

PORADNIK OPIEKUNA

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

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 4/2023 (16)



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>Efekty działania kortyzolu na organizm człowieka</u>	<u>4</u>
<u>Fibromialgia – objawy, leczenie</u>	<u>10</u>
<u>Czy jest możliwe obniżenie poziomu kortyzolu?.....</u>	<u>13</u>
<u>Nieprawidłowości w leczeniu osób starszych</u>	<u>16</u>
<u>Interakcje między lekami, leków z chorobą, z posiłkiem i suplementami u osób starszych</u>	<u>19</u>
<u>Podawanie leków przez zgłębniki dożołądkowe, dojelitowe</u>	<u>22</u>
<u>Potrzeby opiekunów nieformalnych możliwości ich wsparcia</u>	<u>28</u>
<u>Wpływ sprawowania opieki nad bliskim na życie i zdrowie psychiczne opiekuna.....</u>	<u>31</u>
<u>Wpływ sprawowania opieki nad bliskim na życie i zdrowie fizyczne opiekuna.....</u>	<u>34</u>
<u>Projekt „Centrum Wsparcia Opiekunów” dobiega końca</u>	<u>35</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 - szesnasty numer Kwartalnika w wersji online. Stanowi on alternatywną formę prezentacji treści zawartych na [naszym portalu](#).

W bieżącym wydaniu poruszamy problematykę terapii długoterminowej – nieprzestrzeganie jej zasad uniemożliwia pacjentowi osiągnięcie pełnych korzyści z leczenia, co z kolei powoduje komplikacje medyczne, obniża w znacznym stopniu jakość życia, może powodować nasilenie rozwoju oporności na stosowane leczenie, jak również obciąża kosztami system ochrony zdrowia. W aktualnym numerze podpowiadamy także, których interakcji lek-lek należy unikać u osób starszych oraz zwracamy uwagę na interakcje leków z posiłkami i suplementami. Ponadto, wskazujemy czynniki, które mogą mieć istotny wpływ na bezpieczeństwo, jak i skuteczność farmakoterapii przy potrzebie podawania leków doustnych poprzez zgłębniki do żołądka lub jelita.

W nowym numerze piszemy także o tym, jakie problemy mogą pojawić się w sprawowaniu opieki nad osobą niesamodzielną, starszą oraz w jaki sposób rola opiekuna wpływa na życie i zdrowie (fizyczne oraz psychiczne). Udzielamy wskazówek, jak opiekować się osobą niesamodzielną, dbając równocześnie o swoją kondycję psychiczną.

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



Efekty działania kortyzolu na organizm człowieka

Kortyzol to hormon steroidowy, popularnie nazywany hormonem stresu. Na co dzień hormon ten pełni w organizmie bardzo ważne funkcje, regulujące wiele procesów. Najczęściej jednak wspomina się o nim w kontekście wpływu długotrwałego stresu na zdrowie fizyczne i psychiczne.

Przewlekły stres może grozić np. zmianami w układzie nerwowym, wahaniami poziomu cukru, wzrostem ciśnienia krwi i słabą tolerancją wysiłku fizycznego. Nadnercza to małe gruczoły wydzielania wewnętrznego, składające się z kory i rdzenia. Kora nadnerczy jest podzielona na warstwy wyspecjalizowane w produkcji różnych hormonów steroidowych. W jej warstwie siatkowatej powstają androgeny (hormony płciowe), w warstwie kłębkowatej mineralokortykosteroidy (aldosteron), a w warstwie pasmowatej glikokortykosteroidy. Kortyzol jest jednym z glikokortykosteroidów i odpowiada za 95% aktywności tych hormonów. Pozostałe to kortyzon oraz kortykosteron.

Hormony kory nadnerczy są syntetyzowane z cholesterolu. Trudno dokładnie określić ilość kortyzolu uwalnianą w ciągu każdego dnia, gdyż może ona ulegać znacznym wahanom ze względu na obecność w naszym otoczeniu wielu stresorów. Zwłaszcza w dzisiejszych czasach, przy ner-

wowym i pospiesznym życiu oraz coraz większym zanieczyszczeniu środowiska, poziom stresu w naszym organizmie znacznie wzrasta. Może to powodować przewlekły wzrost poziomu kortyzolu we krwi i związane z tym problemy zdrowotne. Wydzielany przez korę nadnerczy kortyzol łączy się we krwi ze specjalnym białkiem – transkortyną. W ten sposób związane (czyli nieaktywne) jest około 90% hormonu, a działanie wykazuje tylko frakcja wolna.

Nad uwalnianiem hormonów w naszym ciele pieczę sprawuje ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Regulacja wydzielania przez korę nadnerczy kortyzolu odbywa się za pomocą osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. Neurony jednej ze struktur mózgu, zwanej podwzgórzem, wydzielają w sytuacjach stresowych neurohormon kortykoliberynę (CRH). CRH pobudza przysadkę mózgową do wydzielania hormonu adrenokortykotropowego (ACTH). To ACTH pobudza korę nadnerczy do produkcji kortyzolu. I tu następuje działanie regu-

lujące, gdyż podwyższenie poziomu kortyzolu we krwi oraz podwyższony poziom ACTH wpływają na obniżenie wydzielania CRH w podwzgórzu. Ponadto, podwyższony poziom kortyzolu hamuje produkcję ACTH z przysadki. Organizm sam dba o samoregulację wydzielania tych aktywnych związków.

Naturalnie kortyzol jest uwalniany do krwiobiegu zgodnie z rytmem dobowym, jakiemu podlega nasze ciało. W warunkach fizjologicznych stężenie kortyzolu w organizmie jest najwyższe w godzinach porannych, a najniższe wieczorem i w pierwszych godzinach snu (spada nawet o połowę). W okolicach 3.– 5. godziny snu powinno rozpocząć się zwiększone wydzielanie hormonu, osiągając nad ranem wartość pozwalającą nam wstać i energicznie rozpocząć codzienną aktywność. Godzinę po wstaniu poziom kortyzolu teoretycznie powinien zacząć spadać, tak aby wieczorem znów osiągnąć wartość najniższą. W ciągu dnia podlegamy wielu bodźcom zewnętrznym, które powodują, że chwilowo podnosi się poziom kortyzolu we krwi. Zwykle opisane wyżej sprzężenie zwrotne potrafi go naturalnie i skutecznie obniżyć do normy. Jednak każdy stres, któremu podlega nasz organizm, uruchamia uwalnianie CRH, a następnie ACTH, co powoduje wzrost poziomu kortyzolu. Im częściej to się dzieje, tym wyraźniej widać wpływ długotrwałego stresu na stan zdrowia naszego ciała. Naturalnie w ciągu dnia różne niewielkie bodźce podnoszą poziom hormonu, lecz wahania stężenia kortyzolu nie są wielkie. Za to przedłużone narażenie się na różnego rodzaju stresy może zburzyć fizjologiczną cykliczność poziomu glikokortykosteroidów, ACTH i kortykotropiny. Za zakłócenie rytmu dobowego, a co za tym idzie – rytmu wydzielania kortyzolu, mogą odpowiadać niewłaściwe pory aktywności, zbyt późne chodzenie spać czy zbyt krótki sen, nieregularne pory posiłków oraz niewłaściwe oświetlenie.

Czynniki stresowe wpływające na wysoki poziom kortyzolu

Najczęstsze bodźce stresowe powodujące podniesienie poziomu tego hormonu we krwi to:

- stany emocjonalne, takie jak złość czy strach;
- nadmierna aktywność fizyczna;
- nagłe zmiany temperatury ciała;
- słaba jakość snu, bezsenność, krótki sen;
- ból różnego pochodzenia;

- urazy tkanek;
- zabiegi operacyjne;
- zakażenia.

Wysoki poziom kortyzolu prowadzi także do nadmiernej pracy współczulnego układu nerwowego (wzrost poziomu adrenaliny i noradrenaliny) oraz innych hormonów, takich jak np. aldosteron, hormon wzrostu i wazopresyna. Warto też zwrócić uwagę na występowanie zależności między poziomem kortyzolu a hormonami płciowymi. Hormony sterydowe (m.in. kortyzol, progesteron, DHEA, androstendion, aldosteron) powstają z tego samego prekursora, czyli pregnenolonu. Istnieje więc możliwość, że organizm zredukuje produkcję innych hormonów, gdy zapotrzebowanie na hormon stresu będzie nadmierne. Kobiece hormony płciowe (estrogeny) wpływają na poziom tego hormonu w różny sposób. Po pierwsze, zwiększają produkcję transkortyny, czyli wyżej wspomnianego białka wiążącego kortyzol. W związku z tym, więcej kortyzolu może się do tego białka przyłączyć. Zauważono wzrost poziomu całkowitego kortyzolu we krwi u kobiet stosujących antykoncepcję hormonalną, choć nie przekraczał wartości granicznych. Estrogeny hamują także metabolizm, a co za tym idzie – wydalanie kortyzolu z organizmu. Ponadto, obecne w tabletkach antykoncepcyjnych progestageny łączą się konkurencyjnie z transkortyną. Obydwa te mechanizmy mogą podnieść stężenie kortyzolu niezwiązanego we krwi i jego aktywność w organizmie. Większość kortyzolu krąży we krwi w połączeniu z białkami. Poziom transkortyny zwiększają estrogeny w stanach fizjologicznych, takich jak np. ciąża, ale i wywołanych sztucznie przez np. doustne środki antykoncepcyjne. Początkowo wzrost poziomu tego białka powoduje związanie, a co za tym idzie – spadek aktywności kortyzolu. Potem jednak uruchamia się sprzężenie zwrotne i produkcja ACTH, który stymuluje produkcję kortyzolu, aż ustali się nowa równowaga. Organizm potrzebuje bowiem dostatecznej ilości kortyzolu w formie wolnej i dzięki temu aktywnej. Istnieją jednak schorzenia powodujące spadek ilości białka transportowego, a w rezultacie wzrost ilości kortyzolu niezwiązanego. Należą do nich np. marskość wątroby oraz niedoczynność tarczycy.

Kortyzol pełni w organizmie wiele funkcji. Prawidłowy jego poziom utrzymuje ciało w równowadze. Zarówno niski poziom, jak i przedłużający się wysoki poziom hormonu stresu mogą ten fizjologiczny stan zachwiać.



Działanie przeciwzapalne i przeciwalergiczne kortyzolu ma za zadanie niedopuszczenie do niekontrolowanej i rozsianej reakcji zapalnej. Zmniejsza on reakcję ciała na alergen. Zapobiega w ten sposób wystąpieniu wstrząsu anafilaktycznego, który może być bardzo niebezpieczny dla życia. Dlatego: stabilizuje błony lizosomów; ogranicza wydzielanie przez granulocyty i makrofagi substancji takich jak m.in. serotonina i histamina; hamuje enzym fosfolipazę A₂, przez co zmniejsza się synteza prostaglandyn i leukotrienów; zmniejsza przepuszczalność naczyń włosowatych; zmniejsza liczbę krążących limfocytów, monocytów, eozynofili i bazofili; zmniejsza migrację komórek odczynu zapalnego do miejsca urazu; zmniejsza wytwarzanie przeciwciał. Te właściwości kortyzolu wykorzystuje się w terapii nadmiernych stanów zapalnych, alergii oraz do profilaktyki i leczenia chorych po przeszczepach. Jednak w czasie długiego leczenia glikokortykosteroidy mogą wywołać zanik węzłów limfatycznych, śledziony i grasicy, co hamuje odporność komórkową. Pacjenci poddani takiemu leczeniu są bardziej podatni na infekcje. W codziennym życiu pod wpływem stresu poziom kortyzolu może się podnieść. Niekoniecznie przekroczy stan fizjologiczny, ale coraz częściej może się znajdować w granicach górnego pułapu normy. Siła działania

tego podprogowego nadmiaru kortyzolu będzie więc większa. W stresie nasza odporność będzie słabsza, mogą pojawiać się częstsze infekcje i objawy zmęczenia.

Wpływ poziomu kortyzolu na gospodarkę węglowodanową

W trakcie działającego na organizm stresu, zadaniem kortyzolu jest dostarczenie paliwa dla mózgu i serca jako ważnych dla życia narządów. Dlatego też, poprzez hamowanie wychwytu glukozy przez mięśnie i tkankę tłuszczową, podnosi poziom glukozy we krwi. Wzrost poziomu cukru we krwi realizowany jest także przez tworzenie go w wątrobie na nowo – glukoneogenezę. Kortyzol stymuluje więc wątrobę do pracy, a ponadto ułatwia pobieranie białek potrzebnych do tej produkcji z innych tkanek, szczególnie mięśni i układu kostnego. Podniesienie poziomu glukozy przez działanie kortyzolu powoduje zwiększenie wydzielania insuliny. Stymulowany glukozą podwyższony poziom insuliny może indukować powstanie po latach insulinooporności oraz cukrzycy pochodzenia nadnerczowego. Istnieją stany chorobowe związane z niewydolnością nadnerczy i zmniejszonym poziomem kortyzolu. Należy wtedy mieć na uwadze dostarczanie ciała odpowiedniej ilości energii z pożywienia. Inaczej może to

doprowadzić do zagrażającej życiu hipoglikemii (obniżenia poziomu cukru we krwi).

Wpływ poziomu kortyzolu na gospodarkę lipidową

Wysoki poziom kortyzolu powoduje uwalnianie kwasów tłuszczowych z tkanki tłuszczowej. Kwasy te są wykorzystywane zamiast glukozy do produkcji energii, co może powodować wzrost stężenia ciał ketonowych. Jest to niebezpieczne, szczególnie u chorych na cukrzycę. Jednocześnie, kortyzol sprzyja tworzeniu zapasów, czyli rozwojowi trzewnej tkanki tłuszczowej, przyspieszając rozwój komórek tłuszczowych, ich przerost i gromadzenie w nich lipidów. Tkanka tłuszczowa pod wpływem kortyzolu jest charakterystycznie rozmieszczona. Najwięcej jej widzimy w okolicach brzucha, tułowia, karku i twarzy. Przewlekłe wysokiego poziomu kortyzolu zwiększa produkcję trójglicerydów w wątrobie oraz poziom cholesterolu. Obniżenie poziomu kortyzolu przez zmniejszenie ilości stresu jest jednym z zadań w trakcie pracy nad zrzućeniem wagi i poprawieniem parametrów lipidowych we krwi.

Wpływ poziomu kortyzolu na układ moczowy

Kortyzol wydzielany w ilościach fizjologicznych zwiększa filtrację kłębuszkową i pobudza diurezę, czyli usuwa nadmiar wody z organizmu oraz przeciwdziała obrzękom. Jeśli jednak poziom kortyzolu jest zbyt wysoki, to zaczyna mieć on wpływ również na receptory przeznaczone dla mineralokortykosteroidów, takich jak aldosteron. Może to skutkować działaniem odwrotnym, czyli retencją sodu i wody w kanalikach nerkowych oraz zwiększeniem objętości płynów zewnątrzkomórkowych. Takie zatrzymywanie wody może z czasem prowadzić do nadciśnienia.

Wpływ zbyt wysokiego poziomu kortyzolu na powstawanie wrzodów żołądka

Kortyzol hamuje syntezę prostaglandyn dzięki swojemu działaniu przeciwzapalnemu. Część prostaglandyn ma jednak działanie regulujące wydzielanie śluzu chroniącego błonę śluzową żołądka oraz zapewniające jego właściwe ukrwienie. Zbyt wysoki poziom kortyzolu sprawia, że spada proliferacja komórek błony śluzowej żołądka, a wraz z nią wydzielanie śluzu żołądkowego. Ponadto, kortyzol zwiększa wydzielanie kwasu żołądkowego, bo dzięki niemu wzrasta wydzielanie gastryny. Te dwa efekty mogą prowadzić do powstawania stanów zapalnych, a nawet wrzodów

żołądka spowodowanych stresem.

Wpływ poziomu kortyzolu na układ kostny

Jednym z efektów działania kortyzolu jest hamowanie wchłaniania wapnia w przewodzie pokarmowym. Fizjologicznie ma to znaczenie regulujące, jednak wysoki poziom tego hormonu w dłuższym czasie może spowodować spadek stężenia wapnia we krwi. Ponadto kortyzol zwiększa wydalanie wapnia i fosforanów z moczem. Efektem tych działań może być ujemny bilans wapniowy. Niski poziom wapnia powoduje zwiększenie wydzielania parathormonu, który ma za zadanie przywrócić poziom wapnia do właściwego stężenia. Problem w układzie kostnym może pojawić się z tego powodu, że parathormon pobudza między innymi oddawanie wapnia z kości do krwi. Jednym z efektów działania wzrostu kortyzolu jest także zahamowanie funkcji osteoblastów, czyli komórek budujących kość, oraz osteocytów (dojrzałych komórek tkanki kostnej) poprzez nasilenie ich apoptozy – programowanej śmierci komórki. Do tego kortyzol hamuje apoptozę komórek kościogubnych, czyli osteoklastów, dzięki czemu zyskują one w układzie kostnym przewagę. Trzeba bowiem zdawać sobie sprawę, że kości są w stałej przebudowie. Osteoblasty produkują kolagen i proteoglikany oraz białka biorące udział w mineralizacji kości. Osteocyty biorą udział w odżywieniu kości, czyli wymianie substancji odżywczych i metabolitów. Osteoklasty usuwają niewłaściwe, słabe komórki kości, dbając o jej jakość. Nadmiar pracy osteoklastów stymulowany wysokim kortyzolem będzie prowadził do osteolizy, czyli niszczenia kości. Chroniczny nadmiar kortyzolu może z czasem prowadzić do zaników mięśniowych i osteoporozy.

Wpływ poziomu kortyzolu na gojenie się tkanek

W wieku płodowym fizjologicznie wysoki kortyzol przyspiesza rozwój niektórych narządów, takich jak pęcherzyki płucne czy układy enzymatyczne w wątrobie i układzie pokarmowym. Działa więc równoległe do insulinopodobnego czynnika wzrostu – I(IGF-1), hormonu pobudzającego wzrost tkanek i wspomagającego tworzenie kolagenu oraz utrzymującego w równowadze stężenia wapnia, magnezu i potasu. Po urodzeniu jednak kortyzol zaczyna hamować IGF-1, a duży wzrost kortyzolu upośledzać będzie syntezę kolagenu i regenerację tkanek. Ponadto, kortyzol hamuje rozrost fibroblastów, co również opóźnia proces

gojenia się ran. Przewlekłe podwyższony kortyzol może osłabić mięśnie i kości, ścieńczać skórę, osłabiać ściany naczyń krwionośnych, a nawet spowodować rozstępy skórne.

Wpływ poziomu kortyzolu na układ krwionośny

W stanach stresu podwyższony kortyzol jest ważny dla pracy serca, ponieważ zwiększa jego pojemność wyrzutową. Ponadto, większa ilość kortyzolu wzmacnia działanie noradrenaliny obkurczające tętnice i podnoszące ciśnienie krwi. Pozwala to organizmowi na większy wysiłek. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że zbyt wysoki poziom kortyzolu przez dłuższy czas może prowadzić do nadciśnienia tętniczego.

Wpływ poziomu kortyzolu na funkcjonowanie układu nerwowego

Fizjologiczne poziomy kortyzolu wywołują wpływ na zachowanie i funkcje poznawcze poprzez działanie na neurony ośrodkowego układu nerwowego. Dzięki niemu neurony prawidłowo dojrzewają, reguluje on także ich metabolizm, czynności elektrofizjologiczne i wydzielanie neuroprzekaźników, jednakże zbyt wysoki poziom kortyzolu rozregulowuje funkcjonowanie układu nerwowego. Przedłużający się stres może początkowo wywołać euforię, która później zmienia się w zachowania psychotyczne, wahania nastrojów, drażliwość, bezsenność, złą koncentrację i zapomnianie. Za to u pacjentów z niedoborem kortyzolu (choroba Addisona) obserwowano depresję, apatię, brak apetytu, ale też nadwrażliwość smakową i zapachową.

Badanie poziomu kortyzolu we krwi, ślinie i moczu

Pojedyncze badanie poziomu kortyzolu może nam nic nie powiedzieć. Bywa, że jego wynik będzie się mieścił w granicach normy, jeśli nawet będzie to górna granica. Można oznaczyć w danej chwili poziom kortyzolu we krwi, ale poza przypadkami ewidentnych chorób związanych z układem neuroendokrynnym trudno powiedzieć, czy wynik wskazuje na podwyższenie kortyzolu np. z powodu stresu. Dzieje się tak choćby dlatego, że są pacjenci reagujący już choćby na samo pobranie krwi. Pobranie próbki dla oznaczenia poziomu kortyzolu ze śliny oraz z moczu jest łatwiejsze i mniej stresogenne. W odróżnieniu od badania z krwi, w ten sposób można sprawdzić poziom tylko frakcji wolnej kortyzolu, a nie całkowity



poziom tego hormonu.

Schorzenia powodujące znaczące zmiany poziomu kortyzolu we krwi

Zespół Cushinga

Zespół Cushinga to zespół objawów klinicznych, które mogą być wynikiem nadmiaru glikokortykosteroidów. Najczęściej objawy takie powstają w wyniku nadmiaru leków glikokortykosteroidowych, jednak mogą być także spowodowane zmianami guzkowymi w tkance nadnerczy oraz zmianami guzkowymi w ośrodkowym układzie nerwowym (np. guz przysadki mózgowej). Bardzo rzadko nadmierny poziom kortyzolu jest wynikiem innych nowotworów endokrynnych. Aby zdiagnozować syndrom Cushinga, trzeba wykonać szereg specjalistycznych badań, nie sugerujemy się badaniem samego kortyzolu.

Najczęstsze objawy zespołu Cushinga to:

- charakterystyczne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej (twarz, kark, tułowie);
- słaba tolerancja wysiłku fizycznego przez osłabienie mięśni;
- osłabienie procesów gojenia się ran;

- zwiększone pragnienie i wielomocz – mogą być spowodowane wysokim poziomem cukru;
- nadmierny apetyt;
- ból i zawroty głowy (mogą być na tle nadciśnienia);
- zmiany emocjonalne;
- bóle kostne, np. spowodowane osteoporozą;
- bardzo słaba odporność;
- objawy choroby niedokrwiennej serca;
- zapalenie i wrzody żołądka i/lub dwunastnicy;
- kamica układu moczowego;
- zaburzenia hormonalne (np. osłabienie potencji u mężczyzn, problemy z miesiączką u kobiet).

Choroba Addisona

Choroba Addisona to zespół objawów klinicznych, objawiających się obniżeniem poziomu kortyzolu w wyniku uszkodzenia nadnerczy. Przyczyną mogą być choroby autoimmunologiczne, choroby zakaźne (np. gruźlica), nowotwory, zaburzenia metaboliczne (np. hemochromatoza) oraz zaburzenia wrodzone. Czasem niektóre leki obniżają poziom kortyzolu, hamując przejściowo jego syntezę w korze nadnerczy. Odpowiedzią na brak

hamującej roli kortyzolu jest zbyt duże wydzielanie ACTH z przysadki mózgowej.

Objawy pojawiające się w tym schorzeniu to:

- zasłabnięcia wskutek spadków ciśnienia lub poziomu cukru;
- zła tolerancja wysiłku fizycznego, ból mięśni i stawów;
- spadek masy ciała, brak apetytu (ale apetyt na sól);
- czasem nudności i luźne stolce;
- niskie ciśnienie tętnicze, spadki ciśnienia po zmianie pozycji na pionową;
- ciemnienie skóry, zwłaszcza narażonej na promieniowanie UV oraz ucisk.

W subklinicznej postaci tej choroby to sytuacje stresowe, takie jak np. nadmierny wysiłek fizyczny, powodują przejściowe pojawienie się objawów osłabienia czy utraty łaknienia.

Piśmiennictwo:

Dziurkowska E., Wesołowski M.: Ślina – wartościowy materiał biologiczny do oznaczania kortyzolu. Farmaceutyczny Przegląd Naukowy 2010, 12: 21-26.



Fibromialgia – objawy, leczenie

Fibromialgia (ang. fibromyalgia syndrome – FMS) to przewlekła choroba reumatyczna tkanek miękkich, dla której charakterystyczne są dolegliwości bólowe o charakterze przewlekłym. Patomechanizm fibromialgii nadal pozostaje nieznany.

Istnieje kilka hipotez na ten temat, m.in. nakładanie się trzech rodzajów przewlekłego bólu, spowodowanego:

- uszkodzeniem nerwów (tzw. ból neuropatyczny),
- stanem zapalnym (tzw. ból nocyceptywny),
- uwrażliwieniem lub zniekształceniem przetwarzania bodźców przez ośrodkowy układ nerwowy (tzw. ból nocyplastyczny).

Choroba aż 10-krotnie częściej dotyka kobiety niż mężczyzn, jednak objawy mogące świadczyć o fibromialgii pojawiają się tylko 2-krotnie częściej u pań. Nie do końca wiadomo, co jest tego przyczyną. Specjaliści podejrzewają, że może to być związane z podejściem do diagnostyki — to kobiety znacznie częściej zgłaszają się do lekarza.

Objawy choroby przyjmują różną postać. U każdego pacjenta wyglądają nieco inaczej, a ich nasilenie może zmieniać się w czasie. Wspólnym objawem u wszystkich chorych jest ból różnych części ciała, który utrzymuje się co najmniej przez 3 miesiące. Do pozostałych objawów fibromialgii należą:

- przewlekłe zmęczenie;
- bóle głowy;
- bóle i skurcze w podbrzuszu;
- zaburzenia snu – trudności z zaśnięciem, częste wybudzenia nocne, a także zmęczenie i brak energii pomimo snu;
- sztywność stawów;
- stany lękowe i depresyjne;
- zespół niespokojnych nóg;
- drętwienie i mrowienie rąk i nóg;
- duszności;
- nadwrażliwość na zmiany pogody i bodźce zewnętrzne (hałas, intensywne oświetlenie);
- częste oddawanie moczu — niezwiązane z infekcją dróg moczowych;
- u kobiet: bardzo bolesne miesiączki i zespół napięcia przedmiesiączkowego.

Obecnie nie można jednoznacznie wskazać konkretnej przyczyny fibromialgii, natomiast istnieje wiele czynników, które przyczyniają się do rozwoju choroby:

- **Stres** — obciążenie pracą, silny uraz psychiczny, niezadowolenie z życia.
- **Intensywny wysiłek fizyczny** — aktywność o lekkim lub umiarkowanym nasileniu może przynieść chorym ulgę, jednak zbyt intensywne uprawianie sportu lub ciężka praca fizyczna zwiększają ryzyko rozwoju choroby i nasilają jej objawy.
- **Współistniejące choroby zakaźne** — u wielu osób pierwsze objawy fibromialgii pojawiają się po przejściu boreliozy lub w wyniku zakażenia wirusem HIV, HCV, HBV.
- **Czynniki genetyczne** — osoby, u których w rodzinie występowała fibromialgia, są bardziej narażone na zachorowanie (według niektórych źródeł szansa ta jest nawet 8-krotnie większa!).
- **Występowanie innych chorób autoimmunologicznych** — chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów czy toczeń częściej chorują na fibromialgię.
- **Nadwaga i otyłość** — osoby o BMI>25 częściej chorują na fibromialgię niż osoby o prawidłowej masie ciała.

Fibromialgia – diagnostyka

W przypadku podejrzenia u siebie fibromialgii w pierwszej kolejności warto skonsultować się z lekarzem rodzinnym. Długo utrzymujący się ból uogólniony, przewlekłe zmęczenie i brak regeneracji nawet po długim śnie — to objawy, które powinny skłonić do wizyty w gabinecie lekarskim. Jeszcze do niedawna rozpoznanie fibromialgii nie było proste i zdarzało się, że choroba była mylona z innymi dolegliwościami o podłożu reumatycznym. Jednak w 2016 roku Amerykańskie Kolegium Reumatyczne ustaliło kryteria rozpoznawcze, które umożliwiają postawienie trafnej diagnozy. Obejmują one następujące objawy:

- wieloobszarowy ból uogólniony, który utrzymuje się przynajmniej od 3 miesięcy i dotyczy przynajmniej 4 z 5 obszarów:
 - lewej połowy ciała,
 - prawej połowy ciała,
 - dolnej części ciała (poniżej pasa),
 - górnej części ciała (powyżej pasa),
 - kręgosłupa: odcinka szyjnego, piersiowego lub lędźwiowo-krzyżowego;
- przewlekłe zmęczenie;
- sen, który nie przynosi odpoczynku;

- zaburzenia funkcji poznawczych takich jak pamięć, uwaga, koncentracja;
- bóle głowy;
- bóle i skurcze w podbrzuszu;
- poczucie depresji — niekoniecznie z klinicznym rozpoznaniem;
- zaburzenia lękowe;
- sztywność stawów.

Dzięki powyższym kryteriom od kilku lat rozpoznanie choroby następuje znacznie szybciej. Przed 2016 rokiem podstawowym kryterium diagnostycznym były tzw. punkty spustowe, czyli miejsca, w których pacjent odczuwał ból po odpowiednim ucisku przez lekarza. Obecnie punkty spustowe nie należą do kryterium diagnostycznego — każdy pacjent ma inną wrażliwość na dotyk i ból, są to odczucia bardzo subiektywne, dlatego nie powinny być brane pod uwagę w procesie diagnostycznym.

Fibromialgia — leczenie

Pacjenci w fibromialgią powinni być leczeni nie przez jednego lekarza, ale przez zespół specjalistów: reumatologa, psychologa i psychiatrę. Podstawą procesu terapeutycznego jest edukacja. Pacjent powinien wiedzieć, jakie są możliwości leczenia i jakie działania może podjąć, a jakich unikać, by złagodzić dokuczliwe objawy i zwiększyć komfort swojego życia.

Leczenie fibromialgii w dużym stopniu zależy od samego pacjenta. Potwierdzono badaniami, że regularna aktywność fizyczna o umiarkowanym natężeniu, podejmowana 2-3 razy w tygodniu przez 30-60 minut, przynosi znaczną poprawę. Równie ważna jest zdrowa dieta i higiena snu. Warto pamiętać, że narażenie na przewlekły stres i nadmierne zmęczenie mogą nasilać objawy choroby. Fibromialgia często idzie w parze z zaburzeniami depresyjno-lękowymi. Od 20% do nawet 80% chorych na fibromialgię cierpi także na depresję i doświadcza stanów lękowych. Ponadto, chorzy są też bardziej narażeni na wystąpienie choroby dwubiegunowej i zaburzeń osobowości.

Widać tutaj wyraźne sprzężenie zwrotne: ból i zaburzenia snu zwiększają ryzyko pojawienia się depresji i stanów lękowych, a te z kolei napędzają problemy ze snem i sprawiają, że ból jest bardziej dokuczliwy. Dlatego chorzy na fibromialgię często potrzebują wsparcia psychologa czy psychoterapeuty. Wysoką skuteczność ma psychoterapia poznawczo-behawioralna, która pomaga pacjen-



tom radzić sobie z bólem, lękiem, depresją i problemami ze snem.

W leczeniu fibromialgii stosuje się także leki, ale zaleca się je dopiero w przypadku, kiedy wyżej opisane metody nie pomagają. Najczęściej lekarz przepisuje takie leki, jakie stosuje się w leczenie depresji i stanów lękowych. Są to m.in. inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (np. duloksetyna, minacypran, wenlafaksyna) oraz trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, takie jak amitryptynina, pregabalina, gabapentyna, naltrekson. Stosowanie leków psychotropowych w leczeniu fibromialgii nie oznacza, że występujące dolegliwości wynikają z zaburzeń psychicznych. To przeprowadzone badania wykazały, że leki te są bardzo skuteczne w leczenie fibromialgii i spośród wszystkich leków zaleca się je w pierwszej kolejności. W przypadku silnych lub przewlekłych dolegliwości bólowych można także stosować leki przeciwbólowe zawierające substancje czynne, takie jak paracetamol czy tramadol. Natomiast nie zaleca się stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych, gdyż mogą one wywo-

łać wiele skutków ubocznych i nie wykazano ich skuteczności w leczeniu fibromialgii. Poza lekami przeciwdepresyjnymi i przeciwbólowymi wysoką skuteczność wykazują: koenzym Q10 i melatonina, które znacznie łagodzą objawy fibromialgii. Niektórzy pacjenci stosują też różne zioła, jednak na ten moment brak jest wystarczających dowodów na temat ich skuteczności w leczeniu fibromialgii.

Fibromialgia to choroba zmienna i bardzo nieprzewidywalna. Pacjenci mają lepsze i gorsze dni. Objawy fibromialgii nie są widoczne i wielu chorych czuje się nierozumiana przez bliskich, a nawet przez samych lekarzy. Objawy fibromialgii nie zawsze są specyficzne. W przypadku zaobserwowania u siebie jakichkolwiek niepokojących objawów, przewlekłego bólu i zmęczenia, należy zgłosić się do lekarza.

Piśmiennictwo:

Gajewski P. (red. prowadzący): Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2016/17. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.

Czy jest możliwe obniżenie poziomu kortyzolu?

Obniżenie kortyzolu to zadbanie o radzenie sobie z sytuacjami stresowymi. Nie będą to zatem gotowe recepty na obniżenie jego poziomu (choć czasami suplementacja może być przydatna jako środek pomocniczy), ale przede wszystkim zwrócenie uwagi na higienę życia codziennego.

Poznaliśmy już niebezpieczeństwa związane z nadmiernym poziomem kortyzolu i wpływem długotrwałego stresu na stan układu krwionośnego, kostnego, nerwowego czy odpornościowego. Zastanówmy się w takim razie, jak temu zapobiegać.

Zadbanie o stan emocji obniża kortyzol

Różne są przyczyny trudnych emocji, więc nie da się przedstawić tu konkretnej rady dla każdego. Czasem przyczyny są w nas i warto nad tym popracować samemu lub ze specjalistą. Bardzo ważne jest znalezienie w ciągu dnia takich chwil, które pomogą się nam wyciszyć. Może to być ulubione hobby, dobra książka lub film, kojąca muzyka. Wycisza także spacer, niezbyt wysiłkowy sport, zajęcia z jogi, medytacja. Metaanaliza podsumowująca wiele badań na ten temat wykazała znaczącą korzyść z medytacji dla ludzi narażonych na stresujące sytuacje życiowe. Bardzo ważny jest kontakt z drugim człowiekiem i budowanie dobrych relacji, wspólny śmiech. Jeśli trudno nam opanować swoją emocjonalność lub przeżywamy trudniejsze chwile, można zastanowić się nad wsparciem z różnych ziołowych preparatów.

Życie w zgodzie z naturalnym zegarem biologicznym obniża poziom kortyzolu

Naturalny cykl snu i czuwania reguluje m.in. uwalnianie hormonów w naszym organizmie. Niedostosowanie naszych działań do zegara biologicznego będzie skutkowało zaburzeniami zdrowotnymi, dlatego warto zadbać o regularność posiłków, właściwe pory wstawania i chodzenia spać, dobrą jakość i długość snu. Obniżenie kortyzolu będzie skuteczniejsze bez używek takich jak alkohol czy papierosy!

Regularne ćwiczenia pomagają obniżyć kortyzol

Wiele badań wskazuje na to, że ćwiczenia fizyczne pomagają w redukcji stresu i – co za tym idzie – obniżeniu poziomu kortyzolu. Ma tu jednak



znaczenie rodzaj ćwiczeń! Efekt ten wykazano dla ćwiczeń aerobowych o niskiej intensywności takich jak spacer, jazda na rowerze, pływanie, jazda na łyżwach i rolkach. Liczy się również regularność takiego wysiłku, warto ćwiczyć 5 razy w tygodniu. W badaniach wykazano także, że osoby o wyższej sprawności fizycznej mają zmniejszone wydzielanie kortyzolu podczas stresu psychospołecznego.

Obniżanie kortyzolu za pomocą masażu

W kilku badaniach odnotowano pozytywny wpływ masażu na obniżenie poziomu kortyzolu, podniesienie poziomu serotoniny i dopaminy. Poziom kortyzolu badany w ślinie obniżał się średnio o 31%. Ponadto badanie moczu wykazało wzrost poziomu serotoniny o 28% i dopaminy o 31%. Naukowcy sugerują więc, że masaż ma działanie łagodzące stres (obniża poziom kortyzo-



lu) oraz aktywujące dobry nastrój (poprzez wpływ na serotoninę i dopaminę).

Kontakt ze zwierzętami obniża poziom kortyzolu

Wszyscy czujemy, że szeroko pojęty kontakt z przyrodą łagodzi odpowiedź organizmu na stres. Naukowcy spróbowali pokazać to na mierzalnych wartościach, takich jak obniżenie kortyzolu. Badanie poziomu kortyzolu w ślinie studentów pokazało skuteczność interakcji człowieka ze zwierzętami w zmniejszaniu poziomu stresu. Okazało się, że godzinna zabawa z psem powodowała znaczne obniżenie poziomu kortyzolu.

Wpływ dotyku na obniżenie poziomu kortyzolu

Od dawna wiadomo, że dotyk jest taką interakcją międzyludzką, która pomaga wyciszyć napięcie i podnieść odporność organizmu na stres. Aby to sprawdzić, naukowcy skonstruowali „urządzenie komunikacyjne, które można przytulić”, czyli komunikator o wyglądzie i kształcie człowieka. Porównali dwie grupy: jedna rozmawiała z kimś bliskim przez telefon komórkowy, a druga poprzez nowy komunikator. Okazało się, że wystąpiło znaczne obniżenie poziomu kortyzolu u osób korzystających z maszyny do przytulania.

Wpływ diety na obniżenie poziomu kortyzolu

Zdrowa, nieprzetworzona i dobrze zbilansowana dieta na pewno będzie nam służyć. Mocny i do-

brze odżywiony organizm na pewno będzie sobie lepiej radził w sytuacjach stresowych, co wpłynie także na zrównoważenie poziomu kortyzolu. Głodówka jest dla organizmu stresorem, a na hipoglikemię organizm reaguje wzrostem wydzielania kortyzolu. Aby więc do tego nie doprowadzać, warto pamiętać o regularności posiłków, co obniża poziom kortyzolu. O prawidłowym dostarczeniu węglowodanów powinni pamiętać szczególnie sportowcy, co wykazano w badaniach – dostarczanie im podczas treningu roztworu cukru powodowało obniżenie poziomu kortyzolu powysiłkowego.

Białka w diecie są źródłem bardzo ważnych dla organizmu aminokwasów. Badania na sportowcach pokazały, że suplementacja jednego z nich, czyli tryptofanu, który jest prekursorem serotoniny, może wpłynąć na obniżenie poziomu kortyzolu indukowanego wysiłkiem fizycznym. Betaina to pochodna aminokwasu glicyny – trimetyloglicyna. Okazało się, że suplementacja betainą badanych sportowców obniża poziom kortyzolu. Ponadto, nastąpił wzrost ilości hormonu wzrostu i insulinopodobnego czynnika wzrostu IGF-1 w stosunku do grupy placebo, co przekłada się na większą syntezę białek w organizmie – efekt anaboliczny. Badacze z Japonii sprawdzili, czy suplementacja aminokwasem L-ornityną wpłynie pozytywnie na ich stres i poczucie zmęczenia. Po 8 tygodniach pacjenci z grupy leczonej mieli zmniejszony stres i poprawiła się u nich jakość

snu. Okazało się także, że L-ornityna obniża poziom kortyzolu oraz obniża stosunek kortyzol/DHEA (dehydroepiandrosteronu). To niezwykle ważny hormon produkowany przez korę nadnerczy. Ma on za zadanie stymulować produkcję testosteronu i estrogenów, czyli hormonów płciowych, ale też bardzo korzystnie wpływa na kondycję fizyczną i intelektualną. Wysoki poziom DHEA to oznaka młodości. GABA, czyli kwas γ aminomasłowy, ma działanie hamujące na wydzielanie kortykoliberyny (CRH) w podwzgórzu, dzięki czemu obniża poziom kortyzolu. Działa on przez receptory, które – jak się okazuje – może również stymulować aminokwas tauryna. GABA znajdziemy w pokarmach takich jak fermentowane produkty mleczne oraz kielki jęczmienia, fasoli i brązowego ryżu. W organizmie jest on wytwarzany z aminokwasu glutaminy przy obecności witaminy B6. Warto też wspomnieć, że substancje takie jak lit, witamina B6, witamina B12 i kwas foliowy przyspieszają czynność układu GABAergicznego.

Dieta bogata w fosfolipidy, takie jak fosfatydyloseryna i kwas fosfatydowy, może wpływać na poziom kortyzolu. Kortyzol powysiłkowy został obniżony u sportowców, którzy suplementowali kompleks tych związków. Fosfatydyloserynę znajdziemy w żółtkach jaj.

Zielona herbata zawiera 3-galusan epigallokatechiny, która hamuje enzym niezbędny do przemiany kortyzonu w kortyzol. Efektem jest mniejsza produkcja tego aktywnego związku. Czarna herbata, która w procesie fermentacji wzbogaciła

się w teaflawinę, została zbadana na młodych sportowcach. Okazało się, że interwencja ta wpłynęła na obniżenie kortyzolu wydzielanego po mocnym treningu interwałowym. Poprawiła się także regeneracja i zmniejszył stres oksydacyjny uczestników badania. Zawarta w nasionach kawy kofeina podnosi poziom kortyzolu. Wzrost ten jest mniejszy, gdy kawa jest spożywana z węglowodanami. Mechanizm tego działania nie jest do końca poznany. Dotyczy to jednak czarnej kawy. W badaniu porównawczym kawy czarnej i kawy zielonej okazało się, że ta ostatnia obniża poziom kortyzolu wolnego mierzonego w moczu badanych.

Piśmiennictwo:

- Koncz A., Demetrovics Z., Takacs Z. T.: Meditation interventions efficiently reduce cortisol levels of at-risk samples: a meta-analysis. *Health Psychology Review* 2021.
- Hill E.E., Zack E., Battaglini C., Viru M., Viru A., Hackney A.C.: Exercise and circulating cortisol levels: the intensity threshold effect. *Journal of Endocrinological Investigation* 2008.
- Wood C.J., Clow A., Hucklebridge F., Law R., Smyth N.: Physical fitness and prior physical activity are both associated with less cortisol secretion during psychosocial stress. *Anxiety, Stress and Coping* 2018.
- Jimenes A.G., Calderaro L., Clark S., Elacqua D., Hazen E., Lam V., Leightheiser G.S.: Can dogs serve as stress mediators to decrease salivary cortisol levels in a population of liberal arts college undergraduate students? *Explore (NY)* 2023.
- Stachowicz M., Lebidzińska A.: The effect of diet components on the level of cortisol. *European Food Research And Technology* 2016.



Nieprawidłowości w leczeniu osób starszych

Okres starości według ŚOZ ma następujące etapy: od 60-75. r. ż. – wiek podeszły (tzw. wczesna starość), od 75-90. r. ż. – wiek starczy (tzw. późna starość), 90. r. ż. i więcej – wiek sędziwy (tzw. długowieczność). Osoby w wieku podeszłym są w dużej mierze tą grupą pacjentów, którzy doświadczają chorób przewlekłych.

Choroby przewlekłe wg ŚOZ to takie, które posiadają jedną z poniższych cech: są długotrwałe, mogą wiązać się z częściową niepełnosprawnością chorego, często w ich przebiegu dochodzi do nieodwracalnych zmian patologicznych, chorzy wymagają specjalnej edukacji, rehabilitacji oraz wieloletniej obserwacji, opieki i nadzoru. Odpowiedź na leczenie jest ważnym, jeśli nie jednym z najważniejszych aspektów procesu terapeutycznego chorób przewlekłych. Nieprzestrzeganie zasad terapii długoterminowej niesie za sobą zwiększoną częstość hospitalizacji, a co za tym idzie – zwiększone obciążenie finansowe ochrony zdrowia.

Ze względu na to, że wciąż nie mamy w języku polskim odpowiedniego określenia dla działań sprzyjających prawidłowemu przestrzeganiu zasad terapii długoterminowej, używamy często angielskiego słowa *adherence* w celu opisu dwóch zjawisk – stopnia stosowania się do zaleceń lekarskich: *compliance* oraz czasu, w którym terapia jest prowadzona: *persistence*. A dla nieprzestrzegania zasad długoterminowej terapii sto-

suje się termin *poor adherence* lub *non-adherence*. Najczęściej wykorzystywanym i używanym wykładnikiem stosowania się do wskazań i zaleceń lekarskich *compliance* jest wskaźnik MPR (Medication Possession Ratio), czyli stosunek liczby dawek leku przyjętych przez pacjenta w danym okresie do zalecanej przez lekarza liczby dawek. Zaś miarą ciągłości (*persistence*) – jest procent pacjentów pozostających w terapii w zaleconym okresie czasu (bez przerw dłuższych niż 30 dni).

Przyczyna różnej skuteczności terapii u pacjentów z chorobami przewlekłymi może znajdować się po stronie pacjenta, lekarza lub wynikać z samej istoty choroby. Powodzenie leczenia zależy od wielu czynników, ale w szczególności od efektywności działania leków oraz przestrzegania zasad terapii, cech osobowościowych pacjenta (indywidualnych, a także warunków socjoekonomicznych, organizacji i dostępności ochrony zdrowia), charakterystyki samej choroby przewlekłej i sposobu jej leczenia. Tak więc wśród czynników determinujących *adherence* są: charakter

samej choroby, czas trwania leczenia, efekty uboczne leków, koszty leczenia, niezaprzeczalnie właściwa relacja lekarz-pacjent, pielęgniarka/opiekun-pacjent oraz warunki socjoekonomiczne, a także odpowiednie monitorowanie terapii. W literaturze istnieje wiele dowodów na to, że pacjenci z chorobami przewlekłymi (w tym osoby starsze) mają trudności w realizacji terapii, co daje gorsze wyniki leczenia, a tym samym gorszą kontrolę choroby. Problemy z przestrzeganiem terapii pojawiają się wszędzie tam, gdzie wymagana jest określona samokontrola choroby, bez względu na charakter procesu chorobowego, jego przewlekłość czy dostępność opieki zdrowotnej. Ta samokontrola jest bardziej upośledzona u osób starszych, często dotkniętych wieloma chorobami przewlekłymi, ze znacznym stopniem niepełnosprawności psychoruchowej (pogorszenie funkcji poznawczych, ruchowych, majaczenie, depresja).

Przestrzeganie zasad długoterminowej terapii (adherence) przez osoby starsze zależy od wielu czynników, w szczególności od właściwej relacji pacjent – lekarz, motywowania pacjenta do stosowania terapii, ale także od stosowania kontroli przestrzegania zaleceń, prostoty schematu i monitorowania leczenia, jak najmniejszej ilości objawów niepożądanych, a co za tym idzie – większego zadowolenia z terapii. Według danych ŚOZ z 2003 r. aż 50% pacjentów z chorobami przewlekłymi przerywa leczenie, a co piąty (20%) w ogóle nie realizuje recept, co potwierdzają liczne badania kliniczne, dotyczące przestrzegania zasad terapii długoterminowej w chorobach przewlekłych. Jest to wynikiem skomplikowanego dawkowania leków, ich tolerancji, a także w przypadku niektórych chorób braku objawów klinicznych (przebieg asymptomatyczny choroby, jak to ma miejsce w przypadku osteoporozy), co powoduje niski poziom postrzeganego zagrożenia zdrowia i nie motywuje chorego do kontynuacji terapii. Doprowadza to do niewłaściwej kontroli choroby, pogorszenia stanu zdrowia pacjenta z powodu zaostrożenia choroby podstawowej z jej możliwymi powikłaniami, pogorszenia jakości życia, zwiększa śmiertelność, liczbę dodatkowych hospitalizacji, a ochronę zdrowia obciąża dodatkowymi kosztami.

Niepowodzenie w leczeniu chorób przewlekłych z powodu nieprzestrzegania zalecanej terapii dotyczy zarówno krajów rozwijających się, jak i bardzo bogatych – z dobrze funkcjonującym systemem ochrony zdrowia. W krajach rozwijających

się jest to bardziej nasilone, co wynika m.in. z gorszej dostępności do ochrony zdrowotnej, ubóstwa społeczeństwa itp. W Chinach, Gambii i na Seszelach tylko odpowiednio 43, 27 i 26% chorych z nadciśnieniem tętniczym stosuje się do zalecanej przez lekarza terapii. W krajach dobrze rozwiniętych, jak np. USA, równie mało, bo tylko 51% (2,18). W USA, Wielkiej Brytanii i Wenezueli prawidłową kontrolę ciśnienia tętniczego krwi u osób leczonych z powodu nadciśnienia miało odpowiednio 30, 7 i 4,5%. Podobnie niepokojące są dane dotyczące pacjentów leczących się z powodu depresji: 40-70% chorych akceptuje i przestrzega leczenia; astmy oskrzelowej – regularnie przepisane leki zażywa tylko 43%. Poor adherence/non-adherence, jest główną przyczyną uniemożliwiającą pacjentowi osiągnięcie pełnych korzyści z leczenia. To z kolei powoduje komplikacje medyczne, obniża w znacznym stopniu jakość życia, może powodować nasilenie rozwoju oporności na stosowane leczenie i obciąża kosztami system ochrony zdrowia.

Do nieprawidłowości w leczeniu osób starszych, którym należy zapobiegać zalicza się:

- **polipragmazję** – stosowanie większej liczby środków leczniczych niż jest to wskazane klinicznie, co prowadzi do nadmiernego podawania leków; to zażywanie pięciu i więcej leków (polipragmazja mała) lub dziesięciu i więcej (polipragmazja duża). Politerapia stosowana w przypadku wielochorobowości może być korzystna, jeżeli skojarzone leki wykazują działanie terapeutyczne i nie nasilają działań niepożądanych. W przypadku polipragmazji często jednak stosowane łącznie leki nie poprawiają efektów terapii, zwiększają natomiast wzajemne ryzyko działań niepożądanych, prowadzą niekiedy do zmiany lub zniesienia działania farmakologicznego. Wśród przyczyn polipragmazji wymienia się: choroby przewlekłe (cukrzyca, nadciśnienie, depresja, choroba zwyrodnieniowa stawów), brak koordynacji opieki medycznej w przypadku wielospecjalistycznego leczenia, samoleczenie chorych.
- **nieodpowiednie stosowanie leków** – to przepisywanie preparatów, których przyjmowanie niesie większe ryzyko niż potencjalne korzyści. To leczenie niezgodne z obowiązującymi standardami farmakoterapii, dotyczącymi: dawkowania, czasu leczenia, ponawiania terapii lub problemów z interakcjami lekowymi.

- **farmakoterapię zbędną** – podawanie leków, dla których aktualnie nie ma wskazań. Jest ona najczęściej elementem bezrefleksyjnej kontynuacji leczenia, które nie uwzględnia zmieniającego się stanu klinicznego pacjenta. W praktyce dotyczy to takich leków, jak np.: inhibitory pompy protonowej, piracetam, leki przeciwhistaminowe, sole potasu.
- **farmakoterapię jatrogenizacyjną** – kiedy preparaty podawane są mimo obecności przeciwwskazań lub ograniczeń w ich stosowaniu;. Dotyczy ona także sytuacji, gdy jednocześnie stosowane są leki, które zwiększają ryzyko powikłań w mechanizmie sumowania działań niepożądanych. Występuje również, gdy zastosowana farmakoterapia indukuje interakcje lek-choroba. Najczęściej dotyczy to: dłuższego niż 8 tygodni podawania benzodiazepin; przyjmowania przez osoby z otępieniem leków, takich jak zolpidem, zopiklon, zaleplon; nieprawidłowego dawkowania haloperydolu; stosowania leków o ośrodkowym działaniu antycholinergicznym u osób w starszym wieku (pogorszenie pamięci, koncentracji uwagi, mającenie aż do śpiączki włącznie; tachykardia zwiększająca ryzyko zaostrzenia niewydolności serca; zaburzenie widzenia i upadki; zmniejszenie wydzielania śliny, utrudniające przyjmowanie posiłków; suchość dróg oddechowych z utrudnianiem oczyszczania drzewa oskrzelowego; zaburzenia wydzielania potu; zaparcia wymagające środków przeczyszczających; trudności w oddawaniu moczu, prowadzące do jego zatrzymania).
- **niedostateczne stosowanie leków** – dyskryminacja ze względu na wiek przy kwalifikacji do określonych terapii lekowych, np. przeciwnowotworowych, zaniechanie leczenia przeciwdepresyjnego, przeciwbólowego czy rzadkie zlecenie leków opioidowych u osób starszych, przebywających w instytucjach opieki długoterminowej.
- **kaskadę przepisywania** – wynika z błędnego zakwalifikowania polekowego działania niepo-

żądanego jako nowego problemu medycznego wymagającego farmakoterapii. W efekcie wzrasta liczba stosowanych leków oraz objawów niepożądanych i ryzyko interakcji lekowych. Do często obserwowanych kaskad lekowych należą:

- pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego przy stosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych z koniecznością intensyfikacji leczenia hipotensyjnego;
- podwyższenie stężenia kwasu moczowego przy leczeniu diuretykami i włączanie leczenia obniżającego jego poziom;
- parkinsonizm polekowy po neuroleptykach, flunaryzynie, cynaryzynie, metoklopramidzie, z następczym leczeniem lewodopą;
- suchy kaszel po inhibitorach konwertazy angiotensyny jako powód nieuzasadnionej antybiotykoterapii;
- obrzęki po blokerach kanału wapniowego leczone diuretykami;
- zaparcia polekowe (po zastosowaniu np. opioidów, blokerów kanałów wapniowych) leczone środkami przeczyszczającymi, które mogą prowadzić do zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.
- zespoły jatrogenne – szkodliwy efekt procedur diagnostycznych lub terapeutycznych, np. leków, operacji; wiek stanowi istotny czynnik ryzyka tego typu powikłań ze względu na wyższą częstotliwość schorzeń, stosowane przewlekle leki, zmiany w farmakokinetyce i farmakodynamice leków, wyższe narażenie na konieczność procedur inwazyjnych.
- brak współpracy przy leczeniu.

Piśmiennictwo:

Wąsowski M.: Przestrzeganie zasad leczenia – czy jest problemem u osób w wieku podeszłym? Postępy Nauk Medycznych 2011, 5: 446-452.

Szczerbińska K., Puto G. (red.): Opieka długoterminowa w geriatric. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023.



Interakcje między lekami, leków z chorobą, z posiłkiem i suplementami u osób starszych

Ze względu na powszechną wśród osób starszych wielochorobowość, często jest konieczne stosowanie politerapii, która nawet jeżeli nie ma charakteru polipragmazji, zwiększa ryzyko interakcji lekowych.

Interakcje między lekami

Polekowe działanie niepożądane podczas równoczesnego zastosowania u chorego dwu lub więcej preparatów, może polegać na: osłabieniu lub nasileniu działania leku, pojawieniu się objawów toksycznych oraz wystąpieniu jakościowo odmiennego od spodziewanego efektu farmakologicznego. Ryzyko interakcji jest szczególnie duże u chorych niedożywionych oraz z niewydolnością nerek.

Interakcje lek-lek, których należy unikać u osób starszych

- Analgetyki opioidowe: morfina, fentanyl, oksykodon i benzodiazepiny – ryzyko depresji oddechowej i poopiodowe zaburzenia funkcji jelit.
- Analgetyki opioidowe i pregabalina, gabapentyna – nadmierna sedacja, depresja ośrodka oddechowego, ryzyko zgonu.
- ACEI-inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę/ARB-blokery receptora angiotensyny/IR-inhibitory reniny/AA-antagoniści aldosteronu, diuretyki oszczędzające i ACEI/ARB/IR/AA, diuretyki oszczędzające potas – hiperkaliemia.

- Alfa 1-blokery i diuretyki pętlowe – nietrzymanie moczu u kobiet.
- Fenytoina i trimetoprim-sulfametoksazol – toksyczność fenytoiny.
- Glikokortykosteroidy i NLPZ – choroba wrzodowa żołądka, krwawienie z przewodu pokarmowego.
- Leki działające na OUN (antydepresyjne: TCA-trójęcykliczne leki przeciwdepresyjne, SNRI-inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny-norepinefryny, SSRI-selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny; antypsychotyczne; przeciwdrgawkowe; benzodiazepiny, opioidy; niebenzodiazepinowe leki nasenne i trzy lub więcej grup leków działających na OUN – ryzyko upadków, złamań, zespołu serotoninowego.
- Teofilina i ciprofloksacyna, moksyflokscyna

– toksyczność teofiliny.

- Warfaryna i amiodaron, ciprofloksacyna, makrolidy (klarytromycyna, azytromycyna), paracetamol – ryzyko krwawienia.

Interakcje leków z chorobą u osób starszych

W wyniku zastosowanego leczenia jednej choroby, może dojść do wystąpienia lub zaostrzenia objawów innego schorzenia, jednocześnie stwierdzanego u pacjenta. Do znanych zaburzeń tego typu należy np. pogorszenie wyrównania parametrów metabolicznych: glikemii, lipidemii) u chorych kardiologicznych, leczonych diuretykami lub beta-blokerami. U pacjentów w starszym wieku, w wyniku interakcji lek-choroba, może wystąpić szereg zespołów geriatrycznych, a w konsekwencji pogorszenie sprawności funkcjonalnej.

Przykłady interakcji lek-choroba o istotnym znaczeniu klinicznym u osób starszych – powikłania chorobowe, ich wystąpienie lub zaostrzenie

- Inhibitory acetylocholino: bradykardia – omdlenie; nietrzymanie moczu, pęcherz nagłący.
- Alfa 1-blokery: hipotonia ortostatyczna – omdlenie, upadek; nietrzymanie moczu wysiłkowe.
- Leki przeciwpsychotyczne, np. pochodne fenotiazyny: otępienie; pogorszenie funkcji poznawczych; zaburzenia widzenia – upadki, złamania; parkinsonizm.
- Leki spazmolityczne: zaparcia.
- Aspiryna w dawkach przeciwpłytkowych: choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy.
- NLPZ: choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy; nadciśnienie tętnicze, niewydolność nerek; niewydolność serca.
- Benzodiazepiny/niebenzodiazepinowe leki nasenne (zopiklon, zolpidem): otępienie, zaburzenia funkcji poznawczych, majaczenie; relaksacja mięśni – upadki, złamania.
- Antagoniści wapnia: niewydolność serca z obniżoną funkcją skurczową; zaparcia; pogorszenie funkcji filtracyjnej nerek.
- Kortykosteroidy: majaczenie.
- Blokery receptora H₂: otępienie, zaburzenia funkcji poznawczych, majaczenie.
- Metoclopramid: nie stosować dłużej jak 5 dni; dyskinezy; parkinsonizm.

- SSRI: upadki, złamania.

- Trócykliczne leki antydepresyjne (amitryptylina, doksepina): majaczenie; upadki, złamania; zaparcia.

Interakcje leków z posiłkiem i suplementami

Niekiedy przy podawaniu leków drogą doustną dochodzi do interakcji leków z posiłkami, co może wpływać na biodostępność leków, a tym samym ich skuteczność i bezpieczeństwo stosowania. Podawanie leków powinno być dostosowane do pory lub rodzaju posiłku. Dla przykładu: 1) niezależnie od posiłku można przyjmować – lorazepam, ranitydynę; 2) przed posiłkiem – omeprazol, lewodopę, glipizyd; 3) z posiłkiem bogatobiałkowym – gabapentynę, furazydynę; 4) w trakcie posiłku – spironolakton, ciprofloksacynę; 5) w trakcie posiłku lub po nim – metforminę; 6) między posiłkami – lewodropropizynę; 7) 30 minut przed posiłkiem lub 3 godziny po ostatnim posiłku – lewotyroksynę; 8) 1 godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku – metronidazol; 9) 2 godziny przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku – diazepam.

Wchodzące w skład suplementów diety substancje pochodzenia roślinnego mogą indukować działania niepożądane i zwiększać ryzyko niekorzystnych interakcji ze stosowanymi lekami. Nie należy ich stosować u osób przebywających w zakładach opieki długoterminowej. Dla przykładu:

- Suplementy zawierające wyciąg z jeżówki purpurowej przyjmowane łącznie z NLPZ mogą zwiększać ryzyko krwawienia, a zażywane z paracetamolem – ryzyko uszkodzenia wątroby
- Suplementy zawierające senes, jarmużkę, chrząstkę rekina lub wyciąg z owoców noni mogą być przyczyną bezobjawowego zwiększenia aktywności aminotransferaz lub jawnego uszkodzenia wątroby
- Suplementy zawierające żeń-szeń – zmniejszają skuteczność leków hipotensyjnych, moczopędnych, powodują wzrost ciśnienia krwi, pojawiają się obrzęki obwodowych, nasilają działanie leków przeciwzakrzepowych – zwiększając ryzyko krwawień oraz leków przeciwcukrzycowych, potęgując ryzyko hipoglikemii
- Suplementy zawierające miłorząb japoński



pexels.com

(Ginkgo biloba), reklamowane na poprawę pamięci, wykazują efekt przeciwpłytkowy i w połączeniu z lekami przeciwpłytkowymi, doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi zwiększają znacząco ryzyko krwawienia, osłabiają działanie leków odwadniających, nasilają efekt blokerów kanałów wapniowych, co u osób z nadciśnieniem utrudnia jego kontrolę

- Suplementy zawierające kwasy tłuszczowe omega-3 u osób przyjmujących leki zmniejszające krzepliwość krwi i aspirynę mogą zwiększać ryzyko krwawienia
- Suplementy zawierające wyciąg z dziurawca zmniejszają skuteczność wielu leków stosowanych łącznie, ponieważ przyspieszają metabolizm wątrobowy wielu substancji leczniczych

Należy pamiętać, że można przedawkować także witaminy, zwłaszcza rozpuszczalne w tłuszczach

(A, D, E, K). Przedawkowanie witaminy A może spowodować uszkodzenie wątroby, przedawkowanie witaminy E jest niebezpieczne dla osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Suplementowanie witaminy K może utrudniać uzyskanie terapeutycznych wartości wskaźnika INR u osób leczonych preparatami przeciwzakrzepowymi. Przedawkowanie witaminy D może grozić: apatią, dezorientacją, zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi (nawracającymi wymiotami, zaparciami, bólem brzucha, biegunką), wzmożonym pragnieniem, wielomoczem i częstym oddawaniem moczu, zwłaszcza w nocy.

Piśmiennictwo:

Szczerbińska K., Puto G. (red.): Opieka długoterminowa w geriatric. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023.



Podawanie leków przez zgłębniki dożołądkowe, dojelitowe

Poprzez zgłębniki/sondy enteralne, gastrostomię, jejunostomię, oprócz podaży diety, można również podawać leki stosowane do podaży doustnej – należy wówczas wziąć pod uwagę czynniki wpływające na bezpieczeństwo, jak i skuteczność prowadzonej farmakoterapii.

Częsty problem spotykany w oddziałach szpitalnych czy opiece długoterminowej domowej, to konieczność rozkruszenia (dekompozycji) podawanych leków. Lekarze ordynujący leki, a także personel pielęgniarski, opiekunowie formalni i nieformalni podający preparaty, muszą stosować się bezwzględnie do zasad umożliwiających podanie leków poprzez zgłębniki w sposób bezpieczny i skuteczny. Podstawową zasadą jest wybór leku, a dokładnie jego postaci czy też drogi podania. Zawsze preferowane będą leki, których droga podania jest inna niż droga przewodu pokarmowego, np. podaż pozajelitowa, transdermalna, doodbytnicza czy podanie zewnętrzne na skórę. Niestety, liczba leków, które mogą być podawane drogą transdermalną, jest ograniczona. Dla pacjenta żywnego poprzez zgłębnik lub przetokę nieodpowiednie jest zastosowanie leków podjęzykowych oraz form ulegających rozpadowi w jamie ustnej, ponieważ chory może być nieprzytomny lub niezdolny do kontrolowanego utrzymania takiej ta-

bletki w jamie ustnej, a także osoba taka może mieć uraz jamy ustnej, wysuszoną jamę ustną lub nadmiernie wydzielać ślinę, jak i wymiotować. Wszystkie te stany doprowadzają do zmniejszonej skuteczności takich form leków (uniemożliwione wchłanianie substancji czynnej z tabletek), jak i mogą doprowadzić do sytuacji niebezpiecznych (np. możliwość zachłyśnięcia). Podawanie leków drogą doodbytniczą może być niepożądane lub niekomfortowe dla pacjentów. Pozajelitowa podaż leków jest często wykorzystywaną alternatywą, ale wiąże się ona z zwiększeniem kosztów leczenia, bolesnością dla pacjenta oraz wymaga udziału personelu posiadającego umiejętności wykonywania iniekcji lub infuzji. Stosowanie wlewów dożylnych zwiększa natomiast ryzyko powikłań oraz potencjalnych zakażeń. Jeśli dany lek nie może zostać zastąpiony takim, który może być podany inną drogą niż doustną, należy w pierwszej kolejności stosować leki, które występują w formie płynnej. Preferowane są zawiesiny oraz płyny,

natomiast syropy, ze względu na dużą lepkość, osmolarność i często dużą zawartość sorbitolu, mogą przyczyniać się do zatykania zgłębników oraz możliwości występowania biegunek wśród chorych. Aby zapobiegać tym efektom niepożądanym, należy zawsze rozcieńczać lek płynny przed podażą minimum 10-30 ml sterylnej wody, jeśli lek jest bardzo silnie hiperosmotyczny często wykorzystuje się jeszcze większą ilość rozpuszczalnika. W ten sposób zmniejsza się osmolarność leków i zwiększa się jego tolerancję. Nie wolno podawać przez sztuczne dostępy leków w formie iniekcji/infuzji. Leki te są często dostępne w formie koncentratów, jednak ich wchłanianie, dostępność, a także dawkowanie nie są dostosowane do podaży drogą przewodu pokarmowego. Leki stałe w formie tabletek i kapsułek także mogą być podawane przez zgłębniki, jednak preparaty takie muszą zostać wcześniej odpowiednio przygotowane. Tabletki należy rozkruszyć oraz rozdrobnić w moździerzu na drobny proszek, następnie proszek ten należy wymieszać z rozpuszczalnikiem (wodą) i w formie płynnej *ex tempore* podawać przez zgłębnik choremu. Rozkruszone formy leku będą miały gorzki smak, ale przy podaży poprzez zgłębniki/sondy nie jest to istotna cecha. Podobnie postępuje się z kapsułkami, które należy otworzyć i występującą już w nich rozdrobnioną substancję leczniczą od razu zawiesić w wodzie bez rozdrabniania i następnie podawać choremu. Niestety nie każdą doustną formę leku można poddać procesowi kruszenia, dlatego personel podający i zlecający leki powinien wykazywać się odpowiednią wiedzą na temat możliwości defragmentacji preparatów, a w razie wątpliwości zwrócić się do farmaceuty po merytoryczną pomoc w wyborze odpowiedniej formy leku.

Zabronione jest kruszenie/dekompozycja:

- tabletek podjęzykowych, tabletek dopoliczkowych – nie są one przystosowane do wchłaniania w przewodzie pokarmowym i ich rozkruszenie i podanie przez zgłębnik spowoduje ich zmniejszone wchłanianie i brak skuteczności leczenia;
- tabletek dożołądkowych – rozkruszenie sprawi, że lek szybciej przechodzi z żołądka do jelita i nie ulega wchłonięciu w żołądku. Spowoduje to brak występowania efektu terapeutycznego leku;
- tabletek dojelitowych o opóźnionym uwalnianiu (EN, EC), ponieważ zawierają one otoczkę,

która chroni substancję leczniczą przed uwolnieniem i wchłanianiem w żołądku. Jeśli taką tabletkę podda się procesowi kruszenia, otoczka zostanie zniszczona, a lek będzie ulegał wchłanianiu już w żołądku, pojawią się także działania niepożądane leku, a leczenie może okazać się nie być skuteczne. Fragmenty otoczki tabletki dojelitowej mogą także ulec sklejeniu i zatkać światło zgłębnika;

- tabletek o pulsacyjnym uwalnianiu;
- tabletek o przyspieszonym uwalnianiu (IR);
- tabletek o kontrolowanym/przedłużonym uwalnianiu (XR, XL, ER, SR, SL, MR, CR, ZOK, prolongatum, retard, long, depod), granulatów/peletek dojelitowych, granulatu/peletek o przedłużonym uwalnianiu.

Odmiennej podejścia wymaga podawanie leków w postaci kapsułek. Zawartość kapsułek o kontrolowanym/przedłużonym uwalnianiu (granulaty/peletki) może być podawana poprzez sondy, ale nie wolno ich kruszyć. Zniszczenie otoczki tabletki, która zapewnia zmienione uwalnianie sprawia, że potencjalnie cała dawka leku ulegnie wchłonięciu natychmiast, a nie w określonym przedziale czasowym, stwarza to ryzyko stosowania dawek toksycznych. Po otwarciu kapsułki preparat powinien być przeniesiony z jej wnętrza do strzykawki, a dalsze postępowanie zależy od postaci substancji leczniczej:

- proszek – należy zawiesić w wodzie do wstrzykiwań i podać pacjentowi;
- granulaty/peletki – należy rozmieszać w wodzie do wstrzykiwań o temperaturze pokojowej i podać pacjentowi, strzykawkę przepłukać niewielką ilością wody do wstrzykiwań i jej zawartość również podać pacjentowi;
- granulaty/peletki dojelitowe – należy wymieszać z 10 ml 0,9% NaCl i podać pacjentowi, strzykawkę przepłukać niewielką ilością 0,9% NaCl i jej zawartość również podać pacjentowi;
- postać płynna – należy pobrać strzykawką całą zawartość kapsułki, rozcieńczyć ją w 10 ml wody do wstrzykiwań i podać pacjentowi, strzykawkę przepłukać niewielką ilością wody do wstrzykiwań i jej zawartość również podać pacjentowi.

Podstawowe zasady podaży leków

Zawsze przed i po podaniu leków należy zrobić minimum 30 minutową przerwę w podawaniu die-



ty, nie wolno dodawać leków do diet. Dodatek leków do diet wykazuje się brakiem możliwości zapewnienia stabilności leku, uniemożliwia określenie stopnia wchłaniania leku, a także w przypadku zastopowania podaży diety z lekiem nie będzie znana podana całkowita dawka leku. Wszystkie te powody świadczą o braku bezpieczeństwa farmakoterapii. Aby podaż leków była bezpieczna i skuteczna, należy podawać je oddzielnie wobec diet dojelitowych. Niektóre składniki diet w kontakcie z lekami mogą powodować niezgodności i tworzyć nierozpuszczalne kompleksy, mogące zatkać światło zgłębnika, dlatego zawsze po podaży leków należy sztuczny dostęp przepłukać przed rozpoczęciem żywienia. Dodatkowo, przepłukanie zgłębnika po każdej podaży leku zmniejsza ryzyko osadzania się leku w świetle zgłębnika i zwiększa jego transmisję do miejsca wchłaniania, a osoba podająca ma pewność, że cała zaordynowana dawka leku została pacjentowi dostarczona. Jeżeli podawane są preparaty mogące wchodzić w interakcję z składnikami diety, należy przerwać podaż diety minimum 1 godzinę przed podaniem leku i minimum 2 godziny po podaniu (np. fluorochinolony, karbamezapina). Jeśli zasady tej nie można wdrożyć, należy zmienić drogę podania lub postać leku na inną np. parenteralną, doodbytniczą, transdermalną. W przypadku podawania wielu leków nie można podawać ich jednocześnie, należy zachować odstęp czasowy. Nie wolno kruszyć i zawieszać w jednym rozpuszczalniku kilku leków (każdy podawa-

ny jest osobno) i nie należy łączyć ze sobą kilku płynnych postaci leku, takie działanie nie zapewnia stabilności leków i skuteczności leczenia. Przed podaniem stałych postaci leków doustnych należy przeanalizować, czy dany produkt może zostać rozdrobniony przed użyciem i uzgodnić sposób jego przygotowania i podawania. Po 30 minutach od zakończonej podaży leków można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

Przygotowanie poszczególnych postaci leków do podaży poprzez zgłębniki

Aby zapewnić bezpieczną i skuteczną farmakoterapię poprzez zgłębniki, istotne jest prawidłowe przygotowanie leku do podania. Sposób przygotowania leku zależy od jego postaci, a także od lokalizacji sztucznego dostępu. Ważne jest również, aby nie podawać leków płynnych (syropy, zawiesiny) bez dodatkowego rozcieńczenia, gdyż mają one dużą osmolarność i mogą wywoływać biegunki. Stałe postaci leku nie mogą zawierać dużych fragmentów, aby nie doszło do zatkania zgłębnika. Jeśli lek może zostać rozdrobniony w młynku, wymagane jest, aby był rozkruszony na proszek. Poniżej scharakteryzowano sposób przygotowania każdej postaci leku stosowanej poprzez zgłębniki.

Tabletki:

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.

- 2) Sztuczny dostęp należy przepłukać 10-30 ml wody destylowanej.
- 3) Tabletkę, która może zostać poddana rozkruszeniu, rozkruszyć w moździerz na proszek. Wlać kilka mililitrów wody destylowanej, aż do uzyskania konsystencji pasty.
- 4) Dolać około 15 ml wody i mieszać w celu uzyskania zawiesiny. Jeżeli jest ona zbyt gęsta, można dodać kolejną porcję wody.
- 5) Uzyskaną zawiesinę przenieść do strzykawki o dużej objętości. Używać należy strzykawek dedykowanych do podawania doustnego/enteralnego.
- 6) Przed podaniem leku pacjentowi strzykawkę dokładnie wytrząsnąć w celu uzyskania równomiernego rozproszenia. Zawiesinę podawać przez zgłębnik.
- 7) Moździerz i strzykawkę przepłukać 10 ml wody, a następnie podać choremu.
- 8) 10-30 ml wody przepłukać sztuczny dostęp, aby zapewnić podaż całej dawki choremu.
- 9) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

Kapsułki:

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.
- 2) Sztuczny dostęp odżywczy przepłukać 10-30 ml wody destylowanej.
- 3) Kapsułkę należy otworzyć. Gdy zawiera ona drobny proszek, należy zawiesić go w wodzie. Jeśli w kapsułce znajduje się granulata, należy go rozkruszyć w moździerz na drobny proszek. Trzeba także zwrócić uwagę, czy nie jest to kapsułka dojelitowa.
- 4) Do proszku w moździerz dolać 10 ml wody destylowanej. Całość mieszać do uzyskania zawiesiny. Jeżeli zawiesina jest zbyt gęsta, należy dodać kolejną porcję wody.
- 5) Uzyskaną zawiesinę przenieść do strzykawki o dużej objętości. Używać należy strzykawek dedykowanych do podawania doustnego/enteralnego.
- 6) Przed podaniem leku pacjentowi strzykawkę dokładnie wytrząsnąć w celu uzyskania równomiernego rozproszenia. Zawiesinę podawać przez zgłębnik.

- 7) Moździerz i strzykawkę przepłukać 10 ml wody, a następnie podać choremu.
- 8) 10-30 ml wody przepłukać sztuczny dostęp, aby zapewnić podaż całej dawki choremu.
- 9) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

Kapsułki zawierające granulata/peletki o przedłużonym uwalnianiu:

- 1) Granulatu/peletek o przedłużonym uwalnianiu nie wolno kruszyć ani mieszać z ciepłymi płynami (ryzyko rozpuszczenia otoczki).
- 2) Granulat/peletki należy zawiesić w wodzie destylowanej o temperaturze pokojowej i podawać przez sztuczny dostęp o dużej średnicy (14F lub większej), założony do żołądka.
- 3) W przypadku aplikacji przez zgłębnik/przetokę odżywczą o małej średnicy istnieje ryzyko utraty drożności.

Kapsułki dojelitowe:

PODANIE DO ŻOŁĄDKA: Przez zgłębniki dożołądkowe o dużej średnicy (18F lub większej) podaje się granulata dojelitowy zawieszony w kwaśnym soku owocowym: pomarańczowym lub jabłkowym. Nie wolno stosować soku grejpfrutowego. Kwaśny odczyn chroni granulata przed rozpadem w żołądku, zapewniając dostarczenie maksymalnej dawki do miejsca wchłaniania (jelito).

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.
- 2) Zgłębnik/przetokę odżywczą przepłukać 10-30 ml wody destylowanej.
- 3) Otworzyć kapsułkę. Granulata w niej zawarty od razu przenieść do strzykawki. Używać należy strzykawek dedykowanych do podawania doustnego/enteralnego. Następnie dolać 10-15 ml soku owocowego.
- 4) Całość dokładnie wymieszać, potrząsając strzykawką i od razu podać choremu.
- 5) Strzykawkę przepłukać ok. 10 ml soku i podać choremu.
- 6) 10-30 ml wody przepłukać sztuczny dostęp, aby zapewnić podaż całej dawki choremu.
- 7) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.
- 8) Nie można podawać granulatu dojelitowego do



freepik.com

żołądka wraz ze środkami zobojętniającymi (antacida), ponieważ mogą one podwyższać pH soku żołądkowego i przez to mieć negatywny wpływ na otoczkę dojelitową.

PODANIE DO JELITA: Przez zgłębniki o małej średnicy (poniżej 18F), założone bezpośrednio do jelita, podaje się granulaty zawieszony w jałowym 8,4% roztworze wodorowęglanu sodu lub w 0,9% roztworze chlorku sodu.

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.
- 2) Przepłukać zgłębnik 10 – 30 ml wody/8,4% NaHCO₃/0,9% NaCl.
- 3) Otworzyć kapsułkę, a jej zawartość przenieść do naczynia zawierającego 10-15 ml 8,4% NaHCO₃/0,9% NaCl.
- 4) Całość dokładnie wymieszać, następnie przenieść do dedykowanej strzykawki od razu podać choremu.
- 5) Naczynie i strzykawkę przepłukać ok. 10 ml rozpuszczalnika i podać choremu.
- 6) Dodatkową porcją (5-10 ml) wody/wodorowęglanu sodu/chlorku sodu przepłukać sztuczny dostęp, aby mieć pewność, że cała dawka została podana pacjentowi.
- 7) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

Kapsułki z płynną zawartością:

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.
- 2) Zgłębnik/przetokę odżywczą przepłukać 10-30 ml wody destylowanej.
- 3) Należy dokładnie wycisnąć lub pobrać strzykawką całą zawartość z żelatynowej kapsułki.
- 4) Płyn z kapsułki należy rozcieńczyć 10-30 ml wody destylowanej. Całość pobrać, dedykowaną do podaży enteralnej, strzykawką i dokładnie wstrząsnąć.
- 5) Od razu podać lek pacjentowi.
- 6) Przepłukać strzykawkę 10 ml wody destylowanej i podać również pacjentowi.
- 7) Dodatkową porcją wody (10-30 ml) przepłukać dostęp.
- 8) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

Tabletki musujące oraz proszki, granulaty, tabletki do przygotowywania roztworu lub zawiesiny doustnej, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej (ODT):

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.
- 2) Przepłukać zgłębnik 10-30 ml wody destylowanej (żołądek) lub 0,9% NaCl (jelito).



- 3) Proszek, granulat lub tabletkę rozpuścić w odpowiedniej ilości wody destylowanej, energicznie wstrząsnąć. Gdy sporządzony roztwór/zawiesina ma zbyt dużą lepkość – dodać kolejną porcję wody.
- 4) Pobrać płyn strzykawką, dedykowaną do podażi enteralnej. Natychmiast podać choremu.
- 5) 10 ml wody destylowanej przepłukać strzykawkę i podać choremu.
- 6) Dodatkową porcją wody/NaCl (10-30 ml) przepłukać sztuczny dostęp.
- 7) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

Krople doustne, zawiesiny:

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.

- 2) Przepłukać zgłębnik 10 – 30 ml wody destylowanej (żołądek) lub 0,9% NaCl (jelito).
- 3) Odpowiednią ilość kropli lub zawiesiny przenieść do naczynia lub od razu do strzykawki, rozcieńczyć 30 ml wody destylowanej (zmniejszenie lepkości lub osmolarności).
- 4) Sporządzony roztwór lub zawiesinę wymieszać. Od razu podać choremu.
- 5) 10 ml wody/NaCl przepłukać strzykawkę i podać pacjentowi.
- 6) Dodatkową porcją wody/NaCl (10-30 ml) przepłukać sztuczny dostęp.
- 7) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

Syropy:

- 1) Należy przerwać żywienie co najmniej 30 minut przed podaniem leku.
- 2) Przepłukać zgłębnik 10-30 ml wody destylowanej (żołądek) lub 0,9% NaCl (jelito).
- 3) Odpowiednią ilość syropu pobrać strzykawką o dużej objętości. Rozcieńczyć 2-3 krotnie wodą destylowaną. Pozostawić w strzykawce trochę powietrza.
- 4) Mocno wstrząsać strzykawką, aż do całkowitego wymieszania płynu. Od razu podać pacjentowi.
- 5) Strzykawkę przepłukać wodą i również podać pacjentowi.
- 6) Dodatkową porcją wody/NaCl (10-30 ml) przepłukać sztuczny dostęp.
- 7) Po 30 minutach od podania leku można kontynuować żywienie, chyba że zalecenia są inne.

W poniższej publikacji można znaleźć szczegółowy wykaz leków, które mogą podlegać dekompozycji, mogą być podawane przez zgłębniki.

Piśmiennictwo:

Szczerbińska K., Puto G. (red.): Opieka długoterminowa w geriatric. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023.



Potrzeby opiekunów i możliwości ich wsparcia

Polskie społeczeństwo staje się coraz starsze. Odsetek osób starszych będzie wzrastał – w roku 2040 więcej niż co trzeci Polak ma być w wieku 60+, a w 2050 roku do seniorów będzie należało czterech na dziesięciu mieszkańców naszego kraju.

Potrzebujący pomocy relatywnie często mieszkają w jednoosobowych gospodarstwach domowych. W związku z powyższym, bardzo ważna jest opieka nieformalna, która „jest pojęciem szerszym niż opieka rodzinna, bo oprócz członków rodziny, obejmuje również wolontariuszy, sąsiadów i inne osoby z lokalnych środowisk. „Nieformalny opiekun osoby starszej to osoba, która zajmuje się seniorem ponad 4 godziny tygodniowo i nie pobiera za to wynagrodzenia”, to „(...) osoba, która dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i (lub) emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory i jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą”. Termin opieka nieformalna został użyty w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 w kontekście opiekunów sprawujących opiekę nad osobami starszymi o ograniczonej samodzielności – tu opiekun nieformalny definiowany jest jako osoba niebędąca opiekunem medycznym, opiekująca się osobą o ograniczonej samodzielności, np. członek rodziny; pojawił się również

w Wytycznych Ministerstwa Rozwoju, gdzie opiekun nieformalny (nazywany także faktycznym) to osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny. W Polsce opiekunowie nieformalni nie są nigdzie rejestrowani, wyjątek stanowi bardzo nieliczna grupa osób, pobierających świadczenia wynikające z opieki.

Większość opiekunów rodzinnych stanowią kobiety w wieku 50-60 lat, zazwyczaj córki lub synowe. Szacunki dokonane dla Małopolski ukazują, że w tym regionie nawet co piąty Małopolanin (blisko 700 tys. osób) opiekuje się osobą starszą, przy czym co trzeci w wieku 45-59. Pomimo tego, że wskazuje się na wiele przyczyn rwania się solidarności międzypokoleniowej (postępującą indywidualizację społeczeństwa, generacyjny charakter nowych technologii, wzajemną nieprzetłumaczalność generacyjnych kodów kulturowych, niedające się pokonać różnice pokoleniowe dotyczące wzorów rodzinności czy źle pomyślaną i źle prowadzoną politykę społeczną), to system pomocy dla najstarszych członków naszego spo-

leczeństwa nadal jest najsilniejszy w układzie rodzice-dzieci. Tradycyjnie postrzegamy rolę rodziny w sprawowaniu opieki nad seniorami i jednocześnie traktujemy instytucjonalną formę opieki jako awaryjną, przymusową dla rodziny, która jest niewydolna opiekuńczo. Opieka ta wynika także z istniejących uregulowań prawnych. System ten powinien być otaczany szczególną troską różnych instytucji – rodzina (i osoby starsze wymagające pomocy i ich nieformalni opiekunowie) musi w tym zakresie otrzymywać wsparcie nie tylko od służb medycznych, ale także od socjalnych, tym bardziej że podkreśla się, iż możliwości opiekuńcze rodziny stają się coraz bardziej ograniczone. Ocenia się, że opieka nieformalna dla opiekuna staje się dziś ryzykiem, „wytworzyła się nowa kategoria marginalizowanych – opiekunów nieformalnych, którzy w niedalekiej przyszłości staną się beneficjentami publicznych programów aktywizacji społeczno-zawodowej (...). „Brakuje dociekań, które ukazywałyby opiekę nieformalną jako proces pełen dylematów i wewnętrznych sprzeczności, przepełniony ambiwalencją”.

Najczęściej wymienianą przez respondentów potrzebą jest czas: „Mi najbardziej brakuje czasu i często siły. Muszę swój wolny czas rozporządzać pomiędzy swoją rodziną a mamę. A oprócz tego, pracuję na cały etat”; „Chyba najbardziej brakuje mi czasu, bo muszę w ciągu dnia pójść do pracy, zająć się mamą i jeszcze zainteresować się moją rodziną. Niestety, zabiera to bardzo dużo czasu i ciężko jest to wszystko pogodzić”; „(...) Czasami brakuje mi czasu, żeby po prostu umyć głowę w domu”; „Opieka nad teściową pozbawiła mnie czasu, który chciałabym poświęcić moim znajomym czy wyjazdom do rodziny, przez taką sytuację czuję się odizolowana od społeczeństwa”; „Brakuje mi czasu wolnego, relaksu. (...) teściowa ogromną ilość czasu spędza w domu, wychodzi głównie z nami, przez co ja praktycznie nigdy nie jestem sama w swoim własnym mieszkaniu. (...) przez problemy z poruszaniem nie tylko teściowa utraciła swobodę, ale w pewnym stopniu my wszyscy. (...) brakuje mi wsparcia ze strony innych, nawet takiego psychicznego i docenienia tego, co robię dla teściowej. I jeszcze (...) problemy techniczne, na przykład wielkość naszej toalety, może gdyby była większa, to komfort mój i mamy też by się zwiększył (...). Chciałabym też, aby w naszej okolicy było więcej specjalistów w zakresie medycyny na dobrym poziomie, bo wyjazdy (...) na różne badania, konsultacje też są

bardzo wyczerpujące”. Nieliczni opiekunowie wskazują na brak czasu dla osoby podopiecznej – np. na rozmowy z nią. Do grupy osób wskazujących jako potrzebę „czas” zalicza się tych opiekunów, którzy wspominają o (powiązanych z omawianą) potrzebach odpoczynku, snu, prywatności, wyjazdu: „Wydaje mi się, że najbardziej potrzebuję wolnego czasu, a dokładniej mówiąc odpoczynku. Są niekiedy takie dni, gdzie mówię: stop, już więcej nie mogę. Wtedy chciałabym, żeby ktoś złapał mnie za rękę i powiedział: (...) ja ci pomogę, nie martw się”; „Brakuje mi czasu na odpoczynek i czasu dla siebie. Potrzebuję czasu dla siebie, ale jak ja mamie nie pomogę, to kto to zrobi? Nie stać nas na prywatną opiekę, a państwowa jest ograniczona i utrudniona”; „Najbardziej brakuje mi chwil wytchnienia. Najbardziej chciałabym kilku godzin odcięcia się od wszystkiego i zwykłego relaksu”; „Mi chyba najbardziej brakuje snu. W nocy śpię bardzo czujnie, sprawdzam, czy tata oddycha, czy nie woła, nie potrzebuje czegoś”. Kolejną niezaspokojoną potrzebą wymienianą przez opiekunów jest potrzeba wsparcia/pomocy/zrozumienia/docenienia – bądź ze strony najbliższej rodziny, bądź z otoczenia zewnętrznego: „Wsparcia ze strony rodziny męża, która jest duża i miałaby możliwość mi pomóc, a tego nie robi. Braku zrozumienia z ich strony, oferowania pomocy. (...) Cała opieka nad teściem spoczywa na mnie i na mężu”; „Potrzebuję wsparcia, dużego wsparcia emocjonalnego. Na szczęście moja rodzina to rozumie i wspiera mnie w opiece nad teściową; „Najbardziej brakuje mi wsparcia ze strony państwa. Brak osób, które wspomagają osoby starsze. Tak, jak to ma miejsce w Wielkiej Brytanii czy Kanadzie”; (...) jako opiekun nie mogę pozwolić sobie na wakacje czy urlop zdrowotny. Całe szczęście, że pomagają mi w tym rodzice i ja pomagam im (...); „Wsparcia kogoś silniejszego, kto miałby więcej siły fizycznej. Jestem dosyć słaba fizycznie, a musiałam myć prababcię. Czasem było to naprawdę trudne, szczególnie gdy nie chciała się myć z jakiegoś powodu”; „Zwyczajnej pomocy z zewnątrz. Pielęgniarka, mimo że przyjeżdżała codziennie, to nie dawała żadnych konkretnych rad. Odbębniła co jej i tyle”; „Opieki całodobowej. Byłabym spokojniejsza”; „(...) rodzina pomaga mi, ale to za mało. Wzięłam mamę na swoje barki, do swojego domu, więc jestem z nią 24h na dobę. Poza tym nie mam wykształcenia pielęgniarskiego, to znaczy tam, mi pokazywali jak robić mamie zastrzyki i tak dalej, ale w razie czego, nie potrafiłabym jej po-

móc”. Nieco rzadziej opiekunowie wspominają o potrzebie siły/zdrowia: „Zdrowia i siły. Jak ja bym miała tyle zdrowia co 15 lat temu, to byłoby zupełnie inaczej. Teraz kolana bołą, w krzyżu strzela. Nie ma już tej siły co kiedyś”. Jeszcze rzadziej opiekunowie wskazują na deficyt cierpliwości: „Brakuje mi cierpliwości. Muszę się do ojca dostosować, nie mogę go samego zostawić. Ostatnio, jak na chwilę został sam, to zostawił otwarty dom i sam poszedł (...) do sklepu”. Brakuje im także „powrotu do normalności” – dobrego stanu zdrowia osoby podopiecznej, jej dawnej sprawności: „Najbardziej brakowało mi mojego dawnego męża, tego człowieka sprzed choroby: uśmiechniętego i radosnego człowieka, a także więcej czasu”. Kolejny deficyt potrzeb stanowią środki finansowe: „(...) główna potrzeba to finansowa. Emerytura mała, na wszystko brakuje. Mamie trzeba robić operację na oczy, a kosztuje to nie małe pieniądze, ma swój wiek. Oczywiście chciałabym więcej pomocy od krewnych. Mam jeszcze brata, on w ogóle nie zwraca na mamę uwagi. Przyjeżdża rzadko, daje trochę pieniędzy i to wszystko. (...)”; „(...) wiadomo, potrzebne są mi pieniądze, bo muszę brać dni wolne, żeby zostać z mamą i wtedy nie zarabiam. Lekki, opał, wiadomo, że brakuje tych pieniędzy. Mama ma emeryturę, jakoś sobie radzimy. Powinien być wypłaca-

ny jakiś zasiłek opiekuńczy, ale na normalnych zasadach. Bo zasiłek jest wypłacany, ale jeśli opiekun nie pracuje. Wtedy otrzymujesz pieniądze, ale jest to kosztem pracy, a w pewnym wieku, jak ja mam 49 lat i dziś zrezygnowałabym pracy, a mama pożyje na przykład jeszcze 5 lat, to ja będę miała później trudności ze znalezieniem pracy. Bo za te kilka lat będę w okresie ochronnym, przed emeryturą, pracodawca nie będzie mógł mnie zwolnić. Po pięćdziesiątce nikt mnie nie zatrudni, nie mogę rezygnować z pracy, więc pozostaje taki układ jaki jest, że opiekujemy się mamą z siostrami na zmianę. A to jest trudne, żeby wszystko zsynchronizować, każda z nas ma swoje życie, swoje obowiązki. Nie mówię już o zmęczeniu psychicznym, bo jak siedzę z mamą dzień czy dwa i patrzę, jak ona gaśnie, to to jest bardzo trudne”. Najrzadziej opiekunowie wspominają o potrzebie okazania wdzięczności ze strony osoby podopiecznej: „Najbardziej brakuje mi wdzięczności za pomoc. Ona myśli, że jej się ta pomoc należy ot tak, a nawet nie powie dziękuję”, czy potrzebie usprawnień optymalizujących opiekę nad osobą starszą: „W sumie ciężko dźwigać wózek, przydałby się podnośnik czy coś takiego”.

Podsumowując, sprawowanie opieki nieformalnej nad osobą starszą wymagającą stałej opieki nie jest łatwe. Doświadczenia związane z opieką są opisywane przede wszystkim jako źródło negatywnych przeżyć, rzadziej – pozytywnych, a zaspokajając potrzeby swoich podopiecznych, sami odczuwają braki. Towarzyszy im przede wszystkim brak czasu, w tym na odpoczynek oraz brak wsparcia ze strony innych osób – nie tylko tych z najbliższej rodziny, ale także ze strony twórców i niektórych świadczeniodawców systemu opieki zdrowotnej; wskazują na trudności w pogodzeniu wypełniania roli opiekuna osoby starszej z wypełnianiem innych ról (zawodowych, rodzinnych, towarzyskich). Tymczasem to właśnie opiekunowie rodzinni są uznani „za sprzymierzeńców systemu opiekuńczego państwa. W związku z tym, że to oni ponoszą główny ciężar opieki, ich potrzeby powinny być systemowo badane, a problemy rozwiązywane w pierwszej kolejności”.

Piśmiennictwo:

Szczerbińska K., Puto G. (red.): Opieka długoterminowa w geriatric. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023.

Herudzińska M.: Nieformalni opiekunowie osób starszych – doświadczenia i uczucia oraz potrzeby związane z pełnioną rolą. Rocznik Lubuski 2020, tom 46, część 2; 281-293.





Wpływ sprawowania opieki nad bliskim na życie i zdrowie psychiczne opiekuna

Opieka nad bliską osobą w wielu przypadkach wymaga reorganizacji dotychczasowego życia, wymuszając zmianę codzienności osób wspierających oraz modyfikację praktycznie wszystkich planów.

Najczęściej to żmudna praca – obciążająca zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Opiekunowie rodzinni są szczególnie zagrożeni depresją, a ma ona w tym przypadku swoją specyfikę. Można jednak w tej sytuacji podjąć próbę szukania wsparcia i pomocy.

Opiekunowie doświadczają różnorodnych problemów w zależności od ich osobistej sytuacji. Z innymi wyzwaniami będzie zmagał się opiekun – współmałżonek seniora (który często sam jest obciążony chorobami), z innymi opiekun – dorosłe dziecko (który musi łączyć szereg ról związanych z własną rodziną, pracą zawodową i wspieraniem starzejącego się rodzica). Poczucie obciążenia wspieraniem jest różne także w zależności od stopnia samodzielności podopiecznego i od obszarów, w których bliski wymaga pomocy, a także od liczby osób wspierających seniora (czy opieka jest rozłożona na kilku członków rodziny, czy też tylko na jedną osobę). Kolejnymi istotnymi czynnikami (oprócz wielu innych) wpływającymi na sytuację opiekuna są aspekty finansowe

oraz relacja z podopiecznym.

Niezależnie jednak od sytuacji, w jakiej znajdują się opiekunowie rodzinni osób starszych, doświadczają oni podobnych emocji. Oprócz troski, miłości i chęci niesienia pomocy, w całym wachlarzu różnorodnych odczuć może pojawić się też bezsilność, lęk, rozdrażnienie i poczucie winy. Opieka nad bliskim oprócz poczucia spełnienia bywa też absorbująca i czasochłonna. Każda z osób wspierających doświadcza czasem gorszego nastroju lub apatii, ma mniejszą chęć do wykonywania codziennych obowiązków. Takie stany są najczęściej krótkotrwałe i samoczynnie mijają.

Wypalenie opiekuna: czy wymaga leczenia?

Bywa i tak, że u opiekunów rodzinnych pojawia się wypalenie – rozumiane jako przeciążenie opieką. Wypalenie (w przeciwieństwie do obniżonego nastroju i apatii) nie jest momentem lub krótkotrwałym kryzysem, lecz procesem. Na początku opiekun ma poczucie, że zadania, które są przed nim postawione, są dla niego zbyt trudne.

Potem opiekun doświadcza wielu różnorodnych emocji: rozdrażnienia, zdenerwowania, poczucia winy.

Przeciążenie opieką składa się z trzech elementów:

- Emocjonalnego wyczerpania („Czuję się, jakbym ciągle był napięty, w stanie alertu. Wszystko mnie drażni. Reaguję gwałtownie nawet na sytuacje, które kiedyś były dla mnie bez znaczenia. Nie kontroluję swoich emocji”).
- Utraty zaangażowania („Czuję się jakbym nie był sobą. Inni mówią, że jestem cyniczny i obojętny wobec mamy”).
- Utraty satysfakcji z pełnienia roli opiekuna („Chciałabym już nie opiekować się mężem. Nie wiem, jak to robić dobrze. Wydaje mi się, że się do tego nie nadaję”).

Wypalenie nie wymaga leczenia medycznego. Ale ponieważ ma charakter trwały, niezbędna jest pomoc z zewnątrz. Opiekun może otrzymać wsparcie oferowane przez psychologa, np. w formie indywidualnych konsultacji lub w ramach grupy wsparcia.

Depresja opiekuna: po czym ją rozpoznać?

Czymś innym od wypalenia jest depresja. To zespół obejmujący różnorodne objawy, które odnoszą się nie tylko do sfery związanej ze sprawowaniem opieki (jak ma to miejsce w przypadku wypalenia), ale które rzutują na inne obszary funkcjonowania opiekuna (na jego życie rodzinne i zawodowe) oraz wpływają na postrzeganie siebie. Depresja najczęściej kojarzy nam się z obniżonym nastrojem. Jednakże emocje to tylko jedna z kilku sfer, które dotyczą tej choroby. Objawy depresji możemy podzielić na cztery grupy:

- Związane z emocjami – czyli na przykład: smutek, przygnębienie, poczucie bezradności, pustki, beznadziejności, drażliwość, utrata zainteresowań, poczucie zniechęcenia, odczuwanie niewielkiej satysfakcji z życia.
- Związane z myśleniem – czyli na przykład: negatywna ocena siebie, świata i przyszłości, problemy z koncentracją uwagi i podejmowaniem decyzji.
- Związane z ciałem – czyli na przykład: osłabienie, zmęczenie, bóle głowy, uczucie kołatania serca, przyspieszony oddech, duszności, brak tchu, suchość w jamie ustnej, odczuwanie dole-

gliwości bólowych, niemających odzwierciedlenia w badaniach medycznych, zmniejszony lub zwiększony apetyt, poczucie nadmiernej senności lub bezsenność, biegunki lub zaparcia.

- Obserwowane w zachowaniu – to na przykład: wycofanie z kontaktów z innymi ludźmi, utrata zainteresowania światem, niepokój lub spowolnienie ruchowe, wolniejsza mowa, monotony głos, unikanie kontaktu wzrokowego.

Niestety, opiekun rodzinny osoby starszej, zmagający się z depresją, najczęściej nie szuka pomocy! Oto najczęstsze powody, dlaczego tak się dzieje:

- ma on poczucie, że jego stan nie jest chorobą i nie wymaga pomocy ze strony specjalisty;
- ma on przekonanie, że depresji doświadcza każdy opiekun i jest ona naturalną konsekwencją sprawowania opieki (powiązana ze stresem i zmęczeniem);
- wielu opiekunów jest tak silnie skoncentrowanych na opiece nad bliskim seniorem, że zaniebduje własne zdrowie (fizyczne jak i psychiczne);
- opiekunowie mają poczucie wstydu i związane z nim przekonanie, że objawy depresji definiują go niewystarczająco dobrym opiekunem.

Jak opiekować się seniorem i dbać o zdrowie psychiczne?

Warto wiedzieć, że depresja opiekuna osoby starszej nie przebiega typowo. Ma ona swoją specyfikę i składa się z kilku etapów:

- **Pierwsze objawy:** związane są one z emocjami i reakcjami organizmu, to na przykład drażliwość, zanik odczuwania przyjemności, zmiany w apetycie (jego brak lub zajądanie stresu), zaburzenia snu (np. problemy z zaśnięciem, wybudzanie się w nocy, budzenie się bardzo wcześnie rano), poczucie obniżonej aktywności, brak energii, bóle głowy. Opiekun w pierwszej fazie depresji nie mówi, że jest mu smutno, nie ma typowych objawów depresyjnych, dlatego też rzadko kiedy te pierwsze objawy utożsamia z chorobą.
- **Etap drugi:** to nasilenie objawów związanych z emocjami, ale dodatkowo pojawiają się też objawy związane z zachowaniem i myśleniem. Etap ten charakteryzuje się doświadczaniem typowych dla depresji odczuć smutku, przygnębienia, beznadziejności i bezradności. To

także negatywne myślenie o osobie i swojej sytuacji oraz utrata zainteresowania światem. Jest to etap depresji, którego opiekun również może jeszcze nie być świadomy, ale najczęściej zauważają go osoby z najbliższego otoczenia.

- **Etap trzeci:** tutaj objawy depresji widoczne są we wszystkich jej czterech sferach. Problemy opiekuna z emocjami to nie tylko rozdrażnienie czy odczuwanie smutku, to poczucie braku panowania nad nimi. Negatywne myślenie dotyczy nie tylko siebie i swojego podopiecznego, ale także całej rzeczywistości, otoczenia i przyszłości, może mieć także wyraz w myślach samobójczych. Inne osoby z otoczenia w zachowaniu opiekuna zauważają jawne wycofanie z kontaktów, obojętność, dystans, a nawet wrogość wobec podopiecznego. Jeśli chodzi o zmiany, które zauważa opiekun w swoim cieple, mogą objawiać się one ogólnym wyczerpaniem fizycznym, pogorszeniem stanu zdrowia i osłabieniem fizycznym. Mogą także wystąpić bóle mięśni lub kręgosłupa.

Depresja jest chorobą! Tak samo więc, jak inne jednostki chorobowe, wymaga ona leczenia. Nie należy przyjmować suplementów na własną rękę, nie należy myśleć, że „samo przejdzie”. Depresja będzie skutecznie leczona pod nadzorem specjalisty (najczęściej jest to lekarz psychiatra). Depresja jest uleczalna! Najskuteczniejsze leczenie depresji to połączenie farmakoterapii z psychoterapią. Psychiatra ma możliwość przepisania leków. Psycholog prowadzi terapię psychologiczną. Depresja ma różne twarze, nie zawsze smutku. Nie należy oczekiwać natychmiastowych efektów. Leczenie depresji jest zazwyczaj długotrwałe. Skutki farmakoterapii w przypadku depresji zauważalne są po kilku tygodniach. Najpierw zmniejsza się poczucie lęku, stabilizuje się sen, dopiero potem polepsza się nastrój. Nie należy rezygnować samodzielnie z leczenia, gdy na samym początku nie widać poprawy. Nie powinno się rezygnować z niego również, gdy odczuwa się poprawę nastroju. Przedwczesne przerwanie kuracji może spowodować nawrót choroby. Leki przeciwdepresyjne odstawia się tylko po konsultacji z lekarzem.

Kto może pomóc opiekunowi w kryzysie?

- **Psycholog** – może poprowadzić terapię psy-

chologiczną lub konsultacje indywidualne.

- **Lekarz psychiatra** – ma możliwość przepisania leków przeciwdepresyjnych.
- **Grupy wsparcia** – szczególnie te dedykowane opiekunom osób starszych. Można spotkać tam osoby, które sprawują opiekę nad seniorami albo ją do niedawna sprawowały. Można zobaczyć, że nie jest się samemu ze swoimi problemami, że nie musi się przechodzić przez wszystkie trudne emocje samotnie. Można być zaskoczonym, jak wartościowe przyjaźnie mogą być związane w takich miejscach.
- **Bliscy** – nie należy bać się poprosić ich o wsparcie. Nie należy odmawiać, gdy chcą wesprzeć choćby w drobnych rzeczach: na przykład pomocy przy podopiecznym, w zakupach. Nawet jeśli nie opiekują się Twoim bliskim tak dobrze jak Ty, mogą ofiarować Ci cenny czas: na drzemkę, spacer, pójście do lekarza.
- **Znajomi**, którzy nie mają pojęcia o sprawowaniu opieki nad seniorem i nie wiedzą, z jakimi problemami się borykasz. I nie chodzi tutaj o to, aby się im zwierzać, być może rzeczywistość nie zrozumieją Twojej sytuacji. Ale dzięki takim znajomościom można zobaczyć, że istnieje też świat poza sprawowaniem opieki, a inni ludzie także mają szereg różnorodnych problemów i radości. Takie kontakty pozwalają choć trochę oderwać się od własnej codzienności, umożliwiają odświeżenie myślenia na temat własnej sytuacji.
- **Sam opiekun** – spróbuj zadbać o własny sen i dietę. To podstawa regeneracji Twojego organizmu. Pamiętaj o badaniach kontrolnych. Przypomnij sobie, co kiedyś sprawiało Ci przyjemność. Może warto do tego wrócić, gdy odzyskasz siły? Ty, jako opiekun, masz w rzeczywistości dwie osoby, którymi się opiekujesz: swojego podopiecznego oraz samego siebie. Tylko wtedy, gdy będziesz zdrowy i w dobrym samopoczuciu psychicznym, będziesz w stanie sprawnie i satysfakcjonująco pełnić opiekę nad swoim bliskim.

Piśmiennictwo:

Szczerbińska K., Puto G. (red.): Opieka długoterminowa w geriatric. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023.

Wpływ sprawowania opieki nad bliskim na życie i zdrowie fizyczne opiekuna

Dla wielu opiekunów choroba podopiecznego (zwłaszcza, gdy jego stan zdrowia się pogarsza i zmierza do kresu życia) powoduje poczucie przeciążenia oraz frustrację wobec braku możliwości uzyskania poprawy sytuacji, wykraczając ostatecznie poza możliwości adaptacyjne. Wywołuje wówczas przewlekły stres wraz z jego konsekwencjami – także w zakresie zdrowia fizycznego/somatycznego.

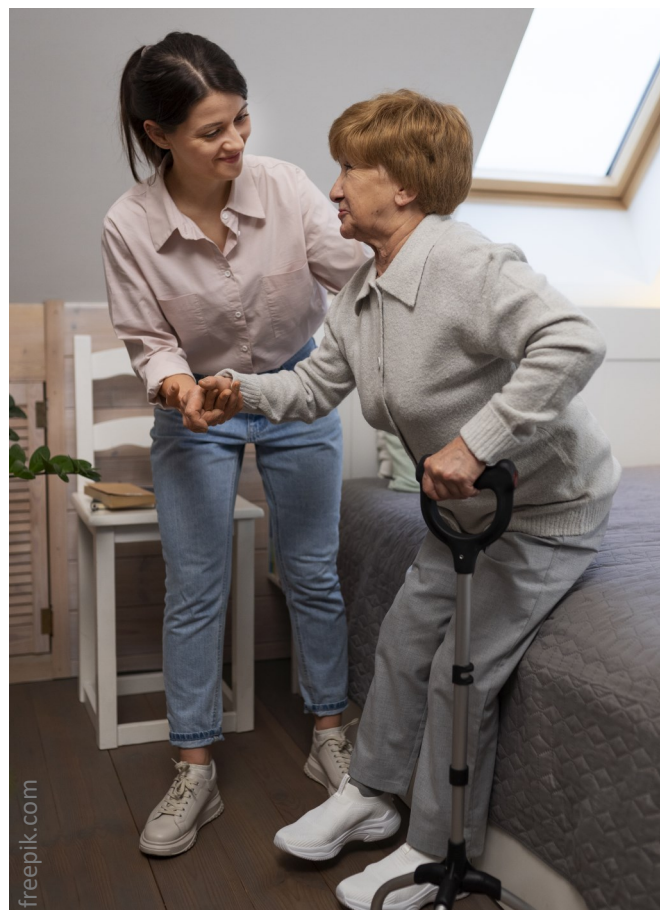
Stres związany z pełnieniem opieki może być przyczyną:

- chorób układu sercowo-naczyniowego,
- obniżonej odporności,
- słabszej odpowiedzi systemu odpornościowego na szczepienie,
- gorszego przebiegu chorób przewlekłych, jak cukrzyca, zapalenie stawów, choroba wrzodowa, niedokrwistość,
- gorszej samooceny stanu zdrowia,
- częstszych konsultacji lekarskich i zwiększonego przyjmowania leków,
- mniejszego zaangażowania w zachowania prozdrowotne, jak aktywność fizyczna, właściwe odżywianie,
- przyrostu masy ciała,
- zwiększonego prawdopodobieństwa zachowań ryzykownych dla zdrowia, np. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu.

Niektóre badania wskazują na większą skłonność do rozwoju procesów zapalnych oraz występowania biomarkerów gorszego stanu zdrowia u opiekunów osób, zwłaszcza chorujących na otępienie. Przewlekły stres i poczucie samotności doświadczane przez opiekunów mogą zakłócać regulację nerwowo-hormonalną i neuroimmunologiczną, nasilając ekspresję genów prozapalnych, co prowadzi do wyższego ryzyka patogenezы zapalnej oraz zwiększonej umieralności z tego powodu.

Do czynników związanych ze zwiększonym obciążeniem zdrowia fizycznego opiekunów nieformalnych, na skutek podejmowania opieki nad osobą chorą na otępienie, autorzy wielu badań zaliczają:

- gorszy stan zdrowia podopiecznego, jak ograniczona możliwość samodzielnego funkcjonowania, zaburzenia poznawcze, behawioralne,



- długość trwania opieki, zwłaszcza konieczność stałej opieki, brak czasu wolnego dla opiekuna,
- charakter relacji z podopiecznym, np. dziecko-rodzic, współmałżonek,
- brak wsparcia społecznego,
- presja otoczenia, napięcia rodzinne, nadużycie ról,
- płeć, kobiety są bardziej obciążone,
- niższe wykształcenie.

Piśmiennictwo:

Szczerbińska K., Puto G. (red.): Opieka długoterminowa w geriatric. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023.



Projekt „Centrum Wsparcia Opiekunów” dobiega końca

Wraz z końcem października wygasa druga edycja projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi”, realizowanego przy Miejskim Centrum Opieki w Krakowie. Dzięki niemu, wielu opiekunów rodzinnych miało możliwość utrzymania opieki nad bliskim w środowisku domowym, równocześnie otrzymując nieodpłatną pomoc ze strony doświadczonych specjalistów.

Co udało nam się osiągnąć?

- Niemal 50 opiekunów zostało przeszkolonych w obszarze opieki i pielęgnacji osoby niesamodzielnej.
- Ponad 100 rodzin skorzystało ze specjalistycznego poradnictwa (m. in. lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty czy psychologa) w czasie wizyt domowych, w codziennym środowisku podopiecznego.
- Aż 310 osób niesamodzielnych skorzystało z całodobowego pobytu na oddziale opieki wytechnieniowej, a 127 seniorów uczestniczyło

w różnorodnych zajęciach w ramach Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji – tym samym umożliwiając opiekunom zrobienie przerwy od codziennych wymagań związanych z opieką.

Ostatnie cztery lata nauczyliśmy się od siebie wzajemnie. Poznawaliśmy historie i potrzeby kolejnych rodzin, nierzadko z podziwem obserwując determinację, zaangażowanie i oddanie, które wkładaliście w opiekę nad swoimi bliskimi.

Dziękujemy za ten wspólny czas i zaufanie, którym nas obdarzyliście.



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.