

PIEŁĘGNOWANIE CHOREGO W OKRESIE STAROŚCI

**ZMIANY
DEMOGRAFICZNE
SPOŁECZEŃSTW EUROPY
I BIOPSYCHOSPOŁECZNE ZACHODZĄCE W STAROŚCI**

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA W KRAJU I EUROPIE

Ludzie starzy w Polsce liczą ponad 5 mln osób;

Około 17% to osoby mające poważne problemy w poruszaniu się po domu

Około 2% to osoby obłożnie chorzy lub stale przebywające w łóżku

- **W Unii Europejskiej**, Polska nie tak dawno jeszcze była najmłodsza demograficznie, jednak rozpoczęty proces starzenia się społeczeństwa polskiego (o czym świadczy niski współczynnik dzietności, ubytek naturalny, wzrost wskaźnika przeciętnego trwania życia, mediana wieku populacji oraz wzrost odsetka osób w wieku 80+) w prognozie prowadzi nas na czołowe miejsce wśród państw starych demograficznie.
- **Polska** wkracza ponownie w okres depopulacji, podobnie jak to miało miejsce w latach 1997–2007, który jednak tym razem będzie już miał charakter trwałej tendencji.
- **Rok 2011 był** też trzecim z kolei, w którym zmniejsza się liczba urodzeń żywych (z 417,6 w 2009 r. do 388,4 tys. w 2011 r.). Szacuje się, że w 2012 r. liczba ta wzrosła o ok. 1,5 tys.

- Skala emigracji Polaków jest znacząca i w ostatnich latach istotnie wzrosła. W 2002 r. poza granicami Polski przebywało 786,1 tys. mieszkańców, a obecnie nie przebywających w miejscu zamieszkania ponad 3 miesiące jest ponad 2 mln, a pozostających poza krajem przez co najmniej rok – ok. 1,5 mln
- Przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności Polski. Wskazują na to tendencje zmian dotyczące z jednej strony udziału ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety 60, a mężczyźni 65 i więcej lat), który od 2000 r. wzrósł z 14,8% do 17,8% w 2012 r. (w tym o 0,5 pkt. proc. w stosunku do 2011 r.), z drugiej zaś strony – wzrostu odsetka osób starszych (65 lat i więcej), który wynosił 12,4% w 2000 r. i już 14% w 2012 roku.
- Liczba osób w wieku 70 i więcej lat zwiększyła się w latach 2002–2009 z 3274,9 tys. do 3757,9 tys. i do 3841,9 tys. w 2011 roku. Tym samym udział tej grupy wieku w ogólnej liczbie mieszkańców Polski w latach 2002–2011 wzrósł z 8,6% do 10,0%.

- Natężenie zgonów osób w wieku 70–74 lata zmniejszyło się w latach 2000–2011 o ponad 25%
- W latach 1990–2011 przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej zwiększyło się o ponad 6 lat z 66,23 do 72,44 roku, a w przypadku kobiet nastąpił przyrost z 75,24 do 80,90 roku, czyli o ponad 5 lat
- Blisko 10 milionowa populacja osób starszych (w wieku poprodukcyjnym) w 2035 roku.
- Na obszarach miejskich proces starzenia jest już mocno zaawansowany, ale w najbliższych latach nastąpi jego intensyfikacja także na wsi
- Ogólna liczba ludności w Polsce powinna systematycznie zmniejszać się do poziomu ok. 36 mln w 2035 roku (38 542 tys. osób – stan na dzień 31 grudnia 2012r.)

STAROŚĆ W POLSCE – PROGNOZY I TRENDRY

Wg prognozy demograficznej dla Polski na lata 2008-2035 – liczba ludności zmniejszy się z 38 107 tys. do 35 993 tys. przy jednoczesnym gwałtownym wzroście liczby osób pow. 65 lat – z 5 137 tys. do 8 358 tys. – czyli z 13,9% do 23,2%.

Wzrośnie również znacząco średni wiek Polaka (z ok. 37 lat do 45 lat w 2030 r.)
(GUS 2009)

ORGANIZACJA OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI W POLSCE I NA ŚWIECIE

ORGANIZACJA OPIEKI GERIATRYCZNEJ W POLSCE

- **Zakład Opiekuńczo – Leczniczy**
- **Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy**
- **Oddział Geriatryczny**
- **Poradnia Geriatryczna**
- **Świadczenia Pielęgnacyjno – Opiekuńcze w warunkach domowych**
- **Podstawowa Opieka Zdrowotna**
- **Dom Pomocy Społecznej**
- **Ośrodek Pomocy Społecznej**
- **Organizacje Pozarządowe**
- **Organizacje Społecznościowe**
- **Wolontariat**

INSTYTUCJE REALIZUJĄCE OPIEKĘ GERIATRYCZNA W POLSCE

Opieka domowa realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej przez:

- pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną i lekarza pierwszego kontaktu
- pielęgniarkę domową (w oparciu o kontrakt na pielęgniarską opiekę długoterminową)

W ramach pomocy społecznej przez:

- opiekunkę środowiskową (usługi opiekuńcze gospodarcze i pielęgnacja podstawowa)
- pielęgniarkę lub innego terapeutę (usługi opiekuńcze specjalistyczne)
- na wniosek pracownika socjalnego

Opieka instytucjonalna realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej w:

- oddziale szpitalnym dla przewlekle chorych
- zakładzie opiekuńczo-leczniczym
- zakładzie pielęgnacyjno -opiekuńczym
- hospicjum

W ramach pomocy społecznej w:

- domu pomocy społecznej
- dziennym domu pomocy społecznej

Opieka półstacjonarna realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej:

- w dziennym oddziale chorób psychicznych

ZASADY FUNKCJONOWANIA

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy

◇ udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących

- swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób nie
- wymagających hospitalizacji oraz zapewnia im pomieszczenia
- i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia

◇ płatnik (NFZ) finansuje jedynie świadczenia zdrowotne, nie ponosi

- natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania

◇ tryb kierowania:

- * wniosek o wydanie skierowania do ZOL
- * skierowanie wydawane jest na pobyt stały albo czas określony
- * zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego, po zakończonym leczeniu w warunkach szpitalnych
- * wywiad pielęgniarki środowiskowo/rodzinnej – wraz z oceną wg zmodyfikowanej skali Barthel
- * dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie
-

Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy

- ◇ udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim
 - zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających
 - hospitalizacji oraz zapewnia im kontynuację leczenia
 - farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienia odpowiednie do
 - stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób
 - i członków ich rodzin
- ◇ przewiduje czasowy charakter pobytu pacjenta i uwzględnia stały lub
 - okresowy powrót chorego do środowiska zamieszkania, w którym
 - opieka jest kontynuowana
- ◇ płatnik finansuje wydatki związane z realizacją świadczeń - w tym koszty
 - leków, sprzętu i materiałów medycznych, środków pomocniczych,
 - wydatki płacowe
- ◇ tryb kierowania do ZPO jak do ZOL

Szpitalny Oddział Geriatryczny

◇ sprawuje całościową całodobową opiekę medyczną, nad chorymi

- w wieku podeszłym

◇ świadczenia zdrowotne i pobyt chorego finansowany w ramach

- ubezpieczenia zdrowotnego

◇ zasady przyjęcia w oddział:

- * oddział nie pełni ostrych dyżurów
- * skierowanie lekarskie wskazujące obecność objawów lub schorzeń uzasadniających leczenie szpitalne
- * pacjent powinien spełniać kryterium wiekowe – ukończony 65 r.ż.
- * o przyjęciu w oddział decyduje lekarz (ordynator lub inny wskazany przez niego)
- * maksymalny czas oczekiwania do 30 dni
- * średni czas pobytu chorego w oddziale nie powinien przekraczać 30 dni

Poradnia Geriatryczna

◇ zajmuje się profilaktyką i leczeniem chorób występujących u osób

- starszych (wielochorobowość, wieloprzyczynowość, zatarcie
- charakterystycznej symptomatologii jednostek chorobowych związane z
- procesami starzenia się)

◇ świadczenie finansowane w całości przez płatnika (NFZ)

◇ tryb kierowania:

- * skierowanie wypisane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Świadczenia Pielęgnacyjno – Opiekuńcze w warunkach domowych

Świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej

- ◇ opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu,
 - którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia
 - stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać
 - w zakładach opieki długoterminowej, a ze względu na istniejące
 - problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej opieki
 - pielęgniarstwie udzielanej w warunkach domowych
- ◇ do opieki mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy,
 - niezdolni do samoopieki, którzy w skali Barthel nie przekraczają 40 pkt
- ◇ tryb kierowania:
 - * skierowanie do objęcia opieką wystawione przez lekarza ubezpieczenia
 - zdrowotnego
 -

Podstawowa Opieka Zdrowotna

- ◇ ukierunkowana jest na zapobieganie, diagnostykę schorzeń, ich
 - wykrywanie i leczenie, pielęgnację oraz zapobieganie lub ograniczanie
 - niepełnosprawności, usprawnianie, promocję, profilaktykę i edukację
 - zdrowotną
- ◇ tryb kierowania: deklaracja wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej

Dom Seniora (DPS)

- ◇ prawo umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie
 - wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub
 - niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować
 - w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy
 - w formie usług opiekuńczych
- ◇ osobę kieruje się do domu pomocy społecznej po uzyskaniu zgody tej
 - osoby lub jej przedstawiciela ustawowego
- ◇ skierowanie wydaje się do odpowiedniego typu domu pomocy społecznej,
 - tj. właściwego dla stanu zdrowia osoby kierowanej, zlokalizowanego jak
 - najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej
- ◇ pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego
 - miesięcznego kosztu utrzymania

Ośrodek Pomocy Społecznej

- ◇ kieruje osoby do DPS
- ◇ kwalifikuje do wypłaty zasiłku
- ◇ pracuje z ludźmi dotkniętymi patologią i wykluczeniem
- ◇ zapewnia pomoc osobie niepełnosprawnej – zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny
- ◇ pomaga ograniczyć skutki niepełnosprawności poprzez likwidację barier architektonicznych
 - ◇ świadczy usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania
 - ◇ wypłaca świadczenia pieniężne

Organizacje Pozarządowe

◇ powołane przez obywateli dla realizacji celów społecznych, których podstawą działalności jest wolontarystyczne zaangażowanie obywateli i zewnętrzne finansowanie (darowizny, subwencje, dotacje)

◇ działające w imię wartości lub społecznie pożytecznych celów, a nie dążące do uzyskania zysku czy zdobycia władzy

* **stowarzyszenie** - jest to dobrowolne i trwałe zrzeszenie osób, o celach nie zarobkowych, samodzielnie określające swoje programy i strukturę. Wyjątkowo może prowadzić działalność gospodarczą, przeznaczając dochód na cele statutowe z wyłączeniem członków stowarzyszenia

* **fundacja** - jest to instytucja realizująca zadania społeczne, niemająca charakteru działalności gospodarczej, które w akcie fundacyjnym określił założyciel (fundator), przeznaczając na tę działalność odpowiedni majątek. Fundacje mogą być ustanowione tylko w celu realizacji zadań społecznych lub gospodarczych

* **wolontariat** - to dobrowolna i świadoma działalność na rzecz innych, wykraczająca poza związki rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie. Jest to również poświęcenie czasu i energii na rzecz społeczności lokalnej, osób spoza rodziny, itd

Najważniejsze instytucje wspierające osoby starsze w Polsce to:

- Domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy, rodzinne domy pomocy
- Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze, Pielęgnacyjno – Lecznicze
- Kluby seniora
- Kawiarenki
- Uniwersytety Trzeciego Wieku
- Hospicja
- Organizacje pozarządowe
- Działalność samopomocowa

- **ORGANIZACJA OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI NA ŚWIECIE;**

WIELKA BRYTANIA

- SYSTEM OPIEKI GERAITRYCZNEJ – SŁUŻBA GERIATRYCZNA
 - **W RAMACH SŁUŻBY GERIATRYCZNEJ SĄ;**
 - DZIENNE SZPITALE GERIATRYCZNE
 - ŚRODOWISKOWA OPIEKA GERIATRYCZNA
 - ZAKŁADY PIELEGNACYJNO - OPIEKUŃCZE
- POMOC ŚWIADCZONA W MIEJSCU ZAMIESZKANIA MA CHARAKTER MEDYCZNY I SOCJALNY
- POMOC OCHOTNICZA ORGANIZOWANA PRZEZ STOWARZYSZENIA
- GRUPY SAMOPOMOCOWE
- USŁUGI OPIEKUŃCZE

SZWECJA

- OPIEKA MEDYCZNA NAD OSOBAMI STARSZYMI ŚWIADCZONA W WIĘKSZOŚCI W ICH WŁASNYCH DOMACH
- OPIEKA INSTYTUCJONALNA W SPECJALNYCH PLACÓWKACH LUB MIESZKANIACH PRZYSTOSOWANYCH DO POTRZEB OSÓB WYMAGAJĄCYCH OPIEKI
- POMOC DOMOWA
- ZASIŁEK (PRZEZ 60 DNI W ROKU) Z TYTUŁU POMOCY DOMOWEJ
- OPIEKA INSTYTUCJONALNA;
 - ZAKŁADY OPIEKUŃCZO- LECZNICZE
 - ZAKŁADY PIELEGNACYJNO – OPIEKUŃCZE
 - DOMY PIELEGNACYJNE
 - DOMY OPIEKUŃCZE

NIEMCY

- USTAWOWE UBEZPIECZENIE PIELEGNACYJNE !
- POMOC INSTYTUCJONALNA
 - SPECJALNE DOMY MIESZKALNE DLA OSÓB STARSZYCH
 - DOMY DLA OSÓB, KTÓRE NIE PROWADZĄ SAMODZIELNIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO
 - PLACÓWKI WIELOFUNKCYJNE
- POMOC POZAINSTYTUCJONALNA
 - POMOC PÓŁOTWARTA
 - POMOC OTWARTA

W USA OPIEKA NAD LUDŹMI W WIEKU PODESZŁYM ORGANIZOWANA JEST W WIELU FORMACH

- opieki długoterminowej lub przewlekłej (Long Term Care),
- poszerzonej opieki dla osób w wieku podeszłym (Comprehensive Care for Elderly),
- modeli opieki kierowanej, coraz bardziej rozwijających się, jak np. program całościowej opieki nad ludźmi starszymi (PACE- Program All-inclusive Care for Elderly)
- ośrodki opieki przejściowej (Transitional Care Centres).

- **Opieka przewlekła (Long Term Care)**; skupia się na leczeniu, pielęgnacji, rehabilitacji i działaniach opiekuńczych w domu chorego. W założeniu opieka przewlekła jest kierowana do osób kwalifikujących się do przyjęcia do zakładu opiekuńczego.
- **Model poszerzonej opieki dla osób w wieku podeszłym (Comprehensive Care for Elderly)** oferuje oprócz świadczeń realizowanych przez opiekę przewlekłą także intensywną opiekę lekarską w przypadkach ostrego zachorowania, która może być realizowana w przychodni lub w szpitalu.
- **Program całościowej opieki nad ludźmi starszymi (PACE – Program All-inclusive Care for Elderly)** umożliwia osobom starszym zakwalifikowanym do przyjęcia do zakładu opiekuńczego przebywanie i funkcjonowanie w środowisku domowym w warunkach pełnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, socjalnych i rehabilitacyjnych. Zasadniczym jego celem jest zapobieganie przypadkom hospitalizacji lub umieszczenia w zakładach opiekuńczych, które nie są bezwzględnie konieczne.
- **Ośrodki opieki przejściowej (Transitional Care Centres)** – zadaniem ich jest przejmowanie ze szpitala starszych pacjentów w celu rehabilitacji i przygotowania ich do powrotu do domu. Do ośrodka przyjmowane są osoby wymagające rehabilitacji kardiologicznej, po zabiegach ortopedycznych i udarach mózgu oraz osoby niesprawne, które z powodu nagłej ostrej choroby znalazły się w szpitalu i nie mogą pozostać same w domu.

ZMIANY ZACHODZĄCE W STAROŚCI: ASPEKT BIOLOGICZNY, PSYCHICZNY I SPOŁECZNY

- **STAROŚĆ**

- ***„Nieunikniony efekt (końcowy etap) starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać na siebie syngretycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu [...] Nieuchronnym końcem starości jest śmierć”.***

Steuden (2011, s.18) uważa, iż

„w rozważaniach na temat starości powinno się uwzględniać dwie podstawowe kwestie: starzenie się będące procesem przemian dokonujących się na poziomie biologicznym, psychicznym czy społecznym oraz starość jako okres w życiu człowieka mający określoną charakterystykę psychologiczną, kulturową i społeczną”.

Tak więc, starość ma charakter wieloaspektowy

- **OKRES STAROŚCI (WHO)**

- **Wiek przedstarczy** – 45-59 r. ż.
- **Wczesna starość** – 60-74 r. ż. – tzw. „młodzi-starzy” (ang. young-old)
- **Wiek starczy – późna starość** – 75-89 r. ż. – tzw. „starzy-starzy” (ang. old-old)
- **Długowieczność** – 90 lat i wyżej – tzw. długowieczni (ang. longlife)

- **PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY STARZENIA SIĘ**
- Poza czynnikami biologicznymi starzenia się, występują również czynniki społeczne i psychologiczne.
- **Zgodnie z koncepcją Masłowa**, do potrzeb niższych należą potrzeby natury fizjologicznej (odżywianie, oddychanie, sen, unikanie bólu, termoregulacji) i potrzeby natury psychologicznej (bezpieczeństwo, stabilizacja, niezmiennosc otoczenia, potrzeba przynależności i miłości, szacunku).
- **Potrzeby wyższe** rozróżnia się na potrzeby poznawcze (wiedza, zrozumienie, zaspokajanie ciekawości), potrzeby estetyczne (piękna, wiary, porządku) oraz potrzebę samorealizacji.
- ***Potrzeba najwyższa może zostać osiągnięta dopiero, gdy wszystkie potrzeby niższego rzędu zostaną zaspokojone.***

ZDARZENIA KRYTYCZNE W STAROŚCI

- utrata zdrowia, kondycji, atrakcyjności fizycznej
- utrata bliskich osób
- utrata statusu społecznego i ekonomicznego
- utrata poczucia przydatności i prestiżu
- zbliżająca się perspektywa śmierci

Pozytywne aspekty starości

- satysfakcja z przejścia na emeryturę,
- zadowolenie z możliwości opieki nad dziećmi i wnukami,
- możliwość dokonania zmian we własnym życiu,
- większa zdolność wartościowania różnych sytuacji, rezygnacji z tych form aktywności i celów, które nie sprawiają satysfakcji,
- mądrość życiowa,
- specyficzny, inny niż dotychczas wzorzec komunikacji między małżonkami (stają się sobie bardziej bliscy we wspólnocie, którą tworzą)

Negatywne aspekty starości

- obniżenie się sprawności psychofizycznej (szybsza męczliwość, obniżenie sprawności pamięci, wolniejsze tempo wykonywania prac, mniejsza zdolność nabywania nowych umiejętności),
- obniżająca się samodzielność i narastająca zależność od innych ludzi,
- świadomość nadchodzącego kresu życia i związany z tym lęk,
- konieczność dostosowania się do przemian społecznych, cywilizacyjnych i kulturowych,
- trudność w podtrzymaniu dialogu międzypokoleniowego,
- utrata osób bliskich (członków rodziny, przyjaciół, znajomych),
- narastanie dolegliwości chorobowych,
- utrata poczucia bycia osobą użyteczną i potrzebną w związku z przejściem na emeryturę

Biologiczne starzenie się odnosi się do obniżenia sprawności ciała człowieka oraz stopniowego wygasania funkcji różnych narządów i układów

W trajektorii pogarszania się z wiekiem stanu zdrowia można wyróżnić cztery typy:

- * optymalne starzenie się
- * normalne starzenie się,
- * starzenie się w warunkach niepełnosprawności lub deficytu oraz starzenie się w warunkach choroby

Do pierwszej grupy optymalnie starzejącej się można zaliczyć osoby, które nie doświadczają pogorszenia stanu zdrowia lub pogorszenie to jest niewielkie (np. pogorszenie zmysłu wzroku)

Grupę normalnie starzejącą się charakteryzują uszczerbki na zdrowiu lub problemy zdrowotne typowe dla danej grupy kulturowej (np. pogorszenie zmysłu słuchu)

Starzenie się w warunkach niepełnosprawności lub deficytu dotyczy pogarszania się stanu zdrowia w związku z fizjologiczną niepełnosprawnością, która nie została jeszcze zakwalifikowana jako jednostka chorobowa, jednakże wpływa na funkcjonowanie jednostki lub ogranicza jej optymalne funkcjonowanie (np. osteoporoza)

- **Psychologiczny wymiar starości** obejmuje zmiany w zakresie osobowości oraz funkcji poznawczych.
- Sprawność intelektualna, zarówno inteligencja płynna, jak i inteligencja skrytalizowana, ulega pogorszeniu po przekroczeniu 60. r.ż.
- Zmniejsza się zdolność przetwarzania informacji, koncentracji, podzielności uwagi, zapamiętywania i nabywania nowych informacji.
- Pojawia się ogólne spowolnienie aktywności psychicznej (pojmowania, kojarzenia, przypominania itp.), której towarzyszy większa męczliwość.
- Tempo oraz czas wykonywania zadań bądź pracy i rozwiązywania problemów ulega wydłużeniu.
- Obniżają się zdolności koordynacji wzrokowo – ruchowej oraz pamięci operacyjnej.
- Ruchy stają się mniej precyzyjne, a czas reakcji na bodźce wydłuża się

Socjologiczne spojrzenie na starość to przede wszystkim skupienie uwagi na takich zagadnieniach, jak:

- 1) cechy charakterystyczne dla pokolenia osób w starszym wieku,
- 2) miejsce człowieka starego w społeczeństwie,
- 3) miejsce człowieka starego w rodzinie,
- 4) sytuacja ludzi starych na rynku pracy,
- 5) potrzeby społeczne ludzi w starszym wieku,
- 6) samotność i osamotnienie i ich uwarunkowania,
- 7) proces wycofywania się z ról społecznych,
- 8) wartości uznawane i preferowane przez starsze pokolenie,
- 9) role społeczne pełnione przez osoby w starszym wieku,
- 10) sposoby życia w domach pomocy społecznej.

Spoleczne konsekwencje starzenia się

1. zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodziny;
2. zwiększanie się obciążenia systemu emerytalnego ze względu na konieczność wypłaty większej liczby świadczeń przez dłuższy okres;
3. zwiększanie się kosztów ochrony zdrowia;
4. zwiększanie się kosztów pomocy środowiskowej;
5. zwiększanie się kosztów opieki instytucjonalnej, szczególnie nakładów finansowych na instytucjonalne formy pomocy osobom starszym.

- **PROGRAMY PROFILAKTYCZNE**

- CYKL WARSZTATÓW I WYKŁADÓW DLA OSÓB Z HISTORIAŁ ONKOLOGICZNAŁ
- BEZPŁATNE BADANIA MAMMOGRAFICZNE
- AKADEMIA ZDROWEGO, BEZPIECZNEGO I AKTYWNEGO STARZENIA SIĘ
- BEZPŁATNE TESTY SŁUCHU
- BEZPŁATNE BADANIA – CHOROBA ZWYRODNIENIOWA KOLAN I/LUB BIODER
- <http://zdrowy-senior.org/kategoria/programy-zdrowotne/>

LITERATURA;

Literatura uzupełniająca:

1. Czajka D., Czeaka B.: Przewlekłe chory w domu. Gdzie szukać pomocy? PZWL, Warszawa 2012
2. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ze zmianami. Dz. U. z 2011 r. Nr 81, poz. 440
3. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Kompendium pielęgnowania w starszym wieku. Wyd. Czelej, Lublin 2007

MGR.BEATA CZEKAŁA