



PORADNIK OPIEKUNA

egzemplarz bezpłatny

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



**CENTRUM
WSPARCIA
OPIEKUNÓW
W MIEJSKIM
CENTRUM
OPIEKI
W KRAKOWIE**

Szanowni Czytelnicy!

Zwielką przyjemnością, w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnymi w wersji tradycyjnej – drukowanej **drugi Poradnik Opiekuna**. Poradnik zawiera wybrane treści publikowane na portalu www.wsparciedlaopiekuna.pl.

Jest on przewodnikiem po świecie, w którym żyjesz jako opiekun nieformalny osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej, starszej. Ma ułatwić sprawowanie opieki nad bliskim chorym w domu z zachowaniem niezbędnych standardów bezpiecznego postępowania oraz w poszanowaniu autonomii i godności osoby niesamodzielnej oraz „cichego opiekuna”, którego rola w procesie powrotu do zdrowia lub utrzymaniu zdrowia na tym samym poziomie osoby chorej, jej komfortu życia, jest nieoceniona. Empatia i współczucie są motorami pomagania innym, czasami jednak sprawiają, że opiekunowie sami stają się wyczerpani emocjonalnie i fizycznie przemęczeni. Dlatego dbanie o siebie daje siłę do dbania o innych.

Poradnik omawia zespół słabości, który wiąże się z postępującym zmniejszaniem się sprawności fizycznej i zwiększonym ryzykiem powikłań, takich jak utrata samodzielności, konieczność częstszych hospitalizacji, podatność na częstsze zachorowania czy nawet śmierć z powodu niekiedy nawet początkowo błahego powodu. Porusza on też cichy a groźny problem – uzależnień od alkoholu i leków u osób starszych. Publikacja zawiera cenne informacje na temat charakterystyki i diagnostyki bólu oraz przyczyn i konsekwencji upadków. Przedstawiono w nim również ważny problem politerapii/wielolekowości i polipragmazji, a także zwrócono uwagę na kwestię przemocy wobec osób starszych.

Materiały zawarte w Poradniku obejmują praktyczne rady dotyczące m.in. eliminacji i profilaktyki bólu oraz upadków u osób w podeszłym wieku. Są też cennym źródłem informacji umożliwiających zapoznanie się z założeniami i zasadami organizacji opieki nad takimi osobami. Są przykładem dobrych praktyk tworzenia świata rozumiejącego potrzeby osób niesamodzielnymi, wskazują np. sposoby zapewnienia komfortowych warunków snu i wypoczynku.

Opieka nad osobą niesamodzielną 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 bezsilność, lęk, rozdrażnienie, apatia, niechęć do niesienia pomocy. Podpowiadamy więc opiekunom nieformalnym, jak radzić sobie z tymi problemami.

Zachęcamy do lektury Poradnika. Wierzimy, że artykuły w nim zawarte zainteresują Państwa. Liczymy, że okażą się cennym źródłem wiedzy pomocnej w wykonywaniu czynności opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, leczniczych i psychoterapeutycznych.

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

Życzymy miłej lektury.

Redakcja

Medycyna

Najczęstsze schorzenia u osób niesamodzielnych i starszych	3
Charakterystyka i diagnostyka bólu u osób starszych	4
Przyczyny i konsekwencje upadków u osób starszych	5
Zespół słabości u osób w podeszłym wieku	6
Objawy sugerujące uzależnienie od alkoholu u osób starszych	7
Objawy sugerujące uzależnienie od leków u osób starszych	9
Problemy ze snem u seniora	10
Geriatryczny zespół jatrogenny: przyczyny, objawy	11

Wsparcie dla opiekunów

Różne formy wsparcia i pomocy oraz wskazówki edukacyjne dla opiekunów	12
Eliminacja i profilaktyka bólu u osób starszych	
– metody niefarmakologiczne	13
Eliminacja i profilaktyka upadków u osób starszych	14
Jak przeciwdziałać wystąpieniu zespołu słabości?	16
Zapobieganie przemocy wobec osób starszych, niesamodzielnych	17
Opiekunie uporać się ze zmęczeniem	19
Opiekunie chroń swój kręgosłup	20
Opiekunie zapanuj nad złością i smutkiem	21
Opiekunie uporać się ze wstydem i samotnością	24

Organizacja opieki

Praktyczne porady ułatwiające pielęgnację i opiekę nad osobami niesamodzielnymi	25
Organizacja opieki nad pacjentem z bólem	26
Organizacja działań środowiskowych zmniejszających ryzyko upadków u osób starszych	28
Jak zapewnić komfortowe warunki do snu i wypoczynku opiekunowi oraz podopiecznemu	29
Co powinien wiedzieć opiekun, aby zapobiegać geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu u swojego podopiecznego	31

Centrum Wsparcia Opiekunów	34
----------------------------------	----



Najczęstsze schorzenia u osób niesamodzielnych i starszych

MEDYCYNĄ

Charakterystyka i diagnostyka bólu u osób starszych

Ból u osób starszych jest zjawiskiem bagatelizowanym poprzez panujący stereotyp, że nieodłącznie towarzyszy osobom w tej grupie wiekowej. Dodatkowo, skuteczna terapia dolegliwości bólowych u seniorów jest ograniczona, często niewłaściwa poprzez wiele czynników związanych z procesem starzenia się.

Według obowiązującej definicji, skonstruowanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu, ból to: *nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia*. Ból jest jednym z najczęstszych objawów towarzyszących wielu patologiom występującym w starości. Typowe bóle to bóle kości i stawów. Ból jest subiektywnym odczuciem, oceną chorego, może podlegać modyfikacji na podstawie przeżytych doświadczeń oraz osobowości człowieka. W zależności od czasu trwania ból można podzielić na ostry i przewlekły. **Ból ostry** to taki, który powstaje w wyniku uszkadzającego bodźca i trwa nie dłużej niż 3 miesiące (jest to np. czas potrzebny do zakończenia procesu gojenia uszkodzonych tkanek). Odgrywa ważną rolę odruchowo-obronną, gdyż alarmuje o nieprawidłowościach i zagrożeniach. Sygnalizuje powstanie objawów chorobowych, zmusza do szukania przyczyny oraz pomocy. Jest to pozytywny aspekt bólu. **Ból przewlekły** stwierdza się, jeśli dolegliwości bólowe utrzymują się ponad 3 miesiące, powodując cierpienie i obniżenie jakości życia pacjenta, jego rodziny/opiekunów, w aspekcie fizjologicznym, psychologicznym, duchowym i społecznym lub gdy ból utrzymuje się mimo wygojenia uszkodzonych tkanek. Ból przewlekły nie pełni już funkcji ostrzegawczo-obronnej, jak jest w przypadku bólu ostrego, staje się chorobą, wpływając negatywnie na stan biopsychospołeczny człowieka. Prowadzi do wyczerpania fizycznego (zmęczenie, brak snu, utrata apetytu, niedożywienie) i psychicznego (depresja, lęk). Istotnie ograniczać może samodzielność chorego w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

Według miejsca i mechanizmu powstania ból można podzielić na: neuropatyczny, receptorowy (nocyceptywny) i psychogeny. **Ból neuropatyczny** jest specyficznym rodzajem bólu, rzadko rozpoznawanym, będącym zespołem charakterystycznych objawów niepoddających się leczeniu klasycznymi lekami przeciwbólowymi i przeciwzapalnymi. Definicja bólu neuropatycznego zaproponowana przez Komitet ds. Taksonomii IASP (*International Association for the Study of Pain*) mówi, że jest to ból spowodowany uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznej części układu nerwowego. Specyfika mechani-

zmu powstawania oraz wieloczynnikowa etiopatogeneza wymagają indywidualnego podejścia w leczeniu. Niektórzy pacjenci mogą odczuwać bardzo silne dolegliwości bólowe mimo braku klinicznych objawów uszkodzenia nerwów i na odwrót. Uszkodzenie prowadzące do bólu neuropatycznego może nastąpić na poziomie nerwu obwodowego, rdzenia kręgowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Może mieć charakter neuralgii, zespołu korzeniowego, kauzalgii, bólu fantomowego. Odczuwany jest jako pieczenie, klucie, jest trudny do opisu przez chorego, najczęściej ma charakter napadowy, przeszywający, promieniujący, może występować samoistnie lub po podrażnieniu. Mogą mu towarzyszyć: nadwrażliwość na bodźce mechaniczne i termiczne, mrowienia, drętwienia, zaburzenia czucia powierzchownego. Nie ma wielu danych dotyczących częstości występowania bólu neuropatycznego lub są one niespójne. Długotrwały przebieg bólu sprawia, że wraz z poczuciem bezradności i bezsilności pojawia się depresja. Należy także pamiętać, że depresja może manifestować się występowaniem zespołów bólowych, zwłaszcza kiedy pacjent mówi, że „wszystko boli”, jest to bowiem jedna z somatycznych масек depresji. **Ból receptorowy** powstaje w wyniku uszkodzenia tkanek i pobudzenia receptorów bólowych. W zależności od lokalizacji tych receptorów może być somatyczny (skóra, mięśnie, stawy, kości) lub trzewny (narządy wewnętrzne). Jest to zazwyczaj ból dobrze zlokalizowany. **Ból psychogeny** ma swoje źródło w psychice chorego, nie ma podłoża organicznego.

Diagnostyka bólu

W ocenie bólu bierze się pod uwagę jego natężenie. Powszechnie stosowaną skalą oceny natężenia bólu jest skala wizualno-analogowa (ang. *Visual Analogue Scale* – VAS), gdzie na 10-centymetrowym odcinku, początek – 0 – to brak bólu, a koniec – 10 – najsilniejszy ból, jaki chory może sobie wyobrazić. Pacjent zaznacza punkt na skali, w miejscu, które najlepiej odpowiada natężeniu doznawanego przez niego bólu. Bóle w granicach 1-3 określone są jako słabe, 4-6 jako umiarkowane, 7-10 bardzo silne. Odmianą wyżej opisaną skalą jest skala numeryczna (ang. *Number Rating Scale* – NRS). Prosi się pacjenta, żeby określił, jak silny jest ból w skali 0-10. Inną metodą jest skala słowna (ang. *Verbal Rating Scale* – VRS). Jest to skala porządkowa, zawierająca szereg ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określonymi stopniami natężenia bólu, gdzie cyfra 0 oznacza brak bólu, 1 – mały, łagodny ból, 2 – średni, znośny ból, 3 – duży, dotkliwy ból, 4 – najgorszy, nie do wytrzymania. Dodatkowych informacji o bólu dostarczają mapy bólu – na gotowym rysunku sylwetki człowieka zaznacza się miejsce odczuwanego bólu. U chorych z utrudnionym kontaktem źródłem informacji o bólu jest obserwacja pacjenta i ocena zmian jego zachowania (ocena behawioralna), a skalą – skala DOLOPLUS (w praktyce rzadko używana). Składa się z 10 pozycji oceniających 3 obszary:

- reakcje somatyczne (dolegliwości somatyczne: tachykardia, wzrost ciśnienia, rozszerzenie źrenic, zwiększona potliwość, przyspieszenie oddechu,

duszość; obronna pozycja ciała; ochrona miejsc bolesnych; wyraz twarzy: grymas bólu, szczelino-we przymknięcie oczu, trójkątne ustawienie brwi, opuszczenie kącików ust, smutek na twarzy; zaburzenia snu),

- reakcje psychosomatyczne (zaburzona aktywność życia codziennego: mycie, ubieranie, zdolność poruszania się),
- reakcje psychospołeczne (brak zainteresowania otoczeniem, zaniepokojenie, agresja, pobudzenie, wrogość, lęk, złość lub gniew, poczucie beznadziejności i rezygnacji, przygnębienie, depresja).

Percepcja bólu rozpatrywana od strony psychologicznej to nie tylko poczucie bólu, ale także jego tolerancja. Ból przewlekły i depresja mogą być postrzegane jako dwie odrębne jednostki chorobowe, często jednak współlistnieją ze sobą, wydłużając leczenie, zdecydowanie pogarszając jakość życia pacjentów i planowane wyniki terapii.

Diagnoza bólu u osób starszych z otępieniem

Pacjenci niesprawni poznawczo, a zatem również pacjenci otępienni, mogą odczuwać ból w taki sam sposób, jak pacjenci niecierpiący na demencję. Mogą oni jednak nie rozumieć, że to, co odczuwają, jest bólem. W tej kwestii są trochę podobni do dzieci. W przypadku diagnozy pacjentów otępiennych kluczowa jest obserwacja zachowania. Wskaźniki behawioralne pozwalają opiekunowi ocenić, jakie jest prawdopodobieństwo, że pacjent cierpi. Obserwując bliską Ci chorą osobę, zwróć szczególną uwagę na płacz, jęczenie, wzdychanie, sapanie i stękanie. Te wydawane przez nią dźwięki mogą być spowodowane bólem. Niech Twojej uwadze nie umkną również zmiany w mimice twarzy, takie jak zaciśnięte zęby, szeroko otwarte oczy i zaciśnięte wargi. Zachowaj czujność, jeśli chora osoba podtrzymuje się mebli lub innych przedmiotów, kiedy stara się wykonać jakiś ruch. Osoba, która cierpi z powodu długotrwałego bólu, może mieć problem z dłuższym utrzymaniem jednej pozycji lub też pocierać obolałe miejsce.

Pięsmiennictwo:

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

Przyczyny i konsekwencje upadków u osób starszych

Okolo 35-40% zdrowych osób po 65 r.ż. doznaje przynajmniej jednego upadku rocznie, a po 80 r.ż. prawie 50%. Liczba ta wzrasta wśród pensjonariuszy opieki instytucjonalnej do blisko 60%.

Ryzyko upadków zwiększają: zaawansowany wiek, płeć żeńska (we wczesnej starości częściej upadają kobiety, na-

tomiast w późnej starości częstość upadków jest jednako-wa u obu płci), rasa biała, samotne zamieszkiwanie, wcześniejsze upadki w wywiadzie, zmiana wzorca chodu, tzw. chód starczy (osoby starsze poruszają się wolniej, stawiają mniejsze kroki, stopy unoszą niżej w stosunku do podłoża, ruchy rotacji w stawach biodrowych i kolanowych oraz wymachy kończyn górnych ulegają ograniczeniu), niska masa ciała, niedożywienie, osłabienie, wyniszczenie organizmu, upośledzenie funkcji poznawczych, polipragmazja (>4 leki), wielochorobowość, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, mała aktywność, niesprawność, stosowanie sprzętu ortopedycznego ułatwiającego przemieszczanie się. Upadki u osób starszych najczęściej zdarzają się w czasie podejmowania czynności dnia/życia codziennego, w godzinach nocnych z powodu konieczności korzystania z toalety (przewaga diurezy nocnej).

Czynniki ryzyka upadków

1. **Biologiczne:** wiek, płeć, rasa, niska masa ciała, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia równowagi i chodu, zaburzenia widzenia i pamięci, stany zapalne stawów, zażywanie niektórych leków, ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego krwi, schorzenia neurologiczne, choroby sercowo-naczyniowe, choroby narządu ruchu, choroby metaboliczne, choroby żołądkowo-jelitowe, choroby układu moczowo-płciowego oraz psychiczne, lękowy zespół poupadkowy.
2. **Behawioralne:** nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej lub niewielka aktywność obniżająca sprawność, pośpiech, wysoka aktywność fizyczna generująca sytuacje ryzykowne, polifarmakoterapia.
3. **Środowiskowe:** śliskie podłogi, brak mat antypoślizgowych, nieprzymocowane do podłoża chodniki i dywany, wysokie stopnie, brak uchwytów i poręczy, niedostosowana wysokość mebli i urządzeń sanitarnych, nieodpowiednie obuwie, słabe oświetlenie.
4. **Socjoekonomiczne:** brak wsparcia społecznego, niski dochód, złe warunki bytowe, ograniczony dostęp do usług zdrowotnych i socjalnych.

Przyczyny upadków

Można je podzielić na dwie grupy:

Wewnętrzne (organiczne):

a) wynikające z procesu starzenia się organizmu:
1. zmiana postawy ciała: zwiększenie wychylenia postawnego, zmniejszenie odruchów prostowania, chód drobnymi krokami; 2. zmniejszenie sprawności układu nerwowego: pogorszenie koordynacji ruchowej, zwolnienie czasu reakcji, obniżenie zdolności odczuwania dotyku utrudniające rozpoznanie przeszkody, wibracji, temperatury; 3. pogorszenie sprawności układu mięśniowego, zaburzenia wzroku, słuchu sprzyjają utracie równowagi.

b) wynikające ze stanów chorobowych: 1. choroby narządu ruchu: choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza, urazy, złapania, stany zapalne narządu ruchu; 2. choroby neurologiczne: choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, stany po udarze mózgu, polineuropatie, padaczka; 3. choroby psychiczne: demencja, delirium, depresja; 4. choroby układu serco-

wo-naczyniowego: hipotonia ortostatyczna i poposilkowa, omdlenia, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego; 5. choroby narządu wzroku i słuchu: niedosłuch, niedowidzenie: jaskra, zaćma; 6. zaburzenia metaboliczne: hipoglikemia, hipokaliemia, niedoczynność tarczycy, niedożywienie; 7. zaburzenia układu moczowo-płciowego: nykturia, omdlenie pomikcyjne i podefekcyjne; 8. leki: hipotensyjne, nasenne, diuretyki.

Zewnętrzne (środowiskowe): 1. nieodpowiednie oświetlenie: niedostateczne, oślepiające; 2. brak korekcji zaburzeń ostrości wzroku i słuchu: brak lub źle dobrane okulary, brak lub źle dobrany aparat słuchowy; 3. przeszkody: śliskie, mokre, wypastowane podłogi, nieumocowane dywany, progi, strome, wysokie schody bez poręczy; 4. brak udogodnień: uchwyty, poręczy, włączniki światła zamontowane w miejscach trudno dostępnych; 5. nieodpowiednie obuwie: wysokie obcasy, śliska podszwa; 6. bałagan: niepozwywane, długie przewody; 7. nieodpowiednie meble: zbyt miękkie fotele i krzesła, fotele na kółkach, niskie oparcia krzeseł, niestabilne krzesła i stoły, wysoko zawieszona półki i szafki; 8. pogorszenie warunków atmosferycznych; 9. zbyt niska temperatura pomieszczeń.

Zwykle występuje kilka wzajemnie nakładających się na siebie przyczyn predysponujących do upadków. Większość upadków poprzedzona jest zaburzeniami równowagi. Inne, rzadko występujące określane jako nagłe „podcięcie nóg”, są wynikiem przejściowej utraty napięcia miejscowego w kończynach dolnych w trakcie chodzenia lub stania, polegają na upadku na kolana bez utraty przytomności.

Konsekwencje upadków

Następstwa upadków można rozpatrywać w kategoriach fizycznych, psychicznych i społeczno-ekonomicznych. W wielu przypadkach konsekwencją upadku osoby starszej jest stłuczenie, poważne złamanie bądź uraz mózgu, a w skrajnych przypadkach w wyniku powikłań nawet śmierć. Upadki należą do grupy tzw. „wielkich problemów geriatrycznych”, stanowią częsty powód hospitalizacji, wydłużają czas pobytu w szpitalu i zwiększają zapotrzebowanie na opiekę, a tym samym jej koszty. W starszej populacji wielokrotne urazy fizyczne i psychiczne będące wynikiem upadków oraz ich następstw mają bardzo poważne skutki uboczne, których rezultatem jest utrata sprawności, samodzielności, wydolności funkcjonalnej, znaczne przyspieszenie ogólnego procesu starzenia się i zwiększenie ryzyka śmierci. Upadki seniorów, w których dochodzi do urazów, są jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i piątą co do częstotliwości przyczyną zgonów u osób po 75 r.ż. To problem, którego z pewnością nie można bagatelizować. U osób starszych, zwłaszcza kobiet, miejscami najbardziej narażonymi na złamanie są: szyjka kości udowej, dalsza część kości promieniowej, około 2,5 cm od stawu nadgarstkowego. Groźnym skutkiem upadku jest hipotermia, gdyż organizm osoby starszej szybko ulega wyziębieniu. Na takie niebezpieczeństwo narażone są osoby mieszkające samotnie. Do fizycznych konsekwencji upadków należą także skutki unieruchomienia: odleżyny, przykurcze, infekcje,

zatrzepica żył głębokich. Innym następstwem jest lęk przed ponownym upadkiem powodujący bierną postawę pacjenta, a nawet depresję. Uraz osoby starszej nakłada większe obowiązki na rodzinę/opiekuna nieformalnego, a przy dużym deficycie sprawności funkcjonalnej staje się przyczyną umieszczenia osoby starszej w instytucji o charakterze opiekuńczym.

Piśmiennictwo:

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

Zespół słabości u osób w podeszłym wieku

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, watości 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 i ogólną charakterystykę oraz ukazano kryteria diagnostyczne. Pacjentom ze zdiagnozowanym zespołem słabości należy poświęcić szczególną uwagę, ponieważ występuje u nich zwiększone ryzyko niesprawności, upadków, inwalidztwa, które prowadzi do częstej hospitalizacji, zwiększa ogólne koszty opieki, objawia się gorszym rokowaniem po leczeniu operacyjnym oraz osłabioną reakcją organizmu na zastosowane leczenie i zwiększonym ryzykiem śmierci; obniża jakość życia i dobre samopoczucie psychiczne, staje się trudnym wyzwaniem dla rodzin, opiekunów i opieki 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 współlistnieją liczne choroby przewlekłe.

Idąc za ścisłą definicją medyczną, jest 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), u pacjenta z zespołem słabości może wywołać nieoczekiwane negatywne skutki zdrowotne. Najczęstszymi konsekwencjami zespołu słabości są: 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 w miarę upływu lat proporcje te zmieniają się na rzecz mężczyzn. 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: lekarzom, pielęgniarkom, fizjoterapeutom, opiekunom medycznym, a także pracownikom 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**, którymi 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 – około 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 krzep-

nięcia (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*.

Prostym narzędziem skryningowym do oceny ryzyka zespołu słabości w populacji osób starszych w POZ służy *SHARE Frailty Instrument* (SHARE-FI).

Piśmiennictwo:

1. Muszaliński M., Kędziora-Kornatowska K. (red.), *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 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 także 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, które pojawiają się naturalnie, 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 piły na poziomie niskiego ryzyka szkód, 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. Prawdopodobnie miały w sobie tę tendencję już wcześniej. 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 całemu najbliższemu jej 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:

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

Wpływ alkoholu na organizm osoby starszej

Zmiany fizjologiczne zachodzące wraz z procesem starzenia się powodują wzrost masy tkanki tłuszczowej w stosunku do masy mięśniowej, 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 pokrewnie 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 dorostania.

Piśmiennictwo:

1. Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.), *Pielęgnowanie 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 ze wcześniejszych okresów życia lub pojawia 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 ze 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,
- podjęcie 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 na to uwagę, gdyż 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, możliwego pogorszenia pamięci krótkotrwałej i 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. Mogą pojawić się również niepokój i pobudzenie, głównie po połączeniu leków z alkoholem czy u pacjentów w podeszłym wieku z ograniczonym 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 przyjmują 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 pojawić się nawet na przestrzeni kilku dni. Zależność fizyczna pojawia się po dłuższym i regularnym przyjmowaniu, ale słabe objawy abstynencyjne mogą występować po kilku dniach przyjmowania silnych opioidów (morfiny, heroiny). Charakterystyczne zjawiska 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, zębów, pleców, miesiączkowe. Można je też stosować na gorączkę w przebiegu grypy i przeziębienia. Konsekwencjami stosowania przewlekłego NLPZ mogą być krwawienia dwunastnicy, potencjalne upośledzenie 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 i opiekunem/opiekunami oraz badaniom toksykologicznym moczu i krwi.

Piśmiennictwo:

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

Problemy ze snem u seniora

Do czynników rozpraszających sen i wypoczynek / zaburzających dynamikę snu seniora należą: 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 mają występowanie bólu i nykturia, czyli konieczność oddawania moczu w porze nocnej. Bezsenność może mieć także 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. Na przykład możliwe są zaburzenia ruchu w kontekście zespołu niespokojnych nóg, skutki uboczne leków, niedobór żelaza lub inne choroby

somatyczne albo psychiczne. Przyczynę mogą stanowić również nowe farmaceutyki, które mogą zakłócać sen.

Sen a demencja starcza

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, z czasem mogą mieć 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 za miękki materac – rzeczy, które łatwo można znieść w wieku średnim, nagle mogą stać się czynnikami przeszkadzającymi we śnie w wieku starszym. Stresy psychologiczne, takie jak: samotność, konflikty, nadmierna/niedostateczna aktywność w ciągu dnia, też 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 **samo-poczucie 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 pacjentów cierpiących na bezsenność nie kładzie się spać o zwykłej porze – między 21:00 a 23:00 – ale znacznie wcześniej, co może 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:

1. 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 nie trudno doprowadzić do wystąpienia tej nieprawidłowości. Geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu szczęśliwie można zapobiegać. Jak to jednak 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 wiązać się z większym ryzykiem pojawienia się ich działań niepożądanych. Osoby starsze nierzadko cierpią na wiele różnych jednostek chorobowych, z powodu których przyjmują dość duże ilości rozmaitych farmaceutyków. Także to może być przyczyną geriatrycznego zespołu jatrogennego. Bowiem im więcej leków przyjmuje 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 dokładnie leki zostały mu zalecone przez każdego z nich.

Geriatryczny zespół jatrogenny może częściej pojawiać się 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 zażywianymi farmaceutykami.

Geriatryczny zespół jatrogenny: objawy

Nie sposób tutaj wymienić wszystkich 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 objawy niespotykane wcześniej u pacjenta w wieku podeszłym mogą stanowić przejawy właśnie geriatrycznego zespołu jatrogennego, w sytuacji, gdy zaczyna się on skarżyć na inne niż wcześniej problemy, zawsze konieczne jest dokładne przeanalizowanie wszystkich schorzeń, na które cierpi, a także przyjrzenie się lekom, które zażywa.

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Różne formy wsparcia i pomocy oraz wskazówki edukacyjne dla opiekunów

**WSPARCIE
DLA OPIEKUNÓW**

Eliminacja i profilaktyka bólu u osób starszych – metody niefarmakologiczne

Bywa tak, że dni ludzi starszych wypełnione są bólem i nie ma w nich miejsca na radość z życia. Czy tak być powinno? Czy to nas właśnie czeka? Jak Cię nie boli, to znaczy, że już nie żyjesz – w ten sposób starsze osoby często pocieszają się nawzajem.

Na pewno mają w tym słuszość, bo za odczuwanie bólu odpowiedzialny jest działający mózg. Wraz z jego śmiercią, według dotychczasowej wiedzy medycznej, nie możemy mówić o bólu. Jednak większość z nich rozumie to zdanie w ten sposób: *Jeśli jeszcze żyjesz, to musi Cię boleć* – a na to zgodzić się już nie można. Ból nie jest możliwy po śmierci, ale nie jest też konieczny za życia.

PAMIĘTAJ! Ból nie jest nieodzownym elementem starzenia się, a jedynie oznaką choroby.

Ból, zwłaszcza ten przewlekły, może wystąpić jako skutek wielu chorób, na które prawdopodobieństwo zachorowania rośnie wraz z wiekiem, np. miażdżycy czy osteoporozy. Starsi ludzie zmagają się też często z neuropatią, czyli zapaleniem nerwów obwodowych.

Niefarmakologiczne metody leczenia

Ból jest zjawiskiem wielowymiarowym. Atakuje nas nie tylko na poziomie fizycznym, ale także psychicznym, dlatego poza lekami często zaleca się włączenie do terapii niefarmakologicznych metod leczenia. Walka z bólem jest nie tylko wyzwaniem dla osoby cierpiącej, ale również dla jej rodziny, opiekuna, lekarza, pielęgniarki. Wszystkie te osoby powinny zaangażować się w proces leczenia. Lekarz musi mieć zaufanie do pacjenta i podać odpowiednie leki, pacjent musi chcieć je przyjmować, a zadaniem rodziny, opiekuna, pielęgniarki jest wspieranie pacjenta. Na intensywność odczuwanego bólu ma wpływ nie tylko fizjologia organizmu, ale też sytuacja rodzinna i finansowa osoby chorej. Dlatego wsparcie najbliższych, zarówno emocjonalne, jak i finansowe, jest tak bardzo ważne. Wraz z wiekiem rośnie zainteresowanie ludzi niefarmakologicznymi metodami leczenia. Biorąc pod uwagę ogrom dolegliwości, z którymi zmagają się starsi pacjenci, sama farmakoterapia często bywa po prostu niewystarczająca. Do niefarmakologicznych metod leczenia, które może nam zaproponować lekarz, należą:

- edukacja,
- fizjoterapia,
- psychoterapia,
- grupy wsparcia,
- techniki relaksacyjne,
- masaż,
- przezskórna stymulacja nerwów,

- biofeedback,
- hipnoza.

PAMIĘTAJ! Łączenie metod farmakologicznych z niefarmakologicznymi jest kluczowe dla procesu zdrowienia.

Edukacja

Edukacja być może sama w sobie nie posiada waloru leczącego, jednak jest bardzo ważna, o ile nie najważniejsza. Pacjenci cierpiący z powodu bólu przewlekłego muszą uświadomić sobie, że istotne dla ich stanu zdrowia jest stosowanie się do zaleceń lekarza. Edukacja pomoże też zrozumieć, co może im dać leczenie. Jeśli pacjent pozna dobrze swoją chorobę, będzie znał przyczyny bólu i zrozumie, w jaki sposób dany sposób leczenia może mu pomóc, zapewne nie będzie długo wahał się z podjęciem decyzji o leczeniu. Zapewnienie edukacji starszym ludziom jest tak istotne, ponieważ często nie mają oni możliwości korzystania z ważnych źródeł wiedzy, jakim jest np. internet.

Fizjoterapia

Fizjoterapia jest niezwykle ważna, niestety wielu seniorów uważa, że nie odnosi oczekiwanych efektów. Faktycznie, może się tak zdarzyć, że fizjoterapia nie zmniejszy bólu od razu, a na jej efekty będzie trzeba czekać. Jej skuteczność polega jednak na czym innym. Ból często powoduje, że starsi ludzie rezygnują z coraz większej liczby aktywności. Fizjoterapia pomaga pozostać im w formie. Wzmacnia mięśnie (zwłaszcza ważne są tutaj mięśnie pleców), wspomaga utrzymywanie równowagi i prawidłowej postawy ciała. Początkowo może wydawać się, że sama fizjoterapia powoduje ból. Dzieje się tak najczęściej u osób, które nigdy wcześniej nie uprawiały żadnych sportów i mówiąc potocznie, ich kości i stawy są po prostu *zastane*. Należy się wtedy uzbroić w cierpliwość, zacisnąć zęby i przeczekać najgorsze momenty. Na końcu czeka taką osobę nagroda – lepsze samopoczucie. Coraz częściej proponuje się starszym ludziom **aquaterapię**, czyli fizjoterapię w ciepłej wodzie. Może się ona okazać dla nich lepsza, ponieważ podczas ćwiczeń w wodzie stawy nie są narażone na tak duży nacisk jak podczas zwykłych ćwiczeń. Dlatego też aquaterapia jest szczególnie polecana dla osób cierpiących na artretyzm.

Psychoterapia

Psychoterapia bólu jest zazwyczaj prowadzona w **nurcie poznawczo-behawioralnym**. Podstawowym założeniem, które przyświeca tej terapii, jest to, że umysł, emocje i zachowania mogą wpływać na natężenie odczuwanego bólu. Podczas terapii początkowo osoba uczy się myśleć o bólu w ten sposób, aby zyskać nad nim jak największą kontrolę. Ta faza psychoterapii jest nazwana fazą edukacji. Kolejnym etapem jest już leczenie. Osoba poznaje konkretne strategie kontroli zachowań i myśli, które mogą potęgować ból. Następnie uczy się stosować metody w codziennym życiu. Zatem, z jednej strony starsi ludzie po psychoterapii powinni zmienić sposób myślenia o bólu, zacząć postrzegać go jako coś, z czym są w stanie wygrać. Z drugiej strony powinni już wiedzieć, jak

go przezwyciężyć i po prostu to zrobić. Wynikiem tego powinno być zdefiniowanie własnej osoby jako aktywnej i odnoszącej sukcesy oraz podniesienie samooceny. Psychoterapia pozwala także uporać się z innymi skutkami ubocznymi chorób przewlekłych, np. bezsennością.

Zmiana stylu życia

Do niefarmakologicznych metod leczenia bólu zaliczamy również zmianę stylu życia. Ból przy niektórych chorobach przewlekłych nasila się, ponieważ pacjent nie stosuje się do zaleceń lekarza związanych ze zmianą diety, rzuceniem palenia, utratą wagi. Przykładem może być osoba, która cierpi z powodów wrzodów żołądka, ale nie przestaje jeść ostrych potraw i pali jak smok. Takie przyzwyczajenia są bardzo trudne do porzucenia zwłaszcza dla osoby starszej. Będzie ona musiała włożyć wiele wysiłku w ich zmianę, bywa jednak, że nie ma innego wyjścia i aby pozbyć się bólu pleców, najpierw musi np. schudnąć; ażeby wyzbyć się bólu brzucha – musi zrezygnować z posiłków doprawianych chili i pieprzem.

Czynniki podwyższające próg bólu – ciepło, alkohol, komfort psychiczny, dobry nastrój, odpoczynek, sen, zorganizowanie czasu wolnego, zajęcia odwracające uwagę, życzliwość i zainteresowanie, rozładowanie emocji, właściwe informowanie, uspokojenie chorego, czasem: współczucie i zrozumienie, obecność innych.

Czynniki obniżające próg bólu – zmęczenie, nuda, niepokój, smutek, gniew, opuszczenie, niewygodna, bezsenność, lęk, osłabienie, obniżenie odporności, wycieńczenie, a także: depresja, choroba przewlekła.

Piśmiennictwo:

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

Eliminacja i profilaktyka upadków u osób starszych

Szeroko zakrojone programy prewencji upadków są opracowane i stosowane na wszystkich kontynentach i w połowie państw członkowskich UE.

Niestety w Polsce wciąż jeszcze brakuje działań profilaktycznych, prowadzonych w warunkach ambulatoryjnych jako osobna procedura medyczna. Nie prowadzi się też działań edukacyjnych, które poruszałaby kwestię upadków. Tymczasem, jak pokazują badania prowadzone od wielu lat w Europie i na świecie, dzięki takim i podobnym działaniom istnieje możliwość obniżenia liczby upadków nawet o 50%. Jak pokazują przykłady z innych krajów, specjalne procedury wdrażane w ośrodkach zdrowia, rzetelne programy edukacyjne czy zagwarantowanie seniorom lepszego dostępu do usług zdrowotnych i opiekuńczych sprzyjają zmniejszeniu liczby upadków bądź minimalizacji ich negatywnych konsekwencji. W Polsce brakuje jeszcze takich działań. Upadki i ich konsekwencje

w obliczu starzejącej się populacji to olbrzymi problem natury społecznej i ekonomicznej. Koszt świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem, rehabilitacją jak i opieką nad osobami niesamodzielnymi będzie rósł w olbrzymim tempie.

Zapobieganie upadkom u ludzi starszych stanowi wyzwanie dla współczesnej medycyny i fizjoterapii. Upadki są jedną z głównych przyczyn obniżenia jakości życia i mogą prowadzić do inwalidztwa, a nawet śmierci osób w podeszłym wieku. Znaczna część seniorów nie powraca do pełnej sprawności fizycznej. Następstwa upadków w postaci urazów, a w efekcie niepełnosprawności, chorobowości i śmiertelności uzasadniają zaliczenie ich do wielkich problemów geriatrycznych. Powtarzające się upadki niekiedy wiążą się ze stanami lękowymi spowodowanymi obawą przed kolejnym upadkiem (zespół poupadkowy, *post fall syndrome*). Zespół poupadkowy występuje zarówno u osób, które doznały upadku, jak i u tych, które były świadkiem czyjegoś upadku bądź obserwowały skutki powstałe w wyniku upadku – lęk przed upadkiem wzrasta w sytuacjach, gdy osoby z bliskiego otoczenia w wyniku upadku zostały hospitalizowane lub na skutek trwałego uszkodzenia, umieszczone w placówce opiekuńczej. U osób z zespołem poupadkowym obserwuje się zaniechanie wychodzenia z domu w przekonaniu, że upadek w domu nie będzie się wiązał z poważnymi następstwami. Inne konsekwencje wystąpienia zespołu poupadkowego to ograniczenie aktywności, pogorszenie jakości chodu, funkcji domowych i społecznych, uzależnienie od osób trzecich. Ciężkim objawem jest trwałe położenie się do łóżka i obawa, że wstanie będzie się nieuchronnie wiązało z upadkiem. Do wystąpienia zespołu poupadkowego predysponują płeć (kobiety) oraz czynniki zmienne, takie jak siedzący tryb życia, zaburzenia chodu i widzenia, postrzeganie się jako osoby chorej i słabej.

Prewencja upadków u ludzi w podeszłym wieku wymaga wielopłaszczyznowych, czasochłonnych i kosztownych interwencji. Wielu specjalistów z różnych dziedzin medycyny i dziedzin pozamedycznych podjęło się wyznaczania opracowania planu zapobiegającego upadkom. Na podstawie raportów naukowych sporządzonych w ostatnich latach opracowano Check List, która znalazła zastosowanie w opiece zdrowotnej i pracy z osobami w podeszłym wieku. Inna grupa specjalistów, również na podstawie opracowanych wyników badań przeprowadzonych dla European Network for Safety Among Eldery (EUNESE), wskazuje sześć skutecznych interwencji mających na celu prewencję upadków:

Bezpieczne otoczenie

Dostosowanie bezpiecznego otoczenia obejmuje modyfikacje środowiskowe w mieszkaniu i w strefie poza mieszkaniem osoby starszej. Spośród najistotniejszych czynności należy wymienić:

- usunięcie dywanów i dywaników oraz innych zbędnych przedmiotów na trasie poruszania się,
- uzupełnienie oświetlenia głównego o oświetlenie miejsc zacienionych (upośledzona zdolność adaptacji do kontrastującego oświetlenia) oraz wyposaże-

nie mieszkania w nocne oświetlenie ułatwiające do-
tarcie do toalety,

- zlikwidowanie progów pomiędzy pomieszczeniami,
- montowanie instalacji w listwach przypodłogowych,
pod podłogą bądź wzdłuż ścian,
- noszenie odpowiedniego obuwia (buty wyposażone
w zapętki, rzepy, szeroki i głęboki nosek, właściwy
rozmiar, odpowiednio cienka podeszwa z bieżni-
kiem obuwia, niski, szeroki obcas),
- zakaz umieszczania reklam na chodnikach na wyso-
kości głowy przechodniów, gdyż zwiększa to ryzyko
upadku,
- instruktaż używania urządzeń i pomocy stosowa-
nych przy przemieszczaniu się,
- noszenie okularów z filtrami w celu poprawy kon-
trastu widzenia i uniknięcia olśnienia,
- dostosowanie środków komunikacji miejskiej (np.
niskopodłogowe środki transportu),
- wsparcie środowiskowe dla pacjentów pozostają-
cych w środowisku domowym w wykonywaniu
czynności dnia codziennego,
- pomoc w adaptacji pomieszczeń w mieszkaniu se-
niora,
- udostępnienie i edukacja używania technologii ma-
jących zastosowanie w sytuacji nagłego pogorszenia
stanu zdrowia lub upadku w celu wezwania pomocy
(np. urządzeń telemedycznych).

Ćwiczenia fizyczne

Aktywność fizyczna stanowi najskuteczniejszą metodę profilaktyki upadków. Wyniki badań wskazują, że wielkość stosowanych w ćwiczeniach obciążeń ma istotne znaczenie dla stymulacji kości. Inne badania donoszą o pozytywnym wpływie aktywności fizycznej na zachowanie ogólnej sprawności, utrzymanie właściwej siły mięśniowej, utrzymywanie równowagi oraz zmniejszenie zaburzeń związanych z przemieszczaniem się. Rekomendowanymi formami aktywności fizycznej dla osób starszych, wpływającymi korzystnie na minimalizowanie ryzyka upadków, są ćwiczenia siłowe, ćwiczenia wpływające na poprawę równowagi i koordynacji, ćwiczenia poprawiające kondycję i elastyczność. Ukierunkowana aktywność fizyczna powinna stanowić formę treningu profilaktyczno-leczniczego, a proponowane ćwiczenia powinny być dostosowane indywidualnie i mieć interdyscyplinarny charakter.

Rozwój siły mięśniowej

Trening siłowy u osób w podeszłym wieku korzystnie wpływa na układ sercowo-naczyniowy, aktywność układu nerwowo-mięśniowego, poprawia siłę i moc mięśniową oraz sprzyja przyrostowi masy mięśniowej, przeciwdziała osteoporozie i sarkopenii. Podczas treningu siłowego należy skupić się na mięśniach tułowia i kończyn dolnych. Dozwolone jest stosowanie ćwiczeń z obciążeniem zewnętrznym (gumy Thera-Band, hantle, lekkie sztangi, ćwiczenia na przyrządach, opór partnera) oraz z obciążeniem własnego ciała. Intensywność oraz obciążenie w treningu siłowym osób starszych należy dobierać indywidu-

alnie. Do przykładowych ćwiczeń o charakterze siłowym należą: pompki przy ścianie, przysiady (do pozycji siadania na krześle), wchodzenie na stopień, wspięcie na palce, spinanie miednicy w pozycji leżącej.

Rozwój równowagi i koordynacji

Ćwiczenia ukierunkowane na poprawę równowagi i koordynacji mają dwojaki charakter – profilaktyczny i terapeutyczny. Prowadząc trening kształtujący równowagę, należy zwrócić uwagę na płynność ruchów, swobodę ich wykonania, zachowanie prawidłowej postawy ciała. Ćwiczenia dla osób starszych powinny być prowadzone w bezpiecznych warunkach. Należy je wykonywać na podłodze lub w pozycji siedzącej. Należy unikać ćwiczeń na platformach do ćwiczeń równoważnych czy na ławeczkach. Dla seniorów ciekawą formą ćwiczeń równoważnych jest prowadzenie ich na świeżym powietrzu, w zróżnicowanym terenie. Skuteczne są także ćwiczenia w wodzie. Przykładami ćwiczeń kształtujących równowagę mogą być: omijanie naturalnych przeszkód, wchodzenie na stopnie, chodzenie z woreczkiem na głowie, stanie na jednej nodze przy krześle, stanie na jednej nodze bez pomocy, chodzenie po linii, naprzemienny wznos ramion i nóg w klęku podpartym.

Tai-chi

Tai-chi stanowi połączenie ćwiczeń równoważnych oraz ćwiczeń wzmacniających siłę mięśni kończyn dolnych. Styl ten składa się z powolnych ruchów kładących nacisk na kontrolę postawy w połączeniu z głębokim oddychaniem, dlatego też stanowi skuteczny trening równowagi. W ćwiczeniach stosowane są niskie pozycje półprzysiadu i ruchy z komponentą rotacji tułowia i obrotów. Dla osób starszych często stosowane są ćwiczenia w niskich pozycjach, jak siad na krześle, dzięki czemu mogą ćwiczyć nawet osoby, które nie są w stanie utrzymać pozycji stojącej przez czas treningu. Tai-chi wpływa na komponenty układu kontroli postawy, takie jak: wychylenie punktu ciężkości ciała, punkty podparcia stopy, odpowiedź mięśniowa. Tai-chi korzystnie wpływa na zmniejszanie się u starszych osób lęku przed ponownym upadkiem. Ćwiczenia z elementami tai-chi powinny angażować zmysł równowagi poprzez zmniejszanie pola podparcia, przenoszenie środka ciężkości oraz zmniejszanie udziału kończyn górnych w utrzymywaniu stabilizacji. Ćwiczenia powinny być podejmowane przynajmniej przez dwie godziny tygodniowo.

Rozwój wytrzymałości

Trening wytrzymałościowy stanowi naturalną formę ruchu, możliwą do podejmowania przez osoby w zróżnicowanym wieku i o różnym poziomie sprawności. Zapobiega spadkowi wydolności sercowo-oddechowej. Najkorzystniejsze dla zdrowia są wysiłki submaksymalne, stosowane dwa razy w tygodniu przez minimum 20 min. Rekomendowanymi formami treningu o charakterze wytrzymałościowym są: intensywne marsze lub nordic walking ze zmiennym tempem, chodzenie na bieżni, wchodzenie po schodach, jazda na rowerze stacjonarnym. Nordic walking stanowi dobrą formę aktywności

dla osób w podeszłym wieku, ponieważ wymusza pracę górnej i dolnej części ciała, angażując około 90% mięśni całego ciała. Dzięki zastosowaniu kijów odciąża się kończyny dolne i zwiększa wielokąt podparcia kija w przypadku utraty równowagi.

Stretching

Dzięki ćwiczeniom rozciągającym następuje szereg korzystnych zmian – poprawie ulegają: propriocepcja, elastyczność i zakres ruchomości. W efekcie można zaobserwować poprawę w zakresie jakości chodu i poprawę zdolności do reakcji podczas próby utrzymania właściwej równowagi. Wpływ treningu o charakterze rozciągającym na poprawę równowagi tłumaczy się korzystnymi zmianami, jakie zachodzą w propriocepcji, jak również poprawą elastyczności i zakresu ruchomości. Przedkłada się to bezpośrednio na poprawę chodu i prawidłową szybkość reakcji podczas próby utrzymania prawidłowej równowagi

Nauka upadania i wstawania

Nauka upadania i wstawania jest wartościowym elementem programu rehabilitacji przeciwapadkowej. Pozwala pacjentowi pozbyć się lęku i dodaje pewności. Najbezpieczniejszym sposobem upadania jest upadanie na pośladki. Należy unikać uderzeń o twarde powierzchnie bezpośrednio okolicą biodra oraz upadków na ręce, które mogą prowadzić do złamań nadgarstka czy przedramienia. Podczas nauki bezpiecznego upadania wskazuje się nieprawidłowe pozycje i ruchy, które są bezwzględnie przeciwwskazane. U osób starszych efekty uzyskuje się po kilku miesiącach. U osób, u których przerwano naukę upadania, dochodzi do stopniowego zaniku uzyskanego efektu. Nauka wstawania po upadkach daje osobie starszej poczucie, że w razie utraty równowagi i upadku będzie w stanie samodzielnie wstać z podłogi. Dwie metody nauki wstawania: 1) konwencjonalna, w której rozpoczyna się ćwiczenia w pozycjach niższych, stopniowo przechodząc do pozycji wyższych, 2) ruchów wstecznych, w której rozpoczyna się ćwiczenia w pozycjach wyższych, stopniowo przechodząc do niższych.

Piśmiennictwo:

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

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 obciążen-

iem 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, zanim jeszcze 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 pacjentem z zespołem słabości?

Nie istnieje lek, który mógłby cofnąć zmiany zaistniałe na skutek zespołu słabości. Leczenie polega głównie na wdrażaniu aktywności fizycznej w stopniu oraz czasie dopasowanym do możliwości chorego oraz odpowiednie postępowanie dietetyczne. 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 także doniesienia o korzystnym działaniu witaminy D w zespole słabości. W populacji polskiej, z uwagi na niewielką ilość światła słonecznego dostępnego w ciągu roku oraz zmniejszoną 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 nerwowomięśniowe, 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 każdorazowo wymagają 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, wielochorowości, niesprawności starczej.

Piśmiennictwo:

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

Zapobieganie przemocy wobec osób starszych, niesamodzielných

W kontekście doświadczeń przemocowych osób niesamodzielných w wieku senioralnym rozróżnienie rodzajów przemocy i posiadanie wiedzy na ich temat ma duże znaczenie w prewencji przemocy i jej kryzysowi. Nieudzielenie wsparcia wynika niekiedy z braku wiedzy na temat możliwości wystąpienia problemów, jak też z braku rozumienia ich specyfiki. Zapobieganie przemocy wobec osób starszych jest bardzo ważnym zagadnieniem w starzejącym się społeczeństwie, chociaż dopiero w ostatnich latach zjawisko to zaczęło być postrzegane jako ogólnoswiatowy problem. W kwietniu 2002 roku, w Madrycie, wszystkie kraje ONZ przyjęły dokument pod nazwą *United Nation International Plan of Action*, w którym jasno podkreśla się wagę zapobiegania temu problemowi i wskazuje, że ochrona osób starszych przed przemocą należy do Powszechnych Praw Człowieka. We wspomnianej deklaracji zwraca się uwagę na kilka istotnych zagadnień związanych ze zjawiskiem przemocy wobec osób starszych:

- Brak reakcji w przypadku rozpoznania przemocy wobec osób starszych jest często spowodowany brakiem odpowiednich narzędzi prawnych.
- Zapobieganie przemocy wobec osób starszych wymaga zaangażowania wielu środowisk społecznych.
- Pracownicy ochrony zdrowia pierwszego kontaktu odgrywają zasadniczą rolę w reagowaniu na przemoc wobec osób starszych – choć, paradoksalnie, to oni często nie rozpoznają tych przypadków.
- Edukacja i rozpowszechnianie informacji za pośrednictwem mediów mają istotne znaczenie w przeciwdziałaniu przemocy wobec osób starszych, dotyczy to zarówno edukacji profesjonalistów, jak i całego społeczeństwa (przełamywanie tabu i obalanie stereotypów istniejących w stosunku do ludzi starszych).

Ludzie starsi nie chcą mówić o przemocy w swoim życiu

- Ogromnym problemem jest niechęć krzywdzonych osób starszych do ujawniania przemocy, jakiej doświadczają ze strony swoich dzieci, wnuków, współmałżonków. Poczucie obowiązku ich chronienia i wspierania powoduje znoszenie cierpienia w milczeniu. Starzy rodzice nierzadko czują się odpowiedzialni za zachowanie swoich dorosłych dzieci, zgodnie z przekonaniem, że tak je sobie wychowali.

Wiąże się to ze wstydem. Ważne jest, by zachęcać ich do zmiany takiego myślenia.

- Osoby starsze, które nie akceptują swojej sytuacji, po przejściu na emeryturę zagubione w poczuciu swojej społecznej roli, czasem samotne, częściej cierpią z powodu objawów depresji – dotyczy ona 30% tej populacji. To przypadłość, którą powinno się leczyć, a nie traktować jako naturalną w tym wieku. Stan depresji utrudnia człowiekowi wprowadzanie zmian w swoim życiu, ogranicza aktywność i powoduje często trwanie w trudnej sytuacji, która wtedy wydaje się bez wyjścia.
- Każda przemoc dziejąca się w rodzinie ma tzw. przebieg cykliczny – sprawca poza okresami, gdy krzywdzi, miewa lepsze dni, kiedy dobrze traktuje ofiarę, jest oddany, ciepły, rozumiejący. To bardzo przywiązuje zależnego od sprawcy krzywdzonego człowieka i daje złudną nadzieję na trwałą poprawę relacji – nadzieję, że stosowane wobec niego nadużycia są incydentalne i wkrótce się skończą.
- Typowe zachowanie sprawcy wiąże się obarczaniem ofiary winą. Uderzył, pchnął, wyzwał, bo „znowu czegoś chcesz”, „nie dajesz mi spokoju”, „pobrudziłeś się” itp. Ciągłe powtarzanie tego wywołuje w pokrzywdzonym przekonanie, że gdyby był inny, bardziej sprawny, samodzielny czy pomocny, sytuacja poprawiłaby się – czuje się więc winny.
- Osoby krzywdzone, zależne od sprawcy, boją się konsekwencji ujawnienia przemocy. Odczuwają strach przed całkowitym odrzuceniem, przed eskalacją agresji.

Wsparcie instytucjonalne

Osoby udzielające pomocy osobom starszym powinny posiadać podstawowe informacje na temat instytucji państwowych mających za zadanie udzielanie pomocy tej grupie społecznej. Opieka nad osobami starszymi w Polsce sprawowana jest poprzez dwa uzupełniające się systemy: system opieki zdrowotnej oraz system pomocy społecznej. *Lekarz rodzinny* jest kluczową postacią w opiece nad osobami starszymi. Lekarze przyjmują w przychodniach i gabinetach, a także przyjeżdżają na wizyty domowe. Opieka zdrowotna w formie wizyt w domu pacjenta jest też realizowana przez *pielęgniarki rodzinne/środowiskowe*, które prowadzą pielęgnację zarówno w przypadku ostrych zachorowań, jak i schorzeń przewlekłych wymagających opieki długoterminowej nad obłożnie i przewlekle chorym. W ramach ubezpieczenia w NFZ przysługują również świadczenia takie jak: leczenie w sanatorium, pobyty na turnusach rehabilitacyjnych, bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego oraz zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Oddziały dla przewlekle chorych tworzone w szpitalach (obok typowych oddziałów szpitalnych realizujących opiekę w ostrych przypadkach) zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską nad pacjentami, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, natomiast ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu. Wszystkie świadczenia realizowane w szpitalu, łącznie z kosztami hotelowymi, są dla pacjenta bezpłatne.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, przeznaczone są dla pacjentów wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania. W ZOL udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne osobom, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego. Celem zakładu jest objęcie całodobową opieką osób niewymagających hospitalizacji, które ze względu na zły stan zdrowia i trudną sytuację rodzinną nie mogą przebywać w środowisku domowym. Personel medyczny i leczenie są finansowane ze środków NFZ, natomiast pacjent częściowo ponosi koszty hotelowe do wysokości 70% swoich dochodów (tzn. emerytury lub renty).

W *zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO)* prowadzona jest opieka całodobowa obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego. Do ZPO przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarstwa niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZPO jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania. Podobnie jak w ZOL personel medyczny i leczenie są finansowane ze środków (NFZ), natomiast pacjent częściowo ponosi koszty hotelowe do wysokości 70% własnych dochodów. Pobyt pacjenta w ZPO ma charakter tymczasowy, zwykle ograniczony jest do kilku tygodni.

Hospicja zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską dla nieuleczalnie chorych w terminalnym okresie życia. Zasadniczym celem tego typu placówki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez leczenie objawowe, zwalczanie bólu, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych, wspomaganie rodziny w czasie trwania choroby i po śmierci pacjenta. W hospicjum wszystkie świadczenia realizowane są bezpłatnie. Na bazie hospicjum często są organizowane poradnie i wyjazdowe zespoły opieki paliatywnej.

Należy pamiętać o podstawowych prawach osób korzystających z opieki zdrowotnej opisanych w tzw. *Karcie Praw Pacjenta*. Wskazuje się w niej, że pacjent ma prawo do: 1. uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu; 2. intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych; 3. udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania osoby, której dokumentacja ta może być dostarczona; 4. decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o jego stanie zdrowia.

Świadczeniem pomocy społecznej zajmują się przede wszystkim instytucje samorządowe, gminne i powiatowe. Osoba potrzebująca pomocy powinna zgłosić się w pierwszej kolejności do *Ośrodka Pomocy Społecznej* znajdującego się w jej gminie. Pomoc społeczna w Polsce działa na zasadach określonych w ustawie z dnia 12.03.2004 roku.

Prawo do niektórych świadczeń z pomocy społecznej, w szczególności świadczeń pieniężnych, uzależnione jest od wysokości dochodu osoby lub rodziny ubiegającej się o to świadczenie, czyli od tzw. kryterium dochodowego.

Zadania pomocy społecznej w stosunku do osób starszych mieszkających w środowisku domowym są realizowane przez:

- pracownika socjalnego w zakresie diagnozowania sytuacji materialnej i rodzinnej (przede wszystkim stopnia niesprawności i ubóstwa osoby starszej) w celu ustalenia wskazań do przyznania pomocy społecznej,
- opiekuna środowiskowego w zakresie usług opiekuńczych,
- personel specjalistyczny (pielęgniarkę, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego itp.) w zakresie usług opiekuńczych specjalistycznych.

Pomoc społeczna przyznawana jest osobom starszym w formie:

1. Świadczeń pieniężnych:

- zasiłek stały – w przypadku niskich dochodów,
- zasiłek okresowy (np. z powodu przyczyn przejściowych, jak długotrwała choroba, bezrobocie),
- zasiłek celowy (np. chorobowy, mieszkaniowy, na pokrycie kosztów żywności, odzieży, opału).

2. Świadczenia niepieniężne:

a) **Pomoc środowiskowa** – udzielana w miejscu zamieszkania osoby lub rodziny:

– Praca socjalna – jest działaniem na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym poprzez:

- prowadzenie indywidualnej pracy z klientem/rodziną, skierowanej na zapobieganie pogłębianiu się dysfunkcji, minimalizowaniu skutków przemocy, motywowanie do zmiany sytuacji,
- realizowanie zaplanowanego procesu pracy socjalnej z udziałem klienta,
- towarzyszenie w pokonywaniu bieżących trudności,
- monitorowanie środowisk zagrożonych przemocą poprzez systematyczne wizyty w środowisku w ramach realizacji procedury *Niebieska Karta Pomoc Społeczna*,
- przeciwdziałanie izolacji społecznej.

– Poradnictwo specjalistyczne – prawne, psychologiczne i rodzinne.

– Interwencja kryzysowa – udzielana możliwie najszybciej osobie, która znalazła się w sytuacji kryzysu. To forma pomocy, z której często korzystają osoby doznające przemocy ze strony osoby bliskiej wspólnie zamieszkującej. Wiąże się z udzieleniem pomocy psychologicznej i odizolowaniem sprawcy od osób krzywdzonych (w polskich warunkach polega na przeniesieniu osoby krzywdzonej do bezpiecznego miejsca, np. schroniska).

Praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne i interwencja kryzysowa dostępne są dla każdej osoby potrzebującej pomocy bez względu na jej dochód.

b) **Pomoc zakładowa** – udzielana w postaci umieszczenia osoby potrzebującej w określonej placówce pomocy społecznej:

- Ośrodki wsparcia (np. Dzienny Dom Pomocy, Schronisko) – zajmują się świadczeniem usług opiekuńczych, zaspokajaniem podstawowych potrzeb bytowych, poradnictwem, pracą socjalną. Obecna ustawa o pomocy społecznej poświęca niewiele uwagi tym placówkom. Są one zaliczane do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej dziennego pobytu, niemniej ośrodki te mogą prowadzić całodobowe miejsca pobytu okresowego. Prowadzone są przez gminy i powiaty.
- Rodzinne Domy Pomocy – zajmują się świadczeniem usług całodobowych dla ludzi starszych. Skierowanie do RDP następuje na wniosek osoby zainteresowanej, który po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego rozpatruje kierownik ośrodka pomocy społecznej. Zawiera on umowę z osobą prowadzącą dom, która określa wydatki na świadczone przez dom usługi. W RDP może przebywać od 3 do 8 osób. Pobyt w RDP jest odpłatny, a wysokość miesięcznej opłaty określona jest w decyzji o skierowaniu do placówki.
- Domy Pomocy Społecznej (DPS) – opieka prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, który powinien realizować: usługi opiekuńcze, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację, psychoterapię, pracę socjalną. Domy pomocy społecznej zapewniają całodobową opiekę pielęgniarzek i opiekunów DPS oraz usługi opiekuńcze specjalistyczne dla przewlekle somatycznie chorych, dla przewlekle psychicznie chorych, dla niepełnosprawnych fizycznie oraz dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K, *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 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 wyzwaniami, 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 i 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,
- bezsensowność,
- 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. Zainwestujmy 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 kilka-kilkanaście 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 chwilę relaksu, rozrywki i szczęścia. A to właśnie przyjemności, również te drobne, pozwalają poradzić sobie ze zmęczeniem psychicznym. Może to 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, poprawienia, nauczenia czy zobaczenia. Bądźmy więc realistami: róbmy listę zadań ważnych do wykonania, dbając, by ich liczba 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 odwołanie obowiązków wolnym czasie nie pozbywamy się jednak napięcia i poczucia winy, co sprzyja wyczerpywaniu się zasobów mentalnych.

Wysypiaj się

Sen jest niezbędnym elementem zachowania dobrej kondycji psychicznej. 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. Wieczorem unikajmy 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:

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

Opiekunie chroń swój kręgosłup

Każdy zna zasady prawidłowego stania, siedzenia czy leżenia. Każdy dąży też 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 vitalności przez długi czas. Jednakże długotrwale, bez przerwy przebywamy przed komputerem, chodzimy w butach na wysokich ob-

casach 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 dzisiejszych czasach, kiedy bóle kręgosłupa dotyczą niemalże 90% społeczeństwa, należy zastanowić się nad zmianą nieprawidłowych nawyków oraz nauczaniem stabilizacji ciała, które zmniejszają ryzyko występowania incydentów bólowych oraz zmian degeneracyjnych w kręgosłupie.

Na co zwrócić uwagę?

Przede wszystkim należy unikać niekorzystnych czynników takich jak: długotrwałe siedzenie w fotelu, na 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 zadбай, 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 przespaceruj się chwilę po pomieszczeniu; jeśli siedzisz, pamiętaj o prawidłowej postawie, zadбай, aby plecy były proste, klatka piersiowa wysunięta do przodu, nie zakładaj nogi na nogę.
3. Zadбай o odpoczynek we właściwej pozycji – śpij na średnio twardym materacu, zadбай 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 brzuchu, 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 wła-

ściwą 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 na spacer co najmniej 20 minut dziennie.
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 swojego organizmu. Jednocześnie zapobiegiesz zapaleniu stawów i 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 dłoni 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 zegar. 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 równolegle 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 bez wysiłkowe 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 w możliwościach 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 unieś, nie przemieszczaj, nie zmieniaj pozycji podopiecznego, jeśli wiesz, że samodzielnie nie jesteś w stanie tego zrobić; poproś o pomoc drugą osobę; jeśli w przemieszczanie zaangażowanych jest więcej osób, należy wyznaczyć osobę kierującą, wydającą komendy do przemieszczania,
- pracuj w ubraniu niekrępującym 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 pochylenia 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:

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

Opiekunie zapanuj nad złością i smutkiem

Opiekun nieformalny i formalny/profesjonalny w opiece nad podopiecznym może doświadczać satysfakcji, ale też różnych, nierzadko trudnych, negatywnych emocji. Warto je poznać, aby móc się zawczasu na nie przygotować i nauczyć się radzić sobie z nimi. Pozwoli to uniknąć rozczarowań, wyjść obronną ręką z potencjalnych trudnych sytuacji. Na początku ze strony opiekuna jest to zwykle tylko drobna pomoc podopiecznemu – pomóc ugotować, przejść do łazienki, umyć się. Z czasem obowiązków przybywa. Już nie pomoc w umyciu, ale umycie. Nie pomoc w ubraniu – ale ubranie. Nie podanie posiłku, ale nakarmienie. A dalej – coraz gorzej, coraz trudniej. Opiekun obciążony jest nie tylko fizycznie, ale i psychicznie. Musi być cały czas cierpliwy, wyrozumiały, znosić kaprysy, wyzwiska, upokorzenia, oskarżenia od osoby, która jest mu bliska, którą niejednokrotnie kocha, która kiedyś taka nie była. Pamięta ją jako sprawną, pełną życia, energii i chce, wymaga, aby nadal taka była. To nie kręgosłup, nie stawy i mięśnie dają się najbardziej we znaki opiekunowi, ale psychika. Długotrwały stres potrafi znacznie nadszarpnąć ludzką psychikę i doprowadzić do tak częstej u opiekunów złości i smutku. W literaturze fachowej istnieje jednostka chorobowa nazywana zespołem stresu opiekuna (CSS – Caregiver Stress Syndrome). To właśnie wyczerpanie – zarówno fizyczne, jak i psychiczne, które odczuwa opiekun, długotrwanie opiekując się osobą prze-

wlekłe chorą. Jak każdy stres może prowadzić do innych poważnych schorzeń: nadciśnienia, choroby wrzodowej, chorób serca. Czy można sobie jakoś z tym radzić? W pewnym stopniu tak. Czyli trzeba być trochę egoistą, myśleć też o sobie. Myśląc o sobie, pomagamy również podopiecznemu, na którego przecież wpływa nasz stan.

Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś naprawdę wkurzony? Wielu opiekunów odpowie, że trudno zliczyć – bardzo często, może nawet codziennie. Powstaje pytanie, jak sobie radzić z własnymi negatywnymi emocjami, a także we współpracy i relacjach z osobami, które mają duży problem z kontrolowaniem emocji. Niekontrolowane wybuchy złości mają negatywny wpływ nie tylko na nas samych, ale także na samopoczucie i psychikę najbliższego otoczenia.

Złość jest powszechną, jedną z sześciu podstawowych emocji, której doświadczają wszyscy ludzie, ale prawdopodobnie ma wśród nich najgorszą reputację. Można ją kontrolować, ale tylko do pewnego stopnia. Nie jest czymś złym. Odczuwanie od czasu do czasu złości jest normalne i zdrowe. Stanowi ona naturalną odpowiedź na poczucie zagrożenia – zwykle pojawia się, gdy napotykamy przeszkodę na drodze do osiągnięcia ważnych dla nas celów, jesteśmy niesprawiedliwie potraktowani czy ignorowani. W sytuacji kryzysowej złość dodaje nam siły i motywuje do podjęcia walki lub ucieczki. Złość jest naturalną emocją, a mówienie o niej i okazywanie jej jest cenną umiejętnością. W drodze socjalizacji uczymy się tłumić negatywne emocje w przekonaniu, że to sposób na ich kontrolowanie. Kontrolowanie złości nie oznacza jej unikania czy tłumienia. W dłuższej perspektywie kontrola naszych emocji jest możliwa tylko wtedy, gdy je rozpoznajemy, potrafimy nazwać, wyrazić w odpowiedni sposób, uświadomić sobie przyczyny ich powstawania. Kiedy jednak zauważamy czy otrzymujemy sygnały z otoczenia, że nasza złość jest nieadekwatna do sytuacji, ma negatywny wpływ na nasze funkcjonowanie i relacje, warto efektywnie popracować nad nią. Częste i niekontrolowane wybuchy emocji działają destabilizująco na nasz stan psychofizyczny. Negatywne konsekwencje mogą obejmować m.in. bóle mięśni, powstawanie stanów zapalnych, napięciowe bóle głowy, zwiększone ryzyko nadciśnienia i problemów sercowo-naczyniowych. Bywa, że im bardziej staramy się nad nią zapanować, z tym większym przychodzi to trudem. Korzystniejszym sposobem niż tłumienie złości jest rozpoznawanie przyczyn i poszukiwanie innych, zastępczych form jej rozładowania. Okazywanie złości wobec podopiecznego nie powinno się zdarzyć. Nie jest ono skuteczne ani korzystne, zwykle prowadzi do nasilenia konfliktu. Złość opiekuna generują często uporczywe reakcje chorego, których ten nie rozumie lub błędnie odbiera jako wymierzone w siebie. Dzieje się tak wtedy, kiedy traktuje objawy choroby jako celowe działanie chorego.

Rozpoznawanie przyczyn

Złość jest źródłem cennych informacji o nas samych. Co, kiedy i w jakim stopniu nas denerwuje, wiele mówi o naszych potrzebach, oczekiwaniach, poczuciu kontroli i samoakceptacji. Złość może być sygnałem ostrzegawczym o zagrożeniu, braku poczucia bezpieczeństwa czy

przekraczaniu naszych granic. Umiejętność odczytywania pierwszych objawów złości ułatwia identyfikowanie naszych celów, granic i wartości. Problemem „złośników” jest zwykle nieumiejętność właściwej oceny zarówno natężenia swoich emocji, jak i wpływu ich zachowania na własne funkcjonowanie i relacje z otoczeniem. Sygnałami ostrzegawczymi, że częstość i sposób wyrażania złości są nieprawidłowe, są zazwyczaj informacje od rodziny, przyjaciół czy współpracowników. Należy zwrócić uwagę, czy najczęściej szybko wpadamy w złość w rutynowych codziennych sytuacjach (np. korki na drodze, tłok, drobne błędy innych osób), ciągle odczuwany zdenerwowanie, mamy problem z uspokojeniem się czy też nie jesteśmy wyrozumiali dla siebie lub innych. Warto także ocenić szkody, jakie wybuchy złości czynią w naszym życiu – czy istotnie pogarszają nasze relacje, czy mamy poczucie winy z powodu braku kontroli nad emocjami (co komuś powiedzieliśmy, jak się zachowaliśmy), czy inni unikają kontaktu z nami? **Złość u opiekuna** mogą wywołać uporczywe reakcje podopiecznego, których nie rozumie, lub odbiera jako wymierzone personalnie.

Dobre zarządzanie złymi emocjami

Jeśli uświadomimy sobie problem z kontrolą negatywnych emocji, najgorszym rozwiązaniem jest zaprzeczanie i tłumienie ich. Ignorowanie własnych uczuć nie przybliży do rozwiązania problemu, co więcej, złość narasta i może powodować zachowania pasywno-agresywne. Wypieranie emocji może prowadzić do depresji lub w inny sposób negatywnie wpływać na nasze zdrowie psychiczne. Rozmowa z zaufaną osobą na temat tego, co powoduje złość, może okazać się pomocna. Wiele poradników doradza odreagowanie nagromadzonej złej energii (*katharsis*) przez jakąś aktywność fizyczną, wysiłek, sport, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo podjęcia agresywnych zachowań w przyszłości. Ciekawym zjawiskiem ostatnich lat jest powstawanie, także w Polsce, tzw. Pokojów Furii (ang. *Rage/Anger Rooms*), w których zwykle podczas półgodzinnej sesji można bez przeszkód rozładować emocje – w odpowiednio urządzonym pomieszczeniu mamy do dyspozycji młotek, kij bejsbolowy, pałkę teleskopową czy łom, którymi można uderzać w manekina lub różne sprzęty. Takie strategie odreagowania mogą przynieść krótkotrwałą ulgę poprzez zmniejszenie napięcia towarzyszącego złości, jednak efektywnie nie rozwiążą problemów z kontrolą emocji.

Skuteczna kontrola złości nie oznacza, że nie będziemy jej odczuwać, lecz wypracujemy sposoby przeciwdziałania jej przyczynom oraz wyrażania naszych uczuć. Opiekun nie musi tłumić w sobie złości. Powinien postarać się nie okazywać jej podopiecznemu, bo to nie będzie służyć ani jemu ani bliskiej osobie, którą się opiekuje. Może sprawić, że sytuacje trudne, które wywołują złość, będą częstsze. Zamiast tego można porozmawiać o swoich uczuciach z przyjacielem, członkiem rodziny, innym opiekunem w grupie wsparcia czy przez internet. W rozładowaniu emocji pomóc może aktywność fizyczna. Według psychologów zajmujących się badaniem problematyki złości, do sposobów przeciwdziałania złości należą m.in.:

- **Asertywna komunikacja**

Jest szczególnie pomocna w komunikacji z ludźmi, którzy są przyczyną naszej złości. W takich sytuacjach nasze słowa mają ogromne znaczenie – powinniśmy używać komunikatu „Ja” i bezpośrednio wyrażać swoje uczucia (np. *jest mi przykro/czuję się rozczarowany*), zamiast obwiniać kogoś (nie mówić, np. *Jesteś beznadziejny*). Otwarta komunikacja w sytuacjach zdenerwowania czy stresu pozwala na utrzymanie dobrych relacji i ułatwia wspólne rozwiązanie problemu.

- **Obrócenie w żart**

Kiedy przyczyną naszych negatywnych emocji są sytuacje niezwiązane z relacjami interpersonalnymi, a chociażby tzw. złośliwość przedmiotów martwych (np. awaria komputera) czy zła pogoda, pomaga poczucie humoru. Obrócenie stresującej sytuacji w żart pozwala na chwilowy dystans i refleksję, jak wybrnąć z problemu, zamiast tylko dawać upust swojej złości.

- **Zmiana nastawienia**

Często powodem negatywnych emocji są nasze nie-realne oczekiwania, choćby co do tego, w jaki sposób inni ludzie „powinni” postępować. Warto zdać sobie sprawę, na ile nasze nadzieje i życzenia mają szansę się spełnić. Zamiast ciągle złościć się o to samo, może w końcu pora przyjąć do wiadomości, że ktoś robi coś lub zachowuje się inaczej niż my. Jeśli natomiast tego typu zachowanie utrudnia realizację naszych celów, przyda się otwarta i asertywna komunikacja.

- **Relaksacja**

Istnieje wiele technik pozwalających na obniżenie poziomu stresu, np. ćwiczenia oddechowe, progresywna relaksacja mięśni metodą Jacobsona, wizualizacja, joga, medytacja, mindfulness (trening uważności). Techniki relaksacyjne pozwolą w danym momencie złagodzić negatywne emocje, zaś regularnie stosowane pomogą zmniejszyć ich natężenie w sytuacjach, które najczęściej przyczyniają się do ich powstania.

- **Akceptacja**

Często powodem złości są sytuacje, na które w ogóle nie mamy wpływu, np. pogoda, korki. Możemy przejść nad nimi do porządku dziennego, przyznać, że nie zawsze wszystko układa się po naszej myśli i zachować dystans.

A co, jeśli samodzielne próby pracy nad negatywnymi emocjami nie przynoszą oczekiwanych efektów? Kiedy uświadomimy sobie, że nie jesteśmy w stanie kontrolować naszego zachowania, mimo że przynosi nam ono łatwe do przewidzenia i poważne szkody (np. po raz kolejny nie możemy powstrzymać się przed wykrzyknięciem bliskiej osobie słów, które ją zranią lub powiedzenia, co myślimy o jej oczekiwaniach), warto skorzystać z pomocy specjalisty lub w razie potrzeby poddać się psychoterapii. Praca z psychologiem pomoże lepiej zanalizować nasze zachowania, przyczyny negatywnych emocji i w dłuższej perspektywie poprawi nasze relacje interpersonalne oraz jakość codziennego życia.

Smutku doświadczają nie tylko bliscy osób chorych – opiekunowie nieformalni, ale także profesjonalni opiekunowie. Odczuwanie smutku zazwyczaj wiąże się z obserwowaniem stopniowego pogarszania się sprawności osoby chorej. Może być efektem wpływu na opiekuna niektórych objawów choroby, jak zmiany w zachowaniu i osobowości chorego, nierozpoznawanie opiekuna przez chorego. Najczęstszą reakcją na smutek jest płacz lub wycofanie się, unikanie kontaktów z bliskimi. Smutek należy traktować jako naturalną emocję, którą należy wyrazić w sposób kontrolowany – porozmawiać z kimś, opisać swój nastrój, postarać się nazwać przyczyny. Mówienie o smutku nie jest oznaką słabości. Zwykle wsparcie innych osób okazuje się skuteczne. Ważne jest zwrócenie uwagi na rzeczy, które udało ci się, jako opiekunowi, zrobić. Dostrzeganie drobnych sukcesów, małych postępów, może zmniejszyć poczucie smutku. Jeśli jednak smutek towarzyszy przez długi czas i dominuje nad innymi emocjami, a do tego dołącza się poczucie beznadziejności i braku siły do wykonywania nawet prostych czynności, konieczna jest konsultacja z lekarzem. Mogą to być symptomy depresji, w której opiekun potrzebuje profesjonalnej pomocy.

Opiekunie:

1. Masz prawo do przeżywania negatywnych emocji – gniewu, zniecierpliwienia – i wyrażania ich. Stłumione emocje nie znikną, a będą narastać!
2. Masz prawo do odpoczynku i bez wyrzutów sumienia możesz poświęcić czas tylko dla siebie.
3. Nie dokładaj sobie obowiązków. Stan chorego będzie się pogarszał i to, że „staniesz na głowie” – i tak mu nie pomoże.
4. Szukaj pomocy i wsparcia – nikt nie jest samowystarczalny.
 - Zawodowa opiekunka raz na jakiś czas, chociaż na 2 godziny, pozwoli na wypoczynek – w tym czasie możesz iść na zakupy, do kina, do fryzjera.
 - Pytaj – w sklepach medycznych, PCK, Centrach Wsparcia Opiekunów są wypożyczalnie sprzętu, łóżek (za niewielką opłatą lub bezpłatnie) – opłaca się bardziej niż kupno nowego.
 - Rozmawiaj z ludźmi – można trafić na kogoś, kto ma lub miał podobne problemy, kto potrafi cierpliwie wysłuchać i zrozumieć.
 - Poszukaj grup wsparcia, warsztatów w miejscu, gdzie mieszkasz. Istnieją różne stowarzyszenia działające na rzecz osób chorych – nie bój się iść i zapytać.
5. Naucz się (choćby z internetu), jak niektóre działania opiekuńcze można wykonać szybciej, łatwiej. Są różne metody – po to profesjonalni opiekunowie uczą się w szkołach, a ty masz umieć ot tak, z powietrza?
6. Jeśli masz już wszystkiego całkowicie dosyć, bardzo skuteczną metodą jest wyjście z domu. Nie daleko i nie na długo – do ogródka, na podwórko, na krótki spacer. Pochodź, posiedź na ławce, popatrz, poodychaj świeżym powietrzem, wystaw twarz do słońca, a zimą niech trochę mróz poszczypie – taka drobnostka, a zdaje egzamin.

7. Mimo wszystko staraj się wyspać. Brak snu powoduje, że organizm jest wyczerpany, ma mniej sił i wszystko wydaje się trudniejsze.
8. Nie rezygnuj z tego, co lubisz, co daje ci satysfakcję. Może trzeba będzie pewne rzeczy ograniczyć – ale nie rezygnuj z nich całkowicie. Kiedyś czytałaś/-eś pół nocy? Czytaj godzinę dziennie. Lubisz jakiś program w TV, serial? Te pół godziny jest tylko dla ciebie!

Piśmiennictwo:

1. Gwiżdż M., *Elementarz opiekunów zawodowo zajmujących się osobami dotkniętymi otępieniem*, Akademia Opiekunów, Kraków 2018.
2. Poradnik *Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji*, wydany w ramach Programu Damy Radę, Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat, 2019.

Opiekunie uporać się ze wstydem i samotnością

Niektórzy opiekunowie doświadczają uczucia **wstydu** w chwilach, kiedy chory zachowuje się w nieprzewidywalny sposób. Takie sytuacje mogą mieć miejsce w domu lub w przestrzeni publicznej – na przykład, kiedy podopieczny zaczepia nieznajomych na ulicy. Przykładem mogą być niestosowne zachowania seksualne chorego. Bez względu na okoliczności pamiętaj, że są to objawy choroby, a nie – celowe działanie bliskiej ci osoby. Bardzo wskazane jest, by poinformować nie tylko rodzinę, ale i sąsiadów, przyjaciół, znajomych czy pracowników sklepu osiedlowego o fakcie choroby Alzheimera, o tym, że podopieczny cierpi na otępienie (demencję). Porozmawiaj z nimi otwarcie – taka rozmowa często ma wymiar oczyszczający i dodatkowo uwrażliwia otoczenie na chorobę twojej mamy czy żony, czy podopiecznego. Nierzadko jest też okazją do poproszenia o wsparcie w sprawowaniu opieki.

Opiekunowie długotrwale zajmujący się chorym mogą doświadczać poczucia **osamotnienia**, wyobcowania lub opuszczenia. Zwykle wynika to z ograniczenia możliwości swobodnego nawiązywania kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, poświęcania całego dostępnego czasu na zajmowanie się podopiecznym. Towarzystwo innych jest jedną z podstawowych potrzeb ludzkich, dlatego znalezienie czasu na kontakt ze znajomymi lub rodziną jest bardzo ważne – nie tylko dla twojego podopiecznego, ale i dla ciebie. Pamiętaj, że nie muszą to być spotkania twarzą w twarz – mogą pomóc regularne rozmowy telefoniczne lub przez internet z rodziną i przyjaciółmi, krótka, życzliwa rozmowa z sąsiadami, pisanie listów lub e-maili do bliskich. Spróbuj nawiązać z nimi relacje – to pomoże ci uniknąć poczucia osamotnienia, a dodatkowo uczuli otoczenie na stan bliskiej ci osoby. Najlepszym lekarstwem na samotność są zawsze inni ludzie. Pamiętaj, że w opiece nigdy nie możesz zostać sam, konieczne jest stałe wsparcie innych osób – dlatego otwarcie, szczerze i odważnie rozmawiaj z rodziną i znajomymi o zaangażowaniu ich

w pomoc. Zdarza się jednak, że czas płynie swoim rytmem, a uczucie braku bliskości i pustki nie mija. Możemy wtedy mówić o samotności chronicznej. Jak o przejściowej samotności możemy śmiało powiedzieć, że jest czymś normalnym i nieuniknionym, tak o chronicznej samotności, że jest stanem poważnym, który bardzo negatywnie odbija się na jakości życia człowieka. Opiekun wstydzi się samego siebie i wydaje mu się, że całe jego życie to jedna wielka porażka. Swoje pragnienia i uczucia chowa w najgłębszych miejscach – tam, gdzie nikt ich nie rozpozna. Chce się ukryć przed całym światem, nie chce nikogo widzieć, bo boi się, że zostanie odrzucony. Myśli, że nie jest w stanie z nikim zbudować bliskiej relacji, bo jest dziwny i aspołeczny. Izoluje się jeszcze bardziej i tak zamyka się błędne koło, z którego nie potrafi się wydostać. Chroniczna samotność wywołuje w człowieku ogromny stres, który odbija się na umyśle i ciele, powodując różne dolegliwości, a nawet choroby somatyczne. Osoby, które są chronicznie samotne, często cierpią na bóle głowy, zmęczenie, zaburzenia snu, są bardziej narażone na uzależnienia oraz depresję i żyją krócej. Samotność jest tak samo szkodliwa dla zdrowia jak palenie, nadwaga lub brak ruchu.

Samotność można leczyć. Pomóc w tym może psychotherapia. Jaką wybrać? Istnieje wiele różnych nurtów psychoterapii, za którymi stoją różnorodne teorie. Nie ma lepszej ani gorszej. Najważniejszym czynnikiem udanej psychoterapii jest relacja między terapeutą a pacjentem. Dlatego bardzo ważne jest, aby pacjent miał poczucie, że może zaufać terapeutce, żeby od pierwszych spotkań zaistniała między nimi „chemia”. Jednym z bardziej efektywnych podejść w walce z samotnością jest terapia psychodynamiczna, dzięki której psychiczne i fizyczne zdrowie pacjenta ulega długotrwałej, pozytywnej zmianie. Jej celem jest poprawa jakości życia poprzez wgląd i przepracowanie nieświadomych schematów psychicznych. Pacjenta i jego terapeutę łączy znacząca relacja – wspólnie omawiają trudne przeżycia, przemyślenia i uczucia, dochodzą do nieuświadomionych wcześniej źródeł samotności pacjenta, głęboko zakorzenionych schematów, które utrudniają mu życie i powodują cierpienie. Zanim rozpocznie się psychotherapia, pacjent umawia się z terapeutą na kilka spotkań konsultacyjnych, który już wtedy zbiera o nim informacje – kim jest, jaka jest jego aktualna sytuacja życiowa, jaką ma osobowość, co przeżył, jakie są objawy, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Wspólnie ustalają zasady i cel terapii, po czym zaczyna się ciężka i długa praca. Jak długa? Wszystko zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta, najczęściej jednak terapia trwa od 6 miesięcy do nawet kilku lat. Co może dać siłę i motywację do przejścia tak trudnego i długiego procesu terapeutycznego? Nagroda. A jest nią nie tylko rozwiązanie swojego problemu, spokojniejsze i wartościowsze życie, ale też lepsze poznanie samego siebie.

Piśmiennictwo:

1. Gwiżdż M., *Elementarz opiekunów zawodowo zajmujących się osobami dotkniętymi otępieniem*, Akademia Opiekunów, Kraków 2018.
2. *Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji*, Program Damy Radę, Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat, 2019.



**Praktyczne porady
ułatwiające pielęgnację
i opiekę nad osobami
niesamodzielnymi**



ORGANIZACJA OPIEKI

Organizacja opieki nad pacjentem z bólem

Nie klaniaj się bólowi i nie bój się. Bądź wolny od bólu, bo ból zniewala, upokarza, a współczesna medycyna potrafi z nim skutecznie walczyć.

Wyniki badań podają, że częstość występowania przewlekłego bólu u ludzi starszych jest niedoszacowana, czego wynikiem jest brak stosowania odpowiednich terapii. Lekarze często nie są przekonani, że leczenie bólu u starszych ludzi odniesie pozytywne skutki. Badania i życie pokazują co innego. Warto i powinno się leczyć ból u ludzi starszych, gdyż nieleczone jest tragiczne w skutkach. Starsi ludzie doświadczają wielu rodzajów bólu, co utrudnia prawidłową lokalizację jego źródła. Dodatkowo sprawę komplikują zaburzenia funkcji poznawczych (takich jak *uwaga* czy *zdolność myślenia*), które często towarzyszą starzeniu się. Seniorzy doświadczający bólu przewlekłego, który nie jest prawidłowo leczony, są narażeni na problemy z zasypianiem oraz bardziej podatni na depresję i zaburzenia lękowe. Ból może być przyczyną wycofania się osoby z życia społecznego, zerwania kontaktów z bliskimi. Jeśli Twój podopieczny nagle przestał się do Ciebie odzywać, stał się opryskliwy w stosunku do sąsiadów, może to oznaczać, że cierpi z powodu bólu i nie potrafi być do końca sobą. Kolejnym problemem, jaki pojawia się, jest to, że starsi pacjenci bardzo często nie mówią o swoim bólu, ponieważ nie chcą martwić swoich bliskich. Ponadto bywa też tak, że leki przeciwbólowe są dla nich za drogie, więc nie informują o bólu również lekarza. Najlepszym rozwiązaniem tego problemu jest obserwacja. Starsi ludzie nie są bardziej odporni na odczuwanie bólu czy też mniej wrażliwi. Mogą odczuwać ból w ten sam sposób, co ludzie sporo od nich młodszy. Mimo to, istnieje wiele powodów, dla których podczas leczenia należy zachować większą ostrożność i częściej monitorować zmiany w samopoczuciu pacjenta. Wysoki procent ludzi, którzy odczuwają ból przewlekły, wynika w dużym stopniu ze starzenia się populacji. Żyjemy dłużej – postęp medycyny znacznie wydłużył życie chorych z wieloma chorobami. Wraz z wiekiem proporcjonalnie rośnie zapadalność na przewlekłe choroby, których jednym z objawów jest ból. Żyjemy w ciągłym biegu, prowadzimy siedzący tryb życia, nie uprawiamy sportów, mamy nadwagę, co dodatkowo obciąża narząd ruchu i jest przyczyną przewlekłych dolegliwości bólowych. Wydłużenie życia chorych z tak częstą chorobą jak np. cukrzyca sprawia, że pojawiają się późne powikłania tej choroby – polineuropatia. Z wiekiem rośnie także zapadalność na choroby, których dominującym objawem jest ból. Dobrym przykładem jest półpasiec – na tę chorobę zapadnie 10-20% populacji. Wiek w tej jednostce chorobowej jest największym czynnikiem ryzyka rozwinienia się przewlekłego zespołu bólowego – *postherapeutic neuralgia* (PHN). U ludzi w podeszłym wieku powodami bólu są najczęściej: narząd ruchu, nowotwór, PHN,

polineuropatia cukrzycowa, neuralgia trójdzielną. U ludzi młodych powodem dolegliwości bólowych jest najczęściej ostry ból pourazowy, a z przewlekłych zespołów bólowych – bóle głowy.

Jak leczyć ból u ludzi starszych?

Diagnoza bólu u starszych pacjentów stanowi duże wyzwanie. Gdy już uda się prawidłowo ustalić jego lokalizację i natężenie, należy niezwłocznie podjąć odpowiednie leczenie. Najważniejsze jest, aby w pierwszej kolejności leczyć ból ostry, czyli ten o konkretnym początku i stosunkowo krótkim, przewidywalnym czasie trwania. Może on z czasem przerodzić się w ból przewlekły, który jest znacznie trudniejszy do wyleczenia. Leczenie bólu przewlekłego opiera się na farmakoterapii i nefarmakologicznych metodach leczenia. **PAMIĘTAJ!** Nieleczone ból może być tragiczny w skutkach. Zaburzenia poznawcze, depresja, zaburzenia snu, zaburzenia lękowe, wycofanie z życia społecznego – to tylko niektóre z nich.

Farmakoterapia

Ból ostry różni się od bólu przewlekłego na wielu płaszczyznach. Jedną z nich jest właśnie sposób leczenia. Ból ostry najczęściej jest wynikiem urazu lub operacji. Problemy pojawiają się zwłaszcza wtedy, gdy osoba starsza nie ma wystarczająco dużo siły fizycznej i psychicznej, aby walczyć z bólem ostrym. Może on z czasem zamienić się w ból przewlekły, bardziej wymagający i trudniejszy do leczenia. Ból przewlekły jest niezwykle dokuczliwy, przede wszystkim dlatego, że odbiera osobie cierpiącej niezależność. Brak niezależności i występowanie długotrwałego bólu przyczyniają się do spadku jakości życia.

Poziom natężenia bólu, za Światową Organizacją Zdrowia, dzielimy na: łagodny, umiarkowany i poważny. W zależności od zdiagnozowanej intensywności, pacjent dostanie inne środki przeciwbólowe. Ból łagodny leczony jest za pomocą **analgetyków nieopiodowych** (do takich środków należą powszechnie stosowane: ibuprofen, paracetamol czy aspiryna). Przy bólu umiarkowanym również można podawać te same leki, co przy bólu łagodnym. Jeśli jednak pacjent nie będzie odczuwał poprawy, lekarz może zdecydować o podaniu **słabych analgetyków opiodowych** (np. kodeina, tramadol). Ból poważny może być złagodzony głównie dzięki podaniu **silnych opiodów** (np. morfina). Istnieje wiele stereotypów związanym z zażywaniem morfiny. **PAMIĘTAJ!** Osoby starsze czytają dużo prasy, gdzie można znaleźć wiele informacji na temat uzależnienia znanych osób. Upewnij osobę, która ma rozpocząć przyjmowanie morfiny, że u ludzi w jej wieku niezwykle rzadko występuje uzależnienie. Przydatne w walce z bólem są **środki wspomagające (adiuwanty)**. Mogą nimi być: antydepresanty, leki przeciwpadaczkowe, glikokortykoidy, leki przeciwhistaminowe. Włączenie ich do farmakoterapii usprawnia działanie analgetyków.

Starsi ludzie, u których nie występują zaburzenia otepienne, są w stanie sami decydować o tym, kiedy dostaną leki. Pacjentom z demencją, z którymi komunikacja jest utrudniona, leki przeciwbólowe należy podawać regularnie, w ustalonych odstępach czasowych. To ważne,

ponieważ szacuje się, że pacjenci otępienni, chorujący na te same schorzenia co nieotępieni, dostają średnio mniej leków przeciwbólowych. **PAMIĘTAJ!** Jeśli wiesz, że Twój podopieczny otrzymał silny lek przeciwbólowy, obserwuj jego zachowanie na wypadek wystąpienia działań niepożądanych. Niektóre leki w połączeniu z innymi tracą swoje cenne właściwości, a nawet mogą być szkodliwe. Dlatego żadnych leków nie powinno się przyjmować bez poinformowania o tym lekarza. **PAMIĘTAJ!** Jeśli chcesz uniknąć **polifarmacji/politerapii/polifarmakoterapii** (terminy stosowane zamiennie na określenie sytuacji, w której chory przyjmuje więcej niż kilka leków jednocześnie), upewnij się, że lekarz wie o wszystkich lekach, które przyjmuje Twój podopieczny.

PAMIĘTAJ o działaniach niepożądanych leków przeciwbólowych:

Paracetamol: działania niepożądane są stosunkowo rzadkie, należą do nich głównie: zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, zaparcia), reakcje skórne (pokrzywka). Sporadycznie może wystąpić trombocytopenia (małopłytkowość) i agranulocytoza (zmniejszenie liczby granulocytów głównie obojętnochłonnych, czyli neutrofilów). Stosowanie dużych dawek przez dłuższy czas, może spowodować toksyczne uszkodzenie wątroby i nerek.

Niesteroidowe leki przeciwbólowe (NLPZ – ibuprofen, ketoprofen, naproksen, diklofenak): wywołują tzw. efekt sufitowy – dalsze zwiększanie dawki nie wzmacnia efektu przeciwbólowego, ale zwiększa ryzyko działań niepożądanych: ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka lub zaparcia, niestrawność, uszkodzenie błony śluzowej żołądka i krwawienie żołądkowo-jelitowe); bóle i zawroty głowy, szum w uszach, osłabienie aktywności, senność, reakcje depresyjne, zaburzenia widzenia; leukopenia, niedokrwistość, trombocytopenia; reakcje alergiczne (wysypka, pokrzywka, rumień, obrzęki, nieżyt nosa, dychawica oskrzelowa). Stosowane w dużych dawkach mogą prowadzić do niewydolności nerek (zwłaszcza w przypadku podawania ich razem z lekami moczopędnymi). Ze względu na możliwość wzrostu ciśnienia krwi w przypadku stosowania tych leków może się zmniejszać skuteczność leków hipotensyjnych.

Analgetyki opioidowe (morfina, fentanyl, oksykodon): konieczne jest ich regularne dawkowanie, w stałych odstępach czasowych podaje się ustaloną dawkę oraz w razie potrzeby (tzw. bóle przebijające) pomiędzy nimi dodatkową, tzw. dawkę ratunkową. Do najczęstszych objawów niepożądanych należą: nudności, wymioty, uporczywe zaparcia, suchość w jamie ustnej; nadmierne uspokojenie, senność; zaburzenia psychiczne (zmiany nastroju, euforia), bradykardia, hipotensja i zawroty głowy; zaburzenia widzenia; trudności w oddawaniu moczu; odczyny alergiczne i świąd skóry; możliwa jest depresja ośrodka oddechowego.

Ból nowotworowy to każdy ból występujący u pacjenta chorego na nowotwór. Choć bardzo byśmy chcieli, by było inaczej, większość chorych onkologicznie jest

bardzo narażonych zarówno na ból będący konsekwencją choroby, wyniszczenia, jak i procedur wynikających z terapii – począwszy od ukłucia igłą po każdy zabieg operacyjny. U tych osób bardzo często odczuwaniu bólu współtowarzyszy komponenta psychologiczna i emocjonalna. Dlatego warto zachować spokój, aby chory nie odczuwał dodatkowo strachu i niepewności ze strony opiekuna, co zazwyczaj zwiększa odczuwanie przez niego bólu. Współczesne leczenie bólu w chorobie nowotworowej to leczenie wielokierunkowe. Podstawą jest zawsze farmakoterapia, która jest skuteczna u ponad 85%. Poza farmakoterapią stosujemy: radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię, inwazyjne techniki anestezjologiczne i chirurgiczne, neurostymulację przezskórną i nardzenio-
wą, psychoterapię.

Pacjent powinien oczekiwać od lekarza i pielęgniar-ki właściwego uśmierzania bólu ostrego i leczenia bólu przewlekłego. Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu leczenie powinno być wielokierunkowe. Ból ostry powinien być prawidłowo oceniany, uśmierzany we wszystkich placówkach ochrony zdrowia: POZ, lekarz rodzinny – ból jest jednym z głównych powodów zgłoszenia się pacjentów do lekarzy rodzinnych; karetka pogotowia, SOR – ponad 70% pacjentów zgłasza umiarkowany lub silny ból; sale operacyjne szpitali; oddziały intensywnej terapii; sale porodowe; oddziały pooperacyjne. W Polsce ośrodki leczenia zamkniętego poddane są monitorowaniu leczenia bólu poprzez system akredytacji w ochronie zdrowia oraz prowadzony przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu projekt „Szpital bez bólu”. Osoby cierpiące z powodu bólu przewlekłego coraz częściej korzystają z poradni leczenia bólu, a w przypadku osób z chorobami nieuleczalnymi z poradni opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Praktyka leczenia bólu w poradni specjalistycznej – Poradnie Leczenia Bólu

Coraz więcej ludzi korzysta z poradni leczenia bólu, a tych w Polsce jest ponad 200, jednak tylko około 20 z nich to poradnie interdyscyplinarne posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w których pracują specjaliści różnych dziedzin medycyny i stosowane są różnorodne metody leczenia: od farmakoterapii, poprzez techniki inwazyjne, rehabilitację, do psychoterapii. Pamiętajmy o tym, że ból przewlekły dotyka ponad 20% populacji – wynika z tego, że problem bólu przewlekłego dotyczy w Polsce około 8 milionów ludzi – niemożliwe jest, aby wszyscy prowadzeni byli w poradniach leczenia bólu. Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego, poza leczeniem choroby zasadniczej, również leczenia bólu. Większość chorych dobrze poddaje się standardom leczenia bólu i nie wymaga leczenia specjalistycznego. Wskazania do leczenia specjalistycznego mają chorzy: nie poddający się standardowemu leczeniu, u których istnieją problemy z postawieniem właściwego rozpoznania, u których bardzo szybko narasta zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, jak też tacy pacjenci, u których są wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia.

Praktyka leczenia bólu w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Problemy w leczeniu bólu wynikają najczęściej z braku czasu. Brak czasu prowadzi często do postawienia błędnego rozpoznania, a błędne rozpoznanie do niepodjęcia właściwego leczenia. Kolejnym problemem jest brak oceny natężenia bólu. Brak monitorowania natężenia bólu w czasie leczenia uniemożliwia odpowiednie dobranie leków oraz ocenę ich skuteczności. W leczeniu bólu, poza wieloma lekami tzw. adiuwantowymi, mamy do dyspozycji trzy grupy leków przeciwbólowych: paracetamol, NLPZ i opioidy (słabe i silne). Leki te, odpowiednio dobrane, dawkowane i właściwie ze sobą połączone zapewniają dobrą kontrolę bólu u ponad 85% chorych, niezależnie od rodzaju bólu. Leki należy wybrać indywidualnie dla każdego pacjenta, rodzaju jego bólu, uwzględniając także choroby współistniejące i leki, które pacjent stale przyjmuje. W leczeniu bólu przewlekłego do dyspozycji mamy farmakoterapię (opisaną powyżej), inwazyjne metody leczenia (blokady, neurolyzy, termolezje), rehabilitację, która ma szczególne znaczenie u chorych z chorobami narządu ruchu, jak też metody stymulujące nasze własne układy przeciwbólowe (akupunkturę, stymulację nerwów i wiele innych). W leczeniu bólu przewlekłego ogromną rolę odgrywa również psychoterapia. Pacjenci, którzy korzystają z pomocy psychoterapeuty, wymagają około 1/3 mniej leków przeciwbólowych. Chory może mieć wskazania do łączenia wielu metod terapii. Naszym celem w wyborze leczenia powinna być poprawa jakości życia pacjenta i zapewnienie mu zarówno skuteczności, jak i bezpieczeństwa terapii. Dlatego do każdego pacjenta musimy podchodzić indywidualnie. Standardem farmakoterapii jest wybór leków zgodny z drabiną analgetyczną. Na pierwszym szczeblu drabiny analgetycznej znajdują się proste leki przeciwbólowe (paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne), na drugim słabe opioidy, a na trzecim opioidy silne. Do leków z każdego stopnia można dokładać leki wspomagające (niebędące lekami przeciwbólowymi, ale nasilające efekt przeciwbólowy).

W jakiej formie podawane są leki przeciwbólowe?

Niektóre leki podawane są doraźnie, inne należy stosować w ustalonych, regularnych odstępach czasowych – nawet jak już nie boli, a nie jak zaczyna boleć. Daje to najlepszy efekt przeciwbólowy. W przypadku niektórych leków konieczne może być zwiększenie dawki rozłożone w czasie (nawet do około tygodnia) i może minąć 7-10 dni zanim te leki osiągną najlepszy efekt. Zawsze więc należy je kontynuować wg wskazań lekarza. Nawet przy włączonych już lekach pacjenci czasami odczuwają epizodycznie ból (ból przebijający). Należy wtedy powiedzieć o tym lekarzowi. Może on zlecić dodatkowe leki, które pomogą opanować te dolegliwości. Leki przeciwbólowe mogą być podawane jako: tabletki doustne, syrop, plastry, lek dożylny, czopki, pastylka do ssania, wlew ciągły poprzez pompę i dojście centralne, w ramach znieczulenia zewnątrzoponowego po zabiegu operacyjnym.

Piśmiennictwo:

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

Organizacja działań środowiskowych zmniejszających ryzyko upadków u osób starszych

Szczególną rolę w całym procesie leczniczo-rehabilitacyjnym odgrywa opiekun – jako osoba najbliższa pacjentowi w starszym wieku.

To właśnie opiekun ma największe możliwości oceny sytuacji swojego podopiecznego i jest w stanie realnie ocenić potencjalne zagrożenie wystąpienia upadku, w szczególności określić warunki środowiskowe i możliwe wcześniej wdrożyć odpowiednie działania środowiskowe zmniejszające ryzyko upadków w ramach działań edukacyjnych pacjenta i jego rodziny. W ramach tychże działań organizacyjnych ważna jest:

1. Systematyczna kontrola stanu zdrowia podopiecznego:

- kompleksowa ocena geriatryczna wraz z oceną ryzyka upadków (skala Tinetti lub test „wstań i idź”),
- ocena ostrości wzroku i słuchu,
- kontrola prawidłowości rytmu serca i nadciśnienia tętniczego krwi,
- zebranie szczegółowego wywiadu co do okoliczności, w jakich doszło lub dochodzi do wypadku, ocena warunków środowiskowo-bytowych pacjenta,
- analiza przyjmowanych leków przez pacjenta i możliwych działań ubocznych, ewentualna ich modyfikacja, aplikacja jak najmniejszej dawki terapeutycznej, zwracanie uwagi na tendencje nadużywania szczególnie leków uspokajających i nasennych.

2. Właściwa organizacja otoczenia:

- zainstalowanie poręczy, uchwytów o chropowatej strukturze, ułatwiających przemieszczanie się i wstawanie,
- przygotowanie łóżka o odpowiedniej wysokości (ok. 45-50 cm od górnej krawędzi materaca do podłogi), z łatwym dostępem, najlepiej z trzech stron; ważne jest umieszczenie dzwonka lub telefonu w bliskim sąsiedztwie łóżka; bardzo pomocne jest zamontowanie przy łóżku uchwytu ułatwiającego podnoszenie się i wstawanie,
- zapewnienie fotela nieprzesuwającego się (bez kółek) z wysokim oparciem, poręczą na wysokości ok. 18 cm powyżej siedziska, wysuniętą do przodu ok. 3 cm – stabilną i masywną; krzesła i fotele powinny umożliwiać starszej osobie oparcie obu stóp na podłodze przy zgięciu w stawach kolanowych pod kątem ok. 90°,
- ustawienie mebli i sprzętów tak, aby nie utrudniały swobodnego przejścia,

- zapewnienie odpowiedniej wysokości szafek na sprzęt, ubrania (od bioder do wysokości oczu); rozmieszczenie przedmiotów codziennego użytku tak, aby sięganie po nie nie wymagało nadmiernego schylania się lub korzystania z drabinki, taboretu,
- zapewnienie odpowiedniego oświetlenia: nierażące, nie za ciemne, włączniki w łatwo dostępnych miejscach, dyskretne oświetlenie nocne w pokoju i na drodze do toalety,
- schody z poręczami po obu stronach, z oświetleniem nocnym, specjalną taśmą antypoślizgową na krawędziach, bez dywaników, z podświetleniem pierwszego i ostatniego stopnia,
- podłogi o gładkiej powierzchni, niepastowane i niefroterowane, bez przesuwalnych chodniczków, dywaników, progów; zabezpieczone kable i przewody chroniące przed potknięciem,
- wyposażenie łazienki, toalety w uchwyty o chropowatej strukturze, maty antypoślizgowe (podłoga, wanna, brodzik), specjalne krzeselka lub ławeczki ułatwiające kąpiel w pozycji siedzącej; niekiedy zastąpienie wanny brodzikiem z prysznicem,
- zainstalowanie toalety o nieco podwyższonym sedesie i uchwytów ściennych pozwalających na przytrzymywanie się.

3. Odpowiednie obuwie:

- lekkie, łatwe do zakładania i zdejmowania, stabilizujące kostkę, płaskie lub na niewielkim obcasie, nie wyższym niż 2 cm,
- z antypoślizgową podeszwą – gumowaną.

4. Zapobieganie nagłym spadkom ciśnienia tętniczego, tzw. hipotonii ortostatycznej:

- zachęcanie pacjenta do stosowania właściwej techniki wstawania: powoli, w tempie na trzy – po przebudzeniu siadanie w łóżku, następnie siadanie ze spuszczonymi nogami, a dopiero po chwili wstawanie,
- zachęcanie pacjenta do stosowania specjalnych pończoch elastycznych,
- zachęcanie pacjenta do wykonywania kilku ruchów zginania i prostowania stóp w kierunku podeszwowym i grzbietowym po dłuższym przebywaniu w pozycji siedzącej lub leżącej, co korzystnie wpływa na obwodowy układ krążenia i pracę serca.

5. Oprotezowanie:

- zaopatrzenie pacjenta w okulary, aparaty słuchowe w celu poprawy tzw. wzrokowej i słuchowej kontroli wzroku,
- zaopatrzenie pacjenta w dobrze dobrany sprzęt ortopedyczny ułatwiający poruszanie się – laski, trójnogi, kule łokciowe, balkoniki, chodziki; nauka korzystania z tego rodzaju usprawnień: gumowana końcówka laski, kuli, wysokość lasek i kul łokciowych dobrana tak, aby przy oparciu się na nich zgięcie kończyny w stawie łokciowym wynosiło ok. 20° przy łasce/kuli opartej w odwiedzeniu ok. 20 cm od podstawy V kości śródstopia, bowiem zarówno zbyt

długa, jak i zbyt krótka laska/kula daje niewystarczające podparcie, zwiększa obciążenie stawów, stwarza trudności przy pokonywaniu schodów

Na dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb osób chorych można otrzymać dofinansowanie. W tym celu warto zwrócić się do rejonowego Ośrodka Pomocy Rodzinie lub miejscowego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wyroby medyczne to np. protezy, aparaty i ortozy ortopedyczne, wózki inwalidzkie, laski, kule, balkoniki, obuwie ortopedyczne. Pacjentom przysługuje refundacja wyrobów medycznych.

Zlecenia na wyroby medyczne mogą być wystawiane maksymalnie na 12 miesięcy.

Zlecenie na wyroby medyczne wystawia najczęściej lekarz, ale też pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta. Od 1 stycznia 2020 r. zlecenie może potwierdzić lekarz lub inna osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, dowolny oddział NFZ (jeśli lekarz nie może tego zrobić).

Wyroby medyczne można kupić w punktach, które mają umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne. Są to najczęściej sklepy medyczne lub apteki. Nie obowiązuje rejonizacja, to opiekun pacjenta lub pacjent decydują, gdzie zrobią zakupy. Jeśli zlecenie zostanie podzielone na części, to każdą część należy zrealizować w punkcie, w którym pozostawiono zlecenie. Produkty mogą różnić się ceną i jakością. Można wybrać wyrób droższy niż limit refundacji i dopłacić różnicę między ceną brutto wyrobu a kwotą refundacji. Każdy punkt, który ma umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne, musi mieć przynajmniej jeden produkt w grupie w cenie limitu z rozporządzenia.

Piśmiennictwo:

1. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie z dnia 29 maja 2017 r. (Dz.U. 2019 r., poz. 1267 z późn. zm.).
3. Art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 784 z późn. zm.).

Jak zapewnić komfortowe warunki do snu i wypoczynku opiekunowi oraz podopiecznemu

Okazuje się, że to biologia, a nie nieczułość mężczyzny, sprawia, że kobiety budzą się nawet na ciche kwilenie niemowlaka, podczas gdy mężczyzna najszybciej ze snu wyrzuci dźwięk alarmu z samochodu, wycie wiatru czy brzęcząca mucha. Bowiem w toku ewolucji kobiety zostały

uksztaltowane 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 poczucia 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 wstać 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 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 także 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 podopiecznemu zapewnić aktywność, szczególnie po południu, która go zaangażuje.
- 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 spacerki, zwłaszcza na łonie natury, które obniżają poziom stresu.
- Gorąca kąpiel przed udaniem się spać jest równie 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 mimo przestrzegania tych zasad 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 składają się na nie nie tylko właściwe łóżko, materac i pościel, ale także wiele innych czynników. Tylko uwzględnienie w odpowiednim stopniu ich wszystkich 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 wypoczynku. O ile zwykle urządza się 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 niż 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 pościeli, co w przypadku materaca zależy 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 też 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 – możliwości jest sporo. Aby wybrać odpowiedni materac dla siebie, warto zapoznać się ze wszystkimi możliwościami.

Jak zamienić rozkładaną kanapę w wygodne łóżko?

Nie każdy jednak ma 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 w nie do końca wygodnym pościeli. Podobną funkcję może pełnić także cieńszy materac z pianki memory, lateksowy czy z pianki HR. Warto też zadbać o odpowiednio dobraną poduszkę pod głowę, miękkością i kształtem dostosowaną do rodzaju odpoczynku.

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°C 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 wpływają też 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 w najbliż-

szym zasięgu urządzeń elektronicznych od zasilania, gdyż mogą one negatywnie wpływać 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 pościel 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:

1. Odachowska A., *Dobro jakie daje sen*. Opiekun 2018, 4, s. 55-57.
2. Przybyło I., *Sensacyjna wartość snu*, Medi 2019, 2(79), s. 38-42.

Co powinien wiedzieć opiekun, aby zapobiegać geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu u swojego podopiecznego

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

Błędy jatrogenne mogą sprawić pogorszenie stanu zdrowia nie tylko fizycznego, lecz także psychicznego. Może nawet dojść do rozwoju chorób psychicznych, np. nerwicy lękowych, fobii. Błędy jatrogenne mogą pojawić się na etapie komunikowania (przekazywania i odbioru informacji), badania, leczenia, pielęgnowania, mogą obejmo-

wać 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 lub 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, niesamodzielnym 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), głośnie 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 włączenie kolejnego leku. Jednym z najprostszych przykładów są obrzęki występujące przy stosowaniu blokerów kanałów wapniowych, które są leczone diuretykami. Leki te z kolei przyczyniają się do hiperurykemii i napadów dny moczanowej, w przypadku których stosowane są leki przeciwbólowe. Stosowane długotrwale związki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) 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 ilości i jakości przyjmowanych leków powinna być zainicjowana podczas każdej wizyty, zwracając uwagę 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 też 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 także preparatów OTC i suplementów diety, a kontrolę nad ich wydawaniem mają przede wszystkim farmaceuci. Przewaga monoterapii nad politerapią dotyczy przede wszystkim 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 uwzględniającą różny stopień bezpieczeństwa, dzieląc leki na trzy grupy, tzn. 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 cyklooksygenaz (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 przeciwwrzepkowymi 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 glikogenezę w wątrobie, mięśniach i obniżenie produkcji insuliny. Jako kolejne przykłady leków potencjalnie szkodliwych u osób starszych można wymienić leki przeciwpowietrzne, 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 przeciwpowietrzne czy 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. Najistotniejsze w tym przypadku jest dokładne planowane leczenie farmakologiczne 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 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

1. Muszaliński M., Kędziora-Kornatowska K., *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
2. Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I., *Wielolekowość, choroby współistniejące i upadki u chorych z przewlekłą niewydolnością serca w wieku podeszłym*, Geriatria 2014, 8, s. 1-12.

Miejskie Centrum Opieki realizuje kolejną edycję projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi”

Wchodząc w rolę opiekuna bliskiej osoby, stawiasz czoła wielu nowym obowiązkom. Jak znaleźć wsparcie, zmierzyć się z wyzwaniami i sprawić, by opieka była bardziej satysfakcjonująca zarówno dla Ciebie, jak i dla osoby, którą się opiekujesz?

Trudna rola opiekuna

Szacuje się, że nawet co piąty Małopolanin (blisko 700 tys. osób!) opiekuje się osobą straszą. Niezależnie jednak od tego, czy opiekujesz się starzejącym się rodzicem, czy też przewlekle chorującym współmałżonkiem lub dzieckiem, opieka nad potrzebującym członkiem rodziny wymaga niezwyklej troski, uwagi i cierpliwości. Bez względu na to, jak bliska jest nam osoba, którą wspieramy – to trudna rola i prawdopodobnie nie zostałeś przygotowany do jej podjęcia.

Przy odpowiedniej pomocy i wsparciu możesz jednak zapewnić bliskiemu skuteczną opiekę, bez konieczności poświęcania się w tym procesie.

Co może okazać się pomocne?

- Dowiedz się jak najwięcej o chorobie lub niepełnosprawności członka rodziny i o tym, jak się nim opiekować. Im więcej wiesz, tym mniej niepokoju będziesz odczuwać w związku z nową rolą.
- Poszukaj wsparcia i wymiany doświadczeń wśród innych opiekunów, którzy dokładnie rozumieją, przez co przechodzisz (np. w ramach **grup wsparcia** online lub organizowanych w Twoim miejscu zamieszkania).
- Korzystaj z informacji ze strony lekarzy i specjalistów, ufając jednocześnie swojemu doświadczeniu i intuicji – prawdopodobnie **to Ty najlepiej znasz członka swojej rodziny**.
- Zachęcaj bliską osobę do niezależności. **Opieka nie oznacza wyręczania we wszystkim drugiej osoby**. Bądź otwarty na nowe technologie i strategie, które pozwolą członkowi Twojej rodziny zachować jak największą samodzielność i sprawność w czynnościach dnia codziennego.

- Poznaj swoje ograniczenia, **realistycznie oceniaj to, ile czasu i siebie możesz poświęcić**. To trudne, ale postaraj się znaleźć czas także dla siebie – zadбай o swoje potrzeby oraz samopoczucie psychiczne i fizyczne, zrób sobie przerwę (choć raz w tygodniu!).
- **Zaakceptuj trudne emocje**, które pojawiają się w przebiegu opieki. Odczuwanie gniewu, lęku czy poczucia winy nie oznacza, że jesteś złym opiekunem. Rozmawiaj z zaufaną osobą, a jeżeli czujesz, że uczucia przytłaczają Cię – skorzystaj z profesjonalnej pomocy psychologa.
- Jeżeli to możliwe, **zorganizuj wsparcie** ze strony innych członków rodziny, przyjaciół, profesjonalnej pomocy instytucjonalnej.

Nawet jeśli jesteś głównym opiekunem rodziny, **nie możesz robić wszystkiego sam**. Jeżeli nie otrzymasz wsparcia, którego potrzebujesz, możesz poczuć wypalenie, które nie pozwoli Ci skutecznie realizować swoich obowiązków. Być może boisz się narzucać innym lub martwisz się, że twoja prośba zostanie odrzucona – poinformuj otoczenie o swoich potrzebach, a być może inni wyrażą gotowość do włączenia się do opieki. Ułatw im to poprzez wskazanie obszarów, w których mogą być pomocni.

Zorientuj się w **usługach, które mogą być dostępne w Twoim miejscu zamieszkania**, jak np. ośrodki opieki dziennej dla dorosłych, pomoc realizowana przez organizacje przykościelne, posiłki dostarczane do domu, opieka zastępcza, usługi transportowe. Miejschem, w którym możesz uzyskać pomoc, jest także Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnymi przy ul. Wielickiej 267 w Krakowie, które realizuje projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi”.



Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki

To szereg bezpłatnych usług, skierowanych do osób z ograniczoną samodzielnością oraz ich opiekunów nieformalnych, zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków i Gminy Wieliczka:

- **Usługa opieki wytchnieniowej**

Czyli profesjonalna opieka nad osobą niesamodzielną w ramach czasowego, całodobowego pobytu na oddziale. Usługa realizowana jest głównie przez zespół opiekunów i pielęgniarek, ale także fizjoterapeutę. Pobyt uwzględnia wyżywienie (śniadanie, obiad i kolację), jak również niezbędny sprzęt medyczny, pielęgnacyjny, rehabilitacyjny oraz możliwość korzystania z zaplecza do prowadzenia terapii zajęciowej (w tym swobodny dostęp do ogrodu sensorycznego).

- **Usługa menadżera opieki**

Polega na cyklicznych wizytach personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna) w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną. Celem wizyt jest zapewnienie opiekunowi wsparcia merytorycznego ułatwiającego realizację obowiązków w środowisku domowym. Czas trwania usługi doradztwa ustalany jest indywidualnie według potrzeb i stanu zdrowia osoby niesamodzielnej.

- **Dzienna Placówka Opieki i Aktywizacji**

Usługa bezpośrednio skierowana do osób z ograniczoną samodzielnością. Placówka specjalizuje się w opiece, aktywizacji oraz integracji osób starszych po udarach mózgu, z dysfunkcjami ruchowymi, chorobą

Alzheimera oraz innymi zaburzeniami neuropoznawczymi. Oferujemy fizjoterapię, nowoczesną terapię zajęciową, wsparcie psychologa, pielęgniarki oraz opiekuna. Ośrodek pracuje przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku) przez 8 godzin dziennie.

- **Wypożyczalnia sprzętu medycznego**

Asortyment wypożyczalni stanowią sprzęty niezbędne w opiece nad osobą niesamodzielną: łóżka medyczne, materace przeciwoślizgowe, chodniki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnośniki, laski typu trójnóg, laski typu czwórnóg. Wypożyczalnia oferuje także doradztwo i instruktaż w zakresie właściwego wykorzystania sprzętu.

- **Indywidualne szkolenia opiekuńcze**

Praktyczne szkolenia, prowadzone przez doświadczony personel Miejskiego Centrum Opieki, w tym pielęgniarkę i fizjoterapeutę, realizowane w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną (np. w domu osoby niesamodzielnej lub opiekuna).

- **Poradnictwo i edukacja**

Działania prowadzone za pośrednictwem strony internetowej www.wsparciedlaopiekuna.pl, bezpłatnych publikacji oraz mediów społecznościowych.

Zachęcamy do skorzystania z naszych usług!

Skontaktuj się z nami pod numerem telefonu:

12 446 75 30

lub mailowo: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

PORADNIK OPIEKUNA

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

WYDAWCA

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



REALIZACJA

Firma Reklamowa GRAF MEDIA

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

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