule, cvjetače, prokulice, cikle, crvenog i bijelog luka, sojinih proizvoda, te bučinih koštica u cilju sprječavanja bolesnoga starenja.*

12. DODATNI SAVJETI ZDRAVE PREHRANE ZA STARIJE

- Posvetite pažnju izgledu hrane i serviranju (cvijeće, svijeće...);
- Jedite polagano u miru uz dobro žvakanje i koncentraciju na uživanje u obroku (uživajte u okusima i mirisima hrane);
- Sa stola se dignite prije osjećaja sitosti (pojediti 80 % obroka koji bi vas inače u potpunosti zasitio);
- Nemojte se prečesto vagati, jer će vam se činiti da se kilogrami tope presporo (mršavljenje je polagan proces, ne zaboravite da se niste ni udebljali preko noći);
- Znojenjem se gubi sol-oprez kod nadoknade soli-(hipertenzija, bubrežni bolesnici drugi lijekovi);
- Dodatni oprez potreban je ljeti jer je zbog vrućine ubrzan proces kvarenja hrane, što uz smanjen osjet mirisa i okusa te oslabljen vid kod starije osobe povećava mogućnost trovanja hranom;
- Osiguranje dostave hrane u kuću ili posjeta gerontološkom centru radi konzumacije obroka.

13. PRAVILNA PRIPREMA HRANE

Kod pripremanja jela naročitu pažnju treba posvetiti tome da se sačuvaju posebno vrijedni dijelovi, npr. vitamini. U starosti je poželjno jesti hranu koja je što **kraće kuhana**, u pravilu pripremana lešo, a **ne pržena i pohana, te nikako pripremana sa zaprškom**. Svježu hranu pripremati svakodnevno, a ne koristiti odstajalu i podgrijanu. Poželjno je jesti **što više sirovog povrća i voća**, a ono koje se kuha treba kuhati u malo vode i što kraće, te također upotrijebiti tu vodu. Osobito treba izbjegavati ponovnu upotrebu već korištenog ulja.

Juhe i variva su preporučljiva hrana za starije, koje ne treba dosoljavati i začinjavati, jer velika većina povrća sadrži prirodnu slanost. Proklijale klice žitarica, te kefir, acidofil i bioaktiv su osobito korisna hrana za starije. Idealno je svaki zalogaj prožvakati 30 do 40 puta osobito u starijih. **Starije osobe koje ne mogu dobro**

žvakati hranu moraju tu hranu usitniti, učiniti je kašastom. Važno je također održavati trajnu higijenu zubi i zubala.

14. JE LI DEBLJINA BOLEST?

Debljina je kronična metabolička bolest uzrokovana mnogobrojnim i složenim čimbenicima, uključujući povećan unos energije, smanjenu tjelesnu aktivnost te genetske utjecaje.

15. KAKVA JE POJAVNOST DEBLJINE U SVIJETU I HRVATSKOJ – STARIJE DEBELE OSOBE NE DOŽIVLJAVAJU DUBOKU STAROST

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije pojava debljine poprima epidemijske razmjere i postaje jedan od vodećih javnozdravstvenih problema. Procjenjuje se da 1,2 milijarde ljudi u svijetu pati od prekomjerne tjelesne težine. Pojava debljine se kreće između 15 i 20% u razvijenim zemljama i ima tendenciju porasta. U porastu je i debljina u nerazvijenim zemljama, gdje se taj problem javlja zajedno s pothranjenošću.

Gerontološka datoteka o hospitalizacijama gerijatrijskih bolesnika u Hrvatskoj u kojih je utvrđena debljina (E66) u 2004.g., ukazuje na 282 hospitalizacije uzrokovane debljinom od kojih je 3,55% starije od 65 godina, uz spolnu diferencijaciju prevalirajućih hospitalizacija u žena. Rezultati Zagrebačkog gerontološkog istraživanja (2005.g.) provedenog među korisnicima domova u dobi od 65 do 74 godine (N=938) pokazali su prisutnost debljine u gotovo polovici žena i trećine muškaraca. Dok 62,21% korisnika domova starijih od 75 godina ima normalne vrijednosti ITM-a.

Nameće se hipotetski zaključak, koji potvrđuju i hrvatska i europska gerontološka istraživanja kako starije osobe koje su debele ne doživljuju duboku starost od 85 i više godina zbog prevalencije mršavih starijih osoba u dobi od 95 i više godina.

16. KOJI SU TEMELJNI UZROCI EPIDEMIJE DEBLJINE?

Temeljni uzroci ove epidemije debljine su suvremen način života karakteriziran smanjenom tjelesnom aktivnošću, kao i visokokalorična prehrana bogata mastima i rafiniranim ugljikohidratima.

17. KAKO SE NAJJEDNOSTAVNIJE UTVRĐUJE KOLIČINA MASNOG TKIVA?

Metodološko utvrđivanje prevalencije prekomjerne tjelesne težine i debljine procjenjuje se uporabom dviju jednostavnih metoda: 1. izračunavanjem indeksa tjelesne težine – ITM (engl. Body Mass Indeks – BMI), koji se izračuna dijeljenjem tjelesne težine u kilogramima s kvadratom visine u metrima (kg/m^2); ITM preko 25 kg/m^2 se definira kao prekomjerna tjelesna težina, a preko 30 kg/m^2 kao debljina; 2. mjerenjem opsega struka (engl. waist circumference), istraživanja su pokazala da je nakupljanje suviška masnog tkiva u području trbuha (oblik jabuke) važan čimbenik rizika za razvoj određenih bolesti. Naime, **muškarci čiji je opseg struka veći od 100 cm i žene čiji je opseg struka veći od 90 cm** imaju veći rizik za razvoj šećerne bolesti, dislipidemije, hipertenzije i kardiovaskularnih bolesti upravo zbog nakupljanja masnog tkiva u suvišku u području abdomena tijekom starenja.

18. KOJI SU NEGATIVNI UTJECAJI DEBLJINE NA ZDRAVLJE?

Debljina je ozbiljna bolest povezana sa skraćanjem očekivanog trajanja života, a isto tako ona je i važan rizični čimbenik za nastanak bolesti srca i krvnih žila, šećerne bolesti (tip2), hiperlipidemije, žučnih kamenaca, osteoartritisa i nekih karcinoma (karcinom prostate, debelog crijeva, dojke, jajnika, endometrija i žučnog mjehura).

19. KAKO RIJEŠITI PROBLEM DEBLJINE?

Budući da su poznati negativni utjecaji debljine na zdravlje i budući da je broj debelih osoba u porastu, potrebno je poduzeti konkretne akcije u cilju promicanja zdravlja i promjene stila življenja.

Problem debljine je vrlo složen i ne može se očekivati njegovo brzo i lako rješavanje. Potrebno je razviti nacionalnu sveobuhvatnu strategiju prevencije debljine koja bi uključila edukaciju, promjene stila življenja i izmjenu čimbenika okoline koji predstavljaju barijeru zdravom načinu življenja.

Glavna zapreka svim programima promocije zdravlja je nedostatak financijskih sredstava. Međutim, važno je imati na umu da troškovi zdravstvene zaštite i gubitka produktivnosti zbog zdravstvenih problema uvjetovanih debljinom daleko nadilaze troškove preventivnih programa.

20. KADA JE NAJBOLJE ZAPOČETI PREVENCIJU DEBLJINE?

Prevenciju debljine potrebno je započeti već u dječjoj dobi, pri čemu naglasak treba staviti na promicanje tjelesno aktivnijeg života. Naime, znanstveno je dokazano da dugotrajno sjedenje pred televizorom i računalom višestruko povisuje rizik od nastanka hiperkolesterolemije (visoka razina kolesterola u krvi) i debljine u djece. Nametanje težih dijetnih ograničenja nije poželjno u dječjoj dobi, već se preporuča primjena raznolikih namirnica, a redukciju zasićenih masnoća i kolesterola treba u prehrani postupno započeti nakon 3. do 5. godine života i striktno je provoditi tek nakon završenog rasta.

21. KOJI JE OSNOVNI PRISTUP U PREVENCIJI I LIJEČENJU DEBLJINE U STARIJIH?

Promjena načina življenja, uključujući promjenu načina prehrane i povećanu tjelesnu aktivnost, prvi je i osnovni pristup u prevenciji i liječenju debljine. Promjena načina prehrane mora se temeljiti na smanjenju unosa masti, kao i rafiniranih ugljikohidrata. Preporučuje se puno svježeg voća i povrća zbog sadržaja biljnih vlakana, vitamina, minerala i antioksidansa. Od mesa prikladno je nemasno bijelo pureće ili pileće meso ili riba. Potrebno je obratiti pažnju i na pripremanje hrane. Najbolje je kuhanje ili pirjanje, a prženje u masnoći je zabranjeno. Pri kupnji namirnica važno je obratiti pažnju na informacije o njihovoj energetske vrijednosti te o sadržaju masnoća i šećera.

Umjerena tjelesna aktivnost mora postati dio svakodnevne rutine. Naime, starost nije ograničavajući čimbenik za stručno vođenu i nadziranu tjelesnu aktivnost. Najvažnije je da je tjelesna aktivnost stalna i redovita (po mogućnosti svakodnevna), odgovarajućeg trajanja (15 do 30 minuta), a opterećenje mora biti usklađeno sa zdravstvenim stanjem osobe.

22. ŠTO JE ŠEĆERNA BOLEST ?

Šećerna bolest je kronična bolest karakterizirana povišenom razinom šećera u krvi zbog nedovoljnog stvaranja inzulina ili njegove nedjelotvornosti. Dugotrajno povišena razina šećera u krvi oštećuje mnoge organske sustave, osobito krvne žile i živce.

23. ŠTO JE INZULIN?

Inzulin je hormon kojeg stvaraju beta stanice Langerhansovih otočića gušterače, žlijezde smještene iza želuca. Nakon obroka raste razina šećera (glukoze) u krvi što stimulira gušteraču na lučenje inzulina, a on omogućuje ulazak glukoze u stanice tijela, osobito mišićne, gdje se ona iskorištava za dobivanje energije ili se pohranjuje za buduću uporabu. Kad se razina šećera u krvi normalizira smanjuje se proizvodnja inzulina u gušterači, a tijelo koristi pohranjenu energiju do slijedećeg obroka.

24. KOJI SU OSNOVNI OBLICI ŠEĆERNE BOLESTI?

Dva su osnovna oblika šećerne bolesti:

- šećerna bolest tip 1 (šećerna bolest ovisna o inzulinu, koja se javlja u mladenačkoj dobi)
- šećerna bolest tip 2 (šećerna bolest neovisna o inzulinu, koja se javlja u zrelijoj dobi).

Tip 1 šećerne bolesti nastaje zbog nemogućnosti gušterače da proizvede inzulin, a tip 2 je povezan sa stanjem koje se naziva inzulinska rezistencija. Naime, gušterača proizvodi inzulin, ali zbog poremećaja na razini mišićnih i jetrenih stanica taj inzulin nije djelotvoran.

25. KOLIKO LJUDI BOLUJE OD ŠEĆERNE BOLESTI?

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije procjenjuje se da oko 150 milijuna ljudi širom svijeta boluje od šećerne bolesti i smatra se da će se do 2025. godine taj broj udvostručiti. Taj porast će osobito pogoditi zemlje u razvoju i to zbog povećanja populacije, kao i njenog starenja, nezdravog načina prehrane, debljine i sedentarnog načina življenja. Prema podacima dijabetoloških centara u Hrvatskoj smatra se da oko 180 000 ljudi u Hrvatskoj boluje od šećerne bolesti.

26. KOJI TIP ŠEĆERNE BOLESTI SE ČEŠĆE JAVLJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI?

Šećerna bolest tip 2 je mnogo češća kod starijih osoba nego tip 1. Naime, pojavnost šećerne bolesti tip 2 raste sa životnom dobi, sa oko 3-5% kod osoba u 4. i 5. desetljeću života, na 10-20% kod osoba u 7. i 8. desetljeću života.

27. KOJI SU ČIMBENICI VAŽNI U NASTANKU ŠEĆERNE BOLESTI TIP 2?

Iako nije u potpunosti objašnjen njihov mehanizam djelovanja, poznato je da čimbenici naslijeđa imaju značajnu ulogu u razvoju bolesti. Naime, u 25 do 33% bolesnika bolest je prisutna kod različitih članova obitelji.

Osim naslijeđa, smatra se da važnu ulogu u razvoju bolesti imaju i debljina, te način prehrane i stil življenja. Debljina je vrlo česta među osobama koje boluju od šećerne bolesti tip 2, a predstavlja značajan kontributivni čimbenik u razvoju inzulinske rezistencije, pri čemu je važan i raspored masnog tkiva. Oblik jabuke (nakupljanje masnog tkiva u području trbuha) se češće povezuje s inzulinskom rezistencijom, bolestima srca, povišenim krvnim tlakom, povišenim kolesterolom i moždanim udarom. Osobito je važno naglasiti ulogu umjerene tjelesne aktivnosti, za koju je dokazano da može spriječiti ili barem odgoditi razvoj manifestne šećerne bolesti.

Isto tako, kod pušača se češće javljaju šećerna bolest tip 2 i njene komplikacije.

28. KADA POSUMNJATI NA ŠEĆERNU BOLEST?

Kod starijih osoba bolest se najčešće otkrije slučajno, prilikom rutinskih sistematskih liječničkih pregleda, nalazom povišenih vrijednosti glukoze u krvi i urinu. Simptomi se ne moraju javiti godinama. Tek u uznapredovalom stadiju bolesti mogu se javiti klasični simptomi, a to su prekomjerna žeđ, pojačano mokrenje, gubitak težine, umor, zamagljen vid, sklonost svrbežu i kožnim infekcijama, osobito gljivičnim (kod žena su osobito učestale gljivične vaginalne infekcije). Također se mogu javiti i neobični osjeti u ekstremitetima, kao što su trnci i žarenje.

29. KOJE SU KOMPLIKACIJE ŠEĆERNE BOLESTI?

Od kratkoročnih komplikacija česta je hipoglikemija, odnosno niska koncentracija glukoze u krvi, koja može biti posljedica intenzivnog davanja inzulina ili lijekova koji oslobađaju inzulin, ali i nedovoljnog uzimanja hrane, pojačane tjelesne aktivnosti ili uzimanja alkohola. Obično se javljaju znojenje, podrhtavanje, glad, ubrzano lupanje srca, a teži oblici mogu ugrožavati život ako bolesnik ne prepozna znakove. Dugoročne komplikacije se javljaju uslijed promjena na velikim i malim krvnim žilama, kao i na živcima. Srčani udar je vrlo često uzrok smrti među osobama koje boluju od šećerne bolesti tip 2, a isto tako i moždani udar. Naime, šećerna bolest ubrzava aterosklerozu, što dovodi do suženja i začepljenja krvnih žila. Kod dijabetičara su i povišene razine triglicerida, a niže vrijednosti zaštitnih HDL lipoproteina, što također predstavlja rizični čimbenik u razvoju srčanih bolesti.

Mikrovaskularne promjene (promjene malih krvnih žila) mogu izazvati promjene na očima i bubrezima. Oštećenja živaca (dijabetička neuropatija) se manifestiraju peckanjem i trncima u prstima, a ponekad bolesnici ne osjećaju bol, što je osobito važno, jer zbog neuropatije može izostati bol u prsima kao jedan od najupečatljivijih znakova srčanog infarkta, pa bi oboljeli od šećerne bolesti i njihova okolina trebali biti upućeni i u druge znakove koji upozoravaju na srčani udar kao što su: nagli umor, znojenje, kratkoća daha, mučnina ili povraćanje. Oboljeli od šećerne bolesti tip 2 su također i podložniji razvoju demencije, te poremećaja pažnje i zapamćivanja osobito u gerijatrijskih bolesnika.

30. OPĆE SMJERNICE U LIJEČENJU ŠEĆERNE BOLESTI TIP 2

U sprječavanju razvoja kroničnih komplikacija šećerne bolesti tip 2 svakako je najvažnije održavati koncentraciju glukoze u krvi i krvni tlak što bliže normalnim vrijednostima. Kod gotovo 1/3 bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 bolest se može kontrolirati samo pravilnim načinom prehrane i tjelesnom aktivnošću, a ostali uzimaju lijekove za stimulaciju izlučivanja preostalog inzulina ili povećavanje osjetljivosti na inzulin.

31. PROMJENE STILA ŽIVLJENJA U LIJEČENJU I SUZBIJANJU ŠEĆERNE BOLESTI TIP 2

U liječenju šećerne bolesti tip 2 kod starijih osoba vrlo je važno održavanje normalne tjelesne težine, a kod debelih dijabetičara smanjivanje tjelesne težine je jedan od najvažnijih ciljeva. Naime, već gubitak 10% tjelesne težine može usporiti napredovanje bolesti. Isto tako, značajno je povećanje osjetljivosti na inzulin kada debele osobe započnu redukcijsku dijetu. Način prehrane je potrebno planirati u suradnji s nutricionistima i njegovateljima, uvažavajući pri tome i želje, potrebe i prehrambene navike starijeg bolesnika.

Redovita umjerena tjelesna aktivnost također vrlo pozitivno utječe na trošenje kalorija i povećanje osjetljivosti na inzulin. Starijim bolesnicima oboljelima od šećerne bolesti se preporučuje da vježbaju u skladu sa svojim mogućnostima, dakle šetnje na svježem zraku, plivanje i ostale aerobne aktivnosti.

32. PADOVI I OZLJEDE U STARIJOJ DOBI - KAKO IH SPRIJEČITI ?

Rezultati gerontoloških analiza potvrđuju kako su ozljede dominantne u starijoj životnoj dobi te kako su posljedice ozljeđivanja u starijoj životnoj dobi mnogo teže nego u mlađim dobnim skupinama **Svake godine oko**

trećina starijih osoba padne. Osim boli, straha i osjećaja nesigurnosti, dio padova dovodi i do fizičkih ozljeda, zdravstvenih komplikacija i prijevremene smrti. Tako prema zadnjim podacima iz gerontološke datoteke Centra za gerontologiju ZZJZGZ u Hrvatskoj (2004. godina), pokazuje kako je čak 96% osoba umrlih uslijed prijeloma bedrene kosti (femura) starije od 65 godina. Od žena umrlih od posljedica prijeloma bedrene kosti, 98,41% je starije od 65 godina. Kod muškaraca udio osoba starijih od 65 godina nešto je niži te iznosi 90,91%. Iz tog razloga potrebno je spriječiti povrede i nesreće uklanjanjem prepreka i onečišćenja u kući i okolišu u kojem starija osoba živi. Treba popraviti oštećenja, prilagoditi namještaj, tepihe i osvjetljenje u kući. Paziti na mokre podove, laštenje podova, mrvice ili sitnije predmete na podu, kućne ljubimce ili djecu koji se nenadano mogu pojaviti i dovesti do pada. Starije osobe moraju imati obuču koja se ne skliže i smanjuje mogućnost pada. Osim toga na mogućnost pada mogu utjecati i lijekovi koje starija osoba uzima ili alkohol. Svaka starija osoba treba postati svjesna svojih novonastalih ograničenja, te ih uzeti u obzir prilikom ponašanja, kojim će smanjiti mogućnost pada i nezgode. Ukoliko je funkcionalna sposobnost jako smanjena, starija osoba će trebati pomoć i njegu u kući, kako bi bila sigurnija i zaštićena od mogućeg pada i ozljede. Obzirom na rezultate ove gerontološke analize, nedvojbeno je nužno unaprijediti interdisciplinarnе preventivne programe u cilju smanjivanja broje ozljeda u starijih osoba, ali i njihovih komplikacija sa svrhom očuvanja funkcionalne sposobnosti starijih osoba i u srednjoj i dubokoj starosti.

33. ŠTO JE DEKUBITUS?

Dekubitus predstavlja rapidno rastući gerontološko-javnozdravstveni problem upravo u starijim dobnim skupinama. Dekubitus (dekubitalni ili trofički ulkus) je posljedica ishemične nekroze i ulceracije kože, a eventualno i dubljih tkivnih struktura na područjima najviše izloženim pritisku na podlogu, posebice ako se neposredno ispod kože nalazi kost. Najčešće su to mjesta izbočenja koje stvara križna kosti (sacrum), kvrga sjedne kosti (tuber ossis ischii), područje velikog trohantera, peta i maleolarni nastavak tibije i fibule, koljena, laktovi i gležnjevi, gdje dolazi do pojačanog pritiska kože na bilo koju tvrdnu površinu (madrac, invalidska kolica, sredstvo za imobilizaciju, tijesna obuća i sl.) kroz određeno vrijeme.

Najčešći unutarnji (intrinzični) čimbenici koji predstavljaju rizik za dobivanje dekubitalnoga ulkusa su osim starije životne dobi još i urinarna inkontinencija, bolesti cirkulacijskog sustava (srčani udar, moždana kap), šećerna bolest, ozljede kralješnice, bolesti periferne cirkulacije, multipla skleroza, određene duševne bolesti i dr. Od ekstrinzičnih čimbenika koji dovode do nastanka dekubitusa najvažnijim se pokazao izostanak redovitog mijenjanja položaja teško bolesnih i nepokretnih gerijatrijskih bolesnika u krevetu. Tome pogoduje trenje ili grebanje kože, nabori na posteljini i osobnom rublju, vlažna i nečista koža te neadekvatan i neudoban madrac.

U sklopu Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije najvažnije antidekubitalne mjere u očuvanju zdravlja i vitalnosti kože čine prvenstveno promjena načina življenja, uključujući prestanak pušenja, promjenu načina prehrane te svakodnevnu, umjerenu tjelesnu aktivnost. Druge mjera prevencije dekubitusa kod gerijatrijskih bolesnika uključuju redovito mijenjanje položaja u krevetu ili u invalidskim kolicama, barem svakih dva sata; redoviti pregled kože na mjestima predisponiranim za nastanak dekubitalnog ulkusa; svakodnevna okolišna (posteljina, rublje) i osobna higijena; primjena posebnih antidekubitusnih madraca i jastuka; redovito održavanje kože suhom i čistom; svakodnevna masaža tijela sredstvima koja potiču cirkulaciju kože; primjena posebne zaštite za one dijelove kože koji se nalaze neposredno iznad kostiju ili zglobova.

34. ŠTO JE URINARNA INKONTINENCIJA?

Urinarna inkontinencija je nevoljno otjecanje urina, a predstavlja fokusirani gerontološko-javnozdravstveni problem u starijih osoba. Kao posljedica demografskih promjena koje karakterizira sve veći udio starijih ljudi u populaciji, raste i broj inkontinentnih osoba. Po podacima Gerontološkog zdravstveno-statističkog ljetopisa za Hrvatsku 2002./2003. godina do 75% korisnika stacionara domova za starije i nemoćne je inkontinentno, što opetovano ukazuju gerontološki pokazatelji i za 2004. godinu. No unatoč tome inkontinencija još uvijek ostaje tabu tema i vrlo je često neprepoznata, jer je bolesnici rijetko prijavljuju svom doktoru obiteljske medicine. Međutim, problem inkontinencije osobito je važno prepoznati i liječiti u ranijoj dobi zbog njezinih negativnih učinaka na opće zdravlje i svakodnevni život. U početku, zbog ispuštanja nekoliko kapi urina, oboljela osoba odustaje od bavljenja sportskim aktivnostima, a kasnije se počinje povlačiti iz društva, uz moguću pojavu depresije, koja dodatno pogoršava inkontinenciju.

35. KOJI SU RIZIČNI FAKTORI ZNAČAJNI ZA POJAVU INKONTINENCIJE?

Najznačajniji rizični faktori za pojavu inkontinencije su:

- starija životna dob
- kronične upale mokraćnih putova
- neke neurološke bolesti
- oštećenja mentalnih funkcija
- nepokretnost
- istodobno uzimanje više vrsta lijekova
- višestruki morbiditet (istovremena prisutnost više različitih bolesti kod jednog starijeg bolesnika).

36. KOJE OBLIKE URINARNE INKONTINENCIJE RAZLIKUJEMO?

U najčešće oblike urinarne inkontinencije ubrajaju se:

- stres inkontinencija
- nagonska
- preljevna
- neurogena.

Stres inkontinencija je nehotično ispuštanje urina koje nastaje kao posljedica slabljenja funkcije mišića dna zdjelice odnosno sfinktera (zatvarača) mokraćne cijevi uslijed čega kod malog tjelesnog napora (npr. smijeh, kašalj) dolazi do otjecanja malih količina urina. Slabljenje muskulature zdjelice dna može biti posljedica teških ili brojnih poroda, dugotrajnog kašlja (npr. kronični bronhitis), debljine, uzimanja nekih lijekova i dr. Stres inkontinencija češće pogađa žene, prvenstveno zbog njihove tjelesne građe i prirodne funkcije. Daljnji uzrok stres inkontinencije kod žena može biti i manjak estrogena tijekom i nakon menopauze. Kod muškaraca stres inkontinencija je najčešće posljedica oštećenja sfinktera mokraćnog mjehura nakon operacije prostate.

Kod nagonske inkontinencije uslijed preosjetljivog mokraćnog mjehura dolazi do iznenadnog podražaja za mokrenjem koji se ne može potisnuti. Osobe s tim oblikom inkontinencije idu često mokriti, ali u malim količinama i s jakim mlazom. Brojni uzroci mogu dovesti do razvoja nagonske inkontinencije: upala mokraćnog mjehura, hipertrofija prostate, manjak estrogena, kamenci mokraćnog mjehura, neke neurološke bolesti, psihički uzroci i dr.

Preljevnu inkontinenciju karakterizira smanjeni nagon za mokrenjem zbog čega do ispuštanja urina dolazi tek kod već prepunjenog mjehura. Kod tog tipa inkontinencije urin istječe gotovo neprekidno, u malim količinama i uz slabi mlaz. Razlog nastanka preljevne inkontinencije kod žena najčešće je dugotrajno potiskivanje nagona za mokrenje, a kod muškaraca hipertrofija prostate.

Poznato je kako uzimanje određenih lijekova može uzrokovati ili pogoršati inkontinenciju u gerijatrijskog bolesnika. Antihipertenzivi, lijekovi koje vrlo često uzimaju upravo stariji ljudi, mogu uzrokovati ili pogoršati inkontinenciju. Razlog može biti i uzimanje određenih lijekova kao što su sedativi, triciklički antidepressivi, narkoanalgetici i dr.

37. KOJE SU DIJAGNOSTIČKE PRETRAGE VAŽNE U RANOM PREPOZNAVANJU PROBLEMA INKONTINENCIJE?

Glavnu ulogu u ranom prepoznavanju problema inkontinencije ima doktor u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (doktor obiteljske medicine ili ginekolog). Osnovni dijagnostički pregled morao bi uključiti ciljanu anamnezu, analizu urina, procjenu rezidualnog urina i ono što je najbitnije – dnevnik mokrenja. Detaljna specijalistička obrada između ostalog uključuje endoskopski pregled, urodinamski pregled, videourodinamski pregled te ehografiju gornjeg i donjeg dijela mokraćnog sustava.

38. SUVREMENA STRATEGIJA LIJEČENJA INKONTINENTNOG GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA

Suvremena strategija liječenja inkontinentnog bolesnika temelji se na aktivnom i multidisciplinarnom pristupu, a u nju su uključeni liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, radni terapeut, psiholog, farmaceut, njegovatelj, a i sama inkontinentna osoba. Postoje razni načini liječenja, ovisno o tipu i stupnju inkontinencije.

Važno je naglasiti da se pravovremenim i pravilnim liječenjem urinarna inkontinencija u mnogim slučajevima može spriječiti, osobito primjenom Kegelovih vježbi i to primjenom u mlađoj dobi. Radi se o vježbi kontrakcije mišića dna zdjelice koje se mogu trajno provoditi.

39. ŠTO JE DEMENCIJA I KOLIKO SE ČESTO JAVLJA U POPULACIJI?

Demencija je klinički sindrom karakteriziran propadanjem ranije stečenih mentalnih funkcija, koje vodi smanjivanju ili nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti. To je jedan od najozbiljnijih poremećaja koji pogađa starije ljude. Demencija je također i značajan rizični čimbenik za razvoj drugih gerijatrijskih problema, kao što su padovi, urinarna inkontinencija i sl. Prevalencija demencije raste ubrzano sa životnom dobi te se podvostručuje svakih 5 godina poslije 60. godine života. Gerontološka istraživanja u razvijenim zemljama ukazuju na udio oboljelih od 50% u dobi od 85 i više godina. Najčešći uzroci sindroma demencije su Alzheimerova bolest i vaskularna demencija, koje su zajedno odgovorne za oko 90% slučajeva demencije.

40. JE LI DEMENCIJA ISTO ŠTO I STARAČKA ZABORAVLJIVOST?

Važno je razlikovati demenciju od benigne staračke zaboravljivosti, koja je rezultat usporavanja mentalnih procesa u starosti. Osobe sa staračkom zaboravljivošću, za razliku od dementnih osoba, imaju sposobnost pamćenja novih informacija, a mogu se i sjetiti onih prije naučenih, ali su pri tome nešto sporiji nego u mladosti. Najčešći simptom u ranoj fazi demencije je smanjena sposobnost kratkotrajnog pamćenja i nesposobnost učenja novih informacija. Značajan problem je i što dementne starije osobe često odlutaju. Gerontološka istraživanja potvrđuju kako se **trajnom psihičkom aktivnosti** u starijih osoba može prevenirati nastanak demencije pa čak i Alzheimerove bolesti.

41. SMJERNICE ZA TERAPIJU I SKRB O DEMENTNIM OSOBAMA

Terapijska nastojanja su usmjerena prvenstveno ublažavanju akutnih simptoma bolesti. Uklanjanje svih čimbenika koji negativno utječu na mentalne sposobnosti može značajno poboljšati svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu življenja starijih dementnih osoba, kao i odgoditi ozbiljnu funkcionalnu onesposobljenost i potrebu za institucionalizacijom. Stariji bolesnici u ranijem stadiju bolesti se obično najbolje osjećaju u poznatom okruženju. Zbog toga je za sve oboljele starije osobe koji žive u vlastitom domu potrebno procijeniti sigurnost stanovanja i provesti odgovarajuće modifikacije u smislu smanjivanja mogućnosti samoozljeđivanja. Također je potrebno takvim osobama osigurati pomoć u dnevnim aktivnostima kao što su dostava i priprema hrane, posjeti patronažnih sestara, nadzor nad uzimanjem lijekova i sl. Osobama koje boluju od demencije potrebno je omogućiti i odgovarajuću tjelesnu (npr. lagane šetnje 15-20 minuta dnevno) i mentalnu aktivnost (ovisno o bolesnikovim interesima prije pojave demencije – čitanje, umjetnost i sl.), odgovarajuću, uravnoteženu, pravilnu prehranu kao i socijalizaciju. Važan aspekt brige o dementnim osobama je i podrška članovima obitelji odnosno osobama koje skrbe o dementnim starijim bolesnicima.

42. DEPRESIJA U STARIJOJ DOBI

Hrvatska gerontološka istraživanja potvrdila su kako je osamljenost glavni problem u starijih osoba. Takve starije osobe su sklonije trajnoj nepokretljivosti, zbog socijalne izolacije, a koja je posljedično povezana s depresijom, ali i povećanom tjelesnom težinom ili pothranjenošću u starosti.

Depresija je bolest ili stanje koja je epidemijski u stalnom porastu što je i praćeno povećanim udjelom hrvatskog staračkog pučanstva. Najveći broj gerijatrijskih bolesnika se rijetko zbog tog problema javi svom izabranom liječniku, dok članovi njegove uže obitelji smatraju to normalnom pojavom u starosti. Starija životna dob, stres, otuđenost, nezadovoljstvo, odlazak u mirovinu, gubitak bračnog partnera, odlazak djece, smanjenje potrebe i motivacije za aktivnostima koje su nekad bile normalni dio života dodatni su "objektivni" okviri koji stvaraju pogodno tlo za depresivnu reakciju starijeg čovjeka. Zbog toga je nužna prevencija za starije kojom se primjenjuje primarna i sekundarna preventivna zdravstvena mjera trajne tjelesne i psihičke aktivnosti za starije. Nužno je potražiti stručnu pomoć, osim izabranog doktora obiteljske medicine, i psihogerijatra.