

# ZROZUMIEĆ STAROŚĆ



[www.zrozumiecstarosc.pl](http://www.zrozumiecstarosc.pl)



Poradnik dla Rodzin  
i Opiekunów Seniorów

# ZROZUMIEĆ STAROŚĆ

Poradnik dla Rodzin  
i Opiekunów Seniorów

Poradnik powstał w ramach kampanii społecznej „Zrozumieć Starość”

Organizatorzy:

**ZACZYN**  
FUNDACJA

**PROMEDICA**24

Partnerzy:

 **TEB**  
EDUKACJA

 **EMC SZPITALE**

Warszawa 2018

**Autorzy:**

- Zespół Ekspertów Promedica24,
- Iwona Pawluczuk, ekspert TEB Edukacja,
- Przemysław Wiśniewski, Prezes Fundacji Zaczyn,
- dr Rafał Bakalarczyk, dr nauk o polityce publicznej, Instytut Polityki Społecznej UW
- Marta Goroszkiewicz, Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania

**Konsultacja merytoryczna:**

- prof. dr hab. med. Maria Barcikowska, neurolog, Instytut Medycyny Doświadczalnej, PAN
- prof. dr hab. med. Tomasz Kostka, Krajowy konsultant ds. geriatry, Kierownik Kliniki Geriatrii, Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem (CBZS), Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- Jakub Żelawski, terapeuta zajęciowy, Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie.  
Koordynator Polsko-Niemieckiego Stowarzyszenia na Rzecz Zdrowia i Polityki Społecznej DPGSV w Poczdamie.

DTP: Gabriel Düm

Copyright © Promedica24

wydanie 1

ISBN: 978-83-936310-1-8

## SPIS TREŚCI

Wstęp – Łukasz Puciłowski i Przemysław Wiśniewski .....9

### CZĘŚĆ I: ZROZUMIEĆ STAROŚĆ

O starości z punktu widzenia fizjologii i psychologii .....11

Potrzeby seniorów .....19

Rola rodziny i opiekunów .....21

### CZĘŚĆ II: WYBRANE CHOROBY WIEKU STARSZEGO

#### Choroby w obrębie poszczególnych układów

##### Choroby układu krążenia

Miażdżyca .....25

Nadciśnienie tętnicze .....25

Choroba niedokrwienna serca (wieńcowa), zespół pozakrzepowy .....26

Opieka w chorobach układu krążenia .....28

##### Choroby neurologiczne

Udar mózgu .....30

Choroba Parkinsona .....32

Opieka w chorobach neurologicznych .....33

**Cukrzyca** .....36

##### Choroby układu oddechowego

Infekcje układu oddechowego .....41

Przewlekła obturacyjna choroba płuc .....41

Opieka w chorobach układu oddechowego .....41

##### Choroby układu kostno-stawowego

Osteoporoza .....42

Choroba zwyrodnieniowa stawów .....43

Reumatyzm .....44

Opieka w chorobach układu kostno-stawowego .....45

**Nowotwory** .....46

**Rany przewlekłe** .....48

Charakterystyka ran przewlekłych .....48

Profilaktyka odleżyn .....49

**Inkontynencja** .....50

Rodzaje i stopnie inkontynencji .....50

Opieka nad seniorem z inkontynencją .....51

## **Choroby otępienne**

Charakterystyka, przyczyny, rodzaje oraz przebieg chorób otępiennych.....	56
Poszczególne stadia chorób otępiennych, najczęstsze objawy i problemy z tym związane.....	57
Skuteczna komunikacja z osobą cierpiącą na chorobę otępienną.....	62
Przystosowanie mieszkania chorego do jego stanu zdrowia.....	65
Sposoby na ułatwienie spożywania pokarmów przez chorego.....	70
Troska o higienę podopiecznego w poszczególnych stadiach choroby.....	72
Organizacja dnia i czasu wolnego podopiecznego.....	75
Rady dla bliskich mieszkających z osobą cierpiącą na chorobę otępienną.....	77
Depresja i stany depresyjne.....	79
Zespół splątania (majaczeniowy).....	80
Upadki.....	82

## **CZĘŚĆ III: CZYNNOCI PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE**

### **Transfer – bezpieczne przenoszenie i podnoszenie**

Podstawowe informacje dotyczące budowy układu ruchu człowieka.....	85
Zasady działania sił ciężenia na kręgosłup i zagrożenia wynikające z nieprawidłowej postawy.....	87
Zasady poprawnego zachowania opiekuna podczas transferu.....	89
<b>Rodzaje i techniki transferu.....</b>	<b>92</b>

### **Opieka specjalistyczna**

Cewnik urologiczny.....	104
Stomia.....	105
Sonda dożołądkowa.....	107
Higiena i pielęgnacja leżącego podopiecznego.....	109
Higiena jamy ustnej.....	109
Pielęgnacja włosów i skóry głowy.....	110
Toaleta ciała.....	111

### **Pierwsza pomoc przedmedyczna**

Zasady i kolejność postępowania.....	113
Pierwsza pomoc w napadzie padaczkowym.....	114
Pierwsza pomoc w omdleniu.....	116
Pierwsza pomoc podczas utraty przytomności.....	117

<b>Żywnienie seniorów – dieta w wybranych schorzeniach.....</b>	<b>122</b>
Dieta seniora.....	124

Dieta dla osób ze stomią.....	124
Dieta żołądkowa przy refluksie – zgadze .....	124
Dieta przy schorzeniach wątroby.....	125
Dieta przy chorobie nerek.....	125
Dieta podopiecznych z chorobami krążenia.....	126
Dieta przy cukrzycy .....	126

### **Wspólne spędzanie czasu i terapia**

Gimnastyka umysłu – gry.....	128
Trening pamięci.....	129
Podstawowe informacje z zakresu fizjoterapii .....	130
Arteterapia .....	131
Muzykoterapia.....	132
Ergoterapia – angażowanie seniora w prace domowe .....	135

## **CZĘŚĆ IV: WSPARCIE SENIORA**

### **Publiczne i prywatne usługi opiekuńcze**

Domy pomocy społecznej.....	137
Placówki prywatne świadczące opiekę całodobową w ramach działalności gosp.....	141
Dzienne domy opieki SENIOR+ .....	142
Mieszkania chronione (pozostające w zasobach gminy).....	143
Zakłady opiekuńczo – lecznicze.....	145

### **Zasiłki i dodatki dla osób starszych**

Zasiłki stałe.....	146
Świadczenia przysługujące seniorom z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych .....	147
Dodatek pielęgnacyjny .....	147
Dodatek pielęgnacyjny, a zasiłek pielęgnacyjny .....	148
Dodatek kombatancki.....	148
Dodatek kompensacyjny .....	149
Świadczenie w wysokości dodatku kombatanckiego .....	150
Ryczałt energetyczny.....	150
Dodatek za tajne nauczanie.....	151
Refundacja środków pomocniczych – Narodowy Fundusz Zdrowia.....	152
Dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.....	153

### **Prywatna Opieka Domowa .....**

Rodzaje i zakres opieki domowej.....	156
--------------------------------------	-----

# WSTĘP

Drogi czytelniku,

oddajemy w Twoje ręce poradnik zawierający praktyczne informacje w zakresie wsparcia osób starszych wymagających punktowej lub systematycznej opieki. Niniejsza publikacja, jedyna tak obszerna i jednocześnie bezpłatna, przeznaczona jest dla tych wszystkich, którzy muszą zapewnić bliskim osobom warunki do dobrego, godnego życia w ostatnich jego dekadach lub latach. Jeśli czytasz ten wstęp, to znaczy, że chcesz dowiedzieć się, w jaki sposób zorganizować seniorowi z Twojego otoczenia jak najlepszą opiekę. Oczekujesz zapewne również, by osoba ta jak najdłużej przebywała w swoim naturalnym środowisku, czyli w miejscu zamieszkania, a także by obowiązek opieki nad nią udało się pogodzić z własną pracą czy wymaganiami innych członków rodziny. Na te oczekiwania staraliśmy się odpowiedzieć możliwie rzetelnie.

Osoby, które od pewnego momentu muszą aktywnie wspomagać własnych dziadków, rodziców czy nawet sędziwe już rodzeństwo, nie mają obszernej wiedzy na temat najlepszych metod postępowania z nie w pełni samodzielnymi seniorami. Pisząc tę publikację próbowaliśmy więc poruszyć jak najwięcej wątków związanych z opieką nad częściowo lub całkowicie zależną osobą starszą. Potrzeby członków tej grupy opisujemy postrzegając starość zarówno w wymiarze biologicznym, jak i psychologicznym. O seniorach myślimy w sposób podmiotowy i troskliwy, dostrzegamy ich jednostkową godność i indywidualne różnice.

Z poradnika dowiesz się jak postępować z osobą starszą, której kondycja psycho-fizyczna ulega widocznej zmianie. Kolejne części publikacji uświadomią Ci jaką rolę możesz odegrać dla zapewnienia dobrostanu tych osób, w tym jak wykonywać czynności pielęgnacyjne, opiekuńcze czy terapeutyczne właściwe dla schorzeń zaawansowanego wieku. Podpowiemy również jakie instytucje udzielą pomocy w opiece nad zależną od Ciebie osobą w jesieni jej życia.

Jako organizatorzy kampanii społecznej "Zrozumieć Starość" mamy również nadzieję, że dzięki tej publikacji wzrośnie zrozumienie potrzeb osób starszych – grupy rosnącej i różnicowanej, do której niemal każdy z czytelników poradnika wcześniej czy później dołączy.

Łukasz Puciłowski - prezes zarządu Promedica24

Przemysław Wiśniewski – prezes zarządu Fundacji Zaczyn ([www.zaczyn.org](http://www.zaczyn.org))



**CZĘŚĆ I**

**ZROZUMIEĆ STAROŚĆ**



# O STAROŚCI Z PUNKTU WIDZENIA FIZJOLOGII I PSYCHOLOGII

Starzenie się to naturalny, długotrwały i nieodwracalny proces, który występuje u wszystkich żywych organizmów. Rozpoczyna się w wieku średnim i nasila wraz z upływem czasu. Starość jest końcowym etapem procesu starzenia się, który zawsze kończy się śmiercią.

W życiu człowieka występują trzy okresy – rozwojowy, dojrzałości oraz starości. Pierwszy to czas wzrastania, różnicowania i dojrzewania organizmu. W drugim nasze ciało posiada największe zdolności adaptacyjne do zmian w otoczeniu, utrzymuje równowagę środowiska wewnętrznego (homeostazę), potrafi zwalczać choroby i znosić wysiłek fizyczny. W starości natomiast zdolności te ulegają stopniowemu pogorszeniu się.

WHO dzieli osoby starsze na kilka grup wiekowych, m.in. wiek dojrzały – osoby w wieku od 45 do 59 lat, następnie wczesną starość (III wiek) do 74. roku życia, dalej późną starość – do 89. roku życia i długowieczność – osoby powyżej 90. roku życia. Jak długo możemy żyć? Nie ma na to jednoznacznej odpowiedzi – udowodniony metrykalnie najdłuższy czas życia to dla kobiety 122 lata, a dla mężczyzny 115 lat.

Specjaliści zajmujący się starzeniem zauważają, że zmiany związane ze starzeniem nawarstwiają się, są nieuchronne, postępują stopniowo, ale ich przebieg, nasilenie oraz skutki z nimi związane nie są jednakowe dla wszystkich seniorów. Wiek kalendarzowy w tej grupie nie jest równy wiekowi biologicznemu – ktoś, kogo byśmy ocenili na 70 lat, może mieć znacznie mniej lub znacznie więcej. Dlatego też podzielono proces starzenia się na trzy rodzaje – zdrowy, zwykły, chorobowy.

## W zdrowym starzeniu się zachodzą następujące zmiany:

- w budowie i funkcjonowaniu komórek, tkanek, narządów – gromadzenie się w nich niektórych substancji (np. gromadzenie lipofuscyny, „pigmentu starości”);
- zmiany w składzie ciała – zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej, a zmniejszenie mięśniowej i kostnej;
- zmniejszenie się możliwości organizmu do radzenia sobie w momentach zwiększonego wysiłku fizycznego, choroby, nowego otoczenia, zapamiętywania nowych informacji;
- zwiększa się skłonność do zachorowań po 65 roku życia;
- wzrasta śmiertelność wraz z upływem lat.

Wyżej wymienione zmiany seniorzy akceptują, są pogodni, optymistycznie nastawieni do siebie (czują się młodzi) oraz do otoczenia (również młodszego pokolenia). Chętnie uczestniczą w życiu rodzinnym oraz są aktywni w społeczności lokalnej czy dalszej. Wielu z nich kontynuuje pracę zawodową lub zajmuje się hobby (np. uprawiają ogródki), a nawet działają w różnych organizacjach. Nie chorują przewlekłe.



W zwykłym starzeniu się zmiany są bardziej nasilone, mimo że u jednych seniorów są one widoczne, u innych przebiegają bardziej dyskretnie. Osoba starsza ma jednak poczucie starzenia się, mogą występować u niej różne choroby.

Chorobowemu starzeniu się zawsze towarzyszą patologie związane ze zmianami w układzie nerwowym, krążeniowym, hormonalnym, zaburzeniami zwieraczy oraz niekorzystnym działaniem stosowanych leków.

Myśląc o starości, kojarzymy ją z chorobowością (wyżej przedstawiliśmy, że nie zawsze tak jest) oraz nieporadnością. Konieczność korzystania z opieki innych osób jest większa wraz z wiekiem, ale jej zakres i czas wystąpienia to kwestia indywidualna.

## Na czym polega starzenie – co dzieje się z naszym ciałem?

- Zmienia się rytm snu i czuwania, m.in. na skutek zmniejszenia wydzielania hormonu melatoniny – pojawiają się dzienne drzemki, a skraca się długość snu w nocy.
- Zwalnia przemiana materii, co powoduje mniejsze zapotrzebowanie kaloryczne. Proces ten rozpoczyna się już około 40. roku życia i z upływem lat pogłębia się. Po 60. roku życia senior może potrzebować nawet o 40% mniej kalorii w porównaniu do 20-latka. Powoduje to skłonność do odkładania się tkanki tłuszczowej, utrudnień w procesie odchudzania się. Udowodniono, że zmniejszenie kaloryczności posiłków (przy zachowaniu ich pełnej wartości) opóźnia proces starzenia się i wydłuża życie.
- Wraz z upływem czasu zmniejsza się ilość tkanki mięśniowej i kostnej, a zwiększa tłuszczowej.
- Zmniejszenie masy mięśni oraz ich siły pogarsza sprawność fizyczną, senior podczas wysiłku częściej robi przerwy.
- Kości zmniejszają swoją masę (ok. 1% na rok) oraz gęstość. Zmniejsza się także wzrost. Degeneracji ulegają chrząstki stawowe (zwłaszcza u osób otyłych), co zmniejsza zakres ruchu

- W komórkach osób starszych wolniej zachodzi proces produkcji białek, co wpływa na wolniejsze tempo odnowy komórek organizmu, np. po powstaniu rany.
- U osób starszych zazwyczaj zmniejsza się liczba komórek nerwowych (zarówno w mózgu, jak i nerwów obwodowych), ponadto ulegają one uszkodzeniom. Pogarsza się też przekazywanie informacji pomiędzy nimi. Dochodzi do spadku szybkości analizowania informacji, które dostają się do naszego mózgowia. Pogarsza się uwaga, przekazywanie informacji z receptorów w skórze, mięśniach i w innych narządach do ośrodkowego układu nerwowego, które informują o położeniu poszczególnych części ciała, temperaturze, kształcie dotykanych powierzchni, np. stopą, palcami rąk. Pogarsza się koordynacja wzrokowo-ruchowa, seniorzy skarżą się na zawroty głowy, które mogą spowodować upadki.
- Powieki wraz z wiekiem są bardziej zwiotczałe, a ubytek tkanki tłuszczowej oczodołu powoduje, że mamy wrażenie, iż oczy są mniejsze. Może pojawić się objaw „mokrego suchego oka” – senior ma poczucie suchości oka, a jednocześnie łzawienia. Na skutek zmian w nerwie wzrokowym, zwężenia źrenicy, zeszywnienia czy zmętnienia soczewki obniża się ostrość wzroku i zdolności akomodacji, powstaje dalekowzroczność starcza – „widzenie jak za matową szybą”, niedostrzeganie przedmiotów położonych po brzegach pola widzenia (najlepsze widzenie na długości około łokcia), trudności w odróżnianiu podobnych kolorem czy kształtem przedmiotów. Pojawiają się problemy z odczytaniem tekstu pisanego drobną czcionką i ze zmieszczeniem się w rubrykach. Ponadto może dokuczać oślnienie przy zbyt jasnym oświetleniu, a gorsze widzenie przy ciemnym.
- Po 40. roku życia następuje ubytek słuchu ok. 1dB/rok. Początkowo dotyczy tonów wysokich, potem również niskich, pojawia się szum w uszach. Osłabienie słuchu oraz zaburzenie rozumienia mowy nasilają się w hałasie, przy rozmowie z większą liczbą osób, gdy senior nie może obserwować ust osoby mówiącej.
- Układ krążenia trudniej adaptuje się do zwiększonego wysiłku. Tętnice stają się mniej elastyczne i poszerzone. U niektórych seniorów mogą pojawiać nagłe spadki ciśnienia krwi po zmianie pozycji ciała lub po posiłku (po od 1 do 3 godzin po jedzeniu).
- U seniorów zauważamy stopniowo zmniejszającą się ruchomość klatki piersiowej, więcej zalegającego powietrza w drogach oddechowych. Zmiany te nie wywołują zmniejszenia ilości tlenu w organizmie (z wyjątkiem takich stanów, jak wysiłek, infekcje lub inne choroby).
- Skóra wiotczeje, pojawiają się na niej zmarszczki i plamy, staje się cieńsza, traci funkcje obronne (staje się bardziej przepuszczalna dla bakterii i toksyn), łatwiej dochodzi w niej do powstawania nieprawidłowych komórek, rany powstają łatwo, a goją się znacznie dłużej. Siwieją włosy. Zmniejsza się wydzielanie łju i potu – skóra staje się bardziej sucha.
- Zmniejszenie wydolności perystaltyki jelit, kwasowości soku żołądkowego oraz upośledzenia funkcji wątroby i zmniejszenia aktywności enzymów trawiennych. To z kolei zwiększa skłonność do zaparć, biegunek, niestrawności, problemów z tra-

wieniem pokarmów oraz wchłanianiem składników pokarmowych, w tym witamin (np. B12) i minerałów (np. żelaza).

- Osłabia się umocowanie zębów, które łatwiej ulegają urazom i wypadają. Zmniejsza się ilość wydzielanej śliny (pojawia się suchość w ustach), a błona śluzowa łatwiej ulega urazom i trudniej się goi, np. przy stosowaniu źle dopasowanej protezy.
- Zmniejsza się wydzielanie wielu hormonów – np. płciowych (u kobiet estrogenów – menopauza; u mężczyzn testosteronu – adrenopauza), hormonu wzrostu, co wpływa na gorszą odbudowę uszkodzonych lub starych komórek organizmu, ograniczenie płodności u mężczyzn, osteoporozę, osłabienie naczyń.
- Obniża się odporność – zwiększa się skłonność do infekcji, nowotworów.
- Seniorzy często mają zmniejszone uczucie łaknienia (chęci jedzenia), pragnienia (chęci picia). Nie odczuwają pragnienia/łaknienia pomimo niedoborów w organizmie.
- Zmniejsza się wielkość nerek i ich zdolność do zagęszczania, rozwadniania i zakwaszania moczu. Zmiany te powodują, że w przypadku biegunki, wymiotów czy infekcji łatwiej dochodzi do odwodnienia i zakwaszenia. Pojawiać się mogą również objawy niedoboru sodu (dlatego nie należy ograniczać soli bez konsultacji z lekarzem).

#### Psychologiczne aspekty starzenia się:

- Osłabienie pamięci: bardziej zdarzeń świeżych (z ostatnich dni) niż długotrwałej (lepiej pamiętają zdarzenia np. z młodości). Sprawność pamięci silnie zależy od jej ćwiczenia we wcześniejszych okresach życia.
- Osłabienie selektywności (wybiórczości) i koncentracji uwagi. Szybkie męczenie się, popełnianie błędów, wydłużony czas reakcji (nie występuje w przypadku bardzo dobrze wyuczonych czynności).
- Uczenie się zależy od uzdolnień, treningu w ciągu całego życia oraz ogólnego stanu zdrowia. Materiał przedstawiony do nauczenia (np. instrukcja posługiwania się nowym sprzętem) powinien być przedstawiany powoli, kilkakrotnie powtarzany, krótki, nieskomplikowany.
- Dominuje myślenie postformalne (dopuszczanie więcej niż jednego prawidłowego rozwiązania, akceptacja sprzeczności i wieloznaczności, branie pod uwagę ograniczeń i realiów życia) – senior w danej sytuacji widzi więcej możliwości niż młoda osoba, łatwiej godzi się z ograniczeniami w życiu.
- Obniża się inteligencja wrodzona, natomiast nabyta wzrasta lub utrzymuje się na stałym poziomie – ważny jest przy tym trening intelektualny, który może spowodować wzrost inteligencji. U osób aktywnych intelektualnie przez całe życie, po 70 r.ż. odnotowuje się tylko nieznaczne zmniejszenie możliwości. Seniorzy posiadają mądrość – bogactwo doświadczeń życiowych, a także rozumieją świat przez pryzmat tych doświadczeń. Formułują słuszne, praktyczne sądy w trudnych do rozwiązania kwestiach życiowych.

- Zmniejsza się uczuciowość i reaktywność emocjonalna, sztywność wegetatywna (senior nie blednie ani nie czerwieni się pod wpływem emocji). Silniejsze zaburzenia niż u młodych na skutek złych informacji.
- Osłabiona motywacja – senior wymaga silniejszych bodźców, trudniej go namówić na zmiany np. w diecie. Zmniejsza się motywacja seksualna i potrzeba osiągnięć. Seniorzy są dumni z osiągnięć osób bliskich.
- Zmniejsza się zdolność przystosowywania się do nadchodzących zmian, występuje sztywność poglądów, stąd niechęć do nowości i zmian w życiu osobistym.
- Zachowanie seniora silnie zależy od bilansu własnego życia. Świadomość zbliżania się śmierci nastraja osoby starsze refleksyjnie – zastanawiają się nad bilansem zysków i strat. Ocenie podlega nie tylko to, co wydarzyło się w życiu, ale też samoocena. Bilans ten jest subiektywny – często osoby, które np. przeżyły obozy koncentracyjne czy śmierć bliskich, uważają, że ogólnie miały i nadal mają dobre życie. Negatywna ocena swojego życia wywołuje lub pogłębia depresję, poczucie winy lub gniewu, a pozytywna poczucie równowagi, mądrości, wewnętrznego spokoju.
- Na stan psychiczny osób w wieku podeszłym silnie wpływa też ich stan fizyczny. Zmiany związane ze starzeniem się, zwłaszcza chorobowym, mogą powodować rozwijanie się niekorzystnych, zniechęcających otoczenie cech osobowościowych. To nigdy nie dzieje się z dnia na dzień – agresja, zniecierpliwienie i drażliwość narastają powoli, wraz z pogłębianiem się niesprawności seniora. Początkowo ludzie starsi starają się kompensować swoje niezdolności tak, by otoczenie ich nie zauważyło, niechętnie przyjmują pomoc. Bliscy mogą odbierać to jako zmianę charakteru, czasem trudną do zaakceptowania. Tymczasem jest to wynik poczucia utraty sprawności fizycznej, niezależności, a często doświadczania szeregu dolegliwości bólowych.



## Poddanie się czy spełnianie marzeń – można mieć na to wpływ

Powyżej przedstawiliśmy zmiany związane ze starzeniem się. Możemy wpłynąć na poziom zaawansowania tych zaburzeń.

Rytm snu i czuwania możemy uregulować. Codziennie o tej samej porze senior powinien wstawać, spożywać posiłki itd. Kładzenie się do snu również należy zrytualizować – wprowadzić np. następującą kolejność – kolacja, kąpiel, książka. Bielizna osobista i pościelowa powinna być wyprodukowana z naturalnych materiałów. W sypialni odpowiednią będzie mała ilość światła i cisza (nie należy zasypiać przed włączonym telewizorem), świeże powietrze (temperatura otoczenia ok. 20 stopni C). W ciągu dnia warto zachować aktywność fizyczną i towarzyską. Senior nie powinien przysypiać, mimo że czasem konieczna jest jedna popołudniowa drzemka. Jeśli mimo ww. działań nie ma efektów, należy zgłosić ten problem lekarzowi.

Zmianom w układzie nerwowym, krążeniowym i ruchu również można, przynajmniej częściowo, zaradzić. Naukowcy dowiedli, że mózg, pomimo swych zmniejszających się możliwości, wciąż jest plastyczny i może wytwarzać nowe połączenia między neuronami niezależnie od wieku, a nawet przywracać uszkodzonym obszarom część ich funkcji.

Ogromne znaczenie w tym procesie odgrywa aktywność ruchowa – naukowe badania dowodzą, że szybkie spacerki wzmacniają funkcje wykonawcze w mózgu osób w wieku 60-75 lat. Polecane są spacerki, pływanie, jazda na rowerze, ćwiczenia tai chi. Bardzo duży wpływ ma utrzymanie prawidłowej masy ciała poprzez aktywność fizyczną i dietę.

Są też niezliczone dowody na to, że aktywni starsi ludzie utrzymujący kontakt z rodziną, przyjaciółmi czy np. Kościołem zachowują lepszą kondycję fizyczną czy umysłową. Warto także podtrzymywać aktywność towarzyską, gdyż – jak przekonują naukowcy – jest ona równie korzystna dla mózgu, co aktywność fizyczna. Osobie niepełnosprawnej warto zapewnić dostęp do Internetu lub zorganizować spotkania towarzyskie.

Niepodważalne znaczenie dla spowolnienia procesu starzenia mają regularne ćwiczenia umysłu – rozwiązywanie krzyżówek, gry planszowe, śledzenie telewizyjnych teleturniejów

czy dyskusje z przyjaciółmi. W nabraniu chęci do życia pomóc może znalezienie nowego hobby lub nowego celu do realizacji. Ważne jest w tym procesie, aby robić coś nowego – np. opanować nowe funkcje w komputerze, uczyć się języka obcego, wykonać nową potrawę itd.

## Jak pomóc seniorowi?

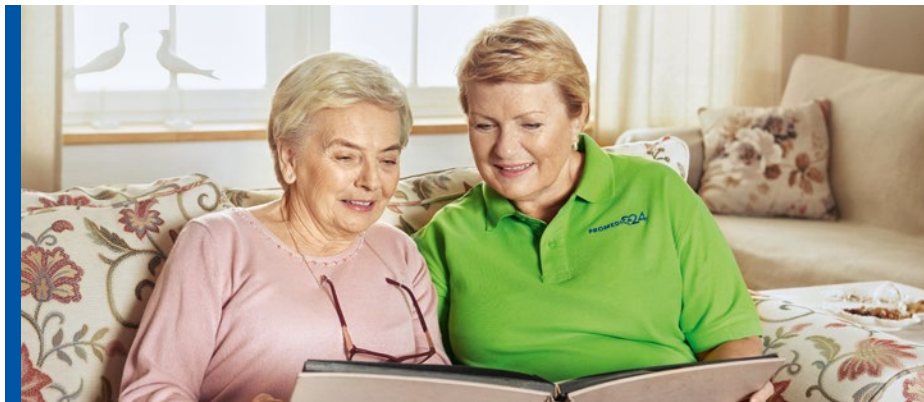
Nasza pomoc seniorowi zależy od jego kondycji. Jeśli to leżący chory, który wymaga stałej opieki (np. przy stomii, inkontynencji, chory z otępieniem), w pierwszej kolejności musimy zadbać o zapewnienie mu podstawowych potrzeb, czyli jedzenia i picia, załatwiania potrzeb fizjologicznych i higieny.

Ale często i seniorzy w lepszej kondycji potrzebują pomocy w tym zakresie. Zazwyczaj polega ona na dostarczeniu zakupów, przygotowaniu posiłku, sprzątaniu i dbaniu, żeby dom był przewietrzony i ciepły.

Podopieczny, który ma kłopoty ze zdrowiem, aby czuć się bezpiecznie, musi mieć zapewnioną opiekę medyczną, pielęgniarską i opiekuńczą. Powinien wiedzieć, że w razie wystąpienia problemów zdrowotnych lub innych, zawsze, bez względu na porę dnia i nocy, jest ktoś, kto mu pomoże. Opieka powinna być dostosowana do aktualnych możliwości podopiecznego – nie należy wyręczać go we wszystkich czynnościach i decyzjach.

## Towarzystwo innych potrzebne do życia

Pamiętajmy, że oczekiwania seniorów są różne. Wynika to z ich wcześniejszego życia, z pozycji społecznej i rodzinnej, wykonywanego zawodu i zainteresowań. Poczucie osamotnienia i obcości można zniwelować, wchodząc w bliskie relacje z podopiecznym, ale też dbając, aby miał częsty kontakt z innymi ludźmi. Musimy zapewnić seniorowi poczucie tej bliskości szczególnie wtedy, gdy członkowie rodziny są daleko lub są zajęci. Możemy się z nimi skontaktować i poprosić o rozmowę z podopiecznym lub rozmawiać z nim o rodzinie w taki sposób, aby opowiadał o miłych chwilach wspólnie spędzonych. Warto zadbać, aby jego kontakty towarzyskie były tak częste, jak to możliwe. Jeśli chce uczestniczyć w życiu jakiejś grupy, na przykład religijnej lub sąsiedzkiej, zapewnijmy mu możliwość spotykania się z jej członkami.



## Partnerskie traktowanie

Bez względu na stan seniora, każdy potrzebuje szacunku, uznania i pragnie czuć się przydatny. Dlatego też tak ważne jest stworzenie możliwości rozwijania zainteresowań naszego podopiecznego lub wręcz rozbudzenia nowych. Zachęcajmy go do pielęgnowania tradycji. Przede wszystkim nigdy nie traktujmy seniora jakby był dzieckiem, nawet wtedy, gdy choruje na chorobę otępienną – warto pamiętać, że angażowanie seniora w czynności życia codziennego spowalnia postęp chorób otępiennych i zniedołężnienia. Pozwólmy mu oglądać te programy telewizyjne, które go interesują. Czytajmy lub dostarczajmy mu prasę i książki, które lubi.

Warto rozmawiać z nim na temat sąsiadów lub znajomych, opowiadać o naszym miejscu zamieszkania i życiu, jeśli jest tym zainteresowany. Sposobem na nawiązanie więzi może okazać się wymienianie się z seniorem informacjami na tematy go interesujące, na przykład spytanie o jakiś przepis.

## Wspieraj

Nie wolno zapominać o potrzebach estetycznych. Dotyczą one zarówno otoczenia, jak i samego seniora. **Każda kobieta chce być piękna, chwalmy ją, że wygląda ślicznie w sukience lub we fryzurze zamiast komplementować strój.** Te same zasady stosujemy wobec mężczyzn. Estetyka dotyczy też potrzeby obcowania ze sztuką, dlatego jeśli tylko to możliwe, zaproponuj wyjście do teatru lub do galerii albo na koncert. Zachęcaj do aktywności artystycznej, np. do śpiewania, malowania czy wyszywania.

Pozwalaj seniorowi wykonywać czynności, które sam chce zrobić. Jeśli mu się coś nie uda, odczekaj jakiś czas i zaproponuj pomoc. Ale gdy widzisz, że zaczyna być niespokojny, odłóż dokończenie czynności na inny dzień. Nigdy nie zniechęcaj go do aktywności, np. nie wyręczaj przy posiłkach, jeśli nie ma takiej konieczności.

Zdarza się, że w wyniku zebranego doświadczenia życiowego i zmiany sytuacji senior zaczyna mieć inny stosunek do wiary. Nigdy nie próbuj wpływać na jego decyzje. Pamiętaj, że wiara każdego człowieka jest sprawą indywidualną i należy tylko do niego.



# POTRZEBY SENIORÓW

Potrzeby seniorów możemy podzielić na dwie grupy:

- podstawowe, inaczej nazywane egzystencjalnymi,
- wyższego rzędu.

Potrzeby podstawowe i wyższego rzędu u seniorów różnią się od potrzeb ludzi młodszych. Różnice wynikają zarówno ze stanu posiadania (doświadczenia i dóbr materialnych) osób starszych, jak też ich sprawności. Zazwyczaj seniorzy posiadają własny dom lub mieszkanie, potrzebne sprzęty, zabezpieczenie finansowe, rodzinę. Nie muszą martwić się ani o materialne zapewnienie bytu sobie i rodzinie, ani o rozwój kariery zawodowej, mniej interesują się płcią przeciwną. Mają natomiast dużo wolnego czasu i coraz mniej sił.

## Co jest niezbędne seniorowi?

Do podstawowych potrzeb zaliczamy:

- **potrzeby fizjologiczne:** musimy zapewnić podopiecznemu możliwość jedzenia i picia, załatwiania potrzeb fizjologicznych i higieny. Dotyczy to zwłaszcza seniorów w cięższym stanie fizycznym lub psychicznym, na przykład przy stomii, inkontynencji, chorym leżącym lub cierpiącym na chorobę otępienną. Seniorzy w lepszej kondycji także potrzebują pomocy w tym zakresie, polega ona na dostarczeniu zakupów, przygotowaniu posiłku, sprzątanii i dbaniu, żeby dom był przewietrzony i ciepły.
- **potrzeby bezpieczeństwa:** podopieczny, żeby czuć się bezpiecznie, musi mieć zapewnioną opiekę medyczną, pielęgniarzką i opiekuńczą. Powinien wiedzieć, że w razie wystąpienia problemów zdrowotnych lub innych, zawsze, bez względu na porę dnia i nocy, jest ktoś, kto mu pomoże.

**PAMIĘTAJMY! Potrzeby fizjologiczne dominują nad wszystkimi innymi potrzebami!**

Potrzeby wyższego rzędu u osób starszych są bardzo zróżnicowane. Wynika to z ich wcześniejszego życia, z pozycji społecznej i rodzinnej, wykonywanego zawodu i zainteresowań. Każdy senior takie potrzeby posiada, jedynie stopień ich uświadomienia bywa mniejszy lub większy. Zaspokojenie tych potrzeb jest nie mniej istotne, niż zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych.

Potrzebami wyższego rzędu są:

- **potrzeba przynależności:** powinniśmy zapewnić seniorowi poczucie bliskości i kontaktów z ludźmi. Umożliwiamy kontakty towarzyskie tak często, jak to możliwe. Jeśli chce uczestniczyć w życiu jakiejś grupy, na przykład religijnej lub sąsiedzkiej, zapewnijmy mu możliwość spotykania się z jej członkami. Najbardziej upragnionymi osobami, z którymi chce się spotykać, są jednak członkowie rodziny. Motywujemy rodzinę i naszych podopiecznych do spotkań, rozmów telefonicznych czy też przez komunikatory.
- **potrzeba szacunku, uznania i przydatności:** jest ona jedną z ważniejszych potrzeb starszych osób. W celu jej zaspokojenia dajmy im szansę wykorzystania ich doświad-

czeń życiowych. Stwórzmy możliwości rozwijania istniejących już zainteresowań lub je rozbudźmy. Zachęcajmy do pielęgnowania tradycji. Przede wszystkim nigdy nie traktujmy seniora jakby był dzieckiem, nawet wtedy, gdy choruje na chorobę otępienną (angażowanie seniorów w czynności życia codziennego spowalnia postęp chorób otępiennych i zniedołężnienia).

- **potrzeby poznawcze:** pozwólmy seniorowi oglądać te programy telewizyjne, które go interesują. Czytajmy lub dostarczajmy mu prasę i książki, które lubi. Rozmawiajmy na temat sąsiadów lub znajomych, opowiadajmy o małych i dużych sprawach życia codziennego, jeśli jest tym zainteresowany. Wymieniamy się informacjami na tematy go interesujące, pytajmy o ciekawe wydarzenia z przeszłości, jego młodość. Seniorzy często opowiadają wielokrotnie te same wydarzenia – pozwólmy im na to lub zapytajmy o wątki, które nas interesują. Nie należy mówić, że tę opowieść słyszyście już po raz setny – może to spowodować niechęć starszej osoby do wypowiedziania się.
- **potrzeby estetyczne:** dotyczą zarówno otoczenia seniora, jak i jego samego. Te same zasady stosujemy wobec mężczyzn. Potrzeby estetyczne dotyczą też potrzeby obcowania ze sztuką, dlatego proponujemy podopiecznym wyjście do teatru lub do galerii albo na koncert. Zachęcajmy do aktywności artystycznej, np. śpiewania czy malowania.
- **potrzeba samorealizacji:** pomagajmy seniorowi w kontynuowaniu jego hobby, np. jeżeli był taternikiem, to pojedźmy w miejsca, na które się wspinał, razem oglądajmy fotografie gór. Jeżeli nie miał zainteresowań (jest to częste u osób, które były bardzo zaangażowane zawodowo), proponujemy nowe sposoby spędzenia czasu wolnego, pamiętając również o czynnościach samoobsługowych, np. wspólne przygotowywanie jedzenia.
- **potrzeby duchowe:** realizowane są przez seniora poprzez uczestnictwo w życiu religijnym (przy czym od niego zależy, jak będzie je realizował), szukanie sensu życia (np. w różnych filozofiach). Potrzeby te mogą ulegać zmianie w różnych etapach życia, a nawet samej starości.

# ROLA RODZINY I OPIEKUNÓW

W Polsce opiekę nad osobami w wieku podeszłym sprawują głównie członkowie rodziny. Często, pomimo dobrych chęci, obowiązek ten okazuje się ponad siły – np. gdy bierze je na swoje barki jedna osoba. Postęp medycyny sprawił, że żyjemy coraz dłużej. To triumf cywilizacji, ale i nie lada wyzwanie, bo gdy senior zaczyna wymagać opieki, obraz rodziny zmienia się całkowicie. To on staje się centrum, wokół niego wszystko oscyluje. Często oznacza to, że jeden z członków rodziny musi zmienić swoje życie, by móc się nim opiekować.

## Opiekowanie się nie jest łatwe

Opieka nad seniorem, szczególnie bez odpowiedniego przygotowania i wsparcia, może stać się wyzwaniem. Najczęstsze odczucia, które deklarują nieformalni opiekunowie seniorów, to, oprócz poczucia dobrze spełnionego obowiązku, frustracja, zmęczenie, rozdrażnienie i poczucie izolacji. Jeśli odczuwasz podobne emocje, nie wiń się, to zupełnie naturalne.

„Opiekunowie często sami są cichymi pacjentami ze względu na życie we wzmożonym napięciu, konieczność odmiany dotychczasowego życia, braku czasu na urlop i funkcjonowaniu w stałym poczuciu obowiązku. Ciągłymi obawami, że nie podołają, a także cierpieniem związanym z patrzaniem na odchodzenie, stopniowo narastającą degradacją osoby starszej, znoszeniem niezasłużonych pretensji z jej strony” – podkreślają psychiatrzy.

W psychologii stan ten nazywa się zespołem stresu opiekuna, czyli fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania. Główną przyczyną takiego stanu jest pozbawienie wsparcia ze strony innych osób i presja otoczenia na rzecz pełnego zaangażowania w obowiązki opiekuńcze. Dodatkowe frustracje wywołuje fakt, że opiekunowie często czują się niedoceniani i niezauważani przez osobę, której poświęcają swoje życie. Zdarza się, że osoba niesamodzielna jest wręcz negatywnie nastawiona do swojego opiekuna – to charakterystyczne szczególnie w przypadku chorób otępiennych. Dla opiekuna taka sytuacja jest niezwykle trudna i wpływa deprymująco na samopoczucie.

## Co możesz dla siebie zrobić?

Koniecznym poszukaj wsparcia w wykonywaniu obowiązków opiekuńczych i wygospodaruj czas wolny na odpoczynek i odreagowanie stresu.

Pamiętaj, że nie ma nic złego w skorzystaniu z pomocy wykwalifikowanej opiekunki. W zależności od sytuacji może to być opieka bardzo zaawansowana albo pomoc doraźna, np. dodatkowe towarzystwo dla seniora lub wsparcie w codziennych obowiązkach, abyś miał czas wyjść załatwić swoje sprawy lub miał chwilę dla siebie. Może to być rozwiązanie na czas wakacji, ważnego wyjazdu czy delegacji.

**Jeśli Twój podopieczny jest przewlekłe chory i wymaga całodobowej opieki, warto przygotować się do takiego zadania:**

- Zrób listę pytań, które chciałbyś zadać lekarzowi prowadzącemu i poproś go o spotkanie.



- Zorientuj się, czy w Twoim mieście nie ma kursów lub warsztatów przygotowujących do roli opiekuna, może warto byłoby skorzystać z takiego rozwiązania.
- Umów się na wizytę u specjalisty psychologa, który podpowie Ci, jak radzić sobie w trudnych sytuacjach – zarówno tych z seniorem, jak i z samym sobą.
- Ustal zasady codziennego funkcjonowania i przestrzegaj ich. Twój podopieczny również czuje się bezpieczniej, gdy ma stały rytm dnia – warto przygotować plan dnia, który będziecie oboje kontrolować. Może to być poranna kawa zawsze o tej samej porze, czas na książkę lub ulubiony serial. Pamiętaj, że masz prawo do odpoczynku i swojego życia.
- Każdego dnia spraw sobie drobną przyjemność. Może raz na jakiś czas uda się zaplanować wyjście do kina lub teatru albo na kawę z przyjacielem.
- Pamiętaj o utrzymywaniu kontaktów towarzyskich. Jeśli nie masz czasu na regularne spotkania, rozmawiaj ze znajomymi przez telefon lub komunikatory.
- Pamiętaj, że regularny wysiłek fizyczny nie tylko pomaga dbać o kondycję niezbędną w pracy opiekuna, ale też podnosi poziom endorfin i sprawia, że łatwiej walczyć z przeciwnościami. Jeśli nie możesz sobie pozwolić na regularne wyjścia na basen, fitness czy bieganie, może uda się trochę poćwiczyć w domu lub jeździć na zakupy rowerem?
- Zadbaj o dobry sen. Nie kładź się zbyt późno, odpowiednia ilość snu pozwala się zregenerować i nabrać sił na następny dzień.

## Pozytywne emocje wracają

Postaraj się, aby Twój kontakt z podopiecznym opierał się na obopólnej sympatii, spróbuj zrozumieć, że senior, który wymaga Twojego wsparcia, prawdopodobnie też nie jest zachwycony tą sytuacją. Chorzy często mają poczucie utraty godności, nie mogą pogodzić się z uzależnieniem od innych, tęsknią za swoim „starym” życiem, czują się ciężarem. Spróbuj znaleźć jakąś nić porozumienia między Wami, interesuj się jego samopoczuciem, proponuj nowe zajęcia, wspólne spędzanie czasu. Często samotność doskwiera bardziej niż cierpienie fizyczne.

Jeśli podopieczny nie jest do końca świadomy sytuacji lub jest już bardzo osłabiony chorobą, pamiętaj, że nadal należy mu się szacunek. Nawet wtedy ważne są z pozoru nic nieznaczące gesty – ściśnięcie ręki, pogłaskanie po włosach, miłe słowa.

Pamiętaj, że dobra relacja z podopiecznym ma wpływ także na Twoje samopoczucie.

## Jak sprawić, by było przyjemnie?

Często z braku czasu, inicjatywy czy pomysłów skupiamy się na tym, by zapewnić niedołącznemu seniorowi podstawowe potrzeby – jedzenie czy leki – i wydaje nam się, że to wszystko, co możemy dla niego zrobić. Tymczasem to nie może być tylko mechaniczna opieka, równie ważne jest zapewnienie osobie starszej towarzystwa, możliwości porozmawiania z kimś. Czasem nastrój seniora mogą zmienić proste rzeczy – codzienna poranna toaleta, przebranie z piżamy w dres, pościelenie łóżka, zorganizowanie wózka, którym można wyjechać na spacer, wspólne zjedzenie posiłku przy stole – a nie w łóżku. Warto wykonywać te czynności, aby zachować jakość życia.

Osoby, które stały się niedołączne, często nie mogą pogodzić się z tym, że nie są już sprawne fizycznie, finansowo i intelektualnie. Dla wielu z nich praca i codzienna aktywność jest największą wartością i gdy przychodzi moment, że stają się niesamodzielnymi, źle to znoszą. Bardzo ważne jest, aby tak organizować życie seniorom, by zachowali choć najmniejszą aktywność. Warto wykazać się odrobiną kreatywności i proponować np. pomoc w codziennych pracach domowych czy wybieranie zdjęć do albumu rodzinnego. Wspólne spędzanie czasu, np. gra w planszówki czy szachy, wyszywanie, czytanie na głos przeplatane rozmową, wyjścia na spacer – mogą dawać sporo satysfakcji także opiekunowi. Trudne sytuacje pokonuj humorem – śmiech jest zaraźliwy.

Choroby u seniora przebiegają w inny sposób niż u młodszych ludzi. Jedne zaburzenie wpływa na powstanie innego, a te na kolejne nieprawidłowości, np. nadciśnienie tętnicze krwi uszkadza naczynia, w których łatwiej rozwija się miażdżyca, co prowadzi do powstania udarów, zaburzeń ukrwienia kończyn dolnych, zawałów serca. Charakterystyczne dla tego wieku jest występowanie wielochorobowości (jednocześnie więcej niż jednej jednostki chorobowej) i zaburzeń spowodowanych leczeniem (np. zapaść, obrzęków).



## CZĘŚĆ II

# WYBRANE CHOROBY WIEKU STARSZEGO

# CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

## Miażdżyca

Ryzyko rozwoju tej choroby wzrasta wraz z wiekiem. Polega ona na powstawaniu w tętnicach blaszek miażdżycowych (złożonych głównie z tłuszczów – cholesterolu, włókniaka, soli wapnia), które powstają w błonie wewnętrznej ściany naczynia, powodując jej stwardnienie. Rosną w stronę światła tętnicy, zwężając ją, a nawet zamykając.

Czynniki wyzwalające miażdżycę dzielimy na **niemodyfikowalne** (starość, płeć męska, genetycznie uwarunkowane większe stężenie tłuszczów we krwi) i **modyfikowalne** (dieta bogata w cukry, tłuszcze zwierzęce, otyłość, cukrzyca, palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze).

### Skutki miażdżycy:

- w naczyniach wieńcowych – choroba wieńcowa (dusznica), zawał serca,
- w mózgu – objawy niedokrwienia (zaburzenia neurologiczne typu bóle głowy, zaburzenia mowy, zaburzenia świadomości), udar mózgu,
- w kończynach dolnych – choroba ta powoduje w miejscu niedokrwienia ból, który występuje przy chodzeniu, a ustępuje przy zatrzymaniu się (chromanie przestankowe), potem drętwienie, ziębnięcie kończyn, owrzodzenia skóry.

## Nadciśnienie tętnicze krwi

Występuje u 60-70% osób w podeszłym wieku. Przyjęto, że graniczną wartością pomiaru, od której mówimy o nadciśnieniu, jest 140 skurczowe i 90 rozkurczowe.

Przyczyny tego zaburzenia to skłonność genetyczna, nadwaga i otyłość, nadmiar soli w pożywieniu, zbytnia kaloryczność posiłków, stres, niska aktywność fizyczna, nadmierne spożywanie alkoholu, choroby (cukrzyca, miażdżyca naczyń, choroby nerek, choroby nadnerczy).

### Objawami nadciśnienia mogą być:

- bóle odczuwane zwykle w tyle głowy,
- uczucie szumu w uszach – zazwyczaj dotyczy ono obu uszu, czasami osoby z nadciśnieniem mówią o szumie w głowie, u niektórych występuje od samego rana, u innych dopiero po południu, a u wielu wcale,
- wrażenie iskerek lub mroczków albo plamek przed oczami. Osoby skarżące się na tę dolegliwość twierdzą, że im bliżej wieczora, tym zjawisko bardziej się nasila. Jednak wiele osób nigdy nie doświadcza takich doznań wzrokowych,
- kołatanie serca pojawia się najczęściej w różnych porach dnia, rzadko w nocy, a trwa krótko – od kilku do kilkunastu minut; objaw ten dotyczy niewielu osób z nadciśnieniem,



- zawroty głowy pojawiają się rano po wstaniu z łóżka lub w ciągu dnia przy wysiłku fizycznym, ale niewielu chorujących na nadciśnienie miało je choćby raz,
- problemy ze snem mogą dotyczyć samego zasypiania lub częstego budzenia się w nocy, czasami występują oba symptomy, jednak i te dotyczą niewielu osób z nadciśnieniem,
- ponawiające się krwawienia z nosa są nieprzyjemnym objawem, ale występują niezwykle rzadko.

Aż około 50% osób z nadciśnieniem nie ma żadnych dolegliwości w spoczynku, natomiast pojawiają się one po wysiłku lub wzburzeniu emocjonalnym. Kardiolodzy zalecają każdemu dorosłemu badanie ciśnienia przynajmniej raz w roku.

Nadciśnienie może prowadzić do wielu schorzeń, m.in. zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, niewydolności nerek, uszkodzenia siatkówki oka, miażdżycy.

## Choroba wieńcowa

Choroba wieńcowa polega na niedotlenieniu mięśnia sercowego. Najczęściej spowodowane jest to miażdżycowym zwężeniem naczyń krwionośnych serca. Charakteryzuje się ona napadami bólu (zwykle za mostkiem, rozpierającym, piekącym, gniotącym lub ściskającym, który promieniuje do krtani, żuchwy, barku, lewej ręki, łopatki, kręgosłupa) i uczuciem duszności. Początek napadu bólowego jest nagły, trwa zwykle kilka minut, a wywołuje go przeważnie wysiłek fizyczny, napięcie emocjonalne, spożycie obfitego posiłku, wyjście z ciepłego pomieszczenia podczas wietrznej lub mroźnej pogody.

Powikłania duszniczy: zawał serca, zaburzenia rytmu serca.

Całkowite zamknięcie światła naczyń krwionośnych powoduje martwicę części serca – ten stan nazywamy zawałem serca.

### Jakie objawy wskazują na zawał?

- nagły ból w okolicy mostka,



- wrażenie ciasnoty w klatce piersiowej,
- promieniowanie bólu przez lewe ramię aż do małego palca,
- niepokój, strach przed śmiercią,
- chłodna, blada skóra, zimny pot,
- niekiedy nudności i wymioty,
- często nieregularny puls.

### Pierwsza pomoc

Musimy jak najszybciej wezwać zespół ratownictwa medycznego. Czekając na lekarza, ułożmy podopiecznego tak, aby tułów był lekko uniesiony, w pozycji odciążającej serce. Starajmy się go uspokoić. Rozluźnijmy ciasne ubrania, by ułatwić mu oddychanie. W przypadku zatrzymania krążenia (brak wyczuwalnego tętna i oddechu) musimy zrobić sztuczne oddychanie połączone z uciskiem klatki piersiowej (powtarzamy 30 uciśnień klatki piersiowej – 2 wdechy – 30 uciśnień – 2 wdechy). Cykl ten kontynuujemy do przyjazdu pomocy medycznej.

## Zespół pozakrzepowy

W podeszłym wieku częściej niż w innych grupach wiekowych obserwuje się niewydolność naczyń żylnych. Naczynia (powierzchnowe – w tkance podskórnej, głębokie – w obrębie przedziałów mięśni i łączące je – żyły przesywające) odprowadzają krew z produktami przemiany materii z obwodu w kierunku serca. Wewnątrz zawierają zastawki, które zapobiegają cofaniu się krwi. Na skutek uszkodzenia zastawek żylnych, utrudnionego odpływu żylnego (np. z powodu otyłości, przepuklin), nieprawidłowości w budowie ściany naczyń czy niewydolności serca powstaje niewydolność żylna. Prowadzi ona do wielu powikłań, np. żylaków, zakrzepowego zapalenia żył, zakrzepicy żył głębokich i zespołu pozakrzepowego.

Objawy żylaków to początkowo obrzęki kończyn, które ustępują po odpoczynku nocnym, pojawiają się „pajęczki”, czyli rozszerzenia drobnych naczyń. W późniejszym okresie obrzęki utrzymują się przez całą dobę, zwracają uwagę węzłowato poszerzone żyły (nawet do kilku cm), które mają w wielu miejscach cienką ścianę, na której łatwo osadzają się skrzepy. Zmianom tym towarzyszy ból. Skóra staje się zaś cieńsza i brązowa.

**Zakrzepowe zapalenie żył** to ostre zapalenie ścian powierzchniowych żył, gdzie zakrzep prawie zamyka światło naczynia. Objawy to zaczerwienienie w obszarze żyły, miejscowy ból, obrzęk i nadmierne ocieplenie, a nawet gorączka.

**Zakrzepica żył głębokich** - tworzenie zakrzepu w żyłę głębokiej, najczęściej kończyny dolnej lub miednicy. Objawy to ból mięśni łydek, obrzęk i zasinienie kończyny, uczucie napięcia, ciężkości, ból łydki lub stopy przy zginaniu.

Wyżej wymienione zaburzenia mogą prowadzić do wystąpienia **zespołu pozakrzepowego**. Występuje on wiele miesięcy lub lat po przebyciu zakrzepowego zapalenia żył głębokich. Pozostają wówczas w naczyniu skrzepy, zwióknienia. Żyły przesywające są przeciążone,

a powierzchowne uszkodzane. Dochodzi również do uszkodzania skóry – początkowo pojawiają się przebarwienia, a nawet zanik, a następnie niegojące się owrzodzenia. Cała kończyna może być obrzęknięta. W zajętej chorobą okolicy może również występować zapalenie skóry. Staje się ona wtedy sucha, łuszcząca się i bardzo swędząca. W miarę postępu choroby pojawia się stwardnienie włókniste. Z napiętej skóry może sączyć się jasnoczerwony płyn, a miejsce jest bolesne i wrażliwe na dotyk. Ponadto choremu towarzyszy ból podczas chodzenia lub dłuższego stania. Zespół ten ma liczne powikłania, z których najgroźniejszy jest zator tętnicy płucnej. Jeśli zauważymy ww. objawy, należy jak najszybciej udać się do lekarza i poddać się jego zaleceniom (stosowanie leków, wprowadzenie ćwiczeń, noszenie bielizny przeciwżylakowej, czasem konieczny jest zabieg operacyjny).

## Opieka w chorobach układu krążenia

Choroby układu krążenia nazywamy często chorobami cywilizacyjnymi (do ich wystąpienia przyczynił się w znacznej mierze postęp cywilizacyjny) – są one najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Jeśli opiekujemy się osobą starszą, powinniśmy zapobiegać wystąpieniu tych chorób, a gdy już uaktywnią się, wprowadzić profilaktykę ich powikłań.

Pomimo że choroby tego układu to szereg różnych schorzeń, często mają one te same przyczyny, które należy wyeliminować lub zmniejszyć ich oddziaływanie.

- **Regularna kontrola stanu zdrowia** – pomiary ciśnienia tętniczego krwi i zapisywanie wyników w książce kontroli RR, zwrócenie uwagi na objawy zaburzeń i przekazanie tych informacji lekarzowi, np. bóle głowy, uczucie duszności, obrzęki kończyn. Gdy lekarz zaleci badania, należy je wykonać, gdy umówi się z seniorem na wizytę, należy się na nią zgłosić.
- **Stosowanie się ściśle do zaleceń lekarza** dotyczących farmakoterapii. Seniorzy muszą przyjmować leki ściśle ze wskazówkami lekarza, ponieważ łatwo dochodzi u nich do kumulowania się substancji leczniczych, co może doprowadzić do wielu zaburzeń. Ważna jest również pora przyjmowania leku i płyn, którym go popijamy – najbezpieczniejsza jest woda. Jeśli pojawią się powikłania po spożyciu medykamentu, należy to zgłosić, a lekarz zaordynuje inny lek lub zmieni dawkę.
- **Unormowanie masy ciała.** Nadwaga, a zwłaszcza otyłość, to jedna z głównych przyczyn tej grupy chorób. Jak schudnąć? Zmniejszyć kaloryczność posiłków (często nie jesteśmy świadomi, ile spożywamy kalorii przez całą dobę – warto notować zjedzone produkty. Ułatwią to tanie i łatwe w obsłudze programy dietetyczne, powszechnie dostępne w Internecie. Powinniśmy spożywać pięć posiłków w ciągu doby. Starajmy się, aby przerwy między nimi nie były zbyt długie. Ponadto należy zadbać o aktywność fizyczną dostosowaną do aktualnych możliwości seniora.
- Seniora należy zachęcać do regularnej aktywności fizycznej. Mogą to być proste czynności takie jak: codzienny spacer, gimnastyka, jazda na rowerze stacjonarnym itd. Towarzystwo starszej osobie w ćwiczeniach może przynieść korzyści także opiekunowi. Aktywność fizyczna to jeden z tańszych i najlepiej udowodnionych czynników prewencji chorób przewlekłych i niepełnosprawności.
- **Ograniczenie ilości spożywanej soli** – jeśli takie jest zalecenie lekarza (jest też ryzyko zbyt niskiego poziomu sodu we krwi).

- **Ograniczenie spożywanie tłuszczów zwierzęcych** (smalec, masło) na rzecz roślinnych (awokado, oleje z pierwszego tłoczenia) oraz ryb, które zawierają cenne kwasy omega 3.
- **Ograniczenie lub wyeliminowanie produktów z białej mąki** na rzecz pełnoziarnistych, na naturalnych zakwasach (o ile nie ma przeciwwskazań) – zawierają wiele witamin i soli mineralnych oraz błonnik (zapobiegający zaparciom).
- **Zwiększenie spożycia warzyw** (są bogate w błonnik, witaminy i minerały).
- **Dbanie o odpowiednie nawodnienie seniora** – podaż płynów to minimum 30 ml/kg masy ciała na dobę. Odwodnienie pogłębia zaburzenia kardiologiczne.
- **Zaprzestanie palenia tytoniu.**
- **Spożywanie alkoholu okazjonalnie i w małych ilościach.**
- **Nauczenie się, jak radzić sobie ze stresem** – dotyczy to seniora, ale również jego opiekuna. Proponujemy muzykę relaksacyjną, spacerowanie na świeżym powietrzu (najbardziej efektywne trwają 30-60 minut) lub inną aktywność fizyczną, uprawianie hobby, spotkania z ludźmi, w których towarzystwie dobrze się czujemy. Jeżeli mimo to nie możemy poradzić sobie z negatywnymi emocjami, wskazana jest wizyta u psychologa. Czasem konieczna jest terapia całej rodziny.
- **Dbanie o właściwy rytm snu i czuwania** – osoby starsze często zasypiają w dzień, a w nocy są aktywne. Należy wypracować stałe pory snu i czuwania. Wzmocnić aktywność seniora w dzień. Przewietrzyc pokój, zmniejszyć temperaturę na noc do ok. 17-20 stopni C. Należy stworzyć zwyczaje nocne – lekkostrawna kolacja, wieczorna toaleta, wyciszenie się (np. modlitwa). Warto zadbać o ciepłe, wyprodukowane z naturalnych włókien ubranie do spania. Można pozostawić skarpetki na noc. W pokoju zapewnić słabe światło, ciszę lub delikatną muzykę. Można podać również herbatki nasenne albo mleko z miodem. Należy zapewnić poczucie bezpieczeństwa, np. zapalając lampkę, pozostawiając przy pacjencie sygnalizację przywoławczą (dzwonek). Jeżeli lekarz zleci leki nasenne, podawać je przed 22.00 – ich późniejsze przyjęcie spowoduje senność w ciągu dnia.
- **Należy stopniowo pionizować**, by nie doszło do nagłego niedociśnienia.
- **Dbanie o higienę ciała** – toaleta dwa razy dziennie i w razie potrzeby – oraz higienę otoczenia, aby zapobiegać zakażeniom. Podczas zabiegów higienicznych kontrolujemy stan skóry pod kątem wystąpienia ran i obrzęków. Zabiegi wykonujemy delikatnie.
- Przy zaburzeniach w obrębie naczyń żylnych kończyn dolnych dodatkowo należy:
  - nie nadużywać gorących kąpeli i sauny,
  - nie nosić zbyt obcisłych spodni i ciasnych skarpet,
  - **zadbać o aktywność fizyczną**, jednak nie uprawiać dyscyplin obciążających stopy,

- **co pewien czas należy przenosić ciężar ciała z palców na piętę i odwrotnie** (wspinanie się), gdy czynność wymaga długotrwałego przybywania w pozycji stojącej,
- **poruszać stopami, co jakiś czas wstawać i spacerować**, jeśli czynność wymaga długiego pozostawania w pozycji siedzącej,
- **dobrać właściwe obuwie** – buty nie powinny mieć obcasów wyższych niż 5 cm.

## CHOROBY NEUROLOGICZNE

### Udar mózgu

Wyróżniamy dwa rodzaje udarów mózgu. Pierwszy to **udar niedokrwienny**, występujący w 80% przypadków, spowodowany zablokowaniem naczynia krwionośnego przez zakrzep albo zator.

Jeśli natomiast w mózgu pęknie naczynie i dojdzie do krwotoku, mamy do czynienia z **udarem krwotocznym**, czyli wylewem, którego najczęstszą przyczyną jest nadciśnienie.

Gdy krew przepływa przez mózg w nieprawidłowy sposób, nie może dostarczyć mu odpowiedniej ilości tlenu. Może dojść wtedy do poważnego uszkodzenia mózgu. Ryzyko udaru wzrasta z wiekiem.

#### Udar może prowadzić do:

- śpiączki, a czasem nawet śmierci,
- ponownego udaru – ryzyko nawrotu wynosi 10-12% w ciągu pierwszego roku i 5-8% w każdym następnym, w sumie 40-50% w ciągu 5 lat. Rozpoznanie oraz pierwsza pomoc w dalszej części poradnika,
- porażenia lub niedowładu w obrębie nerwu czaszkowego: twarzowego (zaburzenia mowy, połykania, opadnięty kącik ust, wyciekająca ślina), wzrokowego (podwójne i/lub połowiczne widzenie), okoruchowego (zaburzenia ruchów gałek ocznych, ruchu powiek), przedsionkowo-ślimakowego (zaburzenia słuchu, równowagi). Zmiany mają charakter połowiczny (dotyczą jednej strony ciała),
- niedowładu (zmniejszenie zakresu ruchu lub osłabienie jego siły) lub porażenie (plegia, całkowita niemożność wykonywania ruchu) kończyny. Porażenie jest połowiczne, tzn. dotyczy połowy ciała po stronie przeciwnej do uszkodzenia mózgu. Może dotyczyć jednej (hemiplegia) lub 2 (paraplegia) kończyn, które zajęte są w różnym stopniu. Niedowład może mieć charakter czuciowy i/lub ruchowy, najczęściej spastyczny,
- afazji – zaburzenia mowy,
- nietrzymania moczu, stolca,
- zaburzeń równowagi, zaburzeń koordynacji ruchów, chód marynarski – na szerokiej podstawie, chwieianie się,

- zaburzeń wegetatywnych (zaburzenia oddechu, pracy serca, snu i czuwania, wahań ciśnienia tętniczego, zaburzenia termoregulacji),
- zaburzeń pamięci,
- zaburzeń połykania,
- zespołu zaniedbywania – niedostrzeganie osób, przedmiotów i części własnego ciała znajdujących się po stronie przeciwnej od udaru,
- zespołu odpychania – zaburzenie postrzegania ułożenia ciała w przestrzeni. Pacjent odpycha się w kierunku strony porażonej, co istotnie zwiększa ryzyko upadku.
- depresji i stanów depresyjnych,
- padaczki poudarowej.

### **Możemy podejrzewać udar mózgu, jeśli zaobserwujemy następujące objawy:**

- zaburzenia widzenia w jednym oku lub obu oczach,
- zaburzenia mowy z trudnościami w zrozumieniu słów oraz w wypowiedaniu się,
- zaburzenia chodzenia z utratą równowagi i zawrotami głowy,
- niedowład lub porażenie mięśni twarzy, ręki i/lub nogi, najczęściej po jednej stronie ciała,
- „znieczulenie” twarzy, ręki i/lub nogi, najczęściej po jednej stronie ciała,
- silny ból bez znanej przyczyny.

### **Pierwsza pomoc**

Jeśli tylko pojawi się podejrzenie udaru, natychmiast wzywamy pogotowie. Tylko w warunkach szpitalnych podopieczny może otrzymać właściwą pomoc i odpowiednie leki. Postępuj zgodnie z zasadami pierwszej pomocy – znajdziesz je w dalszej części podręcznika.

**Pamiętajmy, że czas jest w tym wypadku niezwykle ważny!**

## Choroba Parkinsona

Choroba Parkinsona jest jedną z częstszych chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego. Dotyka zwykle ludzi po 50. lub 60. roku życia, a częstotliwość jej występowania wzrasta wraz z wiekiem. Zmiany polegają na postępującym ubytku komórek nerwowych istoty czarnej mózgowia. Prowadzi to do narastającej niesprawności. W największym stopniu upośledzone są czynności precyzyjne – choremu coraz większą trudność sprawia np. pisanie, zapinanie guzików, utrzymanie sztućców i spożywanie posiłków. Stosowane jest leczenie objawowe (np. preparaty L-DOPY), które pozwala skutecznie kontrolować objawy choroby i przez dłuższy czas umożliwia choremu zachowanie sprawności ruchowej i lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym.

### Objawy choroby Parkinsona to:

- sztywność i wzmożone napięcie mięśniowe (charakterystyczna przygarbiona i pochylona do przodu sylwetka, z niewielkim ugięciem kończyn, skłonność do upadków),
- drżenie spoczynkowe (wykonywany kciukiem i palcem wskazującym ruch „kręcenia pigułki”, nasilenie drżenia pod wpływem emocji, zanikanie – podczas wykonywania ruchów dowolnych oraz snu),
- zaburzenia stabilności postawy ciała,
- spowolnienie ruchowe (maskowata twarz, chód drobnymi kroczkami, trudności w rozpoczęciu czynności zależnych od naszej woli, np. wstanie z krzesła),
- zaburzenia mowy (mowa monotonna, ściszona, niewyraźna),
- objawy wegetatywne (łojotok twarzy, ślinotok, potliwość, zaparcia, zaburzenia kontroli czynności fizjologicznych, np. nietrzymanie moczu),
- zaburzenia funkcji poznawczych (pogorszenie pamięci, spowolnienie myślenia, ograniczenie spontaniczności w myśleniu i działaniu),
- objawy psychiatryczne (niestabilność nastroju, apatia).

Stosowane jest leczenie objawowe (np. preparaty L-DOPY), które pozwala skutecznie kontrolować objawy choroby i przez dłuższy czas umożliwia choremu zachowanie sprawności ruchowej i lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym. Pomoc pacjentowi polega na jak najdłuższym utrzymaniu przez niego niezależności oraz w zaspakajaniu jego potrzeb higienicznych, pomocy w czynnościach życia codziennego, aktywizacji fizycznej i intelektualnej.

Opiekun ma za zadanie również zapobiegać powikłaniom, m.in. upadkom. Ze względu na postępujący charakter tej choroby powinien być przygotowany na coraz większą niepełnosprawność podopiecznego. W końcowej fazie choroby opieka powinna być ukierunkowana na łagodzenie cierpienia fizycznego i psychicznego pacjenta oraz na wsparcie jego rodziny, zapewnienie godnej i spokojnej śmierci.

## Opieka w chorobach neurologicznych

Głównymi zadaniami opiekuna zajmującego się osobą z zaburzeniami neurologicznymi jest zapewnienie bezpieczeństwa seniorowi oraz współpraca ze specjalistami, przestrzeganie ich zaleceń dotyczących zwłaszcza farmakoterapii (jest to szczególnie ważne u osób z chorobą Parkinsona, gdyż nieregularne stosowanie leków może doprowadzić do poważnych powikłań). Należy też pilnować terminów wizyt kontrolnych i rehabilitacji. Bardzo ważne są:

- wizyty neurologiczne – zawsze przestrzegamy terminów zalecanych konsultacji specjalistycznych,
- regularna rehabilitacja przy pomocy fizjoterapeuty; asystujemy podopiecznemu w zalecanych ćwiczeniach,
- regularna rehabilitacja logopedyczna we współpracy z terapeutą zaburzeń mowy; by osiągnąć możliwie najlepsze efekty, konieczne są częste i regularne ćwiczenia usprawniające aparat mowy oraz poprawiające umiejętność pisania i czytania,
- spotkania z psychologiem i psychiatrą, którzy pomogą w łagodzeniu objawów związanych z:
  - zaburzeniami snu,
  - utratą niezależności – stan chorego ogranicza mu zdolność wykonywania prostych codziennych czynności,
  - utratą pozycji społecznej – podopieczny ma utrudnione kontakty towarzyskie spowodowane zaburzeniami komunikacji werbalnej, pogorszeniem funkcji poznawczych lub innymi przyczynami niezależnymi od niego,
  - zmianą sytuacji rodzinnej – podopieczny ma trudności w zaakceptowaniu sytuacji, w której jest zależny od innych członków rodziny,
  - lękiem przed nawrotem choroby, pogorszeniem się obecnego stanu – razem z bliskimi stajemy przed szczególnym zadaniem, w którym ściśle współpracując z personelem medycznym oraz pracownikami socjalnymi, wspomagamy podopiecznego w ponownym osiągnięciu umiejętności codziennego funkcjonowania. Dzięki temu wysiłkowi będzie on mógł uwierzyć w możliwość poprawy, a nie pogorszenia swojej sytuacji życiowej.
- wizyty u lekarza rodzinnego, który na bieżąco kontroluje stan naszego seniora,
- wizyty pielęgniarki środowiskowej, która pomaga w pielęgnacji seniora.

**Ze względu na długi czas trwania i skomplikowany charakter procesu rehabilitacyjnego musi nas, opiekunów, cechować cierpliwość, wytrwałość i wyrozumiałość.**

**Opiekun oprócz współpracy ze specjalistami powinien:**

- pomagać w czynnościach higienicznych seniora – nie należy go wyręczać, ale zachęcać do jak największej samodzielności,

- odpowiednio zaadaptować mieszkanie, aby zapobiegać upadkom seniora – więcej na ten temat w dalszej części poradnika,
- zapewnić bezpieczeństwo seniorowi – udar, a zwłaszcza choroba Parkinsona powodują zaburzenia pamięci, więc należy zapewnić opiekę całodobową, chronić przed zabłądzeniem,
- zmniejszyć ryzyko omdlenia seniora – unikać gwałtownego wstawania z łóżka (zwłaszcza po długim leżeniu, np. po śnie w nocy – w pierwszej kolejności trzeba spuścić nogi, odczekać kilka minut, najlepiej wykonując proste ćwiczenia kończyn dolnych, np. krążenia stopami, prostowanie kolan, spać z głową i tułowiem nieco uniesionym, leki zażywać po posiłku, zadbać o odpowiednie nawodnienie, zachęcać do aktywności ruchowej,
- u pacjentów po udarze mózgu należy zapobiegać wystąpieniu podwichnięcia w stawie ramiennym. Staw ten u pacjentów z hemiplegią jest pozbawiony stabilizacji mięśniowej, a siła ciężkości działająca na staw powoduje rozciągnięcie struktur okołostawowych i wysunięcie się główki z panewki stawu. Stan ten może spowodować również nieprawidłowa pielęgnacja pacjenta. W celu zapobiegania podwichnięciu należy dbać o prawidłowe zabezpieczenie i ułożenie kończyny – podczas siedzenia kończyna górna nie powinna „zwiszać”, a być dokładnie podparta. Podczas zmiany pozycji (podnoszenie, obracanie, przesuwanie) pacjenta nie wolno pociągać za kończynę niedowładną. Pacjenta należy chwycić pod łopatki.
- przy objawach zapominania, jak daną czynność kontynuować, należy ją zapoczątkować, np. senior chce umyć zęby, ale po wzięciu do rąk szczoteczki nie pamięta, co ma dalej zrobić – należy nałożyć pastę i przytrzymać jego rękę, a następnie zapoczątkować ruch mycia zębów,
- gdy występuje drżenie (w chorobie Parkinsona), należy zmienić pozycję kończyny, mocno uchwycić ręką jakiś przedmiot lub opuścić na chwilę daną kończynę i odprężyć się,
- zmniejszyć ryzyko zakrztuszenia się, które może być spowodowane problemami z połykaniem pokarmu. Warto zwracać uwagę na konsystencję pokarmu i ocenę, jaką senior jest w stanie bez problemu spożywać (zazwyczaj najtrudniej przyjmuje pokarm płynny, łatwiej półpłynny –
- stosujemy wówczas zagęstniki), pokarm powinien być pokrojony na mniejsze kawałki; należy obserwować seniora podczas jedzenia pod kątem zadławienia, przytrzymywania jedzenia w jamie ustnej; nigdy nie należy go pospieszać,
- zapobiegać niedożywieniu i odwodnieniu seniora – sprawdzić, dlaczego ma zmniejszony apetyt (zgłosić to lekarzowi, który zleci odpowiednie badania), czy nie ma zmian chorobowych w jamie ustnej (np. z powodu źle dopasowanej protezy, aft – zmian grzybiczych, próchnicy zębów), dbać o estetykę posiłków – zachęcamy, o ile to możliwe, do jedzenia przy stole; u osób po udarze pamiętajmy o prawidłowej pozycji (lekko pochylona głowa do przodu, podparte kończyny i tułów), zabezpieczeniu ubrania np. serwetką; zapewnieniu odpowiednich naczyń i sztućców,



- dieta powinna być dostosowana do potrzeb seniora pod względem kaloryczności, bogata w białko, witaminy i minerały, a także lekkostrawna,
- gdy występują problemy z nietrzymaniem moczu i/lub stolca, stosowanie odpowiednich produktów chłonnych, cewników, konieczna jest toaleta kroczka po każdorazowym oddaniu stolca,
- seniorzy z chorobą Parkinsona często budzą się w nocy, by oddać mocz – opiekun powinien ograniczyć ilość przyjmowanych płynów w późnych godzinach wieczornych, nie podawać wówczas podopiecznemu produktów moczopędnych (kawy, herbaty, alkoholu, truskawek, arbuźów), kontrolować, by głowa w czasie snu była ułożona wyżej,
- zapobiegać zaparciom – dieta bogata w błonnik (pieczywo pełnoziarniste, płatki owsiane, warzywa, owoce), odpowiednia ilość płynów, aktywność ruchowa, unikanie produktów zapierających, tj. czekolady, maku, słodyczy, fast foodów. Wskazane jest kontrolowanie częstości wypróżnień (założenie zeszytu, w którym można kontrolować oddawanie stolca), defekacja nie powinna odbywać się rzadziej niż co 3 dni. W razie zaparcia stosowanie suszonych śliwek, surówki z kapusty kiszzonej, przegotowanej wody z miodem na czczo, kefiru. Przy braku efektu herbatki przeczyszczające. Przy dalszym braku efektu konsultacja z lekarzem lub pielęgniarką środowiskową,
- zapobiegać zaburzeniom snu (patrz: rozdział o opiece nad osobami z zaburzeniami układu krążenia),
- zapobiegać u osób unieruchomionych wystąpieniu zmian skórnych: odleżyn, oparzeń, dbać o higienę skóry; osoby z chorobą Parkinsona często skarżą się na nadmierną potliwość, łojotok; stosowanie bielizny osobistej i pościelowej przewiewnej, stosowanie środków do mycia dostosowanych do chorego, zmiany pozycji ciała co dwie godziny,
- u osób po udarze zapobiegać ponownemu wystąpieniu udaru: normalizacja masy ciała, kontrola i leczenie nadciśnienia tętniczego, odpowiednia dieta (patrz choroby układu krążenia), aktywność fizyczna dostosowana do chorego,
- motywowanie seniora do aktywności fizycznej – zapewnienie sprzętu ułatwiającego chodzenie, np. laski (przeznaczone dla osób z niedowładem stóp, kolan), trójnogi, czwórnogi (zapewniają lepsze podparcie niż laski), balkoniki (wskazane dla osób z niewielkimi zaburzeniami równowagi, umożliwiają przenoszenie przedmiotów), wózki inwalidzkie,
- jeżeli senior jest osobą leżącą, zadbaj, aby zapewnić mu łóżko rehabilitacyjne i pomoce, które ułatwią jego przemieszczanie, np. łatwoślizgi, podnośniki; stosuj również udogodnienia, aby zapobiegać odleżynom,
- osoby z porażeniami narażone są na atrofię – zanik mięśni, przykurcze (utrata pełnego zakresu ruchów w stawie). U osoby unieruchomionej, gdy kończyny i kręgosłup znajdują się w pozycji zgięciowej, włókna mięśniowe i tkanka łączna adaptują się do nowej sytuacji i skracają. Zmiany rozpoczynają się już po 5-7 dniach i sukcesywnie



postępują. Po 3 tygodniach lub później tkanka łączna, luźna w mięśniach i wokół stawów, zmienia się w tkankę zwartą, która nie zmieni długości, a to powoduje przykurcz, osteoporozę. Należy pionizować i sadzać osoby leżące, zmieniać pozycję ciała co dwie godziny, wykonywać ćwiczenia i masaże (fizjoterapeuci, masażyści), dbać, by senior wykonywał jak najwięcej czynności samoobsługowych. W miejscach, gdzie doszło do przykurczów, stosować wałki zmniejszające zgięcie, np. w obrębie dłoni, a duże stawy, np. kolanowe, obciążać workiem z piaskiem. Podczas przemieszczania podopiecznego nie chwytać go za części drobne (np. dłonie), ale za biodro, bark,

- przystosować łazienkę, a najlepiej całe mieszkanie do niepełnosprawności seniora – wyeliminować dywaniki, nadmiar sprzętów, przedmioty stanowiące przeszkodę w dojściu do łazienki, zastosować poręczce, maty antypoślizgowe.

## Cukrzyca

Cukrzyca jest przewlekłym schorzeniem o charakterze metabolicznym, w którym występuje nieprawidłowy poziom cukru we krwi na skutek niedoboru lub nieprawidłowego działania insuliny. Badanie wykonywane jest w laboratorium, można też stosować w warunkach domowych glukometr jako codzienną kontrolę. Należy ją prowadzić tak długo, jak zaleci lekarz prowadzący. Trzeba też zapisywać wyniki w zeszycie kontrolnym. Diabetolog wyjaśni, jak postępować, gdy pomiary odbiegają od normy. Nie należy sugerować się normami, które zamieszczone są w różnych niemedycznych publikacjach. U osób w wieku podeszłym cukrzyca jest inaczej „prowadzona”. Wyróżniamy dwa podstawowe typy cukrzycy:

- **cukrzyca typu 1** – insulinozależna. Na tę postać cukrzycy chorują najczęściej dzieci i osoby młode. Uszkodzone są komórki trzustki wytwarzające insulinę, co prowadzi do całkowitego zaniku jej produkcji. Obecnie jedynym skutecznym sposobem leczenia tego typu cukrzycy jest podawanie insuliny za pomocą wstrzyknięć podskórnych albo ciągłe podawanie przy użyciu pompy insulinowej.
- **cukrzyca typu 2** – insulinoniezależna. Jest najczęściej występującą formą tej choroby u seniorów. Przyczyną podwyższonego poziomu cukru nie jest brak insuliny, ale

jej nieprawidłowe działanie w organizmie. W początkowym okresie choroby przyczyną podwyższonego poziomu cukru nie jest brak insuliny, ale jej nieprawidłowe działanie w organizmie (oporność na insulinę). W późniejszym okresie pojawia się również niedobór insuliny. Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą, rozwija się niezaawżalnie i przez wiele lat może pozostać niewykryta. Najczęściej chorują na nią osoby starsze, mało aktywne fizycznie, z nadwagą lub otyłością, z nadciśnieniem tętniczym i wysokim poziomem cholesterolu.

### **Objawami cukrzycy są:**

- zwiększone pragnienie,
- częste oddawanie moczu,
- zwiększony apetyt i spożywanie dużych porcji jedzenia bez przybierania na wadze, a nawet spadek wagi,
- świąd skóry, zmiany na skórze, trudne gojenie się ran,
- odczuwanie fizycznego osłabienia,
- zaburzenia widzenia, widzenie nieostre, trudności w czytaniu.

Powikłania cukrzycy to m.in. zawał serca, uszkodzenie nerek, nerwu wzrokowego, neuropatie (objawy „rękawiczkowe” i „skarpetkowe” – zaburzenia czucia, uczucie drętwienia, bólu lub parzenia dłoni i stóp), zespół stopy cukrzycowej, udar mózgu.

Leczenie cukrzycy polega na przyjmowaniu leków (insuliny lub tabletek normalizujących poziom cukru we krwi), przestrzeganiu zasad diety cukrzycowej, redukcji masy ciała przy nadwadze i otyłości, wprowadzeniu aktywności fizycznej.

### **Przestrzegajmy następujących zasad:**

- Zmieńmy zasady żywienia (stosownie do wskazań lekarza i/lub po uzgodnieniu z rodziną podopiecznego). Jeśli podopieczny już jest na diecie, dokładnie jej przestrzegajmy.
- Stosujmy dietę o niskim indeksie glikemicznym, opartą na regularnych posiłkach – zasady omówiono w dalszej części podręcznika.
- Pilnujmy, aby nasz podopieczny przyjmował leki zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Kontrolujmy poziom glukozy za pomocą glukometru w warunkach domowych. Lekarz określi, jak często należy dokonywać pomiarów – czasem nawet kilkakrotnie na dobę. Techniki pomiaru i zasady wskaże pielęgniarka środowiskowa. W Polsce, w opiece domowej, zwykle to opiekun jest zmuszony do samodzielnego codziennego kontrolowania poziomu glikemii oraz podaje insulinę. Techniki pomiarów, podawania insuliny i zasady wskaże pielęgniarka środowiskowa.
- Kontrolujmy wagę ciała oraz parametry życiowe seniora – np. ciśnienie tętnicze krwi.

- Uważajmy, aby w porę rozpoznać i zareagować na symptomy hipoglikemii (obniżenie poziomu cukru we krwi) oraz hiperglikemii (podwyższenie poziomu cukru we krwi).
- Wysiłek fizyczny powinien być dostosowany do aktualnego stanu zdrowia i kondycji seniora; powinien być regularny – zwiększamy go stopniowo. Wskazane są spacer, nordic walking, taniec, uprawianie działki itp.
- Wyeliminuj alkohol.
- Zapobiegaj powstawaniu i rozwojowi stopy cukrzycowej (zaburzeń ukrwienia i unerwienia stopy mogących prowadzić do owrzodzeń i deformacji stopy oraz infekcji, a w konsekwencji do martwicy i konieczności mniejszych lub większych amputacji):
  - dokładnie osuszaj stopy, nie pomijając przestrzeni międzypalcowych,
  - myj nogi w wodzie o temperaturze nieprzekraczającej 37 stopni C,
  - kontroluj wygląd stopy – jeśli zauważysz, że palce stają się grube, wygięte lub zmieniły kolor, powstały na nich rany, koniecznie zwróć się do ortopedy, diabetologa lub chirurga,
  - senior powinien unikać chodzenia boso,
  - obcinanie paznokci – zwłaszcza przy zniekształceniach powinny ten zabieg wykonywać osoby odpowiednio do tego przygotowane, np. podolog, pielęgniarka. Jeżeli nie ma takiej możliwości, poproś o przeszkolenie; pamiętaj, by ciąć paznokcie pod kątem prostym, w poprzek paznokcia, nie wycinać skórek, za pomocą pilniczka wygładzać wystające zadziory,
  - obuwanie musi być dobrze dopasowane i zapewniać komfort noszenia, nie może być za ciasne, ani za luźne, ani na wysokim obcasie, nie powinno mieć wewnątrz szwów, wystających elementów; wskazane są dobre wkładki,
  - skarpetki, które nie mają wyraźnych szwów, nie za ciasne, z naturalnych materiałów,
  - wskazane masaż stóp, bo poprawiają krążenie i pomagają zmniejszyć ból.

## Hiperglikemia

**przecukrzenie** (nadmierna ilość glukozy we krwi) – występuje tylko u osób z cukrzycą.

### Przyczyny:

- zbyt duża podaż glukozy i innych składników pokarmowych, zbyt obfity posiłek,
- zbyt mała dawka insuliny (leku przyjmowanego przez chorych na cukrzycę),
- mniejszy niż zwykle wysiłek fizyczny, a taka sama ilość jedzenia,
- choroba z gorączką.

## Objawy:

- **łagodnej hiperglikemii:**
  - uczucie zmęczenia,
  - senność,
  - ogólne osłabienie,
  - utrata łaknienia,
  - zaburzenia widzenia,
  - skurcze w nogach,
  - wzmożone pragnienie,
  - częste oddawanie moczu.
- **ciężkiej hiperglikemii:**
  - olbrzymie pragnienie,
  - suchość skóry i błon śluzowych,
  - szybkie i słabe tętno,
  - oddech głęboki, przyspieszony, z wyczuwalnym zapachem acetonu,
  - bóle brzucha, nudności, wymioty,
  - utrata przytomności,
  - śpiączka.

## Pierwsza pomoc:

**chory przytomny** – podać insulinę (jeśli mamy takie uprawnienia) oraz jak najwięcej czystej wody do picia,

**chory nieprzytomny** – pozycja bezpieczna, wezwać pogotowie, okryć, kontrolować tętno i oddech.

## Hipoglikemia

**niedocukrzenie** – niedobór glukozy we krwi (może wystąpić u osób chorych na cukrzycę, ale też zdrowych głodnych lub po nadmiernym wysiłku).

## Przyczyny:

- zbyt duża dawka przyjętej insuliny lub leków zmniejszających poziom cukru we krwi (bądź nieregularne ich przyjmowanie),
- błędy dietetyczne (biegunka) lub za mały posiłek,
- spożycie alkoholu,
- duży wysiłek fizyczny.

## Objawy:

- **łagodnej hipoglikemii:**
  - uczucie głodu,
  - osłabienie,
  - zaburzenia widzenia,
  - bóle i zawroty głowy,
  - senność,
  - omdlenie,
  - drżenia mięśni,
- **ciężkiej hipoglikemii:**
  - blada skóra,
  - obfite pocenie się,
  - przyspieszone tętno, kołatanie serca,
  - pobudzenie, niepokój, nerwowość, zachowania agresywne,
  - drgawki,
  - płytki oddech,
  - utrata przytomności,
  - śpiączka.

Hipoglikemia może doprowadzić do śmierci.

## Pierwsza pomoc:

**chory przytomny** – podać cukier (mocno osłodzona woda, coca-cola lub inny słodki napój, najlepiej gazowany, słodka herbata, cukierki, cukier, najlepiej glukozę – do kupienia w tabletkach),

**chory nieprzytomny** – pozycja bezpieczna, wezwać pogotowie, okryć, kontrolować tętno i oddech.

Najszybszym sposobem podniesienia poziomu glukozy we krwi jest przyjęcie przez podopiecznego cukru pod jakąkolwiek postacią. Mogą to być trzy tabletki glukozy (do kupienia w aptece), 2-3 kostki cukru, herbata albo woda osłodzona dwiema łyżeczkami cukru lub szklankę soku pomarańczowego. Pamiętajmy, że cukier w formie kostek, tabletek czy rozpuszczany w płynie należy podać doustnie jedynie wówczas, gdy podopieczny jest przytomny.

Zanim lekarz i pielęgniarka podejmą decyzję, że chory w wieku podeszłym może samodzielnie posługiwać się glikometrem i penem (podejmując decyzję co do dawki leku) muszą dysponować pogłębioną wiedzą na temat możliwości poznawczych chorego z cukrzycą.

# CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

## Infekcje układu oddechowego

Wiek podeszły predysponuje do częstszych, dłużej trwających, powodujących powikłania infekcji układu oddechowego. Wynika to ze zmniejszenia odporności oraz pojemności płuc, zapadania się oskrzelików, utrudnionego odkrztuszania wydzieliny. Seniorzy najczęściej przechodzą zapalenie płuc i oskrzeli.

Objawy zapalenia płuc: kaszel z odkrztuszaniem plwociny, gorączka lub stany podgorączkowe (nie zawsze występują), ból w klatce piersiowej podczas oddychania, duszność, bóle mięśni, silne osłabienie.

Objawy zapalenia oskrzeli: na początku suchy, potem wilgotny kaszel, świszczący oddech, ból w klatce piersiowej, gorączka, czasem duszność.

Zapalenie płuc u osób starszych może prowadzić do ciężkich stanów niewydolności oddechowej. Przy podejrzeniu tych infekcji należy natychmiast zawiadomić lekarza. Jeżeli podepczynny nie zostanie przewieziony do szpitala, należy ściśle przestrzegać zaleceń lekarza.

## Przewlekła obturacyjna choroba płuc

W POChP występuje utrudniony przepływ powietrza przez drogi oddechowe, który wraz z upływem czasu postępuje. Przyczyną jest najczęściej palenie tytoniu (bierne, czynne), infekcje układu oddechowego, zanieczyszczenie powietrza.

Objawy to kaszel, duszność wysiłkowa, która z czasem coraz bardziej się nasila, ograniczając wydolność fizyczną, aż do takiej, która uniemożliwia wykonywanie podstawowych czynności życiowych, np. ubieranie się. Senior wymaga podawania tlenu.

## Opieka w chorobach układu oddechowego

**Senior z zaburzeniami układu oddechowego wymaga:**

- kontroli jego stanu – zwróć uwagę, czy występuje duszność, gorączka, kaszel (zaobserwuj jego nasilenie, czy towarzyszy mu odkrztuszanie plwociny), zasinienie skóry, ust,
- zmotywowania do zaprzestania palenia tytoniu (opiekun nie powinien stosować nikotyny w miejscu przebywania seniora),
- dbanie o odpowiedni mikroklimat w pomieszczeniach – temperatura 17-20 stopni C, bez przeciągów, wietrzenie, nawilżanie powietrza np. przez nawilżacze,
- nawodnienie seniora (odwodnienie zwiększa dolegliwości),
- ułożenie w łóżku – wysokie, ew. siedzenie w fotelu z podparciem,
- motywowanie do wysiłku fizycznego, spacerów,



- pomimo objawów infekcji, należy zachęcać seniora do przebywania poza łóżkiem, powinien jak najmniej leżeć,
- przy nasilaniu dolegliwości konieczna jest konsultacja lekarska,
- przyjmowanie leków zaleconych przez lekarza,
- wspomaganie odkrztuszania wydzieliny – ćwiczenia oddechowe, oklepywanie klatki piersiowej, inhalacje (przed jedzeniem lub dwie godziny po spożyciu posiłku, aby nie doszło do wymiotów),
- dieta lekkostrawna, jeśli senior jest wychudzony (zwłaszcza w POChP), należy zwiększyć kaloryczność posiłków,
- jeśli senior wymaga tlenoterapii, istnieje możliwość domowej terapii – należy zgłosić chorego do odpowiedniej poradni, gdzie będzie on pod opieką lekarza i pielęgniarki oraz otrzyma do domu koncentrator tlenu (urządzenie do wytwarzania tlenu).

## CHOROBY UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO

### Osteoporoza

Osteoporoza to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia gęstości kości, przez co stają się one bardzo podatne na złamania nawet przy niewielkich urazach czy naprężeniach mięśni. Zmniejsza się ilość wapnia i fosforu w kościach, zazwyczaj przy niedoborze witaminy D. Gęstość układu kostnego zaczyna powoli maleć u osób po 35. roku życia.

Przyczyny tego zaburzenia to głównie wiek, niedobór hormonów płciowych (menopauza, andropauza), długotrwałe unieruchomienie, płeć żeńska, mała aktywność fizyczna.

**Skutki osteoporozy** – typowe złamania kości (szyjki kości udowej, trzonów kręgow, kości promieniowej), bóle w miejscu złamań zmniejszenie wzrostu, zaokrąglone plecy (tzw. wdowi garb).



## Choroba zwyrodnieniowa stawów

To proces uszkodzania elementów stawowych – chrząstek, a następnie części kostnych. Pojawia się ból i ogranicza się ruchomość stawu, aż powstaje stan zapalny.

**Przyczyny:** starość, przeciążenia stawów, urazy, przebyte stany zapalne, choroby metaboliczne (np. dna moczanowa), otyłość. Zmiany dotyczą stawów najczęściej biodrowych i kolanowych oraz kręgosłupa, ale również łokciowych, barkowych. Ból pojawia się nagle po wysiłku lub wcześniej rano, w nocy. Staw jest obrzęknięty, słyszalne jest trzeszczenie.

**Do podstawowych objawów choroby zwyrodnieniowej zalicza się:**

- Ból w zajęтым stawie nasilający się pod wpływem obciążenia stawu, po dłuższym wysiłku i ustępujący po odpoczynku. Charakterystyczne jest także występowanie bólu porannego (po nocy), który zmniejsza się po „rozchodzeniu”.
- Sztywność, również „sztywność poranna”
- Ograniczenie zakresu ruchu
- W późniejszym stadium również zmiana obrysu i zniekształcenie stawu

W okresie zaostrzenia choroby może dojść do zaostrzenia bólu i sztywności z towarzyszącym obrzękiem stawu. Ból może nie ustępować w nocy.

W łagodzeniu objawów choroby zwyrodnieniowej stawów mogą być pomocne niektóre metody fizjoterapii takie jak: ćwiczenia – najlepiej bez obciążenia stawu (np. jazda na rowerze stacjonarnym, ćwiczenia w pozycji leżącej czy siedzącej), które poprawią „odżywienie stawu”, również ćwiczenia z oporem, których celem jest wzmocnienie siły mięśniowej (jeśli nie powodują lub nie nasilają bólu) oraz ćwiczenia, które poprawią i utrzymają zakres ruchu. Stosowanie ćwiczeń i bycie aktywnym opóźnia wystąpienie zaników mięśniowych, ograniczenia zakresu ruchu i obniżania się sprawności pacjenta. Pomocne może być także stosowanie okładów z lodem (3-4 razy dziennie po 10-15min; worka z lodem nie układa się bezpośrednio na skórze, a poprzez suchą ściereczkę lub ręcznik). Metody te mogą poprawić komfort pacjenta, a przede wszystkim zmniejszyć ilość przyjmowanych leków przeciwbólowych. Niezwykle ważne jest utrzymanie prawidłowej masy ciała – każdy kilogram stanowi dodatkowe obciążenie stawu i przyczynia się do rozwoju choroby. Można stosować różnego typu urządzenia odciążające zajęty staw, np. kule, laski.

W przypadku uciążliwego bólu stosuje się środki przeciwbólowe (na początku miejscowo maści i kremy, doustnie paracetamol), iniekcje dostawowe, a jeśli objawy utrzymują się długo, nie reagują na leczenie i prowadzą do wyraźnego ograniczenia sprawności funkcjonalnej konieczne może być leczenie operacyjne (wszczepienie endoprotezy stawu)."

Leczenie jest długotrwałe i nie ma właściwie jednego skutecznego lekarstwa. Dobre efekty przynosi natomiast stosowanie diety lekkostrawnej i wykluczenie używania tytoniu i alkoholu. Mimo że artretyzm to choroba nawracająca, możemy nad nią zapanować. Wystarczy w tym celu dostosować się ściśle do zaleceń lekarza oraz przestrzegać wszelkich zasad nowego stylu żywienia. Nieco ruchu oraz mniej stresu i pośpiechu również mogą okazać się zbawienne dla naszych podopiecznych.

## Reumatyzm

W potocznym rozumieniu na reumatyzm cierpi każdy, kto skarży się m.in. na uciążliwe bóle mięśni i stawów czy problemy z poruszaniem się, które najbardziej odczuwalne są jesienią – częste zmiany pogody, gwałtownie obniżająca się temperatura oraz rosnący poziom wilgoci w powietrzu wpływają niekorzystnie na nasz układ ruchu. Jednak dolegliwości, które nazywamy reumatyzmem, nie są jednostką chorobową, ale objawami, które charakteryzują ponad 200 różnych chorób reumatycznych, między innymi:

Reumatoidalne Zapalenie Stawów (RZS). Jest to przewlekła, zapalna choroba autoimmunologiczna, w której komórki układu odpornościowego błędnie identyfikują jako obce niektóre komórki własnego organizmu i rozpoczynają procesy prowadzące do ich niszczenia. Istotą choroby jest proces zapalny rozpoczynający się wewnątrz stawu. Nieznany czynnik stymuluje błonę maziową wyścielającą staw do odpowiedzi zapalnej. Dochodzi do jej powiększania się i niszczenia przylegających struktur (chrząstki, kości, więzadeł, ścięgien). Przejawami tego są początkowo ból i obrzęk, a następnie nieodwracalne zniszczenie i utrata ruchomości stawu. Uszkodzenie chrząstki i innych struktur stawu przez proces zapalny sprzyja powstawaniu wtórnych zmian zwyrodnieniowych.

### Objawy:

- ból,
- obrzęk,
- uczucie porannej sztywności stawów (w postaci aktywnej trwa nawet ponad godzinę),
- nasilenie się dolegliwości po długotrwałej bezczynności stawów i ich ustępowanie pod wpływem ćwiczeń fizycznych,
- w okresie zaostrzenia RZS (aktywna postać choroby) stawy są obrzęknięte, bardzo bolesne zarówno przy poruszaniu, dotykaniu, jak i w spoczynku,
- skóra nad zajętymi stawami jest zaczerwieniona i cieplejsza niż nad stawami zdrowymi,
- bardzo silny ból i obrzęk stawu powoduje pogorszenie jego ruchomości i sprawności.
- gdy zajęte są stawy dłoni, pacjent ma trudności z wykonywaniem czynności typu zapinanie guzików, wiązanie sznurowadeł, podnoszenie filiżanki do ust, odkręcanie słoików,
- przy zajęciu stawów kończyny górnej senior może mieć trudności z podniesieniem rąk i ich rozprostowaniem, z sięganiem po przedmioty, z myciem głowy etc., pojawia się zespół cieśni nadgarstka – drętwienie i mrowienie palców, ból dłoni, zanik mięśni kłębów dłoni, trudności z zacisnięciem ręki w pięść, nasilenie objawów w nocy i po uniesieniu ręki, a ustąpienie po opuszczeniu,
- w miarę upływu czasu dochodzi również do deformacji wynikającej z uszkodzenia

i destrukcji stawowej. W skrajnych przypadkach, gdy chrząstka stawowa i powierzchnie stawowe są uszkodzone na całej swojej długości, dochodzi do zarośnięcia ciała szpary stawowej i do zrośnięcia się kości tworzących staw,

- zmiany pozastawowe, np. guzki reumatoidalne – bezbolesne guzki podskórne, najczęściej zlokalizowane w okolicy łokci, stawów rąk oraz w innych miejscach narażonych na ucisk; mogą też powstawać w narządach wewnętrznych.

## Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK).

Choroba występuje częściej u mężczyzn, jest przewlekła, a z czasem stan podopiecznego się pogarsza. Postępujące zmiany w całym kręgosłupie powodują, że sylwetka seniora jest coraz bardziej pochylona do przodu i usztywniona.

Choroby te przebiegają fazami: rzutu (nasilenie objawów) i remisji (zmniejszenie).

## Opieka nad osobami z chorobami układu ruchu

Opiekun osoby ze schorzeniami układu ruchu powinien:

- motywować seniora do przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi, pamiętać o wizytach kontrolnych,
- motywować i wspierać w rehabilitacji – brak ćwiczeń szybko doprowadzi do pogorszenia stanu; wskazane są również masaże, fizykoterapia,
- zadbać o prawidłowe żywienie seniora, które pozwoli kontrolować jego masę ciała – nadwaga obciąża stawy, a obniżenie masy ciała o 5 kg może zmniejszyć ryzyko choroby aż o 50%,
- korygować wady postawy u podopiecznego – zwróćmy uwagę, aby zachowywał prostą postawę, np. aby podczas siedzenia nie zakładał nogi na nogę,
- zwracać uwagę, aby prawidłowo odciążał chore stawy, np. jeśli senior używa laski, powinna znajdować się ona po przeciwnej stronie chorego stawu,
- pomagać podopiecznemu przy przenoszeniu, dźwiganiu cięższych przedmiotów, ograniczajmy wykonywanie przez niego tych czynności,
- zadbać o umiarkowaną aktywność fizyczną seniora z uwzględnieniem odpoczynku odciążającego stawy,
- motywować seniora do zaprzestania palenia tytoniu (pamiętajmy, że groźne jest również bierne palenie).

**Podopieczny chory na reumatyzm najczęściej bardzo cierpi nad ranem lub w nocy.** Jest to spowodowane nagromadzeniem się płynów w torebkach stawowych, które podczas snu są nieruchome. Stawy są wtedy opuchnięte i zesztywniałe. Czasami senior nie chce kłaść się spać, ponieważ obawia się bólu, który go obudzi. Postarajmy się mu pomóc, stosując proste metody z zakresu fizjoterapii:

- wieczorem, tuż przed snem, zastosujmy ciepłą kąpiel z dodatkiem olejku sosnowego lub naparu z rozmarynu,
- zachęcajmy podopiecznego, aby w ciągu dnia uczestniczył w pracach usprawniających ruch, np. lekkich pracach domowych, robótkach na szydełku itp.
- czynności higieniczne należy wykonywać ze szczególną delikatnością, ze względu na ból
- stosować ubrania, które nie drażnią skóry,
- kołdra czy koc powinny być lekkie.

Codzienną pracą z podopiecznym, poprzez ćwiczenia i systematyczne wspieranie go w wierze w jego własne siły, możemy zdecydowanie poprawić jego stan. Wspierając podopiecznego, nie rozbudzajmy w nim wielkich nadziei, zauważajmy poprawę i zwracajmy na nią jego uwagę. Metodą małych kroków i cierpliwością starajmy się zachęcić podopiecznego do wspólnych ćwiczeń.

## NOWOTWORY

W wieku podeszłym, ze względu na zmniejszenie odporności, mogą wystąpić nowotwory. Opisujemy je, aby zwrócić szczególną uwagę na pierwsze symptomy choroby i ich nie lekceważyć jako naturalnych zjawisk związanych z wiekiem.

- **Nowotwór prostaty** występuje u mężczyzn w wieku najczęściej po 65. roku życia. Pierwszymi objawami są zaburzenia w oddawaniu moczu (częste oddawanie moczu, zwłaszcza przerywanym strumieniem, uczucie niepełnego oddania moczu). Nawet jeśli problem jest przemijający, należy zgłosić go lekarzowi prowadzącemu.
- **Nowotwór sutka** występuje najczęściej u kobiet pomiędzy 50. a 75. rokiem życia. Myjąc podopieczną, należy zwracać uwagę, czy nie wyczuwamy niebojącego guzka lub grudki, zwłaszcza w górnej części piersi od strony pachy. Może pojawić się wyciek z brodawki sutkowej, jej wciągnięcie.
- **Nowotwór jajnika, trzonu macicy** – często nie dają one objawów lub pojawiają się niewielkie dolegliwości, np. pobołowanie w podbrzuszu. Może pojawić się krwawienie lub plamienie – każda taka sytuacja po menopauzie (po ostatnim krwawieniu miesięcznym) to wskazanie do natychmiastowej kontroli ginekologicznej. Zmiany można wykryć jedynie przez badanie ginekologiczne, cytologiczne, USG. Opiekun powinien pamiętać, aby podopieczna co 2-3 lata miała wykonała badanie cytologiczne, a kontrola ginekologiczna powinna być raz w roku – o ile nie ma niepokojących objawów.
- **Nowotwór skóry** występuje w wieku późniejszym znacznie częściej niż w młodym. Często jest następstwem intensywnego działania słońca na skórę we wcześniejszym wieku. Zwracajmy uwagę na wszelkie zmiany skórne, nawet jeśli będzie to tylko drobne łuszczenie się naskórka na nosie lub w innym, bardziej eksponowanym na promieniowanie, miejscu. Jeśli wiemy, że nasz podopieczny wykonywał pracę na

świeżym powietrzu, np. w tropikach, lub lubił się opalać (można to wywnioskować, oglądając zdjęcia z wakacji) obserwujemy, czy znamiona nie powiększają się i czy ich kształt jest regularny – jeśli zauważymy zmiany, należy powiadomić lekarza.

- **Nowotwór jelita grubego** występuje u osób po 50. roku życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet. Niepokojącymi objawami są ból brzucha, krwawienia ukryte lub jawne, zaparcia.
- **Nowotwór płuc** u palaczy i palaczy biernych występuje zazwyczaj po 50. roku życia. Niepokojącym objawem jest kaszel, jeśli jest z krwiopluciem, bezzwłocznie należy powiadomić lekarza.
- **Choroby hematologiczne** – nowotwory krwi.

Opieka nad podopiecznym z chorobą nowotworową to opieka mająca na celu zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb seniora. Ich zaspokojenie polega nie tylko na trosce o usunięcie lub znaczne złagodzenie dolegliwości bólowych, ale także na podtrzymaniu podopiecznego na duchu.

#### Kilka porad:

- nigdy nie podważajmy zaleceń lekarskich,
- zawsze informujemy lekarza o każdej zmianie w stanie podopiecznego – np. dotyczącej osłabienia reakcji na leki przeciwbólowe.
- nie izolujemy seniora od kontaktów towarzyskich.

Nawet jeśli podopieczny jest nieuleczalnie chory i lekarze nie dają mu szans na długie życie, starajmy się, aby jego życie i aktywność w miarę możliwości nie zmieniły się. Jak najdłużej zachowujmy znany rytm dnia i normalny cykl tygodnia. Nie okazujmy seniorowi nadmiernego współczucia lub strachu.

Naszym zadaniem jest współpraca z pielęgniarkami i lekarzem w celu uwolnienia podopiecznego od przykrych dolegliwości, z jednoczesnym zwróceniem uwagi na jego stan emocjonalny. Kontakt z chorym człowiekiem, z ludzkim cierpieniem, z umiarem, mimo woli wpływa na przewartościowanie naszych osobistych reakcji i dążeń. Pamiętajmy, że najważniejsza jest nasza obecność przy podopiecznym. Wsparcia w trudnych rozmowach z podopiecznym możesz szukać również u księdza.

W opiece nad osobami chorymi na nowotwory przebywającymi w domu w Polsce pomagają hospicja. Należy poprosić o skierowanie do opieki hospicyjnej. Do domu przyjedzie lekarz, pielęgniarka, a nawet ksiądz czy psycholog.

# RANY PRZEWLEKŁE

## Charakterystyka ran przewlekłych

Ranami przewlekłymi nazywamy trudno gojące się rany, które bez specjalistycznego leczenia nie są w stanie się zabiłnić. Rodzaje ran przewlekłych to:

- owrzodzenia żyłne podudzi – ich powstawanie związane jest z zaburzeniami krążenia. W wyniku przewlekłej niewydolności układu żylnego kończyn dolnych, najczęściej na łydkach lub w okolicach kostek, powstają owrzodzenia. Mają one postać długo tworzących się, otwartych uszkodzeń skóry. Występują głównie u osób po 60. roku życia, ale zdarzają się też u osób młodszych.
- odleżyny – na tle długotrwałego lub powtarzającego się ucisku, tarcia lub obu tych czynników jednocześnie dochodzi do miejscowego uszkodzenia skóry i znajdującej się pod nią tkanki, a w konsekwencji do ich obumierania i ubytku. Najbardziej narażone na powstawanie odleżyn są osoby długotrwanie unieruchomione, u których dochodzi do ciągłego ucisku tkanek miękkich. Odleżyny to rany niezwykle trudne do leczenia, dające wiele powikłań, prowadzące do martwicy tkanek, a w przypadkach skrajnych zaniedbań mogą nawet przyczynić się do zakażenia całego organizmu i śmierci. W naszej pracy najważniejsze jest, żeby zapobiegać powstaniu odleżyn u osoby leżącej, ponieważ ich powstawanie często może być wynikiem nieodpowiedniej troski o podopiecznego.
- zespół stopy cukrzycowej – to jedno z najpoważniejszych powikłań, które dotyka wielu diabetyków. Często zdarza się, że nawet leczenie nie przynosi rezultatów – wówczas chorzy skazani są na amputację palców, większej części stopy lub całkowite jej usunięcie. Schorzenie następuje w wyniku uszkodzenia naczyń krwionośnych, które prowadzi do pogorszenia ukrwienia w stopie, a w rezultacie do jej niedotlenienia i martwicy. U chorego dochodzi do charakterystycznego zaburzenia czucia bólu w stopie, braku reakcji na zbyt wysoką temperaturę wody, w której moczy stopy, a także osłabienia odporności, które sprzyja szybkiemu rozwojowi zakażenia nawet przy drobnym skaleczeniu.

## Inne rodzaje ran przewlekłych to:

- oparzenia (w tym termiczne, chemiczne),
- owrzodzenia nowotworowe (pozostawiają trudno gojące się rany).

Każda rana przewlekła, bez względu na rodzaj i rozległość, niesie ze sobą cierpienie fizyczne – z reguły jest to silny ból, ale powoduje również dyskomfort psychiczny, który wywołany jest m.in. nieprzyjemnym, ostrym zapachem wydostającym się z rany. Zapach ten jest następstwem zakażenia tkanek martwiczych skóry, tkanki podskórnej, a nawet mięśni i kości.

W związku z tym podopieczni z takimi schorzeniami wstydzą się przebywać z innymi, czują się wyobcowani i samotni, czasami sami brzydzą się swoich ran i popadają w depresję.

## Profilaktyka odleżyn

Odleżyny powstają bardzo szybko, natomiast proces ich gojenia się trwa miesiące, a nawet lata. Uważa się, że o dobrej jakości opieki świadczy brak występowania odleżyn, ewentualnie zmniejszanie się tych ran.

- Podczas toalety oraz innych czynności przy podopiecznym kontroluj stan jego skóry pod kątem wystąpienia odleżyn.
- Odciążanie ucisku przez stosowanie materaców przeciwodleżynowych i udogodnień:
  - materace przeciwodleżynowe, poduszki – pneumatyczne, Rocha, piankowe, z granulatu, wypełnione np. gryką,
  - runo owcze (poduszki, podkłady, koce), krążki, wałki, kliny, podpórki, ochraniacze, podkładki, łątwoślizgi.
- Zmniejszenie czasu działania ucisku przez częstą zmianę pozycji ciała – co dwie godziny. Odpowiednie ułożenie.
- Przy zmianie pozycji nie należy dopuścić do tarcia.
- Ułatwienie przepływu krwi przez masaż i oklepywanie skóry narażonej na odleżyny, wczesne uruchamianie, ćwiczenia.
- Stosowanie środków przeciwodleżynowych w okolicach szczególnie narażonych na ich powstanie, np. 0,5% krem propolisowy, sudocrem, krem Penathen, wapno w płynie.
- Codzienne mycie skóry łagodnymi środkami o neutralnym pH lub szarym mydłem bez substancji zapachowych, aby uniknąć uczuleń, podrażnień i przesuszeń skóry.
- Bardzo delikatne i staranne osuszanie skóry po myciu, zwłaszcza w okolicach fałdów, gdzie sąsiednie powierzchnie stykają się, to znaczy: przestrzenie międzypalcowe, pod piersiami, pod pachami, w pachwinach, co zapobiega maceracji i pękaniu naskórka.
- Częsta zmiana materiałów higienicznych (pampersów, pieluchomajtek, wkładek).
- Natłuszczanie skóry dla utrzymania naturalnej bariery ochronnej i odpowiedniej wilgotności, np. oliwką, Linomagiem.
- Delikatne talkowanie skóry, np. talkiem, wapnem w płynie, nigdy nie używa się ich jednocześnie ze środkami natłuszczającymi.
- Zabezpieczanie podopiecznego przed zsuwaniem się.

**W opiece nad Podopiecznym z raną przewlekłą należy:**

- nie okazywać niechęci – nawet wtedy, gdy zapach rany jest dla nas wyjątkowo nieprzyjemny,

- stosować się do zaleceń lekarskich przy codziennej higienie podopiecznego,
- mówić o postępie gojenia i podtrzymywać seniora na duchu,
- nie zmieniać opatrunku ani go nie zdejmować, opatrunkiem zawsze zajmuje się wykwalifikowana pomoc medyczna,
- stosować dietę bogatą w białko, ze zwiększoną ilością witaminy C,
- stosować udogodnienia, by odciążać miejsca, gdzie znajduje się rana,
- zmieniać pozycję ciała co dwie godziny.

## INKONTYNENCJA

Inkontynencja to nietrzymanie moczu i/lub stolca.

**Najczęstsze rodzaje nietrzymania moczu:**

- **Wysiłkowe, stresowe** – oznacza niekontrolowany wyciek moczu/stolca podczas wysiłku fizycznego, w trakcie kichania, kaszlenia, w sytuacjach stresowych – pojawia się najczęściej u kobiet, a u mężczyzn po zabiegach wycięcia prostaty,
- **Nietrzymanie z powodu parcia** – niekontrolowany wyciek, któremu towarzyszy lub bezpośrednio je poprzedza uczucie silnego parcia – seniorzy skarżą się, że nie zdążyli dojść do toalety,
- **Nocne nietrzymanie moczu** – niekontrolowany wyciek moczu podczas snu,
- **Ciągłe nietrzymanie moczu** – niezależnie od pory dnia i nocy,
- **Neurogenne nietrzymanie moczu** – odruchowe, związane z zaburzoną funkcjonowaniem układu nerwowego; chory nie odczuwa parcia na pęcherz, który opróżnia się całkowicie,
- **Nietrzymanie moczu z przepełnienia** – z powodu uciśnięcia cewki moczowej (np. przy przeroście prostaty, gdy pęcherz jest przepełniony, następuje jego skurcz i opróżnienie).

**Inkontynencja kałowa:**

- **Nietrzymanie kału z parcia** – chory czuje parcie, ale nie jest w stanie wytrzymać na tyle długo, by zdążyć do toalety – często z powodu osłabienia mięśni zwieracza odbytu,
- **Pasywne nietrzymanie kału** – stolec wycieka bez wcześniejszego uczucia parcia, najczęściej na skutek uszkodzenia nerwów, osłabienie mięśni lub bardzo częstego zatwardzenia.



## Stopnie nietrzymania moczu

Mierzmy ilość wydalanego w niekontrolowany sposób moczu w ciągu 4 godzin:

- kropelkowe: do 50 ml,
- lekkie: 50-100ml,
- średnie: 100-200 ml,
- ciężkie: 200-300 ml,
- bardzo ciężkie: powyżej 300 ml.

## Opieka nad seniorem z inkontynencją

Co stosujemy w razie inkontynencji?

- baseny (na mocz, stolec),
- kaczki – pojemniki na mocz dla kobiet i mężczyzn (mają one inne kształty),
- krzesła toaletowe (postawione przy łóżku seniora, skracają jego drogę do toalety),
- wkładki urologiczne (przy małym popuszczaniu moczu),
- pieluchomajtki: dwa rodzaje – jedno dla osób chodzących (przypominają majtki – podczas zdejmowania rozrywamy ich brzeg), inne dla osób leżących (otwarte, posiadają plastry, rzepy do mocowania).
- cewniki zewnętrzne (dla mężczyzn),
- cewniki wewnętrzne (dla kobiet).

Mamy prawo do refundacji pieluchomajtek, wkładek i cewników przez NFZ. Wymaga to wystawienia zlecenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w postaci wniosku lub recepty (ważność 30 dni). Następnie w NFZ należy zarejestrować zlecenie i odebrać Kartę Zaopatrzenia Comiesięcznego. Realizacja zlecenia jest możliwa w aptekach, sklepach medycznych lub przez bezpośrednie zamówienie u producenta. Wniosek może być wystawiony na 1, 2 lub 3 miesiące.

**Najważniejsze metody leczenia:**

- Przyjmowanie leków zleconych przez urologa.
- Zabiegi chirurgiczne poprawiające utrzymanie moczu.
- Ćwiczenia mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla). Jak te mięśnie? Gdy oddajemy mocz, należy napiąć mięśnie krocza, by przerwać strumień moczu – to właśnie te mięśnie. Jak często ćwiczyć? Naprzemiennie napinać i rozluźniać opisaną grupę mięśni 3 razy dziennie przez 5-10 minut. Co jest nam do tego potrzebne? Tylko dobra wola. Ćwiczymy w dowolnym momencie dnia (ale już nie podczas oddawa-

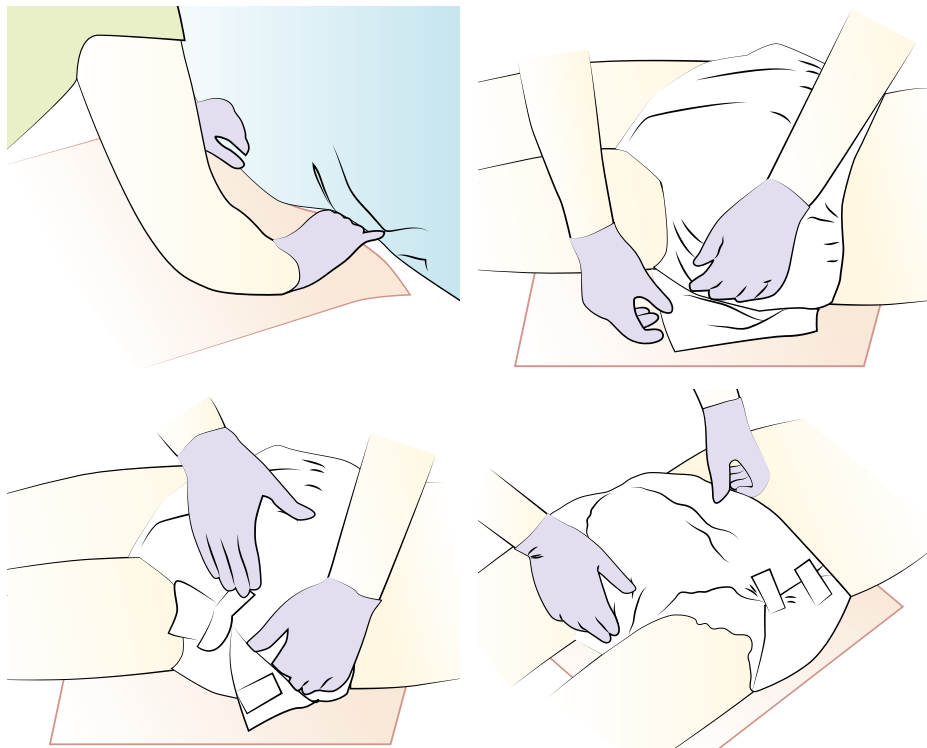
nia moczu). Od jakiego wieku? Powinny ćwiczyć wszystkie kobiety od młodości do momentu, kiedy jeszcze kontrolują te mięśnie. Ćwiczy więc i seniorka, i opiekunka.

- Redukcja masy ciała – głównie wtedy, gdy występuje otyłość w obrębie brzucha.
- Regulacja rytmu oddawania moczu, stolca (należy wyrobić stałe pory oddawania moczu i stolca, np. senior codziennie w tych samych godzinach korzysta z toalety, po pewnym czasie organizm przyzwyczai się), trening pęcherza (oddawanie moczu o stałych porach dnia, w nocy przerwa, co 3-4 godziny; gdy jest wcześniej parcie na mocz, senior stara się zatrzymać wyływ, początkowo minutę, potem coraz dłużej, aż dojdziemy do optymalnego czasu).
- Zmniejszenie spożycia kawy, mocnej herbaty, alkoholu.
- Normalizacja spożywania płynów – seniorzy często mniej piją w celu uniknięcia częstego oddawania moczu. Jest to błędne postępowanie, ponieważ powoduje infekcje układu moczowego i jeszcze bardziej nasila zaburzenia.
- Jeżeli twój podopieczny przyjmuje leki na nadciśnienie, mogą one nasilać nietrzymanie moczu. Czasem można zredukować leki moczopędne przyjmowane na noc. Jeżeli senior wybudza się w nocy, by oddać mocz, porozmawiaj o tym z lekarzem.
- Krzyżowanie nóg i pochylanie się ku przodowi może pomóc w ograniczeniu wycieku np. podczas kaszlu lub w innych sytuacjach.
- Zapobiegaj zaparciom.

## Co wybrać dla naszego podopiecznego? Oto kilka zasad i porad.

- Najpóźniej, jak to możliwe, stosujemy cewniki wewnętrzne, ponieważ znacznie wzrasta wówczas ryzyko zakażenia układu moczowego. Niemniej jednak występują sytuacje, gdy nie można czekać, np. uciśnięcie cewki moczowej przez przerośniętą prostatę, które znacznie utrudnia oddawanie moczu, rany w okolicy krocza (działanie wydaliny na ranę przedłuża jej gojenie). Cewnik wewnętrzny zakładany jest przez lekarza lub pielęgniarkę.
- U mężczyzn (o ile prącie nie jest zbyt krótkie i nie ma ran na penisie) stosujemy cewniki zewnętrzne, gdy senior jest pobudzony psycho-ruchowo (np. pociąga za cewnik). Ten rodzaj cewnika może założyć senior lub jego opiekun.
- Baseny służą do oddawania moczu i stolca, a kaczki do moczu dla osób, które leżą w łóżku. Stopień inkontynencji u nich powinien być najmniejszy. Pomiędzy podaniem basenu mogą mieć założone wkładki lub pampersy.
- Wkładki i pieluchomajtki mają różne rozmiary. Wyrób powinien być dobrany do stopnia inkontynencji (im większa, tym bardziej chłonny), obwodu talii i bioder. Zbyt duża pielucha będzie powodowała jej marszczenie się, odgniecenia na skórze i wyciek wydaliny na pościel i bieliznę. Zbyt mała natomiast spowoduje otarcia skóry krocza i pogorszenie samopoczucia pacjenta.

## Technika zakładania pieluchomajtek u osoby leżącej



Przed rozpoczęciem czynności toaletowych stwórzmy przyjazną atmosferę.

- Należy przygotować:
  - pieluchomajtki, podkład lub dodatkowy ręcznik,
  - środki do podmycia: miskę z wodą, myjkę, mydło lub płyn do higieny intymnej; ewentualnie chusteczki higieniczne do higieny intymnej, piankę do mycia,
  - krem pielęgnacyjny, np. Sudocrem lub środki natłuszczające, np. oliwkę, Linomag,
  - ręcznik, ręcznik papierowy lub papier toaletowy,
  - rękawiczki jednorazowe, wskazany jest również fartuch do ochrony, worek na brudny pampers, papier toaletowy.
- Należy zdjąć spodnie seniora, podłożyć podkład lub ręcznik pod pośladki.
- Rozpiąć przylepce i odstąpić krocze. Umyć przednią część krocza – jeśli dostał się tam stolec, w pierwszej kolejności wytrzeć go papierem toaletowym (można zastoso-  
wać piankę do mycia).

- Obrócić seniora tak, by pośladki znajdowały się po stronie opiekuna.
- Jeśli znajduje się tam stolec, w pierwszej kolejności wytrzeć go papierem toaletowym (można zastosować piankę do mycia). Wyjąć pampers pod pośladków i wrzucić do worka.
- Umyć pośladki i tylną okolicę odbytu. Dokładnie osuszyć.
- Podłożyć nowe pieluchomajtki – aktywować, aby lepiej wchłaniały (rozłożyć, chwycić za oba końce, lekko pociągnąć, złożyć na pół i delikatnie skrócić najpierw w jedną, a potem w drugą stronę), podłożyć (część z przylepcami powinna znajdować się pod plecami), zwijając dalsze skrzydło pieluchomajtek w tzw. harmonijkę (ułatwi to wyjęcie ich po odwróceniu chorego na plecy).
- Odwróć seniora na wznak.
- Wyciągnąć przednią część i zawinięte skrzydło pieluchomajtek, dopasować je do kroczka.
- Zapiąć dolne przylepce lekko skośnie ku górze, a dolne lekko skośnie ku dołowi (w ten sposób dopasujesz pieluchę w pasie). Sprawdź, czy nie ma zagięć. Załóż spodnie.

## Pielęgnacja skóry przy inkontynencji

Pielęgnacja skóry osoby cierpiącej na inkontynencję wymaga odpowiedniej higieny, która umożliwi uniknięcie niepożądanych problemów skórnych oraz sprawia, że podopieczny ma lepsze samopoczucie i większy komfort, a także zapobiega zakażeniom dróg moczowych. Pamiętajmy, aby wszystkie zabiegi pielęgnacyjne wykonywać ze szczególną uwagą, aby nie podrażniać skóry.

- Kontrola stanu wilgotności pieluchy. Skóra podopiecznego, który długi czas przebywa w zbyt wilgotnej pielusze, narażona jest na podrażnienia, odparzenia i odleżyny.
- Zmiana pieluchy wtedy, kiedy zostanie ona zanieczyszczona tak, że niemożliwe jest dalsze jej użytkowanie i każdorazowo po oddaniu stolca, co pozwala zapobiegać powstawaniu niepotrzebnych podrażnień skóry u osoby noszącej pieluchomajtki.
- Wykonywanie toalety przynajmniej dwa razy dziennie.
- Każdorazowe zabezpieczenie skóry podczas zmiany pieluchy. Dokładne mycie, suszenie i pielęgnacja miejsc narażonych na podrażnienia oraz działania profilaktyczne. U osób unieruchomionych w łóżku czy poruszających się na wózku inwalidzkim bardzo ważna jest zmiana pozycji co najmniej co 3-4 godziny, zaleca się także stosowanie zabiegów pobudzających krążenie w tkankach, m.in. nacieranie i oklepywanie.





## CHOROBY OTĘPIENNE

### Charakterystyka, przyczyny, rodzaje oraz przebieg chorób otępiennych

Otępieniem (demencją) nazywamy zespół objawów charakteryzujących się wyraźnym upośledzeniem funkcji poznawczych, czyli pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, zdolności wystawiania się, co staje się przyczyną zaburzonego funkcjonowania.

**Definicja otępienia opiera się na trzech składowych:**

- obniżeniu sprawności intelektualnej w stosunku do poprzedniego poziomu,
- upośledzeniu funkcjonowania chorego w otoczeniu,
- upośledzeniu funkcji poznawczych, którym towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją.

**Typowe objawy występujące w otępieniu:**

- upośledzenie pamięci krótkotrwałej (np. niemożność zapamiętania nowych informacji), a w późniejszym okresie również długotrwałej (np. niemożność odtwarzania informacji nabytych wcześniej),
- upośledzenie myślenia abstrakcyjnego (np. trudności ze wskazaniem podobieństw, różnic, wyjaśnieniem znaczenia słów),
- upośledzenie krytycznej oceny (np. oceny swego postępowania, planowania, działań, nieprzestrzeganie ogólnie obowiązujących zasad współżycia),
- korowe zaburzenia poznawcze (afazja, apraksja, agnozja),
- zmiany osobowości polegające głównie na zaostrzeniu cech osobowości przed chorobą (np. cech impulsywności, podejrzliwości, egocentryzmu itp.).

Upośledzenie pamięci jest wczesnym i najbardziej uderzającym objawem otępienia i ma charakter postępujący. Często spotykane są także zaburzenia zachowania jak depresja, zaburzenia snu, pobudzenie, agresja oraz objawy psychotyczne (urojenia i omamy).

## Etapy rozwoju otępienia

Choroba może zaczynać się objawami trudnymi do zauważenia i nasilającymi się bardzo powoli. Osoba chora zaczyna zapominać podstawowe rzeczy, często związane z wykonywanym zawodem lub też czynnościami dnia codziennego. Do zaburzeń pamięci dochodzą stopniowo zaburzenia związane z orientacją w przestrzeni i czasie (chory wielokrotnie dopytuje się o godzinę, dzień tygodnia), gubi się w miejscach do tej pory dobrze mu znanych.

Można również zauważyć częste zmiany nastroju, zniechęcenie wobec ulubionych czynności i apatię. Na tym etapie chory ma pełną świadomość popełnianych błędów i zaburzeń pamięci. Usiłuje to jednak ukryć i minimalizować objawy. Zaburzenia pamięci nasilają się z czasem. Zmienia się również zachowanie chorego. Dochodzą zaburzenia mowy i koordynacji ruchów, co powoduje coraz większe trudności w wykonywaniu codziennych czynności.

### Pierwsza faza choroby

- **Pamięć** – chory zapomina o umówionych terminach, spotkaniach, imiona krewnych, nazwy ulic, przedmiotów. Ma kłopoty z liczeniem, rozmowy stają się dla niego coraz trudniejsze.
- **Zachowanie chorego** – jego nastroje są bardzo chwiejne. Drobne zdarzenia wprawiają go w złość, przestaje panować nad swoimi reakcjami. Zaczyna się izolować od rodziny i znajomych. Nie chce nigdzie wychodzić – ani na spacer, ani na spotkania. Stwarza swój własny świat, w którym żyje.
- **Mowa** – coraz trudniej choremu dobrać odpowiednie słowa, zapomina ich znaczenia. Zdania wypowiedzane często nie mają logicznego związku ze sobą.
- **Koordinacja ruchów** – przebiega jeszcze całkiem dobrze. Chory potrafi się ubrać, wykonywać codzienne czynności, samodzielnie poruszać się po okolicy.
- **Codziennie czynności** – w wykonywaniu ich może przeszkadzać jedynie kłopot z pamięcią.

### Druga faza choroby

- **Pamięć** – zaburzenia pamięci nasilają się. Coraz częściej chory zapomina o wydarzeniach lub czynnościach, jakie miały miejsce przed chwilą, poprzedniego dnia. Doskonale jednak pamięta wydarzenia odległe, chociaż niewłaściwie umieszcza je w czasie.
- **Zachowanie** – jest często gwałtowne, trudne do przewidzenia i niewspółmierne do wywołujących je czynników (częstym zachowaniem jest oskarżanie o kradzież w przypadku niemożności znalezienia portfela, pieniędzy, ubrania). Coraz bardziej

narasta w chorym lęk. Głośne dźwięki czy migające światło wywołują ostre reakcje lękowe. W tym też okresie pojawia się problem chodzenia tam i z powrotem.

- **Mowa** – słownictwo uboższe, chory odpowiada na pytania w sposób powolny (po dłuższej chwili, jakby zastanawiał się nad odpowiedzią), często nie kończy rozpoczętych zdań.
- **Koordinacja ruchów** – ruchy stają się nieprecyzyjne. Coraz większe kłopoty sprawiają czynności codzienne (np. zapinanie guzików). Pojawiają się zaburzenia równowagi, co powoduje częste upadki. Chory zaczyna poruszać się coraz wolniej. Mogą pojawić się również drżenia i przykurcze mięśni.
- **Czynności codzienne** – coraz trudniej je wykonać. Senior nie potrafi podejmować decyzji, dokonać wyboru. Może się zdarzyć, że zacznie zostawiać odkręcone kurki od gazu oraz krany. Naraża to na niebezpieczeństwo nie tylko chorego, ale i rodzinę. Chory musi przebywać pod stałą opieką przez całą dobę. Z zasięgu chorego należy usunąć wszelkie przedmioty, które mogłyby okazać się dla niego niebezpieczne (np. noże, widelce, nożyczki).

### Trzecia faza choroby

- **Pamięć** – chory nie rozpoznaje już nikogo z rodziny (nawet najbliższych). Nie pamięta żadnych wydarzeń. Rozpoznaje jedynie osobę, która się nim opiekuje.
- **Zachowanie** – nastroje zmienne, trudne do przewidzenia.
- **Mowa** – niewyraźna, chory nie rozumie, co się do niego mówi. Powtarza słowa i krótkie sekwencje tylko sobie znane.
- **Koordinacja ruchów** – każda czynność sprawia mu kłopot. Nie umie siadać, wstać, chodzić, jeść. Przestaje panować nad czynnościami fizjologicznymi.
- **Czynności codzienne** – chory nie wykonuje już żadnych czynności. Cały czas spędza w łóżku. Należy dbać, aby nie pojawiły się odleżyny i infekcje dróg oddechowych.

## RODZAJE OTĘPIENIA

Choroby degeneracyjne mózgu przebiegające typowo z otępieniem:

- choroba Alzheimera,
- choroba Parkinsona,
- otępienie z ciałami Lewy'ego,
- otępienie czołowo-skroniowe.

Inne rodzaje otępienia najczęściej występujące w populacji ludzi w podeszłym wieku:

- otępienie naczyniopochodne,
- otępienie mieszane (alzheimerowsko-naczyniopochodne).



## Choroba Alzheimera

Choroba Alzheimera jest najczęściej występującym rodzajem otępienia (około 40% wszystkich zespołów otępiennych). Liczbę cierpiących na chorobę Alzheimera na świecie szacuje się na 15-21 milionów, w Polsce na ok. 310 tysięcy. Choroba Alzheimera należy do grupy chorób zwyrodnieniowych mózgu, którego funkcję zaburzają blaszki amyloidowe. Występowanie choroby Alzheimera gwałtownie wzrasta z wiekiem.

**Według różnych badań częstość występowania choroby ocenia się na:**

- 1-3% w grupie wiekowej 65-74 lata,
- 3-6% w grupie wiekowej 75-79 lat,
- 12-20% w grupie wiekowej 80-84 lata,
- 21-47% w grupie powyżej 85 lat.

Choroba Alzheimera charakteryzuje się upośledzeniem sprawności intelektualnej. Upośledzenie to zwykle narasta stopniowo, od nieznacznie nasilonego zapominania do całkowitej niesprawności umysłowej. Osoba cierpiąca na otępienie zwykle ma trudności z zapamiętywaniem, ale w zależności od stopnia zaawansowania choroby, może mieć też problemy z rozumieniem, wnioskowaniem, uczeniem się nowych rzeczy, orientacją w czasie i przestrzeni. Początek choroby może być podstępny i członkowie rodziny nie zauważają pierwszych objawów. Zdarza się, że chory, jako pierwszy, sam dostrzega pewne trudności, ale stara się je ukryć przed bliskimi.

W początkowym, łagodnym stadium osoba chora zazwyczaj radzi sobie z większością wcześniej wykonywanych obowiązków i może uczestniczyć w pełni w procesie leczenia. Czasem wczesne objawy zaburzeń pamięci mogą być mylnie uznane za objaw stresu lub depresji. Taki błąd diagnostyczny może odsunąć w czasie rozpoczęcie leczenia i dodatkowo obciążać chorego i jego rodzinę.

U niektórych chorych może dojść do zmiany osobowości. Jedni pozostają tacy jak dawniej – łagodni i mili bądź trudni we współżyciu, inni zaś znacząco się zmieniają. Ludzie z zaburzeniami pamięci często zamartwiają się nawet drobnymi rzeczami. Obowiązki, kiedyś proste, mogą teraz być niemożliwe do wykonania, co z kolei może wywołać niepokój, złość lub przygnębienie. Osoba chora nie zawsze może zapanować nad swoimi reakcjami, na przykład może być wybuchowa lub niespokojnie chodzić po mieszkaniu.

Trzeba pamiętać, że zachowania te nie wynikają ze złej woli, lecz są skutkiem uszkodzenia mózgu. Wraz z pogłębianiem się otępienia choremu coraz trudniej ukryć kłopoty związane z pogarszającą się pamięcią. Chory może nie potrafić podać aktualnej daty ani nazwy miejsca, w którym obecnie przebywa, może mieć trudności z wykonywaniem podstawowych czynności, na przykład z ubieraniem się czy układaniem prostych zdań.

Z biegiem czasu postępujące uszkodzenie mózgu przyczynia się do upośledzenia innych funkcji: motoryki (pojawiają się trudności w koordynacji ruchów, pisaniu, chodzeniu) i mowy (trudności ze znalezieniem prostych słów). Chory może chodzić z trudem, powłóczyć nogami, może przestać dbać o higienę.



Funkcjonowanie chorego może zmieniać się z dnia na dzień. To dodatkowo może utrudniać opiekę, ponieważ trudno przewidzieć jego zachowania.

W końcowych stadiach otępienia uszkodzenie mózgu jest tak znaczne, że chory nie wstaje z łóżka, traci kontrolę nad załatwianiem potrzeb fizjologicznych i zdolność porozumiewania się. Wymaga pełnej opieki.

**Leczenie.** Osobom z chorobą Alzheimera można obecnie zaproponować wyłącznie leczenie objawowe.

## OPIEKA NAD OSOBAMI Z OTĘPIENIEM

### Uciążliwe zachowania wynikające z chorób otępiennych – jak sobie z nimi radzić?

Wielu opiekunów zajmujących się osobami z otępieniem skarży się, że podopieczni często wpadają w gniew, stają się uparci, płaczą bez powodu, bywają niezwykle przygnębieni, mogą też doznawać gwałtownej zmiany nastroju. Ma to ścisły związek z występującymi w przebiegu choroby zaburzeniami zachowania.

Gdy jakaś sytuacja wykracza poza zubożoną zdolność myślenia chorego, może on reagować przesadnie. Zdarza się to i zdrowym ludziom, zwłaszcza wtedy, gdy jednocześnie są bombardowani wieloma zadaniami, którym nie są w stanie podołać.

Chorzy wykazują podobną reakcję w prostych, codziennych sytuacjach. Może się na przykład zdarzyć, że chory będzie przygnębiony i odmówi zgody na kąpiel. Jeśli opiekun będzie go dalej namawiać, chory może się kłócić, krzyczeć, może nawet opiekuna uderzyć.

Jak więc opiekun może poradzić sobie w takich sytuacjach, gdy w zachowaniu chorego widzi upór, krytycyzm i przesadne negowanie, omamy, a czasem nawet urojenia? Kluczem do lepszego radzenia sobie w tych sytuacjach jest nauczenie się, jak zmniejszyć reakcje skrajne chorego i ich unikać.

## Przyjrzyjmy się poniższym wskazówkom:

- Po pierwsze musimy całkowicie pogodzić się z tym, że takie „nieodpowiednie” zachowania chorego nie są oznaką jego uporu lub nieposłuszeństwa, ale reakcją na sytuację, której chory nie może lub nie potrafi kontrolować.
- Aby zmniejszyć reakcje zbyt gwałtowne, powinniśmy nie odstępować od określonego schematu dnia (regularne posiłki, kąpiel o tej samej porze itd.); zostawiać pisemne instrukcje (dla tych chorych, którzy jeszcze radzą sobie z czytaniem). Opiekun powinien uprościć wszystkie czynności, które chory ma wykonać.
- Polecenia i informacje powinny być podawane stopniowo, powoli, krok po kroku. Należy dać choremu czas na odpowiedź – reakcję.
- Jeśli chory bardzo często reaguje gwałtownie, spróbujmy zmniejszyć nadmierny ruch i hałas wokół niego. Może to oznaczać ograniczenie liczby osób w pokoju, zmniejszenie hałasu, wyłączenie radia lub telewizora. Chodzi o to, aby sygnały dochodzące do chorego były jak najprostsze i następowały powoli i stopniowo – jedno po drugim.
- Spróbujmy też znaleźć takie zadania dla chorego, które rzeczywiście może wykonać. Niektóre trudniejsze zadania zróbmy sami. Jeśli chory wydaje się bardziej poirytowany niż zwykle, sprawdźmy, czy nic go nie boli, czy jego zachowanie nie jest oznaką choroby (zaziębienia, grypy, itp.). Nawet błaha choroba lub niewygodna może spowodować, że chory będzie myślał gorzej.
- Czasem będziemy musieli postarać się zmienić swe podejście do chorego. Czy aby słusznie wymagamy, by wykonywał czynności szybko, jeszcze szybciej? Czy może nie zrozumieliśmy, o co mu chodzi? Czy potrafimy usłyszeć jego protesty? Czy naszym zachowaniem lub tonem głosu nie komunikujemy naszej własnej frustracji wobec chorego?
- Łatwo jest traktować naszego bliskiego, który jest od nas zależny, jak dziecko – ale wówczas musimy być przygotowani na jego złość, wybuchy gniewu, protesty.
- Gdy chory jest przygnębiony lub upiera się przy czymś, starajmy się zachować spokój i odwrócić jego uwagę od danej sytuacji cierpliwie i spokojnie. Często burza emocji kończy się równie szybko, jak zaczyna, a chory odczuwa ulgę, że zamieszanie już przeszło.
- Postarajmy się odwrócić jego uwagę od przyczyny niepokoju. Może się zdarzyć, że stracimy panowanie nad sobą w takich sytuacjach. Oczywiście jest to normalne i nie jest to koniec świata. Weźmy wtedy głęboki oddech i spróbujmy zająć się rozwiązaniem problemu na spokojnie. Chory prawdopodobnie zapomni o Twoim gniewie szybciej niż Ty sam. Oczywiście, nigdy nie ma sensu kłócić się z chorym ani wyjaśniać mu, że nie ma racji. Lepiej pomóc mu uspokoić się, aby mógł myśleć najjaśniej, jak to tylko możliwe.
- Starajmy się nie okazywać frustracji i złości wobec chorego. Mówmy spokojnie. Poruszajmy się powoli i cicho. Pamiętajmy, że chory nie jest uparty i nie robi niczego celowo i złośliwie.

- Warto też robić notatki i opisywać sytuacje, w których chory reaguje gwałtownie. Zapiszmy, co się stało, kiedy to było, kto był w pobliżu, co się zdarzyło tuż przed wybuchem gniewu. Może uda się nam odnaleźć przyczyny reakcji, które się powtarzają i w przyszłości ich uniknąć. Jeśli okaże się, że reakcje gwałtowne powtarzają się zbyt często, a my sami reagujemy złością i frustracją, może to oznaczać, że jesteśmy nadmiernie przemęczeni. Musimy wtedy tak zorganizować opiekę, żeby znaleźć czas na odpoczynek.

## Jak skutecznie komunikować się z osobą cierpiącą na chorobę otępienną?

Porozumiewanie się z innymi stanowi zasadniczy element naszego codziennego funkcjonowania. Komunikowanie naszych potrzeb, życzeń i uczuć jest niesłychanie istotne, nie tylko dla poprawienia jakości naszego życia, ale przede wszystkim dla zachowania naszego poczucia tożsamości.

Osoby z otępieniem, mające trudności z komunikowaniem się, należy przede wszystkim zachęcać do porozumiewania się, wykorzystywać ich sposób komunikacji zmieniony przez chorobę. Należy pozwolić im komunikować się w taki sposób, jaki najbardziej im odpowiada i nie zaburza istotnie ich funkcjonowania w społeczności.

Mówiąc o porozumiewaniu się, mamy zazwyczaj na myśli mowę, ale przecież proces komunikacji to coś więcej niż tylko słowa.

Podaje się, że aż 90% naszych przekazów, komunikatów ma formę niewerbalną i odbywa się za pomocą gestów, mimiki twarzy oraz dotyku. Taka forma komunikacji jest szczególnie istotna w przypadku chorych z zespołem otępiennym, którzy mają trudności z mówieniem. Co więcej, należy zdawać sobie sprawę, że jeżeli chory zachowuje się w sposób szczególnie trudny dla opiekuna, może to oznaczać, że próbuje mu coś zakomunikować.

## Zespoły otępienne a mowa

Mówiąc o komunikacji, a w szczególności o tym, jak skutecznie komunikować się z osobami, które cierpią na choroby otępienne, należy na początku zaznaczyć, że zaburzenia komunikacji są objawem znaczącym w przebiegu tych chorób. Wczesną oznaką zaburzeń językowych u osób z otępieniem są trudności ze „znalezieniem słów”, zwłaszcza nazw przedmiotów. Chory może je zastępować niewłaściwymi słowami lub zapominać całkowicie, co chciał powiedzieć. Może nadejść moment, kiedy chory nie będzie w stanie mówić. Nasz podopieczny nie będzie pamiętał nie tylko nazw przedmiotów, ale będzie także zapominał imiona bliskich mu osób.

Typowym objawem otępienia jest mylenie osób ze swojego otoczenia. Niestety jest to konsekwencja utraty pamięci. Trudności z porozumiewaniem się mogą być bardzo przykre i frustrujące zarówno dla chorego, jak i dla jego bliskich, czyli rodziny i opiekunów. Istnieje jednak wiele wskazówek i praktycznych podpowiedzi, które przychodzą z pomocą zarówno nam, jak i naszemu podopiecznemu.

## Jak komunikować się z chorym wykazującym zaburzenia mówienia i rozumienia?

Są zasady, których opiekunowie osób cierpiących na choroby otępienne powinni przestrzegać w codziennym funkcjonowaniu, by proces komunikacji jak najdłużej przebiegał płynnie. Będzie to miało również istotny wpływ na jakość ich wzajemnych relacji.

**Przyjrzyjmy się poniższym wskazówkom:**

- Życie rodzinne powinno być kontynuowane możliwie normalnie. Dla osoby z zespołem otępiennym, mającej kłopoty z pamięcią i komunikacją, świadomej swoich trudności, poczucie bezpieczeństwa jest bardzo istotne.
- Gdy chory ma problemy ze zrozumieniem przekazu, pomagaj sobie gestami.
- Gdy zaobserwujesz, że podopieczny ma problem ze zrozumieniem, spowolnij mowę, mów spokojnie, krótkimi, prostymi zdaniami.
- Nazywaj wszystkie przedmioty codziennego użytku, przedmioty w zasięgu oka.
- Nazywaj, komentuj czynności, które wykonujesz, np. robię herbatę, wsypuję cukier, mieszam łyżeczką, kroję chleb itp.
- W każdy możliwy sposób zachęcaj chorego do mówienia.
- Używaj pytań zamkniętych, np. „Chce Pan/Pani iść do toalety?”.
- Nie przerywaj mu, gdy chce coś powiedzieć.
- Pozwól mu popełniać błędy w mówieniu, ponieważ zbyt częste i natrączywe poprawianie go sprawi, że przestanie mówić.
- Zastępuj chorego w mówieniu tylko wówczas, gdy jest to absolutnie konieczne.
- Nie stawiaj wymagań językowych, którym nie jest w stanie sprostać, nie oczekuj od niego tych samych umiejętności, co przed chorobą.
- W zależności od aktualnych możliwości chorego śpiewaj, nuć z nim jego ulubione piosenki, słuchaj ulubionych nagrań.
- Zwróć uwagę na mowę ciała chorego.
- Spróbuj wyobrazić sobie, jak świat może przedstawiać się z jego punktu widzenia.
- Staraj się mówić wyraźnie i spokojnie, unikaj podnoszenia głosu czy używania ostrego tonu, ponieważ może to budzić niepokój chorego, nawet jeśli nie rozumie on znaczenia usłyszaných słów.
- Przetwarzanie informacji trwa dłużej u chorego, dlatego trzeba mu dać odpowiednio więcej czasu. Nie ponaglaj go, gdyż sprawi to, że chory poczuje się pod presją.

- Nie zmuszaj chorego do podejmowania skomplikowanych decyzji. Zbyt duża liczba wyrazów powoduje dezorientację i frustrację.
- Jeżeli chory nie rozumie, co się do niego mówi, staraj się wyrazić tę informację w inny sposób, a nie powtarzaj w kółko tego samego przekazu.
- Humor często zbliża chorego i opiekuna oraz rozładowuje sytuację. Spróbuj pośmiać się razem z chorym z nieporozumień i pomyłek.
- W miarę postępu choroby rzeczywistość może się zacząć mieszać z fikcją. Jeżeli chory powie coś, co ewidentnie nie jest prawdą, nie powinniśmy mu kategorycznie zaprzeczać, ale starać się okrężną drogą wybrnąć z sytuacji. Na przykład, jeśli chory powie „Muszę już iść, bo mama na mnie czeka”, możesz powiedzieć „Mama zawsze na ciebie czekała, prawda?”.

## Umiejętność słuchania

- Staraj się uważnie słuchać chorego i zachęcaj go do mówienia.
- Jeżeli chory ma trudności ze znalezieniem właściwego słowa lub dokończeniem zdania, poproś go, aby spróbował powiedzieć, o co mu chodzi innymi słowami, uważnie go słuchaj i staraj się odpowiednio interpretować sygnały zawarte w jego wypowiedzi.
- W przypadku trudności ze zrozumieniem mowy chorego spróbuj się domyślić, o co mu chodzi na podstawie posiadanej o nim wiedzy, zawsze jednak pytaj chorego, czy go dobrze rozumiałeś.
- Jeżeli chory jest smutny, pozwól mu na wyrażenie swoich uczuć i nie staraj się go na siłę rozweselić, czasem wystarczy go wysłuchać i okazać mu zainteresowanie oraz życzliwość.

## Skupianie uwagi chorego

- Staraj się skupić uwagę chorego przed przystąpieniem do komunikacji.
- Zadbaj o to, aby dobrze cię widział.
- Staraj się nawiązać z nim kontakt wzrokowy – pomoże mu to w skupieniu uwagi na rozmówcy.
- Do minimum ogranicz zakłócenia, np. radio, telewizor, rozmowy innych osób.

## Mowa ciała

- Pamiętaj, że chory z otępieniem jest zdolny do odczytywania mowy ciała rozmówcy, gwałtowne ruchy czy napięty wyraz twarzy mogą wzbudzić niepokój chorego i utrudnić porozumiewanie się.
- Staraj się zachować spokój i nie zmieniaj miejsca podczas rozmowy, gdyż dla chorego jest to sygnał, że go uważnie słuchasz i się nie niecierpliwisz.

- Nie stawaj nad chorym, gdy coś do niego mówisz, ponieważ może to budzić u niego niepokój i wręcz uczucie zastraszenia. Pochyl się, aby znaleźć się poniżej poziomu oczu chorego. W ten sposób poczuje, że panuje nad sytuacją.
- Jeżeli chory ma kłopoty z przypomnieniem sobie słów, staraj się „wstuchać” w jego mowę ciała, wyraz twarzy, gdyż postawa i gestykulacja często w jasny sposób sygnalizują uczucia chorego.

## Kontakt fizyczny

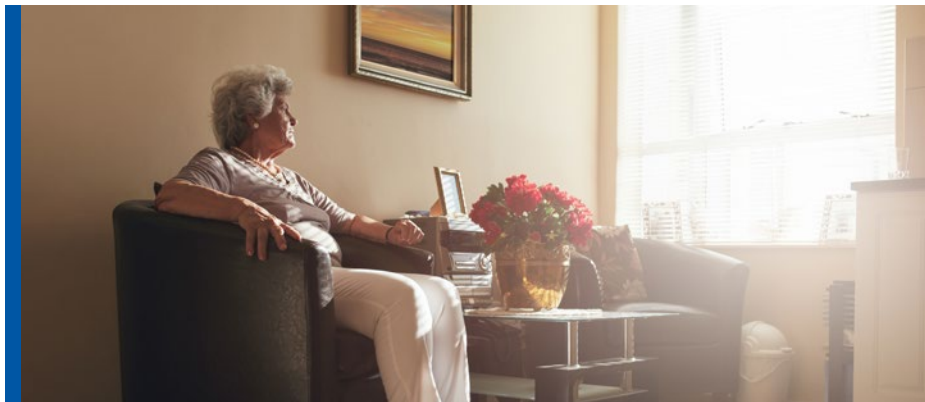
- Nawet jeżeli prowadzenie rozmowy staje się coraz trudniejsze, kontakt fizyczny i czułość mogą pomóc w utrzymaniu bliskiej więzi z chorym i zapewnieniu mu poczucia akceptacji.
- Swoją życzliwość i czułość możesz wyrazić poprzez użycie odpowiedniego tonu głosu i dotyku.
- Czasem wystarczy potrzymać chorego za rękę lub pogłaskać go po dłoni, by poczuł się lepiej; nie lekceważ znaczenia takich gestów.

## Okazywanie szacunku

- Nie traktuj chorego w sposób infantylny i nie rozmawiaj z nim tak, jakby był małym dzieckiem, nawet jeżeli nie rozumie, co się do niego mówi, nikt nie lubi być w ten sposób traktowany.
- Staraj się włączać chorego do rozmów z innymi. Włączenie do grup pozwala choremu na zachowanie poczucia tożsamości oraz pozwala na ochronienie go przed przytłaczającym poczuciem izolacji i wykluczenia.
- Łatwo jest ulec pokusie mówienia o chorym tak, jak gdyby go obok nas nie było, zwłaszcza gdy nie reaguje na nasze wypowiedzi. Nie powinniśmy jednak chorego w ten sposób ignorować, ponieważ pogłębi to jego uczucie izolacji, frustracji i przygnębienia

## Przystosowanie mieszkania chorego do jego stanu zdrowia

Mieszkanie bądź dom, w którym przebywa osoba z uszkodzeniem mózgu o charakterze otępiennym, powinny być przygotowane przede wszystkim pod względem bezpieczeństwa. Pamiętać należy jednak, że przygotowywanie mieszkania nie powinno zaburzać znacząco istniejącego wcześniej porządku, gdyż chorzy nie tolerują dużych zmian – wzbudza to w nich niekorzystne emocje, przede wszystkim lęk i strach. Oto praktyczne wskazówki stanowiące pomoc w przystosowaniu domu osoby cierpiącej na chorobę otępienną.



## Pokój chorego

- Przede wszystkim chory powinien mieć w mieszkaniu swoje własne miejsce – pokój lub część pokoju, który zna i w którym czuje się bezpiecznie. Powinien być urządzony prosto i funkcjonalnie, ale też przytulnie.
- W pokoju powinno znajdować się wygodne łóżko (ewentualnie tapczan). W przypadku chorych leżących niezbędny będzie materac przeciwoleżynowy (można go kupić w sklepie ze sprzętem rehabilitacyjnym).
- Do ściany obok łóżka powinien być przymocowany uchwyt ułatwiający podnoszenie się, a przy łóżku uchwyt ułatwiający utrzymanie pozycji pionowej po wstaniu. Jeżeli chory stale przebywa w łóżku, z pewnością konieczne będzie zakupienie lub wypożyczenie łóżka specjalistycznego, które oczywiście będzie wyposażone w materac przeciwoleżynowy oraz wszelkie udogodnienia mające na celu profilaktykę przeciwoleżynową i bezpieczeństwo podopiecznego.
- Obok łóżka w pokoju powinien znajdować się wygodny i stabilny fotel oraz mały miękki stołeczek lub puf, które można podsunąć pod nogi chorego, co ułatwia krążenie krwi i zapobiega powstawaniu obrzęków kończyn. Chorym, którzy dużo czasu spędzają, siedząc w fotelu, dobrze byłoby podkładać pod lędźwie specjalną podkładkę, a na siedzeniu umieszczać poduszkę przeciwoleżynową.
- Obok fotela należy umieścić stabilny stolik, na którym powinny znajdować się rzeczy, które lubi nasz podopieczny, np. książki, albumy, zdjęcia oraz przedmioty do trzymania w ręku (chorzy lubią trzymać coś w ręku).
- Meble nie powinny mieć ostrych kątów ani zawierać elementów szklanych (np. witryna w regale, szklany blat na stole itp.). Meble dobrze jest ustawić pod ścianami, co ułatwi choremu poruszanie się po pokoju oraz zmniejszy ryzyko potknięcia się. Z tego samego względu należy usunąć z podłogi wszystkie długie przewody (kable elektryczne, np. od lampy nocnej, przewody telefoniczne, telewizyjne itp.). Jeśli jest to niemożliwe, należy ostonić je specjalnymi listwami lub przykleić szeroką taśmą do podłogi. Należy usunąć z pokoju chorego inne przedmioty, które mogą być niebezpieczne, np. szklane, porcelanowe, ostre, mało stabilne (np. małe nocne stoliki,



fotele bujane) oraz wszelkie dywaniki na podłodze, na których chory może się poślizgnąć. Trzeba też umieścić poza zasięgiem chorego takie przedmioty, jak zapalniczki, zapalniczek, klucze do mieszkania, klucze do samochodu, wszelkie dokumenty, leki i inne środki chemiczne (np. środki czystości, środki ochrony roślin). Na podłodze zamiast dywanów lub wykładzin dywanowych lepiej położyć zmywalne wykładziny lub panele, ponieważ ułatwiają utrzymanie czystości i nie wchłaniają przykrych zapachów. Progi powinny być zniwelowane przez zamontowanie specjalnych listew (coś w rodzaju podjazdu).

- Obok łóżka chorego powinien znajdować się łatwo dostępny włącznik światła. Oświetlenie pokoju powinno być dość jasne, ściany pomalowane na jasne, ciepłe kolory. W pokoju powinno znajdować się też oświetlenie nocne, bardzo pomocne, gdy chory wstaje w nocy do toalety. Gniazdka wtykowe w całym mieszkaniu, nie tylko w pokoju chorego, powinny być zabezpieczone specjalnymi zatyczkami.
- Dobrze byłoby umieścić w pokoju chorego zegar ścienny z dużą tarczą (cyfry arabskie) oraz czytelny kalendarz, co ułatwi choremu orientację w czasie. Chory powinien mieć łatwy dostęp do telefonu. Przy urządzeniu powinien być umieszczony czytelny wykaz ważnych numerów telefonów, w tym także telefon do opiekuna. Pomocne są aparaty telefoniczne z możliwością jednoklawiszowego wybierania numeru.

## Mieszkanie naszego podopiecznego

- Wskazane jest zamontowanie zabezpieczeń przed otwarciem okien i drzwi balkonowych. Zabezpieczenia te powinny być zamontowane poza zasięgiem wzroku i rąk chorego. Drzwi wewnętrzne oraz zewnętrzne nie powinny posiadać żadnych haczyków ani zasuwek, przy pomocy których chory mógłby zamknąć się od wewnątrz. Natomiast na drzwiach wyjściowych dobrze byłoby umocować dodatkowe zamknięcie poza zasięgiem chorego, aby uniemożliwić mu wyjście z domu bez wiedzy opiekuna. Jeśli nie jest to możliwe, warto przynajmniej zamontować przy drzwiach sygnalizator ruchu (dzwonek, brzęczyk), który zabezpieczy przed niezauważonym wyjściem chorego z domu. Na przezroczystych szklanych szybach w drzwiach wewnętrznych należy nakleić dobrze widoczne naklejki (chory może nie zauważyć szyby) lub, jeśli to możliwe, wymienić szybę na wypełnienie wykonane ze sklejki lub tworzywa sztucznego. Czasem chorzy boją się swojego odbicia w lustrze. W takiej sytuacji lustro powinno być zasłaniane.
- Jeśli w domu znajdują się schody, one również powinny być zabezpieczone bramką lub czymś zastawione, a jeśli chory ma po nich chodzić, po obu stronach powinny znajdować się poręcze, a na stopniach powinna być położona mata antypoślizgowa.
- Jeśli w domu znajdują się liczniki gazu i prądu, powinny być zabezpieczone przed dostępem chorego. Podobnie chory nie powinien mieć dostępu do różnych urządzeń i sprzętów, np. miksera, lutownicy, kosiarki, drabiny.

## Kuchnia

- Gdy chory przebywa w domu bez opieki, dopływ gazu do kuchenki powinien być odłączony (uchroni to przed ułatnieniem się gazu, zatruciem, wybuchem).
- Kuchenka elektryczna powinna być zabezpieczona przed włączeniem (możliwość poparzenia się chorego, spowodowania pożaru).
- Do gotowania wody najlepiej używać czajnika elektrycznego samoczynnie wyłączającego się. Należy też zabezpieczyć przed dostępem chorego korki zamykające odpływ wody z umywalki, zlewozmywaka, wanny (ze względu na możliwość zalania mieszkania).
- Szuflady i szafki, w których znajdują się sztuczce, ostre narzędzia i szklane naczynia powinny być zamykane, aby chory nie mógł ich otworzyć.
- Należy też sprawdzić termin przydatności do spożycia oraz stan znajdujących się w domu artykułów spożywczych.
- Wskazane jest używanie przez chorego plastikowych naczyń.
- Chorym w bardziej zaawansowanym stadium choroby napoje powinno podawać się w pojniku.

## Łazienka

Należy starać się, aby chory jak najdłużej samodzielnie lub przy pomocy opiekuna korzystał z toalety i łazienki. W pomieszczeniach tych można wprowadzić wiele udogodnień, które ułatwią mu czynności związane z utrzymaniem higieny i poprawią poziom bezpieczeństwa.

- Na ścianie, przy której znajduje się wanna, należy przymocować uchwyty, na wannie specjalne siedzisko, a na jej dno położyć gumową matę antypoślizgową.
- Przed wanną także powinien znajdować się antypoślizgowy dywanik. Podobnie jak przy wannie, również przy sedesie powinny być zamontowane uchwyty ułatwiające siadanie i wstawanie.
- Wszelkie uchwyty i wieszaki w łazience powinny być dobrze przymocowane. W łazience również nie powinny znajdować się meble i przedmioty szklane, a chemiczne środki czystości i kosmetyki powinny być zabezpieczone przed dostępem chorego.
- Dopływ prądu do pralki powinien być zabezpieczony.
- Gniazdka elektryczne powinny być zabezpieczone zatyczkami tak, aby niemożliwe było podłączenie do prądu jakichkolwiek przedmiotów elektrycznych używanych w łazience (jak np. suszarka do włosów, lokówka, elektryczna szczoteczka do zębów, maszynka do golenia), ponieważ w przypadku kontaktu z wodą grozi to porażeniem prądem.

## Praktyczne rady dla stworzenia środowiska bezpieczeństwa dla podopiecznego:

- Noże, przyrządy i sprzęt elektryczny, ostre przedmioty powinny być zabezpieczone.
- Chowaj rzeczy, którymi chory mógłby się skaleczyć.
- Zwracaj uwagę, czy szklane naczynia i przedmioty nie mają pęknięć.
- Zabezpiecz ostre krawędzie i rogi mebli.
- Środki czystości, niebezpieczne płyny (np. nawozy do kwiatów), lekarstwa, kosmetyki powinny być schowane i zabezpieczone.
- Usuń pokrętła z kuchenki gazowej lub zakręcaj zawór odpływu gazu, ponieważ chory może próbować sam w nocy gotować.
- Zaopatr się w specjalne zatyczki, które umieszcza się w gniazdkach.
- Schowaj wszelkie zapałki, zapalniczki, papierosy, fajki. Jeśli chory jest palaczem, to bądź obecny podczas palenia.
- Drzwi i okna zaopatr w zabezpieczenia chroniące przed dziećmi.
- Usuń zamek z drzwi łazienkowych, ponieważ chory może się w niej zamknąć i mieć problem z ponownym otwarciem drzwi.
- Nie pastuj podłóg na wysoki połysk.
- Usuń luźne dywaniki lub zadbaj o to, aby wszystkie miały podkłady antypoślizgowe.
- Zwróć uwagę na przewody elektryczne i telefoniczne, czy znajdują się one poza miejscami najbardziej uczęszczanymi, a także zabezpiecz je specjalnymi listwami.
- Uprzątnij zbędne rzeczy, o które chory może się potknąć – w szczególności ze schodów.
- Schowaj wartościowe przedmioty – chory może je przełożyć lub schować w inne miejsce.
- Zwróć uwagę na piżamę chorego, aby jej długość była odpowiednia.
- W przypadku schodów upewnij się, że balustrady i poręcze są bezpieczne i solidne, a pierwszy i ostatni schodek zaznacz jaskrawym kolorem.
- Zwracaj uwagę na podeszwy/obcasy butów chorego. Znoszone mogą być śliskie.
- W razie potrzeby zabezpiecz górę i dół klatki schodowej solidną barierką.
- Korytarze powinny być zawsze oświetlone, dzięki temu chory będzie mógł w nocy odnaleźć drogę do łazienki.
- W pokoju chorego zainstaluj nocne światło, dzięki temu nawet w nocy będzie mógł zorientować się w swoim pokoju.
- Pokój chorego powinien znajdować się blisko łazienki, powinien być przytulny i przyjazny.



## Sposoby na ułatwienie spożywania pokarmów przez chorego

### Oto wskazówki dotyczące ułatwienia choremu jedzenia:

- Przy trudnościach w posługiwaniu się sztućcami podajemy tylko łyżkę.
- Unikaj podawania jedzenia na kilku talerzach (np. oddzielnie surówka, chleb itp.).
- Aby ułatwić choremu spożywanie pokarmu, zamiast talerza płaskiego podaj głęboki.
- Nie stawiaj spodka pod kubek z napojem. Kubeczek (nie szklanka) powinien mieć duże, wygodne do uchwycenia ucho.
- Jeśli chory nie potrafi pić powoli i krztusi się, korzystaj z kubeczka z lejkiem (jak dla małych dzieci).
- Jeśli chory ma trudności z odgryzaniem kęsów z kromki chleba, pokrój pieczywo na małe kawałki i poukładaj na talerzu lub dużej plastikowej tacy. Chory będzie miał wówczas możliwość samodzielnego jedzenia bez potrzeby używania sztućców.
- Zwracaj uwagę na temperaturę pokarmów – nie mogą być lodowate (prosto z lodówki) ani zbyt gorące. Zarówno jedne, jak i drugie mogą chorego zniechęcić do jedzenia i w przyszłości spowodować problemy z karmieniem. Chory na sam widok posiłku będzie się przed nim wzbraniał.
- Bardzo ważna jest atmosfera spokoju podczas jedzenia. Chory nie może być zmuszany do szybkiego przyjmowania pokarmu, nie można go też karmić „na siłę”, gdy odmawia jedzenia. Staraj się w takich wypadkach stworzyć miły, serdeczny nastrój (może włączyć muzykę?) i na początek posiłku podać coś, co chory szczególnie lubi. Jeżeli masz trudności z przysuwaniem krzesła chorego do stołu, warto postarać się o krzesło obrotowe na kółkach, z bocznymi poręczami. Przy mniej sprawnym ruchowo chorym krzesło takie bardzo ułatwi opiekunowi przemieszczanie chorego. Zamiast krzesła można też zastosować fotel na kółkach typu szpitalnego. Fotel taki może poprawić komfort obsługi pacjenta, ale również zwiększyć ryzyko upadku. Dlatego też w przypadku jego stosowania należy pamiętać o zabezpieczeniu pacjenta podczas siedzenia i zachowaniu ostrożności, szczególnie jeśli pacjent samo-

dzielnie wstaje i siada. Jeśli to możliwe należy stosować fotel ze sprawnymi hamulcami (lub je zamontować).

## Jak powinna wyglądać dieta chorego?

Choroba Alzheimera i inne zespoły otępienne nie wymagają stosowania specjalnej diety. Jeśli więc chory nie cierpi na jakieś schorzenia (np. układu pokarmowego, jelit, wątroby czy trzustki), może korzystać z normalnych posiłków. Z uwagi na małą ruchliwość chorych i często podeszły wiek, ich zapotrzebowanie energetyczne jest mniejsze, dlatego trzeba zadbać o właściwe porcje pokarmowe, odpowiednią konsystencję i liczbę posiłków w ciągu dnia.

- Posiłki należy podawać regularnie o tej samej porze.
- W diecie chorego powinny znaleźć się zarówno produkty białkowe (pochodzenia roślinnego i zwierzęcego), pieczywo (w tym także razowe), jak i jarzyny i owoce.
- Szczególną uwagę należy poświęcić doborowi rozmaitych warzyw, które są podstawowym źródłem witamin i soli mineralnych.
- Pamiętajmy o dostarczaniu chorym odpowiedniej ilości płynów – ok. 2 litrów dziennie. Może to być bardzo słaba kawa naturalna, najlepiej zbożowa, kefir, jogurt, soki warzywne i owocowe, a także różne herbaty ziołowe. Niedopuszczalne jest ograniczenie podawania napojów, by chory się mniej moczył. Można jedynie ograniczyć podawanie większej ilości płynów przed snem.

## Co zrobić, jeśli chory przestaje jeść?

W ostatnim okresie choroby Alzheimera chory może stracić umiejętność jedzenia. Wkładana do ust łyżeczka może wydać mu się czymś obcym, nieprzyjemnym, może nawet niebezpiecznym. Nie rozumie sensu podawania mu przez opiekuna kawałka chleba – zaciśka zęby.

Czasami zaczyna ssać łyżkę. Można spróbować zamienić łyżkę metalową na plastikową. Wykorzystaj odruch ssania, który pozwala u wielu chorych w tym okresie karmić swojego bliskiego butelką ze smoczkiem. W ten sposób można podawać napoje, soki, zmiksowane zupy z mięsem, kaszki (dobre są mleczno-zbożowe rozpuszczalne kaszki dla niemowląt), rzadki kisiel. Można też wykorzystywać słoiczki obiadowe dla niemowląt. Inną metodą jest podawanie choremu płynnego pokarmu strzykawką do ust.

**Pamiętaj, że twój podopieczny musi otrzymać dwa litry płynu dziennie (wliczając w to zupy).** Odwodnienie gwałtownie pogorszy jego stan. Bardzo trudną i niebezpieczną sytuacją jest moment, kiedy chory przestaje połykać podawany mu pokarm. Czasami pomaga wtedy delikatny masaż przedniej części szyi, wyzwalający ruchy połykowe. Niekiedy jedynym wyjściem pozostaje karmienie przez sondę PEG. W takim przypadku należy szukać pomocy u lekarza. Trzeba jednak zauważyć, że nagłe pogorszenie stanu chorego wynika przeważnie z pojawienia się dodatkowej choroby, najczęściej infekcji dróg oddechowych lub układu moczowego. Wyleczenie może przynieść poprawę, również jeśli chodzi o funkcjonowanie chorego. W takiej sytuacji zawsze należy wezwać lekarza.



## TROSKA O HIGIENĘ PODOPIECZNEGO W POSZCZEGÓLNYCH STADIACH CHOROBY

W początkowych stadiach choroby Alzheimera czy innych zespołach otępiennych chorzy na ogół samodzielnie dbają o swoją higienę. Z czasem jednak tracą tę umiejętności i niezbędna jest nasza pomoc. Pamiętajmy, że wygląd zewnętrzny naszego chorego świadczy o nas, a w szczególności o naszym poziomie kultury oraz jakości naszej opieki. Dlatego też należy zawsze starać się, by nasz podopieczny w każdej sytuacji wyglądał czysto i schludnie.

Chory przestaje w pewnym momencie odczuwać potrzebę dbałości o swój wygląd, a wiele osób wręcz nie chce się myć. Bardzo ważna jest taktowna i zręczna pomoc bliskiej mu osoby.

- Należy dbać, by chory miał umyte włosy, odpowiednio ostrzyżone i uczesane. Jeśli umiemy, możemy strzyć chorego sami. Jeśli zaś nie, to warto z naszym bliskim chodzić do fryzjera, a jeżeli to możliwe – wzywać fryzjera do domu. Dobrze byłoby, jak długo to możliwe, nie rezygnować z wcześniejszych przyzwyczajeń podopiecznego dotyczących dbałości o swój wygląd (typ fryzury, makijaż, paznokcie itp.).
- Mycie głowy, szczególnie w późniejszym okresie choroby, jest dość trudne i należy wypróbować, jaki sposób będzie dla naszego podopiecznego najmniej stresujący. Można myć głowę w czasie kąpieli w wannie, ale dobrze jest poprosić drugą osobę o obecność i ewentualną pomoc, gdyż chory może np. przestraszyć się, zachłusnąć wodą lub osunąć się do niej.
- W przypadku chorych mężczyzn należy zadbać, by byli ogoleni. Na początku choroby golą się sami, najlepiej golarką elektryczną. W dalszym etapie trzeba chorego golić, ale w takich momentach, gdy jest w lepszej kondycji psychicznej w ciągu dnia.
- Bardzo ważny jest stan uzębienia chorego. Prawidłowe żucie pokarmów pozwala na uniknięcie wielu problemów gastrycznych. Utrzymywanie zębów chorego w czystości daje mu lepsze samopoczucie i umożliwia uniknięcie wielu chorób powodowanych przez zepsute zęby czy chore dziąsła. Należy zadbać, by nasz podopieczny

regularnie mył zęby – najpierw sam, potem przy naszej pomocy. Często dobrze jest samemu myć zęby przy chorym, gdyż będzie nas naśladował. Chore uzębienie grozi bólem i wiąże się ze stresem, a dla nas może być dużym kłopotem. Należy regularnie odwiedzać dentystę. Koniecznie też, dopóki chory w miarę dobrze to znieśnie, trzeba wykonać wszystkie niezbędne zabiegi – usunięcie zębów chorych, zrobienie odpowiednich nakładek, mostków czy protezy.

- Jeżeli chory używa protezy, trzeba uważać, by jej nie uszkodził. Koniecznie dopilnuj, aby zakładał i zdejmował ją przy Tobie. Może zdarzyć się, że założy ją odwrotnie i się skaleczy.
- Przy dużym zaawansowaniu choroby chory może odmówić noszenia protezy. Nie należy go wtedy zmuszać, ale próbować delikatnie namawiać do jej ponownego założenia. Z czasem trzeba będzie w ogóle z niej zrezygnować. Jeżeli chory ma kłopoty ze słuchem, musimy zadbać, by miał odpowiedni aparat słuchowy i go używał go (jak długo się da, gdyż z zasady wraz z postępem choroby, chory przestaje używać aparatu słuchowego. może odmówić noszenia go). Dźwięki, a szczególnie muzyka, są dla chorego bardzo istotne. Nie słysząc, bądź źle słysząc, nasz podopieczny może dużo szybciej „zamknąć się w swoim świecie” i wpaść w głębokie otępienie.
- To samo dotyczy wzroku. Należy zawczasu zadbać o to, by chory miał odpowiednie okulary i by ich nie uszkodził. Gdy chory źle widzi, może to powodować nasilenie lęku i omamy wzrokowe.
- Mycie i kąpiel to czynności stanowiące duży problem dla chorych i ich opiekunów. Wiążą się one z wykonywaniem szeregu czynności, których chory umysł nie pojmuje. Dobrze jest, gdy można chorego raz dziennie umyć pod prysznicem, a przynajmniej raz na kilka dni wykąpać w wannie. Jeśli trzeba, można też używać umywalki czy miednicy. Wypróbowaną przez niektórych opiekunów, szybką i wygodną (dla obu stron) metodą umycia choremu intymnych części ciała jest miednica (włożona w sedes i do niego dopasowana) lub bidet.
- Niektórzy chorzy bardzo lubią kąpiel. Inni, niestety, często nie chcą wejść do wanny, płaczą lub wykazują agresję. W takich przypadkach należy dołożyć wszelkich starań, by ten przykry dla nich moment jakoś uprzyjemnić. Trzeba też zadbać, aby podopieczny nie był rozdrażniony. W łazience musi być ciepło, wanna też powinna być ciepła. Wszystko trzeba robić spokojnie i bez pośpiechu, w miłej atmosferze. We wcześniejszym etapie choroby dobrze jest też przyzwyczaić chorego, by robił wszystkie czynności rutynowo, o tej samej porze i w tej samej kolejności.
- Jeżeli chory bierze tylko prysznic w wannie, należy, myjąc go, jednocześnie trzymać, by nie poślizgnął się i nie wyrócił. Wspomniana wcześniej mata przeciwpoślizgowa i uchwyty na ścianie są wtedy bardzo przydatne. Do kąpieli w wannie puszcza się niezbyt dużo wody, by chory nie zakrztusił się. Woda nie powinna być zbyt gorąca. Mniej sprawnemu choremu musimy pomóc rozebrać się i wejść do wanny. Jeśli chory jest bardzo ciężki lub trudno mu się poruszać, należy koniecznie poprosić drugą osobę o pomoc. Trzeba bardzo uważnie pomagać choremu przy wychodzeniu z wanny, gdyż właśnie wtedy zdarza się wiele wypadków.

- Można też chorego myć w pozycji siedzącej na specjalnej ławeczce (patrz zagadnienie o wyposażeniu łazienki). Należy pomóc mu też przy wycieraniu się i wkładaniu piżamy lub ubrania dziennego.
- We wczesnym i środkowych etapach choroby, gdy chory stabilnie utrzymuje się w pozycji stojącej, jeśli mamy kabinę z prysznicem, używajmy jej zamiast kąpeli w wannie (jest to wygodniejsze dla opiekuna). Mniej sprawna osoba może siedzieć pod prysznicem na plastikowym krześle lub taborecie.
- Naszego bliskiego można również umyć gąbką, posadziwszy go na krześle czy wózku na kółkach, w łazience czy nawet w pokoju, położywszy na podłodze ceratę. Osobę leżącą, której nie można przenieść do wanny, myje się w łóżku. Podczas mycia czy kąpeli należy zwrócić szczególną uwagę na intymne części ciała, gdyż jakiegokolwiek uszkodzenie skóry w tych miejscach może być dla chorego bardzo bolesne i trudne do wyleczenia.

## Jak ubierać chorego?

Opiekunowie często dziwią się, że ich bliski nie potrafi wykonać prostej, wydawałoby się, czynności, np. włożenia butów, skarpetek, bielizny. Nie wiedząc jeszcze, że mamy do czynienia z chorobą Alzheimera, pokrzykujemy, poprawiamy, denerwujemy się. Ale taka sytuacja jest normalna – choremu coraz trudniej przychodzi wykonanie rutynowych czynności. Z czasem trzeba go już ubierać, gdyż sam zupełnie nie może dać sobie z tym rady. Codzienne ubieranie i rozbieranie naszego bliskiego jest męczące.

- Zamiast zginać się w pół, przykucnijmy albo usiądźmy obok chorego.
- Ułatwimy sobie zadanie, gdy ubranie będzie proste, wygodne zarówno dla chorego, jak i opiekuna – spódnice czy spodnie na gumki, bez guzików czy suwaków, buty wsuwane.
- Dobrze, gdy wszystkie części garderoby są z naturalnych włókien, łatwe do prania, najlepiej takie, których nie trzeba prasować. Powinny być zawsze czyste, estetyczne, przyjemne dla chorego. Wygodne są dresy, gdyż łatwo je wkładać, dają też pewność, że chory nie marznie.
- Gdy nasz bliski wychodzi na spacer, pamiętajmy o czapce, szaliku, rękawiczkach. Najlepiej, gdy te ostatnie są z jednym palcem, gdyż łatwiej je choremu założyć.
- Gdy chory wychodzi na spacer sam, warto pamiętać o wszyciu do płaszcza informacji z telefonem czy adresem. Nigdy nie wiemy, kiedy przyjdzie taki dzień, gdy nasz chory nie będzie pamiętał, gdzie mieszka lub jak się nazywa.
- Inaczej będziemy ubierać chorego, gdy nie będzie mógł się już samodzielnie poruszać, gdy leży w łóżku. Najlepsze są bawełniane podkoszulki z długim rękawem wkładane przez głowę. Na dół zakładamy pampersy lub wiążemy ceratkę (dla dorosłych) z pieluchą. Chory powinien leżeć w bawełnianych skarpetkach. Jeśli może siedzieć w fotelu, pamiętajmy, żeby ubrać go cieplej – dobry będzie dres czy bluza okrywająca plecy, cieplejsze skarpety lub kaptcie, na nogi pled.



## Organizacja dnia i czasu wolnego podopiecznego

Nasz podopieczny, mimo postępu choroby, przez długi czas może uczestniczyć w różnego rodzaju zajęciach. Chory może być jeszcze bardzo samodzielny i wykonywać wiele czynności. Mogą one być związane z zapewnieniem choremu przyjemności lub z naturalną potrzebą bycia pomocnym i potrzebnym w domu. Dostarczają one też choremu możliwości ruchu. Szczególnie należy dać mu możliwość robienia tego, co dawniej lubił.

- Jak długo będzie to możliwe, dobrze jest proponować choremu wykonywanie różnorodnych obowiązków domowych, np. sprzątanía. Oczywiście czynności dostosowujemy do aktualnych możliwości naszego chorego.
- Nasz podopieczny może pomagać w pracach ogrodowych (np. grabienie, zbieranie jabłek czy gałęzi) lub w kuchni przy przygotowywaniu posiłków. Może (oczywiście pod naszym nadzorem) obierać ziemniaki, smarować kanapki czy zmywać naczynia. Niektórzy chorzy lubią np. składać ręczniki czy ściereczki. To wszystko ma na celu rewitalizację podopiecznych, czyli maksymalne wykorzystanie potencjału, który pozostał.
- Bardzo ważne dla zdrowia chorego jest utrzymywanie go w ciągłym ruchu (o ile ewentualne inne schorzenia na to pozwalają). Może to być prosta gimnastyka, spacer po mieszkaniu, a przede wszystkim spacer na świeżym powietrzu, które zarówno wypełniają czas, jak i są źródłem podtrzymywania zdrowia. Chory pobudzony po długim spacerze będzie bardziej zmęczony i spokojniejszy, dzięki czemu będzie też lepiej spał, co umożliwi opiekunowi chwilę odpoczynku.
- Jeśli jest to tylko możliwe i chory to lubi, dobrze jest zapewnić mu również wyjazdy na łono natury poza miasto, a także dalsze wycieczki i wyjazdy wakacyjne.

Należy jednak pamiętać, że są chorzy, którzy najlepiej czują się w znanym im środowisku, a wszelkie zmiany mogą wywołać niepożądane skutki, np. lęk, frustrację, a nawet agresję. Warto najpierw sprawdzić ich reakcję, wychodząc do pobliskiego parku czy do znajomych.

- Prowadzenie życia towarzyskiego, wizyty u znajomych czy sąsiadów, uczestniczenie w uroczystościach rodzinnych, zapraszanie gości do siebie – wszystko to może być źródłem radości dla chorego. Należy jednak prosić rozmówców o takt i delikatność w kontaktach z podopiecznym, a także cierpliwość i wyrozumiałość dla jego dziwnych, a często „niegrzecznych” zachowań czy reakcji. Na ogół chorzy lubią spotykać się z ludźmi, szczególnie znajomymi. Są wtedy uśmiechnięci i ożywieni. Witają wszystkich bardzo serdecznie (nawet jeśli kogoś znają mało albo wcale). Starają się uczestniczyć w rozmowie albo przynajmniej przysłuchują się. Wraz z rozwojem choroby ich zainteresowanie rozmową słabnie, gdyż nie rozumieją już sensu wypowiedzianych słów. Spotkanie towarzyskie może jednak być również dla naszego chorego źródłem stresu i lęku. Wielu chorym sprawia dużą przyjemność słuchanie radia i oglądanie telewizji. Dotyczy to zwłaszcza osób będących w początkowych fazach choroby.

- Najdłużej chorzy na chorobę Alzheimera czy inne zespoły otępienne zachowują wrażliwość na muzykę. Często działa na nich kojąco, a nawet uspokaja agresję. Każdy człowiek, również chory, ma swoje ulubione melodie, których słucha z przyjemnością. Starsze osoby szczególnie lubią przedwojenne piosenki z kabaretów. Muzykoterapia znana jest już od dawna i może uczynić wiele dobrego. Można też razem z podopiecznym śpiewać jego ulubione piosenki. Chorych w początkowym okresie choroby warto też zabierać do kina, teatru czy na koncerty.
- Osobom wierzącym należy zapewnić możliwość odbywania praktyk religijnych. Można choremu pomóc w mówieniu pacierza, czytać mu Biblię czy inne publikacje, chodzić z nim regularnie do kościoła. Można też modlić się z nim w domu czy słuchać mszy nadawanej przez radio. Powinno się też zapewnić choremu, o ile wyrazi takie życzenie, wizytę księdza w domu.
- Bardzo ważne jest jak najczęstsze wspomnianie z chorym przeszłości. Ćwiczy to pamięć Twojego bliskiego i sprawia mu przyjemność. Można z nim oglądać albumy ze zdjęciami z czasów młodości, ze wspólnych wakacji i wydarzeń w domu. Pokazując zdjęcia jego osoby, pomaga się choremu w zachowaniu własnej tożsamości.
- Zdjęcia bliskich – 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. Można też podawać różne informacje o nich, co ułatwi choremu ich identyfikację. Pokazując zdjęcia ze wspólnych przeżyć, dobrze jest opowiadać podopiecznemu o tych wydarzeniach.
- Ważnym sposobem ćwiczenia pamięci chorego, a jednocześnie sprawienia mu przyjemności, jest zapewnienie mu różnych zajęć intelektualnych i manualnych. Chorzy lubią coś gnieść w rękę, można dać im chusteczkę, piłeczkę czy kawałki materiałów. Z chorymi bardziej sprawnymi można grać w karty, domino, lepić z plasteliny, układać klocki, rysować itp. Niektórzy chorzy mogą też rozwiązywać proste quizy czy krzyżówki. Panie mogą wykonywać prace na drutach czy na szydełku, może im też sprawić przyjemność zwijanie i rozwijanie kłęбка wełny.
- Wielką przyjemnością może być dla chorego czytanie. Niestety, stosunkowo szybko utraci on zainteresowanie tą formą spędzania czasu, gdyż będzie miał trudności ze zrozumieniem tekstu. Rozrywką może być oglądanie kolorowych czasopism (nawet dla dzieci), a potem samo przewracanie stron lub słuchanie tekstu czytanego przez opiekuna. Trzeba również pamiętać, że dla chorego wielokrotne powtarzanie tej samej czynności wcale nie musi być nużące. Czasem nawet siedzenie bez ruchu może być dla niego źródłem przyjemności.
- Rozmawianie z chorym to też zapewnienie mu zajęcia. Trzeba rozmawiać z nim jak najwięcej. Mówiąc do chorego, dobrze przypomnieć mu, jaki jest dzień i godzina, gdzie jest, jacy ludzie go otaczają, jaki ma plan zajęć na dziś itp. Pomaga mu to w odnajdywaniu się w rzeczywistości. Nie należy jednak narzucać mu sposobu spędzania czasu. Niech jak najdłużej ma możliwość wyboru i niech robi tylko to, co sprawia mu przyjemność i na co pozwala jego stan zdrowia. Zajęcia muszą być dostosowane do jego możliwości i nie mogą wprowadzać w zły nastrój.

## Rady dla opiekunów mieszkających z osobą cierpiącą na chorobę otępienną

Choroba otępienna, w tym choroba Alzheimera, jest schorzeniem, które dotyka coraz większą liczbę osób. Prognozy na najbliższe dekady nie są pomyślnie i mówią o zwiększaniu się liczby chorych. Dolegliwość, którą po raz pierwszy opisano ponad sto lat temu, dotyka nie tylko samego chorego, ale jest, co najmniej w równym stopniu, chorobą rodziny i osób sprawujących opiekę. Wymagania, jakie stawia opiekunom, pozostawionym bez wsparcia zewnętrznego, zwykle doprowadza do ich przeciążenia psychicznego i fizycznego. Napięta uwaga, chroniczne przemęczenie, skrywana złość i żal, głęboka frustracja, smutek, niekontrolowane reakcje względem chorego oraz poczucie winy – to tylko niektóre z ubocznych efektów, które mogą towarzyszyć opiekunowi w zmaganiu się z chorobą podopiecznego.

Często przeszkodą w pełnieniu efektywnej opieki jest brak odpowiedniej wiedzy na temat zaburzenia i sposobów radzenia sobie z jego objawami u chorego. Mamy nadzieję, że niniejszy poradnik dostarczy odpowiednich informacji i rad, by opieka na chorymi ze schorzeniami otępiennymi nie budziła lęku i stresu.

**Najczęstsze błędy popełniane w opiece nad chorym można zaklasyfikować do dwóch grup:**

- **Pierwsza dotyczy stosunku opiekuna do chorego.**

Zwykle bliscy starają się wyręczyć chorego w codziennych czynnościach, nierzadko wykonując je za niego lub ograniczając mu możliwość samodzielnego ich wykonania. Bardzo ważne dla powstrzymania szybkiego postępu choroby jest zaniechanie wyręczania na rzecz asystowania w codziennych czynnościach. Nawet jeśli działania te wymagają więcej czasu i energii, to jednak sprzyjają utrzymaniu tych umiejętności, które jeszcze posiada osoba dotknięta chorobą.

Innym częstym błędem jest bagatelizowanie objawów lub niedocenianie wsparcia farmakologicznego. Wpływ leków może nie być widoczny w zwiększeniu dotychczasowej ogólnej sprawności chorego, niemniej istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że wydłuży on poszczególne etapy choroby, a tym samym utrzymuje na określonym poziomie względny stan chorego. Często odpowiednie dobranie leków może minimalizować lub całkowicie zniwelować niektóre objawy, np. omamy, urojenia czy zachowania agresywne.

Kolejnym błędem jest próba przekonywania chorego, namawiania, tłumaczenia lub perswazji. Mając w pamięci zdrową osobę, trudno jest pogodzić się z faktem, że wszelkie próby logicznego argumentowania nie przyniosą rezultatów. To efekt choroby, przede wszystkim utraty pamięci tzw. świeżej, czyli trudność w zapamiętaniu nowych informacji, a nie zła wola chorego. Często osoba chora zapewnia, że podejmie się określonej czynności lub zaniecha innej. Nie jest w stanie dotrzymać słowa, ponieważ choroba upośledza zarówno pamięć, jak i wolę. Dlatego też stawianie zbyt wysokich wymagań nie ma sensu, gdyż może powodować gniew i frustrację osoby chorej.

- **Druga grupa błędów odnosi się do relacji z otoczeniem, rodziną i przyjaciółmi.**

Zbyt często dochodzi do sytuacji, w której do opieki nad chorym wyznaczona jest jedna osoba. Przyjmując na siebie cały ciężar opieki, zwalnia się z odpowiedzialności np. członków rodziny, którzy często z niewiedzy i lęku zaniechują kontaktów z najbliższymi, co oznacza maksymalną eksploatację opiekuna. Osoby pozostające z boku mają mylne przekonanie, że opiekun „daje sobie radę”, „bo przecież zawsze się opiekował”. Ten sposób tłumaczenia sytuacji jest podtrzymywany przez brak zwrócenia się o pomoc obciążonego ponad miarę opiekuna.

Najczęściej przed zwróceniem się o pomoc powstrzymuje go przekonanie o własnej mocy lub tłumaczenia w rodzaju: „bo inni mają swoje życie” lub „mają swoje problemy” itp. Zdarza się, że gwałtowna reakcja emocjonalna samotnego opiekuna przychodzi zbyt późno i spotyka się z niezrozumieniem reszty rodziny. Dlatego ważne jest, aby w opiekę nad chorym zaangażowani byli wszyscy członkowie rodziny, którzy potencjalnie są w stanie takiej pomocy udzielić. Rozłożenie ciężaru pielęgnacji i opieki powoduje, że łatwiej jest go unieść.

Poza tym nie mniej istotne jest wsparcie instytucjonalne lub zewnętrzne. Możemy poprosić o pomoc przyjaciół oraz znajomych naszego podopiecznego.

Utrzymywanie dotychczasowych relacji pozarodzinnych wydaje się również istotne. Wsparcie ze strony przyjaciół czy znajomych może okazać się kluczowe w określonym momencie. Dlatego nie należy zrywać dotychczasowych więzi, choć zdarza się, że bliscy odsuwają się z własnej woli, często powodowani strachem lub niewiedzą. Przeciwdziałać temu może opanowanie wstydu przed chorobą i informowanie otoczenia o specyfice choroby.

Niesamowicie istotną sprawą jest dbanie o własny odpoczynek i higienę psychiczną. Przemęczony, wyczerpany, sfrustrowany opiekun nie jest w stanie efektywnie pomóc choremu. Należy pamiętać o tym, by co najmniej kilka godzin tygodniowo poświęcić na własne sprawy, spotkania z innymi ludźmi, odwiedziny grupy wsparcia lub wykonywanie ulubionych czynności bez potrzeby jednoczesnego pełnienia opieki nad chorym. Przeciwdziałają to wypaleniu emocjonalnemu i fizycznemu, a jednocześnie warunkuje skuteczne wsparcie bliskiej osoby w chorobie.

## Rady dla opiekuna:

- Przyjmij każdą pomoc, którą ktoś ci oferuje.
- Staraj się sprawiać sobie przyjemności, które będą dodawać Ci energii.
- Nie spodziewaj się, że będziesz w stanie ciągle wykonywać wszystko, co wcześniej Ci się udawało; nie stresuj się – tak po prostu musi być.
- Zapewnij sobie odpoczynek – skorzystaj ze wsparcia rodziny i przyjaciół.
- Utrzymuj kontakty towarzyskie i rozwijaj swoje zainteresowania.
- Pamiętaj, że masz prawo do przyjemności – zadowolony lepiej wypełnisz swoje obowiązki.

- Nie obarczaj się winą za to, że czasem tracisz cierpliwość. W chwili załamania porozmawiaj z kimś, kto Cię zrozumie.
- By nie okazać, że za chwilę wybuchniesz, wyjdź z pokoju i wróć, gdy będziesz spokojniejszy.

## DEPRESJA I STANY DEPRESYJNE

Niepełnosprawność, chorowanie oraz sama starość może powodować depresję (występuje u ok. 15% osób powyżej 65. roku życia). Jej przyczyny są złożone, a każdy przypadek to wypadkowa czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych. Ponadto depresja może pojawić się jako problem współistniejący w przebiegu wielu chorób, np. zaburzeń endokrynologicznych tarczycy, nadnerczy, przytarczyc lub organicznych chorób mózgu – udaru, choroby Parkinsona, Alzheimerera czy innych zespołów otępiennych. Tak wysoka zachorowalność na depresję u osób w wieku starszym jest związana szczególnie z obniżeniem aktywności układu nerwowego oraz zmianami zwyrodnieniowymi. **Gdy objawy trwają do 2 tygodni, nie wymagają interwencji psychiatrycznej. Jeśli dłużej, konieczna jest wizyta u specjalisty.** Psychiatra lub psycholog poprowadzi terapię seniora.

### Objawy:

- obniżenie nastroju – poczucie smutku, przygnębienia, załamania,
- niezdolność do odczuwania przyjemności,
- wycofanie się z kontaktów społecznych,
- brak motywacji,
- spadek masy ciała, jadłowstręt lub odwrotnie, męczliwość,
- bezsenność lub nadmierna senność niemal codziennie,
- podniecenie lub spowolnienie psychoruchowe,
- poczucie własnej bezwartościowości,
- większe objawy rano,
- ból głowy,
- myśli samobójcze,
- brak lub mało wypowiedzi, ton niski, cichy, monotony,
- nadmierna koncentracja na własnych dolegliwościach.

## Pomoc podopiecznemu w depresji

Przy podejrzeniu depresji, zgłoś ten fakt pielęgniarce lub lekarzowi – sam nie dasz rady pomóc choremu.

Prawidłowe postępowanie z podopiecznym chorym na depresję	Błędy w postępowaniu z podopiecznym chorym na depresję
utrzymywanie i nawiązywanie kontaktów społecznych	bagatelizowanie objawów
aktywne słuchanie podopiecznego	mówienie „weź się w garść”
odwzajemnianie uczuć	niecierpliwość i nadmierne wymagania
ustalenie celu i zadań pisemnie (małymi krokami)	nadmierna troskliwość
chwalenie i wzmacnianie zachowań niedepresyjnych	odwracanie uwagi
ignorowanie zachowań depresyjnych	traktowanie myśli samobójczych jako tabu „osoby, które mówią o samobójstwie, nie zrobią tego”
zachęcanie do wyrażania uczuć i unikanie paniki	uważanie, że podopieczny udaje w celu zwrócenia na siebie uwagi
inicjowanie kontaktów ze zwierzętami, przyrodą	pozwolenie na separowanie się podopiecznego od otoczenia
nie należy brać do siebie słów podopiecznego w ataku depresyjnym – dbanie o własne zdrowie psychiczne	branie do siebie słów, które podopieczny w ataku mówi, „wciągniecie się” w wir zachowań depresyjnych chorego
zachęcanie do aktywności fizycznej na świeżym powietrzu	unikanie wychodzenia z domu

## Zespół splątania (majaczeniowy)

Zaburzenie to ma nagły początek, który trudno jest wychwycić, trwa od kilku godzin do kilku tygodni. Występuje dezorientacja – chory nie wie, gdzie się znajduje, nie rozpoznaje osób. Mogą dołączyć się omamy (widzi, słyszy coś, czego w rzeczywistości nie ma), może mieć zaburzenia świadomości, czuć się nadmiernie aktywny, aż do agresji, ale także nadmiernie senny. Mogą wystąpić problemy z zapamiętywaniem, mylenie osób, w rozmowie przeskakiwanie z tematu na temat, wędrowanie. Objawom psychicznym towarzyszą często objawy fizyczne, np. przyspieszone tętno, zaczerwieniona twarz, wzrost ciśnienia krwi.

### Przyczyny:

- nieznane otoczenie – senior został przeniesiony do szpitala czy innej placówki opiekuńczej lub leczniczej, wizyta w przychodni, zmiana miejsca zamieszkania lub

noclegu, wyjazd, przestawienie mebli, nowy kolor ścian, zmiana pomieszczenia, np. wyjście z pokoju do łazienki,

- nieznane osoby – nowy opiekun, wizyta gości,
- hałas – włączony telewizor, remont (nawet u sąsiadów, na drodze), impreza rodzinna,
- brak bodźców – senior cały dzień spędza w łóżku, przysypiając,
- silne emocje, kłótnie, stres, śmierć lub choroba osoby bliskiej,
- stosowanie leków,
- odwodnienie, niedożywienie,
- infekcja,
- zaparcie, biegunka, zatrzymanie moczu,
- choroby narządów wewnętrznych, np. wątroby, nerek,
- urazy i inne choroby układu nerwowego,
- urazy układu kostnego,
- już wcześniej występował ten zespół u seniora.

#### **Postępowanie opiekuna:**

- ustal przyczyny wystąpienia zespołu – sprawdź, czy senior nie jest głodny, odwodniony, czy nie ma zaparcia, gorączki lub innych objawów choroby,
- ustal czynnik drażniący seniora, np. hałas – postaraj się go wyeliminować,
- sprawdź, czy senior właściwie przyjmuje leki (jeśli sam je zażywa),
- zachowaj spokój, mów do seniora wyraźnie, ściszym głosem, bez emocji, jeśli możesz odwróć jego uwagę,
- zabezpiecz go przed urazem (wypadnięciem z łóżka lub wózka),
- dzień seniora powinien być regularny,
- opiekunowie powinni być stali (o ile to możliwe), wprowadzanie nowej osoby powinno być stopniowe,
- jeśli zachodzi konieczność zmiany otoczenia, seniora należy do tego przygotować, pomóc mu się zaadoptować,
- nie lekceważ objawów – skonsultuj się z lekarzem.

## UPADKI

Zmiany w obrębie narządu ruchu, nerwowego i zmysłów: zmniejszenie efektywności pracy nerwów przenoszących informacje do oraz z mięśni, spadek masy i ukrwienia mięśni, kości, mniejsza ilość wody w komórkach, wydłużenie czasu odnowy kości, mięśni, chrząstek, osłabienie widzenia, czucia powodują nieprawidłowości w pracy poszczególnych części tego układu oraz wzajemnego ich oddziaływania w procesie przemieszczania się.

Dochodzi również do zmiany w postawie ciała (wychylenie tułowia ku przodowi, wysunięcie barków ku przodowi), bólów kręgosłupa i stawów, zmian stereotypu chodu (chodzenie drobnymi krokami, zmniejszone podnoszenie stóp nad podłoże, znaczne zwolnienie chodu).

Częstość upadków wzrasta wraz z wiekiem, częściej wiążą się z występowaniem niektórych chorób (np. choroba zwyrodnieniowa, cukrzyca, stan po udarze, choroba Parkinsona), przyjmowaniem niektórych leków (nasennych, moczopędnych). W zaawansowanym wieku problem upadków dotyczy większości seniorów.

### Skutki upadków to:

- urazy: stłuczenia, złamania (najczęściej kości udowej, promieniowej, nadgarstka),
- powstanie lęku przed upadkiem, co powoduje, że senior unika aktywności fizycznej, a to jeszcze bardziej nasila ryzyko upadków,
- zmniejszenie możliwości samoobsługowych seniora.

### Opiekun powinien zmniejszyć ryzyko upadku poprzez:

- zwiększenie aktywności fizycznej seniora - należy wprowadzić regularne ćwiczenia (najbardziej wskazane szybkie marsze, jazda na rowerze, pływanie, joga) – oczywiście dostosowane do jego aktualnych możliwości, co najmniej 150 min na tydzień; lepiej ćwiczy się w grupie – opiekun powinien dowiedzieć się, gdzie są organizowane zajęcia dla seniorów, zmotywować podopiecznego do uczestnictwa w nich,
- zwiększenie aktywności fizycznej poprzez większe angażowanie się w czynności życia codziennego oraz samoobsługę,
- motywowanie seniora do rehabilitacji, po udarach do nauki chodzenia,
- przystosowanie otoczenia do seniora:
  - zainstalowanie poręczy i uchwytów o chropowatej powierzchni (nie tylko w łazience),
  - łóżko o odpowiedniej wysokości dostosowane do wzrostu seniora (najlepiej regulowane), z dostępem minimum z trzech stron, przy brzegu uchwyt do przytrzymania się,
  - fotele niezbyt głębokie, krzesła masywne, stabilne (nie na kółkach), z oparciem, siedzisko na takiej wysokości, by senior opierał obie stopy przy zgiętych pod kątem prostym kolanach,



- usunięcie dywaników, chodników, wysokich progów, wystających kabli,
  - pozbycie się zbędnych mebli, wazonów itp. zagrażających drogę seniora,
  - odpowiednie oświetlenie (w nocy również) – nie za mocne, ale takie, by senior widział drogę,
  - meble stabilne, przedmioty na nich ustawione tak, by nie spadły, gdy senior oprze się o mebel,
  - rzeczy w szafach i na półkach ustawione tak, by senior nie musiał się schylać ani wspinać, podstawić stołka itd.,
  - podłogi gładkie, ale nie powinny być śliskie (nie należy ich pastować),
  - w łazience krzesła, ławeczki do kąpeli, wskazany raczej prysznic,
  - w miejscach mycia się maty antypoślizgowe (wskazane również przy zlewie w kuchni, jeśli senior pomaga w kuchni ), w i przy wannie, w brodziku,
  - jeśli łazienka jest mała, warto rozważyć zakup wanny pneumatycznej do kąpeli w łóżku, do mycia głowy,
  - podwyższony sedes, ewentualnie nad nim krzesło toaletowe, uchwyty do przytrzymania się,
- buty z antypoślizgową powierzchnią, lekkie, łatwe do zakładania i zdejmowania, obejmujące kostkę, płaskie lub z obcasem do 2 cm (kapatki wsuwane należy zlikwidować – seniorzy nazywają je „kapatki-wywrotki”),
  - zapobieganie spadkom ciśnienia podczas pionizacji,
  - rezygnacja z wychodzenia z domu przy bardzo niskich temperaturach, dużej śliskości nawierzchni, po której będzie szedł senior,
  - stosowanie sprzętu ułatwiającego chodzenie – są to laski, kije do nordic walking, trójnogi, balkoniki, chodziki; sprzęt ten jest częściowo refundowany, opiekun powinien poprosić o skierowanie od lekarza na zakup; osoba sprzedająca lub rehabilitant pomoże odpowiednio go ustawić i przeszkoli w zakresie stosowania,
  - senior, który cierpi na zaburzenia równowagi i skłonności do upadku, powinien być odpowiednio asekurowany podczas chodzenia,
  - opiekun powinien również wiedzieć, do kogo zadzwonić, gdy senior się przewróci.

**Dlaczego tak ważna jest profilaktyka? Ponieważ osoby, która upada, często nie jesteśmy w stanie przytrzymać tak, by nie stwarzać zagrożenia dla siebie i dla niej. Opiekun powinien znać zasady postępowania po upadku – wiedzieć, jak udzielić pierwszej pomocy, kiedy wezwać pogotowie itp.**



## CZĘŚĆ III

# CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE

# TRANSFER - BEZPIECZNE PRZENOSZENIE, PODNOSZENIE SENIORA

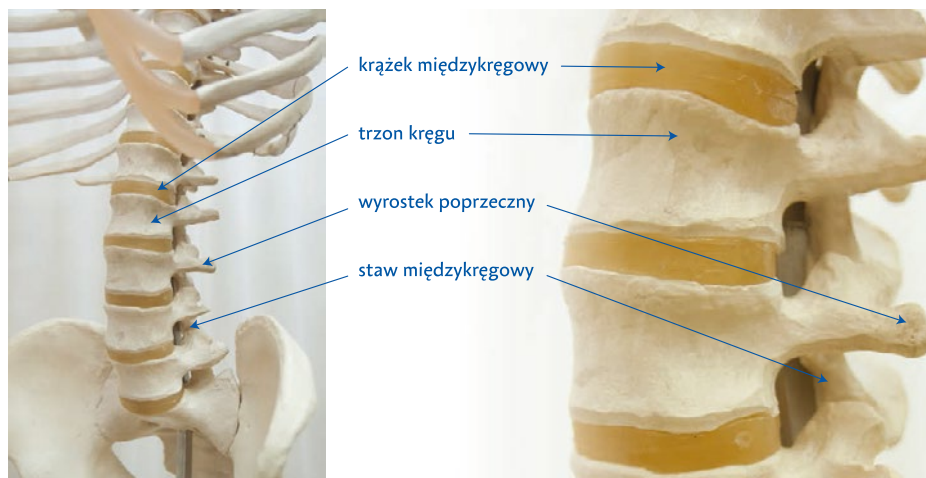
## Podstawowe informacje dotyczące budowy układu ruchu człowieka

Kręgosłup jest osią ciała i stanowi swoiste kostne rusztowanie dla tułowia.

Kręgosłup zbudowany z kości, chrząstek i tkanki łącznej nie może samodzielnie zmieniać ani utrzymać określonej pozycji. To mięśnie umożliwiają prawidłową stabilizację i ruch. Muszą one przeciwdziałać siłom grawitacyjnym oraz utrzymać równowagę pomiędzy poszczególnymi częściami tułowia, a dzięki budowie segmentowej (kostne kręgi i sprężyste krążki międzykręgowe) umożliwiają ruchy w wielu płaszczyznach, dając elastyczność.

Kręgosłup składa się z 33-34 segmentów ruchowych, co odpowiada liczbie kręgów. Każdy człowiek posiada:

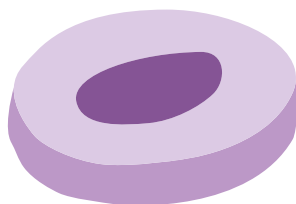
- część szyjną (7 kręgów),
- część piersiową (12 kręgów),
- część lędźwiową (5 kręgów),
- część krzyżową (5 kręgów zrośniętych),
- część guziczną, inaczej ogonową (3-5 kręgów).



Ponieważ kręgosłup działa w dużej mierze jak dźwig podnoszący tułów ze zgięcia i utrzymujący w wyproście, wszystkie najważniejsze struktury „ciągnące” znajdują się od strony grzbietu. Są to grupy silnych mięśni i mocne więzadła. Przy dużych lub długotrwałych obciążeniach, przyłożona siła może przekroczyć wytrzymałość mięśni, więzadeł lub, co gorsze, krążka międzykręgowego. Krążek międzykręgowy jest łożyskiem i zarazem amortyzatorem dla dwóch sąsiadujących ze sobą kręgów. Zapewnia kręgosłupowi pewnego stopnia giętkość. Składa się z pierścienia włóknistego i położonego wewnątrz niego jądra miażdżystego. Jądro, jako łożysko, jest osią obrotu dla ruchów kręgosłupa i posiada cechy gęstego płynu.

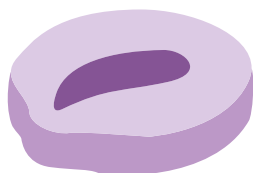
Wiele osób cierpi z powodu „wypadniętego dysku”, gdzie część jądra miażdżystego została przemieszczona w/lub przez pierścień włóknisty, w taki sposób, że część jądra lub pierścienia ulega wybrzuszeniu poza prawidłowe granice zdrowego krążka międzykręgowego.

## PRAWIDŁOWY DYSK



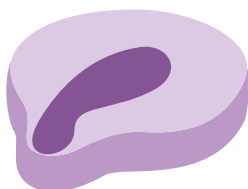
## USZKODZENIA DYSKU

MAŁE



wybrzuszenie

ŚREDNIE



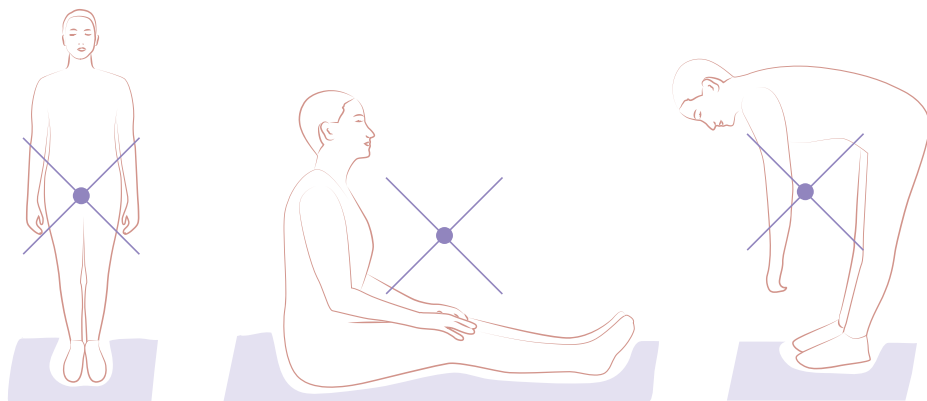
przepuklina

DUŻE



rozerwanie pierścienia

## Zasady działania sił ciężenia na kręgosłup i zagrożenia wynikające z nieprawidłowej postawy



Każdy przedmiot ma środek ciężkości, który w przybliżeniu można wyznaczyć jako środek przestrzeni ciała. Jest to proste w przypadku ciał o jednorodnym kształcie, jak np. kostka. Ciało człowieka nie ma jednorodnego i regularnego kształtu, dlatego środek ciężkości przesuwa się wraz ze zmianą pozycji ciała.

Gdy człowiek stoi w pozycji pionowej z rękami wzdłuż tułowia, środek ciężkości zbiega się ze środkiem jego wymiarów fizycznych i znajduje się w miednicy. W pozycji pionowej człowiek wymaga niewielkiego wysiłku mięśni (ludzie, którzy nie mogą kontrolować miednicy przy staniu, nie mogą stać bez pomocy innych osób). Im dalej środek ciężkości oddalony jest od środka ciała, tym większy wysiłek potrzebny jest do utrzymania stabilnej pozycji (uniesienie ramion powyżej poziomu głowy powoduje podniesienie środka ciężkości, co czyni pozycję ciała mniej stabilną).

Aby ciało pozostało stabilne, jego linia ciężkości musi być utrzymana w obrębie własnej podstawy. U osoby leżącej na płasko środek ciężkości znajduje się w miednicy – identycznie jak w pozycji pionowej. Zatem przemieszczenie miednicy powoduje odwrócenie ciała. Natomiast środek ciężkości osoby siedzącej w pozycji z wyprostowanym tułowiem w łóżku, znajduje się daleko poza jej ciałem, dlatego trudno przemieścić taką osobę bez zmiany pozycji.

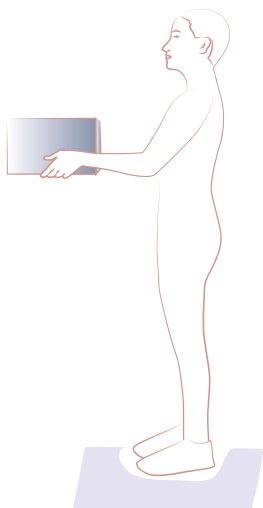
Pochylenie się ku przodowi jest jedną z najczęstszych postaw przyjmowanych przez ludzi (zarówno w pozycji stojącej, jak i siedzącej). Środek ciężkości przesuwa się wtedy ku przodowi, a linia ciężkości pada poza obszar podstawy. Ciało przestaje być stabilne. Wewnętrzne struktury mięśni oraz więzadła grzbietu zapewniają siłę równoważącą, co zapobiega upadkowi.

Odległość, czyli ramiona sił, są różnej długości. Ramię siły stanowi odległość w pionie pomiędzy miejscem przyłożenia siły a dolną częścią pleców. Dotyczy to dowolnego kierunku siły. Im dłuższe jest ramię siły zewnętrznej popychające ciało do przodu, tym większą siłę muszą dostarczyć mięśnie i więzadła w celu utrzymania ciała w tej pozycji.

Należy pamiętać, że obciążenie kręgosłupa wzrasta ku dołowi. Im niżej kręgosłupa, tym dłuższe ramię dźwigu i tym większe siły są potrzebne do wykonania danego ruchu.

Na skutek przeciążeń i nieprawidłowej postawy najpierw bolą mięśnie przykręgosłupowe, natomiast powtarzające się nadmierne obciążenia doprowadzają z czasem do mikrourazów, powstania zmian zwyrodnieniowych, ucisku na nerwy rdzeniowe. W skrajnych przypadkach następuje uszkodzenie pierścienia włóknistego i powstanie przepukliny jądra miażdżystego dysku międzykręgowego.

Całkowite wyeliminowanie czynności ręcznego podnoszenia i przenoszenia ciężarów w opiece jest niemożliwe. Aby uniknąć wypadków i urazów, wykonywanie transferowania ręcznego powinno odbywać się zgodnie z zasadami ergonomii.



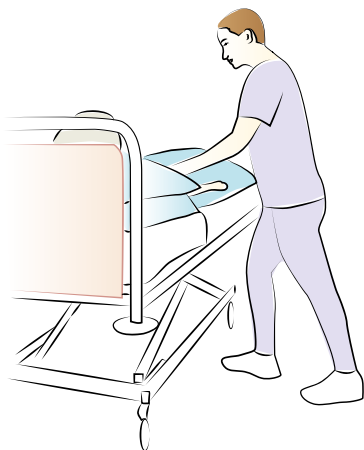
Osoba trzyma ciężar (10 kg)  
i przemieszcza go na odległości 0.5 metra  
Obciążenie na odcinek L-S wynosi ok. 98 kg  
Opór = ciężar (kg) x siła grawitacji (m/s<sup>2</sup>)  
Przyłożona siła = ciężar x odległość od punktu  
podparcia = 981 N



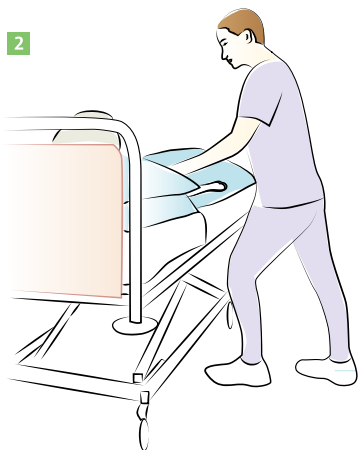
Osoba trzyma ciężar (10 kg) i przenosi go  
na odległość 1 metra  
Obciążenie odcinka L-S wynosi ok. 197 kg  
Przyłożona siła = 1962 N

## Zasady poprawnego zachowania opiekuna podczas transferu

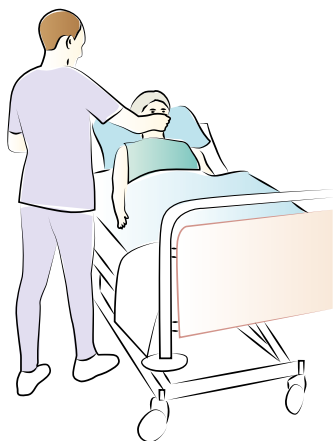
1



2

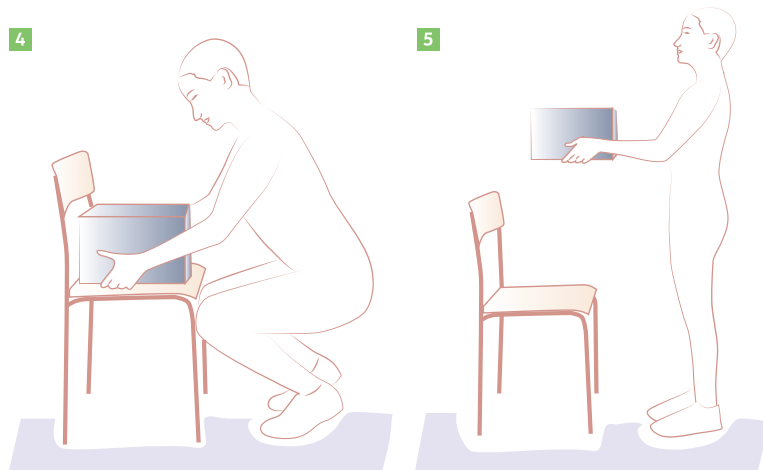


3



1. Przed rozpoczęciem podnoszenia lub przenoszenia podopiecznego, opiekun powinien ustawić się w lekkim rozkroku, z jedną nogą wysuniętą lekko do przodu w celu zwiększenia podstawy oparcia (rys. 1-2).
2. Przed rozpoczęciem należy sprawdzić, czy droga transportowa oraz miejsce docelowe jest wolne od przeszkód i usunąć je w razie potrzeby.
3. Przed rozpoczęciem podnoszenia należy ocenić i porównać wagę podopiecznego (w tym także aparatury i urządzeń pomocniczych przenoszonych razem z nim) oraz własne możliwości wykonania czynności.
4. W miarę możliwości należy tak organizować sobie pracę, aby mogła być wykonywana powyżej poziomu kolan i poniżej ramion. Optymalną wysokością wykonywania pracy jest wysokość łokci (rys. 3).

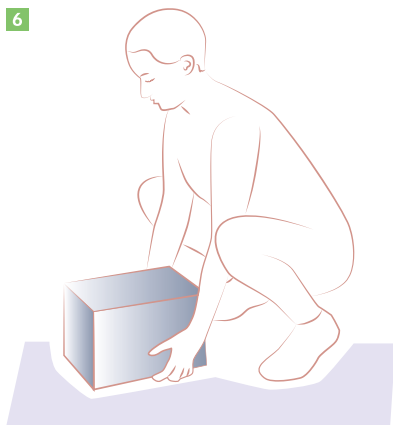
5. Należy wykorzystywać zawsze możliwości psychoruchowe podopiecznego, co zmniejszy obciążenie i przyspieszy proces jego rehabilitacji.
6. Należy wyjaśnić podopiecznemu, co chcemy zrobić, co będzie się z nim działo, zapewnić sobie jego współpracę (należy podpowiedzieć choremu, jak może nam pomóc, co on powinien zrobić).



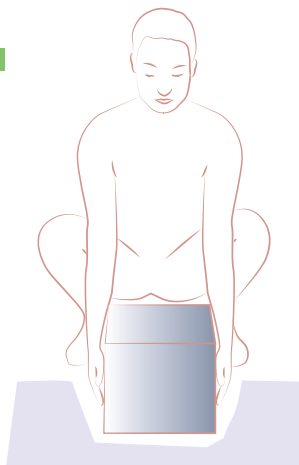
7. Obciążenie kręgosłupa powinno być symetryczne i równomierne.
8. Ciężkie przedmioty należy podnosić, uginając kolana, a nie pochylając się i zginając kręgosłup. Podnoszenie z prostymi nogami jest energooszczędne, gdyż angażuje mniej mięśni, ale bardziej obciąża kręgosłup (**rys. 4**).
9. Odległość pomiędzy przenoszonym ciężarem, a pionową osią ciała powinna być jak najmniejsza. Należy podchodzić jak najbliżej podopiecznego, jeśli jest to możliwe. (**rys. 5**).
10. Ciężkie rzeczy należy przenosić z wyprostowanym kręgosłupem oraz z szeroko rozstawionymi stopami i łokciami położonymi blisko ciała.
11. Podczas podnoszenia podopiecznego z łóżka i wykonywania przy podopiecznym leżącym prac, należy zawsze mieć wyprostowany kręgosłup (w celu dodatkowego odciążenia można wykorzystać regulację łóżka, podparcie kolanem o łóżko).
12. Przy podnoszeniu podopiecznego lub innej rzeczy z poziomu podłogi stopy należy ustawić po obu stronach ciężaru; należy stanąć nad ciężarem lub podopiecznym (**rys. 6-7**).
13. Podczas wykonywania długotrwałej pracy w niewygodnej pozycji (duże obciążenie statyczne), np. podczas karmienia podopiecznego, należy starać się usiąść przy jego łóżku.



6



7



14. Podczas przemieszczania podopiecznego należy zastosować mocny chwyt, używając całych dłoni, nie tylko palców. Należy być przygotowanym na nagłe zmiany kierunku przenoszenia spowodowane przemieszczeniem się masy ciała podopiecznego.

### CZEGO UNIKAĆ?

- Należy unikać wykonywania nagłych ruchów i szarpnięć, gdyż właśnie wtedy istnieje największe niebezpieczeństwo urazu.
- Nie wolno chwytać chorego pod pachy – może to prowadzić do urazu w kręgosłupie opiekuna lub uszkodzić splot barkowy podopiecznego.
- Podczas przemieszczania nie można pozwolić choremu chwytać za szyję – grozi to urazem kręgosłupa szyjnego u opiekuna.
- Żadnych czynności nie należy wykonywać na siłę. Przy utrzymującej się dużej bolesności zniechęcają one podopiecznego do współpracy i pobudzania aktywności.
- Podczas dźwigania należy unikać pochyleń na boki i skrętów tułowia.

# RODZAJE I TECHNIKI TRANSFERU

Transfer podopiecznych wiąże się z ich przemieszczaniem, czyli podtrzymywaniem, podnoszeniem, opuszczaniem, pchaniem lub ciągnięciem.

**Metody przemieszczania podopiecznych można podzielić w zależności od sposobów ich wykonywania:**

- przenoszenie ręczne wykonywane przez jednego lub kilku Opiekunów wykorzystujących siłę własnych mięśni,
- przenoszenia przy użyciu lekkiego sprzętu do przemieszczania podopiecznego, np. prześcieradła z materiału o niskim współczynniku tarcia, pasów ergonomicznych, podstawek pod stopy,
- przenoszenie przy użyciu ciężkiego sprzętu elektromechanicznego do przemieszczania podopiecznego.

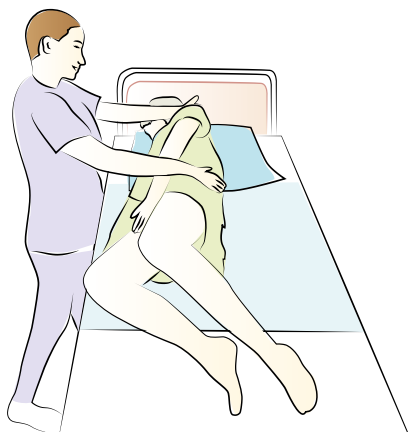
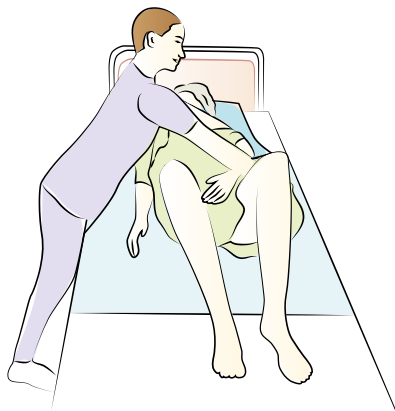
**Ustalenie właściwej techniki przemieszczania podopiecznego zależy od:**

- możliwości fizycznych podopiecznego (osłabienie lub przykurcze u podopiecznego),
- stanu ogólnego (podopieczny po zabiegu operacyjnym lub wypadku),
- rozumienia poleceń (silne otępienie),
- schorzenia medycznego (podopieczny po udarze lub z zawrotami głowy),
- rozmiaru masy ciała (podopieczny otyły a szczupły).

**Należy zaznaczyć, że:**

- ciała podopiecznych charakteryzują się asymetrycznym rozkładem wagi oraz nie posiadają obszarów dla stabilnego uchwytu. W związku z tym opiekunowi trudno będzie utrzymać masę ciała podopiecznego przy własnym ciele,
- Podopieczni mogą być pobudzeni, agresywni lub współpracować w ograniczonym stopniu, co może zwiększyć ryzyko urazów,
- otoczenie, w którym sprawowana jest opieka, może wymagać dostosowania do osoby wymagającej opieki (np. zamiast wanny prysznic, przemeblowanie pokoju itp.),
- istotne jest również dopasowanie sprzętu wspomagającego przemieszczanie podopiecznych do pomieszczeń.

## Technika ręcznego obracania podopiecznego na bok



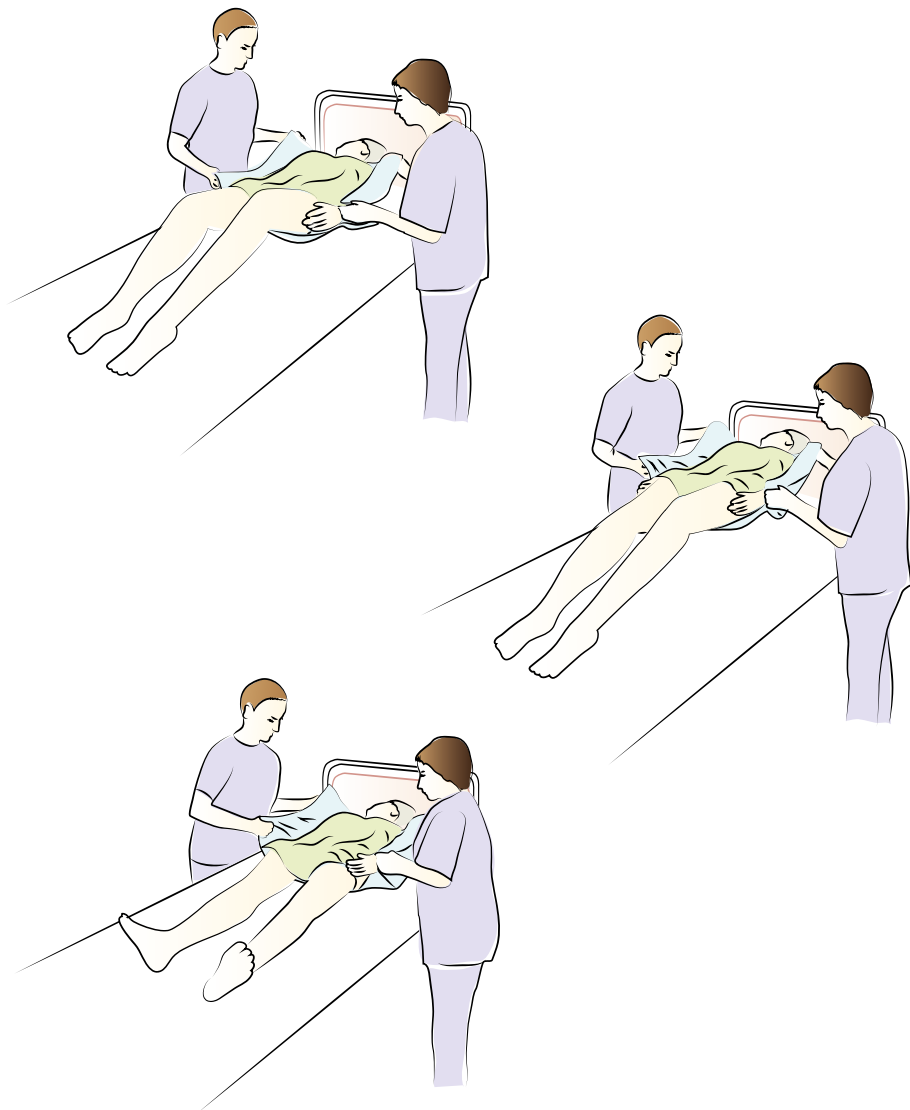
- zawsze należy obracać Podopiecznego w swoim kierunku (jeżeli tylko jest to możliwe),
- obręcz biodrowa i barkowa powinna jednocześnie zmieniać ułożenie (zabezpiecza to przed urazem kręgosłupa podopiecznego),
- kończyny dolne podopiecznego są ugięte w celu zmniejszenia dźwigni i oparte o łóżko, a gdy się nie zginają, powinny być proste, skrzyżowane,
- głowa powinna być obracana w stronę zamierzonego ruchu przed jego rozpoczęciem,
- podopiecznego należy chwycić za łopatkę i talerz biodrowy lub ewentualnie za kolano (nie chwycać za długą dźwignię kończyny),
- kończyna górna strony, na którą obracany jest podopieczny, powinna być umieszczona poza torem ruchu,
- postawa osoby obracającej – proste plecy, w miarę możliwości jedna noga na podwyższeniu lub kolano oparte o łóżko w celu zmniejszenia obciążenia, ewentualnie kolano mocno dociśnięte do brzegu łóżka.

### UWAGI:

- Po zabiegach operacyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego podopieczny obracany jest na stronie zdrowej (przez około 3 miesiące), najlepiej z klinem między nogami.
- Podopieczny ze złamaniem kości udowej może być obracany na stronie złamania.
- Podopiecznego po udarze nie powinno się ciągnąć za ręce. Obrót najlepiej wykonać przez bok, który objęty jest niedowładem po udarze w celu większej stymulacji.

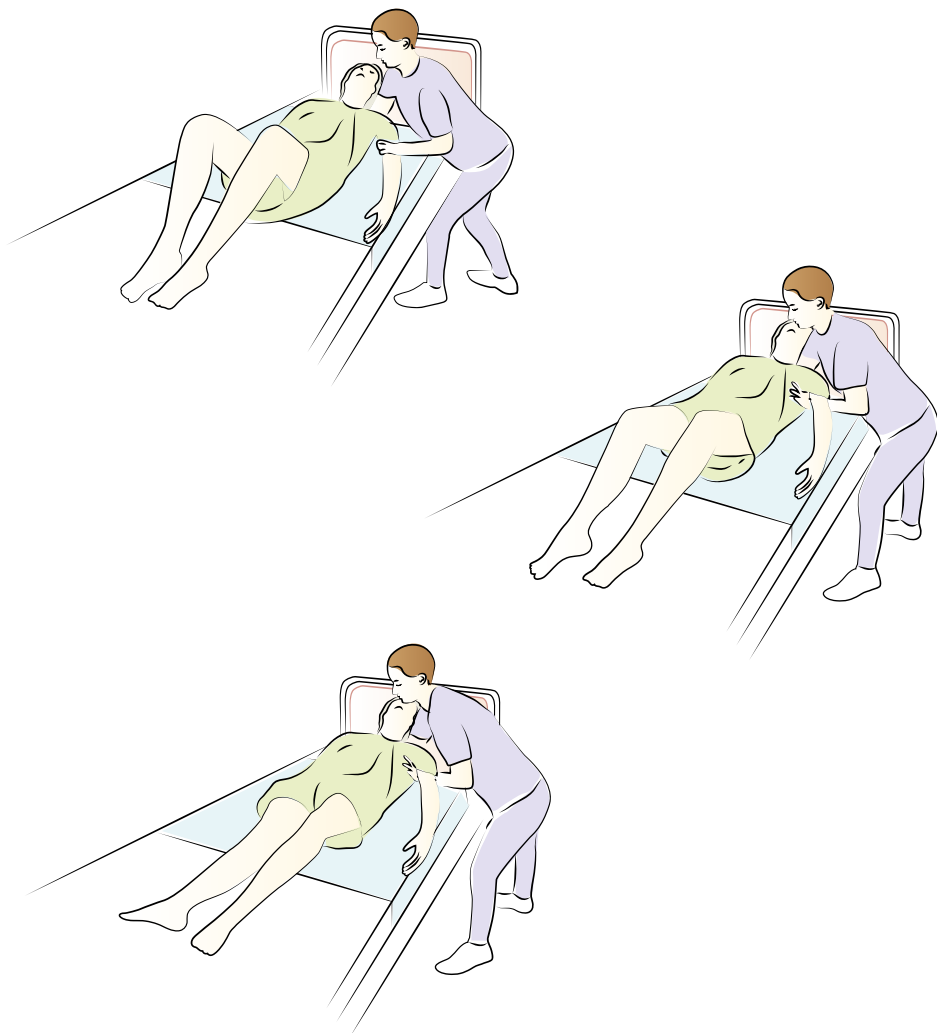
## Techniki ręcznego przemieszczania podopiecznego w łóżku: góra – dół

Najbezpieczniej jest przemieszczać podopiecznego na podkładzie obejmującym obręcz barkową i biodrową, najlepiej wraz z głową. Podkład umieszczany jest pod podopiecznym przez obrót na bok i wsunięcie ww. podkładu.



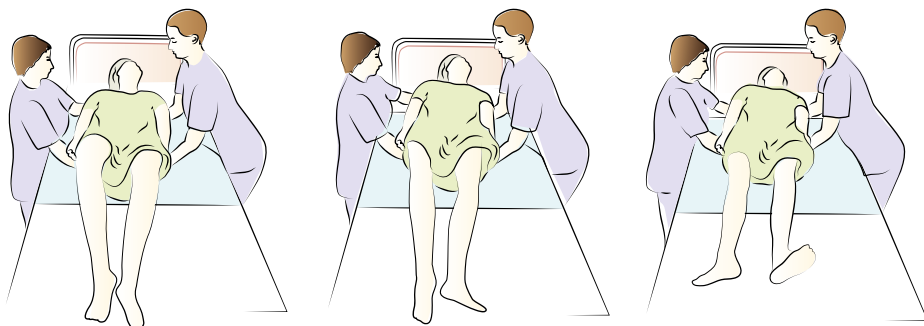
## Sposób ręcznego przemieszczania podopiecznego przez jedną osobę:

- najlepiej, aby nogi podopiecznego były zgięte i oparte o materac,
- osoba przenoszona znajduje się od wezgłowia łóżka, chwytając podopiecznego za przedramiona, przekładając ręce pod barkami;
- napinając mięśnie brzucha i opierając uda o łóżko, można podciągnąć podopiecznego w górę.



## Sposób ręcznego przemieszczania podopiecznego przez dwie osoby

- nogi podopiecznego powinny być ustawione w zgięciu i oparte o materac,
- osoby przenoszące stoją naprzeciw siebie,
- ręce mają ułożone w okolicy miednicy i łopatek podopiecznego,
- nogi szeroko rozstawione i oparte o łóżko; pomocne jest oparcie się udami o brzeg łóżka,
- w celu dodatkowego odciążenia, osoby podnoszące mogą zetknąć się czołami,
- lekkie uniesienie bioder podopiecznego i spokojne przesunięcie w górę lub w dół łóżka,
- osoby przenoszące przesuwiają się wraz z podopiecznym,
- jeżeli podopieczny może pomóc, odpycha się nogami.



**UWAGA! Jest to ruch pociągania, więc nie może być stosowany u podopiecznych zagrożonych odleżyną.**

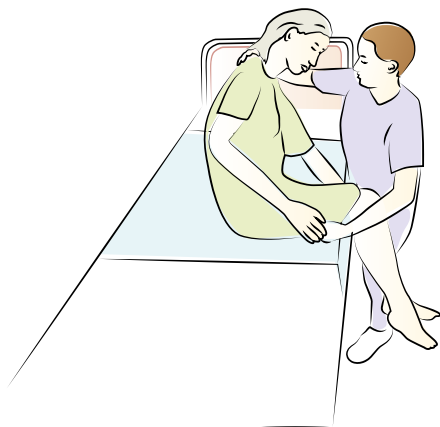
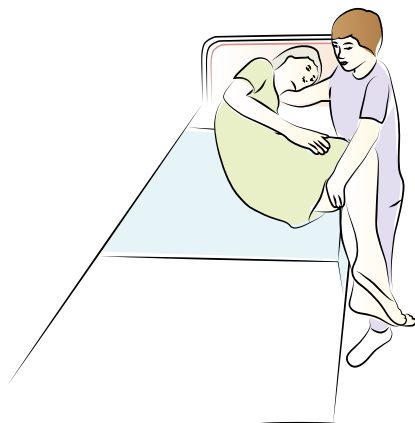
### Przemieszczanie na jeden z brzegów łóżka

- dopasować wysokość łóżka do własnego wzrostu,
- operację przeniesienia rozłożyć na trzy etapy: nogi – środek tułowia – barki,
- kończyny dolne podopiecznego powinny być przesunięte w wybranym kierunku,
- kolano osoby przenoszącej, od strony bliższej łóżka, oparte jest o łóżko,
- podciągnąć podopiecznego przy wykorzystaniu własnego ciężaru. Podczas podnoszenia należy używać mięśni nóg i bioder zamiast mięśni górnej połowy ciała,
- wspólnie z podopiecznym (w miarę jego możliwości) unosimy minimalnie biodra i przesuujemy w zamierzonym kierunku,
- poprosić podopiecznego o spojrzenie na własne stopy. Zwiększy to napięcie mięśni brzucha, prowadząc do lepszej współpracy.

## Technika ręcznego sadzania podopiecznego ze zwieszonymi nogami bezpośrednio z pozycji leżącej

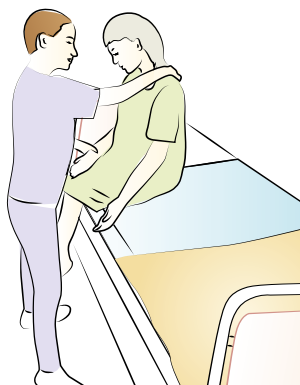
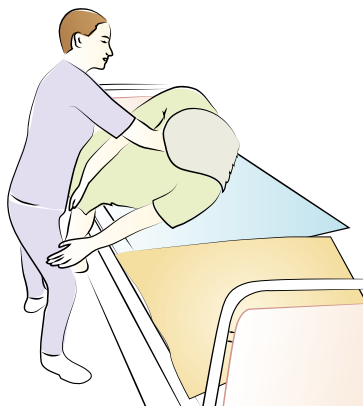
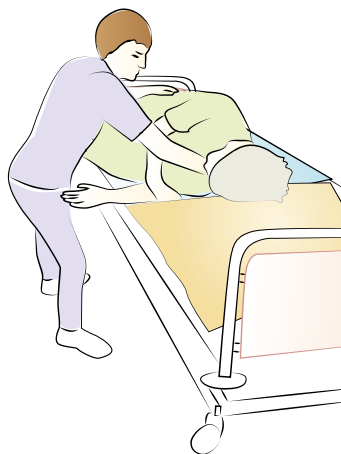
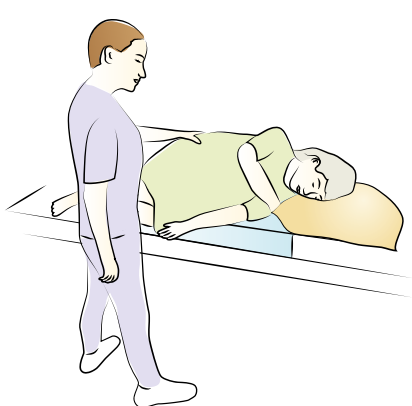
- Chwycić podopiecznego jedną ręką (pod barkami), stabilizując jednocześnie głowę, a drugą pod uda.
- Osoba sadzająca stoi blisko łóżka na szeroko rozstawionych nogach, aby zapewnić sobie stabilną pozycję.
- Chwyta łopatkę podopiecznego, łokciem zapewnia stabilizację głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa podopiecznego, drugą ręką jednocześnie łapie za kolana.
- Jednym sprawnym ruchem należy unieść tułów podopiecznego, jednocześnie opuszczając nogi na podłogę – ciężar nóg nieco zrównoważy masę tułowia.

Kładziemy podopiecznego w ten sam sposób.



## Technika ręcznego sadzania podopiecznego ze zwieszonymi nogami

- Zaczynamy od ułożenia podopiecznego na boku (w przypadku osób po udarze układamy je na boku poudarowym), aby jego kolana wystawały poza krawędź łóżka.
- Jeśli podopieczny może nam pomóc, to podpira się zdrową ręką o materac i podczas podnoszenia odpycha się nią od łóżka.
- Kładziemy rękę na biodrze chorego i szybkim ruchem zsuwamy jego nogi własnym udem z łóżka. Chory może zrobić to sam poprzez zsuniecie nogi słabszej nogą zdrową.
- Następnie dociskamy biodro chorego, przypominając mu, żeby odpychał się zdrową ręką od materaca i pomagamy mu usiąść. Szybkość tego ruchu jest niezwykle istotna, gdyż pozwala wykorzystać działanie dźwigni.
- Jeśli chory nie może nam pomóc, zamiast za biodro chwytny go za bark. Używając niewielkiej siły, ciągniemy go w bok do pozycji siedzącej.





## UWAGI:

- Zabezpieczamy chorego tak, aby nie opadł na łóżko – obejmujemy go lub zabezpieczamy poduszkami.
- Aby nie zsunął się z łóżka, przytrzymujemy go naszymi kolanami.
- Nie podtrzymujemy podopiecznego za chorą rękę.

## Siedzenie

- Bezpieczne, stabilne podparcie pod plecy.
- Podnózek pod stopy zapewnia zgięcie w stawach kolanowych i biodrowych (ok. 90 stopni), co zapobiega wyłamaniu kości udowej ze stawu biodrowego (ważne po endoproteoplastyce), jak również uciskowi nerwów i naczyń krwionośnych tylnej strony uda.
- Upadkowi podopiecznego do przodu można zapobiec poprzez tzw. „wklinowanie”, osiągnięte dzięki zwiększeniu (powyżej 90 stopni) kąta zgięcia w biodrach.
- W przypadku słabego podopiecznego należy po bokach umieścić kliny lub poduszki zabezpieczające pozycję.
- Przy porażeniach ręka powinna być ułożona z przodu, na lekkim podwyższeniu (np. na poduszce znajdującej się na kolanach).

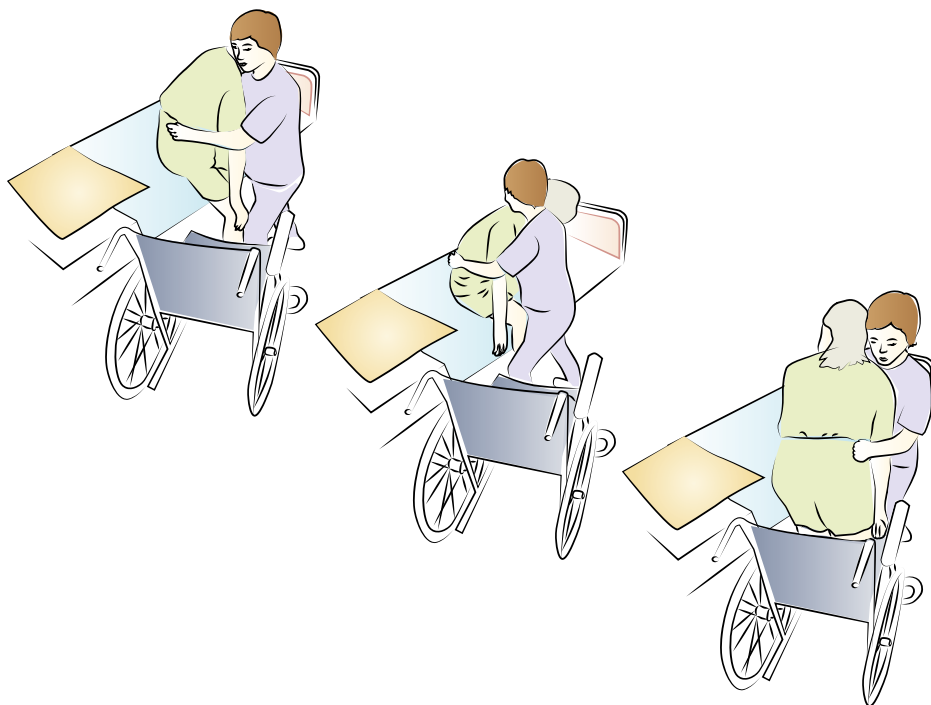
## Przemieszczanie podopiecznego w przypadku, gdy jest on osobą chodzącą, lecz bardzo osłabioną.

- Pomagamy podopiecznemu usiąść ze spuszczonej nogami na łóżku.
- Ustawiamy balkonik tak, aby chory podczas wstawania mógł się wesprzeć na jego bokach.
- Zaciągamy hamulec, zanim chory będzie wstawał.
- Chory siada na brzegu łóżka.
- Lekko pochylamy podopiecznego do przodu.
- My stoimy z boku na szeroko rozstawionych nogach.
- Pomagamy choremu wstać, obejmując jedną ręką plecy chorego, a drugą chwytamy go pod ramię.
- Choremu będzie łatwiej wstać, gdy odepchnie się nogą ustawioną bliżej łóżka.

## Przemieszczanie ręczne podopiecznego z łóżka na wózek i odwrotnie (zależy od indywidualnych możliwości motorycznych chorego).

- Podopiecznego sadzamy ze spuszczonej nogami na łóżku.
- Wózek należy ustawić po słabszej stronie podopiecznego (np. po stronie porażonej).
- Wyjmujemy bok i podnóżki oraz blokujemy koła hamulcami.
- Stojąc twarzą do Podopiecznego, uginamy swoje kolana i ustawiamy je tak, aby obejmowały kolana podopiecznego.
- Obejmujemy podopiecznego pod jego rękami, chwytając z tyłu za pasek spodni lub pas do przenoszenia i odchylamy się, jednocześnie stabilizując kolana podopiecznego swoimi kolanami.
- Gdy podopieczny ma stabilny tułów, obejmujemy go swoimi rękami lub wykorzystujemy do tego ręcznik, który podkładamy pod jego pośladki. Łapiąc za jego końce, szybkim ruchem obrotowym przemieszczamy podopiecznego na wózek.

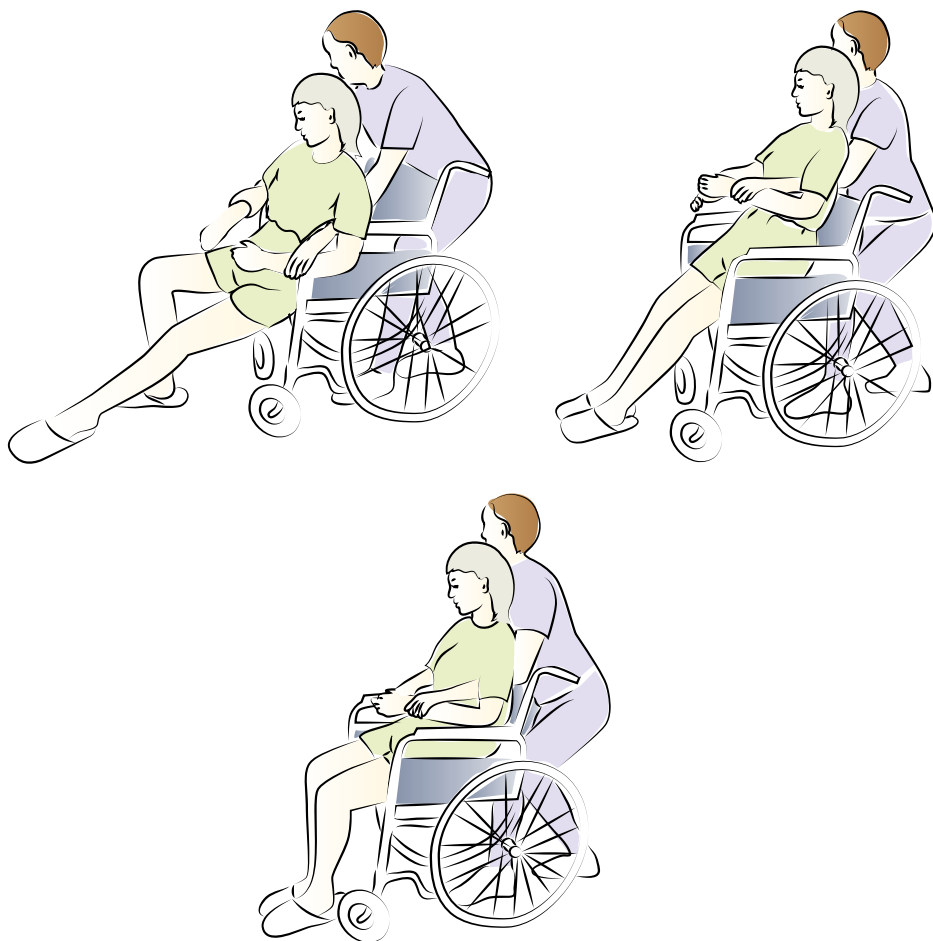
**UWAGA:** Niewładną rękę należy położyć na nogach podopiecznego bądź zabezpieczyć ją w inny sposób.



## Korygowanie pozycji siedzącej

- Chory siedzi z rękami splecionymi, nogi umieszczone są pod krzesłem.
- Opiekun stojący blisko za podopiecznym ugina kolana, utrzymując prosty tułów, opiera kolana o wózek lub krzesło, wsuwa ręce pod pachy podopiecznego i chwytają go za przedramiona.
- Spokojnym ruchem, prostując kolana, unosi podopiecznego, używając ciężaru swojego ciała, a nie siły rąk. Należy utrzymać minimalną odległość od podopiecznego i pilnować, aby ruch odbywał się w pionie.

**UWAGA:** Odgięcie lub zgięcie w biodrach grozi urazem.



## Metody przenoszenia przy użyciu lekkiego sprzętu

Powyższe techniki mogą być wykonywane przy użyciu przedmiotów pomocniczych. Mogą to być prześcieradła o niskim współczynniku tarcia, płachty ślizgowe, pasy ergonomiczne czy obrotowe podstawki pod stopy.

Łatwoślizgi są to maty, rękawy różnej długości, płyty wykonane ze śliskiego, cienkiego materiału. Pomocne są zarówno w łóżku podopiecznego, jak i przy transferze na łóżko, wózek, krzesło. Można je podłożyć, wykorzystując technikę odwracania na boki bezpośrednio pod chorego lub pod pokład w łóżku. Metoda zależy od celu i warunków.



## Przenoszenie przy użyciu ciężkiego sprzętu

Dla podopiecznych z dysfunkcją ruchu istnieje wiele modeli krzeseł, wózków pokojowych, wózków sanitarnych, wózkówwanien i podnośników, które umożliwiają transfer i wykonanie przy chorym różnych czynności. Wykonywanie czynności higienicznych przy podopiecznym jest o wiele łatwiejsze dzięki wykorzystaniu krzeseł toaletowych. Często umożliwiają mu one zafatwienie potrzeb fizjologicznych w odpowiedniej pozycji ciała, niekoniecznie w toalecie.

Podnośniki najczęściej używane są w zakładach opieki leczniczej, domach pomocy społecznej i na niektórych oddziałach szpitalnych, rzadko w domach podopiecznych. Stosowanie podnośników w warunkach domowych zależy od warunków mieszkaniowych i architektonicznych. Są różne rodzaje podnośników z napędem hydraulicznym i elektrycznym (akumulatory).

Praktyczniejsze są jednak te elektryczne sterowane pilotem, gdyż umożliwiają opiekunowi manewrowanie podnośnikiem i jednocześnie zabezpieczanie podnoszonego podopiecznego. Podnośnik z ruchomym ramieniem i zaczepami, do których zapina się nosiło, może być bez trudu przesuwany ręcznie przez jedną osobę. Są też podnośniki montowane na stałe, np. przy wannie, ale też suwnicowe z hamakiem mocowanym na suwnicy podsufitowej. Nosiła można dobierać w zależności od stanu podopiecznego i czynności, jakie chcemy przy nim wykonać.

Wszelkiego rodzaju sprzęt zawsze powinien być odpowiednio dobrany do podopiecznego i użytkowany zgodnie z zaleceniem producenta, aby zapewnić bezpieczeństwo zarówno choremu, jak i opiekunowi.



# OPIEKA SPECJALISTYCZNA

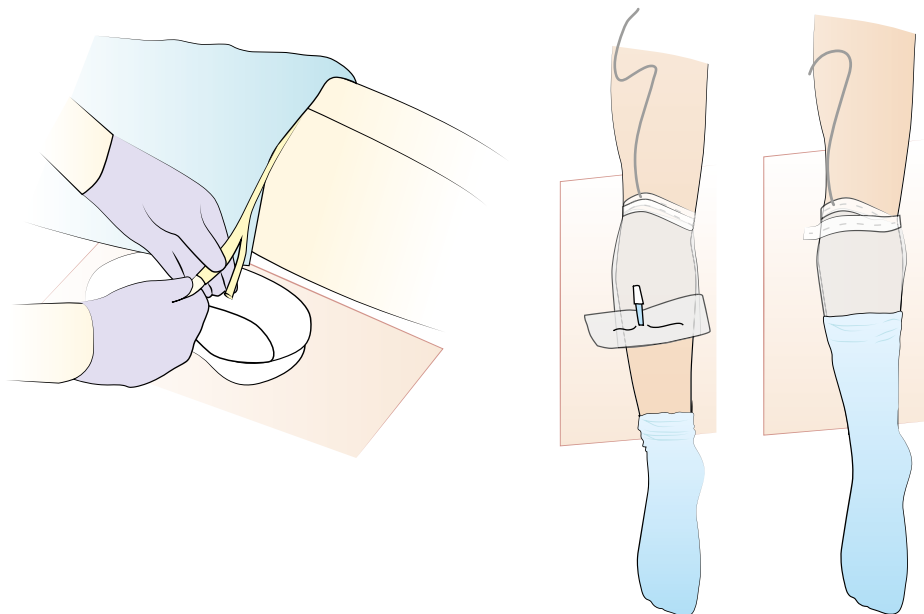
## Cewnik urologiczny

Podział: **wewnętrzne** (przez cewkę do pęcherza moczowego), **zewnętrzne** (zakładane na prącie), Cytifix (przez powłoki brzuszne do pęcherza).

U większości osób cewnik założony do pęcherza powoduje ból lub pieczenie w cewce moczowej oraz uczucie parcia na mocz. Po pewnym czasie nieprzyjemne odczucia ustępują.

### Pielęgnowanie pacjentów z założonym cewnikiem wewnętrznym

- Podczas toalety krocza umyć również najbliższą część cewnika zewnętrznego w kierunku od cewki moczowej do cewnika. Gdy przy ujściu cewki zgromadzi się skrzepnięta wydzielina, należy położyć namoczony gazik z wodą na to miejsce na od 3 do 5 minut, a następnie umyć.
- Worek na mocz powinien być utrzymany poniżej poziomu pęcherza moczowego i przymocowany do nogi pacjenta lub umieszczony na stojaku.



- Zlewać mocz – nie dopuszczać, by wypełnił więcej niż  $\frac{3}{4}$  objętości worka.
- Dbać, by nie naciągać cewnika (ryzyko urazu cewki i krwotoku) podczas czynności higienicznych, zmiany pozycji ciała (worek położyć obok nóg podopiecznego), przeniesienia (przed transferem przywiąż worek do nogi).

- Ułóż worek i przewody tak, by podopieczny na nich nie leżał ani nie siedział (ryzyko odleżyn i zatrzymania moczu).
- Przed wstaniem z łóżka lub posadzeniem chorego na wózek/krzesło przymocuj worek do nogi podopiecznego za pomocą opaski do worków, zegnij na zewnątrz dolną część worka (z kranikiem) i włóż min. 1/3 worka do skarpety.

#### Jeżeli nasz podopieczny ma założony cewnik, pamiętajmy o:

- unikaniu odłączania worka od cewnika; jeśli jest to konieczne, końcówkę worka i cewnika trzeba dokładnie zdezynfekować,
- unikaniu trzymania cewnika otwartego, naraża to podopiecznego na przedostanie się bakterii do dróg moczowych,
- częstym opróżnianiu worka – ilość moczu może wynosić maksymalnie 2/3 objętości, zapobiega to namnażaniu bakterii mogących wywołać stan zapalny,
- codziennej higienie okolicy ujścia cewki oraz zewnętrznej części cewnika,
- podawaniu podopiecznemu dużej ilości płynów (2-3 litry dziennie), możemy podawać soki z żurawiny, czarnej porzeczki – zalecane w profilaktyce zakażeń dróg moczowych,
- obserwowaniu, czy mocz pojawia się regularnie i czy nie ma w nim krwi.

**Każdy objaw zakażenia, zapchania się czy też wycieku obok cewnika uznajemy za wskazanie do jego wymiany i niezwłocznie informujemy o tym odpowiednie służby medyczne.**

## Stomia

Polega na operacyjnym wyłonieniu na powłoki brzusznej jelita grubego, gdy zachodzi konieczność usunięcia części lub całości jelita grubego, odbytnicy albo pęcherza moczowego.

#### Rodzaje stomii:

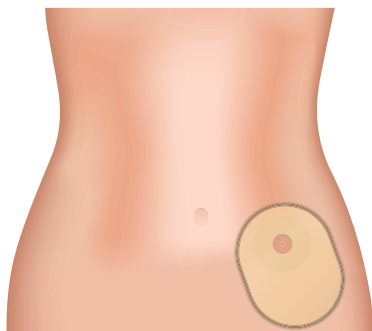
- **czasowa** – wykonana przy zachowaniu odbytu i odbytnicy, gdy nadal istnieje możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Podopieczny może odczuwać parcia i wydzielać śluz przez naturalny odbyt.
- **definitywna** – stała, kiedy zachodzi konieczność usunięcia odbytu i odbytnicy łącznie ze zwieracznymi. Nie ma także możliwości, by odtworzyć ciągłość przewodu pokarmowego.

#### Dostępne są jedno- lub dwuczęściowe wersje sprzętu stomijnego:

- **jednoczęściowy** złożony jest z przylepca bezpośrednio przymocowanego do worka,
- **dwuczęściowy** złożony jest z dwóch połączonych ze sobą części, tzn. przyklejonej na skórę płytki oraz dopinanego do niej woreczka.

## By wymienić sprzęt stomijny, potrzebujemy:

- gąbki lub myjki do zmywania skóry,
- ciepłej wody,
- mydła (np. szarego),
- ręcznika papierowego lub papieru toaletowego do osuszania skóry,
- kosza na odpady,
- nożyczek,
- akcesoriów potrzebnych do pielęgnacji skóry,
- rękawic jednorazowych,
- nowego worka.



Płytkę lub przyklepiec odklejamy delikatnie i wolno, od góry ku dołowi. Myjemy stomię oraz skórę wokół niej ciepłą wodą z mydłem za pomocą delikatnej ściereczki lub gąbki. Delikatnie osuszamy stomię. Po całkowitym zdjęciu worka możemy też umyć podopiecznego pod prysznicem lub wykąpać. Następnie przyklejamy pewny i bezpieczny, sprawdzony wcześniej sprzęt. Zużyty zawijamy w worek na odpadki i wyrzucamy do kosza, nigdy do toalety. Zawsze używajmy rękawiczek jednorazowych przy zmianie worka, następnie koniecznie umyjmy ręce.

## Jak pielęgnujemy stomię:

- Najważniejsza jest pielęgnacja skóry wokół stomii. Odpowiednio dopasowana do wielkości i kształtu stomii płytka lub przyklepiec da nam pewność, że skóra jest dobrze zabezpieczona.
- Przy zmianie worka obserwujemy stomię, aby zareagować, gdy wystąpią niepokojące zmiany, np. obrzęk, wysypka, zaczerwienienie, obecność krwi lub zmiana ubarwienia śluzówki stomii. Jeśli jakieś zmiany nie znikają przy kolejnej wymianie worka, musimy bezzwłocznie skonsultować to z lekarzem lub pielęgniarką. Wykonując zabiegi higieniczne i zmiany worka o jednej porze dnia, łatwo uzyskamy regularność wypróżnień raz na dobę, zazwyczaj w godzinach porannych lub po głównym posiłku.



# Sonda dożołądkowa

## Karmienie dożołądkowe

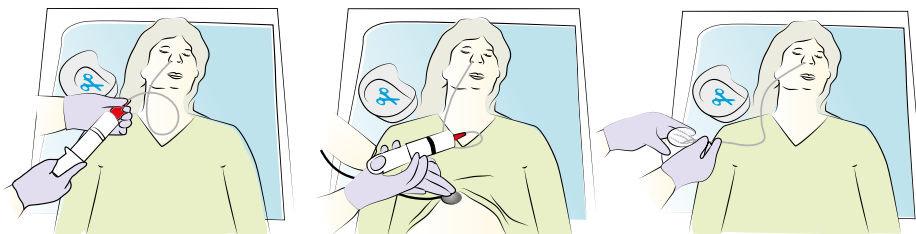
Podawanie pokarmu za pomocą zgłębnika wprowadzonego do żołądka.

### Zasady:

- Odżywianie przez zgłębnik odbywa się na zlecenie lekarza.
- Przed karmieniem można oczyścić jamę nosową.
- Niepodawanie pokarmów o zmienionym wyglądzie – wytrącony osad, zmieniona barwa, gdyż podnoszą ryzyko zatrucia pokarmowego.
- Karmienie o stałych porach, 5-7 x dziennie w ilości zleconej przez lekarza.

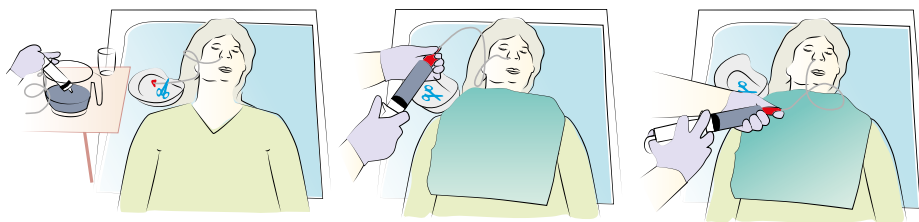
### Wykonanie karmienia:

- Umyj ręce i przygotuj pokarm – możesz samodzielnie zmiksować produkty (pamiętaj o przepuszczeniu pokarmu przez sito, aby pozbyć się zbyt dużych kawałków pokarmu) lub podać gotowe. Ogrzej lub ozięb pokarm do temperatury 30-36 stopni C.
- Przygotuj wodę do przepłukiwania i płyny do podania.
- Przygotuj strzykawkę o pojemności 50 lub 100 ml, zacisk, korek, ręcznik papierowy, serwetę. Sprawdź, ile pokarmu masz podać.
- Oceń umiejscowienia końcówki zgłębnika poprzez:
  - zaaspirowanie treści żołądkowej,
  - wstrzyknięcie ok. 10 ml powietrza i wysłuchanie charakterystycznych szmerów,
  - włożenie końcówki zgłębnika do pojemnika z wodą i obserwację ewentualnych pęcherzyków powietrza.



- Jeśli sonda nie jest w żołądku, wezwij lekarza/pielęgniarkę; nie podawaj pokarmu, gdyż możesz spowodować zachtłystowe zapalenie płuc.
- Posadź pacjenta w pozycji półwysokiej.

- Przepłucz sondę wodą, a następnie powoli podawaj pokarm 100 ml/5-10 minut.
- Przepłucz zgłębnik, zamknij i zabezpiecz przed wyciekaniem pokarmu.



## Karmienie przez PEG

**PEG – endoskopowa przetoka żołądkowa.** Przewód przechodzi przez powłoki brzuszne (skórę, mięśnie) oraz ścianę żołądka do jego wnętrza.

Metoda ta stosowana jest u osób, u których nie ma ani możliwości karmienia doustnego, ani przez sondę dożołądkową wprowadzoną przez jamę nosową lub ustną (np. urazy, nowotwory twarzoczaszki), ale częstym wskazaniem są zaburzenia otępienne, gdzie senior odmawia jedzenia i/lub picia. Zabieg ten wymaga zgody chorego, powstaje więc problem, gdy senior nie chce jej wyrazić.

Zasady karmienia są podobne do podawania pokarmu przez zgłębnik dożołądkowy.

- Nie ma potrzeby sprawdzania umiejscowienia sondy.
- Stosowany jest pokarm przemysłowy, który przygotowujesz według instrukcji.
- Pamiętaj o zamykaniu zacisku przed wyjęciem strzykawki – dojdzie do wylania treści żołądkowej.
- Podczas toalety kontroluj stan skóry wokół PEG – zgłoś wszelkie zmiany lekarzowi/pielęgniarce (zaczerwienienie, sączenie z rany).
- Pod PEG możesz podłożyć gazik, co zapobiegnie odparzeniu.
- Po karmieniu zabezpiecz PEG przed wyrwaniem, np. dużym gazikiem.

## Higiena i pielęgnacja podopiecznego leżącego

Właściwie wykonana toaleta ciała wpływa na lepsze samopoczucie i pozwala zapobiegać zaburzeniom funkcjonowania skóry (jak nadmierne wysuszenie, podrażnienia, odleżyny). Każdy z nas z pewnością lubi orzeźwiający prysznic czy relaksującą kąpiel w wannie, jednak dla osób starszych, szczególnie przewlekle chorych, czynność ta nie musi być przyjemna, a z pewnością nie jest łatwa.

**Podczas wykonywania toalety ciała pamiętajmy o poszanowaniu godności drugiego człowieka poprzez:**

- uzyskanie zgody na wykonanie toalety, a następnie informowanie o wykonywanych czynnościach, ich celu i przebiegu,
- zapewnienie intymności i poczucia bezpieczeństwa,
- odstawianie tylko tych części ciała, które w danej chwili myjemy (dotyczy toalety w łóżku) oraz przykrywanie umytych i osuszonych części ciała, zapobiegając wyziębieniu.

Kolejność czynności przy toalecie całego ciała

**Toaletę całego ciała rozpoczynamy od górnych części w kierunku dolnych:**

toaleta jamy ustnej, golenie (u mężczyzn), kończyny górne (kierunek mycia kończyn górnych – od pachy w kierunku dłoni), dekolt i klatka piersiowa, głowa – oczy i twarz, uszy, szyja, toaleta intymna (kierunek mycia od przodu do tyłu), brzuch, kończyny dolne (kierunek mycia kończyn dolnych – od stopy w kierunku pachwiny), plecy i pośladki, czesanie, czyszczenie paznokci.

## Higiena jamy ustnej

Toaletę jamy ustnej należy wykonać po każdym posiłku (nie rzadziej niż 3x dziennie).

Należy przygotować: miękką szczoteczkę do zębów, pastę do zębów, kubek, szpatułki z nawiniętą gazą, gaziki, roztwór do płukania i czyszczenia jamy ustnej (możliwe jest stosowanie wyciągów ziołowych o działaniu odkażającym, przeciwzapalnym), ręcznik, ręczniki jednorazowe, pojemnik na protezy zębowe (jeśli podopieczny ich używa), rękawiczki jednorazowego użytku, pojemnik na odpady.

## Technika mycia jamy ustnej

**Zasady:**

- ułożenie podopiecznego w pozycji półwysokiej lub wysokiej (osoby z zaburzeniami świadomości układamy w pozycji bocznej),
- założenie rękawiczek jednorazowego użytku,
- rozłożenie ręcznika pod brodą i wokół szyi chorego,



- usunięcie zwilżonym gazikiem wydzieliny nagromadzonej w jamie ustnej,
- nałożenie pasty na suchą szczoteczkę (aby zapobiec niebezpieczeństwu zakrztuszenia spienioną pastą lub wodą u osób z zaburzeniami świadomości, zęby należy czyścić kwaczem wykonanym z gazika i szpatułki – polać go Aphtinem,
- dokładne oczyszczenie zębów (w kolejności – strona zewnętrzna, powierzchnia żująca, strona wewnętrzna), języka, dziąseł, podniebienia, wewnętrznej strony policzków – czynności te należy wykonywać ostrożnie, aby nie wywołać odruchu wymiotnego,
- wypłukanie jamy ustnej (tylko u osób przytomnych),
- osuszenie twarzy,
- natłuszczenie warg.

## Pielęgnacja włosów i skóry głowy

Należy przygotować: nieprzemakalne podkłady lub folię, dzbanek z ciepłą wodą do płukania włosów, wiadro z zapasem ciepłej wody oraz drugie do zbierania wody z węzą odpływowego rynienki pneumatycznej, miskę (jeśli nie ma miski pneumatycznej), ręczniki (jeden duży i jeden mniejszy), szampon, suszarkę, grzebień, rękawiczki jednorazowe, watę.

## Technika mycia włosów:

- ułożenie podopiecznego w bezpiecznej i wygodnej pozycji – pod barki wsuwamy zgietą poduszkę,
- podłożenie pod głowę, ramiona i część łóżka, na której będzie znajdować się miska pneumatyczna, nieprzemakalnego podkładu lub folii,
- podłożenie rynienki pod głowę – jeśli stosujemy miskę, zabezpieczamy szyję seniora (np. ręcznikami), by miała podparcie,

- zabezpieczenie uszu watą przed nalaniem się wody,
- zwilżenie włosów chorego i naniesienie szamponu,
- mycie głowy przez delikatne wmasowywanie szamponu opuszkami palców,
- płukanie przez polewanie wodą z dzbanka – zabezpieczyć ręką przed zalaniem oczu,
- wysunięcie miski lub rynienki spod seniora,
- rozłożenie poduszki, wyłożenie na nią ręczników i folii (podkładu),
- osuszenie włosów małym ręcznikiem, pozostawienie na włosach dużego, wysunięcie folii, wyjęcie waty z uszu,
- dalsze suszenie ręcznikiem lub suszarką do włosów,
- uczesanie włosów według życzeń podopiecznego.

## Przygotowanie przyborów i środków do wykonania toalety:

- zapewnienie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu (22-26°C) – zamknięcie okien, wyłączenie wentylatorów,
- dwie miski (górną i dolną część ciała), dwie myjki lub gąbki (najlepiej w różnych kolorach), dwa ręczniki do górnej i dolnej części ciała,
- ciepła woda zbliżona do temperatury ciała (np. w dzbanku),
- podkłady, pieluchy, bielizna pościelowa, czysta bielizna osobista,
- rękawiczki jednorazowe, gaziki (dwie sztuki),
- preparat myjący – najlepiej w płynie lub piance o pH zbliżonym do pH skóry (3,5-5,5),
- kremy do ciała,
- szczotka do paznokci, tarka do stóp, pilniczki, cążki do paznokci (w Niemczech paznokci nie obcina opiekun).

## Toaleta twarzy:

- rozłożenie ręcznika pod głowę,
- umycie oczu wodą przegotowaną, używając gazika (od kącika zewnętrznego do wewnętrznego),
- następnie namydloną myjką myjemy twarz, uszy i szyję,
- opłukanie i osuszenie.

## Mycie kończyn górnych:

- położenie ręcznika pod kończynę „dalszą” od swojej strony,
- włożenie dłoni do miski z wodą,
- umycie myjką lub gąbką strony wewnętrznej przedramienia i ramienia, następnie w takiej samej kolejności strony zewnętrznej,
- uniesienie kończyny chorego i umycie pachy,
- na końcu umycie dłoni, wyszczotkowanie paznokci, ewentualnie ich obcięcie i wygładzenie pilniczkiem,
- osuszenie umytej skóry,
- zastosowanie kremu do rąk, balsamu do ciała,
- następnie umycie ręki bliższej.

## Mycie klatki piersiowej i brzucha:

- zabezpieczenie przykrycia – wsunąć pod kołdrę duży ręcznik i wywinąć jego mankiet, by chronił pościel przed zamoczeniem,
- dokładne umycie i osuszenie klatki piersiowej ze szczególnym zwróceniem uwagi na skórę pod piersiami u kobiet (miejsca narażone na powstawanie odparzeń),
- dokładne umycie i osuszenie brzucha oraz fałd skórnych brzucha kobiet (miejsca narażone na powstawanie odparzeń).

## Mycie pleców i pośladków:

- jeżeli stan podopiecznego na to pozwala, należy pomóc mu usiąść,
- jeżeli senior nie może usiąść, należy mu pomóc ułożyć się na boku,
- rozłożyć gruby ręcznik wzdłuż pleców i pośladków,
- mycie kolejno pleców w kierunku pośladków i szpary pośladkowej,
- opłukanie i dokładne osuszenie pleców w tej samej kolejności,
- oklepywanie pleców (można zastosować do tego spirytus salicylowy, a u osób z wysuszoną skórą balsam do ciała) – dłońią ułożoną w budkę, od podstawy do szczytu płuc, omijając kręgosłup i okolicę nerek.
- po umyciu – położenie Podopiecznego na plecach i przykrycie.

Pamiętajmy o tym, że regularna toaleta podopiecznego jest bardzo istotna i powinna być wykonywana zgodnie z jego stanem i przyzwyczajeniami.

# PIERWSZA POMOC PRZEDMEDYCZNA

## Zasady i kolejność postępowania

Przez pierwszą pomoc przedmedyczną rozumiemy wykonanie podstawowych czynności mających na celu ratowanie zdrowia lub życia. Osoba, która odniosła obrażenia lub stan jej zdrowia uległ gwałtownemu pogorszeniu, musi otrzymać od nas pomoc, zanim przybędą na miejsce lekarz, ratownicy pogotowia lub inne wykwalifikowane osoby.

Głównym celem udzielenia pierwszej pomocy jest ratowanie życia i zdrowia poszkodowanego poprzez podtrzymanie czynności życiowych, ograniczanie skutków obrażeń lub nagłych zachorowań, zapewnienie bezpiecznej pozycji oraz przygotowanie do dalszego postępowania lekarskiego.

Przy udzielaniu pierwszej pomocy kierujemy się poniższymi zasadami:

- szybko ustalamy przyczynę wypadku bądź pogorszenia stanu zdrowia,
- jeśli zachodzi taka konieczność, eliminujemy czynnik zagrażający życiu (np. odcinamy prąd, usuwamy przygniatający przedmiot),
- ustalamy, w jakim stanie znajduje się poszkodowany i jakich obrażeń doznał, przede wszystkim kontrolujemy jego tętno, oddech oraz przytomność.

**Przystąpienie do działań ratowniczych powinniśmy rozpocząć tak szybko, jak to możliwe, udzielając następującej pomocy. Czas na podjęcie skutecznego działania przywracającego podstawowe funkcje życiowe człowieka wynosi 4-5 minut (po tym czasie następują trwałe zmiany w mózgowiu).**

## Ogólne zasady postępowania na miejscu wypadku

- OCENA SYTUACJI – co się stało, kto uległ obrażeniu.
- OCENA BEZPIECZEŃSTWA – czy w miejscu wypadku zagraża jakieś niebezpieczeństwo dla poszkodowanego lub opiekuna.
- PIERWSZA POMOC.
- DALSZY OPIEKANIE NAD POSZKODOWANYM.
- PRZEKAZANIE INFORMACJI O POSZKODOWANYM.

## Pierwsza pomoc w napadzie padaczkowym

Padaczka – epilepsja – jest zespołem objawów, które mogą występować na skutek zaburzeń w budowie i funkcji mózgu. Podczas charakterystycznych dla tej choroby napadów występują patologiczne wyładowania komórek istoty szarej w mózgu.

Przyczyny	Zmęczenie, ból, zdenerwowanie, infekcja, spożycie zbyt małej ilości jedzenia, picia, spożycie alkoholu, hałas, migające światło, brak snu.
Aura	Jest to objaw zbliżającego się napadu padaczkowego (nie zawsze występuje): ból głowy, kołatanie serca, niepokój.
Przebieg napadu	Nagle napad silnego skurczu całego ciała, zaciskanie zuchwy. Chory traci przytomność, pada na ziemię. Głowę odchyła, gałki oczne nieruchome, skierowane ku górze. Po 20-30 sekundach drgawki całego ciała (głowy, kończyn). Zaburzenia oddychania, na ustach pojawia się piana (różowa, gdy doszło do przygryzienia języka). Chory zaciska szczęki, głowę odchyła, wypręża kręgosłup, ręce zgina w stawach łokciowych, zaciska pięści, a nogi prostuje. Napad trwa od 0,5 do 3 minut. Może dojść do oddania moczu. Świadomość zaburzona w trakcie, często również przed napadem i po nim.
Stan po napadzie	Różnego stopnia senność lub pobudzenie, zmęczenie, bóle głowy – stan ten trwa ok. 30 minut, ale może trwać nawet do kilku dni.
Pierwsza pomoc w aurze	Uspokojenie się, wypicie wody, zjedzenie (najlepiej pokarmu zawierającego cukier, magnez, dużo kalorii, np. batonik czekoladowy), zniwelowanie czynników pobudzających napad, np. wyjście z miejsca, gdzie jest hałas.
Pierwsza pomoc w napadzie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podtrzymaj upadającego lub złagodź jego upadek.</li><li>• Zabezpiecz pacjenta przed urazami – usuń wszystko, o co może uderzyć.</li><li>• Zachowaj spokój.</li><li>• Nie przenoś chorego, jeśli jest w bezpiecznym miejscu.</li><li>• Połóż chorego na boku w pozycji bezpiecznej, przykryj go.</li><li>• Rozluźnij ubranie wokół szyi, zdejmij okulary.</li><li>• Zapewnij ochronę głowy przed obrażeniami (podłóż ręce, materiał).</li><li>• Nie używaj siły w celu powstrzymania drgawek.</li><li>• Nie wkładaj do ust chorego żadnych przedmiotów.</li><li>• Nie rozwieraj zębów na siłę, nie cuć wodą.</li></ul>



<p>Pierwsza pomoc po napadzie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Po ustąpieniu drgawek (po 2-3 minutach), jeśli śpi, nie budź go; usuń ślinę, ewentualnie wymiociny, toaletę wykonaj po wybudzeniu.</li> <li>• Zmniejsz ilość docierających bodźców.</li> <li>• Pozostań przy chorym aż do odzyskania przez niego całkowitej świadomości.</li> <li>• Jeśli nie odzyskuje przytomności, ale oddycha, ułóż go w pozycji bezpiecznej i przykryj.</li> <li>• Brak przytomności i powrotu oddechu – reanimacja.</li> </ul>
<p>Kiedy wezwać Pogotowie Ratunkowe?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gdy napad padaczkowy przeszedł w stan padaczkowy – napad trwał ponad 30 minut albo w ciągu 30 minut nastąpił kolejny.</li> <li>• Gdy podopieczny ma trudności z oddychaniem, doznał obrażeń.</li> <li>• Gdy podopieczny jest nieprzytomny po ustąpieniu drgawek.</li> <li>• Gdy nie powróciła świadomość po napadzie.</li> </ul>
<p>Profilaktyka napadów</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przyjmowanie regularnie leków w porach i dawkach zleconych przez lekarza.</li> <li>• Unikanie wyzwalaczy napadów.</li> </ul>

## Pierwsza pomoc w omdleniu

Omdlenie to przemijająca, krótkotrwała (do 2-3 minut) utrata przytomności spowodowana niedokrwieniem mózgu.

Przyczyny: strach, wysiłek, u osób z nadciśnieniem, gdy leki zbyt silnie obniżyły ciśnienie, ból, głód, duszne, zatłoczone środowisko, wstawanie, siadanie po długim unieruchomieniu, choroby serca.

### Objawy:

- zwiastujące: uczucie ciepła w okolicy twarzy lub szyi, skóra blada lub szara, chory oblewa się zimnym potem (widać krople na czole), zgłasza uczucie słabości, mogą pojawić się nudności, tętno przyspieszone.
- w stanie przedomdleniowym: uczucie zimnych dłoni i stóp, ciśnienie i tętno znacznie się obniża, zaburzenia widzenia, zawroty głowy, chory mdleje.
- w okresie omdlenia: zimna skóra, zaburzony oddech, zwolnione tętno, niskie ciśnienie krwi.

## Postępowanie w omdleniach:

- **w okresie przedomdleniowym:**
  - położyć podopiecznego z uniesionymi nogami na plecach na łóżku lub podłodze; poleć, by (jeśli może) ruszał nogami (krew szybciej wróci do serca);
  - przewietrz pomieszczenie, ewentualnie wyprowadź go z dusznego miejsca;
  - ustal przyczynę zaburzenia.
- **w omdleniu:**
  - podtrzymaj upadającego lub złagodź jego upadek;
  - położyć podopiecznego na plecach z uniesionymi nogami na łóżku lub podłodze, jeśli nie ma efektu, unieś jego ręce;
  - jeśli poszkodowany prawidłowo oddycha, zapewnij mu dostęp świeżego powietrza (otwórz okno, drzwi), poluzuj odzież, pasek;
  - jeśli nie oddycha, udroźnij jego drogi oddechowe;
  - zachowaj spokój – omdlenie trwa zazwyczaj 30 sekund;
  - przykryj pacjenta;
  - jeśli nieprzytomność przedłuża się, ale chory oddycha – ułóż go w pozycji bezpiecznej, brak oddechu oznacza konieczność reanimacji.
- **po omdleniu:**
  - nie pozwól choremu natychmiast wstać lub usiąść (może dojść do ponownego omdlenia);

- zaopatrzyć ewentualne obrażenia;
- uspokój chorego rozmową.

## Pierwsza pomoc podczas utraty przytomności

Określ, czy chory jest przytomny, świadomy.

- **Sprawdzenie przytomności:**

**Podejdź do poszkodowanego. Głośno zapytaj: „Co się stało?”**

- brak odpowiedzi - dotknij dłońią ramienia poszkodowanego, lekko potrząśnij ramieniem,
- brak odpowiedzi - sprawdź reakcję na ból, potrzyj piąstkami okolicę mostka.

**brak reakcji: poszkodowany nieprzytomny**

**poszkodowany zareagował na bodziec: poszkodowany przytomny**

- Określ, czy jest świadomy, w tym celu zadaj następujące pytania:
  - Jak się Pan nazywa ? Jaki mamy dziś dzień/rok? Gdzie jesteśmy?

\*Jeśli pacjent nie może mówić, poproś go o wykonanie prostej czynności, np. „Otwórz oczy”.

**brak reakcji lub reakcja nieadekwatna – zaburzenia świadomości**

- **Sprawdź, jakie objawy pojawiły się u poszkodowanego – patrz: rozpoznanie udaru**

## Wezwanie pogotowia

Jeśli podopieczny ma zaburzenia przytomności, świadomości, uraz, stan padaczkowy, wezwij Pogotowie Ratunkowe, dzwoniąc na nr 112.

- Nazywam się... proszę o pomoc.
- Mój podopieczny, który nazywa się...:
  - jest przytomny/nieprzytomny,
  - ma zaburzenia świadomości: nie wie, jak się nazywa/gdzie jest/ jaki mamy rok, dzień tygodnia,
  - podajemy inne objawy, jakie zaobserwowaliśmy; może je określić także sam podopieczny, np.:
    - ręka i/lub noga po stronie... jest opadnięta, czuję w niej drętwienie/nie czuję jej,
    - oddał bezwiednie mocz/stolec.
- Znajdujemy się pod adresem – podaj adres domu lub miejsca, w którym się znajdujecie.
- Dyspozytor pogotowia może wskazywać, co masz dalej robić, więc uważnie go słuchaj.
- Nie rozłączaj się pierwszy – poczekaj, aż dyspozytor powie: „Przyjąłem zgłoszenie. Proszę czekać. Wysyłamy karetkę”.

## Czynności ratunkowe

Jeśli poszkodowany jest przytomny, ułóż go w komfortowej dla niego pozycji:

- jeśli nie ma potrzeby, nie zmieniaj jego pozycji,
- gdy omdlał – pozycja płaska na plecach, uniesione nogi – możesz oprzeć je na krzesło, na 2-3 poduszkach,
- gdy ma duszności – pozycja wysoka (siedząca) – posadź go na łóżku, fotelu,
- jeśli ma nudności, wymioty – pozycja boczna ustalona. Ułóż podopiecznego na plecach. Rękę od strony bliższej wyprostuj w stawie barkowym i zegnij w stawie łokciowym pod kątem prostym. Rękę od strony dalszej zegnij, a dłoń ułóż pod bliższy policzek. Zegnij kolano od strony dalszej. Chwyć za dalszy bark i kolano – obróć w swoją stronę poszkodowanego. Gdy już jest obrócony, sprawdź ułożenie głowy – powinna leżeć na dłoni odchylona ku tyłowi.

Jeśli poszkodowany ma zaburzenia świadomości, kontroluj jego stan, nie pozwól, by się oddalił.

## Jeśli poszkodowany jest nieprzytomny:

Sprawdź za pomocą wzroku, słuchu i dotyku, czy poszkodowany oddycha. Pochyl się nad jego twarzą, zbliż własny policzek i ucho do ust ofiary, a jednocześnie skieruj wzrok na jego klatkę piersiową. Jeśli usłyszysz bądź poczujesz na policzku ciepło, ewentualnie zobaczysz unoszenie się klatki piersiowej, to znak, że oddycha. Maksymalnie szukamy go 10 sekund – jeśli nie zaobserwujesz go w tym czasie, stwierdzasz brak oddechu.

**Podopieczny oddycha** – ułożenie w odpowiedniej pozycji:

- zaburzenia oddechowe – siedzącej,
- brak zaburzeń oddechowych – boczna ustalona.

**Podopieczny nie oddycha** – udrażniamy drogi oddechowe

## Udrożnienie dróg oddechowych

Niedrożność dróg oddechowych utrudnia lub uniemożliwia oddychanie, co może doprowadzić do nagłego zatrzymania krążenia. Nieprzytomny leżący na wznak ma zwiotczały język, który opada ku tyłowi i blokuje wejście do gardła, krtani.

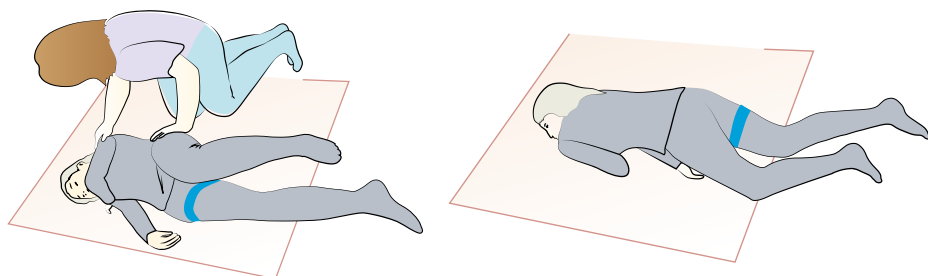
**Zabieg udrożnienia dróg oddechowych polega na odgięciu głowy poszkodowanego i uniesieniu jego żuchwy. Należy:**

- klęknąć obok poszkodowanego (poszkodowany leży na plecach),
- położyć jedną rękę na czole poszkodowanego,
- drugą rękę – palce na żuchwie poszkodowanego,
- delikatnie odginać głowę ku tyłowi, a żuchwę unieść ku przodowi.

**Sprawdź ponownie, czy chory oddycha** – bardzo często po udrożnieniu dróg oddechowych oddech powraca.

**Podopieczny oddycha** – ułożenie w odpowiedniej pozycji

- zaburzenia oddechowe – siedzącej,
- brak zaburzeń oddechowych – boczna ustalona.



## Podopieczny nie oddycha – RKO (resuscytacja krążeniowo-oddechowa)

### Wykonaj pośredni masaż serca:

- uklęknij obok poszkodowanego,
- odsłoń odzież z jego klatki piersiowej,
- ułóż nadgarstek jednej ręki stroną dłoniową na środku klatki piersiowej na mostku poszkodowanego,
- ułóż nadgarstek drugiej ręki na pierwszym,
- spleć palce obu rąk (lub połóż je na sobie) i unieś ku górze, aby nie uciskać żeber poszkodowanego,
- wyprostowane ramiona ustaw prostopadle do klatki piersiowej, zablokuj ręce w stawach łokciowych (nie zginaj), uciskaj mostek na głębokość 5 cm,
- po każdym uciśnięciu zwolnij klatkę piersiową, nie odrywając dłoni od mostka (klatka piersiowa powinna wrócić do swojego położenia),
- szybkość uciśnięć – ok. 100/min, uciśnięcia rytmiczne.

### Po wykonaniu 30 uciśnięć zrób 2 oddechy ratunkowe:

- udroźnij drogi oddechowe (odegnij głowę, unieś żuchwę),
- połóż maseczkę do reanimacji,
- zaciśnij skrzydełka nosa (palec wskazujący + kciuk ręki leżącej na czole poszkodowanego),
- rozchyl usta poszkodowanego – utrzymuj żuchwę, nabierz powietrza, obejmij usta (szczelnie) poszkodowanego,
- wdychaj powoli powietrze do ust poszkodowanego przez 1 sekundę (jak przy normalnym oddechu – obserwuj, czy klatka piersiowa się uniosła. Jeśli tak, wdech był prawidłowy, jeśli nie, ten wdech nie liczy się i należy go powtórzyć),
- zwolnij ucisk nosa, pozwól, by klatka piersiowa opadła.

Połącz masaż serca z wykonywaniem sztucznych oddechów: 30 uciśnięć – 2 wdechy. Gdy jest dwoje ratowników, 2 min RKO wykonuje pierwszy, a potem drugi.

### Uwagi do RKO

Jeśli wykonywane oddechy nie są skuteczne:

- sprawdź ponownie jamę ustną i usuń ewentualne ciała obce,
- sprawdź, czy odgięcie głowy i uniesienie żuchwy są prawidłowo wykonane.

## Resuscytacja ograniczona do uciśnień klatki piersiowej

- udroźnij drogi oddechowe,
- wykonuj masaż serca (uciśnięcia kaletki piersiowej) bez przerwy – szybkość uciśnień 100/min, uciśnięcia rytmiczne.

### Do kiedy prowadzić resuscytację?

- aż czynności ratunkowe przejmą od Ciebie specjaliści (pogotowie, zespół reanimacyjny), a nie wówczas, gdy usłyszysz sygnał karetki,
- poszkodowany zacznie reagować (porusza się, otwiera oczy, prawidłowo oddycha),
- całkowicie opadniesz z sił.

### Uwagi dodatkowe

- Przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego przygotuj dokumentację medyczną chorego (karty szpitalne) i listę przyjmowanych przez niego leków.
- Ustal najdokładniej, jak to możliwe, dokładną godzinę pojawienia się pierwszych objawów i przekaz ją ratownikom.
- Nie podawaj choremu nic do picia ani jedzenia.



## ŻYWIENIE SENIORÓW – DIETA W WYBRANYCH SCHORZENIACH

### Rodzaje odżywiania u osób starszych

Metody karmienia:

- doustnie,
- dożołądkowo.

Rodzaje diet:

- **Ze względu na choroby:** cukrzycowa, hypocholesterolowa itd. (wg wskazań lekarza).
- **Ze względu na konsystencję:** niezmieniona, mielona, papkowata.

### Karmienie doustne

Zasady:

- Przestrzegaj zaleceń lekarskich dotyczących rodzaju diety i kaloryczności posiłków.
- Zadbaj, aby dieta była bogatoresztkowa (zapobiega zaparciom), bogata w błonnik (owoce, warzywa, płatki owsiane, produkty z ziaren z pełnego przemiału), płyny (minimum 25ml/kg m.c./dobę), witaminy i mikroelementy.
- Liczba posiłków: 5/dobę, podawane regularnie, różnorodne. Ostatni posiłek 2 godziny przed snem – lekkostrawny (u osób z cukrzycą między 20.00 a 22.00). Podane estetycznie. Wskazane spożywanie wraz z innymi osobami.
- Podopieczny powinien pomagać przy przygotowywaniu jedzenia oraz w wyborze produktów do konsumpcji.
- Posiłki powinny być spożywane przy stole. Jeśli to niemożliwe, przy stoliku przyłóżkowym.



- Podopieczny powinien wygodnie siedzieć, lekko pochylony do przodu, przedramiona oparte na stole, łokcie rozstawione na zewnątrz.
- Przy zaburzeniach równowagi – podparcie również z boku.
- Przy zsuwaniu się – podparta okolica lędźwiowa kręgosłupa, poduszeczka między stołem a podopiecznym. Natomiast w łóżku podparte stopy.
- Potrawy dostosowane do możliwości rozdrabniania przez podopiecznego. Przy problemach z gryzieniem rozdrobnij pokarm – pokrój np. schab na małe kawałki, potnij makaron, sałatę, fasolkę itp.
- Ostrożnie podawaj produkty obłe i śliskie – ryzyko zachłyśnięcia, np. pierogi czy kopytka podziel na małe kawałki.
- Nie podawaj produktów sypkich, drobnych, np. makaron z serem – bardzo duże ryzyko zachłyśnięcia.
- Pokarm umieszczamy po stronie zdrowej.
- Nie popędzaj podopiecznego, by szybciej jadł. Jeśli pokarm wystygnie, podgrzej go.
- Podczas jedzenia podawaj picie – podopieczny może mieć poczucie suchości w jamie ustnej. U osób z niedoborem wydzielania śliny przed jedzeniem umyj jamę ustną.
- Stosuj sztucze z pogrubioną lub przedłużoną rączką. Wskazane talerze melaminowe (nie tłuką się), z podgumowaną podstawą (trudniej je przesunąć).
- Do picia zastosuj pojniki, kubki ze słomką, trzymacze do kubków.
- Pozwól podopiecznemu, który nie może korzystać ze sztucców, jeść za pomocą rąk – podawaj owoce, warzywa, kanapki itp.
- Zabezpiecz ubranie podopiecznego serwetą (najlepsze z kieszonką).
- Zabezpiecz również otoczenie przed zabrudzeniem – np. ręcznikiem jednorazowym lub podkładką.
- Przed posiłkiem i po nim należy umyć ręce. Po posiłku umyj też jamę ustną lub podaj gumę do żucia.
- Jeśli karmisz podopiecznego, napełniaj łyżkę do 2/3 objętości. Nie wkładaj jej głęboko do ust, bo wiąże się to z ryzykiem wywołania wymiotów. Przy wyjmowaniu z ust nie dotykaj siekaczy – odruch przygryzania.
- Gdy podopieczny nie chce otworzyć ust, nie krzycz, nie pchaj na siłę – dotknij delikatnie ust czubkiem łyżki lub obwiedź łyżką dookoła. Można również delikatnie nacisnąć palcem wskazującym na brodę.
- Przyczyną niechęci do jedzenia mogą być rany spowodowane zmianami zapalnymi w jamie ustnej lub niedopasowaną czy uszkodzoną protezą.

- Przy wzdęciach – podawaj herbatki z anyżem lub koprem włoskim, przygotuj ciepły okład na brzuch.
- Przy czkawce – podaj napój do picia (unikaj zimnych napojów).
- Przy wymiotach – na początku podawaj tylko napoje (wskazana ciemna herbata), następnie powoli rozszerz dietę. Wskazana kontrola ciśnienia. Gdy wymioty są uporczywe, zawiadom lekarza.
- Przy biegunkach – ścisła dieta, słaba czarna herbata, marchwianka, kleik ryżowy. Gdy przedłużają się, powiadom lekarza.

W niektórych chorobach dieta jest nie tylko zalecana, ale jest wręcz lekarstwem. Poniżej zamieściliśmy wskazówki dotyczące kilku wybranych chorób.

## Dieta seniorów

U osób starszych zmniejsza się wydzielanie soków trawiennych w żołądku i perystaltyka jelit, pogorszeniu ulega też zdolność wchłaniania składników pokarmowych przez jelita. Dieta osób starszych powinna obfitować w błonnik (o ile nie ma przeciwwskazań), który poprawi perystaltykę jelit, a także w dużą ilość witamin i soli mineralnych, dlatego też zaleca się podawanie warzyw i owoców.

Jednak zmniejszenie kwasu w żołądku powoduje, że seniorzy nie powinni jeść rzeczy surowych, które, zalegając w żołądku i jelitach, powodują fermentację, w następstwie czego podopieczny cierpi na wzdęcia i kolki. Najlepszym sposobem przygotowywania potraw jest gotowanie na parze lub pieczenie.

Jedzenie powinno być lekkostrawne, niezbyt kaloryczne, obfitujące w białko z mleka, półtłustego sera i jajek, najlepiej gotowanych na miękko. Zalecane jest też pieczywo gruboziarniste, jednak nie każdy senior może je spożywać ze względu na wzdęcia czasami występujące po jego zjedzeniu.

## Dieta dla osób ze stomią

Stomia nie powoduje ograniczeń w jedzeniu i nie zmusza podopiecznego do stosowania specjalnej diety, ale należy przestrzegać zasad żywienia lekkostrawnego i regularności posiłków. Trzeba dbać, aby posiłki były urozmaicone, nie zawierały produktów wzdymających – jak groch, kapusta, produkty bogate w błonnik. Powinny być bogate w białko ryb i gotowane warzywa. Zaleca się dużo płynów do picia, ok. 2 litrów dziennie. Produkty muszą być świeże, a posiłki przygotowane w taki sposób, aby senior mógł je dokładnie przeżuć i powoli zjeść.

## Dieta żołądkowa przy refluksie – zgadze

Aby zminimalizować dolegliwości związane z refluksem żołądkowym, z diety cierpiącego na tę przypadłość należy wyeliminować następujące potrawy i produkty:

- tłuste mięsa i drób (wieprzowina, kaczka, gęś),
- tłuste wędliny (baleron, salami, pasztet, salceson, tłusta kiełbasa),

- tłusty nabiał (żółte sery, sery dojrzewające i pleśniowe),
- potrawy smażone, hamburgery, hot-dogi, cheeseburgery, frytki, golonki, kotlety schabowe,
- ogórki, pomidory, cebulę,
- potrawy i sałatki z dodatkiem octu (np. niemiecka mizeria), marynowane grzyby, warzywa i owoce,
- potrawy ostre z dodatkiem pieprzu, curry, chili, soki owocowe z pomarańczy i cytryny, napoje gazowane, które mogą powodować i zwiększać uczucie zgagi, mocną kawę i herbatę, zwłaszcza na czczo,
- napoje alkoholowe są niedozwolone i szkodliwe w przypadku tej choroby.

## Dieta przy schorzeniach wątroby

Dla podopiecznego ze schorzeniami wątroby należy zastosować dietę lekkostrawną z ograniczeniem tłuszczów. Jeśli zaobserwujemy, że potrawy, które spożywa podopieczny, są przez niego źle tolerowane i powodują nasilenie dolegliwości, należy wykluczyć je z jadłospisu. Zalecane jest:

- spożywanie 4-5 małych posiłków dziennie o stałych porach; kolację należy spożyć 2-3 godziny przed snem. Posiłki powinny być jednocześnie smaczne i urozmaicone, aby pobudzić apetyt podopiecznego i dostarczyć organizmowi niezbędne składniki pokarmowe,
- gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez obsmażania na tłuszczu, pieczenie w folii, pergaminie lub rękawie foliowym,
- ograniczenie spożywania produktów tłustych, wzdymających, ostro przyprawionych, roślin strączkowych i kapusty,
- unikanie potraw wędzonych, smażonych i pieczonych z dodatkiem tłuszczu,
- unikanie surowych warzyw i owoców,
- unikanie spożywania błonnika.

## Dieta przy chorobie nerek

Przygotowując posiłki podopiecznemu z chorobą nerek, należy pamiętać o zastosowaniu odpowiedniej diety, w której powinniśmy uwzględnić podawanie produktów zawierających należyłą ilość białka pochodzenia zwierzęcego. Choć do niedawna jedzenie białka przy chorych nerkach było niedozwolone, okazało się jednak, że właśnie dieta białkowa pozwala zregenerować się nerkom.

Włączone do diety produkty białkowe powinny być lekkostrawne i łatwo przyswajalne – polecane są twaróg, mleko, jaja, chude gatunki mięsa i drobiu oraz ryby. Należy unikać podawania wędlin, z wyjątkiem gotowanej szynki i polędwicy oraz parówek cielęcych.



Zaleca się stosowanie tłuszczów lekkostrawnych – jak masło, śmietana, oliwa i oleje roślinne (np. sojowy i słonecznikowy). Należy zrezygnować z tłustych ryb wędzonych, serów żółtych fermentowanych. Ograniczyć zaś, najlepiej do absolutnego minimum, sól, ostre przyprawy, w tym także pieprz.

## Dieta podopiecznego z chorobami krążenia

Prawidłowa dieta jest jednym z najważniejszych elementów prewencji chorób układu krążenia. Dobrze zbilansowane, urozmaicone posiłki, bogate w niezbędne witaminy, sole, białka, tłuszcze i węglowodany to klucz do sukcesu.

Dieta powinna być bogata w mięso ryb, tłuszcze roślinne (olej z pierwszego tłoczenia, awokado) zawierające kwasy omega 3.

Osoby z chorobami układu krążenia powinny jeść pieczywo pełnoziarniste, warzywa z cennym błonnikiem obniżającym poziom cholesterolu i glukozy we krwi.

Szczególnie polecane są również soki z aronii, grejpfrutów lub porzeczek, w których znajdują się flawonoidy chroniące układ krążenia.

## Dieta przy cukrzycy

Liczba posiłków wynosi od 3 do 7, najlepiej co 2-3 godziny w ciągu dnia. Każdego dnia podopieczny powinien spożywać posiłki zawierające chudy nabiał (mleko, jogurty, sery), produkty z mąki z pełnego przemiału, kasze, ryż brązowy, oleje roślinne, warzywa (ograniczyć podaż ziemniaków) i owoce (oprócz arbuzów, melonów, rodzynek).

Kilka razy w tygodniu menu należy wzbogacić o jaja, chudy drób, chude mięsa – cielęcinę lub wołowinę, chude części innych mięs, niektóre gatunki ryb – np. dorsza, mintaja, pstrąga, szczupaka, sielawę.

### Unikać trzeba natomiast:

- **tłuszczu**; należy usuwać tłuszcz z mięsa, skórę z drobiu, smarować pieczywo w bar-

dzo oszczędny sposób; produktów mięsnych typu salami, mielonka, pasztet oraz wędlin z wysoką zawartością tłuszczu. Jeśli podopieczny bardzo lubi takie produkty, można zaproponować mu wędliny sojowe lub pasztety warzywne,

- **słodczy** – słodkich ciast i słodzenia cukrem kawy czy herbaty, zamiast cukru można stosować zamienniki, np. ksylitol, erytrytol,
- **alkoholu.**



## WSPÓLNE SPĘDZANIE CZASU I TERAPIA

### Gimnastyka umysłu – gry

Gry i zabawy pomagają rozluźnić się, nawiązać bliższe i serdeczniejsze relacje z seniorami, poprawiają ogólne samopoczucie, a także ćwiczą sprawność umysłu. Układając lekkie elementy – jak kostki domina czy pionki lub układanie kart – senior ćwiczy sprawność manualną. Jednocześnie podczas tych zabaw silnie pobudzone są procesy myślenia i kojarzenia oraz pamięć. Pozytywne emocje towarzyszące grze dodatkowo wzmagają korzystne dla podopiecznego efekty – zarówno w zakresie wydolności pamięci, jak i nastroju.

#### Kilka praktycznych wskazówek, jak prowadzić grę:

Utrzymujmy taki poziom trudności, z którym podopieczny jest w stanie sobie poradzić. Warto czasem obniżyć wymagania i nawet zmodyfikować reguły stosownie do jego możliwości (włącznie z pomocą w układaniu wyrazów).

- **Domino** świetnie sprawdza się w przypadku osób z chorobami demencyjnymi. Oprócz tradycyjnych kostek z oczkami można wykorzystać warianty ze słowami i rysunkami. Typowym problemem w przypadku demencji jest umykanie seniorowi nazw obiektów z najbliższego otoczenia – rzeczy, zwierząt, osób. Domino obrazkowe pomaga zachować i ćwiczyć zasób słownictwa.
- **Warcaby** to gra ćwicząca myślenie, która wymaga od podopiecznego stałej, bacznej obserwacji tego, co dzieje się na planszy, zauważania zmian i przewidywania sytuacji. W przypadku trudności w koncentracji warto zadawać podopiecznemu pytania pomocnicze, zwracające uwagę gracza na sytuację na szachownicy i na możliwości oraz konsekwencje ruchów.
- Ze względu na swoją prostotę **gra w chińczyka** poprawia nastrój podopiecznego poprzez wspólną zabawę i rywalizację.
- **Gry karciane** nie tylko są emocjonującą rozrywką, ale mogą też być sposobem podtrzymania aktywności intelektualnej, a w konsekwencji poprawy i przedłużenia wy-

dolności intelektualnej. Zapytajmy podopiecznego, czy interesuje się grą w karty i jakie gry lubi. Być może zaproponuje grę, której zasad nie znamy, warto wtedy poprosić o wytłumaczenie – wejście w rolę nauczyciela może być dla niego bardzo stymulujące umysłowo.

- **Puzzle** ćwiczą pamięć, spostrzegawczość i wyobraźnię. Zabawa polega na układaniu w całość obrazka pociętego wcześniej na ściśle pasujące kawałki. Układanki praktycznie nie mają ograniczenia czasowego (można przerwać zabawę w dowolnym momencie i w dowolnym momencie do zabawy powrócić), nadają się zatem dla osób, które nie mogą z różnych przyczyn wykonywać długo jednej czynności. Ćwiczą spostrzegawczość, poczucie orientacji obiektów w przestrzeni oraz cierpliwość. Warto dostosować poziom trudności układanki (wyrazistość motywu, kolory, wielkość i liczbę elementów) do możliwości podopiecznego. Układanka zbyt trudna zniechęci go do aktywności, zbyt łatwa zaś znudzi.
- **Państwa-miasta** angażuje wiedzę o świecie, którą dysponuje senior. Jest to świetny sposób na podtrzymanie sprawności intelektualnej i kategoryzacji i przede wszystkim pamięci podopiecznego. Gra jest dużym wysiłkiem dla osoby z chorobą otępienną, jednak taki rodzaj aktywności jest bardzo pożądanym. Stopień trudności zabawy trzeba za każdym razem dobrać do możliwości podopiecznego. Jeśli wiadomo, że dysponuje on dużym zasobem wiedzy ogólnej, można stymulować pamięć trudniejszymi zadaniami. Jeśli natomiast senior jest w gorszym stanie, warto ułatwić grę, np. decydując się na pulę 2-3 liter zamiast jednej.
- **Bierki** to doskonała gra, która w łatwy sposób zaangażuje naszego podopiecznego zarówno pod względem ruchowym, jak i umysłowym. Ten rodzaj gry będzie idealny dla osób, które zmagają się z chorobami otępiennymi, a przede wszystkim cierpiących na depresję. Jest to gra, która w dużym stopniu angażuje uwagę seniora, a tym samym nie pozwala skupiać mu się na aspektach choroby.

## Trening pamięci

- **Przykładowe ćwiczenia:**
  - Jak na imię miał: Żeromski, Słowacki, Bodo, Wojtyła itd.,
  - Proszę dokończyć przysłowie: Kto mieczem..., Bez pracy..., Kto pod kim... itd.,
  - Proszę przypomnieć lub zanucić słowa piosenek: Gdzie strumyki..., Umówiłem się z nią na..., Uptęwa szybko... itd.,
  - Proszę powiedzieć, w jakim mieście znajdują się: Wawel, Łazienki Królewskie, zamek krzyżacki, Ostrów Tumski, Krzywa Wieża itd.,
  - Proszę wymienić kurorty na wszystkie kolejne litery alfabetu, a następnie piosenki z tymi kurortami w roli głównej.
- **Opiekun wskazówki do pracy z seniorem może znaleźć w Internecie** – są tam bezpłatne zestawy ćwiczeń do treningu pamięci, ewentualnie zakupić publikacje książkowe zawierające zestawy ćwiczeń.

# PODSTAWOWE INFORMACJE Z ZAKRESU FIZJOTERAPII

Fizjoterapia jest częścią rehabilitacji medycznej, która wykorzystuje lecznicze działanie czynników fizycznych naturalnych i sztucznych. Ma za zadanie zapobiegać postępowi i nawrotom choroby, usuwać różne dolegliwości, w tym ból, przywracać i utrzymywać sprawność fizyczną. W skład fizjoterapii wchodzi kinezyterapia, fizykoterapia i masaż. Znaczna część działań z zakresu fizjoterapii wymaga specjalistycznych sprzętów i fachowej wiedzy, jednak są metody, którymi każdy z nas może pomóc sobie i innym.

Do metod tych należą:

- **Kąpiele:** podopieczny leży zanurzony przez kilka minut w ciepłej kąpieli. Przed wyjściem z wanny dokładnie opłukujemy ciało. Po takiej kąpieli wystarczy użyć jego ulubionego balsamu i położyć go pod kołdrę.
- **Masaż:**
  - wodny, przy użyciu prysznica – możemy wykonać odprężający zabieg, polewając punktowo dosyć silnym (lecz nie za bardzo) strumieniem ramiona i kark podopiecznego. Należy zwrócić uwagę na temperaturę wody, gdyż nie powinna być ani za gorąca, ani za zimna. Podopieczny musi czuć się komfortowo.
  - przy użyciu oliwki dla dzieci lub do masażu możemy rozmasować podopiecznemu części ciała, w których odczuwa bóle, także spastyczne (spowodowane przykurczem mięśni). Rozluźnione mięśnie dają seniorowi odczucie odprężenia i łagodzą dolegliwości bólowe.

## Kinezyterapia – terapia ruchem

Kinezyterapia stanowi najważniejszą część fizjoterapii. Ćwiczenia i aktywność ruchowa są stosowane w terapii, ale również profilaktyce chorób przewlekłych. Towarzystwa naukowe dla osób starszych zalecają regularne wykonywanie ćwiczeń:

- aerobowych (np. spacer, Nordic Walking, jazda na rowerze, gimnastyka, pływanie) co najmniej 150 minut w tygodniu (np. spacer 5 razy w tygodniu po 30 min.)
- oporowych - zwiększających siłę mięśniową (np. przysiady, ćwiczenia z ciężarkami) co najmniej 2 razy w tygodniu
- równoważne, koordynacyjne, rozciągające.

Przykłady prostych ćwiczeń dla seniorów:

- **kończyna górna:** unoszenie do góry i opuszczanie do pozycji wyjściowej, odwodzenie kończyny i przywodzenie do tułowia, ruch obrotowy w stawie barkowym, prostowanie oraz odwodzenie nadgarstka, odwodzenie palców i zwijanie ich w pięść. Mogą być wykonywane w pozycji leżącej, siedzącej, w łóżku i poza łóżkiem;
- **kończyna dolna:** unoszenie i opuszczanie wyprostowanej kończyny, zginanie i prostowanie w stawie kolanowym i biodrowym, odwodzenie kończyny zgiętej w stawie



kolanowym, unoszenie kończyny z niedowładem kończyną zdrową (stopa zdrowej pod porażoną);

- **ćwiczenia czynno-bierne i prowadzone tułowia** – chory unosi kończyny górne nad głową, splata dłonie tak, aby kontrolować kończynę niewładną, skłony boczne w jedną i drugą stronę, następnie przenosi kończyny na wysokość twarzy i dokonuje skłonów na jedną i drugą stronę; pacjent, siedząc, opiera łokcie o stół lub stolik przyłóżkowy, splata dłonie, wykonuje powolne ruchy zginania i prostowania przedramion;
- **ćwiczenia oddechowe** – powinny być wykonywane codziennie, stanowią podstawę wszelkich ćwiczeń. Przykład – senior swobodnie oddycha, układamy jego prawą dłoń na klatce piersiowej w okolicy mostka, a lewą poniżej żeber. Polecamy wykonanie normalnego wdechu, by dłoń leżąca na brzuchu wyraźnie uniosła się do góry podczas wdechu i opadła podczas wydechu – czynność powtórzyć trzy razy.

Zawsze zapytajmy lekarza lub rehabilitanta, czy i w jaki sposób możemy pomóc seniorowi.

## Arteterapia

Arteterapia jako jedna z metod terapeutycznych wykorzystuje wiele technik plastycznych, np. rysunek, malarstwo, rzeźbę, tkaninę artystyczną, collage i inne. Ta forma terapii ma być spontanicznym procesem tworzenia i nie wymaga od osób w niej uczestniczących doświadczenia lub zdolności artystycznych. Celem stosowania metody u osób starszych jest przede wszystkim utrzymanie bądź podniesienie ich poziomu fizycznego, stanu umysłowego i emocjonalnego. Jeżeli senior stał się uczestnikiem zajęć poza domem, musimy towarzyszyć mu zawsze w drodze i na zajęciach.

**Podstawowe funkcje terapeutyczne arteterapii to:**

- **funkcja korekcyjna** – sztuka pomaga odzyskać równowagę psychiczną, rozładować frustrację, zmniejszyć depresję czy lęk, pomaga zmienić negatywne nastawienie w pozytywne oraz niweluje agresywne zachowania,
- **funkcja edukacyjna** – sztuka, wzbogacając wewnętrzne życie człowieka, kształci intelekt i pogłębia emocjonalną treść życia,
- **funkcja rekreacyjna** – sztuka służy zabawie, umożliwiając swobodną ekspresję osobowości oraz dodaje dynamizmu życiowego,

W codziennej opiece możemy wykorzystywać elementy arteterapii jako jedną z form urozmaicenia czasu podopiecznego.

**Przykłady zajęć:**

- **Projekt hafciarski** – potrzebne są kolorowe kredki lub flamastry i arkusz papieru w kratkę. Poproś podopiecznego, aby zaznaczając kolorami kratki (krzyżyki lub kropki), narysował jakiś obrazek, projekt na wyhaftowaną makatkę lub obrazek na poduszkę.

- **Obraz na desce do krojenia** – możesz urozmaicić czas przygotowania posiłku. Wcześniej obrane do zupy lub gulaszu warzywa pokrójcie z podopiecznym na kawałki. Zanim wrzucicie je do garnka, poproś podopiecznego lub razem z nim ułóż portret z warzyw na desce. Włosy możecie zrobić z pora, usta z marchewki lub papryki... inwencja należy do seniora.
- **Origami** – może być całkiem proste. Możesz zachęcić podopiecznego do zrobienia samolotu lub tulipana. Pamiętaj, że efekty składanego papieru zależą od gatunku, jakiego użyjemy, inne rzeczy powstaną z serwetki, inne z kartki papieru podaniowego. Wszystkie zajęcia polegające na składaniu papieru bardzo usprawniają ręce i pobudzają wyobraźnię. Warto zachęcić podopiecznego chorego na reumatyzm lub chorobę otępienną do tego typu aktywności.
- **Paper maché** – możesz zaproponować podopiecznemu zrobienie maski lub innej płaskorzeźby z masy plastycznej. Przepis na masę: drobne kawałki ligniny lub papieru toaletowego należy namoczyć w wodzie i rozdrabniać palcami. Odcisnij i włóż do naczynia z gęstym klejem wykonanym z mąki. Kleju powinno być mniej niż mokrego papieru. Całą masę dokładnie wyrób ręką, rozcierając kawałeczki papieru. Masa jest gotowa do użycia. Gotową maskę lub figurkę susz – musi stwardnieć. Później można ją pomalować.
- **Rysunek** – wiele osób podczas rozmowy lub skupiania się rysuje, jakby podświadomie, coś w kalendarzu, zeszytcie lub na serwetce. Tego typu aktywność u osób starszych jest bardzo pożądana, ponieważ usprawnia pracę rąk i rozładowuje napięcie. Dbaj, aby podopieczny miał pod ręką zatemperowany ołówek i kartkę. Możesz go również zachęcać do tego typu działań, prosząc o naszkicowanie np. martwej natury.
- **Malowanie** – jeśli podopieczny lubi malować, powinienes go do tego zachęcać i stworzyć mu odpowiednie warunki. Przygotuj miejsce w domu, które łatwo sprzątnąć, zmywając farbę z podłogi. Lepiej, aby senior używał farb wodnych i malował na kartonie. Obecnie można kupić gotowe kolorowanki, które wykazują również działanie antystresowe.
- **Wycinanki** – niezwykle prosta i skuteczna forma arteterapii, a zarazem doskonała forma spędzania wolnego czasu. Potrzebne będą kolorowe wycinanki, klej, nożyczki, białe kartki papieru lub inne materiały, które chcemy wykorzystać.

Używanie farb przez podopiecznego ma bardzo ważny wpływ terapeutyczny, ponieważ kolor oddaje nastrój i wyraża ekspresję, uwalniając od stresu. Jeśli podopieczny wcześniej nie malował, raczej nie przekonasz go do uprawiania tego typu aktywności. Jeśli zaś jest to jego hobby, podtrzymuj to zainteresowanie.

W twórczości seniora nie chodzi o to, by stworzył dzieło, lecz o to, by wyraził swoje emocje i dobrze się bawił, zachowując sprawność manualną i intelektualną.

## Muzykoterapia

Muzykoterapia jest bardzo starym sposobem terapii. Obecnie została poddana wielu badaniom naukowym i zyskała status dziedziny medycyny.

## Muzykoterapia to:

- łagodzenie bólu przy zastosowaniu odpowiednio dobranej muzyki,
- oddziaływanie muzyką w chorobach psychosomatycznych, a także w rehabilitacji narządów ruchu,
- uspokojenie, rozluźnienie organizmu,
- zabawa,
- wytworzenie za pośrednictwem muzyki równowagi pomiędzy sferą przeżyć emocjonalnych a procesami fizjologicznymi,
- aktywizacja emocji,
- poprawienie nastroju podopiecznego,
- dostarczenie pozytywnych przeżyć seniorowi.

Muzykoterapia często okazuje się efektywna, gdy zawodzą inne formy leczenia, szczególnie w wypadku demencji.

## Zastosowanie tej formy terapii powoduje:

- **poprawę snu.** Dość często osoby starsze z chorobą otępienną mają problem z zasypianiem, odpowiedni rodzaj muzyki – monotonnej i spokojnej, np. F. Chopin „Kołysanka Des – dur”, powoduje wyciszenie organizmu i przyspiesza zasypianie.
- **zmniejsza napięcie emocjonalne.** Niezależnie od wieku, każdy człowiek czasami odczuwa potrzebę rozładowania emocji poprzez krzyk lub głośne mówienie. Możemy wykorzystać niektóre utwory muzyczne, aby podopieczny mógł, nucąc głośno melodię, rozładować emocje. Nie polecamy muzyki rockowej, z wyjątkiem tych podopiecznych, którzy tym gatunkiem muzycznym są zainteresowani. Jest wiele utworów klasycznych i popularnych nadających się do tego typu ćwiczenia, np. M. Ravel „Bolero”, w którym powtarzająca się melodia jest łatwa do powtarzania, jednocześnie jest coraz głośniejsza, pobudza do głośniejszego nucenia. Mechanizm uwalniania napięcia w ten sposób jest fizjologicznym działaniem organizmu. Nabieramy dużo powietrza do płuc, aby uwolnić je przez gwałtowne wypchnięcie przeponą, co powoduje spięcie mięśni i ich rozluźnienie.
- **poprawienie odczuć podczas kąpieli.** Wielu seniorów, zwłaszcza tych z demencją, odczuwa niechęć przed kąpielą, która spowodowana jest lękiem przed zimnem podczas wychodzenia z kąpieli lub odczuciem parzenia przy zanurzaniu. Opisywaliśmy już proces utraty funkcji ochronnych skóry, który między innymi jest odpowiedzialny za zwiększoną wrażliwość na bodźce: zimno-gorąco. Możemy złagodzić ten niepokój przy pomocy muzyki kojarzącej się z latem, wakacjami, wypoczynkiem. Zadbajmy, aby w łazience było ciepło, a woda w wannie niezbyt gorąca, dolejmy ciepłej wody podczas kąpieli, aby podopieczny czuł się komfortowo i szybko osuszy jego ciało, gdy wyjdzie z wody.
- **wyraźna redukcja depresji i lęku.**



### Funkcje muzykoterapii:

- odwrócenie uwagi od bólu i lęku, skierowanie uwagi seniora na muzykę niosącą pociechę,
- dostarczenie muzycznego bodźca do rytmicznego oddychania,
- zachęcenie, poprzez rytm, do wykonywania płynnych ruchów i nucenia, które poprawia oddychanie,
- spowodowanie, aby senior zaczął wyobrażać sobie przyjemne rzeczy i wspominać miłe chwile,
- stworzenie warunków do głębokiego relaksu,
- zmiana nastroju,
- koncentrowanie uwagi na pozytywnych myślach i uczuciach oraz na celebrowaniu życia.

### Dobór muzyki

Mimo wielu badań nad wykorzystaniem muzyki do walki z bólem i strachem nie odkryto powodów, dlaczego te same utwory działają na jednych stymulująco, na innych wcale, a czasami reakcja jest inna od oczekiwanej. Najczęściej wykorzystujemy muzykę łagodną i powolną. Spokojna melodia, wolne tempo, powtarzające się frazy melodyczne, łagodna dynamika składają się na definicję „muzyki uspokajającej”.

Najlepiej wybieramy muzykę klasyczną, która zdecydowanie dobrze działa na podopiecznych z chorobą wieńcową.

Unikajmy muzyki „New age” reklamowanej jako relaksująca, ponieważ nie redukuje stresu i jest zbyt pobudzająca.

Natomiast powolna i łagodna muzyka rockowa może powodować u słuchaczy zwolnienie pulsu. Może się więc zdarzyć, że elementy muzyki spoza zalecanego stylu wywołają reakcję terapeutyczną.

Znajomość utworów i preferencji muzycznych podopiecznego ma duże znaczenie, ponieważ stan relaksu najłatwiej osiąga się, słuchając muzyki znanej i lubianej. Nie ma jednego utworu lub typu muzyki, który ma uniwersalne zastosowanie. Dobierając utwory muzyczne, kierujemy się gustem muzycznym seniora oraz obserwacją, jak wpływa na niego utwór, którego słuchał.

## Ergoterapia – angażowanie podopiecznego w prace domowe.

Celem ergoterapii jest umożliwienie seniorowi samodzielnego wykonywania konkretnych codziennych czynności, choćby najprostszych. Pamiętajmy, żeby docenić efekt wykonanej pracy! Należy dobrać poziom trudności ćwiczeń adekwatnie do możliwości podopiecznego. Dzięki samodzielnemu wykonaniu nawet najprostszych czynności, podopieczny utwierdzi się w przekonaniu, że jest potrzebny i sprawny. Prośmy go systematycznie o pomoc w konkretnych czynnościach życia codziennego i dziękujemy za nią, doceniajmy efekt!

Potencjalnie wiele trudności może podopiecznemu przysparzać np. wstawanie z łóżka, poruszanie się, przygotowanie i spożywanie posiłków, a nawet ubieranie się czy pisanie. Pokazujemy, jak wykonywać te czynności, by były prostsze i możliwe do wykonania. Warto wykorzystać przy tym specjalistyczne przybory (dostępne w sklepach stacjonarnych i internetowych, w których zaopatrują się osoby niepełnosprawne), np. elastyczne sztućce z pogrubionym uchwytem i mocowaniem do dłoni, talerz szufelkowy z podniesionym brzegiem, specjalnie wyprofilowany kubek z wygodnymi uchwytami, przyrządy ułatwiające samodzielne zakładanie i zdejmowanie ubrań lub butów, bez konieczności schylania się.

**Ergoterapia motywuje do podejmowania aktywności, daje poczucie sukcesu i umożliwia udział w życiu społecznym.**

Jeśli stan podopiecznego na to pozwala, zachęcamy go do udziału w codziennych pracach kulinarnych – jak np. obieranie i krojenie warzyw i owoców, zagniatanie ciasta, lepienie pierogów, wykrawanie ciasteczek. Wykonywanie drobnych czynności powoduje poczucie integracji z otoczeniem i jednocześnie ćwiczenie sprawności motorycznej, która w istotny sposób wpływa na procesy intelektualne i jest dobrą gimnastyką dla osób cierpiących na reumatyzm.

**Przykłady zajęć, które możemy wykonywać z podopiecznym:**

- wspólne pieczenie ciasteczek,
- zwijanie kłęбка wełny,
- zabawy z papierem (ugniatanie papieru, robienie kulek z papieru, wycinanek itd.),
- prowadzenie planu tygodniowego lub miesięcznego na bazie kalendarza, terminarza lub terminarza własnego pomysłu,
- opowiadanie o wydarzeniach z życia przez seniora, np. wspólne przeglądanie garderoby i opowiadanie o historii z życia związanej z daną jej częścią (terapia reminiscencyjna).



**CZĘŚĆ IV**

**WSPARCIE SENIORA**

# PUBLICZNE I PRYWATNE USŁUGI OPIEKUŃCZE

Pomoc społeczna realizowana przez gminne ośrodki pomocy społecznej (OPS-y) polega na wsparciu osób i rodzin w trudnych sytuacjach życiowych, czyli również osób starszych i ich rodzin. OPS-y działają w każdej gminie – w gminach miejskich jako miejskie ośrodki pomocy społecznej, a w gminach wiejskich gminne ośrodki pomocy społecznej.

Zakres działań pomocy społecznej skierowanej do seniorów jest szeroki – od doraźnej pomocy, np. finansowej, po zapewnienie pomocy w egzystencji osobom, które nie są w stanie zapewnić jej sobie same, np. osobom starszym lub przewlekle chorym i niepełnym fizycznie mieszkającym w domach pomocy społecznej.

Osoby, które ze względu na wiek, choroby lub niepełnosprawność wymagają opieki, mogą otrzymać wsparcie, które jest kierowane głównie do osób samotnych. Mogą jednak ubiegać się o nie również ci, którymi – z różnych przyczyn – najbliższa rodzina nie jest w stanie się zaopiekować. Pomoc może być udzielana w różnych formach: w miejscu zamieszkania podopiecznego, w formie dziennego pobytu w ośrodku wsparcia albo stałego zamieszkania w domu pomocy społecznej (patrz poniżej). Takie formy pomocy są odpłatne, a wysokość opłat za pomoc jest zależna od dochodów osoby korzystającej z pomocy społecznej.

## Domy pomocy społecznej

Sprawowanie opieki przez najbliższą rodzinę nad osobami starszymi nie zawsze jest możliwe – z różnych powodów. Mogą one wiązać się z brakiem fizycznej możliwości opieki lub ze stanem zdrowia osoby starszej. Warto wtedy skorzystać z profesjonalnej oferty publicznych lub niepublicznych domów pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej to placówki publiczne (działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej) lub niepubliczne (działające na podstawie wpisu do ewidencji wojewody) przeznaczone dla osób starszych i chorych, których rolą jest stała opieka, pomoc bytowa i materialna. Działanie domów pomocy społecznej regulują przede wszystkim ustawa o pomocy społecznej oraz rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej mogą prowadzić m.in. jednostki samorządu terytorialnego, Kościół katolicki, inne Kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne i pozarządowe (fundacje i stowarzyszenia), osoby fizyczne. Zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej wydaje wojewoda. Może on także cofnąć zezwolenie na prowadzenie DPS – na przykład jeśli przestanie on spełniać standardy świadczonych usług.

Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której rodzina nie jest w stanie zapewnić należytej opieki.

Osobę starszą, wymagającą codziennej opieki, kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej jej miejsca zamieszkania, chyba że okoliczności życiowe lub inne przyczyny wskazują inaczej – należy jednak uzyskać zgodę od tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego.

## Do domu pomocy społecznej kieruje się na podstawie:

- **pisemnego wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu** – wniosek należy złożyć do ośrodka pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zamieszkania danej osoby lub pobytu w dniu jej kierowania; za zgodą osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego wniosek może zgłosić inna osoba fizyczna lub prawna, a także powiatowe centrum pomocy rodzinie lub ośrodek pomocy społecznej.

Osoba zainteresowana skierowaniem do domu pomocy społecznej powinna złożyć wniosek o przydzielenie miejsca do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce pobytu (z zamiarem pobytu stałego) lub zameldowania na terenie Polski. Dokumenty te są przekazywane do odpowiednich instytucji (miejskich ośrodków pomocy społecznej lub powiatowych centrów pomocy rodzinie), które wydają decyzję o skierowaniu do odpowiedniego domu opieki. Z reguły są to placówki znajdujące się w pobliżu miejsca zamieszkania. Co ważne, gdy chcemy ubiegać się o umieszczenie w placówce poza rejonem, należy zaznaczyć to we wniosku i odpowiednio umotywić.

- **rodzinnego wywiadu środowiskowego** przeprowadzonego w ciągu 14 dni od złożenia wniosku przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się w dniu jej kierowania. Wymagane jest m.in. przede wszystkim stwierdzenie rzeczywistego braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę.

## Do wniosku należy dołączyć również:

- decyzję ZUS-u (KRUS-u) ustalającą wysokość emerytury lub renty oraz pisemną zgodę na ponoszenie opłaty i na jej potrącanie przez organ emerytalno-rentowy z emerytury lub renty,
- oświadczenia o wysokości dochodu osoby ubiegającej się, małżonka, zstępnych (dzieci, wnuków) przed wstępnymi zobowiązanymi do ponoszenia opłaty;
- ewentualnie zaświadczenie, o którym mowa w art. 22 ustawy o kombatantach – dotyczy formalnego potwierdzenia uprawnień kombatanckich;
- pisemną zgodę osoby ubiegającej się lub przedstawiciela ustawowego na potrącanie z zasiłku stałego opłaty za pobyt w domu – w przypadku posiadania uprawnienia do zasiłku;

## Oraz:

- zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub prowadzącego o stanie zdrowia i potrzebie sprawowania całodobowej opieki;
- zaświadczenie od lekarza psychiatry – w przypadku osób chorych psychicznie;
- zaświadczenie od psychologa – w przypadku upośledzonych umysłowo;
- oświadczenie woli o umieszczeniu w DPS;
- oświadczenie rodziny, że nie ma ona możliwości opieki nad daną osobą.



Dokumenty określone powyżej kompletuje ośrodek pomocy społecznej (uwaga: nie robi tego DPS!). Na podstawie zgromadzonej dokumentacji właściwy ośrodek pomocy społecznej wyda decyzję o skierowaniu do domu (do jego właściwego typu z uwagi na stan zdrowia) lub odmówi wydania takiego skierowania.

W nagłych wypadkach, wynikających ze zdarzeń losowych, skierowanie i umieszczenie osoby w domu może nastąpić poza kolejnością oraz bez przedłożenia ww. dokumentów.

Gdy przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej danego typu, zlokalizowanym najbliższym miejscu zamieszkania osoby kierowanej, wynosi ponad 3 miesiące, osobę kieruje się na jej wniosek do domu pomocy społecznej tego samego typu zlokalizowanego jak najbliższym miejscu zamieszkania osoby kierowanej, w którym przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie jest krótszy niż 3 miesiące.

Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu pomocy społecznej (nie DPS!). Osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest przez starostę do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej. Kierowana jest do domu na czas nieokreślony, chyba że wystąpi ona lub jej przedstawiciel ustawowy z wnioskiem o skierowanie do domu na czas określony. Dyrektor domu zawiadamia pisemnie osobę ubiegającą się lub jej przedstawiciela ustawowego o terminie przyjęcia.

W razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu jej na listę oczekujących oraz podaje się przewidywany termin oczekiwania.

Pobyt w domu pomocy społecznej (zarówno publicznym, jak i niepublicznym) jest niestety odpłatny. Na prawie 900 DPS-ów w Polsce prawie nie zdarza się, by pobyt w ośrodku był tańszy niż 3 tys. zł miesięcznie.

#### **Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą:**

- **sam mieszkaniec domu** – nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu (pozostałe 30% zatrzyma na własne wydatki), a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka, nie więcej niż 70% tego dochodu;
- **małżonek, zstępni (dzieci, wnuki) przed wstępnymi (rodzicami)** – zgodnie z umową zawartą z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej;
- **gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej** – wpłaca wysokość różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca i jego rodzinę.

Ponoszenie opłat przez gminę może mieć miejsce jedynie w sytuacji, w której osoby, na które obowiązek wnoszenia opłat został nałożony lub które podjęły się wnoszenia takiej opłaty na podstawie umowy, nie wywiązują się z tego obowiązku. Mieszkaniec domu wnosi opłatę do kasy domu lub na jego rachunek bankowy. Za jego zgodą opłata może być potrącana z:

- **emerytury lub renty mieszkańca domu** – przez właściwy organ emerytalno-rentowy, zgodnie z odrębnymi przepisami;
- **zasiłku stałego mieszkańca domu** – przez ośrodek pomocy społecznej dokonujący wypłaty świadczenia; opłatę za pobyt ośrodek pomocy społecznej przekazuje na rachunek bankowy domu pomocy społecznej.

Jeśli rodzina seniora skierowanego do DPS osiąga niski dochód na osobę, wówczas za pobyt krewnego w domu pomocy społecznej będzie dopłacać gmina. Rodzina jest zwolniona ze współpłacenia również w innych uzasadnionych przypadkach, np. gdy utrzymuje się z jednego wynagrodzenia.

Jeżeli zdecydujemy się na korzystanie z usług domu niepublicznego pomocy społecznej, pierwszym krokiem powinno być sprawdzenie, czy dom, który bierzemy pod uwagę, jest wpisany do rejestru urzędu wojewódzkiego. Rejestry prowadzone są oddzielnie dla każdego województwa. Poniżej (jako przykład) link do rejestru z województwa mazowieckiego: [http://edziennik.mazowieckie.pl/WDU\\_W/2013/7373/Zalacznik.pdf](http://edziennik.mazowieckie.pl/WDU_W/2013/7373/Zalacznik.pdf)

Taki wpis stanowi gwarancję, że niepubliczny DPS spełnia wymogi dotyczące standardów architektonicznych, wyposażenia i personelu placówki, a także przechodzi wymagane kontrole. Warto też osobiście odwiedzić placówkę, by przekonać się, że rzeczywistość odpowiada naszym standardom i wymagom.

Najczęściej same osoby starsze składają odpowiedni wniosek o skierowanie do domu pomocy społecznej. Niestety zdarzają się sytuacje, kiedy osoba nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody na podjęcie działań w tym zakresie lub nie chce jej wyrazić, mimo że stan jej zdrowia jest zły i brak jest realnej możliwości odpowiedniego zorganizowania opieki przez rodzinę.

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego (art. 39 ust. 1 ustawy z dn. 19 sierpnia 1994, Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535): *Jeżeli osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, a brak opieki zagraża życiu tej osoby, organ do spraw pomocy społecznej może wystąpić do sądu opiekuńczego właściwego dla miejsca zamieszkania tej osoby z wnioskiem o przyjęcie do domu pomocy społecznej bez jej zgody.*

Pamiętajmy, że skierowanie do domu pomocy społecznej zawsze wymaga uprzedniej oceny stanu zdrowia oraz możliwości korzystania przez podopiecznego ośrodka pomocy społecznej ze wsparcia środowiskowego.

## Placówki prywatne świadczące opiekę całodobową w ramach działalności gospodarczej

Jak wspomniano, prowadzenie domów pomocy społecznej należy do zadań powiatu lub gminy. Jednak obok publicznych domów pomocy społecznej opiekę nad osobą starszą może sprawować również dom prywatny. Mogą one być prowadzone zarówno przez osoby prawne (w tym fundacje, stowarzyszenia, organizacje społeczne), jak i osoby fizyczne. Opłaty za pobyt w prywatnych domach pomocy społecznej oraz zasady przyjmowania do nich mieszkańców są zawsze ustalane indywidualnie z przedsiębiorcą na podstawie umowy o świadczenie usług opieki.

W przypadku braku miejsc w publicznym domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym lub powiatowym gmina może kierować osoby tego wymagające do prywatnego domu pomocy społecznej. Wysokość opłaty za pobyt w takim domu określa umowa zawarta przez gminę z podmiotem prowadzącym dom.

### Rodzinne domy pomocy

Rodzinne domy pomocy są nowoczesną formą całodobowych usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osoby lub rodziny w ich miejscu zamieszkania. Główną zaletą rodzinnych domów pomocy jest indywidualne podejście do seniorów oraz małe grupy podopiecznych. Rodzinne domy pomocy stanowią formę usług dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności tej formy wsparcia.

Mają one służyć pomocą szczególnie osobom wymagającym wzmożonej opieki ze względu na znaczne ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu, które wynika z podeszłego wieku i niepełnosprawności. Osoby, rodziny lub inne podmioty niepubliczne, które zdecydowały się stworzyć taką placówkę, muszą zapewnić podopiecznym godne warunki życia.

Sposób świadczenia usług opiekuńczych oraz bytowych powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną seniora, a także jego indywidualne potrzeby. Ważne jest też, aby przestrzegać jego prawa do godności, wolności i intymności oraz zapewnić poczucie bezpieczeństwa.

#### Osoby przebywające w rodzinnym domu pomocy mogą liczyć na:

- pomoc w podstawowych czynnościach życiowych,
- pielęgnację i opiekę higieniczną,
- pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych oraz w zakupie niezbędnych leków,
- pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
- organizację czasu wolnego,
- pomoc w zakupie artykułów osobistego użytku.

Osoby lub podmioty zainteresowane prowadzeniem rodzinnych domów pomocy powinny dysponować własnym dużym domem lub mieszkaniem pozbawionym barier architektonicznych.

**Decyzję w sprawie skierowania do rodzinnego domu pomocy wydaje kierownik OPS na podstawie:**

- rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego ośrodka,
- zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia w rodzinnym domu pomocy, ze wskazaniem zakresu wymaganych usług opiekuńczych,
- dowodu otrzymywania emerytury, renty lub zasiłku stałego.

Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia rodzinnego domu pomocy, którą zawiera kierownik OPS z osobą prowadzącą rodzinny dom pomocy. Ustalając odpłatność od osoby przebywającej w rodzinnym domu pomocy, należy stosować zasady określone w art. 61 ustawy o pomocy społecznej. Wysokość miesięcznej odpłatności przekazywana osobie prowadzącej rodzinny dom pomocy jest określona w decyzji w sprawie skierowania do takiego domu.

W wyjątkowych przypadkach kierownik OPS może, na określony czas, w całości lub w części zwolnić osobę przebywającą w rodzinnym domu pomocy z ponoszenia odpłatności za pobyt. Z wnioskiem o takie zwolnienie może wystąpić osoba będąca pensjonariuszem rodzinnego domu pomocy lub jej opiekun prawny. W takim przypadku odpłatność odpowiadającą wysokości zwolnienia ponosi gmina.

## Dzienne domy opieki SENIOR+

Dzienne domy opieki SENIOR + funkcjonują w ramach programu wieloletniego „Senior +” finansowanego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Są to placówki opieki dziennej, w której osoby w wieku 60+ mogą przebywać pod opieką i spędzać czas w różnej formie. W dziennych domach „Senior +” można spędzić co najmniej 8 godzin dziennie, od poniedziałku do piątku. Zwykle są w nich pomieszczenia służące do wspólnych spotkań, gotowania, ćwiczeń i relaksu (z biblioteką, sprzętem RTV oraz komputerem z dostępem do Internetu). Zapewniony jest w nich także ciepły posiłek.

**Do najczęstszych form wsparcia udzielanego w domach SENIOR + należą:**

- opieka psychologa i pielęgniarki,
- programy aktywizacji ruchowej i fizjoterapii,
- ćwiczenia usprawniające umysł, sprawność manualną i koordynację wzrokowo-ruchową,
- dostęp do oferty kulturalnej, wyjazdy tematyczne,

- możliwość udziału w spotkaniach integracyjnych,
- zajęcia artystyczne, kulinarne itp.

Domy „Senior +” są przeznaczone przede wszystkim dla osób starszych 60+, osób niepełnosprawnych, w tym również poruszających się na wózku inwalidzkim, samotnych, którzy chcą aktywnie, zdrowo i w gronie przyjaciół spędzać wolny czas.

Zasady przyjęć oraz opłaty za pobyt w domach SENIOR + (korzystanie ze świadczeń domów „Senior +” jest częściowo odpłatne) ustalane są każdorazowo przez gminę w formie uchwały – szczegółowych informacji należy szukać w danej gminie. Na koszt pobytu wpływa także wysokość dochodów osoby korzystającej z pomocy.

## Mieszkania chronione (pozostające w zasobach gminy)

Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia, albo też zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę.

Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną. Osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym (art. 53 ustawy o pomocy społecznej). Całość postępowania w zakresie przyznania pomocy w formie usług w mieszkaniu chronionym prowadzona jest przez punkty pomocy społecznej.

O skierowaniu osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu chronionym decyduje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzący jednostkę organizacyjną pomocy społecznej, w której prowadzone jest mieszkanie chronione. Przyznanie świadczenia w formie pobytu w mieszkaniu chronionym ma charakter indywidualnej sprawy administracyjnej. Jest ona załatwiana w drodze decyzji administracyjnej, którą wydaje się po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego. W nim zaś pracownik socjalny opisuje całość sytuacji rodzinnej, zdrowotnej, mieszkaniowej i dochodowej osoby ubiegającej się o mieszkanie chronione oraz przeanalizowaniu jej sytuacji życiowej.

Dokumentami potwierdzającymi sytuację życiową są m.in. odcinki renty/emerytury lub inne dokumenty określające wysokość dochodu rodziny, rachunki potwierdzające regulowanie opłat mieszkaniowych, wypisy ze szpitala, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy itp.

Decyzja dotyczyć może jedynie osób pełnoletnich, a pobyt w mieszkaniu będzie czasowy. Jedynie w określonych w rozporządzeniu wypadkach możliwe jest skierowanie na pobyt stały. Osobom niezdolnym do pracy z tytułu wieku, niepełnosprawnym, z zaburzeniami psychicznymi oraz chorym, w uzasadnionych przypadkach, może być wydana decyzja o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym na czas nieokreślony.

Decyzja o skierowaniu osoby do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydawana jest po dokonaniu uzgodnień pomiędzy pracownikiem socjalnym jednostki organizacyjnej pomocy społecznej prowadzącej mieszkanie chronione a osobą ubiegającą się

o skierowanie do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawicielem ustawowym.

Osoby przebywające w mieszkaniach będą objęte wsparciem dostosowanym do ich indywidualnych potrzeb, świadczonym przez 7 dni w tygodniu, minimum 3 godziny dziennie, przez m.in. pracowników socjalnych, terapeutów i psychologów.

Korzystanie ze wsparcia w mieszkaniu chronionym, prowadzonym przez niepubliczne jednostki organizacyjne pomocy społecznej nie działające na zlecenie i organizacje pożytku publicznego nie działające na zlecenie, odbywa się na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą korzystającą z pobytu w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawicielem ustawowym.

### **Wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmuje:**

- pracę socjalną,
- poradnictwo specjalistyczne,
- naukę lub utrzymywanie posiadanego poziomu sprawności
- pomoc w: przemieszczaniu się, wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, realizacji kontaktów społecznych, zagospodarowaniu czasu wolnego, w tym z wykorzystaniem usług dostępnych w środowisku lokalnym, itp.

Pobyt w mieszkaniu chronionym jest odpłatny. Koszt pobytu w mieszkaniach chronionych ustala podmiot kierujący w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług. Osoby nie ponoszą opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego.

## **USŁUGI OPIEKUŃCZE**

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina oraz wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni czy zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

**Usługi opiekuńcze** obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, a także, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

**Specjalistyczne usługi opiekuńcze** to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Są one świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także

szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

### **Senior może skorzystać z Usług opiekuńczych o charakterze gospodarczym i w zakresie pielęgnacji.**

Opiekunka może wykonywać czynności w miejscu zamieszkania osoby wymagającej pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego i w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych (m.in. sprzątnięcie, pranie, zakupy, przygotowanie posiłku, pomoc w spożywaniu posiłku, pomoc w umyciu się, zmiana pampersa, załatwianie spraw urzędowych itp.) Zakres usług gospodarczych nie obejmuje mycia okien, pastowania podłóg, generalnych porządków.

Natomiast osoba ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (pielęgniarka, opiekun medyczny, ratownik medyczny, opiekun w domu pomocy społecznej) wykonuje czynności w miejscu zamieszkania osoby wymagającej pomocy (najczęściej leżącej) w czynnościach pielęgnacyjnych (są to czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej osoby chorej, zmiana pampersa, zapobieganie powstawania odleżyn, rozkładanie leków, podanie posiłku, zmiana bielizny pościelowej i osobistej, aktywizacja ruchowa, zmiana opatrunków itp). Zakres usług pielęgnacyjnych nie obejmuje wykonywania zastrzyków.

Aby skorzystać z usług opiekuńczych, należy zgłosić taką potrzebę pracownikowi socjalnemu w ośrodku pomocy społecznej w danej gminie. Pracownik socjalny przeprowadzi wywiad środowiskowy, podczas którego oceni, jakiego rodzaju pomoc jest potrzebna. Ustali wówczas niezbędny zakres usług. Taki wywiad jest koniecznym warunkiem uzyskania pomocy.

Aby skorzystać ze specjalistycznych usług opiekuńczych, należy również uzyskać zaświadczenie lekarskie od lekarza rodzinnego lub specjalisty, że taka pomoc jest niezbędna. Specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być udzielane w domu lub podczas pobytu w ośrodku wsparcia.

Gdy usługi opiekuńcze nie będą wystarczające lub nie można ich zapewnić, pozostaje umieszczenie osoby starszej w domu pomocy społecznej lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym.

## **Zakłady opiekuńczo-lecznicze**

Zadaniem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją osób przewlekle chorych. Z kolei zakład opiekuńczo-leczniczy prowadzi całodobową okresową lub stałą pielęgnację osób skierowanych oraz kontynuuje leczenie takich przewlekle chorych osób. Kontynuacja leczenia polega na postępowaniu medycznym wskazanym dla danego pacjenta. Wykonywane są badania diagnostyczne, podawane leki oraz stosowane są wskazania lekarskie.

Tryb kierowania oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku oraz ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z nimi skierowanie do zakładu wydaje w drodze decyzji organ, który utworzył zakład lub zawarł umowę z niepublicznym zakładem na wykonywanie takich usług.

Wniosek składa osoba ubiegająca się o przyjęcie do zakładu lub jej przedstawiciel ustawowy oraz, za zgodą tej osoby, inna osoba i zakład opieki zdrowotnej. Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę ze względu na stan zdrowia całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji, a także wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową, rodzinną lub społeczną. Ponadto do wniosku załącza się dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby starającej się o przyjęcie – może to być decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ustalająca emeryturę bądź rentę. W tym przypadku dodatkowo przedstawia się zgodę osoby starającej się o przyjęcie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie.

Innym dokumentem stwierdzającym wysokość dochodu może być decyzja o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej. Wtedy można dołączyć zgodę do odbioru tych należności przez zakład. Wniosek wraz z załącznikami należy przedstawić lekarzowi wyznaczonemu przez organ kierujący. Ma on 14 dni na wydanie opinii na podstawie przedstawionych dokumentów. Dopiero wtedy lekarz zebrany wniosek i dokumenty oraz własną decyzję przesyła do organu kierującego (wydającego decyzję) do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego. Skierowanie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego może być wydane na czas określony, natomiast skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego **może być wydane na czas określony lub na stałe**.

Pobyt w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych jest odpłatny. Opłata ta pokrywa koszty żywienia i zakwaterowania pacjenta. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury. Jednak opłata ta nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w zakładzie.

## ZASIŁKI I DODATKI DLA OSÓB STARSZYCH

### Zasiłki stałe

Senior może być biorcą zasiłku stałego. Zasiłek stały jest formą pomocy społecznej przysługującą osobom, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej i nie posiadają własnych środków utrzymania, a mianowicie:

- pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (634 zł);
- pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie, są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (514 zł).

Aby ubiegać o zasiłek stały, należy złożyć w ośrodku pomocy społecznej wniosek o przyznanie zasiłku. Ośrodek pomocy społecznej przeprowadzi rodzinny wywiad środowiskowy.

**Zasiłek stały ustala się w przypadku:**

- osoby samotnie gospodarującej w wysokości różnicy między kryterium dochodo-



wym osoby samotnie gospodarującej, a dochodem tej osoby, z tym że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 604 zł miesięcznie;

- osoby w rodzinie w wysokości różnicy między kryterium dochodowym na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie.

Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 30 zł miesięcznie. W przypadku zbiegu uprawnień do zasiłku stałego i renty socjalnej, świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, zasiłek stały nie przysługuje. Kwota zasiłku nie może być wyższa niż 604 zł miesięcznie.

#### **Zasiłek stały nie przysługuje, jeżeli osoba otrzymuje:**

- rentę socjalną;
- świadczenie pielęgnacyjne;
- specjalny zasiłek opiekuńczy;
- dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania;
- zasiłek dla opiekuna.

## **Świadczenia przysługujące seniorom z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

### **Dodatek pielęgnacyjny**

Najwięcej seniorów otrzymuje świadczenie, tzw. dodatek pielęgnacyjny, regulowany ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Jest to świadczenie wypłacane przez ZUS jako „dodatek” do emerytury lub renty, jako pomoc ze strony państwa dla beneficjenta świadczenia w przynajmniej częściowym pokryciu kosztów wynikających z jego niezdolności bądź ograniczonej zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Jest on przyznawany z urzędu wszystkim osobom, które skończyły 75 lat. Oznacza to, że osoba po 75. roku życia nie musi składać żadnych dodatkowych wniosków do ZUS-u, aby je otrzymać. Dodatek pielęgnacyjny jest wolny od podatku dochodowego (art. 21 ust. 1 pkt 8 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 7 grudnia 2016 r) i nie podlega egzekucji sądowej ani administracyjnej.

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje również osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji. Osoba ubiegająca się o ten dodatek musi udowodnić, że ze względu na jej stan zdrowia musi się nią opiekować inna osoba, czyli pomagać w takich czynnościach, jak mycie, ubieranie, jedzenie, zakupy żywności, ogrzewanie mieszkania, podstawowe prace porządkowe.

Należy w tym wypadku zacząć od wizyty u lekarza, który wypełni zaświadczenie o stanie zdrowia – ZUS OL9 (do niedawna był to druk N-9) – „Zaświadczenie o stanie zdrowia” wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed złożeniem wniosku. Taki formularz można

pobrać ze strony internetowej ZUS albo w postaci papierowej w każdej placówce ZUS. Zaświadczenie może wypełnić lekarz pierwszego kontaktu, a jeżeli wnioskodawca przechodzi specjalistyczne leczenie, lekarz, który je prowadzi. Do zaświadczenia ZUS warto dołączyć pełną dokumentację medyczną, która udowodni zły stan zdrowia wnioskodawcy.

Dokumenty medyczne składa się w ZUS osobiście, przez pełnomocnika lub pocztą wraz z wnioskiem o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego. Lekarz orzecznik ZUS wezwie zainteresowanego na badanie, aby stwierdzić, czy jest on niezdolny do samodzielnej egzystencji. Jeżeli z powodu stanu zdrowia wnioskodawca nie może przyjechać do ZUS, lekarz orzecznik odwiedzi go w domu.

Od decyzji przysługuje odwołanie, które należy wnieść pisemnie lub ustnie do protokołu za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS, która wydała decyzję. Odwoływać należy się do sądu okręgowego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych – w ciągu miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Postępowanie odwoławcze jest wolne od opłat.

Istotne jest również, że dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba że przebywa ona poza placówką dłużej niż dwa tygodnie w miesiącu.

## Dodatek pielęgnacyjny, a zasiłek pielęgnacyjny

Dodatek pielęgnacyjny i zasiłek pielęgnacyjny są często mylone ze względu na zbliżone nazwy, mimo że są to różne świadczenia. Ma on charakter ubezpieczeniowy, natomiast zasiłek pielęgnacyjny pomocowy.

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje niepełnosprawnemu dziecku; osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. roku życia, a także osobie, która ukończyła 75 lat na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych. Należy jednak pamiętać, że zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego. Wysokość zasiłku pielęgnacyjnego wynosi obecnie 153 zł miesięcznie (2018 r.).

## Dodatek kombatancki

W myśl ustawy o świadczeniach rodzinnych z 28 września 2018 r. „kombatantami są osoby, które brały udział w wojnach, działaniach zbrojnych i powstaniach narodowych, wchodząc w skład formacji wojskowych lub organizacji walczących o suwerenność i niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej”. Ustawa definiuje „działalność kombatancką”, „działalność równorzędną z działalnością kombatancką” oraz „okresy zaliczane do okresów działalności kombatanckiej lub równorzędnej z działalnością kombatancką”. Dodatek kombatancki przysługuje kombatantom i innym osobom uprawnionym do pobierania emerytury lub renty uznanym za kombatanta decyzją Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

## Dokumenty wymagane przy postępowaniu o dodatek kombatancki:

- Wniosek (ZUS-ER-DKK-01) o przyznanie dodatku kombatanckiego dostępny na [www.zus.pl](http://www.zus.pl) lub w punkcie informacyjnym w sali obsługi klientów w każdej jednostce organizacyjnej ZUS,
- Decyzja Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

Wniosek można złożyć osobiście lub przez pełnomocnika w dowolnej jednostce organizacyjnej ZUS (pisemnie lub ustnie do protokołu) albo za pośrednictwem operatora pocztowego.

Wniosek rozpatruje organ rentowy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej lub jednostka organizacyjna Zakładu wyznaczona przez Prezesa ZUS. Po analizie wniosku i załączonej dokumentacji oraz ewentualnym przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego organ rentowy wydaje decyzję w terminie 30 dni od wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji. Od decyzji przysługuje odwołanie, które należy wnieść pisemnie lub ustnie do protokołu za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS, która wydała decyzję, do sądu okręgowego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, w ciągu miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Postępowanie odwoławcze jest wolne od opłat.

Dodatek kombatancki przysługuje oprócz emerytury lub renty i nie jest uwzględniany przy obliczaniu wysokości świadczeń określonych w przepisach ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

## Dodatek kompensacyjny

Dodatek kompensacyjny przysługuje osobie, która uznana została za: kombatanta, ofiarę represji wojennych i okresu powojennego, wdowę (wdowca) po kombatancie lub osobie represjonowanej.

## Dokumenty wymagane przy postępowaniu o dodatek:

- Wniosek o przyznanie dodatku,
- Decyzja Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych:

Wniosek o przyznanie dodatku kompensacyjnego (ZUS-ER-DKK-01) dostępny jest na stronie [www.zus.pl](http://www.zus.pl) oraz w salach obsługi klientów w każdej jednostce organizacyjnej ZUS. Można go złożyć osobiście, przez pełnomocnika lub pocztą. Od decyzji przysługuje odwołanie, które należy wnieść pisemnie lub ustnie do protokołu, za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS, która wydała decyzję. Odwoływać należy się do sądu okręgowego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych – w ciągu miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Postępowanie odwoławcze jest wolne od opłat.

## Świadczenie w wysokości dodatku kombatanckiego

Dotyczy ono osoby uznanej za kombatananta decyzją Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych, która:

- nie posiada prawa do żadnych świadczeń rentowych lub emerytalnych ani prawa do uposażenia w stanie spoczynku albo uposażenia rodzinnego,
- nie osiąga dochodów z tytułu pracy, pozarolniczej działalności gospodarczej podlegającej ubezpieczeniu społecznemu lub z tytułu rolniczej działalności gospodarczej podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu rolników,
- osiągnęła wiek 55 lat (kobiety) lub 60 lat (mężczyźni).

Tryb przyznania jest dokładnie taki sam jak w wypadku dodatku kombatanckiego. Świadczenie wypłacane jest kwartalnie w 3. miesiącu kwartału.

## Ryczałt energetyczny

**Uprawnienie dotyczące ryczałtu energetycznego przysługuje osobie będącej:**

- kombatantem,
- ofiarą represji wojennych i okresu powojennego,
- żołnierzem zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym, w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu albo batalionach budowlanych,
- wdową (wdowcem) po osobach wymienionych powyżej.

**Przy ubieganiu się o ryczałt niezbędne są:**

- wniosek ZUS-ER-DKK-01 o przyznanie ryczałtu energetycznego dostępny na stronie [www.zus.pl](http://www.zus.pl) i w salach obsługi interesanta w oddziałach ZUS;
- decyzja Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych:
  - stwierdzająca, określone w ustawie o kombatantach, okresy działalności kombatanckiej lub represji – w przypadku kombatantów i osób represjonowanych,
  - potwierdzająca uprawnienia jako członka rodziny po kombatancie – w przypadku wdów (wdowców) po kombatancie (lub innej osobie uprawnionej),
- zaświadczenie Wojskowej Komendy Uzpełnień (właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej) potwierdzające okres i rodzaj przymusowego zatrudnienia w ramach zastępczej służby wojskowej – w przypadku żołnierzy przymusowo zatrudnianych,
- zaświadczenie właściwego organu wojskowego – w przypadku wdów po żołnierzach przymusowo zatrudnianych.

## Dodatek za tajne nauczanie

Rodzaj świadczenia dla nauczycieli, którzy w czasie okupacji prowadzili tajne nauczanie albo przed 1 września 1939 r. nauczali w języku polskim w szkołach polskich na terenie III Rzeszy Niem. oraz byłego Wolnego Miasta Gdańska.

### Dokumenty wymagane przy postępowaniu o dodatek:

- wniosek o przyznanie dodatku za tajne nauczanie,
- zaświadczenie właściwego kuratorium oświaty.

Wniosek na formularzu dostępnym na stronie [www.zus.pl](http://www.zus.pl) oraz w oddziałach ZUS, można złożyć osobiście, przez reprezentanta lub pocztą. Od decyzji przysługuje odwołanie, które należy wnieść pisemnie lub ustnie do protokołu za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS, która wydała decyzję, do sądu okręgowego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, w ciągu miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Postępowanie odwoławcze jest wolne od opłat.

Wysokość dodatku jest równa dla wszystkich emerytów i rencistów i nie zależy od wysokości przysługujących im emerytur i rent. Osobie uprawnionej jednocześnie do dodatku kombatanckiego i dodatku z tytułu tajnego nauczania przysługuje tylko jeden z tych dodatków – wyższy lub wybrany przez zainteresowanego.

Zestawienie i wysokość niektórych dodatków do emerytury i renty (od 1 marca 2017 r.):

Rodzaj dodatku	Kwota
dodatek pielęgnacyjny, za tajne nauczanie	209,59 zł
dodatek pielęgnacyjny dla inwalidy wojennego całkowicie niezdolnego do pracy i samodzielnej egzystencji	314,39 zł
dodatek kombatancki, świadczenie w wysokości dodatku kombatanckiego	209,59 zł
dodatek kompensacyjny	31,44 zł
świadczenie pieniężne przysługujące osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i ZSRR – w zależności od liczby pełnych miesięcy trwania pracy	od 10,51 zł do 209,59 zł
ryczałt energetyczny	166,05 zł

## Refundacja środków pomocniczych – Narodowy Fundusz Zdrowia

Każda chora osoba ubezpieczona ma prawo skorzystać z refundacji z NFZ z tzw. środków pomocniczych. Refundacja to możliwość nabycia tych produktów (leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych), których cały lub częściowy koszt pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Prawa do takich świadczeń reguluje rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – zgodnie z jego treścią pacjentom przysługuje refundacja różnych wyrobów medycznych. Są to m.in. różnego rodzaju protezy, aparaty i protezy ortopedyczne, wózki inwalidzkie, laski i kule, balkoniki, obuwie ortopedyczne, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, pieluchomajtki, cewniki czy sprzęt stomijny (pełny wykaz refundowanych wyrobów medycznych określa załącznik do rozporządzenia).

**W celu skorzystania z refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie należy:**

- odbyć wizytę u lekarza lub pielęgniarki w celu uzyskania „Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne – Część A – zlecenia”. Osobami uprawnionymi do wystawienia Zlecenia – Części A są m.in.:
  - lekarz podstawowej opieki zdrowotnej;
  - lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej; pediatrii; chorób wewnętrznych; chirurgii ogólnej, dziecięcej, onkologicznej; onkologii klinicznej; chemioterapii nowotworów; geriatricznej; neurologii, neurologii dziecięcej; urologii;
  - lekarz spełniający wymogi do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;
  - pielęgniarka lub położna.
- uzyskać potwierdzenie Zlecenia w oddziale NFZ. NFZ potwierdza Zlecenie – Część A oraz wydaje Kartę zaopatrzenia comiesięcznego – Część B.
- odebrać towar – Refundowane środki pomocnicze można odebrać w aptece lub sklepie medycznym. Apteka/sklep medyczny odbiera Zlecenie – Część A i potwierdza odbiór środka pomocniczego na Karcie zaopatrzenia comiesięcznego – Część B. Apteka/sklep medyczny oddaje Kartę zaopatrzenia comiesięcznego pacjentowi, gdyż będzie ona potrzebna do odebrania refundowanych środków pomocniczych na kolejne miesiące.

Kwoty refundacji i ilości środków pomocniczych, za zakup których przysługuje zwrot kosztów, regulowane są ustawowo i niestety podlegają sporym ograniczeniom. Jest tu mowa o limicie ilościowym w wysokości 60 sztuk miesięcznie, a także cenowym – 77zł dla osób z chorobą nowotworową (100% dopłaty NFZ do limitu), 90 zł dla pozostałych chorych (70% dopłaty NFZ do limitu). W przypadku przekroczenia limitu brakującą kwotę dopłaca pacjent.

## Dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wiele osób w wyniku choroby oraz starości musi zaopatrzyć się nie tylko w środki pomocnicze, ale także w sprzęt ortopedyczny. Są to m.in. aparaty ortopedyczne, gorsety, protezy kończyn, obuwie ortopedyczne, kule, laski, wózki, materace przeciwoślizgowe, pasy przepuklinowe i inne. Dopłatę taką można również (nie tylko w NFZ) uzyskać ze środków PFRON. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ujęte są też w katalogu, który jest załącznikiem do wcześniej wzmiankowanego rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Osoby starsze z orzeczoną niepełnosprawnością mogą ubiegać się w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) o dofinansowanie do zakupu ww. zaopatrzenia ze środków PFRON.

**Obowiązuje jednak kryterium dochodowe – średni miesięczny dochód, obliczony z okresu ostatnich trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku, nie może przekraczać kwoty:**

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

Aby starać się o dofinansowanie zakupu sprzętu ortopedycznego lub środków pomocniczych, należy złożyć w PCPR następujące dokumenty:

- wniosek o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- zaświadczenie o wysokości dochodów,
- kserokopię zlecenia lekarskiego na sprzęt, o który wnioskodawca się ubiega się (potwierdzoną przez NFZ),
- fakturę zakupu lub inny dokument poświadczający zakup.

**Maksymalne dofinansowanie z PFRON wynosi:**

- do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej wyznaczonego w limicie ceny NFZ,
- do 150% sumy kwoty limitu wyznaczonego przez NFZ oraz udziału własnego osoby niepełnosprawnej, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.



# PRYWATNA OPIEKA DOMOWA



# OPIEKA NAD SENIOREM W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Kiedy nasi bliscy stają się niesamodzielnymi, stajemy przed dylematem jak zapewnić im właściwą opiekę, bezpieczeństwo, godność i komfort życia. Wyzwaniem staje się pogodzenie opieki z obowiązkami zawodowymi, wychowaniem dzieci i szeregiem innych zobowiązań. W wielu przypadkach najlepszym rozwiązaniem jest skorzystanie z pomocy profesjonalnego opiekuna osób starszych w trybie opieki całodobowej lub godzinowej. Dlaczego wsparcie z zewnątrz jest optymalne, jakie są możliwości, na czym polega taka opieka, czym się kierować wybierając opiekuna.

## Dlaczego opieka w domu?

Dom to nasza przystań, bezpieczne, dobrze znane pomieszczenia – nasze łóżko, toaleta, przedmioty, okolica. To najlepsze środowisko do radzenia sobie z trudnościami życia codziennego, w tym do przeżywania choroby. Pobyt w szpitalu powinien być tylko epizodem w życiu człowieka.

Nikt, a zwłaszcza osoba starsza, nie powinien przebywać w szpitalu dłużej niż to niezbędne, każdy taki pobyt powoduje bowiem wiele negatywnych skutków: ryzyko infekcji, upadku, splątania, zaburzeń poznawczych. Aby zorganizować najlepszą, dobrze dopasowaną opiekę dla naszych bliskich musimy wziąć pod uwagę kilka elementów.

## Opiekun w domu seniora

Opieka domowa jest coraz bardziej popularna, ale warto zwracać uwagę czy to usługi świadczone legalnie. W Polsce ponad 80 proc. opieki domowej nad osobami starszymi to szara strefa, z którą może wiązać się niestety szereg nadużyć. Zatrudnienie wyspecjalizowanej firmy opiekuńczej w zasadzie niweluje to ryzyko. Opiekunowie zatrudniani za pośrednictwem legalnie działających firm są odpowiednio wyszkoleni i sprawdzeni. Firmy mają wykupione ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co ułatwia dochodzenie ewentualnych roszczeń. Profesjonalna firma opiekuńcza gwarantuje również ciągłość opieki – jeśli opiekunka z różnych przyczyn nie będzie mogła kontynuować pracy – firma niezwłocznie zapewni zastępstwo. To bardzo ważne, aby z naszymi bliskimi mieszkańca polecony specjalista. Tak samo istotne jest w przypadku organizacji opieki godzinowej świadczonej w domu.

Opiekunowie z profesjonalnych firm opiekuńczych przechodzą szkolenia nie tylko z zakresu opieki i pielęgnacji, ale również poznają na własnym ciele jak czuje się osoba po udarze lub z innymi schorzeniami związanymi z wiekiem. To m.in. warsztaty z użyciem kombinazonu geriatrycznego, który pozwalają doświadczyć starości na własnym ciele. To ogromna dawka wiedzy i dodatkowej empatii, tak bardzo potrzebnej w pracy opiekuna.

Wybór opiekuna to bardzo trudna decyzja i zależy głównie od jednostek chorobowych z którymi borykają się niesamodzielnymi seniorzy. Zanim zapadnie decyzja dotycząca odpowiedniego opiekuna, przedstawiciel firmy przeprowadza szczegółowy wywiad z rodziną w miejscu zamieszkania podopiecznego. Potrzebne są informacje dot. schorzeń osoby starszej, trudności życia codziennego, przyzwyczajzeń, leczenia, rehabilitacji, relacji

sąsiedzkich - wszystkich aspektów życia seniora, które pomogą poznać podopiecznego i dobrać odpowiednią opiekunkę. Poza dedykowaną opiekunką, rodzina podopiecznego może liczyć na wsparcie koordynatora opieki. W przypadku opieki całodobowej ważne jest, aby opiekun miał dla siebie osobny pokój w domu podopiecznego.

## Rodzaje i zakres opieki domowej:

**Całodobowa z zamieszkaniem:** Pozwala na przejęcie przez opiekuna wszystkich obowiązków opiekuńczych – 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu. Umożliwia podopiecznemu przebywanie we własnym domu, w znanym i przyjaznym środowisku, przy pełnym wsparciu ze strony opiekuna.

**Godzinowa:** propozycja dla tych, którzy z powodu codziennych obowiązków, nie mogą zajmować się swoimi bliskimi przez cały czas. Opieka świadczona jest w dowolnie wybranych godzinach, minimum 4 godziny nieprzerwanie w ciągu doby. Państwo samodzielnie decydują kiedy i na ile godzin będą potrzebowali pomocy świadczonej przez opiekuna

### Zakres czynności wykonywanych w ramach świadczonych usług:

- Pomoc w utrzymaniu czystości w miejscu świadczenia opieki (odkurzanie, ścielenie łóżek, zmywanie, wynoszenie śmieci z gospodarstwa domowego)
- Pranie
- Prasowanie
- Zmiana pościeli
- Monitorowanie świeżości żywności i stanu zapasów domowych
- Zakupy spożywcze/środków czystości/materiałów pielęgnacyjnych, wyjścia do sklepu
- Wykupywanie leków w aptece
- Przypomnienie o przyjmowaniu leków
- Dotrzymanie towarzystwa
- Wspólne spędzanie czasu: oglądanie telewizji, słuchanie radia, muzyki, gry towarzyskie
- Czytanie na głos książek/gazet
- Pomoc w poruszaniu się, wstawaniu, siadaniu i powrocie do łóżka
- Opuszczanie i powrót do mieszkania (spacery, wizyty towarzyskie, terminy lekarskie, rehabilitacja, fryzjer, kosmetyczna itd.)
- Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej: mycie, kąpiel, korzystanie z prysznicy, higiena jamy ustnej
- Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej: wymiana wkładek, pieluch, pieluchomajtek

- Planowanie i przygotowywanie posiłków gotowych do spożycia, pomoc w przyjmowaniu posiłków i napojów, kontrola ilości spożytych pokarmów i napojów

### **Zaawansowane usługi opieki domowej**

- Pomoc w poruszaniu się, z przenoszeniem łóżko/wózek
- Pielęgnacja podopiecznych obłożnie chorych (mycie i pielęgnacja podopiecznego w łóżku, zmiana pozycji, profilaktyka przeciwoleżynowa)
- Opieka nad podopiecznym z chorobami otępiennymi: demencja, choroba alzheimera
- Planowanie i przygotowywanie posiłków dietetycznych zleconych przez lekarza/dietetyka np. dieta cukrzycowa
- Opieka nad podopiecznym ze stomią, cewnikiem moczowym, sondą żołądkową
- Wsparcie w organizacji opieki medycznej/rehabilitacji/pomocy psychologicznej: umawianie wizyt, organizowanie wyjazdów (taxi, transport medyczny, inne środki komunikacji) i towarzyszenie podczas wizyt lekarskich/rehabilitacji itd.
- Wsparcie w terapii zajęciowej w domu we współpracy/na podstawie planu terapii przygotowanego przez terapeutów zewnętrznych.

Koszty opieki domowej są uzależnione od zakresu świadczonych usług i czasu - opieka całodobowa czy godzinowa. Koszt opieki całodobowej z zamieszkaniem jest zbliżony do kosztów stacjonarnych domów opieki, z tym, że podopieczny ma opiekuna wyłącznie dla siebie i żyje we własnym domu.

*Zespół Ekspertów Promedica24*

[www.promedica24.pl](http://www.promedica24.pl)

Gorąco i z pełnym przekonaniem polecam poradnik, który macie Państwo w ręku. Jest to ważna książka adresowana do opiekunów ludzi w podeszłym wieku. To poradnik wyjątkowy przez swoje holistyczne podejście do problemu. Jest unikatową publikacją na naszym rynku, ponieważ opisuje wszystkie możliwe problemy starości i odnosi się bezpośrednio do polskich realiów. Napisany został zrozumiałym językiem, ale unika uproszczeń i paternalizmu powielania stereotypów. Wszystkie rady dla towarzyszy osób w podeszłym wieku są wystarczająco szczegółowe i pomagają zrozumieć potrzeby chorego. Tłumaczy wiele niezrozumiałych zachowań osób starszych i zwraca uwagę na możliwe stany chorobowe, które mogą być jego udziałem. Nie mieliśmy w Polsce wydawnictwa tego rodzaju. Problem starości w naszym kraju ciągle bardzo rzadko bywa tematem z pierwszych stron gazet. Wiedza dotycząca starzenia nie jest przedmiotem dyskusji w szkole, a opieka Państwa czy samorządowa w tym zakresie jest niewystarczająca, brak jej koordynacji i odpowiednich procedur. Nieliczni polscy geriatrzy i gerontolodzy nie mogą się przebić do świadomości społecznej ze swoim przesłaniem. Wsparciem i pomocą ludziom starym w Polsce spieszą przede wszystkim nieprofesjonalni opiekunowie, jakimi są członkowie rodzin, których fachowe przygotowanie w najlepszym przypadku zastępuje miłość i poczucie obowiązku, uwarunkowane w naszym kraju kulturowo. Myślę, że ten poradnik jest właśnie dla nich.

*prof. dr hab. med. Maria Barcikowska, neurolog  
Instytut Medycyny Doświadczalnej, PAN*

Poradnik jest szerokim opracowaniem zagadnień związanych z opieką nad osobami starszymi. Składa się z czterech części, w których przedstawione zostały ogólne informacje na temat procesu starzenia się: cz. I Zrozumieć starość, cz. II Wybrane choroby wieku starszego, cz. III Czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz cz. IV Wsparcie seniora.

Poradnik jest niewątpliwie bardzo potrzebną pozycją. Liczba osób starszych wciąż rośnie, możliwości opieki instytucjonalnej są ograniczone, w związku z czym coraz więcej ludzi wymaga opieki rodziny lub wykwalifikowanych opiekunów. Opiekunowie osób starszych są bardzo często zdani sami na siebie, zagubieni, postępują intuicyjnie, nie mają dostępu do podstawowych informacji, a nierzadko również czasu i możliwości ich zdobycia. Poradnik będzie udostępniany bezpłatnie. Jestem przekonany, że okaże się pomocny w codziennym sprawowaniu opieki nad osobą starszą.

*prof. dr hab. med. Tomasz Kostka, Krajowy konsultant ds. geriatрії,  
Kierownik Kliniki Geriatрії, Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem (CBZS),  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*