

PORADNIK OPIEKUNA

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

wsparciedlaopiekuna.pl

wydanie bezpłatne

numer 3/2021 (7)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych 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
Przyczyny niesamodzielności	4
Czego potrzebuje osoba niesamodzielna	8
Jaki powinien być opiekun?	10
Opieka dzienna – nadzieją dla opiekunów nieformalnych/domowych	11
Wiedza łagodzi lęk opiekuna nieformalnego w opiece nad bliskim niesamodzielnym	13
Menadżer opieki formą wsparcia opiekunów nieformalnych	14
Rola opiekuna w opiece nad osobą niesamodzielną niedożywną w podeszłym wieku	15
Rola opiekuna w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku z biegunką i zaparciami	17
Rola opiekuna w opiece nad pacjentem z cukrzycą w podeszłym wieku	19
Opieka wytchnieniowa wyzwaniem, innowacją i integralną częścią systemu opieki długoterminowej	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 **siódmy – ostatni numer Kwartalnika** w wersji on-line. Kwartalnik zawiera treści publikowane na portalu www.wsparciedlaopiekuna.pl

Witamy w czerwcowym wydaniu. Przed nami lato. Korzystajcie z ciepła i słońca, zwłaszcza po tych tygodniach pobytu w domach w związku z COVID-19, nabrawszy odporności po szczepieniach przeciw COVID-19.

W bieżącym numerze poruszamy bardzo ważny temat dotyczący innowacyjnych form sprawowania opieki nad osobami niesamodzielnymi, starszymi, mających na celu zdeinstytucjonalizowanie tejże opieki, takich jak opieka dzienna, opieka „wytchnieniowa”, menadżer opieki, realizowanych w kolejnej edycji projektu Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnymi w Krakowie od 1 lipca 2021 r. do 30 czerwca 2023 r. Są one przykładem dobrych praktyk tworzenia świata rozumiejącego potrzeby osób niesamodzielnymi i ich opiekunów oraz próbą zmiany kultury opieki nad nimi.

Zajmujemy się w tym numerze także tematem roli opiekuna nad osobami z niedożywieniem, zaparciami i biegunką oraz cukrzycą. Mamy nadzieję, że znajdą Państwo w niniejszym wydaniu cenne informacje na temat wskazówek dla opiekuna i podopiecznego oraz konsekwencji złe prowadzonej opieki w w/w stanach.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzymy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa. Liczymy, że to wydanie okaże się cennym źródłem wiedzy.

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

Życzymy miłej lektury
Redakcja



Przyczyny niesamodzielności

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie przy ulicy Wielickiej jest w końcowym etapie realizacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”.

Osoba niesamodzielna, to „osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego”. Do oceny poziomu niesamodzielności możemy używać skali Katza (ADL, *Activities of Daily Living*). Jest ona elementem oceny geriatrycznej, obejmującej ocenę stanu czynnościowego (fizycznego), psychicznego i warunków socjalno-środowiskowych. Skala ta opisuje podstawowe czynności życiowe pacjenta: zdolność utrzymania higieny, samodzielne ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, podstawową mobilność/przemieszczanie się, kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych (funkcji zwieraczy), spożywanie samodzielne posiłków. W projekcie wzięty udział głównie osoby ze znacznym i umiarkowanym stopniem upośledzenia sprawności, w podeszłym wieku, z towarzyszącymi schorzeniami, jak np. z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi (choroba Alzheimera i inne postacie otępienia), zaburzeniami równowagi, dysfunkcjami ruchowymi, stanami po udarach mózgu, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca, POChP, zaburzeniami widzenia i słyszenia.

Niesamodzielność, niesprawność, niepełnosprawność

Dyskusje i ustalenia terminologiczne dotyczące „niesamodzielności”, „niesprawności”, „niepełnosprawności” trwają od lat i wydają się nie mieć końca. Odpowiedź nie jest prosta ze względu na wieloznaczność i wielopłaszczyznowość tych pojęć. „Niesprawność” (impariment) rozumiana jest jako każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym. Sprawność w opozycji do niesprawności, w odniesieniu do działania człowieka, określana jest jako „zdolność do wykonywania określonych czynności” i dotyczy zarówno ciała, jak i umysłu. Niesprawność, niesamodzielność najłatwiej wyjaśnić w opozycji do samodzielności. Samodzielność to „swoista dyspozycja osoby do kierowania własnym postępowaniem”. Rozpatrywana może być jako postawa życiowa, nierozzerwalnie związana z autonomią, niezależnością i samostanowieniem, ale także jako potrzeba psychiczna, „niejako naturalna tendencja człowieczego dążenia do wolności, a jednocześnie wyraz tej wolności”. Samodzielność rozumiana jest także jako forma aktywności, która przejawia się

w niezależności myślenia, działania, samoobsługi, zaspokajania potrzeb. „Niesamodzielność” jest więc kategorią wielowymiarową i wiąże się z różnymi problemami osób znajdujących się w sytuacji choroby, niepełnosprawności, ale też innych kryzysów. Niesamodzielność powoduje konieczność korzystania z pomocy innych, a prowadzone działania rehabilitacyjne, terapeutyczne, pielęgnacyjne, opiekuńcze, nierzadko umożliwiają osobie niesamodzielnej doświadczanie siebie i świata. Przez niesamodzielność można rozumieć niemożność samodzielnego wykonywania codziennych czynności i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich. Należy traktować ją jako niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodującej konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy. Niesamodzielność może wynikać z uszkodzeń organizmu, stanów chorobowych czy starczej niewydolności organizmu. Pojęcie to jest często używane dla określenia trudności, które ujawniają się w okresie starości. Częstotliwość występowania niesamodzielności jest wyższa wśród osób po 80. roku życia, niż u osób młodszych. Najczęściej potrzebują one pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających siły i sprawności fizycznej, takich jak: przynoszenie zakupów, sprzątanie mieszkania, przygotowanie posiłków, dalsze wyjścia z domu. Konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu podstawowych potrzeb jest skorelowana z wiekiem. Najszerze znaczenie ze wszystkich trzech omawianych terminów ma pojęcie „niepełnosprawność”. W Polsce obowiązuje definicja, która „niepełnosprawność” ujmuje jako trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Za osobę niepełnosprawną uznaje się zaś taką, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi. Na poziomie biologicznym niepełnosprawność może być przejawem zniesienia, ograniczenia lub zaburzenia funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia organów, narządów. Na poziomie jednostkowym to ograniczenie aktywności, a na poziomie społecznym – ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym. Niepełnosprawność jest wielowymiarowym zjawiskiem wzajemnych relacji między czynnikami zdrowotnymi (choroby, urazy, zaburzenia), środowiskowymi (m.in. prawo, polityka społeczna, architektura) i jednostkowymi (m.in. wiek, płeć, poziom wykształcenia, cechy osobowościowe). W praktyce stosuje się także pojęcie niepełnosprawności prawnej, związanej z uzyskaniem przez daną osobę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Jednak nie wszystkie osoby niepełnosprawne występują z wnioskiem o ustalenie jej stopnia i funkcjonują jako osoby z niepełnosprawnością biologiczną. Dla uproszczenia, można przyjąć, że pojęcie „niepełnosprawność”, ujmowane szeroko, zawiera w sobie także terminy „niesprawność” i „niesamodzielność”. Warto dodać, że na odbiór i przeżywanie niepełnosprawności/niesprawności/niesamodzielności wpływa wiele czynników, m.in.: zakres i sposób uszkodzenia struktury i/lub funkcji, subiektywny odbiór niepełnosprawności, jej skutków, oddziaływania ochrony zdrowia, pomocy społecznej i systemu orzecznictwa.

Niepełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania

Niepełnosprawne osoby starsze stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. Są to zarówno osoby z niepełnosprawnością wrodzo-

ną lub nabytą we wcześniejszych fazach życia, jak i te, które stały się niepełnosprawne w okresie późnej dorosłości, na skutek ujawnienia się z wiekiem różnych schorzeń prowadzących do obniżenia lub braku sprawności. Pierwsza grupa to osoby, które weszły w fazę starości już przystosowane do niepełnosprawności, która była obecna w ich życiu od urodzenia. Problemem mogą tu być następstwa procesu starzenia się nakładające się na trudności wynikające z wcześniejszych dysfunkcji. Natomiast wśród osób z niepełnosprawnością nabytą w późnym wieku problemy nakładają się na skutki starzenia się, np. utratę małżonka, zaprzestanie pracy zawodowej, utratę pozycji społecznej i z tego powodu są odczuwane bardziej dotkliwie. Między starzeniem się a niepełnosprawnością dochodzi do wzajemnych interakcji i intensyfikacji strat. Subpopulacje osób niepełnosprawnych starzeją się szybciej niż całościowa ludność Polski. Zgodnie z dowiedzioną zależnością, powszechność występowania niepełnosprawności w starszym wieku będzie wzrastać w miarę postępowania procesu starzenia się społeczeństwa, a potrzeby powiększającej się grupy niepełnosprawnych seniorów będą wywierać na nie coraz większy nacisk.

Częstą przyczyną niesamodzielności/niesprawności/niepełnosprawności w okresie starości są tzw. zespoły geriatryczne. Definiuje się je jako „pogarszającą zdrowie/zwiększającą chorobowość starych osób konstelację objawów i oznak, wynikających często z nieznanymi jeszcze interakcji szeregu chorób i wieku”. Do wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się:

1. **Zaburzenia zwieraczy – nietrzymanie moczu i stolca.** Nietrzymanie moczu polega na bezwiednym, niekontrolowanym oddawaniu moczu i jest najczęściej skutkiem fizjologicznych zmian, wad w układzie moczowym lub następstwem różnych chorób. Możliwe jest współwystępowanie wielu przyczyn tego zjawiska. Jest to dominujący problem starszych kobiet (stanowią 85% osób nietrzymających moczu), który może towarzyszyć obniżeniu narządów rodnych (pochwy i macicy). W Polsce ponad 4 mln osób cierpi z tego powodu. Nietrzymanie stolca, czyli niemożność utrzymania zawartości jelit i wydostawania się treści kałowych bez kontroli, występuje nieco rzadziej. Jest to często zaburzenie odwracalne. Stanowi jedną z przyczyn powstawania odleżyn lub trudności w ich gojeniu. Zaburzenia zwieraczy powodują problemy z utrzymaniem higieny, są też często przyczyną innych zaburzeń, np. infekcji, odleżyn, zaburzeń snu. Zaburzenia zwieraczy to problem zarówno medyczny, jak i społeczny, prowadzący do zaniechania kontaktów społecznych, zaprzestania wychodzenia z domu czy ekonomiczny;
2. **Zaburzenia otępienne** – otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są także wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a niekiedy je poprzedza, zmniejszenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi i społecznymi, zachowaniem i motywacją. Otępienie powoduje znaczący spadek funkcji intelektualnych i zwykle wpływa na podstawowe aktywności życiowe: jedzenie, ubieranie się, wydalanie, higienę osobistą. Chorzy z otępieniem tracą nie tylko pamięć i sprawność funkcjonowania, ale najczęściej także autonomię.

W Polsce co dziesiąta osoba po 65. roku życia, tj. około 500 tys. osób, cierpi na różne formy otępienia. Do najczęściej występujących zespołów otępiennych zalicza się: chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona i demencję typu miażdżycowego. Choroba Alzheimera stanowi ponad połowę wszystkich chorób otępiennych zdiagnozowanych w populacji osób starych. W większości przypadków rozpoczyna się po 60. roku życia i ma w początkowym stadium obraz utajony. Postępujący proces otępienia może trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat i przebiega w kilku stadiach. Zazwyczaj prowadzi do całkowitej utraty samodzielności, a w końcu do śmierci. Statystycznie częściej zapadają na nią kobiety. Choroba Alzheimera polega na zaburzeniach czynności części mózgu, które są odpowiedzialne za funkcje poznawcze. Jej główne objawy to: utrata zdolności poznawczych – zaburzenia funkcji pamięciowych, upośledzenie zdolności do uczenia się nowych informacji lub przypominania zapamiętanych wcześniej; afazja – problemy z artykulacją mowy; apraksja – niezdolność do wykonywania złożonych czynności ruchowych mimo zachowanych funkcji motorycznych; agnozja – niemożność rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów mimo zachowanych funkcji sensorycznych; zaburzenia zdolności myślenia, zaburzenia w zakresie planowania, organizowania, przestrzegania sekwencji, abstrahowania; dezorientacja w czasie i przestrzeni, zaburzony rytm dnia i nocy; postępujące zniedołężnienie, problemy z radzeniem sobie z codziennymi czynnościami, zaburzona dbałość o higienę osobistą, brak kontroli zwieraczy; bezradność, trwanie kontaktu z rzeczywistością; niekiedy zmiany charakterologiczne, agresja, gniew;

3. Depresja – może mieć podłoże organiczne, ale nie musi. Czynnikiem ją wyzwalającym może być także ciężkie przeżycie, np. śmierć współmałżonka. Zmieniająca się sytuacja, zmniejszający się krąg krewnych, znajomych może prowadzić do poczucia osamotnienia, dekomensacji mechanizmów przystosowawczych, a w konsekwencji pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65. roku życia sięga 15–20%, a wśród seniorów korzystających z pomocy medycznej – aż 30%. Wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia się: brak aktywności, bezczynność, izolację związaną przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej; zmianę warunków mieszkaniowych lub miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych; pogorszenie sytuacji materialnej; osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich; utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci); przewlekłe choroby somatyczne; obecność zaburzeń otępiennych. Przyczyny depresji w późnej dorosłości można podzielić na cztery grupy: psychologiczne (etiologia reaktywna); somatyczne (choroby somatyczne, lęki i zmiany naczyniowe); organiczne (zmiany ośrodkowego układu nerwowego); endogenne (nawracające zaburzenia afektywne). Ostre rozgraniczenie tych przyczyn jest najczęściej trudne, a postępowanie lecznicze powinno mieć charakter kompleksowy, niezależnie od etiologii. Objawy w depresji typowej można podzielić na: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zalicza się: obniżenie nastroju – stan smutku, przygnębienia, niekiedy zubożenie, niezdolność do przeżywania radości; osła-

biecie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane zahamowaniem psychoruchowym – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie), niepokój; objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych – zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia; lęk – „wolnoptyńczy”, utrzymujący się niemal stale, wykazujący falujące nasilenie, może osiągać znaczne rozmiary i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie) lub w postaci stanów paniki. Do objawów nieswoistych (wtórnych) zalicza się: depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, w natężeniu: urojenia nihilistyczne, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne; zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie się. Dość częstym zjawiskiem w depresji jest także dysforia, której przejawem są: nastrój gniewu, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji, a nawet podejmowania prób samobójczych. Depresja w wieku podeszłym, bez względu na etiologię, ma swoją specyfikę. Depresyjni seniorzy mają skłonność do lęku, zaburzeń snu i zgłaszania skarg hipochondrycznych. Ponadto mogą pojawić się urojenia depresyjne (poczucie winy, urojenia samooskarżające, urojenia grzeszności i potępienia), a także urojenia ksbne, prześladowcze czy nihilistyczne. Badania wykazują dwukrotnie wyższe ryzyko samobójstw wśród osób z depresją w wieku podeszłym niż w młodszej populacji;

4. Zaburzenia lokomocji i równowagi – szacuje się, że co trzecia osoba starsza przynajmniej raz w roku doświadcza upadku fizycznego, z czego około 10–15% kończy się urazem, który skutkuje trudnościami z przemieszczaniem się. Upadek to niezamierzone przewrócenie się, którego bezpośrednią przyczyną jest nagłe zaburzenie równowagi. Około 2/3 upadków ludzi starszych ma skutki śmiertelne. Badania wykazują, że upadki częściej zdarzają się starszym kobietom niż mężczyznom i częściej mają miejsce w instytucjach opiekuńczych niż w środowisku rodzinnym. Zaburzenia lokomocji i równowagi mogą prowadzić do złamań szyjki kości udowej (w większości u kobiet), czemu sprzyja osteoporoza. Przyczyn należy upatrywać zarówno w inwolucyjnych zmianach w układzie kostno-mięśniowym, mniejszej sprawności fizycznej, ale też we współwystępowaniu innych chorób, np. depresji. Główną przyczyną upadków osób starszych jest jednak mniejsza zdolność szybkiego przystosowania postawy ciała do nowych warunków. Trudności w chodzeniu, wstawaniu z pozycji siedzącej, wchodzeniu i schodzeniu ze schodów, poruszaniu się po nierównych powierzchniach także sprzyjają upadaniu. Osoby starsze wykazujące zaburzenia lokomocji i równowagi wymagają dostosowania do swych potrzeb środowiska zamieszkania – powinny unikać śliskich powierzchni oraz stosować w pomieszczeniach uchwyty, balustrady, poręcze;

5. Upośledzenia wzroku i słuchu – do najczęstszych zaburzeń wzroku spotykanych u osób starszych zalicza się:

zaćmę (kataraktę), czyli utratę przejrzystości soczewki, jaskrę (glaukomę), prowadzącą do nieodwracalnych uszkodzeń nerwu wzrokowego, starcze zwyrodnienie plamki (powodujące stopniowe, postępujące zaburzenia widzenia centralnego), nadwzroczność starczą. Szacuje się, że około 30% 70-latków ma upośledzony wzrok i już ponad połowa 80-latków. Natomiast zaburzenia słuchu przybierają postać prezbioakuzji (starczego przytępienia słuchu) czy nawet głuchoty starczej. Wśród seniorów stwierdza się ponadto zmniejszenie odległości, z jakiej słyszane są dźwięki, pogorszenie zdolności lokalizacji dźwięków oraz słyszenie dodatkowych dźwięków (szumy uszne subiektywne). Procesy starzenia są nieodwracalne i dotyczą wszystkich struktur drogi słuchowej. Upośledzenie wzroku i/lub słuchu w okresie starości istotnie wpływa na społeczne funkcjonowanie seniorów. Cechą charakterystyczną wielkich zespołów geriatrycznych jest przewlekłość, wieloprzyczynowość i trudności w leczeniu. Najczęściej ograniczają one aktywność osób starszych, ich mobilność, aż w końcu powodują stopniową utratę niezależności. Mimo że nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia, to w zdecydowany sposób wpływają na obniżenie jakości życia osób starszych. Należy dodać, że brak autonomii, który może być skutkiem powyższych zaburzeń, zależność od innych osób powodująca przewlekły stres oraz postępująca niesprawność mogą prowadzić do powstawania innych chorób (m.in. choroby wieńcowej) i negatywnie wpływać na przebieg tych, na które zachorowanie nastąpiło wcześniej.

Następstwa niepełnosprawności w starości

Ważnym zagadnieniem dotyczącym niepełnosprawności osób starszych jest sprawność funkcjonalna, czyli sprawność w zakresie podstawowych (funkcjonowanie w mieszkaniu/domu) oraz złożonych (funkcjonowanie w środowisku) czynności życiowych. Przekłada się ona bezpośrednio na samodzielność i niezależność osoby starszej. Składają się na nią czynności związane z poruszaniem się po mieszkaniu/domu, ubieraniem się, jedzeniem, robieniem zakupów, przygotowywaniem posiłków, korzystaniem ze środków komunikacji miejskiej. Niesprawność funkcjonalna może wynikać zarówno z ograniczenia mobilności (niesprawność fizyczna), jak i zaburzeń w sferze psychicznej. Niepełnosprawność w starości cechuje: a) dodatkowe obciążenie (*handicap*) powodujące rozdźwięk pomiędzy stopniem codziennej sprawności a oczekiwaniami seniora; b) osłabienie (*frailty*) powodujące stan podwyższone-

go ryzyka rozwinięcia się niekorzystnych zdrowotnie zjawisk, jak łamliwość kości, osłabienie odporności, słabość psychofizyczna; c) pogorszenie lub niemożność wykonywania pewnych czynności; d) niemożność uczestnictwa w różnych sytuacjach życiowych.

Skutki niepełnosprawności w starszym wieku niosą ze sobą ryzyko uszkodzeń o charakterze fizycznym i umysłowym. Osłabienie fizyczne, które może upośledzać ogólną zdolność motoryczną lub dotyczyć poszczególnych kończyn oraz osłabienie wyższych czynności nerwowych może prowadzić do trudności w poruszaniu się, a także wypełnianiu codziennych zadań życiowych. Wpływa to na ograniczenie możliwości uczestnictwa w życiu społecznym. Ograniczona samodzielność może powodować poczucie utraty autonomii i niezależności, obniżyć prestiż i przybliżyć wizję śmierci. Istotnym doświadczeniem może być także skumulowanie doświadczeń straty, m.in. zdrowia, kondycji, a także bliskich (współmatłonka, krewnych, przyjaciół). Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do izolacji społecznej, samotności, dotkliwego poczucia osamotnienia, a w efekcie obniżenia poziomu jakości życia. Niepełnosprawność i starość to zjawiska, którym nadal towarzyszy stereotypia i dyskryminacja. Jest ona widoczna w wielu sferach życia, zwłaszcza w obszarze ochrony zdrowia, rynku pracy, rynku konsumenckiego i partycypacji społecznej. Jej najczęstsze przejawy to: lekceważenie, agresja słowna, znęcanie się fizyczne i psychiczne, nadopiekuńczość, protekcyjność, zaniechanie, marginalizacja społeczna, odseparowanie, nadużycia finansowe, odmowa przyznania należnych świadczeń. Większość wymienionych zachowań w stosunku do osób starszych wiąże się z gorszym traktowaniem. Jednak nadopiekuńczość jest często trudno dostrzegalna, gdyż różnica między chęcią pomagania a wyręczaniem seniora w wykonywaniu czynności, które może bez trudu i chęci samodzielnie wykonywać, bywa trudna do zauważenia. Gorsze traktowanie osób starszych niekorzystnie wpływa na ich samopoczucie psychofizyczne, obniża jakość życia i niekiedy prowadzi do ulegania tym stereotypom przez samych seniorów i powstawaniu uprzedzeń wobec seniorów (ageizmu). ■

Piśmiennictwo

1. Gutowska A.: (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 2015, 8: 9-33.
2. Halik J.: *Inwalidztwo i niepełnosprawność wśród osób starszych*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1997.
3. Zych A.A., Zych B.M.: *Przekraczając „smugę cienia”*. Szkice z gerontologii i tanatologii, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2013.



Czego potrzebuje osoba niesamodzielną

Niepełnosprawna starość często niesie ze sobą konieczność pomocy i wsparcia. W literaturze przedmiotu wsparcie społeczne odnosi się zwykle do formalnych i nieformalnych związków międzyludzkich.

W takim ujęciu jest to dostępne człowiekowi wsparcie wynikające z jego więzi społecznych z innymi ludźmi, grupami, zbiorowościami. Wsparcie nie jest zatem możliwe bez udziału innych ludzi, a jego efektywność w dużej mierze uzależniona jest od potrzeb i możliwości wspieranego i wspierającego. Dotyczy to zarówno instytucji, profesjonalnych opiekunów wykonujących swoje obowiązki w ramach określonego systemu, jak i opiekunów nieformalnych, najczęściej członków rodziny. Obserwowany wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wobec niesamodzielną seniorów ma uzasadnienie w danych demograficznych oraz zachodzących przemianach społecznych, takich jak: osłabienie więzi rodzinnych, zanik rodziny wielopokoleniowej, niska liczba potomstwa, wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych, osłabienie więzi lokalnych, migracje, marginalizacja, izolacja społeczna, ubóstwo. Obecnie około 30% osób powyżej 65. roku życia wymaga pomocy przy wykonywaniu podstawowych prac domowych i czynnościach samoobsługowych i już około 60% powyżej 80 lat.

W polskiej rzeczywistości podstawową „instytucją opiekuńczą” działającą w celu pomocy/wsparcia osób starszych jest rodzina. W tym głównie pokolenie dzieci – jest najważniejszym źródłem pomocy dla ludzi starych. Rola osób spoza tego kręgu jest nieznaczna i najbardziej widoczna w przypadku wsparcia psychicznego. Potencjał pomocy ze strony przedstawicieli zawodów pomocowych (opiekunka, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny) postrzegany jest przez ludzi starych jako marginalny, co dowodzi, że w przypadku życiowych trudności właściwie nie dostrzegają oni alternatywy dla rodziny. Także inne badania dowodzą, że rodzina jest dla seniorów najbardziej oczekiwanym dostawcą usług opiekuńczych. Na podstawie dostępnych polskich badań, prowadzonych w latach 2003–2004, ich liczbę oszacowano na około 2 mln, z czego większość stanowią kobiety w wieku 50–60 lat. Ujawniono, że najliczniejszą grupę opiekunów osób starszych stanowią ich dzieci (51,1%), zdecydowanie rzadziej małżonkowie (18,2%), synowie i zięciowie (13,4%) oraz wnuki (6,6%). Pozostali członkowie rodziny bardzo rzadko pełnią rolę opiekunów.

Problem opieki rodziny nad niesprawnym, starszym jej członkiem zasygnalizowano również w dokumencie przygotowanym w 2012 r. przez Rządową Radę Ludnościową, w którym zwrócono uwagę na jej coraz bardziej ograniczone możliwości. Potencjał opiekuńczy rodziny w Polsce, rozumiany jako zdolność rodziny do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym członkiem, z przyczyn demograficznych, ekonomicznych i społecznych zmniejsza się. Rodziny stają się mniej liczne, kontakty w rodzinach mniej intensywne, następuje osłabienie więzi, w zasadzie rozpadły się rodziny wielopokoleniowe, zanikają kręgi rodzinne. W Polsce utrzymuje się wciąż bardzo wysoki poziom emigracji zarobkowej, tak wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Liczba osób zobowiązanych i zdolnych do udzielenia opieki z przyczyn demograficznych sukcesywnie będzie się zmniejszać. Potencjał opiekuńczy rodziny zależy od jej wielkości, struktury oraz od statusu społeczno-ekonomicznego. Alternatywą dla nieformalnych usług opiekuńczych są te o charakterze instytucjonalnym – usługi opiekuńcze świadczone w środowisku zamieszkania (finansowane przez Miejskie i Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej lub wybrane organizacje pozarządowe), domy dziennego pobytu, zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej.

Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług przysługuje osobom samotnym, które z racji wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Usługi opiekuńcze mogą też być przyznane osobom mieszkającym w rodzinie, w przypadku gdy rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Dom pomocy społecznej jest formą pomocy oferowaną w sytuacjach, gdy inny rodzaj wsparcia nie może być zapewniony lub jest niewystarczający w stosunku do potrzeb danej osoby.

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne według standardu obowiązującego dla każdego typu domu. W obecnych warunkach konieczne wydaje się opracowanie i wdrożenie takiego modelu wsparcia osób w podeszłym wieku, który byłby skuteczny i nadążałby za dynamicznie następującymi zmianami. Obie formy wsparcia: instytucjonalna i pozainstytucjonalna muszą być komplementarne i nie ograniczać się do fragmentarycznych oddziaływań w wybranych obszarach, resortach, systemach. Instytucjonalne formy pomocy osobom w podeszłym wieku nadal nie są dostępne dla wszystkich chętnych – czas oczekiwania na miejsce w placówce wynosi od kilku miesięcy do nawet kilku lat. Widoczne są niedostatki w tym zakresie. Brakuje także działań wspierających system rodzinny. Pamiętając o tym, że to nadal rodzina jest główną „instytucją opiekuńczą”, należy stworzyć jej odpowiednie warunki do realizacji funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Wsparcie rodziny, opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad niesamodzielnym seniorem wydaje się tak samo ważne jak bezpośrednie udzielanie pomocy tej osobie. Ważny w tym udział powinni mieć opiekunowie formalni, którzy wzmocniliby obecne w kulturze polskiego społeczeństwa tradycje opieki wielopokoleniowej i opieki domowej, dając konkretne narzędzia opieki wyręczającej dla opiekunów rodzinnych. ■

Piśmiennictwo:

1. Błędowski P. (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior*, Warszawa 2011.
2. Hryniewicz J. (red.): *O sytuacji ludzi starszych. Rządowa Rada Ludnościowa*, Warszawa 2012.
3. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.): *Przewlekłe chory w domu. Fundacja Lubię Pomagać*, Gdańsk 2012.

Jaki powinien być opiekun?

„Każdy z opiekunów powinien być ambasadorem chorego”

Opiekun/-ka osób starszych powinna/-ien posiadać szereg cech, które ułatwią jej/jemu codzienną współpracę z osobą niesamodzielną. Podstawą jest zdrowie oraz dobra kondycja fizyczna, opiekun każdego dnia podejmuje się wykonania szeregu czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, które wymagają sprawności. Niezwykle ważne jest, aby opiekun był osobą cierpliwą, tolerancyjną, wrażliwą, gotową do pomocy, ale nie wyręczającą we wszystkich czynnościach podopiecznego. Wyznanie, wygląd, poglądy polityczne podopiecznego mogą się różnić od poglądów opiekuna, mimo to powinien je szanować. Pracę opiekuna, trzeba wykonywać na 100 procent. Jest ona angażująca – wymaga pełnej odpowiedzialności i skupienia.

„Opiekun powinien być świetnym organizatorem czasu, potrafić gotować oraz utrzymywać porządek w domu. Seniorzy to często osoby, które chorują, w związku z tym opiekun powinien posiadać podstawową wiedzę na temat chorób i dolegliwości charakterystycznych dla wieku podeszłego. Bardzo ważnymi cechami są również serdeczność, troska, staranność. Optymizm sprawia, że senior szybciej obdarzy opiekuna zaufaniem, a ich relacja stanie się bliższa. Osoby, które myślą o roli opiekuna powinny być również elastyczne i umieć zachować się w różnych sytuacjach. Kluczowa jest empatia – czyli umiejętność współodczuwania i rozumienia drugiego człowieka”.

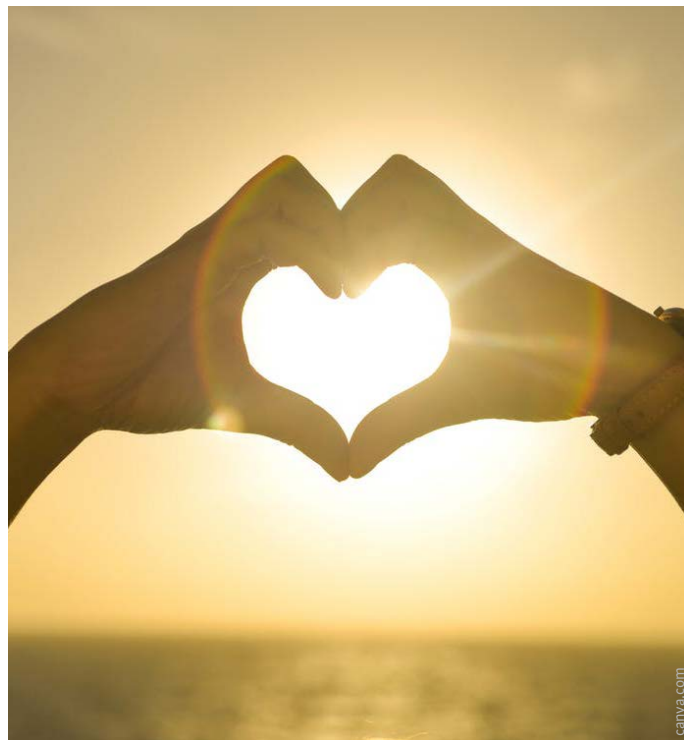
Jakie cechy powinien mieć opiekun?

Opiekun powinien posiadać:

- rzetelną wiedzę na temat podopiecznego niesamodzielnego, jego możliwości i ograniczeń, chorób, ze szczególnym uwzględnieniem tych związanych z wiekiem,
- umiejętność obserwacji podopiecznego niesamodzielnego i odpowiedniego reagowania,
- mieć rozwinięte zdolności w zakresie komunikacji, porozumiewania się,
- posiadać umiejętności zaspokajania w sposób bezpieczny dla siebie i podopiecznego jego podstawowych potrzeb życiowych, w tym wykonywania zabiegów opiekuńczo-higienicznych, usprawniających, zapobiegających skutkom długotrwałego unieruchomienia, umożliwiających podjęcie ratowania życia w sytuacjach grożących jego utracie,
- być odpowiedzialny i postępować etycznie.

Opiekuna powinny cechować: kompetencje poznawcze, umiejętności/sprawności praktyczne, zdolność poszukiwania, tworzenia, dostarczania przedmiotów potrzebnych podopiecznemu, kompetencje ponoszenia kompensacyjnej odpowiedzialności za podopiecznego.

Jeśli chodzi o cechy osobowości, opiekun powinien lubić ludzi, szczególnie starszych, niedołączonych, powinna go charaktery-



zować wysoka empatia, opiekuńczość, wyrozumiałość, przychylność, życzliwość, tolerancja, zaangażowanie, respektowanie praw i indywidualności podopiecznego, dobroć, kultura osobista, cierpliwość, taktowność, autentyczna skłonność do pomagania i dawania oparcia, odwaga, sprawiedliwość. Ważnymi cechami są: łatwość nawiązywania kontaktów, troskliwość czy też wrażliwość (inteligencja społeczna i emocjonalna). Rozpoznawanie uczuć i potrzeb podopiecznego i umiejętność reagowania jest ważną i wysoko cenioną umiejętnością, gdyż podmiotowe podejście do innych jest nieodzowne. Jednocześnie od opiekuna oczekuje się asertywnego, pełnego tolerancji, szacunku i dyskrecji traktowania innych osób. Jest to możliwe przy dobrym wglądzie we własne uczucia i rzetelną pracę nad własnymi problemami. Jeśli człowiek jest wymagający wobec siebie, a jednocześnie umie siebie samego kochać i szanować, przebaczać sobie i pozwalać na pomyłki, z dużym prawdopodobieństwem tak będzie również traktował innych otaczających go ludzi. Mając jednak na uwadze ogromne obciążenie psychiczne i fizyczne, które wiąże się z pełnieniem roli opiekuna, aby zapobiec wypaleniu i uniknąć zachowań agresywnych, należy dbać o jego dobrostan psychiczny i fizyczny. Powinien otrzymywać wielopłaszczyznowe wsparcie, m.in. korzystać ze szkoleń motywacyjnych, specjalistycznych oraz superwizji ze strony np. psychologa. ■

Piśmiennictwo:

1. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.): Przewlekle chore w domu. Fundacja Lubią Pomagać, Gdańsk 2012.



Opieka dzienna – nadzieją dla opiekunów nieformalnych/domowych

Według szacunkowych danych, w Polsce możemy mówić o milionach opiekunów nieformalnych/faktycznych/rodziny, jest ich co najmniej tyle samo, co osób niesamodzielnych, wymagających stałej opieki.

Opiekunowie nieformalni są ważni nie tylko dla swoich bliskich, ale także dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, bowiem uzupełniają działania zawodowych opiekunów. Jednak narażeni są na zmęczenie i wypalenie, brakuje im odpoczynku, wsparcia informacyjnego, finansowego i medycznego, a także opieki wyręczającej. Wielu z nich musi dzielić czas między opieką nad bliskim a obowiązkami zawodowymi. Rzadko mówi się o ich prawie do pomocy i wypoczynku, o tym, że potrzebują różnych form wsparcia, w tym również wsparcia instytucjonalnego. Nie otrzymują wynagrodzenia za swoją pracę. Często brakuje im przygotowania do prowadzonej działalności opiekuńczej.

Opiekunowie rodzinni są w lokalnej praktyce działań „niewidocznymi podmiotami”, tzn. system publiczny reaguje na ich brak lub skrajną niewydolność. Sama praca opiekuńcza krewnego, przyjaciela i sąsiada jest niedostrzegana. Niedostrzegany jest ogromny trud opiekuna wkładany w reorganizację życia codziennego i restrukturyzację całego gospodarstwa domowego, wymuszone podjęciem opieki. Orientacja rodzinna nie jest podejściem, które wyznaczało (i wyznacza) strategię działań lub uruchamiało (uruchamia) interwencje w środowisku lokalnym. Raczej mitologizuje się możliwości opiekuńcze współczesnych rodzin (tak, jakby ich nie dotyczyły zmiany społeczno-demograficzne), a sieci krewniacze nadal były gęste, zwarte terytorialnie, więzi między członkami rodu i rodziny oparte na silnych normach. Tymczasem w świetle wyników badań PolSenior rodzina udziela pomocy około 93% polskich seniorów, zaś pomoc społeczna – 4%. Oznacza to, że trud opiekunów rodzinnych – owej „nieopłacanej siły roboczej”, pozwala na uniknięcie ogromu

zadań, które musiałoby być wykonane przez podmioty w innych sektorach (przede wszystkim w sektorze publicznym).

Jaki ma być polski model opieki nad osobami niesamodzielnymi? Dziś wydaje się, że droga do kompleksowych rozwiązań systemowych się zmienia, ale jest jeszcze wciąż bardzo daleka. Wydaje się, że rekomendowane powinny być dzienne formy opieki.

W opinii Stowarzyszenia Opiekunów Osób Niepełnosprawnych „STOP Wykluczeniom” tworzenie oddziałów opieki długoterminowej przy szpitalach to dobre rozwiązanie. Opieka nad osobami niesamodzielnymi powinna być sprawowana przez rodzinę czy osoby bliskie, a w razie, gdyby wymagał tego stan chorego, powinna być uzupełniana przez przyszpitalne oddziały opieki długoterminowej. Ważne, by powstawały one blisko miejsca zamieszkania osób niesamodzielnymi – to poprawiałoby ich komfort psychiczny i byłoby korzystne dla rodziny, mogącej częściej odwiedzać chorego. Byłoby to również ważne ze względu na znajomość chorego i historii jego choroby przez lekarzy i personel medyczny. Jedną z form wsparcia jest opieka przyszpitalna. Stowarzyszenie widzi większy sens merytoryczny i finansowy w rozwijaniu przyszpitalnych oddziałów opieki długoterminowej, wspierających opiekę sprawowaną przez rodziny osób niesamodzielnymi, niż wydawanie z budżetu państwa miliardów złotych na budowę „od podstaw” jakichś bliżej niezdefiniowanych form opieki. Zaś przewodnicząca Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” podkreśla, że opieka długoterminowa to nie opieka szpitalna. Obecnie jest często tak, że opie-

ka długoterminowa jest w części odpłatna, dlatego wielu osób na nią nie stać, ale według niej szpital nie jest miejscem na opiekę długoterminową. W Polsce opieka długoterminowa nie jest zabezpieczona w sposób wystarczający. Osoby niesamodzielne, często uzależnione np. od respiratora, mają dziesiątki innych potrzeb, których szpital nie zaspokoi. Skazywanie ludzi, którzy wymagają przewlekłej opieki, na pobyt w szpitalu jest dla nich niekorzystne, bo są kompletnie odizolowani społecznie. Osoba niepełnosprawna zasługuje na swoje życie w domu, ale to powoduje ogromne obciążenie dla opiekuna. Nie jest dobrym rozwiązaniem skazywanie osób niesamodzielnych na drogą opiekę szpitalną. Kto zatem zaspokoi potrzebę przynależności, bliskości osób niesamodzielnych? Opiekun, którego sytuacja jest nie mniej trudna jak podopiecznego? System ochrony zdrowia i pomocy społecznej, który rozbiega się, nie dając komplementarnej opieki osobom przewlekłe chorym? Należy wspierać opiekunów domowych, ale nie może to iść w tym kierunku, by zamykać osoby niesamodzielne w szpitalach i skazywać osoby przewlekłe chore na całkowite uzależnienie od opiekuna domowego. Człowiek musi mieć równowagę pomiędzy przynależnością i niezależnością. Także forsowanie pozycji opiekuna jako nadrzędnej jest błędne, nieetyczne.

Polityka Ministerstwa Zdrowia w ostatnich latach zmierza do deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form wsparcia/opieki nad osobami niesamodzielnymi w ramach opieki dziennej. Wzmocnienia działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad osobami niesamodzielnymi. Powstają m.in. **dzienne domy opieki medycznej (DDOM)** nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności powyżej 65. roku życia, które prowadzą krótkotrwałą diagnostykę i leczenie pacjentów w starszym wieku, ale bez konieczności całonocnej hospitalizacji. Zadaniem tych placówek jest przywrócenie pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku oraz **wyłączenie** w ciągu dnia opiekuna nieformalnego z opieki nad swoim bliskim. Ważna jest kontynuacja leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, tzw. **usług opiekuńczych**, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. W ramach tych świadczeń pacjent i jego opiekunowie zostają także przygotowani do samoopieki i samodzielnej egzystencji. Kolejną formą opieki i niezwykle istotnym elementem wsparcia ma być tworzenie możliwości odpoczynku dla opiekuna nieformalnego, dzięki finansowaniu **opieki wytchnieniowej** nad jego podopiecznym, bliskim członkiem rodziny. Zadanie to może być też realizowane w zakresie nauki pielęgnacji, rehabilitacji i dietyki. Taka troska o opiekunów rodzinnych/nieformalnych jest konkretnym i wymiernym wsparciem dla rodzin osób przewlekłe chorych i starszych. Osoby niesamodzielne, w tym w szczególności z niepełnosprawnościami, to grupa o zróżnicowanych potrzebach, która wymaga pomocy na wielu płaszczyznach. Ta pomoc musi być wszechstronna, ale też zindywidualizowana, w zależności od rodzaju niepełnosprawności. Ważnym elementem pomocy jest udzielanie wsparcia opiekunom osób niesamodzielnych, by tę chwilę wytchnienia mieli dla siebie. Po pierwsze, by odpocząć, po drugie – by mieć czas na załatwienie różnych życiowych czy administracyjnych spraw. Chodzi też o to, żeby mieli np. możliwość skorzystania z bezpiecznej fachowej opieki. Opieka wytchnieniowa może być świadczona w domu, jak również realizowana np. w ośrodku wsparcia dziennego czy domach pomocy społecznej.

W ramach opieki dziennej Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych (MCO) w Krakowie prowadzi dwie tego typu placówki: jedną, realizującą usługi zdrowotne w formie Dziennego Domu Opieki Medycznej, oraz drugą, oferującą usługi społeczne, będącą przedmiotem zainteresowania tego artykułu, pod nazwą – **Dzienna Placówka Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych**. Placówka specjalizuje się w opiece nad: osobami starszymi po udarach mózgu, które mają dysfunkcje ruchowe, osobami cierpiącymi na chorobę Alzheimera i inne postacie otępienia. Jednorazowo w przebywa w niej 12 podopiecznych. Czas pobytu podopiecznego w jednostce jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny. Placówka oferuje usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne i aktywizująco-usprawniające. Ponadto opiekunom osób niesamodzielnych oferowane są usługi wspomagające polegające na udzielaniu informacji, edukacji, wsparciu i poradnictwie, zarówno dla uczestników, jak i ich rodzin. Personel placówki stanowią: pielęgniarka – kierownik zespołu terapeutycznego, 3 fizjoterapeutów, pielęgniarka, 2 opiekunów, 2 terapeutów zajęciowych, psycholog i dietyki. Placówka funkcjonuje we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin (opiekunów faktycznych). Podopiecznym zapewnia się wyżywienie (śniadanie, obiad i napoje) oraz bezpłatny transport.

Centrum Wsparcia Opiekunów przy MCO jest przykładem oferowania dobrych praktyk – tworzenia świata rozumiejącego potrzeby osób niesamodzielnych i ich opiekunów oraz **próbą zmiany kultury opieki**. W okresie od 1 lipca 2019 roku do 31 marca 2021 r. objęto wsparciem 500 osób, w różnych formach. W tym ponad 160 opiekunów nieformalnych skorzystało ze wsparcia szkoleniowego, ponad 50 rodzin objęto usługą doradczą w postaci menadżera opieki, w prowadzonych grupach wsparcia wzięło udział prawie 90 osób, a ponad 180 osób skorzystało z usług uruchomionej w ramach projektu wypożyczalni. Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych objęła opieką ponad 40 osób.

Przed MCO kolejne wyzwanie, nowy projekt, którego celem będzie m.in. zaoferowanie dla opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych usługi – opieki „wytchnieniowej/odciążeniowej/zastępczej”. Polegać ona będzie na czasowym całonocnym przebywaniu osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką w przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez jej opiekuna nieformalnego lub potrzeby odpoczynku opiekuna. Odciążenie opiekuna w codziennych obowiązkach, umożliwienie mu czasowego wytchnienia od sprawowania opieki, poprzez zorganizowanie podopiecznemu całonocnej opieki, znacząco poprawi jego sytuację, niwelując ryzyko jego wykluczenia społecznego. Głównym celem usług wytchnieniowych jest zapewnienie osobie niesamodzielnej opieki i nadzoru, dających opiekunowi tzw. „urlop od opieki” w razie potrzeby odpoczynku czy też okresowej niemożności sprawowania pieczy. Jest to rozwiązanie dedykowane tym opiekunom, którzy z różnych przyczyn nie mogą zająć się bliską osobą lub które są zmuszone wyjechać na jakiś czas i nie mogą zostawić bliskiej osoby bez opieki. ■

Piśmiennictwo:

1. Ractaw M. (Nie) czekając na starość. Wyzwania dla polityki społecznej w obliczu demograficznych przemian. Małopolski Kongres Polityki Społecznej 15 i 16 listopada 2012, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

Wiedza łagodzi lęk opiekuna nieformalnego w opiece nad bliskim niesamodzielnym

Opiekunowie rodzinni powinni korzystać z różnorodnych systemów szkoleń i świadczeń, m.in. z kursów opieki zdrowotnej, zachęcających do społecznego zaangażowania rodzin i przyjaciół w ochronę zdrowia i pielęgnację w celu poprawy świadczonej opieki i wsparcia bliskiej osoby i jednocześnie zminimalizowania obciążenia fizycznego i emocjonalnego opiekunów nieformalnych.

Opiekunowie często nie wiedzą, jak zajmować się bliskimi. Potrzebują informacji, umiejętności praktycznych, jak komunikować się z osobą chorą; jak reagować na jej zachowania; jak pielęgnować osobę przewlekle, obłożnie chorą w domu, zadbać o jej komfort; jak wspierać podopiecznego emocjonalnie i jak być dobrym opiekunem, a przy tym zadbać o siebie, swoje zdrowie i emocje. Zmęczony opiekun nie jest dobrym opiekunem. Ma prawo do pomocy i odpoczynku. Opiekun bywa nazywany pacjentem drugiego rzutu. Zaczyna chorować, kiedy umiera jego podopieczny. Trafia do szpitala, bo odzywają się dotychczas lekceważone dolegliwości. Opiekunów rodzinnych dotyka wypalenie. Wywołuje je brak pomocy w pielęgnacji podopiecznego, wsparcia emocjonalnego oraz długotrwałe zmęczenie. Czasami rodzina potrafi się zmobilizować i podzielić obowiązkami. Czasami pomagają bliskie osoby z sąsiedztwa, osiedla, parafii czy innej społeczności. Jednak im dłużej jest potrzebna opieka, tym trudniej o pomoc. Zwykle pozostaje jedna osoba, która ten ciężar przejmuje. Nikt nie pyta jej, jakiej potrzebuje pomocy i w jakiej formie. Próbuje szukać jej w różnych instytucjach, często bez skutku. A jeśli otrzyma, to zbyt małą. Czasami nie wie, o co się ubiegać. Dlatego też ważne jest dostarczenie informacji w czasie szkoleń, jak zorganizować opiekę domową, jakie przystępują formy wsparcia finansowego dla podopiecznego i opiekuna, jakie są warunki ubiegania się o pomoc finansową.

Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki w ramach wsparcia edukacyjno-doradczego opiekunów nieformalnych, realizuje Szkolenia opiekuńcze: indywidualne –



alne – prowadzone przez pielęgniarkę i fizjoterapeutę, w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną (np. w domu osoby niesamodzielnej lub jej opiekuna); grupowe – dwudniowe spotkania dla opiekunów, prowadzone w niewielkich grupach przez: psychologa, pielęgniarkę i fizjoterapeutę. Szkolenia obejmują między innymi następujące zagadnienia: komunikowanie się z chorym, czynności pielęgnacyjno-higieniczne u chorego leżącego, pomoc choremu przy chodzeniu, przemieszczanie i sadzanie chorych, zasady profilaktyki powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem (w tym odleżyn, przykurczów itp.). W ciągu niemal 2 lat projektu zrealizowano 91 szkoleń indywidualnych; w ramach 8 zorganizowanych szkoleń grupowych przeszkolono 71 osób, łącznie wsparciem szkoleniowym objęto 162 osoby.

Centrum Wsparcia Opiekunów nie ustaje w realizacji działań edukacyjnych. Będą kontynuowane także w nowym projekcie, którego realizacja rozpocznie się już w lipcu bieżącego roku. Przewidziano realizację cyklicznych szkoleń mających na celu zwiększenie kompetencji opiekuńczych opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych. Zaplanowano szkolenia indywidualne w formie mobilnej (niestacjonarnej), realizowane w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną. Tematyka szkoleń: od podstawowej opieki nad osobą niesamodzielną (np. opieka nad osobą leżącą – zasady przemieszczania, zmiany pościeli, mycie, dobieranie materiałów chłonnych czy udzielanie pierwszej pomocy, profilaktyka przeciwoleżynowa), po szczegółowe zagadnienia z dziedziny konkretnych chorób, o których wiedzy brakuje nawet doświadczonym opiekunom. ■

Menadżer opieki formą wsparcia opiekunów nieformalnych

Menadżer opieki posiada wiedzę z zakresu medycznych i społecznych aspektów starzenia się i starości oraz niesamodzielności, zarządzania procesami koordynowanej opieki medycznej, zdrowotnej i społecznej, a także prawa, projektów badawczych i inicjatyw aktywizujących seniorów, osoby niesamodzielne.

Usługa menadżera opieki polega na cyklicznych wizytach personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna). Usługa ta ma charakter **usługi mobilnej**, co oznacza, że realizowana jest w miejscu świadczenia opieki nad podopiecznym (np. w domu osoby niesamodzielnej lub jej opiekuna). Głównym celem wizyt jest zapewnienie opiekunowi wsparcia merytorycznego ułatwiającego realizację opieki **w środowisku domowym**, a także kontrolowanie sytuacji na miejscu, służenie radą, instruktażem oraz informacją. Czas trwania usługi doradztwa ustalany jest **indywidualnie**, wg. potrzeb i stanu zdrowia osoby niesamodzielnej.

W Centrum Wsparcia Opiekunów przy MCO w Krakowie usługi menadżera opieki obejmują wsparcie edukacyjno-doradcze opiekunów nieformalnych. Usługi świadczy interdyscyplinarny zespół składający się z: lekarza, 2 pielęgniarek, psychologa, 2 fizjoterapeutów, pracownika socjalnego i 2 opiekunów. Głównym celem usług doradztwa indywidualnego dla opiekunów, jest zapewnienie wsparcia merytorycznego ułatwiającego realizację opieki w środowisku domowym, a także kontrolowanie sytuacji na miejscu, służenie radą, instruktażem, informacją. Z opiekunem uzgadniane są indywidualnie terminy poszczególnych wizyt. Pierwsza wizyta ma charakter wizyty diagnostycznej. Następnie sporządzany jest indywidualny plan pomocy i wsparcia. W okresie jednego miesiąca wsparcie dla jednego opiekuna może objąć: 2 wizyty lekarskie, 4 wizyty pielęgniarki, 2 wizyty psychologa, 4 wizyty fizjoterapeuty, 1 wizytę pracownika socjalnego i 4 wizyty opiekuna. Czas trwania usługi doradztwa ustalany jest indywidualnie, wg. potrzeb i stanu zdrowia podopiecznego. Osoby korzystające z ww. usługi mogą bezpłatnie wypożyczyć sprzęt pomagający w sprawowaniu opieki nad osobą niesamodzielną: ślizgi, pasy, rotory i deski do przenoszenia. W okresie pandemii COVID-19 istnieje możliwość realizacji usług w formie konsultacji telefonicznych. Po niespełna 2 latach realizacji projektu wsparciem objętych zostało 53 opiekunów, w tym 44 osoby zakończyły wsparcie. Ta forma opieki także będzie kontynuowana w nowym projekcie, który rozpocznie się już w lipcu bieżącego roku.



W projekcie przewidziano realizację usługi „menadżera opieki”, czyli inaczej usługi doradztwa indywidualnego, która w dalszym ciągu będzie mieć charakter mobilny, co oznacza, że realizowana będzie w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną. Nowa usługa menadżera opieki będzie realizowana przez zespół składający się z: lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna. Personel ten będzie łącznikiem pomiędzy rodziną a różnego rodzaju instytucjami. ■



Rola opiekuna w opiece nad osobą niesamodzielną niedożywioną w podeszłym wieku

Zasadą prawidłowego żywienia jest zapewnienie człowiekowi energii i składników pokarmowych w odpowiednich ilościach zgodnych z zapotrzebowaniem organizmu.

Szkodliwy jest zarówno nadmiar jak i niedobór składników pokarmowych. Nadmiar może przyczynić się do rozwoju chorób takich jak otyłość, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, kamica żółciowa. Niewystarczająca podaż składników odżywczych zawartych w pokarmach może przyczynić się do niedożywienia. Osoby chore lub w podeszłym wieku ze względu na swój stan zdrowia często mają trudności z samodzielnym zrobieniem zakupów, przygotowaniem lub spożywaniem posiłków. Zazwyczaj jest to spowodowane drżeniem rąk, niedowładami, przykurczami mięśni lub ogólnym osłabieniem organizmu, które występują między innymi po przebyciu udaru mózgu, w chorobach neurologicznych czy urazach. Z wiekiem zmniejsza się też siła mięśniowa. W takich przypadkach konieczna jest pomoc opiekuna. Często takie osoby mają problemy z gryzieniem, połykaniem, a nawet samodzielnym jedzeniem. Niezbędna jest wtedy zmiana konsystencji potraw przeznaczonych dla chorego. U osób chorych i starszych należy zwracać szczególną uwagę na wartość odżywczą posiłków, ponieważ ich dieta może być uboga w białko oraz kalorie, a bogata w węglowodany. Należy ocenić sprawność pacjenta w zakresie przyjmowania posiłków i udzielić mu odpowiedniej do jego ograniczeń pomocy. Posiłki powinny być podawane w sposób stymulujący apetyt.

Naturalne metody stymulowania apetytu

W aptece Matki Natury znajduje się też szeroki wachlarz ziół i przypraw, które nie tylko likwidują przykre oznaki pełności, niestrawności, mdłości czy wzdęcia, ale także aktywnie stymulują apetyt. Na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście fenkuł, z którego napar wspomaga trawienie, redukuje gazy, a pity pół godziny przed posiłkiem, wzmacnia apetyt. Liście z limonki lub skórka z niej dodawana do pożywienia pobudza zmysły, podobnie jak papryczki chili, i może w bezpośredni sposób zwalczać jadłowstręt. W ziołolecznictwie ceni się również bardzo wysoko goryczkę żółtą, która aktywnie pobudza wydzielanie śliny, żółci oraz soków żołądkowych, przez co polecana jest zarówno na niestrawność, jak i brak apetytu. Cynamon z kolei wzmacnia wydzielanie soków żołądkowych i poprawia wrażliwość komórek na działanie insuliny, zwłaszcza, gdy pity jest z wodą między posiłkami. Podobne właściwości posiada pieprz czarny, który należy po prostu dodawać bezpośrednio do posiłków. Jeszcze efektywniej działa kalendar, która również łagodzi dolegliwości żołądkowe, wzmacnia apetyt. Mniej znany w Polsce, ale bardzo skuteczny w walce z utratą apetytu jest także kminek koptijski. Jak zwykle, godna polecenia jest również aromatoterapia, która bez żadnych

skutków ubocznych jest w stanie oddziaływać na nasze zmysły, samopoczucie, mózg i gospodarkę hormonalną, pomagając odzyskać chęć do jedzenia. Działanie stymulujące apetyt przypisuje się zwłaszcza olejkom z mandarynki, bergamotki, mięty – wystarczy wykorzystywać je w kominku aromatycznym lub klasycznej inhalacji, masażu czy kąpeli.

Wskazówki żywieniowe dla chorego leżącego

Zaleca się 4–5 posiłków dziennie, najlepiej o stałych porach, kolacja nie później niż o 19.00.

Potrawy powinny być ciepłe, ale niegorące, o konsystencji płynnej lub półpłynnej. Wszystkie składniki muszą być miękkie, dobrze dogotowane. Warzywa można przyrządzić w postaci purée lub zetrzeć, a mięso zmielić, posiekać lub przygotować pulpety czy klopsy. Warto zwrócić uwagę na naczynia – stosowanie specjalnych naczyń (np. kubki z dzióbkiem). Pod talerz warto podłożyć matę antypoślizgową, aby nie przesunął się po tacy czy stoliku. Posiłki powinny być lekkostrawne i odpowiednio zbilansowane pod względem składników budulcowych (woda, białko), energetycznych (tłuszcze, węglowodany), witamin i minerałów.

Należy ograniczać cukier i sól, która zatrzymuje wodę w organizmie, przez co powstają obrzęki. Ważne jest nawadnianie organizmu. Zwykle zaleca się picie ok 2.5 l płynów w postaci soków, kompotów, zup, wody niegazowanej. Zapotrzebowanie chorego leżącego na płyny zależy od jego aktywności fizycznej, ale także od temperatury i wilgotności pomieszczenia, w którym przebywa. Jeżeli chory ma trudności w postęgowaniu się nożem i widelcem, należy tak przygotowywać potrawy, aby mógł je spożyć łyżką. W zaawansowanych schorzeniach, którym może towarzyszyć drżenie rąk lub niedowłady kończyn, konieczne jest podawanie jedzenia w postaci płynnej lub półpłynnej ze specjalnych pojemników. W wielu przypadkach opiekun musi pomóc choremu, karmiąc go.

Zasady karmienia:

- Ułóż pacjenta w pozycji siedzącej. Nigdy nie należy karmić w pozycji leżącej, gdyż grozi to zakrzepieniem!
- Jeśli pacjent jest w stanie jeść samodzielnie, z niewielką pomocą, nie wyręczaj go, „żeby było szybciej”. Możesz pomóc mu w trzymaniu sztućców i poprowadzić jego rękę tak, by łyżką trafił do ust.
- Jeśli stan pacjenta wymaga, żebyś go nakarmił, rób to tak, żeby nie czuł się traktowany jak małe dziecko. Nakładaj na łyżkę/widelce małe, łatwe do połknięcia porcje.
- Obserwuj, kiedy przeżuwa lub połyka pokarm – jeśli jest taka potrzeba np. występują problemy z gryzieniem i przełykaniem należy rozdrobnić pokarm (forma przecieranki).
- Nie uderzaj sztućcami o zęby – u osób z demencją może to wywołać odruch zaciskania szczęki. Jeśli pacjent nie chce otworzyć ust, lekko dotknij czubkiem łyżki.
- Zachęcaj pacjenta do częstego przyjmowania małych objętościowo posiłków, stymuluj jego codzienną aktywność fizyczną, która przyczynia się do poprawy apetytu i zwiększenia codziennej podaży kalorii.
- Pamiętaj, że leki należy podawać po posiłkach (z wyjątkiem tych, które np. muszą być podawane na czczo), pomaga to uniknąć nudności i niekorzystnego wpływu na apetyt.

Konsekwencje niedożywienia osób starszych

U osób starszych następstwa niedożywienia są bardzo poważne:

1. spadek masy ciała,
2. osłabienie siły mięśniowej i sprawności psychomotorycznej,
3. osłabienie perystaltyki jelit, zaburzenia trawienia i wchłaniania, kolonizacja jelita cienkiego bakteriami,
4. stłuszczenie wątroby,
5. zmniejszenie syntezy białek,
6. zmniejszenie masy trzustki i wydzielania enzymów trawiennych,
7. zanik mięśni oddechowych z pogorszeniem sprawności wentylacyjnej,
8. upośledzenie czynności skurczowej mięśnia sercowego,
9. zwiększone ryzyko osteoporozy,
10. niedokrwistość niedoborowa,
11. gorsza reakcja na leczenie, powikłania pooperacyjne,
12. wydłużony czas leczenia, wzrost kosztów terapii,
13. większe ryzyko powikłań po zabiegach,
14. większe ryzyko zgonu po operacjach,
15. zwiększona męczliwość,
16. zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej,
17. upośledzenie odporności, wzrost częstości zakażeń,
18. upośledzone gojenie ran, odleżyny.

Pomocna opiekunowi w przesiewowej ocenie ryzyka niedożywienia podopiecznego może być skala MNA (ang. Mini Nutritional Assessment, Krótki Kwestionariusz Oceny Stanu Odżywienia). Wyróżnia się trzy typy niedożywienia: marasmus, kwashiorkor i typ mieszany. **W niedożywieniu typu marasmus**, będącym następstwem przewlekłego, niepowikłanego głodzenia, dochodzi do zmniejszenia masy ciała, wskaźników immunologicznych, przy zachowaniu prawidłowych stężeń białek w surowicy. **Niedożywienie typu kwashiorkor** (białkowo-energetyczne) występuje u uprzednio dobrze odżywionych chorych po dużym urazie, operacji, zakażeniu. Charakteryzuje się spadkiem stężenia białek w surowicy, upośledzeniem odporności komórkowej, a w późniejszych stadiach także obrzękami i zaburzeniami elektrolitowymi. Jest ono następstwem nasilonego katabolizmu, któremu nie towarzyszy odpowiednie postępowanie żywieniowe. Wskaźniki antropometryczne pozostają w granicach normy, dlatego łatwo jest przeoczyć jego rozwój. **Niedożywienie mieszane** występuje u przewlekle wyniszczonych chorych (z niedożywieniem typu marasmus), po zabiegu operacyjnym. W typie marasmus wystarcza z reguły żywienie dojelitowe (doustne lub przez zgłębnyk), o tyle w typie kwashiorkor lub mieszanym niezbędne jest całkowite żywienie pozajelitowe. W niedożywieniu najważniejsza jest intensywne leczenie zaburzeń leżących u podłoża jego rozwoju. Polega ono na leczeniu depresji, zakażenia, stanów zapalnych, odstawienia leków wpływających na apetyt/metabolizm, na korekcie zaburzeń metabolicznych i wodno-elektrolitowych. ■

Piśmiennictwo:

1. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Rola opiekuna w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku z biegunką i zaparciami

Biegunka lub inaczej rozwolnienie to jedna z najczęstszych dolegliwości układu pokarmowego u osób starszych. Zmiany, które następują w naszym organizmie z wiekiem, sprawiają, że żołądek i jelita stają się szczególnie wrażliwe.

Jednocześnie należy pamiętać, że przewlekła biegunka u starszej osoby to niepokojący objaw i może doprowadzić do poważnych komplikacji. Niezwykle ważne jest, aby opiekun wiedział, w jaki sposób zaradzić temu objawowi. Jak zatrzymać rozwolnienie u starszej osoby?

Biegunka u starszej osoby – przyczyny

Na początku warto doprecyzować, czym właściwie jest biegunka. Jest to stan, w którym osoba oddaje stolec częściej niż zazwyczaj, powyżej 3 razy na dobę. Dodatkowo kał ma postać płynną, półpłynną lub papkowatą; może mu towarzyszyć przykry zapach oraz zauważalne ślady krwi bądź śluzu. Przyczyny występowania rozwolnienia mogą się z wiekiem zmieniać. U osób dorosłych biegunka występuje najczęściej w przypadku zatrucia pokarmowego (bakteryjnego lub wirusowego). Oczywiście osoby starsze również są narażone na biegunkę spowodowaną tzw. grypą żołądkową, lekami, np. niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, jednak u seniorów ten nieprzyjemny objaw występuje stosunkowo częściej. Powodów może być kilka. Z wiekiem organizm ma większą trudność z trawieniem i tolerancją laktozy oraz cukrów prostych, jest to związane ze zmniejszeniem wydzielania enzymów trawiennych. Warto wtedy pomyśleć o podawaniu podopiecznemu produktów bez laktozy. Obniżenie perystaltyki jelit oraz powikłania cukrzycowe mogą również stanowić przyczynę występowania biegunki u osoby starszej. Biegunka może być: 1. **rzekoma** – częste oddawanie uformowanych stolców o małej objętości, połączone z nagłymi parciem, np. w zespole jelita drażliwego, zapaleniu odbytnicy; 2. **paradoksalna** – częste oddawanie małych porcji płynnego, cuchnącego stolca, wywołane niedrożnością dystalnej części jelita grubego; 3. **biegunka ostra** – trwająca do 2 tygodni; 4. **biegunka przewlekła** – trwająca ponad 2 tygodnie lub nawracająca; 5. **nietrzymanie stolca** – mimowolne, niekontrolowane oddawanie stolca, sporadyczne, np. związane z biegunką lub stałe. **Biegunki osmotyczne** u osób starszych związane są zwykle ze stosowaniem środków przeczyszczających i ich przedawkowaniem, prowadzą do niebezpiecznego odwodnienia; z niedoborem laktazy, z zespołami po resekcji żołądka. Mają nagły początek, przebiegają bez gorączki, nudności, wymiotów i bólów brzucha. **Biegunki zakaźne** wywołane toksynami bakterii w zakażonym pokarmie (woda, ciastko z kremem, sałatka z majonezem). Pojawiają się w kilka godzin lub dni po spożyciu zakażonego pokarmu, przebiegają z wymiotami, bólami brzucha, cuchnącymi stolcami, czasami

krwistymi i gorączką. **Biegunki zakaźne poantybiotykowe** – wywołane przez toksyny *Clostridium difficile*, jako powikłanie leczenia antybiotykiem, np. klindamycyną, cefalosporynami, penicyliną. Towarzyszy im tzw. rzekomobłoniaste zapalenie jelit, przebiegające od łagodnego do ciężkiego z gorączką, bólami brzucha, wodnistymi stolcami. **Biegunki w przebiegu zespołów złego wchłaniania** – wskutek enteropatii glutenowej, w której wdrożenie diety bezglutenowej zwykle przynosi poprawę; zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki – stosuje się podczas posiłków preparaty enzymów trzustkowych. **Biegunka paradoksalna** – u niepełnosprawnych lub unieruchomionych pacjentów w podeszłym wieku, będąca wynikiem przewlekłego zaparcia (zaklinowania mas kałowych w odbytnicy). Jej wystąpieniu sprzyjają niewłaściwe warunki sanitarne, stany majaczeniowe, depresja, zespół otępienny, leki cholinolityczne (przeciwdepresyjne, przeciwhistaminowe, przeciwparkinsonowskie). Leczenie polega na ręcznej ewakuacji mas kałowych. Podawanie leków przeciwbiegunkowych jest błędem. Podstawowym powikłaniem biegunki ostrej jest odwodnienie, połączone z zaburzeniami elektrolitowymi, które może prowadzić do zapaści krążeniowej, wstrząsu hipowolemicznego, zaburzeń rytmu serca, ostrej niewydolności nerek, zaburzeń świadomości, upadków, pogłębienia zaburzeń poznawczych, a nawet śmierci. W biegunce o łagodnym przebiegu wystarczające jest nawodnienie doustne. W razie gwałtownej biegunki o ciężkim przebiegu z wymiotami, konieczne może być dożylnie podawanie płynów o składzie zależnym od aktualnego stężenia sodu i potasu w osoczu chorego.



Dieta przy biegunce osoby starszej

Biegunki u osoby starszej nie należy lekceważyć. Głównym problemem, który pojawi się przy rozwolnieniu, jest odwodnienie. Seniorzy są na nie szczególnie narażeni, a długotrwałe braki w doborze płynów mogą zagrozić życiu. Zawsze warto pilnować ilość przyjmowanej przez podopiecznego wody, a w przypadku występowania przewlekłej biegunki jest to najważniejszy element terapii objawowej. Bez konsultacji z lekarzem opiekun nie może podawać żadnych środków farmakologicznych. W okresie ostrej biegunki odstawia się leki doustne, które nie są niezbędne, leki konieczne zaś w miarę możliwości zastępuje się preparatami parenteralnymi. Leczenie biegunki powinno mieć charakter przyczynowy. W niektórych biegunkach zakaźnych stosuje się antybiotyki, a unika się podawania leków przeciwbiegunkowych. U osób starszych zaleca się leczenie spoczynkowe. W warunkach domowych biegunkę można leczyć także dietą. Układając dietę przy biegunce u starszej osoby, w pierwszej kolejności należy wyeliminować produkty ciężkostrawne. Zazwyczaj przez pierwsze 24 godziny podawane są doustnie jedynie płyny. Wprowadzenie diety lekkostrawnej pomoże nam się zregenerować i przywrócić naturalną mikroflorę przewodu pokarmowego. Przy biegunce nie powinno się spożywać potraw tłustych, wśród produktów zakazanych znajdują się również:

- produkty pełnoziarniste w tym pieczywo, kasze oraz płatki owsiane,
- ostre przyprawy,
- rośliny strączkowe, które mają właściwości gazopędne,
- soki owocowe (w szczególności jabłkowy i pomarańczowy),
- cytrusy,
- napoje gorące.

W jadłospisie osoby starszej cierpiącej na biegunkę powinny się znaleźć:

- gotowane warzywa lub zupy warzywne (z dyni, ziemniaka, marchwi),
 - kleik ryżowy, kasza jęczmienna,
 - owoce (działanie zapierające posiadają w szczególności: czarne jagody, aronia, morele, czarna porzeczka, mus jabłkowy),
 - suchary lub czerstwy jasny chleb,
 - chłodne herbaty (czarna niesłodzona, miętowa, rumiankowa).
- Pamiętajmy, że prawidłowa praca jelit powinna powrócić po 10 dniach, jeżeli problem z rozwolnieniem się przedłuża, należy niezwłocznie udać się do specjalisty.

Zaparcie określa się częstość wypróżnień mniejszą niż 3 tygodniowo, choć często pacjenci często określają zaparciem konieczność nadmiernego parcia na stolec, oddawanie twardego stolca lub uczucie niepełnego wypróżnienia. Tak zwane kryteria rzymskie uwzględniają wszystkie te zaburzenia, definiując przewlekłe zaparcie jako występowanie dwóch lub więcej spośród powyższych objawów, przez co najmniej 12 tygodni (niekoniecznie kolejnych) od ponad 12 miesięcy. Zaparcia są często przyczyną dyskomfortu w jamie brzusznej (uczucie pełności, wzdęcia, pobołowania brzucha, odbijania, bóle głowy, poczucie niesmaku w ustach). U osób starszych prowadzą do pogorszenia jakości życia w postaci upośledzenia oddawania moczu, częstomoczu i nietrzymania moczu wywołanych uciskiem na pęcherz moczowy. Mogą powodować biegunkę

rzekomą i nietrzymanie stolca wskutek uwięźnięcia mas kałowych. W starszym wieku parcie na stolec może wywołać omdlenie, upadek i uraz. Zaparcia zwiększają ryzyko uchyłkowatości i rozwoju raka okrężnicy, kałowego owrzodzenia jelita grubego, niedrożności jelit. Częstość zaparć zwiększa się wraz z wiekiem, szczególnie u kobiet. Wyróżnia się dwa mechanizmy zaparć: wydłużenie pasażu jelitowego i trudności w ewakuacji stolca z odbytnicy.

Jakie są przyczyny zaparć u osób starszych?

Należy pamiętać o tym, że zmniejszenie liczby wypróżnień wraz z wiekiem jest procesem całkowicie normalnym. Nie zawsze będą więc od razu potrzebne środki na zaparcia dla osób starszych, czasem wystarczą drobne zmiany w diecie, aby móc skutecznie rozwiązać problem. Przyjrzyjmy się jednak jakie czynniki mogą wpływać na zaparcia osób starszych ludzi: 1. **choroby** – nowotwór jelita grubego, zapalenie/zwężenie jelita grubego, cukrzyca, mukowiscydoza, niedoczynność tarczycy, choroby układu nerwowego, otyłość; 2. **leki** – uspokajające, przeciwpadaczkowe, NLPZ, leki przeczyszczające używane w nadmiarze; 3. **zła dieta** – spożywanie zbyt małej lub dużej ilości pokarmów, brak błonnika (dieta ubogoresztkowa), przyjmowanie niewystarczającej ilości płynów; 4. **brak ruchu** – długotrwała pozycja leżąca lub siedząca utrudnia pracę przewodu pokarmowego; 5. **stan psychiczny** – stres, depresja, otępienie starcze może zaburzać funkcjonowanie układu pokarmowego.

Jak opiekun może pomóc podopiecznemu z zaparciami?

Zawsze kluczowym jest zdiagnozowanie przyczyny, a w przypadku nawracających zaparć u osób starszych konieczne jest skontaktowanie się z lekarzem, który może zalecić leczenie farmakologiczne. Nie powinien to być pierwszy wybór. Gdy pojawiają się sporadycznie, można spróbować sobie poradzić domowymi sposobami:

- gdy to możliwe zwiększenie aktywności ruchowej,
- zmiana diety na bogatoresztkową (bogatą w błonnik): warzywa, owoce – cytrusy, suszone śliwki, orzechy, gruboziarnisty chleb, gruboziarniste kasze, nasiona, otręby pszenne, musli,
- włączenie do diety probiotyków znajdujących się w jogurtach i kiszonkach,
- zwiększenie ilości spożywanych płynów,
- zachęcanie do stałej pory spożywania posiłków – regularne jedzenie co 3-4 godziny sprzyja prawidłowej pracy układu pokarmowego,
- spożywanie produktów poprawiających przemianę materii, np. suszonych śliwek, gotowanego siemienia lnianego,
- wypijanie szklanki wody przed śniadaniem,
- dbałość o regularne wypróżnienia w warunkach zapewniających intymność i spokój,
- łagodny masaż brzucha wzdłuż przebiegu jelita grubego przez 10 minut przed wstaniem z łóżka. ■

Piśmiennictwo:

1. *Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.*

Rola opiekuna w opiece nad pacjentem z cukrzycą w podeszłym wieku

Cukrzyca to jedna z najczęstszych chorób wieku starczego. Pracujesz jako opiekun osób starszych, przeczytaj jak właściwie opiekować się seniorem chorym na cukrzycę. Co to jest cukrzyca i kto na nią choruje?

Cukrzyca to choroba przewlekła polegająca na zaburzeniu przemiany cukru w organizmie człowieka. Powstaje na skutek niedoboru lub nieprawidłowego działania insuliny (hormonu wydzielanego przez trzustkę), co prowadzi do podwyższenia się poziomu cukru we krwi. Organizm chorego z cukrzycą nie jest w stanie przyswoić cukru dostarczanego mu wraz z pożywieniem.

Wyróżniamy 2 podstawowe typy cukrzycy, są to:

- **Cukrzyca 1 typu** (cukrzyca insulinozależna – związana z koniecznością podawania insuliny w zastrzykach). Spotykana jest zazwyczaj u dzieci i ludzi młodych. Przyczyny jej powstania nie są w pełni poznane.
- **Cukrzyca 2 typu** (cukrzyca insulinoniezależna – nie zawsze wymaga leczenia insuliną, zawsze natomiast konieczna jest zmiana trybu życia). Jest najczęściej występującą formą tej choroby, występuje przede wszystkim u osób starszych. Za główną jej przyczynę uznaje się niezdrowy, siedzący tryb życia czy otyłość. Może być również dziedziczna. Etiopatogeneza obejmuje zmniejszenie wrażliwości tkanek na insulinę (tzw. insulinooporność) i zmniejszone wydzielanie insuliny przez komórki beta wysp trzustkowych. O istnieniu insulinooporności świadczyć może wystąpienie otyłości brzusznej, gdy stosunek wartości stężenia triglicerydów do wartości stężenia frakcji HDL cholesterolu wynosi powyżej 3,5. Sam proces starzenia wpływa na pogorszenie metabolizmu glukozy i zmniejszenie wrażliwości tkanek docelowych na insulinę. Wynika to zjawiska sarkopenii (zmniejszenia masy mięśni) i zwiększenia masy tkanki tłuszczowej, nasilających się w wyniku braku aktywności fizycznej i nadmiaru składników energetycznych w diecie. Ważne znaczenie w pogorszeniu metabolizmu glukozy mogą mieć leki stosowane przez starszych pacjentów z powodu współistniejących chorób (diuretyki tiazydowe, steroidy).

Objawy i powikłania cukrzycy typu 2

Cukrzyca typu 2 rozwija się stopniowo, niemal niezauważalnie i przez wiele lat może pozostać niewykryta i prowadzić do wielu groźnych powikłań. Dlatego ważne jest zwrócenie uwagi na jej objawy. **Głównie są to:**

- nadmierna senność w ciągu dnia;
- nadmierne pragnienie i uczucie suchości w ustach pomimo przyjmowania dużej ilości płynów;
- oddawanie dużej ilości moczu – poliuria, także w nocy;
- ogólne osłabienie;
- szybkie męczenie się;
- częste infekcje (np. układu moczowo-płciowego);

- swędzenie skóry;
- zmiany na skórze, trudne gojenie się ran;
- zwiększony apetyt i spożywanie dużych porcji jedzenia, bez przybierania na wadze, a nawet spadek wagi;
- zmiany nastroju: ospałość, czasami zdenerwowanie i porytowanie;
- zaburzenia widzenia, widzenie nieostre, trudności w czytaniu;
- drętwienie, mrowienie kończyn (głównie dłoni i stóp), osłabienie czucia;
- zaburzenia poznawcze i zespoły otępienne.



Jeśli pracujesz jako opiekun osób starszych i zauważysz u swojego podopiecznego choć kilka z tych objawów, niezwłocznie powiedz o swoich obawach rodzinie seniora. Poliuria skłania osoby starsze do ograniczenia ilości przyjmowanych płynów, co łatwo powoduje odwodnienie i może prowadzić do pogorszenia sprawności fizycznej, funkcji poznawczych, zmniejszenia samodzielności. Wzmoczonej diurezie rzadko towarzyszy wzmoczone pragnienie, wynikające ze zmniejszonej wrażliwości ośrodkowego pragnienia w wieku starszym. Znaczne odwodnienie może prowadzić do wystąpienia tzw. śpiączki hiperosmolarnej – powikłania cukrzycy występującego prawie wyłącznie u osób starszych, poprzedzonego zaburzeniami świadomości – delirium. Występujące u pacjentów z cukrzycą pogorszenie sprawności funkcji poznawczych (zaburzenia pamięci, kłopoty z koncentracją, problemy z liczeniem) w powszechnym przekonaniu jest objawem tzw. otępienia starczego. Zarówno pacjenci jak i ich rodziny niejednokrotnie nie uważają za konieczne szukanie pomocy medycznej w przypadku ich wystąpienia.

Do najważniejszych powikłań cukrzycy należą:

- uszkodzenie układu nerwowego objawiające się np. zaburzeniami czucia, mrowieniem, drętwieniem); uszkodzenia nerek prowadzące do ich niewydolności;
- zaburzenia widzenia, a nawet ślepota;
- zaburzenie ukrwienia i unerwienia stopy, prowadzące do pojawienia się trudno gojących się ran, infekcji, a nawet do martwicy (stopa cukrzycowa);
- choroby serca i naczyń krwionośnych, np. choroba wieńcowa, udary mózgu.

Główne zasady opieki nad seniorem z cukrzycą

Najważniejsze w opiece nad seniorem cierpiącym na cukrzycę jest przestrzeganie zaleceń lekarza dotyczących przyjmowania leków, związanych z dietą i wysiłkiem fizycznym.

LEKI

Wdrożenie leczenia farmakologicznego u starszych pacjentów powinno być poprzedzone obserwacją i leczeniem niefarmakologicznym (dieta, ruch). Jednak chorzy w wieku podeszłym niechętnie zmieniają tryb życia. Dlatego koniecznym może być wprowadzenie farmakoterapii. Dopilnuj by Twój podopieczny regularnie i we właściwych dawkach przyjmował leki zlecone przez lekarza. Powszechnie stosowane są pochodne sulfonilomocznika (glimepiryd, gliklazyd, glipezylid), pochodne biguanidu (metformina), inhibitory alfa-glukozydazy (akarboza). Częstsze współistnienie innych chorób z cukrzycą, zażywanie innych leków, słabsza z wiekiem reakcja kompensacyjna na niedocukrzenia wskazują na dużo większą czujność pacjenta i opiekuna, jeśli chodzi o wystąpienie hipoglikemii w przebiegu leczenia lekami doustnymi. Po zastosowaniu pochodnych sulfonilomocznika istnieje konieczność sprawdzania glikemii śródnocnych, gdyż w tym czasie najczęściej stwierdza się niedocukrzenia u osób starszych. Zastosowanie metforminy wymaga oceny wydolności krążenia, układu oddechowego, nerek (kreatynina <1,4 mg/dl), wątroby, gdyż lek ten przy niewydolności w/w narządów może doprowadzić do groźnej kwasicy i śpiączki. U osób starszych podlega kumulacji i może odpowiadać za niedocukrzenia. Innymi objawami ubocznymi leków doustnych przeciwcukrzy-

cowych są: wzdęcia, biegunki, nudności i wymioty. Leczenie insuliną w typie 2 cukrzycy rozpoczyna się po stwierdzeniu nieskuteczności leków doustnych, decydując się najczęściej na dwa wstrzyknięcia mieszanki insulinowej. Samo podawanie insuliny długodziałającej częściej wiąże się z ryzykiem nocnych hipoglikemii. W przypadku pacjentów przyjmujących doustne leki hipoglikemizujące – należy pamiętać, że leki te w znacznym stopniu wiążą się w surowicy z albuminą. Zatem ich aktywność ograniczona jest tylko do tej części leku, która pozostaje wolna. Dołączenie do leczenia innego leku silnie wiążącego się z albuminą (np. z grupy sulfonamidów lub NLPZ) powoduje wyparcie leku hipoglikemizującego, a zatem potencjalnie silniejszy jego efekt, co doprowadza do hipoglikemii. O tej możliwości należy pamiętać w przypadku NLPZ, gdyż niektóre z nich są dostępne bez recepty, a więc potencjalnie pacjent może samodzielnie dołączyć je do leczenia, np. ibuprofen. Maskami hipoglikemii u osób starszych leczonych z powodu cukrzycy mogą być: obrzęk płuc, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, przejściowe niedokrwienie mózgu, uporczywe zawroty głowy, majaczenie czy ostra psychoza.

DIETA

Dostosuj dietę swojego podopiecznego do zaleceń lekarskich i ściśle ich przestrzegaj. Dieta w cukrzycy typu 2 powinna zawierać przede wszystkim **węglowodany złożone, pochodzące z warzyw oraz z pełnoziarnistych mąk, chlebów, kasz, płatków czy makaronów**. Produkty pełnoziarniste zawierają błonnik, który spowalnia wchłanianie węglowodanów i pomaga utrzymywać stabilny poziom cukru we krwi. Na co dzień najlepiej stosować zasady diety o **niskim indeksie i ładunku glikemicznym**. Dieta w cukrzycy typu 2 zakłada bowiem **ograniczenie węglowodanów prostych i dwucukrów**. Chodzi tu o cukier stołowy (biały), cukier trzcinowy i brązowy, miód, a także: syrop glukozowo-fruktozowy, syrop wysokofruktozowy, glukozę i fruktozę, które występują w słodzonych napojach, sokach, owocowych jogurtach i deserach, słodyczach i wielu gotowych produktach (np. w keczupie, sosach, zupach, wędlinach, płatkach śniadaniowych). W celu dosłodzenia np. domowych wypieków czy kawy można stosować **słodziki (np. ksylitol, erytrytol, stewię)**. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi, stosowanie słodzików w cukrzycy w celu ograniczenia podaży cukrów i łatwiejszego utrzymania diety jest uzasadnione i jak najbardziej dozwolone. Należy pamiętać nie tylko o spożyciu węglowodanów ale także tłuszczu. W tym celu wykluczamy lub znacząco ograniczamy tłuszcze zwierzęce (masło, smalec, słonina), a także tłuste mięsa, skórki drobiowe, pełnotłusty nabiał (np. śmietanę), żółte i pleśniowe sery. Niewskazane są także tłuszcze roślinne z dużym udziałem nasyconych kwasów tłuszczowych (kokosowy, palmowy). Jako źródła tłuszczu zalecane są za to: oliwa z oliwek, olej rzepakowy i lniany, orzechy i pestki, wysokogatunkowe margaryny, siemię lniane, awokado i tłuste ryby. Skoro mowa o tłuszczu nie sposób pominąć kwestię popularnego rodzaju obróbki termicznej, którym jest **smażenie**. Niestety nie jest ono polecane przy cukrzycy, chociaż może być zastąpione przez smażenie niskotłuszczowe i pieczenie (bez obsmażania). Dla zdrowia redukujemy też do minimum (lub najlepiej do zera) spożycie **izomerów trans**, obecnych w twardych margarynach i niektórych rodzajach żywności przetworzonej (np. w pieczywie cukierniczym i gotowych wypiekach, słonych przekąskach, fast foodach, żywno-

ści gotowej). Oczywiście nie każdy produkt należący do tych grup będzie zawierał transy. Żeby to sprawdzić – należy szukać takiej informacji na etykiecie. Pamiętać należy o zmniejszeniu kaloryczności, co jest niezbędne dla normalizacji masy ciała. Jednak wdrożenie znacznych ograniczeń energetycznych przy braku ruchu prowadzi do nasilonego zaniku mięśni i może być przyczyną niesprawności osób starszych.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Obowiązkiem opiekuna osoby starszej z cukrzycą jest motywowanie jej do aktywności ruchowej, której rodzaj i zakres należy dopasować do indywidualnego poziomu sprawności chorego, po konsultacji ze specjalistą (lekarz prowadzący, diabetolog, rehabilitant).

HIGIENA

W opiece nad pacjentem z cukrzycą bardzo ważne jest dbanie o zachowanie higieny, zwracając szczególną uwagę na stopy. Zapobiegaj wszelkiego rodzaju urazom wynikającym z nieprawidłowej higieny, niewłaściwego obuwia lub za ciasnych skarpet. Wszelkie, nawet niewielkie rany mogą prowadzić do wystąpienia groźnych powikłań (np. stopa cukrzycowa).

BADANIA KONTROLNE:

- Na co dzień konieczna jest kontrola stężenia cukru we krwi glukometrem. Jeżeli pacjent wykonuje badanie sam – regularnie mu o nim przypominaj i dopilnuj by odnotował wynik w dzienniczku samokontroli. Raz na kilka tygodni powinno wykonywać się nie tylko ocenę glikemii na czczo, ale również w godzinę po obiedzie i w nocy o godzinie 3.00.
- Regularnie kontroluj wagę ciała oraz ciśnienie tętnicze krwi Twojego podopiecznego, zanotuj wyniki w dzienniczku samokontroli. Zalecane wartości ciśnienia tętniczego to: w przypadku pacjentów z cukrzycą wartości poniżej 130/80 mmHg, a w przypadku współistnienia nefropatii cukrzycowej poniżej 125/75 mmHg. Należy obniżyć ciśnienie do wartości najniższych dobrze tolerowanych przez chorego. W praktyce bowiem wielu pacjentów starszych z wartościami ciśnienia zgodnymi z zalecanymi czuje się źle (osłabienie, złe samopoczucie, senność, zmniejszenie sprawności funkcjonalnej).
- Każdy chory na cukrzycę powinien pozostawać pod kontrolą pielęgniarki diabetologicznej i lekarzy specjalistów (diabetologa, kardiologa, nefrologa, okulisty, neurologa). Twoim zadaniem jest przestrzeganie kalendarza wizyt i ich zaplanowanie w porozumieniu z rodziną seniora.

Uważaj, by w porę rozpoznać i zareagować na objawy obniżonego poziomu cukru we krwi (hipoglikemii) oraz podwyższonego (hiperglikemii)! Obserwuj zmiany zachowania się i samopoczucia Twojego podopiecznego. Wiele osób odczuwa objawy ostrzegawcze nieprawidłowego poziomu cukru we krwi.

Objawy obniżonego poziomu cukru we krwi:

- uczucie głodu;
- blada i spocona skóra;
- osłabienie, zasłabnięcia;
- problemy ze skupieniem uwagi;

- drżenie (np. rąk);
- ból i zawroty głowy;
- nagła zmiana nastroju lub zachowania (np. złość, agresja, płacz).

Najczęściej u osób starszych do hipoglikemii dochodzi po intensywnym wysiłku fizycznym, niespożyciu posiłku (brak apetytu w związku z bólem), pobraniu nadmiernej dawki leków (omyłkowe pobranie podwójnej dawki przez pacjenta z zaburzeniami poznawczymi). U pacjenta leczonego insuliną niskie poziomy glikemii mogą pojawić się w wyniku zwiększenia częstości wypróżnień (biegunka po lekach przeczyszczających u pacjenta cierpiącego na zaparcia). Tolerancja hipoglikemii u osób starszych jest gorsza niż u osób młodych, a objawy mającena mogą wystąpić przy glikemii 3,89 mmol/l (70 mg/dl). Zasadą powinno być oznaczanie glikemii na czczo przy każdorazowym nieuzasadnionym pogorszeniu stanu zdrowia osób starszych. W przypadku osób starszych wartości glikemii na czczo poniżej 5,5 mmol/l (100 mg/dl) w około 20% nie ujawniają obecnej u chorego cukrzycy. Większe znaczenie w rozpoznawaniu cukrzycy u osób starszych niż badanie glikemii na czczo ma badanie poposiłkowe, wykonane w jedną lub dwie godziny po spożyciu posiłku oraz oznaczenie glikemii w dwie godziny po obciążeniu glukozą w ilości 75 g (doustny test tolerancji glukozy). Hipoglikemia – zwłaszcza u pacjentów z wcześniejszymi zaburzeniami funkcji poznawczych – może doprowadzić do nieodwracalnych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, stąd bezpieczniejsze dla pacjenta mogą być nieco wyższe poziomy glikemii, gdyż wtedy ewentualne ryzyko nagłego spadku stężenia glukozy jest mniejsze. Kilka pozornie drobnych, przeoczonych epizodów glikemii, które najczęściej przytrafiają się w nocy, jest w stanie nasilić objawy neurodegeneracji.

Objawy podwyższonego poziomu cukru we krwi:

- zwiększone pragnienie;
- suchość w ustach;
- oddech o kwaśnym zapachu (zapach acetonu z ust);
- sucha, zaczerwieniona skóra;
- senność;
- nudności i wymioty;
- bóle głowy;
- utrata przytomności.

Najczęściej do hipoglikemii dochodzi gdy chory nie zażyje leków lub w wyniku błędów dietetycznych (za duża ilość cukru w posiłku).

W przypadku zaobserwowania niepokojących objawów, natychmiast powiadom o tym bliskich i lekarza prowadzącego chorego.

Najważniejszą zasadą w opiece nad chorym z cukrzycą jest zapewnienie mu bezpieczeństwa i spowolnienie postępu choroby poprzez przestrzeganie podstawowych zasad terapii. Bardzo ważna jest edukacja chorego i/lub jego rodziny.

Piśmiennictwo:

1. *Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.*

Opieka wytchnieniowa wyzwaniem, innowacją i integralną częścią systemu opieki długoterminowej

To niewątpliwie cenna i w skali kraju unikatowa inicjatywa. Warto zauważyć, że skierowana do opiekunów nieformalnych/faktycznych (rodzinnych, sąsiedzkich, przyjacielskich) zajmujących się niesamodzielnymi seniorami, niepełnosprawnymi, ciężko i przewlekle chorymi dorosłymi.

Tego typu wsparcie powinno być rozwiązaniem powszechnie dostępnym, tak aby opiekunowie mogli liczyć na krótszy lub dłuższy – zależnie od potrzeb – odpoczynek od sprawowania opieki. Celem opieki na dłuższy czas, np. na tydzień jest urlop wytchnieniowy, który bywa zbawienny, gdy opiekun wymaga hospitalizacji, wyjazdu na turnus rehabilitacyjny albo potrzebny jest mu krótki wyjazd wypoczynkowy, by zregenerować siły. Regeneracja sił jest opiekunom bardzo potrzebna. Sprawowanie długoterminowej opieki bywa bardzo obciążające dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Stres, wysiłek i wyrzeczenia – zwłaszcza gdy opiekun nie ma wsparcia ze strony członków rodziny – mogą prowadzić do poważnych dolegliwości i zaburzeń, utrudniających dalszą opiekę i codzienne funkcjonowanie.

W okresie od 1.06.2021 r. do 30.06.2023 r. Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnymi w Krakowie (zwane MCO) realizować będzie kolejną edycję projektu pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”.

Projekt otrzymał dofinansowanie ze środków **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020** w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit.

Wsparcie ponownie kierowane jest do mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków i Gminy Wieliczka, którzy opiekują się osobami niesamodzielnymi, tj. do opiekunów nieformalnych/rodzinnych/faktycznych. Celem projektu jest świadczenie bezpłatnych usług, mających na uwadze wspieranie osób niesamodzielnymi i ich opiekunów, którzy chcą zwiększyć swoje kompetencje opiekuńcze.

W ramach **usług wsparcia edukacyjno-doradczego** będą realizowane **indywidualne szkolenia opiekuńcze**, w formie mobilnej, w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną, gdzie personel (pielęgniarka, fizjoterapeuta) przyjedzie do opiekuna i osoby niesamodzielnej, **usługa menadżera opieki**, polegająca na fachowej pomocy opiekunowi w organizacji opieki nad osobą niesamodzielną, nawiązywaniu współpracy pomiędzy rodziną a różnego rodzaju instytucjami, kontrolowaniu sytuacji na miejscu, służeniu radą, instruktażem, informacją, przez zespół skła-

dający się z: lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna.

W ramach zapewnienia opieki, pielęgnacji, rehabilitacji w projekcie przewidziano realizację nowych usług **„odciążeniowych”/„wytchnieniowych”/„opieki zastępczej”** dla opiekunów nieformalnych/faktycznych/rodzinnych, które polegać będą na czasowym (2-4 tygodniowym) całodobowym przebywaniu osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką. Odciążenie opiekuna w codziennych obowiązkach, umożliwienie mu czasowego wytchnienia od sprawowania opieki i znacząco poprawi jego sytuację. Głównym celem usług „wytchnieniowych” będzie zapewnienie osobie niesamodzielnej opieki i nadzoru, dających opiekunowi tzw. „urlop od opieki”. Jest to rozwiązanie dedykowane tym opiekunom, którzy z różnych przyczyn nie mogą zająć się bliską osobą lub które są zmuszone wyjechać na jakiś czas i nie mogą zostawić bliskiej osoby bez opieki.

Jednocześnie projekt zapewnia **działania skierowane bezpośrednio do osób niesamodzielnymi**, w ramach których przewidziano prowadzenie **placówki zapewniającej dzienną opiekę i aktywizację** tych osób. W projekcie w ramach znanych już z poprzedniej edycji usług **Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji**, w warunkach możliwie zbliżonych do domowych, w spokojnej atmosferze, bez pośpiechu i niepotrzebnych emocji pomoc otrzymają osoby niesamodzielne, starsze. Oferowana opieka, edukacja, doradztwo, stymulacja procesów poznawczych, usprawnianie ruchowe, terapia zajęciowa, możliwość dzielenia się problemami sprawią, że podopieczni przez wzajemną mobilizację utwierdzą się w przekonaniu, że „warto”, że „dam radę”. Da im to ogromny potencjał – otworzą się, zwiększą swoją motywację, zechcą żyć.

Ponadto przewidziano w ramach projektu prowadzenie **portalu i poradnika dla opiekunów**, zwiększających dostęp do informacji. Dla kadr różnych systemów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi zorganizowana będzie **konferencja**. W ramach dodatkowego wsparcia funkcjonować będzie również bezpłatne **wypożyczalnia sprzętu medycznego**.

Serdecznie zapraszamy
Rekrutacja do **nowego projektu** zaczyna się już 1.06.2021 r.

Szczegółowe **informacje dostępne są tutaj:**
wsparciedlaopiekuna.pl/nowe-uslugi

Numery telefonów do nas: 12 44 67 530; 12 44 67 590 ■



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