

PORADNIK OPIEKUNA

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

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 1/2022 (10)



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,
e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

SPIS TREŚCI

<u>Od redakcji</u>	<u>3</u>
<u>Zaburzenia snu - poważny problem zdrowotny</u>	<u>4</u>
<u>Problemy ze snem u seniora</u>	<u>8</u>
<u>Geriatryczny zespół jatrogenny: przyczyny, objawy</u>	<u>10</u>
<u>Rodzaje przemocy wobec osób starszych i niesamodzielnych</u>	<u>12</u>
<u>Czynniki narażające osoby starsze, niesamodzielne na bycie ofiarą przemocy.....</u>	<u>15</u>
<u>Rozpoznanie objawów stosowania przemocy u osób starszych, niesamodzielnych.....</u>	<u>16</u>
<u>Jak zapewnić komfortowe warunki snu i wypoczynku opiekunowi oraz podopiecznemu?</u>	<u>18</u>
<u>Co doradzić opiekunowi, aby mógł pomóc starszej osobie z problemami ze snem?</u>	<u>21</u>
<u>W jaki sposób zapobiec geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu u podopiecznego?.....</u>	<u>24</u>
<u>W odpowiedzi na potrzeby opiekunów rodzinnych</u>	<u>27</u>

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 4467500, www.mco.krakow.pl

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

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Szanowni czytelnicy

Z wielką przyjemnością, w ramach kontynuacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk - opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych - dziewiąty numer Kwartalnika w wersji online. Stanowi on alternatywną formę prezentacji treści zawartych na [naszym portalu](#).

Bieżący numer rozpoczynamy od omówienia jednej z podstawowych biologicznych potrzeb organizmu, której nie sposób ignorować przez dłuższy czas – potrzeby snu. Problemy ze snem przekładają się bowiem na codzienne funkcjonowanie, samopoczucie i stan zdrowia. Sen pełni ważną rolę dla układu nerwowego, odpornościowego, sercowo-naczyniowego i gospodarki hormonalnej. Pozwala zregenerować siły. Ma znaczenie dla koncentracji, pamięci i reguluje poziom odporności na stres. Częstym problemem seniorów jest nieodpowiednia higiena snu. Odpowiadamy na pytanie, jak pomóc seniorowi, gdy cierpi na bezsenność.

Poruszamy również ważny problem politerapii i polipragmazji oraz geriatrycznego zespołu jatrogennego. Istotą politerapii (inaczej: polifarmakoterapii, wielolekowości) jest leczenie pacjenta kilkoma środkami farmakologicznymi równocześnie. Prowadzona w ten sposób terapia może dotyczyć zarówno jednej choroby lub kilku chorób jednocześnie, ale także wielu leków o różnym działaniu bądź jednego preparatu, który zawiera kilka różnych, właściwie dobranych substancji czynnych. Stosowanie wielu leków u pacjenta pozwala na

zoptymalizowanie efektu terapeutycznego. Politerapia jest metodą właściwego stosowania leczenia, prowadzonego pod kontrolą lekarza. W kontekście wielolekowości pojawia się również termin polipragmazja. To niewłaściwa terapia wielolekowa. Istnieje powszechne przekonanie, że główną przyczyną polipragmazji jest włączanie do zleconej farmakoterapii preparatów dostępnych bez recepty, bez wiedzy lekarza (OTC, ang. over-the-counter drug). Polipragmazję dodatkowo pogłębia konieczność korzystania z opieki różnych specjalistów, co sprzyja dublowaniu się leków. Również dostępność na rynku wielu generyków powoduje, że pacjenci niejednokrotnie stosują dwa preparaty pod inną nazwą handlową, zawierające te same związki aktywne.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzymy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa, a 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



Zaburzenia snu - poważny problem zdrowotny

Zaburzenia snu to poważny problem, który ma przełożenie na funkcjonowanie organizmu. Niezdiagnozowane i nieleczone zaburzenia snu mogą prowadzić do wystąpienia poważnych chorób i wyniszczenia psychicznego.

Sen to jedna z podstawowych biologicznych potrzeb organizmu, której nie sposób ignorować przez dłuższy czas. Problemy ze snem przekładają się bowiem na codzienne funkcjonowanie, samopoczucie i stan zdrowia. Sen pełni ważną rolę dla układu nerwowego, odpornościowego, sercowo-naczyniowego i gospodarki hormonalnej. Pozwala zregenerować siły, czyli ma wpływ na kondycję. Ma znaczenie dla koncentracji, pamięci i reguluje poziom odporności na stres. Już jedna nieprzespana noc doprowadza do uczucia zmęczenia, rozdrażnienia, spadku nastroju i motywacji, ale prawdziwe problemy mogą zacząć się dopiero wtedy, gdy trudności ze snem stają się chroniczne.

Można wyróżnić dwie główne fazy snu:

- **Faza NREM** (ang. Non-rapid eye movement) – sen głęboki, podczas którego odnotowuje się wolne ruchy gałek ocznych. Jest to pierwsza faza snu, która zwykle trwa do 100 minut. Faza NREM dzieli się na cztery stadia, które prowadzą do zapadania w silny, głęboki sen. W pierwszym stadium, przy zamkniętych oczach dochodzi do pojawiania się niespójnych myśli. Obniża się wrażliwość na bodźce zewnętrzne. Badanie EEG wskazuje na wolniejsze ruchy gałek ocznych, pojawienie się fal theta, a zanikanie fal alfa. W stadium drugim pogłębia się brak wrażliwości na bodźce zewnętrzne, a gałki oczne przestają się poruszać. Mimo braku świadomości może dojść do szybkiego wybudzenia. Trzecie stadium jest przejściem w sen głęboki, a w mózgu według zapisu EEG pojawiają się fale delta. Ostatnie, czwarte stadium fazy NREM to sen tzw. wolnofalowy, podczas którego pojawiają się obrazy, dochodzi do ruchów ciała lub lunatykowania. Czwarte stadium przechodzi w fazę REM.
- **Faza REM** (ang. Rapid eye movement), określana jako faza śnienia – sen płytki, dochodzi do szybkiego ruchu gałek ocznych. Podczas tej fazy, która trwa około 15 minut, dochodzi do występowania marzeń sennych, co wywołane jest wysoką aktywnością mózgu. W porównaniu do fazy NREM oddech jest szybszy i mniej regularny, wzrasta tętno, co świadczy o wzmożonej pracy mięśnia sercowego. Epi-

zody snu w fazie REM z reguły trwają od 5 do 30 minut, występują na zmianę w cyklach z fazą NREM. Nadmierna senność w ciągu dnia, która jest wywołana napadowym występowaniem snu fazy REM to jednostka chorobowa zwana narkolepsją.

Sen regeneracyjny to najbardziej jakościowy rodzaj snu. Powinien trwać nieprzerwanie 7-9 godzin każdej nocy. Jego znaczenie wynika z faktu, że właśnie podczas tego snu regeneruje się zarówno ciało, jak i umysł. Ma niebagatelny wpływ na obie sfery życia człowieka. W śnie regeneracyjnym obniża się poziom stresu, „czyszczą” się emocje oraz utrwalają wspomnienia. Komórki są pobudzane do wzrostu i się regenerują, reguluje się poziom hormonów w organizmie, rośnie odporność. Jeśli fazy snu nie są zaburzone i następują po sobie we właściwej kolejności, uwalniają się związki chemiczne i hormony, które wpływają na samopoczucie śpiącego: melatonina, serotonina, adenozyne, kortyzol. Odpowiadają za wysokościowy, wartościowy sen, w czasie którego następuje regeneracja narządów. W celu zapewnienia pełnej regeneracji, w czasie „dobrego snu” dorosły człowiek potrzebuje od 4 do 5 cykli snu, każdy trwający od 90-120 minut. Człowiek zasypia, następnie mózg zapamiętuje przeżycia z dnia, potem aktywność mózgu zwalnia, podobnie jak ciśnienie i praca serca, następuje proces fizycznego zdrowienia organizmu, wreszcie uzdrawia się umysł – niwelowane są stres i przykre emocje.

Na wagę snu wskazywała pionierka pielęgniarstwa, Florence Nightingale, która uważała, że obowiązkiem opiekunów jest zapewnienie jak najlepszych warunków bytowych. Kluczowe znaczenie snu podkreślał również Abraham Maslow, autor teorii hierarchii potrzeb, który umieścił sen w najbardziej podstawowej kategorii potrzeb, obok oddychania, jedzenia, picia.

Rodzaje zaburzeń snu

Brak snu jest patologicznym stanem, który może wywoływać poważne konsekwencje zdrowotne albo być pokłosiem schorzeń i działania czynników, które będą powodowały problemy z zasypianiem i poprawnym przebiegiem poszczególnych faz snu.

U zdrowego, dorosłego człowieka sen stanowi jedną trzecią doby, czyli można wysnuć wniosek,

że przesypiamy około 30% życia. Objawy niewyspania i skutki braku snu będą miały bezpośrednie, negatywne przełożenie na wykonywanie codziennych czynności. Nawet jednorazowo nieprzespana noc, czyli brak snu przez 24 h, spowoduje, że organizm nie będzie funkcjonował prawidłowo. Pod względem psychomotorycznym efekty nieprzespanej nocy są porównywalne do stanu organizmu po spożyciu alkoholu. Następuje zaburzenie funkcji poznawczych, osłabienie zdolności do nauki i pracy, nadmierna senność w ciągu dnia, wzmożony apetyt i ogólne osłabienie potencjału psychofizycznego.

Pierwsza klasyfikacja zaburzeń snu powstała w 1979 roku, a poszczególne patologie snu zostały opracowane przez Zrzeszenie Ośrodków Zaburzeń Snu w USA.

Wyodrębniono wówczas następujące formy zaburzeń snu:

- insomnia – trudność w zaśnięciu i utrzymaniu poszczególnych faz snu;
- parasomnia – sen dysfunkcyjny, związany z występowaniem nieprawidłowości w trakcie snu lub podczas wybudzania, np. koszmary senne, lęki nocne, lunatyzm, bruksizm (patologiczne tarcie zębami);
- hypersomnia – nadmierna senność;
- dysomnia – nieprawidłowy timing okresów snu i czuwania, związany z zaburzeniem biologicznego rytmu okołodobowego.

Pierwotne zaburzenia snu

Brak snu w nocy może zwiastować występowanie poważnych chorób, które wymagają szerokiej diagnostyki i często specjalistycznego leczenia. Leczenie permanentnego niewyspania czy budzenia się w nocy wywołuje szereg konsekwencji zdrowotnych. Występują jednak schorzenia, których występowanie może prowadzić do różnych typów zaburzeń snu. Do pierwotnych zaburzeń snu należy zaliczyć takie jednostki chorobowe, jak: zespół obturacyjnego bezdechu sennego, zespół niespokojnych nóg, czy narkolepsja.

Brak snu a zespół obturacyjnego bezdechu sennego

Zaburzenia snu w przypadku występowania obturacyjnego bezdechu sennego są konsekwencją nieprawidłowej pracy układu oddechowego. Jest to spowodowane niedrożnością górnych dróg od-



dechowych, a cechą charakterystyczną schorzenia jest głośne chrapanie podczas nocnego spoczynku, płytki oddech i przerwy w oddychaniu. Spotęgowanie objawów powodowane jest przez silne zmęczenie organizmu, nadmierne spożycie alkoholu lub zażycie środków nasennych. Dochodzi także do częstych wybudzeń, uczucia niepokoju i niemożności zaczerpnięcia oddechu. Poziom stresu towarzyszący dezorientacji po gwałtownym przebudzeniu w wielu przypadkach powoduje problem z ponownym zaśnięciem. Brak snu u pacjenta powoduje frustrację, a nieodpowiednia regeneracja wywołuje uczucie ciągłego zmęczenia i nadmierną senność w ciągu dnia.

Należy podkreślić, iż zespół obturacyjnego bezdechu sennego jest schorzeniem niezwykle niebezpiecznym, które wpływa na niedostateczne dotlenienie organizmu ze względu na nieprawidłowy proces wymiany gazowej. Dodatkowo, brak snu będzie miał wpływ na zaburzenia koordynacji i upośledzenie funkcji kognitywnych. Omawiana jednostka chorobowa najczęściej występuje u pacjentów otyłych, stąd podstawowym działaniem w stopniowym pozbywaniu się objawów będzie utrata masy ciała.

Brak snu a narkolepsja

Narkolepsja jest chorobą, która spowodowana jest uszkodzeniem komórek nerwowych. Jest to zaburzenie snu o nieznannej etiologii, występujące stosunkowo rzadko. Jedną z hipotez mówi, iż powstawanie narkolepsji jest spowodowane mutacją genu kodującego antygen HLA na chromosomie 6. Przy obniżonej odporności lub nieprawidłowym funkcjonowaniu układu immunologicznego, pojawienie się czynnika chorobotwórczego (np. wirusa) może zainicjować proces autoimmunizacyjny wymierzony przeciwko własnym neuronom. Zaburzona zostaje produkcja białka o nazwie hipokretyna, które uczestniczy w regulacji poszczególnych faz snu. Schorzenie to charakteryzuje się nadmierną sennością w ciągu dnia i nagłymi przypadkami utraty napięcia mięśniowego (tzw. katapleksja). Dodatkowo, pacjent może cierpieć na niedobór snu spowodowany zaburzeniami snu fazy REM, któremu towarzyszą omamy senne i halucynacje. Porażenie przysenne, które także jest jednym z objawów narkolepsji, dotyczy głównie dzieci i młodzieży, kiedy to dodatkowo odczuwane jest pieczenie oczu, mroczki lub pacjent odnotowuje epizody podwójnego widzenia przedmiotów. Zdiagnozowana narkolepsja obniża komfort i jakość życia oraz wpływa na ograniczenie aktywności zawodowej i społecznej. Narkolepsja leczona jest objawowo, farmakoterapia dobierana jest indywidualnie przez lekarza. Ważnym elementem terapii jest dbanie o rytm dobowy snu i czuwania.

Brak snu a zespół niespokojnych nóg

Zespół niespokojnych nóg jest schorzeniem, które może być przyczyną zaburzeń snu. Do tej pory jednoznacznie nie ustalono przyczyny występowania tej choroby, jednak najwięcej badań wskazuje na zaburzenia pracy układu dopaminowego i opioidowego. Wtórą przyczyną zespołu niespokojnych nóg mogą być niedobory mikroskładników, w tym żelaza i magnezu oraz przyjmowanie leków wywołujących objawy w postaci silnej potrzeby poruszania kończynami dolnymi. Symptomy, które występują wieczorem, powodują problemy z zaśnięciem, a brak snu i pełnej, całonocnej regeneracji powoduje szereg objawów psychofizycznych, które uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie. Chroniczne zmęczenie i nadmierna senność w ciągu dnia mogą przyczyniać się do powstawania stanów depresyjnych i innych zaburzeń psychicznych.

Jakie są skutki braku snu i czemu nocna regeneracja jest podstawą w utrzymaniu zdrowia?

Brak snu wiąże się z niezaspokojeniem jednej z podstawowych potrzeb fizjologicznych człowieka. Mimo tego, iż sen postrzegany jest jako odpoczynek organizmu, to podczas jego trwania dochodzi do wielu procesów naprawczych, regeneracyjnych i budulcowych. Obniżona zostaje reaktywność na bodźce pochodzące ze środowiska zewnętrznego, dlatego brak snu powoduje stałe pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego oraz niewłaściwą regenerację tkanek i narządów. Skutki braku snu lub niewyspania (które postrzegane są jako silne zmęczenie) sprawiają, że na drugi dzień dochodzi do obniżenia sprawności psychofizycznej, człowiek jest mniej aktywny i ma trudności z koncentracją. W trakcie snu obniża się ciśnienie tętnicze krwi, spada temperatura ciała i wolniej oddychamy. Produkowana energia zapewnia podtrzymanie niezbędnych, autonomicznych procesów życiowych.

Brak snu i niewłaściwy przebieg rytmu snu i czuwania będzie skutkował występowaniem nieprawidłowości w funkcjonowaniu ustroju. Skoro nawet 24-godzinny brak snu niesie ze sobą negatywne konsekwencje, to przewlekły deficyt snu i skutki niedosypiania mogą być niebezpieczne dla zdrowia.

Objawy braku snu, najważniejsze zagrożenia z powodu zaburzonego snu:

- nadmierna senność w ciągu dnia; zaburzenia koncentracji;
- zaburzenia mowy;
- obniżony nastrój;
- uczucie niepokoju;
- wzmocnione odczuwanie negatywnych emocji;
- problemy z pamięcią, obniżenie zdolności uczenia się i zapamiętywania;
- depresja;
- halucynacje;

- pogorszenie refleksu i spostrzegawczości;
- drżenie mięśni (dłoni, powiek);
- skurcze mięśni;
- problemy z koordynacją ciała, zaburzenia równowagi, ryzyko upadków;
- objawy fizjologiczne: choroby serca, wysokie ciśnienie tętnicze krwi;
- otyłość;
- niska odporność;
- zmiany hormonalne;
- nadwrażliwość na ból;
- zaburzenia zdolności do rekonwalescencji;
- podwyższone ryzyko zachorowań na choroby nowotworowe.

Brak snu może prowadzić do obniżenia odporności organizmu, co będzie zwiększało podatność na zakażenia wirusowe, bakteryjne i grzybicze. Niewłaściwa regeneracja będzie z kolei zaburzać funkcjonowanie gospodarki hormonalnej. Niedobór snu może wpływać na metabolizm glukozy, zmniejszać wrażliwość insulinową, co przekłada się na występowanie chorób metabolicznych (takich, jak insulinooporność i cukrzyca typu 2). Deficyt snu często stanowi podłoże zaburzeń psychicznych ze względu na towarzyszące objawy, takie, jak uczucie niepokoju czy obniżony nastrój. Dysfunkcje wywołane brakiem snu powodują silny stres, zaburzenia w postrzeganiu rzeczywistości i nieumiejętność dostosowania do zmieniającego się środowiska zewnętrznego.

W związku z powyższym, troska o zachowanie prawidłowego rytmu dobowego i przestrzeganie podstawowych zasad higieny snu jest kluczowe w utrzymaniu zdrowia.

Piśmiennictwo:

Cooke J.R., Ancoli-Israel S: Normal and abnormal sleep in the elderly, *Handb Clin Neurol* 2011, 98: 653–665.
Ancoli-Israel S, *Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner*. *Sleep* 2000, 23 Suppl 1: S23–S30.
Martin J. i wsp., *Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults*, *Clin Psychol Rev* 2000, 20: 783–805.



Problemy ze snem u seniora

Do czynników rozpraszających sen i wypoczynek czy zaburzających dynamikę snu seniora należy: hałas, światło, niesprzyjające warunki do spania (np. nieodpowiednia temperatura w pomieszczeniu, dyskomfort – niewygodne łóżko, materac, poduszka, koc, pidżama), przyjmowane leki (np. moczopędne), ból, głód, pragnienie, zła dieta, nieprawidłowe ułożenie ciała w czasie snu, nadmiar lub brak aktywności w ciągu dnia oraz zbyt częste i długie drzemki.

Przyczyny problemów ze snem u seniorów

Seniorom najbardziej przeszkadza w spaniu tzw. defragmentacja snu. Powoduje ona, że procesy regeneracyjne nie następują, bo senior nie przechodzi płynnie z cyklu w cykl, wybudza się. Problemy ze snem mogą pojawić się na przykład na skutek **gwałtownych emocji** albo przewlekłego stresu, **zmiany w trybie życia** lub **rytmie dnia**, w związku z **chorobą o ostrym przebiegu**. Z reguły jednak bezsenność o takich źródłach ma charakter czasowy – sporadyczny lub krótkotrwały i ustępuje wraz z uregulowaniem się sytuacji. Gorzej, jeśli problemy ze snem stają się przewlekłe – warto wtedy poszukać przyczyn. Okazuje się, że bardzo często są one **powiązane ze stanem zdrowia**, czyli współistniejącymi schorzeniami i/lub mają związek z przyjmowanymi lekami. Z problemami ze snem sprzężone mogą być choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego, nerwowego, moczowego. Niebagatelne znaczenie ma-

ją występowanie bólu i nykturia, czyli konieczność oddawania moczu w porze nocnej. Bezsenność może mieć również **związek z zaburzeniami psychicznymi**: depresją, schizofrenią i zespołami otępiennymi.

Najczęstsze przyczyny zaburzeń snu u starszych osób to: depresja, choroby somatyczne, choroby otępienne, nieodpowiednio leczony ból, unieruchomienie w łóżku, niepożądane efekty leków, niekorzystne środowisko (temperatura, hałas), nykturia, brak aktywizacji w ciągu dnia.

W przypadku nowo zdiagnozowanej bezsenności należy wziąć pod uwagę ostre zaburzenie, które ma wtórny wpływ na zdolność zasypiania. Możliwe są zaburzenia ruchu w kontekście zespołu niespokojnych nóg, skutki uboczne leków, niedobór żelaza lub inne choroby somatyczne albo psychiczne. Przyczynę mogą również stanowić nowe farmaceutyki, które mogą zakłócać sen.

Sen a demencja

Opieka nad osobą starszą wymaga wiedzy na temat tego, jak poradzić sobie z bezsennością u podopiecznego. Bezsenność bardzo często dotyka osoby cierpiące na demencję. U części chorych w godzinach wieczornych i nocnych zaobserwować można syndrom zachodzącego słońca, objawiający się na przykład niepokojem, lękiem i dezorientacją, a nawet agresją. Bez wątpienia ma on przełożenie na wydłużony czas zasypiania, skłonność do przebudzeń w nocy. To z kolei prowadzi do nawarstwiania się zmęczenia w trakcie kolejnych dni, drzemek (np. po południu), które sprawiają, że podopieczny jest bardziej wypoczęty wieczorem i trudno mu zasnąć kolejnej nocy. Chorych na Alzheimera dotyczą zaburzenia dobowego rytmu snu i czuwania – prawdopodobnie ma to związek z masową utratą komórek nerwowych w mózgu. Przypuszczalnie bezsenność to również jeden z czynników, który zwiększa ryzyko samego zachorowania na choroby otępienne. Osoby, które mają przewlekłe problemy ze spaniem, mogą mieć z czasem pogorszone funkcje poznawcze – słabszą pamięć, niższy poziom uwagi, problemy z logicznym myśleniem, a w podeszłym wieku mogą zachorować na Alzheimera. Wszystko dlatego, że sen jest ważny i korzystny dla mózgu, bo pozwala mu przetwarzać i utrwalać doświadczenia.

Prawie co drugi senior cierpi na zaburzenia snu. Potrzeba snu u dorosłych zmienia się nieznacznie wraz z wiekiem. Największe zmiany występują między 60. a 70. rokiem życia. Fazy głębokiego snu u seniorów często ulegają skróceniu i znacznie łatwiej można ich wybudzić (np. dźwiękami). Starsi ludzie rzadko mają trudności z zasypianiem, problemem jest głównie budzenie się w nocy i trudności z zaśnięciem po wybudzeniu. Seniorzy śpią też więcej w ciągu dnia (zazwyczaj 30-60 minut) i odpowiednio mniej w nocy. Dodatkowo, osoby starsze są bardziej wrażliwe na zewnętrzne czynniki zakłócające sen. Zbyt ciepła sypialnia, chrapiący partner lub zbyt miękki materac – rzeczy, które łatwo można znieść w wieku średnim, mogą nagle stać się czynnikami przeszkadzającymi w śnie w wieku starszym. Stres psychologiczny, taki jak samotność, konflikty, nadmierna/niedostateczna aktyw-

ność w ciągu dnia również mają negatywny wpływ na sen.

Jakie są kryteria normalnego snu u osób starszych?

- Całkowity czas snu powinien wynosić 6-8 godzin.
- Czas zasypiania powinien być krótszy niż 30 minut. Zwykle trwa 15-20 minut.
- Czas czuwania w łóżku może wynosić do 2 godzin u osób starszych (70+) w przeciągu całej nocy. Od dwóch do czterech pobudek na noc uważa się za normalne.

O tym, czy występują zaburzenia snu, decyduje samopoczucie seniora. Zmęczenie i niezamierzone zasypianie w ciągu dnia wskazują na zaburzenie. Drzemka w południe uważana jest u osoby starszej za normę, ale nie powinna trwać dłużej niż 30 minut. Przy dłuższej drzemce pojawiają się już fazy głębokiego snu, które prowadzą do zaburzeń snu w nocy i problemów z wybudzeniem się po drzemce.

Dlaczego osoby starsze dużo śpią?

Często to tylko wrażenie, ponieważ rzeczywisty czas snu u seniora nie jest dłuższy. Zazwyczaj jednak dochodzi do zaburzeń rytmu snu i czuwania. Wielu starszych, cierpiących na bezsenność pacjentów nie kładzie się spać o zwykłej porze – między 21:00 a 23:00 – ale znacznie wcześniej. Może to prowadzić do zakłócenia rytmu dobowego. Starsze osoby należy zachęcać do późniejszego pójścia spać. Może to być jednak trudne w wykonaniu, np. jeśli potrzebna jest pomoc osoby trzeciej przed pójściem spać. W niektórych domach spokojnej starości czas snu seniorów wynosi 14-16 godzin, w zależności od liczby personelu. Rytm dobowy załamuje się w wyniku długich okresów odpoczynku, pacjenci wieczorem nie są zmęczeni i nie mogą spać. Właściwym podejściem jest tutaj aktywizacja opieki: mobilizowanie osoby starszej i przynajmniej wyprowadzenie jej z łóżka w porze posiłków w celu ustabilizowania rytmu dobowego.

Piśmiennictwo:

Martin J. i wsp., Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults, Clin Psychol Rev 2000, 20: 783-805.



Geriatryczny zespół jatrogenny: przyczyny, objawy

Geriatryczny zespół jatrogenny to sytuacja, gdy u osoby starszej pojawiają się całkowicie nowe dolegliwości, których przyczyną jest postępowanie personelu medycznego. W przypadku seniorów problem ten rozwija się zazwyczaj w związku z niewłaściwym leczeniem schorzeń, na które senior już cierpi.

Geriatryczny zespół jatrogenny to problem, o którym nie mówi się wiele. Tymczasem dotyka on seniorów zdecydowanie częściej, niż można by przypuszczać. Nie bez powodu geriatryczny zespół jatrogenny zaliczany jest do grupy wielkich zespołów geriatrycznych. O geriatrycznym zespole jatrogennym mówi się m.in. wtedy, kiedy u osoby starszej nowa choroba pojawia się w związku z niewłaściwym leczeniem innych, wcześniej u niej rozpoznanych schorzeń.

Geriatryczny zespół jatrogenny może więc wydawać się dość absurdalnym problemem. W końcu niedorzecznością jest to, że leczenie, zamiast skutkować poprawą stanu zdrowia, może prowadzić do wystąpienia kolejnych kłopotów zdrowotnych. Niestety, w praktyce naprawdę nietrudno doprowadzić do wystąpienia tej nieprawidłowości. Geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu szczęśliwie można zapobiegać. Jak to zrobić?

Geriatryczny zespół jatrogenny: przyczyny

Z jatrogenią można zetknąć się w dowolnej grupie wiekowej. Osoby starsze są jednak do niej po prostu szczególnie predysponowane. Spowodowane jest to kilkoma czynnikami. Przede wszystkim organizm osoby starszej funkcjonuje inaczej niż ciało człowieka młodego. Gorzej działają w nim np. nerki czy wątroba, co wpływa na metabolizm i wydalanie leków, a ostatecznie związane jest chociażby z tym, że przyjmowanie różnych farmaceutyków przez starszego człowieka może być związane z większym ryzykiem pojawienia się ich działań niepożądanych. Osoby starsze nierzadko cierpią na wiele różnych jednostek chorobowych, z powodu których przyjmują one dość duże nawet ilości rozmaitych farmaceutyków. To również może być przyczyną geriatrycznego zespołu jatrogennego. Im więcej leków przyjmuje bowiem dany pacjent, tym większe jest ryzyko, że wystąpią pomiędzy nimi jakieś niekorzystne interakcje.

Szczególnie duże zagrożenie taką sytuacją pojawia się wtedy, kiedy senior uczęszcza do wielu różnych medycznych specjalistów i jednocześnie nie informuje on ich o tym, jakie to dokładnie leki zostały mu zalecone przez poszczególnych z nich.

Geriatryczny zespół jatrogenny częściej pojawiać się może również u pacjentów:

- hospitalizowanych – różne konsekwencje zdrowotne wynikać mogą z unieruchomienia pacjenta, dodatkowo istnieje wtedy również ryzyko m.in. zakażeń szpitalnych,
- poddawanych jakimś zabiegom operacyjnym,
- przyjmujących na własną rękę różnego rodzaju preparaty ziołowe – wielu seniorów sądzi, że zioła są całkowicie bezpieczne, tymczasem sporo z nich (np. dziurawiec) może wchodzić w istotne interakcje z zażywaniem farmaceutykami.

Geriatryczny zespół jatrogenny: objawy

Nie sposób tutaj wymienić wszystkie dolegliwości, które mogą stanowić objawy geriatrycznego zespołu jatrogennego. Zależne są one od tego, jakiego dokładnie rodzaju nieprawidłowości będą stanowiły konsekwencję nie do końca właściwego leczenia. Najczęściej jednak geriatryczny zespół jatrogenny powiązany jest z:

- zaburzeniami równowagi,
- wahaniami ciśnienia tętniczego krwi,
- zaburzeniami rytmu serca,
- krwawieniami z przewodu pokarmowego,
- pogorszeniem codziennego funkcjonowania seniora,
- utratą masy ciała,
- zaburzeniami czynności poznawczych.

Geriatryczny zespół jatrogenny: rozpoznanie

Zdiagnozować geriatryczny zespół jatrogenny naprawdę nie jest łatwo. Zazwyczaj występujące u seniora nowe dolegliwości uznaje się po prostu za objaw nowej jednostki chorobowej, która wymaga dodatkowego leczenia. Ze względu na to, że wcześniej niespotykane u pacjenta w podeszłym wieku objawy mogą stanowić przejawy właśnie geriatrycznego zespołu jatrogennego, w sytuacji, gdy zaczyna się on skarżyć na inne niż wcześniej problemy, konieczne jest zawsze dokładne przeanalizowanie wszystkich schorzeń, na które cierpi, a także przyjrzenie się lekom, które zażywa.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Rodzaje przemocy wobec osób starszych i niesamodzielnych

Przemoc wobec osób starszych i niesamodzielnych ma miejsce w różnych środowiskach, dotyka coraz większej liczby seniorów. Realna ocena zjawiska przemocy wobec osób starszych i niesamodzielnych jest niemożliwa ze względu na dużą liczbę nieujawnionych incydentów.

Według szacunków WHO zjawisko przemocy w krajach rozwiniętych dotyka 10% populacji osób starszych. Krzywdzeni (ofiary) nie zgłaszają takich faktów, ponieważ bardzo często są przekonani o bezskuteczności organów ścigania, obawiają się odwetu ze strony agresorów. Ofiary nadużyć cechuje wyuczona bezradność, boją się też umieszczenia w domach opieki i utraty dostępu do własnego miejsca zamieszkania, wnuków, wstydzą się postępowania swoich oprawców, jeśli są oni członkami rodziny oraz brakuje im wewnętrznej, psychicznej determinacji, by zgłosić incydent np. na policję. Sytuacja niesamodzielnej, krzywdzonej osoby starszej jest bardzo trudna, wielowątkowa. Bardzo często dodatkowo komplikuje ją zależność materialna, mieszkaniowa i emocjonalna. Osoby, które nie dysponują swoimi pieniędzmi albo mają silne poczucie winy wobec swoich bliskich, przyjmują postawę bierną wobec swojej sytuacji. Taki status quo wzmacniać może dodatkowo chęć dbania o oprawców –

dzieci czy bliskich krewnych. Przemoc wobec osób starszych, niesamodzielnych jest problemem uniwersalnym. Badania pokazują, że występuje ona zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się.

Przemoc wobec osób starszych i niesamodzielnych opisywana jest jako pojedyncze lub powtarzające się działanie lub brak odpowiedniego działania, które powoduje krzywdę lub cierpienie tej osoby, a występuje w jakiejkolwiek relacji, w której oczekuje się zaufania. Może ona przybierać różne formy/rodzaje: przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej, finansowej/ekonomicznej, formę intencjonalnego lub nieintencjonalnego zaniedbania. Dokonywana bywa niejednokrotnie za pomocą leków. Innym przykładem jest pozbawienie szacunku, wykorzystywanie materialne do różnych celów, np. pozyskiwania majątku w formie pieniędzy, nieruchomości, własności ziemi. To także robienie z osoby starszej, niesamodzielnej kozła ofiarnego. Może

być to także przemoc: symboliczna, instytucjonalna, porzucenie.

O przemocy mówimy wtedy, gdy mamy do czynienia z sytuacją wykorzystywania przewagi osoby silniejszej nad słabszą – taką, która ma mniej możliwości, by sama się obronić. Starość niesie ze sobą stopniową utratę dotychczasowych możliwości człowieka, spadek siły fizycznej, ograniczenie sprawności ruchowej i jako taka może narażać człowieka na zwiększone prawdopodobieństwo przemocy. Niepełnosprawność i niesamodzielność może czynić człowieka zależnym od innych w zakresie zaspokajania najbardziej podstawowych potrzeb fizjologicznych i psychicznych. Osoby starsze często cierpią z powodu poczucia bycia odrzuconym, samotnym, niepotrzebnym. Jeszcze trudniej jest w sytuacji, gdy są odizolowane od kontaktów społecznych poza domem – ich zależność znacznie wtedy wzrasta, są skazane na środowisko, w którym przebywają i w sytuacji przemocy nie widzą możliwości ucieczki.

Zaniedbanie oznacza celową odmowę lub niepowodzenie w wypełnieniu zobowiązania wobec osoby starszej, niesamodzielnej (takich jak dostarczenie odpowiednich środków do życia, np. ubrania, jedzenia, lekarstw, środków higieny osobistej, środków zapewnienia bezpieczeństwa). To również niedostarczanie informacji seniorom o przysługujących im prawach socjalnych i zdrowotnych.

Porzucenie oznacza opuszczenie osoby starszej przez opiekuna, polegające na pozostawieniu osoby starszej w jakimś miejscu, np. w szpitalu, instytucji społecznej lub domu.

Przemoc fizyczna wobec osób starszych i niesamodzielnych to zachowanie, którego celem jest zadanie bólu fizycznego, uszkodzenie ciała, pogorszenie zdrowia lub pozbawienie życia. Polega m.in. na policzkowaniu, biciu, popychaniu, szarpaniu, duszeniu, wykręcaniu rąk, wmuszaniu spożycia jedzenia, głodzeniu; podawaniu środków uspokajających bez takiej konieczności, podawaniu nadmiernych dawek leków; nieudzielaniu niezbędnej pomocy medycznej; zaniechanie czynności pielęgnacyjnych/higienicznych, opiekuńczych wobec osoby starszej; ograniczanie dostępu do wybranych pomieszczeń w mieszkaniu, np. łazienki, wyganianie z domu bądź zamykanie samotnie w domu albo w jednym pomieszczeniu i/lub pozbawianie odpowiedniej temperatury pomieszczenia, pozbawianie snu, spokoju. To rów-

nież pozbawianie osoby starszej ważnych przedmiotów, o różnej wartości, czy to sentymentalnej, czy innej. To także izolowanie od znajomych, bliskich poprzez zakazy wyjścia z domu, czy zakazy odwiedzin, zakazy korzystania z telefonu, uczestnictwa w spotkaniach społeczności lokalnej, klubach zainteresowań. Specyficznym rodzajem jest zmuszanie lub nakłanianie osób starszych (np. poprzez szantaż, że zostaną opuszczone lub odizolowane od bliskich, wnuków) do wykonywania prac ponad siły, takich jak sprzątanie, opiekowanie się wnukami, gotowanie.

Przemoc psychiczna wobec seniorów, osób niesamodzielnych to ciągle negatywne ocenianie i krytykowanie, straszenie, obrażanie, szykanowanie ze względu na wiek, niepełnosprawność i ograniczenia sprawności motorycznej. To szantażowanie, wyśmiewanie, poniżanie, dewaluowanie/dezawuowanie, upokarzanie, domaganie się posłuszeństwa, wymuszanie, krzyki, przeklinanie, obelgi, groźby, ograniczanie kontaktu lub izolowanie od innych członków rodziny czy przyjaciół, znajomych (zakazy wychodzenia z domu, przyjmowania gości, korzystania z telefonu), odebranie prawa do podejmowania własnych decyzji czy posiadania własnych tajemnic. To również intensywne ingerowanie w życie osobiste osoby starszej bez jej zgody. Przemoc psychiczna przejawia się również w postawie lekceważenia osób starszych, ich poglądów, wartości, potrzeb. Wyrażana jest również w formie nadopiekuńczości (wyręczania seniora, osoby niesamodzielnej w sytuacji, w której jest w stanie choć częściowo samodzielnie sobie poradzić). Inną formą jest protekcyjność wobec seniorów – traktowanie osoby starszej jako niezdolnej do samodzielnego funkcjonowania, zaprzeczanie ewidentnej zdolności seniora. Protekcyjność może przejawiać się w infantylizowaniu osoby starszej poprzez zwracanie się do niej jak do kilkuletniego dziecka (stosowanie bardzo uproszczonego języka, protekcyjny ton i zwroty, mówienie z pozycji nauczyciela). Przemoc psychiczna to zachowanie, którego celem jest zmniejszenie poczucia własnej wartości, wzbudzenie w ofierze strachu, pozbawianie jej poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem.

Przemoc seksualna to zmuszanie osób starszych, niesamodzielnych do nieakceptowanych form kontaktu seksualnego; obraźliwe komentowanie ich seksualności. To zmuszanie ofiary do podjęcia współżycia bądź niechcianych zachowań seksual-



nych. Przykłady: gwałt, molestowanie, obnażanie się, zmuszanie do oglądania treści pornograficznych, żarty o podtekście seksualnym, kontynuowanie aktywności seksualnej gdy osoba nie jest w pełni świadoma, np. w przypadku demencji.

Przemoc ekonomiczna/finansowa wobec osób starszych, niesamodzielnych jest nieupoważnionym użyciem funduszy i własności materialnej w celu korzyści finansowych; to wykorzystywanie lub ekonomiczne uzależnienie finansowe ofiary od sprawcy. Polega m.in. na odbieraniu renty czy emerytury, ścisłym kontrolowaniu wydatków osoby starszej, niepełnosprawnej, wydzielaniu jej pieniędzy, wymuszaniu podpisywania zobowiązań finansowych (pożyczek, kredytów) na siebie i odbieranie im tych pieniędzy, zmuszanie do zmiany testamentu tak, by osiągnąć osobiste korzyści, zmuszanie do przepisywania (darowizn) nierucho-

mości, dóbr, pieniędzy na ich korzyść, fałszerstwo, obciążanie kosztami różnych osobistych działań.

Przemoc instytucjonalna – wszelkie nadużycia i akty agresji, składające się na przemoc, mające miejsce w urzędach, przychodniach, szpitalach, domach opieki, domach pomocy społecznej, ośrodkach rehabilitacyjnych, sanatoriach leczniczych, a także ośrodkach rekreacyjnych czy ośrodkach kulturalnych. Ma ona miejsce w instytucjach, z których pomocy i usług korzystają osoby starsze, niesamodzielne. To także niedostosowanie systemu, bądź zaniechania w procedurach.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Czynniki narażające osoby starsze, niesamodzielne na bycie ofiarą przemocy

Przemoc wobec osób starszych jest zjawiskiem występującym w różnych przestrzeniach – prywatnych (np. w domu) i instytucjonalnych (np. w domach leczniczych czy opiekuńczych). Jest skutkiem wielu czynników. Wynika ze zjawiska nadużycia władzy i/lub nadużycia zaufania.

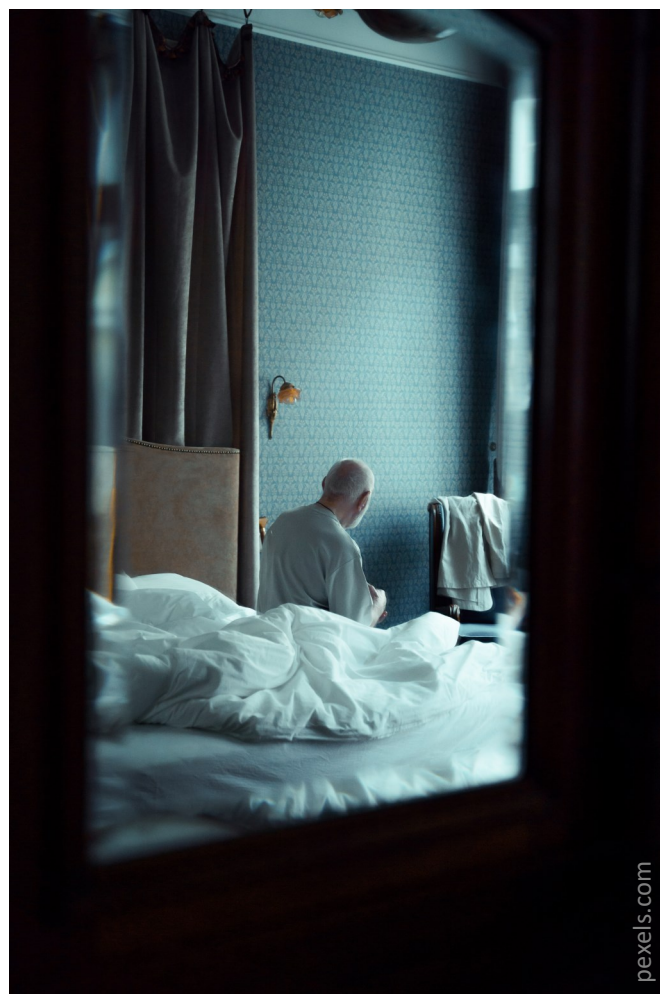
Przejawia się w formie użycia siły bezpośrednio wobec ofiary i/lub w formie zaniedbania. Związana jest ze stresem osoby stosującej przemoc (członków rodziny osoby starszej, jej opiekunów). Należy wspomnieć, że część osób starszych w przeszłości sama stosowała przemoc wobec swoich aktualnych opiekunów – najczęściej dzieci. Co oznacza, że w przeszłości opiekunowie i seniorzy żyli w rodzinach, które doświadczały różnych problemów, trwały w kryzysach np. uzależnienia, chorób somatycznych, psychicznych, w kryzysie przemocy.

Czynnikami ryzyka wystąpienia przemocy są:

- izolacja społeczna osoby starszej – niski poziom lub brak wsparcia społecznego (brak partnera, samotne zamieszkanie),
- wcześniejsze doświadczenia traumatyczne osoby starszej (np. przemoc),
- niepełnosprawności seniorów różnego rodzaju (intelektualna, ruchowa itp.),
- choroby (somatyczne i psychiczne),
- stany demencyjne osoby starszej,
- wiek (50.–60. rok życia),
- płeć żeńska,
- pochodzenie etniczne osoby starszej,
- niski przychód,
- bezrobocie, brak świadczeń finansowych,
- wspólne zamieszkiwanie z dalszą i/lub bliższą rodziną (kuzynami, rodzeństwem, dziećmi),
- bezdomność osoby starszej,
- stereotypy i przekonania na temat funkcjonowania osób starszych (braku zdolności rozumowania, braku zaradności itp.).

Do występowania przemocy wobec osoby starszej może przyczynić się:

- bezradność,
- słabość,



- pogorszony stan psychiczny (np. depresyjność po odejściu na emeryturę),
- uzależnienie osoby starszej od innych, np. od dzieci, u których mieszka,
- samotność,
- poczucie winy wynikające ze świadomości swoich ograniczeń,
- nadmierne obciążenie osoby zajmującej się opieką nad starszą osobą.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Rozpoznanie objawów stosowania przemocy wobec osób starszych, niesamodzielnych

W sondażu z 2015 roku aż 43% ankietowanych Polaków przyznało, że zna przypadek stosowania przemocy wobec osoby starszej. Na co zwrócić uwagę, gdy podejrzewamy, że w naszym otoczeniu jest ktoś, kto doznaje krzywdy?

Objawami przemocy fizycznej, które mogą świadczyć o tym, że osoba starsza, niesamodzielna doświadczyła jej, są: odleżyny, rany, wyraźne braki w higienie osobistej i zaniedbania w dbałości o wygląd fizyczny osoby starszej oraz wszelkie znaczne podrażnienia skóry, wysypki, bolące miejsca, znacząca niejasna i/lub nagła utrata masy ciała, wyraźny głód, czy pragnienie, jak również zasinienia, nacięcia, złamania itp. Innym objawem świadczącym o doświadczaniu ataków fizycznych jest wyraźna zmiana w zachowaniu osoby starszej.

Objawami przemocy psychicznej, doświadczanej przez osobę starszą, niesamodzielną mogą być: znaczące obniżenie nastroju, depresja, nerwowość, pobudzenie, impulsywność, lękliwość, labilność emocjonalna, strach, alienowanie się, wpadanie w gniew lub apatyczność; obniżone poczucie własnej wartości, niski poziom pewności siebie. Wyrazem takich doświadczeń może być również brak ufności, znaczne obawy przed kontaktem z opiekunem. Także generalna niechęć do

kontaktu, małomówność. Bywa również, że osoby zamykają się w sobie, nie odpowiadają na pytania o ich sytuację domową, kiedy jednocześnie wcześniej wypowiedziały aluzję na temat ewentualnie występującego problemu. Wcześniej dużo mówiąca pani – a w ostatnim czasie: zamknięta w sobie, załęczniona; dawniej – stonowany, spokojnie się wypowiadający pan – w ostatnim okresie: pobudzony, dużo, nieskładnie mówi – to przykłady, które mogą wskazywać na to, że osoba starsza doświadcza kryzysu psychicznego. Znaczna zmiana w funkcjonowaniu emocjonalnym seniora może być wskaźnikiem doświadczenia urazów w sferze psychicznej.

O wystąpieniu **przemocy seksualnej** może świadczyć: choroba weneryczna, wyraźne podrażnienia i rany organów płciowych i innych części ciała; infekcje układu moczowego; zniszczone ubrania i zakrwawione części ciała. Również wyraźny dyskomfort osoby starszej podczas siadania, poruszania się. A także widoczne zmiany w zachowaniu, reakcjach emocjonalnych, które

po połączeniu różnych objawów i sytuacji – doprowadzają do podejrzenia, że taki rodzaj przemocy występuje (np. osoba starsza reaguje silnym lękiem i niechęcią wobec pomocy w higienie osobistej czy w załatwianiu potrzeb fizjologicznych). Sprawcami przemocy seksualnej są często partnerzy, wieloletni mężowie, żądający spełniania „obowiązku małżeńskiego”.

Przemoc ekonomiczną można rozpoznać po tym, że osoba starsza nie dysponuje żadnymi pieniędzmi, dokonała nagłych zmian w testamencie albo wzięła pożyczkę czy kredyt w banku. Sprawcy wykorzystują niewiedzę i bezradność osób starszych w celu nabycia uprawnień do korzystania z zasobów materialnych, tytułów własności osób starszych. Sprawcy m.in. dokonują innych działań ograniczających zdolność prawną seniora (ograniczenie praw, ubezwłasnowolnienie) w celu nabycia korzyści majątkowych. Starsze osoby narażone są na wykorzystanie ze strony tzw. łowców spadków czy „miłośników starszych partnerów”.

Przemoc instytucjonalna to przemoc, która może zawierać w sobie wszelkie powyżej opisane działania. Osoby starsze skarżą się na oszukiwanie, ignorowanie ich problemów. Doświadczają ograniczania należytej im uwagi i czasu, dużego niedostosowania różnych działań i rozwiązań do ich specyficznych potrzeb, zwracania się do nich po imieniu albo przy użyciu pozornie dobrotliwego „niech babcia/dziadek”, okazywania zniecierpliwienia i obrażanie ze względu na ich niepełnosprawności (np. niedosłyszenia, niedowidzenia, powolności). To także bagatelizowanie skarg, okazywanie braku szacunku, ośmieszanie zgłaszanych problemów, podważanie ich wiarygodności, naruszanie integralności fizycznej poprzez różnego rodzaju zabiegi medyczne (np. nieuzasadnione cewnikowanie), przymusowe czynności higieniczne; zakaz trzymania pamiętek; narzucanie porysnu, zmuszanie do budzenia się itp. Przemoc instytucjonalna ma miejsce również w sytuacjach zatrudnienia. Osoby starsze doznają dyskryminacji ze względu na wiek w różnego rodzaju instytu-

cjach, firmach na przykład poprzez odmawianie zatrudnienia ich na umowę o pracę i/lub obciążanie ich nadmierną ilością obowiązków. W ośrodkach rekreacyjnych czy miejscach zajmujących się kulturą/sztuką osoby starsze mogą spotkać się z celowym niedostosowaniem do ich możliwości i potrzeb. Napotykać na utrudnienia, ograniczenia czy zakazy związane z ich specyficznym funkcjonowaniem. Poważnym problemem zgłaszanym przez osoby starsze (głównie kobiety) jest traktowanie ich na rynku pracy: ogromne problemy ze znalezieniem etatu w celu dopracowania do okresu emerytalnego, wykorzystywanie ich słabej pozycji przez pracodawców poprzez nadmierne obciążanie obowiązkami, złe traktowanie, „bo i tak nie znajdą pracy gdzie indziej”.

Innym rodzajem przemocy jest **przemoc symboliczna**. Polega ona na wymuszaniu na ludziach w wieku senioralnym zachowania, które wygodne jest dla grupy dominującej, np. w środowisku pracy. To dyskredytowanie osób starszych, zmuszanie do noszenia oczekiwanego stroju, wymuszanie określonego sposobu bycia, używania specyficznego języka. Przymus ten jest wspierany naruszaniem praw osobistych, izolowaniem danej osoby, grożeniem. Wykorzystywane do tego jest dzielenie grup w danym środowisku, porównywanie, gratyfikowanie niektórych grup, dyskredytowanie, dyskryminowanie i karanie osób, które „nie dostosowały się”, nie podporządkowały narzucanym normom i zasadom – bez uwzględnienia realnych możliwości. Osoby starsze nierzadko ze względu na swoje ograniczone możliwości ruchowe oraz znaczną zależność od innych doznają różnego rodzaju cierpień. Skrajnym przykładem przemocy jest dążenie przez sprawców do eksterminacji osoby starszej, tj. planowe doprowadzenie do pogorszenia stanu zdrowia osoby starszej, które ma na celu zakończenia życia osoby starszej.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Jak zapewnić komfortowe warunki snu i wypoczynku opiekunowi oraz podopiecznemu?

Okazuje się, że to biologia, a nie nieczułość mężczyzn sprawia, że kobiety budzą się nawet na ciche kwilenie niemowlaka, podczas gdy mężczyźni najszybciej wyrywa ze snu dźwięk alarmu z samochodu, wycie wiatru, brzęcząca mucha. W toku ewolucji kobiety zostały ukształtowane do ochrony potomstwa, panowie zaś – do dbania o bezpieczeństwo rodziny. Pewne dźwięki budzą obie płcie na równi, a są nimi odgłosy ulicznych bójek i chrapanie partnera.



Zanim sięgniemy po środki farmakologiczne, powinniśmy zapoznać się i zacząć przestrzegać zasad zdrowego spania. Higiena snu i wypoczynku u osób starszych oznacza tworzenie optymalnych warunków środowiskowych. Najważniejsze zasady to m.in.:

- Brak telewizora w sypialni – niebieskie światło reguluje poziom melatoniny i zakłóca sen.
- Sypialnia powinna być cicha, ciemna, wygodna. Nie może być w niej ani za ciepło, ani za zimno. Temperatura w pomieszczeniu powinna być przyjemna, a wilgotność wystarczająco wysoka. Hałas, niewygodne łóżko czy oglądanie telewizji w łóżku mogą utrudniać zasypianie, podobnie wieczorna praca przy komputerze.
- Odpowiedni materac – najlepiej przy zakupie wypróbować go przez kilka nocy.
- Odpowiednia bielizna osobista i pościelowa (np. grubość kołdry), dobrane do pory roku, warunków panujących w sypialni.
- Dobranie produktu chłonnego (o wysokiej chłonności), który pozwoli na komfortowy sen bez zbędnego wybudzania podopiecznego z nietrzymaniem moczu na zmianę pieluchomajtek z powodu pocucia wilgotności.
- Ochrona na uszy – odgłosy akustyczne o natężeniu 40 decybeli (dB) wpływają na autonomiczny układ nerwowy i generują stres. Z reguły do wybudzenia się dochodzi przy hałasie o natężeniu 60 dB lub więcej.
- Budzik lub zegarek należy ustawić w taki sposób, aby nie można było stale na niego patrzeć.
- Należy trzymać się ustalonego rytmu snu i aktywności, jeśli możemy powinniśmy kłaść się spać i wstawać codziennie o tej samej porze, nawet w weekendy.
- Ćwiczenia fizyczne należy uprawiać w ciągu dnia. Powinno się unikać ćwiczeń na 5 do 6 godzin przed położeniem się spać, ponieważ działają one pobudzająco na organizm i mogą utrudniać zaśnięcie.
- Wskazane jest dbanie o zdrowy tryb życia – ograniczenie używania kofeiny i nikotyny. Mają one bowiem stymulujące działanie, które utrzymuje się do 8 godzin, co utrudnia zaśnięcie. Również alkoholu nie powinno się spożywać przed położeniem się spać – wieczorny drink może pomóc zasnąć, ale przynosi płytki sen.

- Wieczorem nie należy się przejadać – spożywanie obfitych posiłków oraz stosowanie używek przed położeniem się spać utrudnia zasypianie i może spowodować niestrawność, zakłócając sen. Należy unikać produktów o podwyższonej zawartości białka, tłuszczu, bogatych w cukry proste. Bowiem produkty obfitujące w te składniki znacznie wydłużają czas trawienia, a co za tym idzie, powodują problemy z zaśnięciem. Kolację najlepiej spożyć nie później niż dwie, trzy godziny przed snem. Warto zadbać również o to, aby tuż przed snem nie wypijać dużych ilości płynów. O odpowiednim nawodnieniu należy pamiętać w ciągu dnia, a podaż płynów rozłożyć tak, by na noc ograniczyć ich spożycie.
- Należy unikać przyjmowania leków mogących zakłócać lub opóźniać sen bezpośrednio przed położeniem się spać (jeśli to możliwe należy je przyjmować wcześniej).
- Drzemki w ciągu dnia utrudniają zasypianie, przez co poczucie senności pojawia się zdecydowanie później, przy problemach z zaśnięciem powinno się ich unikać. Skłonność do drzemania często jest wyrazem nudy i warto podopiecznym zapewnić angażującą aktywność, szczególnie po południu.
- Dobre rezultaty może przynieść dbanie o relaks przed snem. Warto się odprężyć. Relaksująca aktywność – słuchanie muzyki lub czytanie – może stać się rytuałem przed położeniem się spać. Bardzo dobrym rozwiązaniem są krótkie spacery (zwłaszcza na łonie natury), które obniżają poziom stresu.
- Gorącą kąpiel przed udaniem się spać jest również dobrym sposobem – ciepła woda wzmacnia senność i pomaga się zrelaksować.
- Ważne jest światło słoneczne – należy zadbać o to, by co najmniej 30 minut dziennie przebywać na zewnątrz, w świetle dziennym.
- Warto stworzyć pewne rytuały, dające poczucie bezpieczeństwa i przez długi czas ułatwiające samodzielność, zwłaszcza osobom z demencją. Zawsze o tej samej porze kolacja, wieczorna toaleta, kładzenie się spać.
- Kiedy nie można zasnąć, trzeba się czymś zająć – nie należy pozostawać w łóżku, jeśli sen nie nadchodzi w ciągu 30 minut od położenia się spać. Jeśli pomimo przestrzegania tych za-

sad nadal pozostaje problem z zaśnięciem, należy zaczerpnąć opinii lekarza.

Sen to nieodłączny element życia każdego człowieka. Dzięki niemu organizm ma możliwość regeneracji, zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychicznym. Jednak aby wypoczynek był skuteczny i w pełni efektywny, warto zadbać o optymalne warunki do spania. Wbrew pozorom, to nie tylko właściwe łóżko, materac i pościel, ale także wiele innych czynników. Uwzględnienie ich wszystkich w odpowiednim stopniu pozwoli na zapewnienie w pełni komfortowego miejsca wypoczynku. Co warto uwzględnić, projektując swoją sypialnię czy kącik do spania? Na co zwracać uwagę układając się do snu, a także jak efektywnie wypoczywać śpiąc poza domem?

Urządzanie sypialni pod kątem komfortowego snu

Sypialnia to w niemal każdym domu miejsce relaksu i nocnego odpoczynku. O ile zwykle urządzając ją, myślimy o tym, jaki styl i estetykę przyjąć, dla optymalnego nocnego wypoczynku najistotniejsze będzie komfortowe miejsce do snu. Wygodne łóżko powinno mieć odpowiednią szerokość. Dla jednej osoby nie powinno być węższe od 80 cm, dla dwóch – 140 cm. Również długość powierzchni spania ma znaczenie – z reguły przyjmuje się, że musi być większa o co najmniej 20 cm od wzrostu człowieka. Ważny jest stopień sprężystości posłania, co w przypadku materaca zależne jest także od stelaża pod materac. Jeżeli tylko mamy możliwość snu na materacu, nie warto na nim oszczędzać. Kluczowe jest odpowiednie dobranie go pod kątem twardości. Oprócz tego na czym śpimy, istotne jest również to, czym się przykrywamy. Kołdra i poduszka muszą być dobrane do potrzeb, zaś pościel je okrywająca powinna być przyjemna w dotyku, trwała i ułatwiająca utrzymanie w czystości.

Dlaczego materac ma kluczowe znaczenie w wypoczynku?

Jeżeli na co dzień śpimy w łóżku z materacem, to on przede wszystkim wpływa na komfort wypoczynku. Powinien dobrze podparć kręgosłup w każdej pozycji, jaką przyjmujemy podczas snu. Materac o dobrej twardości nie generuje napięć mięśniowych, pozwala na optymalne ułożenia ciała. Dodatkowo, może posiadać właściwości relaksujące, odprężające. Współczesne materace sprężynowe, piankowe czy o warstwowych, łączonych

konstrukcjach to zaawansowane modele, mające szereg dodatkowych funkcjonalności. Antyalergiczne, ortopedyczne, sprzyjające rozluźnieniu – opcji jest sporo. Aby wybrać odpowiedni materac dla siebie, warto zapoznać się ze wszystkimi możliwościami.

Jak zamienić rozkładaną kanapę w wygodne łóżko?

Nie każdy ma jednak możliwość spania we własnym, klasycznym łóżku z materacem. W wielu sytuacjach trzeba się zadowolić rozkładanym tapczanem czy łóżkiem tapicerowanym, z wbudowanym materacem sprężynowym. Są jednak sposoby na to, by takie miejsce do snu było równie komfortowe, co klasyczne łóżko. To przede wszystkim zakup kompaktowego materaca nawierzchniowego, tak zwanego topmateraca. Może on zapewnić pożądane właściwości nie do końca wygodnemu pościeli. Podobną funkcję może pełnić także cieńszy materac z pianki memory, lateksowy czy z pianki HR. Warto także zadbać o odpowiednio dobraną poduszkę pod głowę, o dostosowanym do rodzaju odpoczynku stopniu miękkości i kształcie.

Optymalne warunki do spania – na co zwrócić uwagę?

W sypialni powinna być odpowiednia wentylacja i temperatura oraz wilgotność powietrza. Choć jest to kwestia nieco indywidualna, to jednak za normy przyjmuje się zakres temperatur od 18 do 22°C, a wilgotności 40-60%. Nieco wyższe temperatury mogą być zalecane dla najmłodszych dzieci, zaś o wilgotność warto zadbać w szczególności w czasie sezonu grzewczego. Na właściwy sen wpływa także brak światła w otoczeniu oraz odpowiednia cisza. Zewnętrzne źródła światła warto zasłonić zaciemniającymi zasłonami, w szczególności gdy wypoczynek planujemy na godziny z naturalnym światłem. Jeżeli mamy świadomość, że w trakcie naszego snu może zakłócić go jakiś hałas, warto zaopatrzyć się w zatyczki do uszu. Istotne może być również odłączenie od zasilania urządzeń elektronicznych w najbliższym otoczeniu, gdyż mogą one wpływać negatywnie na jakość snu.

Wypoczynek poza domem – jak zapewnić sobie komfortowy sen?

Podczas przebywania poza miejscem zamieszkania zwykle nie mamy większego wpływu na warunki spania. O ile możemy wybrać standard pokoju hotelowego czy nawet wielkość łóżka, tak na



szczegółowe jego parametry nie mamy większego wpływu. W hotelach czy pensjonatach stosowane są najczęściej łóżka, materace i pościelenie o parametrach idealnych dla ludzi o przeciętnym wzroście i wadze. I o ile nie będziemy w stanie sprawić, że łóżko będzie bardziej miękkie czy twarde, tak zadbanie o zatyczki do uszu czy maskę na oczy, poprawiające komfort snu w niesprzyjających warunkach, nie jest trudne. Warto również w takich sytuacjach pamiętać o standardowych dla siebie przyzwyczajeniach, ułatwiających zasypianie. Jeżeli zawsze przed snem bierzesz długi prysznic czy czytasz książkę, nie zapomnij zrobić tego także wtedy, gdy jesteś poza domem.

Sposoby na komfortowy sen i wypoczynek bywają różne. Warto mieć na uwadze, że to od jakości snu zależy ilość energii do działania w ciągu dnia, a w łóżku spędzamy blisko trzecią część całego życia. Dlatego też zapewnienie sobie optymalnego komfortu powinno być jednym z ważniejszych celów, na którym nie warto oszczędzać.

Piśmiennictwo:

Odachowska A. Dobro jakie daje sen. *Opiekun* 2018, 4: 55-57.

Przybyło I. Sensacyjna wartość snu. *Medi* 2019, 2(79): 38-42.



Co doradzić opiekunowi, aby mógł pomóc starszej osobie z problemami ze snem?

Dlaczego należy dbać o dobro, jakie daje sen? Co robić, by poprawić komfort i jakość snu - tak, aby zapewniał nie tylko wypoczynek, ale zdrowie i dobrostan osób starszych oraz służył kreowaniu kultury regenerującego snu?

Z upływem lat i w związku z obniżeniem aktywności życiowej potrzeba snu może być mniejsza. Warto zatem, jeśli pozwala na to stan zdrowia, a podopieczny wykazuje chęci, **angażować seniora** w codzienne zajęcia, a nawet drobne prace domowe. Praca opiekuna osoby starszej to również towarzyszenie podopiecznemu i wspólne spędzanie czasu. Warto wybrać się na spacer, posiedzieć w ogrodzie – czas na świeżym powietrzu i aktywność dobrze wpłyną na samopoczucie zarówno podopiecznego, jak i opiekuna. Dobrym pomysłem na organizację czasu i jego urozmaicenie jest rozrywka, jednak lepsze od wspólnego oglądania telewizji, czytania czy słuchania muzyki będą absorbujące gry – planszówki, puzzle, klocki lub karty. Na pewno sprawią, że dzień będzie ciekawszy, a więc podopieczny uniknie niepotrzebnych drzemek, które wynikają głównie ze zmęczenia i znużenia.

To właśnie drzemki dezorganizują dzień i mogą powodować problemy z zaśnięciem wieczorem lub krótszy czas snu nocnego. Dla osób starszych,

których z przyczyn naturalnych (na przykład zmniejszonego wydzielania melatoniny) dotyczy problem spłycenia i skrócenia snu oraz pogorszenia się jego regulacji, w walce z bezsennością ważny jest stały rytm dobowy, w tym wyznaczone pory snu. Spontaniczne, długie drzemki (np. przy telewizorze) mogą sprawić, że zasypianie pod wieczór będzie utrudnione. Trudno oczekiwać od osoby, która zregenerowała się snem w ciągu dnia, żeby spała długo i dobrze w nocy. Trudno również traktować i leczyć taką sytuację, jakby była to bezsenność.

Recepta na sen osoby starszej

Trudności ze snem mogą być uciążliwe. Najprostszym, doraźnym sposobem na tę dolegliwość są środki nasenne, jednak ich lekkomyślne, dłuższe stosowanie może pogłębić problem, zamiast go zlikwidować. Mają one wyłącznie objawowe działanie, z czasem tracą na skuteczności i mogą prowadzić do uzależnienia. Preparaty o naturalnym składzie, jak i inne specyfiki bez recepty mogą wydawać się niewinne, ale również one mogą

powodować wystąpienie efektów niepożądanych i interakcję z lekami, a także prowadzić do upadków. Właśnie dlatego problemy ze snem u seniora należy komunikować rodzinie podopiecznego lub służbom medycznym. Bezsenność najczęściej nie jest chorobą, ale może mieć **związek z chorobą lub leczeniem**, dlatego to lekarz powinien stwierdzić, co jest jej przyczyną oraz zoptymalizować terapię. Samodzielnie podjąć można za to nefarmakologiczne próby walki z bezsennością, oparte m.in. na:

- przestrzeganiu rytmu okołodobowego,
- higienie snu,
- technikach relaksacyjnych,
- kontroli bodźców.

Częstym problemem seniorów jest nieodpowiednia higiena snu. Co może pomóc?

Trzeba pamiętać, że do sprzymierzeńców snu należą **stałe pory i komfortowe warunki**. W miarę możliwości, senior powinien udawać się na spoczynek i wstawać o stałych godzinach oraz powstrzymać się od drzemek. Drzemki rozregulowują rytm dnia. Należy ich unikać, zapewniając zajęcie, które zaangażuje podopiecznego, gdyż obok zmęczenia, nuda jest przyczyną drzemania. W ciągu dnia drzemka może mieć miejsce jeden raz i nie dłużej niż 30 minut. Aby nie utrudniać zasypiania, należy **ograniczyć bodźce i emocje**. Jeśli wieczorna toaleta wiąże się z niepokojem lub agresją, można nie wykonywać jej bezpośrednio przed położeniem seniora, ale nieco wcześniej, aby emocje zdążyły opaść. Najlepiej unikać aktywności i tematów, które mogą wprowadzić seniora w stan pobudzenia i powodować napięcie. Warto pomóc seniorowi w stopniowym wyciszeniu się, ograniczając impulsy takie, jak hałas czy światło w domu. Z wiekiem zwiększa się wrażliwość snu na hałas i światło. Odpowiednia ilość światła reguluje wydzielanie odpowiedzialnej za sen melatoniny. Aby jej wytwarzanie w organizmie przebiegało prawidłowo, podopieczny powinien mieć zapewnioną dużą ilość dziennego światła za dnia i spać w wystarczająco zaciemnionym pomieszczeniu w nocy – tak, aby nie obudziło go wchodzące słońce. Należy zamknąć okno, by odgłosy z ulicy nie budziły podopiecznego. Można na noc pozostawić zapalone lampki nocne lub lampki wtykowe w łazience, korytarzu i pokoju sypialnym, aby ułatwić podopiecznemu znalezienie pomieszczenia, do którego chce się

udać. W **stacjonarnych domach opieki** można monitorować poziom hałasu za pomocą specjalnych aplikacji (dopuszczalny poziom do 60 decybeli). Podopiecznym w tych miejscach najbardziej przeszkadzają głośne rozmowy personelu oraz zamieszanie w sytuacjach alarmowych. W związku z tym, można przeorganizować sposób, jaki zmienia się personel w ośrodkach, zredukować poziom hałasu w najgłośniejszych pomieszczeniach (jak stołówka, kuchnia), zminimalizować korzystanie z systemu alarmowego/przyzywowego, wpłynąć na osoby najbardziej hałasujące. Podopiecznych przebywających w ośrodkach najczęściej wybudza stałe oświetlenie w korytarzu oraz włączanie oświetlenia przy okazji różnych obchodów, a w ciągu dnia przeszkadza im niedobór światła. Można zatem w korytarzach zastosować automatyczną regulację oświetlenia, w nocy wykorzystywać łagodne pomarańczowe światło, a w dzień regularnie otwierać żaluzje, zachęcać podopiecznych, by jak najwięcej przebywali na zewnątrz, na słońcu, korzystając z dziennego naturalnego światła. Ostatni posiłek powinien być lekkostrawny i nie powinien być spożywany przez seniora bezpośrednio przed położeniem się. Alkohol, kawa (kofeina), mocno przyprawione potrawy lub słodkie napoje mają działanie pobudzające. Najlepszym napojem na wieczór jest woda. W zasypianiu może pomóc zasłonięcie okien i cicha, spokojna muzyka lub czytanie do snu. Komfort snu może poprawić wentrowienie sypialni, odpowiednia temperatura, wygodne łóżko, czysta pościel, czysta, bawełniana, przewiewna bielizna osobista. Ważna jest staranna kontrola temperatury w sypialni, gdyż zbyt wysoka lub zbyt niska może prowadzić do przebudzeń. Jeśli podopieczny doświadcza nietrzymania moczu, może budzić się w nocy, kiedy będzie odczuwać wilgoć. Należy mu zapewnić produkty/wyroby higieniczne, np. pieluchomajtki o większej chłonności. Jedną z przyczyn pobudek i aktywności w nocy jest trudność z odróżnianiem pory dnia. Podopieczny myśli, że skoro przebudził się, to pora wstać. Zasłonięcie zasłony każdej nocy i odsłonięcie w trakcie dnia mogą być jednym z sygnałów pomagających określić pory dnia. Pomocne może okazać się umieszczenie dużego, wyraźnego zegara, widocznego już z łóżka. Obudzony w nocy podopieczny może zauważyć swoje ubrania i dojść do wniosku, że czas się ubrać i zacząć kolejny dzień. Dlatego na noc należy chować jego odzież do szafy. Na komfort snu wpływa też ból. Kluczem do pokonania tego problemu jest

zidentyfikowanie źródła bólu, podawanie środków przeciwbólowych o długim czasie działania, włączenie ich do planu leczenia, aromaterapia, masaże. Problem ze snem może również wynikać ze zbyt częstej (co 2 godziny) zmiany pozycji w ciągu nocy. Tutaj ważne jest indywidualne określenie, ile czasu podopieczny może pozostać w jednej pozycji ze względu na kondycję skóry (ryzyko odleżyn) i stopniowe wydłużanie tego czasu. Przyjmowane leki (np. moczopędne) mogą przyczyniać o bezsenność w związku z potrzebą korzystania w nocy z łazienki – można zmodyfikować czas podawania leków (najpóźniej w południe), aby wydłużyć ciągłość nocnego odpoczynku. Zła noc dla podopiecznego, to trudna noc i trudny dzień dla opiekuna, dlatego warto spróbować te metody.

Sen opiekuna osoby starszej

Sen opiekuna w dużej mierze związany jest z tym, jak noc przesypia podopieczny. Nie zawsze można też synchronizować obowiązki domowe z potrzebą snu, ale dla ogólnej jakości snu opiekun seniora powinien starać się stosować zasady jego higieny również w stosunku do siebie. W miarę możliwości, warto pilnować reguł związanych z kładzeniem się i wstawaniem o podobnych porach. Warto nie jeść o późnych porach i nie pić kawy w drugiej części dnia. Warto też wyciszyć się po tym, jak podopieczny pójdzie już spać, nie przedłużać do późna czasu z telefonem czy przed telewizorem, starać się nie myśleć o minionym dniu i nie wspominać stresujących sytuacji. W razie trudności z zaśnięciem lepiej nie zerkać na zegarek i nie zmuszać się do spania, ponieważ prowadzi to tylko do irytacji i może pogłębić problem.

Bezsenność u osoby starszej – kiedy i jak należy reagować? Farmakoterapia

Konieczność leczenia starszej osoby nieśpiącej w nocy zależy od tego, jak przedstawia się jej samopoczucie w ciągu dnia. Każdy senior, który czuje się zmęczony w ciągu dnia i nie może w sposób zadowalający wykonywać codziennych czynności, powinien poddać się leczeniu. Pierwsze kroki to edukacja pacjenta i wskazówki dotyczące higieny snu. Jeśli to nie wystarczy, należy rozważyć farmakoterapię. Polecane są przede wszystkim dobrze tolerowane preparaty ziołowe, które poprawiają subiektywnie odczuwaną jakość snu, są dobrze tolerowane. Wybór preparatu należy uzależnić od wieku pacjenta, ryzyka wy-



stąpienia działań niepożądanych czy tolerancji już przepisanych farmaceutyków. Należy również ocenić rozwój tolerancji i odstawienia leku. Ponadto, lekarz w pierwszej kolejności powinien rozważyć przepisanie łagodnych leków nasennych, np. melatoniny. Melatonina, łagodny lek bazujący na naturalnej substancji regulującej rytm snu i czuwania, to dobra opcja dla osób starszych. Leki nasenne w większości przypadków nie wywołują snu fizjologicznego. Środki nasenne, tj. benzodiazepiny, należy podawać ostrożnie, przez ograniczony czas. Mogą wywołać uzależnienie od leków nasennych i spowodować zwiększone ryzyko upadków i złamań u osób starszych. W przypadku interwencji psychologicznej, do jednego z pierwszych sposobów leczenia należy terapia poznawczo-behawioralna połączona z nauką metod relaksacji, kontroli bodźców lub restrukturyzacji poznawczej. Wspomniane techniki często są ze sobą łączone. Pomocna może być również joga, medytacja lub trening autogenny.

Piśmiennictwo

Odachowska A. Dobro jakie daje sen. Opiekun 2018, 4: 55-57.

Przybyło I. Sensacyjna wartość snu. Medi 2019, 2(79): 38-42.

W jaki sposób zapobiec geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu u podopiecznego?

Błędy jatrogenne to działania członków personelu medycznego i opiekunów nieformalnych, które szkodzą zdrowiu podopiecznego. Mogą doprowadzić do zmiany zachowania podopiecznego, pogorszenia choroby podstawowej, wydłużenia czasu leczenia, rozwoju nowych chorób, kalectwa, a nawet śmierci podopiecznego.

Błędy jatrogenne mogą spowodować pogorszenie stanu zdrowia nie tylko fizycznego, lecz także psychicznego. Może nawet dojść do rozwoju zaburzeń psychicznych, np. nerwic lękowych, fobii. Błędy jatrogenne mogą pojawić się etapie komunikowania (przekazywania i odbioru informacji), badania, leczenia, pielęgnowania, mogą obejmować niewłaściwą postawę wobec podopiecznego. Błędem jatrogennym będzie więc:

- krytykowanie, ocenianie i obwinianie podopiecznego przez lekarza, pielęgniarkę, opiekuna, itd.;
- używanie niezrozumiałego języka, niejasne i nieprecyzyjne informowanie podopiecznego (źle zrozumiana informacja może być odebrana jako zagrożenie i spowodować nieuzasadniony niepokój pacjenta);
- nieinformowanie podopiecznego o jego stanie zdrowia (brak informacji może prowokować silny lęk i pogorszenie jego samopoczucia);
- straszenie w celu zmotywowania podopiecznego;
- przedmiotowe traktowanie podopiecznego – prowadzenie ważnych rozmów z podopiecznym w obecności osób postronnych itp.;
- nieodpowiednie podawanie leków, prowadzące niekiedy do farmakomanii. Ryzyko to pojawia się przy równoczesnym podawaniu dwóch lub więcej leków. Może dojść do niepożądanego interakcji leków, która polega na osłabieniu/nasileniu ich działania lub pojawieniu się objawów toksycznych (jatrogenia lekowa);
- rozwój nowej choroby (choroby jatrogennej) wskutek leczenia choroby pierwotnej;
- wykonywanie operacji lub innego rodzaju leczenia bez odpowiednich wskazań.

Błąd jatrogenny może popełnić opiekun, który zaniedbuje swoje obowiązki. Na przykład podczas opieki nad nieprzytomnym, niesamodziel-



nym podopiecznym. Konsekwencją mogą być odparzenia, odleżyny, zwichnięcia stawów (zwłaszcza barkowych), zerwanie lub uszkodzenie mięśni i ścięgien, a nawet uszkodzenia gałek ocznych. Nieprzestrzeganie zasad higieny może również doprowadzić do zakażenia. Przykładami błędów jatrogennych będą: pozbawianie podopiecznego snu i wypoczynku (np. zrywanie podopiecznego o 5 rano w celu zmierzenia temperatury czy zmiany pieluchomajtek), głośne rozmowy, trzaskanie drzwiami itp.

Geriatryczny zespół jatrogenny: zapobieganie

Problemy lekowe są nasilone bardzo często przez niewłaściwie zlecone leczenie, które wywołuje dolegliwości określane jako jatrogenny zespół

geriatryczny. Takie schorzenia stanowią aż 30% problemów w geriatrici i często są przyczyną hospitalizacji osób w podeszłym wieku.

Polifarmakoterapia, politerapia to właściwe postępowanie terapeutyczne, polegające na świadomym, bezpiecznym i skutecznym leczeniu pacjenta/podopiecznego kilkoma lekami. Przewaga stosowania politerapii nad monoterapią w przypadku wielu chorób wynika głównie z wykorzystania odmiennych mechanizmów działania leków, co pozwala na zastosowanie niższych dawek, ograniczenie skutków ubocznych i osiągnięcie korzystniejszych efektów leczniczych. Niestety, w ostatnich latach coraz częściej odnotowuje się wprowadzanie terapii złożonych, które nie mają uzasadnienia naukowego. Dodatkowo, ilość stosowanych leków wśród populacji zwiększa się ze względu na ich nadużywanie i stosowanie poza wskazaniami, a także powszechne zjawisko samoleczenia.

Nieracjonalne, szkodliwe stosowanie wielu leków równocześnie określane jest jako **polipragmazja**, niewłaściwa terapia lekowa. To przyjmowanie przez chorego więcej niż 5 leków jednocześnie. Bardzo ważnym terminem w zjawisku polipragmazji jest **kaskada farmakologiczna**, czyli leczenie dolegliwości wynikających z działań niepożądanych leków poprzez włączanie kolejnego leku. Jednym z najprostszych przykładów są obrzęki występujące przy stosowaniu blokerów kanałów wapniowych, które są leczone diuretykami. Te leki z kolei przyczyniają się do hiperurykemii i napadów dny moczanej, w przypadku których stosowane są leki przeciwbólowe. Związki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), stosowane długotrwale, są przyczyną dyspepsji i mogą prowadzić do rozwoju choroby wrzodowej, w związku z czym zalecane jest jednoczesne przyjmowanie inhibitorów pompy protonowej (IPP). W ten sposób, stosowanie jednej grupy leków powoduje włączenie do terapii trzech kolejnych. Każda z nich może wywoływać dodatkowo inne skutki uboczne, takie jak ból głowy, biegunki czy wymioty, co w większości przypadków spowoduje sięgnięcie przez pacjenta po leki bez recepty (OTC). Także dostępność na rynku wielu **generyków** powoduje, że pacjenci niejednokrotnie stosują dwa preparaty pod inną nazwą handlową, zawierające te same związki aktywne.

Uwzględniając przyczyny oraz konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne polipragmazji, należy dołożyć wszelkich starań, by zapobiegać temu

zjawisku. Istotną rolę w walce z tym problemem przypisuje się nie tylko lekarzom, ale również farmaceutom, pielęgniarkom, opiekunom. Kontrola liczby i jakości przyjmowanych leków powinna być zainicjowana podczas każdej wizyty, ze zwróceniem uwagi na nazwy substancji leczniczych w lekach generycznych. Niezbędne jest także staranne zebranie wywiadu dotyczącego przyjmowanych leków bez recepty (OTC), ponieważ pacjenci/podopieczni – często wprowadzeni w błąd przez agresywne kampanie reklamowe – nie widzą potrzeby poinformowania lekarza, pielęgniarki, opiekuna o ich przyjmowaniu. Nie są także świadomi ich wielokierunkowego działania i wpływu na leki stosowane z przepisu lekarza. Stosowanie zdublowanych preparatów i interakcje lekowe mogą zaobserwować również farmaceuci, realizując receptę i jednocześnie wydając preparaty OTC na życzenie pacjenta. Nawet krótka rozmowa z pacjentem/podopiecznym może pomóc wyeliminować zbędne preparaty, których stosowanie może obniżać skuteczność leczenia, a nawet szkodzić. Podczas rozmowy z pacjentem, farmaceuta może ocenić także skutki leczenia, co łatwo zaobserwować np. u osoby, która z przepisu lekarza zażywa silne leki przeciwbólowe, a z powodu braku ich skuteczności – dodatkowo prosi o wydanie leku przeciwbólowego z grupy OTC.

Zdarzają się również sytuacje przyjmowania przez pacjentów leków na dolegliwości, które już nie są odczuwalne (np. ból, nadkwasota, czy wyleczony stan zapalny). Zawsze należy rozważyć zaprzestanie lub modyfikację dotychczas stosowanych leków i ich dawek w przypadku wyleczenia lub wyraźnego zmniejszenia dolegliwości. W zalecaniu farmakoterapii lekarze powinni zawsze uwzględniać korzyści i ryzyko stosowania jednego leku zamiast kilku w leczeniu danego schorzenia. Dotyczy to również preparatów OTC i suplementów diety, a kontrolę nad ich wydawaniem mają przede wszystkim farmaceuci. Przewaga monoterapii nad politerapią dotyczy głównie leków, które mają dobroczynny wpływ na wiele schorzeń. Dobrym przykładem jest wykorzystanie plejotropowych właściwości ACEI (inhibitorów konwertazy angiotensyny) u chorych na cukrzycę typu 2, współistniejącą z chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością serca.

Szczególnie ważną rolę w zapobieganiu zjawisku polipragmazji przypisuje się kryteriom Beersa. Opisują one interakcje leków i działania niepożądane oraz szacują stosunek zysków do strat

w przypadku leczenia osób w podeszłym wieku. Kryteria Beersa proponują bezpieczną farmakoterapię, która uwzględnia różny stopień bezpieczeństwa, dzieląc leki na trzy grupy: grupę I – leki niepolecane po 65. roku życia (unika się ich stosowania), grupę II – leki, które nie powinny być stosowane u pacjentów po 65. roku życia w przypadku współistnienia niektórych schorzeń oraz grupę III – leki, których użycie powinno być ograniczone po 65. roku życia (stosuje się ostrożnie).

Przykładem leków z grupy I w rekomendacjach Beersa są nieselektywne inhibitory cyklooksygenazy (np. ketoprofen, diklofenak, naproksen), co oznacza, że leki te nie powinny być stosowane długotrwale w leczeniu pacjentów powyżej 65. roku życia, głównie z powodu zwiększonego ryzyka powikłań ze strony przewodu pokarmowego. Ograniczenie NLPZ (a w szczególności indometacyny) jest wyjątkowo istotne w grupie pacjentów o wysokim ryzyku, tj. chorych powyżej 75. roku życia leczonych glikokortykosteroidami, lekami przeciwzakrzepowymi i przeciwagregacyjnymi. Włączenie inhibitorów pompy protonowej (IPP) lub mizoprostolu redukuje wystąpienie niektórych powikłań, ale nie eliminuje ich całkowicie. Stanowią one natomiast dodatkowy lek w terapii, który sam również wywołuje działania niepożądane. Ponadto same leki z grupy IPP znajdują się na liście Beersa. Obecnie przyjmuje się, że długotrwałe leczenie inhibitorami pompy protonowej jest obarczone zwiększonym ryzykiem zakażeń *Clostridium difficile*, utratą masy kostnej oraz zwiększonym ryzykiem złamań (nawet o 25-50% w przypadku stawu biodrowego). W kryteriach Beersa wymieniane są ponadto interakcje leków z grupy NLPZ, które obniżają skuteczność leczenia chorych z nadciśnieniem tętniczym, zwiększając ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych.

Leki przeciwdepresyjne nie powinny być lekami pierwszego rzutu u osób chorujących jednocześnie na depresję i cukrzycę, ponieważ podwyższają one poziom noradrenaliny, która pogarsza kontrolę poziomu glukozy w surowicy poprzez wpływ na glikogenolizę w wątrobie i mięśniach oraz obniżenie produkcji insuliny. Jako kolejne przykłady leków potencjalnie szkodliwych u osób starszych można wymienić leki przeciwpsycho-

tyczne, które zwiększają ryzyko upadków (w wyniku ich działania sedatywnego i ortostatycznych spadków ciśnienia) oraz leków moczopędnych (zwiększających parcie na mocz, co wymusza częstą i szybką potrzebę skorzystania z toalety). Inną grupą leków niezalecanych u pacjentów geriatrycznych są leki o silnym działaniu cholinolitycznym, m.in. trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. Przykładem jest amitryptylina, która powoduje klinicznie istotne pogorszenie funkcji poznawczych oraz podwyższenie ryzyka majaczenia i nadmiernej sedacji. Stosowana przewlekłe u osób powyżej 65. roku życia może wywoływać hipotonię ortostatyczną zakończoną upadkami oraz nasilać objawy choroby wieńcowej. Ponadto, nie jest rekomendowane łączenie amitryptyliny z innymi lekami psychotropowymi (takimi jak benzodiazepiny, leki przeciwpsychotyczne, nasenne) ze względu na zwiększenie prawdopodobieństwa groźnych upadków.

Tak, jak rozpoznawać, tak i zapobiegać geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu nie jest łatwo. Jest to jednak jak najbardziej możliwe. Najbardziej istotne jest dokładne planowanie leczenia farmakologicznego u osób starszych. Przed włączeniem jakiegokolwiek nowego leku należy zwrócić uwagę na to, jakie środki zażywał on dotychczas i dobierać taki preparat, który nie będzie wchodził z nimi w interakcje. Uwagę należy zwracać także i na dawkowanie farmaceutyków. U osób starszych, szczególnie tych, które cierpią na zaburzenia czynności nerek czy wątroby, dawki leków nierzadko powinny być odpowiednio zmniejszone. W przypadku zaś tych pacjentów/podopiecznych, którzy są hospitalizowani, zawsze należy unikać zbyt długiego ich unieruchomienia. Powinni oni być nakłaniani do aktywności ruchowej. A gdy pacjent/podopieczny sam nie jest w stanie się poruszać, można u niego zredukować ryzyko geriatrycznego zespołu jatrogennego dzięki rehabilitacji.

Piśmiennictwo

Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.

Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I. Wielolekowość, choroby współistniejące i upadki u chorych z przewlekłą niewydolnością serca w wieku podeszłym. *Geriatria* 2014; 8: 1-12.

W odpowiedzi na potrzeby opiekunów rodzinnych

Miejskie Centrum Opieki w Krakowie oferuje wsparcie nie tylko w ramach stacjonarnych oddziałów opieki długoterminowej i paliatywnej. Podejmujemy również działania na rzecz poprawy jakości życia osób, które decydują się na podjęcie opieki nad bliskim samodzielnie, w warunkach domowych.

Trwa druga edycja projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi”, współfinansowanego ze środków unijnych oraz budżetu Gminy Miejskiej Kraków. Oznacza to, że już od ponad 2,5 roku tworzymy przestrzeń dla realizacji potrzeb, edukacji i wsparcia kolejnych opiekunów oraz ich bliskich.

Dzielimy się wiedzą i doświadczeniem

Dotychczasowe wyniki badań konsekwentnie wskazują na niezaspokojone potrzeby opiekunów rodzinnych, dotyczące uzyskiwania informacji i edukacji w zakresie różnych aspektów opieki nad bliskim (zwłaszcza w kwestiach pielęgnacyjno-higienicznych). Każda rodzina ma jednak swoje priorytety, a każdy opiekun poszukuje praktycznych wskazówek i rozwiązań, które okażą się skuteczne w jego konkretnej sytuacji. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, oferujemy indywidualne szkolenia opiekuńcze oraz specjalistyczne doradztwo w czasie wizyt domowych, w codziennym środowisku naszych podopiecznych.

Udostępniamy sprzęt medyczny

Dla tych, którzy poszukują sprzętu medycznego, pomocnego w opiece i rehabilitacji osoby niesamodzielnej, udostępniamy całkowicie bezpłatną wypożyczalnię sprzętu medycznego. Często to nie względy finansowe, a trudności związane z transportem i innymi kwestiami organizacyjnymi wpływają na dostępność potrzebnych urządzeń – dlatego dowozimy sprzęt do domu, a na miejscu pracownik wypożyczalni objaśnia możliwości jego zastosowania.

Zapewniamy możliwość odpoczynku

Opieka wytchnieniowa pozwala na zrobienie przerwy od codziennych wymagań związanych z opieką nad chorym lub niepełnosprawnym członkiem rodziny. W ramach projektu oferujemy tego rodzaju wsparcie w formie całodobowego

pobytu na oddziale opieki wytchnieniowej lub też kilkugodzinnych zajęć w Diennej Placówce Opieki i Aktywizacji. To nie tylko pomoc dla opiekuna, ale także możliwość aktywizacji i integracji dla podopiecznego:

– Pobyt mamy tutaj to dla mnie odskocznia, czas który mogę poświęcić na sprawy typowo domowe, rodzinne, wychowawcze. Mama jest oderwana od tego rytmu siedzenia w domu, monotonii. Psychicznie i ona inaczej się czuje, i my jako domownicy też się inaczej czujemy, bo mamy też trochę czasu dla siebie. A mama z zadowoleniem tu przyjeżdża. Może nie potrafi tego wyrazić, ale przyzwyczaiła się, to widać – zauważa pan Włodzimierz, jeden z beneficjentów naszego projektu, który wraz z córką sprawuje opiekę nad matką cierpiącą na chorobę Alzheimera.



Rekrutacja do projektu trwa! Więcej informacji na temat naszych działań znajdziesz na stronie, zachęcamy również do kontaktu telefonicznego pod numerem: **12 44 67 530** oraz mailowego: **centrumwsparcia@mco.krakow.pl**.

Jeżeli wiesz, że w Twoim otoczeniu jest ktoś, kto mógłby skorzystać z naszych usług – śmiało, daj mu znać!



Zapraszamy do skorzystania z naszych usług!

**Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki
w Krakowie, ul. Wielicka 267**

tel.: +48 12 44 67 530

e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

www.wsparciedlaopiekuna.pl

WSPARCIE JEST BEZPŁATNE dzięki dofinansowaniu 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.