

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris  
Medicinae Legnicensis**

Zeszyty naukowe

Nr 1(11)/2012

Legnica 2012

Zeszyty Naukowe  
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

Redaktor naukowy  
dr n. med. Edyta Kędra

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna  
Wydanie I, Legnica 2012  
All rights reserved

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISBN 978-83-62543-80-9

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy  
ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica  
tel. 76 854 99 35  
e-mail: [dziekanat@wsmlegnica.pl](mailto:dziekanat@wsmlegnica.pl)

## Spis treści

Wstęp.....	7
<b>Beata Kamińska</b>	
Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z chorobą Alzheimera.....	11
<b>Renata Urbańska</b>	
Rola i znaczenie zespołu terapeutycznego dla chorego z chorobą Alzheimera .....	23
<b>Marzena Grześkowiak</b>	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem geriatrycznym z bólem przewlekłym .....	33
<b>Anita Wawrzeń</b>	
Rehabilitacja osób w wieku podeszłym .....	41
<b>Grażyna Książek</b>	
Zachowania zdrowotne ludzi starszych .....	55
<b>Elżbieta Kruszelnicka</b>	
Problemy osób starszych i ich oczekiwania względem pielęgniarki POZ (rodzinnej) ..	69
<b>Beata Adamczuk</b>	
Problematyka pielęgnowania pacjenta z chorobą Parkinsonaw warunkach domowych.....	81
<b>Monika Bartków</b>	
Zasady postępowania i opieki nad chorym z chorobą Alzheimera na przykładzie wy- branego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.....	99



## Table of Contents

Preface.....	7
<b>Beata Kamińska</b>	
Problems of care in the care of patients with Alzheimer's disease.....	11
<b>Renata Urbańska</b>	
The role and importance of the therapeutic team for the patient with Alzheimer's disease .....	23
<b>Marzena Grześkowiak</b>	
Nursing care of geriatric patients with chronic pain.....	33
<b>Anita Wawrzeń</b>	
Rehabilitation of the elderly .....	41
<b>Grażyna Książek</b>	
Health behaviors of older people .....	55
<b>Elżbieta Kruszelnicka</b>	
The problems of older people and their expectations for the family nurse .....	69
<b>Beata Adamczuk</b>	
The issue of nursing a patient with Parkinson's disease at home .....	81
<b>Monika Bartków</b>	
Rules of conduct and care of patients with Alzheimer's disease for example, selected Department of Caring-Treatment.....	99



## Wstęp

Jedenasty tom Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis stanowi zbiór materiałów poruszających zagadnienia związane ze starzeniem się człowieka i zapotrzebowaniem na profesjonalną opiekę pielęgniarską w tym okresie życia.

Koniec wieku XX i wiek XXI to czas, w którym coraz więcej i głośniej się mówi o zjawisku starzenia się społeczeństwa w ujęciu globalnym. Starzenie się społeczeństwa związane jest ze wzrostem w nim odsetka osób starych. Wzrost ten zależy nie tylko od wydłużenia życia, ale również – może nawet w większej mierze – od spadku rozrodczości, przez co maleje odsetek dzieci i młodzieży.

Nasuwa się pytanie, czy starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem pozytywnym czy przeciwnie? Sprawa ma różne aspekty. Niewątpliwie bardzo pozytywną sprawą jest postęp medycyny i wydłużenie życia pod warunkiem, że starość będzie zdrowa i sprawna. Każdy bowiem chce żyć długo, ale każdy boi się starczej niewydolności, chorób i niedołęstwa.

Obecnie obserwowany jest stały wzrost osób powyżej 60 roku życia, z jednoczesną przewagą kobiet w tej grupie wiekowej. Sytuacja ta stanowi poważnie wyzwanie dla polityki socjalnej państw, bowiem dotychczas tego typu zjawisko nie występowało, nie trzeba więc było budować specjalnych programów gwarantujących dostęp do specjalistycznych usług socjalnych i zdrowotnych, sprzyjających zdrowemu starzeniu się, oraz społecznie i ekonomicznie użytecznemu życiu ludzi starych. Ponadto w świadomości społecznej nie ma jeszcze wizji starzejącego się świata i wyobrażenia, iż niebawem coraz więcej ludzi wymagać będzie opieki, a jednocześnie mniej będzie tych, którzy te opiekę będą sprawowali.

Niniejszy zeszyt stanowi zbiór wybranych prac poglądowych i oryginalnych, pochodzących z prac dyplomowych studentów kierunku pielęgniarstwo studia I stopnia – pomostowe Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Przegląd rozpoczyna praca Beaty Kamińskiej pt. „Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z chorobą Alzheimera”. Autorka skupia się na niezmiernie ważnym aspekcie, jakim jest opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera, która niesie za sobą

konsekwencje zarówno zdrowotne, dla samego chorego, jak i pielęgnacyjne, odnoszące się do osób sprawujących opiekę nad chorym.

Także Renata Urbańska w swojej pracy skupia się na grupie osób chorych na chorobę Alzheimera, ale odnosi poruszone przez siebie zagadnienie do oceny roli zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad chorym. Wskazuje na istotność i zasadność kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki terapeutycznej, która w sposób znaczący może przyczynić się do opóźnienia wystąpienia poszczególnych faz tej przewlekłej i postępującej choroby.

Starość to faza życia ludzkiego, której w wielu przypadkach towarzyszą nasilające się dolegliwości bólowe będące konsekwencją procesów chorobowych, jakie obejmują organizm człowieka starszego. I właśnie temu zagadnieniu w sposób szeroki poświęca swoją uwagę Marzena Grześkowiak, która w swoim doniesieniu „Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem geriatrycznym z bólem przewlekłym” wskazuje na te działania pielęgniarstwa, które pozwalają na zniwelowanie tych nieprzyjemnych doznań.

Ważnym zagadnieniem poruszonym przez kolejną autorkę – Anitę Wawrzeń w doniesieniu „Rehabilitacja osób w wieku podeszłym” – jest usprawnianie osób starszych, jako działania mające poprawić sprawność tej grupy wiekowej, a tym samym wspomóc działania terapeutyczne. Wskazuje na te jednostki chorobowe, które najczęściej diagnozowane są w wieku starszym i którym towarzyszy ból. Zwraca uwagę przede wszystkim na działania terapeutyczne, które mogą pomóc w zwalczaniu tego bólu i jednocześnie poprawić jakość życia tych osób.

Grażyna Książek w swoim doniesieniu „Zachowania zdrowotne ludzi starszych” zwraca uwagę na bardzo istotny aspekt życia ludzi, który jest ściśle powiązany ze stylem życia człowieka, czyli tym obszarem, który w sposób istotny decyduje o zdrowiu jednostki w każdym okresie jej życia. W części badawczej swojego doniesienia zwraca uwagę na najważniejsze aspekty związane ze stylem życia, które poddane zostały samocenie przez ankietowaną populację osób starszych.

Elżbieta Kruszelnicka w artykule pt. „Problemy osób starszych i ich oczekiwania względem pielęgniarki POZ (rodzinnej)” zwraca uwagę na ważny aspekt opieki instytucjonalnej, jaka świadczona jest przez system opieki zdrowotnej w odniesieniu do ludzi starszych pozostających w swoim miejscu zamieszkania. Specyfika pracy pielęgniarki POZ (rodzinnej) powoduje, że największą grupę jej podopiecznych stanowią ludzie starsi, dla których niejednokrotnie wizyta w domu pielęgniarki jest jedynym kontaktem ze światem zewnętrznym. W części badawczej autorka zwraca uwagę na najważniejsze oczekiwania, jakie wobec pielęgniarki mają jej podopieczni, zaliczający się do populacji osób starszych, co pozwala na odpowiednie dopasowanie udzielanych im świadczeń.

Schorzeniem o charakterze przewlekłym, diagnozowanym u osób starszych, jest choroba Parkinsona. I to właśnie tej jednostce chorobowej, a konkretnie problemom pielęgnacyjnym, poświęca swoją uwagę Beata Adamczuk w swoim doniesieniu „Problematyka pielęgnowania pacjenta z chorobą Parkinsona w warunkach domowych”. Autorka zwraca uwagę na wiele istotnych aspektów związanych z pielęgnowaniem chorego na chorobę Parkinsona, które mogą w sposób znaczący poprawić jakość życia samego pacjenta, a jednocześnie wspomóc opiekuna chorego w jego codziennej pracy.



Opieka nad osobami starszymi z rozpoznaną chorobą demencyjną wymaga od osób zajmujących się takim pacjentem przestrzegania podstawowych zasad postępowania i opieki. Odnosi się to zarówno do profesjonalistów, jak i nieprofesjonalistów, świadczących taką opiekę. I właśnie temu problemowi poświęca swoją uwagę Monika Bartków w artykule „Zasady postępowania i opieki nad chorym z chorobą Alzheimera na przykładzie wybranego zakładu opiekuńczo-leczniczego”.

Zamieszczone w tym zeszycie naukowym doniesienia stanowią tylko pewien fragment prac dyplomowych wszystkich wyżej wymienionych osób, dlatego też zainteresowanych odsyłamy do Biblioteki Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy, w której można się zapoznać z pełnymi wersjami tychże prac.

*dr n. med. Edyta Kędra*



# Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z chorobą Alzheimera

*Beata Kamińska*

Wraz z postępem medycyny i poprawą jakości życia w społeczeństwach krajów rozwiniętych, przybywa osób w podeszłym wieku, a tym samym wzrasta liczba osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Przyczyna choroby jest nieznana i jak dotąd nadal nie opracowano prawdziwie skutecznego leku cofającego, czy powstrzymującego jej rozwój. Opieka nad chorym z chorobą Alzheimera jest wielkim wyzwaniem, a problemy pielęgnacyjne, wynikające z trudu tej opieki, ogromnym obciążeniem dla opiekuna.

Choroba Alzheimera ma swój wymiar osobisty, społeczny i ekonomiczny. W wymiarze osobistym, to „trzydziestosześciodzinna” opieka w ciągu 24 godzin. Pacjent z chorobą Alzheimera jest trudnym podopiecznym i nie można sobie pozwolić na zbyt spontaniczne zachowania, nieprzemysłane interwencje, a opieka nad nim, to ciężka i wyczerpująca psychicznie praca, związana ze zmaganiem się z trudnościami wykraczającymi poza dotychczas znane doświadczenia [1, 2]. Na każdym etapie choroby, występują mniej lub bardziej nasilone zaburzenia psychiczne (halucynacje, urojenia, lęki), stanowiące poważny problem dla chorego i jego otoczenia. Opiekunowie narażeni są na przeżywanie przewlekłe występującego zmęczenia fizycznego i psychicznego. Muszą podejmować czynności do których nie są przygotowani [1, 3]. Wymiar społeczny opieki oznacza, ograniczenie kontaktów społecznych, trudności w funkcjonowaniu w obrębie własnej rodziny i w życiu zawodowym [2]. Natomiast pod względem ekonomicznym jest opieką bardzo kosztowną, wiążącą się z obciążeniami finansowymi, dotyczącymi wydatków na zakup leków, środków pielęgnacyjnych, kosztów wizyt lekarskich. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia wobec zjawiska starzenia się jednostek i społeczeństw [1].

Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera niesie za sobą konsekwencje i problemy pielęgnacyjne, jest trudnym wyzwaniem, wymaga cierpliwości, spokoju, poświęcenia, a sprawowanie jej nawet przy niemożności kontaktu z chorym, przy braku możliwości wycofania objawów choroby, chroni godność człowieka i jego niezbywalne prawo do życia [4].

Zaburzenia pamięci, oraz postępujące ograniczenie sprawności ruchowej, sprawiają, że chory ma coraz większe trudności w zakresie samoobsługi, co stanowi istotny problem pielęgnacyjny. Ograniczanie samodzielności poprzez wyręczanie chorego i nadopiekuńczość, może pogłębić w nim poczucie własnej niewydolności, a narażanie go na frustrację spowodowaną zbyt dużymi trudnościami, wywoła zanik inicjatywy i bezczynność. Czynności opiekuńcze należy dostosować do zakresu funkcji, które chory jeszcze przyswaja i je pobudzać, nie ponaglać go, jedynie pomóc w ich wykonywaniu. Obejmuje to wiele różnych rozwiązań (np. ubrania zapinane na guziki, zastąpione garderobą na rzepy, oznaczenie napisem lub obrazkiem szuflady, z których korzysta chory, pomoc w myciu się i ubieraniu) [3, 5, 6].

W wyniku progresji choroby, konsekwencji występowania zaburzeń w spostrzeganiu wzrokowo-przestrzennym, gdy chód chorego staje się niepewny, problemem są zaburzenia równowagi. Należy obserwować chorego, zadbać o zapewnienie mu bezpieczeństwa, poprzez wyeliminowanie czynników zewnętrznych (np. nieprzymocowane dywany, śliskie nawierzchnie, złe oświetlenie, uszkodzone progi itp.), mogących spowodować upadki i uszkodzenia ciała. Bardzo istotne w opiece jest także przystosowanie do zmniejszającej się sprawności chorego pomieszczeń, w których przebywa (m.in. zainstalowanie drabinek, poręczy, zabezpieczeń antypoślizgowych). Powinno się towarzyszyć choremu podczas dłuższych spacerów, zabezpieczając go w odpowiednie obuwie (dopasowane z gumową podeszwą) [6, 7].

Zachowania agresywne, to szczególnie uciążliwy i przykry problem pielęgnacyjny. Agresja pojawia się w najmniej oczekiwanych momentach w codziennym życiu chorego, może być spowodowana niezrozumieniem kontekstu sytuacyjnego lub nadmierną reakcją na coś, co się choremu nie podoba (np. ponaglanie do szybszego wykonania czynności). Jest konsekwencją postępującego procesu patologicznego, uszkadzającego określone struktury mózgowe odpowiedzialne za kontrolę procesów emocjonalnych, efektem obecności urojeń (np. zazdrości), omamów, narastającego zmęczenia fizycznego i psychicznego chorego – nierzadko stając się przyczyną nieporozumień z opiekunem [8, 9].

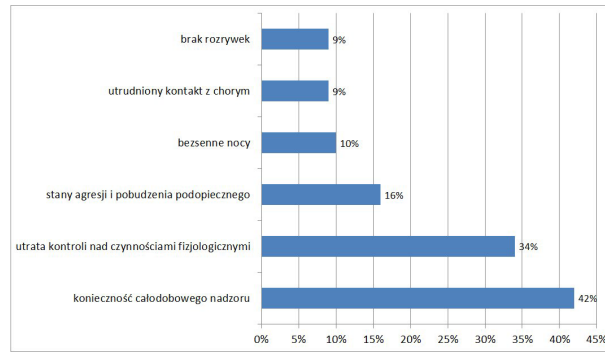
Skala zachowań agresywnych jest szeroka: od pobudzenia psychoruchowego poprzez agresję słowną, umyślne niszczenie przedmiotów, krzyk, agresję fizyczną [10]. Reakcje te są nieadekwatne i nieproporcjonalnie silne emocjonalnie do powodów, jakie je wzbudzają. Każdy wybuch agresji fizycznej stanowi zagrożenie dla chorego i jego opiekuna. W wielu sytuacjach, w celu zmniejszenia nasilenia zaburzeń agresywnych, konieczne jest zastosowanie leczenia farmakologicznego. Niedopuszczenie do pojawienia się reakcji agresywnych nie jest łatwe i z całą pewnością, nie zawsze uwieńczone powodzeniem [9].

W kontakcie z chorym bardzo ważny jest spokój, zapewnienie niezagrażającej atmosfery poprzez wyeliminowanie nadmiernej ilości bodźców ze środowiska (zbyt dużo hałasu, osób, zbędnych sprzętów), unikanie pośpiechu przy wykonywaniu różnych czynności. Zaplanowanie stałego porządku dnia z wykonywaniem najtrudniejszych zadań, kiedy chory jest jeszcze w formie, oraz nieprzemęczanie go, sprzyjają łagodzeniu stanów agresji [2].

### Izolacja społeczna i beczynność oraz obciążenie opiekuna.

Osoby cierpiące na chorobę Alzheimera są niesamodzielne i wymagają stałej opieki. Opiekunami są w większości dorosłe dzieci (ok. 53,6%) lub współmałżonkowie (ok. 39,8%). W sprawowanie opieki, angażowane są również instytucje państwowe i prywatne. W Polsce 92% chorych przebywa w domu od początku choroby do śmierci [11].

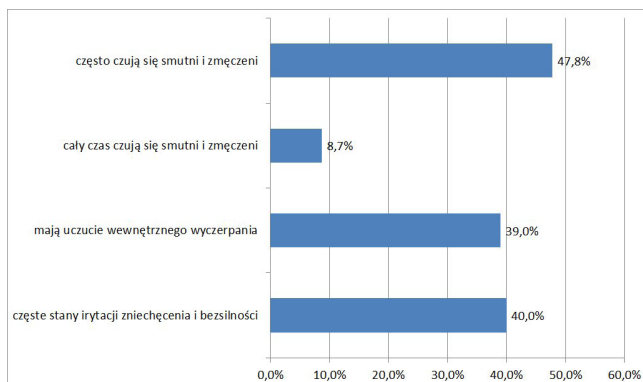
Wyróżnia się obciążenie obiektywne i subiektywne opiekuna. Obciążenie obiektywne, oznacza praktycznie problemy wynikające z zaburzeń zachowania chorego i przejawia się głównie koniecznością wykonywania za podopiecznego wielu czynności, których liczba zwiększa się wraz z postępem choroby. Jest również społeczną zmianą w życiu opiekuna w relacjach rodzinnych i zawodowych. Obciążenie subiektywne rozumiane jest jako reakcje emocjonalne opiekuna na sytuację opieki [12, 13].



**Wykres 1.** Największe problemy związane ze sprawowaniem opieki nad chorym z chorobą Alzheimera [11].

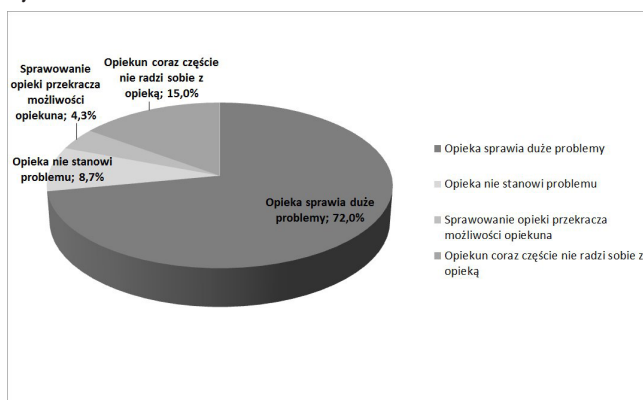
Osoby sprawujące opiekę nad chorym z chorobą Alzheimera, muszą konfrontować się nie tylko z emocjami podopiecznego, ale i własnymi. Są oni przeciążeni całodobową opieką i niedogodnościami, z jakimi się spotykają (np. niedostatek informacji na temat choroby i postępowania z chorym, przebywaniem w specyficznym klimacie, w którym pojawiają się halucynacje, dezorientacja, lęki i związana z tym złość) [14]. Ich wysiłek jest często niedostrzegany, rzadko mają możliwość odpoczynku i zregenerowania sił. Stała świadomość i obserwacja postępującego pogorszenia stanu chorego, świadomość obciążenia materialnego związanego z leczeniem i opieką, wpływają negatywnie na motywację i stan zdrowia opiekuna, i jego rodziny. Prowadzi do sytuacji stresowych, a niekiedy do depresji [1].

W Polsce problem chorych na chorobę Alzheimera jest ciągle mało dostrzegany, a ich rodziny często pozostawione są same sobie, co prowadzi do poczucia wyobcowania, samotności i pogorszenia jakości życia. Izolacja społeczna spowodowana jest wycofaniem się z życia towarzyskiego (z powodu braku wolnego czasu), rezygnacją z pracy, aby sprostać wymogom opieki, która jest związana z nieustanną troską o jakość życia chorego. Dlatego opiekun potrzebuje środowiska „bez choroby”, dającego przyjemne emocje i doznania intelektualne [8, 13]. Bardzo ważne jest wsparcie psychologiczne, odpowiednia wiedza z zakresu sposobów rozwiązywania problemów związanych ze spe-



Wykres 2. Stan psychiczny opiekunów [11].

cyfika choroby. Opiekun powinien jak najczęściej zwracać się o pomoc do innych osób, lekarza, stowarzyszeń alzheimerowskich [2].



Wykres 3. Radzenie sobie z opieką [11].

### Zaburzenia komunikacji, snu, wędrowanie.

Komunikowanie się to zjawisko bardzo powszechne, towarzyszące ludziom od początku istnienia. Jest ono warunkiem życia indywidualnego i społecznego [15].

Stopniowa utrata sprawności komunikacyjnej występuje u każdego chorego cierpiącego na chorobę Alzheimera. W miarę progresji choroby zaburzenia mowy narastają i zaczynają przybierać charakter afazji. Pacjent traci zdolność formułowania myśli, zapomina, jak stosować słowa i gesty. Upośledzona jest zdolność interpretowania symboli. Zaburzenia komunikacji występują pod postacią problemów ze zrozumieniem zdań, poleceń, przeczytaniem fragmentu tekstu, aż do całkowitego zatracenia zdolności słownego porozumienia się z otoczeniem [3, 8].

Usprawnianie komunikacji w chorobie Alzheimera to ważna sfera działań, a jej celem jest ułatwienie choremu wyrażania emocji względem otaczającego go środowiska. Wymaga to cierpliwości ze strony osoby komunikującej się i wiedzy dotyczącej problemów wynikających z sytuacji choroby [15]. Werbalne techniki wspomagające kontakt z chorym, to przede wszystkim dopasowanie tempa mówienia, używanie znanych słów,

skupienie się na rozmówcy i poświęcanie mu całej uwagi, używanie prostych bezpośrednich i konkretnych stwierdzeń, oraz unikanie kłótni [16].

Wypowiedzi werbalne należy cały czas wspierać niewerbalnymi środkami przekazu, które nabierają szczególnego znaczenia w miarę postępu choroby. Podstawowymi są informacje wzrokowe (np. uśmiech), dotyk wyrażany uściskiem dłoni, poklepanie, przytulenie – daje to choremu poczucie bliskości i bezpieczeństwa [16].

Osoby cierpiące na chorobę Alzheimera, często wykazują różnego typu zaburzenia snu (np. trudności w zasypianiu, częste wybudzanie w nocy, krótki sen). Rzadziej występuje hipersomnia, czyli nadmierna senność, objawiająca się przesypianiem większości doby, nawet podczas angażującej aktywności [8].

Bezsenność spowodowana jest przez wiele czynników, np. częste wypoczywanie w ciągu dnia, konieczność udania się do toalety, przykre i wzbudzające lęk marzenia senne, których chory nie potrafi odróżnić od rzeczywistości. Najlepszym sposobem radzenia sobie z problemem odwróconego rytmu dobowego jest zapewnienie choremu odpowiedniej dawki aktywności psychoruchowej w ciągu dnia, ograniczenie ilości spożytych płynów (zwłaszcza mocnej kawy, herbaty). Należy pamiętać, aby chory przed pójściem spać udał się do toalety [2].

Ważne jest także zapewnienie choremu bezpieczeństwa, podczas wędrówek nocnych, poprzez usunięcie z jego otoczenia zbędnych przedmiotów (np. dywaniki, krzesła, małe regały, stoliki), aby nie zrobił sobie krzywdy. Gdy chory nagle obudzi się w nocy próbując porządkować swoje otoczenie, należy spokojnie położyć go do łóżka. Uświadamianie chorego, że jest noc, pora wypoczynku lub agresywne podejście opiekuna nie przyniesie spodziewanych rezultatów [3].

Wędrowanie jest częstym zjawiskiem. Występuje u ok. 60% chorych w stosunkowo dobrym stanie zdrowia fizycznego. Potrzeba bezcelowego przemieszczania w bliższej lub dalszej przestrzeni jest wynikiem wewnętrznego niepokoju, halucynacji (chory widzi lub słyszy osoby go wołające) [8]. Może być także spowodowane poczuciem zagrożenia, nudą, potrzebą ruchu. Błądzenie, które jest skutkiem postępującej amnezji wstecznej, oddalanie się, ucieczki chorego stanowią poważny problem. Są przyczyną stresu zarówno dla opiekuna, jak i samego chorego. W celu zapewnienia bezpieczeństwa konieczne jest nadzorowanie chorego przez większość czasu, zapewnienie mu odpowiednich zajęć i aktywności w ciągu dnia [2].

### **Problemy pielęgnacyjne związane z żywieniem.**

W każdym okresie życia człowieka prawidłowe żywienie jest warunkiem utrzymania dobrego samopoczucia i stanu zdrowia. W chorobie Alzheimera nie stosuje się żadnej diety, żywienie nie ma wpływu na przebieg choroby, wykluczając współistniejące schorzenia (np. układu pokarmowego, trzustki, jelit) [17]. Ważne jest natomiast, jak w przypadku wszystkich starszych osób, aby dieta była urozmaicona i dostarczała niezbędnych składników odżywczych, witamin, mikroelementów, wspomagając tym samym działanie całego organizmu i przyczyniając się do lepszego codziennego funkcjonowania [18]. W badaniach przeprowadzonych w 1989 roku przez Morris'a i wsp. na pacjentach z chorobą Alzheimera stwierdzono, że 60% badanych spożywało mniejszą ilość pożywienia, 25% zwiększoną, a 33% zmieniło upodobania żywieniowe, 15% chorych próbowało zjadać przedmioty niejadalne [8]. Zmniejszenie ilości spo-

żywnych pokarmów wiąże się z mniejszym nasileniem otępienia, a przede wszystkim ze współistniejącą depresją. Wzrost przyjmowanego pokarmu wynika ze wzmożonego łaknienia. Odruch wkładania wszystkiego do ust jest następstwem pogłębiającego się stanu choroby [3]. Niedozżywienie i odwodnienie to najczęstszy problem pielęgnacyjny mogący nasilać niepokój chorego, oraz powodować dyskomfort, osłabiać odporność i zagrażać zdrowiu fizycznemu. Czynnikiem prowadzącym do utraty masy ciała jest niewystarczająca ilość przyjmowanych kalorii, trudności z żuciem i połykaniem, zły stan uzębienia, trudności w przygotowaniu i spożywaniu pokarmów, często też niedostateczny nadzór ze strony opiekuna. Istotny problem stanowią także zaparcia, spowodowane osłabieniem pasażu jelitowego [19].

W działaniach opiekuńczych, należy uwzględnić jakościowe i ilościowe zaspokojenie potrzeb żywieniowych. Powinno się jak najdłużej utrzymać samodzielność chorego przy spożywaniu posiłków, zapewnić spokój, a wszystko co go rozprasza (np. potrzeba skorzystania z toalety, telewizor) wyeliminować [3]. Posiłki podawać regularnie w mniejszych ilościach, a częściej (5-6 posiłków zamiast 3 dużych). Ważne jest, aby były one spożywane bez pośpiechu, ponieważ większość chorych potrzebuje znacznie więcej czasu na jedzenie. W żadnym wypadku nie powinno się zmuszać chorego do posiłku (może to być powodem zaburzeń zachowania, kończących się odmową jedzenia), a jedynie zachęcać, dyskretnie kontrolując. Posiłki należy podawać w nietłukących się naczyniach z pojedynczymi sztukami (ze względu na trudności samoobsługowe). Konieczne jest zwrócenie uwagi na odpowiednią ilość przyjmowanych płynów (2-3 l/ dobę), ponieważ nawet osoby z łagodnym otępieniem zapominają o picciu. Potrawy powinny być urozmaicone i odpowiednio przygotowane (rozdrobnione, pokrojone na małe kawałki), o odpowiedniej temperaturze, nie powinno podawać się ich zbyt gorących, gdyż chory może się poparzyć, unikać pokarmów składających się z różnych konsystencji (np. płatki kukurydziane z mlekiem) [17, 18]. Należy obserwować chorego podczas posiłku, zwracając uwagę na połykanie, gdyż chory może przetrzymać pokarm w ustach. Wynika to z zapominania, jak należy żuć i przelić (apraksja). W razie wystąpienia problemów z gryzieniem i połykaniem powinno się podawać zmiksowane, miękkie potrawy, niewymagające żucia (np. zmielone mięso, galaretki). Podczas krztuszenia się chorego, posiłki należy podawać małymi łykami (ok. 5 ml – łyżeczka od herbaty). W ostatnim stadium choroby Alzheimerza z powodu całkowitego zaniku odruchu połykania, chory jest odżywiany dojelitowo poprzez sondę żołądkową lub przetokę odżywczą bezpośrednio do żołądka. Leczenie i profilaktyka zaparcia opiera się na właściwej diecie zawierającej dużą ilość płynów i błonnika [17].

W chorobie Alzheimerza zalecana jest dieta lekkostrawna zawierająca dużą ilość błonnika i witamin. Niezbędnym składnikiem codziennego posiłku jest nabiał. Dwie szklanki mleka, najlepiej w postaci odtłuszczonego kefiru, jogurtu lub zsiadłego mleka, zaspokajają zapotrzebowanie na wapń. Inne produkty bogate w wapń to sery, ryby, orzechy, suszone owoce (np. figi) [18]. Choremu, który od wielu miesięcy lub lat nie wychodzi z domu, będzie brakowało witaminy D, która jest niezbędna do prawidłowej gospodarki wapniowej. Naturalnym źródłem tej witaminy są w szczególności jaja, masło, ryby, tran. W codziennej diecie nie może zabraknąć chleba z pełnego przemiału (razowy, graham), kasz, warzyw i owoców, które oprócz witamin i soli mineralnych dostarczają błonnika poprawiającego perystaltykę jelit [18].



Chory leżący powinien otrzymać pełnowartościowe, ale lekkostrawne posiłki. Z uwagi na małą ruchliwość chorych i często podeszły wiek, ich zapotrzebowanie kaloryczne jest mniejsze. Bardziej kalorycznej, przede wszystkim wysokobiałkowej diety, będzie wymagał chory, u którego pojawiają się odleżyny, lub choroba przebiega z gorączką [2].

### **Problemy pielęgnacyjne związane z higieną.**

W początkowych stadiach choroby Alzheimera, chory na ogół samodzielnie dba o higienę. W umiarkowanym i lekko nasilonym otępieniu obserwuje się zmianę nawyków higienicznych. Chory przestaje odczuwać potrzebę dbałości o swój wygląd, a wręcz nie chce się myć [3].

Mycie i kąpiel to problem, zarówno dla opiekuna, jak i chorego, związane jest to z wykonywaniem szeregu czynności stanowiących trudności fizyczne. Szczególnie w ostatnim okresie choroby, korzystanie nawet z bardzo dobrze wyposażonej łazienki jest trudne [2]. Kąpiel dla chorego oznacza nieprzyjemne doświadczenie dotyczące naruszenia jego intymnej sfery. Małe pomieszczenia i niejasne dla niego zamiary opiekuna wzbudzają lęk. Ok. 75% chorych reaguje agresywnie podczas prób nakłaniania ich do czynności higienicznych [3].

W związku z zanikiem umiejętności oceny temperatury przez chorego, dochodzi do poparzeń, często też zdarzają się upadki (np. pod prysznicem, lub kiedy pokonuje ściankę wanny, aby z niej wyjść) związane z ograniczeniami ruchowymi i zaburzeniami równowagi. Mycie się i ubieranie to czynności bardzo osobiste, ważna jest więc taktowna i zręczna pomoc opiekuna, a zakres pomocy, której potrzebuje chory, uzależniony jest od postępu choroby [20].

Powinno się zachęcać chorego do mycia się i kąpieli, jak najdłużej zachowując jego samodzielność. Należy przyzwyczajać go do codziennych, rutynowych czynności higienicznych, wykonując je w spokoju, w tej samej kolejności i o tej samej porze. We wczesnym i umiarkowanym etapie choroby, gdy chory pewnie utrzymuje się w pozycji stojącej, dobrze jest korzystać z kabiny prysznicowej (jest to wygodniejsze niż kąpiel w wannie) [2].

Mniej sprawnego chorego należy sadzać pod prysznicem na plastikowym krześle lub taborecie, pomóc w namydleniu się i opłukaniu. Do kąpieli w wannie, należy nie napełniać zbyt dużo wody, aby się w niej nie osunął i nie zakrztusił. Przez cały czas kąpieli należy dbać o bezpieczeństwo chorego (np. kontrolować temperaturę wody, uważać, aby się nie poślizgnął). Pomocne jest także stosowanie odpowiednich udogodnień (np. mat antypoślizgowych, uchwytów łazienkowych). Chorego, którego nie można przenieść do wanny należy myć w łóżku, używając gąbki lub myjki z materiału i miski z wodą. Idealnym rozwiązaniem jest specjalne ruchome łóżko kąpielowe [6].

Szczególną uwagę powinno się zwracać na intymne części ciała, gdyż jakiegokolwiek uszkodzenie skóry w tych miejscach jest bardzo bolesne i trudne do wyleczenia. Duże znaczenie ma staranne osuszanie i wycieranie ciała po kąpieli: okolice pod pachami, pachwiny, a u kobiet także pod piersiami powinno się zabezpieczyć przed odparzeniami, stosując puder niemowlęcy lub mąkę ziemniaczaną. Trzeba dbać, aby chory miał umyte i odpowiednio ostrzyżone i uczesane włosy, w przypadku mężczyzn by byli goleni, najlepiej golarką elektryczną (usuwając z jego otoczenia niebezpieczną brzytwę

lub żyletki). Należy także obcinać paznokcie u rąk i nóg, aby nie dopuścić w ten sposób do ich wrastania [5].

Bardzo ważny jest stan uzębienia chorego – utrzymanie zębów w czystości, daje lepsze samopoczucie i umożliwia uniknięcie wielu chorób, powodowanych przez zepsute zęby, czy chore dziąsła. Należy zwracać uwagę na protezy zębowe, czy chory je odpowiednio zakłada (złe założenie powoduje skaleczenia) i czy nie powstały odleżyny, po długotrwałym ich noszeniu. Chory powinien także regularnie odwiedzać stomatologa, jak długo będzie to możliwe i konieczne, i dopóki znieś wszystkie niezbędne zabiegi (np. usunięcie zęba, zrobienie odpowiednich nakładek i protez). Gdy chory odmawia noszenia protez, nie należy go do tego zmuszać [2].

Niekontrolowanie zwieraczy jest jednym z objawów zaawansowanego zespołu otępiennego. Oddawanie moczu i stolca poza ubikacją wynika z zaburzeń orientacji przestrzennej. Nie mogąc trafić do toalety, chory załatwia swoją potrzebę np. w kącie pokoju, zachowania takie są szczególnie częste w nocy. Pielęgnacja chorego z nietrzymaniem moczu i stolca wymaga od opiekuna wytrwałości i konsekwencji [3]. Czasem chory nie potrafi przekazać, że odczuwa potrzebę fizjologiczną. Należy go więc obserwować, aby stwierdzić, w jaki sposób sygnalizuje potrzebę i móc odpowiednio reagować. Skuteczne jest przyzwyczajanie chorego do korzystania z toalety w stałych odstępach czasu (np. co 3 godziny). Pomocne jest stosowanie pieluchomajtek i wkładów jednorazowego użytku, a gdy nie ma innego rozwiązania należy wprowadzić cewnik do pęcherza moczowego (na zlecenie lekarza) [20].

Łóżko powinno być tak przygotowane, aby chory nie mógł zamoczyć materaca i w sposób, który umożliwiłby łatwą zmianę pościeli. Wskazane jest zakładanie pod prześcieradło gumowego podkładu. Można również zastosować mikroporowatą folię ochronną na pościel. Folia ta przepuszcza powietrze, nie przenika jednak przez nią wilgoć. Użyteczne są także tkaniny jednorazowego użytku [5].

### **Problemy pielęgnacyjne w ostatnim stadium choroby.**

Pomimo najważniejszej nawet opieki, w ostatnim stadium choroby Alzheimera przychodzi moment, w którym chory przestaje chodzić. Moment ten, może przyspieszyć choroba somatyczna (np. zapalenie płuc, biegunka i towarzyszące jej osłabienie), w trakcie której chory zostaje unieruchomiony w łóżku, przyjmując pozycję coraz bardziej zbliżoną do płodowej. Pozycja horyzontalna powoduje chęć wyłączenia, i tak już mocno zaburzonych chorobą, funkcji poznawczych [2].

Opieka nad chorym leżącym wiąże się z koniecznością przemieszczania go w obrębie łóżka, a brak wiedzy na temat podstawowych zasad, obowiązujących podczas wykonywania tych czynności, może skutkować ogromnym przeciążeniem i urazami kręgosłupa u opiekuna, a chorego narażać na dyskomfort i ból [21].

Najtrudniejszym problemem w opiece nad chorym leżącym jest zapobieganie odleżynom i przykurczom mięśniowo-stawowym. Wymaga to spełnienia wielu warunków, m.in. właściwego odżywiania, nawodnienia, eliminacji długotrwałego ucisku, tarcia o powierzchnię oraz przestrzegania zasad bezpiecznego przemieszczania chorego. Systematyczna zmiana pozycji ciała, większa liczba zabiegów higienicznych z powodu nietrzymania moczu i stolca, zabezpieczenie skóry przed zanieczyszczeniem i maceracją jest koniecznością [5].

Łóżko jest miejscem, w którym chory spędza większość lub cały czas, w ciągu doby, ale jest to także sprzęt, przy którym pracuje osoba opiekująca się chorym. Dla obu wymienionych osób, powinno być ono wygodne i bezpieczne. Najlepiej sprawdzają się tzw. łóżka ortopedyczne z elektrycznym zasilaniem. Jest tam możliwość regulowania pilotem zarówno wysokość łóżka (co jest szczególnie ważne, ze względu na ochronę kręgosłupa osoby opiekującej się), jak też położenia jego poszczególnych segmentów. Unoszony podglówek służy jako oparcie, podczas zmiany pozycji chorego (jest to ważne w czasie karmienia). Łóżko posiada także blokowane kółka, co ułatwia dojście do chorego z dwóch stron podczas wykonywania zabiegów higienicznych. Wyposażone jest też w ruchome bariereki zabezpieczające chorego przed niekontrolowanym wypadnięciem [21].

Przy pielęgnacji chorego leżącego niezbędny jest materac przeciwoodleżynowy, zmiennociśnieniowy. Chorego najlepiej przykrywać lekkim kocem lub kołdrą, którą jest łatwo utrzymać w czystości i który można często prać. Bielizna pościelowa i osobista powinna być wygładzona, gdyż wszelkie załamania mogą powodować zaczerwienienia i pęcherze. Kilka razy dziennie należy chorego masować, nacierać spirytusem i oklepywać mu plecy (zapobiega to nie tylko odleżynom, ale i zapaleniu płuc). Pocenie chorego można znacznie zmniejszyć, ubierając go w bawełnianą bieliznę i układając go w bawełnianej pościeli [2].

U chorego leżącego, zwłaszcza w bezruchu, odleżyny powstają błyskawicznie. Najlepszym rozwiązaniem jest ułożenie go w pozycji półwysokiej, ponieważ nie powoduje to dużego ucisku na okolicę krętarzy i kostek. Korzystne jest także układanie na brzuchu, z głową odchyloną na bok, gdyż siła ciężkości prostuje stawy biodrowe i kolanowe, niwelując przykurcze mięśniowo-stawowe. Ułożenie chorego należy zmieniać co najmniej w odstępach dwugodzinnych, a jeżeli wystąpi zaczerwienienie skóry w miejscach narażonych na odleżyny, przekładać go częściej. Skóra w tych miejscach powinna zostać odsłonięta, wolna od ucisku i sucha. Ustępowaniu tej zmiany przyspieszy delikatny masaż, poprawiający krążenie krwi [5]. Zalecane jest także stosowanie kremu Sudocrem, maści Alantan lub Bepanten.

Przy zmianie pozycji chorego pomocne są maty i rękawy do ślizgowego przemieszczania pacjentów. Należy uważać, aby jakaś część ciała chorego nie była nadmiernie obciążona lub uciśnięta, najlepiej przesuwając go przytrzymując obie nogi razem, jedna zabezpiecza wtedy drugą przed złamaniem. Używanie łatwoślizgów wymaga od opiekuna niewielkiego wysiłku fizycznego, a ponadto znacznie ogranicza ból, jaki odczuwa chory przy przemieszczaniu [20]. Konieczne jest także stosowanie różnego kształtu klinów, wałków, podpórek i poduszeczek (dobre efekty przynosi stosowanie podkładek z naturalnego lub sztucznego futra, powodując dobrą amortyzację oraz uczucie miękkości i ciepła), wspomagających prawidłowe ułożenie i chroniących części ciała przed wzajemnym uciskiem [5].

Choroba Alzheimera jest najczęstszą postacią otępienia, w której nie istnieją żadne pewne metody zapobiegania, a rozwinięte objawy choroby są wynikiem wielu lat jej ukrytego przebiegu. Jest to choroba nieuleczalna, uniemożliwiająca codzienne funkcjonowanie. Leczenie polega jedynie na łagodzeniu objawów, a nie na hamowaniu jej rozwoju. Odpowiednimi działaniami opiekuńczymi można złagodzić przebieg choroby, a odpowiednie pielęgnowanie nie dopuszcza do drastycznego pogorszenia się

jakości życia chorego, a tym samym osoby opiekującej. Opieka nad chorym z chorobą Alzheimera jest poświęceniem, próbą cierpliwości w zmaganiach z problemami.

Dlatego wydaje się, że pewne wiadomości zawarte w tym opracowaniu pozwolą na zrozumienie trudności wynikających z opieki w tej jednostce chorobowej i przyczynią się do podejmowania odpowiednich, ukierunkowanych na dany problem, działań opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

### **Piśmiennictwo:**

1. Kaczmarek M. i wsp., Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera, *Gerontologia Polska* nr 2, tom 18, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2010.
2. Parnowski T. i wsp., *Choroba Alzheimera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Schwarz G., *Choroba Alzheimera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
4. Lipińska J., Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym, *Blżej Alzheimera*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2000.
5. Galus K., *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 1998.
6. Wieczorowska-Tobis K. i wsp., *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
7. Grabowska D., *Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Alzheimera*, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* nr 1, Wydawnictwo Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2001.
8. Jankiewicz A. i wsp., *Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera*, Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, Poznań 2008.
9. Sadowska A., *Agresywne zachowania chorych na Alzheimera*, *Niebieska Linia* nr 6, Wydawnictwo Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.
10. <http://www.alzheimer.pl/> (dostęp 23.03.2011 r.)
11. Gustaw K. i wsp., *Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją – potrzeba pomocy społecznej*, *Przegląd Lekarski* nr 6, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
12. Kosek-Nita B. i Raś D., *Kontakty z ludźmi innymi jako problem wychowania, opieki i resocjalizacji*, Wydawnictwo Uniwersytet Śląski, Katowice 2000.
13. Syrek E., *Jakość życia w chorobie*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2001.
14. Sadowska A. i wsp., *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera*, *Poradnik dla opiekunów*, Wydawnictwo Polskie Stowarzyszenie Pomocy osobom z chorobą Alzheimera, Warszawa 1998.
15. Wilczek-Rużyczka E., *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
16. Domagała A., *Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2008.
17. Biercewicz M. i wsp., *Pielęgniarstwo w geriatryi*, Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2006.

18. Gajewska D., 51 zaleceń dietetycznych w wybranych stanach chorobowych, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
19. Szczudlik A. i wsp., Choroba Parkinsona – leczenie farmakologiczne i rehabilitacja, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
20. Mace N.L., Rabins P.V., 36 godzin na dobę, Wydawnictwo MediPage, Warszawa 2005.
21. Ślusarska B. i wsp., Podstawy pielęgniarstwa, Tom II. Wybrane działania pielęgniarские, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.



# Rola i znaczenie zespołu terapeutycznego dla chorego z chorobą Alzheimera

*Renata Urbańska*

Ocenia się, że obecnie na wszystkich kontynentach z powodu demencji cierpi 36 milionów ludzi. Szacuje się, że w 2030 roku będzie ich 66 milionów. Wg biuletynu Polskiego Towarzystwa Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, na świecie 36 milionów ludzi cierpi z powodu otępienia, do 2025 r. liczba ta podwoi się, a w 2050 r. wyniesie 115 milionów. Na świecie na chorobę Alzheimera cierpi ponad 116 milionów ludzi, natomiast w Polsce około 250 tysięcy osób [1]. Te liczby nie pozwalają czekać, każą działać już dziś, jak najszybciej, aby teraz i w przyszłości poradzić sobie z tym ogromnym społecznym problemem.

Aby to zrealizować należy uwzględnić następujące zasady: promować świadomość i zrozumienie dla choroby Alzheimera, respektować prawa człowieka, które również przysługują chorym, uznawać wiodącą rolę opiekuna rodzinnego, zapewnić dostępność usług zdrowotnych i socjalnych dla chorych. Należy podkreślić też rolę wczesnej diagnozy i działać na rzecz zapobiegania chorobie Alzheimera poprzez poprawę jakości leczenia publicznego.

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępienia. Ryzyko zachorowania wzrasta po 65 roku życia, jednak dane statystyczne wskazują, że coraz częściej schorzenie to ujawnia się również u osób młodszych. Wg rocznika statystycznego z 2007 roku, w 1950 roku 8% populacji stanowiły osoby powyżej 60 r. ż. Obecnie jest ich 21% więcej, czyli blisko 6 milionów seniorów, a prognozy przewidują, że w roku 2050 będzie ich blisko 11 milionów, co stanowić będzie 35,6% populacji [2].

Dnia 6 lutego 2009 roku Parlament Europejski przyjął pisemną Deklarację w sprawie priorytetów w walce z chorobą Alzheimera. Europosłowie wzywają w niej Komisję Europejską i państwa członkowskie do uznania choroby Alzheimera za priorytet zdrowia publicznego w Europie oraz do opracowania Europejskiego Planu Działania. Duży nacisk położono na to, by wspierać badania naukowe, poprawić dostęp do wczesnej diagnozy, podnieść jakość życia, przygotować opiekunów. Deklaracja podkreśla znaczenie organizacji alzheimerowskich i domaga się wspierania ich działań [3]. Według organizacji, Europejski Plan Działań na rzecz osób z otępieniem powinien uwzględniać:

dostarczenie opiekunom wyczerpujących informacji na temat otępień, zapewnienie dostępu do usług i leczenia, opracowanie pełnego i elastycznego zakresu usług, który byłby przystosowany do zmieniających się potrzeb chorych z otępieniem, zapewnienie odpowiednich szkoleń, które umożliwią opiekunom wykonywanie ich obowiązków. Wg oświadczenia pisemnego Parlamentu Europejskiego „mając na uwadze, że choroba ta jest pierwszym powodem uzależnienia od innych osób; mając na uwadze, że w dziedzinie badań naukowych, zapobiegania i ochrony społecznej największe znaczenie ma zaangażowanie polityczne zwraca się do Rady, Komisji i rządów państw członkowskich o uznanie choroby Alzheimera za priorytet zdrowia publicznego w Europie i o opracowanie europejskiego planu działań mającego na celu: promowanie ogólnoeuropejskich badań naukowych w zakresie przyczyn choroby Alzheimera, zapobiegania jej i leczenia, poprawę wczesnego diagnozowania, uproszczenie formalności dla chorych i osób opiekujących się nimi, promowanie poprawy jakości życia, roli stowarzyszeń działających w zakresie choroby Alzheimera i przyznanie im regularnego wsparcia” [3].

### **Skład zespołu terapeutycznego.**

Zajmowanie się osobą z chorobą Alzheimera nie jest łatwe. Ważne jest wsparcie najbliższej rodziny, przyjaciół. Potrzebna jest także pomoc ze strony zespołu terapeutycznego, który tworzą profesjonalści. Ważne też w opiece nad chorym z chorobą Alzheimera jest wsparcie opiekunów.

Wg „Poradnika dla opiekunów” zespół opiekuńczy tworzą: lekarz, odpowiedzialny za leczenie osoby chorej (lekarz rodzinny, neurolog, lub specjalista zajmujący się chorobami mózgu, bądź psychiatra); pracownik społeczny, który może pomóc w prowadzeniu dokumentów i długoterminowym planowaniu opieki; pielęgniarki, terapeuci oraz pomoc domowa, zapewniający opiekę osobie chorej; lokalne grupy wsparcia (oddziały stowarzyszeń alzheimerowskich) oferujące poradę i wsparcie [4].

Całokształt pomocy choremu z otępieniem musi uwzględniać działania medyczne, socjalne, psychologiczne i dotyczyć nie tylko samego pacjenta, ale również jego rodziny i opiekunów.

Chorzy z chorobą Alzheimera poddani są kompleksowej opiece zespołu terapeutycznego, który na różnych etapach choroby ma do spełnienia określone funkcje i zadania. Zespół terapeutyczny, który tworzą specjaliści i fachowcy w dziedzinie opieki nad chorymi z zaburzeniami pamięci, zapewniają fachową i wszechstronną pomoc, której pacjent z tego typu schorzeniem musi być poddany. Chory na chorobę Alzheimera zależnie od etapu choroby wymaga coraz to większej opieki, przystosowania środowiska, w którym żyje i całego otoczenia. Współpraca całego zespołu pozwala na stworzenie otoczenia przyjaznego choremu, a tym samym pomaga jego bliskim poradzić sobie z problemami dnia codziennego.

Wg Nancy L. Mace pacjent i jego opiekun będą potrzebować lekarza, który dobierze i przepisze właściwe lekarstwa, odpowie na szereg pytań związanych ze stanem pacjenta, oraz podejmie leczenie współistniejących chorób. Lekarzem tym nie musi być specjalista, który postawił diagnozę, może nim być np. lekarz rodzinny czy geriatra. Jeśli jednak zajdzie taka potrzeba powinien on podjąć współpracę z neurologiem bądź psychiatrą. Lekarz, który został wybrany do opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera powinien chcieć i potrafić poświęcić wystarczająco dużo czasu choremu i jego opie-



kunom, posiadać bieżącą wiedzę na temat otępień, zaburzeń świadomości, podatności pacjentów na inne schorzenia oraz wrażliwości na leki, być łatwo dostępnym, a jeśli zajdzie taka potrzeba, mieć możliwość skorzystania z pomocy terapeutów, pracowników socjalnych, lub innych specjalistów [5].

Kolejnym ogniwem w zespole terapeutycznym jest pielęgniarka, która współpracuje z lekarzem, koordynuje pracę opiekuna, czuwa nad zapewnieniem choremu jak najlepszych warunków opieki. Obserwuje zachodzące zmiany w stanie pacjenta, o których informuje lekarza rodzinnego i innych współpracowników zespołu terapeutycznego. Rola pielęgniarki polega na wsparciu opiekuna (rodziny), doradztwie i podtrzymywaniu na duchu. Podczas sprawowania opieki i rozmowy z opiekunem potrafi dostrzec problemy związane z opieką nad chorym i udzielić pomocy w ich rozwiązaniu. Wg „Poradnika dla opiekunów” może nauczyć, jak radzić sobie w różnych sytuacjach, na przykład podczas kąpieli, karmienia, niespodziewanych reakcji chorego, przy obsłudze przyrządów z otoczenia chorego. Powie i pouczy kiedy i jak podawać leki, jak rozpoznać czy lek działa właściwie. Pielęgniarka powinna mieć możliwość przyścia do domu i oceny stanu pacjenta, zaproponowania rozwiązań usprawniających funkcjonowanie pacjenta i zmniejszających jego wysiłek [5].

Pracownik socjalny, to osoba, która wykazuje połączenie różnych umiejętności: posiada wiedzę, gdzie i jak uzyskać pomoc, potrafi ocenić sytuację oraz potrzeby i w konsekwencji znaleźć skuteczne rozwiązania. Pracownicy socjalni są profesjonalistami, których umiejętności wyszukiwania źródeł pomocy nie da się przecenić. Potrafią oni także udzielać rodzinom praktycznych rad, pomagać w ustaleniu planów na przyszłość, radzić sobie z nieporozumieniami pojawiającymi się w trakcie sprawowania opieki [5].

Kolejnym ogniwem zespołu terapeutycznego są terapeuci i rehabilitanci. Ich zadaniem jest utrzymanie jak najdłużej sprawności fizycznej i umysłowej poprzez stosowanie odpowiednich form leczenia. Głównym narzędziem terapii jest „odpowiednia opieka i utrzymanie go w aktywności”. Poprzez odpowiednio dobrane formy terapii, wydłuża się okres postępowania choroby i spowalnia jej przebieg [4].

Zespół terapeutyczny tworzony jest przez specjalistów różnych dziedzin, których wsparcie wiedzą i profesjonalizmem jest niezbędne w sprawowaniu opieki nad osobą z chorobą Alzheimera i wsparciu jego bliskich. Każde ogniwo tego zespołu ściśle ze sobą współpracuje tworząc całość opieki. Tylko tak zorganizowana opieka może zaspokoić potrzeby chorych na Alzheimera i pomóc ich bliskim zmierzyć się z jej skutkami. Zespół terapeutyczny w zależności od napotykanych problemów ma możliwość korzystania z doradztwa i konsultacji innych specjalistów zarówno w zakresie opieki medycznej jak też innej [4].

Istotnym ogniwem terapeutycznym w sprawowaniu opieki nad chorym z chorobą Alzheimera jest opiekun. Wraz z narastaniem zaburzeń funkcji poznawczych chorego rośnie rola jego opiekuna, bez którego z czasem nie jest on w stanie samodzielnie funkcjonować. Pacjent na tym etapie choroby musi mieć stałą opiekę. Główny opiekun chorego, to najczęściej członek rodziny: w 85% przypadków dziecko, w 36% przypadków współmałżonek, sąsiad lub znajomy w 4% przypadków [6]. Opiekun jest osobą najbliższą choremu, spędza z nim najwięcej czasu i jest odpowiednio przygotowany do sprawowania tej opieki – potrafi współpracować z resztą zespołu terapeutycznego. Rola opiekuna ma bardzo istotne znaczenie w początkowej fazie choroby, kiedy

to chory może uczestniczyć w czynnościach życia codziennego pod okiem opiekuna. Chory może być wtedy jeszcze bardzo samodzielny, co pozwala na uczestniczenie w wykonywaniu codziennych czynności. Wspólne spędzanie czasu, wykonywanie prostych prac domowych, to wszystko wpływa na dłuższe utrzymanie pacjenta w lepszej formie psychicznej i fizycznej [6].

Bardzo ważne dla zdrowia chorego jest utrzymanie go w ciągłym ruchu (na ile ewentualnie inne schorzenia na to pozwalają), może to być prosta nieforsowna gimnastyka, spacer, wizyty u znajomych, słuchanie muzyki, która na chorych z Alzheimerem działa kojąco i uspokajająco. Chorych na Alzheimera w początkowym stadium choroby warto zabierać do kina, teatru, na koncerty. Osobom wierzącym należy zapewnić odbywanie praktyk religijnych. Ważnym sposobem ćwiczenia pamięci chorego jest zapewnianie mu różnych zajęć intelektualnych i manualnych, czytanie, rozmowa, pomaga mu to w odnajdywaniu się w rzeczywistości. Ważnym czynnikiem w walce z chorobą Alzheimera jest ruch. Ma on na celu utrzymanie jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej jak i zapobieganie powikłaniom. Stosunkowo niewielkim wysiłkiem można zrobić wiele, by podtrzymywać aktualny stan zdrowia chorego i nie dopuścić do gwałtownego rozwoju choroby. Rehabilitacja ruchowa i intelektualna są ważnym elementem w leczeniu osób z chorobą Alzheimera [4].

### **Metody i techniki terapii dla osób z chorobą Alzheimera.**

Rehabilitacja ruchowa i intelektualna jest ważnym elementem w leczeniu osób z chorobą Alzheimera. Jako metody nefarmakologiczne odgrywają istotną rolę w podtrzymywaniu aktywności chorego, a przede wszystkim zmniejszają stres i poprawiają jakość życia [7]. Rehabilitacja wymaga specjalistycznego, indywidualnego podejścia do pacjenta, uwzględniającego wiele czynników wpływających na jego aktualny stan. Ma na celu utrzymanie jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej, zapobieganie powikłaniom.

Wg „Poradnika dla osób dotkniętych chorobą Alzheimera” cechą osób chorych jest postępujące osłabienie funkcji poznawczych oraz ogólnej percepcji zmysłowej. Ponadto coraz większe ograniczenie funkcjonalne i intelektualne sprawiają, że u chorych występuje osłabienie kondycji, osłabienie wydolności organizmu, a także zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, oraz równowagi. Konsekwencje tych zjawisk można ograniczyć włączając swoich podopiecznych do odpowiednio dobranego programu rehabilitacyjnego [7].

Fizjoterapia ma za zadanie utrzymanie dobrej kondycji fizycznej, dzięki wzmocnieniu siły mięśni, zwiększeniu zakresu ruchu w stawach, poprawę krążenia, przeciwdziałanie zaburzeniom równowagi i upadkom. Ponadto aktywny styl życia zmniejsza wystąpienie takich objawów jak: niepokój, pobudzenie i bezwiedne przemieszczanie się, a także stymuluje pracę jelit, poprawia jakość snu. Ćwiczenia powodują zwiększone wydzielanie przez organizm substancji będących substytutami leków antydepresyjnych [7].

Rehabilitacja jest niezbędnym uzupełnieniem leczenia farmakologicznego, maksymalnie wykorzystującym potencjalne możliwości pacjenta podtrzymujące samodzielne funkcjonowanie, np. ćwiczenia mięśni miednicy umożliwiają większą kontrolę zwieraczy, ćwiczenia kończyn dolnych – lepsze i sprawniejsze przemieszczanie się, natomiast

ćwiczenie kończyn górnych – samodzielność, która przejawia się w takich czynnościach jak ubieranie czy jedzenie [7]. Wg M. Buraczyk, fizjoterapeutki, rodzaj ćwiczeń powinien sprawiać instruktorowi i choremu przyjemność. Warto zacząć od prostych ruchów, a następnie przejść do tych bardziej złożonych, wydłużając tym samym czas rehabilitacji. Należy zadbać o atrakcyjność ćwiczeń, włączając coraz więcej przyrządów dodatkowych, takich jak: kije, piłki, szarfy. Polecenia powinny być krótkie, zrozumiałe, pobawione terminologii medycznej. Zajęcia powinny trwać około 45 minut, na bieżąco obserwujemy jednak stan chorego i oceniamy jego stopień zmęczenia [7].

Bardzo ważne jest, by ćwiczenia nie były zbyt forsowne a podopieczny nie odczuwał bólu. Cierpienie powoduje odmowę współpracy, może prowadzić do agresji, a w konsekwencji do zniechęcenia i wrogości. Po zakończeniu terapii zawsze chwalimy chorego, by czerpał zadowolenie z dobrze i starannie wykonanej pracy. Wg R. Knaś ćwiczenia fizyczne, a co za tym idzie rehabilitacja, powinny być odpowiednio dobrane do fazy choroby. Z punktu widzenia fizjoterapii możemy podzielić je na trzy rodzaje – ćwiczenia w: lekkich zaburzeniach, zaburzeniach ciężkich i głębokim otępieniu [8].

W zaburzeniach lekkich pacjenci nie odbiegają od normy. Pojawiają się zaburzenia w zapamiętywaniu i koncentracji uwagi. W tym stadium choroby wykorzystujemy wszelkie formy rehabilitacji ruchowej. Przy prawidłowym instruktazie i ciekawej formie terapii pacjent wykona wszystkie ćwiczenia. Układając ćwiczenia dla tej grupy chorych, śmiało możemy stwierdzić, że staramy się traktować tę grupę jako ludzi starszych, a nie chorych. Bardzo dobrze na tym etapie choroby sprawdzają się gry i zabawy ruchowe. Ważne, by rehabilitację ruchową połączyć z muzyką, która jest nieodzowną formą terapii ruchu oraz terapii zajęciowej, co pozwoli na utrzymanie względnie dobrego stanu chorego przez kilka lat i zapobiegnie jego gwałtownemu pogorszeniu. W tej fazie bardzo dobrze wpływa na podopiecznych kontakt z innymi ludźmi, współzawodnictwo, dialogi uchronią przed depresją wycofaniem i izolacją [9].

W ciężkich zaburzeniach występuje nasilenie stanów depresyjnych, przy jednoczesnej skłonności do zmiany nastrojów. Występuje brak kontroli nad fizjologią organizmu, skłonność do agresji, a przede wszystkim znaczne ograniczenie sprawności ruchowej i intelektualnej. Pacjent często ma potrzebę chodzenia, przy czym chód jest spowolniony, kroki małe, a wzmożone napięcie mięśniowe wywołuje sztywność całego ciała. Sylwetka jest charakterystycznie pochylona, stawy kolanowe i łokciowe są przykurczone, a twarz ma „maskowaty” wyraz. Na tym etapie ważne są ćwiczenia indywidualne, najlepiej na materacu. Należy skupić się nie tylko na mięśniach przykurczonych, ale także nad ruchomością innych stawów i obręczy. Poprzez ćwiczenia rozluźniamy napięcie w organizmie, zazwyczaj także zmęczony pacjent jest spokojniejszy, dzięki czemu lepiej śpi [9].

W głębokim otępieniu pacjent traci kontakt z rzeczywistością. Nie rozumie mowy i sam nie mówi. Następuje pełna utrata świadomości i umiejętności. Najczęściej jest to osoba leżąca, często bez jakiegokolwiek kontaktu. Wg M. Buraczyk rehabilitacja w tej fazie choroby polega tylko na ćwiczeniach biernych (wykonywanie ruchu odbywa się przy pomocy osoby trzeciej). Wykonujemy wtedy ruchy we wszystkich stawach do granicy bólu, którą możemy wyczuć, odczuwając opór bądź wyczytać z mimiki chorego. Skupiamy się przede wszystkim na ćwiczeniach kończyn dolnych, zapobiegając w ten sposób zakrzepom bądź niewydolności krążenia. Bardzo ważne są pozycje złożeniowe,

częsta zmiana pozycji, sadzanie, pionizacja, układanie kończyn dolnych nieco wyżej niż tułów [7].

Terapia osób z chorobą Alzheimera musi łączyć usprawnianie fizyczne z ćwiczeniami umysłu. Żeby efektywnie trenować umysł i jak najdłużej zachować pamięć należy to robić pod okiem fachowej kadry terapeutycznej, która dobierze formy terapii do stopnia zaawansowania choroby i obecnego stanu pacjenta. Zapamiętywanie i odtwarzanie z pamięci jest bardzo złożonym procesem, polegającym na przetwarzaniu, sugerowaniu oraz kodowaniu informacji. W ujęciu neuropsychologicznym, pod powszechnie rozumianym pojęciem „pamięć” kryje się wiele składowych, określonych „funkcjami”, lub „procesami poznawczymi”. Należą do nich: uwaga, koncentracja, pamięć operacyjna, pamięć krótkotrwała, pamięć długotrwała, funkcje językowe, myślenie abstrakcyjne, procesy wzrokowo przestrzenne, funkcje wykonawcze. Każdy z tych elementów może być trenowany i rozwijany. Nie ćwiczone słabnie, czego efektem jest pogorszenie ogólnej sprawności intelektualnej [7].

**Celem badań** było ukazanie roli pełnionej przez zespół terapeutyczny w odniesieniu do osoby chorej na chorobę Alzheimera i określenie znaczenia działań zespołu terapeutycznego, mających wpływ na rozwój i postęp choroby.

Hipoteza badawcza zakłada, że:

1. Zespół terapeutyczny odgrywa ważną rolę w leczeniu pacjentów z chorobą Alzheimera.
2. Terapia odgrywa zasadnicze znaczenie dla spowolnienia procesu chorobowego, ogranicza skutki choroby, zapobiega powikłaniom.
3. Rehabilitacja w chorobie Alzheimera jest niezbędnym uzupełnieniem procesu leczenia farmakologicznego.

Badania przeprowadzone zostały w oparciu o metodę obserwacji oraz analizę dokumentów, jako technikę uzupełniającą.

Populację generalną stanowili mieszkańcy domu opieki społecznej (196 osób), natomiast grupę reprezentacyjną – 35 osób z potwierdzonym rozpoznaniem choroby Alzheimera.

Miejscem przeprowadzonych badań był Dom Pomocy Społecznej dla Kombatan-tów w Zielonej Górze, który mieści się na ulicy Lubuskiej 11. Dom zamieszkiwany jest przez 196 pensjonariuszy w różnym wieku, najmłodszy ma 38 lat, najstarszy 103 lata. Ich stan zdrowia jest bardzo zróżnicowany, większość osób wymaga jednak opieki całodobowej. Spośród tych mieszkańców, 35 osób ma stwierdzoną chorobę Alzheimera, na różnym poziomie zaawansowania. Są to pacjenci, którzy trafili do domu opieki w różnych stadiach choroby Alzheimera. Niektórzy z nich przebywają od kilku miesięcy do kilku lat. Pacjenci z chorobą Alzheimera znajdują się w przedziale wiekowym od 54 lata do 98 lat. Zostali oddani do domu opieki, ponieważ sprawiali trudności opiekuńcze, wymagali całodobowej opieki, troski, nadzoru i fachowej opieki medycznej i terapeutycznej, nie mogli samodzielnie funkcjonować.

Pacjenci z chorobą Alzheimera, którzy systematycznie uczestniczą w terapii skierowanej na utrzymanie ich zdolności do wykonywania prostych codziennych czynności wykazują przez dłuższy czas zdolność do wykonywania tych czynności. Terapia ma na celu wyuczenie i utrwalanie prostych czynności dotyczących samoobsługi (korzystanie z toalety, czynności higieniczne, ubieranie, spożywanie posiłków itp.).

Czuwanie nad stanem chorego przez cały zespół terapeutyczny zapewnia mu wszechstronną opiekę, zapewnia wielokierunkowe oddziaływanie w różnych sferach jego funkcjonowania. Terapia łagodzi przebieg choroby Alzheimera, spowalnia jej przebieg i łagodzi skutki. Współpraca z rodziną osoby z chorobą Alzheimera uczy i przygotowuje jego bliskich na kolejne etapy choroby. Pacjenci poddani systematycznym działaniom zespołu terapeutycznego dłużej zachowują sprawność intelektualną, fizyczną i umysłową. Pozostawieni samym sobie szybko się uwstecniają w najprostszych czynnościach, szybko tracą kontakt z otoczeniem, a izolowani zamykają się we własnym świecie bezpowrotnie.

Zauważono, że pacjenci przebywający sami w domu szybciej tracą zdolność samoobsługi i kontakt z otoczeniem. Terapia nie przywraca utraconych zdolności, a tylko w minimalnym stopniu pozwala na wykonywanie pewnych czynności. Wymaga to jednak dużo ciężkiej i systematycznej pracy. Pacjenci, którzy przebywali w rodzinie, dłużej zachowują sprawność fizyczną i umysłową.

Pacjent przez cały czas przebywa pod kontrolą lekarza rodzinnego, który zna jego zachowania, stan zdrowia i w razie potrzeby może szybko reagować na zmiany zdrowotne. W razie potrzeby odbywają się konsultacje lekarza psychiatry lub innych specjalistów.

Ważną rolę pełni też pracownik socjalny. Z obserwacji i analizy dokumentacji wynika, że jest on osobą, która dba o sprawy socjalno bytowe pacjenta. Wspomaga rodzinę w procesie leczenia. Pacjent do domu opieki społecznej trafia na różnym etapie choroby Alzheimera. Ważne jest dokładne poznanie stanu pacjenta, jego sytuacji rodzinnej, by dostosować odpowiednią terapię i wiedzieć jak z nim postępować. Terapia musi być dostosowana indywidualnie.

Z obserwacji wynika, że dobrze dobrane metody i indywidualna opieka dłużej utrzymują pacjenta w lepszym stanie biologicznym i społecznym.

Z analizy dokumentacji wynika, że pacjenci, którzy przebywali w domu sami, a opiekun przychodził i pomagał w niektórych czynnościach byli bardziej dementywni, a obserwowany u nich postęp choroby jest większy. Pacjenci, którzy mieszkali z rodziną byli bardziej samodzielni przez dłuższy czas. U pacjentów z chorobą Alzheimera przebywających w domu opieki społecznej od kilku miesięcy do kilku lat widoczny jest postęp choroby, ale z obserwacji wynika, że zespół terapeutyczny przy dobrej współpracy bardzo ogranicza postęp choroby i jej skutki.

Zauważono, że:

- zespół terapeutyczny spełnia bardzo ważną rolę dla pacjenta z chorobą Alzheimera, ma bardzo duże znaczenie w leczeniu i opiece nad chorym z chorobą Alzheimera,
- tylko cały zespół jest w stanie zapewnić pomoc i opiekę pacjentowi z chorobą Alzheimera w zaspokajaniu podstawowych potrzeb bio-psycho-społecznych,
- funkcjonują grupy wsparcia rodzin.

Choroba Alzheimera jest zjawiskiem nieuniknionym w dzisiejszych czasach. Z powodu dużego postępu w medycynie znacznie wydłużono okres życia ludzkiego, przybywa ludzi starszych, a co się z tym wiąże ludzi, których dotyczą choroby demencyjne.

Badania prowadzone na całym świecie pokazują, że u chorych na otępienie, w tym chorobą Alzheimera, którzy regularnie ćwiczą swój umysł, wolniej rozwijają się procesy

chorobowe, a tym samym dłużej utrzymuje się sprawność psychofizyczna. Ćwiczenia umysłu pozwalają na podtrzymywanie sprawności procesów: uwagi, pamięci, spostrzegania, myślenia i innych funkcji poznawczych, które nie ucierpiały jeszcze w wyniku zachorowania. W chorobie Alzheimera wszystkie te procesy z czasem ulegają pogorszeniu. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie choroby by proces aktywacji chorego rozpocząć tak szybko jak to tylko możliwe. Jednym ze sposobów aktywacji chorego jest jego udział w zajęciach grupowych organizowanych przez specjalistów: lekarzy, psychologów, terapeutów i przeszkolonych wolontariuszy. Zadania terapeutyczne powinny być dobierane indywidualnie.

Wiele badań wykazało, że dobre rezultaty uzyskuje się łącząc słowo pisane z rysunkiem. Dobre efekty uzyskuje się poprzez ćwiczenia umysłowe związane z pobudzaniem myślenia twórczego, przyczynowo-skutkowego, umiejętności abstrahowania, kojarzenia niż zwykle rozwiązywanie krzyżówek czy czytanie książek. Pobudzanie różnych zmysłów (wzroku, słuchu, smaku, dotyku) jednocześnie zaspokaja zapotrzebowanie na bodźce, a tym samym zapobiega niekorzystnym, częstym autodestrukcyjnym zachowaniom, np. gryzienie palców, rozdrapywanie ran itp. W chorobie Alzheimera osoba czuje, że jej pamięć z dnia na dzień ubożeje. Najdłużej przechowywane są informacje z przeszłych życiowych doświadczeń, które automatycznie zapisywały się w mózgu wraz z przeżytą sytuacją.

Większość badań w ostatnich latach wydaje się potwierdzać związek między aktywnością umysłową, fizyczną i społeczną a zmniejszonym ryzykiem zachorowania na zaburzenia otępienne. Coraz częściej zwraca się uwagę na łączenie terapii farmakologicznej z nefarmakologiczną. Celem tej ostatniej jest zmniejszenie skutków postępującego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Terapia ta w połączeniu z lekami ma wpłynąć na poprawę jakości życia chorych na chorobę Alzheimera oraz ich codziennego funkcjonowania. Jest wiele publikacji naukowych, z których wynika, że rehabilitacja poznawcza, oparta na treningu pamięci, połączona z leczeniem farmakologicznym i aktywnością fizyczną, może spowolnić przebieg i postęp choroby.

W terapii chorych na chorobę Alzheimera trudno jest przewidzieć jej efekt. Poprawę obserwuje się u 1/3 pacjentów, u których zauważono spowolnienie narastania zaburzeń pamięci i trudności z radzeniem sobie w życiu codziennym. Ważne jest, by leczenie i prowadzona terapia były prowadzone systematycznie i bez większych przerw [7].

### **Piśmiennictwo:**

1. Biuletyn Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Blżej Alzheimera, nr 2(61), 2010.
2. Rocznik statystyczny 2008, Główny Urząd Statystyczny.
3. Dz. U. Unii Europejskiej C76\E\29 z dnia 25 marca 2010.
4. Otępienie. Poradnik dla opiekunów, KRAMES 2006.
5. Mace N. L., Rabins P. V., 36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia, MEDIPAGE, Warszawa 2005.
6. Klich-Rączka A., Rozpoznawanie i leczenie otępień, Wyd. Czelej, Lublin 2006.
7. Buraczyk M., Rehabilitacja w chorobie Alzheimera, Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, Poznań 2008.

Rola i znaczenie zespołu terapeutycznego dla chorego z chorobą Alzheimera.

8. Knaś. R., Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera, Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, Poznań 2008.
9. Baumann M., Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera, Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, Poznań 2008.





# Opieka pielęgniarska nad pacjentem geriatrycznym z bólem przewlekłym

*Marzena Grześkowiak*

Ból jest najczęściej występującym symptomem w patologii geriatrycznej. Patologia ta dotyczy bólu przewlekłego, gdyż ból ostry wiąże się z uszkodzeniem tkanek i nie zależy od wieku – jego częstość występowania wynosi około 5%. Z przeprowadzonych badań epidemiologicznych wynika, że u osób w wieku 18-30 lat częstość jego występowania wynosi 7,6%. Wraz z wiekiem zwiększa się – między 65-74 rokiem życia wynosi 51%, między 75-84 rokiem życia – 48%, natomiast powyżej 85 roku życia wynosi 55%. U osób przebywających w domach opieki społecznej dochodzi nawet 80% [1, 2].

Większość pacjentów Poradni Leczenia Bólu zgłasza się z powodu silnych bólów towarzyszących chorobie nowotworowej, osteoporozie, chorobie zwyrodnieniowej stawów i neuralgii popółpaścowej. Ponad połowa osób, które zgłaszane są do opieki hospicyjnej, to ludzie powyżej 75 lat. Z przeprowadzonych badań wynika, że pomimo dużej dostępności leków przeciwbólowych nadal istnieje duży problem niedostatecznego leczenia bólu u pacjentów starszych [3].

Występowanie bólu przewlekłego wpływa na stan psychiczny i fizyczny oraz powoduje obniżenie jakości życia chorego. Towarzyszy mu poczucie: przygnębienia, osamotnienia, depresji, niepełnosprawność, zaburzenia snu. Ból przewlekły może być przyczyną rozdrażnienia i wybuchów gniewu, co sprzyja konfliktom w rodzinie. Sytuacja ta prowadzi do izolacji psychicznej, zamknięcia się w sobie, zmniejszenia aktywności społecznej. Pacjenci domagają się wykonywania coraz to nowych zabiegów operacyjnych. Szukają pomocy u bioenergoterapeutów i znachorów lub domagają się wypisywania wielu leków, które mają zmniejszyć ich cierpienie i dolegliwości bólowe [2]. Stosowanie dużej ilości leków u osób starszych może być przyczyną występowania działań niepożądanych. Zmiany, jakie zachodzą z wiekiem w organizmie człowieka, między innymi: upośledzenie funkcji wątroby i nerek, zwiększają ryzyko występowania objawów niepożądanych.

W leczeniu bólu stosuje się schemat opracowany przez Światową Organizację Zdrowia, jest to tak zwana „trójstopniowa drabina analgetyczna”. Dawka leku jest indywidualnie dobierana do każdego chorego i jego bólu. Aby uniknąć działań niepożądanych

należy ostrożnie i stopniowo zwiększać dawkę leku (początkowo o 30-50%), rozpoczynając od najniższej [3].

Podstawowym celem opieki medycznej i pielęgniarstwa nad osobami w wieku podeszłym z bólem przewlekłym jest pomoc w utrzymaniu ich jak największej samodzielności oraz sprawności psychofizycznej. Wszechstronna opieka nad pacjentami geriatrycznymi powinna być prowadzona przez zespół specjalistów: lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, którzy promują zachowania zdrowotne, określają zasady leczenia i diagnostyki występujących schorzeń. W opiece nad pacjentem z bólem przewlekłym ważna jest również współpraca z psychologiem, kapłanem, pracownikiem socjalnym, wolontariuszami [4]. W sytuacjach trudnych, zespół ten współdziała z pacjentem i jego rodziną lub opiekunami. Specjalistyczna opieka nad pacjentami w wieku podeszłym powinna być holistyczna. Polega na wykonywaniu w sposób kompetentny czynności oraz realizowaniu zadań, pozwalających choremu zapobiegać chorobom, pomagać w odzyskaniu zdrowia, utrwaląc zdrowy styl życia. W sprawowaniu takiej opieki pielęgniarka powinna posiadać dużą wiedzę i umiejętności. Działanie pielęgniarki ma na celu przygotowanie pacjenta do funkcjonowania w sytuacji choroby – pomoc, a nie wyręczanie. Zbyt opiekuńcza i troskliwa postawa przyczynia się do pogłębiania niepełnosprawności [5].

Celem pracy jest przedstawienie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w podeszłym wieku z bólem przewlekłym. Procesowi starzenia towarzyszy wiele chorób, których jednym z objawów jest ból. Podstawowym celem opieki pielęgniarstwa nad osobami w wieku podeszłym jest poprawa jakości życia, którą można osiągnąć przez eliminowanie lub złagodzenie dolegliwości bólowych oraz utrzymanie sprawności fizycznej, psychicznej i emocjonalnej.

### **Zadania diagnostyczne wobec pacjenta z bólem.**

Celem związanym z realizacją zadań diagnostycznych jest postawienie diagnozy wstępnej uściślonej i prognostycznej.

Aby postawić diagnozę wstępną należy skupić się na ocenie podstawowych funkcji życiowych pacjenta, na określeniu jego sprawności ruchowej, lokalizacji miejsca występowania bólu i oceny jego natężenia. Istotnym elementem jest także rozpoznanie stanu emocjonalnego podopiecznego, określenie deficytu w zakresie samoopieki oraz dokonanie rozpoznania pierwszej reakcji na konieczność hospitalizacji.

Do działań niezbędnych do postawienia diagnozy uściślonej należą między innymi: przeprowadzenie wywiadu dotyczącego dolegliwości bólowych, ocena układu kostno-stawowego, ocena stanu emocjonalnego chorego, określenie podstawowych możliwości w zakresie rozumienia, logicznego myślenia i zapamiętywania, ocena stopnia akceptacji choroby, zaproponowanych metod leczenia i rehabilitacji, podejmowanych działań pielęgnacyjnych.

Pielęgniarka powinna także rozpoznać sytuację społeczną chorego. Dowiedzieć się, czy pacjent mieszka z rodziną, czy sam, jakie relacje są między członkami rodziny, kto do tej pory opiekował się pacjentem. Zebrać informacje odnośnie warunków mieszkaniowych. U pacjentów z niepełnosprawnością lub z ryzykiem jej wystąpienia ważna będzie informacja na którym piętrze chory mieszka, czy w bloku jest winda, ile metrów ma mieszkanie. Ważne są też informacje dotyczące dotychczasowego trybu życia (spo-

sobu odżywiania, wypoczywania, ubierania, jakości kontaktów towarzyskich, codziennej aktywności fizycznej), oraz określenie jaką wiedzę posiada pacjent i jego rodzina na temat choroby, o sposobach jej leczenia oraz utrzymania sprawności fizycznej.

Diagnoza prognostyczna polega na przewidywaniu jak będzie wyglądała sytuacja życiowa starszego człowieka po wypisaniu ze szpitala. Pielęgniarka ocenia w jakim stopniu choroba zmniejszyła trwale sprawność pacjenta. W przypadku niepełnosprawności zadaniem pielęgniarki jest ocena, czy chory będzie wymagał stosowania sprzętu ortopedycznego i pomocniczego. Z wywiadu z rodziną może ocenić, czy w mieszkaniu można zainstalować udogodnienia, które ułatwią pacjentowi poruszanie się. I najważniejsze, czy rodzina jest w stanie zapewnić choremu właściwą opiekę. Na podstawie zebranych informacji pielęgniarka może udzielić choremu i jego rodzinie cennych wskazówek, dotyczących reorganizacji dotychczasowego życia [6].

### **Współdziałanie pielęgniarki w leczeniu farmakologicznym.**

Pacjenci z chorobami narządu ruchu, chorobą nowotworową oraz z neuralgią popółpaścową wymagają przede wszystkim ciągłego stosowania leków przeciwbólowych, które mogą powodować różne działania niepożądane.

W leczeniu bólu u osób w wieku starszym obserwuje się specyficzne trudności. Pogorszenie funkcji nerek i wątroby może wpływać na początek, szybkość wydalania i okres półtrwania leków przeciwbólowych. Choroby współistniejące (wielochorobowość) i polipragmazja (nadmierna farmakoterapia) zwiększają ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Z przeprowadzonych badań wynika, że przy dwóch pobieranych równocześnie lekach występowanie działań niepożądanych wynosi 5,6%, przy pięciu 50%, a przy ośmiu – 100% [7].

Szczególną uwagę należy zwrócić na niesteroidowe leki przeciwzapalne, które bardzo często postrzegane są przez pacjentów, jako w pełni bezpieczne, kupowane bez recepty i przyjmowane bez jakiegokolwiek nadzoru. Przy dłuższym stosowaniu mogą powodować krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. W przypadku niedostatecznego opanowania bólu lub wystąpienia działań niepożądanych należy zastosować leczenie przeciwbólowe według kolejnego stopnia drabiny analgetycznej. W sytuacji gdzie istnieje potrzeba włączenia leków opioidowych dalsze leczenie i opiekę nad pacjentem powinna przejąć Poradnia Leczenia Bólu. Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki jest dokładna obserwacja chorego pod kątem działań niepożądanych leków.

Udział pielęgniarki w farmakoterapii wymaga od niej dużej odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów, zwłaszcza tych niesprawnych i bezradnych. Niektóre schorzenia wieku geriatrycznego powodują, że pacjenci nie widzą związku pomiędzy przyjmowanymi lekami a chorobą. Osoby w wieku podeszłym zazwyczaj nie pytają lekarza o skutki i bezpieczeństwo zastosowanego leczenia. Jest to szczególnie istotne w przypadku chorych powyżej 65 roku życia, którzy wolniej kojarzą i są mniej sprawni. Zastosowane leczenie farmakologiczne u ludzi starszych często ma nieprawidłowy przebieg z powodu zaburzeń pamięci, wzroku i słuchu. Dość często się zdarza, że pacjenci są hospitalizowani z powodu niewłaściwego zrozumienia zaleceń (chory nie rozumiał, jak długo stosować lek, w jakiej dawce i jak często).

Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki jest obserwacja pacjenta po podaniu leków. Na jej podstawie pielęgniarka monitoruje przebieg leczenia farmakologicznego i przekazuje własne uwagi lekarzowi. Pielęgniarka jest często pierwszą osobą, z którą kontaktuje się pacjent, to jej mówi o swoich dolegliwościach. Informacje te mogą stać się ważnym uzupełnieniem wywiadu lekarskiego [8]. U pacjentów geriatrycznych, stosujących dużą ilość leków, każda nowa dolegliwość powinna być sygnałem do sprawdzenia przyjmowanych przez pacjenta leków.

W leczeniu bólu przewlekłego pielęgniarka powinna kontrolować ilość przyjmowanych leków przez pacjenta. Podczas zamawiania recept przez chorego zadaniem pielęgniarki jest zebranie informacji, czy dotychczasowe leczenie przynosi ulgę w bólu, czy nie występują objawy uboczne. Poza tym powinna uzyskać informację ile tabletek lub plastrów pacjentowi pozostało. Na podstawie tak zebranego wywiadu pielęgniarka może ocenić, czy pacjent nie nadużywa lub nie przyjmuje za mało leków. W przypadku nie stosowania się ściśle do zaleceń lub wystąpienia działań niepożądanych pielęgniarka kontaktuje pacjenta z lekarzem [9].

### **Udział pielęgniarki w rehabilitacji ruchowej oraz fizykoterapii.**

Opieka nad pacjentem geriatrycznym z chorobą zwyrodnieniową stawów obejmuje kinezyterapię ukierunkowaną na poprawę siły mięśniowej, przywrócenie prawidłowego zakresu ruchu w stawach, oraz fizykoterapię, której zadaniem jest poprawa elastyczności tkanek i zmniejszenie dolegliwości bólowych. Postępowanie usprawniające uzależnione jest od okresu choroby zwyrodnieniowej. W ostrej fazie choroby zalecany jest odpoczynek, masaże, relaksacja mięśni, odciążenie stawów, krioterapia oraz działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne. W okresie remisji choroby najczęściej zaleca się zwiększenie siły układu mięśniowego, rozciąganie, zwiększenie zakresu ruchu, hydroterapię oraz termoterapię. W zakresie rehabilitacji działania pielęgniarki mogą mieć charakter bezpośredni (wykonywanie zabiegów i ćwiczeń z pacjentem), oraz pośredni (przygotowanie pacjenta do uczestnictwa w zabiegach i ćwiczeniach). Czynności te pielęgniarka może zaplanować i realizować sama lub z innymi członkami zespołu rehabilitacyjnego. Zadaniem pielęgniarki jest wyjaśnienie choremu, jak istotna jest terapia ruchem, że systematyczne i odpowiednie ćwiczenia fizyczne mogą zahamować rozwój choroby, a przez to znacznie opóźnić moment uzależnienia od innych. W celu poprawy wentylacji płuc powinna być prowadzona gimnastyka oddechowa. Można również nauczyć pacjenta wykonywania prostych ćwiczeń, które pozwolą mu zachować ruchomość w stawach. Do zadań pielęgniarki należy także przygotowanie pacjenta do zajęć związanych z rehabilitacją [6].

W przypadku osteoporozy bardzo ważna jest aktywność fizyczna. Ćwiczenia fizyczne zwiększają masę i wytrzymałość kości, wzmacniają siłę mięśni oraz ruchomość stawów. Ponadto poprawiają zdolność utrzymania równowagi, co zmniejsza ryzyko występowania upadków i złamań. Najprostszym ćwiczeniem ruchowym dla pacjentów starszych jest spacer. Dobry efekt leczniczy przynosi spacer trwający nie mniej niż godzinę. Osoby bardziej sprawne mogą pływać, tańczyć, jeździć na rowerze. Ćwiczenia w osteoporozie mają za zadanie stymulowanie tworzenia kości przez ich obciążenia własnym ciężarem (np. spacer) lub siłą napinania mięśni (ćwiczenie na przyrządach).

Bardzo istotne jest, aby zapobiegać powikłaniom osteoporozy, jakimi są złamania szyjki kości udowej, które doprowadzają do niedołęstwa a nawet śmierci.

Bardzo istotną rolę w procesie usprawniania odgrywa odpowiednio dobrany sprzęt rehabilitacyjny np. laski, kule, stabilizatory na stawy, gorsety stabilizujące kręgosłup jak również obuwie na elastycznej podeszwie, które amortyzuje mikrourazy. Nawet w przypadku pacjenta w okresie terminalnym nie należy rezygnować z zaopatrzenia go w protezę (jeśli chory tego oczekuje), nawet gdyby to miało tylko wymiar kosmetyczny. Nie należy również oszczędzać na urządzeniach, które mogą w jakiś sposób zmniejszyć doznania bólowe, ułatwić funkcjonowanie nawet, jeżeli miały być przez chorego krótko stosowane.

Rehabilitacja pacjentów starszych uwzględnia hierarchię ich potrzeb. Jej zadaniem jest przywrócenie i podtrzymanie zdolności do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (ADL – Activities of Daily Living), a następnie złożonych czynności życia codziennego (IADL – Instrumental Activities of Daily Living), które mają pacjentom zapewnić niezależność i samodzielność. Pielęgniarka wspiera chorego psychicznie, zachęca do wykonywania różnych czynności i ćwiczeń. Rehabilitacja osób starszych może odbywać się w domu, w szpitalu, w domu opieki, hospicjach i jest uzależniona od stanu zdrowia i możliwości pacjenta (np. zaawansowany proces nowotworowy). W większości przypadków rehabilitacja prowadzona jest indywidualnie, ale czasami bardzo korzystne jest prowadzenie ćwiczeń grupowych. Taka forma rehabilitacji stanowi dodatkową mobilizację i motywację do ćwiczeń. Stwarza możliwość zawierania nowych znajomości [7].

### **Funkcja psychoterapeutyczna pielęgniarstwa.**

Postępująca niewydolność fizyczna, długotrwałe unieruchomienie oraz ból przewlekły wpływają na stan psychiczny pacjenta w podeszłym wieku. Niepełnosprawność powstająca w wyniku choroby narusza równowagę emocjonalną pacjenta, osłabia bardzo poczucie jego wartości i powoduje uzależnienie od pomocy innych. Osoba starsza, która nie ma nadziei na wstanie z łóżka i jest świadoma, że będzie zależna od innych osób traci chęć do wyzdrowienia i jest bardziej podatna na procesy prowadzące do śmierci. Pielęgniarka powinna udzielić pacjentowi wsparcia emocjonalnego, tzn. terapii wspierającej i elementarnej. Działania psychoterapeutyczne pielęgniarstwa wpływają korzystnie na psychikę chorego i jego rodzinę, stwarzają poczucie bezpieczeństwa i komfortu.

Psychoterapia elementarna obejmuje tworzenie intymnej atmosfery bez obecności innych osób. Pielęgniarka powinna sobie zarezerwować na rozmowę z pacjentem więcej czasu, aby chory nie miał wrażenia pośpiechu. Osoby w podeszłym wieku potrzebują dużo uwagi i zainteresowania, aktywnego słuchania. Dzięki temu pacjent ma wrażenie, że to co mówi jest dla odbiorcy ważne. Słuchanie umożliwia lepsze rozpoznanie i zrozumienie problemów pacjenta. Rozpoczynając pracę z pacjentami starszymi należy uwzględnić występujące w tym wieku zaburzenia percepcji zmysłowej i spowolnienie, należy mówić do pacjenta powoli, głośno, wyraźnie, unikać trudnych wyrazów. Należy uważać, żeby nie robić tego przesadnie, bo można pacjentowi zrobić przykrość. Podczas rozmowy pielęgniarstwo powinno usiąść blisko chorego. Istotne informacje powinno się powtarzać kilka razy, grzecznie, upewnić się czy pacjent zrozumiał. Odreagowanie napięcia jest bardzo ważnym środkiem terapeutycznym, ponieważ poprawia samopoczucie,

wyzwała dużą ilość energii, którą pacjent może wykorzystać do walki z chorobą (np. rakiem). Należy zachęcić pacjenta, aby wyraził swoje emocje. Negatywne uczucia może wyrazić poprzez płacz, krzyk, żywą gestykulację lub wypowiedzi silnie emocjonalne [10, 11, 12, 13].

### **Zadania edukacyjne pielęgniarki.**

Działania edukacyjne pielęgniarki mają na celu przygotowanie pacjenta starszego i osób opiekującym się nim do funkcjonowania w sytuacji choroby. Działania pielęgniarki polegają na: udzieleniu informacji na temat choroby jej objawach, sposobach leczenia, przekazaniu informacji na temat niefarmakologicznych metod leczenia bólu, udzieleniu wskazówek odnośnie adaptacji pokoju, aby osobom opiekującym ułatwić wykonywanie czynności pielęgnacyjnych (dostęp do łóżka z dwóch stron).

Należy pokazać rodzinie, jak wykonywać czynności higieniczne, zmienić pościel, czy zmienić ułożenie chorego. Pielęgniarka omawia z rodziną jak zapobiegać odleżynom i jak leczyć te, które już powstały. W przypadku pacjentów unieruchomionych należy uczulić opiekunów na szybkie powstanie zmian zanikowych i zwyrodnieniowych. Z powodu ograniczonej dostępności fachowego personelu rehabilitacyjnego w leczeniu domowym (na wsi nie ma wcale), zadaniem pielęgniarki jest nauka rodziny prostych ćwiczeń rehabilitacyjnych, jakie mogą wykonywać u osoby chorej. Pacjent obłożnie chory, szczególnie w starszym wieku, musi w jak największym stopniu wykonywać samodzielnie proste czynności higieniczne, w miarę możliwości wstać do toalety lub posiedzieć w fotelu, spożywać samodzielnie posiłki (przygotowane odpowiednio przez rodzinę). Zbyt opiekuńcza i troskliwa postawa rodziny może przyczynić się do pogłębienia niepełnosprawności. Pielęgniarka udziela wsparcia psychicznego pacjentowi i rodzinie. W razie, gdy chory wymaga fachowej pomocy prosi o pomoc psychologa. Podczas wizyty domowej pielęgniarka zwraca uwagę, czy rodzina jest w stanie poradzić sobie z opieką nad chorym.

W przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, jeżeli pielęgniarka zaobserwuje, że rodzina nie zapewnia choremu właściwej opieki, albo choroba uniemożliwia prowadzenie domowej opieki terminalnej lekarz kieruje chorego w oddział opieki paliatywnej. Głównym założeniem opieki paliatywnej jest nieprzyspieszanie ani nieopóźnianie zgonu. Otacza się pacjenta opieką psychologiczną, duchową w zależności od potrzeb służąc posługą religijną i zapewniając wsparcie psychiczne przez psychologów i wolontariuszy. Wspiera chorego i jego rodzinę, umożliwia pacjentowi prowadzenie w miarę możliwości czynnego życia aż do zgonu, jednocześnie pomaga rodzinie w radzeniu sobie z chorobą bliskiej osoby i otacza ją opieką w okresie osierocenia [2].

### **Zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne.**

W planowaniu działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych nad pacjentem z bólem pielęgniarka powinna uwzględnić następujące działania:

1. Zmniejszyć dolegliwości bólowe poprzez podawanie ściśle według godzin, leków przeciwbólowych zaleconych przez lekarza. Wszelkie zabiegi wykonywane przy chorym pielęgniarka powinna wykonać delikatnie i sprawnie, tak aby nie powodować nasilenia dolegliwości bólowych. Miejsca wrażliwe na działanie bodźców bólowych należy odciążać stosując różne udogodnienia (wałki, kliny,

materace i inne) Należy unikać długotrwałego ucisku na bolące miejsca przez częstą zmianę ułożenia ciała (co 2 godziny) chorego. Zapewnić pacjentowi odpowiednie warunki do odpoczynku i snu. Można również odwrócić uwagę chorego od występujących dolegliwości bólowych przez wypełnienie wolnego czasu interesującymi zajęciami.

2. Pomóc pacjentowi z ograniczoną zdolnością do samoopieki w wykonywaniu czynności życia codziennego. Realizując to zadanie pielęgniarka asystuje choremu w wykonywaniu czynności, pomaga nie wyręcza. Pielęgniarka powinna mobilizować chorego do samodzielności. Silny ból powoduje, że pacjenci ograniczają aktywność fizyczną. Długotrwałe unieruchomienie może być przyczyną powstawania odleżyn, przykurczy i zaników mięśniowych. W zależności od stanu chorego pielęgniarka wykonuje lub nadzoruje wykonywane ćwiczenia.
3. Zapewnić pacjentowi warunki komfortu psychicznego, przez umożliwienie kontaktu z bliskimi bez ograniczeń czasowych. Pielęgniarka niezależnie od miejsca sprawowania opieki (szpital, dom, hospicjum) powinna stworzyć miłą, życzliwą atmosferę. Ułatwia choremu utrzymanie więzi i kontaktów społecznych. Wsparcie społeczne istotną rolę w utrzymaniu zdrowia i dobrego samopoczucia osoby starszej. Wspomaga procesy zdrowienia. Rodzina i znajomi są grupą wsparcia emocjonalnego. W sytuacji gdy pacjent jest samotny rolę tę przejmują pielęgniarce.

Starzenie jest procesem fizjologicznym, który pojawia się wraz z wiekiem. Proces ten polega na sukcesywnym zmniejszaniu się aktywności biologicznej organizmu. Starzenie się i starość w znacznym stopniu uwarunkowane są przez kształt życia, jakie prowadził człowiek w dorosłym życiu (warunki pracy, życia, środowiska, tryb życia) [5]. Wielochorobowość, czyli współistnienie wielu chorób jest typowym problemem geriatryi. Podstawowym objawem chorób występujących u osób starszych jest ból zwłaszcza ból przewlekły. Szczególnie dotyczy to takich chorób jak: osteoporoza, choroba nowotworowa, choroba zwyrodnieniowa stawów czy neuralgia popółpałcowa. Z psychospołecznego punktu widzenia na nasilenie bólu w wieku podeszłym ma wpływ wiele czynników. Zachowania bólowe mogą sprzyjać poszukiwaniu odruchów miłości i zainteresowania członków rodziny. Ból przewlekły wpływa na stan psychiczny, fizyczny, jak również na jakość życia chorego. Towarzyszą mu często osamotnienie, depresja, przygnębienie. Na pogłębienie depresji wpływa bezsenność, utrata łaknienia, obniżenie sprawności fizycznej i samowystarczalności. Ból i cierpienie jest bardziej dotkliwie, gdy występuje brak zainteresowania losem osoby chorej ze strony rodziny, pracowników służby zdrowia, pomocy społecznej. Do tego dochodzi często śmierć współmałżonka, odejście dzieci, zmniejszająca się liczba przyjaciół, odejście na emeryturę są sytuacje, które powodują stres, z którym pacjent nie umie sobie poradzić [14]. Celem opieki nad osobami w podeszłym wieku jest poprawa jakości życia, którą można osiągnąć przez poprawę sprawności fizycznej, psychicznej i emocjonalnej, pomimo współistniejących chorób. Działania te mają zapewnić autonomię i możliwie jak najdłuższą niezależność w miejscu zamieszkania. Zadaniem personelu pielęgniarstwa jest zapobieganie zaburzeniom psychicznym, fizycznym, zapobieganie i łagodzenie urazów jatrogennych. Wcześniej rozpoczęta profilaktyka starzenia (aktywność fizyczna, zdrowy tryb życia) wpływa na złagodzenie wielu dolegliwości występujących u osób w wieku podeszłym.

Wszelkie planowane przez pielęgniarkę działania muszą być zaakceptowane przede wszystkim przez chorego i jego rodzinę [6, 11].

**Piśmiennictwo:**

1. Stryczyńska-Mirocha A., Mirocha M., Diagnostyka i leczenie bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej w wieku podeszłym, *Geriatra Polska* 2005, 1 (4).
2. Wordliczek J., Dobrogowski J., *Leczenie bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
3. Jarosz J., *Leczenie bólów nowotworowych*, Wydawnictwo Almedia, Warszawa 2009.
4. Galus K (red.), *Geriatra – wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2007.
5. Syrek E. (red.), *Jakość życia w chorobie*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001.
6. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.), *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wydawnictwo Czelej, Lubin 2007.
7. Wieczorkowska-Tobis K.; Tałarska D., *Geriatra i Pielęgniarstwo Geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
8. Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczak A., *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010.
9. Tałarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szalkiewicz E., *Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
10. Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Media Rodzina., Poznań 1998.
11. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
12. de Walden-Gałuszko K., *Podstawy Opieki Paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
13. de Walden-Gałuszko K., *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
14. Dobrogowski J., Wordliczek J., *Medycyna Bólu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.



# Rehabilitacja osób w wieku podeszłym

*Anita Wawrzeń*

Rehabilitacja medyczna to postępowanie w odniesieniu do osób chorych lub niepełnosprawnych, zmierzające do jak najszybszego przywrócenia im możliwie jak największej sprawności, zarówno fizycznej, psychicznej i zawodowej [1].

Rehabilitacja geriatryczna zajmuje się usprawnianiem i leczeniem osób starszych, u których coraz częściej pojawiają się schorzenia o charakterze przewlekłym. Wiek podeszły, czyli po ukończeniu 65. roku życia, cechuje obniżona zdolność wykonywania czynności dnia codziennego oraz obniżony poziom aktywności fizycznej. Fizjoterapia odgrywa ważną rolę w leczeniu osób starszych, ułatwiając im możliwość samodzielnego funkcjonowania [2].

Procesy starzenia się przyczyniają się do upośledzenia motoryki, powodującej niepewność ruchów. Dochodzi do spadku siły, szybkości, zręczności, wytrzymałości i gibkości. Postępujące zmiany patologiczne i inwolucyjne są powodem obniżenia sprawności, zarówno fizycznej, jak i psychospołecznej [3].

Starzeniu się społeczeństwa towarzyszy problem wzrostu liczby osób niepełnosprawnych. Aktywność fizyczna poprawia samopoczucie psychiczne, podnosi odporność na stres i przyczynia się do lepszej adaptacji w środowisku. Udział osoby starszej w rehabilitacji medycznej pomaga opóźnić procesy inwolucyjne, utrzymać niezależność czynnościową i odpowiedni poziom funkcji poznawczych oraz aktywność społeczną [4].

Rehabilitacja geriatryczna zajmuje się usprawnianiem i leczeniem osób starszych, u których coraz częściej pojawiają się schorzenia o charakterze przewlekłym, prowadzące do obniżenia sprawności funkcjonalnej. Fizjoterapia odgrywa ważną rolę w leczeniu, ułatwiając osobom starszym możliwość samodzielnego funkcjonowania [2].

Rehabilitacja osób starszych wymaga podejścia kompleksowego, czyli uwzględnienia wszystkich potrzeb chorego, nie tylko leczniczych, lecz także psychologicznych i społecznych. W realizacji procesu usprawniania konieczne jest wczesne rozpoczęcie, ciągłość i systematyczność. Głównym elementem terapii powinny być ćwiczenia fizyczne i umysłowe, wspomagane zastosowaniem fizykoterapii. W celu zobrazowania stanu funkcjonalnego pacjenta stosowane są testy oceniające: ryzyko upadków, chód, rów-

nowagę, wykonywanie prostych czynności. Ocena oparta na wynikach testów pozwala określić cel terapii oraz opracować indywidualny program rehabilitacji, uwzględniający stan chorego. Prowadzoną terapię należy stale monitorować i w razie potrzeby modyfikować [3].

Jedną z częstych przyczyn niesprawności są upadki, a w ich następstwie złamania kości. Upadkom towarzyszy lęk przed urazem i utratą samodzielności. U osób starszych może rozwinąć się zespół poupadkowy, którego konsekwencją jest znaczne ograniczenie aktywności fizycznej [5]. Zespół poupadkowy może być przyczyną pogłębiania się zmian funkcjonalnych i izolacji społecznej osoby starszej [6]. Konsekwencją upadku jest często utrata niezależności, konieczność opieki ze strony osób trzecich. Bardzo istotne dla osób starszych jest wdrożenie leczenia rehabilitacyjnego w celu poprawy równowagi i chodu, a co za tym idzie poprawy zdolności samodzielnego i sprawnego poruszania się. Pozwala to zmniejszyć koszty opieki i zapewnić osobie starszej zadowalającą egzystencję. Ocena ryzyka upadków powinna być wykonywana u każdego pacjenta w wieku podeszłym. Ocena ta pozwala opracować indywidualny program ćwiczeń, mających na celu poprawę równowagi i chodu [5].

Chód jako funkcja lokomocji związany jest ze zdolnością zachowania równowagi statycznej i dynamicznej, jak również z poczuciem orientacji i przestrzeni. W wyniku procesu starzenia dochodzi do zmiany wzorca chodu. Osoby starsze poruszają się wolniej, długość kroków jest skrócona, stopy unoszą się niżej w stosunku do podłoża. Następuje ograniczenie ruchów rotacyjnych w stawach biodrowych i kolanowych, brak współpracy kończyn górnych podczas chodu. Do tych zaburzeń mogą dołączać się problemy w poruszaniu, będące konsekwencją procesów chorobowych, np. chód koczający w niedowładzie połowicznym spastycznym, czy chód przyspieszający w chorobie Parkinsona. U osoby starszej występuje zazwyczaj wiele problemów predysponujących do upadków. Należą do nich: obniżenie zdolności odczuwania dotyku, utrudniające rozpoznanie przeszkody oraz pogorszenie sprawności wzroku i słuchu [7].

Dużą rolę w rehabilitacji po upadkach odgrywa stosowanie terapii zajęciowej i psychoterapii. Celem tych działań jest poprawa stanu psychicznego osoby starszej, co pozwala na redukcję lęku i kształtowanie poczucia własnej wartości. Pomocna w reedukacji chodu jest muzykoterapia, w której wykorzystuje się bodźce kinestetyczne wzrokowe oraz słuchowe, w celu poprawy koordynacji ruchowej i rytmu [8].

Uzupełnieniem programu rehabilitacji ruchowej osób starszych po upadkach jest hydroterapia. Środowisko wodne, dzięki właściwościom mechanicznym i termicznym, działa korzystnie na aparat ruchu. W wodzie stosunkowo łatwo uzyskać można odprężenie, odciążenie, zmniejszenie dolegliwości bólowych, zwiększenie siły mięśni i zakresu ruchów, poprawę stabilności, równowagi i koordynacji ruchowej. Zjawisko turbulencji (tzw. przepływ burzliwy) powoduje ułatwienie lub utrudnienie ruchu, w zależności od umiejscowienia względem pacjenta. Wykorzystuje się je w celu doskonalenia reakcji równoważnych lub w celu ułatwienia zapoczątkowania ruchu [9].

U osób ze znacznym ryzykiem upadku należy prowadzić trening bezpiecznego zachowania się po upadku. Pacjentów tych należy uczyć bezpiecznego podnoszenia się (np. przewrócenie się na brzuch i doczołganie do stabilnej podpory umożliwiającej podciągnięcie się z podłogi). Wstawanie po przebudzeniu wymaga również odpowiedniej techniki. Pacjent powinien wykonywać tę czynność powoli: w tempie na

trzy – siadanie w łóżku, siadanie ze spuszczoneymi nogami, a następnie przyjęcie pozycji stojącej. Część osób starszych wymaga zaopatrzenia w odpowiedni sprzęt ułatwiający poruszanie się. Mogą to być laski, trójnogi, kule łokciowe, rolatory, balkoniki. Podczas rehabilitacji pacjent uczy się korzystać z tego rodzaju usprawnień [7].

Działanie zespołu terapeutycznego w procesie rehabilitacji osoby starszej powinno zmierzać do maksymalnego wyeliminowania przyczyn upadków. W tym celu konieczna jest odpowiednia terapia schorzeń, korekta farmakoterapii (odstawienie o ile to możliwe, leków zwiększających ryzyko upadku) oraz oproteźowanie, w razie potrzeby, narządu wzroku i słuchu [10].

Osteoporoza jest chorobą cywilizacyjną, zaliczaną przez Światową Organizację Zdrowia do głównych schorzeń, obok chorób układu krążenia i nowotworów, których rozwój zależy od trybu życia. Osteoporoza jest układową chorobą szkieletu. Charakteryzuje się niską masą kostną, prowadzi do zmniejszenia wytrzymałości mechanicznej kości i zwiększa ryzyko złamania [11].

Osteoporoza starcza występuje około 70-go roku życia. Jest wynikiem przewagi procesów kościogubnych nad procesami kościotworzenia. Charakterystyczne dla tego typu osteoporozy są złamania bliższego końca kości udowej, kręgow oraz dalszego końca kości promieniowej. Do czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy zalicza się: płęć żeńską, osteoporozę u matki, wątłą budowę ciała, długotrwałe unieruchomienie, zaawansowany wiek, niedobór wapnia i witaminy D3 w diecie, brak wysiłku fizycznego, palenie papierosów, alkoholizm, niektóre choroby (np. nadczynność tarczycy, przytarczyc), leki [12].

Leczenie w oddziale rehabilitacji ma na celu zapobieganie zanikowi masy kostnej, poprawę kondycji i jakości życia osoby starszej, profilaktykę upadków.

Najpowaźniejszym problemem w osteoporozie są złamania bliższego końca kości udowej. Często prowadzą do poważnych powikłań, a nawet śmierci. Kompleksowe postępowanie fizjoterapeutyczne połączone z uwzględnieniem zaleceń bezpiecznego wykonywania czynności życia codziennego może skutecznie zapobiegać kolejnym złamaniom [13].

U pacjentów z osteoporozą wskazana jest kriorehabilitacja. Jeżeli nie ma przeciwwskazań wprowadza się kriostymulację ogólnoustrojową. Po każdym zabiegu kriostymulacji stosowane są ćwiczenia: statyczne z oporem mięśni (brzucha, grzbietu, ramion i kończyn dolnych), rozciągające i uruchamiające kręgosłup. Prowadzić należy naukę przyjmowania bezpiecznej pozycji leżącej, siedzącej i stojącej. Efektem krioterapii jest zmniejszenie bólu, zwiększenie zakresu ruchomości stawów, zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego, możliwość ograniczenia stosowania leków przeciwzapalnych. Pacjentom z przeciwwskazaniami do kriostymulacji ogólnoustrojowej można zalecić kriostymulację miejscową [14].

Złamania osteoporotyczne stanowią poważny problem natury medycznej oraz społeczno-ekonomicznej. Mogą prowadzić do poważnych powikłań, niepełnosprawności, a nawet śmierci. Są powodem obniżenia jakości życia, utraty samodzielności i obniżenia poczucia własnej wartości. Kompleksowe postępowanie fizjoterapeutyczne pozwala uniknąć powyższych komplikacji. Złamania w osteoporozie dotyczą najczęściej trzonów kręgow, bliższego końca kości udowej oraz dystalnej części kości promieniowej [11].

Złamania trzonów kręgów w osteoporozie są stabilne i nie powodują uszkodzenia rdzenia kręgowego, prowadzą natomiast do zniekształcenia kifotycznego oraz dolegliwości bólowych, spowodowanych niefizjologiczną pracą mięśni i uciskiem na korzenie nerwowe [15]. Postępowanie fizjoterapeutyczne po złamaniach pozwala przyspieszyć powrót do względnie normalnego życia. Uwzględnia ono zalecenia bezpiecznego wykonywania codziennych czynności, które mogą zapobiegać kolejnym złamaniom.

Kolejnym wskazaniem do leczenia rehabilitacyjnego jest udar mózgu, który stanowi jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności osób w podeszłym wieku. Rehabilitacja poudarowa to trudny problem, gdyż dotyczy przeważnie chorych, u których uszkodzenie mózgu jest powikłaniem takich zaburzeń w układzie krążenia, jak: miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, wady i choroby serca. Postępowanie usprawniające należy prowadzić z równoczesnym leczeniem tych podstawowych chorób.

U pacjenta po przebytych udarach, w miarę zwiększania się stanu świadomości, pojawia się cierpienie związane z ograniczeniami, utratą autonomiczności, sprawności, lęk przed ponownym udarem, ciągłe oczekiwanie na pomoc w podstawowych czynnościach. Znajomość psychicznego stanu chorego umożliwia zrozumienie jego zachowania, labilności uczuć, pojawiającego się lęku o zdrowie. Aktywowanie chorego pozwala mu na samodzielność i niezależność. Zapewnienie jak najwcześniejszej, ciągłej i kompleksowej rehabilitacji odgrywa decydującą rolę w przywróceniu utraconych funkcji u chorego po przebytych udarach mózgu.

### **Rehabilitacja osób starszych z chorobą Parkinsona.**

Choroba Parkinsona jest schorzeniem neurodegeneracyjnym. Częstość jej występowania wzrasta z wiekiem. Ma charakter postępujący, od nieznacznych objawów osłabienia czynności do znacznej niepełnosprawności i utraty samodzielności. Główne objawy to: sztywność mięśniowa, spowolnienie ruchowe (bradykinezja), rytmiczne drżenie spoczynkowe, zaburzenia postawy ciała i chodu, zaburzenia wegetatywne (ślinotok, napady pocenia się, łojotok), mikrografia [11].

W chorobie Parkinsona występuje szereg zaburzeń chodu, aż do utraty możliwości samodzielnego chodzenia. Bardzo ważne jest wprowadzenie rehabilitacji, jako części kompleksowego leczenia. Rehabilitacja nie leczy zaburzeń ruchowych, lecz pozwala pacjentowi dłużej samodzielnie funkcjonować [17].

Cechą charakterystyczną choroby nie jest utrata zdolności ruchu, lecz problem z jego aktywacją. Wymaga to indywidualnie dobranej terapii ruchowej. Zadaniem rehabilitacji jest zapobieganie powikłaniom wtórnym, deformacjom, przykurczom, bólowi, zanikom mięśni oraz poprawa ruchomości, stabilności postawy i wzorca chodu. Niemniej ważne jest psychologiczne przystosowanie do przewlekłego upośledzenia sprawności i modyfikacji stylu życia [11].

Odpowiednio prowadzona rehabilitacja pacjentów z chorobą Parkinsona jest niezbędnym uzupełnieniem farmakoterapii. Postępowanie rehabilitacyjne obejmuje terapię ruchową, terapię mowy oraz terapię zajęciową. Intensywność prowadzonej kinezyterapii powinna być większa w okresie optymalnego stężenia leków przeciwparkinsonowskich [8].

### **Rehabilitacja osób starszych z chorobą zwyrodnieniową stawów.**

Kolejnym schorzeniem typowym dla osób w podeszłym wieku jest choroba zwyrodnieniowa stawów, która przede wszystkim dotyczy stawów kręgosłupa, biodrowych i kolanowych. Dolegliwości te przyczyniają się do obniżenia sprawności ruchowej i pogorszenia funkcjonowania w życiu codziennym.

Głównym objawem klinicznym choroby zwyrodnieniowej jest ból stawów nasilający się w czasie ruchu, a ustępujący w spoczynku. W bardziej zaawansowanych zmianach ból występuje również przy braku aktywności, co w kolejnym etapie choroby wywołuje sztywność poranną. Konsekwencją wyżej wymienionych objawów są przykurcze, zniekształcenia.

Celem leczenia jest zmniejszenie bólu, poprawa zakresów ruchomości w stawach, zapobieganie deformacjom i przykurczom. Jedną z nieinwazyjnych metod stosowanych w kompleksowym leczeniu zmian zwyrodnieniowych jest fizjoterapia [6]. We wczesnym okresie choroby zwyrodnieniowej stawów postępowanie lecznicze polega na zmniejszeniu obciążenia chorego stawu, na redukcji masy ciała oraz kinezyterapii. Ważna jest edukacja pacjenta w zakresie ochrony stawu, np. odciążenia stawu za pomocą laski, czy kuli, zmniejszenia masy ciała oraz wykonywania zaleconych ćwiczeń.

W zależności od stanu chorego w postępowaniu usprawniającym stosuje się kinezyterapię, zabiegi fizykalne oraz pomoce ortopedyczne ułatwiające chodzenie, takie jak: laska, balkonik, kule. U pacjentów otyłych istotne jest osiągnięcie redukcji wagi. Z zabiegów fizykalnych zaleca się stosowanie krioterapii miejscowej, której efektem jest zmniejszenie bólu, zwiększenie zakresu ruchomości stawów i ograniczenie stosowania leków przeciwbólowych [14].

Odpowiednio dobrany program ćwiczeń pozwala na redukcję dolegliwości bólowych. Terapia ruchowa powinna obejmować ćwiczenia zwiększające zakres ruchu w stawach, wzmacniające siłę i wytrzymałość mięśniową, a w efekcie poprawiające stabilizację stawów. Wspomagająco w terapii przeciwbólowej stosuje się zabiegi z zakresu laseroterapii, elektroterapii, magnetoterapii oraz ultradźwięki. Zmniejszenie bólu pozwala pacjentowi lepiej wykonywać ćwiczenia [6].

Gdy proces zwyrodnieniowy obejmuje stawy biodrowe i kolanowe, dochodzi często do upośledzenia funkcji chodu. Wskazane są wówczas ćwiczenia lokomocji przeprowadzane w wodzie, które dają dobre efekty przy jednoczesnym odciążeniu chorych stawów [9].

W chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych (koksartroza), w okresie zaostzonych dolegliwości, prowadzi się ćwiczenia izometryczne mięśni uda i obręczy biodrowej, relaksacji poizometrycznej mięśni przykurczonych w odciążeniu stawów biodrowych. Po uzyskaniu poprawy wprowadza się ćwiczenia z oporem, dające przyrost masy mięśniowej, trening na cykloergometrze oraz trening lokomocji [18].

W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych (gonartroza) korzystne jest zastosowanie krioterapii przed kinezyterapią. Staw kolanowy najlepiej jest schładzać w pozycji siedzącej w zgięciu 45 stopni. Następnie pacjent wykonuje ćwiczenia izometryczne mięśni uda oraz czynne w odciążeniu stawu kolanowego z oporem. Choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa (spondyloartroza) wymaga podobnej terapii jak poprzednio wymienione. Usprawnianie polega na stosowaniu ćwiczeń wzmacniających mięśnie grzbietu, brzucha, ćwiczeń rozciągających i korekcyjnych [14].

### **Rehabilitacja osób starszych po amputacjach kończyn.**

Kolejną grupą pacjentów, u których niezbędne jest prowadzenie kompleksowej rehabilitacji są osoby po amputacjach kończyn. Obecnie, głównie z powodu przedłużenia przeciętnej wieku człowieka, wzrosła liczba amputacji z powodu chorób naczyniowych, takich jak miażdżycy naczyń obwodowych, zakrzepy, zatory tętnicze, zmiany cukrzycowo-naczyniowe. Amputację wykonuje się po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia [19]. Natomiast protezowanie amputowanych kończyn można rozpocząć już około 2 tygodnia po operacji. Zależy to od stanu kikuta oraz wydolności krążeniowej pacjenta [20].

U osób starszych ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie rehabilitacji. Skutkiem opóźnienia może być trwałe pogorszenie sprawności, izolacja społeczna oraz depresja. Objawem depresji może być także niechęć do podjęcia leczenia w oddziale rehabilitacji. Należy wówczas, znając stan psychiczny pacjenta, zintensyfikować działania motywujące do podjęcia terapii. Ważną rolę odgrywa tutaj wsparcie rodziny oraz pomoc psychologa.

Każdy pacjent po amputacji wymaga indywidualnego podejścia w zakresie zaopatrzenia protetycznego i usprawniania. Sam wiek osoby starszej nie stanowi ograniczenia w tym zakresie, natomiast opóźnienie rozpoczęcia rehabilitacji może nieodwracalnie pogorszyć sprawność funkcjonalną [20]. Okres oczekiwania na protezę należy wykorzystać na modelowanie kikuta. Służy temu odpowiednia technika bandażowania, której celem jest likwidacja obrzęku, polepszenie ukrwienia tkanek oraz zachowanie właściwego kształtu kikuta. Ważne w usprawnianiu jest zapobieganie wadliwemu ustawieniu kikuta i utrzymanie pełnej ruchomości w stawach. Ćwiczenia należy połączyć z odpowiednim układaniem kikuta. Przygotowanie do posługiwania się protezą obejmuje również wzmacniania mięśni kikuta, głównie przez wykonywanie ćwiczeń oporowych [21].

W przygotowaniu do protezowania ważne jest hartowanie kikuta. Służy temu stopniowe przyzwyczajanie do ucisku przez opieranie kikuta, początkowo o przedmioty miękkie, aż po coraz twardsze i zwiększanie siły ucisku. Pomocne są także masaże wirowe i kąpiele z jednoczesnym masażem przy pomocy gąbki lub szczotki oraz z użyciem naprzemiennie ciepłej i zimnej wody [22].

Rehabilitacja chorych po amputacjach kończyn powinna mieć charakter kompleksowy. Ważna jest poprawa ogólnej sprawności i zachowanie prawidłowej postawy. Ćwiczenia korekcyjne przynoszą lepsze efekty, gdy są wykonywane przed lustrem. Ćwiczenia oporowe kończyn z użyciem taśmy elastycznej wpływają dobrze na poprawę siły mięśni. Niezbędna jest nauka bezpiecznego przesiadania się z łóżka na wózek i z powrotem, nauka samodzielnej zmiany pozycji w łóżku oraz nauka chodu. W celu uzyskania jak największej niezależności pacjenta, uczy się go samodzielnego zakładania protezy. Regularnie należy sprawdzać stan skóry kikuta. Nauka chodu powinna zawierać elementy ze stopniowym zwiększaniem poziomu trudności, poczynając od chodzenia między barierkami, z balkonikiem, o kulach, a następnie z pokonywaniem przeszkód, takich jak nierówności terenu, czy wystające progi. Kolejnym etapem jest chodzenie po schodach [20].

Niezbędnym elementem rehabilitacji jest psychoterapia, której celem jest osiągnięcie akceptacji chorego dla niepełnosprawności, wzmacnianie wiary we własne siły

i poczucie wartości oraz przekonanie o celowości usprawniania, prowadzącego do aktywnego udziału w życiu społecznym [21].

### **Rehabilitacja osób starszych z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS).**

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, postępującą chorobą, która ulega zaostrzeniu w wieku starszym. Należy do układowych chorób tkanki łącznej, immunologicznie zależnych. Dochodzi w niej do zapalenia stawów, zmian pozastawowych i powikłań układowych. Zmiany patologiczne rozwijają się wyłącznie w stawach, w których jest błona maziowa. Schorzenie może przebiegać w sposób ciągły lub rzutami, które charakteryzują się dużą bolesnością, obrzękami, stanami podgorączkowymi, ogólnym złym samopoczuciem. Z czasem powstają deformacje, przykurcze i ograniczenie funkcjonowania chorego [12].

Głównym celem rehabilitacji w reumatoidalnym zapaleniu stawów jest zapobieganie deformacjom, korekcja już istniejących i utrzymanie potrzebnej siły mięśniowej. Ćwiczenia stosuje się w zależności od możliwości chorego, głównie w okresie remisji. Kinezyterapia w reumatoidalnym zapaleniu stawów musi być indywidualnie zaplanowana. Intensywne ćwiczenia mogą być przeprowadzane w okresie remisji choroby. Stosuje się ćwiczenia izometryczne i ekscentryczne mięśni, trening na cykloergometrze oraz trening lokomocji, który polega na nauce prawidłowego chodu po terenie płaskim i po schodach. Dla poprawy skuteczności rehabilitacji kinezyterapię łączy się z krioterapią. Efektem działania niskiej temperatury jest zmniejszenie, a nawet ustąpienie bólu. Pozwala to aplikować chorym większą dawkę ćwiczeń, co z kolei prowadzi do poprawy siły mięśni i zwiększenia zakresu ruchu w stawach [23].

Dobre efekty terapii chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów przynosi zastosowanie ćwiczeń z narastającym oporem przy użyciu gumowych taśm elastycznych. Taśmy te występują w różnych kolorach, z których każdy oznacza inne obciążenie. U pacjentów z deformacjami ręki zazwyczaj nie ma możliwości użycia innych przyborów do ćwiczeń. Taśma elastyczna jest w ich przypadku idealnym rozwiązaniem, gdyż daje się łatwo nawinąć na rękę. Ćwiczenia oporowe z użyciem taśmy pozwalają na zaangażowanie mięśni kończyn dolnych, górnych i tułowia. Są bezpieczne dla pacjenta, gdyż umożliwiają dokładne dawkowanie oporu. Kontrola wzrokowa ruchu oraz kierunku rozciąganej taśmy daje pacjentowi możliwość nauczenia się prawidłowego wzorca ruchowego. Program ćwiczeń z taśmą elastyczną u osób starszych powinien być możliwie prosty i powtarzalny. Korzystne jest dołączenie ćwiczeń przeciwzkrzepowych, oddechowych oraz kształtujących prawidłową sylwetkę pleców [24].

Podstawowym celem usprawniania w reumatoidalnym zapaleniu stawów jest zapobieganie deformacjom. W okresie zaostrzenia procesu chorobowego obowiązuje odpowiednie ułożenie chorego w łóżku. W usprawnianiu kończyn górnych istotne jest utrzymanie funkcji chwytnej rąk. Należy dążyć do zachowania pełnego zakresu ruchów w stawach palców. Pacjentów edukuje się w zakresie samoobsługi, korzystania z urządzeń pomocniczych (ortezy, kule, balkoniki, odpowiednio przystosowane przedmioty użytku codziennego) [12]. Istotne jest też przygotowanie rodziny do opieki nad chorym przez pomoc w zrozumieniu ograniczeń wynikających z choroby. Psychoterapia jest niezbędnym elementem w procesie rehabilitacji, gdyż wzmacnia motywację

pacjentów do aktywnego udziału w terapii i pomaga w osiągnięciu akceptacji faktu, że proces chorobowy może spowodować zmianę dotychczasowego trybu życia [7].

### **Rehabilitacja osób starszych z dolegliwościami bólowymi narządu ruchu.**

Trudnym problemem medycznym dotyczącym osób starszych są dolegliwości bólowe narządu ruchu. Ból powoduje ograniczenia w zakresie wykonywania codziennych czynności życiowych. Może być objawem różnych chorób, jednak często przyczyną bólu są uwarunkowania pozasomatyczne, takie jak lęk i depresja.

Bóle lokalizują się zazwyczaj w odcinku krzyżowym kręgosłupa, kolanach, szyi, plecach, barkach, stopach i łokciach. Często jedna osoba zgłasza dolegliwości bólowe kilku okolic ciała jednocześnie. W walce z bólem najczęściej stosuje się farmakoterapię przeciwbólową. Niektórzy pacjenci próbują radzić sobie samodzielnie poprzez nacierania, plastry rozgrzewające, ziołolecznictwo. Wciąż zbyt mało doceniana jest aktywność ruchowa, która stanowi uznaną formę zapobiegania bólowi. Świadczy to o ogromnym zapotrzebowaniu na edukację zdrowotną, służącą propagowaniu aktywności fizycznej i kinezyterapii jako metod profilaktyczno-leczniczych w dolegliwościach bólowych u osób w podeszłym wieku [25].

Ból, zwłaszcza przewlekły może wywoływać lęk, poczucie beznadziejności, przygnębienie, złość lub gniew. Może być przyczyną depresji. Odpowiednio dobrany zestaw ćwiczeń ruchowych przynosi poprawę stanu fizycznego oraz kondycji psychicznej. Wydzielane podczas wysiłku endorfiny wpływają na redukcję odczuwania bólu i wyzwalają uczucie zadowolenia. Aktywność fizyczna jest skutecznym środkiem przeciwdepresyjnym. Ćwiczenia relaksacyjne sprzyjają obniżeniu napięcia mięśniowego [26].

Dobre efekty w procesie leczenia bólu przynosi terapia skojarzona, polegająca na równoczesnym zastosowaniu elektroterapii i ultradźwięków [27].

Kolejną metodą pomocną w walce z bólem w procesie usprawniania jest kinesio-taping. Metoda polega na stosowaniu specjalnych plastrów. Oddziałuje na mięśnie, ścięgna, stawy, układ nerwowy i limfatyczny. Efektem terapii jest redukcja zmęczenia mięśni, poprawa ich funkcji, zwiększenie zakresu ruchu, zmniejszenie lub usunięcie bólu, poprawa mikrokrążenia. Dodatkową zaletą terapii jest brak negatywnych odczuć skórnych, brak lub minimalne odczyny alergiczne oraz niskie koszty terapii [28].

Korzystne w terapii przeciwbólowej są ćwiczenia wykonywane w wodzie. Wpływają dodatnio na ogólną kondycję, zmniejszają dolegliwości bólowe oraz pozwalają zwiększać siłę mięśni i zakres ruchów. Jedną z technik stosowanych jako forma ćwiczeń indywidualnych jest Watsu, czyli „uwolnienie ciała w wodzie”. Polega na biernym oddziaływaniu na pacjenta. Można dodatkowo używać przyborów ułatwiających unoszenie się na wodzie. Efektem tej metody jest rozluźnienie nadmiernie napiętych mięśni, obniżenie dolegliwości bólowych i zwiększenie zakresu ruchów [9].

Metodą o działaniu przeciwbólowym jest krioterapia, czyli leczenie zimnem. W rehabilitacji medycznej stosuje się krioterapię lokalną i ogólnoustrojową. W wyniku utraty ciepła dochodzi do obniżenia temperatury poszczególnych tkanek, zwolnienia metabolizmu, zahamowania procesów zapalnych, zmniejszenia bólu, obniżenia napięcia mięśni. Zmniejszenie dolegliwości bólowych ułatwia prowadzenie kinezyterapii [29].



### **Rola pielęgniarki w procesie rehabilitacji osób starszych.**

„Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki to realizowanie zadań związanych z pomaganiem pacjentowi w uzyskaniu niezależności i kształtowaniem u niego umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej, która może powstać wskutek choroby, urazu o charakterze fizycznym, psychicznym, społecznym” [30].

Do zadań pielęgniarki należy: prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z unieruchomienia, prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi) oraz aktywizowanie pacjenta z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej [31].

Pielęgniarka jest jednym z członków zespołu terapeutycznego, w ramach którego realizuje obowiązki zawodowe oraz zadania zawarte w programie rehabilitacji. Rolą pielęgniarki jest tworzenie atmosfery poczucia bezpieczeństwa, aktywizacja w zakresie czynności samoobsługowych, współdziałanie z fizjoterapeutą, psychologiem, rodziną pacjenta. Prowadzi ona obserwację pacjenta z uwzględnieniem pomiarów parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech), kontroli zazywanych środków farmakologicznych, występowania reakcji wegetatywnych [32].

Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki jest zaliczana do funkcji współzależnych – zadania realizowane wobec pacjenta są ustalane z innymi członkami zespołu rehabilitacyjnego. Czynności, które pielęgniarka może wykonywać samodzielnie są związane z zaspokojeniem potrzeby ruchu, z podtrzymywaniem aktywności ruchowej pacjenta, niezależności w wykonywaniu podstawowych czynności oraz z bezpiecznym przemieszczaniem się [33].

Współpraca pielęgniarki z pacjentem opiera się na edukacji, uwzględniającej poziom intelektualny chorego. Instrukcje przekazywane pacjentowi muszą być dla niego zrozumiałe. Ważne jest nawiązanie pozytywnego, emocjonalnego kontaktu z pacjentem poprzez opanowanie, zrozumienie i autentyczne zainteresowanie jego problemami. Wyeliminowanie czynników rozpraszających uwagę (telewizja, radio) ułatwia choremu skoncentrowanie się na wykonywanej czynności. Współpraca pielęgniarki z rodziną chorego w zakresie edukacji na temat zaburzeń w jego funkcjonowaniu oraz postępowania usprawniającego przygotowuje opiekunów do dalszego postępowania z chorym w warunkach domowych [34].

Wyniki obserwacji pacjenta prowadzonej przez pielęgniarkę służą wszystkim członkom zespołu terapeutycznego. Są pomocne w ocenie stanu funkcjonalnego pacjenta, jego funkcji poznawczych oraz dynamiki emocji. Pozwalają ustalić program ćwiczeń dostosowany do aktualnych możliwości pacjenta fizycznych i psychicznych (koncentracja uwagi, orientacja w schemacie własnego ciała, pamięć poleceń).

Działania terapeutyczne w pracy z pacjentem oddziału rehabilitacji opierają się głównie na przygotowaniu pacjenta do badań i asystowaniu przy nich, realizowaniu zleceń lekarskich, podawaniu leków i obserwacji w kierunku ewentualnego występowania działań niepożądanych, prowadzeniu obowiązującej dokumentacji, przygotowaniu pacjenta do ćwiczeń oraz zabiegów fizykalnych. Pielęgniarka podczas rozmów z pacjentem uświadamia mu jak ważna jest terapia ruchem dla poprawy stanu fizycznego i psychicznego oraz zachowania niezależności w codziennym funkcjonowaniu [10].

Zadania opiekuńczo – pielęgnacyjne podejmowane są w zależności od stanu funkcjonalnego pacjenta (określenie deficytu samoopieki), występujących dolegliwości oraz

stanu psychicznego. W przypadku pacjenta unieruchomionego do zadań pielęgniarki należy: zapewnienie właściwej pozycji ułożeniowej, zapobiegającej zniekształceniom układu kostno-stawowego, odleżynom i odparzeniom, wykonywanie czynności higienicznych, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu, gdzie przebywa chory, dbanie o właściwe warunki snu i wypoczynku, zapewnienie właściwego poziomu odżywiania i nawadniania (pomoc lub kontrola podaży posiłków i płynów), tworzenie odpowiednich warunków do zaspokojenia potrzeby wydalania (stosowanie odpowiednich środków higienicznych, zapewnienie warunków intymności podczas mikcji czy defekacji), stosowanie działań profilaktycznych przeciw opadowemu zapaleniu płuc, zakrzepowemu zapaleniu żył, przykurczom mięśni, dbanie o dobry stan psychiczny pacjenta poprzez aktywne słuchanie, rozmowę, informowanie o przebiegu i celu wykonywanych czynności, zachęcanie do samoopieki zgodnie z możliwościami pacjenta, przekazywanie informacji zwrotnej co do poprawności wykonywanych zadań [8].

Działania rehabilitacyjne pielęgniarki polegają na udzielaniu pacjentowi pomocy w samodzielnym wykonywaniu czynności dnia codziennego. Należy kierować się zasadą niewyręczania chorego w czynnościach, które może wykonać sam. W razie potrzeby należy zapewnić choremu odpowiednie przybory ułatwiające samoobsługę, np. pacjentowi ze zwyrodnieniami stawów rąk – specjalne sztucze o grubych rękojeściach, lekkie kubki z dużymi uchwytyami, itp. Pacjentowi, który ma trudności w przemieszczaniu się można pomóc zapewniając kule, czy balkonik. Wózek inwalidzki powinien być używany wyłącznie u chorych, którzy nie mają innych możliwości przemieszczania się lub do transportu na większe odległości [10].

Ważną rolą pielęgniarki w oddziale rehabilitacji jest tworzenie atmosfery mobilizującej chorego do pokonywania trudności i swoich słabości, łagodzenie napięcia i negatywnych emocji, zachęcanie do stopniowego doskonalenia czynności motorycznych [33].

Zadaniem pielęgniarki jest prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie samopielęgnacji oraz promocja zdrowia. W przypadku pacjentów w podeszłym wieku głównym celem tych działań jest zapobieganie niepełnosprawności [32]. Dzięki edukacji zdrowotnej pacjent zyskuje wiedzę konieczną do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia, a więc zdrowego stylu życia. Zalicza się do niego m. in. niepalenie tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, 7-8 godzin snu na dobę, aktywność fizyczną, utrzymanie prawidłowej masy ciała [35]. Działania edukacyjne powinny być wspomagane ulotkami, planszami, czy poradnikami, które powinny być łatwe do odczytania, a zatem zawierać potoczne terminy, łatwe do zrozumienia dla chorego i jego opiekunów [8].

Współczesny człowiek żyje w świecie, w którym tempo rozwoju cywilizacyjnego powoduje nierzadko brak wrażliwości na potrzeby ludzi słabszych i chorych. Obecna tendencja do afirmacji młodości, atrakcyjnego wyglądu zewnętrznego i sprawności fizycznej, spycha poza margines zainteresowań społeczeństwa osoby, którym brak tych atrybutów.

Starość jest trudnym okresem, wymagającym od człowieka starszego umiejętności przystosowania do zmian, które następują w każdej sferze życia. Populacja ludzi starszych jest bardzo zróżnicowana, począwszy od pełnych wigoru, uczestniczących w życiu rodzinnym i społecznym, posiadających własne pasje i cele osób, po osoby

zmagające się z problemami zdrowotnymi, finansowymi, niezdolne do samodzielnego funkcjonowania. W tym drugim przypadku zazwyczaj towarzyszy seniorowi poczucie niskiej wartości, izolacja społeczna, brak celów życiowych. Ten negatywny stan można zmienić, ale konieczna jest aktywność zarówno najbliższego otoczenia osoby starszej, jak i szeregu instytucji, w tym służby zdrowia.

Umożliwienie dostępu do wszechstronnej pomocy medycznej pozwala poprawić stan funkcjonalny i szansę na osiągnięcie maksymalnej niezależności. Taki właśnie cel stawia przed sobą współczesna rehabilitacja i dlatego powinna być dostępna dla pacjentów w każdej grupie wiekowej. Inwestowanie w pozytywne starzenie się daje korzyści nie tylko osobom będącym obecnie w zaawansowanym wieku. Starzenie to proces nieuchronny, dotyczący całej populacji ludzkiej.

Zadaniem przedstawicieli różnych dziedzin nauki, głównie humanistyczno-społecznych, jest kształtowanie właściwych postaw młodych ludzi wobec starości, poprzez umiejętność korzystania z bogactwa doświadczeń i tradycji reprezentowanych przez starsze pokolenie. Rolą przedstawicieli służby zdrowia jest prowadzenie edukacji osób starszych i ich rodzin w zakresie utrzymania aktywności fizycznej jako ważnego czynnika zapobiegającego niepełnosprawności. Pobyt w oddziale rehabilitacji stwarza możliwość udzielenia pomocy w rozwiązaniu wielu problemów seniora dzięki kompleksowej opiece ze strony interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Milanowska K., Dega W., Rehabilitacja medyczna, PZWL, Warszawa 2008.
2. Pasek T., Kempniński M., Pasek J., Mucha R., Pitsch T., Sieroń A., Postępowanie fizjoterapeutyczne w geriatry, Fizjoterapia Polska nr 4, 2007.
3. Szewieczek J., Durmała J., Duława J., Sosnowski M., Analiza skuteczności, bezpieczeństwa i kosztów wdrożenia programu aktywności fizycznej u chorych geriatrycznych, kierowanych do leczenia szpitalnego – założenia projektu badawczego, Geriatria nr 3, 2009.
4. Janiszewski M., Kluszczyńska A., Błaszczuk A., Ocena skuteczności kinezyterapii w skojarzeniu z terapią wysokotonową u pacjentów geriatrycznych, Fizjoterapia Polska nr 2, 2001.
5. Bosacka M., Józwiak A., Wieczorkowska-Tobis K., Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych w oddziale dziennym psychogeriatrycznym, Geriatria, nr 4, 2010.
6. Kostka T., Kostka J., Sprawność funkcjonalna i wybrane aspekty rehabilitacji osób starszych, Lekarz Rodzinny, nr 3, 2007.
7. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
8. Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R. (red.), Pielęgniarstwo w geriatry, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006.
9. Nowotny-Czupryna O., Rudzińska A., Czupryna K., Lambeck J., Możliwości zastosowania terapii w wodzie u pacjentów z niektórymi dysfunkcjami narządu ruchu, Fizjoterapia Polska, nr 1, 2001.
10. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.), Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.

11. Kuźdzał A. (red.), Atlas rehabilitacji ruchowej, Wydawnictwo FORUM, Poznań 2009.
12. Cytowicz-Karpiłowska W., Kazimierska B., Cytowicz A., Postępowanie usprawniające w geriatric. Podstawy, wskazania, przeciwwskazania, ALMAMER Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa 2009.
13. Jasiak-Tyrkalska B., Czerwiński E., Postępowanie fizjoterapeutyczne po złamaniach osteoporotycznych, *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, nr 4, 2006.
14. Jezierski C., Kriostymulacja w reumatologii, traumatologii, ortopedii i odnowie biologicznej, *Inżynieria Biomedyczna*, nr 1, 2008.
15. Tyrkalska-Jasiak B., Czerwiński E., Postępowanie fizjoterapeutyczne po złamaniach osteoporotycznych, *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, nr 4, 2006.
16. Wolny T., Saulicz E., Gnat R., Wykorzystanie metody PNF u chorych po udarze mózgu, *Rehabilitacja w Praktyce*, nr 3, 2008.
17. Skowron Ł., Szczepański P., Nauka chodu osób z chorobą Parkinsona, *Rehabilitacja w praktyce*, nr 3, 2008.
18. Cukras Z., Pęczko K., Kostka T., Jegier A., Aktywność ruchowa osób starszych poddanych całkowitej protezoplastyce stawu biodrowego, *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, nr3, 2007.
19. Kubacki J., Zarys ortopedii i traumatologii, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Katowice 1995.
20. Borowicz A., Wiczorkowska-Tobis K., Efektywność rehabilitacji osoby starszej po amputacji udowej prawostronnej – opis przypadku, *Geriatrics*, nr 1, 2007
21. Dega W. (red.), *Ortopedia i rehabilitacja*, PZWL, Warszawa, 1984.
22. Pirowska A., Włoch T., Nowobilski R., Szybkie protezowanie i kompleksowa rehabilitacja po amputacji kończyn dolnych – najważniejsze składniki postępowania fizjoterapeutycznego, *Rehabilitacja Medyczna*, nr 1, 2010.
23. Jezierski C., Wpływ kriostymulacji i kinezyterapii na sprawność stawów kolanowych u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, *Inżynieria Biomedyczna*, nr 3, 2008.
24. Prusinowska A., Turski P., Wozuk K., Zalecenia postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Ćwiczenia z narastającym oporem w usprawnianiu pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów leczonych operacyjnie, *Reumatologia*, nr 4, 2010.
25. Doroszkiewicz H., Bień B. Profil zachowań osób starszych w walce z bólem narządu ruchu, *Problemy Pielęgniarstwa*, nr 3, 2010.
26. Nowak A., Wiczorek S., Aktywność fizyczna osób w podeszłym wieku, *Rehabilitacja w praktyce*, nr 4, 2010.
27. Taradaj J., Feliksik M., Franek A., Błaszczak E., Terapia skojarzona (TENS + ultradźwięki) w leczeniu bólów krzyża, *Rehabilitacja w praktyce*, nr 4, 2008.
28. Kuciel-Lewandowska J., Paprocka-Borowicz M., Kierzek A., Pozowski A., Borerer E., Zastosowanie kinesiotapingu w usprawnianiu pourazowego uszkodzenia nerwu strzałkowego – opis przypadku, *Inżynieria Biomedyczna*, nr 3, 2008.
29. Janiszewski M., Talar J., Permoda A., Krioterapia w rehabilitacji. Doświadczenia własne, *Medycyna Manualna*, nr 1, 1999.

30. Ciechaniewicz W., Encyklopedia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1996.
31. Miller E., Rola pielęgniarki w profilaktyce wybranych powikłań związanych z unieruchomieniem chorego, *Problemy Pielęgniarstwa*, nr 1, 2007.
32. Hudzik B., Zarotyńska A., Rehabilitacja osób starszych w opiece instytucjonalnej z wykorzystaniem muzykoterapii, *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*, nr 3, 2009.
33. Kozłowska D., Wojciechowska M., Realizowanie zadań funkcji rehabilitacyjnej przez pielęgniarki w opinii pacjentów niepełnosprawnych ruchowo, *Problemy Pielęgniarstwa*, nr 2, 2007.
34. Wojtan A., Wojtan S., Charakterystyka zespołu zaniedbywania połowiczego; specyfika opieki pielęgniarskiej, *Problemy Pielęgniarstwa*, nr 2, 2009.
35. Girzelska J., Kościółek A., Mianowana V., Dobrowolska B., Świadomość pożądaných zachowań zdrowotnych jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne pielęgniarki w przygotowaniu do samoopieki pacjenta po przebytym udarze mózgu, *Problemy Pielęgniarstwa*, nr 4, 2010.



# Zachowania zdrowotne ludzi starszych

*Grażyna Książek*

Starzenie się jest naturalnym procesem fizjologicznym, w którym organizm przechodzi szereg zmian. Szeroki zakres możliwości aktywnego życia oraz samorealizacji pozwala w pełni utrzymać sprawność prawie do końca życia. Jakikolwiek wiek przyjmujemy za początek starości ważne jest, aby uzmysłwić sobie, iż wiek chronologiczny nie jest precyzyjnym miernikiem zmian, jakie zachodzą w starzejącym się organizmie. Istnieją różnice w stanie zdrowia, w skali uczestnictwa w różnych dziedzinach życia oraz w poziomie niezależności pomiędzy poszczególnymi osobami starszymi.

Tempo i stopień starzenia się zależą od warunków społecznych, indywidualnych cech człowieka, charakteru, jego zdrowia, nawyków, przyzwyczajzeń, a przede wszystkim stylu życia.

Starzenie się społeczeństwa jest poważnym problemem zarówno państw rozwiniętych, jak i rozwijających się. Szacuje się, że na świecie żyje około 605 mln ludzi starszych, odsetek osób w wieku powyżej 60 lat rośnie szybciej niż w innych grupach wiekowych. Wg danych Światowej Organizacji Zdrowia obecnie w Europie populacja ludzi starszych stanowi 20% ogółu i wzrośnie do 29% w 2025 roku [1, 2].

Szybkie tempo zjawiska, jakim jest starzenia się społeczeństwa, rodzi liczne konsekwencje o charakterze ekonomicznym, politycznym, społecznym, psychologicznym i zdrowotnym. Koniecznym staje się podjęcie systemowych i konsekwentnych działań, które umożliwią samodzielne, w pełni sprawne, funkcjonowanie oraz poprawę jakości życia [3].

Jedną z możliwych form redukcji problemów starzejącego się społeczeństwa jest promocja zdrowia osób starszych. Promowanie zdrowego stylu życia oraz profilaktyka schorzeń, mają decydujące znaczenie dla utrzymania zdrowia do późnych lat. Czynniki wpływającymi na pomyślne starzenie się, rozumiane jako starzenie wolne od chorób, są zachowania zdrowotne wpajane od najmłodszych lat i utrwalane podczas całego życia [2, 3].

Zdrowie wg WHO jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania [4, 5].

Zdrowie jednostki, z perspektywy zdrowia publicznego, to zdolność do normalnego funkcjonowania organizmu, mająca na względzie wszystkie jego organy i funkcje. Jest to zdolność do adaptacji w zmieniającym się środowisku. Zdrowie to potencjał fizyczny i psychiczny, dający możliwość rozwijania się i aktywności. To również wyraz równowagi i harmonii możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych osoby ludzkiej [4, 5].

W zgodzie ze współczesną teorią i praktyką medyczną, bardziej użyteczna może wydawać się definicja, która określa zdrowie jako normalny stan ustroju, którego czynności i struktura są prawidłowe, a układy regulujące zapewniają stan wewnętrznej równowagi oraz zdolność przystosowywania się do warunków zewnętrznych. Takie ujęcie stanu zdrowia opiera się tylko na badaniach antropometrycznych, fizjologicznych i biochemicznych. Jednak nie uwzględnia wpływu czynników społecznych, które odgrywają nie mniejszą rolę w kształtowaniu zdrowia [6].

Utrzymanie zdrowia jako homeostazy – stanu równowagi procesów fizjologicznych, biochemicznych i psychologicznych – uwarunkowane jest współdziałaniem wielu czynników. Zdrowie będąc ich wypadkową łatwo ulega zaburzeniu. Do czynników tych należą: styl życia, środowisko, czynniki genetyczne i służba zdrowia. Czynnikiem determinującym zdrowie jednostki jest styl życia. To właśnie zmiana zachowań zdrowotnych najłatwiej zaburza homeostazę organizmu [4, 5].

Wśród czynników kształtujących stan zdrowia populacji wskazuje się na: czynniki środowiska naturalnego (geograficzne), czynniki demograficzne, czynniki społeczno-ekonomiczne, czynniki psychologiczno-kulturowe, czynniki polityczno-administracyjne oraz czynniki związane z organizacją i funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej [4, 5].

Zdrowie każdego człowieka i społeczności poddawane jest wpływowi coraz to nowych zagrożeń środowiskowych, uwarunkowań socjalnych, ekonomicznych oraz biologicznych. Wpływają one na zachowania indywidualne i zbiorowe ludzi oraz warunki, w których żyją i pracują. Czynniki te mogą sprzyjać zdrowiu i je umacniać lub zupełnie odwrotnie, mogą je niszczyć [4, 5, 8].

Cechy, sytuacje oraz warunki zwiększające odporność na działanie czynników ryzyka to czynniki chroniące. Mają one zwiększyć odporność człowieka na negatywne wpływy środowiska zewnętrznego [5, 8].

Do najważniejszych czynników chroniących zdrowie zalicza się: silną więź emocjonalną z rodziną i jej wsparcie, zdobywanie wiedzy, rozwijanie zainteresowań, hobby, umiejętność spędzania wolnego czasu, dobre praktyki żywieniowe, regularną aktywność fizyczną, kontakt z rówieśnikami, umiejętność rozwiązywania problemów oraz radzenie sobie ze stresem, poczucie własnej skuteczności w działaniu, poszanowanie prawa, norm, wartości i autorytetów społecznych [5, 8].

Czynniki ryzyka to cechy, sytuacje i warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych. To sytuacje i warunki oraz niekorzystne cechy tkwiące w samym człowieku oraz w jego środowisku [5, 7, 8].

Do czynników ryzyka zalicza się: złe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej, słabą więź emocjonalną z rodziną, doświadczenie izolacji, brak umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, brak celów życiowych i zainteresowań, środowisko spo-



łeczne promujące złe wzorce zachowań, normy społeczne i obyczaje promujące lub prowokujące złe zachowania, wczesna inicjacja zachowań ryzykownych [5, 8].

### **Zachowania zdrowotne jako element kształtujący styl życia ludzi starszych.**

Każdy okres życia, także późna dorosłość, stawia przed człowiekiem nowe wyzwania, którym należy sprostać. Starość jest kontynuacją wcześniejszych faz życia, a jej jakość i przebieg zależy w decydującej mierze od stylu życia, jaki człowiek prowadził wcześniej.

Warunkiem koniecznym dla poczucia jakości życia osoby starszej jest zaakceptowanie zmian biologicznych wynikających z naturalnego procesu starzenia się oraz zwiększających się wraz z wiekiem dysfunkcji społecznych. Nie powinno to oznaczać biernego poddawania się tym naturalnym procesom zwłaszcza, że można je opóźnić poprzez odpowiednie zachowania zdrowotne (styl życia).

Głównej przyczyny starzenia się można poszukiwać w niedostatecznej aktywności fizycznej i psychicznej. Wśród czynników, które najbardziej przyspieszają proces starzenia się wymienia się bierną postawę oraz brak życiowych celów. Charakter i jakość starości w głównej mierze zależy od samego człowieka, od przyjętej filozofii oraz postaw wobec zdrowia i życia, a także realizacji potrzeby samorozwoju.

W perspektywie wydłużania się średniej długości życia ludzkiego szczególnej uwagi nabiera problematyka troski o jakość życia osób starszych. Konieczna staje się troska o zapewnienie warunków do życia, w których można realizować istotne wartości, skutecznie troszczyć się o zdrowie oraz o zachowanie sprawności fizycznej i psychicznej.

W ostatnich latach znacznie wzrosła świadomość ludzi, iż wiodącą rolę w utrzymaniu i umacnianiu zdrowia ogrywają zachowania zdrowotne. Pomimo, że wiek starczy powiązany jest z chorobami przewlekłymi nabytymi w ciągu życia, to jednak człowiek dokonuje ciągłych wyborów, które warunkują starzenie patologiczne lub pozytywne. Wolny wybór każdego człowieka dotyczy stylu życia oraz postaw wobec własnego zdrowia.

Ogromną rolę w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych osób starszych przypisuje się programom promującym zdrowie. Powstaje coraz więcej Uniwersytetów Trzeciego Wieku, których zadaniem jest rozwój intelektualny oraz promocja zdrowego stylu życia. Dzięki nim osoby starsze poszerzają i zdobywają wiedzę, zaspokajają potrzeby społeczne oraz nabywają nowe umiejętności. Starość przestaje być okresem bezradności, a staje się świadomym planowanym czasem szeroko rozumianej aktywności.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że ludzie starsi, aktywni intelektualnie prezentują wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, mają lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmują zachowania profilaktyczne. Wykazują też pozytywne nastawienie psychiczne [9].

Przygotowanie do okresu starości powinno zatem obejmować: sferę życia emocjonalnego (przyjaciele, hobby, nieustanne kształcenie, ćwiczenie woli i umysłu), sferę sprawności fizycznej ze szczególnym naciskiem na zwalczanie nałogów, nieprawidłowych nawyków żywieniowych, na dostateczną i racjonalną pielęgnację ciała oraz ćwiczenia fizyczne oraz sferę zabezpieczania materialnego (oszczędności, dodatkowe zatrudnienie).

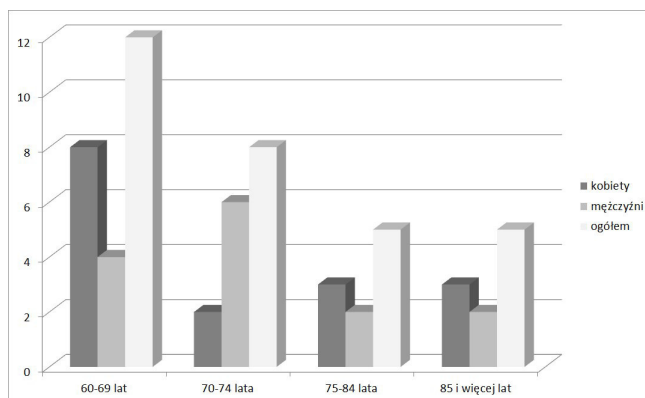
**Celem przeprowadzonych badań** ankietowych wśród ludzi starszych było: dokonanie oceny zdrowia subiektywnego oraz zachowań zdrowotnych osób starszych wiekiem oraz analiza związków między zdrowiem a reprezentowanymi zachowaniami zdrowotnymi.

Na potrzeby pełnej realizacji założonych celów badawczych skonstruowano następujące hipotezy:

1. Promocja zdrowia osób starszych stwarza możliwość samodzielnego i aktywnego funkcjonowania w środowisku oraz zapewnia odpowiednią jakość życia.
2. Zachowania zdrowotne osób starszych są determinowane wiekiem badanych.
3. Kształtowanie nawyków prozdrowotnych opóźnia biologiczne starzenie się organizmu.

Badanie zachowań zdrowotnych przeprowadzono wśród losowo wybranej grupy 40-tu osób starszych, powyżej 60 roku życia. Sondaż przeprowadzono na przełomie listopada i grudnia 2010 roku.

W badaniu udział wzięło 30 osób, w tym 16 kobiet (53,3%) oraz 14 mężczyzn (46,7%). Znaczną większość respondentów, bo aż 40% (12 osób) stanowiły osoby w wieku 60-69 lat. 26,7% (8 osób) stanowili respondenci w wieku 70-74 lata. Natomiast osoby w wieku 75-84 lata oraz 85 i więcej lat stanowili po 16,7% (5 osób). Kobiety przeważały w grupie wiekowej 60-69 lat, natomiast mężczyźni w grupie wiekowej 70-74 lata.



**Wykres 1.** Charakterystyka badanej populacji (badania własne, 2010).

Pod względem posiadanego wykształcenia dominowali respondenci z wykształceniem zawodowym – 53,3% (16 osób) oraz podstawowym – 23,3% (7 osób). Wykształcenie średnie deklarowało 13,3% badanych (4 osoby) natomiast wyższe zaledwie 10% (3 osoby). Spośród badanych respondentów 83,3% (25 osób) znajdowało się na emeryturze, a 16,7% (5 osób) na rencie.

Badane osoby najczęściej tworzyły dwu lub jednoosobowe gospodarstwa domowe, odpowiednio 60% (18 osób) oraz 23,3% (7 osób). Pozostali prowadzili gospodarstwa domowe wraz z dziećmi – 13,3% (4 osoby) lub z innymi członkami rodziny – 3,3%.

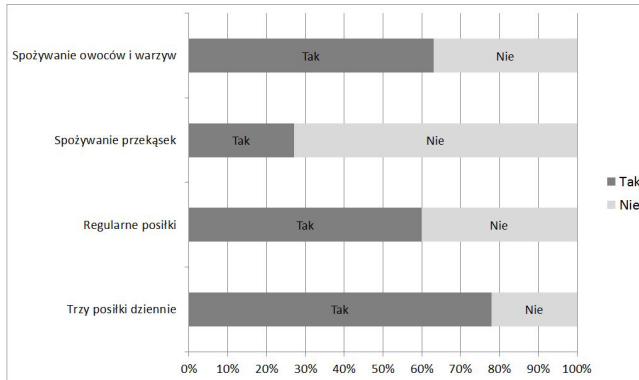
Respondenci najczęściej byli mieszkańcami miast powyżej 50 tys. mieszkańców – 46,7% (14 osób). 36,8% (11 osób) pochodziło z miast poniżej 50 tys. mieszkańców. Zaledwie 16,7% respondentów mieszkało na wsi.

Większość osób uczestniczących w badaniu określało swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą – 50% (15 osób) oraz dobrą – 30% (10 osób). Pozostali określili ją jako średnią (10%) oraz złą (6,7%).

Niepokojącym jest fakt, że aż 70% (21 osób) badanych określiło swój miesięczny dochód jako niewystarczający, a tylko 30% (9 osób) jako wystarczający.

Badanie sprawdzało regularność, a także jakość odżywiania się badanych osób. Większość respondentów, bo aż 76,7% (23 osoby) zadeklarowało, iż spożywa co najmniej trzy posiłki dziennie. Wśród osób, które stwierdziły, że nie spożywają minimalnej ilości posiłków przeważały kobiety. Stanowiły one aż 1/3 wszystkich respondentek. 60% badanych (18 osób) spożywa posiłki o stałych porach. Płeć ankietowanych nie miała istotnego wpływu na regularność spożywania posiłków. Wśród badanych, którzy deklarowali iż posiłki spożywają nieregularnie przeważały kobiety.

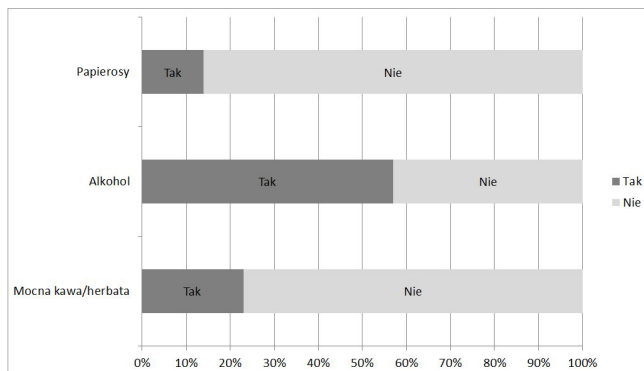
Niemal ¼ badanej grupy zadeklarowało, że nie podjada między posiłkami żadnych przekąsek ani słodczy. Wśród osób, które deklarowały taką skłonność w równej liczbie odnotowano kobiety jak i mężczyzn. Ponad 63% respondentów zadeklarowało, iż w swojej codziennej diecie spożywa owoce i warzywa. Wśród osób, które ich nie spożywają zdecydowanie częściej pojawiały się kobiety (26,7%).



**Wykres 2.** Nawyki żywieniowe badanych respondentów (badania własne, 2010).

Kolejna grupa pytań ankietowych odnosiła się do problematyki stosowania używek przez ankietowanych. Nawyk częstego spożywania mocnej kawy lub herbaty zadeklarowało ponad 23% respondentów. Ponad 81% kobiet i 71% badanych mężczyzn wykazało, iż nie spożywa mocnej kawy i herbaty. 43,3% ankietowanych zadeklarowało, iż w ogóle nie spożywa alkoholu, w tym 56,3% kobiet i 28,6% mężczyzn. Spożywanie napojów alkoholowych kilka razy w tygodniu wykazało 28,6% mężczyzn, raz w tygodniu 12,5% kobiet i 14,3% mężczyzn. Natomiast spożywanie alkoholu raz na miesiąc wykazało 6,2% kobiet i 14,3% mężczyzn. Sporadycznie popija alkohol 12,5% ankietowanych kobiet i 28,6% mężczyzn.

Zadawalający jest natomiast fakt, że aż 86,7% ankietowanych osób nie pali papierosów. Wśród osób, które zadeklarowały taki nałóg znalazło się 21,4% badanych mężczyzn i 6% kobiet. Osoby te najczęściej wypalały ponad 10 papierosów dziennie.

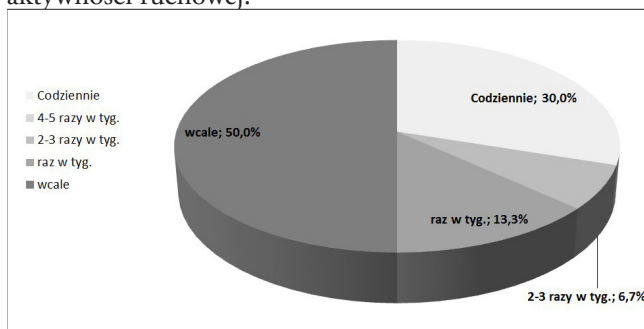


**Wykres 3.** Stosowanie używek wśród badanych respondentów (w%) (badania własne, 2010).

Większość respondentów deklaruwała samodzielne wykonywanie takich czynności jak: mycie się, ubieranie i rozbieranie, spożywanie posiłków, robienie zakupów. Najczęściej badani mieli problem i wymagali w związku z tym pomocy w przypadku poruszania się po domu i/lub poza domem (37%), w przypadku prac domowych, sprzątanania (17%) oraz robienia zakupów (13%). Częściej problemy z wykonywaniem wymienionych czynności wykazywały osoby powyżej 74 roku życia.

Troskę o kondycję fizyczną, jako pożądane działanie prozdrowotne, wykazało zaledwie 20% ankietowanych osób. Aż 80% respondentów zadeklarowało, iż biernie spędza czas wolny. Zaledwie 10% ankietowanych, w tym 12,5% kobiet i 7% mężczyzn stwierdziło, że wykonuje nierregularnie ćwiczenia. Natomiast tylko 6% kobiet i 14,3% badanych mężczyzn regularnie uprawia sport.

Codzienną aktywność ruchową typu bieganie, pływanie, jazda na rowerze, spacer lub praca w ogródku zadeklarowało 30% respondentów. 6,7% oraz 13,3% badanych osób deklaruowało, iż z takich formy aktywności ruchowej korzystają odpowiednio 2-3 razy w tygodniu i 1 raz w tygodniu. Połowa respondentów wcale nie korzysta z wymienionych form aktywności ruchowej.



**Wykres 4.** Częstość aktywności ruchowej wśród respondentów (badania własne, 2010).

Regularny wypoczynek senny jako jedno z pozytywnych zachowań zdrowotnych zadeklarowało ponad 63% badanych osób. Nie wykazano istotnej różnicy między ilością godzin snu a płcią badanych respondentów. 37,5% kobiet i 35,7% ankietowanych mężczyzn zadeklarowało, iż śpi krócej niż 7 godzin na dobę.

Wyniki badań wskazują, że poważnym problemem zdrowotnym badanej zbiorowości jest występowanie chorób przewlekłych. Aż 57% ankietowanych stwierdziło, że cierpi na choroby przewlekłe. Długotrwały proces chorobowy deklarowali zarówno mężczyźni, jak i kobiety.

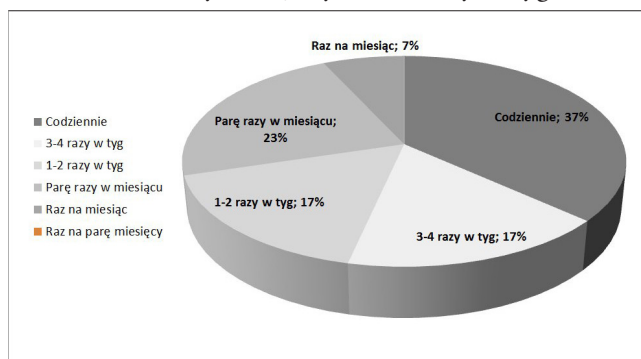
Występowanie chorób przewlekłych	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
tak	9	56,25	8	57,14	17	56,67
nie	7	43,75	6	42,86	13	43,33

**Tab. 1.** Występowanie chorób przewlekłych u badanych respondentów (badania własne, 2010).

Większość ankietowanych, bo aż 80% zadeklarowało, że korzysta z usług zdrowotnych, w tym również z badań profilaktycznych. Z metod medycyny niekonwencjonalnej korzystało zaledwie 3,3% badanych. Ponad 43,3% respondentów korzysta z leków dostępnych bez recepty, zakupionych bez zaleceń lekarza. Z takiej formy leczenia korzystają zarówno mężczyźni jak i kobiety najczęściej w wieku 60-69 lat oraz 70-74 lata.

Ponad 73% ankietowanych osób zadeklarowało, iż w przypadku złego samopoczucia korzysta z usług lekarza. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 81,2% kobiet i 64,3% badanych mężczyzn. Leczenie na własną rękę zadeklarowało dwa razy więcej badanych mężczyzn niż kobiet. Stanowili oni odpowiednio 28,6% i 12,5% ankietowanych. Pojedyncze osoby zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet sugerowały, że w przypadku złego samopoczucia nie podejmują żadnych działań lecz czekają aż niepokojące objawy same przejdą.

Ankietowanych zapytano również o kontakty i jakość relacji z rodziną i rówieśnikami. Ponad 70% badanych respondentów zadeklarowało częste kontakty z rodziną, w pozostałych przypadkach były one sporadyczne. Codziennie z rodziną spotyka się aż 44% kobiet i 29% badanych mężczyzn. 3-4 razy w tygodniu 19% kobiet i 14%

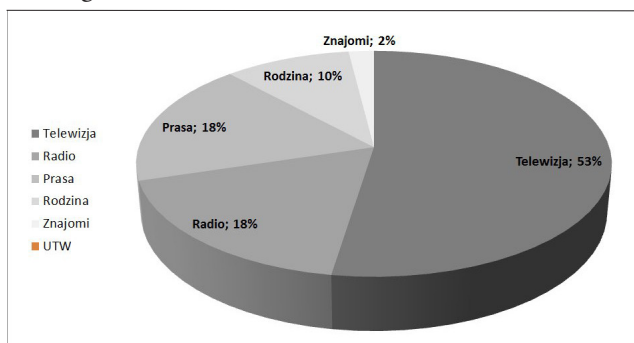


**Wykres 5.** Częstość spotkań ankietowanych z rodziną, przyjaciółmi (badani własne, 2010).

mężczyzn. Spotkania z rodziną 1-2 razy w tygodniu zadeklarowało 12,5% kobiet i ponad 21% mężczyzn. Sporadyczne spotkania, parę razy w miesiącu lub raz na miesiąc deklarowało 25% kobiet i 36% ankietowanych mężczyzn.

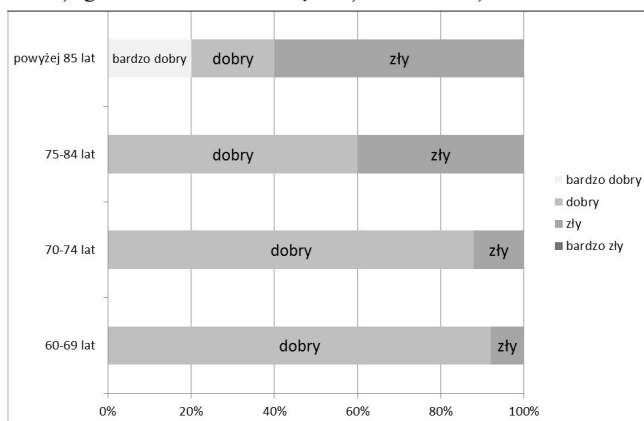
Jako najczęstszą formę aktywności intelektualnej ankietowane osoby wskazywały czytanie książek, gazet oraz rozwiązywanie łamigłówek. Takiej odpowiedzi udzieliło ponad 93% respondentów. Sporadycznie wskazywano również gry zespołowe oraz spotkania towarzyskie. Żadna z ankietowanych osób nie wymieniła uczestnictwa w Uniwersytecie Trzeciego Wieku oraz kół zainteresowań.

Ankietowani jako najczęstsze źródło wiedzy na temat zdrowia i zdrowego stylu życia wskazywali środki masowego przekazu, takie jak radio, telewizja i prasa. Nie wykazano istotnej różnicy między kobietami a mężczyznami w pozyskiwaniu wiedzy z wymienionych źródeł. Rodzinę i znajomych jako źródło wiedzy wskazało odpowiednio 10% i 2% ankietowanych. Nikt z ankietowanych osób nie wymienił jako źródła wiedzy Uniwersytetu Trzeciego Wieku.



Wykres 6. Źródła wiedzy na temat zdrowia wśród ankietowanych (badania własne, 2010).

Stan swojego zdrowia badani najczęściej oceniali jako dobry i zły. Niewielu respondentów oceniło zdrowie na poziomie bardzo dobrym. Analiza ocen wykazała, że wraz z wiekiem zmniejsza się częstość ocen najwyższych na korzyść niższych. Najbardziej zadowolone ze swojego zdrowia są osoby najmłodsze, tj. 60-69 lat. Pozytywnie oce-



Wykres 7. Samoocena stanu zdrowia a wiek badanych (badania własne, 2010).

niło swoje zdrowie także 88% ankietowanych w wieku 70-74 lata. Wyraźny spadek pozytywnych ocen, aż o 28%, obserwuje się w grupie wiekowej 75-84 lata. Spośród badanych osób w wieku 85 lat i więcej swoje zdrowie jako złe oceniło aż 60% ankietowanych. W badaniu odnotowano, że osoby w wieku 85 lat i więcej lepiej oceniają swoje zdrowie niż 60 czy 70-latkowie.

### **Wnioski:**

1. U osób starszych objętych badaniem zaobserwowano przewagę zachowań prozdrowotnych nad antyzdrowotnymi.
2. Nieprawidłowości w zachowaniach zdrowotnych badanej grupy dotyczyły głównie: niskiej aktywności fizycznej, biernego spędzania wolnego czasu, zbyt małej ilości godzin snu oraz błędów żywieniowych.
3. Stwierdzono znamienne różnice pomiędzy podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi a samooceną zdrowia badanych respondentów.
4. Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych osób była odczuciem uzależnionym od wieku oraz doświadczanych chorób.

Problem zdrowego starzenia się, w obliczu postępującego procesu starzenia się społeczeństwa stanowi obecnie jedno z najważniejszych wyzwań Europy. Konieczne staje się zdobycie wiedzy na temat aktualnej sytuacji w zakresie zachowań zdrowotnych populacji, począwszy od dzieci a skończywszy na osobach starszych. Dotychczas większość publikowanych prac na temat zachowań zdrowotnych dotyczyła wyselekcjonowanej grupy dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Pomimo wzrostu zainteresowań problematyką starości wciąż mało jest opracowań na temat zachowań zdrowotnych osób starszych. Ograniczają się one jedynie do oceny jakości życia i zdrowia psychicznego [3, 10, 11, 12].

Subiektywny aspekt starzenia się i starości jest ważną składową jakości życia. Jakość starości kształtowana jest przez całe życie jednostki. To jakimi ludźmi stajemy się na starość, determinowane jest jakością wcześniejszego życia, natomiast w minimalnym stopniu zależy od rzeczywistego wieku. Istotne znaczenie w procesie starzenia się odgrywają: świadomość odpowiedzialności za własny rozwój, nieustanne doskonalenie osobowości, aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe, ciągła dbałość o zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne [26].

Wśród badanych osób dominującą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (53%) i podstawowym (23%). Charakterystyczną cechą badanej grupy była bierność zawodowa. 50% badanych respondentów oceniało swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą, a 30% jako dobrą. Natomiast aż 70% ankietowanych stwierdziło, iż miesięczne dochody nie są wystarczające.

Racjonalny sposób żywienia uważany jest za jeden z istotniejszych elementów prozdrowotnego stylu życia. Wyniki badań wykazały, że ponad ¾ ankietowanych osób spożywa co najmniej trzy posiłki dziennie, natomiast tylko 60% spożywa je o stałych porach. 63% respondentów zadeklarowało codzienne spożywanie owoców i warzyw. Aż 25% badanych osób starszych podjada między posiłkami słodkie i słone przekąski. Spożywanie mocnej kawy lub herbaty zadeklarowała niemal co czwarta osoba. Porównując wyniki badań własnych do ustaleń innych autorów należy stwierdzić, iż osoby po 60. roku życia popełniają liczne błędy żywieniowe. Z badań nad zachowaniami

żywieniowymi wg Gacek wynika, iż Polscy seniorzy spożywają posiłki nieregularnie, za to większą ich liczbę. Często dojadają pomiędzy głównymi posiłkami, zjadają zdecydowania za mało warzyw i owoców. Wg Gabrowskiej i Myszkowskiej osoby starsze zjadają mało urozmaicone posiłki, dojadają pomiędzy posiłkami oraz spożywają zbyt małą ilość owoców i surowych warzyw. Również badania Dudy i wsp. potwierdziły, iż sposób odżywiania się osób w wieku podeszłym odbiega od zasad racjonalnego żywienia, co wyraża się brakiem zbilansowania racji pokarmowych [13, 14, 15, 16].

Z badań własnych wynika, że powszechnym zjawiskiem wśród osób starszych jest spożywanie alkoholu. Zaledwie 43% respondentów zadeklarowało iż wcale nie spożywa napojów alkoholowych. Nieco lepiej prezentuje się palenie tytoniu. Zaledwie 13% ankietowanych zadeklarowało uzależnienie od nikotyny. Podobne wyniki co do uzależnienia od nikotyny uzyskała Kowalska, wg jej badań 88% badanych nie zapaliło ani jednego papierosa w ciągu ostatniego roku [17, 18].

Aktywność fizyczna obok racjonalnego sposobu żywienia uważana jest za jeden z istotniejszych elementów prozdrowotnego stylu życia. Większość badanych osób starszych cechuje mała aktywność fizyczna i bierny sposób spędzania wolnego czasu. Zaledwie 30% ankietowanych zadeklarował codzienną aktywność ruchową, najczęściej w postaci spaceru lub prac na świeżym powietrzu. Ponad 50% ankietowanych nie wykazało żadnej aktywności ruchowej. Troską o kondycję fizyczną wykazało się zaledwie 20% ankietowanych. Wg Nawrockiej średnia aktywność fizyczna osób starszych jest dość niska, najczęściej związana jest z pracami domowymi lub pracą w ogrodzie. Aktywność fizyczna w różnych aspektach maleje wraz z wiekiem. Osoby starsze częściej swój wolny czas spędzały biernie w pozycji siedzącej. Wg raportu Bogowoskiej i wsp. 60% dolnośląskich seniorów swój wolny czas poświęca na spacer i wypoczynek na świeżym powietrzu. Formą aktywności osób starszych jest przebywanie na działce (46%), opieka nad wnukami (24%). Zaledwie co 10 senior uprawia sport. Z badań Kachaniuk i wsp. wynika, iż osoby starsze czas wolny spędzają oddając się ulubionym zajęciom. Jednak większość badanych (ponad 85%) spędza swój wolny czas w sposób bierny, słuchając radia lub oglądając telewizję. Wraz z wiekiem maleje zainteresowanie sportem i rekreacją. Fakt niskiej aktywności ruchowej jest szczególnie niepokojący ze względu na ogromne znaczenie dla zdrowia. Wysiłek fizyczny o odpowiedniej częstotliwości i intensywności umacnia zdrowia. Powoduje szereg korzystnych zmian we wszystkich układach organizmu, wpływa korzystnie na metabolizm, zdrowie psychiczne, zapobiega rozwojowi chorób przewlekłych. Opóźnia procesy starzenia się oraz dzięki utrzymaniu odpowiedniej sprawności i wydolności sprzyja dobrej jakości życia [19, 20, 21].

Zachowania związane ze snem takie jak odpowiednia liczba godzin, stała pora i odpowiednie przygotowanie do snu uznaje się za prozdrowotne. Wg badań własnych wśród badanych respondentów zaledwie 63% zadeklarowało, iż regularnie śpi przez co najmniej 7-8 godzin dziennie. Wg badań Kachaniuk i wsp. zaledwie 51% osób starszych przeznaczają na sen 7-8 godzin, pozostali od 4 do 6 godzin dziennie [21].

Z badań własnych wynika, że 80% badanych korzysta z usług zdrowotnych, w tym także z programów profilaktycznych. 57% ankietowanych cierpi na choroby przewlekłe, a ponad 43% korzysta z leków dostępnych bez recepty. W przypadku złego samopoczucia aż 73% osób zgłasza się do lekarza. Wg wielu badań istotnym problemem



zdrowotnym osób starszych jest występowanie chorób przewlekłych, które ograniczają ogólną sprawność fizyczną. Osoby o gorszym stanie zdrowia są bardziej obciążone wydatkami związanymi z koniecznością nabywania produktów i usług zdrowotnych. Wg Światały ponad 80% osób w wieku 60-69 lat oraz prawie 90% w wieku 70 lat i więcej korzysta z pomocy lekarskiej. Osoby starsze cechują się najczęstszym sięganiem po leki, w tym także leki dostępne bez recepty. Dotyczy to 83% seniorów w wieku 60-69 lat i 90% w wieku 70 i więcej lat. Z raportu na temat kondycji dolnośląskich seniorów wynika, że ponad połowa badanych korzysta z pomocy lekarza POZ raz w miesiącu lub częściej. Natomiast udział preparatów ziołowych i leków dostępnych bez recepty wzrasta u osób po 70 roku życia [20, 22].

Do realizacji większości potrzeb ludzi starszych niezbędne jest utrzymanie kontaktów społecznych, towarzyskich. Seniorzy najczęściej mają kontakt z osobami, z którymi łączą ich więzi nieformalne: z najbliższą rodziną, z sąsiadami oraz z przyjaciółmi. Z badań własnych wynika, że 70% ankietowanych regularnie spotyka się z osobami bliskimi. 30% ankietowanych spotyka się sporadycznie raz na parę miesięcy. Wg raportu Bogowskiej i wsp. ponad 88% dolnośląskich seniorów często spotyka się z rodziną i dziećmi, sporadycznie około 9%, zaś nigdy jedynie 2%. Najbliższe człowiekowi starszemu jest środowisko rodzinne. Z sąsiadami często kontaktuje się 84% respondentów, dla ponad połowy przyjaciele odgrywają ważną rolę w codziennym życiu [20].

Z badań własnych wynika, że najczęstszym źródłem wiedzy dla osób starszych pozostają środki masowego przekazu, takie jak telewizja, radio i prasa. Sporadycznie jako źródło wiedzy wskazywani byli członkowie rodziny bądź lekarz. Z przeglądu literatury wynika, że dobrym źródłem wiedzy na temat zdrowia i prozdrowotnych zachowań zdrowotnych w ostatnich latach stały się Uniwersytety Trzeciego Wieku. Zauważa się, że coraz więcej osób w wieku starszym korzysta z tego źródła, czerpiąc nie tylko wiedzę. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że ludzie starsi, aktywni intelektualnie prezentują wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, mają znacznie lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmują działania profilaktyczne i praktyki służące zdrowiu. Wykazują jednocześnie lepsze nastawienie psychiczne [12, 22, 23].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że zachowania zdrowotne badanej populacji w znacznym stopniu determinowane są samooceną stanu zdrowia. 73% osób deklarowało swój stan zdrowia jako dobry, 23% jako zły. Wraz z pogorszeniem się stanu zdrowia zaobserwowano skłonność badanych do negatywnej oceny swoich dochodów. Ponadto subiektywna ocena stanu zdrowia badanej populacji uzależniona była od wieku oraz chorób przewlekłych. Elementem stylu życia istotnie warunkującym samoocenę zdrowia była również aktywność fizyczna określana na podstawie sposobu spędzania wolnego czasu. Osoby starsze, prowadzące mało aktywny tryb życia, deklarowały zły lub przeciętny stan zdrowia. Podobne wyniki co do samooceny zdrowia uzyskali w swoich badaniach Kaczmarek i wsp. oraz Światała. Z badań przeprowadzonych przez Zielińską oraz Kozieł wynika, iż słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku zdecydowanie lepiej oceniają swój stan zdrowia i nie zgłaszają żadnych dolegliwości. Ponad 53% ocenia swoje życie jako ciekawe i udane. Edukacja i aktywność pełnią swoją funkcję terapeutyczną, odrywając myśli od przykrych doznań [18, 22, 24, 25, 26].

Z badań własnych wynika również, iż osoby mieszkające ze współmałżonkiem lepiej oceniają swój stan zdrowia niż badani mieszkający samotnie lub z dziećmi. Podob-

ne wyniki uzyskała Głębocka. Wynika z nich, iż wyższy poziom zadowolenia z życia i własnego zdrowia prezentowały osoby mieszkające ze współmałżonkiem aniżeli osoby mieszkające samotnie [26].

Wiedza na temat zachowań prozdrowotnych ma podstawowe znaczenie w działaniach i postępowaniu składającym się na styl życia. Styl życia wg ekspertów WHO oznacza sposób życia oparty o wzajemny związek pomiędzy warunkami życia w szerokim sensie a indywidualnymi wzorami zachowań, zdeterminowanymi przez czynniki społeczne, kulturowe i cechy indywidualne. Zakres wzorców zachowań dostępnych dla jednostki może zostać ograniczony lub poszerzony pod wpływem czynników środowiskowych, a także stopnia indywidualnej samodzielności.

To, jakimi ludźmi stajemy się na starość, determinowane jest jakością całego wcześniejszego życia. W minimalnym stopniu zależy od rzeczywistego wieku. Ważne znaczenie w procesie starzenia się odgrywają: świadomość odpowiedzialności za własny rozwój oraz nieustanne doskonalenie osobowości. Do czynników wpływających na pomyślne starzenia się wlicza się między innymi takie zachowania zdrowotne jak: prawidłowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną, unikanie używek, jakość snu oraz zachowania profilaktyczne.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Kozierkiewicz A., Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Vesalius, Kraków 2001.
2. Rozwiązywanie problemów ludzi starszych. Strategia Światowej Organizacji Zdrowia, <http://www.un.org.pl/aktualnosc.php?news=445> (dostęp: 2.01.2011).
3. Iwanowicz E., Promocja zdrowia osób starszych, Annales Univeritatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin 2005, VOL.LX, SUPPL.XVI, 150.
4. Kulik T., Latałski M., Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych, Czelej, Lublin 2002, str. 18-19, 24-27, 75-77, 249-251.
5. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, PWN, Warszawa 2007.
6. Doleżych B., Łaszczyca P., Biomedyczne podstawy rozwoju z elementami higieny szkolnej. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006.
7. Wojtczak A., Zdrowie Publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, PZWL, Warszawa 2009.
8. Sygit M., Zdrowie Publiczne, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
9. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kronatowska K., Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Gerontologia Polska 2009, 3 (17).
10. Tobiasz-Adamczyk B., Woźniak B., Brzyska M., Promocja zdrowia wśród osób starszych w świetle trzech pierwszych faz programu „HealthProElderly”, Zdrowie Publiczne 2008, 118 (3).
11. Zdziebło K., Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. Studia medyczne 2008, 9.

12. Woźniak B., Problematyka psychospołecznej aktywności osób starszych w polskich czasopismach popularnych dotyczących zdrowia, *Gerontologia Polska* 2007, 1-2.
13. Gacek M., Zachowania żywieniowe grupy osób starszych zamieszkałych w Polsce i Niemczech, *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89 (3).
14. Gabrowska E., Spodaryk M., Ocena sposobu żywienia osób starszych mieszkających w Krakowie, *Żyw Człow Metab* 2002, 29 supl.
15. Myszkowska-Ryciak J., Bujko J., Malesza M., Ocena sposobu żywienia kobiet w wieku podeszłym zrzeszonych w Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Warszawie, *Żyw Człow Metab* 2003, 1/2.
16. Duda G., Różycka-Cała K., Przysławski J., Sposób żywienia a wybrane wskaźniki stanu odżywiania osób w wieku podeszłym, *Nowa Med* 2000, 12.
17. Kowalska A., Zachowania dotyczące palenia tytoniu a samoocena stanu zdrowia kobiet i mężczyzn w wieku poprodukcyjnym. [w:] Kowalewski J., Szukalski P. (red): *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawca Drukarnia cyfrowa Piktora, Łódź 2008.
18. Kaczmarek M., Skrzypczak M., Maćkowiak K., Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące subiektywne poczucie zdrowia wśród starzejących się mężczyzn, *Gerontologia Polska* 2006, 2 (14).
19. Nawrocka B., Aktywność fizyczna dorosłych mieszkańców Wrocławia w wieku 60-70 lat. [w:] Kowalewski J., Szukalski P. (red): *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*. Wydawca Drukarnia cyfrowa Piktora, Łódź 2008.
20. Bogowolska-Wępsięć M., Dąbrowska G., Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań, Wrocław 2008.
21. Kachaniuk H., Adamczyk K., Kruk M., Styl życia ludzi długowiecznych. *Annales Univeritatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin* 2005, VOL.LX, SUPPL. XVI, 454.
22. Światała M., Samoocena stanu zdrowia i jej wpływu na zachowania konsumentów w starszym wieku, *Gerontologia Polska* 2009, 3 (17).
23. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kronatowska K., Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, *Gerontologia Polska* 2009, 3 (17).
24. Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydłowska E., Gałuszka R., Wpływ kształcenia w uniwersytecie trzeciego wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych, *Studia medyczne* 2008, 12.
25. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kronatowska K., Kornatowski T., Starość jako wyzwanie, *Gerontologia Polska* 2008, 16(3).
26. Głębocka A., Szarzyńska M., Wsparcie społeczne a jakość życia osób starszych, *Gerontologia Polska* 2005, 13 (4).



# Problemy osób starszych i ich oczekiwania względem pielęgniarki POZ (rodzinnej)

*Elżbieta Kruszelnicka*

Już od kilku lat przyrost naturalny w Polsce jest bliski zeru. Głównymi przyczynami tej sytuacji jest niska liczba urodzeń oraz wydłużający się czas życia społeczeństwa, który zawdzięcza się postępowi medycyny. Według prognoz do 2025 roku życie ludzkie ma się wydłużyć z 69 do 74 lat u mężczyzn oraz z 78 do 81 lat – u kobiet [1]. W efekcie w Polsce (podobnie jak w wielu innych krajach rozwiniętych) zachodzi zjawisko starzejącego się społeczeństwa. Za kilkadziesiąt lat Polska będzie krajem starych ludzi, a już teraz sytuacja ta jest widoczna, bowiem osoby powyżej 64 roku życia stanowią ponad 13% grupę w społeczeństwie [2].

Starość jest trudnym etapem życia człowieka. Zaczyna on podupadać na zdrowiu, bardzo często pogarsza się jego status majątkowy oraz zmienia rola społeczna, co niestety kończy się marginalizacją w społeczeństwie. Trudno jest mówić o pogodnej starości w obliczu wielu problemów i trudności w życiu seniora. Seniorzy bardzo często wymagają pomocy w zakresie pielęgnacji, wsparcia na polu materialnym oraz społecznym. Bardzo ważną kwestią jest więc odpowiadanie na potrzeby osób starszych, by jak najdłużej zapewnić im niezależność i samodzielność funkcjonowania.

W polskim systemie ochrony zdrowia na „pierwszym szczeblu” kontaktu z osobą starszą przebywająca w domu jest najczęściej pielęgniarka POZ (rodzinna), udzielająca świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Do obowiązków pielęgniarki należy – ogólnie mówiąc – udzielanie pomocy medycznej, informowanie pacjenta na temat choroby, higieny, zdrowego trybu życia, możliwych form wsparcia ze strony instytucji społecznych. Pielęgniarka POZ (rodzinna), będąc blisko pacjenta, powinna rozpoznać problemy pacjenta i w ramach swych kompetencji na nie odpowiedzieć, bądź odpowiednio ukierunkować chorego lub jego opiekuna o sposobie zaspakajania tychże potrzeb.

Pielęgniarstwo środowiskowo/rodzinne jest częścią podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a zarazem najważniejszą z jej form. W obecnie obowiązującym modelu opieki zdrowotnej w Polsce, POZ jest dostępna jednostkom i rodzinom w społeczeństwie, w sposób przez nie akceptowany, przy ich pełnym uczestnictwie oraz finansowaniu do-

stosowanym do możliwości społeczeństwa i kraju. Podstawowa opieka zdrowotna jako pierwszy poziom kontaktu rodziny i społeczeństwa z oficjalnym, formalnym systemem ochrony zdrowia, zbliża opiekę zdrowotną z miejscem zamieszkania i pracy ludzi, jest pierwszym ogniwem ciągłego procesu opieki zdrowotnej [3].

POZ powinna stanowić miejsce pierwszego kontaktu z systemem ochrony zdrowia, gdzie większość problemów będzie mogła zostać rozwiązana. Opieka zdrowotna zapewniana przez POZ powinna być opieką wszechstronną, zintegrowaną i ciągłą, a jej zakres powinien być na tyle szeroki, by odpowiadała ona na większość problemów zdrowotnych, a przede wszystkim gwarantowała takie usługi, jak: promocja zdrowia, profilaktyka, wczesna diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, opieka paliatywna oraz wsparcie w zarządzaniu samoopieką [3]. POZ powinna być ukierunkowana na społeczeństwo i rodzinę, bowiem ocena zdrowia pacjenta dokonywana jest przez pryzmat środowiska, a rodzina (najbliższe osoby) ma pełnić istotną rolę w opiece zdrowotnej [3].

W tym miejscu należy wspomnieć także o teorii holizmu, która stanowi podstawę biopsychospołecznego modelu zdrowia i opieki nad zdrowiem [4]. Według założeń holizmu w pielęgnowaniu – każdy człowiek jest indywidualnością i niepowtarzalną całością, postrzeganą w kontekście swojego środowiska (rodziny, społeczeństwa). Zarówno jego zdrowie, jak i choroba są jakościami, które mają znaczenie dla jego otoczenia i bardzo często są bezpośrednio związane ze środowiskiem. Człowiek jest indywidualnym podmiotem, funkcjonującym w trzech powiązanych ze sobą sferach: psychicznej, biologicznej i społecznej. Ważne jest, by proces pielęgnacyjny nie był skupiony na jednym problemie, ale również na obserwacji, w jaki sposób wpływa on na funkcjonowanie całości. A co najważniejsze proces ten powinien być dobrany pod kątem indywidualnych potrzeb pacjenta [4].

Profilaktyka i promocja zdrowia jest wyraźnie podkreślanym elementem podstawowej opieki zdrowotnej. Działania te wpływają nie tylko na rentowność i etykę działań podstawowej opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim na edukację i poziom wiedzy społeczeństwa na temat zdrowego trybu życia, co skutkuje poprawą stanu zdrowia ludności [3].

Pielęgniarka POZ (rodzinna) jest jednym z wykonawców świadczeń medycznych POZ. Jej zadaniem jest sprawowanie kompleksowej opieki nad osobą chorą, rodziną, społecznością w miejscu ich zamieszkania. Liczba podopiecznych nie powinna przekraczać 2750 osób [3]. Obejmuje ona opieką zdrowych i chorych, niepełnosprawnych bez względu na płeć i wiek, z wyłączeniem niemowląt do 2. miesiąca życia. Co jest istotne, pielęgniarstwo POZ (rodzinne) jest ukierunkowane na rodzinę, zarówno jej chorych, jak i zdrowych członków, nie tylko w aspekcie środowiska domowego, ale także w aspekcie środowiska społecznego, w którym pod uwagę brany będzie także kontekst kulturowy [3]. Pielęgniarka POZ (rodzinna) realizuje świadczenia pielęgnacyjne przy współpracy z lekarzem rodzinnym, położną i innymi profesjonalistami działającymi na rzecz rodziny [5].

Na kompetencje pielęgniarki POZ (rodzinnej) składa się kilka przeplatających się sfer z zakresu wiedzy i umiejętności, obowiązków i odpowiedzialności oraz z zakresu pełnomocnictw, uprawnień i możliwości. Pielęgniarka POZ (rodzinna) powinna posiadać wiedzę w zakresie podstaw i zasad polityki społecznej i zdrowotnej oraz zasad funkcjonowania, roli oraz zadań podstawowej opieki zdrowotnej. Ma obowiązek znać

modele organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych oraz podstawy prawne regulujące udzielanie świadczeń w ramach POZ. W zakresie jej wiedzy powinny znaleźć się także zasady współpracy w zespole podstawowej opieki zdrowotnej oraz z placówkami lecznictwa stacjonarnego i specjalistycznego [5].

Pielęgniarka POZ (rodzinna) zobowiązana jest do posiadania wiedzy dotyczącej programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, profilaktyki wypadków, urazów, zatruc i uzależnień w rodzinie. Do jej powinności należy wyjaśnianie naturalnych metod regulacji poczęć, czy propagowanie programu karmienia naturalnego [3]. Wiedza pielęgniarki POZ (rodzinnej) obejmuje również podstawowe zagadnienia z zakresu rodziny, jej funkcjonowania i znaczenia dla zdrowia poszczególnych członków. W tym aspekcie jej rola polega na wspieraniu rodziny w korzystaniu z podstawowej opieki zdrowotnej, organizacji pozarządowych i instytucji wspierających zdrowie [3].

Pielęgniarka POZ (rodzinna) powinna udzielać profesjonalnych świadczeń, zgodnie z kodeksem etyki zawodowej, wiedzą na temat odpowiedzialności zawodowej i cywilnej, z poszanowaniem godności pacjentów. Jej obowiązkiem jest posiadanie wiedzy dotyczącej wykorzystywania dokumentacji medycznej, dokumentacji do prowadzenia badań oraz wyników badań w działaniach pielęgnacyjnych [5]. Pielęgniarka jest zobowiązana do poszerzania swojej wiedzy – medycznej i pozamedycznej – o konkretne przypadki zdrowotne pacjentów.

Narodowy Fundusz Zdrowia określa zakres kompetencji pielęgniarki POZ (rodzinnej), który obejmuje świadczenia z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, diagnostyki i świadczeń pielęgnacyjnych, leczniczych i usprawniających [6].

W obrębie świadczeń związanych z promocją zdrowia znajduje się rozpoznanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym, rozpoznanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów pacjentów, a także edukacja zdrowotna (w tym ocena wiedzy, umiejętności i motywacji pacjentów do zdrowego trybu życia) oraz poradnictwo w dziedzinie zdrowego trybu życia. W zakresie profilaktyki należy wymienić realizowanie programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, organizowanie grup wsparcia, realizowanie szczepień ochronnych, jak również prowadzenie działań profilaktycznych u pacjentów z grup ryzyka zdrowotnego [7].

Kolejna grupa świadczeń dotyczy diagnostyki. Zadania pielęgniarki POZ (rodzinnej) w tym zakresie opierają się na przeprowadzaniu wywiadów środowiskowych, wykonywaniu badań fizykalnych, pomiarów (i ich oceny), testów oraz na ocenie ogólnego stanu chorego i jego powrotu do zdrowia, jak również na ocenie bólu w opiece paliatywnej. Świadczenia pielęgnacyjne związane są z realizacją opieki pielęgnacyjnej w różnych fazach życia i choroby pacjentów (prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgnarskiej), wykonywaniem zabiegów pielęgnacyjnych oraz przygotowaniem pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności [7].

W zakres świadczeń leczniczych wchodzi czynności takie, jak ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych, dobór technik karmienia w zależności od stanu pacjenta, zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna, cewnikowanie pęcherza u kobiet (i po przeszkoleniu – u mężczyzn), wykonywanie wlewów doodbytniczych. Oprócz tego do zadań pielęgniarki POZ (rodzinnej) należy podawanie leków różnymi drogami i technikami,

wykonywanie zleceń lekarskich, zakładanie opatrunków (na rany, odleżyny, oparzenia), wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących się, wykonywanie inhalacji, doraźne podawanie tlenu, zdejmowanie szwów, stawianie baniek lekarskich, a także udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej [7].

Ostatnią grupę świadczeń w zakresie kompetencji pielęgniarstwa POZ (rodzinnej) stanowią świadczenia usprawniające, a konkretnie koordynacja i współdziałanie w rehabilitacji przyłożkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, czy długotrwałego unieruchomienia, stosowania udogodnień, usprawnianie ruchowe pacjentów oraz drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej, a także ćwiczenia ogólnie usprawniające [7].

Do kompetencji pielęgniarstwa POZ (rodzinnej) zaliczyć należy również posiadanie cech charakterologicznych, takich jak cierpliwość, życzliwość i empatia wobec pacjentów, umiejętność stworzenia atmosfery zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Nie mniej ważne jest wykazywanie umiejętności rozwiązywania konfliktów i odporności na stres [8].

### **Specyfika świadczeń pielęgniarstwa POZ (rodzinnej) względem osób starszych.**

Starzenie się społeczeństwa daje się zauważyć w krajach rozwiniętych i rozwijających się już od kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. W Polsce proces ten postępuje w bardzo szybkim tempie i wg prognoz liczba osób w wieku emerytalnym do roku 2035 wzrośnie 1,5-2 razy [9]. W wyniku takiej sytuacji demograficznej większość podopiecznych pielęgniarstwa POZ (rodzinnej) to właśnie osoby starsze.

Opieka nad osobami starszymi posiada swoją specyfikę. Podstawową sprawą jest określenie przez zespół POZ, w tym pielęgniarstwo POZ (rodzinne), stanu zdrowia seniora, głównie za sprawą różnego rodzaju badań o charakterze przesiewowym, mających na celu wykrycie potencjalnych schorzeń wieku podeszłego, m. in. układu krążenia, układu oddechowego, schorzeń neurologicznych, psychicznych [10]. Kolejnym aspektem, na który należy zwrócić uwagę, jest ocena stanu odżywiania, sprawności fizycznej oraz funkcjonowania społecznego osób starszych.

Pielęgniarka POZ (rodzinna) wykonuje świadczenia w domu chorego. Do jej podstawowych zadań należą świadczenia z zakresu bezpośredniej opieki pielęgniarstwa, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w tym także świadczenia rehabilitacyjne. Dodatkowo pielęgniarstwo POZ (rodzinne) powinna udzielać pacjentom wszelkich informacji związanych z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej, a także określać wydolność opiekunów rodzin starszych pacjentów [10].

Pielęgniarka POZ (rodzinna) powinna stosować wobec pacjenta zindywidualizowaną formę pielęgnowania, jaką jest proces pielęgnowania. Niezwykle istotnym elementem wpływającym na powodzenie przeprowadzonego procesu pielęgnowania jest etap początkowy, podczas którego następuje gromadzenie informacji o pacjencie – tu podstawową rolę odgrywa komunikacja między pielęgniarstwem a pacjentem. Powodzenie komunikacji zależy od przestrzegania kilku podstawowych zasad. Na pierwszym miejscu znajduje się zasada podmiotowego traktowania pacjenta, który jest współuczestnikiem



w procesie pielęgnowania, ma prawo do własnego zdania i podjęcia decyzji odnośnie pielęgnowania.

Komunikacja powinna przebiegać na zasadzie partnerstwa i współpracy, które odnoszą się również do procesu pielęgnowania [4]. Niezwykle istotne jest, by rozmowa z pacjentem przeprowadzana była w sposób otwarty i nastawiony na odbiorcę – komunikacja powinna przebiegać dwustronnie. Pacjent powinien otrzymywać kompletne i kompetentne informacje, przy zachowaniu postawy empatycznej ze strony pielęgniarki. Pielęgniarka powinna aktywnie słuchać oraz zwracać uwagę na pozawerbalne elementy komunikacji.

Komunikacja z osobą starszą nierzadko bywa utrudniona, ze względu na zaburzenia mowy, upośledzenie słuchu, wzroku, czy demencję. Problemy z porozumiewaniem się mają ogromny wpływ na jakość życia seniora, jego poczucie wartości, dlatego forma komunikowania się z taką osobą powinna być jak najlepiej dopasowana do jej możliwości i ograniczeń, tak by porozumienie było możliwe [11].

Kolejną ważną sprawą w prowadzeniu zdrowego trybu życia jest odpowiednia dieta. Pielęgniarka POZ (rodzinna) ma obowiązek udzielania informacji na temat zdrowego odżywiania, powinna pomóc osobie starszej w doborze odpowiedniej diety, opartej przede wszystkim na pełnowartościowych produktach spożywczych i eliminacji pokarmów tłustych i wysokoenergetycznych, które są trudno przyswajalne w organizmie starszej osoby [8].

Edukacja zdrowotna obejmuje także informacje o szkodliwości palenia tytoniu i picia alkoholu, które znacząco podwyższają ryzyko przedwczesnej śmierci. Pielęgniarka POZ (rodzinna) powinna zachęcać do porzucenia nałogu, wspomóc osobę starszą w tych działaniach, a także ułatwić profesjonalną pomoc w tym zakresie [8].

Promocja zdrowia nie ogranicza się do stanu fizycznego seniora, dotyczy też jego kondycji psychicznej. Pielęgniarka powinna obserwować pacjenta i rozmawiać z nim o zachodzących w jego organizmie zmianach, które bardzo często determinują funkcjonowanie osoby starszej. Zadaniem pielęgniarki jest także zachęcanie osoby starszej do integracji społecznej, w rodzinie i poza nią, dzięki czemu nie będzie ona czuła się samotna i opuszczona. Ważną kwestią jest także edukacja członków rodziny (opiekunów) osoby starszej, nie tylko w zakresie działań pielęgnacyjnych, również w sposobie komunikowania się z nim, okazywania wsparcia i akceptacji.

Celem badań jest przedstawienie problemów osób starszych oraz ich oczekiwań względem pielęgniarki POZ (rodzinnej). Natomiast przedmiotem badań jest środowisko osób starszych po 65-tym roku życia, będące pod opieką pielęgniarki POZ (rodzinnej).

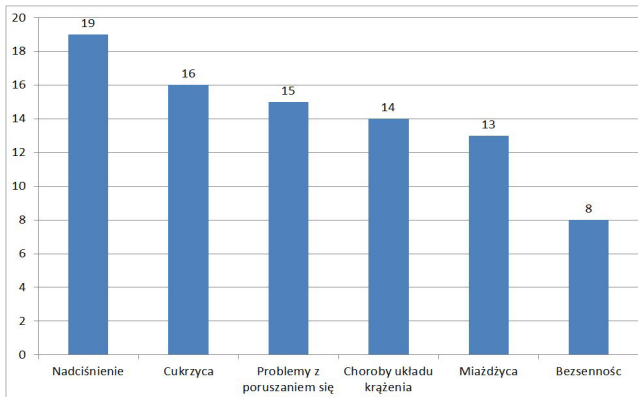
Hipoteza badawcza badań opiera się na powszechnym przekonaniu, że osoby starsze borykają się z licznymi problemami, nie tylko zdrowotnymi, charakterystycznymi dla ich wieku, ale również społecznymi i ekonomicznymi, wynikającymi z niskiego standardu życia i postępującej izolacji osób starszych w społeczeństwie. Oczekiwania seniorów w stosunku do pielęgniarki POZ (rodzinnej) będą silnie powiązane z ich problemami, zatem dotyczyć będą przede wszystkim pomocy pielęgnacyjnej, opieki, wsparcia w uzyskiwaniu pomocy materialnej od instytucji społecznych.

Ankieta przeprowadzona została w okresie od stycznia do lutego 2011 roku. Badaniem objęto 35 osób, a zostało ono przeprowadzone w warunkach domowych.

W przeprowadzonych badaniach udział wzięli przedstawiciele obu płci, z czego 22 osoby (63%) to kobiety oraz 13 osób (37%) to mężczyźni.

Badaniom ankietowym poddana została populacja osób starszych w przedziale wiekowym 66-92 lata, z czego 3 osoby (9%) należało do grupy z przedziału wiekowego 66-69 lat, 17 osób (48%) to przedstawiciele populacji z przedziału wiekowego 70-79 lat, 13 osób (37%) reprezentowało przedział 80-89 lat, natomiast pozostałe 2 osoby (6%) to przedstawiciele grupy wiekowej 90+. W grupie osób badanych 1 osoba (3%) była stanu wolnego, 25 osób (51%) stanowiły osoby zamężne, natomiast owdowiałych było 16 osób (46%). Z przebadanej grupy potomstwo posiadało 25 osób, co stanowi 71% całej populacji badawczej.

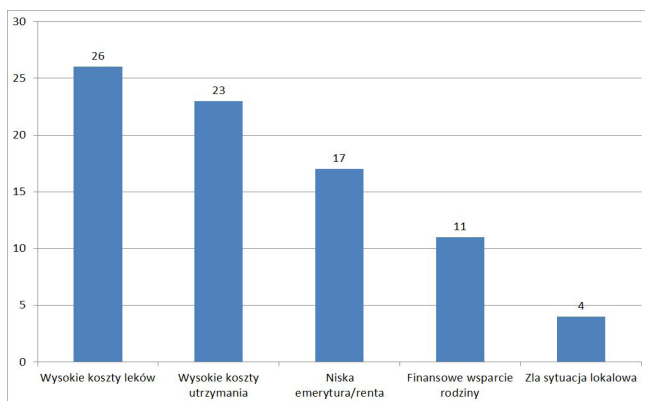
W dalszej części badań ankietowych osoby starsze poproszone zostały o określenie własnych problemów zdrowotnych, społecznych oraz materialnych. Udzielając odpowiedzi na te zagadnienia mogły one wskazać więcej niż jeden problem z każdej kategorii, jaki u siebie identyfikują, ale nie więcej niż trzy. Wśród problemów zdrowotnych najczęściej wymieniane było: nadciśnienie – 19 osób, cukrzyca – 16 osób, problemy z poruszaniem się – 15 osób, choroby układu krążenia – 14 osób, miażdżyca – 13 osób, oraz bezsenność – 8 osób. Oprócz tego ankietowani wskazywali na takie schorzenia, jak nowotwór płuc – 2 osoby, depresja – 2 osoby, rozedma płuc – 2 osoby, łuszczyca – 1, a także nałogi: alkoholizm – 1 osoba, palenie tytoniu – 3 osoby.



**Wykres 1.** Najczęściej występujące u osób starszych problemy zdrowotne (badania własne, 2011).

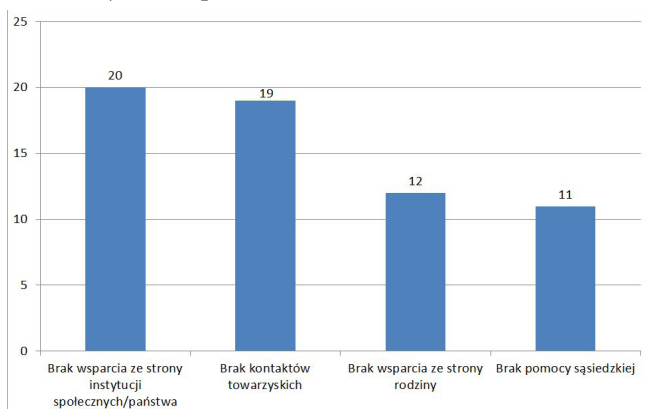
Problemy materialne osób starszych związane były najczęściej z wysokimi kosztami leków – 26 odpowiedzi, wysokimi kosztami utrzymania – 23 odpowiedzi, niską emeryturą – 17 odpowiedzi, złą sytuacją lokalową – 4 odpowiedzi, koniecznością wspomaganie finansowego rodziny – 11 odpowiedzi.

## Problemy osób starszych i ich oczekiwania względem pielęgniarki POZ (rodzinnej)



**Wykres 2.** Problemy materialne osób starszych (badania własne, 2011).

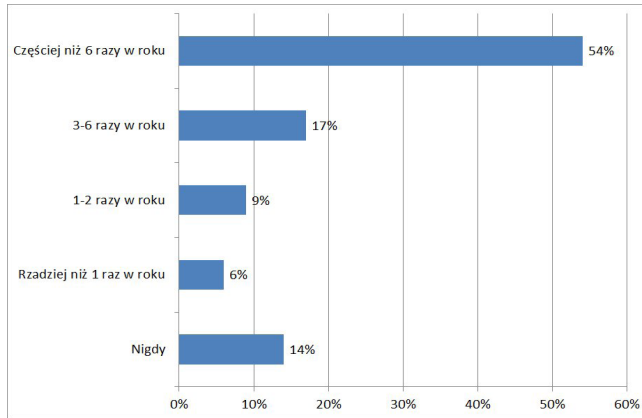
Wśród problemów społecznych respondenci najczęściej wskazywali na brak wsparcia ze strony instytucji społecznych/państwa (20 odpowiedzi), brak kontaktów towarzyskich (19 odpowiedzi), brak wsparcia ze strony rodziny (12 odpowiedzi) oraz na brak pomocy sąsiedzkiej (11 odpowiedzi).



**Wykres 3.** Problemy społeczne osób badanych (badania własne, 2011).

Kolejne z zadanych ankietowanym pytań dotyczyło częstotliwości korzystania z usług pielęgniarki POZ (rodzinnej). Z udzielonych odpowiedzi wynikało, że częściej niż 6 razy w ciągu roku korzystało 19 osób (54%), 3-6 razy w roku – 6 osób (17%), 1-2 razy w roku 3 osoby (9%), rzadziej niż raz w roku – 2 osoby (6%), natomiast odpowiedź nigdy została udzielona w 5 przypadkach (14%).

Z całej populacji badawczej 28 osób (80%), korzysta z usług pielęgniarki POZ (rodzinnej) w domu, natomiast 7 osób (20%) – w przychodni. Kolejnym badanym aspektem była ocena usług wykonywanych przez pielęgniarkę POZ (rodzinną). Pacjenci oceniali czas oczekiwania na świadczenia, zapewnienie warunków intymności oraz atmosferę wizyty, informowanie o przebiegu procesu leczenia, działalność w zakresie promocji zdrowia, czas poświęcony pacjentowi oraz przestrzeganie godzin pracy przez pielęgniarkę.



**Wykres 4.** Częstość korzystania przez ankietowanych z usług pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej (badania własne, 2011).

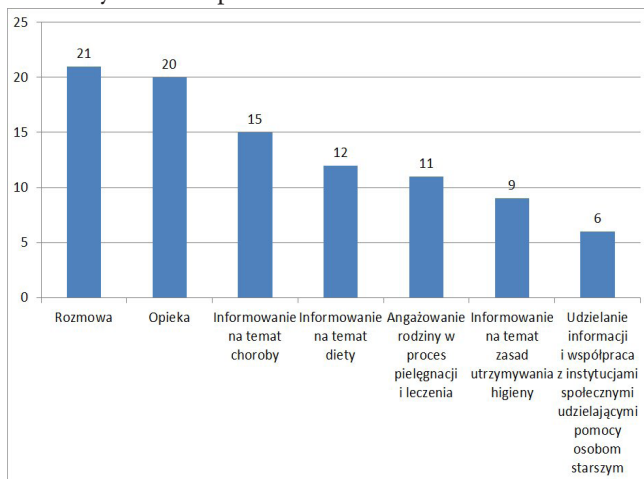
Skala ocen przedstawiała się następująco: 0 – bardzo źle, 1 – źle, 2 – raczej źle, 3 – dość dobrze, 4 dobrze, 5 – bardzo dobrze. Wyniki przedstawione zostały w tabeli poniżej.

Pytanie	Bardzo źle	Źle	Raczej źle	Dość dobrze	Dobrze	Bardzo dobrze
Czas oczekiwania na świadczenia	–	–	–	2	4	29
Zapewnienie warunków intymności podczas usługi	–	–	–	1	4	30
Atmosfera wizyty	–	–	–	–	5	30
Informowanie o przebiegu i dalszym postępowaniu w procesie leczenia	–	–	1	1	5	28
Działanie w zakresie promocji zdrowia	–	–	1	1	6	27
Czas poświęcony pacjentowi	–	–	–	2	3	30
Przestrzeganie godzin pracy przez pielęgniarkę	–	–	–	–	3	32

**Tabela 1.** Ocena usług pielęgniarki POZ (rodzinnej) (badania własne, 2011)

W pytaniu dotyczącym ogólnej oceny jakości usług wykonywanych przez pielęgniarkę POZ (rodzinną) 25 osób (71%) określiło je dobrze, a 10 osób (29%) – bardzo dobrze.

Wśród oczekiwań wobec pielęgniarki POZ (rodzinnej) najwięcej respondentów zwróciło uwagę na konieczność rozmowy – 21 odpowiedzi oraz na świadczenie działań opiekuńczych – 20 odpowiedzi. W dalszej kolejności wskazywali na informowanie na temat choroby – 15 odpowiedzi, a także diety – 12 odpowiedzi, na angażowanie rodziny w proces pielęgnacji i leczenia – 11 odpowiedzi, na informację na temat higieny – 9 odpowiedzi, na udzielanie informacji i współpracę z instytucjami udzielającymi pomocy osobom starszym – 6 odpowiedzi.



**Wykres 5.** Oczekiwania ankietowanych wobec pielęgniarki POZ (rodzinnej) (badania własne, 2011).

Z przebadanej grupy osób starszych, 54% korzysta z usług pielęgniarki POZ (rodzinnej) częściej niż 6 razy w roku, pozostałe osoby 3-6 razy w roku (17%), najmniejszą grupę stanowią osoby korzystające z usług pielęgniarki 1-2 razy w roku (9%) lub rzadziej (6%), natomiast 5 osób (14%) wskazało, że nie korzystają z usług pielęgniarki POZ (rodzinnej). W większości wypadków (80%) są to wizyty domowe, jedynie 7 osób (20%) wskazało przychodnię, jako miejsce wizyty. Wyniki te potwierdzają, że osoby starsze potrzebują częstych wizyt pielęgniarki POZ (rodzinnej), w szczególności w warunkach domowych.

Problemy zdrowotne wskazywane w badaniu ankietowym, koncentrują się wokół dolegliwości układu krążenia, głównie takich jak nadciśnienie tętnicze i miażdżyca. Chorobą, która równie często była wskazywana jest cukrzyca. Oprócz tego pacjenci zwracają uwagę na problemy z poruszaniem się i bezsennością. Ankietowani wymienili typowe schorzenia dla osób w ich wieku, które wskazane zostały przez autorkę w rozdziale trzecim, przy okazji omawiania problemów zdrowotnych.

Problemy materialne skupiają się przede wszystkim wokół wysokich kosztów leczenia i utrzymania, co przy wskazywanej przez respondentów niskiej emeryturze/rencie znacząco wpływa na jakość życia osób starszych. Seniorzy podkreślają również, że na

ich problemy materialne ma wpływ wspomaganie finansowe rodziny, głównie dzieci. Zła sytuacja lokalowa (niekorzystna lokalizacja, zajmowanie starych zasobów mieszkaniowych, brak funduszy na remont) również wymieniana jest przy okazji problemów materialnych. Osoby starsze często nie mają możliwości zmiany mieszkania, czy wprowadzenia udogodnień ułatwiających im codzienne funkcjonowanie, bowiem wiąże się to ze sporymi nakładami finansowymi, które są poza ich zasięgiem.

Najczęściej wymienianym problemem społecznym jest brak wsparcia ze strony instytucji społecznych i państwa. Osoby starsze wskazują brak programów społecznych ukierunkowanych na niesienie pomocy osobom starszym. Bardzo często bywa też tak, że osoba starsza ma trudności z dotarciem do informacji na temat tychże programów, dlatego ważne, by pielęgniarka POZ (rodzinna) informowała pacjentów o możliwych formach wsparcia ze strony instytucji społecznych, czy państwa.

Ankietowani podkreślają również brak kontaktów towarzyskich, brak wsparcia ze strony rodziny i najbliższych sąsiadów. Wynikiem takiej sytuacji jest samotność i izolacja osób starszych, które czują się opuszczone, niepotrzebne. Konsekwencją takiej sytuacji może być spadek kondycji psychicznej, depresja, a nawet samobójstwo.

Osoby starsze biorące udział w ankiecie dobrze lub bardzo dobrze oceniają jakość usług wykonywanych przez pielęgniarkę POZ (rodzinną). Są zadowoleni z czasu oczekiwania na wizytę, przestrzegania określonych na wizytę godzin oraz czasu, jaki pielęgniarka poświęca danemu pacjentowi. Bardzo dobrze oceniają atmosferę wizyty oraz zapewnienie przez pielęgniarkę warunków intymności w trakcie czynności pielęgnacyjno-leczniczych. Ponadto pacjenci czują się dobrze poinformowani o przebiegu i dalszym postępowaniu w procesie leczniczym oraz w zakresie promocji zdrowia.

Oczekiwania osób starszych względem pielęgniarki POZ (rodzinnej) skupiają się głównie na potrzebie rozmowy i opieki. Wynika to przede wszystkim z poczucia osamotnienia osób starszych. Potrzebują kontaktu z inną osobą, więc wizyta pielęgniarki jest dla nich powodem ogromnej radości.

Istotną kwestią dla osób starszych jest, by pielęgniarka informowała ich na temat choroby, diety oraz zasad utrzymywania higieny. Około 1/3 badanych osób oczekiwałoby od pielęgniarki angażowania rodziny w proces pielęgnacyjny.

Ważnym punktem jest także udzielanie przez pielęgniarkę informacji dotyczących możliwości wsparcia ze strony instytucji społecznych oraz jej współpraca na rzecz seniora z tymi instytucjami. Wątek ten pojawił się wcześniej, przy omawianiu wyników dotyczących problemów społecznych, zatem jest szczególnie istotny w życiu seniora.

W powszechnym przekonaniu osoby starsze znajdują się w niekorzystnej sytuacji życiowej, wynikającej z licznych problemów związanych z procesem starzenia. Problemy te dotyczą nie tylko zdrowia fizycznego i psychicznego, ale również mocno odzwierciedlają się trudną sytuację materialną seniora, której główną przyczyną jest niska emerytura/renta oraz wysokie koszty utrzymania i leczenia. Nienajlepiej przedstawia się także pozycja społeczna osób starszych, którzy z powodu wieku i częstej niedołężności są marginalizowani. Izolację seniorów potęguje niedostosowanie infrastruktury do prawidłowego funkcjonowania seniorów w środowisku. Brakuje również programów aktywujących osoby starsze do działania, rozwijania zainteresowań, edukacji. Osoby starsze skarżą się także na brak kontaktów towarzyskich i osłabienie więzi rodzinnych. Niepokojące są zmiany zachodzące we współczesnych rodzinach, w efekcie których

osoby starsze coraz rzadziej mogą liczyć na pomoc dzieci, czy innych bliskich osób. Tezy te potwierdzają wyniki badań własnych. Zgodnie z nimi osoby starsze cierpią także na schorzenia typowe dla ich wieku, jak cukrzyca, choroby układu krążenia, problemy z poruszaniem, bezsenność.

Oczekiwania względem pielęgniarki POZ (rodzinnej) w dużym stopniu wynikają z trudnej sytuacji osób starszych i ich problemów. Samotność i izolacja sprawiły, że na pierwszym miejscu oczekiwań stawiają oni rozmowę. Zaraz po niej jest potrzeba opieki. Istotną rolą pielęgniarki POZ (rodzinnej) jest trafne postawienie diagnozy, która będzie podstawą do podjęcia celowych interwencji. Kolejną sprawą jest odpowiednia edukacja pacjenta na temat samoobsługi i samopielęgnacji. Utrzymanie osoby starszej w dobrej kondycji niesie ze sobą ogromne korzyści dla pacjenta, który dłuższy czas może cieszyć się dobrym samopoczuciem fizycznym oraz psychicznym. Tym samym pozostaje on dłużej w środowisku domowym, a opóźnia się etap hospitalizacji. Osoba starsza korzystając z usług pielęgniarki POZ (rodzinnej) w warunkach domowych – we własnym środowisku – ma poczucie komfortu i bezpieczeństwa, a to również w znaczący sposób wpływa na jej samopoczucie.

Osobom starszym zależy także na otrzymywaniu informacji na temat choroby, dotyczących zasad dbania o higienę ciała i otoczenia oraz stosowania odpowiedniej diety. Udzielanie oczekiwanych wiadomości i porad na wymienione tematy jest jednym z podstawowych zadań pielęgniarki. Pacjent powinien być na bieżąco informowany o stanie zdrowia, o realizowanym procesie leczenia i sposobach pielęgnowania. Pielęgniarka powinna również informować, instruować i włączać rodzinę (opiekunów) do opieki nad chorym.

Światowa Organizacja Zdrowia bardzo ważną rolę przypisuje promocji oraz profilaktyce zdrowia, bowiem mają one działanie długofalowe i w znaczący sposób przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. W obliczu obecnej sytuacji demograficznej promocja i profilaktyka zdrowia nabiera ogromnego znaczenia, bowiem za kilkadziesiąt lat osoby starsze stanowiąc będą znaczącą część społeczeństwa. Dlatego warto wprowadzać profilaktyczne programy edukacyjne nie tylko dla seniorów, ale również dla młodszych pokoleń, by wykształciły zachowania prozdrowotne, które zawowocują w przyszłości.

### **Piśmiennictwo:**

1. <http://www.poland.gov.pl/Struktura,wieku,44.html> (dostęp: 12.04.2011).
2. <http://www.poland.gov.pl/struktura,wieku,44.html> (dostęp: 09.05.2011).
3. Kilańska D. (red.) Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, Tom I, Wydawnictwo MakMed., Lublin, 2010.
4. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., Podstawy pielęgniarstwa, tom I, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2004.
5. Kawczyńska-Butrym Z., Rodzina – zdrowie – choroba: koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
6. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz. U. Nr 91, poz. 410 z dnia 30 lipca 1996 r. z późniejszymi zmianami).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych,

- lecniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz. 750).
8. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
  9. Rocznik Demograficzny 2010, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2010
  10. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.), Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku: podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2007.
  11. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panka W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003.



# Problematyka pielęgnowania pacjenta z chorobą Parkinsona w warunkach domowych

*Beata Adamczuk*

Jednym z charakterystycznych zjawisk współczesnego świata jest starzenie się społeczeństwa, co prowadzi do stale zwiększającej się liczby ludzi starych. Starzenie się to proces, który postępuje przez całe życie, zmniejsza odporność na stres środowiskowy, osłabieniu ulegają także procesy naprawcze organizmu, zwiększa się liczba uszkodzeń wewnątrzkomórkowych. Proces starzenia się powoduje utratę homeostazy organizmu, co za tym idzie, człowiek staje się bardziej podatny na choroby. Starość w naszej świadomości społecznej jawi się jako upadek sił fizycznych, społecznych, ułomności, zniechęcenia, przewlekła choroba czyli niezdolność do samodzielnego życia. Zmianie w funkcjonowaniu podlegają także wszystkie narządy człowieka.

Problemem ludzi w tej fazie życia, w Polsce i na świecie, jest stale rosnąca liczba osób cierpiących na różnego rodzaju schorzenia układu nerwowego, w tym również na chorobę Parkinsona. Jest to postępujące, przewlekłe schorzenie ośrodkowego układu nerwowego, przejawiające się sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, i drżeniem spoczynkowym, będące następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia i w wyniku tego znacznego zmniejszenia ilości neuroprzekaźnika w prążkowiu [1].

Choroba występuje u ludzi starszych i dojrzałych, jest niestety nieuleczalna, ale nie oznacza też wyroku śmierci. Pierwsze objawy choroby pojawiają się około 50 roku życia. Mimo choroby, mimo pewnych dolegliwości i ograniczeń, osoby chore nadal przez wiele lat mogą się cieszyć pełnią życia rodzinnego i społecznego, a wielu z nich nadal może pracować zawodowo [1]. Choroba Parkinsona jest chorobą przewlekłą, wymagającą stałego, wieloletniego leczenia, opieki i pielęgnacji.

W zindywidualizowanej opiece kluczowe jest dostrzeżenie poszczególnych problemów, jakie dotyczą pacjentów i ich opiekunów, oraz zaplanowanie działań niezbędnych do ich rozwiązania wykorzystując możliwości, którymi dysponuje współczesna medycyna. Opieka pielęgnarska, stanowi niezwykle ważny element opieki interdyscyplinarnej i ma na celu przygotowanie chorego do akceptacji i w miarę możliwości do samodzielnego życia. Opieką w domu objęte są osoby, które wymagają systematycznej

i wzmożonej opieki, ważną kwestią w jej sprawowaniu jest to aby nie odepchnąć chorego i ułatwić mu codzienne, godne życie.

Niezbędnym czynnikiem w procesie pielęgnowania jest współpraca z rehabilitantami, psychologami czy innymi specjalistami, którzy wykorzystując najnowsze osiągnięcia wiedzy medycznej i farmakologicznej pomogą pacjentom cieszyć się życiem. Dla pełnej kompleksowej opieki konieczna jest współpraca z otoczeniem pacjenta, z jego najbliższą rodziną, która też powinna umieć pielęgnować chorego, a zwłaszcza w sytuacji, gdy chory nie będzie miał siły czy możliwości samopielęgnacji.

Choroba Parkinsona (łac. morbus Parkinsoni, ang. Parkinson's disease, w skrócie PD Parkinson's Disease); dawniej drżączka porażna (paralysis agitans) – jest przewlekłą, powoli postępującą, zwyrodnieniową chorobą ośrodkowego układu nerwowego, ale o nieznaney, jak dotąd, etiologii i o względnie jednolitym obrazie klinicznym [17].

W chorobie Parkinsona zwyrodnienia dotyczą układu pozapiramidowego, wynikają z niedoboru wydzielania dopaminy przez istotę czarną, w wyniku czego dochodzi do zaniku komórek nerwowych w śródmózgowiu i zmniejszenia ilości neuroprzekaźnika w prądkowiu. Zmniejszająca się ilość neuronów istoty szarej wpływa na niewłaściwe funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, co w efekcie powoduje wystąpienie objawów chorobowych tj. stopniowe spowolnieniem ruchów, sztywność mięśniowa, drżenie spoczynkowe oraz trudność w wykonywaniu prostych czynności [3].

Choroba Parkinsona to jedna z najczęstszych, postępujących chorób neurodegeneracyjnych. Jej przebieg może być różny: czasem rozwija się powoli, a okres dobrej sprawności ruchowej utrzymuje się kilka lat, zdarza się także, że postępuje szybciej [3]. Bezpośrednio nie zagraża życiu. Problemy pielęgnacyjne i opiekuńcze wynikają z poszczególnych symptomów choroby Parkinsona.

Grupy problemów i związanych z nimi zadań są następujące: trudności w komunikowaniu się (cicha niewyraźna mowa), problemy związane z poruszaniem się (postawa ciała, chodzenie i upadki, stanie), utrudnienia wynikające z dysfunkcji typowych dla choroby Parkinsona (drżenie i sztywność mięśni, spowolnienie ruchowe), trudności z oddychaniem, dyskomfort związany ze wzmożoną potliwością i łojotokiem, utrudnienia związane z codziennymi, podstawowymi czynnościami (trudności w samodzielnym utrzymywaniem higieny osobistej, przyjmowaniem pokarmów, ubieraniu się), zmęczenie spowodowane zaburzeniami snu, trudności w zaakceptowaniu przez chorego utraty pełnej sprawnością, w zaadaptowaniu się do nowej rzeczywistości, obniżenie nastroju spowodowane postępem choroby (depresja) [1, 2, 4, 5, 6].

Komunikacja interpersonalna to taki proces, który umożliwia jednostce w ramach bezpośredniego kontaktu wymianę informacji z drugą osobą [6]. Na prawidłową komunikację składają się słowa i mowa ciała. Ton głosu, tempo mówienia, ruchy mięśni twarzy, ruchy rąk, nóg, całego ciała (komunikacja werbalna niewerbalna) [7]. Człowiek porozumiewa się z otoczeniem za pomocą mowy, pisma, gestykulacji i mimiki. W chorobie Parkinsona wszystkie te czynności zostają zaburzone, co w dużym stopniu utrudnia komunikację z drugim człowiekiem. Głos staje się cichszy i słabszy, niekiedy ochrypli, a mowa staje się mniej wyraźna – bardzo ważne jest, by nie ograniczać mówienia, ponieważ nie poprawi to stanu mowy, przeciwnie, będzie ona ulegać szybciej degradacji [7].

Zwykle trudności w mówieniu, w chorobie Parkinsona powstają nie dlatego, że chory zapomniał potrzebnego w danej chwili słowa, ale dlatego, że to słowo trudno mu było powiedzieć. W trakcie mówienia pojawiają się przerwy, głos staje się słabszy, cichszy, nikiący, mowa staje się jednolita, monotonna, a rytm mowy jest zaburzony. Zmiany te nazywane są dyzartrią [3]. W trakcie choroby zmiany w mowie zwykle ulegają stopniowemu pogorszeniu, prowadząc do coraz większych trudności w mówieniu.

Żeby temu zaradzić stosuje się ćwiczenia usprawniające pracę narządów artykulacyjnych mowy, a także ćwiczenia oddechowe i fonacyjne [3]. Zaburzenia ruchów języka, warg, mięśni połykania czy mięśni uczestniczących w oddychaniu powodują trudności także w realizowaniu podstawowych czynnościach fizjologicznych, takich jak jedzenie czy picie, połykanie śliny, a nawet oddychanie [7].

Wraz z postępem choroby, jeśli brakuje systematycznej i intensywnej pomocy terapeutycznej (logopedycznej, terapii zaburzeń mowy), wymowa może stać się coraz bardziej niewyraźna, bełkotliwa, co z czasem może prowadzić do całkowitego niezrozumienia. Dlatego tak ważna jest systematyczność w ćwiczeniach, aby mimo progresji choroby możliwie najdłużej zachować zdolność do komunikacji [3].

W komunikowaniu się pielęgniarce i opiekunów z chorym na Parkinsona ważna jest bardzo duża cierpliwość w stosunku do chorego. Nie należy dać odczuć zdenerwowania w oczekiwaniu na jego kolejne słowo, ruch, znak. Choremu można pomóc przez utrzymanie z nim kontaktu wzrokowego, zachęcanie do powtórzenia słowa lub zdania, gdy go nie zrozumieliśmy używając krótkich zdań i akcentując istotne słowa [3, 7].

U chorych z chorobą Parkinsona obserwuje się brak mimiki twarzy (twarz pacjenta zastyga w nieruchomą maskę), a gesty ograniczają się do podstawowych. Dodatkowa uboga mimika twarzy, nadająca jej wygląd maski, utrudnia osobom z otoczenia rozpoznanie uczuć i potrzeb chorego [7].



**Ryc. 1.** Maskowata twarz w chorobie Parkinsona (źródło własne, 2011).

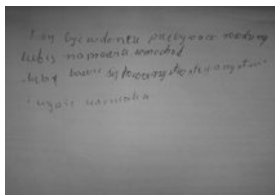


**Ryc. 2.** Pismo chorego na chorobę Parkinsona (źródło własne, 2011).

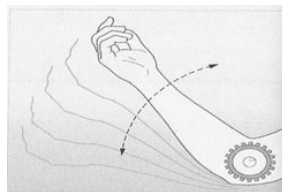
Porozumiewanie się poprzez pismo też może być utrudnione, a niekiedy niemożliwe. Wraz z postępem choroby nasilające się drżenie, sztywność i spowolnienie ruchowe, w tym także ręki, powodują zniekształcenie pisma [8].

Człowiek zdrowy czynność pisania wykonuje nieświadomie. Aby równo pisać, musi zaistnieć skomplikowany zespół ruchów, obejmujący obszar ciała od stawu barkowego aż po palce. Choremu z chorobą Parkinsona przed przystąpieniem do pisania zaleca się rozluźnić mięśnie barków i ramion, przedramiona oprzeć wygodnie na stole. Proponuje się zawsze pisać na papierze w linie, lub podłożyć liniuszek pod papier gładki [2].

Litery są niejednakowej wielkości, drobne i zniekształcone prowadzące do niewyraźnego pisma (mikrografia). Alternatywą może być pisanie na komputerze bądź maszynie do pisania [8]. Zastosowanie właściwie ukierunkowanych ćwiczeń odprężających przeciwdziała „narastaniu” napięcia, zdenerwowania i strachu [2].



**Ryc. 3.** Pismo chorego na chorobę Parkinsona (źródło własne, 2011).



**Ryc. 4.** Objaw koła zębatego [4].

Sztywność mięśniowa jest jeden z głównych objawów choroby Parkinsona, polegającym na zwiększeniu napięcia mięśniowego, które wraz z postępem choroby może doprowadzić do przykurczy i sztywności stawów. Napięcie mięśniowe jest większe w bliższych grupach mięśni (mięśnie ramion, karku, pleców) niż w grupach dalszych (mięśnie kończyn). U chorych obserwuje się objaw „koła zębatego” podczas którego opór mięśni ustępuje w sposób skokowy [4].

Następstwem wzmożonego napięcia mięśniowego, spowolnienia ruchowego i niestabilności postawy są trudności z samodzielnym przemieszczaniem się [6].



**Ryc. 5.** Postawa ciała u chorego z chorobą Parkinsona (źródło własne, 2011).

Zadaniem opiekuna medycznego jest pomoc choremu i zapewnienie bezpieczeństwa podczas przemieszczania się. W tym celu z otoczenia chorego należy usunąć wszelkie zbędne przedmioty, które mogłyby utrudniać swobodny ruch, np. dywaniki na podłodze. Pomoc powinna polegać na asekuracji, prowadzeniu lub przewożeniu chorego [6]. Zaleca się aby chory jak najwięcej chodził – ruch jest doskonałą bronią przeciwko sztywności. Proponowane są ćwiczenia rozciągające, o odpowiednio ograniczonym zakresie i przeprowadzone pod kontrolą. Najlepiej, gdy są wykonywane zaraz po przebudzeniu się chorego. Proste ćwiczenia można wykonać w łóżku (przeciąganie się z wyciągnięciem rąk nad głowę, podciąganie kolan jak najbliżej klatki piersiowej i opuszczanie na łóżko). W celu przeciwdziałania pochyleniu sylwetki chorego zaleca

się, aby chory dwa, trzy razy dziennie kładł się płasko na plecach i pozostawał tak przez 15 minut [4].

Większość pacjentów, mimo licznych deficytów, głównie fizycznych, długo zachowuje sprawność umysłową. Świadomi swojego stanu i pojawiających się ograniczeń często nie potrafią zaakceptować choroby. Poczucie zależności od osób drugich, szczególnie w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, może być przyczyną obniżenia nastroju [9].

Drżenie spoczynkowe jest określane jako rytmiczne, naprzemienne ruchy różnych części ciała, najczęściej kończyn górnych i dolnych, oraz twarzy [2]. Objaw ten występuje u 85% chorych. Drżenie potęgują sytuacje stresowe, niska temperatura, nieprawidłowa postawa ciała. Zmniejszenie drżenia następuje, gdy choremu jest ciepło, natomiast podczas snu zanika ono całkowicie. Odprężające ćwiczenia systematycznie przeprowadzane z chorym łagodzą te objawy, np. pacjent siedzi wygodnie trzymając obie ręce swobodnie na kolanach [2].



**Ryc. 6.** Chory w czasie spoczynku (źródło własne, 2011).



**Ryc. 7.** Chory w czasie spoczynku (źródło własne, 2011).

W celu zmniejszenia drżenia rąk chory może przycisnąć łokieć do tułowia, tak aby unieruchomić ramię, można zmienić pozycje ułożenia, starając się odprężyć psychicznie, oddychać głęboko i spokojnie [7, 10].

Osoba cierpiąca na chorobę Parkinsona może również utracić kontrolę nad dotychczas przebiegającymi automatycznie funkcjami ciała, które przeważnie nie są zależne od jej woli. Zaburzenia te nie występują jednocześnie i bywa, że uwidaczniają się tylko w niewielkim stopniu [17].

**Zaparcia.** W chorobie Parkinsona czynności układu pokarmowego ulegają spowolnieniu. Zaparcia spowodowane osłabieniem pasażu jelitowego występują już na początku choroby i nasilają się w kolejnych latach [7].

Zaparcie występuje częściej u ludzi chorych, niż u innych. Jeśli nieregularne wypróżnienia stanowią problem, to jest wiele sposobów na poprawienie tego stanu.

Przed wszystkim codzienne oddawanie stolca jest konieczne dla zdrowia. Jeśli jednak przerwy między wypróżnieniami mają trzy lub cztery dni, to może stać się przyczyną innych problemów, takich jak mdłości, bóle głowy i depresje. Na zaparcia mają wpływ przyjmowane w związku z chorobą leki [6]. Zaparciom sprzyja także siedzący tryb życia. Posiłek u tych chorych trawiony jest dłużej niż u zdrowego człowieka. Zaleganie w żołądku powoduje odbijania po posiłku i uczucie „ciężkości”. Chorzy skarżą

się na zaburzenia (spowolnienie) motoryki jelit, która dodatkowo nasila się przez niedobór ruchu i zbyt małą ilość przyjmowanych płynów [2].

Profilaktyka zaparcí powinna opierać się na właściwej diecie zawierającej dużą ilość płynów i błonnika. Największy wpływ na wypróżnienia mają otręby pszenne, gruboziarniste produkty zbożowe: pieczywo razowe, kasza gryczana, suszone owoce oraz przygotowane z nich kompoty, warzywa i owoce. Korzystny wpływ na perystaltykę ma również miód, kefir, jogurt, siemię lniane. Ważne jest przyjmowanie właściwej ilości płynów, ponieważ błonnik wiąże wodę, co prowadzi do zwiększenia objętości i konsystencji stolca, oraz reguluje perystaltykę jelit [2].

Leczenie zaparcí dobrze jest rozpocząć od preparatów ziółowych i dopiero po rozwinięciu tolerancji na ich działanie można zastosować inne leki, takie jak Lactulozę, czopki glicerynowe itp. [6]. Laktulozę proponuje się podawać w małej dawce około 10-20 ml dziennie, a jeśli to nie pomaga można rozważyć podanie innych łagodnych środków przeczyszczających. Regularna aktywność fizyczna ma także wpływ na pracę przewodu pokarmowego i zmniejsza zaparcia [6].

**Zaburzenia w oddawaniu moczu.** U pacjentów z chorobą Parkinsona na skutek zmian chorobowych dochodzi do zaburzeń w opróżnianiu pęcherza moczowego, w postaci: częstego oddawania moczu, uczucia naglącego parcia na mocz, trudności z rozpoczęciem mikcji i konieczności oddawania moczu w nocy (nykturia). W przypadku wystąpienia uczucia naglącego parcia i częstego oddawania moczu opiekun powinien zapewnić możliwość szybkiego przetransportowania pacjenta do toalety [6]. Niekiedy konieczne staje się zastosowanie wkładek absorpcyjnych lub pielucho majtek, należy wówczas zwrócić uwagę na prawidłową higienę kroczca.

W przypadku wystąpienia nykturii należy zmniejszyć ilość przyjmowanych płynów w godzinach wieczornych i unikać produktów moczopędnych (mocna kawa, herbata, alkohol). Opiekun powinien zapewnić prawidłową podaż płynów (1,5-2 l dziennie), obserwować ilość i wygląd wydalanego moczu. Zaburzenia w oddawaniu moczu mogą być spowodowane innymi chorobami urologicznymi, takimi jak przerost prostaty lub infekcje – wówczas chory powinien skorzystać z konsultacji lekarza urologa. W przypadku kobiet wskazane jest badanie ginekologiczne [6].

**Napady potliwości** (zwane także zlewnymi potami) występują nocami, są kłopotliwe dla chorego, nieprzyjemne, wymuszają częste zmiany nocnej bielizny [4]. Zauważono, że chorzy z chorobą Parkinsona nie tolerują zimna czyli nie powinni przebywać w chłodnej temperaturze, powinni się dosyć ciepło ubierać. Jest jeszcze jeden objaw hipertermia, która występuje po nagłym odstawieniu lewodopy. Przebiega to dosyć dramatycznie, dołącza się tachykardia, czyli przyspieszone bicie serca, przyspieszony oddech. Zaburzenie to jest groźne dla życia – należy hospitalizować chorego i ponownie włączyć dawkę lewodopy. Są preparaty kosmetyczne pomagające przy nadmiernej potliwości [8]. Na wskutek zaburzeń termoregulacji chorzy mogą skarżyć się na występowanie uczucia gorąca lub chłodu. Należy zatem zadbać o optymalną temperaturę otoczenia (20-22°C), z uwzględnieniem preferencji chorego. Stosowana bielizna powinna być wygodna, przewiewna, najlepiej bawełniana, a odzież dostosowana do temperatury otoczenia (unikanie przegrzewania i nadmiernego wychładzania ciała) [6].

**Dolegliwości ze strony układu krążenia.** To najczęściej zaburzenia ze strony mięśnia sercowego i spadki ciśnienia krwi. Do spadku ciśnienia dochodzi u chorych

zwłaszcza po posiłku, obserwuje się też arytmie serca, która jest objawem ciśnienia ortostatycznego. Niedociśnienie ortostatyczne może być wynikiem zarówno upośledzenia kurczliwości naczyń, jak i zmniejszenia objętości płynów krążących, dlatego należy zwiększyć podaż sodu przez dosalanie potraw oraz podaż płynów (co najmniej 2 litrów na dobę). Podczas relaksu w ciągu dnia, jak i w nocy w czasie snu, chory nie powinien leżeć płasko, lecz z głową uniesioną o 30-40 stopni. Należy pamiętać, że spożycie obfitego posiłku może spowodować spadek ciśnienia krwi i dlatego chory powinien jeść często, małymi porcjami i produkty bez nadmiernej zawartości węglowodanów. Należy unikać napojów alkoholowych, natomiast wskazane jest wypicie kawy na śniadanie w celu podwyższenia ciśnienia krwi [8].

Mogą wystąpić także takie objawy jak bóle i zawroty głowy, osłabienie, zmęczenie, zaburzenia koncentracji, myślenia, tachycardia, uczucie kołatania serca, często też występują zaburzenia równowagi. Arytmia serca prowadzi do nagłych zgonów, ponadto hipotonia ortostatyczna predysponuje do omdleń upadków i urazów czaszki [7].

**Zaburzenia snu.** U chorych na chorobę Parkinsona występują również zaburzenia snu w postaci bezsenności nocnej, wczesnego budzenia się lub nadmiernej senności w dzień. Powodem tych zaburzeń są dysfunkcje ruchowe (niemożność samodzielnej zmiany pozycji ciała) i związane z nimi dolegliwości bólowe, dysfunkcje układu moczowego, sny o charakterze koszmarów sennych [8].

Działania opiekuna medycznego powinny być ukierunkowane na umożliwienie prawidłowego odpoczynku nocnego przez zapewnienie komfortu fizycznego i psychicznego oraz niwelowanie czynników zakłócających sen. Należy zachęcać podopiecznego do jak największej dziennej aktywności fizycznej i udawania się na spoczynek o tej samej godzinie, zapewnić mu właściwą higienę snu (atmosfera ciszy i spokoju, wietrzenie pokoju, wygodna, przewiewna, niekrępująca ruchów piżama) i wygodne ułożenie oraz pomagać w zmianie pozycji ciała w ciągu nocy. Nie zaleca się oglądania telewizji w łóżku oraz podawania posiłków i płynów przed snem [6].

Chorzy często skarżą się również na zaburzenia snu, pobudzenie i niepokój. Zaburzenia snu mogą wynikać z niesprawności ruchowej w nocy (niemożność zmiany pozycji) lub być objawem towarzyszącego zespołu niespokojnych nóg czy też depresji [8].

**Zanik popędu seksualnego i potencji.** Obniżenie libido wynikać może nie tylko z zaburzeń układu autonomicznego towarzyszącego chorobie Parkinsona, ale także z towarzyszącej depresji, obniżenia sprawności ruchowej, zaburzeń hormonalnych lub pogorszenia relacji z partnerem w związku z pojawieniem się choroby [8].

**Łojotok.** U wielu pacjentów jest widoczny pod postacią zwiększonego wydzielania gruczołów łojowych skóry twarzy. Często towarzyszy temu lekka postać trądziku, nasilone złuszczenie naskórka na owłosionej skórze głowy oraz zapalenie spojówek [4].

**Zaburzenia depresyjne.** Depresje w chorobie Parkinsona można nazwać „smutkiem ukrytym za żelazną maską” objawów parkinsonowskich [5]. Depresja może być naturalną reakcją chorego na świadomość długotrwałej choroby, na pogarszającą się sprawność ruchową, mniejszą wydolność w wykonywaniu pracy zawodowej czy też codziennych obowiązków domowych, a niekiedy także na pogorszenie sytuacji materialnej, co jest związane z chorobą [7].

Większość pacjentów, mimo licznych deficytów, głównie fizycznych, długo zachowuje sprawność umysłową. Świadomi swojego stanu i pojawiających się ograniczeń

często nie potrafią zaakceptować choroby. Poczucie zależności od osób drugih, szczególnie w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, może być przyczyną obniżenia nastroju. Dodatkowa uboga mimika twarzy, nadająca jej wygląd maski, utrudnia osobom z otoczenia rozpoznanie uczuć i potrzeb chorego [6].

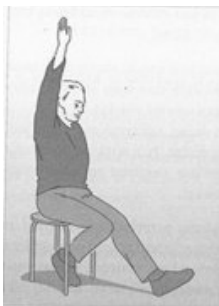
Opiekun powinien zatem kierować się empatią, wspierać pacjenta i pomagać mu w akceptacji choroby. Pomagając w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, powinien pamiętać o poszanowaniu godności chorego i o jego prawie do prywatności. Empatia, życzliwość, uśmiech, atmosfera ciepła i zaufania to niezbędne elementy właściwej opieki nad osobą z chorobą Parkinsona [6].

Zaburzenia funkcji poznawczych. U 20-40% chorych mogą pojawić się zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych: uwagi, koncentracji, planowania itp. Tego typu zaburzenia występują zwykle w późniejszym okresie choroby i stopniowo narastają. Pojawienie się wyraźnych zaburzeń pamięci i pogorszenie się ogólnej sprawności intelektualnej w początkowym okresie choroby powinno budzić podejrzenie innej choroby przebiegającej z parkinsonizmem.

Samo spowolnienie toku myślenia, zwane bradyfrenią, może wystąpić już w pierwszych latach choroby, ale zwykle nie stwarza większych problemów w codziennym życiu. Chorzy wymagają tylko nieco więcej czasu aby odpowiedzieć rozmówcy, czy wykonać jakąś inną czynność intelektualną [8].

Problemy z oddychaniem. Problemy z oddychaniem ma około 15% pacjentów z chorobą Parkinsona. Powstają one na skutek nieprawidłowej postawy ciała oraz zaatakowania mięśni oddechowych. Pacjent oddycha płytko, nie może odkasznąć i często się krztusi, co może prowadzić do poważnych komplikacji. Problemy z oddychaniem wpływają też niekorzystnie na wyrazność mówienia [2].

U pacjentów z chorobą Parkinsona należy preferować oddychanie przeponowe, dzięki któremu pacjent zaczerpuje prawidłową ilość powietrza i odpowiednio długo je wydycha. Odpowiednie dotlenienie organizmu sprawia, że psychiczne i fizyczne samopoczucie ulega znacznemu polepszeniu. Oddychanie przeponowe, wykorzystywane przez pacjenta świadomie, ułatwia mu wyciszenie i relaksację, a także wspomaga perystaltykę jelit [4].



**Ryc. 8.** Ćwiczenia oddechowe wspomagające perystaltykę jelit [2].

Ćwiczenia te należy przeprowadzić wyłącznie w pozycji siedzącej. Chory siada na krześle. Musi ono być na tyle niskie, aby pomiędzy udem a podudziem był kąt prosty. Pacjent siedząc swobodnie, szeroko rozkłada nogi. Pochyla się do przodu i opiera łokcie



na kolanach. Powoli wdycha powietrze przez nos i wydycha je głośno przez półotwarte usta [4].

### **Przystosowanie mieszkania dla potrzeb chorego.**

Zasadą główną, którą należy się kierować jest to, aby dom zapewniał osobie niepełnosprawnej warunki do maksymalnej samodzielności i wygody [11].

W nowych okolicznościach dom musi także pozostać miejscem, w którym człowiek przede wszystkim żyje, a nie tylko mieszka, tzn. miejscem, w którym obcuje on z rodziną, pracuje, odpoczywa, przyjmuje i kontynuuje usprawnianie, a nie odwrotnie. Wszystkie niezbędne w nim zmiany adaptacyjne powinny więc być wykonane tak, aby nie zmieniały charakteru domu [11].

Należy pamiętać, że nic tak nie sprzyja usprawnianiu, jak potrzeba wstania, samodzielniego przejścia zamierzonego odcinka drogi, pokonania określonych trudności, lęków i naturalnej dążności do wygody. Bardziej celowe jest udostępnianie osobie niepełnosprawnej łatwych „szlaków komunikacyjnych” po mieszkaniu, przez przestawianie zagradzających drogę przedmiotów, usunięcie dywanu, jeśli stanowi przeszkodę, poprzez ewentualną likwidację progów itp. Innym rozwiązaniem jest zainstalowanie na trasach codziennych wędrówek chorych wygodnych poręczy przyściennych lub składanych barierek, które mogą także służyć jako przyrząd pomocniczy do ćwiczeń.

Pokój chorego powinien zapewniać wygodne i łatwo dostępne miejsce do spania, pracy i odpoczynku, a także warunki do kontynuowania usprawniania. Pożądane jest, aby posłanie mogło – w miarę potrzeby – spełniać równocześnie rolę miejsca do ćwiczeń gimnastycznych, powinno więc mieć w miarę twardą, nie zapadającą się „w dołek” pod ciężarem ciała powierzchnię, dogodną wysokość (umożliwiającą choremu samodzielne wstawanie) i jeśli potrzeba – sąsiedztwo innych nieprzesuwalnych mebli (np. ciężkiego fotela) lub urządzenie pozwalające wesprzeć się lub przytrzymać przy tej czynności [12]. Dzięki odpowiedniemu doborowi i ustawieniu mebli można zwiększyć wygodę, możliwość poruszania się i bezpieczeństwo.

Miejsce do siedzenia jest jedna z najważniejszych kwestii. Dobrze mieć odpowiednio zaprojektowany fotel, który umożliwi wypoczynek i zapewnia stosowne oparcie dla całego ciała, dostatecznie wysoki, aby można było łatwo z niego wstawać [11]. Jeżeli krzesło jest bardzo wysokie i nogi osoby siedzącej nie sięgają podłogi, można użyć podnóżka. Musi on być dostatecznie wysoki, aby można było swobodnie oprzeć nogi, unikając niepotrzebnego napięcia mięśni i łydek [11].

Stół musi być mocny, stabilny i dostatecznie duży. Wysokość blatu zależy od wysokości siedzenia oraz wzrostu osoby mającej przy tym stole siedzieć. Najlepiej, gdy łokcie osoby siedzącej przy stole znajdują się na wysokości blatu. Wysokość stołu, przy którym jada się posiłki, wynosi zazwyczaj 80 cm [11].

**Sypialnia.** Łóżko jest najważniejszym meblem w domu. Powinno być wygodne, łatwe do siania i ustawione w taki sposób, żeby wszystkie rzeczy potrzebne leżącemu znajdowały się w zasięgu ręki. Jeżeli ktoś dużo czasu spędza w łóżku, to musi ono stać w miejscu, z którego można widzieć to, co się dzieje za oknem.

Szczególną uwagę należy zwracać na należyte zabezpieczenie skóry, zwłaszcza jeżeli trzeba dłużej leżeć w łóżku. Bielizna pościelowa musi być delikatna i miękka. Dobrze, jeżeli prześcieradło gładko przylega do materaca, ponieważ wtedy nie gniece się

i znacznie łatwiej ścielić łóżko. Jeżeli potrzebne jest gumowe lub plastikowe zabezpieczenie materaca przez zmoczeniem, to na wierz należy położyć odpowiednią warstwę izolacyjno-ochronną. Osoby o delikatnej skórze powinny zapytać lekarza, czy nie lepiej byłoby dla nich spać na materacu o zmiennym nacisku [11].

Wybór przykrycia w łóżku jest kwestia bardzo indywidualną. Przed zakupem lub wynajęciem łóżka trzeba wziąć pod uwagę wiele różnych czynników, takich jak możliwość zmian pozycji, wysokość ramy i materaca (punktu widzenia wstawania i kładzenia się), umiejscowienie przycisków sterowania oraz istnienie systemu sterowania ręcznego (na wypadek przerwy w dostawie prądu) [11].

**Kuchnia** jako miejsce wielu ważnych prac domowych może w większym stopniu niż pokój wymagać przystosowania dla zapewnienia osobie niepełnosprawnej samodzielności i możliwości uczestnictwa w pracy na rzecz rodziny. Jeśli „gospodarzem domu” i głównym użytkownikiem kuchni, mogącym służyć stałą pomocą choremu, jest zdrowy członek rodziny, może się wydawać, iż adaptacja kuchni umożliwiająca samodzielność chorego w jej zakresie, nie jest konieczna. Należy jednak pamiętać, że nadopiekuńczość rodziny i istniejące w domu „bariery architektoniczne” (nieodpowiednie drzwi, wysokie progi, nieprzystosowanie kuchni itp.) mogą pogłębiać i ograniczyć samodzielność i aktywną rolę w życiu [11].

Przystosowanie kuchni może wymagać jedynie drobnych, niekosztownych uzupełnień sprzętu, np. w przypadkach zaburzenia ruchów manipulacyjnych lub niedowładu rąk pracę w kuchni ułatwia zainstalowanie specjalnych nakładek na krany, oraz wyposażenie w różnego typu uchwyty [11].

**Łazienka.** Najczęściej najprostszym koniecznym uzupełnieniem wyposażenia łazienki są różnego typu poręcze przyściennie, mocowane przy wannie i sedesie. Zależnie od potrzeby można ją ponadto wyposażyć w dodatkowe uchwyty zwisające z góry oraz różnego rodzaju stopnie – stołki lub ławeczki, ułatwiające korzystanie z wanny. Dla chorych korzystne jest podwyższenie sedesu przez zainstalowanie na nim specjalnej nakładki. W przypadkach znacznego ograniczenia sprawności ruchowej, towarzyszącej nadwagi lub ograniczenia możliwości korzystania z pomocy innych osób w czynnościach higienicznych, korzystanie z wanny może być dla chorego ryzykowane i zbyt trudne. Celowe może być wówczas zastąpienie wanny – natryskiem [12].

**Podłoga** musi być gładka i dobrze wypoziomowana. Po grubych dywanach trudno chodzić. Najlepszym rozwiązaniem jest gładka wykładzina, łatwo po niej chodzić, ponadto jest ona trwalsza i łatwiejsza do utrzymania w czystości. Luźno leżące dywany są niebezpieczne [11].

Odpowiednie oświetlenie i właściwie zaprojektowana instalacja elektryczna sprawiają, że mieszkanie staje się przyjemniejsze i bardziej bezpieczne. Dokonanie niewielkich zmian w rozmieszczeniu kontaktów i wyłączników nie nastęrcza zbytnich trudności. Włączniki powinny być tak umieszczone, aby można było oświetlić całe pomieszczenie, zanim jeszcze do niego wejdziemy. Wszelkie włączniki oświetlenia powinny znajdować się na takiej wysokości jaka potrzebna jest użytkownikowi [11].

### **Przyjmowanie pokarmów.**

U osoby z chorobą Parkinsona mogą wystąpić problemy z samodzielnym przyjmowaniem pokarmów [9]. Źródłem tych zaburzeń są: opisane wcześniej objawy ruchowe i związane z nimi trudności (z utrzymaniem sztućców, trafieniem łyżką do ust itp.) oraz zaburzenia połykania (dysfagia), trudności z żuciem i połykaniem pokarmu powstające na skutek nieprawidłowej koordynacji mięśni i gardła [9].

Następstwem dysfunkcji związanej z przyjmowaniem pokarmu może być zakrzuszenie się i zaaspirowanie treści pokarmowej do dróg oddechowych (ryzyko zachłystowego zapalenia płuc). Zadaniem opiekuna medycznego jest zapewnienie bezpieczeństwa i niedopuszczenie do powstania wyżej wymienionych powikłań. Należy zadbać o prawidłową pozycję pacjenta podczas jedzenia, pacjent powinien usiąść wygodnie, najlepiej przy stole, a chorym pozostającym w łóżku należy zapewnić pozycję siedzącą lub półsiedzącą. Zaleca się podawanie posiłków o umiarkowanej temperaturze, miękkich, półpłynnych, papkowatych pokarmów, które łatwo przesuwiają się z jamy ustnej do przełyku, zmniejszając ryzyko zachłyśnięcia. Podczas jedzenia należy zapewnić podopiecznemu atmosferę ciszy i spokoju. Nie wolno go ponaglać. Po każdym posiłku należy wykonać toaletę jamy ustnej [6].

Wyżej wymienione problemy związane ze spożywaniem pokarmów mogą być przyczyną niechęci pacjentów do jedzenia. Zwiększa to ryzyko niedożywienia. Opiekun powinien kontrolować ilość spożywanego pokarmu, zachęcać pacjenta do jedzenia, dokładnego gryzienia i wolnego przełykania, a także kontrolować masę ciała pacjenta (raz w tygodniu) i zachęcać go do aktywności fizycznej (poprawa perystaltyki jelit i zwiększenie apetytu) [6].

Opiekun medyczny, współuczestniczący w procesie leczenia, powinien motywować podopiecznego do regularnego przyjmowania leków, ściśle według zaleceń lekarza. Chory powinien wiedzieć, że nie wolno odstawiać leków samowolnie [6].

Pacjenci z chorobą Parkinsona mają częściej zwiększone ryzyko niedożywienia, a otyłość może stać się problemem, z powodu siedzącego trybu życia. Czynniki, które prowadzą do utraty wagi to: niewystarczająca ilość przyjmowanych kalorii, trudności z żuciem i połykaniem, zły stan uzębienia, trudności w przygotowywaniu posiłków i posługiwaniu się sztućcami [9].

Do gorszego odżywienia prowadzi również depresja. Należy pamiętać jaki wpływ ma spożywanie produktów wysokobiałkowych na wchłanianie preparatów lewodopy. Posiłki wysokobiałkowe hamują wchłanianie lewodopy. Dlatego należy unikać nadmiaru białka, a lewodopę przyjmować na czczo 30 min. przed lub kilka godzin po posiłku, co z kolei może powodować na początku terapii nudności. Wówczas zaleca się przyjmowanie lewodopy z posiłkiem niskobiałkowym [9]. Choroba dotyczy osób w starszym wieku, narażonych na osteoporozę i upadki, które mogą prowadzić do złamań, dlatego ważne jest dostarczenie w diecie odpowiedniej ilości wapnia (mleko, produkty mleczne). W razie potrzeby należy stosować preparaty wapnia.

Należy unikać powstania ewentualnej otyłości, gdyż nadmiernie obciąża to układ kostno-stawowy narażony szczególnie na choroby zwyrodnieniowe z powodu niewłaściwej postawy ciała, ułożenia kończyn spowodowanych wzmożonym napięciem mięśniowym oraz zmniejszoną ruchliwością chorego [9].

Profilaktyka chorób krążenia wymaga także ograniczenia spożycia tłuszczu zwierzęcego, zastąpienie go tłuszczami roślinnymi. Powszechnych zasad zmniejszania podaży soli (nadciśnienie tętnicze), nie stosuje się u chorych cierpiących na spadki ciśnienia przy pionizacji. W tym ostatnim rozpoznaniu należy także zwiększyć podaż płynów (zapotrzebowanie dzienne wynosi 1,5-2 litrów) [9].

### **Zabiegi higieniczne.**

Podopieczni wymagają w różnym zakresie pomocy przy wykonywaniu toalety ciała. Opiekun może tylko asystować choremu bądź częściowo lub całkowicie wykonywać daną czynność. Szczególną uwagę należy zwrócić na higienę kroczca i okolic narządów płciowych, zwłaszcza u pacjentów z częstomoczem lub nietrzymaniem moczu (ryzyko powstania otarć, odparzeń, zakażenia układu moczowego) [6]. U osób leżących należy stosować profilaktykę przeciwoodleżynową (utrzymanie skóry w czystości, stosowanie kremów nawilżających w miejscach narażonych na powstanie odleżyn). Charakterystycznymi i uporczywymi objawami są również: łojotok skóry, nadmierne pocenie się i ślinotok. Powoduje to konieczność szczególnej dbałości o zachowanie higieny ciała [6, 13].

U osób leżących, z nasilonymi objawami, należy często zmieniać pozycję ciała. Najlepiej jeśli czynność ta wykonywana jest przez dwie osoby. Długotrwałe przebywanie w tej samej pozycji zwiększa ryzyko powstania odleżyn, przykurczów mięśni, dolegliwości bólowych oraz dyskomfortu psychicznego. Opiekun medyczny powinien zadbać o wygodę i przeciwpastyczne ułożenie pacjenta: najlepiej na boku, w obrębie którego zmiany spastyczne są mniej zaznaczone. Korzystne jest również leżenie na brzuchu: długotrwałe leżenie na plecach nasila spastyczność mięśni grzbietowych [6]. U chorych, u których występuje tendencja do rotacji wewnętrznej stawów kolanowych i biodrowych, wskazane jest umieszczenie między kolanami poduszki, wałka lub zwiniętego koca, co po kilku minutach zmniejsza napięcie mięśni: nie należy natomiast podkładać wałków pod kolana, gdyż wzmacnia to spastyczne zgięcie kończyn [6]. Natomiast w przypadku znacznych przykurczów na noc stopa powinna być zabezpieczona przez łuskę w ustawieniu pośrednim (kąt między stopą i łydką powinien wynosić 90°), oraz odpowiednią temperaturę otoczenia (wchłanianie ciała może nasilać sztywność mięśni). W przypadku znacznego ograniczenia sprawności ruchowej należy zastosować materac przeciwoodleżynowy i zmieniać pozycję ciała co 2-4 godziny [6].

### **Rehabilitacja pacjenta z chorobą Parkinsona.**

Postępowanie pozafarmakologiczne w odniesieniu do chorych z chorobą Parkinsona to obejmujące rehabilitację, logopedię, ergoterapię, psychoterapię, edukację chorych i szeroko pojętą pomoc w przystosowaniu się do pewnych ograniczeń związanych z chorobą. W odniesieniu do sprawności fizycznej najważniejsze jest utrzymanie lub poprawa elastyczności narządu ruchu, poprawa koordynacji ruchowej, wyćwiczenie równowagi, zwiększenie koncentracji oraz poprawa wentylacji płuc. Rehabilitacja to również codzienna aktywność fizyczna, więc można zacząć od codziennych spacerów, pływania, porannej gimnastyki [4, 7].

W przypadku zaburzeń chodu najskuteczniejsze są zabiegi rehabilitacyjne i odpowiednia profilaktyka tych zaburzeń. Należy przestrzegać kilku podstawowych zasad:

używać bezpiecznego obuwia, z niskim obcasem, bez śliskiej podeszwy, stabilizującego stopę, szczególnie piętę. Zalecane są buty wiązane, a buty wsuwane, tzw. klapki, powinny być unikane [8]. Należy koncentrować się na chodzeniu, czyli podczas chodzenia nie wykonywać innych czynności (np. rozmowa, szukanie przedmiotów w torebce) ponieważ zaburza to rytm chodu i nasila te zaburzenia [7].

Pomocne w celu przerwania zastygnięcia może być wykonanie ruchu na głośno wymawiane komendy, np. prawa, lewa lub raz, dwa itd. Przedmioty pomocne w pokonaniu zastygnięcia to laski z odginaną poziomą poprzeczką na wysokości 5-10 cm, którą chory ma przekroczyć. Są one rekomendowane dla chorych z częstymi znieuchomieniami. Można w tym celu także użyć laserowego wskaźnika, który wyznacza punkt światła, w kierunku którego stawiany jest krok lub obróconej rączki laski lub parasola, którą należy przekroczyć. Wielu chorych znajduje pomoc w używaniu taktomierzy wybijających rytm kroków lub muzyki z rytmem na 4/4.



**Ryc. 9.** Laska pomocna w pokonywaniu zastygnięć [2].



**Ryc. 10.** Ćwiczenia mięśni twarzy [2].

Przy odczuciu niepewności równowagi chory powinien zatrzymać się lub usiąść. Jeśli upadki spowodowane są spadkami ciśnienia krwi podczas zmiany pozycji ciała z siedzącej lub leżącej na stojącą należy skontaktować się z lekarzem [8].

W chorobie Parkinsona, oprócz trudności w poruszaniu się, występują także trudności w mówieniu, w komunikacji z drugim człowiekiem. Porozumiewanie się utrudniają również występujące u niektórych osób zaburzenia pamięci oraz trudności z podtrzymywaniem uwagi. Żeby temu zaradzić stosuje się ćwiczenia usprawniające pracę narządów artykulacyjnych mowy, a także ćwiczenia oddechowe i fonacyjne. Bardzo ważne jest, by ćwiczenia wprowadzone były możliwie najszybciej, a ich wykonywanie miało charakter systematyczny, najlepiej codziennie. Ćwiczenia nie prowadzą do całkowitego usunięcia nieprawidłowości w wymowie, a wpływają na poprawę stanu mowy tak, aby była ona zrozumiała dla słuchaczy i chorego [8].

Ćwiczenia wykonywane dla poprawy stanu mowy i komunikacji werbalnej można podzielić na dwie grupy. Pierwszą – są ćwiczenia, które poprawiają motorykę, czyli prowadzą do poprawy wyrazistości mowy. Pomagają też wydłużyć oddech i wzmocnić fonację. Drugą – są ćwiczenia związane z zasobem słownictwa, jego utrzymaniem w sprawności, stałej gotowości i odbudowywaniem, jeśli występuje taka potrzeba. Utrzymanie dobrej sprawności motorycznej narządów wykorzystywanych w procesie

mówienia, jak i utrzymanie bogatego zasobu słów i łatwości jego aktywacji, są niezbędne dla prawidłowej komunikacji werbalnej między ludźmi. Dlatego należy dbać o dobry stan w obydwu tych sferach.

Podkreślić trzeba, że tylko ćwiczenia wykonywane systematycznie i często przynoszą pożądane rezultaty [8].

**Ćwiczenia mowy:** chory powinien zaczynać od krótkich słów i okrzyków, tak jakby chciał zwrócić czyjąś uwagę: *Hej! Tak! Nie! Jak się masz?*, wymawiać słowa dwu-, trzysylabowe (np. *balet, molo, lama, kawa, traktor* itd.). Można zaproponować czytanie na głos krótkich tekstów (mogą to być fragmenty książki lub artykuł w gazecie) [2].

Chorzy z chorobą Parkinsona w skutek wzmożonego napięcia mięśni twarzy pozbawieni są tego ważnego atrybutu komunikacji pozawerbalnej. Ich twarze są mało plastyczne, a mięśnie mimiczne z trudem się poruszają; twarz staje się maskowata (tzw. twarz pokerzysty) [2, 4].

Odpowiednio dobrane i często wykonywane ćwiczenia rozluźniają mięśnie mimiczne twarzy opóźniają ten proces. Ćwiczenia najlepiej wykonywać kontrolując wyraz twarzy przed lustrem (np. podczas mycia zębów czy golenia) [2].

Ćwiczenia mięśni twarzy: zmarszczyć brwi, następnie rozluźnić i unieść je do góry, zmarszczyć nos, ściągnąć wargi (jak do gwizdania), a następnie rozciągnąć w szerokim uśmiechu, nabrać powietrze do policzków, wstrzymać oddech. Następnie wypuścić powietrze (pojawia się lekkie pyknięcie, zbliżone do wypowiedzenia *p*), nabrać powietrze do policzków i przesuwając powietrze z jednego policzka do drugiego. Gdy mięśnie warg oraz połykania są silne, to można wykonywać to ćwiczenie z wodą, nabrać powietrze i przy zaciśniętych wargach przesuwając go nad górną i dolną wargą, dotykać górną wargą do dolnych zębów oraz dolną wargą do górnych zębów (warga górna wysoko uniesiona, lekko zmarszczony nos), uśmiechać się na przemian prawą i lewą stroną twarzy [8].

Proces mówienia zależny jest od sprawności oddychania; w przypadku płytkiego, krótkiego oddechu człowiek nie może w jednym ciągu wyartykułować dłuższego słowa. Zatem ćwiczenia oddechowe stanowią podstawę i punkt wyjścia dla dalszych ćwiczeń.

Ćwiczenia te mają na celu nauczyć właściwego i głębokiego oddechu przeponowego. W tych ćwiczeniach wzmacniana jest praca mięśni aktywnych podczas oddychania, dąży się także do wydłużenia fazy wydechu, co umożliwia realizację dłuższych wyrazów bądź krótkich zdań [2].

Ponieważ w chorobie Parkinsona występują zaburzenia pamięci, w tym także pamięci słów, konieczne wydaje się pielęgnowanie zasobu werbalnego chorego. Jest to możliwe dzięki różnym ćwiczeniom językowym.

Dzięki ćwiczeniom pokonywane są trudności związane z przywoływaniem i realizacją adekwatnych słów, poprawiana jest koncentracja uwagi. Można wykorzystać krzyżówki, szarady, uczyć się wierszy na pamięć oraz przypominać te znane z dawnych lat [2, 4].

Zwiększenie aktywności fizycznej wpływa również na psychikę. Pacjenci regularnie ćwicząc motywują się aby walczyć czynnie z chorobą, tracą poczucie bezradności wobec swoich dolegliwości, zwiększają pewność siebie, uzyskują poprawę nastroju i dobre samopoczucie.

Regularne i odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne mogą mieć pozytywny wpływ na ogólny stan zdrowia chorych zarówno we wczesnym jak i w zaawansowanym stadium choroby [4, 9].

Metody fizjoterapeutyczne, mogące mieć zastosowanie w chorobie Parkinsona to: gimnastyka lecznicza, pływanie lecznicze, fizykoterapia, masaż, muzykoterapia, spacer. Ćwiczenia fizyczne muszą być wykonywane systematycznie, tj. każdego dnia. Większości chorych wystarczy podstawowy instruktaż przeprowadzony przez terapeutę, a następnie powinni regularnie ćwiczyć w domu [8]. Gimnastyka w grupie wskazana jest dla chorych z miernie upośledzoną sprawnością ruchową. Rytmiczny podkład muzyczny jest tutaj bardzo przydatny. Ćwiczenia grupowe mogą pomóc przezwyciężyć samotność, a także mają na celu wspieranie pozytywnego nastawienia psychicznego [8].

Terapia indywidualna pozwala na ocenę stanu sprawności pacjenta i stwarza możliwość doboru ćwiczeń do zaburzeń funkcjonalnych każdego chorego. Celem takiej terapii jest ukierunkowanie w zależności od potrzeb na hipokinezę, bradykinezę, akinezę i dyskinezę w kontekście zadań codziennych. Jak również zapobieganie upadkom, promowanie i utrzymanie regularnej aktywności ruchowej każdego dnia [2, 4].

Zajęcia rehabilitacyjne w wodzie mogą stanowić leczenie uzupełniające. poprawiają koordynację ruchową i równowagę. Najlepsza temperatura wody to 28-30°C. Taka temperatura ma wpływ relaksacyjny na chorego, natomiast działanie siły wyporu umożliwia wykonywanie spokojnych, powolnych ruchów [2, 8].

Masaż wskazany jest u pacjentów zgłaszających ból: odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa oraz stawów barkowych. Uważa się, że stosowanie zabiegów takich jak okłady borowinowe na stawy i mięśnie, zabiegi cieplne lampą sollux oraz masaż wspomagają terapię ruchową pacjenta poprzez działanie przeciwbólowe [2, 4, 8].

Muzykoterapia i choreoterapia mają szczególnie zastosowanie w treningu chodu osób z chorobą Parkinsona. Muzyka może działać nie tylko stymulująco, ale też uspokajająco. Muzyka rytmiczna, np. marszowa, wyrabia rytm chodu, jego sprężystość, poprawia również długość kroku oraz ułatwia zmianę kierunku ruchu. Choreoterapia, czyli leczenie za pomocą tańca, sprawia chorym wiele przyjemności. Kroki walca sprawiają, że ruchy chorych z minuty na minutę stają się płynniejsze a krok się wydłuża. Zajęcia na ogół rozpoczyna się od tańców wolnych i łatwych jak polonez czy walc [2, 8].

Spacer jest najprostszą i najbardziej dostępną formą ruchu, jest skutecznym środkiem utrzymującym sprawność fizyczną. Codzienne spacerowanie na świeżym powietrzu rozgrzewają cały organizm, zmuszają mięśnie do ruchu, dotleniają wszystkie narządy. Spacer jest znakomitym treningiem chodu, podczas którego można ćwiczyć długość kroku i właściwą, wyprostowaną sylwetkę, a przede wszystkim odbywa się na otwartej przestrzeni, w realnych warunkach samodzielnego radzenia sobie (przechodzenie przez ulicę, pokonywanie krawężników czy korzystanie z miejskiej komunikacji) [2, 4, 8].

Wszystkie ćwiczenia powinny być w miarę możliwości wykonywane 2-3 razy dziennie, czas trwania ćwiczeń 15 minut. Fizjoterapeuta powinien zdecydować wraz z pacjentem, które z wskazanych ćwiczeń wybrać dla niego. Nauczanie prawidłowych wzorców ruchowych ma na celu zapobieganie pojawieniu się i utrwalaniu patologicznych wzorców motorycznych. Odtwarzanie prawidłowego ruchu stanowi jednocześnie działanie w kierunku normalizacji napięcia mięśniowego. Korzystanie ze schematów

ruchowych nawiązujących do czynności życia codziennego sprzyja przedłużeniu okresu samodzielności pacjenta. Umiejętne posługiwanie się odpowiednio dobranymi technikami daje możliwości pracy pacjentem w zakresie: nauki wykonywania ruchu, ułatwiania jego zapoczątkowania, poprawy stabilności w czasie stania i chodzenia, poprawy zakresu ruchów w stawach, zmniejszenia odczuć bólowych, rozluźnienia mięśni, zwiększania siły mięśniowej oraz kontroli przebiegu ruchu. Rehabilitacja powinna być prowadzona w sposób ciągły zarówno w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych, jak i środowiskowych oraz wzbogacona o dobór odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego [2, 4, 8].

Choroba Parkinsona ze względu na swoją uciążliwość, przewlekłość, szerokie rozpowszechnienie należy do jednego z największych wyzwań dla pielęgniarki i opieki.

Wiodącym zadaniem pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona jest kompleksowe wsparcie chorego. Pielęgniarka pomaga choremu w pokonywaniu jego oporów psychicznych związanych z chorobą oraz trudności przystosowania się do otoczenia, akceptacji samego siebie w środowisku rodzinnym, zawodowym.

Ważną rolą pielęgniarki jest uświadomienie i przekonanie pacjenta, że z chorobą Parkinsona można długo i aktywnie żyć, ale nie można ignorować objawów i zmian w stanie zdrowia. Pielęgniarka podtrzymuje wiarę pacjenta w skuteczność leczenia, rehabilitacji, pielęgnowania, szczególnie w okresie zaostrzeń objawów, kiedy przez dłuższy czas nie ma dostrzeganych efektów stosowania terapii.

Zadaniem pielęgniarki jest wskazywanie chorym nowych możliwości i zainteresowań, które mogą wykonywać przy danym stopniu sprawności. Pielęgniarka planuje i systematycznie realizuje edukację pacjenta i jego rodziny, której celem jest zaakceptowanie przez chorego stanu przewlekłej choroby i wynikających stąd ograniczeń, a także opanowanie umiejętności niezbędnych do życia z chorobą Parkinsona.

Pielęgniarka motywuje i mobilizuje chorego do utrzymania w jak największym stopniu aktywności życiowej, w czynnościach życia codziennego, w życiu społecznym, towarzyskim. Zadaniem pielęgniarki jest informowanie chorego o istniejących formach pomocy, możliwości współpracy w stowarzyszeniach, kołach samopomocy pacjentów z chorobą Parkinsona.

Pielęgniarka przygotowuje osoby bliskie choremu do sprawowania opieki nieprofesjonalnej. Udziela im wsparcia. Informuje o pracy organizacji rodzin z chorobą Parkinsona. Zapewnia pacjentowi indywidualną, całościową opiekę z uwzględnieniem ogólnego stanu zdrowia, stopnia nasilenia się objawów i dolegliwości, możliwości chorego do samo pielęgnowania, miejsca pobytu chorego, okazując pacjentowi cierpliwość i zrozumienie oraz stale pogłębia zakres posiadanych kompetencji, fachowości, umiejętności i konsekwentnie stosuje tę wiedzę w praktyce.



**Piśmiennictwo:**

1. Glaus K., Geriatria, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2007.
2. Ludwig E., Annecke R., Lobring E., Fritsch I., Choroba Parkinsona, Wydawnictwo Elipsa-Jaim, Kraków, 2003.
3. Reuter I., Engelhardt M., Ćwiczenia a choroba Parkinsona, Magazyn Medycyna po Dyplomie, Wydawnictwo Medical Tribune, Postgraduate Medicine Poland, vol 11, nr 9, 2002.
4. Fries W., Liebenstund I., Rehabilitacja w chorobie Parkinsona, Wydawnictwo Elipsa-Jaim S.C. Kraków, 2007.
5. Sobow T., Sławko J., Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, 2006.
6. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwałkiewicz E., Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002.
7. Kuran W., Żyję z chorobą Parkinsona, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002.
8. Rudzińska M., Gatkowska I., Mirek E., Szczudlik A., Choroba Parkinsona Leczenie Farmakologiczne i Rehabilitacja, Wydawnictwo Elipsa-Jaim, Kraków, 2007.
9. Kozłowska-Wojciechowska M., Nasza Troska, Dietetyk radzi, Wydawnictwo ConvaTec, nr 1, lipiec 2010.
10. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
11. Hale G., Poradnik dla niepełnosprawnych, Wydawnictwo Muza S.A., Warszawa, 1996.
12. Tarsy D., Medycyna po Dyplomie, Leczenie wstępne choroby Parkinsona, vol. 17, nr 3, 2008.
13. Adamczyk K., Pielęgniarstwo neurologiczne, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.



# Zasady postępowania i opieki nad chorym z chorobą Alzheimera na przykładzie wybranego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

*Monika Bartków*

Wraz ze starzejącym się społeczeństwem narasta problem występowania choroby Alzheimera. Jest to problem nie tylko występujący w Polsce, ale też w innych krajach świata. Choroba ta rozwija się podstępnie przez długie lata, powodując regresję w zachowaniu chorego. Jak do tej pory nie wykryto przyczyny tej choroby, a więc i zastosowane leczenie może być tylko objawowe. Ze względu na problem opieki nad takim chorym, szczególnie w późniejszych fazach choroby, kiedy pozostaje on w łóżku i narażony jest na różne dodatkowe dolegliwości, potrzebne są różne instytucje typu domy opieki czy zakłady opiekuńczo-lecznicze. W tych miejscach chory otrzymuje profesjonalną opiekę sprawowaną przez całą dobę.

## **Postępowanie z chorym – rola pielęgniarki.**

Działania opiekuńcze pielęgniarki mają na celu poprawę samopoczucia i poczucia bezpieczeństwa pacjenta z chorobą Alzheimera. Trud opieki nad pacjentem wynika z braku kontaktu z nim (w zaawansowanym stadium), pomimo zachowanej przytomności chorego oraz obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z higieną i żywieniem, ponieważ on sam zachowuje zupełną bierność [1].

Mimo postępu choroby, podopieczny przez długi czas może uczestniczyć w różnego rodzaju zajęciach, może być samodzielny jeszcze przez dłuższy okres czasu i wykonywać wiele czynności. Dobrze jest choremu proponować wykonywanie różnorodnych czynności związanych z życiem codziennym – wykonywanie toalety ciała, samodzielne spożywanie posiłków.

Bardzo ważne dla zdrowia chorego jest utrzymywanie go w ciągłym ruchu. Powinna to być niezbyt forsująca gimnastyka, spaceru na świeżym powietrzu. Po takim wysiłku pacjent będzie spokojniejszy oraz będzie lepiej spał.

Aby łatwo było utrzymać kontakt chorego z otoczeniem należy zadbać o jego życie towarzyskie. Mogą to być wizyty znajomych czy sąsiadów, uczestniczenie w uroczystościach rodzinnych – wszystko to może być źródłem radości dla chorego.

Wielu chorym sprawia dużą przyjemność słuchanie radia i oglądanie telewizji. Muzyka często działa na nich kojąco, a nawet uspokaja agresję. Chorych rodziny mogą też zabierać do kina, teatru czy na koncerty. Osobom wierzącym należy zapewnić możliwość odbywania praktyk religijnych.

Bardzo ważne jest jak najczęstsze wspomnianie z chorym przeszłości. Ćwicz to pamięć. Można z nim oglądać albumy ze zdjęciami z czasów młodości, ze wspólnych wakacji i wydarzeń w domu. Zdjęcia dzieci, wnuków, innych bliskich i osób, które otaczają chorego, mogą pomóc w zapamiętaniu ich twarzy. Należy pokazywać je często choremu, wymawiając spokojnie i powoli imiona i nazwiska tych osób. Należy rozmawiać z chorym jak najwięcej. Ważne jest, aby nie zniechęcać się po nieudanych próbach zainteresowania chorego zajęciami. Zawsze warto próbować [2].

### **Przykładowy dzień chorego z chorobą Alzheimera:**

#### **PORANEK.**

##### **1. Toaleta poranna i ubieranie chorego:**

- należy zachęcać chorego do jak największej samodzielności, ale nie zostawiamy go samego,
- ze spokojem przypominając mu o zastosowaniu przedmiotów, których przeznaczenia zapomniał,
- pomagać w czynnościach, z którymi sobie nie radzi.

##### **2. Śniadanie** powinno być spożywane o tej samej porze.

##### **3. Gimnastyka poranna** powinna obejmować: skłony, wymach rękami, spacer po oddziale, zajęcia na sali ćwiczeń.

#### **PRZEDPOŁUDNIE.**

##### **1. Spacer** – może być krótki (nawet 15 minut).

##### **2. Terapia sztuką** – rysowanie, malowanie, lepienie z plasteliny i inne zajęcia plastyczne.

##### **3. Muzykoterapia** – słuchanie ulubionych utworów, słuchanie radia (można zachęcać chorego do śpiewania).

##### **4. Oglądanie telewizji.**

#### **POPOŁUDNIE.**

##### **1. Obiad:**

- powinien być spożywany o podobnej porze,
- angażujemy chorego do pomocy w prostych czynnościach, np. w odbieraniu posiłków i ustawianiu ich na stoliku.

##### **2. Terapia grupowa:**

- spotkania z innymi chorymi, rodziną, znajomymi,
- wspólne rozmowy i gry: w karty, gry planszowe, domino.

##### **3. Terapia ruchowa:**

- zabawa z ringo,
- proste zabawy z piłką.

## WIECZÓR.

1. **Kolacja.**
2. **Oglądanie** – kolorowych gazet, albumów, zdjęć rodzinnych, telewizji.
3. **Rozwiązywanie** – prostych krzyżówek, rebusów, (można użyć zeszytów ćwiczeń dla chorych na chorobę Alzheimera).
4. **Toaleta wieczorna** [3].

Pacjent w początkowych stadiach choroby ma większe zapotrzebowanie kaloryczne, ze względu na to, że prawie cały czas jest w ruchu. Zalecana jest dieta lekkostrawna, zawierająca wszystkie potrzebne składniki mineralne. Ze względu na pojawiające się uporczywe zaparcia w diecie muszą też znajdować się produkty bogate w błonnik i chory musi spożywać duże ilości napojów, najlepiej wodę mineralną.

Leżącemu choremu powinniśmy podawać posiłki pełnowartościowe, ale lekkostrawne. Zalecana jest dieta wysokobiałkowa. Zapotrzebowanie kaloryczne osoby leżącej jest znacznie mniejsze. Bardziej kalorycznej diety wymagać będzie chory, u którego pojawia się odleżyny czy choroba gorączkowa. W tych przypadkach musimy również zwiększyć ilość białka w diecie. Niezbędnym składnikiem codziennego posiłku jest nabiał. Dwie szklanki mleka zaspokoją w znacznej mierze dobowe zapotrzebowanie na wapń. Inne produkty bogate w wapń to sery, ryby, orzechy, nasiona sezamu, soja, suszone owoce. Choremu, który przez wiele miesięcy lub nawet przez wiele lat nie wychodzi z domu, może brakować witaminy D, niezbędnej w gospodarce wapniowej. Źródłem witaminy D mogą być w szczególności takie produkty jak jaja, masło, wątroba, ryby, tran. W codziennej diecie chorego nie może zabraknąć chleba z pełnego przemiału, warzyw i owoców, które oprócz witamin i soli mineralnych dostarczają błonnika usprawniającego perystaltykę jelit [2].

### **Problemy pielęgnacyjne chorych leżących: metody podnoszenia, przenoszenia i transportu pacjenta, przygotowanie łóżka, powikłania długotrwałego unieruchomienia w łóżku.**

Działania pielęgniarские mające na celu pomaganie w przemieszczaniu się pacjenta powinny być wykonywane w sposób zaplanowany i precyzyjny. Osoby przenoszące pacjentów powinny posiadać odpowiednie do tego predyspozycje, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Niewątpliwym ułatwieniem dla pielęgniarki w wykonywaniu tych czynności jest różnego rodzaju sprzęt, środki pomocnicze, zaczynając od zwykłego ręcznika, płóciennego podkładu, a na specjalistycznym sprzęcie kończąc.

Przemieszczanie, przenoszenie to przeniesienie, przesunięcie osoby na inne miejsce, zmiana pozycji, ułożenie w innym położeniu ciała pacjenta. Celem przemieszczania, przeniesienia pacjenta jest: poprawienie lub zmiana pozycji pacjenta, zmiana bielizny pościelowej, zmiana opatrunku, ubranie i rozebranie pacjenta, zmiana łóżka [4].

Transport to przewóz ludzi na znaczne odległości środkami takimi jak wózki – nosze, wózki inwalidzkie, samochody przystosowane do transportu. Cel transportu pacjenta jest: przewiezienie go do innego szpitala, domu, ewakuacja pacjentów w przypadku pożaru, w nagłych wypadkach, stanach zagrożenia życia, zmiana oddziału, odbycie konsultacji, badań na innym oddziale [4].

Do niebezpieczeństw związanych z wykonywaniem powyższych czynności zaliczyć należy: wywołanie dodatkowych dolegliwości bólowych, przemieszczenie, poluzowanie materiałów lub sprzętu zastosowanego u chorego (np. kaniuli dożylny z wlewami kroplowymi, drenów cewników), ześlizgnięcie się lub upadek pacjenta, zwichnięcie stawu barkowego pacjenta, urazy kręgosłupa odniesione przez personel, naderwanie ścięgien u personelu [4].

Brak wiedzy na temat podstawowych zasad obowiązujących podczas wykonywania podnoszenia i przenoszenia pacjenta może skutkować ogromnym przeciążeniem i urazami kręgosłupa u osób opiekujących się nim, a osoby chore narażać na dyskomfort i ból. Warto więc się z nimi zapoznać.

### **Zasady przemieszczania i podnoszenia oraz transportu pacjentów:**

1. Każda osoba opiekująca się leżącym chorym musi mieć świadomość swoich możliwości fizycznych i poziomu swojej sprawności, musi mieć strój niekrępujący ruchów i odpowiednie buty. Osoba pracująca przy chorym musi pewnie klęczeć lub stać na podłożu i przyjąć właściwą pozycję:
  - stopy rozstawione na szerokości bioder, pewnie stojące na podłożu, warunkujące utrzymanie wyprostowanej pozycji pleców,
  - kolana – np. przy podnoszeniu z podłogi, w początkowej fazie, lekko ugiąć, ująć chorego w przysiadzie a następnie stopniowo się prostować aż do całkowitego wyprostowania się; jeżeli chorego przemieszczamy na łóżku, kolana powinny być wyprostowane i przyciśnięte do brzegu łóżka,
  - ręce – obie muszą być wolne, by można było pewnie uchwycić pacjenta, sprzęt pomocniczy,
  - plecy – podczas podnoszenia powinny być wyprostowane, a górna część ciała – ustabilizowana.
2. Pacjent przenoszony powinien znajdować się jak najbliżej pielęgniarki, tak aby ta mogła unikać pochylania się i nadwerężania swojego kręgosłupa.
3. Podczas przenoszenia pacjenta przez grupę osób należy wyznaczyć osobę kierującą czynnością, wydającą polecenia, ruchy wszystkich osób powinny być skoordynowane i równoczesne.
4. Sprzęt używany do przenoszenia pacjenta powinien być za każdym razem dokładnie sprawdzony.
5. Należy przemieszczać czy przenosić pacjenta, który leży na łóżku odsuniętym od ściany.
6. Obracamy pacjenta zawsze w kierunku do siebie [4].

Podczas przemieszczania pacjenta w obrębie łóżka bardzo pomocna jest metoda „na podkładzie” (lub prześcieradle). Podkład układamy pod pacjentem tak, aby górny jego brzeg był powyżej barków, a dolny poniżej pośladków. Jeśli między podkładem a łóżkiem pacjenta umieścimy jeszcze śliską folię, wówczas wystarczy niewiele siły, by pacjenta przesunąć. Przemieszczanie pacjenta na podkładzie lub prześcieradle powoduje, że tarcie przy przesuwaniu odbywa się wyłącznie między przesuwanym podkładem a pościelą pod nim, a nie między skórą pacjenta a materiałem, co chroni skórę przed przypadkowym jej uszkodzeniem. Gdy przesuniemy pacjenta leżącego na plecach na

prawy brzeg łóżka, można go łatwo obrócić na lewy bok: w pierwszej kolejności układa się jego głowę i ramiona, zwracając je w lewą stronę i pamiętając o tym, aby lewa ręka nie została uciśnięta pod obróconym na bok ciałem. Następnie układa się nogi pacjenta, krzyżując prawą nogę nad lewą i zginając ją w prawym biodrze. Na koniec, stojąc po lewej stronie łóżka, ruchem do siebie obraca się pacjenta trzymając go za prawy bark i prawe biodro [4].

Łóżko jest miejscem, na którym osoba leżąca spędza większość lub cały czas w ciągu doby, ale jest to także sprzęt, przy którym pracuje osoba opiekująca się chorym. Zatem dla obu wymienionych osób powinno ono być wygodne i bezpieczne. Najlepiej sprawdzają się tzw. łóżka ortopedyczne z elektrycznym zasilaniem. Jest tam możliwość regulowania pilotem wysokości łóżka. Łóżko jest na blokowanych kółkach, co ułatwia dojście do chorego z dwóch stron na czas wykonywania zabiegów higienicznych. Wyposażone jest też w ruchome zastawki uniemożliwiające choremu niekontrolowane wyjście czy wręcz wypadnięcie.

Łóżko chorego powinno być ustawione tak, aby z obu stron był do niego dostęp. Chorego leżącego najlepiej nakrywać lekkim puszystym kocem, a jeżeli kołdrą, to taką, którą można prać. Jak długo to możliwe należy starać się chociaż na 1 – 2 godziny 2 – 3 razy dziennie sadzać chorego w fotelu obok łóżka [5].

Choroba Alzheimera, ze względu na postępujące w jej przebiegu otępienie, skłania opiekuna do decydowania i przyjęcia na siebie odpowiedzialności za osobę chorą w różnych sferach codziennego życia. Proces ten przebiega powoli i wymaga od osoby sprawującej codzienną opiekę dużego wyczucia i uwagi. Nie zawsze zaawansowany etap otępienia wiąże się z unieruchomieniem osoby chorej w obrębie łóżka. Warto przeciwdziałać unieruchomieniu i tak zaplanować każdy dzień, aby chory jak najwięcej czasu spędzał w pozycji pionowej. Pamiętajmy, że pozycja horyzontalna powoduje chęć wyłączenia, i tak już mocno zaburzonej chorobą, funkcji poznawczych. Dlatego dobrze jest poznać ewentualne możliwe powikłania unieruchomienia chorego w łóżku i sposoby zapobiegania. Powikłania te zostały przedstawione w poniższej tabeli.

ZAGROŻENIE	CEL OPIEKI	DZIAŁANIA ZAPOBIEGAJĄCE
Odleżyny	Utrzymanie ciągłości skóry	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ułożenie na materacu przeciwoodleżynowym.</li> <li>2. Częsta zmiana ułożenia i stosowanie środków wspomagających ułożenie (poduszki, kliny).</li> <li>3. Dbanie o higienę skóry.</li> <li>4. Masaż miejsc szczególnie narażonych na powstanie odleżyn (okolice kości ogonowej, pięty, łopatki, łokcie, biodra, głowa – okolica kości potylicznej).</li> <li>5. Natłuszczanie skóry.</li> <li>6. Odpowiednie nawadnianie chorego.</li> </ol>

ZAGROŻENIE	CEL OPIEKI	DZIAŁANIA ZAPOBIEGAJĄCE
Zakrzepowe zapalenie żył	Utrzymanie dobrego krążenia krwi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lekkie uniesienie kończyn dolnych.</li> <li>2. Stosowanie ćwiczeń biernych w stawach kończyn dolnych.</li> <li>3. Uciskanie podudzi (krótkotrwały nacisk na „tył” łydki – powtórzony kilkakrotnie).</li> </ol>
Infekcje dróg oddechowych	Zapobieganie niedotlenieniu organizmu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zmiana pozycji ciała.</li> <li>2. Stosowanie oklepywania (dłoń ułożona w tzw. „łódkę”).</li> <li>3. Wietrzenie pokoju chorego (min. dwa razy dziennie).</li> </ol>
Zniekształcenia mięśniowo-stawowe	Niedopuszczenie do powstania przykurczów mięśniowych	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fizjologiczne ułożenie kończyn (za pomocą „udogodnień”).</li> <li>2. Ćwiczenia bierne we wszystkich stawach.</li> <li>3. Delikatny masaż pobudzający krążenie.</li> </ol>
Zaparcia	Zapobieganie zaparciom	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dieta bogata w błonnik</li> <li>2. Podawanie soków owocowych pomiędzy posiłkami</li> <li>3. Podawanie rano, na czczo 15g oleju lub parafiny (1 łyżka).</li> <li>4. Wlewka z gliceryny lub czopek glicerynowy</li> <li>5. Ewentualnie wykonanie enemy</li> </ol>
Osteoporoza	Zapobieganie ubytkowi wapnia z kości	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wykonywanie ruchów biernych w stawach, uciskanie stawów i kości.</li> <li>2. Dieta bogata w wapń i białko (o ile nie ma przeciwwskazań).</li> </ol>

**Tab. 1.** Powikłania długotrwałego unieruchomienia w łóżku.

U chorego leżącego, zwłaszcza w bezruchu, odleżyny mogą powstawać błyskawicznie. Podstawową metodą zapobiegania odleżynom jest częsta zmiana pozycji chorego (przynajmniej co 2 godziny w ciągu dnia). Najlepiej, jeżeli chorego odwracają dwie osoby:

- chorego należy układać pod kątem 30 stopni,
- należy również wykonywać kończynami chorego ruchy bierne – zapobiegać to będzie powstawaniu przykurczów,
- dbać o to, by skóra chorego była czysta i dokładnie osuszona po myciu,
- zarówno bielizna pościelowa, jak i osobista powinny być wygładzone, gdyż wszelkie załamania mogą powodować powstawanie zaczerwienień i pęcherzy,



- kilka razy dziennie należy chorego masować, nacierać spirytusem i oklepywać plecy (zapobiegnie to nie tylko odleżynom, ale także zapaleniu płuc).

W przypadku pojawienia się zaczerwienienia skóry (pierwszy stopień odleżyny) powinna ona pozostać odsłonięta, wolna od ucisku i sucha. Ustępowanie tej zmiany przyspieszy delikatny masaż pobudzający krążenie [5].

Zarówno dla profilaktyki, jak i leczenia odleżyn ważna jest pełnowartościowa wysokobiałkowa dieta [5].

### **Sposoby radzenia sobie z agresywnymi zachowaniami chorych na chorobę Alzheimera.**

Zaburzenia zachowania wyrażające się niepokojem i agresją (fizyczną i słowną) w przebiegu choroby Alzheimera obserwuje się stosunkowo często. Przyjmuje się, że co drugi chory przejawia takie zachowania. Specjaliści oceniają, że agresja występuje u blisko 40% wszystkich chorych, choć częściej u mężczyzn niż u kobiet, a u pacjentów pozostających w domach opieki w ponad 50% przypadków [5]. Podstawową przyczyną agresywnych zachowań jest zniszczenie na skutek rozwoju choroby ośrodków mózgowych odpowiedzialnych za kontrolę agresji i gniewu. A więc agresja nie jest zamierzona przez chorego, a on sam nie ma kontroli nad jej przejawami [5]. Agresja może być słowna lub fizyczna, często te dwie jej formy występują łącznie, choć bardzo rzadkie są przypadki agresji fizycznej nie poprzedzonej słowną. Zachowania agresywne sprawiają, że rodzina stoi przed koniecznością podjęcia bardzo trudnej i bolesnej decyzji odnośnie umieszczenia swego bliskiego w zakładzie opieki społecznej [5].

Zachowania agresywne są skutkiem postępującego procesu patologicznego, uszkadzającego określone struktury mózgowe odpowiedzialne za kontrolę procesów emocjonalnych. Uszkodzenie tych struktur, a co za tym idzie obniżenie poziomu określonych neuroprzekazników – sprawia, że chory ma coraz większe trudności z panowaniem nad swymi emocjami. Postępująca choroba ośrodkowego układu nerwowego odbiera zdolność wyrażania emocji adekwatnie do sytuacji i w sposób akceptowany społecznie [5].

To dlatego chory ma tak duże trudności z pohamowaniem silnego lęku i złości. Niekiedy nawet drobne, zdawałoby się, wydarzenie wywołuje u chorego nieproporcjonalnie silną reakcję emocjonalną, utrzymującą się jeszcze długo po zniknięciu bodźca, który ją wywołał. Na częstość i nasilenie zachowań agresywnych ma niewątpliwie wpływ głębokość otępienia. Zachowania agresywne mogą być także konsekwencją obecności urojeń i omamów. Występujące często w przebiegu choroby Alzheimera błędne przekonania, że opiekun jest obcą i zagrażającą bezpieczeństwu chorego osobą, powoduje, że chory staje się w stosunku do niego agresywny. Przywidzenia dotyczące nieistniejących osób i zwierząt, jak również reagowanie na nie istniejące dźwięki, zwykle o treści zagrażającej (połączone z silnymi doznaniem lękowymi), prowadzi bezpośrednio do wybuchów agresji, u podłoża, której leży poczucie zagrożenia. Tego typu zachowania wymagają interwencji psychiatry.

Chorzy reagują także agresją na nasze próby ponaglania ich. Pośpiech narzucany pacjentowi w sytuacji, gdy myśli on i porusza się już dużo wolniej, wywołuje w nim poczucie ogólnej niewydolności i klęski. Reakcje agresywne mogą mieć swe źródło w pozbawieniu chorego poczucia bezpieczeństwa. Pośpiech, nerwowa, napięta atmos-

fera, hałas, kłótnie powodują, że chory odczuwa lęk, przeczuwając, że za chwilę wydarzy się coś złego. Im większy lęk, niepokój, złość, rozdrażnienie osoby opiekującej się, tym bardziej zależniony, niespokojny i agresywny staje się chory. Osoby z chorobą Alzheimera mają daleko wyostrzoną zdolność odbierania nastroju emocjonalnego osób im towarzyszących [5].

Nowe, nieznane choremu otoczenie, zapachy, nowi obcy ludzie, którzy wydają choremu niezrozumiałe polecenia – wszystko to rozdrażnia go, przeraża, odblokowuje tłumione emocje negatywne i prowadzi do wybuchu agresji. Każdy wybuch agresji fizycznej może stanowić zagrożenie dla chorego, jak i dla osoby nim się opiekującej. Chory może zrobić krzywdę sobie, lub opiekunowi. Dlatego też pielęgniarka powinna znać sposoby postępowania z bardzo pobudzonym, agresywnym chorym [5].

### **Praktyczne wskazówki postępowania z chorym pobudzonym:**

- Kiedy chory jest niespokojny, pobudzony, agresywny nie należy zaskakiwać go gwałtownym pojawieniem się przy nim. Trzeba podejść do chorego powoli, przodem, utrzymując z nim stały kontakt wzrokowy.
- Pielęgniarka powinna stać przodem do chorego, nie odwracać się plecami.
- Chory musi mieć zostawioną pewną wolną przestrzeń.
- Nie należy unieruchamiać chorego, np. podejmując próbę wiązania go (jeśli będzie to niezbędne przy tej czynności muszą być przynajmniej dwie osoby).
- Osoba opiekująca się chorym musi się upewnić, szczególnie wtedy, kiedy chory rzuca groźby, że w zasięgu rąk chorego nie ma niebezpiecznych przedmiotów, jak nóż, nożyczki, czy młotek.
- Jeśli zagrożenie jest realne, osoba opiekująca się chorym powinna szybko opuścić pomieszczenie i wezwać pomoc.

Powtarzające się gwałtowne napady agresji muszą być zgłaszane lekarzowi prowadzącemu chorego. Powinien on pomóc choremu przepisując stosowne leki uspokajające.

### **Karta zasad w opiece nad osobami chorymi i ich opiekunami.**

Została opracowana przez Alzheimer's Disease International (ADI).

1. Choroba Alzheimera oraz pokrewne choroby otępienne są schorzeniami postępującymi i degeneracyjnymi. Mają ogromny wpływ na osoby nimi dotknięte, jak również na ich rodziny.
2. Cierpiący z powodu chorób otępiennych są nadal ludźmi wartościowymi, posiadającymi własną godność i zasługującymi na tyle samo szacunku, co inni ludzie.
3. Osoby cierpiące z powodu otępienia potrzebują bezpiecznego środowiska do życia oraz ochrony przed wykorzystaniem i przemocą.
4. Odpowiednia opieka nad tymi osobami wymaga dostępu do usług medycznych i socjalnych. Każda osoba, u której podejrzewa się chorobę otępienną wymaga oceny medycznej, a osoby, u których stwierdzono chorobę potrzebują stałej opieki i leczenia.
5. Osoby cierpiące z powodu otępienia powinny uczestniczyć, jeśli to jest możliwe, w decyzjach mających wpływ na ich życie codzienne i przyszłą opiekę.

6. Potrzeby opiekunów rodzinnych osób z otępieniem powinny być oceniane i stale zaspokajane.
7. Należy zapewnić odpowiednie środki dla wspierania osób z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów przez cały okres choroby.
8. Wszyscy ludzie, którzy angażują się w opiekę nad osobami dotkniętymi chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi, potrzebują informacji, wiedzy i możliwości kształcenia w dziedzinie skutków choroby i sposobów opieki [6].

Choroba Alzheimera, jak dotąd, jest jedną z wielu chorób o nieznannej dokładnie etiologii, dlatego nie ma również skutecznego leczenia. Jest to choroba, która podstępnie niszczy organizm człowieka, a szczególnie jego mózg. Ze względu na to że kobiety statystycznie żyją dłużej niż mężczyźni, dlatego też one najczęściej chorują na chorobę Alzheimera, i dlatego też najczęściej nie mają zapewnionej opieki w domu.

Opieka nad chorymi na chorobę Alzheimera jest trudna i wymaga wiele poświęceń ze strony opiekunów, a niejednokrotnie jest ponad ich siły. Rodziny często obawiają się umieścić chorego w ośrodku zajmującym się chorymi na chorobę Alzheimera, gdzie ma on opiekę przez całą dobę, odpowiednią terapię mającą na celu jak najdłużej utrzymać sprawność chorych, zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Wynika to z niewiedzy opiekunów. Dlatego wydaje się, że wiadomości zawarte w tym opracowaniu pomogłyby wielu rodzinom w podjęciu takiej decyzji.

Należy tylko mieć nadzieję, że takich instytucji jak Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, Domy Opieki itp. z ukierunkowaniem na rehabilitację, opiekę całodobową i leczenie będzie coraz więcej, a co najważniejsze, że ludzie przestaną je traktować jak „przytułek” czy „przechowalnię”.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Adamczyk K., Pielęgniarstwo neurologiczne, Wyd. Czelej, Lublin 2000.
2. Mace N. L., Rabins P.V., 36 godzin na dobę, MediPage, Warszawa 2005.
3. Potemkowski A., Potemkowska A., Ratajczak M., Poradnik opiekuna osoby z chorobą Alzheimera, Wyd. PFIZER, Warszawa 2007.
4. Ślusarska B. i inni, Podstawy pielęgniarstwa. Tom II. Wybrane działania pielęgniarstwa, Wyd. Czelej, Lublin 2004.
5. Sadowska A., Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów, Wyd. Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Warszawa 2007.
6. [http://www.osrodkirehabilitacyjne.pl/artykuly/karta\\_zasad.php](http://www.osrodkirehabilitacyjne.pl/artykuly/karta_zasad.php) (dostęp: 03.08.2010).