

UZALEŻNIENIA WIEKU PODESZŁEGO

THE OLD AGE ADDICTIONS

MONIKA SZPRINGER¹, GRAŻYNA CZERWIAK², AGNIESZKA CZERWIAK³

¹Zakład Profilaktyki Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik: dr hab. n. hum. Monika Szpringer prof. UJK

²Zakład Umiejętności Pielęgniarskich i Organizacji Pracy, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Lesław Krwawicz

³Absolwentka Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Proces starzenia się społeczeństw stanowi interdyscyplinarny problemem współczesnego świata, wyzwając specyficzne konsekwencje społeczne, ekonomiczne i polityczne. Obok zagrożeń funduszy emerytalnych obserwowane są także niekorzystne zmiany w strukturze rodziny i jej funkcjonowaniu. Niekiedy proces starzenia się jest trudny do akceptacji, wzrasta poczucie osamotnienia i izolacji, pojawia się pustka egzystencjalna. Do sięgania po używki mogą skłaniać: choroba przewlekła lub/i przykre dolegliwości, utrata najbliższych, narastające problemy materialne. Do niedawna zaburzenia spowodowane nadmiernym spożyciem alkoholu wśród seniorów budziły niewielkie zainteresowanie badawcze.

Czynniki ryzyka rozwoju uzależnień wieku podeszłego powinny być poddane wnikliwej analizie z uwagi na istotne aspekty społeczne, psychologiczne i zdrowotne związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez seniorów.

Słowa kluczowe: wiek podeszły, uzależnienia, czynniki ryzyka.

Wstęp

Uzależnienia stanowią przedmiot zainteresowania wielu dyscyplin. U podstaw uzależnień tkwi utrata kontroli nad własnym myśleniem i zachowaniem, która sprowadza się do ciągłego poszukiwania przez jednostkę kontaktu z substancją lub/i sytuacją wyzwalamą oczekiwaną stan emocjonalny. Z medycznego aspektu uzależnienia charakteryzują się zakłóceniem wielu funkcji organizmu spowodowanych wprowadzeniem substancji chemicznej. Wśród osób uzależnionych widoczne są totalny brak możliwości utrzymywania abstynencji i utrata kontroli nad zachowaniem ukierunkowanym jedynie na pozyskanie środka.

W psychologicznym ujęciu uzależnienia związane są ze specyficznymi zaburzeniami zachowania jednostki lub/i grupy, w tym z zaburzeniami funkcji społecznych. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych ma na celu redukcję napięć emocjonalnych, lęku, niepewności siebie, niskiego poczucia własnej wartości, zaś według osoby uzależnionej – zaspokojenie potrzeby pozytywnych doznań [1].

Abstract

Aging of the society is an interdisciplinary problem of the modern world that releases specific social, economic and political consequences. In addition to the risks of pension funds the unfavorable changes in the family structure and its functioning are also observed. Sometimes the aging process is difficult to accept, the sense of isolation and loneliness increase and the existential emptiness appears. Reaching for drugs may be inclined by a chronic disease and/or unpleasant symptoms, the loss of family members, increasing financial problems. The problems caused by an excessive alcohol consumption among seniors not long ago aroused little interest in research. The risk factors for the development of old-age addictions should be under dissection because of the important aspects of the social, psychological and health in relation to the substance abuse by seniors.

Key words: old age, addiction, risk factors.

Wśród różnorodnych patologii społecznych można wyróżnić: patologie o charakterze globalnym, dotyczącym grup społecznych, i indywidualne. Mechanizmy uzależnienia pełnią fundamentalną funkcję zarówno w jego powstawaniu, jak i w utrzymywaniu. Wyróżniono kilka koncepcji rozwoju uzależnień związanych z determinacją biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową. Ciekawą koncepcją rozwoju podłoża uzależnień jest wskazanie na potrzeby egzystencjalne jednostki. Do sięgania po alkohol może stymulować jednostkę obniżenie poczucia celu i sensu życia, w tym deficyt spełnienia potrzeb duchowych. Picie minimalizuje ten niedosyt, dając jednostce tymczasowe poczucie wyższości oraz wszechmocy [2].

Według WHO uzależnienie od alkoholu to specyficzny stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu jednostki i innymi następstwami, w tym zawsze z przymusem ciągłego lub okresowego korzystania z alkoholu w celu doświadcze-

nia psychicznych efektów jego działania lub unikania dyskomfortu [3].

W Polsce fragmentaryczne badania epidemiologiczne nie pozostawiają złudzeń, że niektórzy seniorzy także nadużywają alkoholu. Niepokoić może także tendencja wzrostowa uzależnień od alkoholu wśród osób objętych opieką stacjonarną (zakłady dla przewlekle chorych, domy pomocy społecznej, oddziały psychiatryczne) w grupie wiekowej powyżej 65 r. ż. Z powodu zaawansowania wieku wśród seniorów objawy uzależnienia od alkoholu, leków lub narkotyków mogą być przypisywane współistniejącym chorobom. Problematyka uzależnień wśród osób w podeszłym wieku to wciąż temat tabu. W Polsce działania wspierające profilaktykę i terapię adresowane są głównie do osób młodszych, często eksperymentujących z używkami. Zatem występuje marginalizowanie uzależnień wśród seniorów [4].

Niekontrolowane picie nie tylko nie rozwiązuje problemów, ale prowadzi do kolejnych. Osoba nadużywająca alkoholu nie przestaje pić, mimo że spirala problemów spowodowana uzależnieniem piętrzy się w dynamicznym tempie. W ciągu pięciu miesięcy w latach 2007–2008 w Kielcach wśród 105 pacjentów programu terapeutycznego odnotowano najwięcej osób w przedziale wieku 31–40 lat, ale 21% badanych było w wieku 60 lat i więcej. Wyniki badań świadczą o tym, że alkoholizm jest problemem, z którym chory nie jest w stanie sobie sam poradzić [5].

Celem artykułu była analiza czynników ryzyka rozwoju uzależnień w populacji osób wieku podeszłego ze wskazaniem na możliwości poprawy w tym zakresie.

Jakie czynniki mogą inicjować ryzyko rozwoju uzależnień wieku podeszłego?

Zapewne wpływ na rozwój uzależnienia od alkoholu w wieku podeszłym mogą mieć wzorce wypracowane w młodości. Poza tym dla wielu osób proces starzenia się jest trudny do akceptacji, wzrasta poczucie osamotnienia i izolacji, pojawia się pustka egzystencjalna. Do sięgania po używki mogą skłaniać także choroba przewlekła i związane z tym przykre dolegliwości, utrata najbliższych, narastające problemy materialne. Alkohol może być postrzegany przez jednostkę jako środek ułatwiający funkcjonowanie i jednocześnie sposób na radzenie sobie z problemami dnia codziennego.

Zdaniem B. Habrat nadmierne spożywanie alkoholu przez osoby starsze i szkody zdrowotne tym spowodowane są jednym z najbardziej niedocenianych problemów w populacji. Choć częstość i intensywność spożywania alkoholu zmniejsza się wśród osób starszych, to problemy związane z nadmiernym spożyciem występują u ok. 3–5% osób powyżej 60 r. ż. Mniej więcej 2/3 z tych osób rozpoczęło picie wcześniej, mimo szkód zdrowotnych. Natomiast 1/3 to osoby, które rozpoczęły nadmierne spożycie ok. 60 r. ż. Toksyczne działanie alkoholu na tkanki

u seniora wynika z ich podatności i większej wrażliwości, a także z interakcji z lekami powszechnie stosowanymi w tej populacji. Wbrew poglądom podejmowanie interwencji u osób w tej grupie wiekowej może powodować korzystne zmiany zachowań sprzyjające poprawie stanu zarówno psychicznego, jak i somatycznego [4].

Analizę społecznych problemów osób starszych w latach 2008–2009 mieszkających w województwie świętokrzyskim przeprowadzono za pomocą ankiety, w której brało udział 1450 osób. W świetle wyników tych badań starość dla wielu respondentów oznacza pogorszenie się sytuacji życiowej (79,2%). Dotyczy to wielu aspektów codziennego życia, takich jak: zdrowie, kontakty społeczne, sytuacja materialna. Ponad 30% badanych nie posiada funduszy na zabezpieczenie podstawowych potrzeb. Ryzyko rozwoju uzależnień od alkoholu w wieku podeszłym może wynikać z pogorszenia sprawności funkcjonalnej w wielu obszarach. Jednocześnie obserwowany jest mechanizm zaprzeczania nadużywania alkoholu [6].

Często degradacja zawodowa lub/i społeczna, utrata zdrowia są silnymi motywatorami do podejmowania decyzji o terapii alkoholowej. Badaniem objęto 203 osoby przebywające na leczeniu w placówce stacjonarnej w Kielcach od listopada 2007 do marca 2008 roku i od stycznia do kwietnia 2009 roku. Celem badania była weryfikacja, czy i w jaki sposób motywacja pacjenta ewoluuje podczas kilkutygodniowego oddziaływania terapeutycznego. Na początku terapii 92,86% badanych potwierdziło brak umiejętności radzenia sobie z codziennymi trudnościami bez użycia alkoholu; świadomość ta wzrastała w trakcie pobytu. Większość badanych przyznała, że decyzję o leczeniu podjęła pod presją osób bliskich, z powodu kłopotów finansowych lub zdrowotnych. Świadomość stopnia rozwoju choroby pacjenci uzyskiwali w trakcie terapii. Wyniki tych badań wskazują na konstruktywny wpływ terapii odwykowej w zakresie procesów poznawczych osób uzależnionych, co powinno oddziaływać na ich sferę behawioralną szczególnie po opuszczeniu placówki odwykowej [7].

Na podstawie charakterystyki aktualnego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce można stwierdzić, że w ciągu ostatnich 18 lat, tj. od 1990 r., obserwowany jest, zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej, wzrost wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych towarzyszy wzrost wskaźników związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, narkotyków i leków. Wskaźnik osób leczonych z powodu uzależnień (od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych) sukcesywnie wzrasta. Co więcej dynamika zapadalności uzależnień jest wyższa niż dynamika rozpowszechnienia, co oznacza, że na zjawisko ma większy wpływ rejestrowanie nowych przypadków uzależnień niż podejmowanie kolejnych prób leczenia. Zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak

i stacjonarnej większość pacjentów stanowią mieszkańcy miast. Ze względu na płeć: z terapii korzysta więcej mężczyzn niż kobiet. Największa grupa pacjentów to ci w wieku 30–64 lat. Mimo że kobiety spożywają mniej alkoholu niż mężczyźni, to jednak ryzyko podejmowania picia w starszym wieku jest większe, zwłaszcza wśród osób samotnych. We wszystkich placówkach ambulatoryjnych odnotowano w ostatnich latach wzrost świadczeń z zakresu psychoterapii [8].

Niebezpieczeństwo rozwoju uzależnień w wieku podeszłym może wynikać z tego, że miarę upływu lat dochodzi do pogorszenia sprawności i funkcjonowania w wielu obszarach. Zwiększa się zapotrzebowanie na specyficzne świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne w zakresie opieki instytucjonalnej i domowej. Choroby przewlekłe sprzyjają rozwojowi zróżnicowanej niepełnosprawności. Pojawiają się tzw. wielkie zespoły geriatryczne, tj. zaburzenia mobilności, równowagi i zagrożenie upadkiem, nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia otępienne, upośledzenie wzroku, słuchu, wzrasta zagrożenie zespołem depresyjnym [9].

W wielu sytuacjach trudnych ryzyko nadużywania leków może być zainicjowane pożyczaniem takiej substancji od innej osoby. Nieoczekiwane pojawiają się epizody charakterystyczne dla uzależnienia. Nie ustalono dotąd kompletnej listy czynników warunkujących nadużywanie leków przez osoby starsze, jednakże wskazywano na znaczenie uzależnienia zainicjowanego w przeszłości. Innym aspektem tej problematyki staje się starzenie się tzw. użytkowników narkotyków. U seniorów zmienia się metabolizm, maleje sprawność funkcji neurokognitywnych, co w połączeniu z niekontrolowanym spożyciem leków może powodować dotkliwe skutki zdrowotne. W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się te osoby starsze, które doświadczają przykrych problemów zdrowotnych i jednocześnie systematycznie piją alkohol [10].

Samo pojęcie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest definiowane z jednej strony na podstawie objawów nieswoistych związanych z zależnością psychiczną i fizyczną, która występuje podczas stosowania wszystkich środków, z drugiej – objawów swoistych związanych ze zmieniającą się tolerancją i reaktywnością, specyficznymi zaburzeniami osobowości, zaburzeniami psychicznymi. Zależność psychiczna przejawia się w obsesyjnym dążeniu do zdobycia środka w celu uzyskania oczekiwanych doznań emocjonalnych. Natomiast zależność fizyczna oznacza kompulsyjne dążenie do przyjęcia substancji psychoaktywnej, utratę kontroli nad jej zażywaniem oraz rozwój zespołu abstynencyjnego. Do objawów swoistych zalicza się te, które przyjmują charakterystyczną postać dla określonej grupy, w tym nawet pojedynczych substancji psychoaktywnych [11].

Badania Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z 2008 roku, które dotyczyły używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, nie pozwalają na dokładne oszacowanie

skali problemu. Z danych wynika, że osoby starsze są zagrożone występowaniem problemów alkoholowych. Tym bardziej że nadużywanie alkoholu w połączeniu z innymi substancjami zwiększa ryzyko problemów społecznych, psychologicznych i zdrowotnych. Osoby powyżej 65 r. ż. zażywają około jednej trzeciej wszystkich leków na receptę zawierających benzodiazepiny lub opioidowe środki przeciwbólowe. Leki są zarówno przepisywane przez lekarza, jak i dostępne bez recepty, ale zażywane przez osoby starsze dość często i regularnie [10].

W Polsce źródłem danych związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych przez osoby starsze są badania prowadzone w ramach systemu sprawozdawczego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W grupie osób przyjętych do lecznictwa stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji psychoaktywnych większość stanowili mężczyźni. Okazjonalne przyjmowanie leków bez zlecenia lekarskiego jest najbardziej rozpowszechnione wśród osób w grupie wiekowej 45–54 lat, przy czym w najstarszej grupie badanych odsetek ten jest niewiele niższy [8, 12].

Nie ulega wątpliwości, że środkami nasennymi i uspokajającymi można doprowadzić do obniżenia poziomu przykrych emocji. Owe substancje wprowadzają jednostkę w stan bierności, zamiast wspierać w poszukiwaniach i dążeniach do rozwiązania problemu.

Prawdopodobieństwo otrzymywania recepty na leki psychoaktywne i niewłaściwego ich zażywania jest większe w grupie starszych kobiet niż mężczyzn. Używanie substancji psychoaktywnych przez seniorów może być spowodowane polipragmazją. W Europie 27% osób powyżej 55 r. ż. wskazuje, że konsumuje codziennie alkohol [12]. Występowanie u seniorów dolegliwości i trudnych sytuacji może skłaniać do sięgania po substancje psychoaktywne. Do tych czynników ryzyka należą m.in.: utrata bliskiej osoby, izolacja społeczna, brak wsparcia społecznego, trudności finansowe, samotność, niepokój, zaburzenia poznawcze, brak mobilności, problemy zdrowotne związane z bólem i cierpieniem [13].

Starzenie się społeczne związane jest silnie z pozbawieniem aktywności zawodowej. Często jest to okres redukcji wszelkich interakcji społecznych. Do czynników hamujących prozdrowotną aktywność seniora w tym okresie można zaliczyć:

- izolację społeczną i psychiczną,
- pogorszenie sytuacji materialnej,
- nagłą zmianę warunków środowiskowych, np. w wyniku instytucjonalizacji,
- brak przygotowania seniora do starości,
- niewłaściwe nastawienie do procesu starzenia się innych osób,
- brak odpowiednich form rekreacji i czynnego wypoczynku [9].

Częstotliwość zaburzeń psychicznych w późnym okresie dorosłości nadal pozostaje przedmiotem dysku-

sji. Refleksja nad minionym czasem może przyczynić się do satysfakcji, jak i dostarczać frustracji. Zatem nie jest obojętne, jaki jest bilans życia osoby w podeszłym wieku. Zdarza się, że osoby starsze są wobec siebie samych zbyt surowymi sędziami, negatywnie oceniają szanse życiowe, pogłębiając nastrój przygnębienia. Wśród osób starszych obserwowane jest nadużywanie alkoholu, leków analgetycznych lub/i uspokajających [14].

W rodzinie, w której występuje problem uzależnienia jednego z jej członków, dochodzi do zachwiania równowagi funkcjonalnej. Dysfunkcjonalność związana jest z zaburzonymi relacjami pomiędzy członkami rodziny, podziale ról, chaosie i nierzadko przemocą. Zaburzone zachowania członków rodziny mogą być konsekwencją deficytu praktycznych umiejętności radzenia sobie z problemem uzależnienia wynikającym z niewiedzy. Zachwianie równowagi psychicznej w rodzinie, nadmierne napięcie emocjonalne, frustracja, czasem poczucie winy, zaburzenia psychosomatyczne to efekt działania związanego z uzależnieniem. Takie stany emocjonalne, jak: lęk, rozpacz, poczucie bezsilności, stają się nieodłączną częścią życia wszystkich członków rodziny.

Zakończenie

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce realizowany w latach 2011–2015 zakłada jako główny cel promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zwiększenie integracji społecznej, upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rozwój badań naukowych oraz systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego. Program wskazuje na konieczność podejmowania nowych rozwiązań organizacyjnych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, tj. zorganizowanie Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych, jednego na co najmniej 50–200 tys. mieszkańców, 0,2 miejsca w hostelu/10 tys. mieszkańców, oddziału detoksykacji: 0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców, ośrodka terapii uzależnień od alkoholu: 1,2 łóżka/10 tys. mieszkańców. W zakresie opieki ambulatoryjnej powinna funkcjonować co najmniej jedna, codziennie czynna, poradnia terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnień, przypadająca na jeden powiat obejmujący ok. 50 tys. mieszkańców [8].

Przeglądając oferty ośrodków zajmujących się psychoterapią, można zauważyć, że wśród różnych form pomocy oferowana jest także terapia rodzinna. Współczesne tempo życia oraz uzależnienia sprawiają, że wiele osób nie potrafi zbudować dobrych relacji wewnątrzrodzinnych i czuje się kompletnie zagubionych. Podobnie jak każdy organizm posiada własny system immunologiczny, tak też rodziny posiadają możliwości i sposoby umożliwiające utrzymywanie równowagi. Nie zawsze jednak własne zasoby są na tyle wystarczające, by pokonać kryzys. Niezbędny jest także specjalista, który zaoferuje pomoc w uporządkowaniu trudnej

sytuacji i wskaże nowe spojrzenie na wzajemne relacje w rodzinie.

Czas późnej dorosłości to okres wyciszenia, zasłużonego odpoczynku po pracy zawodowej. Zdarza się jednak, że tuż po przejściu na emeryturę obserwowane są niskie wskaźniki jakości życia seniora. Niekiedy jest to proces całkowitego wycofywania się jednostki z życia społecznego, kulturalnego i towarzyskiego. Takie sytuacje mogą powodować aktywację przykrych doznań emocjonalnych, stanów depresyjnych, zaburzeń snu, poczucia osamotnienia i izolacji, co zwiększa ryzyko uzależnień. Starzenie się w kontekście psychologicznym oznacza upośledzenie zmian zachodzących z wiekiem w zakresie zdolności psychomotorycznych, uczenia się, zapamiętywania, myślenia, motywacji i emocji.

Istnieją trudności w realizacji terapii uzależnień, ponieważ jednym z nieodłącznych elementów nałogu jest mechanizm zaprzeczenia dokonywany przez jednostkę. Powoduje to obronę uzależnionego przed specjalistyczną terapią odwykową. Nawet w sytuacjach, gdy jednostka dostrzega negatywne zmiany egzystencjalne i podejmuje próby samotnego radzenia sobie, najczęściej uzyskuje efekt wzmoczonego powrotu do nałogu. Należy także rozważać finansowy aspekt profilaktyki i kompleksowej terapii uzależnień. Niekiedy administracje rządowe wolą czerpać zyski z akcyzy nakładanej na używki, niż systemowo rozwiązywać przyczyny i konsekwencje uzależnień [2].

Zarówno alkoholicy, jak i narkomani wymagają pomocy medycznej (np. detoksykacji lub farmakoterapii), psychoterapeutycznej, oddziaływań rehabilitacyjnych oraz resocjalizacyjnych. Szeroko rozumiana pomoc psychologiczna jest najważniejszą formą terapii, która początkowo skoncentrowana jest na utrzymywaniu abstynencji, a później na nauczaniu jednostki życia w trzeźwości [11].

Bardzo ważnym aspektem staje się przygotowanie pracowników w okresie przedemerytalnym do emerytury. Chodzi o przekazanie prozdrowotnych zasad codziennego życia w wieku starszym, poinformowanie o możliwości skorzystania z form opieki socjalnej i medycznej. Niezbędne jest także wskazanie form zainteresowań niezawodowych. Ważnym zadaniem jest redukcja stresu osób szczególnie mocno zaangażowanych w pracę, np. proste prace w ogródku przydomowym dostarczają fizycznych i psychicznych bodźców, satysfakcji z wyników pracy – co jest równoznaczne z poczuciem przydatności dla rodziny i społeczeństwa [13].

Istotny wkład w poczucie bycia potrzebnym ma działalność polityczno-społeczna, malarstwo, pisanie pamiętników, wychowywanie wnuków lub praca w niepełnym wymiarze czasu pracy. Działania związane z rozbudową środowiskowej infrastruktury socjalnej, kulturalnej, rekreacyjnej i oświatowej dostosowanej do oczekiwań tej grupy wiekowej sprzyjają korzystnym zachowaniom seniorów. Kolejnym trendem może być aktywizowanie

osób w podeszłym wieku do działań samopomocowych, w tym do niwelowania typowych stereotypów wieku podeszłego. Pomyślnie starzenie się powinno być wolne od chorób oraz uzależnień z zachowaną sprawnością intelektualną i fizyczną. Czynniki warunkujące pomyślnie starzenie się zależne są od preferencji jednostki związanych ze stylem życia oraz wczesną diagnostyką i leczeniem chorób.

Zmiany związane z wiekiem prowadzą do ograniczenia samodzielności, utraty poczucia bezpieczeństwa i wynikającej z niej niemożności podejmowania samodzielnych decyzji. Zawęża się własny horyzont patrzenia na świat, zmniejsza się sprawność intelektualna. Sytuacja materialna osób starszych jest często skomplikowana. Respondenci mają utrudniony dostęp do rehabilitacji i skutecznego leczenia. Problemy materialne lub/i zdrowotne często dominują wśród problemów badanych osób. Brakuje zagospodarowania czasu wolnego osobom w podeszłym wieku w aktywny sposób. Problem ten dotyczy szczególnie terenów wiejskich. Badani twierdzą, że najbliższa rodzina powinna sprawować opiekę nad osobami starszymi. Tymczasem nie ma rozwiązań systemowych, które wspierałyby rodzinę w jej funkcjach opiekuńczych.

Wnioski

Opieka rodzinna nad osobami starszymi powinna być obudowywana wsparciem środowiskowym, świadczonym przez organizacje pozarządowe oraz służby publiczne [5].

Projektowanie działań i interwencji powinno być oparte na faktycznym rozpoznaniu dolegliwości zdrowotnych, problemów psychologicznych, społecznych w populacji seniorów. Brak informacji o wieku podeszłym – „zmowa milczenia” – utrudnia działanie, a także wzajemne zrozumienie wszystkich zainteresowanych, tj. osób starszych, rodziny i tzw. opinii społecznej. Tempo procesów starzenia się zależy od szeroko pojętej profilaktyki w dzieciństwie, młodości i w wieku dojrzałym.

PIŚMIENNICTWO

1. Peele S., Doświadczenie uzależnienia, w: Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie, Dodziuk A. (red.), IPZiT, Warszawa 1992, 9.
2. Bebas S., Oblicza patologii społecznych, WSH, Radom 2011, 195–215.
3. Woronowicz B., Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia, Media Rodzina, Warszawa 2009, 36.
4. Habrat B., Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze, *Postępy Nauk Med.* 2011, 8, 701–704.
5. Karyś J., Szpringer M., Najważniejsze problemy pacjentów uzależnionych od alkoholu, *Stud. Med.* 2009, 14, 7–12.
6. Szpringer M., Kowalski M., Problemy społeczne osób starszych, *Stud. Med.* 2010, 20, 19–24.
7. Karyś J., Szpringer M., Karyś T., Zmiana motywacji do leczenia osób uzależnionych od alkoholu w trakcie terapii odwykowej, *Stud. Med.* 2009, 16, 49–56.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, *Dz.U.* nr 24, poz. 128.
9. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Kędziora-Kornatowska K., Muszaliak M. (red.), Czelej, Lublin 2007.
10. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., Podstawy gerontologii społecznej, Warszawa 2006, 66–78.
11. Cierpialkowska L., Psychologia uzależnień, w: Psychologia kliniczna, Sęk H. (red.), PWN, Warszawa 2006, 157–181.
12. Gossop M., Zażywanie substancji przez osoby starsze: zaniedbany problem. Cel – narkotyki, *Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii*, 2008, 18.
13. Struzik M., Używanie substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, *Serwis Informacyjny Narkomania* 2008, 4, 26–30.
14. Bee H., Psychologia rozwoju człowieka, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2004, 543–557.

Adres do korespondencji:

dr Grażyna Czerwiak
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego
w Kielcach
al. IX Wieków Kielc 19
25-516 Kielce
e-mail: gczerwiak@o2.pl