

PORADNIK OPIEKUNA

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

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 3/2023 (15)



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

SPIS TREŚCI

<u>Od redakcji</u>	<u>3</u>
<u>Sprawność mechanizmów immunologicznych, poznawczych i układu ruchu u osób starszych</u>	<u>4</u>
<u>Menopauza i andropauza – zjawiska istotne dla procesu starzenia.....</u>	<u>8</u>
<u>Zmiany starcze i choroby narządu żucia</u>	<u>12</u>
<u>Treningi funkcji poznawczych osób niesamodzielnych, starszych.....</u>	<u>15</u>
<u>Stymulacja i rehabilitacja poznawcza oraz trening poznawczy osób niesamodzielnych.....</u>	<u>17</u>
<u>Rehabilitacja ruchowa osób starszych, niesamodzielnych.....</u>	<u>20</u>
<u>Postęp technologiczny jako źródło wyzwań i możliwości wsparcia osób niesamodzielnych</u>	<u>21</u>
<u>Wielowymiarowe potrzeby opiekunów osób niesamodzielnych</u>	<u>25</u>
<u>Prawa pacjenta – pomocne w dbaniu o dobro opiekuna i podopiecznego.....</u>	<u>27</u>
<u>To ostatni moment, żeby skorzystać z naszego wsparcia!</u>	<u>29</u>

Poradnik opiekuna

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

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 4467500, www.mco.krakow.pl

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

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

Szanowni czytelnicy

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

W bieżącym numerze omawiamy zjawiska istotne dla procesu starzenia, jakim są menopauza u kobiet i - rzadziej omawiana - andropauza wśród mężczyzn. W radzeniu sobie z andropauzą (podobnie, jak z menopauzą), pomocna jest dbałość o zdrowie, rozumiana przede wszystkim jako aktywny i prozdrowotny styl życia (nie zaś farmakoterapia).

W Kwartalniku podpowiadamy także, w jaki sposób osoba w wieku senioralnym może pomóc własnemu układowi immunologicznemu zachować prawidłowe funkcjonowanie. Ważną rolę odgrywa tu właściwie zbilansowana dieta, gdyż zarówno niedobór, jak i nadmierna podaż niektórych składników odżywczych może niekorzystnie wpływać na sprawność mechanizmów odpornościowych.

Poruszamy także problematykę higieny jamy ustnej oraz ryzyka rozwoju choroby próchnicowej i chorób przyzębia w wieku podeszłym. Piszemy o potrzebach profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych osób starszych. Stymulacja poznawcza (cognitive stimulation, CS), trening poznawczy (cognitive training, CT) i rehabilitacja poznawcza (cognitive rehabilitation, CR) to specy-

ficzne formy oddziaływań nefarmakologicznych wpływające na poznawcze (umysł w dobrej kondycji) i pozapoznawcze (poczucie kontroli i sprawstwa, zmiana nastawienia wobec siebie i przyszłości) funkcjonowanie osób w wieku senioralnym.

Ponadto, doradzamy opiekunom nieformalnym, w jaki sposób nawiązać relacje i prowadzić skuteczną komunikację i aktywizację seniora, co może okazać się pomocne w radzeniu sobie z emocjami bliskiego, a także jak wykorzystać postęp technologiczny w opiece nad nim. W bieżącym numerze znajdą Państwo również informacje na temat praw pacjenta oraz form wsparcia, z których może skorzystać opiekun w swojej pracy.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzimy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa, a wydanie okaże się cennym źródłem wiedzy. Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres:

centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Życzymy miłej lektury!
Redakcja



Sprawność mechanizmów immunologicznych, poznawczych i układu ruchu u osób starszych

Funkcja układu immunologicznego (odpornościowego) polega na obronie organizmu przed drobnoustrojami chorobotwórczymi i nowotworami. Elementami efektorowymi układu immunologicznego są różnego rodzaju komórki (fagocyty, limfocyty) oraz białka (immunoglobuliny, składowe dopełniacza, białka ostrej fazy itp.).

Układ immunologiczny rozpoznaje i eliminuje różne szkodliwe czynniki, w tym drobnoustroje (bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty), białka (np. toksyny) i nieprawidłowe komórki własne (np. nowotworowe). Jest on zdolny do rozpoznawania obcych cząsteczek (antygenów) i wykazuje tak zwaną pamięć immunologiczną, która umożliwia wyeliminowanie czynników zawierających niepożądane antygeny przy ponownym kontakcie, co odgrywa szczególnie dużą rolę w odpowiedzi immunologicznej na zakażenia. Antygeny to struktury, których fragmenty – określane jako determinanty antygenowe – są rozpoznawane przez swoje receptory znajdujące się na limfocytach T i B, a także przez przeciwciała. Niejednokrotnie pojęcie „antygen” używa się również w odniesieniu do całych komórek oraz struktur rozpoznawanych przez receptory odporności wrodzonej.

Odporność to zespół reakcji obronnych, których celem jest neutralizowanie lub eliminowanie obcych dla organizmu substancji. Nie jest ona nie-

zmiennym elementem, który tak samo funkcjonuje w momencie przyjścia na świat i w późnych latach życia. To dynamiczny system, który (tak jak dziecko) rozwija się i nabiera nowych zdolności, ulepszając już posiadane. Następnie osiąga swój optymalny stan, by z wiekiem ponownie osłabnąć i stać się mniej sprawnym. Po osiągnięciu optymalnej odporności w wieku dorosłym, następuje ponowne jej osłabienie, wynikające ze spadku kompetencji układu immunologicznego. Układ immunologiczny jest osłabiony zarówno przez działanie na niego niekorzystnych czynników, które nasilają się wraz z wiekiem, jak i zmian zachodzących w samym układzie. Czynniki tymi są przede wszystkim: liczne choroby współistniejące, częściej występujące u osób starszych (cukrzyca, choroby nerek, przewlekłe choroby płuc, choroby nowotworowe itp.), styl życia (nieodpowiednie żywienie, siedzący tryb życia, nałogi) i niekorzystne warunki środowiskowe.

Swoiste zmiany w systemie immunologicznym postępujące wraz z wiekiem

Choć zdolność krwiotwórcza szpiku z wiekiem nie maleje istotnie, to znacznie obniża się zdolność regeneracji w przypadku jakiegokolwiek uszkodzenia. Kolejnym czynnikiem wpływającym na słabszą odporność w wieku podeszłym są zmiany zachodzące w odpowiedzi komórkowej. Zmienia się stosunek subpopulacji limfocytów CD4+ i CD8+ na korzyść tych pierwszych. Jednocześnie rośnie odsetek niedojrzałych limfocytów. Od okresu pokwitania zanika grasica (zwłaszcza między 30. a 50. rokiem życia). Grasica jest gruczołem dokrewnym, gdzie wytwarzane są limfocyty, które dojrzewają, a następnie wędrują do obwodowych tkanek limfatycznych i zasiedlają je. Skutkiem zaniku grasicy jest spadek liczby limfocytów T dziewiczych (naiwnych) w stosunku do liczby limfocytów pamięci CD4+ i CD8+. Wynika z tego zjawisko, iż osoby starsze o wiele trudniej zwalczają infekcje spowodowane drobnoustrojami, z którymi wcześniej się nie zetknęły. Ponadto maleje liczba ośrodków namnażania się limfocytów w węzłach chłonnych. Z wiekiem następują również zmiany w odpowiedzi humoralnej, które najprawdopodobniej są wtórne do upośledzenia funkcji limfocytów T. Choć całkowita ilość przeciwciał najprawdopodobniej nie ulega zmianie, to następują zmiany ilościowe w poszczególnych klasach przeciwciał: maleje ilość IgM, natomiast wzrastają ilości IgG i IgA w surowicy oraz IgA w ślinie. Wraz z wiekiem maleje również zdolność makrofagów i neutrofili do wytwarzania czynnych biologicznie związków tlenowych, do fagocytozy, maleją właściwości chemotaktyczne oraz podatność na działanie lipopolisacharydów. Warto również wspomnieć o zmianach hormonalnych. Na skutek niedoboru hormonu wzrostu, insulinopodobnego czynnika wzrostu-I oraz dehydroepiandrosteronu odpowiedź limfocytów na czynniki mitogenne jest upośledzona, co powoduje zmniejszone wytwarzanie niektórych cytokin. Ponadto u osób starszych zmniejsza się unerwienie współczulne grasicy i śledziony, czego skutkiem jest upośledzenie odpowiedzi T-komórkowej.

Jak pomóc własnemu układowi immunologicznemu zachować prawidłowe funkcjonowanie?

Ważną rolę odgrywa właściwie zbilansowana dieta, gdyż zarówno niedobór, jak i nadmierna podaż niektórych składników odżywczych może nieko-



rzystnie wpływać na sprawność mechanizmów odpornościowych. Do prawidłowego funkcjonowania układu immunologicznego konieczne są wielonienasycone kwasy tłuszczowe, niektóre aminokwasy – w tym glutamina, arginina i aminokwasy siarkowe, witaminy A, D, E, C, B6, B12 oraz kwas foliowy. Muszą się znaleźć także mikroelementy, jak żelazo, cynk, selen, miedź. Niedobory witamin i mikroelementów mogą powodować zaburzenia czynności limfocytów T. W diecie nie powinno zabraknąć składników odżywczych bogatych w witaminę C, która zmniejsza przepuszczalność naczyń krwionośnych włosowatych i wzmacnia ich ściany, przez co zwiększa odporność błon śluzowych na zakażenia; składników odżywczych bogatych w witaminy A, D i E, które pobudzają tworzenie śluzu chroniącego nabłonek dróg oddechowych. Cynk uczestniczy w produkcji przeciwciał odpornościowych, natomiast żelazo zapobiega niedokrwistości, która zwiększa podatność na infekcje. Nie należy jednak przesadzać z suplementowaniem. Nadmiar niektórych składników odżywczych posiadających zdolność do immunomodulacji może pogorszyć czynność układu odpornościowego, dotyczy to np. witaminy A, żelaza czy selenu. W budowaniu odporności



może pomóc wysiłek fizyczny. W trakcie ćwiczeń, pod wpływem hormonów kory nadnerczy, dochodzi do przejściowej mobilizacji mechanizmów odpornościowych. Najkorzystniejszy efekt daje umiarkowany wysiłek fizyczny. Podczas wysiłku istotnie wzrasta liczba limfocytów T, które odpowiadają za odpowiedź odpornościową komórek. Długotrwały i zbyt intensywny wysiłek fizyczny wiąże się z osłabieniem czynności niektórych komórek układu immunologicznego oraz zmniejszenie stężenia cytokin. Nieprawidłowości utrzymują się od 3 do 24 godzin po intensywnym treningu. Specjaliści wskazują, że powinniśmy ćwiczyć co najmniej 3 razy w tygodniu przez 30-60 minut. Zalecana jest każda forma ruchu: spacerowanie, bieganie, jazda na rowerze, pływanie. Ważna jest umiejętność relaksowania się, odprężenia, wyciszenia, jak również hartowanie organizmu – przyzwyczajanie go do chłodu, zimna, zmiennej i niesprzyjającej aury.

Funkcje poznawcze to zbiór umiejętności, które umożliwiają poznawanie rzeczywistości, orientację w przestrzeni, przyswajanie wiedzy i przetwarzanie zdobywanych stale informacji. Kształtowanie funkcji poznawczych to jeden z kluczowych elementów rozwoju człowieka od najmłodszych lat. Funkcje poznawcze to umiejętności, dzięki

którym możliwe jest odbieranie, przetwarzania i przechowywanie bodźców docierających z otoczenia. Funkcje poznawcze można skategoryzować jako elementarne oraz złożone funkcje poznawcze. Do elementarnych funkcji poznawczych zaliczamy: uwagę, pamięć, percepcję, funkcje wykonawcze. Pamięć to umiejętność zapisywania, przywoływania i modyfikowania wszelkich bodźców (wzrokowych, słuchowych, dotykowych). Proces zapamiętywania ma każdorazowo inne podłoże fizyczne. Uwaga umożliwia selektywną koncentrację percepcji i myślenia na jednym zjawisku. Percepcja to umiejętność organizacji i interpretacji wrażeń zmysłowych; obejmuje pięć zmysłów: wzrok, słuch, węch, dotyk oraz smak. Z kolei funkcje wykonawcze to zestaw procesów poznawczych niezbędnych do poznawczej kontroli i regulowania zachowania. W skład złożonych procesów poznawczych wchodzi myślenie oraz język. Myślenie jest ciągłym procesem poznawczym, podczas którego przetwarzane są informacje zakodowane jako spostrzeżenia, wyobrażenia czy pojęcia, symbole, frazy oraz obrazy i dźwięki. Natomiast język umożliwia rozumienie oraz opisywanie otaczającej nas rzeczywistości i może podlegać modyfikacjom przez całe życie.

Zaburzenia poznawcze mogą pojawić się wraz

z wiekiem, co jest konsekwencją fizjologicznego starzenia się całego organizmu, w tym układu nerwowego. Ale to nie jedyna przyczyna. Zaburzenia funkcji poznawczych mogą być konsekwencją przewlekłego stresu, któremu towarzyszy nadmierne wydzielanie kortyzolu. Także zbyt mała ilość snu może zaburzać funkcje poznawcze. Kolejne możliwe przyczyny pogorszenia zdolności poznawczych to: stosowanie leków uspokajających, glikokortykosteroidów czy niektórych leków przeciwbólowych; schorzenia psychiczne (depresja, zespoły urojeniowe); choroby neurodegeneracyjne (choroba Alzheimera, choroba Parkinsona); urazy głowy; udar mózgu; nowotwory zlokalizowane w ośrodkowym układzie nerwowym; stosowanie alkoholu lub narkotyków; niedoczynność tarczycy. Gdy pojawiają się zaburzenia funkcji poznawczych, objawy mogą być bardzo zróżnicowane. Zaburzenia poznawcze objawiają się problemami z pamięcią, amnezją (całkowitym brakiem pamięci), rozpraszaniem uwagi, iluzjami lub omamami. Możliwe jest występowanie omamów słuchowych, wzrokowych, węchowych, smakowych oraz dotykowych. Kolejne objawy zaburzeń funkcji poznawczych to depersonalizacja lub derealizacja, rozkojarzenie, drobiazgowość, myślenie spowolnione lub goniwa myśli, a także myślenie nielogiczne.

Funkcjonowanie ruchowe

Siedzący tryb życia i brak odpowiedniej dawki ruchu powoduje mechaniczne osłabienie kości i zwiększa ich podatność na uszkodzenia, w tym groźne dla życia seniorów złamania. Brak ruchu sprzyja powstawaniu zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających staw. Odpowiedni trening sportowa niekorzystne zmiany zachodzące w układzie ruchu, poprawia elastyczność tkanek okołostawowych, wpływa na jakość wykonywanych ruchów, pozwalając utrzymać sprawność i samodzielność do późnej starości. Procesy starzenia wpływają również na procesy myślowe, pamięć, zdolność przetwarzania informacji, kon-

centrację uwagi. Dominujący bierny styl życia wydaje się być jedną z przyczyn choroby Alzheimera. Obserwacje naukowe pokazują, że osoby ćwiczące co najmniej kilka razy w tygodniu rzadziej zapadają na chorobę Alzheimera niż te, które prowadzą siedzący, nieaktywny tryb życia. Z badań osób w wieku powyżej 60 i 70 lat wiadomo, że aktywność fizyczna wpływa na poprawę zapamiętywania. Energiczny marsz czy też inne rodzaje ćwiczeń dotleniających przyczyniają się do poprawy tzw. funkcji wykonawczych, od których zależy nasza umiejętność dostosowywania się do zmieniającego się środowiska. Seniorzy aktywni fizycznie odnoszą lepsze wyniki w testach psychologicznych, odpowiadają na pytania trafniej i szybciej niż osoby bierne fizycznie. Co bardzo istotne, regularny wysiłek fizyczny zwiększa stężenie ważnych neuroprzekazników, jak dopamina, serotonina, noradrenalina. Wzrost poziomu dopaminy sprzyja poprawie pamięci, zdolności przyswajania nowych informacji. Serotonina poprawia zdolność odbioru informacji i polepsza nastrój. Noradrenalina wpływa na koncentrację uwagi, zapamiętywanie, szybkość przetwarzania informacji. Stężenie tych wszystkich substancji podnosi się bezpośrednio po treningu. To dlatego po aktywności fizycznej odczuwać można poprawę uwagi, nastroju czy uspokojenie. Stosowanie regularnie ćwiczeń u ludzi starszych oddziałuje na zwiększenie masy mięśni, poprawę gibkości, siły oraz koordynacji ruchowej, co zapobiega nie tylko osteoporozie, lecz także sarkopenii – spadkowi masy mięśniowej wraz z wiekiem i związanemu z tym obniżaniu się siły i sprawności funkcjonalnej mięśni szkieletowych oraz pogorszeniu ogólnej sprawności fizycznej seniorów.

Piśmiennictwo:

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



Menopauza i andropauza – zjawiska istotne dla procesu starzenia

Kobiety przechodzą menopauzę (klimakterium), a mężczyźni andropauzę (zespół niedoboru testosteronu). O męskich problemach przekwitania mówi się rzadziej, tymczasem objawy są podobne, jak w przypadku menopauzy.

W radzeniu sobie z andropauzą, podobnie jak z menopauzą, pomocna jest dbałość o zdrowie, ale nie w rozumieniu łykania tabletek, a poprzez aktywny i zdrowy styl życia.

Menopauza u kobiet

Menopauza, inaczej klimakterium, przekwitanie, oznacza koniec miesiączkowania, a ostatnie krwawienie oznacza zakończenie okresu reprodukcyjnego w życiu kobiety. Menopauza to czas w życiu kobiety, w którym wygasają funkcje jajników. W organizmie kobiety dochodzi wówczas do zmniejszenia stężenia progesteronu i estrogenów, a zwiększenia stężenia hormonów luteinizującego (LH) oraz folikulotropowego (FSH). Mechanizm działania testu na menopauzę wykorzystuje fakt podwyższonego poziomu FSH w moczu. Wynik testu odczytuje się wzrokowo, obserwując pojawienie się linii w polu kontrolnym C oraz testowym T. Dodatni wynik testu świadczy o podwyższonym poziomie hormonu FSH oraz o mogącym się zbliżyć klimakterium. Czułość diagnostyczna

testu menopauzalnego jest na poziomie 99,9 proc.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje okres okołomenopauzalny jako obejmujący 2 – 8 lat poprzedzających ostatnią miesiączkę i rok po jej ustąpieniu. Okres okołomenopauzalny rozpoczyna się w momencie pojawienia się endokrynologicznych, biologicznych i klinicznych zmian związanych z klimakterium. Menopauza występuje przeważnie między 48 a 55 rokiem życia, choć bywają przypadki, że dzieje się to parę lat wcześniej lub później. Coraz częściej kobiety traktują klimakterium jako naturalną kolej rzeczy, a zaprzestanie miesiączkowania jako uwolnienie się od konieczności stosowania antykoncepcji. Dzięki temu wzrasta u nich zaufanie do własnego ciała i siebie samej, co wpływa korzystnie na podejmowanie aktywności seksualnej. Szacuje się, że w Polsce rozpoczyna się najczęściej pomiędzy 45 a 49 rokiem życia i trwa około 10 lat, przy czym menopauza, czyli „szczyt” klimakterium, przypada przeciętnie na 49 rok życia. Czas wystąpienia pierwszych objawów przekwitania zależy przede

wszystkim od uwarunkowań genetycznych. O przyspieszeniu wystąpienia menopauzy decyduje też niehigieniczny tryb życia np. stres, niezdrowa dieta.

Objawy menopauzy

Niedogodności menopauzalne można podzielić na dwie grupy: 1) natury psychicznej (gorsze samopoczucie, huśtawki emocjonalne, stany depresyjne, osłabienie koncentracji), 2) natury fizycznej (uderzenia gorąca, pocenie nocne, zwiększenie poziomu złego cholesterolu, osteoporoza). Część z tych symptomów pojawia się już na samym początku klimakterium. Do wczesnych oznak przekwitania zalicza się uderzenia gorąca, tzw. wary (odczuwane jako nagłe fale ciepła przepływające od głowy do tułowia). Trwają one od kilku minut do pół godziny, a mogą występować nawet kilkadziesiąt razy na dobę. Początkom menopauzy towarzyszą też nocne poty, które zaburzają sen, co skutkuje uczuciem zmęczenia i rozdrażnienia w ciągu dnia. Ponadto, w tym okresie kobieta może zmagać się z zaburzeniami pamięci, przygnębieniem, bezsennością oraz pogorszeniem koncentracji. Z kolei niedogodności występujące w szczytowym okresie klimakterium, wynikają z zakłócenia równowagi hormonalnej. Najczęściej spotyka się wtedy objawy menopauzy ze strony układu krążenia oraz układu kostnego. Gdy tylko poziom hormonów jest zaburzony, kobiety bardziej niż mężczyźni są narażone na chorobę wieńcową, zawał serca lub udar mózgu. Szybkie obniżenie stężenia wapnia w tkance kostnej w okresie menopauzy zwiększa natomiast ryzyko osteoporozy. Kości stają się wtedy mniej wytrzymałe i są bardziej podatne na złamania. U kobiet zmiany chorobowe i procesy fizjologiczne związane ze starzeniem się organizmu mogą powodować problemy w funkcjonowaniu seksualnym i wpływać na decyzje o kontynuowaniu pożycia seksualnego. Zmiany w obrębie kobiecych narządów płciowych, które mogą utrudniać utrzymywanie stosunków seksualnych, a czasami wręcz je uniemożliwiać, polegają głównie na: zwężeniu wejścia do pochwy, wysuszeniu błony śluzowej przedstonka pochwy, skróceniu pochwy, dyspareunii (bolesności przy stosunku), anorgazmii.

Menopauza – hormonalna terapia zastępcza

Hormonalna terapia zastępcza (HTZ) polega na stosowaniu przez kobietę w okresie menopauzy naturalnych lub syntetycznych żeńskich hormonów płciowych – zwykle estrogenów lub kombi-

nacji estrogenów i gestagenów (progesteron) w celu wyrównania ich poziomu w organizmie. Ich przyjmowanie może wywołać tzw. cykl pozorny wraz z krwawieniem z dróg rodnych. Hormony podaje się doustnie w formie tabletek lub drogą pozajelitową. HTZ jest bardzo efektywna w leczeniu dolegliwości zespołu klimakterycznego, ponadto zmniejsza ryzyko zachorowania na osteoporozę i choroby układu krążenia. Czas trwania HTZ związany jest z celem leczenia – dla przeciwdziałania dokuczliwym objawom menopauzy stosuje się ją przez kilka miesięcy, natomiast w celu zapobiegawczym, głównie przeciw osteoporozie lub chorobom serca – leczenie trwa kilka lat. Przyjmowanie hormonów niesie ze sobą pewne działania niepożądane: może powodować bóle głowy, podwyższenie ciśnienia tętniczego, zaburzenia w krzepliwości krwi, krwawienie lub zatrzymanie wody w organizmie, co prowadzi do obrzęków lub bólów piersi. O ewentualnym zastosowaniu HTZ decyduje lekarz ginekolog.

Naturalne sposoby na menopauzę

Co zrobić, gdy wystąpią wyraźne przeciwwskazania do stosowania HTZ? Natura jest odpowiedzialna za menopauzę, natura też przychodzi kobietom z pomocą, oferując fitoestrogeny, związki pochodzenia roślinnego o zbliżonej budowie i działaniu do naturalnych estrogenów kobiecych. Wyciągi z soi oraz koniczyny czerwonej są bogatym źródłem fitoestrogenów. W krajach, gdzie konsumpcja soi jest duża, kobiety mają znacznie mniejsze problemy z objawami menopauzy. Źródłem fitohormonów może być też: lilia wodna, bananowiec czy dziko rosnąca tygrysia trawa. Wyciąg z maki, dzięki swym właściwościom energetyzującym, zwiększy witalność, doda energii i złagodzi huśtawki emocjonalne. Z kolei ekstrakt z nasion lnu pozwala zmniejszyć uderzenia gorąca i ułatwia utrzymanie poziomu dobrego cholesterolu (HDL) we krwi. Ekstrakt z nasion lnu korzystnie wpływa też na stan i wygląd skóry.

Fitohormony stały się skutecznym orężem w walce z czasem. Stymulują wiele komórek skóry, w tym keranocyty. Już po 4 tygodniach stosowania takich kosmetyków zmienia się struktura i wygląd skóry. Komórki naskórka szybciej się odnawiają, poprawia się spójność warstwy rogowej naskórka, co pozwala na jego lepsze nawilżenie. Melanocyty przywracają równomierną produkcję i rozprowadzanie melaniny, efektem czego jest ładny kolor cery i brak nieestetycznych przebar-



wień. W skórze właściwej pojawia się więcej fibroblastów, czyli przekształconych limfocytów, odpowiedzialnych za produkcję kolagenu i elastyny. Skóra odzyskuje elastyczność.

Męskie klimakterium

Po 50 r. ż. u mężczyzn spada znacznie poziom androgenów. Sama nazwa „andropauza” jest neologizmem przez endokrynologów. Mężczyźni zachowują bowiem często płodność i czynność hormonalną gonad, czyli jąder.

Męskie przekwitanie to zespół niedoboru testosteronu u mężczyzn. Jest to zespół kliniczny i biochemiczny, związany ze starzeniem się. Polskie Towarzystwo Menopauzy i Andropauzy definiuje andropauzę jako okres życia mężczyzny po pojawieniu się postępujących wraz z wiekiem niedoborów hormonów androgenicznych: testosteronu i dehydroepiandrosteronu, a także hormonu wzrostu i melatoniny. Spadek testosteronu prowadzi do pogorszenia procesów fizycznych, umysłowych oraz zmniejszenia aktywności seksualnej. Czasem wystarczą badania podstawowe, by postawić wstępną diagnozę pogorszonego samopoczucia u mężczyzny. Na pewno będzie to morfologia, badanie cukru we krwi, badanie tarczycy, poziomu lipidów oraz PSA. Lekarz pierwszego kontaktu, o ile będzie to wskazane, skieruje pacjenta do innych specjalistów. Obowiązkowym badaniem jest też badanie prostaty, które wykonuje lekarz

urolog. Dla mężczyzny w tym wieku powinien on stać się tym, kim ginekolog dla kobiety. A więc lekarzem, którego odwiedza się systematycznie, co najmniej raz na rok albo raz na pół roku. Z zaburzeniami seksualnymi zaś powinien wybrać się do seksuologa.

Do rozpoznania andropauzy lekarz może użyć tzw. kwestionariusza Morleya. Zawiera on nie tylko pytania związane ze zdrowiem fizycznym, ale też dotyczące innych sfer życia, w których andropauza może się przejawiać (na przykład intymnej i zawodowej). Bardzo istotne w diagnostyce andropauzy jest badanie poziomu testosteronu.

Objawy andropauzy

Zespół niedoboru testosteronu u mężczyzn charakteryzuje się obniżeniem poziomu testosteronu w surowicy krwi, a objawia się: zmniejszeniem libido i potencji, stałym zmęczeniem, pogorszeniem samopoczucia, zaburzeniami snu, nerwowością, uderzeniami gorąca. Objawy są podobne, jak w przypadku menopauzy. Inne objawy niedoboru testosteronu to: zmniejszenie aktywności seksualnej, zmniejszenie masy ciała i siły mięśni, przedwczesne owłosienie łonowe, otyłość typu brzuszego, osteoporoza, uczucie dyskomfortu w obrębie piersi, obniżenie energii i motywacji, obniżenie pewności siebie, obniżenie nastroju, obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej, gorsza pamięć i koncentracja.

Terapia hormonalna na andropauzę

Jedną z korzyści leczenia zespołu niedoboru testosteronu jest niewątpliwie wzrost potencji. Wzrost libido obserwujemy po 3, 6 lub po 12 miesiącach leczenia. Efekty metaboliczne ulegają poprawie po roku kuracji. Lepsza jakość życia odczuwana jest już po 2-4 tygodniach. Większość niekorzystnych objawów znika lub znacznie się zmniejsza. Najpierw należy rozpoznać niedobór testosteronu, czyli przeprowadzić wywiad, oznaczyć poziom tego hormonu. Pomocne jest obliczenie wskaźnika metabolizmu testosteronu, przeprowadzenie badania urologicznego, zrobienie morfologii, oznaczenie antygenu PSA, stężenia lipidów i glikemii. Należy także ocenić funkcję gruczołu krokowego, a w wybranych przypadkach dokonać jego biopsji. Farmakoterapia – podobnie jak HTZ u kobiet w okresie menopauzy – niesie ze sobą spore ryzyko efektów ubocznych, takich jak tkliwość gruczołów piersiowych, wzrost liczby erytrocytów, nasilenie trądziku i łojotoku, zmiany lipidowe, a nawet zwiększone prawdopodobieństwo raka prostaty i chorób sercowo-naczyniowych. Bez względne przeciwwskazania do leczenia zespołu niedoboru testosteronu to: rak gruczołu krokowego, sutka, schorzenia dolnych dróg moczowych, wysokie PSA. Względne przeciwwskazania to: POCHP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc), zespół bezdechu sennego, łagodny rozrost stercza bez utrudnionego odpływu moczu.

Zioła na andropauzę

Często mężczyźni w tym okresie stają się szczególnie drażliwi. Warto sięgnąć po preparaty w kapsułkach, zawierające tzw. adaptogeny: palma sabałowa, mniszek lekarski, traganek chiński, różeniec górski, ekstrakt z korzenia maca, ashwagandha, owies zwyczajny, buzdyganek naziemny, kurkuma. Przy problemach z erekcją pomocne

będą preparaty zawierające żeń-szeń i buzdyganek ziemny. W andropauzie pomoże apigenina – związek z grupy flawonoidów, występujący m.in. w pietruszce, tymianku, grejpfrutach i czerwonej papryce, wspiera gruczoł krokowy oraz gospodarkę hormonalną u mężczyzn. Wzmacnia połączenia nerwowe w mózgu, co wpływa na zapamiętywanie. Zioła i przyprawy podnoszące poziom męskiego hormonu to: kozieradka, tymianek, czarnuszka, papryka. Nie tylko podnoszą poziom testosteronu, ale również ułatwiają trawienie, poprawiają pracę wątroby i regulują wydzielanie soku żołądkowego i trzustkowego.

Dieta na andropauzę

Zdrowa dieta może w istotny sposób poprawić witalność mężczyzn wchodzących w okres andropauzy. Zalecane są: warzywa, owoce, produkty pełnoziarniste, chude białko zwierzęce i roślinne, zdrowe tłuszcze (nienasycone). Poziom testosteronu obniża dieta obfita w tłuszcze zwierzęce. Należy więc ograniczyć ich jedzenie. Erekcję wspomaga witamina C występująca w dużych ilościach w owocach czarnej porzeczki, soku z owoców róży, liściach kapusty czy natce pietruszki. Ponadto poziomy testosteronu pomogą utrzymać nasiona dyni, orzechy włoskie lub migdały (wystarczy zjeść garść dziennie). Dobowe zapotrzebowanie mężczyzny na cynk wynosi 15 mg. Cynk ma wpływ na libido. Oprócz cynku, białka i nienasyconych kwasów tłuszczowych organizm dojrzałego mężczyzny potrzebuje również większej dawki takich składników jak witaminy E i z grupy B, beta-karoten, koenzym Q10, magnez oraz selen.

Piśmiennictwo:

Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2007.

Zmiany starcze i choroby narządu żucia

Podstawowy problem gerostomatologii stanowią stomatologiczne potrzeby profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne osób starszych. Wiek podeszły wiąże się z wielochorobowością (której odzwierciedleniem jest stan jamy ustnej) i obniżeniem sprawności ruchowej, wpływającej na pogorszenie poziomu higieny jamy ustnej oraz zwiększenie szybkiego rozwoju choroby próchnicowej i chorób przyzębia.

Próchnica pozostaje głównym problemem stomatologicznym w podeszłym wieku: z jednej strony rośnie liczba pacjentów zachowujących własne zęby do późnej starości, z drugiej – postępują (związane z wiekiem) zmiany w tkankach, dochodzi do odsłonięcia powierzchni korzenia w wyniku recesji dziąseł, zwiększa się częstość występowania kserostomii (suchości jamy ustnej), która jest efektem ubocznym stosowanej farmakoterapii lub objawem chorób ogólnoustrojowych. U osób starszych częściej występuje próchnica przewlekła, bez objawów subiektywnych (proces próchnicowy ma niebolesny przebieg). U wielu seniorów stwierdza się próchnicę okrężną, umiejscowioną zwykle na przedsiódkowej części szyjki zęba, towarzyszącą starczemu zanikowi przyzębia. Jej ryzyko zwiększa oczywiście nieodpowiedni poziom higieny jamy ustnej, a także obecność uzupełnień protetycznych. Najbardziej charakterystycznym typem próchnicy w podeszłym wieku jest próchnica korzeni – ze zmianami wieloogniskowymi, często połączonymi w rozległe pasma okalające korzenie. U jej podstaw leży ekspozycja odsłoniętych powierzchni korzeni na działanie czynników środowiska jamy ustnej i czynników próchnicotwórczych, a także obecność szczególnego mikrobiomu. Leczenie próchnicy zębów u seniorów zależy od stopnia zaawansowania procesu chorobowego. Postępowanie ustala się indywidualnie dla każdego przypadku, uwzględniając poziom higieny jamy ustnej, stan przyzębia, stosowaną dietę i inne.

Wśród **ubytków pochodzenia niepróchnicowego** u osób starszych dominują złamania zębów, najczęściej samoistne – na skutek działania sił przekraczających elastyczność tkanek zęba. Zazwyczaj do złamania dochodzi w trakcie aktu żucia, rzadziej to rezultat działania sił zewnętrznych. Za złamania odpowiadają niekorzystne zmiany w tkankach zęba zachodzące z wiekiem, a także wypełnienia – każde preparowanie ubytku osłabia ząb, obniża jego odporność na złamanie, szczególnie gdy to ubytek w okolicy przyszyjko-



wej lub na powierzchni korzenia i gdy korona kliniczna jest wydłużona. Złamaniami sprzyjają także nieprawidłowości zgryzowe, które mogą powstawać np. przy zakładaniu wypełnień i nieodpowiednim dostosowaniu ich do wysokości zwarcia. Złamania zębów powodują ból i ruchomość zębów; ich leczenie zależy od stopnia utraty tkanek zęba.

U osób starszych często dochodzi do **patologicznego starcia zębów** (szkliwa i zębiny), które zależy m.in. od rodzaju spożywanych pokarmów, intensywności żucia, braków w uzębieniu i czasu ich trwania oraz od parafunkcji. Zazwyczaj konieczne jest postępowanie kompleksowe, obejmujące leczenie zachowawcze i protetyczne. Leczenie rozpoczyna się od leczenia przyczynowego, po którym następuje postępowanie odtwórcze z zapewnieniem prawidłowych kontaktów zgryzowych.



U wielu seniorów występuje przewlekłe, bezobjawowe lub skąpoobjawowe **zapalenie miazgi**. W podeszłym wieku często stwierdza się brak żywotności miazgi (z powodu jej bezobjawowego obumarcia). Konsekwencją nieleczzonej martwicy miazgi jest oczywiście zgorzel miazgi, która – dalej nieleczona – może prowadzić do zapalenia tkanek okołowierzchołkowych. Leczenie endodontyczne ma na celu zachowanie optymalnych warunków żucia; zależy od ogólnego stanu zdrowia pacjenta i indywidualnych warunków anatomicznych zęba.

Końcowym etapem nieleczzonej próchnicy i chorób przyzębia jest utrata zębów i – ostatecznie – **bezzębność**, która stanowi bardzo częsty problem w populacji osób starszych. Według niektórych autorów bezzębność może być predyktorem śmiertelności, z pewnością związana jest z istotnym obniżeniem jakości życia. W ciągu ostatnich dziesięcioleci w wielu badaniach epidemiologicznych oceniano związek między chorobami jamy ustnej (zwłaszcza zapaleniem przyzębia) a chorobami ogólnoustrojowymi. Uzyskane dane nie są, co prawda, rozstrzygające, ale istnieją dowody, że miejscowa infekcja przyzębia może stanowić niezależny czynnik ryzyka chorób, np. cukrzycy, chorób układu krążenia, otępienia, chorób płuc, niektórych nowotworów, chorób nerek i zaburzeń erekcji. Biorąc pod uwagę zwiększoną częstość występowania wielu patologii w populacji osób

starszych, niezbędne jest lepsze zrozumienie interakcji między chorobami jamy ustnej a chorobami ogólnoustrojowymi i przewlekłymi. Umożliwi to ocenę związanego z nimi ryzyka i jego redukcję – skuteczniejszą profilaktykę (wtórną lub nawet pierwotną) chorób wieku podeszłego.

Dysfunkcja układu ruchowego narządu żucia jest obecnie traktowana jako choroba cywilizacyjna i występuje w społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych. Jej etiologia nie jest do końca znana. Na rozwój choroby składa się kilka czynników, a schorzenie rozwija się przez lata. Wpływa na to m.in. współczesny tryb życia – długotrwały stres, wielogodzinna praca przy komputerze, szybkie tempo życia, nielezione ubytki próchnicowe, prowadzące do dużej utraty tkanek własnych zęba, braki zębowe, wady zgryzu, urazy głowy i szyi. Objawy charakterystyczne dla dysfunkcji narządu żucia mogą dotyczyć zarówno jamy ustnej pacjenta, jak i całej głowy, szyi oraz okolicy barków. W takich sytuacjach konieczna jest odpowiednia diagnostyka i leczenie. Problemy w obrębie narządu żucia mogą się objawiać na różne sposoby: objawy w obrębie uzębienia – pęknięcia szkliwa, patologiczne starcia zębów i wypełnień, odsłonięcie szyjek zębowych i powstawanie ubytków przyszyjkowych, niekiedy patologiczna ruchomość zębów; dolegliwości bólowe w obrębie szczęki i żuchwy, głowy, szyi i pasa barkowego, kończyny górnej, a nawet klat-

ki piersiowej, ból podczas ziewania i jedzenia (odgryzania i rozdrabniania pokarmów); inne objawy – słyszalne trzaski podczas otwierania jamy ustnej, ograniczenie ruchomości szczęki i żuchwy, nawykowe zwichnięcia żuchwy, zaburzenia o charakterze otolaryngologicznym, zaburzenia słuchu – szумы i piski uszne.

Diagnostyka stanu uzębienia wykonywana jest na podstawie badania klinicznego jamy ustnej przez lekarza stomatologa oraz oceny zdjęcia pantomograficznego, umożliwiającego wykrycie wielu nieprawidłowości, jak np. próchnica, zmiany okłówieczkołkowe, zęby zatrzymane, dodatkowe i nadliczbowe, zęby nieprawidłowo przeleczone kanałowo. Badanie T-scan jest to komputerowa metoda pomagająca ocenić rozkład sił zwarciowych oraz istniejące przeciążenia w narządzie żucia. Badanie to polega na zagryzieniu przez pacjenta specjalnego czujnika wyposażonego w płytkę sensorową. W trakcie zagryzania rejestrowany jest film, na którym widać, jak tworzą się poszczególne kontakty między zębami. Oprogramowanie od razu analizuje nagrany film, co pozwala wykryć istniejące nieprawidłowości. W razie konieczności mogą zostać zlecone również dodatkowe badania, takie jak pomiar warunków zwarciowych łukiem twarzowym czy pobranie wycisków do wykonania modeli gipsowych

(odwzorowanie warunków w jamie ustnej pacjenta). Dopiero wykonanie kompleksowego badania układu ruchowego narządu żucia pozwala dobrać najlepsze dla pacjenta metody leczenia. Leczenie dysfunkcji narządu żucia – składa się zazwyczaj z kilku etapów. Najpierw należy usunąć istniejące nieprawidłowości, niekiedy stosuje się leczenie rehabilitacyjne, a następnie wykonuje się rekonstrukcję zwarcia. W zależności od indywidualnych potrzeb, może ono obejmować leczenie zachowawcze, ortodontyczne, protetyczne lub implanto-protetyczne. Po rekonstrukcji zwarcia jest konieczne także zastosowanie leczenia, które ma zapobiegać nawrotom zaburzeń. U pacjentów stosuje się np. szyny relaksacyjne i terapeutyczne. Są to przezroczyste nakładki na zęby, których zadaniem jest: rozluźnianie mięśni żucia, ochrona przed zaciskaniem i zgrzytaniem zębami, stabilizowanie pozycji żuchwy. Na każdym etapie leczenia dysfunkcji narządu żucia wskazana jest także fizjoterapia – odpowiednie ćwiczenia i techniki relaksacyjne odciążające mięśnie, staw skroniowo-żuchwowy i utrwalające efekty terapii.

Piśmiennictwo:

Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2007.



Treningi funkcji poznawczych osób niesamodzielnych, starszych

Wraz z wiekiem tracimy wiele połączeń nerwowych w mózgu, co przekłada się na osłabienie funkcji poznawczych – takich jak pamięć, koncentracja czy przyswajanie nowych informacji. Warto jednak pamiętać, że pomimo nieuchronności tego procesu, można go znacząco opóźnić, zmuszając mózg do regularnego wysiłku.

Trening funkcji poznawczych sprawi, że zachowamy umysł w dobrej kondycji na długo. Zanim przystąpimy do treningu funkcji poznawczych, warto dowiedzieć się, co kryje się za tym pojęciem. Funkcje poznawcze (zwane także procesami poznawczymi) to wszystkie procesy psychiczne, które ludzki umysł wykorzystuje do pozyskania informacji z otoczenia. Dzięki istnieniu funkcji poznawczych możemy budować wiedzę o świecie zewnętrznym, a także o sobie samym. Procesy poznawcze są szeroko klasyfikowane i kategoryzowane, jednak najbardziej powszechnym jest podział na podstawowe i złożone. Do podstawowych procesów zalicza się te, które są ściśle związane z odbieraniem, interpretowaniem i gromadzeniem informacji, a więc: uwaga, percepcja i pamięć. Do złożonych funkcji poznawczych zaliczamy myślenie i język. Myślenie to zdolność umysłu do tworzenia i modyfikacji symbolicznego modelu rzeczywistości – np. rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji.

Język natomiast pośredniczy w rozumieniu i opisywaniu świata i może się rozwijać przez całe życie. Oprócz powyższych, do funkcji poznawczych zaliczyć można wszystko, co jest związane z pracą naszego umysłu, a więc wszelkie spostrzeżenia, tworzenie skojarzeń, wydobywanie informacji z pamięci, abstrahowanie itd. Wszystkie funkcje poznawcze tworzą bardzo złożony system poznawczy, znany nam bliżej jako umysł.

Zdolności poznawcze słabną wraz z wiekiem. Jest to proces całkowicie naturalny i ma związek ze starzeniem się mózgu. Warto jednak zwrócić uwagę, czy nie są to zmiany zbyt duże, powodujące problemy w codziennym funkcjonowaniu. Osłabienie funkcji poznawczych może być związane z demencją i jeżeli zostanie odkryte we wczesnym stadium, trening funkcji poznawczych z pewnością okaże się pomocny. Nie obędzie się jednak bez konsultacji neurologicznej. Procesem poznawczym, który najszybciej ulega

osłabieniu, jest pamięć. Osoby starsze bardzo często zapominają np. o wizytach lekarskich czy przyjmowaniu leków (problemy z pamięcią krótkotrwałą), ale jednocześnie rozpoznają bliskie osoby oraz pamiętają wydarzenia z lat młodości (pamięć długotrwała funkcjonuje lepiej). Często też można zaobserwować problemy z utrzymaniem koncentracji. Opisane wyżej zjawiska są na tyle widoczne, że nie powinno być problemu z rozpoznaniem u siebie (lub swoich bliskich) objawów osłabienia funkcji poznawczych. Aby ten proces jak najbardziej opóźnić, należy zmuszać mózg do wysiłku i trenować funkcje poznawcze, żeby jak najdłużej zachować go w dobrej kondycji.

Jak trenować funkcje poznawcze?

Trening funkcji poznawczych to tak naprawdę każda czynność, która zmusza nas do wysiłku umysłowego. Dzięki regularnemu wykonywaniu różnorodnych ćwiczeń możemy znacząco poprawić działanie procesów poznawczych. Doskonalamy pamięć, poprawiamy koncentrację, a nawet możemy wyćwiczyć szybsze przyswajanie nowych informacji. Takie treningi mogą także prowadzić do udoskonalenia wyobraźni i percepcji. Innymi słowy, jeśli wybierzemy odpowiednie ćwiczenia i będziemy konsekwentni w ich wykonywaniu (i nie zapomnimy o ich różnorodności!), będziemy mogli cieszyć się poprawą wielu procesów poznawczych, a co za tym idzie poprawą funkcjonowania całego systemu poznawczego. Nasz umysł pozostanie w znakomitej kondycji.

Ćwiczeniem które może okazać się pomocne w treningu funkcji poznawczych, jest na przykład

rozwiązywanie krzyżówek, sudoku czy łamigłówek innego rodzaju – poprawiamy w ten sposób pamięć, koncentrację i wiedzę. Także samo czytanie, na przykład artykułów naukowych, jest doskonałym treningiem, który wspomogę naszą uwagę i koncentrację. To oczywiście tylko garść spośród tysięcy przykładów takich ćwiczeń. Można spróbować treningu poznawczego także na Al-berty. Wybierając kafelek “Dla umysłu. Popraw kondycję umysłu”, mamy dostęp do wielu materiałów, które podzielone są na odpowiednie kategorie, w zależności od tego, które funkcje poznawcze chcemy ćwiczyć. Zaczynając przygodę z treningiem poznawczym warto sprawdzić, co oferuje Al-berty, aby znaleźć odpowiednie dla siebie ćwiczenia. Trening umysłu dla seniorów i osób młodszych może obejmować gry memory, zajęcia przy komputerze, zabawy terenowe z elementami orientacji w przestrzeni, a także interakcje społeczne (np. spotkania ze znajomymi), prace wolontariackie, udział w grupach aktorskich. Można wykonywać ćwiczenia funkcji poznawczych, takie jak: relaksacje, medytacje czy wizualizacje, a także zadbać o zmianę stylu życia, odpowiednią dietę i suplementację. Powinna ona dostarczać kwasów omega 3, witaminy D, witamin z grupy B, magnezu, cynku oraz potasu. W celu wspomagania funkcji poznawczych warto zadbać nie tylko o sprawność umysłową, ale także o regularną aktywność fizyczną.

Piśmiennictwo:

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



Stymulacja i rehabilitacja poznawcza oraz trening poznawczy osób niesamodzielnych

Badania pokazują, że dla pacjentów z chorobą Parkinsona (Parkinson's disease, PD) najbardziej uciążliwe są zaburzenia funkcji poznawczych, które znacząco obniżają ich samoocenę i pewność siebie oraz mogą się przyczynić do rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych.

Mają też negatywny wpływ na poczucie jakości życia i autonomię funkcjonowania, pośrednio zwiększają obciążenie opiekunów i społeczne koszty opieki zdrowotnej, a w konsekwencji często prowadzą nawet do instytucjonalizacji chorych. Osłabienie funkcji poznawczych w PD jest powszechne – u większości pacjentów widoczne są dyskretne deficyty. U około 27–35% chorych już w momencie diagnozy rozpoznaje się łagodne zaburzenia poznawcze (mild cognitive disease in Parkinson's disease, PD-MCI), a po kilkunastu latach nawet u 80–90% osób widoczne są objawy wskazujące na otępienie (Parkinson's disease dementia, PDD). Strategie terapeutyczne mające na celu opóźnienie konwersji MCI do otępienia są ograniczone, a kwestią wątpliwą pozostaje to, czy farmakoterapia przynosi pozytywne skutki w przypadku osób, u których otępienie już w pełni się rozwinęło. Dodatkowo obecnie jedynym lekiem prokognitywnym rekomendowanym przez Agencję Żywności i Leków (Food and Drug

Administration, FDA) u chorych na PD jest rywastygmina. Jej skuteczność w podnoszeniu sprawności poznawczej została wykazana w dużym (541 osób z PDD) randomizowanym badaniu klinicznym EXPRESS study. Po zakończeniu terapii uczestnicy uzyskali wyższe wyniki w skalach mierzących zarówno ogólną sprawność poznawczą i funkcjonalną (Alzheimer's Disease Cooperative Study – Clinical Global Impression of Change, ADCS-CGIC), jak i wybrane funkcje wykonawcze (m.in. uwagę i zdolność przełączania się między zadaniami) ulegające osłabieniu w PD. Niestety, także objawy niepożądane (mdłości i wymioty) częściej występowały w grupie eksperymentalnej, dlatego – jak sugerują eksperci – oddziaływaniem terapeutycznym pierwszego wyboru w przypadku deficytów poznawczych w PD powinna być stymulacja poznawcza, a leczenie farmakologiczne należy włączać wtedy, gdy nie przyniesie ona pożądanych efektów. Niezbędne staje się zatem poszukiwanie nowych metod

(farmakologicznych i nefarmakologicznych) ukierunkowanych na poprawę sprawności kognitywnej osób chorych na PD.

Stymulacja poznawcza (cognitive stimulation, CS), trening poznawczy (cognitive training, CT) i rehabilitacja poznawcza (cognitive rehabilitation, CR) to specyficzne formy oddziaływań nefarmakologicznych, wpływające na poznawcze i pozapoznawcze (m.in. poczucie kontroli i sprawstwa, zmiana nastawienia wobec siebie i przyszłości) funkcjonowanie chorych. Niefarmakologiczne formy leczenia bazują na trzech podstawowych strategiach terapeutycznych: odbudowującej (restorative approach), kompensacyjnej (compensatory approach) i mieszanej, odbudowująco-kompensacyjnej (mixed approach). Strategia odbudowująca koncentruje się na poprawie sprawności wybranych funkcji poznawczych i jest stosowana przede wszystkim w treningach poznawczych. Strategia kompensacyjna akcentuje konieczność dostosowania oddziaływań do potrzeb pacjenta i jest stosowana przede wszystkim w rehabilitacji poznawczej. Strategia mieszana, odbudowująco-kompensacyjna dostosowuje się natomiast do potrzeb chorego i pomaga mu wzmacniać wybrane funkcje poznawcze.

Stymulacja poznawcza (CS) jest pojęciem najogólniejszym i oznacza szereg interwencji społecznych i poznawczych, wykorzystywanych w celu aktywizacji wielu obszarów kognitywnych, a w rezultacie – poprawy całościowej sprawności poznawczej. Oddziaływania prokognitywne powinny mieć charakter wielotorowy, ponieważ sprawności poznawcze, przykładowo uwaga i pamięć operacyjna lub myślenie abstrakcyjne, są wzajemnie powiązane. W CS wykorzystuje się następujące techniki: terapię reminiscencyjną (reminiscence therapy), trening orientacji w rzeczywistości (reality orientation training), aktywizację społeczną i ćwiczenia fizyczne.

Trening poznawczy (CT) polega na wielokrotnym wykonywaniu znormalizowanego zadania, ukierunkowanego na stymulację wybranej funkcji poznawczej: uwagi, funkcji językowych czy wykonawczych. CT cechuje się wysokim poziomem kontroli przebiegu sesji, wykorzystywaniem zadań standaryzowanych oraz angażowaniem uczestników w zaplanowaną, celową i ustrukturyzowaną aktywność. CT może mieć charakter indywidualny lub grupowy. Do przeprowadzenia treningu służą klasyczne techniki „papier–

ołówek”, zadania poznawcze, jak również programy komputerowe, które poprzez interaktywne ćwiczenia motywują uczestników do wysiłku intelektualnego. Wspomniane programy coraz częściej umożliwiają dostosowywanie trudności zadań do możliwości i postępów osób ćwiczących (funkcja adaptacyjna). U podstaw CT leżą dwa założenia: po pierwsze regularne ćwiczenie określonej funkcji poznawczej może pomóc utrzymać lub podnieść poziom jej sprawności, a po drugie efekty treningów mogą zostać zgeneralizowane i przyczynić się do poprawy ogólnego funkcjonowania chorych (transfer umiejętności). CT często towarzyszą działania psychoedukacyjne, podczas których omawiane są charakterystyki domen poznawczych oraz konkretne metody i techniki pozwalające poprawiać ich sprawność.

Rehabilitacja poznawcza (CR) oznacza zindywidualizowane metody pomocy osobom z zaburzeniami poznawczymi. Jej historia sięga czasów I wojny światowej, kiedy wielu żołnierzy i cywilów doznało urazowych uszkodzeń mózgu (traumatic brain injury, TBI) i w krótkim czasie wzrosło zapotrzebowanie na oddziaływania pozwalające im osiągnąć większą samodzielność. W ramach CR chory i jego rodzina współpracują z profesjonalistami w celu identyfikacji osobistych celów pacjenta i opracowania adekwatnych strategii ich osiągnięcia. Interwencje nie mają na celu podnoszenia sprawności określonych obszarów poznawczych (jak w CT), lecz nabywanie większej samodzielności i sprawności w codziennym funkcjonowaniu.

Wciąż mamy stosunkowo niewiele doniesień o efektywności interwencji poznawczych w grupie chorych na PD, a większość stosowanych oddziaływań o charakterze poznawczym kierowana jest do osób z otępieniem o typie alzheimerowskim. Niemniej autorzy wszystkich opisanych badań donoszą o poprawie sprawności przynajmniej jednego obszaru kognitywnego. Wydaje się zatem, że nefarmakologiczne strategie terapeutyczne, obejmujące CT i CR, mają pozytywny wpływ na sprawność poznawczą chorych na PD – niezależnie od schematów badawczych, rodzajów interwencji (odbudowujące, kompensacyjne, mieszane), długości i częstotliwości sesji (pod warunkiem że odbywają się one przynajmniej raz w tygodniu), metod i technik treningowych („papier i ołówek”, program komputerowy, mieszane) oraz formy zajęć (zindywidualizowane lub grupowe).



Sprawność poznawcza w ogóle osób starszych jest istotna z wielu powodów, m.in. dla zachowania ich samodzielności i aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie, samooceny, odczuwanej jakości życia. Ma znaczenie również dla opiekunów.

Przy łagodnych zaburzeniach poznawczych i otępieniu w stopniu lekkim, rehabilitacja poznawcza powinna koncentrować się na funkcjach ujawniających pogorszenie. Często (choć nie zawsze) dotyczy pamięci. Ma na celu wyposażenie seniorów w strategie/metody kompensujące osłabienie pamięci. Należą do nich **strategie specyficznego kodowania i ułatwionego przypominania**, takich jak opis przeznaczenia zapamiętywanego przedmiotu oraz jego użytkowania zgodnie z instrukcją terapeuty, co podnosi sprawność odtwarzania. Inną metodą jest **technika zmniejszania błędów/bezbłédnego uczenia się**. Osoba starsza jest zachęcana, by w sytuacji niemożności przypomnienia sobie czegoś mówiła „nie wiem”, zamiast odgadywać i podawać błédną odpowiedź. Z kolei **metoda rozszerzonego odnajdywania**, polega na powtarzaniu przypominaniu nowo nabytych informacji w coraz dłuższych odstępach czasowych lub ze wzrastającą liczbą danych. **Metoda znikających sygnałów** bazuje z kolei na procedurze łańcucha kroków wstecz, np. gdy senior ma przypomnieć sobie słowo, terapeuta podaje je, pozostawiając tylko kilka liter, które dana osoba musi sobie przypomnieć; potem terapeuta stopniowo

skraca podawaną część słowa, zwiększając wymagania (bułka, bułk_, buł_).

W umiarkowanym i znacznym nasileniu otępienia znajduje **trening orientacji w rzeczywistości** (reality orientation training – ROT), który opiera się na wielokrotnym i częstym powtarzaniu seniorowi informacji na temat jego samego, jego otoczenia społecznego i fizycznego, w tym imienia, nazwiska, wieku, aktualnego miejsca pobytu, wcześniej wykonywanego zawodu, imion bliskich oraz pokrewieństwa, jakie łączy ich z seniorem, nazw miejsc, przedmiotów. Orientację w rzeczywistości pomagają zapewnić regularność i stałość, np. ustalenie stałego planu dnia, a w nim określonych rytuałów. Ważne jest także stabilne otoczenie, znane osobie starszej. Pomocne będzie zapowiadanie jej, co za chwilę ma nastąpić, co będziemy robić, co się wydarzy, kto przyjdzie. Istotna może okazać się **terapia reminiscencyjna/wspomnieniami**, w tym wspomnianie wydarzeń z życia chorego, oglądanie fotografii, odtwarzanie ulubionej muzyki, otaczanie seniora przedmiotami, szczególnie takimi, które były dla niego znaczące lub używane na co dzień, utrzymywanie kontaktów z rodziną, przyjaciółmi.

Piśmiennictwo:

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



Rehabilitacja ruchowa osób starszych, niesamodzielnych

Osoby starsze często ograniczają swoją aktywność ruchową do minimum. Najczęstsze przyczyny to: brak motywacji, obawa o stan zdrowia, brak nawyku aktywnego spędzania czasu. Jak poprawić funkcje ruchowe?

Najlepiej, by aktywność ruchowa osób starszych obejmowała trzy elementy: ćwiczenia wytrzymałościowe (lepszą kondycję), siłowe (stabilna, mocna sylwetka) i rozciągające (dobra elastyczność więzadeł i ścięgien).

Jeśli jesteś opiekunem osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności, starości lub innych przyczyn wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, radzimy, do jakich instytucji możesz się zgłosić po pomoc dla swoich podopiecznych, ale też dla siebie. Opieka, którą opisujemy, jest dostępna w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Zatem każdy, kto będzie potrzebował z niej skorzystać, musi być ubezpieczony w powszechnym systemie ubezpieczeń (np. emerytura, zatrudnienie czy ubezpieczenie przez bliskich) lub uprawniony do świadczeń (np. decyzja wójta, burmistrza).

Rehabilitacja może być prowadzona ambulatoryj-

nie (również w domu pacjenta) oraz w warunkach szpitalnych na oddziale rehabilitacyjnym. O wyborze właściwej formy rehabilitacji decyduje lekarz, potrzebne jest skierowanie. Lekarz POZ lub specjalista może skierować na: lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, fizjoterapię ambulatoryjną, fizjoterapię domową. Lekarz specjalista z poradni specjalistycznej lub z oddziału szpitalnego po hospitalizacji może skierować na rehabilitację: w ośrodkach dziennych stacjonarną, na oddziale rehabilitacyjnym. Pacjenci z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą korzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych poza kolejką oczekujących.

Piśmiennictwo:

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



Postęp technologiczny jako źródło wyzwań i możliwości wsparcia osób niesamodzielnych

Postęp cywilizacyjny sprawił, że średnia życia ludzi znacznie się wydłużyła. Starzejące się społeczeństwo to zjawisko, które dotyka coraz więcej krajów, zwłaszcza tych o wysoko rozwiniętej gospodarce.

Już prawie co piąta osoba w Unii Europejskiej ma ponad 65 lat. Wskutek tego zjawiska, a także częstszej migracji młodych ludzi i zmniejszającej się liczby rodzin wielopokoleniowych, rośnie zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze nad osobami starszymi, niesamodzielnymi. Obserwuje się tendencję zapewnienia seniorom opieki we własnym miejscu zamieszkania. Często jednak samodzielna pomoc takiej osobie jest niemożliwa. Praca służbowa, a także codzienne obowiązki nie zawsze pozwalają należycie zaopiekować się bliskimi. Jeszcze kilka lat temu opieka nad seniorem zazwyczaj sprawowana była przez kobiety z najbliższej rodziny. Dziś jest to zawód, dobrze płatne prace. Zadaniem opiekuna jest dbanie o stan zdrowia podopiecznego i pomoc w codziennych czynnościach. Bardzo ważne są także zdolności interpersonalne pozwalające nawiązać kontakt z osobą starszą. Zadbanie o komfort psychiczny podopiecznego to jeden z wymogów odnośnie pracy opiekuna osób starszych. Dodatkowo, dobry kontakt powinien być utrzymywany z najbliższą rodziną podopiecznego. Przyspieszający proces sta-

lenia się społeczeństwa sprawia, że zawód opiekuna osób starszych staje się zawodem przyszłości. Starzejące się społeczeństwo staje się coraz większym wyzwaniem także dla sektora innowacji i digitalizacji. Opieka nad osobami starszymi powinna być nie tylko dostosowana do zmieniającego się świata, a także bardziej komfortowa.

Czy robotyzacja i automatyzacja będą game-changer'em na rynku usług opiekuńczych?

Czy gwałtowny postęp technologiczny spowoduje, że część obecnie istniejących zawodów zostanie zastąpiona przez komputery? W najbliższych latach nie należy się spodziewać wyeliminowania człowieka z branży opiekuńczej. Wydaje się wręcz przeciwnie, że to praca stosunkowo odporna na automatyzację – jak wynika z badań, jedną z ważniejszych potrzeb seniorów jest kontakt z drugim człowiekiem czy zwykła ludzka rozmowa. Są zatem profesje, których nawet inteligentne maszyny jeszcze długo nie będą w stanie wykonywać tak dobrze, jak człowiek. Przykładem może być praca dla opiekuna seniorów, gdzie kon-

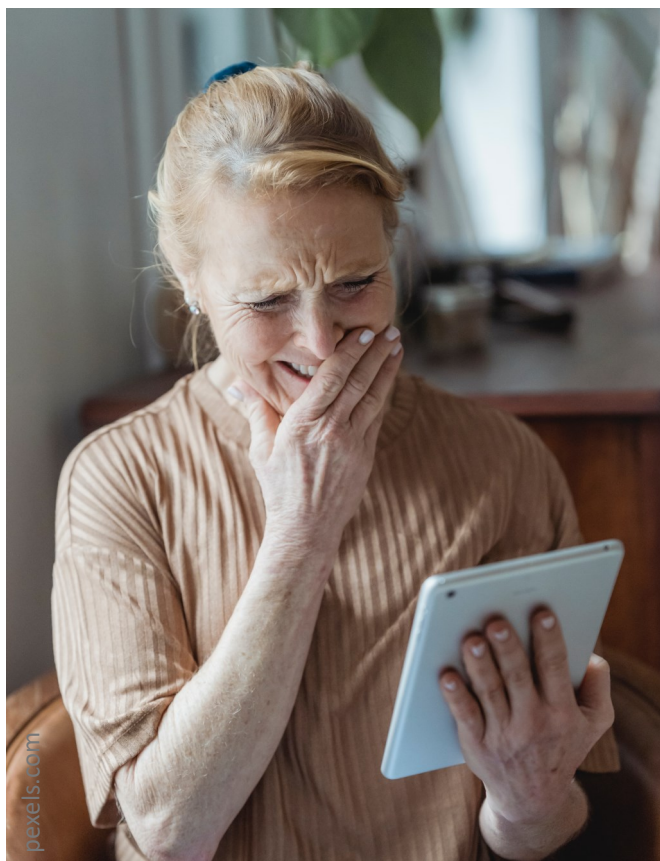
takt „na żywo” ma kluczowe znaczenie. Należy spodziewać się więc, że postęp technologiczny służyć będzie raczej do wspierania niezależności seniora i zwiększania jego poczucia bezpieczeństwa, wydłużania okresu samodzielności. A z drugiej strony, co bardzo istotne, będzie ułatwiał opiekunom sprawowanie opieki. Technologia w pracy opiekuna oznacza poczucie bezpieczeństwa, standaryzację pracy, ważne informacje w jednym miejscu, łatwy i szybki kontakt z instytucją świadczącą usługi opiekuńcze, ale też możliwość swobodnej komunikacji w obcym języku.

Na początku lat 90. ubiegłego stulecia pojawił się termin gerontotechnologia (gerontechnology). Oznaczał szeroko pojęte zastosowanie nowych zdobyczy technologicznych zarówno w medycynie, jak i opiece nad osobami starszymi (tak, aby uzupełnić deficyty opiekuńcze wynikające ze zwiększania się liczby osób wymagających pomocy i wsparcia, a jednocześnie zmniejszyć trudności w zaspokojeniu rosnącego popytu na świadczenia opiekuńcze). Obecnie wykorzystanie nowoczesnych technologii w obszarze wspierania seniorów rozwija się głównie na dwóch płaszczyznach: medycznej i opiekuńczej. W obszarze medycyny mówimy zatem o telemedycynie, rozumiejąc przez to wykorzystanie technologii teleinformatycznych do zdalnego monitorowania funkcji życiowych i stanu zdrowia osoby starszej oraz przekazywania ich do bazy danych, co powoduje zdalne informowanie pracownika systemu ochrony zdrowia o parametrach życiowych podopiecznego. Obszar teleopieki obejmuje natomiast głównie działania ukierunkowane na wykorzystanie nowoczesnych technologii, aby utrzymać jak najdłużej możliwości zamieszkiwania w dotychczasowym środowisku życia osoby starszej. Prężnie rozwija się także zastosowanie jej w placówkach świadczących całodobową opiekę, szczególnie w domach pomocy społecznej. Oddzielnymi dziedzinami, które nie są przedmiotem rozważań w niniejszym artykule, są biomedycyna, terapia genowa, rozwój nanotechnologii i możliwość ich użytkowania w działaniach na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz prewencji.

Do narzędzi teleopieki zaliczamy zarówno guziki bezpieczeństwa, jak i cały system czujników, które mogą być instalowane w miejscu zamieszkania seniora, kamery umożliwiające podgląd pomieszczeń, sensory instalowane w pościeli lub ubraniu, ale także tablety i komputery, które umożliwiają kontakt z innymi osobami, np. z krewnymi czy też

pracownikami centrum usług społecznych lub teleopieki. Obecnie w Polsce w zakresie tego typu świadczeń opiekuńczych wykorzystywane są głównie guziki bezpieczeństwa, które występują najczęściej w postaci bransoletki noszonej na przegubie dłoni lub zawieszki. Dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych istnieje możliwość zakupu urządzenia wyposażonego w moduł GPS, który pozwala zlokalizować zagubionego. Urządzenia te – najczęściej dostępne po opłaceniu comiesięcznego abonamentu – priorytetowo umożliwiają udzielenie natychmiastowej pomocy osobie, która upadła i nie może samodzielnie się podnieść. W takim przypadku naciśnięcie guzika spowoduje, że zostanie zawiadomione centrum teleopieki i jego pracownik poinformuje rodzinę, sąsiadów lub odpowiednie służby o wystąpieniu sytuacji kryzysowej i konieczności udzielenia pomocy. Guzik bezpieczeństwa ma za zadanie zminimalizować (dzięki szybkiej reakcji) skutki jednego z tzw. wielkich problemów geriatrycznych, czyli upadków, których częstą konsekwencją jest np. złamanie kości szyjki udowej. Jest to szczególnie pomocne rozwiązanie w sytuacji, gdy senior pozostaje jeszcze sprawny i w miarę samodzielnie funkcjonuje w swoim środowisku. Podobną rolę odgrywają zamontowane w mieszkaniu czujniki niebezpiecznych sytuacji, które w razie upadku osoby starszej przesyłają sygnał do centrum pomocy, gdzie koordynatorzy podejmują decyzję, kogo zawiadomić i jakiego rodzaju czynności przedsięwziąć. W przypadku migracji dzieci czy braku rodziny guzik bezpieczeństwa jest jedyną możliwością zapewnienia osobie starszej komfortu psychicznego – w razie upadku szybko uzyska pomoc, nie będzie musiała oczekiwać (czasami kilka dni) aż przyjdzie np. opiekunka w ramach przyznanych z ośrodka pomocy społecznej środowiskowych usług opiekuńczych. W ramach przeciwdziałania niebezpiecznym sytuacjom możliwe jest także zainstalowanie kamer, które umożliwiają pracownikom centrum wsparcia podgląd wnętrza mieszkania podopiecznego w momencie, gdy zawiadomi on o upadku, np. poprzez naciśnięcie guzika bezpieczeństwa. Takie rozwiązanie jest także stosowane w sytuacji, gdy opiekun rodzinny musi pozostawić osobę wymagającą opieki samą i daje mu kontrolę oraz możliwość szybkiej reakcji w sytuacji wystąpienia niepożądanego zdarzenia.

Przedstawione powyżej metody są stosunkowo tanie, pomimo to nie są nadal powszechnie uży-



wane w Polsce, chociaż coraz więcej gmin poprzez ośrodki pomocy społecznej stara się popularyzować je wśród swoich mieszkańców. Drugą gałęzią teleopieki jest wykorzystanie robotów w opiece i wspieraniu opiekunów. Roboty mogą być małe i służyć przykładowo do karmienia, ale są też i wielkości człowieka, które mogą wykonać więcej czynności w gospodarstwie domowym. Nursebot (opiekun-robot) lub też RoNA (Robotic Nursing Assistant) to roboty, które mają zastępować opiekuna. Ich zadania to podawanie leków, pomoc w poruszaniu się, wstawaniu, ale także monitorowanie funkcji życiowych czy też zawiadamianie opiekunów lub personelu medycznego o sytuacji nietypowej, wymagającej ich interwencji. Roboty są de facto połączeniem teleopieki i telemedycyny. W Europie Zachodniej i Północnej coraz częściej są one wykorzystywane tak w opiece domowej, jak i instytucjonalnej. Zespół badawczy w Eindhoven pracuje nad upowszechnieniem robotów, które będą potrafiły przynosić określone przedmioty, np. szklankę wody, jedzenie, będą mogły sprzątać i wykonywać inne usługi wymagające sprawności fizycznej. TSR (Tele-operated Service Robot) samodzielnie świadczy czynności opiekuńcze, mogą mu być one zlecane przez podopiecznego, ale oprogramowanie umożliwia także zdalne sterowanie jego działaniami przez osobę znajdującą się w innym

miejsku, np. w centrum pomocy. Planowane jest zwiększenie liczby ludzi objętych wsparciem, przy jednoczesnym zmniejszeniu obsługi osobowej poprzez zastąpienie opiekuna pracownikiem, który będzie nadzorował i ewentualnie sterował robotami znajdującymi się w domach kilku osób starszych.

Inny projekt to Mobiserv, którego zadaniem jest przypomnienie o piciu i jedzeniu oraz celach i aktywnościach w danym dniu. Mobiserv nie wykonuje żadnych czynności fizycznie, jest raczej rodzajem budzika, który ma przypominać o najważniejszych zaleceniach czy terminowym przyjmowaniu leków. Jak wskazują powyższe przykłady, są to roboty wspierające samodzielność seniorów. Drugą grupę robotów stanowią te, których zadaniem jest pomagać opiekunom w ich funkcjach. Przykładem takiego rozwiązania może być japoński robot RIBA (Robot for Interactive Body Assistance), którego rolą jest podnoszenie osoby starszej, transportowanie jej z łóżka na krzesło lub wózek i z powrotem. Może udźwignąć do 60 kg i tym samym odciążyć kręgosłup opiekuna. To pierwszy na świecie robot, który podnosi człowieka za pomocą swoich sztucznych rąk. W placówkach i instytucjach opiekuńczych roboty są wykorzystywane do patrolowania korytarzy w nocy i sprawdzania, czy któryś z mieszkańców nie potrzebuje pomocy. W takiej sytuacji pracownik, który ma łączność z robotem i widzi, co się dzieje, może niezwłocznie zareagować i odpowiednio działać. Wykorzystanie takich urządzeń zmniejsza zatem konieczną obsadę personelu dla zapewnienia opieki.

Po powyższym, krótkim przedstawieniu wykorzystania zdobytych techniki w opiece nad seniorami, należy zastanowić się nad dylematami etycznymi, wiążącymi się z wykorzystaniem nowoczesnych technologii. Szczególnie tych, które umożliwiają praktycznie nieograniczoną kontrolę nad codziennym funkcjonowaniem.

Kolejnymi kwestiami wymagającymi szerszej analizy są bariery i problemy, które pojawiają się i będą się pojawiać w momencie wdrażania nowych rozwiązań w obszarze opieki. Należy zwrócić uwagę, że znaczna część technologii może być wykorzystywana w opiece nad osobami niepełnosprawnymi, a nie tylko nad niesamodzielnymi czy wymagającymi wsparcia osobami starszymi. Tak więc, poruszane kwestie dotyczą nie tylko seniorów, lecz ogólnie wykorzystania innowacji technologicznych w opiece.

Dylematy i bariery w zastosowaniu nowoczesnych technologii w opiece nad osobami starszymi

Guziki bezpieczeństwa, inteligentne domy, czujniki niebezpiecznych sytuacji, inteligentne ubrania mierzące funkcje życiowe, a wreszcie roboty wspierające lub zastępujące opiekunów to tylko niektóre z przykładów wykorzystania nowoczesnej techniki, które już znalazły zastosowanie w opiece nad osobami starszymi i niesamodzielnymi. Jednak wysokie koszty eksploatacji znacznej części już istniejących rozwiązań oraz wykluczenie cyfrowe osób starszych to obecnie dwie najistotniejsze bariery w rozwoju i popularyzacji nowych technologii w opiece nad seniorami. Zarówno Komisja Europejska, jak i rządy niektórych krajów, np. Japonii, zwiększają nakłady na inwestycje w nowe technologie w opiece, a szczególnie na działania i pomysły nastawione na redukcję kosztów produkcji i funkcjonowania robotów oraz rozwiązań gerontotechnologicznych. Nadal jednak jest to droga usługa. Z drugiej strony teleopieka, która – jak już wspomniano – upowszechnia się (choć powoli,) także w Polsce, jest stosunkowo tanim systemem. Barię w jej popularyzacji jest lęk przed nowoczesną techniką, brak krewnych, którzy pomogliby oswoić się z tego typu urządzeniami. Ten strach to jedna z głównych przeszkód w stosowaniu wymienionych rozwiązań na szerszą skalę. Można się jednak spodziewać, że wraz z postępem techniki oraz wkraczaniem w fazę starości kolejnych roczników, które od młodszych lat stykały się z nowoczesną technologią, znaczenie teleopieki będzie wzrastać. Nie jest to jednak lekarstwo na samotność i zastąpienie guzikiem bezpieczeństwa czy robotem przychodzącej dwa razy w tygodniu opiekunki nie zmniejszy problemu

poczucia osamotnienia, a raczej przyczyni się do jego pogłębienia. Taka substytucyjna zamiana może spowodować, że osoba starsza będzie czuła się jeszcze bardziej wyizolowana, a jej kontakt z innym człowiekiem będzie odbywał się tylko za pomocą programów komputerowych. Wkraczanie nowoczesnych technologii w sferę opiekuńczą pomaga rozwiązać dotychczasowe problemy, jednak i zwiększa niektóre wyzwania – jak wspomniana już samotność – oraz generuje nowe. Kwestia umieszczania kamer i sensorów monitorujących funkcje życiowe, szczególnie u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, stawia opiekunów przed dylematem, czy takie działanie nie narusza sfery intymnej człowieka i czy opiekun jest osobą, która powinna decydować o zastosowaniu tego typu rozwiązań. A może raczej powinno to należeć do szerszego grona specjalistów lub pozostać w gestii sądu, który zdecydowałby o stopniu ingerencji w sferę prywatności starszego człowieka? Jednak jednym z największych wyzwań etycznych związanych z wykorzystaniem nowych technologii w opiece nad osobami starszymi jest programowanie ścieżek decyzyjnych, np. w kwestii dawkowania leków i nakłaniania do ich przyjmowania. Jak często robot przypominałby o konieczności zażycia leku? Co w sytuacji, gdy podopieczny nie chce go brać? Czy robot powinien to zgłosić do centrum opiekuńczego lub dalej nakłaniać do przyjęcia preparatu (jeśli założymy, że podopieczny nie ma zaburzeń funkcji poznawczych i ma rozeznanie, jakie będą konsekwencje nieprzyjęcia leków)?

Piśmiennictwo:

Cybulski M., Krajewska-Kułak E. (red.): Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016.



Wielowymiarowe potrzeby opiekunów osób niesamodzielnych

Opieka nad osobami starszymi to bardzo ciężka praca, obciążająca zarówno fizycznie, jak i psychicznie, dlatego często prowadzi u opiekunów do syndromu wypalenia. W efekcie przewlekłego stresu opiekunowie często doświadczają depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń snu, a także różnego rodzaju objawów somatycznych, takich jak bóle napięciowe czy problemy gastryczne.

Stałej opieki i wsparcia wymagają przede wszystkim osoby z demencją, której najczęstsza przyczyną wciąż pozostaje choroba Alzheimera. Odpowiedniej opieki potrzebują również osoby z chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym, po przebytym udarze mózgu lub zawale mięśnia sercowego, z niewydolnością krążenia, chorzy onkologicznie, z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, a także przewlekle chorzy psychicznie.

W Polsce, podobnie zresztą jak w Niemczech, preferowana jest opieka domowa nad seniorami, przynajmniej tak długo jak to możliwe. Najbardziej zagrożeni wypaleniem są opiekunowie, którzy zajmują się osobą starszą w pojedynkę, bez żadnego regularnego wsparcia z zewnątrz. Paradoksalnie, tacy opiekunowie często jednak nie akceptują pomocy, bo uważają, że sami zrobią wszystko najlepiej. Skutki tego są opłakane. Niestety, u większości opiekunów już po 3-

6 miesiącach stałej, intensywnej opieki nad osobą starszą dochodzi do wypalenia (wyczerpania psychofizycznego). Wtedy, w sytuacji awaryjnej, z reguły rodzina robi „zrzutkę” i zatrudnia profesjonalnego opiekuna, ale prawda jest taka, że profesjonalnych opiekunów osób starszych w Polsce brakuje. Często wybierają pracę za granicą, za dużo lepsze pieniądze. Do złego stanu psychicznego opiekunów naturalnych, poza przewlekłym stresem i zmęczeniem, przyczynia się też „syndrom nieuświadomionej straty”, który jest stanem zbliżonym do żałoby. Syndrom ten polega na tym, że opiekunowie podświadomie czują się tak, jakby już stracili bliską osobę chorującą na demencję. Często powtarzają, że to bardzo trudne widzieć, jak osoba taka staje się z dnia na dzień kimś innym.

Co zatem naturalni/nieformalni i formalni opiekunowie osób starszych mogą zrobić, żeby uniknąć wypalenia?

Jedną z najważniejszych wskazówek dla takich osób jest doprowadzenie do sytuacji, w której nie będą brały na swoje barki za dużo. Opiekunowie powinni postarać się zapobiegać wypaleniu, poprzez stworzenie szczegółowego planu opieki i rozłożenie jej na większą liczbę osób. Najlepiej, jeśli wsparcie ze strony innych osób jest regularne, to znaczy odbywa się zawsze o stałych porach i w te same dni tygodnia. Wtedy opiekun może zrobić coś dla siebie. Bez takiej odskoczni trudno jest wytrwać. Przykładem ciekawego rozwiązania tego problemu, płynącym z innych krajów, takich jak Szwecja czy Szwajcaria, jest tworzenie sieci pomocy sąsiedzkiej dla celów opieki nad starszymi. Takie rozwiązania są szczególnie potrzebne w miastach, bo na wsi wciąż jeszcze z reguły funkcjonują rodziny wielodzietne i wielopokoleniowe, w których jest po prostu więcej osób do pomocy.

Dużym problemem i przyczyną wielu trudności jest też brak wystarczającej wiedzy opiekunów na temat tego, jak dobrze zorganizować taką opiekę, a także na temat istotnych zmian zachodzących w organizmie, psychice i zachowaniu osób starszych, zwłaszcza tych z demencją. Lekarze prowadzący, w związku z dużą liczbą procedur, często nie mają wystarczająco dużo czasu, by opiekuna merytorycznie przygotować do tak wymagającego zadania, jakim jest opieka nad drugą osobą. A taka wiedza jest konieczna – warto wiedzieć, że może należy kupić specjalne, medyczne łóżko albo wprowadzić w domu zabezpieczenia (nie tylko przed upadkami, ale także przed ucieczką z domu).

Kiedy opiekun osoby starszej nie jest w stanie uzyskać konkretnych i praktycznych porad od lekarzy, może poszukać pomocy m.in. w jednej z działających w kraju grup wsparcia dla opiekunów. Organizują je np. dzienne domy opieki dla osób z demencją, a także organizacje pozarządowe, takie jak Caritas czy stowarzyszenia zajmujące się chorymi na Alzheimera. Warto też wiedzieć o możliwości skorzystania ze wsparcia opiekunów z PCK, którzy jednak z reguły przychodzą do domów osób starszych na nie więcej niż kilka godzin w tygodniu. Jeśli osoba starsza z powodu stanu swojego zdrowia spełnia określone kryteria, to może też liczyć na wizyty domowe pielęgniarstwa środowiskowego, w ramach służby zdrowia. Takie pielęgniarki odwiedzają jednak chorych tylko, by wykonać konkretne procedury, np. zmienić opa-

trunek na odleżynie, podłączyć kroplówkę czy zrobić zastrzyk.

Największych problemów swoim opiekunom przysparzają seniorzy cierpiący na demencję. Zajmowanie się nimi wymaga nie tylko sprawności ciała, ale też czujności, bystrości umysłu i wyobraźni. Dobry opiekun musi być jak detektyw, bo bardzo często zdarza się, że różne nietypowe zachowania osób z demencją, takie jak apatia, lęk i wynikająca z niego agresja, mają nieoczywiste przyczyny. Często mają związek z konkretnymi problemami zdrowotnymi, jak np. infekcja układu moczowego. Osoba z demencją często nie będzie potrafiła wskazać miejsca dyskomfortu czy powiedzieć nam o tym, że ją coś boli. My widzimy np. dreptanie przy toalecie czy drapanie w okolicach intymnych lub słyszymy krzyki czy też zmagamy się z wędrowaniem. Dzięki odpowiedniej wiedzy możemy takie zachowania „odkodować” i skutecznie pomóc choremu. Senior nagle, bez wyraźnego powodu staje się agresywny i choć usilnie szukamy przyczyny, to jednak nie możemy jej znaleźć. Skąd u niego ta nagła złość? Powodem tego może być po prostu fakt, że zbyt mocno zacisnęliśmy mu pasek u spodni. Tyle, że jemu trudno jest to wyrazić, bo ma problemy z komunikacją czy wspomnianym już lokalizowaniem źródła dyskomfortu.

Warto też wiedzieć, że osoby z demencją często gubią się we własnym domu. Nierzadko błądzą, szukając chociażby jedzenia, co dzieje się również w nocy – mają problem z orientacją w czasie i nie wiedzą, czy jest dzień, czy noc. Wiedząc o tym, można im bardzo prosto pomóc i jednocześnie uchronić przed upadkami czy innymi konsekwencjami. Dobrym rozwiązaniem w tej sytuacji jest pozostawianie czegoś do picia i jedzenia na widoku, w stałym miejscu, np. na stoliku koło łóżka. Ponadto, osoby z demencją mogą nie poznawać siebie w lustrze. W związku z tym często boją się odbicia „kogoś”, kogo widzą. To może powodować różne problemy, np. problemy z wejściem do łazienki czy kąpielą. Zasłonięcie lustra lub jego przeniesienie w inne miejsce może pomóc.

Piśmiennictwo:

Cybulski M., Krajewska-Kula E. (red.): Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016.



Prawa pacjenta – pomocne w dbaniu o dobro opiekuna i podopiecznego

Opiekując się chorym jako opiekun formalny lub nieformalny pamiętaj, że w świetle prawa jest on pacjentem, któremu przysługują określone prawa. Należy je znać i odwoływać się do nich w sytuacjach, w których nie są respektowane.

Opiekun w imieniu swoim, jak również chorego, ma prawo do ich egzekwowania. Prawa pacjenta są szczególnym rodzajem praw człowieka w dziedzinie medycznej. W Polsce podstawowym dokumentem określającym prawa pacjenta jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej i Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.). Prawa pacjenta są prawami podstawowymi, przysługują zarówno osobom ubezpieczonym, jak i bez ubezpieczenia zdrowotnego. Poszczególne prawa mogą być ograniczone w wyjątkowych sytuacjach, np. w przypadku zagrożenia epidemicznego.

Najważniejsze prawa pacjenta:

- Prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej
- Prawo do poszanowania godności i intymności
- Prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia

- Prawo do zachowania tajemnicy informacji na Twój temat
- Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych
- Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych
- Prawo do poszanowania Twojego życia prywatnego i rodzinnego
- Prawo do opieki duszpasterskiej
- Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
- Prawo do dochodzenia swoich praw
- Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych
- Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Opiekunem nazywamy m.in. rodziców sprawujących władzę rodzicielską nad dzieckiem, osobę

wyznaczoną do opieki przez sąd opiekuńczy (czyli opiekuna prawnego) oraz tych, którzy opiekują się drugą osobą bez zewnętrznego przymusu, „sami z siebie” – mówimy wówczas o opiece faktycznej. Ich rola w życiu podopiecznego jest jednakowo wielka i niezwykle ważna, ale różny jest zakres opieki oraz praw, jakie im przysługują. Aby pomóc opiekunom w lepszym zrozumieniu i egzekwowaniu swoich praw, warto przyjrzeć się poszczególnym formom opieki.

Mama i tata dziecka mają takie same uprawnienia i w równym stopniu mogą sprawować opiekę nad małoletnim. Do ich najważniejszych uprawnień należą:

- Wspólne podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia dziecka, np. w kwestii pobytu w szpitalu, wykonania badań, operacji czy diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko w procesie leczenia dziecka. Jeśli dziecko ma od 16. do 18. lat, wymagana jest także jego zgoda na operację lub badanie;
- W przypadku konfliktu pomiędzy rodzicami lub między rodzicami a dzieckiem możliwa jest ingerencja sądu opiekuńczego. Może on także pozbawić jednego z rodziców praw rodzicielskich, a tym samym władzy rodzicielskiej;
- Oboje rodziców ma prawo m.in. do informacji nt. stanu zdrowia dziecka i wglądu do dokumentacji medycznej, obecności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz odwiedzin podopiecznego w np. szpitalu oraz reprezentowania go w roli pacjenta przed sądem.

Aby zostać opiekunem prawnym, należy uzyskać postanowienie sądu opiekuńczego w tym zakresie. Opiekun prawny zarówno osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, jak i dziecka, ma analogiczne prawa i obowiązki jak wcześniej wspomniani przedstawiciele ustawowi dziecka.

Opiekun faktyczny może sprawować opiekę nad dzieckiem, osobą ubezwłasnowolnioną, a także

nad osobą pełnoletnią i nieubezwłasnowolnioną, która ze względu na swój stan zdrowia wymaga pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb. Może również sprawować opiekę nad osobą, która co prawda jest pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona, ale w rzeczywistości wymaga opieki i pomocy. Bycie opiekunem faktycznym nie wymaga żadnej formalnej zgody.

Prawa opiekuna faktycznego są jednak znacznie ograniczone:

- Nie ma on możliwości wyrażania zgody na zabiegi medyczne w imieniu podopiecznego. Wyjątkiem są zwykle, niestwarzające ryzyka dla zdrowia i życia badania;
- Nie jest możliwy wgląd do dokumentacji medycznej. Lekarz może jedynie poinformować opiekuna faktycznego o przebiegu badania;
- Opiekun faktyczny ma prawo odwiedzać pacjenta w szpitalu, o ile nie zabronią tego przedstawiciele prawni. Za ich zgodą może też sprawować dodatkową opiekę nad hospitalizowanym pacjentem.

Rodzice, czyli przedstawiciele ustawowi dziecka, mogą upoważnić opiekuna faktycznego do opieki nad dzieckiem, o ile nie rezygnują tym samym z ingerencji w podstawowe sprawy dotyczące jego osoby. Mogą oni również – za pomocą pełnomocnictwa – upoważnić opiekuna faktycznego do podejmowania decyzji dotyczących dziecka.

Aby uzyskać więcej informacji na temat pełnienia funkcji opiekunów oraz przysługujących im praw, zachęcamy do zapoznania się z Kartą Praw Opiekuna.

Piśmiennictwo:

<https://seniorzy.pl/informacje/5197-karta-praw-opiekuna>

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



Fot. M. Kamiński

To ostatni moment, żeby skorzystać z naszego wsparcia!

Przed nami ostatnie miesiące realizacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi”, współfinansowanego ze środków unijnych. Jeżeli poszukujesz pomocy w opiece nad niesamodzielnym bliskim – nie zwlekaj, skontaktuj się z nami już dziś!

Centrum Wsparcia Opiekunów to szereg bezpłatnych usług, skierowanych do osób z ograniczoną samodzielnością oraz ich opiekunów nieformalnych, zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków i Gminy Wieliczka. W ramach realizowanej pomocy, oferujemy pomoc ze strony zespołu specjalistów, m.in.: lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, terapeuty zajęciowego, opiekuna medycznego, pracownika socjalnego.

Poznaj nasze usługi i zasady rekrutacji oraz wypełnij formularz zgłoszeniowy na naszej stronie.

Zachęcamy także do kontaktu pod numerem telefonu: 12 44 67 530 lub też mailowo: centrumwsparcia@mco.krakow.pl.

Projekt jest dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit (dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego).



Zapraszamy do skorzystania z naszych usług!

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

tel.: +48 12 44 67 530

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

www.wsparciedlaopiekuna.pl

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