

PORADNIK OPIEKUNA

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

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 5/2021 (9)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki
dla Osób Starszych, Przewlekle 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>Zespół słabości u osób starszych.....</u>	<u>4</u>
<u>Jak przeciwdziałać wystąpieniu zespołu słabości?</u>	<u>6</u>
<u>Opiekunie, uporać się z poczuciem winy</u>	<u>7</u>
<u>Objawy sugerujące uzależnienie od alkoholu u osób starszych.....</u>	<u>10</u>
<u>Leczenie osoby starszej, uzależnionej od alkoholu.....</u>	<u>12</u>
<u>Objawy sugerujące uzależnienie od leków u osób starszych</u>	<u>17</u>
<u>Zapobieganie uzależnieniu od leków i jego terapia u osób starszych.....</u>	<u>19</u>
<u>Opiekunie, uporać się ze zmęczeniem</u>	<u>20</u>
<u>Opiekunie, chroń swój kręgosłup</u>	<u>22</u>
<u>Opieka wytchnieniowa jako jedna z form wsparcia opiekunów</u>	<u>25</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
w ramach IX Osi Priorytetowej Region spójny społecznie



Rzeczpospolita
Polska



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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](#).

Za nami świąteczne i noworoczne emocje, a przed nami zadanie, by dzielnie przetrwać chłodne, krótkie dni i podmuchy lodowatego wiatru w wyjątkowym czasie – piątej fali epidemii koronawirusa SARS-CoV-2. Mając aptekę pod nosem zapominamy, że o odporność zimą możemy zadbać też bez kupowania środków farmakologicznych. Wystarczy się wysypiać, prawidłowo odżywiać, nie przegrzewać organizmu, ani go nie wyziębiać. Unikać osób przeziębionych i dużo przebywać na świeżym powietrzu. Skutecznymi zamiennikami środków farmakologicznych są zioła. Posiłki powinny zawierać cebulę i czosnek oraz przyprawy znane z właściwości antyseptycznych. To m.in. tymianek, goździki, cynamon, kminek oraz przyprawy rozgrzewające. Barierą chroniącą od zimowego przynębienia i frustracji jest dziurawiec. Warto go stosować w formie naparów do picia w dni bez słońca.

Bieżący numer rozpoczynamy od omówienia zespołu słabości, występującego w populacji osób starszych z przewlekłymi problemami zdrowotnymi i wiążącego się z postępującym obniżaniem się sprawności fizycznej. Jest to zespół fizjologiczny, charakteryzujący się zmniejszeniem rezerw i odporności na czynniki stresogenne. Wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań, takich jak utrata samodzielności, konieczność częstszych hospitalizacji, podatność na częstsze zachorowania czy nie-

kiedy nawet śmierć z powodu początkowo błahego powodu. Związane z wiekiem: wzrost stężenia markerów zapalnych, zaburzenia krzepnięcia, zmiany w układzie hormonalnym oraz utrata masy mięśniowej wydają się ściśle związane z powstawaniem tego zespołu. Poruszamy w tym numerze ciche, a groźne problemy – uzależnień od alkoholu i leków osób, które wycofały się z życia zawodowego, a tym samym szkód z tym związanych, sposobów profilaktyki i leczenia. Wiele ważnych treści odnajdziecie Państwo w tekście na temat sposobów, w jaki opiekun może uporać się z poczuciem winy i zmęczeniem oraz zadbać o swój kręgosłup. Opieka bowiem jest absorbująca, czasochłonna, wymusza rezygnację z własnych planów, nic więc dziwnego, że opiekunowie są zmęczeni, skarżą się np. na dolegliwości ze strony kręgosłupa. Może pojawić się u nich bezsilność, lęk, rozdrażnienie, apatia, niechęć do niesienia pomocy, a także poczucie winy.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzmy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa. Liczymy, że to wydanie okaże się dla Państwa cennym źródłem wiedzy. Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adresem: centrumwsparcia@mco.krakow.pl.

Życzymy miłej lektury!
Redakcja



Zespół słabości u osób starszych

Nie każdy z nas starzeje się w tym samym tempie. Choć samo starzenie i zmiany zachodzące wówczas w organizmie to nieuchronny proces biologiczny, jego przebieg może mieć różną dynamikę.

Gdy patrzymy na osoby czynne zawodowo w podeszłym wieku lub krzepkich seniorów, którzy po sześćdziesiątym roku życia rozpoczęli swoją przygodę ze sportem i kontynuują ją bez problemu przez następne dekady, możemy mówić o pozytywnym starzeniu się. Na drugim biegunie starości istnieje jednak zespół słabości – stosunkowo niedawno opisany przez medycynę syndrom związany nie tylko z samym procesem starzenia, ale również nakładającymi się na niego zespołami chorobowymi oraz postępującym upośledzeniem sprawności.

Frailty syndrom – znany od wielu lat w geriatrici amerykańskiej, tłumaczony jest na język polski jako: zespół słabości, kruchości, wątrości, lub zespół wyczerpania rezerw. Jest on ściśle związany z osobami w wieku starszym z problemami zdrowotnymi i z postępującym zmniejszaniem się sprawności fizycznej. Zespół słabości należy do zasadniczych problemów zdrowotnych osób starszych. Zainteresowanie tym zespołem w świecie geriatrici w ostatnich latach znacznie wzrosło z powodu częstości jego występowania w starzejącej się populacji. Poniżej przedstawiono różne definicje zespołu słabości, ogólną charakterystykę oraz ukazano kryteria diagnostyczne. Pacjentom ze zdiagnozowanym zespołem słabości należy po-

święcić szczególną uwagę, ponieważ występuje u nich zwiększone ryzyko niesprawności, upadków i inwalidztwa, które prowadzą do częstej hospitalizacji i zwiększają ogólne koszty opieki. Zespół słabości objawia się gorszym rokowaniem po leczeniu operacyjnym oraz osłabioną reakcją organizmu na zastosowane leczenie, jak również zwiększonym ryzykiem śmierci. Obniża jakość życia i dobre samopoczucie psychiczne, staje się trudnym wyzwaniem dla rodzin, opiekunów i pomocy społecznej.

Zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu słabości występuje u osób: w zaawansowanym wieku, z zaburzeniami widzenia, z upośledzeniem funkcji poznawczych i z obniżonym nastrojem, ze słabością kończyn, z zaburzeniami równowagi i chodu, stosujących leki uspokajające, u których współistnieją liczne choroby przewlekłe.

Idąc za ścisłą definicją medyczną, to stan zwiększonej podatności na różne stresogenne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne w wyniku zmniejszenia rezerw fizjologicznych organizmu. Oznacza to, że czynnik, który dotychczas nie powodowałby szkód (na przykład niegroźne z pozoru przeziębienie, drobny zabieg operacyjny, zmiana leku) może wy-

wołać u pacjenta z zespołem słabości nieoczekiwane negatywne skutki zdrowotne. Najczęstszą konsekwencją zespołu słabości jest zwiększona podatność na upadki, częstsze i wydłużające się pobyty w szpitalu, narastająca niepełnosprawność oraz większe ryzyko zgonu niż w populacji osób starszych, u których nie zdiagnozowano zespołu słabości. Częstość występowania wykazuje wyraźną zależność od wieku: od 4% w przedziale 65–69 lat, 7% w wieku 70–74 lat, 9% między 75. a 79. rokiem życia, do 16% w przedziale 80–84 lat i 26% wśród osób powyżej 85 lat. W młodszym wieku, wśród pacjentów z zespołem kruchości dominują kobiety, podczas gdy proporcje te zmieniają się na rzecz mężczyzn w miarę upływu lat. Wiele przypadków zespołu słabości pozostaje wciąż poza prawidłową diagnostyką.

Jak diagnozuje się zespół słabości?

Diagnostyka zespołu słabości jest prosta i niemal ogólnodostępna. Problemem jest wychwycenie chorych, którzy potencjalnie mogą cierpieć na zespół słabości i właściwa ich identyfikacja. Zadanie takie ciąży na pracownikach ochrony zdrowia, którzy mogą mieć kontakt z pacjentami w podeszłym wieku: lekarzami, pielęgniarkami, fizjoterapeutami, opiekunami medycznych, a także pracownikami socjalnych, którzy docierają do większej grupy osób. Warto również, by rodziny osób starszych zdawały sobie sprawę z faktu istnienia zespołu słabości. W rozpoznawaniu zespołu słabości stosuje się najczęściej **pięć kryteriów diagnostycznych wg Frieda**, jakimi są:

- niezamierzone zmniejszenie masy ciała (> 5 kg w ciągu 12 miesięcy);
- osłabienie – oceniane na podstawie zmierzonej dynamometrem siły dłoni, z uwzględnieniem

wieku i wartości wskaźnika masy ciała (BMI, body mass index);

- wyczerpanie – subiektywne lub określane przy użyciu skali depresji (CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale);
- spowolnienie chodu – mierzone szybkością przejścia 15 stóp – ok. 4,6 m z uwzględnieniem płci i wzrostu badanej osoby;
- obniżona aktywność fizyczna – na podstawie skróconej wersji Kwestionariusza Aktywności Fizycznej Minnesota (MLTPAQ, Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire).

Zespół słabości można rozpoznać, jeśli stwierdzi się co najmniej trzy spośród wymienionych powyżej kryteriów.

Patomechanizm zespołu słabości związany jest ze stężeniem markerów zapalnych (CRP, IL-6, IL-1B, IL-2, czynnik martwicy nowotworu alfa), z zaburzeniami krzepnięcia (czynnik VII, fibrynogen, D-dimery), ze zmianami w układzie hormonalnym (hormony płciowe: estrogeny, testosteron; hormon wzrostu, kortykoidy), utratą masy ciała i siły mięśniowej.

Narzędzia diagnostyczne, to m.in.: Clinical Global Impression of Change (CGIC), Frailty Index (FI), DSM-III-R – criteria of diagnosis of frailty, CSHA Function Scale. Prosty narzędziem skryningowym do oceny ryzyka zespołu słabości w populacji osób starszych w POZ służy SHARE Frailty Instrument (SHARE-FI).

Piśmiennictwo:

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

Jak przeciwdziałać wystąpieniu zespołu słabości?

Zespołowi słabości towarzyszy niemal zawsze sarkopenia, czyli utrata funkcjonalnej masy mięśniowej, która utrzymuje naszą sprawność fizyczną. Zapobieganie tej utracie to przede wszystkim regularna aktywność fizyczna oraz prawidłowe odżywianie.

Regularny trening z obciążeniem dopasowanym do możliwości danej osoby może zwiększyć wydolność tlenową i siłę mięśni u osób starszych o około 20–30%. Bezpieczeństwo oraz odpowiedni dobór ćwiczeń gwarantuje praca z fizjoterapeutą, szczególnie doświadczonym w zajęciach z osobami w wieku podeszłym. W rehabilitacji wykorzystuje się też trening tai-chi. Zajęcia te są bezpieczne i skuteczne u osób starszych, dzięki poprawie równowagi oraz stabilizacji sylwetki. Prawidłowo prowadzona rehabilitacja ruchowa seniora nie tylko spowalnia utratę masy mięśniowej i kostnej, ale stymuluje syntezę białek mięśniowych, zwiększa masę i siłę mięśni — warto zadbać o to jeszcze zanim wejdziemy w okres starości, ponieważ tkanka mięśniowa jest najlepszą inwestycją w swoje ciało. Aktywność fizyczna jest jedynym sposobem zapobiegającym utracie siły i masy mięśniowej. Najskuteczniejsze są ćwiczenia oporowe.

Jak postępować z zespołem słabości?

Nie istnieje lek, który mógłby cofnąć zaistniałe na skutek zespołu słabości zmiany. Leczenie polega głównie na wdrażaniu aktywności fizycznej w stopniu oraz czasie dopasowanym do możliwości chorego oraz na odpowiednim postępowaniu dietetycznym. Na konferencjach geriatrycznych od lat króluje zalecenie dotyczące pacjentów z zespołem słabości – „Przestańmy tych pacjentów leczyć, zacznijmy ich karmić!”. Celem nadrzędnym powinno być wyrównanie niedoborów żywieniowych. Zapotrzebowanie kaloryczne szacuje się przeciętnie na 24–36 kcal/kg mc./d. Istotne jest dostarczenie białka w ilości 1,2–1,5 g/kg mc. (z wyjątkiem chorych z zaawansowaną niewydolnością nerek), zawierającego niezbędne aminokwasy, zwłaszcza leucynę. Białko powinno być równomiernie rozłożone w trzech głównych posiłkach. Po suplementy i produkty o zwiększonej kaloryczności powinno się sięgać, jeśli nie ma możliwości uzupełnienia wystarczającej ilości białka w diecie chorego. Istnieją również doniesienia o korzystnym działaniu witaminy D w zespole słabości. W populacji polskiej, z uwagi na niewielką ilość światła słonecznego dostępnego w ciągu roku oraz zmniej-



szoną syntezę witaminy u seniorów, większość osób starszych cierpi na niedobór witaminy D, który powinien być leczony. Uzupełnianie poziomu witaminy D (pożądane wartości to co najmniej 30 ng/ml) wykazuje korzystny wpływ na funkcje nerwowo-mięśniowe, równowagę, siłę mięśniową i redukcję ryzyka upadków. Postępowanie z pacjentem z zespołem słabości to również prawidłowa opieka w życiu codziennym – zapewnienie bezpiecznego, niestwarzającego ryzyka upadków otoczenia (np. usunięcie łatwo przesuwalnych dywanów, śliskich chodniczków czy kapci), powtarzalnego rytmu dnia, który daje poczucie kontroli sytuacji oraz wyrównania istniejących deficytów, np. dopasowanie aparatów słuchowych, właściwych okularów czy protez zębowych, ułatwiających spożywanie posiłków. Chorzy z zespołem słabości wymagają każdorazowo indywidualnego podejścia personelu medycznego podczas podejmowania decyzji terapeutycznych. Leczenie w żadnym wypadku nie może być bardziej uciążliwe od istniejącej choroby i obciążać pacjenta przykrymi konsekwencjami. Ważnymi elementami są: wczesne wykrywanie i leczenie ostrych schorzeń; zapobieganie polipragmazji, wielochorobowości, niesprawności starczej.

Piśmiennictwo:

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



Opiekunie, uporaj się z poczuciem winy

Prawidłowe poczucie winy

Poczucie winy czy wyrzuty sumienia są naturalnymi odczuciami każdego człowieka wychowanego i stosującego ogólnie przyjęte normy społeczne czy moralne. Dla dojrzałego człowieka poczucie winy jest reakcją na wyrządzenie komuś krzywdy, niewłaściwe zachowanie czy przekroczenie granic określonych zasad. W takiej sytuacji wiąże się ono z chęcią naprawienia błędu.

Wyżej wymieniona sytuacja odnosi się do tzw. zdrowego poczucia winy. Zdarza się też jednak tak, że owo poczucie przybiera destrukcyjne formy, o których napisano poniżej.

Nieracjonalne poczucie winy

To nierealistyczne poczucie winy opisuje stan ciągłych i męczących wyrzutów sumienia, które często nie mają moralnej przyczyny. Takie poczucie winy opiera się na nadmiarowym i nieadekwatnym wzmacnianiu własnych skrupułów. O osobach przeżywających taki stan często mówimy, że „biorą na siebie wszelkie winy świata”, że obarczają się winą za zdarzenia i sytuacje niezależnie od własnego w nich udziału. Innymi słowy, mowa tu o braku obiektywnej winy danej osoby z jednocześnie przeżywaniem nieadekwatnego jej poczucia.

Nieświadome poczucie winy

Jako że mówimy o naszej nieświadomej części funkcjonowania, taki rodzaj poczucia winy trudno zauważyć w swoim zachowaniu. Niemniej jednak, chodzi tu o taką strukturę naszej osobowości, która jest dla nas samych bardzo karząca, oskarżająca i pogrążająca. Osoba przeżywająca takie poczucie winy nieświadomie dąży do bycia ukaraną, zganioną czy czasem również odrzuconą. „Osiągając” takie doświadczenie w relacji z drugim człowiekiem czuje się gorsza, słabsza, mniej wartościowa, ale nie dostrzega tego, że sama do takiej sytuacji doprowadza.

Poczucie winy jako narzędzie manipulacji i kontroli

Wywoływanie poczucia winy u innych jest bardzo skutecznym sposobem zaspokajania własnych potrzeb, jest jednak bardzo nieuczciwe. Zakłada bowiem, że nie mówimy wprost o naszych odczuciach czy potrzebach, ale dążymy do celu manipulując. Na przykład, od najmłodszych lat dzieci słyszą od rodziców komunikaty typu: „nie zadzwoniłeś i nie powiedziałeś, kiedy wrócisz, ja chyba osiwieję, będę żyć kilka lat mniej”. W takiej sytuacji głównym źródłem poczucia winy jest lęk

przed odrzuceniem i/lub osamotnieniem. Może i wspomniany rodzic osiągnie w danym momencie swój cel, ale jednocześnie utrudni dziecku na przyszłość realną ocenę swoich zachowań i ich konsekwencji.

Poczucie winy może dotyczyć opiekuna i podopiecznego

Może być bardzo obciążającym czy wręcz niszczącym doznaniem. Zwykle opiekunowie doświadczają tego uczucia jako konsekwencji swoich zachowań, o których woleliby zapomnieć. Wybuch złości w stosunku do podopiecznego, zaniechanie pewnych działań, zwlekanie z udzielaniem wsparcia czy pomocy to najczęstsze źródła poczucia winy w relacji opiekun – senior. Aby zminimalizować prawdopodobieństwo pojawienia się poczucia winy, staraj się stosować sprawdzone wskazówki postępowania z chorym, które zapewniają mu komfort, a Tobie poczucie dobrze sprawowanej opieki. Jeśli jednak doświadczasz tego uczucia, nie zwlekaj z poszukiwaniem wsparcia. Doświadczenie innych opiekunów pozwoli Ci wyeliminować lub zapobiec pojawieniu się tych negatywnych emocji.

Jak sobie radzić z chorobliwym poczuciem winy?

Wiele badań na temat poczucia winy pokazało, że skutecznymi metodami radzenia sobie z destrukcyjnym poczuciem winy są:

- terapia behawioralno-poznawcza, podczas której dana osoba uczy się dostrzegać błędy własnego myślenia i interpretowania zdarzeń w celu nauczania się realnej oceny doświadczanych sytuacji;
- treningi relaksacyjne, pomagające w zmniejszeniu napięcia zarówno mięśniowego, jak i związanego z przeżywanymi emocjami;
- leki przeciwlękowe, stosowane okresowo jedynie w bardzo silnych stanach napięcia.

Nadmiernie przeżywane poczucie winy odbiera radość życia i energię. Wzmacnia w Tobie przekonanie, że zawsze robisz za mało, że nie jesteś dość dobry. Tworzy pewnego rodzaju więzienie, w którym ciągle słyszysz wyrok potępiający. Taka sytuacja może odbierać nadzieję.

Poczucie winy jest emocją, której doświadczają wszyscy zdrowi ludzie. Jak każda emocja, jest ono potrzebne do dobrego i pełnego życia. Jej rolą jest motywowanie do życia zgodnie z wyznawanymi wartościami, a także wspieranie w tworzeniu dobrych relacji z innymi. **Gdy doświadczasz poczucia winy, łatwiej jest Ci przezwyciężyć własny**

egoizm i wygodnictwo oraz zachowywać się w sposób sprawiedliwy wobec innych.

Jednak wielu ludzi doświadcza niezdrowego poczucia winy. Takie osoby nadmiernie się obwiniają lub doświadczają tej emocji w nieadekwatnych sytuacjach (np. biorą na siebie odpowiedzialność za szczęście innych). **Niezdrowe poczucie winy może też być objawem depresji.** Naukowcy łączą je z doświadczeniami z dzieciństwa oraz niskim poczuciem własnej wartości.

Jednak w tym wypadku dobra nowina brzmi, że możesz stać się wolny. Będzie to wymagać od Ciebie pracy i wysiłku. Być może pomocy specjalistów. Zajmie to trochę czasu. Jednak efekty są tego warte. Poniżej znajdziesz kilka pomysłów i narzędzi, które pomogą Ci odzyskać wolność i doświadczać poczucia winy w zdrowy sposób.

1. Odwołuj się do faktów

Jeżeli Twoje poczucie winy związane jest z tym, że robisz za mało dla żony, dzieci, rodziców, znajomych, w pracy itd., sprawdź jakie są fakty. Dzięki temu zobiektywizujesz sytuację. Zrób listę rzeczy, które robisz regularnie dla osób czy instytucji wobec których czujesz się winny. Zapisz i zobacz, ile rzeczywiście wysiłku wkładasz w daną relację czy projekt. Możesz też skonsultować się z zaufaną osobą i poznać jej punkt widzenia. Pokaż jej listę



i zapytaj, czy według niej robisz wystarczająco dużo. Trzymaj tę listę pod ręką i sięgaj po nią, gdy odzywa się w Tobie poczucie winy.

2. Zapytaj wprost i zdobądź informacje

Zapytaj osób, wobec których czujesz się winny, czy one uważają, że robisz dla nich za mało. Może się okazać, że są one całkowicie zadowolone lub uważają, że dostają od Ciebie dużo więcej niż oczekują czy potrzebują. Na przykład, Ania dowiedziała się od Piotra (swojego męża), że on wcale nie chce, aby codziennie robiła mu drugie śniadanie do pracy. Oczywiście, było to dla niego przyjemne, ale bez tego czuł się tak samo szczęśliwy i kochany przez żonę. Usłyszenie tych słów dało Ani wolność, dzięki czemu łatwiej wprowadziła zmiany. Pytając różne osoby wprost, musisz jednak uważać. Są ludzie, którzy mają tendencję do oczekiwania zbyt dużo, prezentują postawę roszczeniową lub próbują przerzucać odpowiedzialność. Swoją postawą wspierają oni rozwój niezdrowego poczucia winy u innych. Jeżeli jesteś w relacji z tego typu osobą, to pierwszą rzeczą, której musisz się nauczyć to stawiać granice.

3. Stawiaj granice

Granice wyznaczają obszar Twojej odpowiedzial-

ności i to, co jest poza nim. Są one bardzo ważne dla prawidłowego funkcjonowania w relacjach z innymi. Ważna staje się „sztuka mówienia NIE”.

4. Trenuj postawę wdzięczności wobec samego siebie

Docenianie siebie to doskonałe remedium na poczucie winy i perfekcjonizm. Koncentrując się na tym co Ci się udało, za co jesteś wdzięczny, odwrócisz swoją uwagę od myślenia w stylu „za mało”. Pisz dziennik wdzięczności. Pomaga on przezwyciężyć początkowe trudności w docenianiu siebie i swoich osiągnięć.

5. Odrzuć czarno-białe myślenie

To, że raz Ci coś nie wyszło, nie oznacza, że zawsze tak jest lub będzie. Unikaj generalizacji, za to odnoś się do aktualnej sytuacji. Przy ocenie samego siebie bierz pod uwagę kontekst. Przecież gdy oceniasz innych, to uwzględniasz to, że byli zmęczeni, zestresowani itd. Dlaczego tej samej miary nie stosujesz do siebie?

Piśmiennictwo:

Gwiżdż M.: Elementarz opiekunów zawodowo zajmujących się osobami dotkniętymi otępieniem. Wydanie drugie. Akademia Opiekunów, Kraków 2018.



Objawy sugerujące uzależnienie od alkoholu u osób starszych

Jak dużą grupę pośród uzależnionych od alkoholu, którzy podejmują leczenie, stanowią osoby po 65. roku życia? W ciągu roku to około 10 tys. osób, co stanowi około 4% wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnień od alkoholu.

Co sprawia, że decydują się na taki krok?

Tak jak w innych grupach wiekowych, najczęściej taką decyzję wymusza na nich rodzina. Dzieci zauważają, że z ich starzejącymi się rodzicami dzieje się coś niedobrego i nakłaniają ich do podjęcia leczenia. Rzadziej już niż u osób młodszych, presję wywołują pracodawcy. Do leczenia skłaniają ich też problemy zdrowotne, które z wiekiem, rzecz jasna, nasilają się, a alkohol je potęguje.

W jakiej są kondycji zdrowotnej?

Często są zdrowotnie zaniedbani, mają fatalny stan uzębienia. Alkohol tłumi ból i lęk, który się naturalnie pojawia, gdy coś nam dokucza. Intensywnie pijący człowiek przestaje odbierać sygnały własnego ciała. Dlatego dopóki pije, to w ogóle nie kontaktuje się ze służbą zdrowia, a jak przestaje pić, pojawiają się poważne problemy zdrowotne. Nagle okazuje się, że ma złe wyniki badań i różnego rodzaju choroby. Najgorsze jest to, że zaczyna myśleć: jak piłem, czułem się dobrze, a teraz jest tragedia. Brakuje im nagrody, ale ona jest, tylko odroczone w czasie. Smutna rzeczywistość jest jednak taka, że niestety wiele osób umiera na nowotwory

2-3 lata po zaprzestaniu picia. Najczęściej piją od lat. Zdarza się jednak i tak, że dopóki są aktywni zawodowo, trzymają się w ryzach, a kiedy nie muszą już codziennie rano wstawać, dopiero wtedy problem wybucha z całą mocą. Kobiety (w leczeniu w tej grupie wiekowej jest ich około 17%), które przez całe życie piją na poziomie niskiego ryzyka szkód i właśnie w wieku starszym, kiedy zostają bez pracy, samotne, bo partnerzy poumierali, a dzieci odeszły z domu, zaczynają nadużywać alkoholu i dość szybko się uzależniają. Uzależnić możemy się zawsze, nigdy nie możemy sobie powiedzieć: dotąd mi się nie zdarzyło, więc jestem odporny.

Alkoholizm jest bardzo ciężką chorobą. Przynosi cierpienie zarówno osobie uzależnionej, jak i jej całemu najbliższemu otoczeniu.

Choroba alkoholowa związana jest z uzależnieniem psychicznym, fizycznym oraz ze zjawiskiem tolerancji, a więc ciągłego zwiększania dawki przyjmowanego alkoholu, co ma na celu uzyskanie takiego samego efektu odurzenia. Dotyczy również seniora lub seniorki, którzy w latach młodości nie

byli uzależnieni od alkoholu. Osoby starsze często „rozpijają się” na emeryturze. Uzależnienie jest problemem bardzo rozległym, bo dotyczy często całego otoczenia społecznego alkoholika. **Nadużywanie alkoholu z biegiem czasu prowadzi do wielu zaburzeń somatycznych, psychicznych i społecznych.**

Skutki alkoholizmu:

- wszelkiego rodzaju defekty neurologiczne (zmiany w mózdku i mózgu, ubytki substancji szarej w mózgu),
- ciągle rozdrażnienie,
- uszkodzenia i choroby wątroby, stany zapalne trzustki, stany zapalne błon śluzowych, np. przełyku, żołądka,
- uszkodzenie układu krążenia (nadciśnienie, arytmia, kardiomiopatia),
- uszkodzenie układu moczowego (niewydolność nerek, wzrost stężenia kwasu moczowego,
- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, niedobór witamin i pierwiastków śladowych,
- spadek odporności,
- niepokój i stany depresyjne,
- rozpad więzi społecznych,
- znaczne pogorszenie sytuacji materialnej,
- demoralizacja.

Wpływ alkoholu na organizm osoby starszej

Fizjologiczne zmiany, zachodzące wraz z procesem starzenia się, powodują wzrost masy tkanki tłuszczowej w stosunku do masy mięśniowej oraz zmniejszenie proporcji wody do tłuszczu, co wpływa na nasilone wchłanianie i stężenie alkoholu w krążeniu. Zwiększona wrażliwość osób starszych na alkohol powoduje wyższy jego poziom we krwi niż u osób młodszych po spożyciu takiej samej ilości. U osób starszych z wiekiem obniża się aktywność dehydrogenazy aldehydu octowego w błonie śluzowej żołądka, dochodzi do upośledzenia funkcji wątroby i nerek. Prowadzi to do utrudnionego metabolizmu, upośledzonej eliminacji toksyn z organizmu i wzmożonego działania alkoholu na tkankę mózgową. Do schorzeń wiążących się z przewlekłym nadużywaniem alkoholu lub uzależnieniem należą: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, choroba Parkinsona, marskość wątroby, rak wątroby, przełyku, jelita grubego. Osoby starsze pijące alkohol nie przestrzegają zaleceń klinicznych, niedostatecznie współpracują w leczeniu schorzeń somatycznych, narażone są na upadki, urazy i związane z nimi hospitalizacje. Występujące wraz z wiekiem objawy, jak: zaburzenia snu, drażliwość, nieadekwatne pobudzenie, niepokój, drżenia, otępienie, depresja, lęk, zaburzenia poznawcze, deficyt słuchu, pogarszający się wzrok, złe samopoczucie – sprawiają,

że seniorzy poszukują sposobu na złagodzenie tych dolegliwości, sięgając po alkohol.

O uzależnieniu od alkoholu świadczy występowanie w ciągu ostatniego roku picia co najmniej trzech z sześciu poniższych objawów:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”),
- upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonej ilości, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia),
- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego, pojawiające się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenne), albo używanie alkoholu lub pokrewne działającej substancji (np. leków uspokajających i nasennych) w celu złagodzenia wspomnianych objawów, uwolnienia się od nich lub ich uniknięcia,
- zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi spodziewanego efektu), konieczność spożycia większych dawek w celu wywołania oczekiwanego efektu,
- z powodu picia alkoholu – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie bądź na uwolnienie się od następstw jego działania,
- uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów jego szkodliwych następstw (picie alkoholu, mimo że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).

Nie wszystkie osoby pijące alkohol szkodliwie będą w przyszłości uzależnione. O wystąpieniu objawów przesądzą predyspozycje biologiczne i czynniki środowiskowe. Niemniej jednak, wystąpienie objawów uzależnienia zawsze poprzedzone jest okresem picia szkodliwego. Jest on najczęściej krótszy u kobiet i osób nadużywających alkoholu w okresie dorastania.

Piśmiennictwo:

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



Leczenie osoby starszej, uzależnionej od alkoholu

Jaka jest specyfika leczenia tej grupy wiekowej? Na ile skuteczne jest leczenie w starszym wieku?

Pacjenci są najczęściej leczeni w kierunku abstynencji. Pracuje się z nimi grupowo i indywidualnie. Indywidualne podejście jest bardzo ważne, bo dużym problemem w tej grupie wiekowej jest to, że pacjenci często stracili sens życia, mają poczucie, że są już u schyłku, nic ich już nie czeka. Dlatego tak istotne jest, by pomóc im znaleźć w życiu takie sfery, które by im dawały radość i satysfakcję. Bo jeżeli dokonuje się w życiu zmiany, która wymaga wysiłku i wyrzeczeń, to trzeba mieć głębokie przekonanie, co do jej sensu i korzyści, jakie z niej płyną. Młodszy pacjenci mają więcej społecznych atrybutów, dzięki którym wizja życia bez alkoholu może być dla nich atrakcyjna: bo jeszcze mogą znaleźć lepszą pracę czy nowego partnera. W przypadku pacjentów po sześćdziesiątce znalezienie tych pozytywnych bodźców jest trudniejsze, ale to nie znaczy, że niemożliwe. Praca w grupie też ma ogromny sens, bo pacjenci nawiązują przyjaźnie, mają poczucie, że nie są sami, ale te zajęcia powinny być bezwzględnie łączone z terapią indywidualną.

Gdy powstawały kasy chorych, w warunkach kontraktowania zapisano, że uzależnieni pacjenci powyżej 65. r.ż. nie będą objęci leczeniem. Później się z tego wycofano, ale za tym zapisem musiało iść przekonanie, że wiek stanowi przeszkodę w terapii. A to sprawa bardzo indywidualna. Każdy pacjent rokuje, chociaż czasami nie widać tego na pierwszy rzut oka. To prawda, że w podeszłym wieku pojawiają się ograniczenia somatyczne, różnego rodzaju choroby, ale też osłabienie intelektualne, ubytki pamięci i koncentracji. Do tego alkohol jeszcze bardziej upośledza funkcje poznawcze, w związku z tym może się zdarzyć, że taki pacjent będzie prezentował poziom intelektualny, który uniemożliwi mu wejście w standardowy program terapii behawioralno-poznawczej. Ale zaburzenia poznawcze z powodu nadużywania alkoholu występują i w grupach młodszych. Problemy z zapamiętywaniem, ze zdobywaniem i gromadzeniem nowej wiedzy nie muszą przekreślać szans na zmianę swojego życia. To, co jeszcze utrudnia leczenie osobom dojrzałym to brak nawyków otwartego mówienia o sobie czy pokazywania na ze-

wnątrz swoich problemów. Przez to, że pacjenci w tym wieku są bardziej skryci i zamknięci, psychoterapia może być mniej efektywna, dlatego znów tak ważny jest kontakt indywidualny. Kłopotem jest też to, że pacjenci to w 4/5 mężczyźni, natomiast terapeutkami są głównie młode kobiety. Przez to starszym pacjentom trudniej jest „wnuczkom” zaufać jako przewodniczkom.

Jaki jest stosunek terapeutów w Polsce do redukcji szkód?

Zainteresowanie tymi metodami leczenia jest bardzo duże, co stanowi dobrą prognozę na przyszłość. Cała nauka pracy terapeutycznej była jednak dotąd nastawiona na utrzymanie abstynencji, dlatego terapeutom najtrudniej przychodzi pogodzić się z faktem, że nie pracują z pacjentem nad celem optymalnym. Trudno im zaakceptować to, że pacjent nie chce skończyć z piciem i mają poczucie, że jeśli pracują z nim nad ograniczaniem spożywania alkoholu, to tak, jakby godzili się na jego dalszą degradację.

Jak wygląda terapia?

To programy krótkoterminowe, bo na ogół angażują pacjenta przez kilka, najwyżej kilkanaście tygodni. Najpierw przeprowadza się rozpoznanie aktualnego wzoru picia pacjenta, a następnie terapeuta indywidualnie ustala z pacjentem limity spożywania alkoholu, zmieniając je stopniowo w zależności od postępów pacjenta. Uczy się go różnego rodzaju narzędzi monitorowania jego picia, kontroli zachowań i unikania sytuacji ryzykownych. Jeśli nie uda się mu zredukować picia do poziomu, który sam sobie ustalił, wtedy trzeba się zastanowić, czy wyznaczone cele są realistyczne i ewentualnie plan zweryfikować.

Jak ograniczanie picia sprawdza się u starszych pacjentów?

Osoby lżej uzależnione (bo to mit, że wszyscy są tak samo uzależnieni) dość dobrze sobie radzą w takich programach. Pozwalają im pić na niskim poziomie ryzyka szkód i to często jest trwała zmiana. Inni, mimo wysiłku i chęci, nie potrafią wytrwać. Bo pacjenci muszą być ciągle skupieni na tym, co robią, monitorować, ile wypijają, zapisywać. Do tego często dochodzą do wniosku, że małe ilości alkoholu nie zaspakajają ich potrzeb psychologicznych, więc dochodzą do konkluzji, że to nie jest dobre dla nich rozwiązanie. Osoby ciężiej uzależnione same decydują o tym, że jednak im się nie udaje i przechodzą na programy nastawione na abstynencję, ale wtedy to jest ich wybór, a nie przymus. Co czwarty pacjent próbujący ograniczyć swoje picie decyduje się w efekcie na abstynencję.

Czy redukcja szkód może być wstępem do całkowitej abstynencji?

Jak najbardziej. Nasz brak doświadczeń w tym zakresie sprawia, że tworzą się różnego rodzaju mity. Jednym z nich jest przekonanie, że jeśli alkoholikom da się wybór, to żaden nie będzie chciał zrezygnować z picia. Ale w tych krajach, gdzie ograniczanie picia jest stosowane od lat, 40% wybiera redukcję szkód, tyle samo abstynencję, a już po miesiącu leczenia liczba abstynentów zwiększa się do ponad 60%. Skuteczność terapii uzależnień od alkoholu w znacznej części uzależnione jest od tego, w jakim stopniu choroba alkoholowa jest rozwinięta i jaki jest jej stopień zaawansowania. Obecnie jedną z najbardziej skutecznych metod leczenia alkoholizmu jest terapia uzależnień. Pozwala ona bowiem pokazać pacjentowi na czym w rzeczywistości jego uzależnienie polega. Bardzo często leczenie choroby alkoholowej związane jest również z detoksykacją organizmu. Wówczas stosowany jest detoks alkoholowy, którego celem jest stopniowe odzwyczajanie organów wewnętrznych od toksycznej trucizny odłożonej w ciele alkoholika. Nie jest to jednak łatwe.

Terapia alkoholizmu może przynosić wymierne i widoczne skutki, ale w celu osiągnięcia zadowalających rezultatów warto pamiętać, że podczas terapii alkoholowej ogromne znaczenie ma wsparcie ze strony najbliższego otoczenia, a przede wszystkim rodziny i przyjaciół. Trzeba bowiem wiedzieć, że leczenie choroby alkoholowej bywa długotrwałe i niełatwe. Samo zakończenie picia wcale nie oznacza od razu wyleczenia. Oprócz tego należy skorygować swoją dotychczasową postawę i odnaleźć cele w życiu. Niezwykle ważne jest to, aby odbudować na nowo swoje relacje społeczne z innymi ludźmi.

Rozpoznanie uzależnienia od alkoholu

Rozpoznanie uzależnienia nie jest zadaniem łatwym, bowiem osoby diagnozujące muszą zweryfikować istnienie objawów uzależnienia na podstawie tego, co mówi pacjent o swoim piciu, a obraz problemów alkoholowych pacjenta jest często poważnie zniekształcony. U osób starszych można wykorzystać: Krótki Alkoholowy Test Przesiewowy Michigan – wersja geriatryczna (uzyskanie 2 pkt lub więcej oznacza dodatni wynik testu i podejrzenie problemów alkoholowych), Test Badania Ilości/Częstości Picia (spożycie 8 lub więcej standardowych porcji alkoholu w tygodniu albo 2 porcji bądź więcej podczas picia okazjonalnego w ostatnim miesiącu stanowi podstawę podejrzenia problemu alkoholowego), CAGE – test identyfikujący osoby nadużywające alkoholu lub uzależnione od niego (udzielenie 2 odpowiedzi twierdzących lub więcej jest podstawą do podejrzenia uzależnie-

nia od alkoholu). Można też wykonać standardowe testy czynnościowe wątroby, enzymy trzustki, bądź morfologię. Prawdopodobnie ustalone rozpoznanie jest podstawą przedstawienia pacjentowi oferty skutecznej pomocy.

Dlaczego osoby uzależnione nie szukają pomocy

1. Osoby uzależnione nie mają świadomości, że są chore. Wiedzą, że piją za dużo, za często, w nieodpowiednich sytuacjach, inaczej niż planują, ale równocześnie znajdują wiarygodne usprawiedliwienia dla takiego sposobu spożywania alkoholu i głęboko wierzą, że mogą samodzielnie zapanować nad swoim piciem.

2. Uzależnieni, nawet jeśli odczuwają już negatywne konsekwencje swojego picia, nie widzą ich w pełni realistycznie. Wydaje im się, że problem jest znacznie bardziej błahy niż jest w rzeczywistości, że przyczyna ich picia leży poza nimi (winni są inni ludzie, sytuacje, zdarzenia, los), że w sprzyjających okolicznościach sytuacja ulegnie poprawie bez konieczności podejmowania jakiejkolwiek aktywności z ich strony.

3. Boją się, że spotkanie z terapeutą, psychologiem, psychiatrą skończy się rozpoznaniem uzależnienia, a to definitywnie wymusi decyzję o rozstaniu z alkoholem. Alkohol jest dla osób uzależnionych substancją gwarantującą względnie dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne. Wizja abstynencji budzi przede wszystkim silny niepokój, bowiem

„rozkręca” myślenie o zagrożeniach, a nie o korzyściach wynikających z niepicia. Niektóre osoby nie potrafią sobie w ogóle wyobrazić życia bez alkoholu.

4. Osoby uzależnione wielokrotnie w ciągu wielu lat picia narażały się na krytykę i odrzucenie społeczne. Boją się, że każda rozmowa na temat spożywania przez nie alkoholu (również ze specjalistą) będzie kolejnym doświadczeniem łajania, oceniania, pouczania.

5. Słowo „alkoholik” wywołuje powszechnie negatywne skojarzenia z osobą, która w wyniku całkowicie niekontrolowanego picia straciła wszystko: zdrowie, rodzinę, dom, pracę i funkcjonuje na marginesie życia społecznego. Takie doświadczenie degradacji społecznej i psychicznej dotyczy około 5% uzależnionych, zatem zdecydowana większość alkoholików to osoby, które będąc uzależnionymi, żyją w rodzinach, pracują, nie piją w miejscach publicznych i najczęściej nie wymagają systematycznych interwencji medycznych. Powszechne mity na temat tego, kim są alkoholicy, ułatwiają osobom pijącym dystansowanie się od problemu („nie jestem alkoholikiem, bo ja tak nie piję i nie żyję w taki sposób, jak oni”), wzmagają opór przed dostrzeżeniem i uznaniem swojego uzależnienia.

6. Wiele osób ma za sobą nieudane próby rozstania się z alkoholem. Większość wie, że głód alkoholu nie znika w okresie abstynencji i że trudno sobie z nim poradzić. Brakuje im często wiary, że kolejna próba może się okazać skuteczna.

7. Odstawienie alkoholu może wyzwolić bardzo dotkliwe dolegliwości psychofizyczne, zwane zespołem abstynencyjnym lub odstawiennym. Uzależnieni niejednokrotnie boją się przerwać picie z powodu lęku przed objawami tego zespołu, zwłaszcza, gdy był on powikłany majaczeniem alkoholowym czy napadami drgawkowymi.

8. Osoby uzależnione, jak zresztą większość ludzi, nie wiedzą, na czym polega leczenie uzależnienia. Słyszą o psychoterapii, ale nie rozumieją jej działania. W doświadczeniach osób, które po terapii wróciły do picia, szukają dowodów na nieskuteczność leczenia odwykowego. Temu samemu celowi służy odwoływanie się do metod leczenia stosowanych w odległej przeszłości (np. metod awersyjnych, szoków insulinowych), które rzeczywiście okazały się mało efektywne w leczeniu osób uzależnionych i od lat nie są już praktykowane.

Jak wygląda terapia alkoholowa? Jaka jest jej skuteczność w leczeniu alkoholizmu? Jaka poradnia uzależnień jest w stanie pomóc uzależnionemu?

Leczenie jest bezpłatne. Osoba uzależniona może



się leczyć w warunkach ambulatoryjnych (poradnie lub przychodnie), dziennych lub całodobowych placówkach leczenia uzależnień. Różnią się one rodzajem i intensywnością oddziaływań leczniczych. Może skorzystać z innych form pomocy, jak punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstynenckie, Wspólnota Anonimowych Alkoholików. Wiele osób zastanawia się nad tym, jak wygląda leczenie. Warto w tym przypadku pamiętać, że choroba alkoholowa zaliczana jest do chorób przewlekłych, których bardzo często nie da się wyleczyć samodzielnie, bez pomocy osób trzecich. Niekiedy osoby uzależnione przyznają, że wielokrotnie chciały z alkoholem zerwać, ale silna potrzeba głodu alkoholowego sprawiała, że nawet po kilku dniach abstynencji, z powrotem sięgnęły po alkohol. Dlatego tak ważne w leczeniu alkoholizmu są specjalistyczne terapie alkoholowe, które pomagają pacjentom nie tylko przestać pić, ale i zrozumieć czym jest uzależnienie. Poza tym, to właśnie specjaliści są w stanie zapobiec efektom związanym z tzw. zespołem odstawienia, które są przykre dla pacjenta i jego otoczenia. **Na ogół leczenie alkoholizmu trwa od 18 do 24 miesięcy.** Jest to więc proces długotrwały. Kluczem do sukcesu jest na ogół psychoterapia indywidualna i grupowa. Najlepsze efekty daje połączenie ich obu. Pacjenci są różni. Niekiedy dobre efekty przynosi już sama terapia, a niekiedy konieczne jest wdrożenie dodatkowo leczenia farmakologicznego. Wiele zależy od stopnia uzależnienia.

Cele i metody leczenia uzależnienia od alkoholu

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczenie pacjenta życia w abstynencji. Ponieważ uzależnienie jest przewlekłą chorobą mózgu, należy uznać trwałą abstynencję za cel optymalny (najlepszy dla klienta) w leczeniu osób uzależnionych. Problem stanowi brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudności w jego osiągnięciu. W Polsce, inaczej niż w Stanach Zjednoczonych i w większości krajów Europy Zachodniej, nie ma jeszcze powszechnej oferty pomocy dla osób uzależnionych, gotowych pracować nad ograniczeniem picia. Celem leczenia jest wówczas poprawa funkcjonowania pacjenta i redukcja szkód wynikających ze spożywania alkoholu. Programy nakierowane na redukcję szkód są bardzo pomocne w przypadku osób wielokrotnie nieskutecznie leczonych w programach nastawionych na abstynencję oraz osób niekwalifikujących się do dominujących w leczeniu uzależnień programów behawioralno-poznawczych.

Psychoterapia

W psychoterapii uzależnienia od alkoholu realizo-

wanej w większości placówek leczenia odwykowego w Polsce chodzi o to, aby pacjent dowiedział się, na czym polega uzależnienie od alkoholu i przyglądając się swoim doświadczeniom z okresu picia:

- uświadomił sobie, że jest osobą uzależnioną,
- przeanalizował swoje dotychczasowe próby kontroli picia i zaakceptował fakt, że nie będzie już potrafił spożywać alkoholu w sposób, w jaki pił, zanim się uzależnił,
- podjął decyzję o rozstaniu z alkoholem,
- nauczył się skutecznych sposobów radzenia sobie głodem alkoholowym i nawrotami choroby,
- nauczył się bez pomocy alkoholu, leków i innych substancji chemicznych skutecznie radzić sobie ze swoimi emocjami, problemami, żywymi zadaniami i relacjami z innymi ludźmi.

Wszystko to jest możliwe do osiągnięcia, o ile osoba, która zaczyna leczenie, zdecyduje się w nie zaangażować, a nie tylko będzie biernie uczestniczyć w terapii. Zaangażowanie zaś wymaga nie tylko aktywnego poznawania swojego uzależnienia, ale przede wszystkim podejmowania działań zgodnie z zaleceniami terapeutów i lekarzy. Wymaga cierpliwego, systematycznego uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych co najmniej przez kilkanaście miesięcy, oczywiście z malejącą częstotliwością w miarę czynionych postępów.

Farmakoterapia

W leczeniu uzależnienia od alkoholu zarejestrowanych jest kilka leków. **Disulfiram**, znany pod postacią implantu („wszywki”) jako Esperal, zaś w formie zażywanych doustnie tabletek jako Anticol. Osoba, która zdecydowała się stosować disulfiram, po spożyciu alkoholu doświadcza wielu nieprzyjemnych i niebezpiecznych dla zdrowia objawów zatrucia aldehydem octowym, który jest metabolitem alkoholu. Zatrucie to przejawia się m.in.: zaczerwienieniem twarzy, uczuciem duszności i rozpierania w klatce piersiowej, zwiększeniem częstotliwości rytmu serca, uczuciem niepokoju i lękiem przed umieraniem. Czasami może dojść do zgonu. W zgodnej opinii ekspertów disulfiram w postaci implantu jest nieskuteczny zarówno w leczeniu uzależnienia od alkoholu, jak i w wymuszaniu czasowej abstynencji. Badania potwierdzają natomiast skuteczność disulfiramu przyjmowanego w tabletkach w utrzymaniu czasowej abstynencji. Dla znacznej części lekarzy disulfiram jest jednak lekiem bardzo kontrowersyjnym, naraża bowiem pacjentów na poważne ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, łącznie ze zgonem, jeśli pacjent napije się alkoholu, a także powoduje wiele niepożądanych skutków ubocznych, takich jak: zaburzenia świadomości, ostre zespoły mózgowe,



zespoły depresyjne, psychozy, polineuropatia, zaburzenia potencji, zmiany skórne.

Naltrekson (ReVia, Nemexin, Trexan) i **akamprozat** (Campral) to nowoczesne leki stosowane w leczeniu uzależnienia jako wsparcie oddziaływań psychologicznych i psychoterapii. Mogą pomóc w wydłużeniu okresu abstynencji i ograniczaniu ilości spożywanego alkoholu. Badania dowodzą ich małej skuteczności u osób, które nie uczestniczą w programach psychoterapii, co oznacza, że samo przyjmowanie tych leków przez osoby uzależnione nie daje oczekiwanej poprawy. Leki

te może przepisać tylko lekarz, najlepiej psychiatra w placówce leczenia uzależnień. Są dość drogie i nie podlegają refundacji. Inne leki, zlecane wyłącznie przez lekarzy (np. przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne), nie są bezpośrednio nakierowane na leczenie uzależnienia. Pomagają w usuwaniu, częściej w łagodzeniu nieprzyjemnych stanów psychicznych i zaburzeń nastroju współwystępujących z uzależnieniem.

Piśmiennictwo:

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



Objawy sugerujące uzależnienie od leków u osób starszych

Uzależnienie od leków polega na przyjmowaniu coraz większej dawki lekarstw dla otrzymania pożądanego efektu. Nasila to niebezpieczeństwo przedawkowania leków i wystąpienia ich działań niepożądanych aż do zatrucia i śmierci. Człowiek traci kontakt z rzeczywistością, pojawia się strach przed odstawieniem leku lub przed jego brakiem.

Problem uzależnienia od leków wśród seniorów może być kontynuacją zachowań z wcześniejszych okresów życia lub pojawiać się w starszym wieku. Badania wykazały, że w grupie osób po 65. roku życia liczba leków zażywanych samowolnie wzrasta 12-krotnie w porównaniu z grupą w wieku 15-35 lat. Leki stosowane z własnej inicjatywy stanowią 60% leków przyjmowanych doraźnie i 15% używanych przewlekłe. Proces uzależnienia zaczyna się od stosowania leków zgodnie z wskazaniami medycznymi, poprzez ich niewłaściwe używanie, aż do uzależnienia.

Niewłaściwe jest:

- stosowanie większych dawek (lub stopniowe ich zwiększanie) w celach innych niż zalecenia medyczne;
- gromadzenie, przyjmowanie, i łączenie leków z alkoholem lub innymi substancjami;
- podjęcia próby samoleczenia w celu likwidacji lub zmniejszenia dolegliwości.

Proces rozwoju uzależnienia może również wynikać z:

- niewłaściwego ordynowania leków, np. jednoczesne przepisywanie leków przez kilku ordynujących, będące skutkiem braku przepływu informacji między lekarzami;
- niewłaściwej relacji osoby starszej z lekarzem;
- błędnie dobranych dawek leków;
- niespełnienia aktualnych wymogów co do dawki i czasu trwania kuracji.

Należy zwrócić uwagę, że uzależnienie fizyczne i tolerancja mogą rozwinąć się mimo stosowania zalecanych dawek leków, nawet w krótkim czasie.

Benzodiazepiny

Do preparatów szczególnie często powodujących rozwój uzależnienia zaliczamy benzodiazepiny (np. Lendorm, Nitrazepam, Relanium). To grupa leków o działaniu przeciwlękowym, uspokajającym i nasennym. U osób starszych pojawia się obniżenie

sprawności psychomotorycznej (co prowadzi do zwiększonego ryzyka upadków), pogorszenia pamięci krótkotrwałej i innych zaburzeń funkcji poznawczych. Odstawienie benzodiazepin u osób uzależnionych musi odbywać się pod nadzorem lekarza z uwagi na wystąpienie niebezpiecznych objawów abstynencyjnych: lęk, niepokój, drażliwość, zaburzenia łaknienia, bezsenność, wymioty, zaburzenia widzenia, skurcze mięśniowe, napady drgawkowe, zespół majaczeniowy. Przy przewlekłym stosowaniu może pojawić się zjawisko odbicia, które polega na powrocie i nasileniu objawów po odstawieniu leku. Może pojawić się również niepokój i pobudzenie, głównie po połączeniu leków z alkoholem lub u pacjentów w podeszłym wieku z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Dawka śmiertelna nie jest znana. Uważa się, że śmierć może spowodować zażycie od 50 do 500 mg leku na kilogram ciała.

Opioidy

Inne preparaty to opioidy (morfina, kodeina, fentanyl, metadon), których głównym zadaniem jest walka z silnym bólem (pooperacyjnym, pourazowym, nowotworowym), często przewlekłym. W leczeniu chory przyjmuje dawki podawane regularnie oraz dodatkowe dawki doraźne. Przedawkowanie może prowadzić do śmierci wskutek depresji oddechowej. Opioidy to najbardziej uzależniające substancje znane człowiekowi. W zależności od środka, częstotliwości i metody podania, uzależnienie psychiczne może się pojawić nawet na przestrzeni kilku dni. Zależność fizyczna pojawia się po dłuższym i regularnym przyjmowaniu, ale słabe objawy abstynencyjne mogą pojawić się po kilku dniach przyjmowania silnych opioidów (morfiny, heroiny). Charakterystyczne zjawisko to tolerancja na lek i konieczność zwiększenia dawek dla osiągnięcia pożądanego efektu.

Leki NLPZ

Niesteroidowe leki przeciwzapalne – NLPZ (Ibuprofen, Ketoprofen, Naproxen) to grupa leków, które w większości można kupić bez recepty. Ich zadaniem jest działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Te leki należy przyjmować popijając dużą ilością wody oraz nie stosować ich częściej niż co 4-6 godz. Najlepiej przyjmować je razem z pożywieniem ponieważ opóźnia to ryzyko podrażnień błony śluzowej żołądka. Wskazania do przyjmowania leków NLPZ, to bóle różnego pochodzenia o nasileniu słabym lub umiarkowanym, np. bóle głowy, bóle zębów, bóle pleców, miesiączkowe. Można je również stosować na gorączkę w przebiegu grypy i przeziębienia. Konsekwencjami przewlekłego stosowania NLPZ mogą być krwawienia dwunastnicy, potencjalne upo-



śledzenie funkcji nerek, słuchu czy ukrwienia mięśnia sercowego. Pierwszymi symptomami niepożądanymi są łagodne nudności, uczucie ciężaru, dyskomfortu w nadbrzuszu.

Objawy uzależnienia

Wczesne objawy uzależnienia to: drażliwość, irytacja, niepokój, zmiany nastroju, depresja, większe zmęczenie, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia snu, senność w ciągu dnia, zawroty głowy, spadek masy ciała, pieczenie w przełyku, objawy żołądkowo-jelitowe (nudności, wymioty), zaburzenia równowagi, problemy z orientacją, ataksja (zaburzenia koordynacji ruchowej), splatanie, zaburzenia pamięci, wydłużenie czasu reakcji, delirium, objawy somatyczne, niewyjaśnione urazy, siniaki, częste upadki, problemy z utrzymaniem higieny, niedożywienie, wycofanie się z życia towarzyskiego, poukrywane blistry z lekami lub po lekach, „turystyka” po przychodniach w celu załatwienia recepty.

Objawy sugerujące uzależnienie: zaburzenia poznawcze, majaczenie, jako objaw zatrucia.

Rozpoznanie uzależnienia jest możliwe dzięki wykorzystaniu wywiadu z osobą starszą, rozmowie z rodziną oraz opiekunem/opiekunami, oraz badaniom toksykologicznym moczu i krwi.

Piśmiennictwo:

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

Zapobieganie uzależnieniu od leków i jego terapia u osób starszych

Problemem, który daje się zaobserwować wśród seniorów, jest eksperymentowanie z lekami, często przebiegające inaczej niż u młodych, którzy zwykle poszukują euforii czy odurzenia. Seniorzy rzadziej niż młodzi szukają innych niż utylitarne (np. zapobieganie bezsenności) zastosowań.

Bardzo często osoby w podeszłym wieku nadużywają leków ułatwiających zasypianie, a wśród nich znajdują specyfiki z dużym potencjałem uzależniającym, np. benzodiazepiny. Co więcej, ryzyko wystąpienia działań niepożądanych tej grupy leków jest w grupie osób starszych wyższe niż u młodszych ze względu na spowolniony metabolizm, niższą masę mięśniową, a wyższą – tłuszczową oraz zmniejszenie udziału wody w tkankach organizmu. Niebezpieczne są również leki o działaniu przeciwbólowym, pochodne opioidów. Jest też całkiem spora grupa preparatów pozbawionych w ogóle potencjału uzależniającego, tzw. leki bez recepty, które po prostu są nadużywane.

Warto sprawdzić, czy bliski nam senior nie chodzi zbyt często do lekarza, do różnych przychodni. Dla osoby uzależnionej od leków typowa jest „turystyka ZOZ-owa”. Pacjenci chodzą po kilku przychodniach tygodniowo, żeby pozyskiwać kolejne recepty, ponieważ w jednej lekarze nie chcą już im wypisywać kolejnych recept na znany preparat z potencjałem uzależniania. Ponadto, należy również zwrócić uwagę, czy nasi bliscy nie mają zaburzonych rytmów dobowych, nie zaczynają podsywać w ciągu dnia, a w nocy nie mają problemów z zaśnięciem. Jeśli pojawiają się jakiegokolwiek niepokojące objawy (zawroty głowy, dziwny chód, zmieniona mowa), warto wezwać karetkę. To mogą być również zaburzenia neurologiczne, odwodnienie i nie wolno ich lekceważyć. Jeśli znajdziemy w domu, w koszu na śmieci opakowania po lekach, pochowane luzem tabletki lub blistry leków, warto sprawdzić nazwę leku w internecie lub podejść do lekarza w przychodni, by powiedział, czy lek jest bezpieczny. Każda sytuacja, w której mamy podejrzenie, że z naszym seniorem dzieje się coś niepokojącego, wymaga interwencji.

U osoby starszej, jeśli jest poznawczo wystarczająco sprawna, można wdroić terapię uzależnień. Wiąże się ona z procesem uczenia się. Tak, jak w przypadku nadużywania alkoholu — że pójdzie do restauracji, w której jest podawany alkohol we wczesnym etapie trzeźwienia, zagraża temu procesowi, że robienie zakupów w sklepie monopolowym może wytworzyć łatwą pokusę.

Warto też poszukać w okolicy zajęć, w których nasi bliscy mogliby uczestniczyć – kursy dla seniorów, świetlice, kluby, wolontariat. Nawet internetowe pogaduszki z wnukami mogą pomóc. Życie na emeryturze nie musi i nie powinno być nudne i smutne.

Terapia osób uzależnionych od leków przebiega pod opieką lekarską. Dawki leków należy zmniejszać stopniowo, zmienia się też leki. Równocześnie prowadzona jest psychoterapia uzależnienia. Pierwszy etap to leczenie stacjonarne, które trwa przynajmniej 6 tygodni. Najważniejsze jest uświadomienie sobie uzależnienia, umiejętność rozpoznania odpowiednio wcześniej tzw. głodu lekowego i opracowanie strategii radzenia sobie z nim. Drugi etap to leczenie ambulatoryjne, część pacjentów nie przyjmuje już leków, ale potrzebuje pomocy w sytuacjach kryzysowych.



Terapia lekowa opiera się na:

1. Objawowym wyprowadzeniu z ostrego stanu tzw. detoks lekowy.
2. Likwidacji fizycznych i psychicznych konsekwencji przewlekłego zażywania leków.
3. Diagnoza problemowa.
4. Właściwa terapia odwykowa.
5. Rehabilitacja i samorealizacja.

Piśmiennictwo:

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



Opiekunie, uporaj się ze zmęczeniem

Jeżeli czujesz, że tracisz kontrolę nad swoim życiem, wydaje ci się, że jesteś w sytuacji bez wyjścia, a na dodatek źle sypiasz, brakuje ci energii i motywacji – może to oznaczać emocjonalne wyczerpanie. Podpowiadamy, jak poradzić sobie ze zmęczeniem psychicznym.

Zmęczenie psychiczne: co je powoduje?

Ludzie w różny sposób reagują na trudności pojawiające się w życiu. Jedni łatwiej radzą sobie z wyjątkowymi wyzwaniem, a dobijają ich ciągnące się długo napięcia dnia powszedniego. Drudzy czują się złapani w pułapkę przez niecodzienne trudne wydarzenia. Najczęściej jednak zmęczeniu psychicznemu sprzyjają:

- praca pod presją, zwłaszcza związana z kontaktami z ludźmi i odpowiedzialnością,
- długie godziny pracy oraz praca, której się nie znosi,
- kłopoty finansowe,
- opieka nad chorym, niedołącznym czy niepełnosprawnym bliskim,
- przewlekła choroba lub uraz,
- śmierć członka rodziny lub przyjaciela.

Czym objawia się zmęczenie psychiczne?

Przewlekłe emocjonalne wyczerpanie wpływa na układ odpornościowy, serce, metabolizm i nastrój. Może powodować następujące objawy:

- podwyższone ciśnienie krwi,
- często nawracające infekcje,
- przybranie na wadze,
- bezsenność,
- niepokój i lęk.

Zredukuj zbyt dużą ilość bodźców

Nadmiar światła i hałasu staje się dla nas niezauważalny. Nie znaczy to jednak, że nie oddziałuje na organizm, a przede wszystkim na układ nerwowy. W sytuacji zmęczenia psychicznego, zmniejszmy więc przede wszystkim ilość bodźców sensorycznych, ograniczając je do tych niezbędnych. Wyłączmy telewizor, jeśli nie oglądamy telewizji. Zaangażujmy w rolety lub zasłony, odcinające pokój, w którym śpimy i wypoczywamy od światła ulicy. Co jeszcze pomoże na psychiczne zmęczenie? Gdy czujemy się naprawdę wyczerpani, spędźmy kilkakrotnie minut w zaciemnionym i cichym pomieszczeniu. Jeśli nie da się odciąć od odgłosów ulicy, wykorzystajmy tzw. biały szum, czyli monotonne dźwięki, które pomagają małym dzieciom zasypiać. To na przykład dźwięk uderzających

o poszycie namiotu kropli deszczu czy pracującej suszarki do włosów, szum morza lub wodospadu, monotonny stukot kół pociągu czy odgłos pracującej pralki. Takie dźwięki można ściągnąć na telefon komórkowy – dostępne są aplikacje działające w systemach android i IOS. Uporządkujmy też przestrzeń wokół siebie. Badania naukowe pokazują, że bałagan zwiększa zmęczenie psychiczne, a porządek sprzyja wyciszeniu emocji.

Sprawiaj sobie małe przyjemności

Pewnie nasza lista rzeczy do zrobienia – tak, jak w przypadku większości współczesnych ludzi – nigdy się nie kończy. Łatwo więc popaść w przeświadczenie, że zawsze coś musimy zrobić. W ten sposób nie dajemy sobie pozwolenia na chwile relaksu, rozrywki i szczęścia. A to właśnie przyjemności, również te drobne, pozwalają poradzić sobie ze zmęczeniem psychicznym. To może być delektowanie się aromatyczną herbatą i ciastkiem czy ciekawą książką, ale też spacer po parku, spotkanie z przyjacielem, wyjście do kina, do restauracji. Bądźmy dla siebie wyrozumiali, pamiętając, że nadmierne krytykanctwo nie sprzyja uwalnianiu swoich emocjonalnych i poznawczych rezerw.

Nie bierz na siebie za dużo zobowiązań

Jeśli bierzemy sobie na głowę więcej zadań niż mamy czasu na ich wykonanie, nie tylko narażamy się na psychiczne i fizyczne wyczerpanie, ale też zmniejszamy swoje szanse na uzyskanie pozytywnych efektów pracy. A to dodatkowo sprzyja psychicznemu zmęczeniu. Dlatego niezbędną współcześnie umiejętnością jest zdolność do stawiania granic i mówienia „nie” zarówno swojemu szefowi czy partnerowi, jak i samemu sobie. Bo we współczesnym świecie niewyczerpanych możliwości, zawsze jest coś do zrobienia, zdobycia, poprawie-

nia, nauczania czy zobaczenia. Bądźmy więc realistami: róbmy listę zadań ważnych do wykonania, dbając, by ich ilość i zakres nie przekraczały naszych możliwości. Ustalmy realistyczne długofalowe osobiste i zawodowe cele. Psychicznemu zmęczeniu sprzyja też wieczne odkładanie zobowiązań na ostatnią chwilę. W zdobytym przez odwlekanie obowiązków wolnym czasie nie pozbywamy się jednak napięcia i poczucia winy, co sprzyja wyczerpywaniu się mentalnych zasobów.

Wysypiaj się

Sen jest niezbędnym elementem zachowania dobrej psychicznej kondycji. Brak odpowiedniej ilości snu sprzyja zmęczeniu psychicznemu, które objawia się spadkiem nastroju, koncentracji, czujności i efektywności. Zanim położymy się spać, wyciszmy się i zrelaksujmy. Weźmy gorącą kąpiel, posłuchajmy spokojnej muzyki, nauczmy się świadomie oddychać. Unikajmy wieczorem zbyt dynamicznych czynności, zarówno treningów sportowych, jak i wysiłku intelektualnego czy też kłótni z podopiecznym. Pożądana ilość snu to kwestia indywidualna, ale w przypadku większości dorosłych optymalna dawka nocnego wypoczynku waha się między sześcioma a ośmioma godzinami.

Bądź aktywny fizycznie

Każdy rodzaj wysiłku fizycznego podnosi poziom endorfin (naturalnych euforyzujących opioidów) i serotoniny (neuroprzekaźnika, którego odpowiedni poziom odpowiada m.in. za dobre psychiczne samopoczucie).

Piśmiennictwo:

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



Opiekunie, chroń swój kręgosłup

Każdy zna zasady prawidłowego stania, siedzenia czy leżenia. Każdy również dąży do utrzymania w zdrowiu swojego kręgosłupa, jednak czy nasze przyzwyczajenia są na pewno zgodne z zalecanymi?

Jaki wpływ na zdrowie ma właściwa pozycja?

Prawidłowa postawa podczas siedzenia przy stole, pracy zawodowej w biurze, dozowany ruch i odpoczynek, właściwe sposoby wykonywania codziennych czynności gwarantują zachowanie zdrowia i witalności przez długi czas. Jednakże długotrwałe, bez przerwy przebywanie przed komputerem, chodzimy w butach na wysokich obcasach lub w ogóle nie zażywamy ruchu, w zamian za to odpoczywamy w miękkich, źle wyprofilowanych, zapadających się fotelach, dodatkowo zakładając nogę na nogę i przybierając różne pozycje, prowadzące do nasilających się bóli kręgosłupa.

Należy pamiętać, iż podczas prawidłowego siedzenia czy stania obciążenie naszego układu kostnego jest równomierne, a praca mięśni zrównoważona. Dodatkowo ćwiczenia fizyczne i ruch gwarantują elastyczność mięśni oraz zwiększenie zakresu ruchomości w stawach.

W dobie dzisiejszych czasów, kiedy bóle kręgosłupa dotyczą niemalże 90% społeczeństwa, należy

zastanowić się nad zmianą nieprawidłowych nawyków oraz nauką stabilizacji ciała, zmniejszającą ryzyko występowania incydentów bólowych i zmian degeneracyjnych w kręgosłupie.

Na co zwrócić uwagę?

Przede wszystkim należy unikać niekorzystnych czynników, takich jak: długotrwałe przebywanie w fotelu, kanapie, zakładanie nogi na nogę, krzyżowanie nóg pod krzesłem. A jeśli już takie nawyki mamy, należy zastanowić się nad wprowadzeniem zasad ergonomii prawidłowej postawy ciała i elementów autokorekcji. Kolejnym ważnym ogniwem postępowania w kierunku ochrony kręgosłupa jest dawkowany wysiłek fizyczny, który jest najlepszym lekarstwem, ponieważ chroni przed wieloma chorobami. Zaleca się ćwiczenia fizyczne wykonywane systematycznie oraz różne formy aktywności takie jak: jazda na rowerze po równym terenie, szybkie marsze, Nordic Walking czy pływanie.

10 praktycznych rad, by kręgosłup funkcjonował wiele lat:

1. **Często zmieniaj pozycję ciała**, w której przebywasz dłuższy czas; podczas długiego stania zadbaj, aby plecy były wyprostowane, brzuch i pośladki napięte; podczas karmienia podopiecznego w pozycji stojącej umieść jedną nogę na podwyższeniu lub przestępuj z nogi na nogę, najlepiej usiądź blisko podopiecznego tak, abyście siedzieli na podobnej wysokości i mieli kontakt wzrokowy.
2. **Nie dopuszczaj do wielogodzinnego siedzenia** – czuwając przy podopiecznym, wstań i spaceruj się chwilę po pomieszczeniu; jeśli siedzisz, pamiętaj o prawidłowej postawie, by plecy były proste, klatka piersiowa wysunięta do przodu, nie zakładaj nogi na nogę.
3. **Zadbaj o odpoczynek we właściwej pozycji** – śpij na średnio twardym materacu, zadbaj o poduszkę mającą możliwość dostosowania kształtu do krzywizn twojego kręgosłupa
4. Pamiętaj, że **regularny wysiłek fizyczny** wpływa na prawidłową pracę i napięcie mięśni, gwarantuje dobrą ruchomość kręgosłupa; warto poświęcić chociażby 15 minut dziennie na proste ćwiczenia rozciągające; nie bój się leżenia na brzu-

chu, taka pozycja powoduje rozluźnienie kręgosłupa.

5. **Rozgrzej mięśnie** przed pracą wymagającą wysiłku; zanim wstaniesz daj sobie chwilę na proste ćwiczenia, np. zgięcia, wyprosty stóp, podudzi; wypracuj w sobie właściwą pozycję do wstawania: obróć się na bok, następnie opuść nogi na podłogę i podeprzyj się ręką, a unikniesz przeciążenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa.
6. **Podnoś przedmioty na ugiętych nogach**, trzymając ciężar blisko ciała.
7. **Unikaj długotrwałego stresu** – może powodować napięcie mięśni przykręgosłupowych i ból.
8. **Podstaw krzesło lub drabinę** – zanim sięgniesz do wysokiej półki lub szafki.
9. **Odstaw samochód na chwilę** – wykorzystaj co najmniej 20 minut dziennie na spacer.
10. **Zadbaj o właściwą masę ciała** – zmień swoją dietę.
11. Pamiętaj, że **najzdrowsze jest noszenie butów na 2-3 cm obcasie!**

Stosuj ćwiczenia rozciągające

Pamiętaj, aby podczas pracy wykonywać kilka prostych ćwiczeń rozciągających praktycznie wszystkie części ciała. Dzięki nim poprawisz krążenie krwi i ukrwienie mięśni oraz narządów wewnętrznych ludzkiego organizmu. Jednocześnie zapobiegiesz zapaleniu stawów oraz mięśni, oraz poprawisz przewodnictwo w nerwach obwodowych.

Przykładowe ćwiczenia:

1. **Rozciąganie dłoni** – maksymalnie wyprostuj i rozsuń na boki palce rąk tak, aby poczuć rozciągnięcie. Wytrzymaj w takiej pozycji około 10 sekund, a następnie rozluźnij dłonie i ugnij ją w pięść. Ćwiczenie powtórz 5 razy.
2. **Rozciąganie nadgarstków** – złącz dłonie przed sobą i spleć palce. Wykonaj krążenie dłoni zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Powtórz po 10 razy na każdą ze stron.
3. **Rozciąganie barków i szyi** – unieś w górę (w kierunku uszu) barki do momentu, aż poczujesz napięcie. Wytrzymaj w tej pozycji około 5 sekund, a następnie powróć do pozycji wyjściowej. Ćwiczenie powtórz 8 razy.
4. **Rozciąganie klatki piersiowej** – spleć dłonie za głową, trzymając ręce równoległe w stosunku do pleców. Z tej pozycji spróbuj przemieścić łokcie w tył do momentu, aż poczujesz napięcie między łopatkami. Wytrzymaj w tej pozycji 5 sekund, a następnie rozluźnij. Ćwiczenie powtórz 5 razy.





Opiekując się osobą niesamodzielną, zawsze dbaj o swój kręgosłup, przestrzegając zasad i bezpiecznych technik podczas wykonywania czynności opiekuńczych, przesadzania, przemieszczania podopiecznego:

- zaopatrzyć się w przybory do łatwego przemieszczania, tzw. łatwoślizgi, które umożliwiają szybkie i bezwysiłkowe przemieszczanie chorego; dodatkowo podczas zmiany pozycji z użyciem tych przyborów nie dochodzi do tarcia skóry podopiecznego z powierzchnią prześcieradła i materaca, a tym samym zmniejsza się ryzyko odleżyn; jeśli nie masz możliwości skorzystania z nowoczesnego sprzętu, zastosuj technikę „hamaka” – przemieszczania w dwie osoby na płóciennym podkładzie.
- zorientuj się co do możliwości podopiecznego, np. czy przynajmniej częściowo może włączyć się w zmianę pozycji, np. odepchnąć się nogami przy unoszeniu do pozycji wysokiej;
- mierz siły na zamiary – nie unos/nie przemieszczaj/nie zmieniaj pozycji podopiecznego, jeśli wiesz, że samodzielnie nie jesteś w stanie tego zrobić; poproś o pomoc drugą osobę; jeśli

w przemieszczaniu zaangażowanych jest więcej osób, należy wyznaczyć osobę kierującą, wydającą komendy do przemieszczania;

- pracuj w ubraniu nie krępującym ruchów, na ugiętych nogach – do podnoszenia używaj mięśni nóg (ugięcie, a następnie wyprost kolan), nie pochylaj pleców, staraj się aby plecy były wyprostowane, unikaj skręcania kręgosłupa i pochyleń na boki;
- dostosuj wysokość łóżka podopiecznego do swojego wzrostu, opuść drabinkę łóżka, przed przystąpieniem do wykonywania czynności opiekuńczych;
- unikaj chwytania podopiecznego „pod pachy”, przełóż jedną rękę pod pachę a drugą chwyć za plecy na wysokości łopatek; podczas przemieszczania podopiecznego wyżej w kierunku wezgłowia oprzyj jedno kolano na łóżku; nie dopuść, by podopieczny podczas przemieszczania chwycił cię za szyję, niech obejmie cię w pasie.

Piśmiennictwo:

Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu. Fundacja „Razem Zmieniamy Świat”, Toruń 2019.

Opieka wytchnieniowa jako jedna z form wsparcia opiekunów

Opieka nad osobą przewlekle chorującą czy niesamodzielną wymaga całodobowego zaangażowania – to naturalne, że od czasu do czasu potrzebujesz przerwy, by zadbać o własne potrzeby. Właśnie w takich sytuacjach pomocna może okazać się usługa opieki wytchnieniowej.

Opieka wytchnieniowa może odbywać się w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, w ośrodkach opieki dziennej lub w placówkach opiekuńczych, które oferują noclegi. Czas trwania tego typu usługi bywa różny. Niezależnie jednak od tego, czy chodzi o zaledwie kilka godzin w tygodniu, czy o kilka dni, taka forma wsparcia może pomóc złagodzić ciężar opieki rodzinnej, obniżyć poziom odczuwanego stresu, odzyskać energię, a nawet zapobiec izolacji i wypaleniu. Może również przynieść korzyści osobie, którą się opiekujesz, poprzez zapewnienie jej różnorodności oraz stymulacji.

Warto rozważyć opiekę wytchnieniową, jeżeli jesteś odpowiedzialny za kogoś, kto: cierpi na chorobę nowotworową, demencję, jest po udarze mózgu czy też wymaga opieki ze względu na niepełnosprawność intelektualną czy ruchową.

Poszukiwanie wsparcia i dbanie o własne zdrowie to kluczowe działania sprzyjające efektywnej i satysfakcjonującej realizacji obowiązków opiekuna.

Centrum Wsparcia Opiekunów, działające przy Miejskim Centrum opieki w Krakowie, oferuje bezpłatne usługi opieki wytchnieniowej — w formie całodobowego oddziału opieki wytchnieniowej oraz w ramach Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji. To nie tylko pomoc dla opiekuna, ale także możliwość stymulacji oraz aktywizacji dla podopiecznego.



Dowiedz się więcej na temat wsparcia skierowanego do opiekunów osób niesamodzielnych, poznaj zasady rekrutacji oraz wypełnij formularz zgłoszeniowy na naszej stronie: www.wsparciedlaopiekuna.pl. Skontaktuj się z nami pod numerem telefonu: **124467530** lub też mailowo: centrumwsparcia@mco.krakow.pl. Nie zwlekaj, zadбай o swoje potrzeby już dziś!



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.