

PORADNIK OPIEKUNA

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

wsparciedlaopiekuna.pl

wydanie bezpłatne

numer 3/2020 (4)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 530, +48 12 44 67 590, e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

■ SPIS TREŚCI

Od redakcji	3
Przebieg choroby Parkinsona u osób w starszym wieku	4
Udar mózgu u osób w starszym wieku	6
Depresja wieku podeszłego	8
Rozpoznawanie potrzeb fizycznych i psychicznych osoby z otępieniem, towarzyszącym chorobie Parkinsona, udarowi mózgu, chorobie Alzheimerera	10
Jak żyć z osobą chorą na Parkinsona? Jak jej pomagać?	12
Jak żyć z osobą po udarze mózgu? Jak jej pomagać?	14
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego i produktów chłonnych	16
Wyroby chłonne i ich zastosowanie	18
Tworzenie bezpiecznego środowiska dla osób z demencją towarzyszącą chorobie Parkinsona, udarowi mózgu, chorobie Alzheimerera	20
Nowe metody terapii stosowane w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych	22

Poradnik opiekuna

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 500, www.mco.krakow.pl

Realizacja: Wydawnictwo KA, ul. Opolska 23c, 42-600 Tarnowskie Góry

Publikacja bezpłatna, współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020
w ramach IX Osi Priorytetowej Region spójny społecznie

Szanowni Czytelnicy

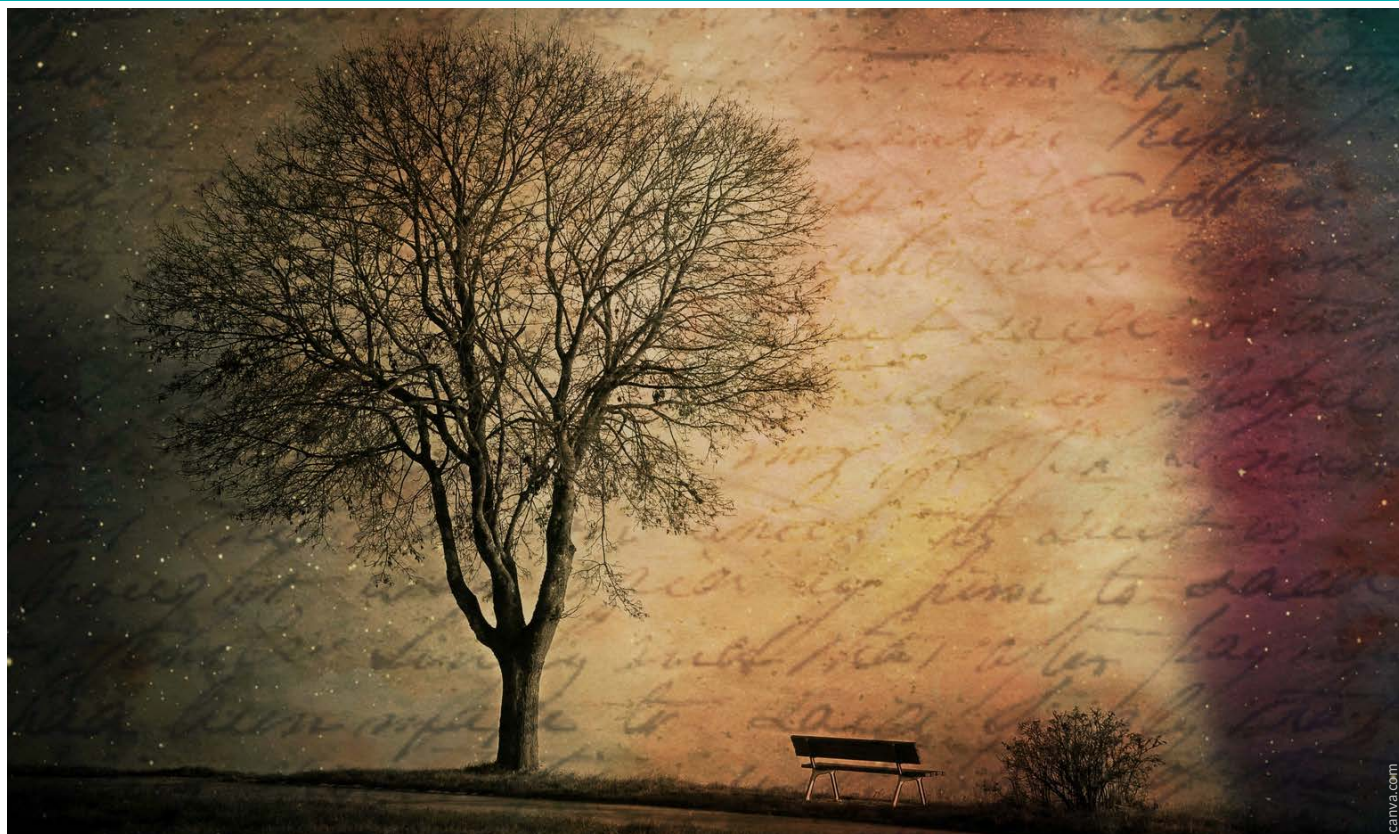
Z wielką przyjemnością, w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych w wersji on-line czwarty numer Kwartalnika. Publikacja zawiera treści publikowane na portalu www.wsparciedlaopiekuna.pl

Za nami wakacje – okres, w którym znajdujemy czas na relaks. Niektórzy spotykają się z przyjaciółmi i wspólnie świetnie się bawią, inni wybierają się na rodzinne wyjazdy, a jeszcze inni na wczasy lub do sanatorium. Nikt nie chce siedzieć w domu, kiedy za oknem słoneczna, piękna, zachęcająca do wyjścia pogoda. Czas letniego odpoczynku powoli mija. Spędziliśmy go wszyscy w tym roku w inny, niecodzienny sposób. Zakryte usta i nos, wolny fotel obok, przed i za pasażerem – to tylko niektóre ze zmian wprowadzonych w podróżowaniu. Zaostrzony reżim sanitarny w związku z COVID-19 sprawił, że wielu z nas nigdzie nie wyjechało, częściej miejscem wypoczynku była działka za miastem. Ciekawe, czy skorzystali Państwo ze słońca, świeżego powietrza, warzyw i owoców, podreperowali swój stan zdrowia? Nadchodzi jesień, proponujemy Państwu, by podążać za atmosferą jesiennych kolorów. Otaczanie się ciepłymi barwami energetyzuje organizm i poprawia nastrój. Z kolei optymizm i pozytywne spojrzenie na świat przekłada się na poprawę relacji z otoczeniem. Jeśli jednak dopadną Państwa gorsze chwile zachęcamy do lektury Kwartalnika.

Mamy nadzieję, że znajdą Państwo w niniejszym wydaniu cenne informacje na temat zaburzeń neuropoznawczych, które mogą mieć przebieg gwałtowny (udar mózgu) bądź przewlekły (choroba Parkinsona). Powodują trwałą zmianę sytuacji zdrowotnej i psychospołecznej podopiecznych wskutek doznanej niepełnosprawności, co z kolei determinuje ich funkcjonowanie w środowisku. Brak samodzielności, potrzeba stałej opieki, uzależnienie od innych, postępujące otępienie, prowadzą do ich marginalizacji. Perspektywa kalectwa odbiera im nadzieję na dalsze życie, czują się niepotrzebni, popadają w depresję. Proponujemy również Państwu artykuły o formach wsparcia i pomocy pacjentom z zaburzeniami neuropoznawczymi, organizacji opieki, aby pomóc opiekunom nieformalnym w ich trudnych zadaniach opiekuńczych i psychoterapeutycznych. Zachęcamy do zapoznania się z założeniami i zasadami terapii metodą Snoezelen oraz metodą Montessori dla Seniorów. Wierzymy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa.

Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Życzymy miłej lektury
Redakcja



Przebieg choroby Parkinsona u osób w starszym wieku

Choroba Parkinsona zaliczana jest do chorób neurodegeneracyjnych układu pozapiramidowego. U jej podstawy leży pierwotny proces zwyrodnieniowy komórek dopaminergicznych części zbitnej istoty czarnej mózgu, postępujący z upływem czasu.

Na początku choroby objawy się niespecyficznymi: osłabienie, łatwa męczliwość, spowolnienie ruchowe i pewna niezgrabność w ruchach, chorzy wiążą te objawy ze zmianami reumatycznymi lub po prostu ze starszym wiekiem, bądź niczego nie zauważają. Jednak po pewnym czasie zaczynają zwracać uwagę na postępującą niesprawność i niesamodzielność, pogorszenie jakości życia.

Jak działa dopamina?

Dopamina jest jednym z neuroprzekaźników ośrodkowego układu nerwowego z grupy katecholamin. Działa zarówno w obwodowym, jak i ośrodkowym układzie nerwowym, wpływając m.in. na koordynację oraz napięcie mięśni, jest rodzajem „paliwa dla naszego silnika ruchowego”. Oddziałuje na układ limbiczny, kontrolując procesy psychiczne oraz emocjonalne. Nazywana jest neuroprzekaźnikiem wzmocnienia. Zwiększa motywację do działania i sprawia, że jesteśmy pełni życia. Dzięki niej ogarnia nas poczucie szczęścia. W zwiększeniu poziomu tego neuroprzekaźnika bez wątpienia duże znaczenie ma odpowiednia dieta, bogata w dużą ilość warzyw i owoców, które są źródłem cennych przeciwutleniaczy. Przede wszystkim warto sięgać po banany, szczególnie te najbardziej ciemne i dojrzałe (zawierają chininę dopaminową). Polecane jest także

spożywanie dużej ilości jagód, truskawek, żurawiny, śliwek oraz czerwonej fasoli. Warto także uzupełnić swoją dietę o ziarna słonecznika oraz migdały, które wpływają na wzrost poziomu dopaminy. Lepiej zrezygnować z jedzenia ciężkostrawnych, tłustych potraw. Tłuszcze nasycone nie tylko obniżają poziom dopaminy, ale jednocześnie wpływają negatywnie na naczynia krwionośne i mogą spowodować pojawienie się chorób serca. Należy unikać słodczy oraz innych produktów zawierających duże ilości cukru. Warto ograniczyć również picie kawy oraz alkoholu. Paradoksalnie kofeina wpływa na chwilowe pobudzenie neuroprzekaźników w mózgu, po czym zmniejsza ilość dopaminy. Możemy także sięgać po suplementy diety dostępne w aptekach i na sklepowych półkach, zwłaszcza te, które są bogate w aminokwasy zwiększające poziom dopaminy. I najważniejsze, żeby nie zapominać o długich spacerach. Duża ilość światła oraz promienie słoneczne także zwiększają wydzielanie neuroprzekaźników. Poprawiają tym samym nasze samopoczucie i dodają energii do życia.

Częstotliwość i przyczyny występowania choroby Parkinsona

Częściej dotyka mężczyzn niż kobiet. Pojawia się zazwyczaj u osób powyżej 50. roku życia, ale obserwuje się ją także u lu-

dzi młodszych. Przyczyny choroby Parkinsona nie są znane. U osób, u których objawy pojawiły się w młodym wieku oraz w przypadku rodzinnego jej występowania stwierdza się mutacje genetyczne. W badaniach epidemiologicznych wykazano natomiast wpływ czynników środowiskowych (stres oksydacyjny, wzrost ilości Fe w istocie czarnej, czynnik zakaźny, zanieczyszczenie powietrza pestycydami, uraz, neuroleptyki).

Objawy choroby

- 1. Drżenie spoczynkowe** – dotyczy na początku tylko jednej z kończyn górnych (zwykle dłoni, obejmuje palce wykonujące ruchy toczenia pigułek), a później pojawia się we wszystkich pozostałych kończynach (rzadziej nogach) czy głowie. Ruchy te występują w spoczynku, słabną w ruchu i zanikają, gdy chory śpi. Wyraźnie wzmagają się pod wpływem stresu, zmęczenia, niskich temperatur.
- 2. Sztywność mięśni** – wzmożenie napięcia w zakresie mięśni zginaczy karku, tułowia i kończyn, co stanowi przyczynę przygarbionej postawy ciała chorego.
- 3. Bradykineza** – spowolnienie ruchowe, zwolnienie lub brak ruchomości mięśni stanowiących o wyrazie twarzy chorego (twarz maskowata, bez mimiki, „pokerzysty”), mięśni uczestniczących w procesie żucia, połykania (zaburzenia połykania, chory rzadziej i wolniej przetyka, wydłuża czas posiłku, unika pokarmów stałych na rzecz płynnych, może dojść do zadławienia, zachłystowego zapalenia płuc), mowy (coraz mniej wyraźna, cichsza, bez intonacji) oraz mięśni tułowia i kończyn. Biała chusteczka, którą pamiętamy w ręku papieża Jana Pawła II to częsty widok u chorych, ponieważ większość z nich ma ślinotok, w nocy nadmiar śliny wycieka kącikiem ust, zostawiając ślady na poduszce. Rzadziej pojawia się suchość w ustach.

Chory chodzi wolno, drobnymi kroczkami, powłóczy nogami, brakuje mu współpracy rąk i coraz bardziej się pochyla. Czasami w sposób niezamierzony może przyspieszać kroki i nagle zacząć biec, aby uniknąć upadku, do których ma dużą skłonność. U niektórych pacjentów zdarzają się incydenty nagłego przerwania wykonywanego ruchu, tzw. zastyganie, zamrożenie (freezing), które pojawia się spontanicznie w wąskich pomieszczeniach, przed jakąś przeszkodą czy przy wchodzeniu w otwartą przestrzeń. Trudniejsze i wolniejsze staje się uniesienie z pozycji siedzącej, leżącej i ruszenie z miejsca oraz ubieranie. Chory ma trudności z wykonywaniem innych codziennych czynności, zwłaszcza w jednoczesnym wykonaniu dwóch czynności. Zmienia się charakter pisma (mikrografia), mogą pojawić się zaburzenia ruchomości gałek ocznych, zwiększona potliwość skóry, łojotok (twarz sprawia wrażenie naoliwionej). Dość często pojawiają się zaparcia, częstomocz, nycturia, nagłe parcie na mocz, rzadziej nietrzymanie moczu oraz spadek masy ciała, osteoporoza. W godzinach rannych pojawia się niedociśnienie ortostatyczne, czyli obniżenie ciśnienia tętniczego przy nagłej zmianie pozycji z leżącej na stojąco, co prowadzi

do zawrotów głowy, omdleń i upadków, które grożą złamaniem szyjki kości udowej. U ok. 30% chorych rozwijają się objawy depresji, polekowe stany splątania oraz otępienie/demencja (objawy podobne do demencji z ciałami Lewy'ego, tzw. „intruzami”, które w chorobie Parkinsona uszkadzają w mózgu tylko ośrodek produkujący dopaminę, a w demencji z ciałami Lewy'ego cały mózg – drżenia pojawiają się, gdy chory próbuje po coś sięgnąć lub coś zrobić, przed problemami ruchowymi pojawiają się problemy poznawcze; w chorobie Parkinsona jest na odwrót – najpierw są zaburzenia poruszania, a potem zmiany poznawcze). To wszystko prowadzi do izolacji społecznej i emocjonalnej chorego.

Zasady leczenia

Uważa się, że najskuteczniejszymi preparatami stosowanymi w chorobie Parkinsona są preparaty lewodopy. Długotrwałe ich podawanie u połowy pacjentów wywołuje zaburzenia motoryczne, np. ruchy mimowolne oraz dodatkowe objawy uboczne, jak zaparcia, zatrzymanie moczu, suchość śluzówek, zaburzenia ostrości wzroku, zaburzenia świadomości, zaburzenia snu, które mogą wymagać modyfikacji dawkowania przez lekarza. Jeśli leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne, rozpatrywana jest możliwość interwencji neurochirurgicznej. Jedną z metod jest wszczepienie elektrody do stałej stymulacji struktur głębokich mózgu, połączonej z generatorem impulsów elektrycznych (IPG). Programowalny generator impulsów elektrycznych jest zazwyczaj wszczepiany pod skórę poniżej obojczyka. Elektroda i IPG są połączone przewodem poprowadzonym pod skórą. IPG jest programowany przez specjalistę. Pacjent za pomocą pilota może go samodzielnie włączyć lub wyłączyć. Pierwsze zaprogramowanie odbywa się na ogół w pierwszej dobie po operacji, później specjalista okresowo kontroluje i zmienia oprogramowanie urządzenia, adekwatnie do stosowanych leków i postępów choroby. Pacjent kwalifikowany jest do interwencji neurochirurgicznej po wykluczeniu innych schorzeń pozapiramidowych, a w badaniach neuropsychologicznych nasilonej postaci depresji i otępienia; po wykonaniu badania obrazowego (rezonans magnetyczny, MRI głowy), po pozytywnym wyniku testu L-DOPY. Czas trwania choroby przed leczeniem operacyjnym powinien wynosić minimum 5 lat. Wadą stymulatora jest jego koszt, ryzyko powikłań pooperacyjnych, potrzeba okresowej wymiany baterii (co 3-5 lat), awarie urządzenia. ■

Źródło:

1. Biercewicz M., Szewczyk M.T., Ślusarz R. (red.): *Pielęgniarstwo w geriatrici*. Wydawca BORGIS, Warszawa 2006.
2. Borowicz A.: *Głęboka stymulacja mózgu w chorobie Parkinsona. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie 2014*; 1: 22-29.
3. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: *Przewlekłe chory w domu. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011*.
4. portal.abczdrowie.pl/dopamina



Udar mózgu u osób w starszym wieku

Udar mózgu to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy uogólnionego zaburzenia czynności mózgu (potwierzonego w badaniach obrazowych, głównie tomografii komputerowej, TK), którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa.

Zajmuje trzecie miejsce na liście najczęstszych przyczyn zgonów ludzi – po chorobach serca i nowotworach. Jest też najczęstszą przyczyną niepełnosprawności, utraty samodzielności osób po 40. roku życia. Często prowadzi, choć nie każdy udar, do demencji, inaczej otępienia naczyniowego. Objawy zależą od lokalizacji i rozmiaru uszkodzenia mózgu. Jeden duży udar może przyczynić się do niepełnosprawności z dnia na dzień. Można mieć bardzo mały udar, mikroudar i nawet o tym nie wiedzieć. Kilka mikroudarów w różnych odstępach czasu powoduje, że sprawności funkcjonalne, emocjonalne, poznawcze mocno się zmieniają. To wcale nie oznacza naturalnej starości. Objawy demencji naczyniowej mogą zacząć przypominać chorobę Alzheimera. Obie formy demencji często występują razem. Jak je odróżnić? W chorobie Alzheimera podopieczny ogląda film, ale mózg nie może tego zapamiętać, „zapisać”. Może go oglądać kilka razy i za każdym razem jakby oglądał go po raz pierwszy. W demencji naczyniowej zdarzają się dobre i złe dni (raz podopieczny tak, jak w chorobie Alzheimera może mówić, że nie widział tego filmu, a innym razem dobrze go pamięta), towarzyszy temu duża zmienność nastrojów (np. płacz bez powodu) oraz nagłe zmiany zachowania (np. jednego dnia podopieczny włoży klucze do lodówki zamiast położyć je na szafce, w chorobie Alzheimera takich nagłych zmian nie ma, chyba, że współwystępuje demencja mieszana). W demencji naczyniowej mogą pojawiać się zmiany nastroju. Trudności ze skupieniem uwagi,

wycofanie z życia towarzyskiego, co przypomina objawy depresji. Jeśli w demencji naczyniowej dojdzie do uszkodzenia płatów czołowo-skroniowych w mózgu, pojawia się tzw. demencja czołowo-skroniowa, w której zmienia się zachowanie, osobowość podopiecznego, zaczyna mieć trudności z podejmowaniem racjonalnych decyzji. Staje się wulgarny, obsceniczny, impulsywny bądź agresywny, zaniedbuje codzienne obowiązki. Pojawiają się problemy z czytaniem, mówieniem i rozumieniem tego co podopieczny mówi, bądź podopieczny nie rozumie, co inni do niego mówią.

Przyczyny

Głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia udaru są: nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, cukrzyca, zaburzenia lipidowe, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, otyłość. Udar mózgu może być spowodowany niedokrwieniem mózgu (85%) lub krwawieniem do mózgu (15%). Mianem wylewu (termin często używany przez chorych i opiekunów) określa się udar krwotoczny, czyli udar spowodowany krwawieniem śródmózgowym lub podpajęczynówkowym. Znacznie częściej powstaje udar niedokrwienno, czyli zawał mózgu.

Objawy

Objawy są różne w zależności od tego, w jakim rejonie mózgu doszło do „katastrofy naczyniowej”. Najczęściej dochodzi

do uszkodzenia jednej z półkul mózgowych. Pojawia się niedowład, czyli osłabienie (*paresis, paraliż*), lub porażenie, czyli całkowity brak ruchu (*plegia*) połowy ciała. Objawom tym mogą towarzyszyć zaburzenia czucia (niedoczulica) połowy ciała oraz ubytek połowy pola widzenia, po stronie odpowiadającej stronie z zaburzeniami ruchowymi. Większość szlaków nerwowych w mózgu krzyżuje się i dlatego objawy uszkodzenia występują po stronie przeciwnej do uszkodzonej półkuli mózgowej. Jeżeli uszkodzeniu ulegną ośrodki mowy, chory ma tzw. afazję. Może ona być ruchowa, kiedy podopieczny rozumie, co do niego mówimy, ale nie może odpowiedzieć, lub czuciowa, kiedy chory nie rozumie treści przekazywanych informacji, ale może mówić spontanicznie. Najczęściej występuje afazja mieszana. Wśród objawów udaru mózgu występują też: silne bóle i zawroty głowy, zaburzenia równowagi z nudnościami i wymiotami, dwojenie obrazu, nagłe zaniewiedzenie na jedno oko, zaburzenia połykania. Przy dużym uszkodzeniu mózgu pojawiają się zaburzenia przytomności, od lekkich do głębokiej śpiączki.

Leczenie

W ostrej fazie udaru chory wymaga leczenia szpitalnego, które w przypadku udarów niedokrwiennych trwa około 10 dni, w krwotocznym dłużej. Jeżeli chory z udarem niedokrwiennym trafi do szpitala w ciągu trzech godzin, w większości przypadków otrzyma dożylnie leki trombolityczne (rozpuszczające skrzepliny i zatory). W czasie pobytu w szpitalu jest odpowiednio nawadniany, terapia polega na uregulowaniu ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy. W przypadku zaburzeń przytomności chory otrzymuje dożylnie leki zmniejszające obrzęk mózgu. Po ustabilizowaniu się stanu chorego, rozpoczyna się rehabilitację, która powinna być kontynuowana w sanatorium lub domu chorego. Po ostrym okresie udaru, chory narażony jest na liczne powikłania, które znacznie zwiększają śmiertelność. Należą do nich zapalenie płuc i dróg oddechowych, powikłania zakrzepowo-zatorowe, zachłyśnięcia, odleżyny.

Mikroudar (mały udar, mini udar, przemijające niedokrwienie mózgu, TIA) to schorzenie związane z nagłym zaburzeniem dostarczania krwi do mózgu, problem zasadniczo mniej poważny od „klasycznego”. Jakie są różnice pomiędzy typowym udarem mózgu a małym udarem? Charakterystycznymi cechami mikroudaru są jego nagłe wystąpienie oraz to, że objawy mini udaru ustępują całkowicie samoistnie (czasami jest to kilka minut, czasami kilka godzin) a także to, że maksymalny czas utrzymywania się dolegliwości u pacjentów nie przekracza 24 godzin. Pacjenci bagatelizują ten stan i wcale nie odwiedzają lekarza. Taka sytuacja jest skrajnie niebezpieczna – wystąpienie mikroudaru nierzadko poprzedza bowiem pełnoobjawowy udar mózgu. Istnieją jednak pewne czynniki ryzyka mikroudaru, na które pacjenci wpływu niestety nie mają – takimi niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka mini udaru są: wiek (ryzyko małego udaru znacząco zwiększa się po przekroczeniu 55. roku życia); płeć (mężczyźni są bardziej zagrożeni wystąpieniem mini udaru); wywiad rodzinny (wtedy, gdy u któregoś członka rodziny wystąpił mikroudar lub udar mózgu, ryzyko tego, że problem pojawi się również i u innych osób z tej samej rodziny, jest znacząco zwiększone). Częstymi objawami są: paraliż połowiczy twarzy (dochodzić może np. do opadnięcia powieki czy kącika ust po jednej stronie twarzy, chorzy z mini udarem mogą mieć też trudności z uśmiechnięciem się);

porażenie, a czasami niedowład mięśni kończyny górnej (prowadzące do trudności chociażby z uniesieniem kończyny, chorzy z mikroudarem mogą odczuwać również drętwienie i inne zaburzenia czucia); zaburzenia mowy (chory może bełkotać, przez co jego mowa bywa całkowicie niezrozumiała, ale i może on mieć trudności z rozumieniem mowy innych); zawroty głowy; zaburzenia równowagi; zaburzenia widzenia (np. w postaci odbierania zdwojonego obrazu, a czasami w postaci przemijającej ślepoty jednoocznej). U osoby, która doświadczyła małego udaru, konieczne jest oszacowanie tego, jak duże jest ryzyko pojawienia się u niej poważniejszych zaburzeń neurologicznych. Do tego celu służy skala ABCD2 – przyznaje się w niej punkty za: wiek (powyżej 60 lat – 1 punkt); wartość ciśnienia tętniczego (wyższe niż 140/90 mm Hg – 1 punkt); istnienie u chorego objawów ruchowych po jednej stronie ciała (2 punkty); czas występowania odchyłań neurologicznych (poniżej godziny – 1 punkt, powyżej godziny – 2 punkty); istnienie zaburzeń mowy (w razie afazji – 1 punkt); choroby współistniejące (gdy pacjent cierpi na cukrzycę – 1 punkt). Im więcej punktów w skali ABCD2 otrzyma pacjent, tym ryzyko tego, że w niedługim czasie wystąpi u niego udar mózgu, jest większe. Zasadniczo u każdej osoby, która przeżyła mikroudar, rozpoczynana jest terapia lekami przeciwplatekcyjnymi – chorym zalecane jest dożywotnie przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego (lub – w razie jego nietolerancji lub przeciwwskazań do stosowania – innych leków przeciwplatekcyjnych). W sytuacji, gdy pacjent cierpi na zaburzenia rytmu serca (szczególnie na migotanie przedsionków), wskazane jest rozpoczęcie stosowania przez niego leków zmniejszających krzepliwość krwi (antykoagulantów). W leczeniu mikroudaru u osób, które zmagają się z zaburzeniami lipidowymi, uzasadnione może być rozpoczęcie przyjmowania przez nich preparatów z grupy statyn. Niezwykle ważne jest także optymalne leczenie schorzeń, na które cierpi osoba będąca po mini udarze – mowa tutaj np. o konieczności utrzymywania właściwych wartości ciśnienia tętniczego krwi u chorych z nadciśnieniem tętniczym oraz o optymalnej kontroli glikemii u pacjentów zmagających się z cukrzycą. Całkowicie zapobiec wystąpieniu mikroudaru zwyczajnie się nie da, prawda jest jednak taka, że właściwy tryb życia znacząco może obniżyć ryzyko zachorowania. Mowa tutaj chociażby o stosowaniu zbilansowanej, bogatej w niezbędne składniki odżywcze diety z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych i tłuszczów trans (przykładem takiej korzystnej diety jest dieta śródziemnomorska), regularnym uprawianiu aktywności fizycznej czy podjęciu próby zmniejszenia nadmiernej masy ciała. Chcąc zredukować ryzyko zachorowania na mały udar, pacjenci powinni również pamiętać o szkodliwym działaniu na ich organizmy różnych używek – aby ograniczyć ryzyko wystąpienia mikroudaru, powinno się unikać nadużywania alkoholu, a także powstrzymać się od palenia papierosów. ■

Źródła:

1. Biercewicz M., Szewczyk M.T., Ślusarz R. (red.): *Pielęgniarstwo w geriatrici*. Wydawca BORGIS, Warszawa 2006.
2. *Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Program damy radę. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat*. Wydanie 1, Toruń 2019.
3. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: *Przewlekłe chory w domu*. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
4. Kozubski W., Liberski P.P. (red. Nauk.): *Neurologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014

Depresja wieku podeszłego

Depresja jest jednym z najczęstszych zespołów psychopatologicznych w starości. Częstość jej występowania w populacji osób starszych jest duża – od kilkunastu procent w środowisku zamieszkania do kilkudziesięciu procent w szpitalach i instytucjach opieki długoterminowej.

Dotyczy zdecydowanie częściej kobiet. Według szacunków na depresję cierpi aż 15-30% osób w wieku powyżej 65. r.ż. Natomiast częstość głębokich stanów depresyjnych w tej grupie wiekowej wynosi 2-4%.

Etiologia zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego jest bardzo złożona. To efekt koincydencji wielu czynników społecznych, psychologicznych czy biologicznych. Wśród osób starszych występują różne **czynniki ryzyka depresji**: czynniki genetyczne, wcześniejsze występowanie zaburzeń psychicznych, przewlekłe choroby somatyczne (np. cukrzyca), zaburzenia endokrynologiczne (tarczycy, nadnerczy), organiczne choroby mózgu (udar, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera), nowotwory złośliwe (trzustki, płuc, mózgu), zespoły bólowe, przewlekłe infekcje, choroby systemowe (toczeń trzewny), zmiany zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego, utrata neuronów, upośledzenie aktywności układu noradrenergicznego, serotonergicznego, dopaminergicznego, upośledzenie sprawności, przewlekłe stosowanie leków (benzodiazepiny – środki uspokajające lub nasenne, jak nitrazepam, estazolam, diazepam, klonazepam; neuroleptyki – leki przeciwpsychotyczne, jak haloperidol, chlorpromazyna), śmierć bliskich osób, przejście na emeryturę, odejście dzieci, zmiana miejsca zamieszkania (np. oddanie do domu opieki), trudna sytuacja materialna lub życiowa, niska samoocena, obwinianie siebie za bycie ciężarem dla rodziny, samotność, izolacja społeczna, przekonanie, że jest się nieważnym, niepotrzebnym.

Na **obraz kliniczny depresji** składają się:

1. Zaburzenia afektywne – obniżenie nastroju (smutek, przygnębienie, zubożenie, brak motywacji, pesymizm, niepokój, lęk).
2. Zaburzenie napędu psychoruchowego (apatia, brak zainteresowań, trudności w podejmowaniu decyzji, spowolnienie myślenia, poczucie obniżonej sprawności, utrata energii, ciągłe zmęczenie fizyczne, wolne poruszanie się, osowiałość, cicha mowa).
3. Zaburzenia rytmów biologicznych (snu i czuwania): bezsenność lub bardzo wczesne budzenie się rano, sypanie w ciągu dnia.
4. Zaburzenia popędów (samozachowawczego, płciowego).
5. Zaburzenia regulacji hormonalnej i przemiany materii (zaburzenia wydzielania hormonów podwzgórza, kortyzolu, retencja sodu i wody).
6. Drażliwość, skłonność do narzekania, hipochondrii – za podobnymi skargami może kryć się pragnienie kontaktu, domaganie się uwagi, troski ze strony najbliższych.
7. Problemy z pamięcią i koncentracją – łatwo pomylić z demencją starczą, tymczasem chory może mieć całkowicie sprawny umysł, a wymienione objawy mogą być jedynie skutkiem złej kondycji psychicznej.

8. W zaawansowanej depresji chory jest już całkowicie zubożony i przestaje widzieć sens w dbaniu o siebie i swoje otoczenie. Może leżeć całymi dniami w łóżku, nie sprzątać, mało jeść i pić, nie przestrzegać zasad higieny. W takiej sytuacji narażony jest na gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia, a w skrajnych przypadkach nawet na śmierć.

Objawy depresji starczej różnią się od symptomów depresji u osób młodszych. Łatwo je przeoczyć, ponieważ często mylone są z typowymi objawami starzenia, takimi jak kłopoty z pamięcią, koncentracją, osłabienie, zaburzenia snu, bóle mięśni. Nieleczona depresja starcza jest bardzo niebezpieczna – częściej niż u młodszych prowadzi do prób samobójczych, które w tej grupie wiekowej aż w połowie przypadków kończą się śmiercią. Jak powiedział Antoni Kępiński „u młodych samobójstwo jest wołaniem o pomoc, u starszych już tylko wołaniem o śmierć”. U osób starszych często pojawia się silny lęk i niepokój psychoruchowy, dający obraz tzw. **depresji agitowanej**, wymagającej leczenia szpitalnego. Może też depresji osób starszych towarzyszyć znaczne obniżenie napędu psychoruchowego, które w skrajnych przypadkach może przybierać postać **ostupienia melancholicznego**. Częściej niż u osób młodych pojawiają się objawy psychotyczne (urojenia, omamy) o charakterze katastroficznym, nihilistycznym, w skrajnych przypadkach mogą przybierać postać **zespołu Cotarda** (urojenia przekonania o końcu świata, destrukcji ciała, zanikaniu narządów; omamy węchowe, np. zapach zgnilizny). U osób starszych znacznie częściej mamy do czynienia z niepełnoobjawowym obrazem depresji i z różnego rodzaju jego maskami, tzw. **depresją maskowaną** (wśród skarg na plan pierwszy zamiast obniżenia nastroju wysuwają się objawy somatyczne, np. świąd skóry, bóle głowy, brak apetytu, bóle serca). Problemem może być oprócz tego somatyczne tłumaczenie wielu skarg zgłaszanych przez pacjenta z depresją, traktowanych jako swego rodzaju norma w starości, co opóźnia postawienie prawidłowego rozpoznania. Specyficzną odmianą zaburzeń depresyjnych jest **otępienie rzekome (pseudodemencja)**, w której stopień nasilenia zaburzeń poznawczych (głównie pamięci) może mylnie sugerować otępienie. Nie należy jednak zapominać, że depresja i otępienie mogą występować jednocześnie. W rozpoznaniu depresji może pomóc zastosowanie rutynowej skali oceny sfery emocji, np. Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (*Geriatric Depression Scale, GDS*).

Depresję należy zawsze brać pod uwagę w różnicowaniu zespołu otępiennego. W depresji wieku podeszłego częste są bowiem skargi na upośledzenie funkcji poznawczych, a pacjenci nierzadko uzyskują nieprawidłowe wyniki w testowej ocenie tych funkcji. Depresja może być niezależnym zespołem nakładającym się na otępienie, przebiegać pod jego ma-

ską (pseudodemencja) lub też występować jako jego wczesny objaw. U osób starszych często występującą odmianą depresji jest depresja psychotyczna. Towarzyszą jej, obok wymienionych powyżej objawów, urojenia nihilistyczne (chory zaczyna wątpić w swoje istnienie, a nawet całego świata), hipochondryczne, omamy słuchowe. Nasilone jest też upośledzenie funkcji poznawczych. Ten rodzaj depresji wiąże się z większym ryzykiem samobójstwa, a w przypadku nieustępowania objawów może przerodzić się w poważną chorobę psychiczną. Ciężka depresja może przypominać chorobę Alzheimera albo demencję naczyniową. Nieleczona depresja zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera lub wystąpienia innej formy demencji. Jeśli depresja wystąpi w starszym wieku, to szansa pojawienia się otępienia (demencji) w ciągu 5 lat rośnie aż dwukrotnie.

W każdej sytuacji **leczenie przeciwdepresyjne** może przynieść poprawę stanu pacjenta. Terapia depresji u osób w starszym wieku trwa często dłużej (co najmniej rok), a sytuacji utrzymujących się licznych czynników ryzyka depresji – nawet do końca życia. Wymaga regularnego przyjmowania leków. W leczeniu depresji starczej szczególnie duże znaczenie ma kontakt chorego z otoczeniem. U osób starszych przynębnienie i apatia wynika najczęściej z poczucia samotności i opuszczenia, dlatego tak ważne jest stałe okazywanie im zainteresowania. Jeśli u bliskiej nam osoby podejrzewamy symptomy depresji, postarajmy się w porę zareagować, np. poprzez częstsze odwiedziny, regularne telefonowanie, oferowanie swojej pomocy przy zrobieniu zakupów czy sprzątaniu. Podczas rozmowy cierpliwie słuchajmy, co rodzice lub dziadkowie mają nam do przekazania. Jednocześnie zachęcajmy ich do zwiększonej aktywności – spotykania się ze znajomymi, spacerowania, uprawiania sportu. O ile to możliwe, zainteresujmy ich np. uprawą ogródka lub czytaniem książek. W przebiegu łagodnej depresji starczej te z pozoru proste czynności mogą przywrócić starszej osobie chęć do życia i poczucie bycia potrzebnym. W przypadku cięższej depresji skuteczne leczenie wymaga zastosowania środków farmakologicznych. Z osobą starszą należy pójść do specjalisty (najlepiej psychiatry), który po przeprowadzeniu wywiadu przepisze odpowiednie leki z grupy antydepresantów. Zawarte w nich substancje wyrównują poziom neuroprzekaźników w mózgu, wpływając tym samym na polepszenie samopoczucia. Trzeba jednak pamiętać, że terapia farmakologiczna nie zastąpi prawdziwej, międzyludzkiej relacji. Aby efekty leczenia były trwałe, należy poświęcać choremu więcej uwagi i pozostawać z nim w regularnym kontakcie. Nowoczesne antydepresanty są stosunkowo bezpieczne i nie wywołują tak wielu skutków ubocznych, jak leki starej generacji, nie mają właściwości uzależniających. Mimo to zawsze należy przyjmować je ściśle z zaleceniami lekarza i dokładnie obserwować reakcje organizmu na zażywany środek. Antydepresanty dostępne są tylko na receptę, wypisuje je lekarz POZ lub psychiatra po rozpoznaniu u pacjenta charakterystycznych objawów afektywnych, utrzymujących się nie krócej niż przez dwa tygodnie. Ważna jest też współpraca psychiatry z geriatrą. Dzięki niej możliwa jest eliminacja leków mogących wywoływać lub nasilać objawy depresyjne. Należą do nich: glikozydy naparstnicy, beta-adrenolityki, metylodopa, antagoniści wapnia, klonidyna, leki przeciwnadciśnieniowe, leki steroidowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne. Leki an-

tydepresyjne wpływają na przekaźnictwo neurochemiczne w mózgu, zwiększając ilość tzw. neurotransmiterów, wpływających na nasze samopoczucie: serotoniny i noradrenaliny. W szybkim czasie (po ok. 2 tygodniach) powodują wyraźną poprawę nastroju. Pacjent odzyskuje chęć życia, ma więcej energii do działania, zaczyna pozytywnie patrzeć w przyszłość, lepiej sypia. Osoby dotknięte epizodami maniakalnymi bądź psychotycznymi odzyskują równowagę psychiczną i wewnętrzny spokój, zaburzenia lękowe ustępują.



Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) – należą do nich odkryte w latach 50. **leki pierwszej generacji**, obecnie rzadziej stosowane. Mają wysoką skuteczność, ale są jednocześnie często źle tolerowane przez organizm i wykazują szereg skutków ubocznych (m.in. wysychanie błon śluzowych, rozwój jaskry, chorób serca, przerostu prostaty, majaczenia). Do tej grupy należą, np. amitryptylina, doksepina, mianseryna.

Leki o budowie dwupierścieniowej, czteropierścieniowej – są to **leki drugiej generacji**. Należą do nich, np. selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (SSRI): fluoksetyna, sertralina. Są skuteczne np. w depresji starczej, lepiej tolerowane, dają mniej objawów niepożądanych (m.in. senność, nadmierne uspokojenie, zmęczenie, ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego, upadki, zmniejszony apetyt, zwiększona potliwość, suchość w ustach), posiadają węższy zakres przeciwwskazań (choroba Parkinsona, padaczka, niewydolność wątroby, nerek).

W razie zauważenia objawów niepożądanych, nie należy od razu samemu odstawić leku. Jeśli dolegliwości nie są uciążliwe, warto poczekać kilka-kilkanaście dni – często same ustępują lub wyraźnie się zmniejszają wraz z ogólną poprawą samopoczucia chorego. Jeżeli podopieczny odczuwa duży dyskomfort, należy udać się z nim do lekarza, który skoryguje dawki leku lub zamieni go na inny. U osób starszych podstawową zasadą leczenia jest start low go slow, tzn. rozpoczęcie od małych dawek, powolne ich zwiększanie i dążenie do stosowania najmniejszych skutecznych dawek. ■

Źródła:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalsa A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2006.
2. Muszaliak M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. PZWL, Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Rozpoznawanie potrzeb fizycznych i psychicznych osoby z otępieniem, towarzyszącym chorobie Parkinsona, udarowi mózgu, chorobie Alzheimera

Otępienie opisuje się, jako „niekończący się pogrzeb”, „koszmar, z którego nigdy się nie budzisz”, „drugie imię obłądu”, „cichą epidemię”, „powolną śmierć umysłu”. Opieka nad bliskim z zaawansowanym/ciężkim otępieniem wymaga więcej niż siedmiu dni w tygodniu, dwudziestu czterech godzin dziennie, sześćdziesięciu minut na godzinę.

Trudności związane z opieką nad osobą z chorobą otępienną przekraczają wyobraźnię wielu ludzi. Książka „The 36-Hour Day” (36 godzin na dobę) pokazuje rzeczywistość życia większości opiekunów. Należy jednak pamiętać, że opieka może dawać możliwość osobistego rozwoju i odkrywania w sobie nieznanego zasobów, uczyć cierpliwości, troskliwości, współodczuwania/empatii, a bliskim bez względu, jak dziwne są ich zachowania, dawać poczucie godności.

Bliska osoba, która żyje z demencją, nie ma kontroli nad swoim zachowaniem i nie chce sprawiać przykrości opiekunowi. Jej gesty, słowa, zachowania wynikają z nieprawidłowej pracy mózgu. Gdy jej mózg choruje, nie może wyrazić/przekazać swoich potrzeb. Jeśli potrzeby są niezaspokojone, mogą być źródłem dyskomfortu i zmian w jej zachowaniu.

W demencji mózg nie rozpoznaje prawidłowo potrzeb organizmu, którym steruje. Opiekun powinien postarać się przez uważną obserwację odczytywać/rozpoznawać potrzeby fizjologiczne i psychiczne. Nie jest to łatwe, bo jak rozpoznać, czy bliska osoba – tata, mama, siostra się nudzi? **Ważniejsze od słuchania, co mówi najbliższa osoba, jest uważne i troskliwe obserwowanie, co robi.** Jak zauważyć, że jednak się nie nudzi, lecz nie chce brać udziału, np. w spotkaniu towarzyskim, bo woli obserwować? Pomocna może się okazać znajomość wcześniejszych przyzwyczajzeń i nawyków bliskiej osoby. Co ta osoba lubiła robić w sobotnie czy niedzielne popołudnia, co ją irytowało, a co ją odprężało? **Nawyki i przyzwyczajenia mogą pozostać na długo i nie ma potrzeby zmieniać ich na siłę. Lepiej potraktować je jako klucz do zrozumienia zachowania podopiecznego.**

Chory nie mówi o swoich potrzebach wprost, może być głodny, spragniony, ale wymawia wyłącznie słowa „chcę iść do domu”, bo dom kojarzy mu się z miejscem, gdzie jada obiad. Bywa, że nie potrafi mówić o swoich potrzebach, np. skorzystania z toalety czy nie umie nazwać i zidentyfikować bólu, odpowiada przecząco na pytanie „czy coś cię boli”, choć w tym momencie może boleć go żołądek. Jeśli chodzi o potrzebę balansowania między aktywnością a odpoczynkiem, w demencji to się nie zmienia. Jeśli chory w ciągu dnia jest aktywny potrzebuje odpoczynku. Jeżeli cały dzień spędza przed telewizorem lub w łóżku, zwłaszcza jeśli wcześniej dużo pracował, może być tym wyczerpany i potrzebuje, np. zabrania go na spacer lub wypełnienia czasu przez angażowanie go w codzienną pomoc. Samo przebywanie z ludźmi może być męczące. Zachowanie równowagi między czasem spędzonym z ludźmi a samotnością jest bardzo ważne. Jeśli chory nie mówi, że jest głodny, spragniony, spróbuj dać mu coś do picia lub jedzenia. Być może nie potrafi nazwać lub zidentyfikować głodu. Powierzając bliskiej osobie prostsze czynności do wykonania, staraj się, aby były zgodne z jej zainteresowaniami, użyteczne (zamiast dziecięcej układanki zaproponuj składanie ręczników). Nie pytaj, czy podopieczny potrzebuje udać się do łazienki, pomóż mu tam dotrzeć w regularnych odstępach czasu. Ułatwiał znalezienie łazienki samodzielnie przez podopiecznego. Sprawdzaj w dyskretny sposób, nie wywołując wstydu, czy chory nie ma mokrych pieluchomajtek, ubrania, bo jest to źródłem dyskomfortu, którego chory nie daje po sobie poznać, bo jego wrażliwość się zmienia. Także zmienia się wrażliwość na intensywne światło (postaraj się, aby nie padało bezpośrednio na niego), hałas (wyłącz radio, zamknij okno, bo mogą być źródłem niepokoju). Zmienia się również odczuwanie skórne, np. sweter, który zawsze był wygodny, może okazać się drażniący, zwracaj zatem uwagę na szczegóły, czy czasem prosta zmiana ubrania nie wyeliminuje trudnych sytuacji. Obserwuj zmiany w postawie i zachowaniu podopiecznego, by na czas dostrzec źródło bólu. Podając środki przeciwbólowe w wielu sytuacjach możesz przynieść ulgę podopiecznemu.

Demencji może towarzyszyć złość, smutek, strach, nuda. Złość wynika z frustracji związanej z tym, że chory nie może poradzić sobie z czymś, co wcześniej było dla niego łatwe, albo czuje, że wymaga się od niego zbyt wiele. Dlatego należy dzielić zadania na mniejsze części, które łatwiej zrozumieć. Frustrujące może być nadmierne wyręczanie, dlatego nie należy narzucać się, nie należy komentować nieporadności osoby bliskiej, lecz zaferować pomoc, pozwalając jej zdecydować, czy chce ją przyjąć. Demencja nie zmienia faktu odczuwania trudnych emocji. Dlatego nie ignoruj smutku podopiecznego, daj mu możliwość wyrażania emocji i porozmawiania o nich. Towarzystwo innych ludzi jest jedną z najważniejszych potrzeb psychicznych człowieka, nawet jeśli większość dnia spędza on milcząc, patrząc przed siebie lub pozornie nie dostrzegając innych. W miarę rozwoju otępienia ważniejszym od rozmowy staje się dotyk i bliskość. Jako opiekun powinieneś dostosować się do formy kontaktu, jaką chory nawiązuje z tobą – możesz z nim śpiewać, krzyczeć, jeśli widzisz, że w ten sposób odczuwa twoją obecność. Jeśli widzisz, że źródłem lęku podopiecznego mogą być zjawiska pozornie nieszkodliwe, np. cień na ścianie, ciemne płytki podłogowe, zapewnij mu swoją obecność i chęć pomocy, zaproponuj wspólne zajęcie, zabierz do innego pomieszczenia na jakiś czas, nie zbywaj obaw, wysłuchaj ich z uwagą, tym samym rozładujesz jego stres i niepewność, zapewnisz mu bezpieczeństwo. Pamiętaj, że demencja nie oznacza, że podopieczny nie może nic robić. On chce być użyteczny i pomocny. Dobieraj zadania swojemu bliskiemu odpowiadające jego umiejętnościom, będące dla niego wyzwaniem (osiągalnym), lepiej pomóż mu w nich, niż zlecaj mu zadania trywialne.

Niezaspokojone potrzeby fizyczne i psychiczne odpowiadają za zmiany w zachowaniu i za trudności w komunikowaniu się. ■

Opracowano na podstawie wieloletniej pracy w różnych obszarach opieki nad chorymi, dostępnych publikacji zwartych, on-line oraz opinii ekspertów poświęconych demencji



Jak żyć z osobą chorą na Parkinsona? Jak jej pomagać?

Życie z chorobą Parkinsona jest możliwe, nie musi być smutne, choć nie jest łatwe, choroba skrada się powoli, podchodzi cichutko, jakby na palcach i każdego dnia coś zabiera, nie tylko ona sama, ale i ubocznie działające leki.

Z chorobą można pracować, ale znacznie mniej niż normalnie, wymaga to od chorego ogromnej dyscypliny osobistej, przestrzegania ilości i godzin przyjmowania leków, zmiany stylu życia, nakładów finansowych, a w ostatniej fazie zaakceptowania bycia skazanym na pomoc osoby trzeciej. Pomoc jest niezbędna, ponieważ chory nie jest w stanie samodzielnie żyć. Niemniej jednak każdy choruje indywidualnie i nie ma takiej zasady, że każdy pacjent skazany jest na ten sam stopień inwalidztwa. Przypadków otępiennych jest stosunkowo niewiele, a umysł pracuje prawidłowo, chociaż ciało staje się coraz bardziej niewydolne. Leki wspomagane rehabilitacją przynoszą pozytywne skutki. Kiedy pomoc najbliższych jest nieodzowna, chorego należy traktować po partnersku, powinien on mieć również obowiązki do wypełnienia w ciągu dnia.

Podawanie leków

Stosowanie leków przeciwparkinsonowskich wymaga dokładnego przestrzegania godzin, podawania preparatów o przedłużonym działaniu w całości, co sprawia, że chorym trudno je połączyć. Ważne jest podawanie leków przed posiłkiem, popijanie co najmniej połową szklanki letniej wody, podawanie szybko działającej postaci leku jeszcze w łóżku, aby chory mógł wstać. Dawki leków wymagają częstej korekty, częstych wizyt u lekarza. Leczenia wymaga też towarzysząca chorobie Parkinsona depresja. Ważne jest przyjmowanie preparatów

lewodopy o przedłużonym czasie działania w okresie wieczornym, co zapobiega nadmiernej sztywności mięśniowej w porze nocnej, która może zakłócać spokojny sen. Stosując leki należy zwrócić uwagę na okresową zmienność ich skuteczności (o typie „on-off” – przejściowy zanik, a następnie nasilenie działania leku) oraz możliwość wystąpienia lub nasilenia objawów ubocznych. Przed rozpoczęciem leczenia należy koniecznie poinformować lekarza o innych chorobach pacjenta (jaskra, choroby serca, wątroby lub nerek) oraz stosowanych już przez niego lekach.

Dieta

Powinna być lekkostrawna (z ograniczeniem pokarmów tłustych, cukru i sładzyczy), zawierająca błonnik (rośliny strączkowe, otręby, owoce), odpowiednio dużą ilość płynów (co najmniej 2 l/dobę: woda mineralna niegazowana, soki owocowe niskostodzone, herbaty ziołowe i owocowe, mleko). Posiłki regularne, w takiej postaci przygotowane, aby chory mógł je przyjmować jak najdłużej samodzielnie. Unikać twardych i spoistych pokarmów, najlepiej spożywać miękkie. Zupy należy podawać zmiksowane, zagęszczone, płyny w kubkach z dzióbkiem i pokrywką, na ustabilizowanym stoliku (możliwość potrącenia, przewrócenia). Talerze zaokrąglone z wysokim brzegiem, sztucze z grubą rączką do uchwycenia, gumowe podkładki pod talerze, słomki do picia. Chory powinien jeść w wyprostowanej pozycji, brać do ust małe porcje, dokład-

nie przeżuwać, często i ostrożnie popijać, powoli żuć i połykać, aby się nie zachłysnąć. Często obserwowane pogorszenie sprawności ruchowej w godzinach popołudniowych może być efektem spożycia dużej ilości białka w diecie, dlatego wskazane jest przyjmowanie leku ok. 30 minut przed posiłkiem. Ograniczyć należy płyny wypijane wieczorem (mocna kawa, herbata) papierosy przed snem, lekką kolację zjeść około dwie godziny przed zaśnięciem. Okresowo należy monitorować masę ciała w celu uniknięcia niedożywienia. W zaawansowanej fazie choroby i współistnieniu zaburzeń połykania dużego stopnia karmienie przez sondę.

Przystosowanie pomieszczeń w mieszkaniu/domu, aby były bezpieczne i komfortowe dla chorego

Należy usunąć przeszkody, np. dywany, chodniczki, odstawić na bok niepotrzebne sprzęty, tak aby chory się nie potykał; zlikwidować bariery architektoniczne, np. wysokie progi w drzwiach; zamontować o chropowatej powierzchni uchwyty w okolicy łóżka, poręcze w łazience i toalecie, zainstalować system alarmujący w porze nocnej – dzwonek, oświetlenie nocne w pokoju chorego oraz w drodze do toalety, łazienki; wyposażyć łóżko w poręcze, drabinki pomagające we wstawaniu, zmianie pozycji; podwyższyć siedzenie toalety; położyć maty antypoślizgowe na schodach i zamontować dodatkowe poręcze. Zapewnić temperaturę pomieszczenia około 18-20°C (chorzy źle tolerują zbyt niską jak i zbyt wysoką temperaturę otoczenia). Pokój do wypoczynku nocnego powinien być cichy, dobrze przewietrzony przed snem.

Komunikowanie się z chorym

Na porozumienie z chorym trzeba poświęcić dość dużo czasu. Najlepiej utrzymywać kontakt wzrokowy. Nie należy udawać, że chorego się zrozumiało, jeśli tak nie jest. Warto prosić o powtórzenie wypowiedzi, ale w prostszej i krótszej formie. Mówienie do pacjenta krótkimi zdaniami, chwalenie nawet drobnych postępów.

Działania opiekuńcze

Nie wyręczanie, ale jak najdłuższe wspomaganie chorego w czynnościach higienicznych, szczególne dbanie o higienę intymną, toaletę jamy ustnej, golenie. Zapewnienie bezpiecznych warunków podczas kąpieli (maty antypoślizgowe na podłodze, w wannie lub kabinie prysznicowej, uchwyty w wannie, przy toalecie, taboret kąpielowy). Stosowanie ciepłej wody do kąpieli w wannie lub pod prysznicem, co przynosi ulgę w czasie nadmiernej sztywności mięśniowej. W przypadku dużej niesprawności, wykonanie kąpieli może usprawnić specjalnie do tego celu przystosowany wózek, w razie konieczności toaleta w łóżku. Odzież chorego powinna być łatwa do zdejmowania w razie konieczności szybkiego korzystania z toalety (rzepy, zamki błyskawiczne zamiast guzików) oraz z materiałów naturalnych. Bielizna osobista i pościelowa często zmieniana, ze względu na zlewne poty w nocy. W przypadku nietrzymania moczu stosowanie cewników zewnętrznych u mężczyzn, produktów chłonnych (pieluchomajtki, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, wkładki urologiczne dla kobiet/mężczyzn, podkłady higieniczne). U chorych leżących, ale sygnalizujących potrzeby fizjologiczne podawanie basenu lub kaczki, systematyczna zmiana pozycji, profilaktyka przeciwoleżynowa, przeciwoodparzeniowa, zalecana pozycja leżąca: na sztywnym materacu, bez podpierania tułowia poduszkami.

Działania rehabilitacyjne

Należy zapewnić ruch i wysiłek fizyczny dobrany do stanu chorego, najlepiej na świeżym powietrzu zachować regularność rytmu dnia (chory nie powinien podsypania w ciągu dnia, powinien przestrzegać ustalonych godzin snu i wypoczynku). Aby chory mógł jak najdłużej chodzić samodzielnie i bezpiecznie, warto postarać się dla niego o sprzęt ortopedyczny, np. laskę lub balkonik z podparciem pod łokcie (chodzik), ochraniacze na biodra, zakupić obuwie z gumową podeszwą, skarpetki antypoślizgowe. Szczególną uwagę podczas kinezyterapii należy zwracać na ćwiczenia prawidłowej postawy ciała i korekcję chodu, aby chory w domu mógł je wykonywać poprawnie i samodzielnie, najlepiej w okresie optymalnego stężenia leków w organizmie. Zaleca się: (1) ćwiczenia równoważne, (2) usprawniające chód, (3) mięśni twarzy, (4) oddechowe, (5) czynności dnia codziennego, np. ubieranie się, zapinanie guzików, samodzielne jedzenie, (6) naukę upadania i podnoszenia się po upadku, postępowania podczas freezingu, techniki wstawania z łóżka. Ćwiczenia powinny być regularne, indywidualnie dobrane, w granicach 15-60 minut. W zaawansowanym stadium choroby powinny być to ćwiczenia bierne z pomocą opiekuna lub rehabilitanta oraz gimnastyka oddechowa. Należy pamiętać o rehabilitacji logopedycznej z udziałem logopedy, poprawiającej artykulację, usprawniającej aparat mowy. Ważne są też ćwiczenia pisania dużych liter, charakteru pisma z uwzględnieniem odpoczynku przy dłuższym pisaniu. W procesie usprawniania wskazane są gry i zabawy ruchowe, muzykoterapia, terapia zajęciowa, ćwiczenia w wodzie, masaż, ćwiczenia rozciągające i rozluźniające. Doskonałym treningiem okazuje się być tai-chi. Uczy nie tylko utrzymywania równowagi, ale to również doskonała gimnastyka dla mózgu. Polecane są regularne spacerki, jazda na rowerku stacjonarnym pod nadzorem opiekuna, okresowo fizjoterapia.

Działania profilaktyczne

Powinny być ukierunkowane głównie na zapobieganie zbyt wczesnej utracie samodzielności i sprawności ruchowej oraz na profilaktykę powikłań, takich jak zaparcia, zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, odleżyny u pacjentów leżących.

Wsparcie emocjonalne, informacyjne, edukacyjne

Stworzenie atmosfery wsparcia i zrozumienia dla problemów pacjenta. Zachęcanie, motywowanie, mobilizowanie do systematycznego leczenia i wizyt kontrolnych u specjalisty oraz rehabilitacji, kierowanie do grup wsparcia, grup samopomocowych. W zaawansowanym stadium zaproponowanie skorzystania z pomocy lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej lub opieki długoterminowej w domu chorego ■

Źródła:

1. Gawet M., Potulska-Chromik A.: Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona. *Postępy Nauk Medycznych* 2015; 28; 7: 468-476.
2. Gorzkowska A.: Żywność w chorobie Parkinsona. *Aktualności Neurologiczne* 2017; 17(4): 199-207.
3. Pasek J., Opara J., Pasek T. i wsp.: Aktualne spojrzenie na rehabilitację w chorobie Parkinsona – wybrane zagadnienia. *Aktualności Neurologiczne* 2010; 10(2): 94-99.
4. Skalska-Dulińska B., Witkiewicz B., Ptasznik I.: Rehabilitacja zamrożeń chodu w przebiegu choroby Parkinsona. *Aktualności Neurologiczne* 2014; 14(2): 140-148.

Więcej informacji:

www.parkinson.sos.pl, www.parkinson.net.pl, www.parkinsonfundacja.pl



Jak żyć z osobą po udarze mózgu? Jak jej pomagać?

Zalecenia dla opiekunów.

Najczęściej, kiedy chory po udarze mózgu wróci do domu, jest osobą leżącą. Trzeba mu zapewnić odpowiednie łóżko, np. sterowane pilotem, materac przeciwoodleżynowy, udogodnienia. Co dwie godziny (na materacu statycznym) lub co cztery godziny (na materacu dynamicznym/zmiennociśnieniowym), a na boku porażonym/niedowładnym co pół godziny zmieniać pozycję, aby nie dopuścić do powstania odleżyn, oraz właściwie pielęgnować skórę. Chory ma często cewnik w pęcherzu moczowym, który powinien być wymieniany przez pielęgniarkę z częstotliwością: lateksowy co 7-10 dni, powlekany silikonem co 3 tygodnie, silikonowy co 4 tygodnie, z jonami srebra co pół roku (jest drogi). Często też musi korzystać z pieluchomajtek. Profilaktycznie należy podawać mu leki odkazające drogi moczowe.

Chory ma trudności z przyjmowaniem posiłków, w związku z czym niewłaściwe jego karmienie może być dla niego bardzo stresujące. Należy pamiętać o: (1) przygotowaniu do posiłku: wywietrzeniu pokoju, odłożeniu niepotrzebnych rzeczy,

rozłożeniu serwety/śliniaka ochronnego; dobraniu odpowiednich naczyń i sztućców (naczynia z plastiku przewracają się, zmieniają odczucia smakowe, kojarzą się z małymi dziećmi, a podopieczny chce mieć poczucie bycia dorosłym, podobnie kojarzy się karmienie łyżką, dlatego należy starać się używać widelca); jeśli to możliwe posadzeniu podopiecznego tak, żeby jego głowa była lekko pochylona do przodu; wykorzystaniu stolika natóżkowego; przyjęciu właściwej pozycji (blisko podopiecznego, siedząc na podobnej wysokości, mając kontakt wzrokowy), (2) zasadach karmienia: jeśli podopieczny jest w stanie jeść z niewielką pomocą, nie należy go wyręczać, żeby było szybciej, można mu pomóc w trzymaniu sztućców i poprowadzić jego rękę tak, aby trafił do buzi; jeśli podopieczny wymaga karmienia, należy to zrobić tak, aby nie czuł się traktowany jak małe dziecko; jeśli jest potrzeba można rozdrobnić pokarm, ale tylko podczas posiłku, w obecności chorego, aby zobaczył swoje danie w całości; należy nakładać na łyżkę/widelec małe, łatwe do połknięcia porcje; powinno zaczekać się z nabraniem kolejnej porcji do chwili, aż podopieczny połknie to, co ma w buzi; nie należy zagadywać podopiecznego, kie-

dy przeżuwa lub połyka pokarm, bo grozi to zachłyśnięciem; nie powinno się wkładać sztuczków zbyt głęboko do buzi, żeby nie wywołać odruchu wymiotnego; nie wolno uderzać sztuczkami o zęby podopiecznego, aby nie spowodować odruchu zaciskania szczęki; jeśli część posiłku pozostanie na ustach podopiecznego, nie należy zgarniać jej łyżką, żeby ponownie podać do buzi, lecz wytrzeć serwetą, w ten sposób respektując godność danej osoby; jeśli chory nie chce otworzyć buzi, należy nie napierać, dotknąć lekko jego ust czubkiem łyżki; należy zachować spokój, jeśli jedzenie lub picie się wyleje; należy przygotować posiłek w takiej formie, w jakiej lubi podopieczny, aby posiłek mu smakował, np. oddzielone warzywa, mięso, ziemniaki lub wszystko wymieszane.

Jeżeli chory nie może przyjmować posiłków doustnie, lekarz zaleca założenie zgłębnika (sondy) do żołądka przez pielęgniarkę lub operacyjne bądź endoskopowe założenie gastrostomii (sztuczne wytworzenie przetoki odżywczej między żołądkiem a powłokami brzuszными), przez które można podawać pokarmy zmiksowane lub dietę przemysłową (płynne preparaty, finansowane przez NFZ) przy użyciu strzykawki lub specjalnych zestawów. Karmienie przez zgłębnik może być metodą: (1) porcji – pokarm o objętości 200-300 ml podawany jest za pomocą strzykawki o stałych porach 5-7 razy dziennie, powoli, tj. około 20-30 minut (zapobiega nudnościom i uczuciu rozpierania w żołądku); (2) przerywaną – pokarm o objętości, np. 500 ml (butelka lub opakowanie typu PACK) podawany jest w ciągu jednej godz.; (3) ciągłego wlewu (metoda grawitacyjna lub przy użyciu pompy objętościowej) – pokarm podawany jest w kroplowym wlewie przez całą dobę – wlew ciągły lub przerywany w zależności od wskazań klinicznych). Pokarm powinien mieć temperaturę 30°C. Pacjent powinien być karmiony w pozycji siedzącej lub półsiedzącej, w przypadku zaburzeń świadomości w pozycji bocznej. Po założeniu nowego zgłębnika (jeśli jest z polichlorku winylu – PCV wymiana przez pielęgniarkę co 7-10 dni, jeśli z poliuretanu – PUR co 6-8 tygodni) oraz przed każdym karmieniem (próba z powietrzem + osłuchanie, aspiracja treści żołądkowej) i sprawdzenie zalegania. Odciągnięcie około 100 ml treści żołądkowej dwie godziny po ostatnim posiłku lub 50% diety po upływie jednej godziny wskazuje na zaburzenia w przechodzeniu pokarmu przez odźwiernik i nakazuje zmianę odżywiania lub zmianę częstości, objętości podawanego posiłku (zapobiega wymiotom i zachłystowemu zapaleniu płuc). Po każdym podaniu pokarmu należy podać strzykawką wodę przygotowaną lub niegazowa-

ną o objętości 20-30 ml (maksymalnie 50 ml) celem przepłukania (zapobiega zatkaniu zgłębnika), zgłębnik zamknąć zatyczką lub korkiem (zapobiega dostaniu się powietrza do żołądka), pozostawić pacjenta z uniesioną górną częścią tułowia przez około 30-60 minut (zapobiega aspiracji treści żołądkowej do dróg oddechowych i ułatwia trawienie). Podczas usuwania zgłębnika należy go zacisnąć i usunąć na wydechu (zapobiega aspiracji treści żołądkowej do dróg oddechowych). Pamiętać należy o toalecie jamy ustnej i nosowej przynajmniej trzy razy na dobę (zapobiega stanom zapalnym jamy nosowo-gardłowej, jamy ustnej i uszu, ze względu na brak wydzielania śliny, konieczność oddychania przez usta), o posiadaniu w pobliżu chorego sprzętu do odsysania wraz z cewnikami (pozwala na szybkie odessanie w sytuacji zachłyśnięcia się chorego), sprawdzaniu położenia i umocowania zgłębnika przed każdym karmieniem. W razie niedrożności zgłębnika należy za pomocą wody pod większym ciśnieniem lub coca-colą bądź rozpuszczonymi enzymami trzustkowymi przepłukać go.

Zadaniem rehabilitacji jest zapobieganie przykurczom stawowym, utrzymanie ruchomości stawów, zapobieganie odleżynom i zapaleniu płuc. Chory nie może porozumiewać się skutecznie z bliskimi, komunikacja werbalna z nim jest utrudniona, nie może korzystać ze świeżego powietrza, spożywać posiłków przy stole często popada w stan depresji, który wymaga odrębnego leczenia. Opiekun, rodzina powinni zwracać uwagę na wczesne jego objawy, jak: zaburzenia nastroju – apatia, odwracanie wzroku, brak apetytu, zaburzenia snu. W przypadku afazji, warto podopiecznemu zadawać krótkie, proste i zamknięte pytania, na które może odpowiedzieć tak lub nie. Na rozmowę należy poświęcić odpowiednią ilość czasu i nie okazywać zniecierpliwienia. Jeśli zaburzenia mowy nie wynikają z uszkodzenia ośrodków mowy w mózgu, ale z niedowładu mięśni krtani i gardła, można poprosić chorego o napisanie tego, co chce przekazać. Jeśli nie może pisać, można przygotować tablicę z literami, które chory wybiera mrugając lub można spróbować wybierania liter za pomocą klawiatury komputera, bądź należy użyć piktogramów. Można skorzystać z pomocy logopedy. ■

Źródła:

Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: *Przewlekłe chory w domu*. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.



Zakup sprzętu rehabilitacyjnego i produktów chłonnych

Od 1 stycznia 2020 roku zmieniły się zasady wystawiania zleceń na wyroby medyczne. Zaczął działać przygotowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) system e-potwierdzenia zlecenia. Wprowadzony został nowy wzór zlecenia, który nie wymaga potwierdzenia w Oddziale NFZ.

Uprawnienie pacjenta do danego wyrobu medycznego zostaje potwierdzone w systemie elektronicznym przez osobę uprawnioną, która zlecenie wystawia (w przychodni, w szpitalu). Dokument opatrzony pieczętką i podpisem mogą wystawiać lekarze specjaliści, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci, pielęgniarki i położne. Dzięki temu pacjent od razu może się udać z potwierdzonym zleceniem do sklepu medycznego lub apteki, która ma podpisaną umowę z NFZ, bez konieczności wizyty w NFZ, jak do tej pory. Dzięki nowemu rozwiązaniu pacjenci i ich opiekunowie nie tracą czasu na potwierdzanie zleceń w NFZ (osobiście lub korespondencyjnie). Nowy sposób potwierdzania zleceń w systemie elektronicznym wprowadza też inne udogodnienie: zlecenie może być wystawione i potwierdzone niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. Wizyty pacjenta w NFZ będzie wymagać jedynie sytuacja, gdy

lekarz nie uzyska w eWUŚ (elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorcy) potwierdzenia, że pacjent jest ubezpieczony lub gdy pacjent nie złoży pisemnego oświadczenia.

Wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Wyroby medyczne to np.: protezy kończyn dolnych i górnych – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku lub niedorozwoju; ortozy kończyn dolnych i górnych; gorsety ortopedyczne, ortozy ortopedyczne tułowia i szyi, obuwie ortopedyczne, soczewki okularowe korekcyjne do bliży i dali, soczewki kontaktowe twarde i miękkie, epiprotezy i protezy oka, lupy, monokulary, okulary lupowe, okulary lornetowe do bliży i dali, aparaty słuchowe, wkładki uszne, systemy wspomagające słyszenie, rurki tracheostomijne, cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, protezy piersi, peruki, cew-

niki zewnętrzne, cewniki urologiczne, worki do zbiórki moczu, worki stomijne, **środki pomocnicze/wyroby chłonne: pieluchomajtki (zamiennie: pieluchy anatomiczne lub majtki chłonne, lub podkłady, lub wkłady anatomiczne), poduszki i materace przeciwodleżynowe, kule, trójnogi, czwórnoży, laski, balkoniki albo podpórki ułatwiające chodzenie, pionizatory, wózki inwalidzkie.**

Zasady korzystania z zaopatrzenia w wyroby medyczne

- ▶ jednorazowe zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie, np. pieluchomajtki, może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące.
- ▶ zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

Refundacja wyrobów chłonnych obejmuje:

- ▶ limit ilościowy w wysokości 90 sztuk miesięcznie;
- ▶ limit cenowy: 77 zł dla osób z chorobą nowotworową (100% dopłaty NFZ do limitu) i 90 zł dla pozostałych chorych (np. z chorobami neurologicznymi – choroba Parkinsona) uprawnionych do refundacji (70% dopłaty NFZ do limitu);

W przypadku przekroczenia tej kwoty nadwyżkę w całości pokrywa kupujący. Każdy ubezpieczony ma prawo do zakupu refundowanych przez NFZ produktów chłonnych, stosowanych w przypadku nietrzymania moczu/kału spowodowanego: chorobą nowotworową, niepełnosprawnością umysłową, chorobą układu nerwowego, wadami rozwojowymi dróg moczowych czy układu nerwowego, pourazowym uszkodzeniem dróg moczowych/układu pokarmowego.

Okres użytkowania

Wyrób medyczny przysługuje raz w danym okresie użytkowania potwierdzonym wskazaniem medycznym. Rozporządzenie określa okres użytkowania danego wyrobu medycznego (raz na określony czas: np. rok, 2 lata, 3 lata, także w zależności od wieku i stanu pacjenta). Okres użytkowania jest liczony od daty odbioru wyrobu medycznego w sklepie. Okres użytkowania może ulec skróceniu: w przypadku osób dorosłych – gdy zaszły u nich zmiany w stanie fizycznym, a możliwości regulacji wyrobu zostały wyczerpane. Wniosek o skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego wystawia uprawniony lekarz.

Zasady refundacji

Pacjent potrzebujący określonych produktów niezbędnych w procesie leczenia i rekonwalescencji może liczyć na finansowe wsparcie ze strony państwa. Możliwe jest uzyskanie dofinansowania **ze środków NFZ oraz PFRON. Refundacja NFZ** to możliwość nabycia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, których koszt częściowo lub w całości pokrywa NFZ. Refundacja NFZ przysługuje każdemu pacjentowi posiadającemu

aktualne ubezpieczenie zdrowotne, który otrzymał stosowne zlecenie wystawione przez osobę do tego uprawnioną. **Dofinansowanie z PFRON** (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) to forma wsparcia finansowego dla osób niesprawnych przyznawana według kryterium dochodowego. Mogą się o nie starać osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, których średni miesięczny dochód z trzech ostatnich miesięcy w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym nie jest wyższy niż połowa przeciętnego wynagrodzenia na osobę pozostającą w gospodarstwie domowym lub 65 proc. przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Na środki z PFRON może liczyć także pracodawca zatrudniający w swojej firmie osoby dysfunkcyjne. Środki te są doliczane do comiesięcznego wynagrodzenia zatrudnionego. O dofinansowanie z PFRON dla osób niepełnosprawnych mogą się ubiegać przedsiębiorcy, którzy spełniają warunki przedstawione w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, m.in. zatrudniają nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

Zasady refundacji opisuje **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** z dnia 29 maja 2017 r. (Dz. U. 2017 poz. 1061 z późn. zm.). Warto wiedzieć, że nieliczne zapisy Rozporządzenia zostały zmienione na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r.

Kody NFZ, które warto znać

Aby w prosty sposób sprawdzić, jakie wyroby medyczne są objęte refundacją, oraz jakie są limity finansowania ze środków publicznych, warto zapoznać się z listą kodów NFZ. Znajdziemy na niej przykładowo: pieluchomajtki: P.100.PM, P.101.PM; wózek inwalidzki ręczny: P.127; materac przeciwodleżynowy: P.117; balkonik z podpórką ułatwiającą chodzenie: P.123

Sprzęt rehabilitacyjny – dofinansowanie NFZ

Objęte szereg produktów. Poza wymienionym już zaopatrzeniem ortopedycznym można zaliczyć tu m.in: gorsety (odciążająco-stabilizujące, korekcyjne lędźwiowo-krzyżowe, kołnierze itp.), poduszki i materace przeciwodleżynowe, wózki inwalidzkie, chodziki rehabilitacyjne. Na liście znajdziemy także pionizatory oraz urządzenia służące stabilizacji pacjenta w pozycji siedzącej i leżącej. W przypadku balkonika dla niepełnosprawnych limit refundacji ze środków NFZ wynosi przykładowo 240 zł na sprzęt dla dorosłych i 600 zł na balkonik specjalny dla dzieci, natomiast na materac przeciwodleżynowy – 400 zł r. ■

Więcej informacji:

dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2017/pozycja/1061

dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2018/pozycja/281

www.brandvital.eu/opieka-dlugoterminowa/co-refunduje-nfz-zasady-refundacji-wyrobow-medycznych-w-2019



Wyroby chłonne i ich zastosowanie

Nietrzymanie moczu (NTM) (inkontynencja), rzadziej kału to przypadłość, która wraz z wiekiem dotyczy częściej kobiet niż mężczyzn, temat trudny i krępujący. O NTM mówi się wówczas, gdy mocz bez udziału woli człowieka uchodzi z pęcherza moczowego, co uniemożliwia lub utrudnia normalny udział w życiu społecznym.

Wyróżnia się trzy stopnie nietrzymania moczu: lekki – 100 ml*, średni – 100-200 ml*, ciężki – powyżej 200 ml* (*średnia wartość wydalonego moczu w ciągu 4 godzin). Najczęściej jest to wysiłkowe nietrzymanie moczu (podczas wysiłku fizycznego, kaszlu, stresu), z powodu osłabienia mięśni miednicy. U kobiet jest wynikiem spadku poziomu estrogenów, u mężczyzn pojawia się niekiedy po zabiegu usunięcia prostaty.

Inkontynencja jest także skutkiem wielu chorób, np. neurologicznych. Można ją leczyć farmakologicznie lub chirurgicznie. Jedną z pomocniczych metod jest używanie wyrobów chłonnych, np. marki SENI, TENA LADY. Wyroby te są wolne od lateksu, minimalizują ryzyko powstania reakcji alergicznych, redukują nieprzyjemny zapach, „oddychają”, tzn. przepuszczają powietrze, a nie przepuszczają cieczy.

Wkładki na nietrzymanie moczu/urologiczne

Redukują nieprzyjemny zapach moczu, stanowią zabezpieczenie między wizytami w toalecie, polecane przy lekkim i średnim nietrzymaniu moczu. Przypominają podpaskę, ale

mają znacznie wyższą chłonność (do 8 poziomów chłonności), a dzięki specjalnym osłonkom dodatkowo zabezpieczają bocznym wyciekiem. Mocowane są do bielizny za pomocą paska klejowego. Stworzone z myślą o kobiecej i męskiej anatomii.

Majtki chłonne

Rekomendowane są dla osób ze średnim i nasilającym się nietrzymaniem moczu. Wyglądają jak zwykła bielizna, zapewniają suchość, dyskrecję, swobodę ruchów, dają pewność siebie podczas spotkań ze znajomymi, przy wyjściu na spacer czy rehabilitację. Umożliwiają korzystanie z toalety samemu lub z pomocą opiekuna. Łatwe do zakładania i zdejmowania, pozwalają skórze oddychać. Posiadają system kontroli zapachu oraz tasiemkę umożliwiającą zwinięcie i wyrzucenie zabrudzonego produktu. Dostępne w różnych poziomach chłonności (do 3) i różnych rozmiarach: od S do XXL. Posiadają szwy boczne, które można rozerwać i w szybki, higieniczny sposób zdjąć, nawet zabrudzone kałem. Przez osoby z demencją intuicyjnie odbierane są jako naturalne, podobne do zwykłej bielizny, rzadziej je rozrywają i ściągają, jak to się im zdarza przy klasycznych pieluchomajtkach zapinanych na rzepy, do któ-

rych nie są przyzwyczajeni. Przed zakupem należy zmierzyć obwód talii i w biodrach, a następnie porównać do rozmiaru na opakowaniu. Jeśli oba wymiary są w tym samym przedziale – ten rozmiar należy wybrać. Jeśli rozmiary są w różnych przedziałach, należy wybrać rozmiar na podstawie wymiaru większego. 55-85 cm – S – Small; 80-110 cm – M – Medium; 100-135 cm – L – Large; 120-160 cm – XL – Extra Large; 140-190 cm – XXL – 2X-Large

Pieluchomajtki

Jeśli podopieczny nie korzysta z toalety lub większość czasu przebywa w łóżku, nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, choruje na cukrzycę, na nadciśnienie tętnicze, przyjmuje leki moczopędne lub zwiększoną ilość płynów – konieczne jest użycie pieluchomajtek zapinanych na rzepy. Są one przeznaczone dla osób z ciężkim nietrzymaniem moczu. Dzięki ściągaczom z przodu i z tyłu dopasowują się do ciała osoby leżącej, chronią przed wyciekami, mają różne poziomy chłonności (do 4), wskaźnik/indykator wilgotności. Te o podwyższonej chłonności są świetnym zabezpieczeniem na noc.

Przy zmianie produktów chłonnych, a zwłaszcza pieluchomajtek przydatne są: papier toaletowy; chusteczki nasączone dla dorosłych; pianka myjąco-pielęgnująca – w przypadku zabrudzenia kałem; krem ochronny, izolujący od czynników drażniących, np. moczu, regenerujący; rękawice – opcjonalnie. Skóra osoby z nietrzymaniem moczu wymaga dodatkowej ochrony po umyciu – zastosowania preparatów chroniących przed odparzeniami (np. z argininą), neutralizujących zapach. Jeśli skóra jest zdrowa, niezaczerwieniona, nie należy używać maści z cynkiem, która jest gęsta, zostawia białą warstwę, utrudnia obserwowanie stanu skóry, tylko krem ochronny, który pozostawia przezroczystą warstwę ochronną. Jeśli pojawi się zaczerwienienie, można użyć kremu z cynkiem, który ma działanie antyseptyczne. Nie tylko podczas kąpieli chorego, ale przy każdej zmianie pieluchomajtek należy starannie oczyszczać skórę z pozostałości moczu i kału oraz zabezpieczać kremem ochronnym przed odparzeniami i pieluchowym zapaleniem skóry.

Nietrzymanie moczu jest krępujące dla podopiecznego i opiekuna. Nie mów „pampers”, bo to produkt dla dzieci, używaj poprawnego nazewnictwa, np. „pieluchomajtki”. Po konsultacji z podopiecznym należy wprowadzać produkty chłonne „Mogą sprawić, że będzie ci wygodniej, są dyskretne, nikt nie zauważy, że masz je na sobie”, dopilnować, aby bielizna była regularnie zmieniana, aby nie wystąpiło zapalenie dróg moczowych. Osoby z objawami demencji są wyczułone na zmianę w otoczeniu i nawykach, dlatego trudno się im przyzwyczaić do wyrobów chłonnych. Pomocne może być umieszczenie np. majtek chłonnych w szufladzie z bielizną lub w szafce na ubrania, zamiast w łazience czy trzymać w opakowaniu fabrycznym. W ten sposób podopieczny ma szansę na przyzwyczajenie się do ich obecności i postrzegania ich jako elementu ubioru. Można też wcześniej wkleić wkładki urologiczne w bieliznę i przechowywać w szufladzie. W ten sposób unikniemy zapomnienia założenia wkładki lub protestów podczas jej zakładania przez podopiecznego. Krytyka nie motywuje do większej dbałości o higienę i zmiany zachowania. Podopieczny może ukrywać zabrudzenia bielizny, pościeli lub zużyte produkty chłonne. Zwracanie uwagi w nietaktowny lub napastliwy sposób może sprawić, że podopiecznemu będzie trudniej zwrócić się do ciebie po pomoc lub zasygnalizować chęć pójścia do toalety. Trudniej będzie przekonać podopiecznego do noszenia produktów chłonnych. Jeżeli podopiecznemu zdarza się zmoczyć łóżko, fotel, wózek inwalidzki, dobrym zabezpieczeniem są podkłady higieniczne. Jeśli podopieczny usiłuje ściągnąć bieliznę chłonną, zrywa ją lub skubie, dobrze sprawdza się odpowiednia bielizna zabezpieczająca w postaci body, które zapinane są na plecach i zabezpieczają przed natrętnymi czynnościami. Jeśli takie czynności zaczynają się pojawiać nagle, może to sugerować infekcję, zaparcie. Chory będzie miał problem ze słownym wyrażeniem bólu, dyskomfortu, ucisku i w ten sposób komunikować niezrealizowaną potrzebę. Należy być wyczułonym na takie gesty. ■



Tworzenie bezpiecznego środowiska dla osób z demencją towarzyszącą chorobie Parkinsona, udarowi mózgu, chorobie Alzheimera

Podopieczny z demencją potrzebuje jak najdłużej zachować samodzielność. Może mu w codziennym funkcjonowaniu pomóc środowisko i otoczenie, w którym przebywa.

Powinno ono być dostosowane do jego potrzeb, tzn być:

1. Przyjazne – podopieczny powinien czuć się w nim chciany, niezależnie od etapu choroby.
2. Przypominające – podopiecznego powinny otaczać sprzęty i przedmioty, które lubi i zna, przypominają mu ważne etapy codziennych czynności.
3. Przygotowane na błędy, które podopieczny będzie popełniać, gdy np. wyleje wodę ze szklanki niech upadnie nie na śliskie kafelki, lecz antypoślizgową podłogę, a szklanka niech będzie wykonana z grubego i nietłuczącego się szkła, plastiku lub bambusa.
4. Przystosowane, czyli wygodne w użytkowaniu, np. kubki umieszczone w widocznym i łatwo dostępnym miejscu w kuchni lub specjalnej szafce z naklejką „kubki”. Ważne są naklejki z napisami lub rysunkami, np. na drzwiach toalety można umieścić kartkę z napisem „toaleta” lub grafi-

ką sedesu, co ułatwi znalezienie WC. Napisy powinny być wykonane czarnymi literami na białym lub żółtym tle; naklejki umieszczone na wysokości wzroku podopiecznego; napisy powinny być wykonane czytelnie, dużą czcionką, np. Century Gothic w rozmiarze 36.

Warto zadbać o oświetlenie, dźwięki, podłogi, meble, kolorystykę. Ułatwi to życie z podopiecznym z demencją.

Jeśli choruje mózg, wpływa to na sposób, w jaki podopieczny widzi kolory. Kolory na stole powinny być kontrastowe, by mógł rozróżnić przedmioty. Biały talerz z zupą należy postawić nie na białym obrusie, bo będzie niewidoczny, lecz na kolorowej, jednolitej podkładce. Pomocne jest jednolite nakrycie stołu, gładki i pozbawiony wzoru obrus, który nie będzie rozpraszał podopiecznego, służyć będzie rozgraniczeniu przedmiotów. Mózg może np. kwiatów na obrusie nie rozpoznać jako wzór,

lecz prawdziwą roślinę. W miarę rozwoju choroby należy zamiast kompletu sztućców zostawiać tylko jeden, zamiast talerza sam kubek. W ten sposób można chorego uwolnić od lęku wywołanego nadmiarem decyzji, ułatwić mu samodzielne jedzenie. Chorujący mózg nie może prawidłowo ocenić długości balustrad i wysokości stopni schodów. Dlatego ważne jest oklejenie balustrad, krawędzi schodów taśmą w jaskrawym kontrastowym kolorze, aby podopieczny mógł widzieć, gdzie kończy się stopień, a gdzie zaczyna, oraz czego się złapać, aby nie spaść i pokonać schody. Ważne jest oznaczenie drzwi (rysunek, symbol), co pozwala podopiecznemu na identyfikację pomieszczenia, np. kubek narysowany na drzwiach kuchennych podpowie, do czego służy to wnętrze. Mózg, który choruje, powoduje trudności w skupieniu uwagi i orientacji. W toalecie należy zadbać o kontrasty. Chory może mieć trudności z dostarczeniem białej muszli klozetowej na tle jasnych kafelek, może nie zauważyć cieknącej wody, pomocna może okazać się kolorowa deska sedesowa. Choroba sprawia, że podopieczny nie rozpoznaje samego siebie, dlatego może zmylić go odbicie w lustrze, na błyszczących kafelkach, drzwiach szafki wykończonej na wysoki połysk. Należy zatem usunąć lub zasłonić lustro, a w jego miejsce umieścić zdjęcia z dzieciństwa, wczesnej dorosłości lub inne pamiątki. Dzięki nim łatwiej będzie mu rozpoznać siebie. Na chorego dobrze działają jednolite kolory. Krzykliwe wzory, pasy, powodują chaos.

Meble, takie jak stół do pracy czy posiłków powinien być kwadratowy lub prostokątny, a nie okrągły, bo wyraźnie wydzieli przestrzeń dla każdego przy stole, także dla podopiecznego, któremu łatwiej będzie odróżnić, który jest jego kubek, nie będzie miał obaw, że ktoś sięgnie po jego rzeczy. Krzesła powinny mieć podłokietniki, które ułatwiają wstawanie, dają możliwość oparcia się i poczucie stabilności. Przy towarzyszących zaburzeniach równowagi istotne jest dopasowanie wysokości łóżka do wzrostu podopiecznego i jak najmniejsze różnice wysokości. Dobrym wyborem będzie łóżko z regulowaną wysokością.

Podłogi, powinny minimalizować ryzyko upadków. Chodniki, dywaniki należy przykleić do podłogi, nie będą się ślizgać, a chory nie będzie się o nie potykał. Wypastowana, błyszcząca podłoga może wyglądać jak lustro albo tafla wody, na którą chory może się bać wejść. Ciemne kafelki wyglądają jak dziury, tak postrzega je chorujący mózg, dlatego należy na nie przykleić jednokolorowe jasne chodniki. Podobnie wyglądają ciemne wycieraczki na jasnej podłodze. To wizualne pułapki, postrzegane jako dziury. Zwrócić uwagę należy na progi w mieszkaniu, aby były na równi z podłogą. Dobrze jest, jeśli podłoga jest matowa i jednolita, jak najmniej wzorzysta i wielokolorowa.

Dźwięki, w demencji mózg inaczej przetwarza dźwięki. Odgłosy, które dla przeciętnego człowieka mogą być niezauważalne, osoba chora może odbierać jako głośne, irytujące, a nawet nie do zniesienia. Dlatego należy stosować w domu poduszki, wykładziny, zasłony, które mogą wytłumić hałas. Gdy ktoś z domowników ogląda telewizję, słucha radia albo gra na komputerze w drugim pomieszczeniu, warto zamknąć drzwi do pokoju podopiecznego lub założyć mu na ten czas słuchawki, aby odizolować go od nieprzyjemnych dźwięków.

Oświetlenie, daje poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Należy w jak największym stopniu korzystać z dziennego światła, np. w domu jednorodzinnym pomocne może być wycięcie kilku gałęzi krzewów lub drzew za oknem domu. Zapewnienie miejsca podopiecznemu, aby nie padało prosto na jego twarz. Stosowanie sztucznego światła w ciepłych barwach, o jednolitym poziomie mocy w całym mieszkaniu. Różnice w natężeniu światła mogą budzić niepokój u podopiecznego. Minimalizowanie cieni w mieszkaniu, które mogą podopiecznemu wydawać się niebezpieczne. Odślanianie zasłon i rolet na cały dzień, ale zasłanianie na noc, żeby kinkiety nie tworzyły cieni w niepokojących kształtach. Ważne jest wyodrębnienie wyłącznika światła z jednolitego tła, gdyż podopieczny nie zauważa białego klawisza na białej ścianie („w demencji najpierw mózg obserwuje otoczenie przez maskę do nurkowania, potem jak przez lornetkę, wreszcie przestaje rozpoznawać do czego służą obserwowane obiekty”). Dobrym rozwiązaniem jest przygotowanie ramki z taśmy izolacyjnej lub zainstalowanie kolorowego wyłącznika bądź zainstalowanie oświetlenia z czujnikami ruchu.

Ułatwić życie mogą jeszcze: zegar z wyświetlaczem godzin i dat; telefon z dużymi przyciskami; naklejki w kuchni (talerze, herbata, kawa); naklejki na drzwiach (toaleta); naklejki na szufladach (skarpety, swetry); układanie ulubionych przedmiotów (pilot, czasopisma) w tym samym, widocznym miejscu, np. koszyku; zabezpieczenie okien i drzwi balkonowych; zabezpieczenie dostępu do palników elektrycznych, gazowych, gniazdek, zaworów wody.

Ważne jest, aby podopieczny działał z wyprzedzeniem, bo w przeciwnym razie kiedy choroba zdąży np. uszkodzić centrum językowe i nie pozwoli rozumieć tekstu przez podopiecznego, naklejki naklejane na tym etapie choroby nie spełnią już swojej roli. ■

Źródła:

Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Wydanie 1. Fundacja TZMO „Razem Zmieniamy Świat”, Toruń 2019.

Nowe metody terapii stosowane w Placówce Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych

Placówka Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Krakowie, jako jedna z nielicznych w kraju specjalizuje się w nowatorskich metodach terapii osób starszych, z zaburzeniami neuropoznawczymi, takich jak **metoda Snoezelen i metoda Montessori**. Czyni to w ramach projektu Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, czyli MCO, pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”.

Terapia metodą Snoezelen

Snoezelen – oznacza dwa pojęcia „snufflen” – węszyć, obwąchiwać oraz „dozlen” – drzemać, być w półśnie, gapić się. Snoezelen jest zarówno terapią, jak i rozwojem. Jest formą miłego spędzania czasu, odprężenia i relaksu naszych podopiecznych – osób dorosłych i seniorów, zmagających się z różnymi trudnościami dnia codziennego, licznymi dysfunkcjami i problemami zdrowotnymi, np. ze stresem, lękiem, bólem, depresją, demencją. Pacjenci z zaburzeniami neuropoznawczymi są szczególnie narażeni na depryzację sensoryczną, a niezaspokojenie potrzeb sensorycznych jest często przyczyną występowania zachowań niepożądanych. Bazując na sensoryczności człowieka i jego reagowaniu na bodźcowanie, jest okazją do zróżnicowanej sensorycznie aktywności podopiecznych. Określenie Snoezelen odnosi się z jednej strony do metody pracy terapeutycznej, a z drugiej do pomieszczenia, w którym odbywają się sesje terapeutyczne, prowadzone przez dwie terapeutki zajęciowe, posiadające kwalifikacje ISNA-MSE Polska. Sala o powierzchni ok. 20 m² jest celowo zaprojektowanym, w kolorze biało-kremowo-szarym miejscem, stworzonym ze światła, kolorów, dźwięków, faktur, w którym przedmioty są białe, dostępne do dotyku i podziwiania. Zapewnia przyjemną atmosferę bezpieczeństwa i wprowadza w dobre samopoczucie, a jej specjalna aranżacja oraz właściwy dobór sprzętu, zachęca i prowadzi podopieczne-

go do działań stymulujących, pozwala osiągnąć efekt Snoezelen. Nazwana jest Salą Doświadczania Świata (SDŚ), otrzymała certyfikat wzorcowej sali doświadczania świata. Tworzy specjalną ofertę bodźców zredukowanych, wyselekcjonowanych, o charakterze polisensorycznym i niedyrektywnym. Zawiera elementy do stymulacji: wzrokowej, słuchowej, dotykowej. Ściany sali pokryte są miękkimi materacami, z sufitu zwisa luźno miękka tkanina, podłoga wyłożona jest wykładziną o różnej fakturze. Podopieczni mają możliwość swobodnego poruszania się, ale także siedzenia czy leżenia, dlatego w pomieszczeniu są pufy, fotele, łóżko wodne, huśtawki, hamaki. Do podstawowego wyposażenia pokoju Snoezelen należą: kotara materiałowa, podest do kolumny, kolumna wodna audio, lustro akrylowe, kurtyna światłowodów półokrągła, zestaw z kulą lustrzaną, oświetlenie taśmami LED.

Nasi podopieczni, którzy mają specjalne potrzeby poznawcze, mogą zaczerpnąć wiele korzyści z metody Snoezelen. Terapia sensoryczna jaką jest przebywanie w SDŚ stymuluje umysł oraz różne kanały sensoryczne, pobudza wszystkie zmysły, a podczas nadzoru i kierowania przez terapeutę, jest w stanie u osoby poddawanej terapii uruchomić nowe rodzaje reakcji. Podopieczny zostaje „obudzony” poprzez dobrany rodzaj stymulacji, dzięki czemu wytwarzają się w jego mózgu nowe połączenia neuro-



nowe. Sala od pierwszego momentu „otula” uczestnika terapii i sprawia, że czuje się on swobodnie ze względu na panującą w nim harmonię i spokój. Odpowiednią atmosferę zapewnia nie tylko wyposażenie, ale także postawa terapeuty, który nie narzuca się w żaden sposób, a jedynie towarzyszy i sam uczestniczy w głębokim doświadczaniu świata. Uczestnik sam decyduje o aktywności w sali i o tym, w jakim czasie będzie tę aktywność podejmował. Terapia pozbawiona jest dyrektywności i narzucania woli przez terapeutę. Jest to szczególnie istotne w przypadku osób z demencją, którym zazwyczaj coś się nakazuje i narzuca bez pytania o ich wolę. Czas trwania pobytu w SDS nie jest odgórnie narzucony, zazwyczaj wynosi od 20 do 40 minut, w zależności od możliwości, potrzeb i oczekiwań osoby uczestniczącej. To jak długie i jak częste są sesje terapeutyczne, zależy od możliwości i potrzeb uczestnika. Zadaniem terapeuty jest sprawienie, aby otoczenie było harmonijne i pozbawione chaosu, który występuje w życiu codziennym oraz takie dobranie bodźców, aby zmotywować uczestnika do działania, aby go nie przestymulować, aby nie stracił zainteresowania, aby wzbudzić w nim chęć samorealizacji i odkrywania siebie. Od terapeutów wymaga się głębokiej refleksji, elastyczności, wrażliwości, co pozwala na dokładne określenie potrzeb podopiecznych, stwarza im możliwości rozwoju. Terapeuci nie tyle nadzorują terapię, co tworzą środowisko Snoezelen. Nie oznacza to jednak, że nic nie robią. Najważniejszym ich zadaniem jest uważna obserwacja i odpowiedź na potrzeby podopiecznego w danym momencie. Terapeuci nastawieni są na kreatywność, a jednocześnie wprowadzają swobodę działania i możliwość dostosowania technik do konkretnego uczestnika, a tym samym zapewniają komfortowe warunki podopiecznym.

Terapia Snoezelen powoduje poprawę stanu zdrowia podopiecznych z zaburzeniami neuropoznawczymi, w postaci: redukcji zachowań niepożądanych, zminimalizowania zachowań agresywnych, zrelaksowania, uspokojenia, ogólnej aktywizacji, wzrostu chęci i zdolności do samoobsługi, poprawy stanu emocjonalnego, obniżenia stopnia depresji, poprawy chęci do poddawania się zabiegom higienicznym, poprawy umiejętności nawiązywania kontaktu i komunikacji, współpracy z personelem, innymi podopiecznymi, opiekunami nieformalnymi, zmniejszenia występowania stereotypii ruchowych.

Jeśli dostosujemy odpowiednio ilość, jakość i rodzaj bodźców do stanu pacjenta, metoda Snoezelen staje się efektywną terapią powodującą normalizowanie stanu podopiecznego, jak również może być korzystną formą spędzania czasu wolnego, dającą radość seniorowi. ■

Źródła:

1. Zawiślak A. *Snoezelen (Sala Doświadczania Świata). Geneza i rozwój*. Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Toruń 2009.
2. Smrokowska-Reichmann A. *Snoezelen – Sala Doświadczania Świata. Kompendium opiekuna i terapeuty*. Fundacja Rosa, Wrocław 2013.
3. Verheul A, Hulsegge J. *Snoezelen – Nieco inny Świat. Gielar Rehabilitation – Technik GmbH, Kraków 1993*.
4. Michałowicz-Olechniewicz I. *Terapia zajęciowa. Metoda Snoezelen – Sala Doświadczania Świata*. Oficyna MM Wydawnictwo Prawnicze, Poznań 2017.
5. Stroińska M.: *Metoda Montessori dla seniorów z zaburzeniami poznawczymi – inna wizja opieki*. Montessori Lifestyle®. Materiały szkoleniowe. Centrum Montessori Senior. Zalesie Górne, 2020.
6. *Radość uczenia się przez całe życie według metody Marii Montessori*: lubiehrubie.pl/wiadomosci/hrubieszow-radosc-uczenia-sie-przez-cale-zycie-wedlug-metody-marii-montessori-odslona-czwarta

Terapia metodą Montessori

„Kto jest obsługiwany, a nie wspomagany, jest w pewien sposób ograniczony w swojej niezależności. Dla godności ludzkiej pojęcie to jest fundamentalne: Nie chcę być obsługiwany, ponieważ nie jestem bezradny, ale musimy sobie pomagać, ponieważ jesteśmy istotami społecznymi – oto co należy zrozumieć, by móc poczuć się naprawdę wolnym.” Maria Montessori *„Odkrycie dziecka”*.

Pedagogika Marii Montessori to metoda, z którą większość z nas się spotkała, czy to z racji wykonywanego zawodu, czy po prostu bycia rodzicem. Polega ona, najogólniej ujmując, na umożliwieniu dziecku wszechstronnego rozwoju – społecznego, kulturowego, duchowego i fizycznego. Wspiera jego kreatywność, a także spontaniczną i twórczą aktywność. Obecnie coraz większą popularnością cieszą się szkoły i przedszkola prowadzone w duchu Montessori. Dowiedziono, że elementy istotne w edukacji młodych można przełożyć na rozwój i wspieranie edukacji osób starszych. Koncepcja Marii Montessori została w Stanach Zjednoczonych wzbogacona odkryciami z dziedziny neurologii. Badania struktur mózgu u osób z chorobą Alzheimera pokazują, że: (1) pomimo zaburzeń sfery racjonalnego myślenia niektóre aspekty sfery emocjonalnej są zachowane; (2) pomimo zaburzeń pamięci deklaratywnej, osoby te nadal mogą korzystać z zachowanych umiejętności pamięci proceduralnej. Poprzez omijanie deficytów oraz opieranie się na zachowanych umiejętnościach seniorzy z zaburzeniami poznawczymi mogą ponownie nauczyć się niektórych czynności życia codziennego. Otoczenie seniorów z zaburzeniami poznawczymi jest tak obmyślane, by wspierać ich samodzielność i prawidłowe zachowanie. Dewiza Marii Montessori, brzmi: „Pomóż mi zrobić to samodzielnie”. Bowiemy, tak naprawdę niezależnie od wieku każdy z nas potrzebuje przestrzeni do rozwoju. I każdy z nas chce się rozwijać swoim własnym tempem w bezpiecznym otoczeniu.

Kilku pracowników MCO ukończyło szkolenie pn. *„Metoda Montessori dla Seniorów”* i wykorzystuje zdobyte umiejętności w pracy z naszymi podopiecznymi i założenia metody Montessorii. Opierają swoją pracę na zdolnościach sensorycznych, fizycznych i intelektualnych podopiecznych, starają się umożliwić rozwój ich potencjału. Tworzą warunki pozwalające na ten rozwój, między innymi dostosowując otoczenie i czyniąc go przyjaznym, bezpiecznym osobom z demencją, uwzględniając indywidualne potrzeby rozwojowe podopiecznych, rozwijając ich otwartość na relacje z drugim człowiekiem, stosując techniki komunikacji i interakcji dostosowane do osób z zaburzeniami poznawczymi. Tym samym seniorzy czerpią korzyści z wprowadzonej metody, gdyż wykwalifikowany personel zmienia stereotypowy sposób patrzenia na zespoły otępienne różnego pochodzenia i seniorów nim dotkniętych, promuje walkę ze stygmatyzacją osób z demencją, pomaga opiekunom nieformalnym/rodzinnym w utrzymaniu więzi mimo pogłębiających się deficytów poznawczych podopiecznych. Seniorzy z demencją wykorzystują/aktywują zachowane umiejętności, zwiększa się ich uczestniczenie w czynnościach życia codziennego, są bardziej zaangażowani w życie społeczne, wzmacniają się w nich poczucie przynależności do wspólnoty.



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niezamieszkałych w Krakowie, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44-67-500

www.mco.krakow.pl

mco@mco.krakow.pl