

egzemplarz bezpłatny



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



PORADNIK OPIEKUNA

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

Szanowni Czytelnicy!

Z wielką przyjemnością, w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnymi w wersji tradycyjnej – drukowanej **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 i „cichego opiekuna”, którego rola w procesie powrotu do zdrowia osoby chorej jest nieoceniona.

Materiały w nim zawarte obejmują praktyczne rady, tzw. ABC pomocy osobom niesamodzielnym, mają ułatwić opiekę i pielęgnację nad osobami z chorobami przewlekłymi, podnosząc jej jakość, zmieniając kulturę opieki. Są cennym źródłem informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, dofinansowań, świadczeń, ulg i uprawnień. Są przykładem dobrych praktyk tworzenia świata rozumiejącego potrzeby osób niesamodzielnymi i ich opiekunów. Przewodnik wyjaśnia odrębności przebiegu wybranych patologii w starości. Dostarcza odpowiedzi, jak opiekun powinien komunikować się z osobą przewlekle chorą, jak sam powinien radzić sobie ze swoimi emocjami.

Jeśli w Twoim otoczeniu, domu, sąsiedztwie jest osoba która opiekuje się osobą niesamodzielną, prześlaj jej informację o Poradniku. Zapisz ją na bezpłatny egzemplarz naszego wydawnictwa.

Zachęcamy do lektury Poradnika. Wierzimy, że artykuły zawarte w nim zainteresują Państwa. Liczymy, że okażą się dla Państwa 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	4
Demencja z powodu choroby Alzheimera – jak rozpoznać chorobę?	5
Demencja nie jest naturalną częścią starzenia się	6
„Tsunami” demencji	6
Demencja, otępienie, choroba Alzheimera – czym się różnią?	7
Objawy wczesne wskazujące na demencję, czyli otępienie	7
W jaki sposób można zdiagnozować choroby otępienne?	
Prosty test na demencję	8
Wczesna demencja – jak możesz wesprzeć?	9
Przebieg choroby Parkinsona u osób w starszym wieku	10
Udar mózgu u osób w starszym wieku	11
Depresja wieku podeszłego	13
Niewydolność serca u osób w podeszłym wieku	14
Typowe cechy nadciśnienia tętniczego w starości i jego rozpoznawanie	16
Odmienności choroby niedokrwiennej serca u osób w starszym wieku	17
Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP, COPD – chronic obstructive pulmonary disease) u osób starszych ...	18
Pozaszpitalne zapalenie płuc u osób starszych	19
Obturacyjny bezdech senny w podeszłym wieku	20
Przyczyny niesamodzielności	22
Czego potrzebuje osoba niesamodzielna	25
Jaki powinien być opiekun?	26

Organizacja opieki

Praktyczne porady ułatwiające pielęgnację i opiekę nad osobami niesamodzielnymi	27
Relacje z bliską osobą, która zмага się z demencją	28
Higiena jamy ustnej – to ważne!	29
Gdy jedzenie staje się trudne	30
Dlaczego zachęcać osobę z demencją do mówienia?	31
„Wędrowanie” – trudny problem w opiece nad osobą żyjącą z demencją	32
Gdy choruje Twoja druga połowa... ..	33
Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – specjalistyczne usługi opiekuńcze/opieka pielęgnarska domowa	34
Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – pomoc opiekuńcza domowa	35
Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – opieka instytucjonalna ...	36
Zakup sprzętu rehabilitacyjnego i produktów chłonnych	37
Wyroby chłonne i ich zastosowanie	39

Tworzenie bezpiecznego środowiska dla osób z demencją towarzyszącą chorobie Parkinsona, udarowi mózgu, chorobie Alzheimera	40
Leczenie niewydolności serca – zalecenia dla chorego i opiekunów	41
Kontrola podstawowych parametrów życiowych w niewydolności serca	42
Wielkie problemy geriatryczne – majaczenia	44
Leczenie i samoopieka w POCHP – zalecenia	45
Leczenie obturacyjnego bezdechu sennego u pacjentów w podeszłym wieku . . .	48
Leczenie zapalenia płuc u osób starszych	50
Rola opiekuna w opiece nad osobą niesamodzielną niedożywioną w podeszłym wieku	51
Rola opiekuna w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku z biegunką i zaparciami	52
Rola opiekuna w opiece nad pacjentem z cukrzycą w podeszłym wieku	54

Wsparcie dla opiekunów

Różne formy wsparcia i wskazówki edukacyjne dla opiekunów zajmujących się na co dzień swoimi bliskim	57
Opieka w świetle przepisów prawnych: wsparcie finansowe – dodatek pielęgnacyjny	58
Opieka w świetle przepisów prawnych: wsparcie finansowe – zasiłek pielęgnacyjny	59
Opieka w świetle przepisów prawnych – orzeczenie o niepełnosprawności	59
Opieka wytchnieniowa dla opiekunów rodzinnych/nieformalnych	60
Opieka przez różne formy aktywności w trosce o podopiecznych niesamodzielnych	62
Przedłużanie samodzielności osób starszych i niepełnosprawnych w czynnościach dnia codziennego	63
Wskazówki edukacyjne dla osób starszych z nadciśnieniem tętniczym	65
Wysiłek fizyczny u pacjentów w podeszłym wieku z chorobami układu krążenia	66
Jak żyć z POChP?	67
Domowe leczenie tlenem	70
Wskazówki edukacyjne dla osób starszych z zapaleniem płuc	71
Opieka dzienna – nadzieją dla opiekunów nieformalnych/domowych	72
Wiedza łagodzi lęk opiekuna nieformalnego w opiece nad bliskim niesamodzielnym	73
Menadżer opieki formą wsparcia opiekunów nieformalnych	74
Opieka wytchnieniowa wyzwaniem, innowacją i integralną częścią systemu opieki długoterminowej	75



Najczęstsze schorzenia u osób niesamodzielnych i starszych

Demencja z powodu choroby Alzheimera – jak rozpoznać chorobę?

Choroba Alzheimera (ang. *Alzheimers Disease* – AD) jest najczęstszą przyczyną demencji na świecie. Typowe objawy to dominujące deficyty funkcji poznawczych, a zwłaszcza pamięci, zaburzenia zachowania, problemy z mową oraz narastające trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Demencja a choroba Alzheimera

Demencja (inaczej otępienie) nie jest jednostką chorobową samą w sobie – jest stanem klinicznym i oznacza nabyte, nieodwracalne i postępujące w czasie pogorszenie w zakresie funkcji poznawczych, głównie pamięci, procesów językowych (np. problemy z mową) oraz myślenia. Często dochodzi również do rozpadu osobowości oraz nasilonych zmian nastroju.

Proces demencji jest rozciągnięty w czasie, pacjenci na początku choroby bardzo często nie ujawniają żadnych trudności. Później pojawiają się subiektywnie odczuwane zaburzenia pamięci, dalej obiektywnie zauważane przez otoczenie łagodne zaburzenia poznawcze, które przez kolejne miesiące i lata znacznie postępują i przechodzą w pełnoobjawową fazę, którą określamy demencją.

Na świecie żyje 15-21 milionów osób z chorobą Alzheimera. W Polsce liczba osób z otępieniem sięga 500 tysięcy, w większości jest to choroba Alzheimera. Szacuje się, że liczba osób z otępieniem w 2010 roku wynosiła około 35,6 mln, a do roku 2030 wzrośnie do 65,7 mln.

Alzheimer – jakie są czynniki ryzyka?

Jednym z głównych i bezspornych czynników ryzyka zachorowania na chorobę Alzheimera jest wiek. Zachorowalność na Alzheimera u osób między 65. a 85. rokiem życia podwaja się mniej więcej co pięć lat. Istnieją również doniesienia, że czynnikiem ryzyka choroby Alzheimera jest także stwierdzenie innego przypadku tej choroby w rodzinie, wówczas ryzyko zachorowania wzrasta dwukrotnie. Na podstawie badań odnośnie czynników ochronnych w chorobie Alzheimera ustalono, że im więcej lat nauki, tym wolniej rozwijają się objawy, a przebieg choroby jest znacznie łagodniejszy – mówimy wówczas o tak zwanej „rezerwie poznawczej”. Uboga aktywność ruchowa, samotne życie, brak kontaktów towarzyskich czy rodzinnych wydaje się także sprzyjać rozwojowi Alzheimera. Do czynników ryzyka zaliczamy również takie choroby jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość i depresja.

Objawy Alzheimera

Głównym i pierwszym objawem choroby Alzheimera są zaburzenia pamięci, głównie bieżącej, która często jest również

określana jako „pamięć świeża”. Jest to niezdolność do zapamiętywania nowych informacji. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest uszkodzenie hipokampów, czyli struktur mózgowych odpowiedzialnych za utrwalenie bieżących informacji. Zaburzenia tak zwanej „pamięci świeżej” w chorobie Alzheimera, najczęściej są zauważane w pierwszej kolejności przez osoby towarzyszące choremu w codziennym funkcjonowaniu.

Opiekunowie osób starszych najczęściej zgłaszają następujące problemy:

- Wielokrotne dopytywanie się o tę samą informację pomimo uzyskania odpowiedzi.
- Kilukrotne powtarzanie tych samych informacji lub czynności (np. opłacenie rachunku telefonicznego kilka razy w ciągu miesiąca).
- Niepamiętanie o wcześniejszych ustaleniach i terminach.
- Mylenie dat, imion i nazwisk znajomych.
- Porzucenie zainteresowań.
- Wycofanie się z aktywności.
- Nieumiejętność poradzenia sobie ze skomplikowanymi pracami domowymi.
- Zaniedbania w wyglądzie.
- Zaniedbania higieniczne.
- Sam pacjent bardzo często nie zauważa problemu i najczęściej bagatelizuje swoje trudności. W sytuacji, gdy stawia się u lekarza specjalisty, zapytany o problem z jakim się zgłasza mówi, że rodzina nalegała i dlatego tu jest.

Pamiętajmy również, że wyżej wymienione objawy Alzheimera mogą przypominać zaburzenia depresyjne, ale najczęściej są one przejawem typowej dla choroby apatyczności, bez odczuwania smutku. Istotnym problemem w rozpoznawaniu Alzheimera jest niezauważony początek choroby oraz zrzucanie zaburzeń pamięci na wiek, co niestety jest stereotypem, ponieważ chorują coraz młodsze osoby.

Diagnoza: Alzheimer – i co dalej?

Bardzo często, zwłaszcza u pacjentów, którym przez cały czas towarzyszy inna osoba (najczęściej współmałżonek, który wykonuje bardziej skomplikowane czynności, załatwia wszelkie sprawy związane z prowadzeniem domu) objawy choroby mogą nie być dostrzeżone. Nagłe wydarzenia, takie jak poważna infekcja, pobyt w szpitalu, silny stres, śmierć bliskiej osoby mogą doprowadzić do dekompensacji stanu i wówczas choroba ujawnia się w pełnym obrazie, co powoduje bardzo często szok u osoby towarzyszącej, która wcześniej nic nie widziała.

W sytuacji rozpoznania u pacjenta objawów choroby Alzheimera – na którą mimo postępu medycyny nie wynaleziono skutecznego leku, kluczowe jest zapewnienie właściwej opieki nad osobą starszą. Odpowiednia wiedza, obycie i troska to podstawa dobrej opieki nad podopiecznym z otępieniem. ■

Piśmiennictwo:

1. Barcikowska M. *Choroba Alzheimera – rozpoznawanie. W: Diagnostyka i leczenie chorób otępiennych. Rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. 2012, Medisfera, Otwock, p. 68–91.*
2. Suida J, Opala G. *Diagnostyka różnicowa otępienia. W: Diagnostyka i leczenie chorób otępiennych. Rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. 2012, Medisfera, Otwock, p. 51–59.*
3. Jakimowicz-Klein B. *Opieka nad Seniozem. Świat Książki, Warszawa, 2014.*

Demencja nie jest naturalną częścią starzenia się

Badania pokazują, że strach przed demencją jest większy niż przed zachorowaniem na raka. Potrafimy już skutecznie leczyć pacjentów onkologicznych, jednak demencja obrosta strachem i wieloma mitami.

Faktem jest, że nieuchronnie prowadzi do śmierci, nie ma na nią lekarstwa, że przez lata liczba osób żyjących z demencją była niedoszacowana. Osoby diagnozowano raczej w kierunku choroby psychicznej, a nie demencji. Jeśli zapytamy seniorów w naszym otoczeniu, każdy pamięta jakąś historię, w której starszy człowiek, ubrany tylko w piżamę, wędrował zimą ulicami miasteczka lub wioski. Dziś wiemy, co mogło być tego powodem. W demencji choruje mózg, który wyłącza kolejne procesy, np. związane z odczuwaniem ciepła i zimna. Osoby nią dotknięte nie wiedzą, że jest im zimno, że trzeba się ubrać. Proces starzenia się człowieka jest czymś nieuniknionym. Jednak w „zdrowej starości” człowiek nie zmienia się, choć wykonuje pewne czynności wolniej. Gdy spokojny dotąd tata zrobił się „porywczy”, mama stała się „złośliwa”, kulturalny mąż coraz częściej używa wulgarnych wyrazów, powinniśmy jak najszybciej zareagować. Mogą być to objawy demencji. Osoby nią dotknięte często nie zdają sobie sprawy z tego, że zmieniają się, że ich mózg choruje. Dochodzi w nim do głębokich i nieodwracalnych zmian oraz do wyłączenia kolejnych funkcji, np. kontroli zachowania, logicznego myślenia, produkcji mowy, umiejętności liczenia. W demencji dobrodziejstwem jest to, że pomimo utraty wielu umiejętności, na długo pozostają w osobach nią dotkniętych, np. poczucie rytmu, zdolności muzyczne. Podopieczny nie będzie w stanie przypomnieć sobie wielu słów, ale zanuci z nami piosenkę, wyrecytuje zapamiętany z dzieciństwa wiersz lub pomodli się z nami.

To, co niesłusznie oceniamy jako „wariactwo na starość”, wcale nim nie jest! W „dobrej starości” nie dzieje się nic oprócz naturalnych zmian związanych z wiekiem, czyli: pojawiają się problemy ze wzrokiem, siwieją włosy, marszczy się skóra, słabną mięśnie. Potrzeba też więcej czasu, aby nauczyć się nowych rzeczy, zaakceptować zmiany i nowe sytuacje. Ale się ich uczymy! I jesteśmy w stanie podejmować racjonalne decyzje, mówić logicznie, wiązać fakty. W demencji to się zmienia.

W demencji traci się język, nie organ, ale narzędzie do porozumiewania się z innymi. Zaczyna się mówić niezrozumiale, wytwarza się słowa, ale nie działają już tak jak kiedyś, albo w ogóle nie można ich wypowiedzieć. Już we wczesnej demencji osoby nie słyszą spółgłosek, a jedynie zlepek samogłosek, stąd pewne nieporozumienia. Później przychodzi taki moment, że wypadają nie tylko spółgłoski, ale też całe słowa. Na początku wypada jedno słowo na cztery, a potem człowiek nie rozumie dwóch spośród czterech słów. Umykają poszczególne nazwy,

np. osoba z demencją nie potrafi powiedzieć, że za oknem pojawił się śnieg, tylko powie „to białe coś”. Ludzie z demencją słyszą, ale nie rozumieją, więc podnoszenie głosu w rozmowie z nimi niczego nie zmienia. Należy o tym pamiętać! Zamiast dużo gadać, należy używać wskazówek wizualnych. ■

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

„Tsunami” demencji

**„Małe rzeczy są naprawdę małe,
ale być wiernym w małych rzeczach
– to wielka rzecz”
św. Augustyn**

Według szacunkowych danych, w Polsce może być obecnie około pół miliona osób z chorobami otępiennymi, wymagających stałej opieki, i tyle samo ich nieformalnych opiekunów, potrzebujących różnych form wsparcia. Problem narasta. Specjaliści mówią o nadchodzącej fali demencji, tzw. „tsunami demencji”, nie tylko w Polsce.

Na całym świecie choroby otępienne dotyczą już 50 milionów osób. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organisation), w ciągu najbliższych trzydziestu lat ta liczba może się nawet potroić. Problemy opiekuńcze w demencji ma Europa, Ameryka, Australia, Afryka. Różnią nas języki, granice terytorialne, kultura, ale opieka w demencji wszędzie jest wielkim wyzwaniem.

Od mądrości opiekunów zależy, ile czasu kupią swoim bliskim i w jakiej kondycji chorzy przeżyją ostatnie wspólne chwile. Opiekun jest tą osobą, która uzupełnia umiejętności utracone w wyniku choroby, nie rozpaczając nad tym, czego nie da się już odzyskać. Można chorego wyręczać, karmiąc go, myjąc, przebierając, ale można też wspomagać, wykorzystując prosty chwyt – „ręka w rękę”. Chodzi o powtarzanie ruchów, które mózg wciąż pamięta, a których chory sam nie jest w stanie wykonać. Trzymając rękę chorego w swojej, możemy go ubierać, myć, dzięki temu może też w miarę samodzielnie jeść. To bardzo poprawia jego kondycję. **To nie są spektakularne, wielkie odkrycia, to są proste metody.** ■

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

Demencja, otępienie, choroba Alzheimera – czym się różnią?

Demencja, czyli otępienie, dosłownie oznacza „utrata umysłu” lub „postradanie rozumu”. Mówiąc „demencja” najczęściej mamy na myśli „starość”, „sklerozę”.

Tymczasem demencja nie jest naturalną częścią starzenia się, ale jest chorobą mózgu. Składa się na nią zespół objawów wynikających z przewlekłego, postępującego i nieodwracalnego zaburzenia funkcjonowania mózgu. Występuje zazwyczaj u osób po 60. r.ż., ze znacznym wzrostem po 70 r.ż., ale może dotknąć ludzi w wieku 40 czy 50 lat, mówimy wtedy o demencji o wczesnym początku. Mitem zatem jest przekonanie, że jest to choroba związana wyłącznie ze starszym czy podeszłym wiekiem. Może wystąpić u każdego – bez względu na wykształcenie, płeć, pochodzenie etniczne czy pozycję społeczną. Chorowali na nią Ronald Reagan, Margaret Thatcher, Rita Hayworth czy Alina Janowska. Nie jest zaraźliwa. Nie można się nią zarazić tak jak grypą. Nie jest przenoszona ani przez powietrze ani przez krew. Ryzyko zachorowania na nią zwiększa np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom cholesterolu, przebyte udary czy też choroby żył i tętnic. Większość form demencji nie jest dziedziczna.

Demencja zaczyna się niewinnie, od kłopotów z koncentracją, zapominaniem słów, dlatego bagatelizowane są jej wczesne objawy. Tymczasem stres, zła dieta, brak snu, nadużywanie alkoholu, brak aktywności umysłowej i fizycznej są czynnikami wyzwalającymi demencję. Można się przed nią bronić, żyjąc zdrowiej, ale przede wszystkim budując tzw. rezerwę poznawczą, czyli ćwicząc umysł, angażując się w różne aktywności, np. naukę języków.

Otępienie to zaburzenie różnych funkcji poznawczych, prowadzące do zakłócenia czynności dnia codziennego, życia zawodowego i społecznego oraz relacji międzyludzkich. Otępienie wiąże się ze zmianami osobowości, utratą pamięci i zdolności oceny sytuacji, trudnościami z przywołaniem w pamięci słów lub liczb oraz trudnościami w myśleniu abstrakcyjnym i orientacji. Otępienie drastycznie zmienia zachowanie ludzi, powoduje wahania nastroju i stopniowo doprowadza do spustoszenia ich umysłu, jak również życia całych rodzin.

Niemniej jednak oznaka słabej pamięci u naszych bliskich nie powinna wywoływać paniki. Fakt, że bliska osoba nie pamięta, gdzie położyła klucze, że zapomniała o wizycie u lekarza, lub nie może sobie przypomnieć, gdzie schowała biżuterię, nie oznacza, że jest we wczesnych stadiach choroby Alzheimera. Drobne przypadki zapominania związane z przeciążeniem informacjami, zmęczeniem lub ze stresem mogą zdarzyć się każdemu.

Pod nazwą – demencja, do tej pory sklasyfikowano około 120 schorzeń. Najczęściej spotykane rodzaje/formy demencji to: choroba Alzheimera (50-60%); demencja naczyniowa (20-30%); demencja z ciałami Lewy’ego (10-25%); demencjaczołowo-skroniowa (10-15%). ■

Opracowano na podstawie:

1. Aupetit H.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo W. A. B., Warszawa 1998.
2. Fish S.: Choroba Alzheimera. Troska o dziś i jutro. Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, Warszawa 1998.
3. Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat, 2019.

Objawy wczesne wskazujące na demencję, czyli otępienie

Zaburzenia pamięci i obniżenie ogólnej aktywności psychicznej u pacjenta stopniowo narastają i prowadzą do coraz większych problemów. Dołączają się zaburzenia orientacji w czasie i przestrzeni.

Chorzy wielokrotnie dopytują się o dzień i godzinę oraz czynią się gubić w dotychczas znanym sobie otoczeniu, np. w drodze do domu, w parku lub na sąsiedniej ulicy. Dochodzi również do częstszych zmian nastroju, narasta niechęć do podejmowania jakichkolwiek czynności i apatia. W tym czasie często osoby te są odbierane przez otoczenie jako przygnębione, a nawet depresyjne.

Objawy różnią się od siebie na poszczególnych etapach otępienia, mogą występować w różnym nasileniu i kolejności

Otępienie łagodne – symptomy występują w postaci problemów z zapamiętywaniem ostatnich wydarzeń lub nowych informacji oraz rozproszenia uwagi. Wielokrotnie powtarzają te same pytania, np. „Kiedy przyjedziesz?”, „Na którą ta kolacja?”. Pacjenci mają zaburzenia pamięci, która dotyczy aktualnie wykonywanych czynności, np. zapominają, gdzie odłożyli klucze lub zadają cały czas te same pytania. Nie mogą przypomnieć sobie, np. nazw przypraw, jak ugotować zupę, którą gotowali całe życie. Ponadto mogą pojawiać się huśtawki nastrojów, nietypowe zachowania oraz problemy z osobowością, mogą również wystąpić pewne objawy depresji lub cały ich szereg. Otępienie łagodne powoduje, że chorzy unikają kontaktów z innymi ludźmi, nie interesują się kontaktami z przyjaciółmi, rezygnują z życia towarzyskiego, wycofują się z dotychczasowych zajęć, pasji czy hobby. Jednak są oni jeszcze w stanie samodzielnie wykonywać pewne, zwłaszcza rutynowe, zadania i czynności życiowe. Potrafią zrobić wiele rzeczy samemu, może tylko już nie tak szybko, jak kiedyś. Jednak we wczesnej fazie demencji są mało elastyczni. Czują się bezpiecznie, gdy kolejne dni są podobne do siebie,

porządek dnia opierają wtedy na nawykach. Potrzebują wielu powtórek, dużo czasu na przystosowanie się do nowych sytuacji. Nie lubią zmian, odstępstwo od rutyny jest dla nich trudne, niełatwo przychodzi im oswojenie się z nowymi ludźmi. Często robią w nadmiarze zakupy i zapasy tych samych produktów, np. mąki, kasz, herbaty. Ich zachowania mogą się gwałtownie zmieniać, bez wyraźnej przyczyny, albo z powodu hałasu, licznego towarzystwa, intensywnego światła lub jego braku. Występuje u nich **anozognozja**, czyli brak świadomości zaburzeń chorobowych, a nawet zaprzeczanie ich istnieniu. W tym okresie **czasem potrzebują pomocy i wsparcia rodziny**. ■

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

W jaki sposób można zdiagnozować choroby otępienne? Prosty test na demencję

Osoby z chorobami otępiennymi powinny być pod opieką specjalistów – lekarza rodzinnego, neurologa, geriatry. Pierwszym symptomem kierującym pacjentów do lekarza są kłopoty z pamięcią, które zauważają członkowie rodziny. Taka osoba powinna udać się do specjalisty z członkiem rodziny/domownikiem, który będzie mógł poinformować go o sprawności chorego i tego, jak radzi sobie na co dzień.

Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu u pacjenta typowych cech otępienia. Do postawienia stuprocentowej diagnozy potrzebne jest duże nasilenie objawów i ich wpływ na normalne funkcjonowanie pacjenta. Jeżeli pacjent zaczyna mieć problemy z pamięcią dotyczące aktualnie wykonywanych czynności oraz przyswajanych informacji – istnieje powód do niepokoju. Tego typu zaburzenia powinny skłonić pacjenta do wizyty u lekarza. W rozpoznaniu chorób otępiennych przeprowadza się różnego rodzaju testy, wykonywane jako badanie przesiewowe, np.: test rysowania zegara, krótka skala oceny stanu psychicznego.

KRÓTKA SKALA OCENY STANU PSYCHICZNEGO (Mini-Mental State Examination, MMSE)

Orientacja w czasie i miejscu

Jaki jest teraz rok? Jaka jest teraz pora roku? Jaki jest teraz miesiąc? Jaka jest dzisiaj data? Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia? W jakim kraju się znajdujemy? W jakim województwie się znajdujemy? W jakim mieście się teraz znajdujemy? Jak nazywa się

miejsce, w którym się teraz znajdujemy? Na którym piętrze teraz jesteśmy?

Zapamiętywanie

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył/a (poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie – jedno słowo na sekundę): BYK, MUR, LAS.

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o te słowa powtórnie za kilka minut.

Za każdy poprawny wynik 1 pkt, maks. 5 pkt:

Uwaga i liczenie

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem „stop”.

Przypominanie

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan/i miał/a wcześniej zapamiętać (BYK, MUR, LAS).

Funkcje językowe – nazywanie

Proszę o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazuję badanemu (otówek, zegarek). Jak nazywa się ten przedmiot? Jak nazywa się ten przedmiot?

Powtarzanie

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: „Ani tak, ani nie, ani ale”.

Wykonywanie poleceń

Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać te polecenia.

Proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki, złożyć ją oburącz na połowę i położyć ją na kolana.

Pokazuję badanemu tekst polecenia „Proszę zamknąć oczy”.

Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać.

Pisanie

Daję osobie badanej czystą kartkę papieru i proszę o napisanie dowolnego zdania: „Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie”.

Praksja konstrukcyjna

Proszę przerysować poniższy rysunek tak dokładnie, jak tylko to możliwe.

Interpretacja:

- 30-28 pkt – norma,
- 27-24 pkt – łagodne zaburzenia funkcji poznawczych,
- 23 pkt – próg otępienia,
- 22-20 pkt – otępienie o małym stopniu zaawansowania,
- 19-10 pkt – otępienie o średnim/umiarkowanym stopniu zaawansowania,
- 9-0 pkt – otępienie głębokie.

TEST RYSOWANIA ZEGARA wg Sunderlanda (CLOCK DRAWING TEST, CDT)

Ocenia zdolności wzrokowo-przestrzenne, konstrukcyjne, funkcje wykonawcze i myślenie abstrakcyjno-pojęciowe.

Zadanie 1. Proszę wpisać w tarczę zegara cyfry oznaczające kolejne godziny.

Zadanie 2. Proszę wpisać w tarczę zegara wskazówki, tak aby na zegarze była godzina trzecia zero zero.

Zadanie 3. Proszę wpisać w tarczę zegara wskazówki, tak aby na zegarze była godzina dziesięć po jedenastej.

Kryteria oceny testu:

- 10-6 pkt – rysowanie całego zegara jest zasadniczo poprawne:
 - 10 pkt – wskazówki na właściwych pozycjach,
 - 9 pkt – drobne pomyłki w położeniu wskazówek,

- 8 pkt – wyraźne błędy w położeniu wskazówek,
- 7 pkt – wskazówki zdecydowanie źle położone,
- 6 pkt – brak wskazówek, inne oznaczenie godziny, np. zapis liczbowy, bądź zakreślenie godziny;
- 5-1 pkt.: rysowanie tarczy zegara (koła i cyfry) jest zaburzone:
 - 5 pkt – grupowanie cyfr po jednej stronie zegara lub ich odwracanie,
 - 4 pkt – dalsze zaburzenie sekwencji cyfr, zegar traci integralność – brakuje cyfr lub są poza tarczą,
 - 3 pkt – tarcza i cyfry nie są ze sobą związane, brak wskazówek,
 - 2 pkt – rysunek wskazuje, że coś z instrukcji zostało zrozumiane, ale bardzo słabo przypomina zegar,
 - 1 pkt – próba rysowania zegara nie zostaje podjęta albo wyniku nie można zinterpretować.

Badania te pomagają wyselekcjonować pacjentów, u których potrzebna jest dalsza diagnostyka w kierunku choroby Alzheimera. Wykonuje się również badania neuropsychologiczne, które mają na celu ustalenie rodzaju oraz stopnia zaburzeń funkcji poznawczych. Badania dodatkowe obejmują obrazowanie mózgu w postaci tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego – nie potwierdzają one diagnozy, ale pomagają wykluczyć inne czynniki otępienia, np. guz mózgu, niedokrwienie lub zmiany pourazowe. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że zaburzenia poznawcze mogła wywołać inna choroba, należy wykonać dodatkowe badania wykluczające lub potwierdzające (np. biochemiczne), że przyczyną zaburzeń jest inny stan niż choroba Alzheimera. ■

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

kto to zużyje?”, „Znowu nie pamiętasz?”, „Znowu o to samo pytasz!”. Używaj często słów „przepraszam”, „masz rację”, „dziękuję”, „popatrz ile zrobiłeś”, „świetnie ci poszło”, zmień kulturę opieki, co sprawi, że osoba we wczesnej demencji ci zaufa i jej opór będzie mniejszy.

Wspieraj – osoba z demencją zachowuje samodzielność, stara się być niezależna na ile potrafi, ale potrzebuje wsparcia; **nie traktuj osoby z demencją jak dziecko**, bo jest to dla niej bolesne, irytujące, powoduje gniew. Bycie pielęgowanym jak dziecko to nie jest codzienność, jakiej ktokolwiek by chciał – osoby dorosłe nie chcą być pielęgowane – chcą żyć, a jeśli już, to chcą być angażowani w drobną pomoc.

Pomóż osobie z wczesną demencją odnaleźć się w czasie – zawieś w domu **duży kalendarz tygodniowy lub miesięczny** (roczny zawiera za dużo informacji i mózg osoby chorej nie może ich przetworzyć), który pozwoli zaplanować każdy dzień i zapanować nad obowiązkami „Tato, we wtorek masz wizytę u lekarza. Zobacz, zaznaczyłam to w kalendarzu”. Jeżeli konieczne jest wprowadzenie zmiany, należy oswajać z nią stopniowo, spokojnie, wpisując nową czynność lub obowiązek krok po kroku w plan osoby chorej.

Bądź cierpliwy i wyrozumiały – odpowiadaj osobie z demencją za każdym razem tak, jakbyś udzielał informacji po raz pierwszy. Pytanie zadane dwudziesty raz, za każdym razem dla osoby chorej jest pytaniem zadany po raz pierwszy, bo jej mózg nie utrzymuje nowych informacji, tzn. nie potrafi zapisać odpowiedzi, wydarzeń, dat, terminów wizyt, ponieważ miejsce w mózgu, które do tego służy – hipokamp – choruje i robi się mniejsze, tak jak w telefonie komórkowym, któremu brakuje pamięci i nie można wykonać nowych zdjęć i ich zapisać. Jeszcze lepiej w takich sytuacjach jest spróbować odwrócić uwagę, skierować zainteresowanie chorego na coś innego.

Ograniczaj bodźce i przedmioty – w szafce kuchennej, ubraniowej, w łazience zostaw tylko rzeczy, przedmioty potrzebne, niezbędne, z wyraźnymi napisami lub rysunkami wskazującymi na to, do czego służą, odstawiaj je zawsze w to samo miejsce (nadmiar rozprasza, a nieład utrudnia korzystanie z nich osobie chorej). Postaraj się, aby dla wygody chorego zakupić kosmetyki w stabilnych opakowaniach, a bieliznę oznakować, gdzie prawa a gdzie lewa strona.

Ułatwiał podejmowanie decyzji – w demencji zawodzi planowanie, dla chorego dwie czynności, dwa obiekty do wyboru są zrozumiałe, ale trzy już nie. Zamiast „Czego się napijesz?” zapytaj „Zaparzyć ci kawy czy herbaty?”. Nie pytaj „Co chcesz dzisiaj włożyć?”, lecz daj dwie propozycje do wyboru. ■

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

Wczesna demencja – jak możesz wesprzeć?

Poznaj perspektywę osoby z demencją, by zrozumieć, co odczuwa, czego potrzebuje i jak widzi świat w związku z demencją.

Poznaj przyzwyczajenia, dopóki możesz się porozumieć, np. dotyczące higieny (czy chory lubi kąpać się rano czy wieczorem, czy myje zęby przed czy po posiłku, czy woli wannę od prysznica, kiedy i jak często lubi myć włosy, jakiego szamponu nie znosi), bowiem kiedy pomoc przy kąpieli stanie się niezbędna, znajomość nawyków ułatwi codzienne czynności. Pamiętaj, że to co się dzieje z osobą z demencją, jak się zachowuje, jest niezależne od niej, to efekt choroby, a nie świadomych decyzji; w tej fazie demencji mózg zaczyna chorować i tworzyć nową dla tej osoby rzeczywistość, inną niż rzeczywistość opiekuna, zatem powinienes to, jako opiekun, zrozumieć, nie udowadniać na siłę, że jest inaczej. Spróbuj zamiast tego nauczyć się kilku nowych zdań; wyrzucić podszyte irytacją upomnienia typu „Skup się!”, „Po co tyle opakowań herbaty,

Przebieg choroby Parkinsona u osób w starszym wieku

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

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

Jak działa dopamina?

Dopamina jest jednym z neuroprzekaźników ośrodkowego układu nerwowego z grupy katecholamin. Działa zarówno w obwodowym, jak i ośrodkowym układzie nerwowym, wpływając m.in. na koordynację oraz napięcie mięśni, jest rodzajem „paliwa dla naszego silnika ruchowego”. Oddziałuje na układ limbiczny, kontrolując procesy psychiczne oraz emocjonalne. Nazywana jest neuroprzekaźnikiem wzmocnienia. Zwiększa motywację do działania i sprawia, że jesteśmy pełni życia. Dzięki niej ogarnia nas poczucie szczęścia.

W zwiększeniu poziomu tego neuroprzekaźnika bez wątpienia duże znaczenie ma odpowiednia dieta, bogata w dużą ilość warzyw i owoców, które są źródłem cennych przeciwutleniaczy. Przede wszystkim warto sięgać po banany, szczególnie te najbardziej ciemne i dojrzałe (zawierają chininę dopaminową). Polecane jest także spożywanie dużej ilości jagód, truskawek, żurawiny, śliwek oraz czerwonej fasoli. Warto także uzupełnić swoją dietę o ziarna słonecznika oraz migdały, które wpływają na wzrost poziomu dopaminy. Lepiej zrezygnować z jedzenia ciężkostrawnych, tłustych potraw. Tłuszcze nasycone nie tylko obniżają poziom dopaminy, ale jednocześnie wpływają negatywnie na naczynia krwionośne i mogą spowodować pojawienie się chorób serca. Należy unikać słodczy oraz innych produktów zawierających duże ilości cukru. Warto ograniczyć również picie kawy oraz alkoholu. Paradoksalnie kofeina wpływa na chwilowe pobudzenie neuroprzekaźników w mózgu, po czym zmniejsza ilość dopaminy. Możemy także sięgać po suplementy diety dostępne w aptekach i na sklepowych półkach, zwłaszcza te, które są bogate w aminokwasy zwiększające poziom dopaminy. I najważniejsze, żeby nie zapominać o długich spacerach. Duża ilość światła oraz promienie słoneczne także zwiększają wydzielanie neuroprzekaźników. Poprawiają tym samym nasze samopoczucie i dodają energii do życia.

Częstotliwość i przyczyny występowania choroby Parkinsona

Częściej dotyka mężczyzn niż kobiet. Pojawia się zazwyczaj u osób powyżej 50. roku życia, ale obserwuje się ją także u ludzi młodszych. Przyczyny choroby Parkinsona nie są znane. U osób, u których objawy pojawiły się w młodym wieku oraz w przypadku rodzinnego jej występowania stwierdza się mutacje genetyczne. W badaniach epidemiologicznych wykazano natomiast wpływ czynników środowiskowych (stres oksydacyjny, wzrost ilości Fe w istocie czarnej, czynnik zakaźny, zanieczyszczenie powietrza pestycydami, uraz, neuroleptyki).

Objawy choroby

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

Chory chodzi wolno, drobnymi kroczkami, powłóczy nogami, brakuje mu współpracy rąk i coraz bardziej się pochyla. Czasami w sposób niezamierzony może przyspieszać kroki i nagle zacząć biec, aby uniknąć upadku, do których ma dużą skłonność. U niektórych pacjentów zdarzają się incydenty nagłego przerwania wykonywanego ruchu, tzw. zastyganie, zamrożenie (freezing), które pojawia się spontanicznie w wąskich pomieszczeniach, przed jakąś przeszkodą czy przy wchodzeniu w otwartą przestrzeń. Trudniejsze i wolniejsze staje się uniesienie z pozycji siedzącej, leżącej i ruszenie z miejsca oraz ubieranie. Chory ma trudności z wykonywaniem innych codziennych czynności, zwłaszcza w jednoczasowym wykonaniu dwóch czynności. Zmienia się charakter pisma (mikrografia), mogą pojawić się zaburzenia ruchomości gałek ocznych, zwiększona potliwość skóry, łojotok (twarz sprawia wrażenie naoliwionej). Dość często pojawiają się zaparcia, częstomocz, nykturia, nagłe parcie na mocz, rzadziej nietrzymanie moczu oraz spadek masy ciała, osteoporoza. W godzinach rannych pojawia się niedociśnienie ortostatyczne, czyli obniżenie ciśnienia tętniczego przy nagłej zmianie pozycji z leżącej na stojąco, co prowadzi do zawrotów głowy, omdleń i upadków, które grożą złamaniem szyjki kości udowej. U ok. 30% chorych rozwijają się objawy depresji, polekowe stany splątania oraz otępienie/demencja (objawy podobne do demencji z ciętą-

mi Lewy'ego, tzw. „intruzami”, które w chorobie Parkinsona uszkadzają w mózgu tylko ośrodek produkujący dopaminę, a w demencji z ciałami Lewy'ego cały mózg – drżenia pojawiają się, gdy chory próbuje po coś sięgnąć lub coś zrobić, przed problemami ruchowymi pojawiają się problemy poznawcze; w chorobie Parkinsona jest na odwrót – najpierw są zaburzenia poruszania, a potem zmiany poznawcze). To wszystko prowadzi do izolacji społecznej i emocjonalnej chorego.

Zasady leczenia

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

Źródło:

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

wych, głównie tomografii komputerowej, TK), którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa.

Zajmuje trzecie miejsce na liście najczęstszych przyczyn zgonów ludzi – po chorobach serca i nowotworach. Jest też najczęstszą przyczyną niepełnosprawności, utraty samodzielności osób po 40. roku życia. Często prowadzi, choć nie każdy udar, do demencji, inaczej otępienia naczyniowego. Objawy zależą od lokalizacji i rozmiaru uszkodzenia mózgu. Jeden duży udar może przyczynić się do niepełnosprawności z dnia na dzień. Można mieć bardzo mały udar, mikroudar i nawet o tym nie wiedzieć. Kilka mikroudarów w różnych odstępach czasu powoduje, że sprawności funkcjonalne, emocjonalne, poznawcze mocno się zmieniają. To wcale nie oznacza naturalnej starości. Objawy demencji naczyniowej mogą zacząć przypominać chorobę Alzheimera. Obie formy demencji często występują razem. Jak je odróżnić? W chorobie Alzheimera podopieczny ogląda film, ale mózg nie może tego zapamiętać, „zapisać”. Może go oglądać kilka razy i za każdym razem jakby oglądał go po raz pierwszy. W demencji naczyniowej zdarzają się dobre i złe dni (raz podopieczny tak, jak w chorobie Alzheimera może mówić, że nie widział tego filmu, a innym razem dobrze go pamięta), towarzyszy temu duża zmienność nastrojów (np. płacz bez powodu) oraz nagłe zmiany zachowania (np. jednego dnia podopieczny włoży klucze do lodówki zamiast położyć je na szafce, w chorobie Alzheimera takich nagłych zmian nie ma, chyba, że współwystępuje demencja mieszana). W demencji naczyniowej mogą pojawiać się zmiany nastroju. Trudności ze skupieniem uwagi, wycofanie z życia towarzyskiego, co przypomina objawy depresji. Jeśli w demencji naczyniowej dojdzie do uszkodzenia płatów czołowo-skroniowych w mózgu, pojawia się tzw. demencja czołowo-skroniowa, w której zmienia się zachowanie, osobowość podopiecznego, zaczyna mieć trudności z podejmowaniem racjonalnych decyzji. Staje się wulgarny, obsceniczny, impulsywny bądź agresywny, zaniedbuje codzienne obowiązki. Pojawiają się problemy z czytaniem, mówieniem i rozumieniem tego co podopieczny mówi, bądź podopieczny nie rozumie, co inni do niego mówią.

Przyczyny

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

Objawy

Objawy są różne w zależności od tego, w jakim rejonie mózgu doszło do „katastrofy naczyniowej”. Najczęściej dochodzi do uszkodzenia jednej z półkul mózgowych. Pojawia się niedowład, czyli osłabienie (*paresis, paraliż*), lub porażenie, czyli całkowity brak ruchu (*plegia*) połowy ciała. Objawom tym mogą towarzyszyć zaburzenia czucia (niedoczulica) połowy ciała oraz

Udar mózgu u osób w starszym wieku

Udar mózgu to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy uogólnionego zaburzenia czynności mózgu (potwierdzonego w badaniach obrazo-

ubytek połowy pola widzenia, po stronie odpowiadającej stronie z zaburzeniami ruchowymi. Większość szlaków nerwowych w mózgu krzyżuje się i dlatego objawy uszkodzenia występują po stronie przeciwnej do uszkodzonej półkuli mózgowej. Jeżeli uszkodzeniu ulegną ośrodki mowy, chory ma tzw. afazję. Może ona być ruchowa, kiedy podopieczny rozumie, co do niego mówimy, ale nie może odpowiedzieć, lub czuciowa, kiedy chory nie rozumie treści przekazywanych informacji, ale może mówić spontanicznie. Najczęściej występuje afazja mieszana. Wśród objawów udaru mózgu występują też: silne bóle i zawroty głowy, zaburzenia równowagi z nudnościami i wymiotami, dwójnie obrazu, nagłe zaniewidzenie na jedno oko, zaburzenia połknięcia. Przy dużym uszkodzeniu mózgu pojawiają się zaburzenia przytomności, od lekkich do głębokiej śpiączki.

Leczenie

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

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

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

Źródła:

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

Depresja wieku podeszłego

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

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

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

Na **obraz kliniczny depresji** składają się:

1. Zaburzenia afektywne – obniżenie nastroju (smutek, przygnębienie, zubożenie, brak motywacji, pesymizm, niepokój, lęk).
2. Zaburzenie napędu psychoruchowego (apatia, brak zainteresowań, trudności w podejmowaniu decyzji, spowolnienie myślenia, poczucie obniżonej sprawności, utrata energii, ciągłe zmęczenie fizyczne, wolne poruszanie się, osowiałość, cicha mowa).
3. Zaburzenia rytmów biologicznych (snu i czuwania): bezsenność lub bardzo wczesne budzenie się rano, sypanie w ciągu dnia.
4. Zaburzenia popędów (samozachowawczego, płciowego).
5. Zaburzenia regulacji hormonalnej i przemiany materii (zaburzenia wydzielania hormonów podwzgórza, kortyzolu, retencja sodu i wody).
6. Drażliwość, skłonność do narzekania, hipochondrii – za podobnymi skargami może kryć się pragnienie kontaktu, do-

maganie się uwagi, troski ze strony najbliższych.

7. Problemy z pamięcią i koncentracją – łatwo pomylić z demencją starczą, tymczasem chory może mieć całkowicie sprawny umysł, a wymienione objawy mogą być jedynie skutkiem złej kondycji psychicznej.
8. W zaawansowanej depresji chory jest już całkowicie zubożony i przestaje widzieć sens w dbaniu o siebie i swoje otoczenie. Może leżeć całymi dniami w łóżku, nie sprzątać, mało jeść i pić, nie przestrzegać zasad higieny. W takiej sytuacji narażony jest na gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia, a w skrajnych przypadkach nawet na śmierć.

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

Depresję należy zawsze brać pod uwagę w różnicowaniu zespołu otępiennego. W depresji wieku podeszłego częste są bowiem skargi na upośledzenie funkcji poznawczych, a pacjenci nierzadko uzyskują nieprawidłowe wyniki w testowej ocenie tych funkcji. Depresja może być niezależnym zespołem nakładającym się na otępienie, przebiegać pod jego maską (pseudodemencja) lub też występować jako jego wczesny objaw. U osób starszych często występującą odmianą depresji jest depresja psychotyczna. Towarzyszą jej, obok wymienionych powyżej objawów, urojenia nihilistyczne (chory zaczyna wątpić w swoje istnienie, a nawet całego świata), hipochondryczne, omamy słuchowe. Nasilone jest też upośledzenie funkcji poznawczych. Ten rodzaj depresji wiąże się z większym ryzykiem

samobójstwa, a w przypadku nieustępowania objawów może przerodzić się w poważną chorobę psychiczną.

Ciężka depresja może przypominać chorobę Alzheimera albo demencję naczyniową. Nieleczona depresja zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera lub wystąpienia innej formy demencji. Jeśli depresja wystąpi w starszym wieku, to szansa pojawienia się otępienia (demencji) w ciągu 5 lat rośnie aż dwukrotnie.

W każdej sytuacji **leczenie przeciwdepresyjne** może przynieść poprawę stanu pacjenta. Terapia depresji u osób w starszym wieku trwa często dłużej (co najmniej rok), a sytuacji utrzymujących się licznych czynników ryzyka depresji – nawet do końca życia. Wymaga regularnego przyjmowania leków. W leczeniu depresji starczej szczególnie duże znaczenie ma kontakt chorego z otoczeniem. U osób starszych przygnębienie i apatia wynika najczęściej z poczucia samotności i opuszczenia, dlatego tak ważne jest stałe okazywanie im zainteresowania. Jeśli u bliskiej nam osoby podejrzewamy symptomy depresji, postaramy się w porę zareagować, np. poprzez częstsze odwiedziny, regularne telefonowanie, oferowanie swojej pomocy przy zrobieniu zakupów czy sprzątnięciu. Podczas rozmowy cierpliwie słuchamy, co rodzice lub dziadkowie mają nam do przekazania. Jednocześnie zachęcamy ich do zwiększonej aktywności – spotykania się ze znajomymi, spacerowania, uprawiania sportu. O ile to możliwe, zainteresujemy ich np. uprawą ogródka lub czytaniem książek. W przebiegu łagodnej depresji starczej te z pozoru proste czynności mogą przywrócić starszej osobie chęć do życia i poczucie bycia potrzebnym. W przypadku cięższej depresji skuteczne leczenie wymaga zastosowania środków farmakologicznych. Z osobą starszą należy pójść do specjalisty (najlepiej psychiatry), który po przeprowadzeniu wywiadu przepisze odpowiednie leki z grupy antydepresantów. Zawarte w nich substancje wyrównują poziom neuroprzekaźników w mózgu, wpływając tym samym na polepszenie samopoczucia. Trzeba jednak pamiętać, że terapia farmakologiczna nie zastąpi prawdziwej, międzyludzkiej relacji. Aby efekty leczenia były trwałe, należy poświęcać choremu więcej uwagi i pozostawać z nim w regularnym kontakcie. Nowoczesne antydepresanty są stosunkowo bezpieczne i nie wywołują tak wielu skutków ubocznych, jak leki starej generacji, nie mają właściwości uzależniających. Mimo to zawsze należy przyjmować je ściśle z zaleceniami lekarza i dokładnie obserwować reakcje organizmu na zażywany środek. Antydepresanty dostępne są tylko na receptę, wypisuje je lekarz POZ lub psychiatra po rozpoznaniu u pacjenta charakterystycznych objawów afektywnych, utrzymujących się nie krócej niż przez dwa tygodnie. Ważna jest też współpraca psychiatry z geriatrą. Dzięki niej możliwa jest eliminacja leków mogących wywoływać lub nasilać objawy depresyjne. Należą do nich: glikozydy naparstnicy, beta-adrenolityki, metylodopa, antagoniści wapnia, klonidyna, leki przeciwnadciśnieniowe, leki steroidowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne. Leki antydepresyjne wpływają na przekazywanie neurochemiczne w mózgu, zwiększając ilość tzw. neurotransmiterów, wpływających na nasze samopoczucie: serotoniny i noradrenaliny. W szybkim czasie (po ok. 2 tygodniach) powodują wyraźną poprawę nastroju. Pacjent odzyskuje chęć życia, ma więcej energii do działania, zaczyna pozytywnie patrzeć w przyszłość, lepiej sypia. Osoby dotknięte epizodami maniakalnymi bądź psychotycznymi odzyskują równowagę psychiczną i wewnętrzny spokój, zaburzenia lękowe ustępują.

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

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

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

Źródła:

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

Niewydolność serca u osób w podeszłym wieku

Niewydolność serca (NS) jest schorzeniem układu sercowo-naczyniowego, którego występowanie stale wzrasta w krajach wysoko rozwiniętych. Jest stanem, w którym uszkodzone serce nie może zapewnić wszystkim narzodom i tkankom niezbędnego przepływu krwi. Jest jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji i zgonów w starości.

W największym stopniu pogarsza jakość życia chorego. Rozpowszechnieniu niewydolności serca sprzyja paradoksalnie postęp medycyny w zakresie leczenia farmakologicznego i chirurgicznego choroby niedokrwiennej serca, który powoduje

zwiększenie odsetka osób z przewlekłą pozawałową niewydolnością serca. Proces ten nasila rosnąca częstość innych czynników ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, wady serca, otyłość, cukrzyca.

Przebieg niewydolności serca w podeszłym wieku

Do najczęstszych przyczyn zaostrzeń niewydolności serca należą: czynniki sercowe, pogłębiające niewydolność serca, czynniki poza sercowe, wpływające na wydolność układu krążenia, czynniki zależne od pacjenta i interakcje lekowe. Dekompensację niewydolności serca mogą wywołać: zakażenia, cukrzyca, anemія, niewydolność nerek, zaostrzenia w przebiegu chorób przewlekłych, depresja, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, zatorowość płucna. Ze strony pacjenta, to: nadmierna podaż płynów, nieprawidłowe przyjmowanie leków, stosowanie używek, nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych, nadmierny wysiłek fizyczny, brak współpracy spowodowany niedostateczną wiedzą, wynikającą z nieadekwatnego sposobu jej przekazania przez personel medyczny lub ze zbyt małego zaangażowania się w proces terapii chorego. Przyczyną trudności w terapii chorych z niewydolnością serca w podeszłym wieku może być negatywny wpływ niewydolności serca na ośrodkowy układ nerwowy, prowadzący do zaburzeń poznawczych, a w skrajnej postaci do demencji. Zaburzenia przepływu mózgowego skutkują osłabieniem pamięci krótkotrwałej, koncentracji, a te pogarszają współpracę pacjenta z personelem medycznym, rodziną, samokontrolę i opóźniają reakcję chorego na objawy zaostrzeń niewydolności serca. Powoduje to pogorszenie stanu pacjenta, większą liczbę hospitalizacji i dalsze pogłębianie zaburzeń poznawczych.

Rozpoznanie niewydolności serca

Objawy subiektywne: (1) **Duszność** – początkowo pojawia się podczas wysiłku fizycznego, w zaawansowanym stadium – w pozycji leżącej. Może pojawiać się napadowo w nocy, zmuszając chorego do przyjęcia pozycji siedzącej. Często pacjent musi używać kilku poduszek w czasie leżenia, bowiem źle toleruje pozycję płaską podczas snu. U osób starszych może nie występować, gdyż osoby te nie podejmują dużych wysiłków fizycznych, przez współistniejące schorzenia oraz zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu. (2) **Zmęczenie** – początkowo związane jest z wysiłkiem fizycznym, ale wraz z postępem choroby, może utrzymywać się stale, nawet po nocnym wypoczynku. (3) **Obrzęki kończyn dolnych** – początkowo w okolicy kostek, w zaawansowanym stadium mogą obejmować całe podudzia, a nawet sięgać wyżej. Obrzęki najmniejsze są rano i narastają

w ciągu dnia. U chorych leżących lokalizują się w najniższej położonych częściach ciała (okolica łędziowo-krzyżowa). Obrzęki na kończynach dolnych mogą nie pojawiać się u pacjentów spędzających większość dnia w łóżku. Przyczyną obrzęków u osób starszych mogą być: choroby żył, niewydolność nerek, hipalbuminemia. (4) **Nykturia** – częste oddawanie moczu w nocy. Poza niewydolnością serca, u osób w podeszłym wieku jej przyczyną może być: przerost gruczołu krokowego, infekcja dróg moczowych, nietrzymanie moczu.

Objawy obiektywne: (1) **Trzeszczenia nad dolnymi polami płuc**, u osób starszych ich przyczyną może być też: gruźlica, zwłóknienie z powodu zapalenia płuc lub niedodmy, przewlekłe unieruchomienie. (2) **Przyspieszenie akcji serca, arytmia**, u osób w starszym wieku z powodu ograniczenia wysiłku fizycznego, zmniejszonej wrażliwości na stymulację β -adrenergiczną u osób w podeszłym wieku tachykardia może nie występować. (3) **Poszerzenie żył szyjnych** – jest najbardziej wiarygodnym objawem NS, jest to związane z zalegającą w nich krwią, która zmierza do serca, jednak nie jest przepompowywana w odpowiednim tempie. (4) **Potwierdzenie obecności obrzęków obwodowych**, którym w zaawansowanym stadium towarzyszyć ból w jamie brzusznej związany z powiększeniem wątroby. Może wystąpić żółtaczka. Pojawiać się może również płyn w płucach, czego efektem będzie kaszel napadowy. Obrzękowi oskrzeli towarzyszyć będzie rzęzenie w oskrzelach. (5) **Skurcze mięśni** – pojawiające się bez określonej przyczyny, mogą być objawem choroby tętnic obwodowych. Prowadzi ona do zwężenia lub niedrożności dużych tętnic, omijając tętnice wieńcowe, łuk aorty i tętnice mózgu. (6) **Zawroty głowy** – nieprawidłowy rytm serca powoduje zaburzenia w przepływie krwi do wszystkich organów, w tym mózgu. Zawroty głowy, które pojawiają się nie wiadomo skąd, mogą świadczyć o problemach z prawidłową pracą serca. Czasem arytmia jest tak silna, że może nawet powodować omdlenia. (7) **Kaszel** – zwykle kojarzony jest z przeziębieniem lub chorobami górnych dróg oddechowych. Czasem jednak, szczególnie jeśli pojawia się gwałtownie i trwa kilka tygodni, może świadczyć o problemach z sercem. Gwałtowne napady kaszlu są jednym z objawów zastoinowej niewydolności serca. Pojawiają się w wyniku gromadzenia się płynów w płucach. To właśnie z tego powodu dokucza świszczący oddech i kaszel, który z czasem coraz bardziej się nasila. (8) **Częste zadyszki** – są spowodowane niewystarczającym natlenieniem organizmu, z powodu nieprawidłowej pracy serca. (9) **Zwiększenie lub ubytek masy ciała** – zwiększenie masy ciała wiąże się z nasileniem niewydolności serca i nasileniem obrzęków. Ubytek masy ciała pojawia się natomiast u chorych z wieloletnią, bardzo zaawansowaną i nieprawidłowo leczoną niewydolnością serca. Dochodzi u nich do upośledzenia wchłaniania pokarmu w przewodzie pokarmowym na skutek zastoiny w żyłach błon śluzowych żołądka i jelit. Pojawiają się też zaparcia. (10) **Zewnętrzne objawy niedokrwienia** – chory mają często blade twarze, zimne kończyny. (11) **Zmniejszenie amplitudy ciśnienia krwi** – następuje podwyższenie ciśnienia rozkurczowego, jest to związane z osłabieniem serca, które nie jest w stanie efektywnie pompować krwi. (12) **Objawy ze strony OUN** (ośrodkowego układu nerwowego) – na skutek zaburzeń przepływu w mózgu dochodzić



może do szeregu objawów neurologicznych, zaburzeń percepcji, świadomości, osobowości. (13) **Zaburzenia termoregulacji** – obkurczenie naczyń skórnych powoduje utrudnione wydalenie ciepła, osoby cierpiące na niewydolność serca są szczególnie narażone na udar cieplny, mogą doświadczać podwyższonej temperatury ciała nawet na co dzień. (14) **Oddech Cheyne’a-Stokesa** – jest to niefizjologiczny sposób oddychania, z występującymi momentami bezdechu, które mogą trwać nawet kilkanaście sekund. Po epizodzie bezdechu następuje powrót oddechu, który jest coraz szybszy i głębszy. Po osiągnięciu maksymalnej częstości i głębokości oddech zaczyna zwalniać i słabnąć, aż do ponownego pojawienia się bezdechu. Jest on związany z niewydolnością układu oddechowego, do której dochodzi w przebiegu niewydolności serca. (15) **Depresja** – pacjenci kardiologiczni po zawale serca wykazują objawy obniżenia nastroju. (16) **Zaburzenia erekcji** – jednym z powodów zaburzeń erekcji jest nieprawidłowy przepływ krwi w organizmie. (17) **Migreny** – osoby, które cierpią na ten rodzaj bólów głowy są bardziej narażone na zawał serca. U osób z problemami sercowo-naczyniowymi migrena jest objawem miażdżycy naczyń. (18) **Brak apetytu** – jeśli niechęć do jedzenia utrzymuje się przez dłuższy czas, warto skonsultować się z lekarzem. (19) **Brak włosów na nogach** – włosy do wzrostu potrzebują składników odżywczych. Jeśli serce działa nieprawidłowo i przepływ krwi jest zaburzony, składniki te nie są dostarczane do wszystkich komórek. Włosy na nogach znajdują się najdalej od serca, dlatego to one zaczną zanikać jako pierwsze.

U osób starszych obraz kliniczny NS często jest nietypowy. Dominujące objawy mogą być niespecyficzne, takie jak: senność, splątanie, dezorientacja, zmęczenie, osłabienie. Kluczowym objawem NS jest nietolerancja wysiłku fizycznego, stopień zaawansowania jej oceniamy na podstawie klasy czynnościowej NYHA (*New York Heart Association*): I klasa – oznacza brak zakłócenia codziennej aktywności przez chorobę. Chory nie doświadcza duszności, zmęczenia czy kołatania serca; II klasa – oznacza niewielkie upośledzenie codziennej aktywności przez chorego. W momencie wykonywania aktywności fizycznej mogą pojawiać się objawy takie jak duszności czy kołatanie serca; III klasa – chorzy mają znacznie ograniczoną aktywność życiową na skutek towarzyszących jej objawów sercowych. W spoczynku objawy te jednak nie występują; IV klasa – chorzy są praktycznie wykluczeni z codziennych aktywności, a objawy sercowe występują nawet w spoczynku.

Obok wywiadu, badania fizykalnego, konieczne jest wykonanie badań dodatkowych, celem wykluczenia np. niedokrwistości (morfologia krwi), nadczynności tarczycy (TSH i ew. FT3 i FT4), POChP (spirometria), niewydolności nerek (badanie moczu, klirens kreatyniny), hipalbuminemii (elektroforeza białek). Następnym krokiem diagnostycznym są testy oceniające choroby serca: EKG, RTG klatki piersiowej, stężenie peptydów natiuretycznych. W następnej kolejności, w wypadku stwierdzenia nieprawidłowości w powyższych badaniach, zaleca się wykonanie badania echokardiograficznego. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatra z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatra i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Typowe cechy nadciśnienia tętniczego w starości i jego rozpoznawanie

Nadciśnienie tętnicze przez wiele lat uznawano za cechę wieku podeszłego, ponieważ jego częstość wzrasta wraz z wiekiem i przekracza 70% u osób po 70. roku życia.

Dominującą postacią jest izolowane nadciśnienie skurczowe (podwyższona wartość ciśnienia skurczowego, a ciśnienie rozkurczowe w normie), występujące u około 2/3 chorych w podeszłym wieku. Zdecydowanie rzadsze jest nadciśnienie skurczowo-rozkurczowe (30%), najrzadsze zaś (2-5%) izolowane nadciśnienie rozkurczowe (podwyższona wartość ciśnienia rozkurczowego, a ciśnienie skurczowe w normie). U starszych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym częściej występuje hipotonia ortostatyczna oraz większa wrażliwość na leki o działaniu wazodilatacyjnym (rozkurczającym mięśnie gładkie w ścianie naczyń krwionośnych i obniżający ciśnienie krwi). W procesie starzenia obie wartości ciśnienia rosną do około 60. roku życia, w późniejszych latach ciśnienie rozkurczowe zaczyna nieco spadać. W związku ze stałym wzrostem ciśnienia skurczowego obserwuje się dużą rozpiętość między ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym, czyli duże ciśnienie tętna, jego wartość ≥ 63 mm Hg wiąże się ze znacząco większą częstością występowania powikłań sercowo-naczyniowych. W rozwoju nadciśnienia w podeszłym wieku podstawowe znaczenie przypisuje się narastającej sztywności dużych naczyń tętniczych (aorty i jej rozgałęzień), upośledzonej wazodylatacji (wrażliwości baroreceptorów tętniczych) w odpowiedzi na stymulację, uszkodzeniu śródbłonna naczyniowego i związanym z wiekiem zmianom w nerkach.

Kryteria rozpoznania nadciśnienia tętniczego w podeszłym wieku

Kryteria rozpoznawania nadciśnienia tętniczego u osób w starszym wieku i u osób młodszych nie różnią się w istotny sposób, tj. wartości ciśnienia w pomiarach gabinetowych $\geq 140/90$ mm Hg, a w pomiarach domowych $\geq 135/85$ mm Hg. Wartość graniczna ciśnienia upoważniająca do rozpoznania choroby nie zależy od wieku. Rozpoznanie musi się opierać na kilku pomiarach dokonanych podczas co najmniej dwóch wizyt. Ze względu na fakt zwiększonej częstości miażdżycy tętnic obwodowych, dysfunkcji baroreceptorów, nasilonego efektu białego fartucha, szczególną uwagę należy przykładac do pomiaru ciśnienia na obydwu rękach, przeprowadzenia próby ortostaticznej podczas pierwszej wizyty i przy każdej zmianie leków, pomiarów domowych lub automatycznego monitorowania ciśnienia tętniczego, oceny tętna i ciśnienia na tętnicach dolnych, a także poszukiwania szmerów nad tętnicami obwodowymi. Badaniami dodatkowymi, na które należy zwrócić szczególną uwagę w diagnostyce pacjenta w starszym wieku są: ocena funkcji nerek (zawsze z oceną klirensu kreatyniny) i stężenia ty-

reotropiny (TSH). Poza **nadciśnieniem pierwotnym**, w okresie starości mamy do czynienia z **nadciśnieniem wtórnym**, pochodzenia nerkowego (niewydolność nerek), naczyniowo-nerkowego (miażdżyca tętnic nerkowych), w przebiegu chorób tarczycy (nadczynność i niedoczynność tarczycy), wynikającym ze stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Inne postacie nadciśnienia wtórnego, związane np. z zespołem Conna, Cushinga występują rzadziej niż u osób w średnim wieku. U chorego z podejrzeniem nadciśnienia naczyniowo-nerkowego należy wykonać badanie USG nerek z oceną wielkości nerek i przepływu w tętnicach nerkowych, a badaniem rozstrzygającym o rozpoznaniu jest angiografia nerek. W rozpoznaniu pomocna może być spiralna tomografia komputerowa tętnic nerkowych i rezonans magnetyczny.

Nadciśnienie tętnicze a ryzyko powikłań narządowych

Ryzyko powikłań związanych z nadciśnieniem jest u osób starszych większe niż u młodych, m.in. udaru mózgu, choroby wieńcowej, niewydolności krążenia, incydentów sercowo-naczyniowych. Szczególne zagrożenie stwarza obecność izolowanego nadciśnienia skurczowego.

Leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego

Ogólne zasady leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego nadciśnienia nie różnią się u młodych i starszych pacjentów. Należy jednak pamiętać o pewnych ograniczeniach, które zależą od zmian wynikających z procesu starzenia organizmu i współistnienia chorób. Celem leczenia jest zapobieganie powikłaniom, poprawa jakości życia i jego wydłużenie oraz **normalizacja ciśnienia do wartości poniżej 140/90 mm Hg, a w przypadku cukrzycy i niewydolności nerek <130/85 mm Hg**. Normalizacja ciśnienia powinna przebiegać wolniej niż u osób młodych, z uwzględnieniem reakcji ortostatycznej, wartości ciśnienia w pomiarach domowych, analizy ciśnienia w nocy.

Najnowsze zalecenia dotyczące terapii chorych z nadciśnieniem tętniczym w podeszłym wieku, dopuszczają rozpoczęcie leczenia od monoterapii. Przy braku szczególnych wskazań należy wybierać spośród leków długodziałających: diuretyków w małej dawce, inhibitorów konwertazy, β -blokerów, antagonistów wapnia, antagonistów receptorów dla angiotensyny II lub preparatów złożonych z małych dawek leków hipotensyjnych. W nadciśnieniu łagodnym i umiarkowanym należy zaczynać od najmniejszych dawek leków, w ciężkim dopuszczalne jest rozpoczęcie leczenia od dawek większych lub od terapii skojarzonej dwoma lekami w pełnych dawkach. W przypadku chorych w podeszłym wieku, należy stosować zasadę indywidualizacji terapii ze względu na współistnienie wielu chorób przewlekłych, znaczne ryzyko niepożądanych objawów i interakcji leków w związku ze zmianami farmakokinetyki i farmakodynamiki leków w starości. Ze względu na możliwość efektu pierwszej dawki, należy zaczynać od małych dawek – zredukowanych do połowy dawki stosowanej u osób młodych; bardzo wolno zwiększać dawkowanie; nieco wcześniej niż u młodych można wdrażać leczenie skojarzone. Leki hipotensyjne o przedłużonym działaniu są szczególnie polecane u osób starszych, ze względu na lepszą współpracę z pacjentem, równomierne obniżenie ciśnienia w ciągu doby, zapobieganie wzrostowi ciśnienia w godzinach porannych.

Należy zwrócić uwagę na korzyści wynikające ze stosowania leczenia wspomagającego – kwasu acetylosalicylowego w małych dawkach i statyn, w prewencji powikłań udaru mózgu, zawału serca. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatra z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatra i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Odmienności choroby niedokrwiennej serca u osób w starszym wieku

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) jest szerokim pojęciem, obejmującym stany niedostatecznego zaopatrzenia mięśnia sercowego w tlen, bez względu na patomechanizm. Najczęstszą przyczyną niedokrwienia jest miażdżyca tętnic wieńcowych, prowadząca do choroby wieńcowej.

Klinicznym wyrazem niedokrwienia jest dławica piersiowa. Częstość ChNS wzrasta z wiekiem, u kobiet po okresie menopauzy. W młodszych grupach wiekowych chorują głównie mężczyźni, w populacji ludzi starszych ok. 50% stanowią kobiety, co wiąże się z zanikiem ochronnego działania estrogenów, wywieranego na śródbłonek naczyń i profil lipidowy. Po 65. roku życia wśród czynników ryzyka najczęściej występuje nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, natomiast zaburzenia lipidowe, palenie tytoniu, obciążenie rodzinne mają mniejsze znaczenie niż u osób młodszych. Zaawansowany wiek jest czynnikiem ryzyka zwiększonej śmiertelności w następstwie ChNS. Gorsze rokowanie u osób starszych zależy od: większego zaawansowania choroby wieńcowej, niekorzystnej morfologii tętnic (kręty przebieg, obecność zwądnienia w rozwidleniach, co utrudnia lub uniemożliwia ich udrożnienie), zmian starczych utrudniających adaptację do zmienionych warunków hemodynamicznych, częstsze występowanie niskiej frakcji wyrzutowej, obecność chorób współistniejących).

Postaci choroby niedokrwiennej serca

ChNS może przebiegać w postaci stabilnej (obecność stabilnego lub wolno narastającego zwężenia), gdy bóle dławicowe o podobnym nasileniu pojawiają się przy określonym natężeniu wysiłku, lub jako ostry zespół wieńcowy – dławica niestabilna, zawał serca: bez uniesienia ST (non-ST elevation myocardial infarction-NSTEMI), z uniesieniem ST (ST elevation myocardial infarction-STEMI) lub nagły zgon sercowy. Ważne jest rozpoznanie postaci niestabilnych, będących stanami zagrożenia życia, charakteryzujących się pojawianiem bólów częstszych,

dłużej trwających, prowokowanych przez wysiłek mniejszy niż dotychczas, również spoczynkowych.

Obraz kliniczny choroby niedokrwiennej

Częstość występowania **typowych bólów dławicowych** (za mostkiem, promieniujących do szyi, żuchwy, nadbrzusza, lewego barku i ramienia, wywołanych przez wysiłek fizyczny lub stres, ustępujących po zaprzestaniu wysiłku lub przyjęciu nitrogliceryny) maleje z wiekiem. Powodem jest mała aktywność fizyczna osób starszych, która nasilałaby niedokrwienie, podwyższony próg odczuwania bólu z powodu zaburzeń funkcji autonomicznego układu nerwowego, uszkodzenia włókien czuciowych z powodu przewlekłego niedokrwienia, częstego zażywania leków przeciwbólowych z innych przyczyn. Częściej występuje nieme niedokrwienie (typowe dla niedokrwienia zmiany EKG w monitorowaniu holterowskim bez towarzyszącego bólu) oraz bezbólowy przebieg zawału serca. Zaburzenia świadomości mogą pogarszać percepcję i zdolność zgłaszania dolegliwości.

Objawy choroby wieńcowej w wieku starszym: nietypowe bóle dławicowe, równoważniki dławicy piersiowej: duszność wysiłkowa, uczucie zmęczenia i osłabienia w czasie lub po wysiłku, omdlenia, stopniowo narastające objawy niewydolności lewokomorowej. Bóle o nietypowej lokalizacji między łopatkami czy w okolicy barku, często interpretowane są jako następstwo choroby zwyrodnieniowej stawów i kręgosłupa, a pieczenie za mostkiem lub w nadbrzuszu przypisywane jest przepuklinie rozworu przełykowego, chorobie refluksowej lub wrzodowej. W podeszłym wieku rzadziej objawem zawału serca jest silny, narastający ból w klatce piersiowej. Bezbólowa postać zawału serca występuje u ponad połowy osób powyżej 65. roku życia. Objawem ostrego zespołu wieńcowego może być pojawienie się lub nasilenie niewydolności serca w postaci duszności lub wystąpienia obrzęku płuc. Spadek rzutu serca może być przyczyną zaburzeń świadomości, zawrotów głowy, zasłabnięcia lub omdlenia. Charakterystyczna dla podeszłego wieku wielochorobowość z licznymi dolegliwościami sprzyja maskowaniu już i tak nietypowych, często skąpych objawów zawału serca. Jest to przyczyną opóźnienia rozpoznania i pogorszenia rokowania. Duszność, poty, lęk, niepokój, zaburzenia rytmu, spadek ciśnienia tętniczego, towarzyszące bólom w klatce piersiowej, mogą sugerować zawał serca.

Rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca

W diagnostyce ChNS u osób starszych wykorzystuje się te same metody, co u chorych młodszych. Podstawą rozpoznania jest prawidłowe zebranie wywiadu, ale w sytuacji nietypowych dolegliwości lub utrudnionego kontaktu jego znaczenie jest ograniczone. Wśród badań wykorzystuje się: EKG, test wysiłkowy, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, echokardiografię, scyntyografię perfuzyjną serca, echokardiograficzne próby obciążeniowe, koronarografię. Zaawansowany wiek nie jest przeciwwskazaniem do podjęcia diagnostyki i leczenia. Ograniczenia mogą wynikać ze współistniejących schorzeń i znacznego upośledzenia funkcjonalnego. Interpretację EKG może utrudniać wiek, np. klasyczne uniesienie odcinka ST w postaci fali Pardeego występuje rzadziej po 75. roku życia. Test wysiłkowy wymaga sprawności ruchowej. Brak kondycji ogranicza jego wykonanie. Badanie echokardiograficzne mogą utrudniać

nabyte deformacje klatki piersiowej, otyłość, rozedma płuc. W rozpoznaniu zawału serca u osób w podeszłym wieku wzrasta znaczenie oznaczenia troponin sercowych lub kinazy kreatynowej w surowicy. Złotym standardem w diagnostyce choroby wieńcowej jest koronarografia. Większość badań wymaga współpracy z chorym, dlatego występowanie otępienia lub zaburzeń świadomości u osób starszych uniemożliwia czasami ich wykonanie.

Leczenie farmakologiczne choroby niedokrwiennej serca u osób starszych nie odbiega od stosowanego u osób młodych, jednak leki te w podeszłym wieku mogą częściej powodować działania niepożądane, np. hipotonię, która jest przyczyną zaburzeń równowagi i upadków. Mogą je powodować leki przeciwdławicowe (beta-blokery, np. metoprolol; blokery kanałów wapniowych, np. werapamil; pochodne dihydropirydyny, np. amlodypina; nitraty, np. nitrogliceryna) i inhibitory enzymu konwertującego (ACE-I), np. enalapryl, które zwykle stosowane są łącznie, a w przypadku niewydolności serca również z lekami moczopędnymi. Częściej niż u ludzi młodych należy liczyć się ze wzrostem stężenia potasu i ujawnieniem niewydolności nerek. Leki przeciwplatekcyjne (kwas acetylosalicylowy, tyklopidyna/klopidogrel) zwiększają ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego. Statyny (lowastatyna, symwastatyna, atorwastatyna) mogą powodować wzrost transaminaz w surowicy i miopatie. W razie nieskuteczności leczenia farmakologicznego należy rozważyć **leczenie inwazyjne** (przezskórne interwencje wieńcowe – PCI, pomostowanie aortalno-wieńcowe – CABG), biorąc pod uwagę mniejszą ich skuteczność i większe ryzyko powikłań. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2006.
2. Interna Szczeklika mały podręcznik. *Kompendium medycyny praktycznej*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014/2015.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP, COPD – chronic obstructive pulmonary disease) u osób starszych

POChP charakteryzuje się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, któremu towarzyszy nieprawidłowa odpowiedź zapalna na szkodliwe pyły i gazy, wywołana przede wszystkim przez dym tytoniowy.

Ograniczenie przepływu powietrza ma zazwyczaj charakter postępujący. Proces zapalny uszkadza drogi oddechowe, czego konsekwencją jest kliniczny obraz przewlekłego zapalenia oskrzeli oraz mięszu płuca i naczyń płucnych, przyczyniający się do obrazu rozedmy płuc. Chociaż zajmuje układ oddechowy, ma również istotne następstwa ogólnoustrojowe.

Do uszkodzenia płuc, oprócz przewlekłego zapalenia, przyczyniają się procesy nadmiernej proteolizy oraz stres oksydacyjny. Głównymi zmianami patofizjologicznymi odpowiedzialnymi za objawy są: nadprodukcja śluzu i upośledzenie oczyszczania rzęskowego, znaczne ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, rozedęcie płuc, upośledzenie wymiany gazowej. W końcowej fazie choroby dochodzi do stałej hipoksemii, rozwoju nadciśnienia płucnego, serca płucnego i niewydolności oddechowej. Najważniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju POChP jest czynne palenie tytoniu (90%), narażenie zawodowe na pyły, gazy, substancje drażniące, zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego i wewnątrz pomieszczeń, nawracające zakażenia bakteryjne i wirusowe. POChP może wywołać genetyczny niedobór alfa-1-antytrypsyny, mała masa urodzeniowa ciała oraz nieswoista nadreaktywność oskrzeli.

POChP rozpoznaje się na podstawie wywiadu (m.in. dotyczącego wieloletniego palenia papierosów), nieswoistych objawów podmiotowych zgłaszanych przez pacjenta (przewlekły kaszel i odkrztuszanie plwociny, duszność początkowo wysiłkowa, nasilająca się z czasem, a potem duszność spoczynkowa) oraz nieswoistych objawów przedmiotowych w zależności od stopnia zaawansowania choroby (wdechowe ustawienie klatki piersiowej – beczkowata klatka piersiowa, niekiedy świsty, fuczenia, wydłużony czas wydechu, utrata masy ciała w stadium zaawansowania choroby). **Paczkolata** – umowne określenie zagrożenia rozwoju chorób zależnych od dymu tytoniowego, stosowane w medycynie. **Paczkolata** oblicza się poprzez pomnożenie liczby wypalanych paczek papierosów na dobę przez lata nałogu, np.: 1 paczkorok oznacza wypalanie 1 paczki papierosów (20 sztuk) na dobę przez jeden rok. Warunkiem potwierdzenia rozpoznania POChP jest wykonanie badania spirometrycznego (FEF1/FVC po inhalacji leku rozszerzającego oskrzela <70%). W POChP zaawansowanej stwierdza się też zmniejszenie dyfuzji gazów w płucach, tzw. DL_{CO}, zmniejszenie tolerancji wysiłku fizycznego w teście 6-minutowego marszu.

Podstawowym badaniem obrazowym jest Rtg klatki piersiowej (obniżenie i spłaszczenie kopuły przepony, zwiększenie przejrzystości płuc, zmniejszenie rysunku naczyniowego na obwodzie płuca, powiększenie prawej komory serca i poszerzenie tętnic płucnych). Tomografia komputerowa o wysokiej rozdzielczości umożliwia dokładną ocenę rozedmy. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się zwiększenie liczby erytrocytów i hematokrytu >55%. W stadium niewydolności oddechowej zmniejsza się wysycenie hemoglobiny krwi tętniczej tlenem (SaO₂), pojawia się hipoksemia, następnie hiperkapnia i kwasica oddechowa. W plwocinie, w przypadku ropnej wydzieliny, można stwierdzić drobnoustroje wywołujące zaostrzenie POChP. W zaawansowanym stadium choroby stwierdza się w EKG i Echo-KG cechy serca płucnego. W przebiegu POChP dochodzi do jej zaostrzeń. Najczęstszymi przyczynami zaostrzeń są: wirusowe lub bakteryjne zakażenia układu oddechowego, za-

torowość płucna, wzrost zanieczyszczenia powietrza, niewydolność krążenia, zastosowanie w leczeniu β-adrenolityków, leków nasennych i/lub uspokajających. Zaostrzenie manifestuje się nasileniem kaszlu, duszności, pojawieniem się ropnej wydzieliny oraz często cech niewydolności oddechowej i/lub krążeniowej. W diagnostyce różnicowej należy rozważyć m.in. zapalenie płuc, zator tętnicy płucnej, odmę. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Pozaszpitalne zapalenie płuc u osób starszych

Zapalenie płuc to stan, w którym proces zapalny obejmuje miąższ płuca dystalnie od oskrzelików końcowych. W wyniku działania drobnoustrojów dochodzi do nacieków zapalnych w miąższu płucnym oraz wysięku w pęcherzykach płucnych.

U osób starszych, zwłaszcza w wieku powyżej 75 lat, zapadalność i śmiertelność jest wysoka. Ze względu na to, gdzie doszło do zachorowania na zapalenie płuc i w jakich okolicznościach, wyróżnia się następujące jego postacie: pozaszpitalne zapalenie płuc, szpitalne zapalenie płuc, zachyłkowe zapalenie płuc, zapalenie płuc u osób z obniżoną odpornością.

Pozaszpitalne zapalenie płuc – to ostra infekcja miąższu płucnego, której towarzyszą objawy zapalenia dolnych dróg oddechowych ze zmianami osłuchowymi typowymi dla zapalenia płuc i nowe zacienienie w obrazie radiologicznym klatki piersiowej u osób, które nie przebywały w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej na 14 dni przed początkiem objawów.

Czynniki etiologiczne pozaszpitalnego zapalenia płuc

- miejsca leczenia pozaszpitalnego zapalenia płuc (ambulatoryjnie, w szpitalu, na oddziale intensywnej terapii),
- grupy chorych (podeszły wiek, współistniejące choroby: przewlekła niewydolność serca, POChP, cukrzyca, leczenie GKS doustnymi, choroby przyzębia, rozległa próchnica, palenie tytoniu, zachłyśnięcie, upojenie alkoholowe, zatrucie lekami, zaburzenia świadomości, choroby układu nerwowego),
- pory roku i okresu epidemii.

Najczęstszą przyczyną są bakterie: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella* oraz wirusy i zakażenia mieszane.

Objawy kliniczne

Najczęstsze objawy kliniczne to kaszel, odkrztuszanie płwociny, duszność, ból w klatce piersiowej, często o charakterze opłucnowym, gorączka $>38^{\circ}\text{C}$, poty, dreszcze, stany podgorączkowe. Zapalenie płuc u osób po 75. r.ż. przebiegać może nieco inaczej, objawy mogą być niecharakterystyczne. Może nie być jakichkolwiek objawów z układu oddechowego lub jako objaw podstawowy mogą wystąpić zaburzenia świadomości, częsty jest brak gorączki, częściej występuje zachłystowe zapalenie płuc.

Rozpoznanie

Wykonanie RTG klatki piersiowej jest niewystarczające (może nie wykazywać zmian, szczególnie u odwodnionych chorych). Zapalenie płuc łatwiej czasami rozpoznać na podstawie zmian osłuchowych w płucach, podwyższonego stężenia tzw. białka ostrej fazy – CRP, leukocytozy (choć częste są zapalenia płuc przebiegające bez leukocytozy). Należy prawidłowo ocenić ciężkość stanu chorego i tym samym podjąć decyzję o możliwościach leczenia ambulatoryjnego (w domu chorego) lub konieczności hospitalizacji. Ciężkość stanu chorego ocenia się na podstawie skali CURB-65, do których zalicza się: nowe zaburzenia świadomości, mocznik $>7\text{ mmol/l}$, częstość oddechów $>30/\text{min}$, ciśnienie skurczowe $<90\text{ mmHg}$ lub rozkurczowe $<60\text{ mmHg}$, wiek $>65\text{ lat}$. Wystąpienie co najmniej dwóch czynników uzasadnia przyjęcie chorego do szpitala. Wśród pacjentów hospitalizowanych wyróżnia się chorych, u których rozpoznaje się: nieciężkie pozaszpitalne zapalenie płuc, ciężkie pozaszpitalne zapalenie płuc, wymagające leczenia na oddziale intensywnej terapii (obecność jednego większego kryterium: konieczność mechanicznej wentylacji płuc, wstrząs septyczny; lub dwóch mniejszych kryteriów: ciśnienie skurczowe $<90\text{ mmHg}$, zacieńnienia wielopłątowe). Wykonywanie badań mikrobiologicznych nie jest niezbędne u każdego chorego i powinno być wykonywane w zależności od ciężkości stanu pacjenta, epidemiologicznych czynników ryzyka, odpowiedzi na leczenie empiryczne. Posiew krwi zaleca się u każdego chorego hospitalizowanego. Badanie płwociny rekomenduje się u pacjentów z ciężkim pozaszpitalnym zapaleniem płuc oraz nieciężkim pozaszpitalnym zapaleniem płuc, ale odkrztuszających wydzielinę ropną, jeżeli wcześniej nie przyjmowali antybiotyków oraz u chorych nieodpowiadających na wstępne leczenie empiryczne. W ciężkim pozaszpitalnym zapaleniu płuc powinno się wykonać także badanie moczu w celu potwierdzenia *Streptococcus pneumoniae*, *Legionella*. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Obturacyjny bezdech senny w podeszłym wieku

Obturacyjny bezdech senny (OBS lub OSA, obstructive sleep apnea) jest chorobą polegającą na powtarzających się podczas snu epizodach całkowitego lub częściowego zamknięcia górnych dróg oddechowych na poziomie gardła i związanego z tym zatrzymania lub ograniczenia wentylacji.

Częstość bezdechów może, w nasilonych przypadkach, dochodzić do 100 na godzinę, a czas trwania pojedynczego bezdechu do 1 minuty. Konsekwencjami bezdechów są nocna hipoksemia i hiperkapnia, znaczna fragmentacja snu nocnego, powodująca ograniczenie jego funkcji regeneracyjnej, niedobór snu głębokiego i fazy REM.

Głównymi objawami OBS są: nadmierna senność w trakcie dnia i obniżenie sprawności funkcji poznawczych, takich jak pamięć, uwaga, oraz funkcji wykonawczych. Pozostałe objawy OBS obejmują: chrapanie, wzmożoną potliwość w nocy, przebudzenia z uczuciem duszności, nykturię, poranne bóle głowy oraz suchotę w ustach. Długofalowymi konsekwencjami OBS mogą być: rozwój nadciśnienia tętniczego i cukrzycy typu 2, zwiększone ryzyko udaru mózgu i zawału serca, zaburzenia depresyjne, a także zaburzenia libido i impotencja.

Chorzy z OBS stanowią także zagrożenie dla innych osób, w związku z dużym ryzykiem wywołania wypadku komunikacyjnego. Bezdechy powodują znaczny spadek prężności tlenu w krwi tętniczej, mierzony pulsoksymetrem. W badaniach dodatkowych stwierdza się poliglobulię, nierzadko cechy zespołu metabolicznego. Stopień ciężkości choroby zależy od liczby bezdechów i epizodów hipowentylacji na godzinę snu. Bezdech to zmniejszenie amplitudy oddychania $>90\%$ przez $>10\text{ s}$. Stopień ciężkości opisywany jest za pomocą wskaźnika RDI (respiratory disturbance index), określonego też jako AHI (apnoea-hipopnoea index). Jest to średnia liczba bezdechów i epizodów hipowentylacji w trakcie godziny snu. AHI 5-15 świadczy o lekkiej postaci choroby; 15-30 – o umiarkowanej, natomiast AHI powyżej 30 wskazuje na ciężką postać choroby.

Czynnikami ryzyka OBS są: otyłość (szyja krótka i szeroka, obwód $>43\text{ cm}$ u mężczyzn i $>40\text{ cm}$ u kobiet), płeć męska, wiek, rasa czarna, wiek pomenopauzalny, niedoczynność tarczycy, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, deformacje budowy twarzoczaszki, na przykład mikrognatia, przerost migdałków podniebiennych, skrzywienie przegrody nosa, polipy, duży język, długi języczek, niektóre leki uspokajające i nasenne. Obturacyjny bezdech senny występuje średnio u 2% kobiet i 4% mężczyzn. W ostatnich latach, w związku z procesem starzenia się społeczeństwa, pojawia się coraz większa liczba badań dotyczących OBS w populacji osób w podeszłym wieku ($>65\text{ r.ż.}$).

Diagnostyka: metodą referencyjną pozostaje polisomnografia. Warunkiem rozpoznania OBS jest stwierdzenie AHI większego lub równego 5 w połączeniu z nadmierną sennością dzienną oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród czterech poniższych objawów: nawykowego chrapania, częstego wybudzania w czasie snu, uczucia duszności lub dławienia w nocy, upośledzenia koncentracji, zmęczenia w ciągu dnia lub snu nieprzynoszącego odpoczynku. Badanie trwa całą noc. Stan pacjenta monitorowany jest przez zestaw czujników, oceniających:

- zawartość tlenu we krwi (klips zakładany zwykle na palec),
- tętno (EKG),
- przepływ powietrza przez nos i usta (czujniki wykrywają zmiany temperatury lub ciśnienia wywołane przez wydychane powietrze),
- chrapanie (mikrofon),
- elektroencefalogram (EEG) i elektrookulogram (EOG) – pozwala to na sprawdzenie, czy badany śpi i w jakiej fazie snu się znajduje,
- ruchy kończyn.

Ograniczeniem jest koszt i stosunkowo mała dostępność badania. Z tego powodu opracowano prostsze badanie, tzw. poligrafię. Badanie obejmuje monitorowanie parametrów opisanych powyżej z wyłączeniem czynności mózgu (EEG), jest zatem mniej precyzyjne w różnicowaniu obturacyjnego bezdechu sennego z innymi chorobami, ale w typowych przypadkach wystarcza do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia.

Odmienności obrazu klinicznego, epidemiologicznego OBS u osób w podeszłym wieku. Po 65. roku życia następuje plateau lub spadek rozpowszechnienia OBS. Przyczyn zatrzymania wzrostu występowania OBS w siódmej dekadzie życia upatruje się w spontanicznej remisji bezdechu. Jako przyczynę remisji sugeruje się spadek stężenia testosteronu u osób w starszym wieku. Potwierdzają to wyniki badań, które wykazują pogorszenie parametrów ciężkości OBS po podaniu testosteronu. Inną przyczyną spadku częstotliwości OBS u osób w starszym wieku może być osłabienie siły mięśni oddechowych i związane z tym zmniejszenie podciśnienia w górnych drogach oddechowych, podczas wdechu. Być może większa śmiertelność u chorych z OBS wpływa także na mniejszą ich liczbę w populacji w wieku podeszłym. Charakterystycznym aspektem epidemiologii OBS u osób w starszym wieku jest wzrost udziału procentowego kobiet w ogólnej populacji chorych. W wieku średnim rozpowszechnienie OBS u mężczyzn jest dwukrotnie większe niż u kobiet w badaniach populacyjnych i pięciokrotnie większe, jeżeli chodzi o liczbę pacjentów w specjalistycznych ośrodkach. Liczba mężczyzn w podeszłym wieku w specjalistycznych ośrodkach jest tylko 1,5-krotnie większa. Ma to związek z menopauzą i obniżeniem stężenia hormonów żeńskich. Tezę tę potwierdzają badania dokumentujące wzrost zachorowań na OBS u kobiet po menopauzie oraz wyższe ryzyko rozwoju OBS u kobiet niestosujących hormonalnej terapii zastępczej. W wieku podeszłym dochodzi do fragmentacji snu nocnego i jego sptyczenia. Równocześnie postępujące procesy degeneracji układu naczyniowego i wzrastająca liczba schorzeń sercowo-naczyniowych powodują pogorszenie zaopatrzenia tkanki mózgowej w tlen. Z tego powodu obniżenie funkcji regeneracyjnej snu oraz

nocna hipoksemia, są u osób w podeszłym wieku mniej specyficzne i występują u wielu osób także bez OBS. Zła jakość snu oraz niedotlenienie mózgu mogą być także wywołane przez choroby związane z wiekiem podeszłym: udar mózgu, niewydolność krążenia, choroby neurodegeneracyjne, choroby związane z przewlekłym bólem, refluks żołądkowo-przełykowy, przewlekła obturacyjna choroba płuc i inne. W konsekwencji objawy wynikające z OBS u osób starszych często bywają przypisywane innym zespołom chorobowym, co jest jedną z głównych przyczyn częstego nierozpoznawania OBS u osób starszych. Brak rozpoznania tego schorzenia u tych osób może sięgać aż 95% przypadków. Dodatkową przyczyną nierozpoznawania OBS u osób w starszym wieku jest nieco mniejsze nasilenie głównego objawu choroby – senności. Inną odmiennością OBS w wieku podeszłym jest brak lub słaba korelacja liczby bezdechów stwierdzanych polisomnograficznie z sennością w trakcie dnia i nadciśnieniem tętniczym. Mimo mniejszego nasilenia objawów OBS u osób w podeszłym wieku często ma poważne konsekwencje kliniczne. Wynikają one z nakładania się bezdechu na ogólnie gorszy stan zdrowia, w tym wieku, oraz na objawy często współistniejących innych schorzeń. Senność w trakcie dnia, może w połączeniu z naturalną tendencją ludzi starszych do dziennych drzemek ograniczyć samodzielne funkcjonowanie. Fragmentacja snu powodowana przez OBS może, przy gorszej jakości snu w tym wieku, doprowadzić do rozwoju bezsenności. Negatywny wpływ nocnej hipoksii towarzyszącej bezdechom przejawia się częstym towarzyszeniem bezdechu w otępieniu typu Alzheimerowskiego, a także pogłębieniem otępienia przy istniejącym OBS. Nie potwierdzają tego jednak wszyscy badacze. Spośród innych objawów OBS u osób w podeszłym wieku na uwagę zasługuje nykturia, wywierająca negatywny wpływ na jakość życia i ogólny poziom zdrowia, szczególnie w wieku podeszłym. Udokumentowane jest dwukrotnie zwiększone ryzyko upadku i złamania, a także częstsze oddawanie osób w podeszłym wieku do domów opieki z powodu nykturii. Późne konsekwencje OBS są powodowane powtarzającymi się, nocnymi epizodami hipoksji, spadkami i zwyżkami ciśnienia tętniczego oraz licznymi wybudzeniami ze snu. Procesy te prowadzą do wzmożonej aktywności układu współczulnego, a więc podwyższenia stężenia katecholamin, zwiększenia obciążenia mięśnia sercowego, insulinooporności i nietolerancji glukozy. W konsekwencji nieleczony OBS może prowadzić do nadciśnienia tętniczego, udaru mózgu, zawału serca oraz cukrzycy. W większości badań wykazano brak ścisłego związku bezdechu z zapadalnością schorzenia układu krążenia u osób w podeszłym wieku. Niektóre z badań, stwierdzają zwiększoną zapadalność na choroby układu krążenia u osób w podeszłym wieku z nadmierną sennością w trakcie dnia. W populacji chorych z OBS powyżej 70. roku życia odnotowano także spadek umieralności z powodu OBS w porównaniu z populacją w wieku średnim.

Znaczenie dla wolniejszego rozwoju chorób układu krążenia u osób w podeszłym wieku mogą mieć mniejsze spadki ciśnienia wewnątrztorakalnego, co powoduje mniejsze wzrosty obciążenia wstępnego serca niż w OBS wieku średniego. Ogólne zwiększenie zapadalności na choroby układu krążenia po 65. roku życia wpływa też na mniejszą rolę OBS jako czynnika ryzyka. Warto jednak dodać, że dotychczasowe badania koncentrują się jedynie na ocenie występowania tych chorób wśród pacjentów z OBS. Brak oceny wpływu OBS na przebieg

współistniejących chorób. Ponieważ w wieku podeszłym choroby układu krążenia (i inne schorzenia potencjalnie wywołane przez OBS) są powszechne, rola OBS może być bardziej zauważalna w zaostrażaniu ich przebiegu lub pogarszaniu wyników leczenia (np. w nadciśnieniu tętniczym lekoopornym) niż w samym ich wywoływaniu. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2006.
2. Interna Szczeklika 2016/17. Mały podręcznik. Wydanie VIII. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
3. Antczak J., Jernajczyk W., Wichniak A., Pokorski M.: *Obturacyjny bezdech senny u osób w podeszłym wieku*. *Gerontologia Polska* 2005, 13 (1): 14-18.

Przyczyny niesamodzielnosci

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

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

Niesamodzielnosc, niesprawność, niepełnosprawność

Dyskusje i ustalenia terminologiczne dotyczące „niesamodzielnosci”, „niesprawności”, „niepełnosprawności” trwają od lat i wydają się nie mieć końca. Odpowiedź nie jest prosta

ze względu na wieloznaczność i wielopłaszczyznowość tych pojęć. „Niesprawność” (impariment) rozumiana jest jako każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym. Sprawność w opozycji do niesprawności, w odniesieniu do działania człowieka, określana jest jako „zdolność do wykonywania określonych czynności” i dotyczy zarówno ciała, jak i umysłu. Niesprawność, niesamodzielnosc najłatwiej wyjaśnić w opozycji do samodzielności. Samodzielnosc to „swoista dyspozycja osoby do kierowania własnym postępowaniem”. Rozpatrywana może być jako postawa życiowa, nierozdzielnie związana z autonomią, niezależnością i samostanowieniem, ale także jako potrzeba psychiczna, „niejako naturalna tendencja człowieczego dążenia do wolności, a jednocześnie wyraz tej wolności”. Samodzielnosc rozumiana jest także jako forma aktywności, która przejawia się w niezależności myślenia, działania, samoobsługi, zaspokajania potrzeb. „Niesamodzielnosc” jest więc kategorią wielowymiarową i wiąże się z różnymi problemami osób znajdujących się w sytuacji choroby, niepełnosprawności, ale też innych kryzysów. Niesamodzielnosc powoduje konieczność korzystania z pomocy innych, a prowadzone działania rehabilitacyjne, terapeutyczne, pielęgnacyjne, opiekuńcze, nierzadko umożliwiają osobie niesamodzielną doświadczanie siebie i świata. Przez niesamodzielnosc można rozumieć niemożność samodzielnego wykonywania codziennych czynności i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich. Należy traktować ją jako niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodującej konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy. Niesamodzielnosc może wynikać z uszkodzeń organizmu, stanów chorobowych czy starczej niewydolności organizmu. Pojęcie to jest często używane dla określenia trudności, które ujawniają się w okresie starości. Częstotliwość występowania niesamodzielnosci jest wyższa wśród osób po 80. roku życia, niż u osób młodszych. Najczęściej potrzebują one pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających siły i sprawności fizycznej, takich jak: przynoszenie zakupów, sprzątanie mieszkania, przygotowanie posiłków, dalsze wyjścia z domu. Konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu podstawowych potrzeb jest skorelowana z wiekiem. Najszerze znaczenie ze wszystkich trzech omawianych terminów ma pojęcie „niepełnosprawność”. W Polsce obowiązuje definicja, która „niepełnosprawność” ujmuję jako trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Za osobę niepełnosprawną uznaje się zaś taką, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi. Na poziomie biologicznym niepełnosprawność może być przejawem zniesienia, ograniczenia lub zaburzenia funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia organów, narządów. Na poziomie jednostkowym to ograniczenie aktywności, a na poziomie społecznym – ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym. Niepełnosprawność jest wielowymiarowym zjawiskiem wzajemnych relacji między czynnikami zdrowotnymi (choroby, urazy, zaburzenia), środowiskowymi (m.in. prawo, polityka społeczna, architektura) i jednostkowymi (m.in. wiek, płeć, poziom wykształcenia, cechy osobowościowe). W praktyce stosuje się także pojęcie niepełnosprawności prawnej, związanej z uzyskaniem przez daną osobę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Jednak nie wszystkie osoby niepełnosprawne

występują z wnioskiem o ustalenie jej stopnia i funkcjonują jako osoby z niepełnosprawnością biologiczną. Dla uproszczenia, można przyjąć, że pojęcie „niepełnosprawność”, ujmowane szeroko, zawiera w sobie także terminy „niesprawność” i „niesamodzielność”. Warto dodać, że na odbiór i przeżywanie niepełnosprawności/niesprawności/niesamodzielności wpływa wiele czynników, m.in.: zakres i sposób uszkodzenia struktury i/lub funkcji, subiektywny odbiór niepełnosprawności, jej skutków, oddziaływania ochrony zdrowia, pomocy społecznej i systemu orzecznictwa.

Niepełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania

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

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

1. **Zaburzenia zwieraczy** – nietrzymanie moczu i stolca. Nietrzymanie moczu polega na bezwiednym, niekontrolowanym oddawaniu moczu i jest najczęściej skutkiem fizjologicznych zmian, wad w układzie moczowym lub następstwem różnych chorób. Możliwe jest współwystępowanie wielu przyczyn tego zjawiska. Jest to dominujący problem starszych kobiet (stanowią 85% osób nietrzymających moczu), który może towarzyszyć obniżeniu narządów rodnych (pochwy i macicy). W Polsce ponad 4 mln osób cierpi z tego powodu. Nietrzymanie stolca, czyli niemożność utrzymania zawartości jelit i wydostawania się treści kałowych bez kontroli, występuje nieco rzadziej. Jest to często zaburzenie odwracalne. Stanowi jedną z przyczyn powstawania odleżyn lub trudności w ich gojeniu. Zaburzenia zwieraczy powodują problemy z utrzymaniem higieny, są też często przyczyną innych zaburzeń, np. infekcji, odleżyn, zaburzeń snu. Zaburzenia zwieraczy to problem zarówno medyczny, jak i społeczny, prowadzący do zaniechania kontaktów społecznych, zaprzestania wychodzenia z domu czy ekonomiczny;

2. **Zaburzenia otępienne** – otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są także wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a niekiedy je poprzedza, zmniejszenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi i społecznymi, zachowaniem i motywacją. Otępienie powoduje znaczący spadek funkcji intelektualnych i zwykle wpływa na podstawowe aktywności życiowe: jedzenie, ubieranie się, wydalanie, higienę osobistą. Chorzy z otępieniem tracą nie tylko pamięć i sprawność funkcjonowania, ale najczęściej także autonomię. W Polsce co dziesiąta osoba po 65. roku życia, tj. około 500 tys. osób, cierpi na różne formy otępienia. Do najczęściej występujących zespołów otępiennych zalicza się: chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona i demencję typu miazdżycowego. Choroba Alzheimera stanowi ponad połowę wszystkich chorób otępiennych zdiagnozowanych w populacji osób starych. W większości przypadków rozpoczyna się po 60. roku życia i ma w początkowym stadium obraz utajony. Postępujący proces otępienia może trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat i przebiega w kilku stadiach. Zazwyczaj prowadzi do całkowitej utraty samodzielności, a w końcu do śmierci. Statystycznie częściej zapadają na nią kobiety. Choroba Alzheimera polega na zaburzeniach czynności części mózgu, które są odpowiedzialne za funkcje poznawcze. Jej główne objawy to: utrata zdolności poznawczych – zaburzenia funkcji pamięciowych, upośledzenie zdolności do uczenia się nowych informacji lub przypominania zapamiętanych wcześniej; afazja – problemy z artykulacją mowy; apraksja – niezdolność do wykonywania złożonych czynności ruchowych mimo zachowanych funkcji motorycznych; agnozja – niemożność rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów mimo zachowanych funkcji sensorycznych; zaburzenia zdolności myślenia, zaburzenia w zakresie planowania, organizowania, przestrzegania sekwencji, abstrahowania; dezorientacja w czasie i przestrzeni, zaburzony rytm dnia i nocy; postępujące zniechęcenie, problemy z radzeniem sobie z codziennymi czynnościami, zaburzona dbałość o higienę osobistą, brak kontroli zwieraczy; bezradność, trwanie kontaktu z rzeczywistością; niekiedy zmiany charakterologiczne, agresja, gniew;
3. **Depresja** – może mieć podłoże organiczne, ale nie musi. Czynnikiem ją wyzwalającym może być także ciężkie przeżycie, np. śmierć współmałżonka. Zmieniająca się sytuacja, zmniejszający się krąg krewnych, znajomych może prowadzić do poczucia osamotnienia, dekompensacji mechanizmów przystosowawczych, a w konsekwencji pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65. roku życia sięga 15–20%, a wśród seniorów korzystających z pomocy medycznej – aż 30%. Wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia się: brak aktywności, bezczynność, izolację związaną z przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej; zmianę warunków mieszkaniowych lub miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych; pogorszenie sytuacji materialnej; osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich; utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci); przewlekłe choroby somatyczne; obecność zaburzeń otępiennych. Przyczyny depresji w późnej dorosłości

można podzielić na cztery grupy: psychologiczne (etiologia reaktywna); somatyczne (choroby somatyczne, lęki i zmiany naczyniowe); organiczne (zmiany ośrodkowego układu nerwowego); endogenne (nawracające zaburzenia afektywne). Ostre rozgraniczenie tych przyczyn jest najczęściej trudne, a postępowanie lecznicze powinno mieć charakter kompleksowy, niezależnie od etiologii. Objawy w depresji typowej można podzielić na: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zalicza się: obniżenie nastroju – stan smutku, przygnębienia, niekiedy zubożenie, niezdolność do przeżywania radości; osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane zahamowaniem psychoruchowym – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie), niepokój; objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych – zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia; lęk – „wolnoptynący”, utrzymujący się niemal stale, wykazujący falujące nasilenie, może osiągać znaczne rozmiary i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie) lub w postaci stanów paniki. Do objawów nieswoistych (wtórnych) zalicza się: depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, w natężeniu: urojenia nihilistyczne, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne; zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie się. Dość częstym zjawiskiem w depresji jest także dysforia, której przejawem są: nastrój gniewu, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji, a nawet podejmowania prób samobójczych. Depresja w wieku podeszłym, bez względu na etiologię, ma swoją specyfikę. Depresyjni seniorzy mają skłonność do lęku, zaburzeń snu i zgłaszania skarg hipochondrycznych. Ponadto mogą pojawić się urojenia depresyjne (poczucie winy, urojenia samooskarżające, urojenia grzeszności i potępienia), a także urojenia ksbne, prześladowcze czy nihilistyczne. Badania wykazują dwukrotnie wyższe ryzyko samobójstw wśród osób z depresją w wieku podeszłym niż w młodszej populacji;

4. **Zaburzenia lokomocji i równowagi** – szacuje się, że co trzecia osoba starsza przynajmniej raz w roku doświadcza upadku fizycznego, z czego około 10–15% kończy się urazem, który skutkuje trudnościami z przemieszczaniem się. Upadek to niezamierzone przewrócenie się, którego bezpośrednią przyczyną jest nagłe zaburzenie równowagi. Około 2/3 upadków ludzi starszych ma skutki śmiertelne. Badania wykazują, że upadki częściej zdarzają się starszym kobietom niż mężczyznom i częściej mają miejsce w instytucjach opiekuńczych niż w środowisku rodzinnym. Zaburzenia lokomocji i równowagi mogą prowadzić do złamań szyjki kości udowej (w większości u kobiet), czemu sprzyja osteoporoza. Przyczyn należy upatrywać zarówno w involucyjnych zmianach w układzie kostno-mięśniowym, mniejszej sprawności fizycznej, ale też we współwystępowaniu innych chorób, np. depresji. Główną przyczyną upadków osób starszych jest jednak mniejsza zdolność szybkiego przystosowania postawy ciała do nowych warunków. Trudności w chodzeniu, wstawaniu z pozycji się-

dzącej, wchodzeniu i schodzeniu ze schodów, poruszaniu się po nierównych powierzchniach także sprzyjają upadaniu. Osoby starsze wykazujące zaburzenia lokomocji i równowagi wymagają dostosowania do swych potrzeb środowiska zamieszkania – powinny unikać śliskich powierzchni oraz stosować w pomieszczeniach uchwyty, balustrady, poręcze;

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

Następstwa niepełnosprawności w starości

Ważnym zagadnieniem dotyczącym niepełnosprawności osób starszych jest sprawność funkcjonalna, czyli sprawność w zakresie podstawowych (funkcjonowanie w mieszkaniu/domu) oraz złożonych (funkcjonowanie w środowisku) czynności życiowych. Przekłada się ona bezpośrednio na samodzielność i niezależność osoby starszej. Składają się na nią czynności związane z poruszaniem się po mieszkaniu/domu, ubieraniem się, jedzeniem, robieniem zakupów, przygotowywaniem posiłków, korzystaniem ze środków komunikacji miejskiej. Niesprawność funkcjonalna może wynikać zarówno z ograniczenia mobilności (niesprawność fizyczna), jak i zaburzeń w sferze psychicznej. Niepełnosprawność w starości cechuje: a) dodatkowe obciążenie (*handicap*) powodujące rozdźwięk pomiędzy stopniem codziennej sprawności a oczekiwaniami seniora; b) osłabienie (*frailty*) powodujące stan podwyższonego ryzyka rozwinięcia się niekorzystnych zdrowotnie zjawisk, jak łamliwość kości, osłabienie odporności, słabość psychofizyczna; c) pogorszenie lub niemożność wykonywania pewnych czynności; d) niemożność uczestnictwa w różnych sytuacjach życiowych.

Skutki niepełnosprawności w starszym wieku niosą ze sobą ryzyko uszkodzeń o charakterze fizycznym i umysłowym. Osła-

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

Piśmiennictwo:

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

Czego potrzebuje osoba niesamodzielną

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

W takim ujęciu jest to dostępne człowiekowi wsparcie wynikające z jego więzi społecznych z innymi ludźmi, grupami, zbiorowościami. Wsparcie nie jest zatem możliwe bez udziału innych ludzi, a jego efektywność w dużej mierze uzależniona jest od potrzeb i możliwości wspieranego i wspierającego. Dotyczy to zarówno instytucji, profesjonalnych opiekunów wykonujących

swoje obowiązki w ramach określonego systemu, jak i opiekunów nieformalnych, najczęściej członków rodziny. Obserwowany wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wobec niesamodzielnych seniorów ma uzasadnienie w danych demograficznych oraz zachodzących przemianach społecznych, takich jak: osłabienie więzi rodzinnych, zanik rodziny wielopokoleniowej, niska liczba potomstwa, wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych, osłabienie więzi lokalnych, migracje, marginalizacja, izolacja społeczna, ubóstwo. Obecnie około 30% osób powyżej 65. roku życia wymaga pomocy przy wykonywaniu podstawowych prac domowych i czynnościach samoobsługowych i już około 60% powyżej 80 lat. W polskiej rzeczywistości podstawową „instytucją opiekuńczą” działającą w celu pomocy/wsparcia osób starszych jest rodzina. W tym głównie pokolenie dzieci – jest najważniejszym źródłem pomocy dla ludzi starych. Rola osób spoza tego kręgu jest nieznaczna i najbardziej widoczna w przypadku wsparcia psychicznego. Potencjał pomocy ze strony przedstawicieli zawodów pomocowych (opiekunka, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny) postrzegany jest przez ludzi starych jako marginalny, co dowodzi, że w przypadku życiowych trudności właściwie nie dostrzegają oni alternatywy dla rodziny. Także inne badania dowodzą, że rodzina jest dla seniorów najbardziej oczekiwanym dostawcą usług opiekuńczych. Na podstawie dostępnych polskich badań, prowadzonych w latach 2003–2004, ich liczbę oszacowano na około 2 mln, z czego większość stanowiły kobiety w wieku 50–60 lat. Ujawniono, że najliczniejszą grupę opiekunów osób starszych stanowią ich dzieci (51,1%), zdecydowanie rzadziej małżonkowie (18,2%), synowie i zięciowie (13,4%) oraz wnuki (6,6%). Pozostali członkowie rodziny bardzo rzadko pełnią rolę opiekunów.

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

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

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

Piśmiennictwo:

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

Jaki powinien być opiekun?

„Każdy z opiekunów powinien być ambasadorem chorego”

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

„Opiekun powinien być świetnym organizatorem czasu, potrafić gotować oraz utrzymywać porządek w domu. Seniorzy to często

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

Jakie cechy powinien mieć opiekun?

Opiekun powinien posiadać:

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

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

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

Piśmiennictwo:

- Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.): *Przewlekłe chory w domu. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2012.*



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

Relacje z bliską osobą, która zмага się z demencją

Anna od kilku lat choruje na chorobę Alzheimera. Demencja bardzo ją zmieniła.

Demencja nie powoduje, że osoba żyjąca z nią nagle traci zdolność do odczuwania radości, miłości, tęsknoty czy smutku. Przecież i Twoja zdolność do odczuwania pozytywnych czy negatywnych emocji nie znika w momencie postawienia diagnozy. Mimo że odtąd może Ci się wydawać, że Twoje życie wypełni smutek, frustracja czy żal, nadal możesz budować pozytywne relacje z Twoim bliskim, który zaczyna chorować. Radość może wydawać się nie na miejscu, plany na przyszłość jakby zbladły i wydaje się, że nic już nie będzie jak kiedyś. Rzeczywistość jednak może być zupełnie odmienna, bo zarówno łzy, jak i uśmiech pojawiają się zupełnie niespodziewanie, a bieg wydarzeń może być zupełnie inny niż ten, który buduje się teraz w twojej głowie. Pozwól, że zacytuję słowa piosenki napisane przez siostrę Miriam Teresę Winter z jednej z misji medycznych:

*Zobaczyłam krople deszczu na szybie mojego okna
Radość jest jak deszcz
Śmiech przebiega po moim bólu
Zsuwa się i wraca znowu
Radość jest jak deszcz*

Każdy jego dzień to opieka nad chorą na Alzheimera żoną. Uważa, że to zaszczyt – móc pomagać osobie, którą kochał przez całe życie. I kocha nadal. Pomimo, że każdy ich dzień wygląda podobnie: prysznic, ubieranie, mycie zębów i kolejne punkty dnia, to jednak mówi, że to dla niego wielki przywilej. Kiedy zmagasz się z postępującą chorobą kogoś, kogo kochasz, towarzyszą Ci zapewne ekstremalne emocje, miotasz się między entuzjazmem związanym z nadzieją na wyleczenie, a zniechęceniem i poczuciem porażki. W sytuacji, kiedy są lepsze chwile, gdy nagle Ci się wydaje, że najbliższa osoba jest taka „jak kiedyś”, nie wiesz czy możesz się cieszyć, bo za chwilę przecież czar prysnie. Czasem boimy się cieszyć, odczuwamy ogromny lęk przed radością, a nawet uśmiechem, zakładamy zbroję zobojętnienia, gdyż tak jest prościej i mniej boli. Takie skrajne emocje są dość wyczerpujące i nie dają poczucia bezpieczeństwa, a Ty właśnie w tej chwili tego potrzebujesz. Często słyszymy od najbliższych osób chorych na Alzheimera, że chodzili od lekarza do lekarza z nadzieją, że usłyszą coś pozytywnego, czasem sami kwestionowali diagnozę, narażając swoich bliskich na niebezpieczeństwo. Dlaczego tak się dzieje?

– Trudno ocenić, czy naukowcy są obecnie daleko czy blisko przełomowego odkrycia, które miałyby znaczenie w leczeniu Alzheimera. Nie mamy na to za bardzo wpływu. Możesz jednak zapytać sam siebie, czy przypadkiem nie wędrujesz od lekarza do lekarza tylko dlatego, że masz nadzieję, że usłyszysz coś bardziej pocieszającego? Chcesz odzyskać najbliższą Ci osobę

taką jaką była, nie godzisz się na stratę! – mówi Edward G. Shaw w swojej książce.

W relacjach międzyludzkich rzadko się zdarza, że ludzie są całkowicie obecni lub nieobecni. Z tego powodu poczucie straty i niepewność stanowią zasadnicze składowe ludzkiego doświadczenia. W przypadku demencji łączą się one w coś, co do końca nie jest zamknięte. Taka strata, która tak naprawdę do końca nią nie jest. Profesor Pauline Boss nazywa tę koncepcję „niejednoznaczną stratą”.

Choroba Alzheimera i inne formy demencji stwarzają właśnie takie poczucie „niejednoznacznej straty”. Nasi bliscy, którzy chorują jednocześnie są i ich nie ma. Odnalezienie sensu lub zrozumienie własnej sytuacji w obliczu choroby bliskiego staje się nie lada wyzwaniem.

Wraz z nazwaniem problemu osoby, które go doświadczają, mogą rozpocząć proces radzenia sobie z nim. Możesz też nauczyć się żyć z niepewnością, jaką przynosi ze sobą demencja. Chociaż życie z niepewnością nie jest łatwym zadaniem, zwłaszcza w świecie, który na pierwszym miejscu stawia przewidywalność i pewność. Możesz właśnie wybrać tę niepewność, która gwarantuje Ci tylko niewiedzę co przyniesie przyszłość oraz jaki będzie koniec. To pozwoli Ci jednak na zrozumienie tego, że ani Ty, ani Twój bliski nie ponosicie winy, to choroba zmieniła Wasz świat.

Demencja przynosi ze sobą coś tajemniczego, co zmienia związek w sposób przekraczający ludzkie oczekiwania. Zatem takie rozumienie tej skomplikowanej sytuacji przygotowuje do radzenia sobie, nie w sensie znalezienia rozwiązania, ale raczej życia z brakiem rozwiązania i pytaniami pozostawionymi bez odpowiedzi.

Co możesz zrobić? Odpowiedzmy sobie na kilka pytań.

Czy jest sens okazywać miłość osobie, która ma tak mały kontakt z rzeczywistością?

– To pytanie często zadają młodzi ludzie, którzy nie są rozpoznawani poprzez swoich chorych na demencję dziadków. Odpowiadałam tak: nawet osoba w późnym stadium demencji może czuć się kochana. Decydujesz się spędzać czas z kimś z demencją, ponieważ to jest właściwe. I nie tylko pomaga tej drugiej osobie, ale także odmienia Ciebie! – mówi Edward G. Shaw w swojej książce.

Czy z bliską osobą, żyjącą z chorobą Alzheimera, wciąż można budować relację?

Choroba Alzheimera ma wpływ na relacje poprzez obumieranie komórek mózgowych i postępującą niewydolność mózgu. Ale nawet choroba nie może wymazać istnienia tego, co Gary Chapman nazywa „bakiem miłości”.

– To taki emocjonalny zbiornik, czekający na to, by został wypełniony miłością. Głęboka ludzka potrzeba miłości nie znika wraz z postępującą demencją. Przeciwnie, pozostaje w nas zakorzeniona tak długo, jak żyjemy, nawet jeśli ustają procesy poznawcze – dodaje Edward G. Shaw.

Zatem, nawet jeśli osoby żyjące z demencją dochodzą do punk-

tu, w którym nie mogą okazywać miłości innym, nigdy nie dochodzą do momentu, w którym nie mogą doświadczyć miłości im okazanej. To, że ktoś nie może mówić albo podjąć inicjatywy zrobienia czegoś, nie oznacza, że nie wie, czy jest traktowany z życzliwością. Pomimo spadku zdolności poznawczych chorzy na demencję są wciąż zdolni do głębokiego odczuwania emocji. Jeśli chory nie może okazać miłości, osoba zdrowa może zdecydować się na podtrzymywanie relacji.

Pomagaj osobie bliskiej w tym, by poczuła się kochana. W małżeństwach niedotkniętych tą chorobą każdy z partnerów może nauczyć się podstawowego języka miłości drugiej osoby i wybrać sposób porozumiewania się w tym języku.

Inaczej jest w przypadku osób chorych na demencję. Aby utrzymywać miłość żywą, opiekujący się bierze na siebie odpowiedzialność za komunikowanie miłości, ponieważ z definicji osoba z demencją stopniowo traci zdolność wyrażania większości emocji. Jednak chory otrzymuje miłość do końca swojej choroby, nie poprzez podstawowy język, ale przez doświadczenie bycia kochanym.

Co jest najtrudniejsze w tym doświadczeniu?

Na pewno poczucie samotności. Tak zwany „pierwszy opiekun”, np. mąż czy żona, musi zbudować sieć osób, zarówno wśród rodziny, jak i przyjaciół, które będą go wspierać. Pamiętajmy jednak o tym, że jest jeden warunek tego, by pomoc ta była skuteczna i by w konsekwencji była dla nas prawdziwym odciążeniem. Pomoc ta musi być stała! Nieważne, czy pomożesz mi dwie, cztery czy sześć godzin w tygodniu, ważne, że będzie to zawsze wtorek i piątek o tych samych porach. To zmniejsza stres i wypełnia Twój „emocjonalny niedosyt”. Musisz mieć czas, by odpocząć, znaleźć się w miejscu, które daje ci wytchnienie i spotkać się z ludźmi, którzy dają ci nie tylko swoją obecność, ale też zrozumienie i wymierną pomoc. Dobrym pomysłem jest znalezienie miejsca, gdzie zawsze możesz pojechać, to ma być Twoja przystań, gdzie możesz odpocząć i naładować akumulatory.

– Opieka jest trudna i może złamać nawet najsilniejszą osobę, potrzebujesz więc od niej przerw. Osoba chora na demencję nie będzie pamiętała, że nie było Cię jeden czy dwa dni. Wiem, że nie będziesz żałował zaangażowania i poświęcenia włożonego w opiekowanie się i kochanie chorego na demencję. To, czego możesz żałować, to niepodjęcia tego trudu – mówi Edward G. Shaw.

Ważne, aby uświadomić sobie, że okazywanie miłości osobie Ci najbliższej pomimo choroby nigdy nie idzie na marne, nawet, jeśli nie do końca czujesz, że druga osoba odwdzięcza się tym samym. W głębi jej serca na pewno jesteś najważniejszy. Bądź zatem dobry dla siebie, byś potem mógł dawać innym. ■

Higiena jamy ustnej – to ważne!

Higiena jamy ustnej jest ważnym elementem utrzymania dobrego stanu zdrowia. U osób z demencją jest szczególnie ważna, ponieważ jej brak może przyczynić się nie tylko do poważnych problemów medycznych, m.in. infekcji, ale również do wystąpienia zaburzeń zachowania.

Często mogę wam nie zgłosić problemu, ponieważ najwyraźniej nie będę potrafił go zlokalizować i wskazać. Nie oznacza to, że nie odczuwam bólu czy dyskomfortu z tego powodu, swoją frustrację niezabezpieczonego bólu zamaniestuję w inny sposób. W takich sytuacjach często jestem bardziej zdenerwowany, czasem się wycofuję i jestem niechętny do rozmowy, może zdarzyć się tak, że zareaguję agresją czy pobudzeniem psychoruchowym, a czasem po prostu stwierdzisz, że nie chcę jeść, bo nie mam apetytu.

Jak zatem możesz mi pomóc? Prawidłową pielęgnacją mojej jamy ustnej. Unikniecie w ten sposób wielu problemów lub szybko sobie z nimi poradzicie, gdyż będą one rozpoznane zanim się zaostrzą.

Problem – nie zawsze jasny

Gdy myślicie o higienie jamy ustnej zapewne w pierwszej kolejności na myśl przychodzi wam to, że to przecież nic skomplikowanego, wystarczy myć regularnie zęby i problem z głowy. „Przecież mój podopieczny je tylko papki, wystarczy tylko wyplukać jamę ustną wodą, ma protezę i nie musimy myć zębów i tak się nie zepsują”. Nic bardziej mylnego. Musicie pamiętać, że odpowiednie dbanie o higienę jamy ustnej jest tak samo ważne, jak dbanie o odpowiednią higienę całego ciała.

Gdy mój mózg choruje, gdy czasem jestem dodatkowo unieruchomiony w łóżku, a kontakt ze mną jest utrudniony, czynność jaką jest higiena jamy ustnej staje się dla was o wiele bardziej skomplikowana.

Czasem obserwujecie u mnie niechęć do picia i jedzenia albo nadmierne pobudzenie psychoruchowe czy zachowania agresywne. W tych sytuacjach często podejmujecie decyzję o karmieniu czy pojeniu mnie. Często jednak decyzje te mają bardzo poważne konsekwencje, ponieważ „zabieracie” mi sprawności, którymi przecież cały czas jeszcze dysponuję. Gdybyście wiedzieli, że przyczyną tych wszystkich sytuacji może być właśnie problem z jamą ustną, moglibyście uniknąć wielu problemów. W moich ustach często znajduje się nalot, język jest obrzęknięty, mogę mieć małe zranienia, które są bardzo bolesne. Mogę unikać jedzenia i picia, a infekcje zarówno grzybicze, jak i bakteryjne, które toczą się w mojej jamie ustnej, przyczyniają się do pogorszenia ogólnego stanu mojego zdrowia i występowania trudnych zachowań takich jak agresja czy apatia.

Problem z wykonaniem toalety jamy ustnej? Nie jesteś odosobniony

Wielokrotnie nie radzicie sobie z wykonaniem tej, jakby nie pa-trzeć, dość skomplikowanej czynności. Ona wcale prosta nie jest, ale jednak możliwa do wykonania. Co więcej – praktyka czyni mistrza! Regularne dbanie o moją jamę ustną pozwo-li wam na uniknięcie często bardzo poważnych konsekwencji zdrowotnych.

Ważna zasada w opiece brzmi: zajmuj się mną w taki sposób, w jaki ty byś oczekiwał, by tobą się zajmowano. Ta zasada po-zwala nam w chwilach zwątpienia, w sytuacjach, gdy nie wiemy co robić, zadać sobie pytanie, czego my sami byśmy oczekiwali i czy nam taki stan rzeczy by odpowiadał.

Jak zatem wykonać toaletę jamy ustnej? „Mój bliski nie chce otworzyć ust i nie umie umyć zębów” – gdy nie jestem w stanie samodzielnie umyć zębów należy mi w tym pomóc, pamiętaj-cie jednak, że wówczas, gdy kontakt słowny ze mną jest utrud-niony, musicie zwrócić uwagę na to, by podczas płukania jamy ustnej nie doszło do zachłyśnięcia. Kiedy obserwujecie ten pro-blem sięgnijcie po specjalne pasty czy środki do higieny jamy ustnej, po zastosowaniu których nie ma konieczności płukania jamy ustnej. Środki do pielęgnacji jamy ustnej najlepiej nabyć w aptecce lub w sklepach stomatologicznych.

Pielęgnacja jamy ustnej

Zapewne każdy z was ma już jakieś doświadczenia, jeśli chodzi o pielęgnację jamy ustnej. To czego absolutnie się nie zaleca, to wykonywanie tej czynności za pomocą drewnianych czy pla-stikowych szpatulek owiniętych gazikiem czy, co gorsza, wyko-nywanie pielęgnacji za pomocą własnych palców. Nie musicie chyba długo się zastanawiać, jakie to niesie niebezpieczeństwa. Gazik, który się osunie ze szpatułki może dostać się do dróg od-dechowych i spowodować zadławienie, nasz palec natomiast może zostać przygryziony. Poza tym wkładanie „dziwnych” przedmiotów do ust drugiej osoby bez jej wyraźnego pozwole-nia może nie przynieść zamierzonych efektów.

Co się sprawdza?

W aptecce czy w sklepie stomatologicznym możemy nabyć gotowe, jednorazowe szczoteczki do pielęgnacji jamy ustnej nasączone już specjalnym środkiem czyszczącym, który akty-wuje się w kontakcie ze śliną. Czasem występuje tak duża su-chość w jamie ustnej, że należy aktywować wcześniej środek z użyciem wody. Te szczoteczki są bardzo miękkie, dwufazo-we, często z gumową szczoteczką, za pomocą której doskona-le można wyczyścić język i policzki. To sprawia niejednokrot-nie przyjemność, aktywowany środek daje poczucie świeżości oraz komfortu, co więcej działa przeciwgrzybiczo i przeciw-bakteryjnie.

Proteza zębowa – o nią trzeba też dbać?

Gdy przychodzi taki moment, że nie jestem w stanie sa-modzielnie zadbać o moją protezę zębową, proszę pomóc mi w tym. Często nie będę chciał się rozstawać ze swoją protezą, a niestety tak być nie może. Zachowanie właściwej higieny jamy ustnej, u osób, które posługują się protezami

zębowymi jest możliwe wówczas, gdy jest ona wyjmowana i gdy jest odpowiednio pielęgnowana. Protezę zębową należy wyjąć na noc, najlepiej dać odpocząć jamie ustnej 6-8 godzin. Jamę ustną bez protezy należy pielęgnować w taki sam spo-sób jak opisaliśmy powyżej.

Samej protezy absolutnie nie należy moczyć w pojemniku z wodą, mokre środowisko sprzyja namnażaniu się bakterii. Protezę należy umyć za pomocą specjalnej pasty do protez, wypłukać i dokładnie osuszyć, następnie schować do czyste-go i szczelnego pojemnika, który jest przeznaczony wyłącz-nie do przechowywania protezy. Raz w tygodniu można użyć specjalnych środków do czyszczenia protezy w tabletkce. Jeśli istnieje możliwość, by niektóre z tych czynności nasz bliski wy-konał samodzielnie lub z naszą niewielką pomocą, pozwólm-y mu na to.

Ważne: Jeśli podczas pielęgnacji zaobserwujesz, że w mojej jamie ustnej dzieje się coś niepokojącego, gdy zauważysz za-czerwienienie lub podejrzewasz zaostrzenie stanu zapalnego czy ból zęba koniecznie zgłoś się ze mną do lekarza, najlepiej specjalisty stomatologa, który zajmuje się leczeniem stanów zapalnych w obrębie jamy ustnej. Najlepiej jednak zapobiegać niż leczyć, dlatego zadbajmy o regularne kontrole u lekarza stomatologa. ■

Gdy jedzenie staje się trudne

Na co zwrócić uwagę opiekując się chorym z de-mencją?

Gdy myślicie o czynności picia czy jedzenia to czy zastana-wiacie się nad tym, czego potrzebujecie, by samodzielnie spożyć posiłek? Zapewne nie. I nic w tym dziwnego. To czyn-ności, nad którymi rzadko przychodzi nam się zastanawiać, ponieważ wykonujemy je niemal automatycznie, nie roz-myślając o ich skomplikowanym charakterze. Jeśli jednak poświęcilibyśmy chwilę czasu, by się nad nimi zastanowić, to zobaczylibyśmy, że za tymi prostymi czynnościami kry-je się szereg małych, bardziej czy mniej skomplikowanych, którym musimy podołać.

Gdy patrzycie na mnie i obserwujecie, że mam problem z jedzeniem czy piciem, to musicie pamiętać, że na czynno-ści te składa się wiele mniejszych, których nieumiejętność wykonania powoduje problemy z jedzeniem i piciem.

Pamiętajcie też, by pochopnie nie oceniać sytuacji związa-nej z problemami z jedzeniem czy piciem jako brak apetytu czy pragnienia, ponieważ wcale nie muszą być ich powodem. To właśnie nieumiejętność wykonania tych mniejszych czyn-ności, następujących jedna po drugiej, może okazać się wła-śnie problemem z jedzeniem i piciem.

Skąd zatem biorą się problemy?**Z którymi mniejszymi czynnościami mogę mieć problem?**

- Mogę mieć problem ze skupieniem uwagi na jedzeniu (zbyt duża ilość bodźców).
- Mogę stawiać opór z powodu niezaspokojonej potrzeby sprawczości („mogę sam”) – zwłaszcza, gdy chcecie tę czynność wykonywać za mnie, a nie ze mną.
- Mogę nie czuć głodu ani pragnienia – przez uszkodzenia w obrębie ośrodka głodu, który znajduje się w mózgu.
- Mogę mieć problem z oceną przygotowanych kawałków jedzenia.
- Mogę wziąć np. kawałek kanapki i go oglądać – mój mózg ma problem z oceną, czy kanapka jest jadalna.
- Mogę mieć problem z przetworzeniem żywności. Zmienia się mechanizm rozdrabniania żywności w jamie ustnej – zamiast miażdżyć jedzenie, żuję je. Zmiana mechanizmu rozdrabniania pożywienia oraz problemy z połykaniem są bardzo niebezpieczne. Gdy nie połykam dokładnie, resztki pokarmu gromadzą się w przestrzeniach między policzkami a dziąsłami. Potocznie nazywamy to „chomikowaniem”. Gdy się położę, jedzenie swobodnie może spływać po ścianie gardła, a ja mogę nawet tego nie czuć. Wówczas następuje powolna aspiracja resztek pokarmowych do dróg oddechowych. Jest to bardzo niebezpieczna sytuacja, ponieważ prowadzi do poważnych konsekwencji, jakimi są infekcje górnych dróg oddechowych.
- Mogę mieć problem z rozpoznawaniem przedmiotów, które służą do spożywania posiłków (np. próba jedzenia zupy widelcem). Moje pole widzenia zawęża się i mogę mieć problem z zobaczeniem talerza czy innych przedmiotów, które w tym zawężonym polu widzenia się nie znajdują. Pamiętajcie zatem, by talerze czy inne naczynia były w zasięgu mojego wzroku.

Jak pomóc?

- Starajcie się ograniczyć ilość bodźców, która do mnie dociera podczas spożywania posiłku. Czasem nawet zbyt „krzykliwy” obrus może być problemem, ponieważ zbyt rozprasa. To dla mnie zbyt trudne.
- Najważniejsze, o czym koniecznie musicie pamiętać, to by nie wykonywać czynności za mnie. Jeśli mogę zrobić coś sam, to pozwólcie mi na to. Możecie również mnie wspierać, np. chwycić moją dłoń i pomóc mi ją poprowadzić do ust. To o wiele bardziej wskazane niż wykonywanie tej czynności całkiem za mnie. Jeśli obserwujecie u mnie niechęć do spożywania posiłków zadbajcie o sposób ich przygotowania i podania. Najważniejsza jednak jest rutyna, czyli powtarzalność działania. Pomaga wypracować i utrwalić rytuały. Na początku efekty mogą być niezauważalne, jednak z upływem czasu dbanie i pilnowanie konkretnych pór posiłków, którym towarzyszą stałe elementy, przynosi wymierne efekty.
- W sytuacji, gdy obserwujecie u mnie mechanizm żucia pożywienia, należy koniecznie zmienić sposób przygotowania posiłku. Najtrudniejsze do rozdrobnienia są mięso i surowe warzywa. Mięso najlepiej ugotować, a następnie zmieścić i uformować sznycle, a następnie ponownie usmażyć lub poddusić i podać w apetyczny sposób. Ważne, bym na moim talerzu nie miał posiłku w formie papki, która w żaden sposób nie zachęca do spożycia.

- W sytuacji, gdy zaobserwujecie, że zaczynam mieć problem z posługiwaniem się sztuczkami, często odruchowo podejmujecie decyzję o karmieniu mnie. A przecież macie być tak naprawdę przedłużeniem mojej sprawności, a nie jej zastępstwem. Gdy postępujecie w ten sposób, to zabieracie mi te sprawności, które mogą mi jeszcze posłużyć przez długi czas. Lepiej ograniczcie ilość sztuczek, jednocześnie pozwalając mi na samodzielne spożycie posiłku, chociażby samą łyżką. Ważne jest również to, by zastawa nie była czarnego koloru. Czarny talerz na jasnym obrusie może być postrzegany przeze mnie jako czarna dziura. ■

Dlaczego zachęcać osobę z demencją do mówienia?

Mówienie jest jednym ze sposobów komunikowania się z innymi ludźmi. Kiedy z kimś rozmawiamy spodziewamy się, że zostaniemy wysłuchani, a także zrozumiani, że prześlemy zamierzoną wiadomość. Spodziewamy się również, że nasze słowa wpłyną na zachowanie rozmówcy. Będzie to dla nas potwierdzeniem, że dla tej osoby istniejemy. Jeśli rozmówca nie przywiązuje uwagi do naszych słów lub nie próbuje nas zrozumieć, mamy wrażenie, że lekceważy nasze istnienie.

Demencja znacznie utrudnia porozumiewanie się. Sposób mówienia staje się spowolniony lub przerywany. Pojawiają się trudności w znajdowaniu i w zrozumieniu słów, często dochodzi do mylenia słów lub niewłaściwego formułowania zdań. Wraz z postępem choroby senior mówi coraz mniej, niekiedy przestaje mówić całkowicie.

Osoba z demencją nie zawsze potrafi komunikować się tak, jakby tego chciała. Nawet jeśli mówi, ma trudności w przekazaniu informacji, nawet jeśli słucha, nie zawsze udaje jej się zrozumieć. Doświadcza w ten sposób negatywnych emocji. Za każdym razem, gdy rozmówca nie słucha lub nie próbuje zrozumieć zdezorientowanej starszej osoby, wpływa na zwiększenie jej dezorientacji. Wielokrotne doświadczanie braku zainteresowania i nieporozumień powoduje frustrację, złość, reakcję depresyjną aż do zaprzestania używania słów. Osoba z demencją próbuje uniknąć negatywnych doświadczeń rezygnując z mówienia i izolując się.

Demencja jest konsekwencją zmian w mózgu, ale trudności mogą być wzmożone poprzez nieświadome słowa lub czyny osób z najbliższego otoczenia. Dlatego spowolnienie przebiegu choroby i złagodzenie zaburzeń psychicznych i zachowania, jakie często jej towarzyszą, jest możliwe.

Podczas interakcji z osobą z demencją, skupiamy uwagę na jej deficytach – że nie pamięta, że nie potrafi czegoś zrobić lub powiedzieć. Senior, pod wpływem środowiska, postrzega siebie jako nieadekwatnego i szybko dostosowuje się do tej roli, co przyspiesza proces zwyrodnieniowy i utratę samodzielności. Trudności te mogą wynikać również z dobrych intencji tych, którzy chcą pomóc, powstrzymać, poprawić, zasugerować słowa. W efekcie chory czuje, że nie nadąża i reaguje agresywnie lub milczy nawet, jeśli nadal byłby w stanie mówić.

Postrzegane trudności w porozumiewaniu się niejednokrotnie skłaniają opiekuna do używania języka w sposób automatyczny, bez rozważania efektu lub do rezygnacji z rozmowy i do postępowania się tylko kanałami niewerbalnymi wierząc, że ułatwia to komunikację z podopiecznym.

Każdy opiekun może nauczyć się wspierać dialog, mając zawsze na uwadze, że słowa osoby z demencją nie mogą być zmienione. To opiekunowie mogą je świadomie wybierać i dostosowywać, aby utrzymać umiejętność mówienia tak długo, jak to możliwe. Opiekun może nauczyć się rozmawiać, bez szukania informacji, których zapominająca osoba nie pamięta lub nie wie już, jak je przekazać.

Każda chwila opieki jest okazją do zamienienia kilku słów i potwierdzenia, że osoba ta istnieje, że jest ważna i że uznajemy jej umiejętność mówienia. Zdolność przekazania informacji zanika w pierwszej kolejności, natomiast uprzejmość dawania i zabierania głosu w odpowiednim czasie utrzymuje się aż do zaawansowanych stadiów choroby. Rozmowa nie tylko wysyła wiadomości, ale także rodzi inne słowa, pozwalając na podtrzymanie dialogu.

Sprzyjające środowisko pozwala na lepsze wyrażenie siebie. Osoba, która ma możliwość mówienia, żyje lepiej. Pomimo że jej słowa są przerywane, powtarzane lub bez znaczenia, a także z tego powodu, że traci ona wątek mowy, nie może znaleźć właściwego słowa lub myli osoby, to nadal pozostaje w relacji i wyraża siebie. W ten sposób nadal czuje się uznana jako osoba i jako adekwatny rozmówca, co motywuje ją do dalszej rozmowy. Głównym celem rozmowy jest ułatwianie wymiany słownej, skupienie się na doborze słów i na słuchaniu. Często wśród niezrozumiałych dla słuchacza wypowiedzi wyłania się świat, w którym znajduje się senior w danej chwili (jeden z jego możliwych światów, np. dom rodzinny z czasów dzieciństwa) i to, co jest dla niego ważne (wspomnienia, dolegliwości, emocje).

Takie zachowanie ma skutki terapeutyczne. Senior mówi i postępuje tak, jak potrafi, bez obaw, że będzie poprawiany lub potępiany. Apatyczny i zamknięty w sobie starszy człowiek staje się pogodniejszy i aktywniejszy, i pomimo swojej powolności uczestniczy chętniej w czynnościach życia codziennego. W ten sposób nie zniechęca się i utrzymuje na dłużej własną żywotność i niezależność. Chętniej przebywa też w towarzystwie opiekuna, który wpływa nie tylko na poprawę jakości życia podopiecznego, ale również własnego. ■

„Wędrowanie” – trudny problem w opiece nad osobą żyjącą z demencją

Demencja nigdy nie jest naturalną częścią starzenia, to nawet nie odrębna jednostka chorobowa, a raczej zespół objawów. Najczęstszą przyczyną demencji jest choroba Alzheimera (mówimy wtedy o demencji w przebiegu choroby Alzheimera), ale może pojawić się również w przebiegu innych schorzeń. Na dzień dzisiejszy jest ich ponad sto.

W demencji „trudne zachowania” chorych powinny być dla opiekunów sygnałem, że coś niepokojącego się dzieje u podopiecznego, że człowiek, który zmagą się z demencją odczuwa dyskomfort w jakimś aspekcie swojego życia.

Demencja zmienia odczucia chorego. Często osoba zmagająca się z demencją nie wie na przykład, że boli ją na przykład głowa, że jest za głośno, lub za cicho, że pojawia się dyskomfort. Chory może mieć poważne problemy z identyfikacją dyskomfortu, z jego wskazaniem i opisaniem. Może czuć ból, ale jego mózg tego nie rozpoznaje. Zmienia się jednak znacząco jego zachowanie, może zacząć „wędrować”. Ta wędrówka jest swego rodzaju poszukiwaniem komfortu. Takie „trudne zachowania” fachowo określane są jako zaburzenia zachowania. „Wędrowanie” jest jednym z najbardziej obciążających objawów z punktu widzenia opiekuna. Badania podają, że „wędrowanie” jest również częstym powodem zgłoszenia się opiekuna do lekarza z prośbą o pomoc. Opiekunowie oczekują, że znajdzie on skuteczne rozwiązanie, że otrzymają leki, które być może to zachowanie wyciszą. Sytuacja jednak wymaga często znalezienia przyczyny takiego zachowania. Termin „wędrowanie” obejmuje wiele różnych typów zachowań, takich jak: podążanie za opiekunem, aktywność w nocy i nadmierna aktywność w ciągu dnia, bezcelowe chodzenie, powtarzające się sprawdzanie, gdzie jest opiekun.

Chodzenie za opiekunem krok w krok może oznaczać postęp choroby. Być może stopień jej zaawansowania jest już dość posunięty. Często zaawansowany stopień demencji kojarzy się nam z osobą leżącą, która już nie utrzymuje kontaktu ze światem, jest niejako zamknięta we własnym ciele. Tymczasem chory może być mobilny i jednocześnie cierpieć na zaawansowaną demencję. Zapewne nasuwa się nam wówczas pytanie, jak to możliwe? Czy rzeczywiście osoba na tym etapie demencji może być jeszcze mobilna? Otóż tak, właśnie to uporczywe podążanie za opiekunem może być dowodem na to, że podopieczny nie potrafi w inny sposób wyrazić swoich potrzeb. Czasami „wędrowanie” pojawia się u osób, które chorują np. na infekcję układu moczowego albo odczuwają inne dolegliwości np. ból zęba. Nasz podopieczny może mieć problem z identyfikacją oraz określeniem co dokładnie mu

dolega. Często przyczyna tkwi w otoczeniu – np. jest za zimno lub zbyt hałaśliwie.

„Wędrowaniu” często towarzyszy pobudzenie, które może wyrażać się poprzez: ogólny niepokój, „bieganie” po domu, chowanie przedmiotów, ubieranie się i rozbieranie bez potrzeby, krzyki czy wybuchy gniewu. Może to wymagać nieco detektywistycznej pracy, ale specyficzne zachowania dostarczają informacji odnośnie ich faktycznych przyczyn. Pamiętajmy jednak, że większość objawów związanych z pobudzeniem powinna być dla opiekuna sygnałem, że podopieczny z jakiegoś powodu czuje się źle, niekomfortowo, być może jakaś nawet najbardziej podstawowa potrzeba nie została spełniona. W sytuacji, gdy pojawi się „wędrowanie” i towarzyszące mu pobudzenie musimy starać się ustalić przyczyny takich zachowań, dopiero wówczas można skutecznie zminimalizować lub całkowicie wyeliminować problem.

„Wędrowanie” może być poszukiwaniem czegoś lub kogoś, ucieczką przed czymś albo przed kimś. W późnej demencji bezczynne chodzenie może być spowodowane nieumiejętnością zatrzymania się. Wówczas opiekun powinien podążać za chorym, następnie dotrzymać mu kroku. Idąc obok niego całym swoim ciałem, tempem chodu i głosem starać się zwolnić. Pamiętaj, że chory może nie być w stanie sam tego zrobić.

Zapewne niejednokrotnie spotkaliście się z takimi trudnymi zachowaniami u chorych i często stawaliście bezradnie wobec nich szukając najlepszego rozwiązania. Ważne jest wówczas to, by mieć na uwadze nie tylko to, co słyszymy ale również to, co widzimy. Na przykład słyszymy, jak chory powtarza: „chcę pójść do domu, chcę pójść do mamy” po czym chwyci dzbanek z kompotem i zaczyna pić. Po chwili uspokaja się i już nie słyszymy „chcę pójść do domu, do mamy”. Po prostu chciał mu się pić. Słowa mówią jedną rzecz, ale zachowanie „powiedziało” – „chce mi się pić” (chcę iść do domu i napić się).

Tym, co zakłóca możliwość zrozumienia takich wypowiedzi wyrażanych w zachowaniu chorego jest tendencja nas – opiekunów, do odruchowych reakcji. Mogą one dotyczyć farmakologii (więcej leków) oraz słownictwa, które ma zmusić pacjenta do tego, by przestał. Bez próby zrozumienia go. Często odruchowo używamy infantylnego czy pejoratywnego tonu w stosunku do podopiecznego, podnosimy głos w przekonaniu, że dzięki temu dotrą do niego nasze słowa lub mówimy szybko i bez przerwy, aby odwrócić jego uwagę. Tymczasem odszyfrowanie zachowań wymaga poszukiwania i wykluczania niezaspokojonych potrzeb. Poznanie historii życia chorego może pomóc w odkodowaniu jego zachowań, nauczeniu się pewnych wzorców jego postępowania i tego, co się za tym kryje.

Demencja jest trudna, ale możemy nauczyć się dobrze opiekować takimi chorymi. Opieka to tak naprawdę relacja między nami a człowiekiem, który żyje z demencją. To nowa definicja opieki i to właśnie ona jest kluczem do sukcesu. ■

Gdy choruje Twoja druga połowa...

Anna od zawsze miała wszystko pod kontrolą. Jan pracował w firmie zajmującej się sprzedażą samochodów. Pracował dużo i nigdy go nie było w domu.

Mógł sobie na to pozwolić, gdyż wiedział, że żona o wszystko zadba. Anna przez lata pracowała na uczelni w sekretariacie, na część etatu. Kilka miesięcy po tym jak przeszła na emeryturę zaczęła się zmieniać. Mąż zaobserwował, że dom nie jest już tak zadbany jak niegdyś, jedzenie smakuje inaczej, a Anna z aktywnej i zawsze pełnej energii zmieniła się w smutną i rozkojarzoną kobietę. Coraz częściej zapominała o umówionych terminach, zapominała o urodzinach syna i nie radziła sobie z opłaceniem rachunków przez internet. Rzeczy, które niegdyś robiła niejako z zamkniętymi oczami teraz stały się trudne. Zawsze chętnie spędzała czas czytając i pracując w ogrodzie, teraz raczej ucina sobie drzemkę lub siedzi bezczynnie w fotelu. Jakiś czas temu po namowach męża udali się na wizytę do specjalisty, którą zalecił lekarz rodzinny. Diagnoza była tak nieoczekiwana niczym śnieg w lipcu – choroba Alzheimera.



Jan w jednej chwili z czynnego zawodowo mężczyzny stał się gorliwym opiekunem swojej ukochanej żony. Nie było to proste zadanie, uczył się wszystkiego od nowa. „To tak jakby uczyć się nowych umiejętności zawodowych” – twierdził Jan.

Opieka nad osobą, w tym w szczególności zmagającą się z demencją, wymaga pełnej uwagi, zaangażowania, absorbuje czas i siły. Takie pełne zaangażowanie może łatwo prowadzić do uczucia przytłoczenia i wyczerpania – zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Jan z czasem nabył doświadczenia, nauczył się planować czas i przekonał się, że bez pomocy innych nie da rady. To jak dowodzenie statkiem kosmicznym, często nieprzewidywalne i pełne trudnych momentów. Jan często powtarzał, że jako mężczyźni było mu trudniej. Kobiety wiele umiejętności z racji tego, że są matkami, już posiadają, co nie oznacza, że jest im prościej. Na pewno jest inaczej.

Jeśli jesteś w takiej sytuacji i czujesz się mocno przytłoczony obowiązkami, jakich wymaga od ciebie codzienna opieka nad bliskim, zapoznaj się z poniższymi wskazówkami. Pomogą ci one odzyskać kontrolę nad własnym życiem oraz zredukować stres w przyszłości. Wprowadź je w swoje życie jak najszybciej, aby pozbyć się poczucia, że jesteś mocno przytłoczony i obciążony.

Po pierwsze! Często słyszymy, że aby móc pomóc innym musimy zadbać o siebie, jednak w praktyce wygląda to inaczej. Pamiętajmy, by troszczyć się o siebie, inaczej nie znajdziemy w sobie siły na pomoc bliskiemu, który przecież często od naszej pomocy jest zależny. Stres wynikający ze sprawowania opieki pogarsza twój stan zdrowia, zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Problemy zdrowotne mogą finalnie całkowicie uniemożliwić kontynuowanie długotrwałej opieki. Być może teraz w twojej głowie pojawia się myśl jak to zrobić? Przecież mam tyle do zrobienia. Po prostu zacznij, to nie slogan. Utnij sobie krótką drzemkę, gdy twój bliski odpoczywa, wieczorem pozwól sobie na skupienie i po prostu odpoczynek. Nie nadrabiaj nocą obowiązków, to prowadzi donikąd. Znajdź coś, co sprawia ci przyjemność, co cię cieszy i poświęć temu chwilę każdego dnia. Nawet krótkie kilkuminutowe przerwy mogą znacznie obniżyć poziom stresu i poprawić twój stan zdrowia.

Po drugie! Niech każdy dzień wygląda podobnie – zbawienna rutyna! Rutyna i określony plan dnia może okazać się pomocny nie tylko dla twojego podopiecznego, ale również dla ciebie. Rutyna pomaga czuć się bezpiecznie twojemu bliskiemu, czuje czego może się spodziewać, to redukuje poziom stresu wynikający z choroby. Zaplanowane działania również tobie pozwolą zredukować stres i obciążenie. W sytuacji gdy twój dzień, tydzień, miesiąc stają się uporządkowane i ty stajesz się spokojniejszy. Rutyna redukuje stres związany z potrzebą podejmowania licznych, nawet drobnych, ale stresujących decyzji.

Po trzecie! Zapisuj, notuj, planuj! Opieka sprawia, że życie staje się skomplikowane. Zapamiętywanie, wielu terminów, spraw do załatwienia czy nawet zakupów może okazać się kłopotliwe. Do tego dochodzą rachunki i pamiętanie o tym, o czym przez całe wasze wspólne życie pamiętała twoja żona. To naprawdę trudne, dlatego używaj plannera lub kalendarza, aby zapisywać w nim spotkania i ważne zadania. W ten sposób

ograniczysz ilość sytuacji, które wypadają zupełnie niespodziewanie, to znacznie zredukuje niepotrzebne zdenerwowanie i da ci poczucie kontroli. Dobrym pomysłem jest notowanie trudnych sytuacji, które pojawiają się u chorej, bliskiej osoby. W sytuacji wizyty czy kontroli lekarskiej możesz pokazać swoje zapiski specjalście. Zapisuj również sukcesy, wasze wspólne i te indywidualne.

Nadmierne zmęczenie i obciążenie psychofizyczne mogą doprowadzić u ciebie do zespołu przewlekłego stresu. Długotrwała opieka, zwłaszcza w pojedynkę szybko doprowadzi do wypalenia i frustracji, to przekłada się na relację z twoim chorującym bliskim. Na koniec pamiętaj, nie odmawiaj nigdy pomocy, każda się przyda. Ważne jednak, by to usystematyzować, by poprosić osobę deklarującą pomoc o konkretny termin i zapisać tę dyspozycyjność, z takich małych deklaracji może urosnąć ogromne wsparcie. ■

Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – specjalistyczne usługi opiekuńcze/opieka pielęgnarska domowa

Opieka nad osobami niesamodzielnymi to głównie wsparcie w codziennym życiu i pomoc umożliwiająca im jak najdłuższe prawidłowe funkcjonowanie w środowisku lokalnym. Często zmiana miejsca zamieszkania wiąże się z dużym stresem i niechęcią.

W skrajnych przypadkach nawet z utratą chęci do życia. Dlatego zdecydowanie najlepszą jest dobrze zorganizowana opieka nad osobą niesamodzielną w domu, która daje poczucie bezpieczeństwa, komfort, dobre samopoczucie, a co za tym idzie, szybszy powrót do zdrowia lub opóźnienie progresu choroby.

Analizując wsparcie oraz organizację opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce, możemy wyróżnić opiekę w warunkach domowych oraz w różnego rodzaju instytucjach. System pomocy społecznej zapewnia patronat instytucji: Domy Pomocy Społecznej, Miejskie Dienne Domy Pomocy Społecznej, Ośrodki Wsparcia dla Osób Starszych oraz opieki domowej i specjalistycznych usług opiekuńczych (obejmujących pielęgnację wspierającą proces leczenia, rehabilitację i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub zaleceniami specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, świadczonych przez specjalistów, np. pielęgniarki, rehabilitantów, fizjoterapeutów) w domu osoby nie-

samodzielnej. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zapewnia wsparcie instytucjonalne w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL), Zakładach Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (ZPO), w hospicjach i w poradniach, w szpitalach oraz opiekę pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), pielęgniarską długoterminową opiekę lub opiekę nad pacjentem wentylowanym mechanicznie.

Opieka pielęgniarki POZ w domu

Gdy osoba chora przebywa w szpitalu i zachodzi prawdopodobieństwo, iż będzie wymagała opieki, warto jak najszybciej udać się do pielęgniarki POZ. Po rozpoznaniu problemu pielęgniarka wskaże możliwości korzystania ze świadczeń medycznych w ramach NFZ. Jeśli chory będzie wymagał usług opiekuńczych, wskaże kontakt do pracownika socjalnego, który z kolei zaproponuje możliwości w tym obszarze. Pomoc pielęgniarki POZ w domu, jest świadczeniem bezpłatnym, finansowanym przez NFZ, a częstotliwość i czas wizyt ustalane są indywidualnie dla chorego po wizycie wstępnej. Warunkiem niezbędnym do korzystania z tego rodzaju pomocy jest złożenie deklaracji o wyborze pielęgniarki POZ (np. w wybranej przez siebie przychodni) i poinformowanie o konieczności wizyt (telefonicznie lub za pomocą wizyty opiekuna osoby starszej w gabinecie pielęgniarki). Ta forma opieki przysługuje osobom chorym, które ze względu na istniejące problemy zdrowotne (stany poszpitalne lub schorzenia przewlekłe) wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarstwa, nie są objęte świadczeniami opieki długoterminowej realizowanej stacjonarnie. Pielęgniarka świadczy opiekę od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, tzn. odbywa wizyty domowe u podopiecznych (z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy). W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia chorego, świadczenie pielęgniarki POZ jest udzielane w dniu zgłoszenia, w pozostałych przypadkach świadczenia są udzielane w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą, na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania.

Opieka pielęgniarska długoterminowa domowa

O opiekę pielęgniarską długoterminową w domu w ramach NFZ mogą ubiegać się pacjenci niezdolni do samoopieki i samopielęgnacji, niewymagający leczenia szpitalnego, przewlekle chorzy czy unieruchomieni z powodu choroby bądź urazu, w zależności m.in. od stanu zdrowia, towarzyszących chorób czy rodzaju niepełnosprawności. Kryterium jest również międzynarodowa skala Barthel (od 0 do 40 punktów) – do oceny sprawności chorego, pozwalająca na ocenę zapotrzebowania na pomoc: pacjent całkowicie niesamodzielny (0-20 punktów), pacjent potrzebujący pomocy innych (20-80 punktów), pacjent mogący funkcjonować samodzielnie przy niewielkiej pomocy (80-100 punktów). Do tego typu opieki nie kwalifikują się osoby w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależnione, w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej.

Opieka pielęgniarska długoterminowa udzielana jest na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub ze szpitala oraz na podstawie kwalifikacji pielęgniarki. Czas poświęcony na pomoc może być różny i zależy od stanu zdrowia podopiecznego. Opieka taka obejmuje wizyty pielęgniarek w domu cztery razy w tygodniu, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00, bez weekendów, zwykle ogranicza się do stosowania określonych procedur medycznych,

np. zmiany opatrunku na ranie odleżynowej, leczenia ran przewlekłych, intensywnej pielęgnacji. W medycznie uzasadnionych przypadkach tego typu usługi mogą być dostępne w soboty oraz dni ustawowo wolne od pracy. Okres objęcia opieką jest uzależniony od stanu zdrowia danej osoby, jej oceny w skali Barthel – przekroczenie limitu 40 punktów podczas oceny kontrolnej powoduje brak kwalifikacji do dalszej opieki. ■

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2016 r., poz. 86 ze zm.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. z 2015 r., poz. 1658.

Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – pomoc opiekuńcza domowa

Rodzina rzadko kiedy jest w stanie sama zająć się osobą niesamodzielną, przewlekle chorą, dlatego bardzo przydatna staje się pomoc Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS/GOPS) poprzez **wykwalifikowanego opiekuna/wykwalifikowaną opiekunkę osoby starszej/opiekuna medycznego/opiekunkę medycznej, asystenta osoby starszej/asystenta domowego, udzielających pomocy środowiskowej/usług opiekuńczych w domu.**

Asystent domowy ma pomagać osobom jeszcze w miarę samodzielnym i zdrowym, które potrzebują wsparcia przy sprzątanu, gotowaniu, ubieraniu, robieniu zakupów, realizacji recept czy wyjściu do miasta. Nie musi mieć skończonych specjalistycznych kursów, chociaż ceni się doświadczenie w opiece domowej, np. praktyka w MOPS-ie. Ważnym atutem jest posiadanie prawa jazdy i samochodu.

Opiekun medyczny, formalnie jest to zawód, który zdobywa się po ukończeniu rocznego studium, zdaniu egzaminu państwowego i otrzymaniu certyfikatu. Jednak osób mających taki dokument jest wciąż niewiele, dlatego sporo firm honoruje świadectwa ukończenia dwumiesięcznych kursów opiekuńczych, organizowanych np. przez PCK. Ważniejsze od certyfikatu jest doświadczenie, czyli przynajmniej roczna praktyka opiekuńcza w MOPS-ie lub PCK. Opiekun medyczny powinien umieć zrobić wszystko to, co asystent domowy, a dodatkowo wykąpać podopiecznego, zmienić pieluchomajtki, prowadzić profilaktykę przeciwoleżynową, podać lekarstwa, ocenić stan zdrowia i przekazać informacje lekarzowi. Z zatrudnieniem asystenta

domowego lub opiekuna medycznego, zwykle należy łączyć zatrudnienie pielęgniarki, jeśli stan zdrowia podopiecznego ulega znacznemu pogorszeniu i wymaga stałego, profesjonalnego monitorowania i wykonywania czynności czysto medycznych.

Zakres pomocy opiekuńczej domowej

Pracownik socjalny podczas wywiadu środowiskowego oceniającego sytuację rodzinną, materialną oraz zdrowotną osoby niesamodzielnej przydziela opiekę domową (niestety tylko w godzinach dziennych). Aby ubiegać się o tego typu pomoc potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. W zakres **usług opiekuńczych** mogą wchodzić usługi higieniczne, tj. mycie, czesanie, kąpanie, golenie, ubieranie, zmiana pieluchomajtek, profilaktyka przeciwoleżynowa, pomiary ciśnienia tętniczego, glukozy, utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby niesamodzielnej, przygotowanie i podawanie posiłków, robienie zakupów, realizacja recept, opłata rachunków, spędzanie wolnego czasu, wyjście na spacer, pomoc w prawidłowym przyjmowaniu leków i umawianie wizyt lekarskich, a także pomoc i wsparcie logistyczne, np. dojazd na umówioną wizytę lekarską. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi pomoc polega na uczeniu i pomaganiu w samodzielnym funkcjonowaniu. W zależności od dochodu, usługi takie świadczone są nieodpłatnie lub odpłatnie. Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług opiekuńczych przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodkach wsparcia, takich jak środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy. Usługi opiekuńcze dedykowane są osobom przewlekle chorym, niesamodzielnym, przebywającym w domu, wymagającym niewielkiej pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb oraz/lub czynności dnia codziennego.

Podmiot właściwy do ustalenia prawa do usług opiekuńczych

O pomoc w formie usług opiekuńczych, także specjalistycznych usług opiekuńczych, należy zwrócić się do pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej (Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, MOPS/GOPS) właściwego dla miejsca zamieszkania. Nie zawsze konieczna jest wizyta w ośrodku. Można skontaktować się telefonicznie lub wysłać list. Nie jest konieczne skierowanie od lekarza, choć mile widziane jest zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, uzasadniające korzystanie z usług opiekuńczych i zalecaną przez lekarza pielęgnację. Po zgłoszeniu, w przeciągu 14 dni roboczych, pracownik socjalny z MOPS/GOPS odwiedza osobę oczekującą pomocy w jej mieszkaniu i przeprowadza tzw. rodzinny wywiad środowiskowy, którego celem jest ocena sytuacji życiowej podopiecznego. Od wyników wywiadu zależy m.in. ustalenie wysokości odpłatności za usługi. Ośrodek pomocy społecznej w ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia zapotrzebowania na usługi wydaje decyzję administracyjną o przyznaniu bądź odmowie tej formy pomocy.

Odpłatność za usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze MOPS/GOPS są płatne, wg ustalonych stawek godzinowych w zależności od dochodu danej osoby/rodzi-

ny. Wizyty odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 15.00, ilość godzin opieki jest ustalana indywidualnie. Okres oczekiwania na objęcie usługami opiekuńczymi wynosi zwykle od kilku do kilkunastu dni.

Zwolnienia z opłat za usługi opiekuńcze

Zwolnienie częściowe lub całkowite z odpłatności jest traktowane przez MOPS/GOPS uznaniowo (każda sprawa rozpatrywana jest indywidualnie). Sprawa jest przedmiotem postępowania administracyjnego kończącego się decyzją administracyjną, od której przysługuje prawo wniesienia odwołania. Organem odwoławczym w omawianych sprawach jest Samorządowe Kolegium Odwoławcze.

Usługi opiekuńcze sprawowane przez wolontariuszy

Można skorzystać z pomocy opiekuńczej darmowej zapewniającej przez wolontariuszy organizacji społecznych, kościelnych (Caritas), fundacji czy zasiłku pielęgnacyjnego.

Usługi opiekuńcze prywatne

Usługi opiekuńcze oferowane są także przez profesjonalne firmy prywatne. Udzielane są na godziny, w ciągu dnia, na całą dobę z zamieszkaniem opiekuna. Zakres opieki świadczonej, jak i jej koszty, są bardzo zróżnicowane. Zawierane z firmami umowy pozwalają uniknąć zatrudnienia przypadkowych osób, dają możliwość składania reklamacji i skarg. Dla przykładu godzina pracy asystenta domowego wynosi od 16 zł, pakiet trzech godzinnych wizyt tygodniowo przez opiekuna przez 4 tygodnie – około 470 zł, wizyta pielęgniarki 20-100 zł, opieka całodobowa z zamieszkaniem 3-4 tys. zł na miesiąc. ■

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz. U. 2019.1507
<http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/1507/1>

Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – opieka instytucjonalna

Czasem zdarzają się sytuacje, w których nie ma możliwości zapewnienia choremu opieki w domu lub opieka jest niewystarczająca. Wyjściem z takiej sytuacji jest możliwość skorzystania z placówki stacjonarnej zapewniającej całodobową opiekę i pielęgnację.

Wyróżnia się kilka typów tego rodzaju placówek, są to:

- zakłady opiekuńcze i hospicja – świadczące usługi medyczne, gdzie źródłem finansowania jest NFZ,
- domy pomocy społecznej – świadczące głównie usługi

opiekuńcze, gdzie głównym źródłem finansowania jest Pomoc Społeczna.

Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze (ZPO) i Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL)

Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze (ZPO) lub **Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL)**, dalej nazwane zakładami opiekuńczymi, są placówkami ochrony zdrowia, pełniącymi podobne funkcje. Zapewniają całodobową opiekę i pielęgnację, rehabilitację oraz kontynuację leczenia dla osób niewymagających pobytu w szpitalu, a ze względu na stan zdrowia i niepełnosprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece, wymagają świadczeń pielęgnacyjnych. Do zakładu **może zostać przyjęta** osoba przewlekle chora, która w skali Barthel otrzymała 40 punktów i mniej. Istnieją zakłady przystosowane do opieki nad osobami przewlekle chorymi somatycznie i osobami chorymi psychicznie. **Nie może zostać przyjęta** osoba w zaawansowanej chorobie nowotworowej, chorobie psychicznej lub uzależniona.

Kryterium przyjęcia do zakładu opiekuńczego jest skierowanie, zaświadczenie lekarskie, pielęgniarzkie i ocena w tzw. skali Barthel. Dokumenty wypełnia pielęgniarzka, lekarz POZ, jeśli osoba przebywa w domu lub pielęgniarzka, lekarz w szpitalu, jeśli chory przebywa w szpitalu. **Wskazaniem do skierowania osoby do zakładu opiekuńczego**, jest wyłącznie stan zdrowia chorego, a nie sytuacja zawodowa, osobista czy zdrowotna pozostałych członków rodziny. Długość pobytu jest uzależniona od stanu zdrowia chorego, poziomu samodzielności, których oceny dokonuje lekarz i pielęgniarzka na koniec każdego miesiąca. Świadczenia zdrowotne w tego typu placówce są finansowane ze środków NFZ, pacjent ponosi koszty żywienia i zakwaterowania w wysokości 70% swojego dochodu rozumianego w myśl przepisów o pomocy społecznej. Konieczne jest udokumentowanie wysokości dochodu na podstawie decyzji o waloryzacji renty lub emerytury, decyzji o przyznaniu zasiłku stałego, zaświadczenia o wysokości zasiłku chorobowego. Okres oczekiwania na miejsce może się wahać od kilku tygodni do kilku miesięcy, co związane jest z niewielką liczbą miejsc w tego typu placówkach w stosunku do potrzeb.

Domy Pomocy Społecznej i Dienne Domy Pomocy Społecznej

Domy Pomocy Społecznej (DPS) świadczą całodobowo usługi opiekuńcze, zapewniają żywienie, mieszkanie, odzież oraz pomagają w załatwianiu codziennych spraw. Są przeznaczone dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. W przypadku kierowania osoby do DPS ocenia się całokształt sytuacji osoby lub rodziny, a więc także sytuację osobistą, zawodową, materialną. Skierowanie takie może być na czas określony lub na stałe. Można wybierać pomiędzy domami dla osób starszych, przewlekle chorych somatycznie lub przewlekle chorych psychicznie. Chcąc powierzyć opiekę nad bliskim opiekunom w DPS, należy zwrócić się do pracownika socjalnego w Miejskim/Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej funkcjonującym najbliżej miejsca zamieszkania. Odpłatność za pobyt w DPS, ustaloną na poziomie kosztów rzeczywistych, ponosi osoba kierowana do placówki, osoby zobowiązane do alimentacji i/lub gmina.

Możliwa jest również pomoc społeczna półstacjonarna realizowana w **Dziennym Domu Pomocy Społecznej**, poprzez całodzienne zajęcia, tj. kulturalne, rehabilitacyjne, rozmowy i porady psychoterapeutyczne oraz posiłki.

Ośrodek pomocy społecznej może zapewnić osobom niepełnosprawnym dofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, likwidacji barier architektonicznych (np. remont łazienki, budowa podjazdu dla wózka inwalidzkiego) czy zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne.

Hospicja

Pacjentowi przewlekle i nieuleczalnie choremu zapewnia się opiekę paliatywną całodobową (łagodzenie bólu, cierpień psychicznych, duchowych, socjalnych chorego w końcowym okresie życia). Pacjent trafia do hospicjum na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub innej placówki specjalistycznej – z poradni lub oddziału szpitalnego. Czas oczekiwania wynosi do kilku dni. ■

W celu uzyskania dokładniejszych informacji warto zapoznać się z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 731) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.).

Zakup sprzętu rehabilitacyjnego i produktów chłonnych

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

Uprawnienie pacjenta do danego wyrobu medycznego zostaje potwierdzone w systemie elektronicznym przez osobę uprawnioną, która zlecenie wystawia (w przychodni, w szpitalu). Dokument opatrzony pieczęcią i podpisem mogą wystawiać lekarze specjaliści, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci, pielęgniarzki i położne. Dzięki temu pacjent od razu może się udać z potwierdzonym zleceniem do sklepu medycznego lub apteki, która ma podpisaną umowę z NFZ, bez konieczności wizyty w NFZ, jak do tej pory. Dzięki nowemu rozwiązaniu pacjenci i ich opiekunowie nie tracą czasu na potwierdzanie zleceń w NFZ (osobiście lub koresponden-

cyjnie). Nowy sposób potwierdzania zleceń w systemie elektronicznym wprowadza też inne udogodnienie: zlecenie może być wystawione i potwierdzone niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. Wizyty pacjenta w NFZ będzie wymagać jedynie sytuacja, gdy lekarz nie uzyska w eWUŚ (elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorcy) potwierdzenia, że pacjent jest ubezpieczony lub gdy pacjent nie złoży pisemnego oświadczenia.

Wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Wyroby medyczne to np.: protezy kończyn dolnych i górnych – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku lub niedorozwoju; ortozy kończyn dolnych i górnych; gorsety ortopedyczne, ortozy ortopedyczne tułowi i szyi, obuwie ortopedyczne, soczewki okularowe korekcyjne do blizy i dali, soczewki kontaktowe twarde i miękkie, epiprotezy i protezy oka, lupy, monokulary, okulary lupowe, okulary lornetowe do blizy i dali, aparaty słuchowe, wkładki uszne, systemy wspomagające słyszenie, rurki tracheostomijne, cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, protezy piersi, peruki, cewniki zewnętrzne, cewniki urologiczne, worki do zbiórki moczu, worki stomijne, **środki pomocnicze/wyroby chłonne: pieluchomajtki (zamiennie: pieluchy anatomiczne lub majtki chłonne, lub podkłady, lub wkłady anatomiczne), poduszki i materace przeciwoleżynowe, kule, trójnogi, czwórnogi, laski, balkoniki albo podpórki ułatwiające chodzenie, pionizatory, wózki inwalidzkie.**

Zasady korzystania z zaopatrzenia w wyroby medyczne

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

Refundacja wyrobów chłonnych obejmuje:

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

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

Okres użytkowania

Wyrób medyczny przysługuje raz w danym okresie użytkowania potwierdzonym wskazaniem medycznym. Rozporządzenie określa okres użytkowania danego wyrobu medycznego (raz na określony czas: np. rok, 2 lata, 3 lata, także w zależności od wieku i stanu pacjenta). Okres użytkowania jest liczony od daty odbioru wyrobu medycznego w sklepie.

Okres użytkowania może ulec skróceniu: w przypadku osób dorosłych – gdy zaszły u nich zmiany w stanie fizycznym, a możliwości regulacji wyrobu zostały wyczerpane. Wniosek o skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego wystawia uprawniony lekarz.

Zasady refundacji

Pacjent potrzebujący określonych produktów niezbędnych w procesie leczenia i rekonwalescencji może liczyć na finansowe wsparcie ze strony państwa. Możliwe jest uzyskanie dofinansowania **ze środków NFZ oraz PFRON. Refundacja NFZ** to możliwość nabycia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, których koszt częściowo lub w całości pokrywa NFZ. Refundacja NFZ przysługuje każdemu pacjentowi posiadającemu aktualne ubezpieczenie zdrowotne, który otrzymał stosowne zlecenie wystawione przez osobę do tego uprawnioną. **Dofinansowanie z PFRON** (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) to forma wsparcia finansowego dla osób niesprawnych przyznawana według kryterium dochodowego. Mogą się o nie starać osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, których średni miesięczny dochód z trzech ostatnich miesięcy w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym nie jest wyższy niż połowa przeciętnego wynagrodzenia na osobę pozostającą w gospodarstwie domowym lub 65 proc. przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Na środki z PFRON może liczyć także pracodawca zatrudniający w swojej firmie osoby dysfunkcyjne. Środki te są doliczane do comiesięcznego wynagrodzenia zatrudnionego. O dofinansowanie z PFRON dla osób niepełnosprawnych mogą się ubiegać przedsiębiorcy, którzy spełniają warunki przedstawione w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, m.in. zatrudniają nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

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

Kody NFZ, które warto znać

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

Sprzęt rehabilitacyjny – dofinansowanie NFZ

Obejmuje szereg produktów. Poza wymienionym już zaopatrzeniem ortopedycznym można zaliczyć tu m.in.: gorsety (odciążająco-stabilizujące, korekcyjne lędźwiowo-krzyżowe, kołnierze itp.), poduszki i materace przeciwoleżynowe, wózki inwalidzkie, chodziki rehabilitacyjne. Na liście znajdziemy także pionizatory oraz urządzenia służące stabilizacji pacjenta w pozycji siedzącej i leżącej. W przypadku balkonika dla niepełnosprawnych limit refundacji ze środków NFZ wynosi przy-

kładowo 240 zł na sprzęt dla dorosłych i 600 zł na balkonik specjalny dla dzieci, natomiast na materac przeciwdoleżności – 400 zł. ■

Więcej informacji:

1. dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2017/pozycja/1061
2. dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2018/pozycja/281
3. www.brandvital.eu/opieka-dlugoterminowa/co-refunduje-nfz-zasady-refundacji-wyrobow-medycznych-w-2019

Wyroby chłonne i ich zastosowanie

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

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

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

Wkładki na nietrzymanie moczu/urologiczne

Redukują nieprzyjemny zapach moczu, stanowią zabezpieczenie między wizytami w toalecie, polecane przy lekkim i średnim nietrzymaniu moczu. Przypominają podpasę, ale mają znacznie wyższą chłonność (do 8 poziomów chłonności), a dzięki specjalnym osłonkom dodatkowo zabezpieczają bocznym wyciekom. Mocowane są do bielizny za pomocą paska klejowego. Stworzone z myślą o kobiecej i męskiej anatomii.

Majtki chłonne

Rekomendowane są dla osób ze średnim i nasilającym się nietrzymaniem moczu. Wyglądają jak zwykła bielizna, zapewniają suchość, dyskrecję, swobodę ruchów, dają pewność siebie podczas spotkań ze znajomymi, przy wyjściu na spacer czy

rehabilitację. Umożliwiają korzystanie z toalety samemu lub z pomocą opiekuna. Łatwe do zakładania i zdejmowania, pozwalają skórze oddychać. Posiadają system kontroli zapachu oraz tasiemkę umożliwiającą zwinięcie i wyrzucenie zabrudzonego produktu. Dostępne w różnych poziomach chłonności (do 3) i różnych rozmiarach: od S do XXL. Posiadają szwy boczne, które można rozerwać i w szybki, higieniczny sposób zdjąć, nawet zabrudzone kałem. Przez osoby z demencją intuicyjnie odbierane są jako naturalne, podobne do zwykłej bielizny, rzadziej je rozrywają i ściągają, jak to się im zdarza przy klasycznych pieluchomajtkach zapinanych na rzepy, do których nie są przyzwyczajeni. Przed zakupem należy zmierzyć obwód talii i w biodrach, a następnie porównać do rozmiaru na opakowaniu. Jeśli oba wymiary są w tym samym przedziale – ten rozmiar należy wybrać. Jeśli rozmiary są w różnych przedziałach, należy wybrać rozmiar na podstawie wymiaru większego. 55-85 cm – S – Small; 80-110 cm – M – Medium; 100-135 cm – L – Large; 120-160 cm – XL – Extra Large; 140-190 cm – XXL – 2X-Large

Pieluchomajtki

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

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

Nietrzymanie moczu jest krępujące dla podopiecznego i opiekuna. Nie mów „pampers”, bo to produkt dla dzieci, używaj poprawnego nazewnictwa, np. „pieluchomajtki”. Po konsultacji z podopiecznym należy wprowadzać produkty chłonne „Mogą sprawić, że będzie ci wygodniej, są dyskretne, nikt nie zauważy, że masz je na sobie”, dopilnować, aby bielizna była regularnie zmieniana, aby nie wystąpiło zapalenie dróg moczowych. Osoby z objawami demencji są wyczułone na zmianę w otoczeniu i nawykach, dlatego trudno się im przyzwyczaić do wyrobów chłonnych. Pomocne może być umieszczenie np. majtek chłonnych w szufladzie z bielizną lub w szafce na ubrania, zamiast w łazience czy trzymać w opakowaniu fabrycznym.

W ten sposób podopieczny ma szansę na przyzwyczajenie się do ich obecności i postrzegania ich jako elementu ubioru. Można też wcześniej wkleić wkładki urologiczne w bieliznę i przechowywać w szufladzie. W ten sposób unikniemy zapomnienia założenia wkładki lub protestów podczas jej zakładania przez podopiecznego. Krytyka nie motywuje do większej dbałości o higienę i zmiany zachowania. Podopieczny może ukrywać zabrudzenia bielizny, pościeli lub zużyte produkty chłonne. Zwracanie uwagi w nietaktowny lub napastliwy sposób może sprawić, że podopiecznemu będzie trudniej zwrócić się do Ciebie po pomoc lub zasygnalizować chęć pójścia do toalety. Trudniej będzie przekonać podopiecznego do noszenia produktów chłonnych. Jeżeli podopiecznemu zdarza się zmoczyć łóżko, fotel, wózek inwalidzki, dobrym zabezpieczeniem są podkłady higieniczne. Jeśli podopieczny usiłuje ściągnąć bieliznę chłonną, zrywa ją lub skubie, dobrze sprawdzą się odpowiednia bielizna zabezpieczająca w postaci body, które zapinane są na plecach i zabezpieczają przed natrętnymi czynnościami. Jeśli takie czynności zaczynają się pojawiać nagle, może to sugerować infekcję, zaparcie. Chory będzie miał problem ze słownym wyrażeniem bólu, dyskomfortu, ucisku i w ten sposób komunikować niezrealizowaną potrzebę. Należy być wyczulonym na takie gesty. ■

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

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

Powinno ono być dostosowane do jego potrzeb, tzn. być:

1. Przyjazne – podopieczny powinien czuć się w nim chciany, niezależnie od etapu choroby.
2. Przypominające – podopiecznego powinny otaczać sprzęty i przedmioty, które lubi i zna, przypominają mu ważne etapy codziennych czynności.
3. Przygotowane na błędy, które podopieczny będzie popełniać, gdy np. wyleje wodę ze szklanki niech upadnie nie na śliskie kafelki, lecz antypoślizgową podłogę, a szklanka niech będzie wykonana z grubego i nietłuczącego się szkła, plastiku lub bambusa.

4. Przystosowane, czyli wygodne w użytkowaniu, np. kubki umieszczone w widocznym i łatwo dostępnym miejscu w kuchni lub specjalnej szafce z naklejką „kubki”. Ważne są naklejki z napisami lub rysunkami, np. na drzwiach toalety można umieścić kartkę z napisem „toaleta” lub grafiką sedesu, co ułatwi znalezienie WC. Napisy powinny być wykonane czarnymi literami na białym lub żółtym tle; naklejki umieszczone na wysokości wzroku podopiecznego; napisy powinny być wykonane czytelnie, dużą czcionką, np. Century Gothic w rozmiarze 36.

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

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

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

Podłogi, powinny minimalizować ryzyko upadków. Chodniki, dywaniki należy przykleić do podłogi, nie będą się ślizgać, a chory nie będzie się o nie potykał. Wypastowana, błyszcząca

podłoga może wyglądać jak lustro albo tafla wody, na którą chory może się bać wejść. Ciemne kafelki wyglądają jak dziury, tak postrzega je chorujący mózg, dlatego należy na nie przykleić jednokolorowe jasne chodniki. Podobnie wyglądają ciemne wycieraczki na jasnej podłodze. To wizualne pułapki, postrzegane jako dziury. Zwrócić uwagę należy na progi w mieszkaniu, aby były na równi z podłogą. Dobrze jest, jeśli podłoga jest matowa i jednolita, jak najmniej wzorzysta i wielokolorowa.

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

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

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

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

Źródła:

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

Leczenie niewydolności serca – zalecenia dla chorego i opiekunów

Postępowanie farmakologiczne.

Obejmuje cztery grupy leków:

1. Inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE inhibitory=ACEI, np. kaptopryl, enalapryl) lub blokery receptora AT1 dla angiotensyny II=sartany, np. walsartan. Efekt ich działania to zapobieganie niekorzystnym zmianom i przebudowie mięśnia sercowego, obniżenie ciśnienia tętniczego, rozkurcz małych tętniczek. Do działań niepożądanych zalicza się kaszel (brak tego objawu lub mniejsze nasilenie kaszlu po stosowaniu sartanów), zawroty głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Mogą hamować wydalanie potasu, czasem prowadząc do nadmiernego wzrostu stężenia potasu we krwi. Ze względu na ich działanie konieczne jest monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi oraz częsta kontrola laboratoryjna krwi.
2. β -adrenolityki (β -blokery, np. metoprolol, bisoprolol). Efekt działania to zwolnienie rytmu serca, obniżenie ciśnienia tętniczego przez hamowanie działania amin katecholowych. Zapobiegają zaburzeniom rytmu i pozwalają sercu rozsądniej gospodarować energią, zmniejszają zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen. Stosując β -blokery, zmniejszamy śmiertelność i ryzyko nagłych zgonów, ale trzeba zwrócić uwagę na możliwość pojawienia się bradykardii, hipotonii, nasilenia duszności poprzez skurcz oskrzeli w przebiegu POChP lub dolegliwości bólowych, wynikających z niedokrwienia kończyn w miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Wadą leków tej grupy jest możliwość obkurczania naczyń w odpowiedzi na zimno, wywołującego błądność, a następnie zasinienie skóry i ból. Mogą też być przyczyną depresji, koszmarów sennych, podwyższenia poziomu glikemii, u mężczyzn zaburzeń potencji. Ale istnieje już nowa generacja leków tej grupy, która ma zdecydowanie mniejsze ryzyko wywołania części tych niepożądanych reakcji. Dobrze dobrana dawka leku powinna zwolnić częstość serca do około 60-70 uderzeń na minutę.
3. Diuretyki (leki moczopędne, np. furosemid, hydrochlorotiazyd, indapamid, spironolakton). Efekt działania tej grupy to zmniejszenie zastojów w krążeniu małym, zmniejszenie obręzków obwodowych, obniżenie ciśnienia tętniczego przez zwiększenie wydalania nadmiaru płynów i sodu, zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego. Efekt niepożądany – utrata potasu (hipokaliemia). Przy stosowaniu diuretyków pętlowych i tiazydowych należy uzupełnić potas. Stosowanie spironolaktonu w połączeniu z ACEI, może spowodować hiperkaliemię (wzrost stężenia potasu). Leki moczopędne mogą nasilać hipotonię i niewydolność nerek. Efekty lecznicze diuretyków można zniwelować nadmierną podażą sodu (zawartego w soli kuchennej), dlatego ważne jest przestrzeganie diety z ograniczeniem ilości sodu. Nadmierne spożycie soli powo-

duże powstanie obrzęków i nasilenie duszności pomimo leczenia moczopędnego, skłania więc do podwyższania dawki leków. To z kolei odbija się większym pragnieniem i większymi stratami potasu. Następstwem spadku poziomu potasu jest konieczność włączenia kolejnych leków. Ograniczenie solenia należy postrzegać jak postępowanie o podobnej sile działania jak włączenie kolejnego leku. Nadmiar i niedobór potasu jest szkodliwy dla pracy serca.

4. Digoksyna (naparstnica) zwalnia akcję serca, zwiększa siłę skurczu, wskazana w NS, której towarzyszy migotanie przedsionków, stosuje się ją w zaawansowanej NS (NYHA III i IV).
5. Inne leki: nitraty, leki antyarytmiczne, leki przeciwplatekcyjne i przeciwzakrzepowe, leki obniżające stężenie cholesterolu.

Zasadniczo leczenie NS u osób starszych nie różni się od postępowania terapeutycznego u pacjentów młodych. Wskazana jest redukcja dawek leków oraz powolne dochodzenie do optymalnego dawkowania leków. Rokowanie w NS jest porównywalne z rokowaniem w chorobach nowotworowych. Kluczowym jest przestrzeganie zaleceń, dobra współpraca chorego z lekarzem, pielęgniarką, opiekunem. Czasem konieczne jest wszczęcie urządzeń stymulujących pracę serca lub chroniących przed nagłym zatrzymaniem krążenia (implantowane kardiowertery-defibrylatory), a niekiedy leczenie operacyjne: angioplastyka i pomostowanie naczyń wieńcowych, chirurgiczne leczenie wad serca, przeszczep serca (zazwyczaj dotyczy młodszych pacjentów). ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatry i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Kontrola podstawowych parametrów życiowych w niewydolności serca

Ważnym elementem samoopieki w leczeniu niewydolności serca jest kontrola parametrów życiowych, np. masy ciała, ciśnienia tętniczego czy częstości pracy serca. Niedocenianym problemem jest sposób motywacji do wykonywania codziennych pomiarów.

Większość chorych dokonuje ich dlatego, że są oni pytani przez lekarza podczas wizyty. Chorzy często uzasadniają samokontrolę chęcią uniknięcia kolejnego zaostrzenia lub nieplanowanej hospitalizacji, czyli kierują się negatywnymi prze-

stankami. Łatwiej zaakceptować obowiązki, mając pozytywne motywacje do działania. Przykładem pozytywnej motywacji jest uzasadnienie sprawdzania swoich parametrów utrzymaniem optymalnej kontroli objawów choroby lub optymalnego stanu zdrowia. Po zrozumieniu, dlaczego należy mierzyć określone parametry, należy wyrobić sobie i utrzymać nawyki codziennego ich przeprowadzania. Reżim codziennego mierzenia ciśnienia tętniczego łatwiej zachować, jeśli zapisuje się wyniki pomiarów. Sporządzone notatki stają się dowodem prowadzenia kontroli. Waznieniu się sprzyja umieszczenie wagi w widocznym miejscu, np. w sypialni, w toalecie. Pomiarów powinno dokonywać się zawsze w tych samych okolicznościach, najlepiej rano po wstaniu z łóżka, po oddaniu moczu i stolca, przed zjedzeniem śniadania. Przybranie więcej niż 3 kg w ciągu dwóch dni mocno sugeruje gromadzenie się wody w organizmie i niebezpieczeństwo wystąpienia zaostrzenia niewydolności serca. Przyjęcie dodatkowej dawki diuretyku jest w stanie przynajmniej doraźnie zażegnać powstający problem. Modyfikację leku należy czynić rozważnie i ostrożnie. Jeśli dodatkowa dawka leku nie przyniesie poprawy, należy bezzwłocznie skontaktować się z zespołem leczącym – pielęgniarką, lekarzem. Oprócz umiejętności samokontroli chory powinien nabyć zdolności samoobserwacji. Oznacza to konieczność poznania podstawowych objawów niewydolności serca, interpretacji zmiany ich nasilenia oraz interpretacji podstawowych parametrów życiowych, wyciągania wniosków na podstawie odchyleń od normy kontrolowanych parametrów.

Zasady tradycyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi

1. Sprawdzenie czynników i sytuacji, które mogą wpływać na zafałszowanie wyniku: wzmożony wysiłek fizyczny; stany emocjonalne (stres, złość, strach, radość); palenie papierosów, picie kawy, alkoholu, obfity posiłek, gorączka.
2. Przed pomiarem należy minimum 5 minut odpocząć, 15-30 minut nie pić mocnej kawy, herbaty, nie denerwować się, nie wykonywać wysiłku fizycznego, nie spieszyć się.
3. Przygotować sfigmomanometr (ciśnieniomierz): opaska (mankiet), manometr sprężynowy, pompka (gruszka) z zaworem, gumowe przewody; komora powietrzna (poduszka gumowa) powinna stanowić 80% mankieta u dorosłych; manometr sprężynowy powinien być kalibrowany raz na 3-6 miesięcy; pomiary należy wykonywać za pomocą tego samego sfigmomanometru sprężynowego, techniką osłuchową lub ewentualnie aparatem automatycznym o potwierdzonej wiarygodności
4. Pierwszego pomiaru należy dokonać na obu rękach, a podczas następnych na ramieniu, na którym ciśnienie było wyższe.
5. Podczas każdego badania należy wykonać co najmniej 2 pomiary na tym samym ramieniu w odstępie 1 minuty, a następnie dodatkowe, jeśli wyniki pierwszych 2 pomiarów znacznie się różnią; wynik podaje się jako wartości średnie z pomiarów.
6. Pomiar w pozycji siedzącej (plecy podparte, stopy spoczywające na podłodze) lub leżącej, dodatkowo 1 i 3 minuty po przyjęciu pozycji stojącej, chcąc stwierdzić hipotonię ortostatyczną, np. przy niewłaściwie dobranej terapii lekami hipotensyjnymi, u osób starszych, z cukrzycą.
7. Sprawdzenie czy na kończynie, na której będzie wykonywany pomiar nie występuje porażenie/niedowład, przeto-

ka tętniczo-żylna, lub nie jest stroną po przebytej mastektomii, czy gdzie jest założony wenflon.

8. Wykonywanie pomiaru o stałej porze, w tej samej pozycji, w tej samej temperaturze pokojowej, tym samym aparatem.
9. Przygotowanie kończyny górnej do pomiaru: zdjęcie ubrania z ramienia, ustawienie ramienia w lekkim odwiedzeniu, z podparciem przedramienia, na wysokości serca bez względu na pozycję ciała, tak aby tętnica ramiennea była na poziomie serca, odwrócenie ręki stroną zgięciową do góry, z dłońią niezaciśniętą.
10. Założenie mankietu na ramię według kryteriów:
 - szerokość mankietu dostosowana do obwodu ramienia (12-14 cm u osób dorosłych), stanowiąca 1/2 długości ramienia; szerszy i dłuższy mankiety na grube ramie
 - ścisłe przyleganie mankietu dookoła ramienia
 - mankiety założony na wysokości 2-3 cm powyżej zgięcia łokciowego
11. Założenie słuchawek lekarskich do uszu (przy metodzie osłuchowej – aparaty sprężynowe) lub włączenie przycisku aparatu (przy metodzie oscylometrycznej – aparaty elektroniczne naramienne) oraz wybadanie tętna na tętnicy promieniowej.
12. Napełnienie mankietu powietrzem (w ciągu ok. 30 sekund) do wartości wyższej o 20-30 mm Hg od uzyskanej w chwili zaniku tętna na tętnicy promieniowej.
13. Wypuszczanie powietrza z mankietu szybkością 2-3 mm Hg/s (ważne w arytmii) oraz odczytanie wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego na skali pomiarowej lub czytniku aparatu.
14. Metoda osłuchowa (Korotkowa) oparta jest na zasadzie osłuchiwania tonów pojawiających się w uciśniętej z zewnątrz przez mankiety tętnicy ramiennej, a później tonów znikających, w miarę zmniejszania tego ucisku podczas obniżania ciśnienia w mankiecie. Korotkow w czasie osłuchiwania tętnicy wyodrębnił 5 faz: I – pojawienie się pierwszych tonów o charakterze stuków (ciśnienie skurczowe), II – tony ciche, bardziej stłumione, III – ponowny wzrost głośności tonów, IV – nagłe ściszenie tonów, rzadko ciśnienie rozkurczowe, V – zniknięcie tonów (ciśnienie rozkurczowe). W niektórych sytuacjach klinicznych, np. w nadczynności tarczycy, gorączce faza V może nie występować (tony są słyszalne do poziomu zero), wówczas za wartość ciśnienia rozkurczowego przyjmuje się ciśnienie odczytane w chwili wyraźnego ściszenia dźwięków, które stają się miękkie.
15. Ciśnienie należy mierzyć z dokładnością nie mniejszą niż 2 mmHg i nie zaokrąślać wyniku do 5 mmHg, pomiar można powtórzyć w razie potrzeby po upływie 1-2 minuty, minimum 30 sekund oraz udokumentować – zapisać wyniki wraz z datą i godziną pomiaru.
16. W okresie ustalania rozpoznania i rozpoczynania leczenia pacjent powinien wykonywać w domu co najmniej 2 pomiary rano i 2 pomiary wieczorem (przed posiłkiem, przed przyjęciem leków) codziennie przez tydzień. Z pomiarów uzyskanych w ciągu 7 dni (z wyłączeniem pomiarów z 1. dnia) należy obliczyć średnią. Poza tygodniowymi okresami pomiarów zaleca się wykonywanie 1-2 pomiarów na tydzień.
17. Za prawidłową wartość ciśnienia tętniczego w pomiarach samodzielnych przyjmuje się wg wytycznych PTNT 135/85 mmHg (średnia z pomiarów w ciągu kilku dni).

Prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi (CTK) u osób dorosłych wg WHO

Optymalne – poniżej 120/80 mmHg.

Prawidłowe – 120-129/80-84 mmHg, kontrola za 2 lata.

Prawidłowe wysokie – 130-139/85-89 mmHg, kontrola za rok i zmiana stylu życia.

Graniczne – 140-149/90-94 mmHg.

Prawidłowa amplituda skurczowo-rozkurczowa powinna wynosić 30-50 mmHg, za graniczną wartość uznaje się wielkość przekraczającą 63 mmHg.

Izolowane skurczowe nadciśnienie tętnicze: skurczowe przekracza 140 mmHg, a rozkurczowe jest niższe niż 90 mmHg, np. u osób z cukrzycą typu 2, starszych.

Nadciśnienie tętnicze (hypertonia) – podwyższenie ciśnienia skurczowego i (lub) rozkurczowego powyżej wartości prawidłowych. Może być pierwotne (samoistne), częściej występuje w przebiegu różnych chorób, np. nerek, narządu krążenia, zaburzeń hormonalnych; należy co najmniej w czasie 2 wizyt po pierwszym badaniu przesiewowym posiadać ciśnienie powyżej wartości granicznej, aby u osoby dorosłej rozpoznać nadciśnienie tętnicze.

Nadciśnienie tętnicze:

- **łagodne** – 1° (ciśnienie skurczowe 140-159 mmHg, ciśnienie rozkurczowe 90-99 mmHg) – kontrola w ciągu 2 miesięcy;
- **umiarkowane** – 2° (ciśnienie skurczowe 160-179 mmHg, ciśnienie rozkurczowe 100-109 mmHg); dalsza diagnostyka lub skierowanie na leczenie w ciągu 1 miesiąca;
- **ciężkie** – 3° (ciśnienie skurczowe 180-209 mmHg, ciśnienie rozkurczowe 110-119 mmHg); dalsza diagnostyka lub skierowanie na leczenie w ciągu 1 tygodnia;
- **bardzo ciężkie** (powyżej 210/120 mmHg) – niezwłoczne skierowanie na leczenie.

Hipotonia ortostatyczna u osób przyjmujących leki hipotensyjne (naczyniorozszerzające, obniżające ciśnienie tętnicze krwi), hipoglikemizujące (obniżające poziom glukozy), diuretyki (moczopędne), przeciwparkinsonowskie, antyarytmiczne, antycholinergiczne, przeciwdepresyjne, neuroleptyki, nitrały; z nadciśnieniem tętniczym, miażdżycą, cukrzycą, chorobą Parkinsona, niewydolnością krążenia. Objawy: zawroty głowy, zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia (mroczki, niedowidzenie), omdlenia, upadki. To obniżenie ciśnienia tętniczego po 5-minutowym odpoczynku w pozycji leżącej i pionizacji (pomiar w 1. i 3. minucie pionizacji) o co najmniej 20 mmHg lub do wartości poniżej 90 mmHg (skurczowe) i 10 mmHg (rozkurczowe). Zwiększone ryzyko: rano, po długim leżeniu, towarzyszy odwodnieniu, wysokiej temperaturze otoczenia, gorącej kąpieli, znacznemu wysiłkowi fizycznemu, obfitemu posiłkowi, przyjęciu alkoholu.

Zapobieganie hipotonii ortostatycznej: pozycja półleżąca podczas snu, zwiększenie podaży sodu w diecie, regularny trening fizyczny, krzyżowanie nóg, kucanie, noszenie podkolanówek kompresyjnych, częste i niewielkie posiłki ze zredukowaną zawartością węglowodanów prostych, unikanie: nagłej pionizacji ciała, przedłużonej pozycji stojącej, dusznych, nagranych pomieszczeń, leków o niepożądanym działaniu hipotensyjnym. Podanie leków, np. efedryna, dihydroergotamina, desmopresyna.

Czynniki obniżające CTK związane z:

1. pacjentem: ciche tony Korotkowa, niedawno spożyty posiłek, przeoczona przerwa osłuchowa;
2. otoczeniem i sprzętem: hałas, niesprawny aparat sprężynowy, nieszczelna gruszka;
3. pomiarem: hałas, odpoczynek przed pomiarem powyżej 25 minut, ramię ułożone za wysoko, zbyt luźny mankiet, za szybkie wypuszczanie powietrza, za mocne przyciśnięcie membrany stetoskopu;
4. osobą wykonującą pomiar: zaokrąglanie wyniku do 5 mmHg w dół, niedosłuch.

Czynniki podwyższające CTK związane z:

1. pacjentem: ciche tony Korotkowa, przeoczona przerwa osłuchowa, reakcja białego fartucha, pomiar na ramieniu porażonym, lęk, ból, wypalenie papierosa, wypicie alkoholu, kawy, wypełniony pęcherz moczowy, rozmowa;
2. otoczeniem i sprzętem: hałas, nieszczelna gruszka, zimny stetoskop;
3. pomiarem: hałas, odpoczynek przed pomiarem powyżej 25 minut, ramię ułożone za wysoko, zbyt luźny mankiet, za szybkie wypuszczanie powietrza, za mocne przyciśnięcie membrany stetoskopu;
4. osobą wykonującą pomiar: niedosłuch, zimne dłonie;
5. pomiarem: mankiet za wąski, założony nierówno, za luźno, na rękaw, ramię ułożone za nisko, za krótki odpoczynek przed pomiarem, niepodparte plecy i ramię, za wolne wypuszczanie powietrza, za szybkie wypuszczanie powietrza – tylko ciśnienie rozkurczowe, chłodna pora roku.

Czynniki nie mające wpływu na wartość CTK podczas pomiaru związane z:

1. pacjentem: faza cyklu miesięczkowego, samodzielne pompowanie mankietu;
2. pacjentem i osobą wykonującą pomiar: różnica płci i rasy;
3. pomiarem: cienki rękaw koszuli pod mankiem, pora dnia.■

Piśmiennictwo:

1. Interna Szczeklika 2016/17. Mały podręcznik. Wydanie VIII.
2. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.

Synonimy: zespół majaczeniowy, zespół delirijny, stan ostrego splątania, ostry zespół mózgowy. Majaczenie należy do jakościowych zaburzeń świadomości. Częstość występowania zespołów majaczeniowych jest duża, zwłaszcza u hospitalizowanych starszych chorych. Delirium ma swój początek w zaburzeniu somatycznym, które powoduje zaburzenie równowagi organizmu starego człowieka, którego skutkiem jest dysfunkcja mózgu, wynikająca z działania toksyn lub zmian metabolicznych.

Wśród przyczyn majaczenia u osób starszych wymienia się:

- zakażenia: układu oddechowego (zapalenie płuc), układu moczowego (zapalenie pęcherza moczowego), skóry, przewodu pokarmowego, mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych;
- schorzenia endokrynologiczne: cukrzyca, choroby tarczycy, kory nadnerczy, przysadki;
- niewydolność wątroby, nerek;
- niedokrwienie mózgu (udar), niewydolność krążenia, zawał serca, niewydolność oddechowa, niedokrwistość, choroby naczyń;
- odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe (gorączka, biegunka, wymioty, upały, leki moczopędne);
- zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej;
- niedożywienie, niedobory witamin;
- guzy mózgu, choroby zwyrodnieniowe mózgu, np. choroba Alzheimera;
- zatrucia alkoholem, zespoły abstynencyjne (odstawienie alkoholu);
- urazy, zwłaszcza głowy;
- zabiegi chirurgiczne, zwłaszcza w znieczuleniu ogólnym;
- środki psychotropowe o silnym działaniu antycholinergicznym, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, benzodiazepiny – często stosowane przez seniorów jako nasenne i uspokajające, przeciwcukrzycowe, przeciwwymiotne, przeciwparkinsonowskie, przeciwpadaczkowe, przeciwnadciśnieniowe, przeciwbólowe (zwłaszcza narkotyczne), digoksyna, steroidy, pochodne atropiny;
- założenie cewnika do pęcherza moczowego, podanie dożylnych płynów (zbyt szybkie, o zbyt niskiej temperaturze), zmiana miejsca pobytu (hospitalizacja, zwłaszcza u osób z otępieniem).

Objawy majaczenia

Początek delirium jest niecharakterystyczny: złe samopoczucie, niepokój, bezsenność, lęk. Niewielkie zaburzenia orientacji co do miejsca, czasu, otoczenia, spowolnienie myślenia, zubożenie, często pozostają niezauważone, łącznie są z chorobą podstawową. Później mogą pojawić się: chwiejność emocjonalna (od smutku, płaczu do nieuzasadnionej wesołości), zmęczenie, koszmarne sny, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, trudności w skupieniu uwagi, zaburzenia zapamiętywania, np. poleceń. W rozwiniętym majaczeniu dominują: dezorientacja allo- i autopsychiczna, omamy wzrokowe, słuchowe, czuciowe, które przez chorego odbierane są jako niebezpieczne, urojenia prześladowcze, lęk, drażliwość, gniew, czasem euforia, zaburzenia krytycyzmu, pobudzenie ruchowe, ucieczka lub walka z omamami. Wreszcie chorzy tracą kontakt z otoczeniem, przestają reagować na bodźce, ruchy stają się nieskoordynowane („skubanie pościeli”), mowa zamazana, niewyraźna, wypowiedane słowa nie mają związku logicznego, dochodzi do śpiączki i zgonu.

Wielkie problemy geriatryczne – majaczenia

Majaczenie (delirium) to zespół zaburzeń psychicznych na podłożu organicznych zmian w mózgu, o ostrym przebiegu, z globalnym upośledzeniem czynności poznawczych. Zaburzenia są potencjalnie odwracalne, trwają względnie krótko (czasem godziny, zwykle kilka-kilka dni), choć zdarzają się majaczenia trwające kilka miesięcy.

Przy prawidłowym leczeniu objawy stopniowo ustępują, chorzy zapadają w tzw. sen końcowy, z którego budzą się po kilkunastu godzinach osłabieni, ale zorientowani.

Opieka nad osobą z majaczeniem – wymaga szczególnego zaangażowania, nadzoru, pielęgnacji, ze strony opiekuna formalnego w szpitalu i nieformalnego w domu. Najważniejsze jest dostrzeżenie zmian w zachowaniu chorego i przy podejściu majaczenia kontakt z lekarzem. Ważne jest odróżnienie delirium od otępienia. Zwykle nieunikniona jest hospitalizacja (oddział wewnętrzny, geriatryczny, psychosomatyczny), choć część chorych przy zapewnieniu właściwej opieki może być leczona w domu. Delirium należy do stanów nagłych i jest sygnałem bezpośredniego zagrożenia życia chorego. Konieczne jest szczegółowe badanie przez lekarza, pielęgniarkę, z oceną podstawowych funkcji życiowych, sprawności psychofizycznej chorego, możliwości współpracy. Istotny jest stały nadzór nad chorym – pomoc w opanowaniu lęku i uchronienie pacjenta przed urazami. Pokój powinien być cichy, jasny, w nocy lekko podświetlony (ciemność wzmacnia niepokój), chory pobudzony psychoruchowo zabezpieczony przed wypadnięciem z łóżka. Należy pamiętać, że niektórzy chorzy mogą próbować oddalić się pod wpływem doznań psychotycznych, mogą być agresywni (kiedy zmuszani są do czynności, których nie są w stanie wykonać lub ich nie rozumieją, mogą w ten sposób sygnalizować ból, zmęczenie). Reakcja opiekuna powinna być spokojna, ale zdecydowana. Czasami wystarczy odwrócenie uwagi, zmiana tematu rozmowy, uśmiech, propozycja napięcia się, zjedzenia czegoś. Podniesiony głos opiekuna, gwałtowne ruchy, grożenie, zmuszanie do czynności nasila agresję, zaburza poczucie bezpieczeństwa podopiecznego. Nie należy zbyt pochopnie stosować środków przymusu bezpośredniego (unieruchomienie pasami ochronnymi). Należy to uczynić po wyczerpaniu wszelkich sposobów uspokojenia pacjenta. Unieruchomienie może powodować nasilenie niepokoju, agresji, pogarszać stan fizyczny chorego (potęgować duszność, sprzyjać zapaleniu płuc, odleżynom, powikłaniom zakrzepowo-zatorowym). Duże znaczenie ma nawodnienie chorego (minimum 2l/dobę), u gorączkujących, odwodnionych, przyjmujących leki moczopędne, neuroleptyki (zmniejszają wydzielanie śliny), pocących się (upały), w lęku, z biegunką, wymiotami – jeszcze więcej. Szczególnie ważne jest podawanie płynów osobom niepotrafiącym sygnalizować swoich potrzeb, np. z otępieniem, afazją, w ciężkim delirium oraz osobom starszym, którzy często mają zaburzone poczucie pragnienia. Płyny należy podawać w miarę możliwości doustnie, przy zaburzeniach połykania – przez zgłębnik żołądkowy lub dożylnie we wlewach kroplowych. Ważna jest dbałość o prawidłowe odżywianie. Chorzy wymagają karmienia, toalety jamy ustnej, zakładania o ile to możliwe protez do posiłków. Należy dbać o higienę i czystość. Monitorować wypróżnienia i oddawanie moczu, np. zatrzymanie moczu i przepełnienie pęcherza w chorobach prostaty, może powodować silne bóle i pogarszać przebieg majaczenia. Higiena ciała, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, nawilżanie skóry, zmiana pozycji chorych leżących to podstawowe zasady profilaktyki przeciwoleżynowej. W okresach lepszego samopoczucia wskazane jest uruchamianie chorego – sadzanie na fotel, krótki spacer, nawet kilka kroków. W leczeniu objawowym pobudzenia i objawów psychotycznych stosuje się na zlecenie lekarza małe dawki neuroleptyków, np. haloperidolu, czasami u osób z nasilonym lękiem skuteczne są ben-

zodiazepiny (np. lorazepam). Istnieje jednak ryzyko nasilenia delirium przez te leki, np. paradoksalnego pobudzenia po ich podaniu. Ważne jest przeciwdziałanie upośledzeniu funkcji poznawczych przez zaznajomienie pacjenta z rozkładem dnia i oddziału, opiekującym się personelem, planowanymi badaniami; podejmowanie rozmów ułatwiających orientację w otoczeniu, zajęć stymulujących funkcje poznawcze (omawianie bieżących wydarzeń, wspomnień); zaprzestanie podawania leków nasennych jeśli zachodzi taka potrzeba i zastosowanie alternatywnych metod ułatwiających zasypianie (ciepły napój przed snem, muzyka relaksacyjna, masaż grzbietu, redukcja hałasu); ograniczenie stosowania procedur i sprzętu utrudniającego poruszanie się (cewniki, kroplówki); korekcja wzroku lub słuchu (okulary, soczewki, aparaty słuchowe, telefon z dużą podświetlaną tarczą, książki z dużym drukiem, usunięcie woskowiny).

Powyższe działania zmniejszają ryzyko epizodu delirium, a w przypadku jego wystąpienia na skrócenie czasu jego trwania, a także utrzymanie kondycji psychofizycznej i sprawności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego osób w podeszłym wieku. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatry i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Leczenie i samoopieka w POChP – zalecenia

Osoba chora na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc musi codziennie zmagać się z wieloma problemami. Objawy takie jak duszność, kaszel, odkrztuszanie plwociny, utrzymujące się nieraz pomimo stosowanego leczenia, często dezorganizują osobiste i społeczne życie chorych.

Zwykłe czynności, takie jak poranna toaleta, ubieranie się, zakupy w sklepie czy spotkania towarzyskie mogą być w znacznym stopniu utrudnione lub w zaawansowanych stadiach choroby niektóre z nich wręcz niemożliwe do samodzielnego wykonania. Dodatkowe problemy pojawiają się, gdy konieczne jest np. odbycie podróży, zwłaszcza przez osobę, która wymaga przewlekłego leczenia tlenem. Przewlekła obturacyjna choroba płuc, szczególnie postaci z tendencją do częstych zaostrzeń, istotnie pogarszają jakość życia chorych. Silna duszność, zwłaszcza ta towarzysząca zaostrzeniom, może dodatkowo rodzić uczucie paniki i lęku. Z czasem u części pacjentów mogą pojawiać się stany depresyjne. Wyżej wymienione problemy oraz ograniczenia jakie stawia choroba

powodują, że niektórzy chorzy stopniowo wycofują się z otaczającej ich rzeczywistości, zasiadają w fotelu (niestety także z ulubionym papierosem) i nie chcą lub nie mogą zrobić nic, ażeby zmodyfikować w pozytywnym kierunku obecny stan rzeczy. Dlatego ważne jest objęcie wsparciem rodzinnym, społecznym, psychologicznym pacjenta już na etapie choroby, kiedy jeszcze nie ograniczyła w znacznym stopniu jego codziennej aktywności.

Można wyróżnić dwa ważne aspekty takiego wsparcia:

POMOC W ZAKRESIE EDUKACJI

Pozwala uzyskać jak najszerszą wiedzę na temat choroby, najlepiej z wiarygodnych źródeł. Chory powinien poprosić o wyjaśnienie podstawowych kwestii dotyczących POChP swojego lekarza. Na pewno omówi on część problemów, powie skąd czerpać pozostałe informacje. Można korzystać z wiedzy w internecie, ale zaleca się, aby wybierać strony, których przygotowanie nadzoruje lekarz specjalista chorób płuc. Im więcej wiemy na temat przeciwnika jakim jest choroba tym skuteczniej uda nam się z nią walczyć.

POZYTYWNA MOTYWACJA

W większości przypadków jest to pomoc w wyznaczeniu celów, dla których chory może stwierdzić „muszę żyć jak najdłużej, w jak najlepszej formie” np. dla wnuków, ulubionego pupila, hobby itd. Łatwiej wówczas pokonać choremu słabości podczas np. rzucania palenia, mobilizowania się do codziennej aktywności, utrzymywania odpowiedniej diety czy wreszcie w zaawansowanych stadiach w zmaganiu się z ograniczeniami związanymi z chorobą.

LECZENIE I SAMOOPIEKA

Leczenie obejmuje: leczenie przewlekłe stabilnej POChP; leczenie tlenem; leczenie zaostrzeń POChP; rehabilitację; leczenie dietetyczne; leczenie operacyjne.

Leczenie farmakologiczne stosuje się w celu zapobiegania chorobie i zmniejszania jej objawów, zmniejszania częstości i ciężkości zaostrzeń, zwiększenia tolerancji wysiłku fizycznego oraz w celu ogólnej poprawy stanu zdrowia.

W leczeniu stabilnej POChP stosuje się dwie główne grupy leków:

1. Leki zmniejszające ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe (obturacyjną) – udroźniające i rozszerzające oskrzela:
 - a) β_2 -mimetyki (krótkodziałające – fenoterol, salbutamol oraz długodziałające – formoterol, salmeterol), powodujące likwidację duszności lub jej zmniejszenie;
 - b) leki przeciwocholinergiczne (krótkodziałające – bromek ipratropium oraz długodziałające – tiotropium);
 - c) metyloksantyny o przedłużonym czasie uwalniania (aminofilina, teofilina)
2. Leki przeciwzapalne – glikokortykosteroidy (GKS) wziewne.

Niektóre działania niepożądane leków przyjmowanych drogą wziewną: częste: suchość w jamie ustnej (na ogół o ła-

godnym nasileniu), uczucie zatkanego nosa; niezbyt częste: zawroty głowy, nieregularne bicie serca, kołatanie serca, kaszel, katar, krwawienie z nosa, ból gardła, chrypka, ból mięśni; w przypadku preparatów steroidowych – częste: zakażenie grzybicze (pleśniawki) jamy ustnej i gardła; Dlatego, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia grzybiczego, po każdej inhalacji lekiem steroidowym należy dokładnie wodą przepłukać jamę ustną i gardło! UWAGA! Zawsze należy zapoznać się z ulotką dla pacjenta (dołączoną do opakowania z lekiem)! Zawiera ona szczegółowe informacje o leku oraz o możliwych działaniach niepożądanych. W razie wystąpienia: trudności w oddychaniu, obrzęku w obrębie twarzy, gardła, bólu oczu, zaburzeń widzenia lub innych niepokojących objawów należy przerwać terapię i natychmiast zgłosić się do lekarza.

Leki rozszerzające oskrzela stosuje się doraźnie lub regularnie. U osób starszych, ze względu na współwystępowanie chorób sercowo-naczyniowych preferuje się wziewne leki rozszerzające oskrzela. Należy nauczyć chorego, jego rodzinę lub opiekunów, prawidłowej techniki inhalacji i wielokrotnie sprawdzać prawidłowość jej stosowania. W przypadku długotrwałego stosowania metyloksantyn u osób starszych należy monitorować stężenie teofiliny we krwi. Długotrwałe stosowanie GKS jest wskazane w celu zapobiegania zaostrzeniom u chorych z FEV_1 poniżej 50% wartości normalnej i u tych, u których w ciągu ostatniego roku wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie wymagające zastosowania antybiotyku lub GKS doustnego. Bardzo korzystne jest skojarzone leczenie GKS wziewnym i β_2 -mimetykiem długodziałającym. W długotrwałym leczeniu POChP nie powinno się stosować GKS doustnie lub domięśniowo. W bardzo zaawansowanym stadium POChP w celu opamiętania duszności można zastosować opioidy (morfinę). Leki przeciwkaszlowe są przeciwwskazane, a w badaniach klinicznych nie wykazano skuteczności leków mukolitycznych.

Chorzy otrzymują leki z osobistych inhalatorów w postaci aerozoli (MDI, EB) lub proszków (DPI) do inhalacji. Niezwykle istotne jest, aby chory przyjmował leki prawidłowo. W przypadku przyjmowania leków w postaci aerozolu – należy zsynchronizować uwolnienie dawki leku z wdechem lub używać tzw. komór objętościowych (spejserów), aby osiągnąć odpowiednią depozycję (dotarcie) leku do właściwego miejsca w drogach oddechowych, a w konsekwencji kliniczną skuteczność inhalowanych leków. W okresie zaostrzeń (osłabienie, duszność), zaleca się przyjmowanie leków w postaci nebulizacji, pamiętając o utrzymaniu w czystości ustników (mycie codzienne łagodnym detergentem i osuszanie), o okresowej wymianie przewodów, przez które lek jest inhalowany do oskrzeli.

WSKAZÓWKI DLA CHORYCH LECZONYCH LEKAMI WZIEWNYMI Z UŻYCIEM INHALATORA

Stosowanie leków w formie wziewnej jest najbardziej efektywną metodą w leczeniu chorób układu oddechowego, takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). Substancja lecznicza w leku wziewnym dociera bezpośrednio do oskrzeli i płuc, działając dokładnie w miejscu procesu chorobowego. Prawidłowa technika inhalacyjna oraz właściwe stosowanie inhalatora jest istotnym elementem wpływającym na skuteczność leczenia. Umiejętność prawidłowego stosowania leków wziewnych wymaga stałej, powtarzalnej nauki. Pomocne okażą się tu poniższe informacje. Leki wziewne (aerozole donoso-

we, doustne, dyski, leki do nebulizacji) są trudną formą leków w aplikacji dla osób starszych. Podczas kontroli sposobu aplikowania tych postaci leków opiekun, pacjent powinni zwrócić uwagę na sposób wykonania wdechu.

OGÓLNE ZASADY PRZYJMOWANIA LEKÓW DROGĄ WZIEWNĄ

1. Leki należy przyjmować ściśle według zaleceń lekarza, nie wolno przerywać leczenia nawet przy ustąpieniu objawów choroby.
2. Jeśli to możliwe, pacjent podczas przyjmowania leku powinien siedzieć lub stać.
3. Przed użyciem niektórych inhalatorów należy nimi wstrząsnąć (niegwałtownie).
4. Jeżeli na pełną dawkę leku przypada więcej niż jeden wziew – kolejny, np. GKS należy przyjąć po 30-60 sekundach, a β_2 -mimetyk po 3-5 minutach.
5. Jeżeli stosowane są równocześnie: lek rozszerzający drogi oddechowe i lek steroidowy (przeciwzapalny), należy jako pierwszy przyjąć lek rozszerzający, a po upływie 15 minut lek steroidowy. Ułatwi to głębsze dotarcie i lepszą skuteczność leku działającego przeciwzapalnie.
6. Inhalatory utrzymywać w czystości.

Preparaty do stosowania drogą wziewną występują najczęściej w postaci proszkowej lub roztworu pod ciśnieniem (aerolu). Są podawane przez różne rodzaje inhalatorów i każdy z nich wymaga nieco innej obsługi. Dlatego zawsze należy zapoznać się z ulotką dla pacjenta (dołączoną do opakowania z lekiem), która zawiera szczegółową instrukcję obsługi inhalatora. Inhalator jest integralną częścią danego leku. Większość dostępnych, posiada licznik dawek, dzięki czemu można ocenić stopień zużycia leku. Pacjenta i opiekuna obowiązują ważne, niezmiennie zasady warunkujące prawidłową technikę przyjmowania leku z inhalatora:

1. Wydech (usunięcie powietrza z płuc).
2. Szczelne objęcie ustnika wargami.
3. Wdech – powolny i spokojny, skoordynowanie uwalniania z inhalatora dawki leku, z wykonaniem wdechu przy inhalatorach ciśnieniowych (bowiem szybki wdech zwiększa siłę bezwładności cząstek leku, które osadzają się w górnych drogach oddechowych); szybki, głęboki przy inhalatorach proszkowych (z uwagi na siłę przyciągania między małymi cząstkami konieczna jest większa siła wdechu, w celu zapobiegania agregacji cząstek leku).
4. Wstrzymanie oddechu na 5-10 sekund na szczycie wdechu (ma największe znaczenie dla depozycji leku przyjmowanego z inhalatora ciśnieniowego).
5. Powolny wydech.

W czasie łagodnej lub umiarkowanej obturacji oskrzeli należy podać pacjentowi beta-mimetyk krótko działający, np. Salbutamol w nebulizacji (2,5-5 mg) co 15-20 minut w ciągu pierwszej godziny lub w inhalacji MDI (100 μ g) z przystawką objętościową 2-4 dawki. W napadzie ciężkim i umiarkowanym dołączyć należy GKS p.o. lub i.v oraz tlen.

Leczenie zaostrzeń

Wyróżnia się trzy stopnie ciężkości zaostrzeń, które determinują miejsce leczenia chorego:

- stopień 1 – chorego można leczyć ambulatoryjnie (w domu),
- stopień 2 – konieczna jest hospitalizacja,
- stopień 3 – wymagane jest leczenie w oddziale intensywnej terapii ze względu na niewydolność oddechową.

W zaostrzeniu POChP należy zastosować:

- krótkodziałający β_2 -mimetyk lub lek przeciwocholinergiczny z inhalatora ze spejserem lub w nebulizacji (u osób w podeszłym wieku bardzo korzystne jest zastosowanie obydwu leków, co pozwala zmniejszyć objawy uboczne występujące czasami u tych osób po zastosowaniu większych dawek β_2 -mimetyku),
- GKS doustny (30-40 mg prednizonu) lub dożylny (hydrokortyzon 100-200 mg co 6-8 h, metyloprednizolon 20 mg co 8 h) przez okres 10-14 dni,
- antybiotyk w przypadku podejrzenia zakażenia bakteryjnego: amoksycylina, ampicylina, cefalosporyny II generacji lub makrolidy (leczenie ambulatoryjne), a u chorych leczonych szpitalnie – amoksycylina z kwasem klawulanowym lub fluorochinolon,
- tlen, w przypadku braku odpowiedzi na prawidłowe leczenie farmakologiczne i tlenoterapię (rozwój kwasicy i hiperkapnii) wskazane jest zastosowanie wentylacji mechanicznej nieinwazyjnej lub inwazyjnej,
- bilans płynów w celu utrzymania prawidłowego nawodnienia,
- profilaktykę przeciwzakrzepową,
- usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych (oklepywanie klatki piersiowej, drenaż ułożeniowy).

U chorych niewspółpracujących, leki podaje się w postaci nebulizatora, np. pneumatycznego; chory oddycha przez ustnik lub maskę, dochodzi do dużych strat leku do otoczenia w przypadku wytwarzania aerozolu, czas nebulizacji 7-10 minut.

Rehabilitacja – ćwiczenia oddechowe i ogólnousprawniające

Chory wykonując ćwiczenia poprawia nie tylko drożność układu oddechowego, ale też siłę mięśni klatki piersiowej, tłoczni brzusznej i kończyn oraz polepsza samopoczucie i jakość życia. Wykonuj ćwiczenia oddechowe stosowne do schorzenia – ułatwią odkrztuszanie zalegającej wydzieliny, poprawią wydolność oddechową. Jeżeli Twoja choroba wymaga leczenia tlenem z urządzenia do domowej tlenoterapii nie rezygnuj z ćwiczeń – lepiej ćwiczyć korzystając z tlenu, niż nie ćwiczyć i go nie używać.

Ćwiczenia dla chorych z POChP:

Efektywny wydech

Po spokojnym wdechu wykonanie możliwie jak najdłuższego wydechu przez przymknięte/zasznurowane usta, jak do zdmuchnięcia świecy. Inne przykłady ćwiczeń oddechowych, to np. długi wydech do butelki z wodą przez rurkę lub dmuchanie na chusteczkę, piłeczkę do ping ponga, kartkę papieru, wstążeczkę z lekkiego materiału, wacik, nitkę z odległości 15 cm by jak najdłużej te przedmioty się unosiły lub ćwiczenia z wykorzystaniem aparatu Triflo (kulki).

Usunięcie nadmiaru wydzieliny z drzewa oskrzelowego, pacjent powinien zostać nauczony technik efektywnego kaszlu, np. wykonanie maksymalnego wydechu i pod jego koniec wy-

muszenie kaszlu; wykonanie głębokiego wdechu i dynamiczne, przerywane krótkie wydechy/kaszlnięcia.

Odkrztuszanie, jest wspomagane oklepywaniem, opukiwaniem, wstrząsaniem, masażem wibracyjnym klatki piersiowej, które dodatkowo poprzedzić można nebulizacją w celu rozrzedzenia wydzieliny.

W przebiegu leczenia POChP istotną rolę odgrywa kinezyterapia oddechowa wraz z ćwiczeniami ogólnousprawniającymi. Ćwiczenia należy prowadzić przynajmniej trzy razy w tygodniu, przez minimum 30 minut, z intensywnością 50-60% maksymalnych możliwości każdego pacjenta indywidualnie. Program rehabilitacji nie może trwać krócej niż dwa miesiące. Jeżeli długotrwały wysiłek jest niemożliwy, pacjent może wykonywać **wysiłki interwałowe**. Jest to naprzemienna praca o większej i mniejszej intensywności. Aby zapobiec utracie masy mięśniowej i osłabieniu siły mięśni, zasadne jest stosowanie **treningu oporowego** (taśmy elastyczne, sprężyny, opór własnego ciała).

Leczenie dietetyczne

Ze względu na częstą utratę masy ciała (w tym zanik mięśni) bardzo istotne znaczenie ma prawidłowe leczenie dietetyczne. Chorym wyniszczonym zaleca się pokarmy wysokokaloryczne. Podczas trawienia i spalania tłuszcze wymagają mniej tlenu niż białko i węglowodany. Wśród pokarmów tłuszczowych najlepsze są tłuste ryby i tłuszcze roślinne, np. oliwa. Jeśli chory jest otyły lub z nadwagą nadmiar tkanki tłuszczowej utrudnia oddychanie. Otyli chorzy powinni schudnąć do należytej masy ciała. Zaleca się unikanie posiłków wysokokalorycznych, tłuszcze zwierzęce zastąpić roślinnymi, zmniejszyć objętość pojedynczego posiłku, podawać sześć małych posiłków dziennie. Nie zaleca się spożywania pokarmów wzdymających (groch, fasola, kapusta, chleb razowy). Kolacja powinna być lekka i spożyta nie później niż trzy godziny przed snem.

Komunikowanie się z chorym

Na skutek zaburzeń wymiany gazowej u chorych na POChP, zwłaszcza w okresie zaostrzeń, może dochodzić do zaburzeń w kontakcie z chorym. Wystąpienie splątania, trudności w komunikacji z chorym mogą być jednym z objawów niedotlenienia (hipoksemii) lub zbyt wysokiego ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla we krwi (hiperkapnii). Sytuacja ta wymaga podjęcia odpowiedniego postępowania diagnostycznego i leczniczego.

Leczenie operacyjne

Obejmuje: wycięcie pęcherzy rozedmowych – bulektomia; zmniejszenie objętości płuc; przeszczepienie płuc.

Najczęstszymi powikłaniami w POChP są: przewlekłe serce płucne, zespoły depresyjne i lękowe, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: *Przewlekłe chory w domu*. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Leczenie obturacyjnego bezdechu sennego u pacjentów w podeszłym wieku

Terapią z wyboru w OBS jest stosowanie aparatów do wytwarzania stałego dodatniego ciśnienia oddechowego (CPAP, continuous positive airway pressure). Pozostałe metody leczenia – behawioralna, operacyjna, protetyczna i farmakologiczna – są obecnie stosowane głównie w wypadku nieskuteczności CPAP bądź jako terapia pomocnicza.

Terapia CPAP redukuje senność i związane z nią ryzyko wypadku drogowego, poprawia zaburzenia poznawcze, ogólny poziom jakości życia, oraz redukuje nadciśnienie tętnicze. U chorych ze współistniejącą niewydolnością mięśnia sercowego CPAP zwiększa frakcję wyrzutową. Terapia ta wpływa także korzystnie na nykturię.

Terapia za pomocą stałego dodatniego ciśnienia oddechowego u chorych w podeszłym wieku

Dane dotyczące efektywności CPAP u osób w podeszłym wieku są skąpe. Jedni badacze zaobserwowali poprawę funkcji poznawczych u chorych we wczesnej fazie otępienia z towarzyszącym bezdechem. Inni badacze wykazali większą poprawę niektórych funkcji poznawczych, badanych testami psychomotorycznymi mierzącymi czas reakcji i niewerbalne uczenie się przy intensywniejszym używaniu terapii. Z drugiej strony, wobec opisywanej lepszej efektywności CPAP przy bardziej nasilonej senności, można się spodziewać, że u ludzi w starszym wieku wpływ CPAP na jej poprawę będzie mniejszy. Możliwość ta, łącznie z faktem mniejszego obciążenia społecznego i zawodowego po 65. roku życia, sugeruje ograniczone zapotrzebowanie na leczenie w tej grupie chorych. Fakt mniejszej śmiertelności w OBS po siódmej dekadzie życia skłonił nawet niektórych autorów do całkowitego zakwestionowania potrzeby leczenia OBS w podeszłym wieku. Ostatnie opracowania wyrażają jednak bardziej umiarkowany pogląd, twierdząc, że głównymi czynnikami decydującymi o rozpoczęciu leczenia powinny być subiektywne odczucie chorego dotyczące ciężkości OBS i ewentualnie współistniejące choroby (nadciśnienie tętnicze, stan po udarze mózgu). Największym problemem związanym z terapią CPAP w podeszłym wieku wydaje się zbyt ograniczone i niesystematyczne stosowanie jej przez chorych. Badacze wykazali ujemną korelację prawidłowego użytkowania CPAP (CPAP-compliance) z wiekiem użytkownika. Stanowi to poważny problem, ponieważ efektywność CPAP w redukowaniu nadmiernej senności i zaburzeń funkcji poznawczych zależy od właściwego stosowania aparatu (CPAP-compliance). Dotychczas zapropono-

wane metody poprawy CPAP-compliance u osób starszych obejmują:

1. Dokładne dopasowanie maski CPAP: niewłaściwie dopasowana maska powoduje ucieczkę powietrza, powodującą obniżenie wywołanego dodatniego ciśnienia oraz nieprzyjemne odczucia dla chorego, które mogą zaburzać rozpoczęcie i ciągłość snu.
2. Przystępne i szczegółowe objaśnienie korzyści z terapii oraz dokładne objaśnienie zasad użytkowania aparatu CPAP. Czynności te powinny uwzględniać często ograniczone możliwości pacjenta w podeszłym wieku dotyczące zrozumienia i zapamiętania przekazywanych informacji. Ilość niezbędnego czasu poświęcona na objaśnienia przy wdrażaniu terapii u starszego pacjenta może być większa niż w wypadku innych grup wiekowych. Należy też pamiętać o ewentualnym udzieleniu instrukcji opiekunowi pacjenta.
3. Utrzymywanie regularnego kontaktu telefonicznego z chorym w celu omawiania problemów powstałych podczas terapii.
4. Ewentualna hospitalizacja w celu zoptymalizowania ciśnienia wywołanego przez aparat oraz doboru odpowiedniej maski.

Z uwagi na częste w podeszłym wieku schorzenia wpływające negatywnie na wentylację (np. POChP, zespoły parkinsonowskie), częściej niż w innych grupach wiekowych potrzebne może być zastosowanie wyspecjalizowanych wariantów terapii, takich jak BiPAP, lub APAP. Odpowiednio: aparat generujący dwa różne ciśnienia – wyższe w fazie wdechu i niższe w fazie wydechu – skrót pochodzi od Bi Level CPAP, oraz Automatic CPAP – aparat automatycznie dostosowujący poziom wywołanego ciśnienia w czasie snu w zależności od pojawiania się bezdechów.

Inne rodzaje terapii obturacyjnego bezdechu sennego u chorych w podeszłym wieku

Pozostałe rodzaje terapii OBS, o mniejszym znaczeniu niż CPAP, podlegają dalszym ograniczeniom ze względu na gorszy stan zdrowia osób w podeszłym wieku. Główny element terapii behawioralnej – redukcja masy ciała – często jest utrudniony ze względu na trudności w wykonywaniu wysiłku fizycznego. Terapia operacyjna (UPPP [Uvulopalopharyngoplasty], somnoplastyka i inne) może być niemożliwa w podeszłym wieku z powodu dyskwalifikacji chorych z zabiegu operacyjnego ze względu na ich ogólny stan zdrowia. Terapia za pomocą protez utrzymujących protruzję żuchwy podczas snu może być wdrożona tylko wówczas, jeśli chory zachował odpowiednią ilość naturalnego uzębienia. Terapia uzupełniająca lekami psychostymulującymi, w przypadkach przetrwania resztkowej senności powinna być prowadzona ostrożnie ze względu na niewiele dostępnych badań nad tolerancją takich leków u osób w podeszłym wieku. Podobnie jak w innych grupach wiekowych, środki psychostymulujące mogą być wprowadzone jedynie po wcześniejszym wykluczeniu senności poddającej się leczeniu przyczynowemu (CPAP-noncompliance – niedopasowanie aparatu, nieodpowiednia wielkość ciśnienia wywołanego przez aparat, schorzenia snu inne niż OBS, takie jak: okresowe ruchy kończyn, nieodpowiednia higiena snu, inne choroby związane z nadmierną sennością – np. niedoczynność tarczycy, nadużywanie środków nasennych itp.).

Reasumując, badania epidemiologiczne wskazują na tendencję spadkową rozpowszechnienia OBS w populacji w wieku podeszłym w porównaniu z populacją w wieku średnim. Spadek rozpowszechnienia jest powodowany przypuszczalnie między innymi przez spontaniczną remisję oraz prawdopodobnie wysoką śmiertelność wśród pacjentów z OBS. Poza tym, specyficzną cechą epidemiologiczną OBS wieku podeszłego jest wzrost udziału kobiet w populacji chorych. Objawy kliniczne OBS u osób w podeszłym wieku mogą być określone jako mniej specyficzne i słabiej nasilone niż w średnim wieku, co prowadzi do częstego braku rozpoznania tego schorzenia w tej grupie chorych. Odsetek chorych z nierozpoznanym bezdechem może sięgać nawet 95%. Mimo mniejszego nasilenia objawów ich nakładanie się na naturalne objawy starzenia oraz często współistniejące inne schorzenia prowadzi często do poważnych konsekwencji, takich jak: ograniczenie samodzielnego funkcjonowania w wyniku nadmiernej senności, zaburzeń snu, znacznego ograniczenia funkcji poznawczych, a także zwiększenia częstotliwości nocnego oddawania moczu, ze związanym z tym ryzykiem urazu. Podobnie jak w wypadku starszego nasilenia objawów w podeszłym wieku osłabieniu ulega większość z długofalowych negatywnych konsekwencji OBS. Mniej nasilone spadki ciśnienia wewnątrztorakalnego, towarzyszące każdemu bezdechowi, wydają się mieć szczególne znaczenie w zmniejszeniu ryzyka rozwoju chorób układu krążenia. Z drugiej strony duże rozpowszechnienie chorób układu krążenia w podeszłym wieku może utrudniać oszacowanie rzeczywistego wpływu OSA na układ sercowo-naczyniowy, ale to wymaga dodatkowej oceny za pomocą badań nad wpływem bezdechów na przebieg i ciężkość współistniejących chorób. Tak jak w innych grupach wiekowych podstawową metodą leczenia OBS wieku starszego jest terapia CPAP. Wobec mniej nasilonych objawów klinicznych OBS i mniejszych konsekwencji dla układu krążenia u osób w podeszłym wieku, wskazania do leczenia powinny być rozpatrywane indywidualnie i opierać się na subiektywnym poczuciu choroby pacjenta oraz na ocenie współistniejących chorób, mających patofizjologiczny związek z OBS (głównie nadciśnienie tętnicze, stan po udarze mózgu). Postępowanie wobec częstego w wieku podeszłym problemu zbyt ograniczonego stosowania terapii przez pacjentów obejmuje liczne środki, takie jak: – dokładne dopasowanie maski CPAP; – szczegółowe wyjaśnienia dotyczące choroby i terapii; – utrzymywanie kontaktu telefonicznego z chorym oraz ewentualna hospitalizacja w celu odpowiedniego wdrożenia i ustawienia terapii. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Leczenie zapalenia płuc u osób starszych

W warunkach ambulatoryjnych stosuje się antybiotykoterapię empiryczną, podając doustnie:

- antybiotyk β -laktamowy (amoksycylina/amoksylicyna z kwasem klawulanowym lub cefuroksym), lub
- makrolid (erytromycyna lub klarytromycyna), lub
- antybiotyk β -laktamowy z makrolidem.

W warunkach szpitalnych stosuje się antybiotykoterapię empiryczną, podając dożylnie:

- antybiotyk β -laktamowy (cefotaksym, ceftriakson, ampicylina/sulbaktam, ampicylina w dużych dawkach) z antybiotykiem makrolidowym lub
- antybiotyk z grupy fluorochinolonów z aktywnością antypneumokokową (lewofloksacyna albo moksifloksacy-na).

W ciężkim pozaszpitalnym zapaleniu płuc leczonym na oddziale intensywnej terapii podaje się dożylnie:

- antybiotyk β -laktamowy (cefotaksym, ceftriakson) z antybiotykiem makrolidowym (azitromycyna lub klarytromycyna), lub
- antybiotyk β -laktamowy (cefotaksym, ceftriakson) z antybiotykiem fluorochinolonowym z aktywnością pneumokokową.

Leczenie szpitalne zapalenia płuc, zwłaszcza u osób starszych, polega na tlenoterapii pod kontrolą saturacji oraz wyników gazometrii krwi tętniczej, przetaczaniu dożylnie płynów, podawaniu antybiotyku według wyników posiewu, zazwyczaj drogą dożylną. Antybiotykoterapia trwa 7–14 dni, ale w niektórych przypadkach nawet trzy tygodnie. Czas przebywania w szpitalu zależy od stanu pacjenta, od tego jaki to rodzaj zapalenia płuc i jaki czynnik wywołał zakażenie. Istotnie jest także to, czy wystąpiły powikłania. Należy dbać o właściwą podaż płynów, lekkostrawną dietę oraz stosować rehabilitację oddechową.

Leczenie ambulatoryjne zapalenia płuc, jeśli zapalenie płuc ma etiologię bakteryjną, stosuje się doustnie antybiotykoterapię. W większości przypadków trwa ona siedem dni. Należy przyjmować antybiotyk ściśle według zaleceń lekarza, a w przypadku wystąpienia uczulenia czy działań niepożądanych na antybiotyk niezwłocznie skontaktować się z lekarzem. W warunkach domowych możliwe jest także podawanie antybiotyku domięśniowo. By zapewnić preparatowi prawidłowe wchłanianie, należy sprawdzić, czy antybiotyk przyjmować na czczo, przed posiłkiem czy tuż po nim. Lekarze najczęściej przepisują: amoksycyklinę, penicyliny, tetracyklinę, kotrimoksazol i makrolidy. Bardzo ważne w trakcie antybiotykoterapii jest przyjmowanie leków osłonowych, zawierających kultury bakterii, by nie spowodować wyjąłowania przewodu pokarmowego. Jednak nie powinno się stosować leków osłonowych w tym samym czasie co antybiotyków, gdyż nie zadziałają (należy zachować około dwugodzinny odstęp między nimi). Można dodatkowo spożywać produkty bogate w żywe kultury bakterii, takie jak kefiry i jogurty. Podstawą leczenia ambula-

toryjnego jest zaprzestanie palenia tytoniu, odpoczynek, picie dużej ilości płynów. Domowe sposoby, takie jak np. bańki, zioła nie przyniosą poprawy. Jednocześnie należy stosować leczenie objawowe przy pomocy leków dostępnych bez recepty. Przeciwbólowo i przeciwgorączkowo zaleca się stosowanie paracetamolu. Może okazać się konieczne usuwanie i upłynnienie wydzieliny obecnej w płucach. Flegmy można się pozbyć przy pomocy preparatów wykrztuśnych, czyli mukolitycznych. Jeżeli występuje uporczywy suchy kaszel, pomogą preparaty z kodeiną.

Zapalenie płuc – monitorowanie leczenia

Pierwszą kontrolę skuteczności leczenia **zapalenia płuc** u chorych leczonych ambulatoryjnie zaleca się około dwa dni po rozpoczęciu antybiotykoterapii (wcześniej, jeśli wystąpią niepokojące objawy). Jeśli antybiotyk jest trafnie dobrany, polepszenie powinno nastąpić po dwóch dniach leczenia. Nie zawsze u pacjentów leczonych ambulatoryjnie istnieje konieczność kontrolnego zdjęcia rentgenowskiego. Należy pamiętać, że zmiany w obrazie RTG cofają się znacznie dłużej niż objawy kliniczne. U pacjentów leczonych w szpitalu monitoruje się saturację i wyniki gazometrii krwi tętniczej. Temperaturę ciała, częstotliwość oddechów, tętno i ciśnienie tętnicze krwi sprawdza się dwa razy na dobę, a nawet częściej. Jeśli nie następuje poprawa, wykonuje się kontrolne RTG klatki piersiowej. Jeśli objawy mijają, badanie kontrolne można wykonać podczas wizyty kontrolnej około sześć tygodni od wypisu ze szpitala.

Jakie mogą być skutki nieleczzonego zapalenia płuc?

Konsekwencje nieleczzonego lub źle leczonego zapalenia płuc mogą być bardzo poważne. Szczególnie niebezpieczne są wszystkie przypadki u bardzo małych dzieci, noworodków, pacjentów z osłabioną odpornością i osób starszych. Wśród najczęstszych skutków powikłanego zapalenia płuc należy wyróżnić ropień płuca (zbiorniki ropy pojawiają się najczęściej przy zakażeniu wywołanym gronkowcem). Niezbędne jest drożenie dodatkowej antybiotykoterapii i drenaż. Leczenie może trwać bardzo długo, nawet kilka tygodni. Jeżeli jest niewłaściwie prowadzone może dojść pęknięcia ropnia i powstaje wówczas ropniak opłucnej. Problemem terapeutycznym jest też tak zwane wysiękowe zapalenie płuc. Powstaje jako powikłanie zakażenia bakteryjnego. Płyn w płucach zazwyczaj nie zawiera bakterii, jeżeli takie się pojawiają, powstaje wspomniany już ropniak opłucnej. **Chłamydiovowe zapalenie płuc** to ciężka postać, która może być przyczyną zwężenia oskrzeli. Po jej wystąpieniu, następnie zdarzają: zapalenie gardła i zatok, astma, uporczywy katar. U osób starszych zagrożeniem jest bakteria *Legionella pneumophila*. Jeżeli to ona jest przyczyną zapalenia płuc, można spodziewać się ciężkiego, w tym niewydolności oddechowej i wstrząsu, a nawet zgonu. Ta postać daje szereg powikłań w postaci zapalenia mięśnia serca, opłucnej, nerek i stawów.

Dotychczas zdrowy pacjent z bakteryjnym zapaleniem płuc o lekkim przebiegu może być leczony w warunkach domowych. Małe dzieci, osoby w podeszłym wieku oraz pacjenci chorujący przewlekłe, a także pacjenci, u których zapalenie płuc przebiega z ciężkimi objawami powinni być skierowani do szpitala. Jeśli nie stwierdza się poprawy po 48 godzinach leczenia w warun-

kach ambulatoryjnych pacjent również powinien być skierowany do szpitala. Chorem z zapaleniem płuc leczonym w domu zaleca się:

- przyjmowanie przepisanej przez lekarza antybiotyku przez co najmniej siedem dni,
- niepalenie tytoniu, odpoczynek i picie dużej ilości płynów,
- zwalczanie gorączki i bólu opłucnowego przy pomocy leków przeciwgorączkowych i przeciwbólowych (paracetamolu, ibuprofenu lub metamizolu),
- wizytę kontrolną po 48 godzinach lub wcześniej, jeśli wystąpią wskazania.

Leczenie zapalenia płuc o etiologii wirusowej nie wymaga podawania antybiotyku. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Rola opiekuna w opiece nad osobą niesamodzielną niedożywioną w podeszłym wieku

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

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

w zakresie przyjmowania posiłków i udzielić mu odpowiedniej do jego ograniczeń pomocy. Posiłki powinny być podawane w sposób stymulujący apetyt.

Naturalne metody stymulowania apetytu

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

Wskazówki żywieniowe dla chorego leżącego

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

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

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

Zasady karmienia:

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

Konsekwencje niedożywienia osób starszych

U osób starszych następstwa niedożywienia są bardzo poważne:

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

Pomocna opiekunowi w przesiewowej ocenie ryzyka niedożywienia podopiecznego może być skala MNA (ang. Mini Nutritional Assessment, Krótki Kwestionariusz Oceny Stanu Odżywienia). Wyróżnia się trzy typy niedożywienia: marasmus, kwashiorkor i typ mieszany. **W niedożywieniu typu marasmus**, będącym następstwem przewlekłego, niepowikłanego głodzenia, dochodzi do zmniejszenia masy ciała, wskaźników immunologicznych, przy zachowaniu prawidłowych stężeń białek w surowicy. **Niedożywienie typu kwashiorkor** (białko-wo-energetyczne) występuje u uprzednio dobrze odżywionych chorych po dużym urazie, operacji, zakażeniu. Charakteryzuje się spadkiem stężeń białek w surowicy, upośledzeniem odpor-

ności komórkowej, a w późniejszych stadiach także obrzękami i zaburzeniami elektrolitowymi. Jest ono następstwem nasilonego katabolizmu, któremu nie towarzyszy odpowiednie postępowanie żywieniowe. Wskaźniki antropometryczne pozostają w granicach normy, dlatego łatwo jest przeoczyć jego rozwój. **Niedożywienie mieszane** występuje u przewlekłe wyniszczonych chorych (z niedożywieniem typu marasmus), po zabiegu operacyjnym. W typie marasmus wystarcza z reguły żywienie dojelitowe (doustne lub przez zgłębnik), o tyle w typie kwashiorkor lub mieszanym niezbędne jest całkowite żywienie pozajelitowe. W niedożywieniu najważniejsza jest intensywna terapia zaburzeń leżących u podłoża jego rozwoju. Polega ono na leczeniu depresji, zakażenia, stanów zapalnych, odstawienia leków wpływających na apetyt/metabolizm, na korekcie zaburzeń metabolicznych i wodno-elektrolitowych. ■

Piśmiennictwo:

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

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

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

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

Biegunka u starszej osoby – przyczyny

Na początku warto doprecyzować, czym właściwie jest biegunka. Jest to stan, w którym osoba oddaje stolec częściej niż zazwyczaj, powyżej 3 razy na dobę. Dodatkowo kał ma postać płynną, półpłynną lub papkowatą; może mu towarzyszyć przykry zapach oraz zauważalne ślady krwi bądź śluzu. Przyczyny występowania rozwolnienia mogą się z wiekiem zmieniać. U osób dorosłych biegunka występuje najczęściej w przypadku zatrucia pokarmowego (bakteryjnego lub wirusowego). Oczywiście osoby starsze również są narażone na biegunkę spowodowaną tzw. grypą żołądkową, lekami, np. niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, jednak u seniorów ten nieprzyjemny objaw występuje stosunkowo częściej. Powodów może być

kilka. Z wiekiem organizm ma większą trudność z trawieniem i tolerancją laktozy oraz cukrów prostych, jest to związane ze zmniejszeniem wydzielania enzymów trawiennych. Warto wtedy pomyśleć o podawaniu podopiecznemu produktów bez laktozy. Obniżenie perystaltyki jelit oraz powikłania cukrzycowe mogą również stanowić przyczynę występowania biegunki u osoby starszej. Biegunka może być: 1. **rzekoma** – częste oddawanie uformowanych stolców o małej objętości, połączone z nagłymi parciem, np. w zespole jelita drażliwego, zapaleniu odbytnicy; 2. **paradoksalna** – częste oddawanie małych porcji płynnego, cuchnącego stolca, wywołane niedrożnością dystalnej części jelita grubego; 3. **biegunka ostra** – trwająca do 2 tygodni; 4. **biegunka przewlekła** – trwająca ponad 2 tygodnie lub nawracająca; 5. **nietrzymanie stolca** – mimowolne, niekontrolowane oddawanie stolca, sporadyczne, np. związane z biegunką lub stałe. **Biegunki osmotyczne** u osób starszych związane są zwykle ze stosowaniem środków przeczyszczających i ich przedawkowaniem, prowadzą do niebezpiecznego odwodnienia; z niedoborem laktazy, z zespołami po resekcji żołądka. Mają nagły początek, przebiegają bez gorączki, nudności, wymiotów i bólów brzucha.

Biegunki zakaźne wywołane toksynami bakterii w zakażonym pokarmie (woda, ciastko z kremem, sałatka z majonezem). Pojawiają się w kilka godzin lub dni po spożyciu zakażonego pokarmu, przebiegają z wymiotami, bólami brzucha, cuchnącymi stolcami, czasami krwistymi i gorączką. **Biegunki zakaźne poantybiotykowe** – wywołane przez toksyny *Clostridium difficile*, jako powikłanie leczenia antybiotykiem, np. klindamycyną, cefalosporinami, penicyliną. Towarzyszy im tzw. rzekomobłoniaste zapalenie jelit, przebiegające od łagodnego do ciężkiego z gorączką, bólami brzucha, wodnistymi stolcami.

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

Dieta przy biegunce osoby starszej

Biegunki u osoby starszej nie należy lekceważyć. Głównym problemem, który pojawi się przy rozwolnieniu, jest odwodnienie. Seniorzy są na nie szczególnie narażeni, a długotrwałe braki w doborze płynów mogą zagrozić życiu. Zawsze warto

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

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

W jadłospisie osoby starszej cierpiącej na biegunkę powinny się znaleźć:

- gotowane warzywa lub zupy warzywne (z dyni, ziemniaka, marchwi),
- kleik ryżowy, kasza jęczmienna,
- owoce (działanie zapierające posiadają w szczególności: czarne jagody, aronia, morele, czarna porzeczka, mus jabłkowy),
- suchary lub czerstwy jasny chleb,
- chłodne herbaty (czarna niesłodzona, miętowa, rumiankowa).

Pamiętajmy, że prawidłowa praca jelit powinna powrócić po 10 dniach, jeżeli problem z rozwolnieniem się przedłuża, należy niezwłocznie udać się do specjalisty.

Zaparcie określa się częstość wypróżnień mniejszą niż 3 tygodniowo, choć często pacjenci często określają zaparcie koniecznością nadmiernego parcia na stolec, oddawanie twardego stolca lub uczucie niepełnego wypróżnienia. Tak zwane kryteria rzymskie uwzględniają wszystkie te zaburzenia, definiując przewlekłe zaparcie jako występowanie dwóch lub więcej spośród powyższych objawów, przez co najmniej 12 tygodni (niekoniecznie kolejnych) od ponad 12 miesięcy. Zaparcia są często przyczyną dyskomfortu w jamie brzusznej (uczucie pełności, wzdęcia, pobołowania brzucha, odbijania, bóle głowy, poczucie niesmaku w ustach). U osób starszych prowadzą do pogorszenia jakości życia w postaci upośledzenia oddawania moczu, częstomoczu i nietrzymania moczu wywołanych uciskiem na pęcherz moczowy. Mogą powodować biegunkę rzekomą i nietrzymanie stolca wskutek uwięźnięcia mas kałowych. W starszym wieku parcie na stolec może wywołać omdlenie, upadek i uraz. Zaparcia zwiększają ryzyko uchyłkowatości i rozwoju raka okrężnicy, kałowego owrzodzenia jelita

grubego, niedrożności jelit. Częstość zaparć zwiększa się wraz z wiekiem, szczególnie u kobiet. Wyróżnia się dwa mechanizmy zaparć: wydłużenie pasażu jelitowego i trudności w ewakuacji stolca z odbytnicy.

Jakie są przyczyny zaparć u osób starszych?

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

Jak opiekun może pomóc podopiecznemu z zaparciami?

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

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

Piśmiennictwo:

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

Rola opiekuna w opiece nad pacjentem z cukrzycą w podeszłym wieku

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

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

Wyróżniamy 2 podstawowe typy cukrzycy, są to:

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

Objawy i powikłania cukrzycy typu 2

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

- nadmierna senność w ciągu dnia;
- nadmierne pragnienie i uczucie suchości w ustach pomimo przyjmowania dużej ilości płynów;
- oddawanie dużej ilości moczu – poliuria, także w nocy;
- ogólne osłabienie;

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

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

Do najważniejszych powikłań cukrzycy należą:

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

Główne zasady opieki nad seniorem z cukrzycą

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

LEKI

Wdrożenie leczenia farmakologicznego u starszych pacjentów powinno być poprzedzone obserwacją i leczeniem niefarmakologicznym (dieta, ruch). Jednak chorzy w wieku podeszłym niechętnie zmieniają tryb życia. Dlatego koniecznym może być wprowadzenie farmakoterapii. Dopilnuj by Twój podopieczny regularnie i we właściwych dawkach przyjmował leki zlecone przez lekarza. Powszechnie stosowane są pochodne sulfonilomocznika (glimepiryd, gliklazyd, glipizyd), pochodne biguanidu (metformina), inhibitory alfa-glukozydazy (akarboza). Częstsze współistnienie innych chorób z cukrzycą, zażywanie innych leków, słabsza z wiekiem reakcja kompensacyjna na niedocukrzanie wskazują na dużo większą czujność pacjenta i opiekuna, jeśli

chodzi o wystąpienie hipoglikemii w przebiegu leczenia lekami doustnymi. Po zastosowaniu pochodnych sulfonilomocznika istnieje konieczność sprawdzania glikemii śródnocnych, gdyż w tym czasie najczęściej stwierdza się niedocukrzanie u osób starszych. Zastosowanie metforminy wymaga oceny wydolności krążenia, układu oddechowego, nerek (kreatynina <1,4 mg/dl), wątroby, gdyż lek ten przy niewydolności w/w narządów może doprowadzić do groźnej kwasicy i śpiączki. U osób starszych podlega kumulacji i może odpowiadać za niedocukrzanie. Innymi objawami ubocznymi leków doustnych przeciwcukrzycowych są: wzdęcia, biegunki, nudności i wymioty. Leczenie insuliną w typie 2 cukrzycy rozpoczyna się po stwierdzeniu nieskuteczności leków doustnych, decydując się najczęściej na dwa wstrzyknięcia mieszanek insulinowej. Samo podawanie insuliny długodziałającej częściej wiąże się z ryzykiem nocnych hipoglikemii. W przypadku pacjentów przyjmujących doustne leki hipoglikemizujące – należy pamiętać, że leki te w znacznym stopniu wiążą się w surowicy z albuminą. Zatem ich aktywność ograniczona jest tylko do tej części leku, która pozostaje wolna. Dołączenie do leczenia innego leku silnie wiążącego się z albuminą (np. z grupy sulfonamidów lub NLPZ) powoduje wyparcie leku hipoglikemizującego, a zatem potencjalnie silniejszy jego efekt, co doprowadza do hipoglikemii. O tej możliwości należy pamiętać w przypadku NLPZ, gdyż niektóre z nich są dostępne bez recepty, a więc potencjalnie pacjent może samodzielnie dołączyć je do leczenia, np. ibuprofen. Maskami hipoglikemii u osób starszych leczonych z powodu cukrzycy mogą być: obrzęk płuc, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, przejściowe niedokrwienie mózgu, uporczywe zawroty głowy, majaczenie czy ostra psychoza.

DIETA

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

jest ono polecane przy cukrzycy, chociaż może być zastąpione przez smażenie niskotłuszczowe i pieczenie (bez obsmażania). Dla zdrowia redukujemy też do minimum (lub najlepiej do zera) spożycie **izomerów trans**, obecnych w twardych margarynach i niektórych rodzajach żywności przetworzonej (np. w pieczywie cukierniczym i gotowych wypiekach, słonych przekąskach, fast foodach, żywności gotowej). Oczywiście nie każdy produkt należący do tych grup będzie zawierał transy. Żeby to sprawdzić – należy szukać takiej informacji na etykiecie. Pamiętać należy o zmniejszeniu kaloryczności, co jest niezbędne dla normalizacji masy ciała. Jednak wdrożenie znacznych ograniczeń energetycznych przy braku ruchu prowadzi do nasilonego zaniku mięśni i może być przyczyną niesprawności osób starszych.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

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

HIGIENA

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

BADANIA KONTROLNE:

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

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

Objawy obniżonego poziomu cukru we krwi:

- uczucie głodu;
- blada i spocona skóra;

- osłabienie, zasłabnięcia;
- problemy ze skupieniem uwagi;
- drżenie (np. rąk);
- ból i zawroty głowy;
- nagła zmiana nastroju lub zachowania (np. złość, agresja, płacz).

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

Objawy podwyższonego poziomu cukru we krwi:

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

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

W przypadku zaobserwowania niepokojących objawów, natychmiast powiadom o tym bliskich i lekarza prowadzącego chorego. Najważniejszą zasadą w opiece nad chorym z cukrzycą jest zapewnienie mu bezpieczeństwa i spowolnienie postępu choroby poprzez przestrzeganie podstawowych zasad terapii. Bardzo ważna jest edukacja chorego i/lub jego rodziny. ■

Piśmiennictwo:

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



**Różne formy wsparcia
i wskazówki edukacyjne
dla opiekunów zajmujących
się na co dzień swoimi bliskimi**

Opieka w świetle przepisów prawnych: wsparcie finansowe – dodatek pielęgnacyjny

Istnieją dwa rodzaje świadczeń przeznaczonych na częściowe pokrycie kosztów opieki nad osobą chorą: dodatek pielęgnacyjny i zasiłek pielęgnacyjny.

Pomimo podobnej nazwy są to różne świadczenia wypłacane na podstawie innych przepisów i po spełnieniu ściśle określonych w nich warunków. Inny jest organ ustalający prawo do tych świadczeń oraz ich płatnik. Osoba uprawniona do dodatku pielęgnacyjnego nie może pobierać jednocześnie zasiłku pielęgnacyjnego. Osoba, której należy się dodatek pielęgnacyjny i zasiłek pielęgnacyjny, musi wybrać, które z nich woli dostać. Dodatek pielęgnacyjny reguluje ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Czym jest dodatek pielęgnacyjny?

Kto przyznaje dodatek pielęgnacyjny?

Jest świadczeniem comiesięcznym przyznawanym i wypłacanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Jest to pomoc ze strony państwa w przynajmniej częściowym pokryciu kosztów, które wynikają z niezdolności bądź ograniczonej niezdolności do samodzielnego funkcjonowania beneficjenta świadczenia.

Komu przysługuje dodatek pielęgnacyjny?

Przysługuje osobom:

- uprawnionym do emerytury lub renty pod warunkiem niezdolności do pracy oraz o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- mającym prawo do świadczeń emerytalno-rentowych, które ukończyły 75. rok życia.

Chcąc otrzymać dodatek pielęgnacyjny, należy wystąpić ze stosownym wnioskiem, do którego dołącza się orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy oraz o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Osoby powyżej 75. roku życia otrzymują świadczenie z urzędu. O dodatek pielęgnacyjny mogą ubiegać się osoby uprawnione do emerytury lub renty własnej, które przez lekarza orzecznika z ZUS-u/KRUS-u zostały uznane za całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji. Osobom, które ukończyły 75 lat, jest on przyznawany z urzędu, co oznacza, że nie muszą składać z tego tytułu żadnych dodatkowych dokumentów ani udowadniać całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Dodatek pielęgnacyjny **nie przysługuje** osobom umieszczonym w instytucjach zapewniających całodobowe nieodpłatne utrzymanie. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy uprawniony do świadczeń przebywa poza tymi placówkami przez okres dłuższy niż dwa tygodnie w miesiącu. Wtedy dodatek pielęgnacyjny mu przysługuje.

je. Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji powstaje w momencie takiego naruszenia sprawności organizmu, które wymaga stałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych i elementarnych potrzeb życia codziennego. Należą do nich m.in.: spożywanie posiłków, ubieranie, mycie, możliwość zakupu żywności, utrzymanie porządku uiszczanie opłat, możliwość odbycia wizyty u lekarza.

Jakie dokumenty są wymagane?

Osoby, które mają orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, muszą złożyć wymagane dokumenty:

- zaświadczenie o stanie zdrowia na druku OL-9 (nie wcześniej niż miesiąc przed złożeniem wniosku),
- dokumentację medyczną oraz inne dokumenty mające znaczenie dla wydania orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji,
- wniosek o przyznanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego.

Dokumenty te można złożyć w dowolnym czasie, w dowolnej jednostce ZUS osobiście lub za pośrednictwem poczty. Wniosek jest rozpatrywany najczęściej przez jednostkę ZUS właściwą ze względu na adres zamieszkania zainteresowanego. Po analizie i wyjaśnieniu wszystkich okoliczności, które mają wpływ na wydanie decyzji, ZUS w ciągu 30 dni powinien poinformować wnioskodawcę o tym, czy dodatek zostanie przyznany czy też nie. W przypadku odmowy przyznania dodatku pielęgnacyjnego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przysługuje odwołanie od decyzji organu przyznającego świadczenia do Okręgowego Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych. Odwołania dokonuje się za pośrednictwem jednostki ZUS, która wydała decyzję.

Dodatek pielęgnacyjny, z tytułu ukończenia 75 lat, KRUS przyznaje i wypłaca z urzędu, w miesiącu ukończenia tego wieku emerytom i rencistom, którzy otrzymują świadczenia w pełnej wysokości i nie pobierają dodatku pielęgnacyjnego ze względu na stan zdrowia. Natomiast na wniosek emeryta lub rencisty, KRUS rozpatruje uprawnienia do dodatku pielęgnacyjnego z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji. Podstawą do wszczęcia postępowania orzeczniczego jest złożenie w organie rentowym zaświadczenia o stanie zdrowia, wypełnionego przez lekarza prowadzącego. Zaświadczenie jest ważne miesiąc od daty jego wydania. Formularz wniosku (KRUS N-14) jest dostępny w Oddziale Regionalnym oraz w każdej Placówce Terenowej KRUS. Można go również pobrać ze strony internetowej (www.krus.gov.pl).

Jaka jest wysokość dodatku pielęgnacyjnego?

Wysokość dodatku pielęgnacyjnego od 1 marca 2019 r. wynosi 222,01 zł. Podobnie jak emerytura, ten dodatek jest corocznie waloryzowany i ulega podwyższeniu wraz z waloryzacją świadczeń emerytalnych czy rentowych. Pierwszego marca każdego roku ma miejsce zmiana wysokości dodatku. **Od marca 2020 r. uległ zatem zmianie.** Należy także zaznaczyć, że dodatek pielęgnacyjny jest wolny od podatku dochodowego i nie podlega ani egzekucji sądowej ani egzekucji administracyjnej. Wypłata dodatku pielęgnacyjnego następuje wraz z wypłatą emerytury lub renty w terminach określonych w decyzji o przyznaniu tego świadczenia. ■

Opieka w świetle przepisów prawnych: wsparcie finansowe – zasiłek pielęgnacyjny

Czym jest zasiłek pielęgnacyjny?

Należy do świadczeń rodzinnych, obok świadczenia pielęgnacyjnego, zaliczany jest do świadczeń opiekuńczych. Jest formą zapomogi wypłacanej przez wójta, prezydenta miasta lub burmistrza, najczęściej za pośrednictwem ośrodka pomocy społecznej lub urzędu miasta czy gminy. Ma na celu częściowe pokrycie wydatków związanych z koniecznością zapewnienia opieki osobie niepełnosprawnej i pomocy innej osobie w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Jest przyznawany niezależnie od dochodu.

Komu przysługuje zasiłek pielęgnacyjny?

- niepełnosprawnemu dziecku,
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16. roku życia, legitymującej się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16. roku życia, legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. roku życia,
- osobie, która ukończyła 75 lat.

Gdzie składać wniosek o zasiłek pielęgnacyjny?

Jakie dokumenty są wymagane?

Żeby otrzymać zasiłek pielęgnacyjny, należy wystąpić ze stosownym wnioskiem do właściwego organu, dołączając orzeczenie o niepełnosprawności albo o znacznym czy umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, właściwy dla miejsca stałego pobytu. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydawane na wniosek opiekuna osoby niepełnosprawnej lub na wniosek osoby zainteresowanej. Natomiast osoba, która ukończyła 75 lat, do wniosku dołącza tylko dokument potwierdzający wiek, np. kserokopię dowodu osobistego (z oryginałem do wglądu) lub odpis aktu urodzenia.

Osoby niepełnosprawne pobierają **zasiłek pielęgnacyjny z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS), ale wypłacają go również urzędy gminy/miasta**, po uprzednim złożeniu wniosku, gdyż do wypłaty tego rodzaju świadczeń zobowiązana jest gmina/miasto. Wniosek o zasiłek pielęgnacyjny można pobrać w odpowiednim do miejsca zamieszkania Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej, lub urzędzie gminy/miasta. Tam również należy złożyć wypełniony dokument. Natomiast wniosek o dodatek pielęgnacyjny wydaje ZUS lub KRUS, w zależności od posiadanego ubezpieczenia społecznego.

Ile wynosi zasiłek pielęgnacyjny?

W 2020 roku kwota zasiłku pielęgnacyjnego wynosi **215,84 zł** miesięcznie, po podwyżce z 1 listopada 2019 roku. W kolejnych latach przewidywane są dalsze podwyżki świadczenia. W ostat-

nich dwóch latach kwota zasiłku pielęgnacyjnego wzrosła o zaopiniowane przez rząd 40%, dlatego nie jest pewne, czy będą miały miejsce kolejne podwyżki. Wysokość świadczenia na kolejne lata poznaliśmy 1 listopada 2020 roku. ■

Opieka w świetle przepisów prawnych: orzeczenie o niepełnosprawności

Opieka nad osobą chorą przewlekle w domu, wymaga nie tylko wysiłku fizycznego i psychicznego, ale jest także kosztowna. Dla rodziny wiadomość, że jej najbliższy będzie wymagał opieki długoterminowej, jest wiadomością trudną.

W jej obliczu rodzina czuje się często bezradna, pojawiają się liczne problemy, np. obawy natury materialnej, niewiedza jak załatwić sprawy urzędowe, bankowe, jak zorganizować opiekę, jakie przysługują prawa opiekunowi, osobie przewlekle chorej, jak zdobyć orzeczenie o niepełnosprawności czy ubezpieczenie wolności.

Orzeczenie o niepełnosprawności / Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Gdy bliski choruje przewlekle, warto wystąpić z wnioskiem o ustalenie niepełnosprawności bądź stopnia niepełnosprawności. Pierwszy dotyczy dzieci, drugi dorosłych. Wydają je Miejskie lub Powiatowe Zespoły. Wojewódzkie Zespoły pełnią rolę drugiej instancji w trybie odwoławczym. Posiadanie takiego orzeczenia jest niezbędne w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej czy korzystania z karty parkingowej.

Jakie dokumenty są konieczne do ubiegania się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności dla powiatu ziemskiego krakowskiego jest powołany przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie – Kraków, Aleje Słowackiego 20 (tel./fax. 12 634 42 66 wew. 568, 569).

W celu uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć w siedzibie **Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie (ul. Dekerta 24 – dla mieszkańców Krakowa, tel 12 616 52 12; 12 616 52 17):**

- wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wypełniony i podpisany przez osobę ubiegającą się o wydanie orzeczenia wraz z zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza, pod opieką którego osoba pozostaje (zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),

- potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię wszelkiej posiadanej dokumentacji medycznej.

Druk wniosku i zaświadczenia lekarskiego pobrać można w siedzibie Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności przy ul. Dekerta 24 lub ze strony internetowej **BIP** (karta usługi **SZ-1** – uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). W tym samym miejscu składa się przygotowane i wypełnione dokumenty.

Kartę parkingową wydaje przewodniczący Powiatowego/Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności na podstawie wydanego przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i uprawnień wraz ze wskazaniem do wydania karty parkingowej.

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wieliczce, 32-020 Wieliczka, ul. Piłsudskiego 18, budynek Liceum Ogólnokształcącego im J. Matejki w Wieliczce (wejście od strony ul. M. Konopnickiej). Zespół ten orzeka dla mieszkańców powiatu wielickiego. Przyjmowanie osób zainteresowanych: poniedziałek od 7.30 do 17.00, od wtorku do piątku od 7.30 do 15.30, tel.: 12 278 62 81, adres e-mail: zespol@powiat.eu.

Potrzebne druki, to m.in.:

- Informacja dotycząca wypełniania wniosków o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
- Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – dorośli.
- Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – dzieci.
- Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności – dorośli i dzieci.
- Informacja o uczniu.
- Sytuacja społeczna.
- Skala ADL, test AMTS, skala Barthel i MMSE (do oceny zaocznej).
- Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (do oceny zaocznej).
- Wniosek o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej.
- Wniosek o wydanie karty parkingowej (składany osobiście przez osobę zainteresowaną – podpis we wniosku złożony wyłącznie w obecności pracownika Powiatowego Zespołu), oraz druk opłaty. ■

Opieka wytchnieniowa dla opiekunów rodzinnych/niefORMALNYCH

„Bardzo nam zależało na tym, żeby zapewnić wsparcie opiekunom, żeby mogli choć chwilę odpocząć, mając świadomość, że ich najbliższa osoba jest bezpieczna i ma zapewnioną fachową opiekę”.

Elżbieta Rafalska, 2019

Według szacunkowych danych, w Polsce możemy mówić o milionach opiekunów niefORMALNYCH/rodzinnych/faktycznych, jest ich co najmniej tyle samo, co osób niesamodzielnych, wymagających stałej opieki. Rodzinni opiekunowie samotnie, często przez wiele lat, zmagają się z chorobą bliskich i własną bezradnością. Wykonują tytaniczną pracę, ich wysiłek można nazwać heroicznym. Pełnią istotną, a jednocześnie nie w pełni docenianą rolę. Ważni są nie tylko dla swoich bliskich, ale także dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, bowiem uzupełniają działania zawodowych opiekunów. Wielu „cichych opiekunów-bohaterów”, nie istnieje w systemie. Ich podopieczni nie mają orzeczenia o niepełnosprawności, nie dostają więc świadczeń ani systemowego wsparcia. Brakuje im odpoczynku, wsparcia informacyjnego, finansowego i medycznego, a także opieki wyręczającej. Nie mają czasu na rozwijanie swoich pasji, hobby, wyjazd na wakacje, wizytę u lekarza. Czują zmęczenie i wypalenie. Czasem muszą zrezygnować z pracy zawodowej, co powoduje, że mają problemy finansowe. Narażają się na konflikty z najbliższymi. Wielu z nich zmuszonych jest dzielić czas między opieką nad bliskim a obowiązkami zawodowymi, rodzinnymi, a doba ma tylko 24 godziny. Rzadko mówi się o ich prawie do pomocy i wypoczynku, o tym, że potrzebują różnych form wsparcia, w tym również instytucjonalnego, oraz nowych rozwiązań. Wydaje się, że pomysłem wartym zainteresowania w ramach świadczenia opieki zintegrowanej dla rodzin, które koncentrują całą swą uwagę na podopiecznym i chcą opiekować się swoim bliskim w domu, jest zapewnienie opieki wytchnieniowej.

Co to jest opieka wytchnieniowa?

Jaka jest misja programu „Opieka wytchnieniowa”?

Resort polityki społecznej ogłosił otwarcie kolejnej edycji programu „Opieka wytchnieniowa 2020”. To drugi z programów, po usługach opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych, finansowanych ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Dzięki programowi opiekunowie rodzeni/niefORMALNI mogą liczyć na przyznanie kilkunastu dni należytego wypoczynku/wytchnienia za czas sprawowania opieki nad swoim bliskim, a także na możliwość skorzystania z usług specjalistycznych, w tym psychologicznych. Z programu skorzystać mogą przede wszystkim **opiekunowie i członkowie rodzin sprawujący bezpośrednią opiekę nad dziećmi lub osobami niepełnosprawnymi**. Program skierowany jest przede wszystkim do opieku-

nów dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Od strony czysto technicznej program „Opieka wytchnieniowa” adresowany jest **do gmin i powiatów**, które mogą składać wnioski bezpośrednio u właściwego wojewody. Zakłada on bowiem finansowe wsparcie samorządów, poprzez zwrot nawet 80% kosztów poniesionych na realizację zadań Programu.

Cel opieki wytchnieniowej

Celem wprowadzenia programu „Opieka wytchnieniowa” jest przede wszystkim **nagrodzenie opiekunów osób niepełnosprawnych prawem do zyskania należytego wypoczynku.** Mowa o przerwie od wykonywania obowiązków wynikających ze sprawowania opieki nad inwalidą. Program ma za zadanie ułatwić rodzinie połączenie sprawowania opieki z innymi obowiązkami. Rząd postanowił umożliwić opiekunom skorzystanie z wolnego, organizując i opłacając na ten czas opiekę nad niepełnosprawnymi. Członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad inwalidami wymagają wsparcia w postaci doraźnej przerwy od wykonywania zadań. Chodzi zarówno o ich **zdrowie psychiczne, jak i fizyczne**, a co więcej – o szansę na podniesienie własnych umiejętności i wiedzy w zakresie opieki nad niepełnosprawnymi.

Opieka wytchnieniowa – moduły/formy

Pierwszy moduł Programu dotyczy opieki nad niepełnosprawnym udzielanej w formie **pobytu dziennego**. Z tego modułu skorzystać będą mogli ci opiekunowie, którzy nie korzystają z innych form usług w miejscu zamieszkania podopiecznego (w tym w ośrodkach wsparcia i w domu pomocy społecznej). Moduł drugi polega na rozszerzeniu usług opiekuńczych do formy **pobytu całodobowego**, tzw. „opieki zastępczej”, „odciążeniowej”, „wyręczającej”. Dzięki tej formie wsparcia podopieczny będzie mógł pozostać okresowo w ośrodku wsparcia posiadającym miejsce całodobowego pobytu lub w mieszkaniu chronionym, pozwalając tym samym opiekunowi na należyte wytchnienie od pracy, dając mu tzw. „urlop od opieki” w razie potrzeby odpoczynku czy też okresowej niemożności sprawowania pieczy. Co do zasady, rekomenduje się organizowanie opieki/pobytów dwutygodniowych, przy czym zgodnie z zasadą indywidualizacji wsparcia, każdorazowo winna być rozpatrywana konkretna sytuacja opiekuńcza. Z kolei Moduł trzeci pozwala opiekunowi na skorzystanie z **usług poradnictwa specjalistycznego** (w tym oczywiście psychologicznego i terapeutycznego) oraz z **możliwości nauki** w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji i dietyki podopiecznego. W 2020 r. w ramach programu przysługuje: 240 godzin opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego; 14 dni opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego; 40 godzin opieki wytchnieniowej świadczonej poprzez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki. Do tej pory było to łącznie 240 godzin na opiekę świadczoną w ramach pobytu dziennego oraz specjalistycznego poradnictwa i wsparcia w zakresie nauki m.in. pielęgnacji czy dietyki. ■

* * *

W ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” przy ulicy Wielickiej 267, realizowane są usługi uzupełniające do usług wytchnieniowych, w postaci Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnymi, Menadżera opieki, Grup wsparcia/samopomocy. Między innymi polegają one na świadczeniach opiekuńczych, aktywizujących, udzielaniu informacji, edukacji, wsparciu i poradnictwie, zarówno dla podopiecznych, jak i ich rodzin. Działania wspomagające rodzinę osoby starszej, niesamodzielnej mają wymiar indywidualny i polegają na współpracy z rodziną w zakresie rozwiązywania problemów podopiecznych, wskazywaniu rozwiązań mających na celu poprawę funkcjonowania podopiecznego, np. wskazywaniu instytucji zajmujących się problematyką będącą źródłem trudności, udzielaniu wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych i nawiązywaniu kontaktów z współuczestnikami, przeprowadzaniu rozmów wspierających, udzielaniu wskazówek i informacji pomagających opiekunom rodzinnym w opiece nad bliskim. Miejskie Centrum Opieki (MCO), w ramach realizacji usług wspomagających, udziela wsparcia psychologicznego oraz wskazuje uczestnikom i ich rodzinom możliwości spędzania czasu wolnego poza placówką, w tym motywuje ich do podjęcia aktywności i uczestnictwa w zajęciach, imprezach organizowanych poza placówką.

W nowym projekcie „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” (planowana realizacja od 1 lipca 2021 r. do 30 czerwca 2023 r.), który stanowić będzie kontynuację obecnie realizowanego przedsięwzięcia, przewidziano wprowadzenie zupełnie nowych usług. Będą to usługi „odciążeniowe”, „wytchnieniowe”, „opieki zastępczej” dla opiekunów nieformalnych. Polegać one będą na czasowym całodobowym przebywaniu osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką w przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez jej opiekuna nieformalnego lub potrzeby odpoczynku opiekuna. Wynikają one z braku wsparcia i przeciążenia opiekuna związanego z opieką nad osobą niesamodzielną, towarzyszącego mu stresu emocjonalnego i strachu, powodującego problemy zdrowotne, np. stany depresyjne, bezsenność, zaniedbywanie własnego zdrowia. Odciążenie opiekuna w codziennych obowiązkach, umożliwienie mu czasowego wytchnienia od sprawowania opieki, poprzez zorganizowanie podopiecznemu całodobowej opieki, znacząco poprawi jego sytuację, niwelując ryzyko wykluczenia społecznego. Głównym celem usług wytchnieniowych będzie zapewnienie osobie niesamodzielnej opieki i nadzoru, dając opiekunowi tzw. „urlop od opieki” w razie potrzeby odpoczynku czy też okresowej niemożności sprawowania pieczy. Jest to rozwiązanie dedykowane tym opiekunom, którzy z różnych przyczyn nie mogą zająć się bliską osobą lub które są zmuszone wyjechać na jakiś czas i nie mogą zostawić bliskiej osoby bez opieki. Usługa taka będzie realizowana przez: czterech opiekunów i cztery pielęgniarki (pracujące na pełny etat w systemie 12-godzinny), którzy zapewnią podopiecznym opiekę całodobową, w ramach której zawsze dostępny będzie jednocześnie jeden opiekun i jedna pielęgniarka oraz jeden fizjoterapeuta, który zapewni podopiecznemu rehabilitację fizyczną i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu.

Źródła:

1. www.gov.pl/web/rodzina/nabor-wnioskow-w-ramach-programu-opieka-wytchnieniowa-edycja-2019
2. www.gov.pl/web/rodzina/wytchnienie-dla-opiekunow-nowy-program-z-podpsem-minister-rodziny

Średni czas objęcia usługą wynosić będzie nieprzerwanie od 2 do 4 tygodni, przy czym zgodnie z zasadą indywidualizacji wsparcia, każdorazowo będzie rozpatrywana konkretna sytuacja opiekuńcza. Na potrzeby podopiecznych wydzielona zostanie część wyremontowanego w 2020 r. pawilonu MCO przy ulicy Wielickiej 267. Podopieczni będą mieli do dyspozycji trzy 2-osobowe i dwa 1-osobowe pokoje pacjentów, łazienki przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, pokój jadalno-wypoczynkowy, pokój socjalny, dostęp do kuchni. Pokoje wyposażone będą w niezbędny sprzęt: łóżka medyczne, sofę, fotele, stoliki, szafy. Jednocześnie warunki pobytu będą przypominać pobyt domowy. Dodatkowo podopieczni będą mieli możliwość korzystania z pełnego zaplecza rehabilitacyjnego znajdującego się w pawilonie, w którym będą przebywać. Zagwarantowany zostanie im niezbędny sprzęt medyczny, pielęgnacyjny, rehabilitacyjny. Zapewniona zostanie możliwość korzystania z organizacji czasu wolnego, spacerów, zaplecza do prowadzenia terapii zajęciowej, przebywania w ogrodzie sensorycznym.

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

Opieka przez różne formy aktywności w trosce o podopiecznych niesamodzielnym

Placówki zapewniające dzienną opiekę i aktywizację osób niesamodzielnym, niesprawnych, starszych, seniorów uwzględniają ich stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

Wachlarz usług obligatoryjnie obejmuje usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, usługi aktywizująco-usprawniające oraz usługi wspomagające dla podopiecznych, jak również usługi dla opiekunów rodzinnych.

W artykule skupiono się na usługach aktywizująco-usprawniających. **Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji (PDOA), Dienne Domy Opieki Medycznej (DDOM), Miejskie Dienne Domy Pomocy Społecznej (MDDPS), Centra Aktywności Seniora (CAS), Kluby Aktywizacyjne (KA)** zapewniają m.in. organizację czasu wolnego, udział w zajęciach terapeutycznych, udział w zajęciach podnoszących sprawność i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym. Działalność

w zakresie usług aktywizująco-usprawniających jest wielokierunkowa, ma prowadzić do usprawnienia psychicznego i fizycznego uczestnika. Zajęcia w placówkach odbywają się w formie: 1. indywidualnej pracy terapeutycznej, podczas której uczestnik wykonuje zadania przygotowane specjalnie dla niego (forma przede wszystkim dla uczestników wymagających specyficznych oddziaływań z uwagi na stan psychofizyczny np. po przebytym udarze, z chorobą Alzheimera); 2. zajęć grupowych, podczas których wszyscy uczestnicy lub ich grupa poddawani są takim samym oddziaływaniom lub wykonują te same zadania.

W Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnym przy ulicy Wielickiej 267 do aktywizacji i usprawniania uczestników wykorzystywane są np. następujące formy terapii zajęciowej i ruchowej:

- **arteterapia** – zajęcia mające na celu usprawnienie manualne (np. klejenie, rysowanie, nawijanie włóczki), usprawnienie koordynacji wzrokowo-ruchowej (np. wyszywanie, robótki ręczne), pobudzenie i zagospodarowanie czasu wolnego (np. zajęcia z wykorzystaniem różnych sztuk i technik plastycznych m.in. malarstwo, tkactwo, prace z masą solną, decoupage, kolaż, papieroplastyka, ceramika, rękodzieło, pracownia krawiecka).
- **muzykoterapia** – terapia polegająca na wykorzystaniu muzyki lub jej elementów do celów terapeutycznych, np. zajęcia relaksacyjne, rytmiczne, emisja głosu, nauka piosenek, zajęcia z wykorzystaniem instrumentów, słuchanie muzyki połączone z dyskusją na temat jej treści i przekazu. Zajęcia muzykoterapeutyczne pozytywnie wpływają na nastrój, stan emocjonalny, zaburzenia zachowania oraz interakcje społeczne uczestników, uczą relaksacji wiążącej się z obniżeniem napięcia mięśniowego, prowadzą do poprawy wydolności oddechowo-kръżeniowej, psychicznej i ruchowej uczestników.
- **biblioterapia** – terapia z wykorzystaniem książek, publikacji literackich, poezji, ale również bieżącej prasy. Zajęcia odbywają się poprzez głośne czytanie powieści, prasy i dyskusje na temat wysłuchanej treści. Celem tego oddziaływania terapeutycznego jest poprawa pamięci, rozwijanie zainteresowań uczestników, wyrabianie nowego spojrzenia na świat, przeżywania i zachowania.
- **choreoterapia** – terapia za pomocą tańca i ruchu. Prowadzenie zajęć odbywa się między innymi poprzez tańce i zabawy ruchowe. Celem zajęć jest wzrost sprawności fizycznej i ruchowej, ćwiczenie poczucia rytmu i harmonii, wzrost poczucia własnej wartości i pewności siebie, stworzenie możliwości do odreagowania napięcia i stresu.
- **terapia kulinarna** – zajęcia, podczas których uczestnicy wspólnie przygotowują potrawy (np. dania ciepłe, sałatki, ciasta) i wspólnie degustują. Celem tych zajęć jest propagowanie zdrowego odżywiania wśród seniorów, zmiana złych nawyków żywieniowych, przedstawienie ciekawych i smacznych propozycji żywienia, a także stworzenie możliwości do współpracy w grupie, wzmocnienia więzi.
- **terapia reminiscencyjna** – terapia polegająca na odwoływaniu się do przeżyć z przeszłości. Terapia ta poza oddziaływaniem na procesy poznawcze, wpływa również na poprawę pamięci, nastrojów, usprawnienie zdolności komunikacji, zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej.
- **terapia informatyczna** – celem zajęć jest pobudzenie zainteresowania osób starszych komputerem, nabycie



umiejętności korzystania z internetu oraz zaznajomienie z możliwościami, jakie dają nowoczesne nośniki informacji. Zajęcia te pozwalają na eliminowanie wykluczenia cyfrowego osób starszych, jednocześnie dając im możliwość ciągłego dokształcania się.

- **terapia rozrywkowa** – zajęcia z wykorzystaniem gier stolikowych (np. warcaby, karty, scrable), gier logicznych (np. rebusy, kalambury), gier zręcznościowych (rzuty do tarczy, bierki), zabaw ruchowych (np. rzutki, bule, ćwiczenia z piłką, rzucanie do celu woreczkami). Celem zajęć jest usprawnienie ogólnych zdolności intelektualnych i sprawności ruchowej uczestników oraz wywołanie pozytywnych stanów emocjonalnych.
- **ergoterapia** – terapia, która wykorzystuje terapeutyczną funkcję pracy i ruchu. Ta forma umożliwia zainteresowanym realizowanie się w zakresie wykonywania drobnych prac użytecznych na rzecz placówki (np. porządkowanie szaf z materiałami, pienie grządek, grabienie trawy, liści w ogródku itp.) i innych uczestników. Celem ergoterapii jest zwiększenie poczucia przydatności seniorów, wzrost sprawności psychofizycznej, usprawnienie manualne oraz pogłębienie relacji interpersonalnych.
- **terapia ruchowa** – realizowana jest poprzez organizację ćwiczeń ogólnousprawniających, mających na celu poprawę kondycji fizycznej i samopoczucia uczestników. Prowadzona jest m.in. w postaci gimnastyki ogólnousprawniającej, zajęć sportowych, spacerów, marszów z kijkami, prowadzenia instruktaży ćwiczeń na sali gimnastycznej z wykorzystaniem różnego rodzaju sprzętów i urządzeń (np. bieżnie, rowerki rehabilitacyjne, rotory), organizowania ćwiczeń w ramach kinezyterapii (np. ćwiczeń oddechowych, elementów jogi i Pilatesu, ćwiczeń w odciążeniu – UGUL), ćwiczeń na urządzeniach siłowni zewnętrznej.

Dodatkowo, placówka umożliwia uczestnikom udział w imprezach integracyjnych i rekreacyjno-turystycznych. W ramach tej grupy usług placówka realizuje potrzeby kulturalne uczestników, organizuje obchody świąt, uroczystości okazjonalne wy-

nikające z tradycji i obyczajów, zapewnia uczestnikom udział w inicjatywach wzmacniających solidarność międzypokoleniową i integrację ze środowiskiem lokalnym. ■

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

Przedłużanie samodzielności osób starszych i niepełnosprawnych w czynnościach dnia codziennego

Pogłębiająca się niesprawność ruchowa podopiecznego, np. ze stwardnieniem zanikowym bocznym (łac. *sclerosis lateralis amyotrophica* – SLA) – chorobą neurodegeneracyjną, prowadzącą do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej, objawiającą się stopniowym zanikiem mięśni – zmusza do szukania rozwiązań, dzięki którym jak najdłużej może być on samodzielnym.

Często osoby wymagające opieki, ich opiekunowie nie wiedzą o dostępności i funkcjonalności wielu produktów, które ułatwiają codzienne życie. Zatem nie pytają o nie w sklepach rehabilitacyjnych, a te z kolei nie są zainteresowane ich sprzedażą. Tłumaczą to ceną, brakiem pytań o nie. Należy pamiętać, że niektóre z tych produktów są dofinansowane z NFZ, inne można wypożyczyć za darmo lub za odpłatnością, a jeszcze inne kupić jako używane.

Wśród produktów ułatwiających codzienne życie wymienić należy m.in.:

- Łóżko sterowane pilotem – ma: funkcję podnoszenia i opuszczania całego łóżka, wezgłowia lub podnóżka; barierki zabezpieczające przed upadkiem; wysięgnik (uchwyt) umożliwiający przemieszczanie się w obrębie łóżka i zmianę pozycji; drabinkę ułatwiającą siadanie; koła zapewniające dowolne przemieszczanie, wyposażone w blokadę, dające stabilność sprzętu i bezpieczeństwo pacjenta; materac piankowy, o twardości (H1-miękki do H5-twardy), grubości 12 cm; w zaawansowanej chorobie potrzebny jest materac przeciwodłęzynowy – dynamiczny, z komorami zmiennociśnieniowymi.
- Podnośnik z funkcją pionizatora – rodzaj dźwigu zasilanego bateriami, pozwala na przewożenie chorego w dowolne miejsca (np. wprost na toaletę, fotel), w pozycji stojącej lub siedzącej; obsługa jest całkowicie bezwysiłkowa; można też wykorzystać podnośniki wyposażone w specjalną podwieszkę do układania chorego w pozycji leżącej i przewozić np. wprost do wanny.
- Wózek łazienkowo-toaletowy – służy do poruszania się po mieszkaniu, gdy nogi są jeszcze na tyle sprawne, że można się odpychać, a głowa utrzymuje się w pionie i nie wymaga podpórki; umożliwia najechanie na sedes i załatwienie potrzeb fizjologicznych; wygodna poduszka zakrywa siedzisko; jest bardzo zwrotny, posiada hamulce.
- Wózek inwalidzki spacerowy – ma wysokie oparcie pod głowę z trzema stopniami odchylenia, składany mieści się do samochodu, posiada hamulce dla opiekuna, pasy bezpieczeństwa, zagłówek stabilizujący głowę, stolik terapeutyczny, podnóżki regulowane, koła przeciwwyrotne, poduszkę przeciwodłęzynową.
- Fotel sterowany pilotem – służy do odpoczynku w ciągu dnia w pozycji siedzącej, leżącej, półstojącej; pilotem może operować podopieczny, nawet przy mało sprawnych palcach dłoni; siedzisko, oparcie, podnóżek można podnosić, opuszczać i pochylać we wszystkich kierunkach.
- Poduszka-katapulta – ułatwia wstawanie z krzesła, fotela, sofy, gdy nogi podopiecznego odmawiają postuszeństwa.
- „Agrafka” do przeciągania guzików przez dziurki – przy dużej niepełnosprawności palców zapięcie guzika jest niemożliwe, ale dzięki „agrafcie” przez kilka miesięcy dłużej podopieczny może chodzić w koszuli zapinanej samodzielnie.
- Bidet elektroniczny lub nakładka myjąca na WC z funkcją bidetu – przedłużają samodzielność w codziennej higienie intymnej. Za pomocą pilota sterowanego przez podopiecznego lub opiekuna można umyć ciepłą wodą i wysuszyć ciepłym powietrzem miejsca intymne, a nawet wykonać lewatywę.
- Dźwig samochodowy – urządzenie składane, przeno-

śne, zasilane z gniazdka zapalniczki, pasuje praktycznie do każdego typu samochodu osobowego, nie trzeba przymocowywać go do samochodu na stałe.

- Schodolaz – urządzenie podobne do robota, który chodzi po schodach, przymocowuje się go do wózka inwalidzkiego, wymaga użycia nieco siły i osoby asekurującej.
- Podciągarka prześcierała – nawija prześcierało u wezgłowia, podsuwając jednocześnie podopiecznego do góry, przy minimalnym wysiłku opiekuna.
- SmartNaw – system, z którego może skorzystać podopieczny, gdy nie może już pisać na komputerze z wykorzystaniem klawiatury.
- Balkoniki rehabilitacyjne: 1. statyczny – bardzo stabilny, polecany osobom mającym trudności z utrzymaniem równowagi, utrzymuje w dobrej kondycji mięśnie rąk, bo przed kolejnym krokiem trzeba chodzik nieco unieść i przestawić; 2. kroczące – poruszają się zgodnie z ruchem osoby prowadzącej, wskazane dla osób niepełnosprawnych, które mają zbyt słabe ręce, by skorzystać z balkonika statycznego; 3. na kółkach – łatwe w prowadzeniu, mało stabilne, odradza się je osobom, które z trudem utrzymują równowagę, często wyposażone w torby, kosze, siedziska, które ułatwiają codzienne funkcjonowanie.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie przy ulicy Wielickiej 267 w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” **świadczą bezpłatnie usługę wypożyczania sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego** wraz z doradztwem w zakresie jego właściwego wykorzystania. **Asortyment** wypożyczalni stanowią: łóżka medyczne, materace przeciwodłęzynowe, chodziki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnośniki, laski typu trójnóg, laski typu czwóróg. Sprzęt w ramach usługi jest dowożony do domu osoby niesamodzielnej, wypożyczany jest na okres nawet 12 miesięcy. Więcej informacji na stronie internetowej: wsparciedlaopiekuna.pl/uslugi/wypożyczalnia-sprzetu-medycznego.

Inną formą wsparcia, która również służy przedłużaniu samodzielności osób w podeszłym wieku, jest **teleopieka**, która polega na zdalnym monitorowaniu stanu zdrowia podopiecznego w warunkach domowych. Na Zachodzie powszechna, w Polsce, choć jeszcze kosztowna, cieszy się coraz większym zainteresowaniem, gdyż koszty opieki tradycyjnej też nie są małe. Pozwala na szybkie udzielenie pomocy, co zwielokrotnia szanse na powrót do samodzielnego życia. Często długie oczekiwanie na transport do szpitala, nawet jeśli nie zakończy się śmiercią, powoduje wzrost kosztów leczenia, rehabilitacji i specjalistycznej opieki. Telefon komórkowy nie jest w stanie zastąpić profesjonalnej teleopieki, np. jeśli u osoby starszej dojdzie do udaru mózgu, to nawet bez utraty świadomości, nie będzie w stanie wskazać miejsca, w które ma przyjechać karetka pogotowia, opisać swego stanu zdrowia, ani powiedzieć, jak otworzyć drzwi.

Teleopieka może mieć różne formy:

- „Przycisk życia” umieszczony w mieszkaniu, który uruchamia się, by wezwać pomoc w chwili nagłego po-

gorszenia stanu zdrowia. Pomocna może być „Koperta życia”, zwłaszcza służbom ratowniczym, w podjęciu adekwatnych działań ratujących zdrowie i życie, w sytuacji gdy nie ma kontaktu z pacjentem, kontakt jest utrudniony lub osoba wzywająca pomoc, nie zna przebiegu leczenia osoby potrzebującej. Koperta zawiera informacje o chorobach, przyjmowanych lekach, przebytych zabiegach, alergiach, niepełnosprawnościach oraz kontakt do osoby bliskiej. Umieszczana jest najczęściej w lodówce, którą odpowiednio oznaczamy, żeby ratownik medyczny wiedział, gdzie szukać informacji.

- Czujnik upadku noszony na ręce w formie bransoletki, który informuje o zdarzeniu niepożądanym, powiadamia rodzinę, firmę opiekuńczą, sąsiadów, którzy mają zapasowe klucze do drzwi; wdrożone zostają procedury pozwalające jak najszybciej wezwać pomoc i udzielić niezbędnych informacji lekarzom/ratownikom medycznym, jak np. o przewlekłych chorobach, alergiach. Wmontowany system monitorowania zachowań – dyskretnie obserwuje podopiecznych. Przycisk SOS i czujnik upadku powiadomi o sytuacjach alarmowych. Moduł sztucznej inteligencji automatycznie poinformuje o niebezpieczeństwie, nawet wówczas, kiedy podopieczny jest nieprzytomny. Zestaw głośnomówiący umożliwia kontakt głosowy na odległość.
- Czujniki przypominające o przyjmowaniu leków, mierzące poziom glukozy we krwi, tętno i temperaturę, zapewniające podgląd za pomocą kamer.
- Czujniki przeciwpożarowe, przeciw zalaniu wodą i przeciwczerwone, zapewniające podgląd za pomocą kamer. ■

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

Modyfikacja stylu życia

3. Zmniejszenie nadwagi i utrzymanie prawidłowej masy ciała (obwód talii < 88 cm u kobiet, < 102 cm u mężczyzn, BMI < 25 kg/m²).
4. Dieta śródziemnomorska.
5. Zmniejszenie spożycia sodu do 5-6 g chlorku sodu.
6. Ograniczenie spożycia alkoholu do < 20-30 g etanolu dziennie u mężczyzn oraz 10-20 g u kobiet i osób o małej masie ciała.
7. Odpowiednia aktywność fizyczna: regularne ćwiczenia aerobowe, np. szybki spacer 30-45 minut codziennie.
8. Niepalenie tytoniu.

Polska dieta jest bardzo bogata w sól. Ograniczenie soli w diecie nie jest zadaniem łatwym. Dużo soli dodaje się do pieczywa. Przetwory mięsne, żółte sery podobnie są bardzo słone. Wiele potraw mrożonych, konserwowanych, w puszkach jest niebezpiecznym źródłem nadmiaru sodu. Należy obalić błędne przekonania o bezkarnym spożywaniu sodu; optukanie potrawy nie eliminuje z niej soli, dodanie słodkich lub pikantnych przypraw nie neutralizuje sodu, sprawia jedynie, że słony smak jest mniej odczuwalny. Spożycie soli można ograniczyć na przestrzeni np. tygodnia, miesiąca. Mdły smak potraw można poprawić niesłonymi przyprawami pikantnymi, ziołowymi, czosnkiem, sokiem z cytryny, octem winnym. Wystrzegać się należy mieszanek przyprawowych czy dodatków rosółowych, ponieważ ich bazą najczęściej jest sól. Kontrolę reżimu solnego ułatwia zabranie solniczki ze stołu. Warto wyrobić sobie nawyk zjadania chrupkich warzyw zamiast słonych i tłustych przekąsek. Można stosować sól o obniżonej zawartości sodu SALVITA, z dodatkiem potasu, która znakomicie zastępuje sól kuchenną, pozwala zachować smak potraw i trwałość produktów spożywczych, charakteryzuje się słonym smakiem o intensywności równej tradycyjnej soli.

Dieta śródziemnomorska jest to tzw. dieta naturalna. Nie jest to właściwie dieta odchudzająca, ale sposób odżywiania na całe życie. Charakterystyczną cechą jest ograniczenie spożycia mięsa oraz innych białek zwierzęcych i odżywianie się przede wszystkim produktami pochodzenia roślinnego: owocami, warzywami i nasionami zbóż. Dieta śródziemnomorska jest popularna w południowej Francji, we Włoszech i Hiszpanii. Położenie geograficzne tych krajów oraz ciepły i wilgotny klimat wpłynęły na nawyki żywieniowe ich mieszkańców. Dieta śródziemnomorska bazuje na dużych ilościach warzyw i owoców, pełnoziarnistym pieczywie, kaszach i makaronach. Ważne miejsce zajmują w niej ryby i owoce morza. Stosunkowo niewiele je się mięsa, zwłaszcza czerwonego (wołowina, baranina). Potrawy są często przyprawiane dużą ilością czosnku i cebuli, znanych ze swoich właściwości przeciwbakteryjnych i obniżających ciśnienie krwi. Dieta śródziemnomorska jest dla każdego, jednak szczególnie poleca się ją osobom ze skłonnością do nadciśnienia i z podwyższonym poziomem cholesterolu. Wydawać by się mogło, że dieta śródziemnomorska, ze względu na dużą zawartość węglowodanów (np. makaronu), nie pozwala schudnąć. Nie jest to jednak prawda. Makaron z warzywami, a nawet chudą rybą czy drobiem nie tuczy. Tuczące są tak naprawdę tłuste sosy, którymi polewa się makaron. Jednak żeby schudnąć, stosując tę dietę, trzeba przestrzegać kilku zasad. Najlepiej nie zjadać dziennie więcej niż 40 g tłuszczu i nie przekraczać 1200 kcal. Wówczas można stracić do 4 kg w ciągu miesiąca.

Wskazówki edukacyjne dla osób starszych z nadciśnieniem tętniczym

Czynniki ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego: nadmierne spożycie soli a zbyt niskie warzyw i owoców; nadwaga i otyłość (średni wzrost ciśnienia skurczowego o 4,5 mm Hg na każde 5 kg nadwagi); mało aktywny lub siedzący tryb życia (zwiększa 1,5-krotnie ryzyko pojawienia się nadciśnienia tętniczego), stałe spożywanie nawet umiarkowanych ilości alkoholu (spożywanie ponad 30 g etanolu na dobę zwiększa ryzyko rozwoju nadciśnienia prawie trzykrotnie).

Co jeść, a czego unikać?

Jemy:

- **Ryby:** zawierają nienasycone kwasy tłuszczowe.
- **Owoce i warzywa:** zawierają błonnik, sole mineralne, witaminy i dużo wody.
- **Rośliny strączkowe, ryż, makaron:** źródło białka, błonnika, soli mineralnych. Są jednak dość kaloryczne, dlatego nie należy jeść ich zbyt często i zawsze spożywać z dodatkiem warzyw.
- **Ciemne pieczywo:** zawiera dużo błonnika i minerałów.
- **Orzechy, suszone owoce:** charakteryzują się dużą zawartością witamin i minerałów, jednak nie należy jeść ich zbyt dużo ze względu na wysoką kaloryczność.
- **Wino wytrawne:** obniża poziom „złego” cholesterolu, pomaga utrzymać odpowiedni poziom „dobrego”. Nie wolno jednak spożywać więcej niż jedną szklankę do głównego posiłku.

Unikamy:

- **Mięsa:** czerwonego, białego tłustego (np. skóra z kurczaka), tłustych wędlin.
- **Białego pieczywa i słodczy:** są bardzo kaloryczne, a ich wartość odżywcza jest niewielka.

Dieta śródziemnomorska – zasady:

- Unikać smażenia w wysokich temperaturach i nie używać powtórnie tej samej oliwy.
- Spożycie wędlin, nawet chudych, pełnego mleka i tłustych serów ograniczyć do minimum.
- Pić dużo niegazowanej wody mineralnej.

Przykładowy jadłospis na jeden dzień:

- **Śniadanie:** 2 kromki chleba żytniego razowego cienko posmarowane margaryną, pół jajka na twardo, 2 plasterki chudej szynki, 100 g sałatki z pomidora i czosnku z dodatkiem niewielkiej ilości oliwy.
- **II śniadanie:** Kubeczek jogurtu naturalnego, jedna brzoskwinia.
- **Obiad:** Szaszłyk z piersi kurczaka, cebuli i czerwonej papryki pokropiony odrobiną oleju, 30 g brązowego ryżu, 200 g surówki z sałaty, ogórka, kiełków soi i koperku.
- **Podwieczorek**
- **Kolacja:** Kromka grahama z 2 plasterkami szynki, 200 g sałatki z pomidora i papryki, plaster sera feta ze szczypior-kiem. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
2. Interna Szczeklika mały podręcznik. *Kompendium medycyny praktycznej*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014/2015.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talarowska D. (red.): *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Wysiłek fizyczny u pacjentów w podeszłym wieku z chorobami układu krążenia

Co możesz dla siebie zrobić?

1. Maszeruj na bieżni lub w terenie

Bieżnia jest świetnym rozwiązaniem z trzech zasadniczych przyczyn: jest ogólnodostępna na siłowniach, pozwala na ustalenie i modyfikację określonej prędkości marszu i daje możliwość zmiany kąta nachylenia. Najlepsze wyniki daje **marsz ze stałą prędkością 3,2 km/h. Kąt nachylenia bieżni powinien wzrastać co 2 min o 2% (lub co 3 min o 3,5%)**. Jeśli jednak nie masz możliwości skorzystania z bieżni, nie rezygnuj! Marsz w terenie także daje bardzo dobre efekty.

2. Przez 30-60 minut (sesje po 5 minut)

Istota treningu polega na tym, żeby narzucić sobie takie obciążenie (tempo i nachylenie), aby ból średniego nasilenia wystąpił w nogach po 4-5 minutach marszu. Kilka minut przerwy i znów do 5 minut marszu. Skala służąca do oceny bólu: (1) – brak bólu; (2) – pojawienie się dolegliwości bólowych; (3) – umiarkowane dolegliwości bólowe (od których można oderwać uwagę badanego); (4) – umiarkowany ból, dokuczliwy; (5) – silny ból (nie do zniesienia). Optymalny czas całego treningu wynosi ok. 50 min. Oczywiście początkowo wystarczy, że będziesz maszerował przez ok. 30 min, a czas ten wraz z postępem będziesz stopniowo wydłużać (np. co 2 tygodnie).

3. 3x / tydzień

To minimalna częstotliwość, która daje wymierne efekty. Czyba znajdziesz w tygodniu 3x po pół godzinki? To zdecydowanie wydłuży Twoje życie.

4. W towarzystwie

Badania wykazały, że trening nadzorowany daje lepsze efekty. Dlaczego? Bo **jeśli ktoś nie wie jak i ile chodzić lub nie jest pewny, że jego trening jest prawidłowy, to rezygnuje**. Poszukaj fizjoterapeuty lub trenera personalnego, który ustali wytyczne indywidualnie według Twoich potrzeb i zdecyduje się na początku Ci potowarzyszyć. Możesz także wyciągnąć przyjaciela na systematyczne spacer-y – to zawsze dodatkowa motywacja. A jeśli masz na tyle samodyscypliny lub nie kojarzysz nikogo, kto mógłby z Tobą potrenować, możesz oczywiście chodzić sam. W końcu chodzi tu o Twoje zdrowie.

5. Przez co najmniej 3 do 6 miesięcy

Postanów sobie, że trening według tych wytycznych będziesz prowadził przez najbliższe trzy miesiące. To czas, który Twój

umysł spokojnie może sobie wyobrazić i zaakceptować. Jeśli po tym czasie zobaczysz korzystne dla Twojego zdrowia efekty, kontynuuj trening przez kolejne trzy miesiące. Docelowo chodzi o to, aby w Twoich nogach zbudowana została sieć naczyń obocznych, a to wymaga około rocznego treningu. Niech więc spacerowanie stanie się Twoim stylem bycia!

Jeśli czas do wystąpienia bólu przy danym obciążeniu wydłuża się, to znak, że dystans chromania poprawił się i należy nieco zwiększyć obciążenie.

Dodatkowo:

1. **Rzuć palenie**
2. **Zmień dietę (aby obniżyć cholesterol – LDL <100 mg/dl)**
3. **Zapobiegaj nadciśnieniu (< 140/90 mmHg)**

Na bieżni czy bez, najważniejsze, żebyś systematycznie chodził!

Do problemów rehabilitacyjnych u osób z niewydolnością serca należą:

- zmniejszające się ukrwienie mięśni i ograniczenie aktywności chorego prowadzi do pogorszenia funkcji mięśni, zmniejszenia ich masy, osłabienia mięśni oddechowych,
- w zaawansowanym stadium choroby może dochodzić do spadku ciśnienia tętniczego w trakcie ćwiczeń,
- częstym objawem może być nadmierny spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 20 mmHg przy zmianie pozycji z leżącej lub siedzącej na stojącą lub w trakcie dłuższego przebywania w pozycji stojącej,
- niewydolności serca często towarzyszą zaburzenia rytmu serca, najczęstszym powikłaniem jest migotanie przedsionków, które prowadzi do spadku tolerancji wysiłku fizycznego, a także zwiększa ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Najbardziej korzystne w niewydolności serca jest rozpoczęcie rehabilitacji pod kontrolą specjalistów z zakresu fizjoterapii, po uprzednim wykonaniu badań: badanie echokardiograficzne, EKG, test wysiłkowy. Aktywność fizyczną należy rozpoczynać od małych obciążeń, zwracając uwagę na prawidłowy sposób oddychania. Ćwiczenia oddechowe są bardzo wskazane i można je przeprowadzać za pomocą aparatów dostępnych w sklepach ze sprzętem medycznym. We wszystkich czynnościach preferowany jest wysiłek typu interwałowego, czyli fazy wysiłku (trwające początkowo 10-30 sekund) są rozdzielone co najmniej minutą fazy „bez obciążenia”. Formy wysiłku nie wskazane lub wykonywane ostrożnie, to: ćwiczenia w pozycji leżącej, ze względu na możliwość zwiększenia uczucia duszności; intensywny bieg; czynności wymagające dużej sprawności, refleksu, dobrej koordynacji ruchowej; intensywne przepychanie, ciągnięcie, dźwiganie, utrzymywanie ciężkich przedmiotów, np. przesuwanie mebli, odśnieżanie mokrego śniegu. Gdy dojdzie do zaostrzenia objawów choroby, należy ograniczyć aktywność fizyczną lub nawet pozostać w łóżku. Utrzymanie jak najlepszej formy fizycznej pozwala nie tylko na utrzymanie aktywnego udziału w życiu społecznym i zdolności do samoobsługi, ale poprawia rokowanie w niewydolności serca. Wysiłek fizyczny powinien dawać niewielkie uczucie zmęczenia, nie powinien jednak wywoływać takich objawów, jak: duszność, osłabienie, nadmierne zmęczenie. Jeśli zmęcze-

nie podczas wysiłku nie przeszkadza w wypowiedaniu jednym tchem przynajmniej kilku zdań, to wysiłek nie jest nadmierny. Zdecydowanie należy unikać wysiłków izometrycznych, czyli takich, przy których praca mięśni polega jedynie na zmianie ich napięcia, a nie długości, np. przekopywanie grządek. ■

Piśmiennictwo:

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

■ Jak żyć z POChP?

POChP to choroba, którą można leczyć i której można zapobiegać. Zmiana dotychczasowych nawyków oraz farmakoterapia mogą pozwolić chorym na większy komfort życia i zmniejszenie dolegliwości związanych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

W przypadku POChP ważne jest utrzymywanie szeroko pojętej higieny życia codziennego. Do głównych elementów takiego postępowania należą: 1. Pozytywne nastawienie; 2. Zmiana stylu życia: bezwzględne porzucenie nałogu palenia; utrzymywanie codziennej aktywności fizycznej; zoptymalizowana i zdrowa dieta; dbałość o higienę osobistą oraz otoczenia, w którym chory spędza czas; 3. Szczepienia ochronne; 4. Przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Po diagnozie: nie załamywać się, lecz działać!

Ważne jest pozytywne nastawienie oraz chęć skutecznej walki z chorobą. Jeśli jesteś osobą, którą dotknęło POChP pamiętaj, że pozytywne myślenie ma ogromny wpływ na proces leczenia. Jeśli jesteś bliskim osoby chorej – okazuj wsparcie, rozmawiaj, pogłębiaj wiedzę o POChP. W pierwszej kolejności należy stosować się do zaleceń lekarza prowadzącego: zarówno w kwestii farmakoterapii, jak i stylu życia. Bardzo pomocna może okazać się także psychoterapia, dlatego warto skorzystać z porad psychologa, który udzieli koniecznego wsparcia i pomoże w odpowiednim nastawieniu do walki z POChP. U wielu chorych przewlekłe uczucie duszności i znacznie ograniczona tolerancja wysiłku prowadzą do zaburzeń emocjonalnych, takich jak: depresja, lęk, uczucie osamotnienia, brak wiary w skuteczność leczenia czy brak celów życiowych. Dlatego pacjenci powinni korzystać z poradnictwa psychologicznego, psychoterapii grupowej i ćwiczeń rekreacyjnych. Bardzo istotne wydają się być wzajemne kontakty chorych biorących jednocześnie udział w zajęciach. Przyjmują one często postać klubów chorych, pomagających sobie i wspierających się wzajemnie zarówno psychicznie, jak i materialnie.

Zmiana stylu życia!

Jeśli palisz – możliwie szybko **rzuć palenie!** Jest to najskuteczniejsza metoda spowolnienia postępu POChP i złagodzenia objawów. Warto przy tym sięgnąć po fachową pomoc. Zastęp-

cza terapia nikotynowa i farmakoterapia, w połączeniu z silną wolą, dają dobre efekty leczenia i zapewniają dłuższą abstynencję nikotynową. W przypadku narażenia na inne czynniki ryzyka (szkodliwe gazy i pyły w domu lub pracy) starać się je wyeliminować, aby nie zaostrezać przebiegu choroby. Zerwanie z nałogiem palenia jest jedyną, najskuteczniejszą metodą modyfikującą przebieg choroby, a tym samym poprawiającą rokowanie. Dotychczasowe badania wyraźnie pokazały, że utrata rezerw wentylacyjnych (pogarszanie się parametrów spirometrycznych) jest znacznie wolniejsze u osób, które przestały palić. Dlatego najlepiej rzucić palenie na wczesnym etapie choroby, kiedy jeszcze nie doszło do dużego obniżenia wartości FEV1. Ale zauważono również korzyści wynikające z zaprzestania palenia na każdym etapie rozwoju choroby, nawet w zaawansowanych stadiach. Rolą lekarza prowadzącego jest poinformowanie o takiej konieczności, wyjaśnienie korzyści płynących z takiego postępowania. Warto też uzyskać informacje o sposobach radzenia sobie z nałogiem lub skorzystać z poradnictwa w ośrodku zajmującym się terapią uzależnienia od nikotyny. Ważne jest też wsparcie w tej kwestii ze strony najbliższych – rodziny, przyjaciół, współpracowników. Należy przekonać ich, by powstrzymywali się od papierosa w twojej obecności i nie częstowali cię nim. Żeby rzucić palenie, należy mieć dużo samozaparcia i silną motywację. Rzucanie palenia nie jest łatwe. Nikotyna wywołuje silne uzależnienie. Istnieje kilka sposobów na to, jak rzucić palenie. W trakcie rzucania warto zająć czymś umysł i ciało. Można zacząć chodzić na siłownię, biegać lub pływać. W razie silnej chęci sięgnięcia po papierosa, miej w pobliżu sok ze świeżych owoców, warzyw, gumę do żucia lub miętusy. Prowadź zdrowy styl życia – właściwie organizuj czas, planuj zadania i obowiązki adekwatnie do możliwości, unikaj pośpiechu i chaosu, przestrzegaj stałych godzin snu przez 7-8 godz. na dobę, pozwoli to na regenerację organizmu.

Jak rzucić palenie – kilka sposobów

Po pierwsze, należy tego chcieć. Jest to pierwsza i wbrew pozorom najważniejsza zasada. Motywacja, by rzucić palenie musi być silna. Warto sporządzić bilans zysków, które osiągniemy po uwolnieniu się od nałogu i strat, które poniesiemy, gdy będziemy nadal palić. Dowiedzmy się, jakie są skutki palenia. Należy pamiętać, że palenie papierosów zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca i udaru mózgu. Rzucenie palenia pomoże polepszyć kondycję fizyczną, zlikwiduje kaszel poranny, zwiększy odporność na infekcje dróg oddechowych, zmniejszy możliwość zachorowania na nowotwór. Żeby szybciej rzucić palenie, pomyśl o kondycji swoich włosów i skóry.

▪ metoda zniechęcająca

Osoby chcące pozbyć się palenia, stawiają w widocznym miejscu pojemnik ze starymi petami. Odrażający zapach ma ich zniechęcić do ponownego sięgnięcia po papierosa.

▪ metoda bilansu strat i zysków

Poza bilansem zysków, które osiągniemy po uwolnieniu się od nałogu i strat, które poniesiemy, gdy będziemy nadal palić, warto zrobić listę strat jakie poniesiemy gdy przestaniemy palić. Dopiero ta ostatnia lista może człowiekowi uświadomić, dlaczego tak trudno mu rzucić palenie, jakie ważne potrzeby zaspokaja papieros (np. „gdy rzucę palenie, nie będę umiał zagadać

do kolegów z pracy”, „będę uchodzić za nudziarę”, „nie będę miała żadnej swojej przyjemności” itp.).

▪ metoda farmakologiczna

Rynek farmaceutyczny jest coraz bogatszy w różnego rodzaju środki farmakologiczne mające ułatwić rzucenie palenia. Wśród nich znajdziemy gumy, plastry, tabletki do ssania, inhalatory, spraye. Są one bardzo łatwo dostępne, ponieważ możemy je kupić bez recepty. Niektóre z nich kupimy w supermarketach. Nie wszystkie preparaty są dostępne bez recepty. Pewne leki na rzucenie palenia można zakupić jedynie po przepisaniu przez lekarza, np. Wareniklinę. Stosując środki farmakologiczne pamiętajmy, by nie oczekiwać od nich cudotwórczego działania. Kilka tabletek nie pomoże nam od razu rzucić palenia. Zadaniem leków na rzucenie palenia jest zmniejszenie głodu nikotynowego. Są one wobec tego raczej wsparciem procesu rzucenia palenia niż magicznym środkiem na zerwanie z papierosami.

▪ metoda Easyway

Metoda ta została opracowana przez Brytyjczyka Allena Carra. Jest ona obecnie stosowana w kilkudziesięciu krajach na świecie. Celem tej metody jest uświadomienie sobie, dlaczego palimy. Co tak naprawdę stoi za tym, że nie możemy rzucić palenia. Być może jest to strach, że nie będziemy potrafili się bez niego odprężyć lub stawić czoła różnym problemom. Metoda Carra ma pokazać schemat pułapki, w którą daliśmy się złapać. Sesja Easyway Allena Carra trwa jedynie kilka godzin. W jednym spotkaniu uczestniczy zazwyczaj kilkanaście osób. W ciągu dwóch miesięcy od zakończenia seminarium, uczestnik powinien wziąć udział w dwóch sesjach wspomagających. Opłata za kurację wynosi około 1000 zł. Jej skuteczność jest oceniana na około 70%.

Jak rzucić palenie – przygotowanie

Wszystkie metody rzucania palenia zaczynają się od podobnej rady: żeby rzucić palenie, przygotuj się. Podejdź do tego systematycznie. Jednak ostatnio lekarze stwierdzili, że dużą szansę, by pokonać uzależnienie, mają ci, którzy zrobili to nagle i spontanicznie. Którąkolwiek z wymienionych metod zastosujesz, pamiętaj, by wcześniej przemyśleć swoje nawyki.

- Policz, ile dziennie papierosów spalisz.
- Zastanów się, w których sytuacjach nikotyna wydaje ci się niezbędna i konieczna.
- Jakie są przyczyny palenia papierosów.
- Wyznacz dzień na rzucanie palenia.
- Lepiej, żeby był to zwykły dzień, a nie jakaś większa okazja.
- Poszukaj motywacji wśród znajomych, może przyjacielka postanowi rzucić palenie razem z tobą.
- Lekarz lub farmaceuta – jeśli czujesz, że uzależnienie jest tak duże, że sam/a nie dasz rady, zapytaj lekarza lub farmaceutę, jak rzucić palenie. Nikotyna wywołuje chorobę nikotynową. Uzależnienie od nikotyny to nie zwykły nawyk. Co jakiś czas próbujesz rzucić palenie, ale nałóg znowu powraca? Nie poddawaj się. Wyrzuć z domu wszystkie zapalone paczki papierosów, zapalniczki i popielniczki. Wypierz ubrania, wywietrz pościel, narzuty i koce. Dzięki temu pozbędziesz się dymu papierosowego i może szybciej o nim zapomnisz. Nikotyna potrafi wywołać bardzo silne uzależnienie. W trakcie rzucania palenia, możesz poczuć głód nikotynowy i silną potrzebę sięgnięcia po papierosa. Bądź

przygotowany/a na taką ewentualność. Zaczynaj prowadzić aktywny tryb życia. Zajmij się czymś, by nie myśleć o paleniu. Unikaj dymu tytoniowego, zanieczyszczonego powietrza oraz innych czynników mogących nasilić objawy twojej choroby układu oddechowego i utrudnić leczenie. Ogranicz inne używki, zwłaszcza alkohol.

Należy **utrzymywać aktywność fizyczną**. Błędne rozumowanie wielu chorych na POChP zakłada, że skoro choroba wiąże się z dusznością (zwłaszcza wysiłkową), należy ograniczyć wysiłek fizyczny, aby nie nasilać duszności. Takie błędne koło pogarsza jedynie przebieg choroby. W każdym stadium ciężkości POChP, u wszystkich chorych wskazane są regularne ćwiczenia fizyczne, których rodzaj i intensywność powinna być dostosowana do zaawansowania choroby i nasilenia objawów oraz obecności chorób współistniejących. Wskazana jest również rehabilitacja ogólnousprawniająca i oddechowa, która powinna trwać minimum sześć tygodni, do czasu uzyskania pozytywnych efektów. Korzystne efekty zanikają po zaprzestaniu ćwiczeń, należy więc wykonywać je regularnie, modyfikując rodzaj i intensywność ćwiczeń tak, aby było można wykonywać je samodzielnie w domu. Utrzymywanie dobrej kondycji fizycznej poprawia tolerancję wysiłku. Umiejętność prawidłowego oddychania zmniejsza ryzyko hiperwentylacji, która pogłębia uczucie duszności i nadwyręża mięśnie oddechowe, które z czasem ulegają zmęczeniu. Regularny trening fizyczny zapobiega też zanikom mięśniowym. Aktywność ruchowa powinna być dostosowana do możliwości pacjenta, stopnia zaawansowania POChP i chorób współistniejących. Można skorzystać z turnusów rehabilitacyjnych. Wykazano, że korzyści z takiego postępowania utrzymują się nawet do roku po zakończeniu jednorazowego programu rehabilitacji, o ile pacjent kontynuuje ćwiczenia w zalecanej formie w warunkach domowych. Powszechnie zaleca się też, jako element rehabilitacji, aktywność fizyczną na świeżym powietrzu. Najlepiej wykonywać ją w otoczeniu przyrody – np. w parku, w lesie, na terenach wiejskich, gdzie powietrze jest czystsze niż w dużych aglomeracjach miejskich. Dla osób, które nie trenowały w okresie poprzedzającym pojawienie się choroby zalecane są spacer w tempie dostosowanym do początkowych możliwości chorego, z czasem można próbować zwiększać dystans i intensywność marszu. Polecana jest również jazda na rowerze z zachowaniem powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa. Warto planować wypoczynek wakacyjny połączony z aktywnością fizyczną. Należy jednak przemyśleć dokładnie decyzję dotyczącą miejsca pobytu. Jeśli do tej pory osoba spędzała aktywnie czas wolny, a do niedawna również na górskich wędrówkach, nie ma powodu by z nich rezygnować. Trzeba tylko wybierać takie trasy by w dowolnym momencie można było zawrócić, zmienić jej długość lub kierunek. Może się bowiem okazać, że nie damy rady przejść takiej samej trasy jak rok wcześniej. Wakacje można też spędzać na nizinach lub nad morzem. W takich miejscach z aktywności na świeżym powietrzu będą mogły skorzystać osoby, które nie są przyzwyczajone do treningów, najprawdopodobniej będą lepiej tolerowały spacer lub jazdę na rowerze po płaskim terenie. Nie ma też przeciwwskazań do spędzania wakacji za granicą. Trzeba jednak pamiętać, że jeśli planujemy podróż samolotem to należy wcześniej zapytać lekarza, czy w trakcie lotu będziemy wymagać podawania tlenu i o jakim przepływie. Takie zalecenia dotyczą chorych z bardzo ograniczonymi rezerwami wentylacyjnymi FEV1 <30% wartości należnej oraz tych z przewlekłą niewydolnością oddechową wymagających domowego leczenia tlenem.

Wcześniej trzeba też ustalić z liniami lotniczymi, czy taka tlenoterapia na pokładzie będzie możliwa oraz w przypadku konieczności zabrania koncentratora omówić możliwości i warunki jego transportu. Jadąc na wakacje pamiętać trzeba o zabranieniu ze sobą leków, przygotowanego uprzednio wraz z lekarzem planu postępowania na wypadek zaostrzenia. Warto wcześniej zorientować się co do dostępności opieki medycznej w danej okolicy. Jadąc za granicę należy sprawdzić warunki ubezpieczenia, czy obejmują zakres leczenia chorób przewlekłych. Utrzymuj aktywność fizyczną – wzmacnia odporność, pomaga w prawidłowej przemianie materii, wzmacnia siłę mięśni, poprawia samopoczucie. Zalecane są: spacer (30 min. dziennie), nordic walking czy jazda na rowerze.



Zdrowe odżywianie – sposób, w jaki się odżywasz, jest bardzo istotny w prognozowaniu postępu choroby. Zarówno wychudzenie, jak i otyłość są czynnikami, które mogą pogarszać przebieg choroby. Znaczne wychudzenie prowadzi do osłabienia mięśni oddechowych i szkieletowych. Dla części chorych, zwłaszcza tych z niewydolnością oddychania, spożywanie posiłków może być przyczyną nasilenia duszności. Powinni oni spożywać posiłki częściej, ale za to w małych ilościach, z łatwo strawnymi pokarmami. Osoby oddychające tlenem w domu powinny używać tlenu w czasie i po posiłku, ponieważ trawienie wymaga od organizmu dużego wysiłku. Prawidłowo dobrana dieta w połączeniu z odpowiednią aktywnością fizyczną pozwala utrzymać właściwą masę ciała. U niektórych chorych na POChP może być konieczna redukcja masy ciała co przyniesie wymierne korzyści w poprawie wentylacji płuc. Ponieważ otyłość jest jedną z przyczyn zaburzeń restrykcyjnych, polegających na zmniejszeniu pojemności płuc, co przy współistniejącej obturacji (zwężeniu oskrzeli) może potęgować duszność. Duża liczba chorych może mieć przeciwny problem. Wydatek energetyczny mięśni oddechowych prowadzi do nadmiernej utraty masy ciała, co pogarsza odległe rokowanie. Wymagają oni również odpowiedniej diety, bogatej w składniki odżywcze,

a w szczególności białko i witaminy. Warto skorzystać z porady dietetyka, aby odpowiednio dobrać skład diety uwzględniając preferencje żywieniowe, ewentualne nietolerancje pokarmowe i choroby współistniejące.

Ważnym elementem życia codziennego jest **higiena osobista i otoczenia**. Z jej prawidłowego utrzymania nie można rezygnować na żadnym etapie choroby. Poranna, jak i wieczorna toaleta może być traktowana jako dodatkowa aktywność fizyczna. Dlatego osoby opiekujące się chorym na POChP powinny raczej asystować i ewentualnie wspomagać, a nie wyręczać w tych czynnościach. Należy wykazać szczególną dbałość o higienę jamy ustnej. Oprócz standardowego mycia zębów minimum dwa razy dziennie (rano i wieczorem), trzeba dokładnie płukać jamę ustną po inhalacjach preparatów zawierających glikokortykosteroidy wziewne. Chorzy stosujący ruchome protezy zębowe, powinni wyjmować je na czas płukania jamy ustnej i dokładnie umyć. Jamę ustną można wypłukać kilkakrotnie zwykłą, letnią wodą i ewentualnie na koniec uzupełnić te czynności zastosowaniem płynu o właściwościach antybakteryjnych dedykowanego do śluzówek jamy ustnej (dostępny w drogeriach). U osób z tendencją do tworzenia się w jamie ustnej aft i pleśniawek można dodatkowo używać do płukania ostudzone napary z ziół o właściwościach przeciwzapalnych – np. szatwii, rumianek. Niektórzy stomatolodzy polecają płukanek na bazie odwaru z siemienia lnianego z dodatkiem szatwii, rumianku i mięty – ma ona zmniejszyć uczucie suchości w jamie ustnej i pieczenia. Ważne jest też regularne odwiedzanie gabinetu stomatologicznego i leczenie na bieżąco ewentualnych ubytków. Niektórzy pacjenci będą wymagali codziennie lub okresowo wykonania toalety drzewa oskrzelowego. Opanowanie technik efektywnego kaszlu i drenażu ułożeniowego stanowi ważny element leczenia rehabilitacyjnego. Nic tak nie poprawia nastroju, jak schludne i czyste otoczenie, w którym przebywamy. Jeśli wśród najbliższych jest osoba chora na POChP to warto zatroszczyć się dla niej o przygotowanie funkcjonalnej, ładnej przestrzeni, w której znajdzie się też miejsce do wykonywania ćwiczeń w sytuacji, gdy zła pogoda uniemożliwi spacer.

Szczepienia przeciwko grypie, pneumokokom, COVID-19!

Zalecane są coroczne szczepienia ochronne przeciwko grypie, a w przypadku chorych powyżej 65. r.ż. również szczepienia przeciwko pneumokokom. Takie postępowanie redukuje ryzyko wystąpienia ciężkiego zaostrzenia i zgonu oraz zmniejsza liczbę zachorowań na zapalenia płuc, które dla chorych na POChP są szczególnie niebezpieczne. W związku z nową rzeczywistością życia z koronawirusem SARS-CoV-2, pacjenci z POChP powinni zachować duży rozsądek oraz przestrzegać reżimu sanitarnego i zasady DDM: dystans, dezynfekcja rąk, maseczka, szczególnie w miejscach skupisk ludzkich. Zaleca się szczepienie przeciwko COVID-19 u osób z chorobami przewlekłymi, do których zalicza się m.in. POChP. Zapobiegaj infekcjom układu oddechowego: nie bagatelizuj pierwszych objawów świadczących o zaostrzeniu choroby (nasilenie duszności, kaszlu, zwiększona ilość odkrztuszanej wydzieliny, gorączka), unikaj bezpośredniego działania zimnego powietrza na drogi oddechowe, ubieraj się adekwatnie do warunków atmosferycznych. Utrzymuj prawidłową masę ciała, stosuj właściwą dietę, jedz regularnie posiłki łatwostrawne, unikaj wzdymających pokarmów i gazowanych napojów, jedz powoli, nie przejadaj się.

Należy stosować się do zaleceń lekarza!

Najważniejsze z ważnych – należy stosować się do zaleceń lekarza odnośnie leczenia farmakologicznego. POChP jest chorobą, którą można leczyć, dlatego tak ważne jest pozostawanie pod stałą opieką i kontrolą lekarza. Jeśli nie rozumiałeś zaleceń lub sposobu użycia inhalatora nie wahaj się zapytać – lekarz, pielęgniarka na pewno jeszcze raz powtórzy i wyjaśni! Najlepiej napisać na kartce listę leków i dawkowanie zalecone przez lekarza. Jeśli mamy wątpliwości, czy dobrze wykonywana jest inhalacja leku, należy koniecznie skonsultować to z lekarzem lub pielęgniarką w poradni chorób płuc. Nieprawidłowo przyjęte leki wziewne dają ryzyko utraty kontroli choroby. Przyjmuj leki (doustne, wziewne) zgodnie z zaleceniami lekarza – nie przerywaj leczenia nawet przy odczuwalnej poprawie. Zgłaszaj się na wyznaczone wizyty lekarskie i zawsze w przypadku wystąpienia niepokojących objawów: częstszych, niż zwykle zadyszekach, bólu w klatce piersiowej przy wdechu, odkrztuszaniu wydzieliny z krwią, zwiększeniu odkrztuszanej wydzieliny i zmianie jej zabarwienia, osłabieniu, obrzęków kończyn dolnych. ■

Piśmiennictwo:

1. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatra z elementami gerontologii ogólnej*. VIA MEDICA, Gdańsk, 2006.
2. Interna Szczeklika 2016/17. Mały podręcznik. Wydanie VIII. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
3. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Geriatra i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
4. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014; 82(3): 227-263.

Domowe leczenie tlenem

Długotrwałe leczenie tlenem, zazwyczaj w warunkach domowych, jest wskazane u chorych w stadium IV choroby z:

- $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$ lub $\text{SaO}_2 < 88\%$ albo
- $\text{PaO}_2 55-59 \text{ mmHg}$, jeśli występują objawy nadciśnienia płucnego, obrzęki obwodowe wskazujące na zastoinową niewydolność serca lub czerwienica (hematokryt $> 55\%$).

Jest to przewlekła niewydolność oddechowa, spowodowana najczęściej POChP, rozstrzeniami oskrzeli, samoistnym włóknieniem płuc, mukowiscydozą.

W długotrwałym leczeniu tlenem PaO_2 powinno utrzymywać się na poziomie równym lub większym niż 60 mmHg lub SaO_2 równym lub większym niż 90%. Stosowanie tlenoterapii co najmniej 15 h na dobę poprawia przeżycie chorych na niewydolność oddechową. Przepływ tlenu zazwyczaj wynosi 2 l/min (0,5-3 l/min); w czasie snu i podczas wysiłku fizycznego można zwiększyć przepływ tlenu o 1 l/min. Źródłem tlenu w warunkach domowych najczęściej są koncentratory tlenu – urządzenia zasilane prądem elektrycznym, które zasysają z atmosfery powietrze, następnie specjalne filtry oddzielają cząsteczki tlenu, który jest gromadzony w zbiorniku koncentratora, z którego chory pobiera go przez cewnik, kaniulę lub maskę. Koncentrato-

ry zagęszczają tlen pobierany z powietrza do stężenia 85-95%. Niezbędne są okresowe przeglądy serwisowe koncentratorów i czyszczenie filtrów. Butle ze sprężonym lub ciekłym tlenem nie są tak wygodne i bezpieczne w domu, jak koncentratory tlenu.

Cel leczenia tlenem:

- zmniejszenie duszności
- usunięcie niedotlenienia tkanek

Wskazania do leczenia tlenem:

- ostra i przewlekła niewydolność oddechowa, $\text{SaO}_2 < 94\%$
- choroby serca, np. zawał serca, przewlekła niewydolność serca
- wstrząs, nagłe zatrzymanie krążenia, zator tętnicy płucnej
- zaawansowana choroba nowotworowa
- choroby krwi, np. zmniejszona ilość hemoglobiny

Przeciwwskazania do leczenia tlenem:

- narastająca retencja CO_2 u chorego z przewlekłą niewydolnością oddechową (najczęściej wskutek POChP), nie jest przeciwwskazaniem do tlenoterapii, jeśli występuje hipoksemia (niedotlenienie), ale powinna skłonić do zmniejszenia zawartości tlenu w mieszaninie oddechowej albo do zastosowania wentylacji mechanicznej płuc.

Działania niepożądane tlenu, zwłaszcza długotrwałe jego podawanie powoduje wysychanie i owrzodzenia błon śluzowych, zakażenia układu oddechowego, stosowanie zaś w dużych stężeniach $>50\%$ wiąże się z zapaleniem tchawicy i oskrzeli, upośledzeniem oczyszczania śluzowo-rzęskowego, niedodmą, dysplazją oskrzelowo-płucną. ■

Piśmiennictwo:

Interna Szczeklika 2016/17. Mały podręcznik. Wydanie VIII. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.

Wskazówki edukacyjne dla osób starszych z zapaleniem płuc

W zapobieganiu zapaleniu płuc u seniorów bardzo ważna jest **profilaktyka**, bo jak powszechnie wiadomo, znacznie łatwiej jest zapobiegać, niż leczyć. Dlatego starajmy się ustrzec samych siebie przed zapaleniem płuc.

W sezonie jesienno-zimowym, kiedy na zewnątrz panują bardzo zróżnicowane temperatury, a pogoda bywa kapryśna, zadbajmy o odporność naszego organizmu i oczywiście naszych najbliższych. W tym okresie warto zażywać preparaty witaminowe mające na celu wzmocnienie organizmu przed różnego rodzaju bakteriami i wirusami.

Jedną ze skuteczniejszych metod zapobiegania zachorowalności na zapalenie płuc są szczepienia ochronne. Badania wykazały, że skuteczność szczepionek jest bardzo wysoka, sięgająca nawet 90%. Szczególnie zalecane są szczepionki przeciwko pneumokokom i przeciwko grypie. Szczepienia ochronne zalecane są zwłaszcza u małych dzieci, a także u osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych. Szczepionki ochronne przygotowywane są co roku. Szczepienie przeciwko grypie, jak i szczepienie przeciwko pneumokokom można śmiało wykonać podczas jednej wizyty. Należy jednak pamiętać, by szczepienie przeciw grypie powtarzać co roku.

W profilaktyce zapalenia płuc niezwykle ważny jest również nasz styl życia, sposób odżywiania. Tylko zdrowa i odpowiednio zbilansowana dieta, a także odpowiednia dawka sportu zagwarantują nam nie tylko zdrowie, ale także sprawność fizyczną i dobre samopoczucie. Oczywiście należy pamiętać, że używanie wszelkiego rodzaju używek (zwłaszcza papierosów, alkoholu) znacznie bardziej zwiększają naszą podatność na zachorowania. Osoby starsze powinny pamiętać o unikaniu krztuszenia się – właściwa pozycja podczas jedzenia, zakaz mowy podczas posiłków; higienie jamy ustnej; leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych.

Zaleca się szczepienie przeciwko pneumokokom osób, u których istnieje zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia *S. pneumoniae* lub jego ciężkiego przebiegu, do grupy tej należą:

- wszystkie osoby > 64 . roku życia
- osoby w wieku 2-64 lat: z niedoborem odporności spowodowanym chorobą lub terapią, chorujący na przewlekłe choroby serca, nerek (zespół nerczycowy), układu oddechowego (POChP), cukrzycę lub niedokrwistość sierpowatokrwinkową, po usunięciu śledziony.

Największe znaczenie w profilaktyce wirusowego zapalenia płuc ma stosowanie szczepionek przeciw grypowych, których skuteczność sięga 75-90%. Są one przygotowywane co roku, a ich skład uzależnia się od zagrażających zakażeń. Szczepienie przeciwko grypie zaleca się u chorych obciążonych dużym ryzykiem zgonu z powodu grypy lub wiktającego ją zapalenia płuc. Grupy wysokiego ryzyka obejmują osoby z:

- przewlekłą chorobą płuc, serca, nerek lub wątroby,
- cukrzycą,
- immunosupresją spowodowaną chorobą lub leczeniem,
- osoby w wieku >65 lat. ■

Piśmiennictwo:

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

Opieka dzienna – nadzieją dla opiekunów nieformalnych/domowych

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

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

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

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

W opinii Stowarzyszenia Opiekunów Osób Niepełnosprawnych „STOP Wykluczeniom” tworzenie oddziałów opieki długoterminowej przy szpitalach to dobre rozwiązanie. Opieka nad osobami niesamodzielnymi powinna być sprawowana przez rodzinę czy osoby bliskie, a w razie, gdyby wymagał tego stan chorego, powinna być uzupełniana przez przyszpitalne oddziały opieki długoterminowej. Ważne, by powstawały one blisko

miejsca zamieszkania osób niesamodzielnych – to poprawiałoby ich komfort psychiczny i byłoby korzystne dla rodziny, mogącej częściej odwiedzać chorego. Byłoby to również ważne ze względu na znajomość chorego i historii jego choroby przez lekarzy i personel medyczny. Jedną z form wsparcia jest opieka przyszpitalna. Stowarzyszenie widzi większy sens merytoryczny i finansowy w rozwijaniu przyszpitalnych oddziałów opieki długoterminowej, wspierających opiekę sprawowaną przez rodziny osób niesamodzielnych, niż wydawanie z budżetu państwa miliardów złotych na budowę „od podstaw” jakichś bliżej niezdefiniowanych form opieki. Zaś przewodnicząca Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” podkreśla, że opieka długoterminowa to nie opieka szpitalna. Obecnie jest często tak, że opieka długoterminowa jest w części odpłatna, dlatego wielu osób na nią nie stać, ale według niej szpital nie jest miejscem na opiekę długoterminową. W Polsce opieka długoterminowa nie jest zabezpieczona w sposób wystarczający. Osoby niesamodzielne, często uzależnione np. od respiratora, mają dziesiątki innych potrzeb, których szpital nie zaspokoi. Skazywanie ludzi, którzy wymagają przewlekłej opieki, na pobyt w szpitalu jest dla nich niekorzystne, bo są kompletnie odizolowani społecznie. Osoba niepełnosprawna zasługuje na swoje życie w domu, ale to powoduje ogromne obciążenie dla opiekuna. Nie jest dobrym rozwiązaniem skazywanie osób niesamodzielnych na drogą opiekę szpitalną. Kto zatem zaspokoi potrzebę przynależności, bliskości osób niesamodzielnych? Opiekun, którego sytuacja jest nie mniej trudna jak podopiecznego? System ochrony zdrowia i pomocy społecznej, który rozbiega się, nie dając komplementarnej opieki osobom przewlekle chorym? Należy wspierać opiekunów domowych, ale nie może to iść w tym kierunku, by zamykać osoby niesamodzielne w szpitalach i skazywać osoby przewlekle chore na całkowite uzależnienie od opiekuna domowego. Człowiek musi mieć równowagę pomiędzy przynależnością i niezależnością. Także forsowanie pozycji opiekuna jako nadrzędnej jest błędne, nieetyczne.

Polityka Ministerstwa Zdrowia w ostatnich latach zmierza do deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form wsparcia/opieki nad osobami niesamodzielnymi w ramach opieki dziennej. Wzmocnienia działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad osobami niesamodzielnymi. Powstają m.in. **dzienne domy opieki medycznej (DDOM)** nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności powyżej 65 roku życia, które prowadzą krótkotrwałą diagnostykę i leczenie pacjentów w starszym wieku, ale bez konieczności całonocnej hospitalizacji. Zadaniem tych placówek jest przywrócenie pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku oraz **wyręczenie** w ciągu dnia opiekuna nieformalnego z opieki nad swoim bliskim. Ważna jest kontynuacja leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, tzw. **usług opiekuńczych**, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. W ramach tych świadczeń pacjent i jego opiekunowie zostają także przygotowani do samoopieki i samodzielnej egzystencji. Kolejną formą opieki i niezwykle istotnym elementem wsparcia ma być tworzenie możliwości odpoczynku dla opiekuna nieformalnego, dzięki finansowaniu **opieki wytchnieniowej** nad jego podopiecznym, bliskim członkiem rodziny. Zadanie to może być też realizowane w zakresie nauki pielęgnacji, rehabilitacji i diety. Taka troska o opiekunów rodzinnych/nieformalnych jest konkretnym i wymiernym wsparciem dla rodzin osób przewlekle chorych i starszych. Osoby niesamodzielne, w tym w szcze-

gólności z niepełnosprawnościami, to grupa o zróżnicowanych potrzebach, która wymaga pomocy na wielu płaszczyznach.

Ta pomoc musi być wszechstronna, ale też zindywidualizowana, w zależności od rodzaju niepełnosprawności. Ważnym elementem pomocy jest udzielanie wsparcia opiekunom osób niesamodzielnych, by tę chwilę wytchnienia mieli dla siebie. Po pierwsze, by odpocząć, po drugie – by mieć czas na załatwienie różnych życiowych czy administracyjnych spraw. Chodzi też o to, żeby mieli np. możliwość skorzystania z bezpiecznej fachowej opieki. Opieka wytchnieniowa może być świadczona w domu, jak również realizowana np. w ośrodku wsparcia dziennego czy domach pomocy społecznej.

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

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

Przed MCO kolejne wyzwanie, nowy projekt, którego celem będzie m.in. zaoferowanie dla opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych usługi – opieki „wytchnieniowej/odciążeniowej/zastępczej”. Polegać ona będzie na czasowym całodobowym przebywaniu osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką w przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez jej opiekuna nieformalnego lub potrzeby odpoczynku opiekuna. Odciążenie opiekuna w codziennych obowiązkach, umożliwienie mu czasowego wytchnienia od sprawowania opieki, poprzez zorganizowanie podopiecznemu całodobowej

opieki, znacząco poprawi jego sytuację, niwelując ryzyko jego wykluczenia społecznego. Głównym celem usług wytchnieniowych jest zapewnienie osobie niesamodzielnej opieki i nadzoru, dających opiekunowi tzw. „urlop od opieki” w razie potrzeby odpoczynku czy też okresowej niemożności sprawowania pieczy. Jest to rozwiązanie dedykowane tym opiekunom, którzy z różnych przyczyn nie mogą zająć się bliską osobą lub które są zmuszone wyjechać na jakiś czas i nie mogą zostawić bliskiej osoby bez opieki. ■

Piśmiennictwo:

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

Wiedza łagodzi lęk opiekuna nieformalnego w opiece nad bliskim niesamodzielnym

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

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

to zbyt małą. Czasami nie wie, o co się ubiegać. Dlatego też ważne jest dostarczenie informacji w czasie szkoleń, jak zorganizować opiekę domową, jakie przysługują formy wsparcia finansowego dla podopiecznego i opiekuna, jakie są warunki ubiegania się o pomoc finansową.

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

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

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

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

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

Menadżer opieki formą wsparcia opiekunów nieformalnych

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

Usługa menadżera opieki polega na cyklicznych wizytach

Opieka wytchnieniowa wyzwaniem, innowacją i integralną częścią systemu opieki długoterminowej

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

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

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

Projekt otrzymał dofinansowanie ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – ZIT.

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

W ramach usług wsparcia edukacyjno-doradczego będą realizowane indywidualne szkolenia opiekuńcze, w formie mobilnej, w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną, gdzie personel (pielęgniarka, fizjoterapeuta) przyjedzie do opiekuna i osoby niesamodzielną, usługa menadżera opieki, polegająca na fachowej pomocy opiekunowi w organizacji opieki nad osobą niesamodzielną, nawiązywaniu współpracy pomiędzy rodziną a różnego rodzaju instytucjami, kontrolowaniu sytuacji na miejscu, słuzeniu radą, instruktazem, informacją, przez zespół składający się z: lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna.

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

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

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

Serdecznie zapraszamy.

Rekrutacja do nowego projektu rozpoczęła się już 1.06.2021 r.

Szczegółowe informacje dostępne są tutaj:

wsparciedlaopiekuna.pl/rekrutacja/

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

OPIEKA SOCJALNA**Centrum Wsparcia Opiekunów**

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
 mco.krakow.pl
 e-mail: mco@mco.krakow.pl, centrumwsparcia@mco.krakow.pl
 telefon: +48 12 44 67 500,
 +48 12 44 67 530

MOPS Filia nr 1

os. Teatralne 24, 31-946 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f1@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 430 4546,
 +48 12 430 4544, +48 12 644 7609

MOPS Filia nr 2

ul. Radzikowskiego 39, 31-315 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f2@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 636 7798,
 +48 12 636 7784, +48 12 636 7678

MOPS Filia nr 3

ul. Rzeźnicza 2, 31-540 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f3@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 257 0007

MOPS Filia nr 4

os. Szkolne 34, 31-978 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f4@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 425 7564,
 +48 12 425 7582, +48 12 643 7568

MOPS Filia nr 5

ul. Praska 52, 30-322 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f5@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 269 0554,
 +48 12 269 0637, +48 12 266 8275

MOPS Filia nr 6

ul. Dietla 64 31-039 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f6@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 423 2315,
 +48 12 422 1774, +48 12 421 6144

MOPS Filia nr 7

ul. Mazowiecka 4-6, 30-036 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f7@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 632 0022,
 +48 12 632 2146

MOPS Filia nr 8

ul. Na Kozłowiec 27, 30-664 Kraków
 mops.krakow.pl
 e-mail: f8@mops.krakow.pl
 telefon: +48 12 659 1286,
 +48 12 658 6363, +48 12 659 1268

OPIEKA ZDROWOTNA**Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie**

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
 mco.krakow.pl
 e-mail: mco@mco.krakow.pl
 telefon: +48 12 44 67 500

Bonifratrzy**Zakon Szpitalny św. Jana Bożego**

ul. Trynitarzka, 11 31-061 Kraków
 bonifratrzy.pl

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków
 szpitaljp2.krakow.pl
 telefon: 12 614 35 15, 12 614 20 00

NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego

ul. Siemiradzkiego 1, 31-137 Kraków
 siemiradzki.pl
 e-mail: sekretariat@siemiradzki.pl
 telefon: 12 634 22 22, 12 634 48 78

Samodzielny PZOZ MSWiA w Krakowie

ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków
 zozmswkrakow.pl
 e-mail: sekretariat@zozmswiakrakow.pl
 telefon: 12 662 31 50

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków
 narutowicz.krakow.pl
 e-mail: sekretariat@narutowicz.krakow.pl
 telefon: 12-416-22-66, 12-633-01-00

Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie

ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków
 szpitaldietla.pl
 e-mail: szpital@dietl.krakow.pl
 telefon: 12 68 76 200, 12 68 76 460,
 12 63 37 976

Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego

ul. Babińskiego 29, 30-393 Kraków

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.

os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków
 rydygierkrakow.pl
 e-mail: rydygier@kki.pl,
 rydygier@rydygierkrakow.pl
 telefon: 12 646 80 00

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków
 zeromski-szpital.pl
 e-mail: kancelaria@zeromski-szpital.pl
 telefon: 12 644 01 44, 12 622 94 65,
 12 622 94 04

Szpital św. Rafała w Krakowie

ul. Bochenka 12, 30 -69 Kraków
 swrafal.pl
 e-mail: sekretariat.szpitala@scanmed.pl
 telefon: 12 629 88 00, 801 462 988

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków
 su.krakow.pl
 e-mail: info@su.krakow.pl
 telefon: +48 12 424 70 00

Uniwersytecki Szpital Dzieciątka w Krakowie

ul. Wielicka 265 30-663 Kraków
 szpitalzdrowia.pl
 telefon: +48 12 658 20 11

POLITYKA SPOŁECZNA**Dom Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie**

ul. Łanowa 43, 30-725 Kraków
 e-mail: dpslanowa43@ceti.pl
 telefon: 12 653 20 41, 12 650 54 60

Dom Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie

ul. Ułanów 25, 31-450 Kraków
 telefon: +48 12 417 38 48
 e-mail: fundacja@bci.pl

Dom Pomocy Społecznej dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

ul. Babińskiego 25, 30-393 Kraków
e-mail: dpsbab@gmail.com
telefon: 12 262 02 27, 12 260 82 81

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych

ul. Łanowa 41, 30-725 Kraków
e-mail: sekretariat@dpslanowa41.pl
telefon: 12 650 56 00

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych

ul. Krakowska 55, 31-066 Kraków
e-mail: dyrekcja@dpskrakowska.krakow.pl, sekretariat@dpskrakowska.krakow.pl
telefon: 12 430 63 17, 12 430 52 74, 12 430 62 30

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych

os. Szkolne 28, 31-977 Kraków
e-mail: dps.szkolne28@gmail.com
telefon: 12 644 26 93

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Praska 25, 30-329 Kraków
dpspraska.pl
e-mail: sekretariat@dpspraska.pl
telefon: 12 266 03 64, 12 267 01 72

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Helclów 2, 31-148 Kraków
dpshelclow.pl
e-mail: sekretariat@dpshelclow.pl
telefon: 12 634 42 55

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Nowaczyńskiego 1, 30-336 Kraków
dpsnowaczynskiego.pl
e-mail: dps@dpsnowaczynskiego.pl
telefon: 12 255-41-61

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Radziwiłłowska 8, 31-026 Kraków
dpsradziwillowska.krakow.pl
e-mail: sekretariat@dpsradziwillowska.krakow.pl
telefon: 12 422 99 56

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Łanowa 39, 30-066 Kraków
e-mail: sekretariat@dpslanowa39.pl
telefon: 12 653 22 47

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Podgórki Tynieckie 96, 30-398 Kraków
e-mail: dps.krakow.podgorki@sluzebniczkikr.pl
telefon: +48 12 267 50 55

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Ułanów 25 31-450, Kraków
e-mail: fundacja@bci.pl
telefon: +48 12 417 38 48

Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych

ul. Łanowa 1b, 30-725 Kraków
e-mail: trynitarzedps@gmail.com
telefon: +48 (12) 650 5020

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku

ul. Kluzeka 6, 31-222 Kraków
e-mail: dpskluzeka@dpskluzeka.pl
telefon: 12 415 25 92

Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku

ul. Sołtysowska 13d, 31-598 Kraków
e-mail: dps@dps-soltysowska.pl
telefon: +48 12 684 5290

Klub Samopomocy – Aktywizacyjny

ul. Grzegórzecka 19/1-2, Kraków
telefon: 668 254 980

Klub Samopomocy – Aktywizacyjny

ul. Gdańska 5, Kraków
telefon: 660 637 805

Klub Samopomocy – Aktywizacyjny

ul. Okulickiego 51/279, Kraków
telefon: 668 375 795

Klub Samopomocy – Aktywizacyjny

ul. Bronowicka 19/5, Kraków
telefon: 12 626 04 67

Klub Samopomocy – Specjalistyczny

os. Krakowiaków 2, Kraków
telefon: 660 637 847

Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej Nr 1 „Socius”

ul. Jana Sas-Zubrzyckiego 10, 30-611 Kraków
e-mail: d1@mddps.krakow.pl

Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr 2

ul. Ks. Gurgacza 5, Kraków
e-mail: d2@mddps.krakow.pl

Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr 3

ul. Korczaka 4, Kraków
e-mail: d3@mddps.krakow.pl

Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr 4

ul. Sudolska 7a, Kraków
e-mail: d4@mddps.krakow.pl

Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr 5

ul. Nad Sudołem 32, Kraków
e-mail: d5@mddps.krakow.pl

Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej nr 6

Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów
os. Szkolne 20, Kraków
e-mail: centrum@mddps.krakow.pl

Mieszkania chronione

os. Sportowe, 31-966, Kraków
e-mail: dps.szkolne28@gmail.com
telefon: 12 644 26 93, 12 644 40 79

Mieszkania chronione

ul. Praska 25, Kraków
e-mail: sekretariat@dpspraska.pl
telefon: 12 266 03 64, 12 267 01 72

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

ul. Józefa 1, 31-056 Kraków
e-mail: hamlet@ceti.pl
telefon: +48 12 429 5694, +48 12 430 6831, +48 12 422 1211

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków
e-mail: sdsczar@wp.pl
telefon: 517 456 810

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

ul. Pasteura 1, 31-221 Kraków
e-mail: sds.pasteura@caritas.pl
telefon: +48 12 415 3121

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

ul. Piekarska 3, 31-067 Kraków
e-mail: sdsdoa@vp.pl
telefon: +48 12 430 6313

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

os. Szkolne 30, 31-978 Kraków
e-mail: sds@gaudiumetspes.pl
telefon: +48 12 643 1801

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

os. Tysiąclecia 86, 31-610 Kraków
e-mail: pgr@o2.pl
telefon: +48 12 647 5131,
+48 50 492 4733, +48 50 351 6303

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

ul. Aleksandry 1, 30-837, Kraków
e-mail: sds.aleksandry@ognisko.org.pl
telefon: +48 12 658 5494,
+48 12 423 1231

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

al. Pokoju 7, 31-548 Kraków
e-mail: biuro@ognisko.org.pl,
sds.alejapokoju@ognisko.org.pl
telefon: +48 12 633 2301

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

ul. Grottgera 3, 30-031 Kraków
e-mail: biuro@kta.krakow.pl
telefon: +48 12 631 3015

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy

os. Słoneczne 15, 31-958 Kraków
e-mail: fundacja@alzheimer-krakow.pl
telefon: +48 12 410 5420,
+48 12 311 5362, +48 12 410 5421

Niepubliczny Środowiskowy Dom Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera

ul. Kurczaba 5, Kraków
e-mail: krakow@caritas.pl,
sds.kurczaba@caritas.pl
telefon: +48 12 341 4851

Ośrodek wsparcia – Klub samopomocy dla osób starszych

ul. Balicka 289, 30-198, Kraków
e-mail: sekretariat@mddps.krakow.pl

Ośrodek wsparcia – Klub samopomocy dla osób starszych

ul. Zielony Dół 4, 30-228 Kraków
e-mail: unicorn@unicorn.org.pl
telefon: 12 425 11 02

Ośrodek wsparcia- Klub samopomocy dla osób starszych

ul. Krowoderskich Zuchów 6,
31-272 Kraków
e-mail: ks2@mddps.krakow.pl

Ośrodek wsparcia- klub samopomocy dla osób starszych

os. Zielone 7, Kraków
e-mail: gaudium2@interia.pl

Ośrodek wsparcia- Klub samopomocy dla osób starszych

ul. Komandosów 18, Kraków
e-mail: krakow@caritas.pl

Ośrodek wsparcia- Klub samopomocy dla osób starszych

pl. Gen. Władysława Sikorskiego 14/2,
Kraków
e-mail: owsikorskiego14@gmail.com

Polityka Społeczna Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków
rops.krakow.pl
telefon: +48 12 422 06 36,
+48 12 661 03 00, +48 12 626 13 73

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie

Al. Słowackiego 20, 30-037 Kraków
e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl
telefon: 12 634 42 70

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wieliczce

ul. Piłsudskiego 18, 32-020 Wieliczka
budynek Liceum Ogólnokształcącego
im. J. Matejki w Wieliczce (wejście od
strony ul. M. Konopnickiej).
e-mail: zespol@powiat.eu
telefon: 12 278 62 81

Publiczny Środowiskowy Dom Samopomocy

os. Młodości 8, 30-908 Kraków
e-mail: sdsvita@interia.pl
telefon: 12 686 91 21 wew.10,
12 686 9122

Rodzinny Dom Pomocy

ul. Źródłana 15, 30-734 Kraków
telefon: +48 12 653 03 41

Urząd Miasta Krakowa – Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Jana Dekerta, 30-703 Kraków
telefon: 12 616 51 19

Centrum Aktywności Seniora „Kurdwanów”

ul. Witosa 39, 30-647 Kraków (budynek
Spółdzielni Mieszkaniowej Kurdwanów
– pokój nr 2 na parterze)
e-mail: sdn.cas2@gmail.com
telefon: 510 789 340

Centrum Aktywności Seniora „Nestor Spot Bonarka”

ul. Kamieńskiego 11, 30-644 Kraków
siemacha.org.pl/spot-nestor
telefon: 607 552 425, 882 053 561

ORGANIZACJE POZARZĄDOWE**Centrum Aktywności Seniora „Fruwająca Ryba”**

Osiedle Na Skarpie 35, 31-910 Kraków
e-mail: biuro@ukryteskrzydla.pl
telefon: 794 387 527, 660 569 100

Centrum Aktywności Seniora „Seniorzy nauczycielami życia”

Osiedle Górali 23, 31-961 Kraków
telefon: 662 191 024

Centrum Aktywności Seniora „Nestor Spot Ptaszyckiego”

ul. Ptaszyckiego 6, 31-979 Kraków
telefon: 601 619 428

Centrum Aktywności Seniora „Aktywny Senior – Optymista”

ul. Sienkiewicza 2a, 30-033 Kraków

telefon: 12 634 51 57

Centrum Aktywności Seniora „Borsuczek”

ul. Borsucza 12, 30-408 Kraków

kslajkonik.pl

telefon: 535 538 450

Centrum Aktywności Seniora „Cyfrowe Centrum II”

Os. Centrum E 18, 31-934 Kraków

e-mail: biuro@fabrykainicjatyw.pl

telefon: 506 303 304, 501 148 630

Centrum Aktywności Seniora „Geriatrics”

ul. Drożdżowa 2, 30-892 Kraków

www.fundacjageriatrics.pl

e-mail: biuro@fundacjageriatrics.pl

telefon: 798 921 638

Centrum Aktywności Seniora „Lemon”

ul. Ludwinowska 11, 30-331 Kraków

fundacjahita.pl/cas-lemon

telefon: 733 999 785

Centrum Aktywności Seniora „Nestor Spot Kozłówek”

ul. Facimiech 32, 30-667 Kraków

siemacha.org.pl/spot-nestor

e-mail: senior@siemacha.org.pl

telefon: 882 069 407

Centrum Aktywności Seniora „Pracownia Kulturalna”

ul. Bagrowa 80/43, 30-733 Kraków

pracowniakulturalna.pl/cas

e-mail: biuro @ pracowniakulturalna.pl

telefon: 784 545 453

Centrum Aktywności Seniora „Radosny Senior”

ul. Rostworowskiego 13, 30-358 Kraków

e-mail: radosnysenior@interia.pl

telefon: 882 825 767, 518 810 724

Centrum Aktywności Seniora „Swoszowice”

ul. Tuchowska 113, 30-698 Kraków

e-mail: cas@sislegeartis.pl

telefon: 508 660 299

Centrum Aktywności Seniora „Tekla”

ul. St. Działowskiego 1, 30-399 Kraków

kslajkonik.pl

telefon: 535 538 450

Centrum Aktywności Seniora „Współpracujmy”

ul. Litewska 34, 30-014 Kraków

telefon: 506 497 108

Centrum Aktywności Seniora „Zabłocie-Grzegórzki”

Al. Daszyńskiego 16, 31-534 Kraków

fundacjamis.org.pl

e-mail: cas@fundacjamis.org.pl

telefon: 12 200 29 26

Centrum Aktywności Seniora „Żeglarz”

ul. Kozia 22, 30-507 Kraków

www.cas-zeglarz.pl

telefon: 501 411 416, 12 653 05 08

Centrum Aktywności Seniora „Złoty Wiek”

ul. Kurczaba 25, 30-868 Kraków

www.fundacjahita.pl

e-mail: cas.zloty.wiek.np@gmail.com

telefon: 799 070 616

Centrum Aktywności Seniora „Źródło”

ul. Podchorążych 3, 30-084 Kraków

kslajkonik.pl/cas/zrodlo

telefon: 535 538 450

Centrum Aktywności Seniora „Nie Dzieli Nas Wiek”

ul. Weissa 8/21, 31-339 Kraków

fundacjaniedzielinaswiek.pl

telefon: 501 529 993, 727 430 999

Centrum Aktywności Seniora Prądnik Czerwony

ul. Strzelców 5a, 31-422 Kraków

fundacjahita.pl

e-mail: caspradnik@gmail.com

telefon: 518 329 303, 603 359 864

Centrum Aktywności Seniora w Willi Decjusza

ul. 28 lipca 1943 17a, 30-233 Kraków

www.villa.org.pl/villa

e-mail: cas@villa.org.pl

telefon: 12 425 36 38 wew. 153, 508 688 474

Centrum Aktywności Seniorów „Bieńczyce”

Os. Złotej Jesieni 16, 31-828 Kraków

www.nowecentrum.org/nowe-cen-

trum-aktywnosci-seniorow-bienczyce

telefon: 575 361 492

Centrum Aktywności Seniorów „Krupnicza”

ul. Krupnicza 38, 31-123 Kraków

telefon: 12 430 00 15 wew. 243

Centrum Aktywności Seniorów „Mistrzejowice”

Os. Piastów 41, 31-625 Kraków

www.nowecentrum.org/centrum-ak-

tywnosci-seniorow-mistrzejowice

e-mail: k.regucka@nowecentrum.org

telefon: 733 956 640

Centrum Aktywności Seniorów „Nowe Centrum Aktywności Seniorów”

Osiedle Zielone 22, 31-971 Kraków

telefon: 733 956 640

Centrum Aktywności Seniorów „Senior w Centrum”

ul. Berka Joselewicza 28, 31-031 Kraków

telefon: 12 265 65 53, 733 131 638

Centrum Aktywności Seniorów „Siódemka Centrum”

Os. Oświecenia 7/1A, 31-635 Kraków

www.facebook.com/fundacjalokomo-

tywa

e-mail: anna.pietras@poczta.fm

telefon: 722 102 173

Centrum Aktywności Seniorów Stowarzyszenia Dobrej Nadziei”

ul. Batorego 3/5, 31-135 Kraków

telefon: 662 383 382

Centrum Aktywności Seniorów „Super Senior”

Os. Tysiąclecia 42, 31-610 Kraków

e-mail: anna.pietras@poczta.fm

telefon: 732 994 087

Centrum Aktywności Seniorów „Uskrzydłone Wzgórza”

Os. Na Stoku 1, 31-705 Kraków

telefon: 519 649 567

Centrum Aktywności Seniorów „Złota Jesień Hutnika”

ul. Kaczeńcowa 7, 31-831 Kraków

telefon: 509 690 123

**Centrum Aktywności Seniorów
Prądnik Biały**

ul. Pachońskiego 8, 31-223 Kraków
dlaseniora.krakow.pl
 telefon: 578 775 119

Fundacja Helpful Hand

ul. Kalwaryjska 32/11, 30-504 Kraków
 e-mail: helpful.hand@wp.pl
 telefon: +48 600 125 233,
 +48 12 341 50 36

**Fundacja Szanujmy Godność
Człowieka**

ul. Starowiślna 25/19, 31-038 Kraków
fundacja-emeryt.info
 e-mail: kontakt@fundacja-emeryt.info
 telefon: 12 421 16 27, 12 422 31 73,
 606 504 620

Fundacja Urszuli Smok „Podaruj Życie”

os. Albertyńskie 16/18, 31-852 Kraków
podarujzycie.org
 e-mail: fundacja@podarujzycie.org
 telefon: +48 12 647 38 37

Krakowskie Towarzystwo „Amazonki”

ul. Garncarska 11 31-115 Kraków

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia
Rozsianego Oddział w Krakowie**

Kalwaryjska 32/11, 30-504 Kraków
ptsr.org.pl
 e-mail: krakow@ptsr.org.pl
 telefon: 12 341 50 36, 513 173 192

Stacja Opieki Caritas

ul. Sikorskiego 6, 32-020 Wieliczka
 telefon: 12/288 19 42

**Stowarzyszenie Pacjentów z Niewydolnością Układu Pokarmowego –
Apetyt na Życie**

Al. Daszyńskiego 22, 31-534 Kraków
apetytnazycie.org
 e-mail: info@apetytnazycie.org
 telefon: +48 12 444 68 08

**Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych
na Chłoniaki „Przebiśnięg”**

ul. Okólna 14 m 34, 30-684 Kraków
przebisnieg.org
 e-mail: info@przebisnieg.org

Stowarzyszenie UNICORN

ul. Zielony Dół 4, 30-228 Kraków
unicorn.org.pl
 e-mail: unicorn@unicorn.org.pl
 telefon: 12 425 11 02

Centrum Aktywności Seniora „Aktywni Seniorzy Razem – Udoskonalenie”

ul. Kasprowicza 9a/1, 31-523 Kraków
 telefon: 12 411 05 24

**Centrum Aktywności Seniora
„Miechowity”**

ul. Miechowity 6, 31-469 Kraków
 e-mail: casmiechowity@gmail.com
 telefon: 518 329 888

**Centrum Aktywności Seniora
„Renesans”**

ul. Młyńska Boczna 7, 31-470 Kraków
 telefon: 660 065 729

**Centrum Aktywności Seniora Dojrzały
smak życia!**

ul. Rzeźnicza 2a, 31-540 Kraków
 e-mail: biuro@apz.org.pl
 telefon: 12 294 81 35

**Centrum Aktywności Seniora
„Nestor Spot Długa”**

ul. Długa 42, 31-146 Kraków
siemacha.org.pl
 e-mail: sekretariat@siemacha.org.pl
 telefon: 882 053 561

**Centrum Aktywności Seniora
przy parafii św. Kazimierza**

ul. Bobrowskiego 6, 31-552 Kraków
 e-mail: casbobrowskiego6@gmail.com
 telefon: 12 417 35 00

**Centrum Aktywności Seniorów
„Uskrzydleni Wiekem”**

ul. Rusznikarska 14 lok. 16,
 31-261 Kraków
uskrzydleniwikiem.pl
 e-mail: fundacja@uskrzydleniwikiem.pl
 telefon: 511 200 011

**Centrum Aktywności Seniora
„Kurdwanów”**

ul. Witosa 39, 30-647 Kraków (budynek
 Spółdzielni Mieszkaniowej Kurdwanów -
 pokój nr 2 na parterze)
 e-mail: sdn.cas2@gmail.com
 telefon: 510 789 340

**Centrum Aktywności Seniora
„Nestor Spot Bonarka”**

30-644 Kraków, ul. Kamieńskiego 11
siemacha.org.pl/spot-nestor
 telefon: 607 552 425, 882 053 561

Poradnik opiekuna

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

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

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

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

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



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



Rzeczpospolita
Polska



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

