

FOGYATÉKOSSÁGHOZ VEZETŐ IDŐSKORI BETEGSÉGEK

GONDOLATOK A MEDICINA TÁRGYKÖRÉBŐL

CSIKÓS GABRIELLA

Absztrakt

A tanulmány az időskorral leginkább együtt járó négy olyan betegségről szól, amely a legjelentősebben megnehezíti a beteg mobilitását, aki ezáltal gondozottá válik, mindennapjaiban segítségre szorul. Az idős, önmagát ellátni már nem képes ember gondozása történhet a saját otthonában és/vagy intézményi körülmények között. Ez utóbbi talán az egyetlen megoldás azok számára, akik időskorukra egyedül maradnak, esetleg messze a családjuktól, netán gyermektelenek. A szociális hálózatnak is nagy szerepe van az idősök otthoni ápolásában. Az idős ember otthoni ápolását, gondozását és idősotthoni elhelyezését majdnem lehetetlen megszervezni és kivitelezni szerető és gondoskodó család hiányában. Az írás olyan időskori megbetegedéseket mutat be, amelyek fogyatékoság kialakulásához, ezáltal halmozott és további személyi kitértséghez, intézményi vagy ellátási rászorultsághoz vezethetnek.

Kulcsszavak: látásromlás, stroke, mozgásszervi panaszok, házi ápolás, gyógytorna, decubitus

Bevezetés

Az idősödő társadalom jelensége a világ számos országában megfigyelhető, demográfiai, gazdasági, társadalmi következményeit megéljük a mindennapi életben. E folyamat lényegi gazdasági, társadalmi, kulturális változásokat hozott a világban, de elsősorban Európában. Olyan, idősökre irányuló társadalmi beavatkozásra van szükség, amely az emberek egész élete során biztosítja a függetlenséget, a gondoskodást és a méltóságot. Magyarországon 2009-ben jelent meg az Idősügyi Nemzeti Stratégia. Célkitűzése az idősödő és idős emberek aktivitásának és függetlenségének megőrzése, a társadalmi és közösségi felelősségvállalás, a szolidaritás értékének megerősítése, az idősökkel szemben táplált negatív sztereotípiák

csökkentése, a foglalkoztatás, a munkaerőpiaci részvétel erősítése, az időskori jövedelem-biztonság megteremtése, valamint a civil kezdeményezések és az önkéntesség erősítése volt (INS, 2009). A nemzetközi és hazai szervezetek esetében a lényegi kérdés az, hogyan valósultak/valósulnak meg mindezek.

Az időskorban jelentkező betegségekhez társuló fogyatékoságok

Az időskorban jelentkező panaszok: a látásgyengülés, a nagyothallás, a betegségek nyomán kialakuló beszédzavarok és mozgáskorlátozottság olyan élethelyzeteket vonnak maguk után, amelyekben a beteg segítségre, ápolásra szorul. A következőkben ezeket mutatjuk be részletesebben.

Az időskori látásromlás

Az időskori látásromlás negatívan hat az életminőségre, az egyedül élő korosodó embernek komoly problémát okoz. Emiatt kezdetben olyan tevékenységek ütköznek akadályba, mint az olvasás és a varrás, de az előrehaladott időskori látásromlás általánosságban is megnehezíti az önálló életvitelt. Egyre nagyobb gondot okoz a számlák kezelése, a bevásárlás és a közlekedés. A rossz látás miatt nem tudják kezelni a telefont, és ritkábban mennek emberek közé. Egyre kevesebb olyan tevékenységet végeznek, amely az idegrendszert és a szellemi képességeket stimulálja, ami szellemi hanyatláshoz és depresszióhoz vezethet. Időskorban leggyakrabban a következő négy látást érintő betegséggel találkozunk: szürke hályog (*cataracta*), zöld hályog (*glaucoma*), sárgafoltisorvadás (*maculadegeneratio*) és öregszeműség (*presbyopia*) (Süveges, 2020).

Szürke hályog

A szürke hályog a szemlencse elhomályosodását jelenti. Leggyakrabban időskorban alakul ki, a lencse elöregedése miatt: ekkor a szervezetünk már nem tud megfelelő mennyiségű vizet tárolni, ezért a lencse ionegyensúlya felborul, az oxidatív anyagcsere csökkenésével visszaesik a kálium-, és nő a nátriumkoncentráció, aminek a következménye az elváltozás. Az öregkori szürke hályog (*cataracta senilis*) általában kétoldali, és hatvan év felett jelentkezik. Kezeletlen esetben vakságot okozhat. Kizárólag műtéti úton gyógyítható, az elszürkült lencsét műlencsével pótolják. Az eljárás rutinszerűnek számít, nagyjából tizenöt percet vesz igénybe.

Zöld hályog

A szemgolyón belül keringő folyadék a csarnokvíz, amelynek termelése és elvezetése, amennyiben egyensúlyban van, biztosítja a szem állandó, 16 és 18 Hgmm közötti nyomását (Süveges, 2020). A szem valamennyi, nyomásfokozódással járó megbetegedését közös néven zöld hályognak nevezzük. A nyomásfokozódás során a látóidegsejtek pusztulásnak indulnak, ami látótérkieséshez és látásromláshoz, súlyosabb esetben vaksághoz is vezethet. Jellemzően negyven évnél idősebb embereknél alakul ki, és a hajlam örökölhető. Megkülönböztetjük a zárt zugú (*acut glaucoma*) és a nyílt zugú (*glaucoma simplex*) zöld hályogot (Süveges, 2020). A zárt zugú zöld hályogot hirtelen kezdet jellemzi, és csak a korábban is fennálló szűk elülső csarnokzug záródása következtében fordulhat elő. Ilyen található időskorban a lencsék fiziológiás megnagyobbodása következtében és távollátás (*hypermetropia*) esetében. Tünetei: a szem körüli csontok nagy fokú fájdalma, a látásromlás, a fényforrás körüli szivárványszerű karikáltság, a hányinger, a vörös szem, a fényre nem reagáló pupilla és a szemgolyó kőkemény tapintata. Nyílt zugú zöld hályog esetében a kezdet lappangó, a korai stádium tünetmentes, és a betegség kétoldali (Süveges, 2020). Évek alatt bekövetkezik a perifériás látás fokozatos elvesztése, ami csőlátáshoz vezet. A szembenyomás állandóan emelkedett (a *trabecularis* hálózatban kóros folyadékvezetés miatt). Az érintett betegek első fokú rokonai és cukorbetegek között növekvő prevalenciát mutattak ki (Tierney et al., 2003). Kialakulhat más szembetegségek talaján: szivárványhártya-gyulladás (*uveitis*), trauma után. A szembenyomáson kívüli tényezők (például érederetű eltérések) szerepet játszhatnak a zöld hályog okozta látóideg-károsodás patogenezisében. Gyógyszeres és műtéti kezelése lehetséges. A zöld hályog során kialakuló látásromlás nem fordítható vissza, de megállítható. A glaukómás roham pár óra leforgása alatt vaksághoz vezethet, sürgősségi ellátást igényel. A betegség diagnosztizálása után fontos a rendszeres szemészeti ellenőrzés és az orvos utasításainak betartása.

Sárgafoltisorvadás

A sárgafoltisorvadás a látóideghártya (retina) betegsége, és az időskori vakság fő oka. Két fő csoportja a száraz (*atrophiás*) és a nedves (*exsudatív*) sárgafoltisorvadás. Mindkét típus progresszív és általában kétoldali. Megjelenésük, prognózisuk és kezelésük szempontjából is különböznek egymástól. A száraz degeneráció (a látóideghártya legkülső rétege elvékonyodik) fokozatosan rosszabbodik, és kétoldali látásgyengülés jellemzi. Az érintett nem vesz észre változást a látásban, de a betegség később fokozatos és folyamatos látásromlást okoz. A nedves degeneráció során (kóros vérerek – érújdonképződések – nőnek ki a sárgafolt alatti érhártyából a látóideghártyába) a látásvesztés gyorsabban kezdődik,

súlyosabb, és a két szem rendszerint néhány éven belül egymást követően betegszik meg. A vér felhalmozódásával a középponti látás torzzá és homályossá válik. Ez a forma felelős a megvakulással járó esetek kb. kilencven százalékáért. A betegségre hajlamosító tényezők: dohányzás, túlzott UV-sugárzás, szív- és érrendszeri betegségek. Jelenleg nincs hatékony kezelési módja, de a károsodás folyamatát lassítani lehet, súlyosbodása megakadályozható. Minél korábbi stádiumban kezdik el a kezelést, annál nagyobb az esély a megmaradt látás fenntartására (Tierney et al., 2003; Süveges, 2020).

Öregszeműség

Az öregszeműség a szem alkalmazkodóképességének korral járó természetes elvesztését jelenti (Tierney et al., 2003). Akkor következik be, amikor a szemlencse rugalmassága csökken, s ezáltal a szem fókuszálóképessége gyengül (Tierney et al., 2003). Ez természetes élettani folyamat, bizonyos életkor után elkerülhetetlen. Kezelési lehetőségek: lézeres korrekció, szemlencse műlencsére cserélése, olvasószemüveg vagy multifokális kontaktlencse használata.

Az időskori hallásromlás

A hallásra mondhatnánk, hogy kevésbé fontos észlelési mód, mint a látás, de hiánya sok veszélyt és problémát okozhat, ráadásul az időskori hallás- és látásromlás sokszor együtt van jelen az idős embereknél. Az időskori hallásromlás hatvan-hatvanöt éves kor körül kezdődik, és az életkor előrehaladtával csak fokozódik. Kialakulásában szerepet játszhat a nem megfelelő vérkeringés, a nem (jól) kezelt vérnyomás- és a cukorbetegség (Herold, 2017). Okozhatják az idegrendszer betegségei is, vagy a fülben lévő szervek életkorral járó változásai (Küstel, 2019).

A közlekedés során veszélybe kerülhetnek a betegek, ha nem hallják meg egy közlekedő autó hangját. De ugyanúgy nehézséget okozhat, ha nem hallják a telefoncsörgést, és a betegség romlásával már embertársaik beszédét sem. Ez nemritkán a társadalmi kapcsolatok megszűnéséhez és depresszióhoz is vezethet. Először leginkább a környezet érzékeli a problémát. Az időskori hallásromlás lassan alakul ki, és más tünetek is társulhatnak hozzá, például szédülés és fülzúgás. Az időskori hallásromlás visszafordítására nincs gyógymód, de megfelelő kezeléssel szinten tartható, vagy lassítható a romlás üteme.

Az időskori nagyothallás (*presbycusis*) leggyakoribb oka a szenzoros halláskárosodás, a csigában (*cochlea*) található finom szőrsejtek károsodnak, így romlik a hallóideg felé történő jelátvitel. Progresszív, leginkább a magas hangfrekvenciákat érintő, szimmetrikus hal-

láscsökkenés. Létrejöttében szerepet játszik például a zajártalom, de valószínű az öröklött hajlam jelentősége is. A hatvanöt és hetvenöt év közötti emberek negyede és a hetvenöt év felettieknek majdnem a fele panaszkodik hallászavarra (Tierney et al., 2003). Ilyen esetben elkerülhetetlen audiológus felkeresése. Gyógyszeres vagy sebészeti úton nem kezelhető, de a hallókészülék sokat segíthet a halláscsökkenés ezen típusán és a másodlagos beszédzavarok kialakulása ellen. A hetven éven felülieknek majdnem a felét érinti az időskori hallásromlás (Küstel, 2019).

Az időskori nagyothallásban szenvedő ember tünetei: félreérti és nem érti a halk beszédet, hangosabban beszél, mint mások, túl hangosan hallgatja a tévét, rádiót, gyakran nem hallja meg a telefont vagy a kapucsengőt, egyre kevésbé jár társaságba, visszahúzódik, depresszióssá válik, nem vesz részt a beszélgetésekben, ingerülten reagál, ha nem érti, amit mások mondanak.

Beszédzavar kialakulása időskorban

Az időskorban kialakuló beszédzavar (*aphasia*) ellehetetleníti a beteg értelmes kommunikációját környezetével. A beszédzavar a beszédközpontok és összeköttetései károsodása miatt bekövetkező, a beszédtanulás befejezése után kialakuló elváltozás. Az agykéreg és ritkábban a kéreg alatti (*subcorticalis*) állomány stratégiai helyeken kialakuló károsodásai (organikus agyi sérülések, mint a stroke, a daganat, traumatikus sérülések, degeneratív betegségek és fertőzések) okozzák. Akut betegségek esetében, mint például a stroke, a beszédzavar gyorsan jelentkezik. Agydaganat, fertőző betegség vagy demencia esetében lassabban fejlődik ki (Szirmai, 2011).

A beszédzavarokat két alaptípusra oszthatjuk: motoros, nem folyamatos, elülső (*anterior*) típusú, expresszív (Broca-csoport), illetve szenzoros, folyamatos és hátsó (*posterior*) típusú beszédzavarra (Wernicke-csoport). A többi klinikai forma ezekből vezethető le. A beszédzavarok osztályozása: globális, motoros, szenzoros, anómiás, transzkortikális motoros, transzkortikális szenzoros, vezetékes, izolációs (Szirmai, 2011).

Motoros (Broca) beszédzavar

A motoros beszédzavarban a beszédszervi működések mellett a beszédképesség érintett. A tünetek súlyossága a sérülések helyétől függően változó lehet. Ha a beteg csak igéket és főneveket használ, ragozás nélkül, ez az agrammatismus (Szirmai, 2011). Válaszai egyszavasak vagy tömondatok, távirati jellegűek. Beszédmegértése jó, magában tud olvasni, de beszéde nem folyékony, szaggatott. Károsodott az utánmondás, írásképtelenség lehetséges. A beteg

tudatában van beszédzavarának, az bosszantja, nem szívesen beszél. Mindent megért, amit mondanak és felolvasnak neki. A beszéd megértése megtartott, de a spontán beszéd nem lehetséges, azaz a gondolatok verbális kifejezése szenved károsodást. A tárgymegnevezés nehézkes, a melódiák dúdolása megtartott, az indulatszavak rendszerint megmaradnak. Ehhez a típusú beszédzavarhoz mozgásszervi zavar (*apraxia*) is társulhat, ezt többnyire a domináns félteke sérülése okozza. A motoros beszédzavart gyakran kíséri féloldali izombénulás (*hemiparesis*), mely súlyosabb a kézen, mivel a Broca-mező a kéz motoros központjához közel fekszik. A látótér megtartott (Szirmai, 2011).

Szenzoros (Wernicke) beszédzavar

A szenzoros beszédzavar a beszédmegértés zavarát jelenti. Ilyenkor a beszéd folyamatos, ritmusa megtartott, de érthetetlen mind mások, mind a beteg számára, értelmetlen szavakat használ (neologizmus), egyes szavakat ismétél (*perseverál*) (Szirmai, 2011). Sem a kimondott mondatot, sem a leírt szöveget nem érti meg. Nem ismeri fel beszédzavarát, ezért nem depressziós (Szirmai, 2011). Tárgyakat tévesen nevez meg, tájékozódása megtartott. A bénulás (*paresis*) rendszerint ritka. Látótérkiesés (*homonym felső kvadráns anopia*) és ellenoldali arc-, kar- vagy *hemihypaesthesia* (csökkent érzékelés a test egyik oldalán) előfordulhat (Szirmai, 2011). A szenzoros beszédzavarok csoportjába tartoznak a vezetékes, transzkortikális szenzoros, amnesztikus és jargonaphasiák (Szirmai, 2011).

Szenzomotoros beszédzavar a szenzoros és motoros képletek közötti anatómiai kapcsolatok megszakadása miatt alakul ki. A beszéd folyékony, a tárgyak megnevezése nehézkes, a szavak elismétlése nehezített, a beszédmegértés részben megtartott, neologizmus észlelhető. A beteg csak magában tud olvasni. Beszédzavarának tudatában van, törekszik a korrekcióra (Szirmai, 2011).

Globális beszédzavar leginkább a középső agyi verőér (*arteria cerebri media, ACM*) és a belső fejverőér (*arteria carotis interna, ACI*) elzáródása után alakul ki, amikor a szenzoros és a motoros beszédmező együtt károsodik. Az érintett a beszédet nem érti, és nem tudja kifejezni magát. A vizsgáló által megmutatott gesztusokat (például nyelvtetés, szájnýtás) meg tudja ismételni. A globális beszédzavar súlyos féloldali izombénulással jár (Szirmai, 2011).

Időskori mozgásszervi panaszok

Az eddig tárgyalt fogyatékoságokkal összevetve talán a mozgásszervi panaszok okozzák a legnagyobb problémát, mind a beteg, mind családja számára. A beteg csak részben vagy egyáltalán nem tudja ellátni magát. Az időskori mozgásszervi panaszok fő okai reumatoló-

giai betegségek, fájdalmak, balesetek, bizonytalanságérzés, szédülés és pszichiátriai betegségek lehetnek. Az otthon élő idősök harminc százaléka esik el. Az esések egyötöde súlyos sérülésekkel jár, és öt százaléka töréseket okoz (Sebestyén et al., 2008). Gyakori, de nem tekinthető normálisnak a mozgások beszűkülése. Az ágynyugalom hátránya időskorban többszörös, gyorsan alakul ki, és csak lassan fordítható vissza. Gyors a hanyatlás az izom- és a kardiovaszkuláris rendszerben, *decubitusok* alakulnak ki, és helyzetfüggő alacsony vérnyomás (*posturalis [ortosztatikus] hypotonia*) jelentkezik (Papp, 2014).

A beteg mozgását korlátozhatják vagy mozgásképtelenséget is okozhatnak a reumatológiai betegségek (*arthritis, arthrosis*), a csont- (pl. törések, *osteoporosis*), izom- és daganat okozta fájdalom. De nemritkán eredményezheti ezt a talpon lévő fekély, szemölcs, körömbenövés is. Az időskori mozgáshiány miatt testszerte mozgásszervi fájdalom, ízületi és izommerevség alakul ki. Az idős ember már nem képes annyit mozogni, tornázni, ami pedig lehetőséget nyújtana ezeknek a panaszoknak a gyógyszermentes kezelésére. A gyógyszerek (fájdalomcsillapítók, nem szteroid gyulladásgátlók, NSAID-k) megválasztásánál figyelembe kell venni az időskorban jelentkező betegségeket (pl. beszűkült vesefunkció, csökkent folyadék- és táplálékbevitel, szellemi hanyatlás). Az NSAID gyógyszerek súlyos emésztőszervi vérzéshez vezethetnek, míg az újabb COX-2-gátlók ritkábban okoznak ilyet. Mindkét gyógyszer hatására kialakulhat zavarodottság, magas vérnyomás és vesekárosodás. Időseknél az ízületi porckopás (*arthrosis*) leginkább a térdet, a csípőt és a gerincet érinti (Papp, 2014).

A hazai és külföldi ajánlások a nem gyógyszeres eljárásokat helyezik előtérbe. Elsődleges cél a fájdalomcsillapítás és az ízületi funkció megőrzése lenne. A gyógyszeres kezelés megkezdése előtt törekedni kell a panaszok kiváltó okának megszüntetésére (pl. végtaghossz-különbség, ízületi gyulladás, a túlsúly csökkentése). Fontos a gyógytorna és a beteg ízület tehermentesítése segédeszközzel. De szükségessé válhat a lakókörnyezet átalakítása is. Majd ezek után következhet, ha továbbra is tartós a fájdalom, a gyógyszeres kezelés bevezetése (Lampek–Rétsági, 2015).

Előrehaladott és nyugalmi fájdalom esetén ortopéd sebészeti beavatkozásra lehet szükség. A mozgáskorlátozottság oka lehet bizonytalanságérzés, szédülés és az eleséstől való félelem. Ezek következhetnek agyi törtézés (*stroke*), cukorbetegség vagy alkohol okozta perifériás neuropathiából (a perifériás idegrendszer idegeinek működési zavara), *vestibulo-cerebellaris* érintettségből, valamint alacsony vérnyomás, gyógyszerek használata és tartós ágynyugalom miatt is előfordulhatnak. Eleséskor leginkább a csukló, a combnyak és csigolyák törése következik be. A keményburok alatti vérömleny (*subduralis haematoma*) sűrűn észrevétlen marad, esetleg csak később alakul ki a beteg tompultsága.

Egy Magyarországon végzett, öt évig tartó kutatás alapján a combnyaktöréseket követő halálozás az első héten 1,71%, harminc napon belül 8,99%, az első évben 30,74%, öt év alatt 61,88% volt (Sebestyén et al., 2008). Az elesés hátterében állhat betegség és környezeti tényező is (pl. magasabb küszöb, rossz fényviszonyok). Gyakori elesési ok az alkoholfogyasztás, illetve benzodiazepinek, opioidok, értágítók és diuretikumok használata. Az étkezés után harminc-hatvan perccel jelentkező elesést étkezés utáni alacsony vérnyomás (*posztprandiális hypotonia*) okozza (Sebestyén et al., 2008).

A depresszió hátráltathatja a mobilizáció megkezdését, kivitelezését és sikerességét. Ilyen esetben pszichiáter szakvéleményét kell kérni.

A házi ápolás

A házi ápolás, segítségnyújtás magában foglalja az alapvető gondozási, ápolási feladatok elvégzését, az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiéniai körülményeinek megtartásában való közreműködést, a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, illetve azok elhárításában való segítséget (ZGK).

Az ellátás változatos tartalmát a ráutaltság, illetve a gondozott állapota, szükségletei, egyéni sajátosságai határozzák meg. A segítségre szorulásnak sokféle oka lehet. A leggyakoribb gondozási-ápolási feladatok: fürdetés, mosdatus, pelenkázás, bőrápolás, öltöztetés, kiültetés, vérnyomás-ellenőrzés, gyógyszerelés, az étkeztetés biztosítása, vásárlás, sétáltatás, takarítás stb. Ha az ápolást nem családtag végzi, a sikeres munkához nagyon fontos az időse ember bizalmának megnyerése. Ha a beteg állapota is megengedi, akár kórházi, akár otthoni körülmények között, a korai mobilizálást részesítsük előnyben. Kerüljük a korlátozásokat, felesleges invazív eszközök használatát (pl. intravénás kanül, hólyagkatéter). Amint lehetőség mutatkozik erre, fokozatosan kezdjük mobilizálni a beteget. Ha az immobilizáció semmilyen módon nem kerülhető el, biztosítani kell az aktív és/vagy passzív mozgást a decubitusok, ízületi mozgásbeszűkülések (*kontraktúra*) és a trombózis kialakulásának elkerülése érdekében (Székács, 2005). A decubitus kialakulásának elkerülése lenne a legfontosabb feladat egy immobilis beteg esetében, függetlenül attól, hogy otthonában vagy kórházi körülmények között ápolják. Kivédésében különböző matracok, sarokvédő párnák, antidecubitus-alátétek, párnák, jó nedvszívó pelenka, bőrvédő krémek segíthetnek (Papp, 2014).

Nem szabad elmulasztani a beteg ágyon belüli rendszeres helyzetváltoztatását sem. A házi ápolás keretén belül kétszer tizennégy alkalommal igénybe vehető a gyógytornáztatás. Fontos a gyógyszeres trombózismegelőzés a teljes mobilizáció eléréséig. Ha ez utóbbi nem történik meg, akkor egyénre szabottan a legbiztonságosabb gyógyszert kell kiválasztani szakember javaslatára. A beteg állapotától függően megfontolandó többfunkciós be-

tegágy bérlése, szobavécé, vécéülőke-magasító, fürdetőszék, fürdőkádülés és szükség esetén kerekesszék beszerzése, illetve házi jelzőrendszer alkalmazása, mert az vészhelyzetben is egyszerűen kezelhető, s a diszpécser azonnal tud intézkedni (Székács, 2005).

Függetlenül attól, hogy a beteg lakásban vagy családi házban él-e, szükséges lehet igényeinek megfelelően átalakításokat végezni (pl. a bejárattól a lakásig tartó útszakasz akadálymentesítése, mozgássérültlift és kapaszkodók felszerelése a lépcsők mellett). Lakáson belül ugyanígy fontos kapaszkodók felszerelése folyosón, fürdőszobában, illetve a fölösleges szőnyegek és bútorok eltávolítása a biztonságos közlekedés érdekében, függetlenül attól, hogy a beteg használ-e segédeszközt, vagy sem. A családja sajnos gyakran él távol az idősemtől. Ha nem tudják megoldani a saját otthonában való gondozását, akkor elkerülhetetlen az idősothoni elhelyezés, hogy biztonságban tudhassák családtagjukat.

Zárágondolatok

A fent részletezett betegségek előrehaladása sok idősemtől olyan komoly panaszokat okozhat, amelyek segítség, ápolás igénybevételére kényszerítik a mindennapi életben. Fontos a korosodók, idősek figyelmét felhívni az egészségügyi szűrések szükségességére (látásvizsgálat, hallásvizsgálat, vérnyomáskontroll stb.), a rendszeres kontrollokra és az orvosi utasítások követésére. Az önellátási képesség hiánya olyan problémakör, amelyet az egészségügy önmagában nem tud felvállalni, ugyanakkor nem csak a szociális ellátóhálózat feladata. Leginkább azok körében kellene népszerűsíteni az idősothoni elhelyezést a teljes önellátási képtelenség megjelenése előtt, akik esetében a család távolléte vagy hiánya miatt nem megoldott a házi ápolás. Az elöregedő társadalom szükségessé teszi az idősothonok bővítését és a szociális ellátórendszer fejlesztését. A családok számára biztosítani kell a házi ápoláshoz szükséges anyagi, tárgyi feltételeket és szakmai segítséget.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- HEROLD, GERD (2017): *Belgyógyászat*, Budapest, Medicina.
- INS (2009): Idősügyi Nemzeti Stratégia, <https://www.parlament.hu/irom38/10500/10500.pdf> (letöltve: 2021. 03. 04.).
- KÜSTEL MARIANNA (2019): *A nagyothallás diagnosztikája és a hallásrehabilitáció lehetőségei*, 2019/2020, <https://semmelweis.hu/fulorrgegeszet/files/2019/09/1-2.-Dr.-K%C3%BCstel-Marianna-Hall%C3%A1s.pdf> (letöltve: 2021. 03. 04.).
- LAMPEK KINGA – RÉTSÁGI ERZSÉBET (2015): *Egészséges idősödés – Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban*, Pécs, PTE Egészségtudományi Kar.
- PAPP KATALIN (2014): *Geriátriai ismeretek és ápolástan*, Debrecen, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_geriatria_magyar/2_az_ids_emberbeteg_szksgleteinek_felmrse.html (letöltve: 2021. 03. 04.).
- SEBESTYÉN ANDOR – BONCZ IMRE – TÓTH FERENC – PÉNTEK MÁRTA – NYÁRÁDY JÓZSEF – SÁNDOR JÁNOS (2008): Időskori combnyaktöréseket követő halálozás és kockázati tényezők kapcsolatának értékelése 5 éves utánkövetéssel, *Orvosi Hetilap*, 149. évfolyam, 2008/11., 493–503, <http://real.mtak.hu/76889/> (letöltve: 2021. 03. 04.).
- SÜVEGES ILDIKÓ (2020): *Szemészet*, Budapest, Medicina.
- SZÉKÁCS BÉLA (2005): *Geriátria – Az idősor gyógyászata*, Budapest, Semmelweis Kiadó.
- SZIRMAI IMRE (2011): *Neurológia*, Budapest, Medicina, https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Neurologia/ch01s09.html (letöltve: 2021. 03. 04.).
- TIERNEY, LAWRENCE M. – MCPHEE, STEPHEN J. – PAPADAKIS, MAXINE A. (2003): *Korszerű orvosi diagnosztika és terápia*, Budapest, Medicina.
- ZGK: Zalaegerszegi Gondozási Központ: Házi segítségnyújtás, http://www.gkzalaegerszeg.hu/gkozpont/szolgaltatasok/hazi_segitsegnyujtas (letöltve: 2021. 03. 04.).

DISEASES LEADING TO DISABILITY OF ELDERLY PEOPLE

THOUGHTS ON MEDICAL SUBJECTS

Abstract

With the advent of old age, various diseases can develop that will affect the life of an elderly person. These include visual impairment, hard of hearing, musculoskeletal complaints, and speech disorders associated with certain conditions. With the development of these diseases, those affected need help and care, whether in their own home or in institutional conditions. It is very difficult to organize all this in the absence of a loving and caring family.

Keywords: visual impairment, hearing loss, speech disorder, locomotor complaints, home care, decubitus

Csikós Gabriella

Orvos, geriáter. Általános orvosi diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen szerezte. Geriátriai szakképzésben a budapesti Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban vett részt, ahol jelenleg az intézmény krónikus belgyógyászatának osztályvezető-helyettese. Hosszú évek óta a Magyar Máltai Szeretetszolgálatnak is orvosa.

