

OPIEKA NAD PACJENTEM

w starszym wieku



SPECYFIKA PROCESU STARZENIA SIĘ **3**

Na podstawie *Geriatry i pielęgniarstwo geriatryczne*

Charakterystyka procesu starzenia się. Aspekt biologiczny **3**

Starzenie się a choroba **3**

Starzenie się a czas życia **3**

Komunikacja ze starszym pacjentem z uwzględnieniem zaburzeń wzroku i słuchu **4**

Komunikowanie się z osobą starszą o upośledzonym wzroku **4**

Komunikowanie się z osobą starszą z zaburzeniami słuchu **5**

Zasady odżywiania w starszym wieku **6**

Szczególne problemy wymagające uwzględnienia w zaleceniach dietetycznych osób starszych **7**

KONCEPCJA PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO **9**

Na podstawie *Problemy pielęgniarstwa geriatrycznego*

Planowanie opieki pielęgniarzkiej na podstawie diagnozy potrzeb i problemów **9**

Projekt modelu opieki nad pacjentem w geriatryi **10**

ODRĘBNOŚCI W BADANIU PODMIOTOWYM OSOBY W WIEKU GERIATRYCZNYM **13**

Na podstawie *Badanie fizyczne w pielęgniarstwie. Podmiotowe i przedmiotowe.*

Badanie podmiotowe **13**

Sposób badania **14**

Obecne dolegliwości **14**

Choroby przewlekłe i przebyte **14**

Wywiad dotyczący leków **14**

Wywiad rodzinny **15**

Wywiad socjalny i dotyczący codziennego funkcjonowania **15**

Pytania szczegółowe **15**

ZABURZENIA PSYCHICZNE U OSÓB STARSZYCH **16**

Na podstawie *Psychogeriatrya*

Zaburzenia lękowe wśród osób starszych. Rozpoznanie **16**

Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane **17**

Zaburzenia związane ze stresem **18**

Zaburzenia snu w wieku senioralnym **19**

Bezsenność **19**

Zaburzenia okołodobowego rytmu sen-czuwanie **19**

Zaburzenia oddychania we śnie **20**

Periodyczne ruchy kończyn we śnie i zespół niespokojnych nóg **20**

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA OSÓB STARSZYCH **22**

Na podstawie *Fizjoterapia w geriatrici. Podstawy i nowe trendy*

Ocena zdrowia fizycznego **22**

Ocena stanu odżywienia **22**

Ocena ryzyka rozwoju odleżyn i stopnia ich zaawansowania **25**

Ocena bólu **25**

Aktywność fizyczna jako modyfikowalny czynnik tempa starzenia **28**

Podstawowe zasady stosowania aktywności fizycznej **29**

Aktywność fizyczna o charakterze profilaktycznym **30**

Aktywność fizyczna dla osób z ograniczeniami funkcjonalnymi **31**

Aktywność fizyczna dla seniorów ze schorzeniami kardio-naczyniowymi **31**

Przykładowe formy aktywności fizycznej **32**

Aktywność fizyczna dla osób młodszych: do około 70 lat **32**

Aktywność fizyczna dla osób starszych: powyżej 70 lat **32**

ROLA OPIEKUNA W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM **34**

Na podstawie *Problemy okołoperacyjne u osób w wieku podeszłym*

Sprawność funkcjonalna **35**

Komunikacja pacjenta z członkami zespołu terapeutycznego i przestrzeganie zaleceń **37**

Ciągłość opieki i wyzwania dla zespołu terapeutycznego **38**

Rekomendacje praktyczne **38**

CHORY W WIEKU PODESZŁYM W OPIECE PALIATYWNEJ **40**

Na podstawie *Medycyna paliatywna*

Jakość życia chorego w wieku podeszłym **42**

Anamneza w praktyce **42**

Rozmowa **43**

Badanie fizykalne **44**

Farmakoterapia. Aspekty praktyczne **45**

Leczenie bólu **47**

Specyfika procesu starzenia się

Charakterystyka procesu starzenia się. Aspekt biologiczny

Janusz Witkowski

Starzenie się a choroba

Starzenie się jest zwykle definiowane jako postępujące zmniejszanie się rezerw czynnościowych ustroju, utrudniające adaptację do zmian środowiskowych i prowadzące do pogarszania się sprawności organizmu. W tkankach dochodzi do wielu zmian biochemicznych, np. w zakresie syntezy, modyfikacji i degradacji białek.

Starzenie się to proces, w którym wraz z wiekiem:

- wzrasta śmiertelność (począwszy od okresu dojrzałości),
- w tkankach zachodzą istotne zmiany biochemiczne,
- zmniejsza się wydolność organizmu,
- zmniejsza się zdolność adaptacji do bodźców środowiskowych,
- zwiększa się podatność na choroby.

Konsekwencją tych zmian jest rozwój typowych objawów starości, a także zmniejszenie się intensywności wielu procesów życiowych. Redukcji ulega na przykład pojemność życiowa płuc i pojemność minutowa serca, zmniejsza się filtracja nerkowa, absorpcja z przewodu pokarmowego i aktywność szpiku kostnego. W normalnych warunkach zmiany te nie są przyczyną chorób, jednak ubytki funkcji ustrojowych mogą stać się widoczne w przypadku dodatkowych obciążeń ustroju, sytuacji stresowych i ekspozycji na czynniki szkodliwe. W tym kontekście starzenie się jest procesem, który ułatwia rozwój chorób i powoduje, że ich przebieg u osób starszych jest cięższy i obciążony większą śmiertelnością niż w przypadku osób młodych. Stąd też wzięło się powszechne przekonanie, że starość

to okres chorób i niedołęstwa. Należy jednak podkreślić, że „normalny” proces starzenia się nie jest chorobą. Badania osób długowiecznych pokazują, że większość z nich prawie do końca życia cieszy się dobrym zdrowiem i samodzielnością.

Objawy towarzyszące starzeniu się organizmu:

- upośledzenie słuchu (zwłaszcza dla wysokich częstotliwości),
- upośledzenie smaku (zwłaszcza słonego i gorzkiego),
- upośledzenie wzroku (zwłaszcza zdolności akomodacji soczewki),
- utrata uzębienia,
- zmniejszenie siły mięśni, zanik tkanki mięśniowej i kostnej, zmniejszenie masy ciała,
- zmniejszenie elastyczności skóry, zmarszczki, siwienie,
- skrócenie i spłycenie snu.

Starzenie się a czas życia

Ważnym pojęciem używanym w gerontologii jest czas życia. Wyróżnia się:

- średni czas życia, czyli wiek, do którego dożywa 50% osobników w badanej populacji,
- maksymalny czas życia, czyli wiek, który osiągają najdłużej żyjące osobniki w populacji.

Na przestrzeni dziejów średni czas życia ludzi znacznie się wydłużył. Wynikało to przede wszystkim ze zredukowania śmiertelności niemowląt, opanowania wielu chorób zakaźnych, wzbogacenia diety i upowszechnienia opieki medycznej. Maksymalny czas życia ludzi jednak się nie zmienił i nadal wynosi około 120 lat. Istotnej zmiany nie uległo także tempo starzenia się. Zmiany przeciętnej długości życia nie odzwierciedlają zatem w pełni zmian związanych ze starzeniem się. Co więcej, szacuje się, że opanowanie najpowszechniejszych dziś schorzeń układu krążenia może wydłużyć średni czas życia mniej więcej o 10 lat, ale nie wpłynie znacząco na maksymalny czas życia. Te dane sugerują, że może istnieć zaprogramowana granica długości życia, a starzenie się i śmierć są tak samo kontrolowane jak rozwój i narodziny.

Komunikacja ze starszym pacjentem z uwzględnieniem zaburzeń wzroku i słuchu

Magdalena Strugała

Komunikowanie się z osobą starszą o upośledzonym wzroku

Bezpieczeństwo i jakość życia osób w wieku podeszłym zależą w dużej mierze od ostrości wzroku. Wzrok jest najlepiej wykorzystywanym zmysłem człowieka i za jego pomocą odbieramy około 80% wszystkich informacji. Wraz z wiekiem wzrasta częstość występowania chorób, które prowadzą do utraty wzroku, np. zaćmy, jaskry, cukrzycy. Dla osób starszych, niejednokrotnie obciążonych niedosłyszeniem, zwyrodnieniem stawów, obniżeniem funkcji poznawczych, osłabienie lub utrata wzroku może być czynnikiem ostatecznie przesądającym o niepełnosprawności. W procesie adaptacji należy zachęcać osoby starsze, aby korzystały z wszelkich możliwych pomocy optycznych.

Podstawowym sposobem komunikowania się z osobą o upośledzonej zdolności widzenia jest słowo mówione. Dodatkowym zmysłem umożliwiającym komunikację za pomocą słowa pisanego, dzięki tabliczce Braille'a, jest dotyk. Zmysł dotykowo-ruchowy odgrywa najważniejszą rolę w orientacji przestrzennej, stanowiącej warunek samodzielnego i bezpiecznego poruszania się niewidomego. Poprzez odbiór wrażeń dotykowo-ruchowych osoba o upośledzonym wzroku może poznać i określić różne cechy dotykanych przedmiotów, np. długość, szerokość, strukturę powierzchni itp. Posługiwanie się pismem Braille'a zazwyczaj dotyczy osób, które utraciły wzrok we wczesnym okresie życia, niemniej jednak możliwe jest nauczanie się tego systemu komunikacji przez osoby w wieku podeszłym. Prosty sposób nauczania osoby starszej poszczególnych liter alfabetu Braille'a jest przyklejanie małych guzików do podłoża w taki sposób, aby nie przesunęły się w czasie dotykania, w konfiguracji zgodnej z systemem punktów tworzących daną literę. Osoba opiekująca się seniorem, nieznająca pisma Braille'a, może przeliterować komunikaty, dotykając palcem pacjenta poszczególnych znaków na tabliczce. Ma to szczególne znaczenie w przypadku, gdy podopieczny oprócz utraty wzroku cierpi również na upośledzenie słuchu.

Osoby głuchoniewidome są to osoby z tzw. niepełnosprawnością sprzężoną. Należy pamiętać, że głuchoniewidomi, którzy utracili wzrok i słuch w późniejszym okresie życia, sprawnie posługują się mową. Osobom, które są jednak pozbawione takiej możliwości, podstawowym zmysłem umożliwiającym komunikację z otoczeniem pozostaje dotyk, co stwarza trudne do pokonania bariery komunikacyjne. Porozumiewanie się z osobą głuchoniewidomą (alfabet dotykowy) polega na dotykaniu określonych punktów na dłoniowej powierzchni jej prawej ręki, którym to przyporządkowane są poszczególne litery alfabetu.

Wskazówki z zakresu komunikacji i przewodnictwa w opiece nad osobą w wieku podeszłym o upośledzonym wzroku:

- Uzyskanie informacji o stopniu upośledzenia wzroku podopiecznego.
- Rozpoczęcie rozmowy z pacjentem od przedstawienia się. Witając się, należy wyraźnie wymówić swoje imię i nazwisko, aby pacjent mógł później rozpoznawać opiekunów po głosie.
- Zapoznanie starszego niewidomego pacjenta z osobami, które będą się nim opiekowały. Wskazane jest, aby były to w miarę możliwości te same pielęgniarki, które znają przyzwyczajenia swojego podopiecznego, funkcjonującego w obrębie danej przestrzeni mieszkaniowej.
- Mówienie bezpośrednio do pacjenta, normalnym tonem głosu, pełnymi i jasno sformułowanymi zdaniami. Trzeba pamiętać o tym, że pewne elementy komunikacji pozawerbalnej są nieodbierane przez osoby o upośledzonym wzroku.
- Rozmawianie z osobą niedowidzącą lub niewidomą nie wymaga wyszukiwania specjalnych sformułowań, np. sformułowanie „zobacz” lub „widzisz” nasz rozmówca odbiera jako „dotknij”, „zapoznaj się”.
- Każdorazowe informowanie seniora o swoim wejściu i wyjściu z sali oraz o zamierzonej lub wykonywanej przy nim czynności.
- Informowanie osób przebywających w otoczeniu seniora o jego niesprawności.
- Opisywanie swoich wrażeń wzrokowych, np. podczas spaceru czy przed posiłkiem – omawiamy jego skład i rozmieszczenie na tacy.
- Zapoznanie starszego pacjenta z topografią pomieszczeń, z których będzie korzystał, objaśnienie rozmieszczenia wyposażenia, co jest szczególnie ważne, jeśli ma bardzo jasny kolor (słaby kontrast). Należy przejść z pacjentem tą samą drogą kilkakrotnie, aby się upewnić,

czy jest zorientowany w nowym otoczeniu.

- Stosowanie znaków orientacyjnych, np. na odzieży – umożliwiają samodzielne ubranie się, na drzwiach – ułatwiają powrót do pokoju.
- Zapewnienie bezpiecznego poruszania się poprzez odpowiednie oświetlenie, usuwanie przedmiotów utrudniających przejście. Meble, dywany, framugi i ściany powinny mieć kolory kontrastowe, przydatne jest oznakowanie krawędzi schodów (np. kolorową taśmą).
- Nieprzestawianie przedmiotów uprzednio ułożonych przez pacjenta oraz znajdujących się w jego najbliższym otoczeniu.
- Poruszając się z osobą niewidomą, przewodnik zobowiązany jest myśleć o całej przestrzeni, którą razem zajmują (wąskie przejścia, schody, niski strop). Dla poczucia bezpieczeństwa i pewności niewidomy powinien trzymać przewodnika w okolicach przedramienia.
- Aktywizowanie i wspieranie niezależności, np. nauka samodzielnego przyjmowania posiłków poprzedzona ćwiczeniami z „pustą tacą”.
- Organizowanie czasu wolnego poprzez zapewnienie dostępu do radia, czytanie pacjentowi lub zachęcanie do samodzielnego czytania tekstu pisanego dużą czcionką lub pismem Braille’a. Wielu seniorów, zwłaszcza ci, którzy mają trudności w nauce pisma brajlowskiego, chętnie słucha tzw. książek mówionych.

Komunikowanie się z osobą starszą z zaburzeniami słuchu

Uszkodzenie słuchu w wieku podeszłym związane jest zazwyczaj ze zmianami w uchu wewnętrznym i może prowadzić do niedosłyszania, późnej utraty słuchu albo do głuchoty. Niedosłuch starczy przejawia się przede wszystkim ograniczeniem słyszalności tonów o wysokiej częstotliwości.

Upośledzenie słuchu ujawnia się w trakcie komunikowania się z innymi osobami, kiedy to pacjent sprawia wrażenie nieuwważnego, nie odpowiada na prośby czy polecenia. Poważniejsze problemy słuchowe zaczynają się już przy umiarkowanym uszkodzeniu słuchu, powyżej 40 dB, kiedy słyszenie i rozumienie mowy możliwe jest tylko w sprzyjających warunkach akustycznych i wskazane jest korzystanie z aparatów słuchowych. Przy znacznym uszkodzeniu słuchu stosowanie aparatów słuchowych jest niezbędne, natomiast przy głębokim uszkodzeniu aparat słuchowy pomaga orientować

się w dźwiękach otoczenia, ale rozumienie mowy jest możliwe jedynie przez odczytywanie z ruchu ust. Konsekwencją niedosłuchu, zwłaszcza znacznego lub głębokiego, może być ograniczenie słownictwa używanego i rozumianego, co oznacza utrudnienia w prowadzeniu rozmowy. Kontakt słowny z osobą z uszkodzonym słuchem wymaga od rozmówcy zrozumienia trudności językowych, dużej koncentracji uwagi oraz cierpliwości.

Metoda komunikacji wykorzystująca odpowiednie słuchowe, migowe i ustne sposoby porozumiewania się z osobami niedosłyszającymi i niesłyszającymi to tzw. komunikacja totalna, oparta na założeniu, że w komunikowaniu się należy zastosować wszystkie dostępne środki i metody. Człowiek, który utracił słuch po opanowaniu kompetencji językowej, jest w stanie przekazywać informacje w formie ustnej, ale trudno jest mu zrozumieć wypowiedzi innych osób. Należy wówczas komunikować się za pomocą głośnej, wyraźnej mowy lub pisma – jeśli wzrok pacjenta nie jest znacznie osłabiony.

Wskazówki dotyczące komunikowania się z pacjentem w podeszłym wieku z upośledzonym słuchem:

- Uzyskanie w wywiadzie pielęgniarstwie informacji dotyczących stopnia uszkodzenia słuchu oraz preferowanego sposobu komunikowania się.
- Jeśli chcemy się odezwać do osoby niedosłyszającej, musimy najpierw zwrócić na siebie uwagę i dopiero po nawiązaniu kontaktu wzrokowego można rozpocząć rozmowę. Przed rozmową trzeba zorientować się, czy pacjent korzysta z aparatu słuchowego i upewnić się, czy nas słyszy, dodatkowo można dwukrotnie dotknąć palcem wskazującym swojej prawej ręki prawego ucha, gest ten oznacza pytanie „słyszysz?”.
- Ważne jest, aby stworzyć odpowiednie warunki do rozumienia mowy dźwiękowej, czyli zadbać o odpowiednie oświetlenie, aby pacjent dobrze widział twarz i ruchy ust rozmówcy, zachować odległość około 1 m od pacjenta oraz ograniczyć dźwięki zakłócające. Należy mówić nieco wolniej i głośniej, z wyraźną (ale nie przesadną) artykulacją, kierując swój głos zawsze w stronę ucha lepiej słyszącego, utrzymując stały kontakt wzrokowy, co ułatwia zorientowanie się, czy treść rozmowy jest zrozumiała.
- Przekazywane słowa, wyrażenia i konstrukcje zdaniowe powinny być krótkie i precyzyjne, a pytania muszą zawierać zaimki pytające. Komunikaty powinny być

powtarzane, należy powtórzyć zdanie i upewnić się, czy przekazywana informacja została prawidłowo zrozumiana przez seniora, prosząc go o powtórzenie najważniejszych faktów. Jeśli to konieczne, trzeba napisać to, co jest najważniejsze, pamiętając o tym, że jeżeli wzrok osoby starszej jest osłabiony, należy pisać dużymi, wyraźnymi, drukowanymi literami.

- Dobrze jest, aby rozmowie towarzyszyły naturalne gesty i odpowiednia mimika, co pozwala łatwiej zrozumieć lub domyślić się pacjentowi sensu naszej wypowiedzi.
- Trzeba unikać mówienia zbyt głośno (zwłaszcza jeśli pacjent korzysta z aparatu słuchowego, wówczas głośne dźwięki wywołują dyskomfort), przesadnej mimiki, bardzo wolnego mówienia, używania nazw, które nie są zrozumiałe dla chorego, odzywania się czy wołania, stojąc za pacjentem.
- W czasie rozmowy należy mówić krótko i unikać dygresji. Odczytywanie z ust jest czynnością wymagającą dużej koncentracji uwagi, dlatego nie powinno trwać zbyt długo.
- Niedosłyszający/niesłyszający senior powinien brać czynny udział w życiu grupy. Osoby, które utraciły słuch, zazwyczaj nie są w stanie rozmawiać z więcej niż jedną osobą naraz. Zmiana partnera rozmowy powinna być wyraźnie zasygnalizowana.

Dzięki coraz lepszym zdobyciom techniki, jakimi są cyfrowe aparaty słuchowe, zwiększyły się możliwości pomocy osobom niedosłyszającym. Pielęgniarka powinna zatem znać podstawowe zasady obsługi aparatów słuchowych.

Zasady odżywiania w starszym wieku

Marian Grzymisławski

Wraz z wiekiem dochodzi do zwolnienia podstawowej przemiany materii, co wpływa na ograniczenie zapotrzebowania energetycznego. Proces ten dodatkowo pogłębia zmniejszona aktywność fizyczna osób starszych. Nieuwzględnienie tego w schematach żywieniowych nieuchronnie prowadzi do otyłości.

Zasady żywienia zdrowych osób starszych powinny ponadto uwzględniać zmiany w organizmie wywołane procesem starzenia się. W zasadzie jednak uważa się, że zmiany w przewodzie pokarmowym zależne od starzenia się są niewielkie,

a u osób starszych upośledzone wydzielanie soku żołądkowego czy znacznie zaburzona perystaltyka sprzyjająca zaparciom są konsekwencją współwystępujących stanów patologicznych lub wpływu przyjmowanych leków. Spośród zmian towarzyszących starzeniu się i wpływających na gorszą możliwość przyswajania pokarmów należy wymienić zmniejszoną aktywność wydzielniczą gruczołów ślinowych oraz upośledzenie wrażliwości zmysłu smaku i węchu (osłabienie doznań smakowych i zapachowych zmniejsza atrakcyjność pokarmu). Żywienie osób starszych powinno też uwzględniać gorszą czynność nerek i zmniejszoną zdolność do zagęszczania moczu, co – choć nie powoduje odwodnienia – to jednak znacznie zwiększa jego ryzyko.

Na podstawie stanu wiedzy o żywieniu osób w wieku starszym sformułowane zostały ogólne zasady prawidłowego żywienia, zgodnie z którymi należy:

- urozmaicać dietę przez spożywanie różnorodnych produktów, szczególnie o dużej wartości odżywczej, np. przetworów mlecznych z odtłuszczonego mleka, chudego mięsa, drobiu, wędlin, ryb i – jeśli nie ma przeciwwskazań – przetworów zbożowych z pełnego ziarna, ciemnego pieczywa pszennego;
- ograniczać spożycie cukrów prostych;
- ograniczyć spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego (masło, smalec) na rzecz olejów roślinnych;
- unikać spożywania potraw i produktów ciężkostrawnych, np. potraw długo smażonych, bigosu, grzybów itp.;
- codziennie spożywać warzywa i owoce, najlepiej w stanie surowym, unikać spożywania większej ilości soli i ostrych przypraw;
- spożywać regularnie posiłki o mniejszej objętości, ale częściej (4–5 razy dziennie); unikać przejadania się i nie dopuszczać do nadwagi;
- wypijać większą niż w młodszym wieku ilość płynów niegazowanych;
- ograniczać spożywanie alkoholu;
- znajdować przyjemność w jedzeniu.

Dieta osób w wieku podeszłym powinna zawierać w odpowiednich ilościach nierafinowane węglowodany, pochodne zbóż, roślin strączkowych, jak również świeże warzywa i owoce w ilościach pozwalających na utrzymanie właściwej podaży włókna roślinnego (18–40 g/dobę). Zaleca się regularne spożywanie produktów mlecznych i ryb, białka zwierzęcego, jaj w celu utrzymania właściwej podaży

substratów pochodzenia zwierzęcego. W przypadku populacji ludzi starszych niespożywających dostatecznych ilości zalecanych substancji odżywczych wskazane jest dostarczanie suplementów żywieniowych. Zalecany udział węglowodanów, tłuszczów i białka w diecie osób starszych jest taki sam, jak u osób dorosłych (czyli węglowodany powinny stanowić 55–60% energii, tłuszcze 25–30%, a resztę – białka).

Zdrowym starszym osobom zaleca się wypijanie co najmniej 1,5–2 litrów płynów (25–30 ml/kg mc. na dobę). Zapotrzebowanie na wodę może być większe u osób przyjmujących przewlekłe leki moczopędne, także w stanach gorączkowych (zwiększenie o 500 ml na każdy 1°C powyżej 37°C temperatury ciała).

W przypadku tendencji do wzdęć nadmiar gazów jelitowych można zmniejszyć, zmieniając sposób odżywiania. Przeciwwskazane jest spożywanie napojów gazowanych, warzyw wzdymających (kapusta, groch, fasola, bób, cebula), dużej ilości słodczy oraz potraw pobudzających motorykę przewodu pokarmowego (pieczywo razowe, grube kasze). Zalecenia dietetyczne dla tej grupy osób powinny uwzględniać spożywanie potraw ograniczających powstawanie gazów jelitowych – kefirów, jogurtów, otrąb pszennych.

W przypadku zaparć, często występujących u ludzi starszych, zalecenia żywieniowe powinny uwzględniać ograniczenie spożycia produktów zapierających (groch, fasola, grzyby, orzechy, słodczy, duże ilości tłuszczów zwierzęcych), natomiast zwiększenie spożycia pieczywa razowego, kaszy gruboziarnistej, warzyw oraz owoców, także suszonych (figi, śliwki).

Uwzględniając zapobieganie osteoporozie, konieczne jest, aby dieta osób starszych zawierała 400–800 j.m. witaminy D oraz 1200–1500 mg wapnia. W związku ze zmniejszeniem wchłaniania wapnia i zwolnieniem metabolizmu witaminy D (starzenie skóry i nerek) często wymagane jest suplementowanie tych dwóch składników diety. Pamiętać też trzeba o konieczności spożywania odpowiedniej ilości białka (0,8–1,1 g/kg masy ciała).

Pokarmami bogatymi w wapń są przede wszystkim: mleko, przetwory mleczne, konserwy rybne (np. sardynki), jaja oraz takie produkty roślinne, jak: nasiona roślin strączkowych, orzechy, pieczywo. Z kolei dużą zawartością witaminy D charakteryzują się m.in.: jaja, sery, masło, mleko, tłuszcze

rybie oraz tłuszcze spożywcze wzbogacone witaminą D (margaryna, mleko modyfikowane). Aktywne formy witaminy D w warunkach fizjologicznych powstają pod wpływem promieniowania słonecznego, dlatego osoby mało przebywające na słońcu potencjalnie mogą mieć niedobór tej witaminy.

Szczególne problemy wymagające uwzględnienia w zaleceniach dietetycznych osób starszych

Z uwagi na typową dla starości wielochorobowość niezbędne jest w dietetyce wzięcie pod uwagę występujących jednocześnie schorzeń i efektów stosowanej terapii farmakologicznej. W przypadku starszych pacjentów konieczna jest więc modyfikacja diety.

Typowym problemem dietetycznym u osób w wieku podeszłym są niedobory witaminowe. Jednak przy zachowaniu pełnowartościowej diety suplementacja witaminowa nie jest konieczna, ponieważ u zdrowych starszych osób dobowe zapotrzebowanie na witaminy jest w warunkach fizjologicznych w pełni pokrywane.

Przykładem częstych w starości niedoborów witaminowych jest niedobór witaminy B6, objawiający się m.in. neuropatią obwodową czy zaburzeniami funkcji poznawczych. Niedobór tej witaminy może być konsekwencją gorszej jej utylizacji lub niedoborów w diecie. Pokarmami bogatymi w tę witaminę są produkty roślinne: drożdże, orzechy, kiełki pszenne oraz produkty zwierzęce: mięso, mleko i jaja.

Z kolei konsekwencją zmniejszonej aktywności wydzielniczej błony śluzowej żołądka może być zarówno zmniejszone wchłanianie witaminy B12 lub kwasu foliowego, jak i wapnia czy żelaza i cynku.

Niskie stężenie witaminy B12 stwierdza się najczęściej u osób z zanikowym nieżytem żołądka, a częstość występowania tego zaburzenia wzrasta z wiekiem, sięgając 50% populacji w grupie osób powyżej 80. roku życia. Źródłem witaminy B12 w prawidłowym żywieniu ludzi starszych są przede wszystkim potrawy pochodzenia zwierzęcego (wątroba, nerki, a w mniejszym stopniu ryby i jaja). Źródłem syntezy witaminy B12 jest także prawidłowa flora bakteryjna przewodu pokarmowego. Niedobór tej witaminy może

prowadzić do niedokrwistości megaloblastycznej, objawów neurologicznych (zaburzenia czucia głębokiego i czucia wibracji) oraz pogorszenia funkcji poznawczych.

Oczywiste jest, że wszelkie niedobory wymagają suplementacji. Podkreślić jednak należy, że nie ma dowodów na korzystny wpływ suplementacji u osób zdrowych, stosujących pełnowartościową dietę. Zbędna suplementacja i upośledzone przyswajanie witaminy A przez tkankę tłuszczową mogą doprowadzić do wystąpienia wyższych stężeń krążącej witaminy (zwłaszcza u osób przyjmujących samodzielnie preparaty zawierające tę witaminę) i ujawnienia cech hiperwitaminozy. Objawy hiperwitaminozy to gromadzenie się witaminy A w wątrobie, a w następstwie – uszkodzenie tego narządu, a także bóle głowy, osłabienie, uczucie przewlekłego zmęczenia, zmiany skórne, wzmożona łamliwość paznokci, nadmierna pobudliwość lub depresja, wypadanie włosów, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego.

Do czynników nakazujących szczególną opiekę nad osobami starszymi, z uwagi na ryzyko niedożywienia, należą:

- upośledzenie sprawności w zakresie czynności dnia codziennego, uniemożliwiające – w zależności od istniejących ograniczeń – samodzielne robienie niezbędnych zakupów, przygotowanie posiłku lub nawet jego spożycie; wspomniane problemy mogą wynikać lub być nasilane przez niedowidzenie (zwłaszcza znaczne lub gdy dochodzi do nagłego pogorszenia ostrości wzroku);
- zaburzenia w zakresie kontaktów społecznych – samotność i izolacja prowadzą do zmniejszonego zainteresowania spożywaniem pokarmów;

- niskie dochody (pauperyzacja powoduje niemożność kupienia niezbędnych produktów spożywczych);
- braki w uzębieniu i zmiany chorobowe w jamie ustnej, które mogą prowadzić do upośledzenia procesu żucia, co ogranicza różnorodność spożywanych pokarmów, a w konsekwencji zmniejsza podaż substratów energetycznych i może prowadzić do niedożywienia.

Według proponowanych ostatnio zaleceń istotnym elementem odżywiania populacji ludzi starszych zagrożonych niedożywieniem jest suplementacja zarówno białka (do 1,2 g/kg należnej masy ciała na dobę), jak i energii [do 30 kcal (125,4 kJ)/kg należnej masy ciała na dobę].



NA PODSTAWIE:

Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne

wyd. II (2019, PZWL)

pod red. nauk. Katarzyny Wieczorowskiej-Tabis, Doroty Tałarskiej

ZOBACZ

Uaktualnione i rozszerzone
wydanie

PZWL

SPRAWDŹ



Koncepcja pielęgniarstwa geriatrycznego

Marta Muszalik, Ewa Borowiak

Planowanie opieki pielęgniarstwiej na podstawie diagnozy potrzeb i problemów

W planowaniu opieki nad pacjentem geriatrycznym uwzględnia się realizację potrzeb każdego podopiecznego, z dość dużym naciskiem na pierwszoplanowe i podstawowe potrzeby. Nie można jednak pomijać realizacji potrzeb wyższych lub odkładać ich w czasie. Nieuwzględnienie potrzeb psychicznych, społecznych czy duchowych chorego stwarza wrażenie działania połowicznego, nigdy nieprzypisanego pielęgniarstwu.

Aby dobrze zaplanować opiekę nad pacjentem, niezbędne jest podjęcie wysiłku oceny potrzeb, problemów, stanu funkcjonalnego, a także jakości życia wynikającej ze stanu zdrowia. Ocena stanu funkcjonalnego pacjenta, w którym udział ma również pielęgniarstwo, określa sprawność w zakresie podstawowych czynności codziennych oraz czynności złożonych niezbędnych do prowadzenia niezależnego życia w środowisku i może być dokonana przy pomocy standaryzowanych skal. Skale codziennych podstawowych aktywności życiowych (Personal Activity of Daily Living, P-ADL) i złożonych aktywności codziennych potrzebnych do prowadzenia niezależnego życia (Instrumental Activity of Daily Living, I-ADL) mają zastosowanie w ocenie sprawności funkcjonalnej osób starszych. Ocena funkcji poznawczych może być dokonywana przy pomocy Krótkiej Skali Zaburzeń Poznawczych (Mini-Mental State Examination, MMSE) bądź Montrealskiej skali oceny funkcji poznawczych (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), natomiast ocena stanu emocjonalnego – np. przy pomocy geriatrycznej skali depresji (Geriatric Depression Scale, GDS). Do oceny potrzeb, problemów zdrowotnych, w tym ryzyka odleżyn, upadków, niedożywienia, powstała Care Dependency Scale (CDS) – skala oceniająca, na jakim poziomie zależności opieki znajduje się pacjent, oparta na hierarchii

potrzeb przedstawionej w teorii Virginii Henderson. Strukturę skali stanowi 15 różnych potrzeb bio-psycho-społecznych, odczuwanych i realizowanych przez każdego człowieka w zdrowiu i chorobie. Skala CDS, potwierdzona wieloma badaniami na świecie, uważana jest za odpowiednią do oceny pacjenta zwłaszcza przewlekle chorego, wymagającego rehabilitacji, geriatrycznego.

Kanadyjski zespół pielęgniarzek gerontologicznych zrzeszonych w Canadian Gerontological Nursing Association (CGNA) określił ramy koncepcyjne pielęgniarstwa gerontologicznego i określił je jako dynamiczną interakcję między pacjentem a pielęgniarzką, ukierunkowaną na osiągnięcie zdrowia i dobrego samopoczucia. Interakcja ta jest obustronna – pacjent wnosi do niej swoją wiedzę i doświadczenie osobiste, podczas gdy pielęgniarstwo stosuje wiedzę geriatryczną/gerontologiczną, umiejętności oraz sztukę pielęgnowania. Wyżej wymienione reakcje mają podłoże kulturowe, historyczne i społeczne.

Podmiotem opieki pielęgniarstwa gerontologicznego są osoby starsze, lecz może być nim także rodzina, grupa i społeczność. Starsza osoba jest tutaj postrzegana w sposób indywidualny, wraz ze swoimi wartościami, przekonaniami, mocnymi i słabymi stronami, ograniczeniami, prawami i obowiązkami. Pielęgniarstwo prezentowane jest jako sztuka i nauka oparta w znaczący sposób na kodeksie etyki, natomiast pielęgniarstwo – jako osoba wykorzystująca unikalny zasób wiedzy i umiejętności w profesjonalnej praktyce ugruntowanej w prawie danego kraju.

Pielęgniarstwo gerontologiczne zawiera specjalistyczną wiedzę gerontologiczną, w tym również geriatryczną, niezbędną do współpracy ze starszymi ludźmi w zakresie poprawy ich stanu zdrowia, samopoczucia oraz sprawności. Pielęgniarki gerontologiczne identyfikują również problemy zdrowotne i pielęgnacyjne oraz prowadzą badania w tej dziedzinie. Zespoły praktyków dokonują wspólnej oceny i diagnozy indywidualnego stanu zdrowia starszego człowieka. Pielęgniarki gerontologiczne odpowiadają za opiekę nad chorymi osobami starszymi w domu, domach opieki i innych instytucjach. Posługują się techniką rozwiązywania problemu poprzez ocenę, planowanie, interwencję i ponowną ocenę.

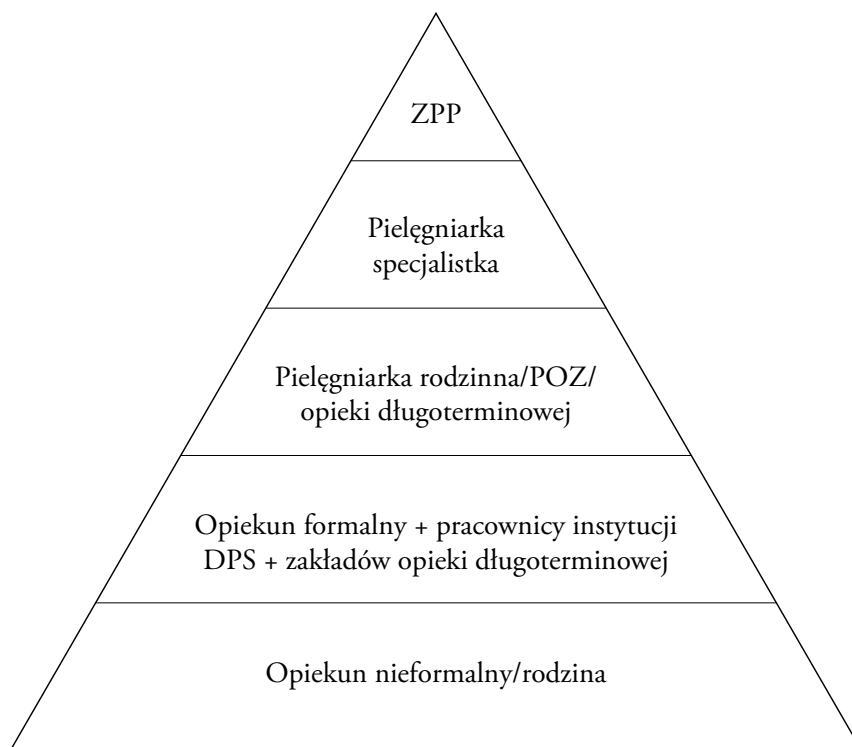
Opieka pielęgniarstwa realizuje wsparcie zarówno psychiczne, jak i fizyczne, a szczególny nacisk kładzie na rehabilitację, czyli zachowanie lub poprawę funkcjonowania. Pielęgniarka

gerontologiczna pomaga także chorym osobom starszym minimalizować i rekompensować straty wynikające z procesu starzenia i chorób, a także zapewnia wsparcie i pocieszenie osobom nieuleczalnie chorym.

W centrum uwagi zespołu geriatricznego pozostaje pacjent. Sieć oddziaływań i interakcji w tym modelu jest bardzo złożona. Pielęgniarka gerontologiczna/geriatriczna posiada bezpośredni kontakt z pacjentem w opiece stacjonarnej, ambulatoryjnej, a zwłaszcza domowej.

Projekt modelu opieki nad pacjentem w geriatrii

Współczesna koncepcja pielęgniarstwa geriatricznego opiera się na wielu teoriach i modelach pielęgnowania. Wybór konkretnego modelu zależy od stanu zdrowia osoby starszej, poziomu jej wiedzy i samodzielności oraz od indywidualnych i holistycznych potrzeb. Wydaje się słuszne przedstawienie modelu opieki pielęgniarzkiej w geriatrii tak, aby w sposób uporządkowany określić i uściślić również jej kompetencje.



Projekt modelu opieki nad pacjentem w geriatrii

ZPP – Zaawansowany Praktyk Pielęgniarstwa Gerontologicznego – to rola badacza obszaru pielęgniarstwa gerontologicznego, obejmująca m.in. implementowanie wyników badań do praktyki pielęgniarzkiej. Pielęgniarka może występować jako inicjator lub współprowadzący badania i projekty w tej dziedzinie w celu osiągnięcia poprawy stanu zdrowia populacji osób starszych. Pielęgniarka ZPP może odgrywać znaczącą rolę w opiece nad osobami starszymi. Jej działania mogą być ukierunkowane na ocenę zagrożeń zdrowia tej populacji, interwencję kryzysową, poradnictwo zdrowotne, planowanie całościowej opieki nad tą populacją,

prowadzenie serwisów edukacyjnych dla pacjentów i ich rodzin, opiekunów, udzielanie konsultacji innym pielęgniarzkom oraz współpracę z pozostałymi profesjonalistami zaangażowanymi w opiekę nad osobami starszymi. Świadczenie pomocy ludziom starszym w dochodzeniu swoich praw w uzyskaniu profesjonalnej pomocy, ułatwienie komunikacji z innymi grupami w celu otrzymania wsparcia może również wchodzić w zakres zadań pielęgniarki ZPP.

Pielęgniarka specjalistka w zakresie pielęgniarstwa gerontologicznego/geriatricznego to osoba po kursie kwalifikacyjnym

lub ewentualnie innych, wymienionych w standardzie, która realizuje przypisane jej zadania sprawowania profesjonalnej opieki oraz udziela konsultacji przede wszystkim pielęgniarcom rodzinnym, POZ i/lub pielęgniarcom pracującym ze starszymi pacjentami w innych oddziałach klinicznych.

Pielęgniarka rodzinna/POZ/opieki długoterminowej – jest odpowiedzialna za pierwszy kontakt z pacjentem w starszym wieku, wypełnia zadania o zakresie podobnym do obowiązków pielęgniarki specjalistki.

Opiekun formalny + pracownicy instytucji DPS + zakładów opieki długoterminowej i inne – współpracują z pielęgniarcami: specjalistkami, opieki długoterminowej i rodzinnej/POZ.

Opiekun nieformalny/rodzina – baza opieki – współpracują z pielęgniarcami: specjalistkami, opieki długoterminowej i rodzinnej/POZ.



NA PODSTAWIE:

Problemy pielęgniarstwa geriatrycznego
(2020, PZWL)
pod red. nauk. Marty Muszalił

ZOBACZ

Bądź na bieżąco

→ zamów w prenumeracie

PZWL



pielęgniarstwo i położnictwo



pediatria



technika dentystyczna i ortodencja



spawdź na **czasopisma.pzwl.pl**

NURSING |  PZWL



Studiujesz pielęgniarstwo lub położnictwo?

A może pracujesz już w zawodzie i szukasz forum
do wymiany doświadczeń i doskonalenia zawodowego?

Posłuchaj naszego podcastu!



Odrębności w badaniu podmiotowym osoby w wieku geriatrycznym

Bożena Nowaczyk

Starzenie to proces biologiczny charakteryzujący się postępującymi (nasilającymi się z upływem lat życia), przewidywalnymi, nieuchronnymi zmianami ewolucyjnymi oraz dojrzewaniem, trwającym aż do śmierci. Naturalnym zjawiskiem w procesie starzenia się organizmu jest stopniowe zwiększanie się liczby zmian o charakterze regresyjnym oraz zmniejszanie ilości procesów odnowy i regeneracji.

Proces starzenia cechuje się dużą zmiennością osobniczą. Zmiany narządowe pojawiają się w różnym okresie osobniczego trwania życia (heterochromia starzenia) i w różnym stopniu nasilenia w poszczególnych narządach (heterotopia starzenia). Tempo zmian jest indywidualne u poszczególnych osób, dlatego wiek biologiczny może się różnić od wieku metrykalnego. Różne osoby starzeją się w odmiennym tempie, również starzenie się poszczególnych układów czy narządów odbywa się w innym tempie, na co mają wpływ m.in. status społeczno--ekonomiczny oraz styl życia.

Ze względu na różnice w przebiegu procesu starzenia odróżniamy:

- starzenie się zwyczajne (usual ageing) – gdy odczuwalne są straty oraz deficyty, ale bez patologii;
- starzenie się pomyślne (successful ageing) – gdy predyktory starości odgrywają neutralną lub pozytywną rolę, czyli zwalniają proces starzenia się;
- starzenie się patologiczne (impaired ageing) – gdy szybko postępuje upośledzenie wielu funkcji życiowych organizmu oraz występuje tzw. polipatologia (współwystępowanie licznych jednostek chorobowych).

Starzenie, nawet to, które przebiega bez chorób, w istotny sposób zwiększa ryzyko wystąpienia patologii ze względu na ograniczenie możliwości adaptacyjnych. W tkankach dochodzi do wielu zmian biochemicznych, których konsekwencją jest rozwój typowych objawów starości, a także zmniejszenie się intensywności wielu procesów życiowych.

Sekcja Geriatryczna Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego (European Union of Medical Specialists – Geriatric Section) stworzyła definicję tzw. pacjenta geriatrycznego. Według tej definicji pacjent geriatryczny to osoba z typową wielochorobowością w wieku powyżej 60. roku życia (najczęściej mająca ponad 70 lat) lub każda osoba w wieku 80 lat i więcej ze względu na związane z wiekiem zwiększone ryzyko wystąpienia złożonych patologii w wyniku m.in. znacznego prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań i poszczególnych zespołów chorobowych oraz tzw. efektu domino, wysokiego ryzyka chroniczacji chorób ostrych i znacznego ryzyka pozbawienia autonomii wskutek utraty sprawności funkcjonalnej.

Osoby starsze wymagają innego podejścia klinicznego niż to, jakie jest stosowane podczas oceny medycznej osób młodszych. U starszych chorych występuje nakładanie się zmian chorobowych na zmiany będące konsekwencją procesu starzenia się. Spektrum objawów klinicznych jest szersze, symptomy choroby są bardziej subtelne, często nieswoiste.

Badanie podmiotowe

Ze względu na zmiany inwolucyjne i atroficzne wywiad z pacjentem w wieku geriatrycznym jest trudniejszy, często bywa niekompletny, niełatwy do interpretacji lub mylący.

Trudności w komunikowaniu się z pacjentem geriatrycznym:

- deficyt słuchu – odbiorczy lub przewodzeniowy,
- dysfagia – najczęściej związana z przebytym udarem, czasem cecha otępienna,
- dyzartria – choroba naczyń mózgowych, choroba neuronu ruchowego,
- choroba Parkinsona,
- dysfonia – choroba Parkinsona,
- otępienie (demencja) – upośledzenie wszystkich funkcji poznawczych,
- majaczenie (delirium) – upośledzenie uwagi, zaburzenia stanu czuwania oraz percepcji,
- depresja – może przypominać otępienie lub majaczenie.

Dokładne zebranie wywiadu wymaga znajomości i dynamiki badania klinicznego oraz organizacji środowiska dla ułatwienia komunikacji.

Zasady badania:

- Gdy tylko jest to możliwe, należy badać osoby starsze w spokojnym otoczeniu, gdzie nic nie będzie ich rozpraszać (z minimalnym hałasem tła).
- Z uwagi na fizjologiczne zmiany w termoregulacji należy zapewnić właściwą temperaturę w pokoju badań (umiarkowanie ciepłe otoczenie).
- Jasne oświetlenie pomaga kompensować zmiany w soczewkach – dobrze oświetlony pokój pozwala starszej osobie lepiej widzieć.
- Rozmowa twarzą w twarz z pacjentem w pozycji siedzącej pozwala nawiązać kontakt wzrokowy oraz zneutralizować wrażenie zniecierpliwienia i pośpiechu. Zniecierpliwienie spowalnia komunikację, ponieważ nasila wrażenie stosunków hierarchicznych zamiast wzmacniać poczucie partnerstwa w rozwiązywaniu problemów.
- Pacjent powinien mieć możliwość przyjęcia dogodnej pozycji i dostęp do wody pitnej. Starsze osoby często preferują krzesło z prostym oparciem i podłokietnikami (ułatwiającymi wstawanie).
- Pacjent powinien mieć założone okulary, aparat słuchowy i protezy zębowe, jeżeli ich na co dzień używa.
- Należy pomóc pacjentowi włączyć i nastawić aparat słuchowy. Jeżeli nadal nie słyszy – mówiąc, należy zwiększyć natężenie głosu, bez podnoszenia jego wysokości. Krzyk, któremu towarzyszy podnoszenie wysokości głosu, jest bezcelowy, gdyż słyszenie dźwięków o wysokiej częstotliwości jest u osób starszych bardziej upośledzone niż dźwięków o częstotliwości niższej. Krzyk lub podniesiony głos mogą spowodować znaczny dyskomfort, ponieważ ucho niedosłyszające może być bardziej wrażliwe na dźwięki niskie.
- Należy dostosować tempo i treść wizyty do sił pacjenta. Można korzystać z licznych krótkich narzędzi przesiewowych oraz informacji uzyskanych od rodziny bądź opiekunów. Jeśli istnieją ku temu wskazania, trzeba rozważyć rozłożenie wstępnej oceny pacjenta na 2 wizyty.
- Należy poświęcić czas na otwarte pytania i wspomnienia; pytać rodziny i opiekunów, gdy jest taka potrzeba, zwłaszcza jeśli pacjent ma zaburzenia funkcji poznawczych.
- Trzeba uważnie oceniać objawy, zwłaszcza zmęczenie, utratę apetytu, zawroty głowy i ból, poszukując wskazówek dotyczących chorób podstawowych.
- Zalecenia pisemne powinny być wydrukowane dużą czcionką i łatwe do przeczytania.

Sposób badania

W ocenie osób starszych potrzebne są zaawansowane techniki zbierania wywiadów, ze specjalnym naciskiem na życie codzienne i kluczowe zagadnienia związane ze zdrowiem starszych pacjentów, oraz skupienie się na ocenie funkcjonalnej podczas badania przedmiotowego.

Obecne dolegliwości

Po przedstawieniu się i ustaleniu danych osobowych pacjenta badający rozpoczyna wywiad pytaniem o obecne dolegliwości. Osoby w wieku podeszłym często zgłaszają więcej niż jedną dolegliwość. Należy starać się bez pośpiechu wypytać o każdą z nich i oddzielić objawy związane z nową ostrą chorobą od tych wiążących się z ogólnym pogorszeniem sprawności. Zbierając wywiad, trzeba ustalić, od jak dawna pacjent odczuwa poszczególne dolegliwości, czy zmieniły się one ostatnio i kiedy dane objawy jeszcze nie występowały.

Choroby przewlekłe i przebyte

Należy szczegółowo wypytać o choroby przebyte i przewlekłe, na które choruje pacjent. Zbierając dane dotyczące tych schorzeń, powinno się wykorzystać wszelkie możliwe źródła informacji, łącznie z przeglądem dokumentacji medycznej. Współistniejące choroby przewlekłe mogą nie mieć bezpośredniego związku z aktualnym problemem zdrowotnym, mogą natomiast w istotny sposób wpływać na wybór metody leczenia.

Wywiad dotyczący leków

W miarę starzenia się organizmu pojawiają się zaburzenia funkcji biologicznych, poznawczych oraz społecznych, wzrasta też liczba zgłaszanych dysfunkcji narządowych i związanych z nimi dolegliwości. Skutkuje to zwiększaniem liczby stosowanych leków i tym samym podwyższonym ryzykiem wystąpienia niepożądanych skutków ich interakcji. Uwzględniając szerokie spektrum przyczyn oraz konsekwencje polipragmatyzacji, należy dołożyć wszelkich starań, by zapobiegać temu zjawisku. Podczas każdej wizyty powinno się zatem sprawdzać listę leków przyjmowanych przez

pacjenta, zwracając uwagę na nazwy substancji czynnych w lekach generycznych.

Niezbędne jest także staranne zebranie wywiadu dotyczącego przyjmowania leków i uzyskanie informacji:

- jakie leki są przyjmowane przez pacjenta, z uwzględnieniem tych kupowanych bez recepty;
- jakie leki zostały wprowadzone lub odstawione w ostatnim czasie oraz czy dawkowanie od dawna przyjmowanych leków zostało zmienione;
- czy zdarza się, żeby pacjent pomijał dawkę jakiegoś leku, np. diuretyku, gdy wychodzi z domu;
- czy występują alergie i działania niepożądane leków;
- czy w domu pacjenta znajdują się zapasy niewykorzystanych leków.

Należy również ocenić:

- zdolność pacjenta do samodzielnego dawkowania leków (czy stosuje pojemnik z przegródkami, czy też opiekun pomaga przygotować leki);
- możliwości w zakresie czytania etykiet, otwierania opakowań, właściwego stosowania inhalatorów.

Jeżeli pacjent ma ze sobą swoje leki, trzeba razem z nim je przejrzeć, zapytać pacjenta, na co są poszczególne leki, jak odczuwa ich działanie oraz jak często je przyjmuje.

Wywiad rodzinny

Ujawnienie choroby o istotnym podłożu genetycznym jest w wieku podeszłym mało prawdopodobne, wywiad rodzinny może mieć jednak znaczenie dla pacjentów, których rodzeństwo lub dzieci zmarły z powodu określonych schorzeń.

Wywiad socjalny i dotyczący codziennego funkcjonowania

Sytuacja życiowa wywiera duży wpływ na postępowanie w chorobie. Konieczne jest poznanie uwarunkowań i oddziaływań – zarówno korzystnych, jak i negatywnych. U osób w wieku podeszłym należy przeprowadzić pełny wywiad socjalny rozszerzony o pytania dotyczące: sprawności funkcjonalnej pacjenta, otoczenia domowego, codziennych czynności, wsparcia, kontaktów towarzyskich, pracy, alkoholu i palenia tytoniu oraz prowadzenia samochodu.

Pytania szczegółowe

Pytania szczegółowe są ważnym elementem wywiadu u osób w wieku geriatrycznym i stanowią część składową badania przesiewowego.



 **NA PODSTAWIE:**

Badanie fizyczne w pielęgniarstwie. Podmiotowe i przedmiotowe
wyd. II (2020, PZWL)
pod red. nauk. Danuty Dyk

ZOBACZ

Zaburzenia psychiczne u osób starszych

Zaburzenia lękowe wśród osób starszych. Rozpoznanie

Agata Szulc, Anna Mosiołek

Lęk napadowy jest to silny, irracjonalny lęk o nagłym początku, pojawiający się bez czynnika wyzwalającego. Może występować jako odrębne zaburzenie lub w przebiegu innych, takich jak np. agorafobia czy fobia społeczna. Objawy charakterystyczne dla napadów paniki to uczucie przerażenia, nierealności, strach przed śmiercią, „zwariowaniem” i utratą kontroli nad sobą. Początek napadu lękowego to gwałtowne narastanie objawów kołatania serca, duszności, hiperwentylacji i bólów w klatce piersiowej. Lęk paniczny trwa zazwyczaj od 4 do 6 minut, objawy utrzymują się zazwyczaj od 20 do 30 minut, rzadko dłużej niż godzinę. Po wystąpieniu napadu częste jest unikanie podobnej sytuacji oraz pojawienie się obawy przed przebywaniem samemu. Pomiędzy napadami paniki może pojawić się lęk przed wystąpieniem ponownego napadu. Częstość i przebieg lęku napadowego są zmienne, napady mogą pojawiać się od kilku w miesiącu do nawet kilku dziennie.

Pierwsze napady lęku panicznego pojawiają się najczęściej między okresem pokwitania a 30. rokiem życia. Mogą jednak występować w każdym przedziale wiekowym, również u osób po 65. roku życia. W lęku napadowym występuje składnik emocjonalny, somatyczny, poznawczy i behawioralny. Składnik emocjonalny to uczucie obezwładniającego zagrożenia, przerażenia, depersonalizacja. Do składnika somatycznego zaliczamy przyspieszenie akcji serca, wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego krwi, uczucie duszności i inne objawy wzbudzenia układu wegetatywnego. Składnik poznawczy to poczucie, że „stanie się coś strasznego”, „oszałeję”, „zaraz umrę”, „zwariuję” czy „stracę kontrolę”. Unikanie lub wycofanie, pobudzenie psychoruchowe, krzyk, ucieczka to najczęstsze zachowania zaliczane do składnika behawioralnego.

U osób w podeszłym wieku napad lęku panicznego charakteryzuje się nasilonymi objawami somatycznymi

i poznawczymi, natomiast mniej intensywne są objawy związane ze składnikiem emocjonalnym i behawioralnym. Stany panikopodobne mogą u osób starszych występować w przypadku: nadczynności przytarczyc, zespołu Cushinga, wystąpienia napadowego częstoskurczu nadkomorowego, choroby niedokrwiennej serca, stanów spastycznych oskrzeli, wyczerpania fizycznego, hipoglikemii, nadczynności tarczycy oraz we wszystkich sytuacjach poważnie zagrażających życiu. Wymienia się kilkanaście różnorodnych objawów somatycznych, które pojawiają się w zespole lęku napadowego.

Kryteria diagnostyczne lęku napadowego według ICD-10:

- nawracające napady ciężkiego lęku (paniki) nie są związane ze szczególnymi sytuacjami lub okolicznościami, napady paniki nie dają się przewidzieć;
- napady te charakteryzują się:
 - A. silnym przeżywaniem lęku lub poczuciem dyskomfortu,
 - B. nagłym początkiem;
- osiagają swoje maksymalne natężenie w ciągu kilku minut i trwają co najmniej kilka minut;
- co najmniej jeden z objawów wzbudzenia autonomicznego towarzyszy napadowi lęku – „bicie serca” lub wzrost tętna, pocenie się, drżenie, suchość w ustach;
- występują co najmniej 3 objawy spośród następujących:
 - A. z obszaru klatki piersiowej i brzucha: trudności w oddychaniu, brak tchu, uczucie bólu lub dyskomfortu w klatce piersiowej, nudności lub dolegliwości brzuszne,
 - B. objawy dotyczące stanu psychicznego: uczucie słabości, zawroty głowy, chwiejność, derealizacja, depersonalizacja, strach przed utratą kontroli, szaleństwem, śmiercią, uczucie „umierania” bądź „omdlewania”,
 - C. objawy ogólne, takie jak uderzenia gorąca i dreszcze, odrętwienie, brak czucia czy ciarki.

W celu rozpoznania napadu paniki należy stwierdzić wystąpienie przynajmniej 4 z następujących objawów:

- uczucie kołatania lub ciężaru w okolicy serca,
- zazwyczaj silne pocenie się,
- drżenie rąk lub całego ciała,
- przyspieszony i płytki oddech,
- uczucie duszenia się,
- ból lub ciężar w klatce piersiowej,
- nudności lub ciężar w jamie brzusznej,
- drętwienie lub mrowienie w kończynach,

- uczucie gorąca lub dreszcze,
- zawroty głowy lub uczucie omdlewania, w czasie wyobrażania takich sytuacji.

U osób starszych fobia społeczna może być przyczyną nie szukania pomocy medycznej, również w przypadku współistniejących schorzeń somatycznych, co skutkuje większą niepełnosprawnością.

Zaburzenia lękowe uogólnione (GAD) charakteryzują się długotrwałym występowaniem niepokoju, uczucia zagrożenia, obaw, martwienia się oraz lęku przed trudnościami życia codziennego. Objawom tym towarzyszą sporadycznie występujące napady lęku o nieznacznym natężeniu, niemożność odprężenia się, trudności w koncentracji uwagi oraz dolegliwości bólowe – głównie głowy, kończyn i kręgosłupa. Dodatkowo występują przewlekłe zaburzenia wegetatywne, takie jak biegunki, wzmożona potliwość, przyspieszone tętno, kołatanie serca, niepokój w nadbrzuszu, dolegliwości żołądkowe, nudności oraz zaburzenia snu (trudności w zasypianiu, koszmary).

Lęk występujący w zaburzeniach lękowych uogólnionych nie jest związany z sytuacjami zewnętrznymi, określa się go jako „lęk wolno płynący”. Osoby z zaburzeniami lękowymi uogólnionymi prawie nieustannie czymś się martwią, przy czym mają trudności w panowaniu nad tym zamartwianiem się. Lęk, martwienie się czy objawy fizyczne wywołują klinicznie istotne cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych dziedzinach życia.

GAD wiąże się ze zwiększonym poczuciem niepełnosprawności, pogarszaniem się wyników leczenia chorób współistniejących, większym wykorzystaniem usług medycznych i wzrostem śmiertelności. Badania pokazują, że w podeszłym wieku jest czynnikiem ryzyka demencji, a jego występowanie zwiększa ryzyko depresji. Kryteria diagnostyczne GAD są takie same dla osób starszych i osób młodych.

W klasyfikacji ICD-10 obejmują:

- obawy (martwienie się przyszłymi niepowodzeniami, uczucie napięcia, trudności w koncentracji itp.);
- napięcie ruchowe (niemożność spokojnego siedzenia, bóle napięciowe głowy, drżenie niemożność odprężenia się);
- wzmożoną aktywność układu autonomicznego (zawroty głowy, pocenie się, tachykardię, przyspieszenie oddechu, „niepokój” w nadbrzuszu, suchość w ustach itp.).

Dostępne wyniki badań sugerują, że najstarsi seniorzy martwią się głównie o pamięć i zdrowie. Istnieją wariacje we wzorcach martwienia się w czasie życia. Badania na temat przebiegu zaburzeń lękowych uogólnionych u osób w podeszłym wieku są niejednoznaczne. Neikrug (2003) wykazał, że osoby starsze nie są przytłoczone przez zmartwienia i zarządzają swoim życiem, radząc sobie adekwatnie z problemami. Nie martwią się szczególnie o biedę, słabość, utratę i wiktymizację.

Martwienie się wzrasta u osób zbliżających się do wieku emerytalnego. Osoby w wieku 55–64 lata miały najwyższe wyniki w martwieniu się. Osoby w tym przedziale wiekowym wydają się być w szczególnie podatnym okresie życia, który wiąże się z uczuciem utraty młodości, sprawności fizycznej, atrakcyjności seksualnej i końcem ról rodzicielskich i zawodowych. Grupa wiekowa 65–74 lata miał najniższe poziomy martwienia i najwyższe poziomy koherencji. Prawdopodobnie osoby z tej grupy są już w stanie cieszyć się zaletaniami wieku emerytalnego. Bardzo późny wiek z kolei nasila proces martwienia się. Osoby starsze z GAD częściej martwią się o więcej rzeczy i przejawiają mniejszą kontrolę nad martwieniem się.

Wydaje się, że GAD jest powszechne wśród osób starszych i wiąże się z negatywnymi fizycznymi oraz psychicznymi skutkami zdrowotnymi. Starsi pacjenci z zaburzeniami lękowymi szukają pomocy z powodu niespecyficznych objawów, które mogą sugerować wiele innych zaburzeń, takich jak ogólne osłabienie, zmęczenie, niepokój lub trudności z koncentracją. Rozpoznanie zaburzenia lękowego uogólnionego ustala się na podstawie stwierdzenia, że objawy lękowe utrzymują się przynajmniej kilka tygodni, a zwykle kilka miesięcy. Na ich obraz kliniczny składają się: obawy (o przyszłość, poczucie, że „coś złego się stanie”), napięcie mięśniowe (trudności w znalezieniu sobie miejsca, niezdolność do relaksu, napięciowe bóle głowy), nadmierne pobudzenie układu wegetatywnego (przyspieszona czynność serca, pocenie ię, uczucie dyskomfortu w nadbrzuszu).

Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane

W tych zaburzeniach występują objawy zarówno lęku, jak i depresji, ale żadne z nich nie są dominujące i nie występują w stopniu uzasadniającym rozpoznanie zaburzeń lękowych lub zaburzeń afektywnych. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10 kategoria ta może być stosowana

u pacjentów, u których występują jednocześnie objawy lękowe i depresyjne o niewielkim nasileniu oraz objawy wegetatywne, takie jak drżenie, potliwość, kołatanie serca, suchota w ustach, zaburzenia żołądkowe. Charakteryzuje się występowaniem objawów depresji i lęku o nieproporcjonalnym do zaistniałej sytuacji życiowej nasileniu, które są treściowo oraz czasowo z nią związane. Ocenia się, że u 66% pacjentów leczonych z powodu lęku występują pojedyncze objawy depresji, a u 60% pacjentów leczonych z powodu depresji występują objawy lękowe. Możliwe jest zatem występowanie mieszanych zespołów lęku i depresji o różnym nasileniu i różnych proporcjach poszczególnych objawów.

Typowe objawy zaburzeń lękowo-depresyjnych to:

- ujawniająca się postać lęku – napadowy/przewlekły,
- czynnik wyzwalający, związki sytuacyjne – lęki związane z sytuacją, np. lęk przed wysokością/lęki, których ujawnienie jest trudne do przewidzenia,
- treść lęków – określone obawy, np. przed ośmieszeniem w sytuacjach społecznych.

Zaburzenia związane ze stresem

Stanowią nieadaptacyjne reakcje na ciężki, ostry lub przewlekły stres, które uniemożliwiają skuteczne radzenie sobie

z nim, co w konsekwencji prowadzi do wystąpienia trudności w funkcjonowaniu społecznym. Ostra reakcja na stres powstaje w odpowiedzi na „wyjątkowo stresujące wydarzenie życiowe”. W zaburzeniach adaptacyjnych objawy rozpoczynają się w ciągu miesiąca od zadziałania czynnika lub zmiany i nie przekraczają 6 miesięcy (z wyjątkiem przedłużonej reakcji depresyjnej). Powstają w następstwie stresującego wydarzenia, trudnej sytuacji życiowej lub zaburzenia integralności społecznego usytuowania bądź szerszego społecznego systemu oparcia.

Wśród objawów dominuje stan subiektywnego distresu, lęk, depresyjny nastrój, zamartwianie się, poczucie niemożności poradzenia sobie, zaplanowania, pozostawania w obecnej sytuacji, ograniczenie zdolności wykonywania codziennych czynności. Zaburzenia stresowe pourazowe najczęściej występują po krótkim czasie od stresującego wydarzenia lub sytuacji o charakterze wyjątkowo zagrażającym bądź katastrofalnym. Charakteryzują się uporczywym przeżywaniem wydarzenia traumatycznego, nawracającymi wspomnieniami i koszmarami sennymi związanymi z wydarzeniem, unikaniem sytuacji mogących przypomnieć uraz oraz nadmierną pobudliwością wegetatywną. Zaburzenia związane ze stresem w grupie osób w podeszłym wieku powstają najczęściej jako następstwo choroby, po stracie partnera oraz w wyniku przejścia na emeryturę.

Klasyfikacja głównych zaburzeń lękowych według ICD-10 [5]

F40.0 Agorafobia	Lęk przed miejscami lub sytuacjami, z których ucieczka może być trudna lub w których może nie być dostępna pomoc, np. przed przebywaniem samemu, podróżą środkami transportu publicznego
F40.1 Fobie społeczne	Lęk odnosi się przede wszystkim do sytuacji bycia ocenianym przez innych; objawy somatyczne (zaczerwienienie, drżenie)
F40.2 Specyficzne postacie fobii	Intensywny i utrwalony lęk związany z określonym obiektem lub sytuacją, np. przebywanie w pobliżu określonych zwierząt
F41.1 Zaburzenia lękowe uogólnione	Długotrwałe występowanie niepokoju, uczucia zagrożenia, obaw, martwienia się oraz lęku przed trudnościami życia codziennego. Dodatkowo występują przewlekłe zaburzenia wegetatywne, np. biegunki, przyspieszone tętno, kołatanie serca, potliwość
F41.2 Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane	Współistnienie zarówno objawów depresyjnych, jak i lękowych, bez przewagi któregośkolwiek z nich

Zaburzenia snu w wieku senioralnym

Wojciech Jernajczyk

Okres senioralny jest czasem, gdy człowiek zapada częściej na rozmaite choroby. Wiele z nich powoduje wyraźne zaburzenia snu.

Bezsennaść

Jakkolwiek bezsennaść jest zaburzeniem, które może dotknąć człowieka w każdym okresie życia, to jednak powszechnie wiadomo, że ryzyko wystąpienia tej dolegliwości wzrasta wraz z wiekiem. Bezsennaść przejawia się różnymi objawami. Niemożność zaśnięcia i przedłużający się czas do rozpoczęcia snu, czasami trwający do kilku godzin to pierwszy typ bezsennaści, dotyczący zaburzenia zasypiania. Drugi typ bezsennaści charakteryzuje się przede wszystkim niemożnością utrzymania snu, tzn. człowiek zasypia, lecz po krótkim okresie snu budzi się i długo nie może ponownie zasnąć lub zasypia po dłuższym okresie czuwania i znów po dłuższym lub krótszym śnie się budzi. Takie przebudzenia oraz zaśnięcia mogą występować po kilka razy w trakcie nocy. Oba typy zaburzeń snu powodują skrócenie czasu snu, a ponadto mogą występować razem. Trzecim, dość rzadkim rodzajem bezsennaści jest błędne rozpoznanie stanu snu, tzn. człowiek śpi, lecz ma wrażenie, że czuwa. Wszystkie rodzaje bezsennaści prowadzą do poczucia zmęczenia i braku komfortu, obniżenia sprawności psychofizycznej, a po pewnym czasie mogą być przyczyną objawów depresji.

Bezsennaść może wystąpić jako izolowana dolegliwość – wówczas mówimy o bezsennaści pierwotnej. Bardzo często bezsennaść jest objawem lub skutkiem innej choroby. Bezsennaść jako objaw może występować najczęściej w przebiegu depresji, zespołów lękowych, nadczynności tarczycy oraz chorobach przebiegających z bólem.

W grupie seniorów bezsennaść występuje według różnych autorów od 19% do ponad 38%. Najczęstszym typem bezsennaści w tej grupie wiekowej jest bezsennaść o typie niemożności utrzymania snu. Bezsennaść zgłaszają wyraźnie częściej kobiety. Główną metodą leczenia przewlekłej bezsennaści, także w grupie pacjentów senioralnych, jest psychoterapia poznawczo-behawioralna. W naszym kraju

istnieje, niestety, ograniczona możliwość organizowania takich grup psychoterapeutycznych.

Każdy lekarz zajmujący się problemem bezsennaści powinien przekazywać pacjentom następujące zalecenia:

- skrócenie czasu przebywania w łóżku,
- zastosowanie stałych godzin wchodzenia do łóżka wieczorem i wychodzenia z łóżka rano,
- utrzymanie odpowiedniej, ale regularnej aktywności fizycznej,
- skrócenie drzemek w ciągu dnia,
- unikanie kawy, papierosów, alkoholu po godzinie 16:00,
- nieużywanie telewizora, komputera i podobnych urządzeń w ostatniej godzinie przed położeniem się do łóżka.

Z metod farmakologicznych leki ułatwiające zasypianie (zopiklon, zolpidem i zaleplon) powinny być używane jedynie do 3, 4 tygodni, nie częściej niż co 2., 3. dzień lub z przerwami w okresie weekendu. W ramach farmakoterapii długotrwałej należy stosować podawane wieczorem leki przeciwdepresyjne (uspokajające), takie jak: trazodon w dawkach 25–75 mg, mirtazapinę 7,5–30 mg, mianserynę 5–20 mg, amitryptylinę 10 mg, doksepinę, dostępną w Polsce tylko w dawce 10 mg, chociaż zalecana dawka to 2–6 mg oraz opipramol 50 mg. Można także stosować małe dawki neuroleptyków: kwetiapinę 12,5–50 mg, olanzapinę 2,5 mg i chloroprotysen 15–50 mg.

Należy mocno podkreślić, że osobom po 65. roku życia nie powinno się podawać pochodnych benzodiazepiny jako leków ułatwiających zasypianie. Możliwość rozwoju tolerancji i uzależnienia w tym wypadku nie jest podstawowym problemem. Leki z tej grupy pogarszają pamięć, zmniejszają napięcie mięśniowe i osłabiają aktywność ośrodkowego. Z powodu wymienionych działań niepożądanych pochodne benzodiazepiny powinny mieć ograniczone zastosowanie także u osób młodszych, natomiast u osób starszych są przeciwwskazane. Niestety, pochodne benzodiazepiny są zbyt często przepisywane pacjentom cierpiącym na bezsennaść.

Zaburzenia okołodobowego rytmu sen-czuwanie

Wśród zaburzeń chronobiologicznych najczęściej u osób starszych występuje zespół przyspieszonej fazy snu. Zespół

przyspieszonej fazy snu przejawia się przyspieszonymi porami zasypiania i budzenia się z niemożnością utrzymania stanu czuwania, a następnie snu do pożądanej bądź przeciętnie akceptowanej późniejszej pory zasypiania lub budzenia się. Częstość występowania tego zaburzenia jest podobna u obu płci.

Osoby dotknięte tym zespołem zaburzeń rytmiki czuwania i snu charakteryzują się pojawianiem senności późnym popołudniem lub wczesnym wieczorem oraz spontanicznym budzeniem się wcześnie rano. U osób tych początek zasypiania występuje w godzinach między 17:00 a 20:00, natomiast czas przebudzenia kończącego sen w godzinach 1:00–5:00. Wzór snu jest pod względem procentowego udziału stadiów snu i czasu trwania snu przeważnie prawidłowy i odpowiedni dla wieku pacjenta. Jeżeli pacjent nie kontynuuje snu we wczesnych godzinach rannych, zaburzenie przyspieszonej fazy snu może być błędnie rozpoznawane jako bezsenność.

W wyniku tego rozpoznania pacjenci mogą zażywać leki uspokajające i nasenne. Błędne rozpoznanie i niepotrzebna terapia może prowadzić do nasilenia zaburzeń rytmu sen–czuwanie i dodatkowo powodować objawy niepożądane, zwłaszcza jeśli zostaną użyte pochodne benzodiazepiny. W zaburzeniu tym najskuteczniejszą metodą leczniczą jest fototerapia, która polega na oddziaływaniu na pacjenta silnym światłem w godzinach popołudniowych poprzedzających czas, gdy u pacjenta pojawiają się objawy narastającej senności. Natężenie strumienia światła stosowanego w tej terapii wynosi zwykle od 2500 do 10 000 luksów, a czas naświetlania powinien trwać odpowiednio od 3 godzin do 30 minut. Leczenie takie przynosi zwykle poprawę, chociaż często jest ona niewielka i/lub przejściowa. Mimo to po nawrocie zaburzeń zaleca się powtórzenie fototerapii.

Zaburzenia oddychania we śnie

Zaburzenia oddychania we śnie polegają na powtarzającym się wielokrotnie bezdechu lub spłyconym oddechu. Konsekwencją bezdechów są okresowe, czasami znaczne, spadki poziomu utlenowania krwi. Stanowi to poważny czynnik pogorszenia zdrowia i sprawności człowieka w każdym wieku. Rozróżniamy 3 rodzaje bezdechu.

Najczęściej występuje bezdech obturacyjny, którego przyczyną są albo anatomiczne nieprawidłowości górnych dróg oddechowych, albo zapadanie się ścian dróg oddechowych w wyniku osłabienia napięcia mięśni tworzących te ściany. Bezdech centralny powodowany jest zaburzeniami neuronalnej kontroli procesu oddychania na poziomie OUN. Wyróżnia się także bezdech mieszany, w którym rolę odgrywają mechanizmy biorące udział w obu opisanych poprzednio typach bezdechów. U osób w wieku senioralnym można obserwować następujące czynniki ryzyka sprzyjające wystąpieniu bezdechów: zmniejszenie pojemności oddechowej płuc, zwiększenie skłonności do zapadania ścian górnych dróg oddechowych z powodu zmniejszenia napięcia mięśniowego, pogorszenie centralnej kontroli oddychania oraz nadwagę (czynnik ten może wystąpić w każdym wieku). Potencjalnym powikłaniem nieleczzonego bezdechu sennego jest nadciśnienie układu krążenia – zawał mięśnia sercowego. Bezdechy obturacyjne leczy się przede wszystkim metodą oddychania pod podwyższonym ciśnieniem, do czego używa się specjalnych urządzeń. W wypadku istnienia anatomicznych nieprawidłowości w obszarze górnych dróg oddechowych należy rozważyć korektę chirurgiczną.

Periodyczne ruchy kończyn we śnie i zespół niespokojnych nóg

Periodyczne ruchy kończyn we śnie są zaburzeniem, które często występuje w grupie osób starszych. Podczas snu nocnego występują powtarzające się kilkusekundowe gwałtowne ruchy kończyn (w przeważającej większości dotyczą tylko nóg) polegające na grzbietowym zgięciu palucha oraz zgięciu w stawie skokowym, kolanowym i biodrowym. Zjawisko to powtarza się w seriach trwających kilkadziesiąt sekund. Ruchy te często powodują spłycenia snu oraz przebudzenia. To z kolei znacznie pogarsza jakość snu. Bardzo często opisanemu zaburzeniu we śnie towarzyszy pojawiający się w czasie czuwania zespół niespokojnych nóg. Polega on na odczuwaniu bardzo przykrych, a nawet nieznosnych parestezji, przede wszystkim głęboko na poziomie okostnej, zwłaszcza w obrębie podudzi, a nie na skórze. Doznania te pojawiają się w czasie odpoczynku, w trakcie siedzenia lub leżenia. Aby zlikwidować te doznania, człowiek musi poruszać nogami i chodzić. Dolegliwość ta znacznie obniża jakość życia, a w okresie oczekiwania na sen znacznie utrudnia zaśnięcie. W skrajnych przypadkach przy znacznym

nasileniu dolegliwości mogą pojawić się objawy depresji o znacznym nasileniu, aż do prób samobójczych.

Nie ma wśród badaczy zgody, czy oba opisane powyżej objawy stanowią jedną chorobę, czy są to oddzielne jednostki chorobowe. Oba objawy bardzo często pojawiają się przy nieprawidłowościach gospodarki żelazowej, w chorobach nerek i chorobach kardiologicznych. W wypadku niedoborów żelaza konieczna jest jego suplementacja. W leczeniu z wyboru stosowane są małe dawki leków przeciwparkinsonowskich oraz małe dawki niektórych leków przeciwpadaczkowych. Trudnością w terapii tych zespołów jest zjawisko augmentacji, co prowadzi do podnoszenia dawek leków co pewien czas. W skrajnych wypadkach konieczne bywa podawanie klonazepamu, mimo opisanych wcześniej przeciwwskazań.



 **NA PODSTAWIE:**

Psychogeriatrya

(2020, PZWL)

pod red. nauk. Mateusza Cybulskiego, Elżbiety Krajewskiej-Kuśak,
Napoleona Waszkiewicza, Kornelii Kędziory-Kornatowskiej

ZOBACZ

WSPARCIE MERYTORYCZNE

w zakresie niesienia pomocy
pacjentom geriatrycznym



KUP TERAZ



Aktywność fizyczna osób starszych

Ocena zdrowia fizycznego

Tomasz Kostka, Joanna Kostka

Podstawę oceny stanowi badanie lekarskie uwzględniające występujące choroby, przyjmowane leki, ocenę funkcjonowania podstawowych układów i narządów (w tym narządów zmysłów). W tej części COG również wykorzystuje się wiele skal i testów służących do oceny różnych aspektów zdrowia fizycznego, m.in.: stanu odżywienia, ryzyka powstania odleżyn, bólu, ryzyka operacyjnego.

Ocena stanu odżywienia

Stan odżywienia pacjenta ma ogromne znaczenie dla możliwości uzyskiwania postępów w terapii. U pacjenta niedożywionego (szczególnie białkowo) trudno spodziewać się przyrostów masy i siły mięśniowej pod wpływem ćwiczeń, a ze względu na osłabienie związane z niedożywieniem utrudnione będzie również uzyskiwanie odpowiednich obciążeń treningowych koniecznych do poprawy nie tylko siły, lecz także wydolności seniora. Ograniczone są też

możliwości regeneracji i gojenia tkanek. Dlatego wiedza na temat stopnia odżywienia pacjenta-seniora ma istotne znaczenie również w pracy fizjoterapeuty.

Istnieje wiele metod oceny stanu odżywienia seniora. Do najprostszych i niewymagających skomplikowanych urządzeń zalicza się skalę MNA (ang. Mini Nutritional Assessment), różne metody uwzględniające grubość fałdów skórno-tłuszczowych pozwalające na ocenę procentowej zawartości tkanki tłuszczowej, ocenę obwodu ramienia i łydki, czy chociażby ocenę masy ciała lub BMI i obserwację zmiany tych parametrów w czasie. Do bardziej skomplikowanych metod zalicza się analizę impedancji bioelektrycznej (ang. Bioelectrical Impedance Analysis – BIA), badanie rezonansem lub tomografią pozwalające na analizę składu ciała.

Testem oceniającym stan odżywienia i jednocześnie niektóre inne aspekty funkcjonowania pacjenta jest Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia (MNA). Pełna wersja kwestionariusza zawiera 18 pytań dotyczących oceny stopnia odżywiania, tzn.: przyjmowania pokarmów, utraty masy ciała, zdolności do samodzielnego poruszania się, występowania ostrej choroby lub stresu w ciągu ostatnich 3 miesięcy, problemów neurologicznych, wskaźnika masy ciała (BMI), liczby przyjmowanych leków, spożywania posiłków, obwodu ramienia i łydki. Łączna liczba punktów możliwych do zdobycia wynosi 30.

Skrining (ocena wstępna)

- A. Czy przyjmowanie pokarmów w ciągu ostatnich 3 miesięcy zmniejszyło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy połykaniem?
 - W dużym stopniu – 0 pkt
 - W umiarkowanym stopniu – 1 pkt
 - Nie zaobserwowano – 2 pkt
- B. Utrata masy ciała w ostatnich 3 miesiącach
 - Więcej niż 3 kg – 0 pkt
 - Badana osoba nie wie, nie potrafi sprecyzować – 1 pkt
 - Utrata masy ciała o 1–3 kg – 2 pkt
 - Bez utraty masy ciała – 3 pkt

Skrining (ocena wstępna)

- C. Mobilność/zdolność do samodzielnego przemieszczania się
- Pacjent nie opuszcza sam łóżka lub krzesła – 0 pkt
 - Pacjent jest w stanie sam podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz – 1 pkt
 - Pacjent wychodzi samodzielnie z domu – 2 pkt
-
- D. Czy w ciągu 3 ostatnich miesięcy wystąpiła choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?
- Tak – 0 pkt
 - Nie – 2 pkt
-
- E. Problemy neuropsychologiczne
- Umiarkowanego stopnia demencja lub depresja – 1 pkt
 - Bez problemów psychologicznych – 2 pkt
-
- F. Ocena wskaźnika masy ciała – BMI = masa ciała (kg)/ wzrost (m)² np. 76 kg : (1,64)² = 76 : 2,69 = 28,25
- BMI poniżej 19 – 0 pkt
 - BMI ≥ 19 i < 21 – 1 pkt
 - BMI ≥ 21 i < 23 – 2 pkt
 - BMI ≥ 23 – 3 pkt
-

Wynik końcowy...../14

Interpretacja:

≥ 12 – stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA,
 ≤ 11 – możliwość niedożywienia – kontynuacja MNA

MNA – Assessment (ocena pełna)

- G. Pacjent mieszka poza placówką opiekuńczo-leczniczą
- Nie – 0 pkt
 - Tak – 1 pkt
-
- H. Przyjmuje więcej niż 3 leki dziennie
- Tak – 0 pkt
 - Nie – 1 pkt
-
- I. Odleżyny lub owrzodzenia
- Tak – 0 pkt
 - Nie – 1 pkt
-
- J. Ile posiłków dziennie pacjent spożywa?
- Jeden posiłek – 0 pkt
 - Dwa posiłki – 1 pkt
 - Trzy posiłki – 2 pkt
-

K. Wybrane wskaźniki spożycia białka:

- co najmniej jeden posiłek z produktów mlecznych (mleko, ser, jogurt)

Tak ☐ Nie ☐

- dwa lub więcej posiłków zawierających jajka lub rośliny strączkowe na tydzień

Tak ☐ Nie ☐

- mięso, ryby lub drób codziennie

Tak ☐ Nie ☐

- 0–1 raz tak – 0 pkt
 - 2 razy tak – 0,5 pkt
 - 3 razy tak – 1 pkt
-

L. Spożywa co najmniej 2 razy dziennie warzywa lub owoce

- Nie – 0 pkt
 - Tak – 1 pkt
-

M. Ile płynów (woda, sok, kawa, herbata, mleko) dziennie spożywa?

- Poniżej 3 filiżanek – 0 pkt
 - Od 3 do 5 filiżanek – 0,5 pkt
 - Więcej niż 5 filiżanek (szklanek) – 1 pkt
-

N. Sposób odżywiania

- Nie jest w stanie jeść samodzielnie – 0 pkt
 - Je samodzielnie z trudnością – 1 pkt
 - Je samodzielnie – 2 pkt
-

O. Samoocena stanu odżywiania

- Ocenia się jako osoba niedożywiona – 0 pkt
 - Nie potrafi ocenić stanu odżywiania – 1 pkt
 - Ocenia się jako osoba niemająca problemów z odżywianiem – 2 pkt
-

P. W porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku jak pacjent ocenia swój stan zdrowia?

- Jako gorszy – 0 pkt
 - Nie wie – 0,5 pkt
 - Tak samo dobry – 1 pkt
 - Lepszy – 2 pkt
-

Q. Obwód ramienia

- <21 cm – 0 pkt
 - 21 cm <22 cm – 0,5 pkt
 - 22 cm – 1 pkt
-

R. Obwód łydki

- <31 cm – 0 pkt
 - ≥ 31 cm – 1 pkt
-

Wynik końcowy...../30

Interpretacja:

≥ 24 pkt – stan odżywienia dobry,
 17–23,5 pkt – ryzyko niedożywienia,
 <17 pkt – niedożywienie

Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia (Mini Nutritional Assessment – MNA)

Do oceny ryzyka niedożywienia i oceny stanu odżywienia, oprócz skali MNA, stosuje się skalę Nutritional Risk Screening 2002 i subiektywną globalną ocenę stanu odżywienia (ang. Subjective Global Assessment – SGA).

Ocena ryzyka rozwoju odleżyn i stopnia ich zaawansowania

Do oceny ryzyka rozwoju odleżyn najczęściej stosuje się skalę Norton lub skalę Braden, a do rozróżniania stopnia zaawansowania odleżyn – m.in. 5-stopniową skalę Torrance’a.

Czynnik ryzyka	Punktacja			
	4	3	2	1
Stan fizyczny	Dobry	Dość dobry	Ciężki	Ciężki
Stan świadomości	Pełna przytomność i świadomość	Apatia	Zaburzenia świadomości	Stupor lub śpiączka
Aktywność (zdolność przemieszczania się)	Chodzi samodzielnie	Chodzi z asekuracją	Siedzi	Leży w łóżku
Ruchliwość (samodzielność przy zmianie pozycji)	Pełna	Ograniczona w małym stopniu	Bardzo ograniczona	Całkowita niesprawność
Sprawność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna sprawność	Sporadyczne moczenie się	Częste nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Skala Norton

Uzyskanie 14 pkt w skali Norton wskazuje na wysokie ryzyko rozwoju odleżyn oraz konieczność włączenia działań profilaktycznych i odpowiedniego leczenia.

Ocena bólu

Najpopularniejszą metodą oceny bólu jest zastosowanie skali VAS (ang. Visual Analogue Scale). Pacjent proszony jest o zaznaczenie na prostej 10-centymetrowej linii punktu, który w jego subiektywnej

ocenie odpowiada w danym momencie nasileniu bólu. Początek linii oznacza brak bólu, natomiast koniec – najsilniejszy ból, jaki może sobie wyobrazić. Wynik podawany jest w milimetrach (pomiar od punktu początkowego linii).

Podobną skalą jest skala numeryczna, w której pacjent w skali od 0 do 10 proszony jest o podanie liczby charakteryzującej odczuwany ból, gdzie 0 to brak bólu, a ból najbardziej zaawansowany to 10.

Popularną i prostą skalą do oceny bólu jest również skala Laitinena. Składa się ona z czterech części, w których ocenia się nasilenie, częstotliwość bólu, częstość przyjmowania

leków przeciwbólowych oraz stopień ograniczenia aktywności ruchowej.

Czynnik ryzyka	Nasilenie problemu	Punktacja
Nasilenie bólu	Bez bólu	0
	Łagodny	1
	Silny	2
	Bardzo silny	3
	Nie do wytrzymania	4
Częstotliwość występowania bólu	Nie występuje	0
	Okresowo	1
	Często	2
	Bardzo często	3
	Ból ciągły	4
Częstotliwość zażywania środków przeciwbólowych	Brak środków przeciwbólowych	0
	Doraźnie	1
	Ciągle – małe dawki	2
	Ciągle – duże dawki	3
	Ciągle – bardzo duże dawki	4
Ograniczenie aktywności ruchowej	Żadne	0
	Częściowe	1
	Utrudniające pracę	2
	Uniemożliwiające pracę	3
	Uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie	4

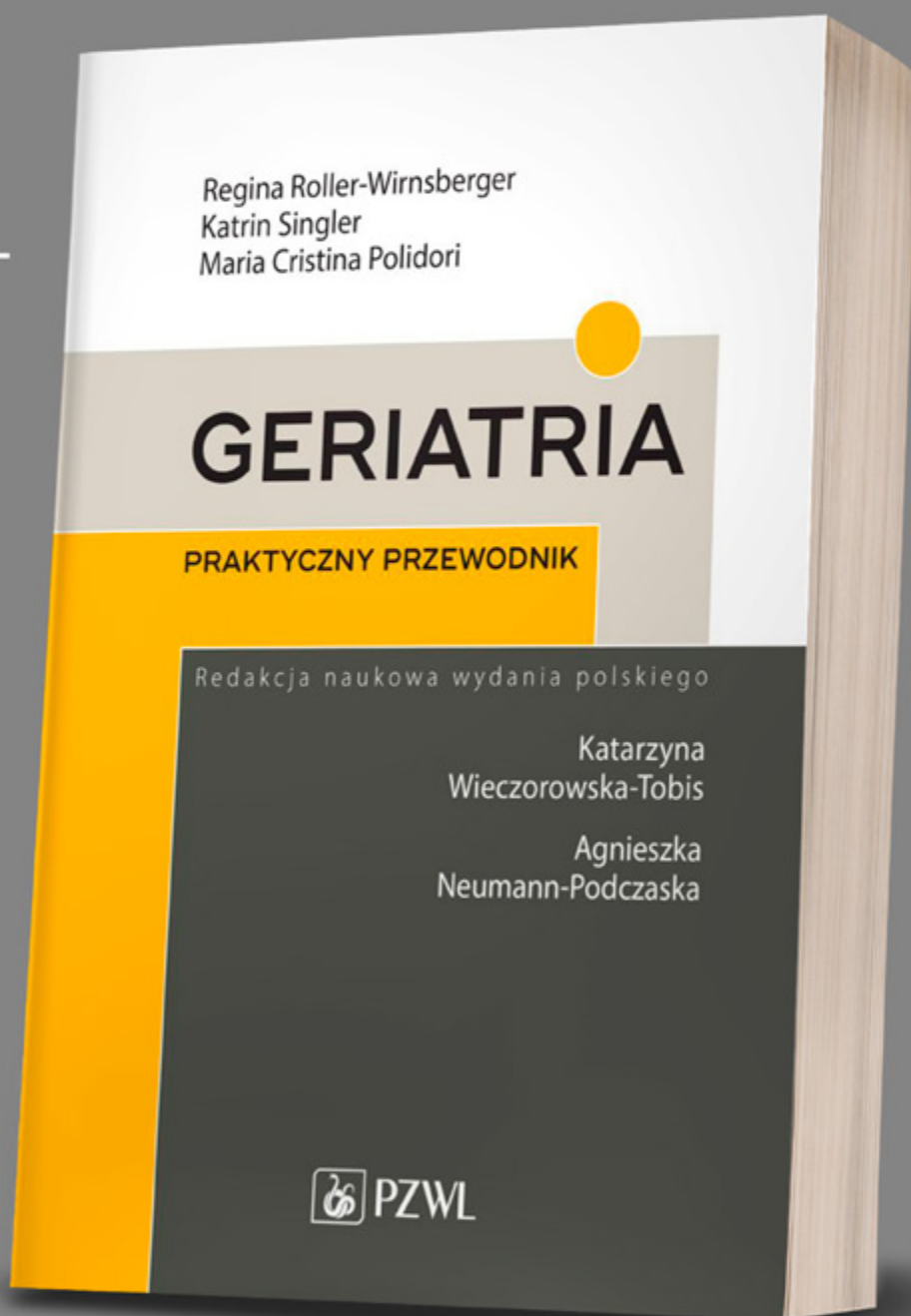
SZEROKA I ZŁOŻONA PROBLEMATYKA WIELOCHOROBOWOŚCI

Wybitni eksperci europejscy

Patronat
European Union Geriatric
Medicine Society (EUGMS)



SPRAWDŹ



Aktywność fizyczna jako modyfikowalny czynnik tempa starzenia

Anna Skrzek

Aktywność fizyczna jest koniecznością, stanowi jeden z czynników silnie determinujących zdrowie psychofizyczne człowieka i powinna być stałym elementem życia w każdym okresie. Definiowana jest jako „każdy ruch ciała powstały w wyniku pracy mięśni szkieletowych, który skutkuje wydatkiem energetycznym”. Przejawia się w następujących formach: aktywność zawodowa, sportowa, kondycyjna, domowa oraz związana z innymi czynnościami.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) „aktywność fizyczna to wszelkiego rodzaju czynności związane z ruchem podejmowane w życiu codziennym, począwszy od pracy, wypoczynku, a skończywszy na uprawianiu sportu”.

Już 2,5 tysiąca lat temu Arystoteles głosił, że „nic tak nie rujnuje człowieka jak bezruch”. Dzieje się tak, ponieważ ruch jest największym biologicznym stymulatorem ludzkiego organizmu. Systematyczna, umiarkowana aktywność ruchowa to lekarstwo na choroby cywilizacyjne, to warunek dobrego samopoczucia i skuteczna forma opóźniania inwolucyjnych zmian organizmu prowadzących do niepełnosprawności.

Ruch to sprawność, samodzielność, niezależność. Starzenie się jest procesem fizjologicznym powodującym nieodwracalne zmiany narządowe, które sprzyjają powstawaniu wielu chorób. Dzięki systematycznym ćwiczeniom fizycznym proces inwolucyjny może zostać spowolniony. Należy zatem zachęcać osoby starsze do podejmowania różnych form aktywności fizycznej, aby mogły być sprawne fizycznie i psychicznie. Aktywny styl życia wraz z istotną rolą aktywności fizycznej są ważnymi predyktorami jakości życia osób starszych, o czym pisano już wielokrotnie. Regularne ćwiczenia fizyczne są potencjalnym czynnikiem zapobiegającym starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w wieku podeszłym, zmniejszając ryzyko zaburzeń poznawczych i demencji, a także wpływając pozytywnie na samopoczucie osób starszych.

Aktywność fizyczna ma istotny wpływ na narząd ruchu. Widoczne jest spowolnienie zmian inwolucyjnych zachodzących w postawie osoby starszej. Wykazano, że odpowiednio dobrane ćwiczenia wzmacniające mięśnie klatki piersiowej, kręgosłupa oraz mięśnie brzucha wpływają pozytywnie na zmniejszenie kąta kifozy piersiowej. Odpowiedni program ćwiczeń funkcjonalnych znacząco poprawia siłę mięśniową, a także gęstość mineralną kości nawet u starszych kobiet z niską wydolnością fizyczną. Odpowiednio dobrane formy aktywności fizycznej u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów mogą działać przeciwbólowo oraz pozytywnie wpływać na sprawność fizyczną.

Opisywano również wpływ aktywności fizycznej na procesy przebiegające na poziomie komórki, dowodząc, że długość telomerów w chromosomach leukocytów zależy od bodźców ruchowych. Często podkreśla się też pozytywny wpływ aktywności na obniżenie śmiertelności.

Regularny wysiłek fizyczny ma także pozytywny wpływ na czynność śródbłonna naczyniowego, metabolizm lipidów i węglowodanów, parametry układu krzepnięcia i fibrynolizy, co uzasadnia znaczenie aktywności fizycznej w profilaktyce pierwotnej i wtórnej chorób sercowo-naczyniowych u osób starszych.

Podsumowując, korzyści wynikające z regularnej aktywności fizycznej w profilaktyce procesów starzenia się, to:

- poprawa ogólnego samopoczucia (dostarczanie przyjemności i radości);
- podtrzymywanie i poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego;
- wspomaganie prewencji pierwotnej i wtórnej określonych stanów (np.: stres, lęk, ból) i chorób (m.in. schorzenia sercowo-naczyniowe, otyłość, cukrzyca typu 2, hiperlipidemia, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, niektóre choroby nowotworowe, depresja);
- minimalizacja skutków niesprawności (zaburzenia równowagi, upadki);
- poprawa funkcjonalności w zakresie czynności dnia codziennego;
- zachowanie niezależnego trybu życia, poprawa jakości życia.

Podstawowe zasady stosowania aktywności fizycznej

Według zaleceń WHO każdy człowiek powinien być aktywny fizycznie w stopniu przekraczającym wysiłek wynikający z czynności dnia codziennego. Podejmowana aktywność fizyczna w stopniu umiarkowanym odpowiada 5–7 sesjom treningowym w ciągu tygodnia, trwającym 30–40 minut. Takie działania mogą przybierać formę tzw. prac domowych o umiarkowanym nasileniu i powtarzanych regularnie.

Ze względu na zróżnicowany przebieg starzenia się organizmu konieczne jest indywidualne planowanie aktywności fizycznej. Dobór aktywności dla osób starszych zależy przede wszystkim od ich stanu zdrowia oraz od stopnia sprawności fizycznej. Bez względu na cel tej aktywności konieczna jest wnikliwa ocena stanu funkcjonalnego każdej osoby ze szczególnym uwzględnieniem przeciwwskazanych form i środków planowanego ruchu, a nawet zaniechanie niektórych z nich. Aby ćwiczenia były bezpieczne, konieczne jest określenie aktualnego stanu zdrowia. W tym celu należy skonsultować się z lekarzem, który dokona kwalifikacji medycznej. W orzeczeniu powinny zostać uwzględnione przeciwwskazania do wysiłku fizycznego i określona maksymalna intensywność ćwiczeń. Zaplanowanie indywidualnego programu aktywności fizycznej dla osób starszych obciążonych chorobowo wymaga zbadania całej historii choroby danej osoby oraz stanu wydolnościowego różnych układów i narządów. Pozwoli to ocenić złożoność obrazu pacjenta i na tej podstawie opracować kompleksowy plan.

Osoby starsze, w związku ze zmniejszeniem rezerwy fizjologicznej, mają zwiększone ryzyko wystąpienia chorób związanych z wiekiem, takich jak nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, neurodegeneracyjne czy cukrzyca. Dla osób z niektórymi chorobami związanymi z wiekiem ćwiczenia są bezwzględnie przeciwwskazane, podczas gdy w innych przypadkach należy unikać szczególnego rodzaju ćwiczeń lub ograniczać ich intensywność. U chorych na cukrzycę nie wolno podejmować ćwiczeń, jeżeli poziom cukru sprawdzony przed wysiłkiem wynosi poniżej 100 mg/dl (5,5 mmol/l) lub powyżej 300 mg/dl (16,6 mmol/l).

Wysiłek fizyczny opiera się na pracy mięśni, które spalają glukozę, aby uzyskać energię. Taki wysiłek u osoby z cukrzycą w pewnych okolicznościach może powodować nadmierne zmniejszenie stężenia cukru we krwi – hipoglikemię.

Można się jednak przed tym zabezpieczyć, stosując kilka prostych zasad:

- nie należy ćwiczyć na czczo;
- najlepiej podejmować wysiłek po ok. 2 godzinach od lekkiego posiłku;
- idąc na spacer lub na trening, powinno się mieć przy sobie łatwo przyswajalne węglowodany, np. glukozę, cukier w kostkach;
- konieczne jest zapewnienie odpowiedniego spożycia płynów i niedopuszczenie do wystąpienia uczucia pragnienia;
- aby nie doprowadzić do odwodnienia i przegrzania organizmu, należy pić w trakcie ćwiczeń; najlepiej co 20 minut 150–200 ml płynu; jeżeli wysiłek trwa dłużej, napój powinien zawierać cukier, który dostarczy energii, a jednocześnie zabezpieczy przed hipoglikemią.

Również rozwój niewydolności serca powoduje konieczność ostrożnego stosowania ćwiczeń. Przeciwwskazaniami do nich są: duszność w spoczynku, zwężenie zastawki aortalnej, zapalenie osierdzia, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie wsierdzia, gorączka i ciężkie nadciśnienie tętnicze. Pacjenci z neuropatią i cechami stopy cukrzycowej powinni się powstrzymać z ćwiczeniami obciążającymi. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, których ciśnienie krwi jest wyższe niż 180/105, powinni rozpocząć farmakoterapię przed rozpoczęciem regularnej aktywności fizycznej.

Korzystny wpływ ćwiczeń na układ oddechowy był już wielokrotnie potwierdzony. Nie ma żadnych bezwzględnych przeciwwskazań dla umiarkowanych ćwiczeń w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POCHP). Jednak zaostrzenie objawów POChP, zaostrzenia objawów astmy czy inne przypadki infekcji, związane ze zwiększoną śmiertelnością i hospitalizacją, wymagają przerwy w stosowaniu aktywności fizycznej.

Istnieją takie stany, jak ostra faza choroby zwyrodnieniowej stawów czy reumatoidalnego zapalenia stawów, w których ćwiczenia są przeciwwskazane. W przypadku zdiagnozowania osteoporozy ze znaczną utratą masy kostnej aktywność fizyczna powinna obejmować działania o niskim ryzyku upadków.

Nowotwory u osób starszych są coraz bardziej powszechnym problemem, ze względu na przedłużenie średniej długości życia ludności w wielu krajach rozwiniętych. Aktywność

fizyczna jest przeciwwskazana u pacjentów leczonych chemioterapią lub radioterapią, gdy stwierdzona zostanie ciężka leukopenia, anemia lub trombocytopenia. Pacjenci z przerzutami do kości nie powinni wykonywać ćwiczeń siłowych przy dużym obciążeniu.

Aktywność fizyczna o charakterze profilaktycznym

Dla osób w wieku starszym aktywność fizyczną o charakterze profilaktycznym powinien stanowić naturalny, umiarkowany ruch ułatwiający zachowanie optymalnej kondycji fizycznej przez właściwy dobór form i środków metodycznych. W programach zdrowotnych preferowanymi formami aktywności rekreacyjnej są ćwiczenia proste, cykliczne oraz możliwe do wykonywania przez każdego, bez względu na wiek oraz płeć. Wysiłek fizyczny osób w wieku podeszłym powinien być systematycznym wysiłkiem aerobowym (tlenowym, pokrywającym energetyczne zapotrzebowanie organizmu) i prowadzonym według programu dostosowanego do indywidualnych potrzeb i możliwości ćwiczącego.

Określanie poziomu zmęczenia w praktyce jest trudne. Łatwo przekroczyć próg wydolności i możliwości przyśtosowawczych, zwłaszcza u osób ćwiczących ze szczególnym zapalem oraz w przypadku ćwiczeń wykonywanych na zasadzie współzawodnictwa. Prawidłowa ocena niepokojących objawów należy do fizjoterapeuty i jest niezwykle ważnym elementem podczas prowadzenia ćwiczeń ruchowych. Przy każdej formie aktywności należy pamiętać o zasadzie dawkowania ćwiczeń, ich tolerancji przez organizm oraz uwzględnić wskazania i przeciwwskazania. Do metod kontroli obciążeń w trakcie wysiłku można zaliczyć pomiar częstości skurczów serca oraz skalę Borga, według której za granicę dla bezpiecznego treningu przyjmuje się 11–12 punktów.

Istnieje wiele form aktywności ruchowej, które mogą być realizowane przez osoby starsze. W indywidualnym planowaniu powinny dominować ćwiczenia wytrzymałościowe (aerobowe). Należą do nich spacer, bieganie, jazda na rowerze, rolkach, nordic walking, taniec, zabawy i gry rekreacyjne, a także chodzenie po górach czy kopanie ogródka. Ważne są również ćwiczenia siłowe (oporowe), które prowadzą do zwiększenia siły i masy mięśniowej.

Przykładem ćwiczeń siłowych są wszystkie ćwiczenia z obciążeniem (np. ćwiczenia z hantlami) lub z wykorzystaniem ciężaru własnego ciała, np. pompki, przysiady. Ćwiczenia równoważne pomagają w utrzymaniu równowagi, przeciwdziałając upadkom, które mogą być przyczyną złamań, innych obrażeń i często niepełnosprawności. Ponadto zaleca się wplatanie do planu ćwiczeń rozciągających, takich jak stretching, joga czy pilates. Polegają na delikatnym rozciąganiu poszczególnych partii mięśni. Bardzo korzystne dla organizmu człowieka starszego są ćwiczenia o charakterze interwałowym. Zespół doktora Matthew M. Robinsona z Mayo Clinic w Rochester (USA) wykazał, że intensywny trening interwałowy (HIIT – High Intensity Interval Training), czyli krótkie okresy intensywnego wysiłku, przeplatane wysiłkiem umiarkowanym, może skorygować związane z wiekiem zmiany w mitochondriach.

W pracy opublikowanej w 2017 roku, na łamach pisma „Cell Metabolism”, wykazano, że parametry opisujące sprawność mitochondriów poprawiły się pod wpływem treningu aż o 69%. Wzrosła także wrażliwość na insulinę, co oznacza zmniejszenie ryzyka cukrzycy. Wykazano, że trening interwałowy o wysokiej intensywności może indukować lepsze zmiany we wskaźnikach wskazujących na stan zdrowia w porównaniu z ciągłym treningiem o umiarkowanej intensywności, również u osób starszych. Wymaga to jednak dalszych badań potwierdzających możliwość zastosowania tego rodzaju treningu jako zaleceń aktywności fizycznej wśród osób starszych. Bardzo istotne wydaje się zachęcanie seniorów do samodzielnego podtrzymywania kondycji psychofizycznej. Jest to konieczne w związku z bardzo niskim poziomem zaangażowania polskich seniorów w aktywność rekreacyjną.

Badanie GUS z roku 2009 wskazuje, że udział Polaków po 60. roku życia w aktywności sportowo-rekreacyjnej stanowi 17,3% zbiorowości. Przyczyn niskiego zaangażowania należy upatrywać w braku wiedzy na temat znaczenia ruchu w wypoczynku. Ponadto jedną z głównych barier zniechęcających do podejmowania systematycznych ćwiczeń fizycznych są obawy seniorów związane z problemami zdrowotnymi.

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała wytyczne będące podstawą do podejmowania aktywności fizycznej przez osoby po 60. roku życia, u których brak przeciwwskazań medycznych:

- należy ograniczyć siedzący tryb życia i podejmować aktywność fizyczną tak często, jak jest to możliwe;
- przed rozpoczęciem ćwiczeń należy skonsultować ich dobór z kompetentnym instruktorem oraz lekarzem;
- ćwiczenia należy dostosować do możliwości morfofunkcjonalnych ćwiczącego; początkowo należy wykonywać ćwiczenia o niskiej intensywności, stopniowo podnosząc ich intensywność i stopień trudności;
- program ćwiczeń powinien być oparty na formach aerobowych (wytrzymałościowych); osoby o niskim poziomie wydolności powinny ćwiczyć 5 razy w tygodniu po 30 minut, natomiast seniorom o średnim i wysokim poziomie sprawności fizycznej zalecane jest wykonywanie ćwiczeń wydolnościowych o podwyższonej intensywności 15 minut każdego dnia;
- dopełnieniem programu powinny być ćwiczenia gibkościowe, relaksacyjne, równoważne i siłowe wykonywane 3 razy w tygodniu;
- osoby starsze o słabej zdolności poruszania się powinny wykonywać 3 lub więcej razy na tydzień ćwiczenia poprawiające równowagę i zapobiegające upadkom;
- jeśli osoby starsze nie mogą wykonać zalecanej dawki ćwiczeń fizycznych ze względu na stan zdrowia, powinny pozostać aktywne fizycznie na tyle, na ile pozwalają im na to ich możliwości i okoliczności, w jakich się znajdują;
- program może być przeprowadzany indywidualnie lub w grupie nadzorowanej lub nienadzorowanej;
- zalecane są proste formy aktywności fizycznej (chodzenie, taniec, pływanie, jazda na rowerze, ćwiczenia na krześle lub na łóżku);
- preferowaną formą jest zabawa – powodująca przyjemność z wykonywanych ćwiczeń oraz odpężenie.
- przy braku aktywności fizycznej – należy rozpocząć ją z niewielką intensywnością, sesjami trwającymi mniej niż 10 minut i stopniowo wydłużać czas; dobrym początkiem może być wolny spacer, stopniowo można dołączać ćwiczenia o umiarkowanej intensywności, natomiast należy unikać ćwiczeń energicznych, które niesłyby ze sobą zbyt duże ryzyko kontuzji;
- przy istnieniu ograniczeń funkcjonalnych – regularne ćwiczenia fizyczne są bezpieczne i wpływają na poprawę możliwości funkcjonalnych;
- w okresie rekonwalescencji, po przebytej chorobie lub kontuzji – należy stopniowo zwiększać intensywność ćwiczeń, powracając do wcześniejszego poziomu;
- przy stopniowym zwiększaniu aktywności fizycznej w celu zmniejszenia masy ciała – spożycie kalorii należy jednocześnie zredukować po to, by osiągnąć równowagę energetyczną i odpowiednią masę ciała;
- dodatkowo zalecane są ćwiczenia funkcjonalne wykonywane w celu utrzymania aktywności dnia codziennego – zalicza się do nich ćwiczenia samoobsługi i zmiany pozycji, ma to na celu zmniejszenie ryzyka niesprawności.

Aktywność fizyczna dla osób z ograniczeniami funkcjonalnymi

Osoby będące w wieku podeszłym, ze względu na występujące u nich choroby przewlekłe, nadwagę, otyłość nie zawsze są zdolne do uzyskania efektów zdrowotnych na skutek uprawianej aktywności fizycznej.

Podstawowe zasady aktywności fizycznej dla seniorów z ograniczeniami ruchowymi zostały opracowane przez Bassem Elsayy i Kim Higgins:

Aktywność fizyczna dla seniorów ze schorzeniami kardio-naczyniowymi

Dla seniorów ze schorzeniami kardio-naczyniowymi w profilaktyce pierwotnej i wtórnej najbardziej wskazaną formą są ćwiczenia wytrzymałościowe, tlenowe (aerobowe), o małej lub średniej intensywności dobrze tolerowane: spacer, marsz, nordic walking, pływanie, tai-chi, joga, różne formy relaksacji i pracy z ciałem, ćwiczenia w wodzie, taniec oraz ćwiczenia oporowe. Zalecana jest regularna aktywność fizyczna, minimum 30 minut dziennie, 5 razy w tygodniu, a najlepiej codziennie. Należy pamiętać o tzw. rozgrzewce przed ćwiczeniami właściwymi (5–10 min) i relaksie, wyciszeniu w końcowej części treningu (10–15 min).

Osoby starsze leczone z powodu chorób kardio-naczyniowych mają aplikowane wysiłki fizyczne w prewencji wtórnej zgodnie z wytycznymi kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Każdorazowo, przy zaleceniach dotyczących samodzielnych wysiłków fizycznych, senior powinien otrzymać szczegółowy instruktaż, dotyczący rodzaju, sposobu wykonywania ćwiczeń fizycznych, intensywności i częstości oraz zasad autokontroli (informacja o objawach nietolerancji, jak

ból w klatce piersiowej, duszność, bóle mięśni, o konieczności przerwania ćwiczeń i ewentualnej konsultacji z lekarzem). Bezpieczeństwo treningu zdrowotnego u osób starszych zapewnia wyszkolony personel, kontrola parametrów hemodynamicznych (tętna i ciśnienia tętniczego krwi), a także telemonitoring, coraz powszechniej stosowany w prewencji i rehabilitacji kardiologicznej.

Przykładowe formy aktywności fizycznej

Samoobsługa i wykonywanie codziennych czynności w warunkach domowych stanowią doskonałą formę aktywności fizycznej dla seniorów. Mogą to być zajęcia o charakterze profilaktyki pierwotnej, czyli codzienna niezbędna dawka ruchu zwiększająca wydolność i odporność organizmu. Poprawa samodzielności wpływa na dobry nastrój, redukując występującą w tym okresie życia skłonność do depresji.

Bardzo ważnym zagadnieniem związanym ze sprawnością ruchową jest utrzymanie równowagi, a w konsekwencji – sprawnej lokomocji. Ćwiczenia równoważne i poprawiające siłę mięśniową sprawiają, że ustępuje często trapiący seniorów lęk przed upadkami. W celu poprawy wytrzymałości proponuje się: prace w ogrodzie (np. grabienie liści), chodzenie do sklepu, zabawy z wnukami, opiekę nad zwierzętami domowymi, sprzątanie (np. odkurzanie, mycie podłogi). W celu zwiększenia siły mięśniowej zaleca się: prace w ogrodzie (np. przenoszenie skoszonej trawy), opiekę nad małymi dziećmi (noszenie), przynoszenie zakupów, sprzątanie (przenoszenie wypranych rzeczy, wiadra), drobne prace remontowe, odśnieżanie, wstawanie z krzesła, odkręcanie słoików itd. Poprawę gibkości można osiągnąć poprzez zwiększenie zakresu ruchu w poszczególnych stawach: ubieranie butów, skarpet, oglądanie się za siebie (np. jadąc samochodem), prace domowe (np. ścielenie łóżka), mycie się, czesanie włosów itd. W celu poprawy koordynacji i równowagi zaleca się: dokładne i sprawne wykonywanie złożonych ruchów, sięganie do szafki we wspięciu na palcach, schodzenie i wchodzenie po schodach, chodzenie po nierównym terenie bez upadku, jazdę na rowerze.

Wszystkie proponowane formy codziennej aktywności, które nie są ściśle określonymi i zaplanowanymi ćwiczeniami fizycznymi, można określić systemem NEAT (Non Exercises Activity Thermogenesis). NEAT, czyli aktywność niezwiązana z ćwiczeniami, powoduje większe zaangażowanie mięśni

w wykonywaniu czynności dnia codziennego. NEAT zwiększa całkowity wydatek energetyczny organizmu. Proponowane formy aktywności fizycznej można również podzielić ze względu na wiek i sprawność fizyczną.

Aktywność fizyczna dla osób młodszych: do około 70 lat

Z dyscyplin letnich polecane są: spacer, marsze, marszobieg, nordic walking, jogging, wycieczki górskie (raczej umiarkowane wysokości), praktyka jogi, tai-chi, jazda na rowerze (raczej rower miejski lub trekkingowy niż górski – ze względu na profilaktykę zdrowych pleców), taniec towarzyski, pływanie, żeglarstwo, kajakarstwo.

Z dyscyplin zimowych odpowiednie jest narciarstwo biegowe i zjazdowe. Ciekawą formą narciarstwa jest skitouring. Jest to forma turystyki górskiej, do której wykorzystuje się narty z możliwością podpięcia specjalnego materiału antypoślizgowego, montowanego na ślizgowej części narty. Pozwala on na podchodzenie do góry bez ześlizgu nawet na znaczne wysokości i swobodne zjeżdżanie w dół.

Aktywność fizyczna dla osób starszych: powyżej 70 lat

Przykładowe formy aktywności fizycznej polecane w kategorii wiekowej 70+ to: spacer w urozmaiconym terenie, nordic walking, tai-chi, elementy jogi w pozycjach bezpiecznych, narciarstwo biegowe, pływanie i ćwiczenia w wodzie, taniec towarzyski, gimnastyka grupowa prowadzona przez wykwalifikowany personel, gry i zabawy zespołowe, trening autorelaksacyjny: metoda Jacobsona (polegająca na rozluźnianiu wszystkich partii mięśni poprzez naprzemienne napięcie i rozluźnianie poszczególnych grup mięśni) oraz metoda Schulza (trening autogenny, mający na celu rozluźnienie się i wyciszenie).

Jeśli chodzi o motywację do podejmowania aktywności ruchowej, większość badanych uprawiających sport lub jakąś formę rekreacji ruchowej wskazuje na przyjemność i rozrywkę. Drugą pod względem liczby wskazań przyczyną jest utrzymanie sprawności ruchowej i kondycji. Motywy ulegają zmianom wraz z wiekiem. W najstarszych grupach wieku przeważająca jest dbałość o zdrowie i sprawność. Dla

starszych respondentów rośnie znaczenie pobudek instrumentalnych, np. zalecenia lekarza, istotne znaczenie ma również motyw towarzyski – chęć spotkań ze znajomymi.

Z danych badań PolSenior wynika, że tylko ok. 40% osób starszych po 65. roku życia podejmuje rekreacyjną aktywność fizyczną, przy czym wskaźnik ten jest najwyższy dla grupy wiekowej 65–69 lat i systematycznie się obniża dla starszych seniorów. Jako bariery ograniczające aktywność fizyczną respondenci wymieniali stan zdrowia. Jednocześnie wielu badanych przyznało, że w ogóle nie odczuwa potrzeby podejmowania aktywności ruchowej. Co warto uwagi, niektóre osoby starsze tłumaczą się brakiem czasu, a jeszcze inne zgadzają się ze stwierdzeniem: „W moim wieku nie wypada”.



 **NA PODSTAWIE:**

Fizjoterapia w geriatrici. Podstawy i nowe trendy
[2019, PZWL]

pod red. nauk. Anny Skrzek, Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis

ZOBACZ

Bestseller!

Najnowsza wiedza



Wejdź na **pzwl.pl**

Rola opiekuna w okresie okołoperacyjnym

Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Sławomir Tobis

Perspektywa hospitalizacji, zwłaszcza w celu wykonania zabiegu operacyjnego, może budzić obawy i być przyczyną reakcji lękowej. Przedoperacyjny lęk jest zgłaszany przez większość hospitalizowanych chorych starszych. Wiadomo też, że hospitalizacja jest dla osoby starszej jednym z dobrze zdefiniowanych czynników ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, w tym m.in. delirium i pogorszenia funkcji poznawczych, nawet u osób bez wcześniejszych zaburzeń. Znaczenie ma tu między innymi nowe, nieznane choremu miejsce, jakim jest szpital. Pamiętać przy tym należy, że zmniejszona umiejętność radzenia sobie ze stresem to jedna z cech procesu starzenia, a zmiana otoczenia (miejsca pobytu, otaczających osób) to – zwłaszcza dla osób starszych – sytuacja stresowa.

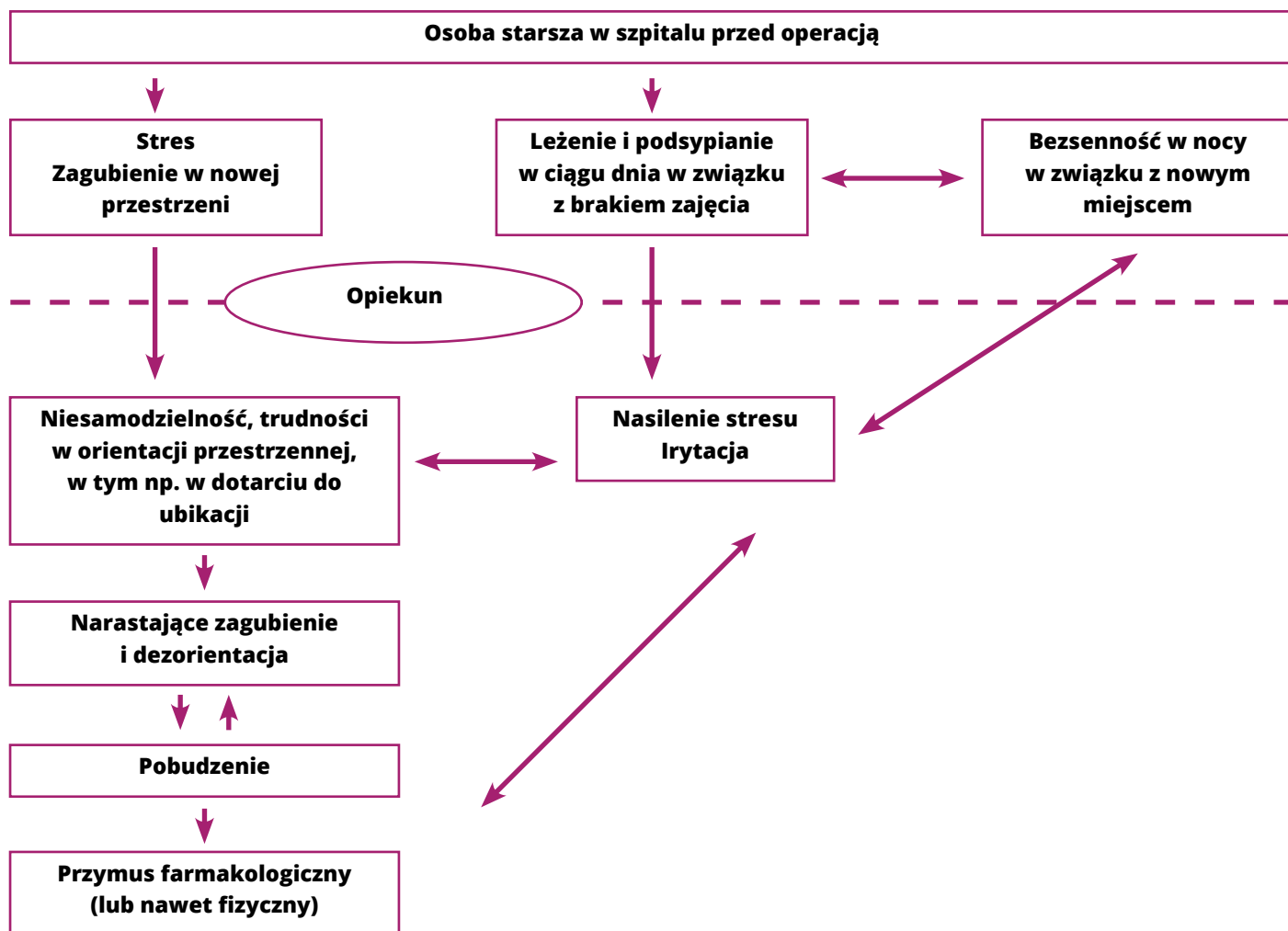
Zagubienie i dezorientacja związane z hospitalizacją mogą prowadzić do pobudzenia, które nasila wcześniejsze zagubienie i podnosi poziom lęku. W związku z tym coraz więcej uwagi poświęca się roli opiekuna, najlepiej tego znanego wcześniej choremu, który może poświęcić swój czas pacjentowi dla sprawowania opieki. Jest to najczęściej ktoś z rodziny; może to być też przyjaciel chorego lub np. sąsiad. Obecność takiej osoby bezwzględnie musi być uzgodniona z chorym, który powinien osobę taką w sposób jawny wskazać – co oznacza, że role i miejsce opiekuna współdefiniuje sam chory. W razie braku takiej osoby dla chorych niesamodzielnych, wymagających pomocy w szpitalu powinien być dostępny profesjonalny opiekun medyczny. Dla wielu chorych, zagubionych w atmosferze szpitalnej, opiekun jest bowiem rodzajem łącznika z personelem i całym trudnym do zrozumienia

szpitalnym światem. Ułatwia on choremu pobyt w szpitalu i zapewnia – także ważne – poczucie bezpieczeństwa.

W obecnych realiach szpitalnych (wobec ogromnego obciążenia personelu pracą, a także w związku z ograniczonym czasem, jaki może on poświęcić pojedynczemu pacjentowi) niewiele jest miejsca na indywidualne podejście do starszego pacjenta i towarzyszenie mu w każdej czynności codziennej. Stąd w takie czynności, jak np. uczenie poruszania się w warunkach oddziału czy karmienie, powinien w razie potrzeby włączyć się opiekun nieformalny, najlepiej znany choremu. Znane są przypadki, kiedy pacjenci starsi byli pieluchowani lub dochodziło u nich do odwodnienia, nie z powodu swojego stanu funkcjonalnego, ale z powodu deficytów opieki. Każde takie zdarzenie może być czynnikiem wyzwalającym dla wystąpienia delirium. Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, w której pacjent starszy, przyjęty do szpitala z powodu planowanego zabiegu operacyjnego w stanie ogólnym do-



brym, nie wraca do zdrowia po udanym zabiegu. Jako że nowe miejsce nasila lęk wynikający z procedur, w które chory jest „wtłoczony”, zdarza się, że z czysto medycznego punktu widzenia trudno znaleźć nieprawidłowości w postępowaniu. W takich sytuacjach obecność opiekuna i jego gotowość do włączenia się do opieki stanowi czynnik warunkujący poprawę stanu pacjenta.



Zagrożenia dla chorego starszego wynikające z braku opiekuna, nasilające się w mechanizmie błędnych kół (linia przerywana wskazuje miejsce, gdzie związki przyczynowo-skutkowe zostają przerwane dzięki obecności i aktywności opiekuna).

Być może geriatria w tym zakresie powinna czerpać z doświadczeń pediatrii. Optymalne jest bowiem rozwiązanie, w którym znany pacjentowi opiekun przebywa z nim również w nocy, co może zapobiec wielu niekorzystnym zdarzeniom. Chory, budzący się w obcym miejscu, może być przestraszony, a obecność znajomej osoby działa uspokajająco, redukując stres. Nie należy niestety do rzadkości sytuacje, w których opiekun (np. syn czy córka) jest przy chorym zaraz po zabiegu, opuszcza szpital w późnych godzinach wieczornych i wracając rano, znajduje chorego poddanego przymusowi farmakologicznemu lub nawet fizycznemu, w związku ze znacznym pobudzeniem.

Sprawność funkcjonalna

Sprawność starszego pacjenta przyjmowanego do szpitala może ulec znacznemu pogorszeniu w warunkach nowego miejsca i w perspektywie operacji. Pacjent bez nietrzymania moczu przy przyjęciu może w krótkim czasie mieć czynnościowe nietrzymanie związane z hospitalizacją, ze względu na problemy z dotarciem do toalety (trudna orientacja w nowym otoczeniu, dłuższy dystans). Może to skutkować pieluchowaniem lub nawet cewnikowaniem pęcherza. Procedury te nie tylko zwiększają ryzyko infekcji układu moczowego, ale przede wszystkim wzmagają stres i lęk, co w konsekwencji może pogorszyć funkcjonowanie poznawcze. Opiekun,

który jest dedykowany pacjentowi, może z nim wielokrotnie przeciwczyć drogę do toalety, ale też w razie potrzeby asystować przy korzystaniu z niej. „Zwykła” dostępność opiekuna (czyli tylko i aż bycie z chorym) umożliwić może utrzymanie przez pacjenta samodzielności w omawianym zakresie, co ma znaczenie nie tylko dla jakości jego życia, ale i rokowania co do szybszego powrotu do stanu zdrowia.

W okresie pooperacyjnym mobilizacja pacjenta do pionizacji i jego uruchamianie to ważne czynniki warunkujące powrót do zdrowia i sprawności sprzed zabiegu. Uczestnictwo opiekuna w uruchamianiu pacjenta po operacji i ćwiczeniach może być znaczącym czynnikiem mobilizującym. Dodatkowo opiekun przebywający z chorym przez dłuższy czas może, po uzgodnieniu z fizjoterapeutą, podjąć się pilnowania przestrzegania zaleceń, zarówno w zakresie regularności ćwiczeń, jak i powstrzymania chorego od niebezpiecznych form aktywizacji. Ważna jest np. stopniowa pionizacja, z czego chory sam może sobie nie zdawać sprawy lub po prostu o tej konieczności zapominać.

Okres okołoperacyjny to także czas wielu obostrzeń dotyczących diety. Na rolę opiekuna w kontekście znaczenia prawidłowego stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta należy więc również zwrócić uwagę, zarówno przed operacją, jak i po operacji. Jest on często wręcz gwarantem utrzymania dobrego stanu odżywienia, gdyż spędzając z pacjentem wiele czasu, może pilnować, aby zalecenia dietetyczne były przestrzegane (np. by posiłki były zjadane). Są to zresztą różne rodzaje oddziaływań, w odniesieniu do różnych stopni niesamodzielności pacjentów w zakresie spożywania posiłków. Czasami pacjenci zjadają jednorazowo tylko niewielkie ilości jedzenia – w takim przypadku konieczne jest zabezpieczenie



reszty posiłku do spożycia w czasie późniejszym, ewentualnie także jego podgrzanie. Już sama organizacja pracy szpitala czyni to trudnym dla personelu. Jest to zatem zadanie właśnie dla opiekuna, który zna przyzwyczajenia pacjenta (nawet jeśli nie, to jest w stanie poświęcić wystarczającą ilość czasu, aby wszystkie problemy zidentyfikować, co jest niezbędnym elementem ich rozwiązania).

W przypadku niektórych chorych karmienie może być czynnością bardzo czasochłonną. W sytuacji braku wystarczającej współpracy starszej osoby z personelem podczas karmienia może zostać podjęta decyzja o rezygnacji z żywienia doustnego i wdrożenia alternatywnych procedur. Konsekwencje takiego postępowania to nie tylko utrata samodzielności, ale też z pewnością pogorszenie jakości życia. Cierpliwy opiekun nakarmi i napoi starszego pacjenta oraz dostosuje tempo i technikę karmienia/pojenia z jednej strony do upodobań chorego, z drugiej – także do potrzeb (np. nie będzie wyręczał osób częściowo samodzielnych, a raczej udzielał umiejętnej pomocy w samodzielnym spożyciu posiłku).

Jeśli chorzy pomimo podejmowanych działań jedzą za mało i są narażeni na ryzyko niedożywienia, co ma szczególne znaczenie w okresie okołoperacyjnym, opiekun może, po

uzgodnieniu z personelem medycznym, podawać pacjentowi dostępne bez recepty lekarskiej (zakupione przez rodzinę) preparaty żywieniowe (oral nutritional supplements, ONS) w formie koktajli (w lubianych przez pacjenta smakach) lub dodatków do posiłków. W kontekście częstego u starszych pacjentów braku pragnienia opiekun powinien też zostać włączony do monitorowania płynów przyjmowanych przez pacjenta (np. poprzez liczenie i odnotowywanie ilości wypijanych płynów). Może zaproponować – po uzgodnieniu z personelem i uwzględnieniu ewentualnych przeciwwskazań – picie lubianych przez niego napojów. Pacjenci bowiem często nie są przyzwyczajeni do picia wody, stąd butelka z wodą stojąca na ich stoliku przez kilka dni nie zostaje opróżniona, mimo podkreślenia przez personel znaczenia prawidłowego nawodnienia. Oczywiście jest, że opiekun w ścisłym okresie okołooperacyjnym, kiedy obowiązuje zakaz spożywania jakichkolwiek pokarmów i napojów, może też upewnić personel, że zalecenia są przestrzegane. To, że pacjent nie otrzymuje posiłków/napojów ze szpitalnej kuchni, nie gwarantuje, że niczego nie zje czy nie wypije, korzystając z własnego zaopatrzenia. Jest to szczególnie ważne w kontekście pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych, w przypadku których opiekun zwróci uwagę, czy pośród rzeczy osobistych, po które pacjent może sięgnąć, nie znajduje się żywność czy napoje.

Komunikacja pacjenta z członkami zespołu terapeutycznego i przestrzeganie zaleceń

Okres okołooperacyjny obfituje w mnogość nowych zaleceń dotyczących leczenia – zarówno farmakologicznego, jak i niefarmakologicznego. Pacjent starszy, szczególnie z zaburzeniami poznawczymi, ale nie tylko, często ma trudności z ich zrozumieniem i zapamiętaniem. Niejednokrotnie powtarzane wielokrotnie przez zagubionego pacjenta pytania frustrują personel medyczny, w efekcie czego udzielane odpowiedzi są zdawkowe i tym bardziej niezrozumiałe. Nasila to stres, który może być czynnikiem wyzwalającym delirium. Niezrozumienie zaleceń jest także prostą drogą do ich nieprzestrzegania. Z drugiej strony, ze względu na małą dostępność obciążonego pracą personelu, chorym może być trudno zadać dodatkowe, wyjaśniające pytania. Czasem pacjenci nie chcą okazać, że czegoś nie zrozumieli lub nie zapamiętali, a czasem po prostu nie chcą sprawiać kłopotu, uważając, że przecież jakoś sobie poradzą. Personel musi być świadomy, że w przypadku chorego starszego zawsze trzeba

upewniać się, czy zalecenia zostały zrozumiane i zapamiętane. Opiekun obecny przy chorym może powtórzyć przekazaną przez personel informację niezbędną liczbę razy lub zapisać ją czytelnie na kartce.

Opiekun także, znając codzienne funkcjonowanie pacjenta, najlepiej rozumie jego ograniczenia i może być w stanie wyjaśnić jego pozornie niezrozumiałe zachowanie lub wypowiedzi. Jeśli zdezorientowany pacjent wędruje po oddziale, gubi się, chce wyjść do domu lub nie jest w stanie logicznie artykułować swoich potrzeb, opiekun poprzez swoją obecność i poświęcony czas (brak pośpiechu) działa uspokajająco. Znany pacjentowi opiekun pomaga wywołać skojarzenie z czymś znajomym, z sytuacjami w domu. Wiedząc, co w warunkach domowych jest w stanie uspokoić chorego, opiekun może proponować zbliżone formy aktywności w warunkach szpitala (czytanie, rozmowa, oglądanie zdjęć czy po prostu odpoczynek w łóżku).

Nie bez znaczenia jest także fakt, że znający pacjenta opiekun jest zwykle w stanie skutecznie wychwycić zmiany jego zachowania, które mogą być trudne do zaobserwowania nawet przez bardzo zaangażowany personel. Może to być np. spowolnienie reakcji (podsypanie pomimo zajęć czy brak zainteresowania ulubionymi aktywnościami) lub przeciwnie – pobudzenie i nerwowość w kontakcie z opiekunem. Ponieważ nagła zmiana stanu psychicznego jest często pierwszym symptomem pogorszenia stanu somatycznego lub zwiastunem delirium, zauważenie tego przez opiekuna i przekazanie komunikatu personelowi jest bardzo ważne, zwłaszcza w okresie okołooperacyjnym. Szybka reakcja może nie tylko zapobiec niepotrzebnemu stosowaniu leków uspokajających, ale także zmniejszyć ryzyko powikłań pooperacyjnych.

W okresie pooperacyjnym ważna jest także ocena i kontrola bólu. U pacjentów z otępieniem konieczne jest stosowanie skal obserwacyjnych. Opiekun, spędzający z pacjentem wiele czasu, odgrywa rolę stałego obserwatora, który łatwiej zauważy np. zmianę mimiki twarzy czy zmiany zachowania, potencjalnie świadczące o istnieniu bólu, i może ten fakt zgłosić.

Przekazanie tej informacji personelowi pomaga w dostosowaniu leczenia przeciwbólowego. Ponieważ kontrola bólu jest ważnym elementem profilaktyki delirium, pozyskanie informacji na temat niezdiagnozowanego/niezgłaszanego

przez pacjenta bólu może być kluczowym elementem poprawy stanu funkcjonalnego w okresie pooperacyjnym.

Ciągłość opieki i wyzwania dla zespołu terapeutycznego

Pacjenci coraz częściej są wypisywani ze szpitala szybko, ze względu m.in. na dążenie do redukcji jednostkowych kosztów leczenia – mogą zatem być w chwili wypisu bardziej zależni. O ile w wielu przypadkach rehabilitacja i zdrowienie zachodzą szybciej w warunkach domowych niż szpitalnych, o tyle stanowią one jednak znaczące obciążenie dla opiekunów rodzinnych. Na dodatek opiekun często ma trudne do przezwyciężenia poczucie bycia odpowiedzialnym za wszystko. Jego obowiązkiem staje się asystowanie we wszelkich zadaniach, których pacjenci nie są w stanie wykonać samodzielnie – w ich skład wchodzi nie tylko pielęgnacja, higiena i mobilność podopiecznego, ale i zapewnienie odpowiedniego otoczenia, sprawowanie nadzoru, udzielanie wsparcia emocjonalnego, opanowywanie trudnych zachowań, podejmowanie decyzji i pomoc w sprawach związanych z formalnościami, czyli kwestie, w których nieoceniona jest pomoc pracownika socjalnego. Tak więc, zwłaszcza w kontekście pacjentów z zespołem kruchości, kluczowe jest zadbanie o potrzeby w sposób kompleksowy – nie tylko pacjenta, ale i opiekuna.

Opiekun rodzinny powinien być od początku traktowany jako pełnoprawny członek wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, a do obowiązków zespołu powinno należeć także sprawdzenie warunków środowiskowych pacjenta (czyli otoczenia, do którego jest on wypisywany), co leży w kompetencjach pielęgniarki lub terapeuty zajęciowego. Personel też musi sobie zdawać sprawę, że potrzeby pacjenta mogą być postrzegane odmiennie przez opiekuna, stąd niezbędna staje się otwarta, pozbawiona barier rozmowa. Opiekunowie przeważnie oczekują od personelu rzetelnych informacji co do stanu swojego podopiecznego. Obraz sytuacji należy jednak budować stopniowo, adekwatnie do możliwości akceptacji poszczególnych etapów wiedzy, tak aby nie zrzucić całego wyzwania na osobę nieprzygotowaną. Szczególną uwagę należy przy tym zwrócić na ewentualny lęk współmałżonka występujący w kontekście zagrożenia życia pacjenta.

Opiekunowie wskazują na szereg problemów i obaw związanych ze zbliżającym się wypisem pacjenta ze szpitala, wśród których wymieniają przede wszystkim niedostateczną edukację i nieprzygotowanie do pełnienia nowej funkcji. Rzadko są angażowani w planowanie pobytu pacjenta w szpitalu (które daje im świadomość zadań, jakie mogą stać się ich udziałem po wypisie). W końcowej fazie pobytu pacjenta w szpitalu są zatem konfrontowani z sytuacjami, na które nie zostali przygotowani. Z nowymi problemami dają sobie lepiej radę wtedy, gdy wiedzą, czego należy się spodziewać – stąd zaangażowanie ich w proces planowania wypisu ma podstawowe znaczenie dla możliwości przejścia przez nich opieki nad pacjentem po wyjściu ze szpitala. W dodatku opiekunowie często poszukują poza szpitalem wiedzy co do swojej nowej roli, co wydaje się wskazywać na niedostatek zaufania w relacji z personelem.

Stan emocjonalny opiekuna rodzinnego odgrywa ważną rolę w powrocie do zdrowia pacjenta, przy czym głównymi predyktorami niepowodzenia tego procesu są poczucie braku pewności działania oraz depresja występująca u opiekuna. Personel medyczny powinien zatem uznać opiekuna rodzinnego za osobę potrzebującą wsparcia zarówno praktycznego, jak i emocjonalnego. Powinien posiadać umiejętności w zakresie efektywnej komunikacji oraz cechować się empatycznym podejściem w ocenie potrzeb opiekunów, szczególnie w okresie obejmującym wypis ze szpitala.

Rekomendacje praktyczne

Opiekun odgrywa ważną rolę w przyspieszeniu powrotu do zdrowia chorego starszego po operacji i prewencji powikłań pooperacyjnych. Włączenie opiekuna dostępnego, znanego choremu, za jego zgodą, jest niezbędnym elementem właściwej opieki okołoperacyjnej, a więc opiekun powinien być postrzegany jako osoba podejmująca działania na rzecz chorego, wspierająca zespół terapeutyczny. W razie ograniczeń dostępności opiekuna znanego choremu szpital powinien zapewnić opiekuna medycznego dedykowanego chorym niesamodzielnym.



Udział opiekuna chorego starszego w opiece w okresie okołooperacyjnym

 NA PODSTAWIE:

Problemy okołooperacyjne u osób w wieku podeszłym
(2018, PZWL)
pod red. nauk. Tomasza Gradzickiego, Jakuba Keniga

ZOBACZ



Chory w wieku podeszłym w opiece paliatywnej

Aleksandra Modlińska

Opieka paliatywna dotyczy osób w zaawansowanej fazie chorób przewlekłych, w tym nowotworowych. Istotnie częściej schorzenia te występują wśród chorych w wieku podeszłym. Przyjąć można, że obecna wiedza i doświadczenie zespołów hospicyjnych oparte są w znacznej części na pracy w tej właśnie grupie wiekowej. Dotyczy to zarówno kontroli objawów, jak i potrzeb psychospołecznych i emocjonalnych.

Starzenie się to fizjologiczny, nieodwracalny, dynamiczny i długotrwały proces, w którym pojawiają się i współistnieją kolejne zmiany w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Z upływem czasu dochodzi do naruszenia równowagi organizmu, a w efekcie – do zwiększenia chorobowości i śmiertelności.

Procesy starzenia rozpoczynają się już w średnim wieku, a za początek starości przyjmuje się 60. lub 65. rok życia. Naturalnie im starsza populacja, tym wyraźniejsza konieczność adaptacji ogólnie przyjętych zasad do ograniczeń związanych z wiekiem. Inna jest bowiem sytuacja człowieka 70-letniego niż 85-latka, mimo że obaj przekroczyli wyznaczoną przez WHO granicę wieku podeszłego. Na początku XX w. średni czas przeżycia dla kobiet wynosił około 50 lat. Od 2000 r. średnia długość życia Polaka wydłużyła się o 3 lata. Według danych GUS w 2012 r. kobiety żyły w naszym kraju przeciętnie 81 lat, mężczyźni – 72,7, co oznacza odpowiednio 5,8 i 6,5 roku dłużej w porównaniu z 1990.

Szacunkowe dane amerykańskie wskazują, że populacja 65-latków i starszych podwoi się w ciągu najbliższych 40 lat i osiągnie ponad 88 mln (z 40 mln w 2010 r.). Prawdopodobieństwo, że osoba powyżej 85. roku życia pozostanie sprawna wzrosło w latach osiemdziesiątych minionego stulecia o 30%. Nadal jednak długoterminowej pomocy potrzebuje co najmniej 70% osób liczących więcej niż 65 lat.

W swoich obserwacjach na temat starzenia Neugarten dzieli populację na młodych-starych (young-old, 55–75 lat) i starych-starych (old-old, powyżej 75 lat). Wśród geriatrów i gerontologów również coraz częściej za granicę wieku podeszłego uważa się 75. rok życia. Człowiek w wieku 60–74 lat pozostaje w okresie tzw. starości wczesnej. Neugarten słusznie zauważa, że negatywne stereotypy na temat osób starszych (chorzy, biedni, niemili, nieatrakcyjni) oparte są na obserwacji tej drugiej, starszej grupy i przenoszone na osoby młodsze.

Starość pomyślna (nazywana też fizjologiczną lub starzeniem prawidłowym) występuje, gdy wszelkie zmiany inwolucyjne w narządach i układach stanowią wynik samego procesu starzenia się. Procesy zanikowe w starzejącym się organizmie są postępujące i nieuchronne. Ubytki funkcjonalnych struktur w narządach mięsistych 80-latka dotyczą od 20 do 40% stanu z okresu szczytowego rozwoju (tj. ok. 20–25 lat). Zmniejsza się rozmiar narządów (nerek, wątroby) i wielkość przepływów. Obserwujemy zmniejszenie hepatocytów, spadek liczby i zmniejszenie się rozmiaru czynnych nefronów. Już od 20. roku życia maleje przepływ nerkowy (1% na każdy rok), obniża filtracja kłębuszkowa (0,5% rocznie), zmniejsza się wydzielanie cewkowe i reabsorpcja (o 0,5% każdego roku). Po 30. roku życia przepływy w wątrobie spadają o 1% rocznie.

Osoby starsze muszą stawić czoło również zmianom w sferze komunikacji i zdolności do przyswajania wiedzy. Starzeniu się towarzyszą normalne dla tego okresu życia, postępujące zaburzenia funkcji zmysłów. Pogarsza się słuch i ostrość widzenia, zmniejsza tempo procesów myślowych i pamięć robocza. Ryzyko zaburzeń funkcji poznawczych wiąże się też z większym ryzykiem zmian patologicznych. Choroba Parkinsona czy przebyty udar mózgu mogą przyczynić się do niepomysłnego (niefizjologicznego) przebiegu starzenia.

W starości niepomysłnej (starzenie patologiczne) na starzenie fizjologiczne nakładają się zmiany wynikające ze współistniejących schorzeń. Mogą one przyspieszać lub wkląć proces starzenia się organizmu. Wśród nakładających się na siebie zaburzeń wyróżniamy choroby typu in-aging lub off-aging.

In-aging to schorzenia, których przebieg różni się w wieku podeszłym od młodszych grup wiekowych. Nietypowo

mogą przebiegać m.in. choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby tarczycy, infekcje układu oddechowego. Pojawiają się nowe i nakładają na już istniejące czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Jednocześnie z wiekiem maleje różnica ryzyka zgonu wieńcowego między populacją mężczyzn i kobiet. Podobna jest dynamika występowania otyłości.

Choroby off-aging są postrzegane jako typowe dla okresu starości. To m.in. otępienie, zaburzenia funkcji zwieraczy, skłonność do upadków i odleżyny u chorych leżących. Otępienie należy do zmian psychopatologicznych, które co prawda występują znacznie częściej w omawianej tu grupie pacjentów, nie powinny być jednak jednoznacznie wiązane ze starością. Starzeniu się towarzyszy wzrost liczby różnych typów otępienia. O ile dotyczy ono mniej niż 1% osób poniżej 60. roku życia, o tyle od siódmej dekady obserwuje się stały wzrost tego odsetka – demencja dotyka 25% populacji po 85. roku życia i prawie 40% w wieku 90–95 lat. Według pesymistycznych prognoz starzenie się społeczeństw przyniesie jeszcze w tym stuleciu co najmniej kilkukrotne zwiększenie się liczby rozpoznawanych przypadków otępień. Szacuje się, że w 2010 r. na świecie żyło ok. 35,6 mln osób z demencją, przy czym oczekuje się podwajania tej liczby co 20 lat, tak że osiągnie ona wielkość 65,7 mln chorych w 2030 r. i ponad 115 mln – w 2050.

W otępieniu typu choroby Alzheimera początek zaburzeń występuje nagle, po czym postępują one stopniowo, lecz nieodwracalnie. To najczęstszy typ otępienia wśród rasy kaukaskiej, choć w Polsce sytuacja jest nieco inna. Tutaj pierwsze miejsce co do częstości występowania zajmuje otępienie naczyniowe/naczyniopochodne. Prawdopodobnie ma to związek z krótszym czasem życia w naszym kraju. Szczyt zachorowań na alzheimera przypada bowiem na 8.–9. dekadę życia. Między 64. a 74. rokiem życia dominuje otępienie naczyniowe, w którym czas przeżycia jest zresztą istotnie krótszy. Należy pamiętać o możliwości występowania zaburzeń odwracalnych dających obraz demencji pozornej, której przyczyną mogą być:

D – drugs – leki;

E – emotion – zaburzenia afektywne, np. depresja;

M – metabolism – zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne;

E – eye/ear – zaburzenia wzroku i słuchu;

N – neurology/nutrition – zaburzenia neurologiczne i odżywiania;

T – tumor/trauma – guzy, urazy;

I – infection – infekcje;

A – alcoholism – alkoholizm.

Problemem wieku podeszłego jest też występowanie zaburzeń świadomości o charakterze zespołu majaczeniowo-zamroczeniowego. Do najważniejszych przyczyn należą infekcje układu moczowego i oddechowego, a poza tym gorączka, reakcja na leki, hipoglikemia, hiperkalceemia czy inne zaburzenia elektrolitowe oraz metaboliczne. Patologiczne zaburzenia funkcji poznawczych są jednym z najczęstszych powodów niepełnosprawności i utraty samodzielności osób w wieku podeszłym. Zmiennemu nasilaniu się dezorientacji towarzyszy narastanie problemów dotyczących codziennego funkcjonowania. W opinii opiekunów do najważniejszych należą: zaburzenia rytmu snu i czuwania, błędzenie, niepokój psychoruchowy, lęk i pobudzenie. Pielęgnację utrudnia nietrzymanie moczu i stolca oraz skłonność do upadków wikłanych złamaniami kończyn i postępującą zależnością od innych.

Depresja wśród chorych w wieku podeszłym charakteryzuje się złożonym patomechanizmem oraz różną reakcją na wdrożoną terapię. Na obraz depresji składają się zarówno warunki psychosocjalne (samotność, wdowieństwo, niepełność, problemy finansowe), jak i fizjologiczna dla procesów starzenia stopniowa utrata neuronów ze spadkiem aktywności układu noradrenergicznego, serotonergicznego i dopaminergicznego. W sytuacji współistniejącej zagrażającej życiu choroby przewlekłej ryzyko depresji pogłębiają źle kontrolowane objawy fizyczne – duszność, ból, osłabienie, wyniszczenie.

Depresja występuje więc częściej w przypadku nowotworów złośliwych, schorzeń neurologicznych (udarów mózgu, choroby Parkinsona, otępień) czy zaburzeń endokrynologicznych (niedoczynność tarczycy, niewydolność kory nadnerczy). Ze zwiększonym ryzykiem w tym zakresie wiąże się również przewlekłe przyjmowanie niektórych leków, jak m.in.: beta-blokery, benzodiazepiny, glikokortykosteroidy, interferon.

Klinicznie depresję w wieku podeszłym często charakteryzują:

- drażliwość;
- niepokój psychoruchowy z wyraźnie zaznaczonym lękiem (postać agitowana);

- nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych, koncentracji i uwagi (postać rzekomootępienna);
- narastanie niepełnosprawności.

Postać agitowana wiąże się z nasilaniem myśli i działań samobójczych, zwłaszcza wśród starszych mężczyzn. Depresja w wieku podeszłym oznacza ponadto częste i liczne nawroty, niepełne remisje i znaczną odporność na stosowane leczenie.

Jakość życia chorego w wieku podeszłym

Celem działań podejmowanych przez zespoły opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych i ich najbliższych. Podstawowe problemy wieku podeszłego są wspólne zarówno dla seniorów zdrowych, jak i obarczonych rakiem. Jeśli za ocenę jakości życia uznać różnicę między sytuacją realną a oczekiwaną, to jednym z czynników o dużym znaczeniu jest z pewnością sposób, w jaki seniorzy postrzegają swoją starość. Ten odbiór własnego położenia zależy nie tylko od wzajemnego oddziaływania czynników biologicznych (stanu fizycznego pacjenta) i psychicznych, ale też od sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Wiek podeszły wiąże się z rosnącym zapotrzebowaniem na pomoc ze strony otoczenia. Oznacza to utratę niezależności, ale często także dotkliwy brak możliwości zaspokojenia wielu potrzeb, zwłaszcza jeśli wykraczają one poza sferę biologiczną. Starość bywa postrzegana jako czas kolejnych „strat” – utraty roli w pracy, w społeczeństwie, w rodzinie, pozbawienia satysfakcji z podejmowanych działań, utracenia poczucia bycia potrzebnym, braku społecznego uznania itd. Braki te są tym bardziej dotkliwe, im bardziej dotyczą jakże istotnej potrzeby bezpieczeństwa czy zachowania autonomii (również w zakresie decydowania o swoim losie). Niestety, obraz „złotej jesieni”, kiedy to senior i jego otoczenie żyją harmonijnie we wzajemnym zrozumieniu i akceptacji starości, pozostaje zbyt często jedynie w sferze nieosiągalnych ideałów.

Niska jakość życia chorych w wieku podeszłym wiąże się m.in. z trudnościami finansowymi. Zubożenie ekonomiczne jest konsekwencją przejścia na rentę/emeryturę czy coraz większych kosztów leków i usług opiekuńczych. Narastają problemy z dostępem do właściwych form opieki medycznej. Seniorzy szczególnie dotkliwie odczuwają postępujące

„specjalizowanie się” medycyny. Nie jest im łatwo odnaleźć się w ponad 20 specjalnościach podstawowych i ponad 40 szczegółowych, jakie oferuje obecny system opieki zdrowotnej w Polsce. Tymczasem poradni geriatrycznych i specjalistów w tej dziedzinie ciągle jest zbyt mało. Obok trudności organizacyjnych pojawiają się też bariery architektoniczne oraz wydłużający się czas diagnostyki. Co więcej, im węższa specjalizacja, tym mniej możliwa okazuje się wizyta domowa.

Starsi pacjenci nie najlepiej radzą sobie z nowymi wyzwaniami. Łatwiej im skupiać się na własnych, a więc „bezpiecznych”, bo znanych i zrozumiałych, oczekiwaniach. Wiele z nich za kluczowy czynnik determinujący zadowolenie z poziomu opieki uznaje dobrą komunikację z personelem. Większość problemów pojawia się wówczas, gdy chory doświadcza przedmiotowego traktowania i jest postrzegany jako przypadek lub – co gorsza – klient. Pacjenci skarżą się na niezrozumiały język, którym posługują się lekarze, zbyt małą ilość poświęconego im czasu, lekceważenie prawa do ciszy i intymności. Zagubieni w kolejnych reformach systemu czy coraz częstszej konieczności korzystania z sieci internetowej w celu dostępu do placówki opieki medycznej, łatwo reagują agresją lub obniżeniem nastroju.

Pojawienie się przewlekłej, zagrażającej życiu choroby stanowi dodatkowe obciążenie. Obecny już wcześniej lęk przed utratą samodzielności narasta teraz wraz z obawą przed byciem ciężarem dla innych lub umieraniem w samotności. Myśl o śmierci pojawia się przy tym częściej wśród seniorów żyjących samotnie niż aktywnych i towarzyskich.

Anamneza w praktyce

Podstawową czynnością w procesie diagnostycznym jest prawidłowo przeprowadzone badanie podmiotowe. W typowym ujęciu wywiad lekarski składa się z kilku głównych części, tj. ustalenia przyczyny (powodu zgłoszenia się po pomoc), pozyskania informacji na temat poprzedzających chorób i zabiegów oraz wywiadu rodzinnego. Badanie podmiotowe winno obejmować też dane dotyczące statusu socjalno-ekonomicznego pacjenta. Istotne jest, by sposób pozyskiwania wywiadu (kolejność, priorytety) dostosowany został nie tylko do określonej specjalności medycznej, ale przede wszystkim do indywidualnej sytuacji chorego.

Informacje o stanie zdrowia, rozpoznaniu, planowanym postępowaniu i rokowaniu winny być przekazywane w przyjaznym otoczeniu, zrozumiałym dla pacjenta językiem, a jeśli to konieczne – etapami. Diagnoza nie może być ukrywana za niejasnym, pozornie profesjonalnym słownictwem. Pozornie, gdyż lekarza, który nie potrafi dostosować przekazu do poziomu pojmowania chorego, nie można jednak uznać za profesjonalistę, zwłaszcza w zakresie opieki paliatywnej. Tymczasem wśród obarczonych chorobą nowotworową osób starszych co druga skarży się na brak dostatecznej informacji.

Rozmowa

Wiek podeszły niesie ze sobą ograniczenia zarówno w przyswajaniu, jak i przekazywaniu wiedzy na dany temat. Komunikacja z otoczeniem jest ograniczona z powodu zaburzeń ostrości wzroku czy postępującego niedosłuchu. Osoby z afazją motoryczną wymagają szczególnej uwagi w celu ustalenia możliwości komunikacji. Wydaje się, że zbyt często porzucamy takie starania, zapominając, iż chorzy są zdolni do przyswojenia przekazywanych informacji oraz do ich udzielania lekarzowi. Pierwszym ich źródłem pozostaje zawsze pacjent. Jeśli w rozmowie uczestniczy opiekun, zadajemy pytanie najpierw choremu, a potem jego bliskim.

Przygotowanie do rozmowy oznacza zgromadzenie danych do przekazania lecz przede wszystkim – odpowiedni czas i miejsce. O ile to możliwe, chory powinien pozostać w wygodnej pozycji siedzącej (np. na wózku), a dobrze oświetlona twarz rozmówcy (np. na wprost okna) winna znajdować się na wysokości oczu pacjenta. Jeśli sytuacja wymaga przeprowadzenia rozmowy w kilku etapach, to powód takiej decyzji powinien leżeć po stronie pacjenta, kiedy jest on zmęczony lub potrzebuje czasu na przyswojenie zasłyszanych informacji. Nie należy podejmować rozmowy z pacjentem, jeśli dysponujemy tylko chwilą lub czujemy presję kolejnych spotkań.

Rozmowa z chorym w wieku podeszłym przeciąga się nie tylko z powodu zaburzeń funkcji poznawczych. Osoby te, na ogół dysponujące nadmiarem wolnego czasu, gromadzą wiele szczegółów i na nich koncentrują uwagę. Czasem właściwe jest uprzedzenie chorego: „Miło mi będzie spotkać się z panem na pół godziny, o 10.00 będę musiał jednak wyjść. Jeśli będzie pan potrzebował więcej czasu, przyjdę jutro

o godzinie 11.00”. Zbyt często uogólniamy sytuację ludzi starych, zakładając, że słabi i niesprawni nie są zdolni do nawiązania komunikacji na naszym poziomie. Upraszczamy słownictwo i gramatykę do poziomu języka małych dzieci, nadużywamy zdrobnień i pieszczotliwych zwrotów, takich jak „kochanie” czy „słoneczko” wobec osób, które wcale sobie tego nie życzą (choć oczywiście przez wielu seniorów jest to chętnie aprobowane). Tendencja ta pojawia się tym częściej, im młodszy jest personel medyczny/opiekuńczy. Musi być on świadomy ryzyka przenoszenia własnych negatywnych wyobrażeń starości na codzienną komunikację z podopiecznymi. Badania wskazują, że choć taka forma zwracania się do chorych ma służyć okazaniu troski i zrozumienia, to jednak nie zawsze osiąga zamierzony cel. Prowadzić może do sytuacji, w której seniorzy unikają kontaktów społecznych, doświadczają poczucia niższości lub utrwalają obraz samych siebie jako starych i zależnych od otoczenia.

Istotne i konieczne jest zachowanie właściwej formy zwracania się do chorego: pani X, pan Y. Niedopuszczalne, choć niestety często słyszane, jest utrzymywanie bezosobowego tonu wypowiedzi („I czemu płacze?”, „A papierosa chce?”) lub infantylnych zdrobnień („Niech ubierze piżamkę”). Należy unikać pytań sugerujących odpowiedź („Przecież dobre to lekarstwo, prawda?”). Wspieraniu poczucia niezależności i zachęceniu do możliwej aktywności służy unikanie formy liczby mnogiej w zwracaniu się do chorego.

Określenia „będziemy mieli zastrzyk” czy „jesteśmy gotowi do kąpieli?” oznaczają przecież wspólne poddanie się zabiegowi... W tym ostatnim przykładzie dużo bardziej korzystna jest np. forma „postaram się pomóc w kąpieli”, która wskazuje na gotowość wsparcia i zapewnia poczucie bezpieczeństwa bez odbierania choremu i tak niewielkiej już niezależności.

Oddziały szpitalne pełne są „dziadków” i „babć”, których wprowadzane przez nas „etykiety” pozbawiły własnej tożsamości. Warty upowszechnienia zwyczajem jest pozostawianie w pobliżu łóżka zdjęć pacjentów z czasu sprzed choroby. Wizerunek bliski choremu i jego najbliższemu pomaga też osobom opiekującym się unikać podążania za utartymi stereotypami pogrążającej się w zdziecinieniu starości.

Przeprowadzający rozmowę winien określić stopień orientacji chorego co do miejsca, czasu czy własnej osoby i przekazywać zespołowi opiekuńczemu informacje o stwierdzanych

zaburzeniach. Wbrew pojawiającym się czasem obawom personelu, pacjenci w dobrym stanie ogólnym na ogół ze zrozumieniem przyjmują nieco trywialne pytania o datę czy miejsce pobytu, o ile wyjaśni im się powód takich pytań (błędna odpowiedź na pytanie o miejsce pobytu może wynikać nie z zaburzeń psychicznych, a z częstego faktu zatajania prawdy przed chorym [„Powiedziałam mamie, że jedziemy do sanatorium’’]). W przypadku pacjentów o zaburzonej orientacji ustalenie stanu faktycznego pozwala m.in. uniknąć nieporozumień z bliskimi chorego, gdy ten oświadcza, że od 2 dni bezskutecznie prosi o pomoc, po czym pytany przywołuje rok 1998 jako aktualną datę.

Najdłużej zachowana pozostaje przeważnie orientacja co do własnej osoby. Pamiętać trzeba, że określenia typu „niedawno” czy „jakiś czas temu” mogą oznaczać zarówno miniony tydzień, jak i poprzednie dziesięciolecie. Stwierdzenie niewłaściwych odpowiedzi na kilka podstawowych pytań wymaga oceny stanu umysłowego pacjenta, np. za pomocą skali aktywności poznawczej MMSE (Mini Mental State Examination), „testu zegara” i skali Shulmana. Proste narzędzia oceny bywają też przydatne w przypadku wystąpienia dysfunkcji w przyszłości. Im większe zaburzenia pojmowania, tym bardziej przydatne jest korzystanie z pytań zamkniętych, pozwalających na przejęcie kontroli nad rozmową. Niejako „wymuszają” one konkretną odpowiedź typu TAK lub NIE, precyzują pozyskane informacje i skracają czas wywiadu. Pytania: „Czy boli głowa?”, „Czy boli w tym miejscu?” pozwalają na skuteczniejszą pomoc niż wypowiedzi typu: „Co boli?”, „Gdzie boli?” i odpowiedź: „Wszystko” lub „Wszędzie”.

Warto przestrzegać zasady powtarzania najważniejszych ustaleń na końcu wizyty i zachęcenia chorego do powtórzenia zasłyszanych zaleceń własnymi słowami. Zalecenia, zwłaszcza dotyczące leków, należy zapisać wyraźną, dużą czcionką i upewnić się, że chory jest w stanie odczytać ten tekst.

Badanie fizykalne

Badanie fizykalne, podobnie jak przeprowadzenie wywiadu, wymaga zapewnienia odpowiednich warunków. Pacjenci, ze względu na wiek bądź zaawansowanie choroby, mają na ogół problemy z zachowaniem długotrwałej pozycji stojącej, a często również siedzącej. Przeprowadzenie badania

wymaga zwykle pomocy opiekuna, natomiast w przypadku obłożnie chorych konieczna jest czasem asysta dwóch osób w celu zmiany pozycji chorego. Przygotowanie obejmuje również, w razie konieczności, zmianę pieluchomajtek czy bielizny chorego, by ograniczyć jego skrępowanie. Nieraz konieczne jest przeprowadzenie badania etapami lub zmianą tradycyjnej kolejności. U chorego osłabionego, z dusznością wysiłkową ocena serca powinna poprzedzić osłuchiwanie płuc. W przeciwnym wypadku łatwo o rozpoznanie patologicznej tachykardii, podczas gdy przyspieszona akcja serca wynikać może z trudności w oddychaniu.

We wstępnej ocenie zwrócić należy uwagę na niesprawność i deficyt w samodzielnej aktywności, cechy wyniszczenia lub przewodnienia, objawy urazów (upadki, przemoc). Poza schorzeniem podstawowym wyniszczeniu sprzyja niedożywienie wynikające z utraty samodzielności, samotności, problemów ekonomicznych, niedoszacowania kaloryczności posiłków czy depresji. Skłonność do upadków związana jest z zaburzeniami układu kontroli postawy i równowagi. Integruje on pracę narządów zmysłu, układu kostno-stawowego i obwodowego układu nerwowego z centralnym układem nerwowym. Dysfunkcja w zakresie tej koordynacji wraz z czynnikami zewnętrznymi zwiększa prawdopodobieństwo upadków i urazów, w tym również złamań kończyn dolnych. Czynniki wewnętrzne to m.in. choroby układu nerwowego i sercowo-naczyniowego (zwężenia tętnic dogłowych, tętnicy kręgowo-podstawnej, udary mózgu, zaburzenia rytmu serca). Upadki występują częściej w przebiegu zaburzeń wodno-elektrolitowych, w cukrzycy, upośledzeniu ostrości wzroku. Towarzyszą zaburzeniom w oddawaniu moczu (nagła potrzeba skorzystania z toalety).

Częstym powodem upadków jest hipotonia ortostatyczna na różnym tle (choroby naczyń, odwodnienie, błędy w stosowaniu leków, reakcje wazowagalne). Urazom sprzyja zarówno złe, jak i zbyt rażące oświetlenie, śliskie schody i podłogi, niestabilne meble, wysoko położone szafki czy włączniki, niedostosowane wyposażenie łazienek. Wielu seniorów ma trudności z wstawaniem z krzesła bądź sedesu, z obawą korzysta z prysznica, samodzielna kąpiel w wannie (zwłaszcza wyjście z niej) jest zwykle niemożliwa.

Pacjenci skarżą się na zaburzenia ostrości wzroku i pola widzenia, często w związku z zaćmą i/lub jaskrą, nadciśnieniem tętniczym lub cukrzycą. Poprawie ostrości wzroku nie służy zwyczaj pożyczania okularów od współmieszkańców

ani też zakup niedopasowanych, dostępnych na rynku szkieł, bez oceny okulistycznej. Obok niedowidzenia kontakt z otoczeniem ogranicza niedosłuch. Należy zwrócić uwagę na drożność przewodów słuchowych zewnętrznych (woskowina, wata) oraz upewnić się, czy chory ma sprawny aparat słuchowy, czy go akceptuje i wie, jak z niego korzystać.

Skóra chorych w wieku podeszłym jest często cienka i sucha, ze skłonnością do wylewów krwawych i częstszym występowaniem nowotworów skóry. Nieodzownym elementem badania jest ocena śluzówek jamy ustnej. Musi być ona dokonana po wyjęciu protez. Najczęstsze problemy to brak codziennej higieny jamy ustnej, źle dopasowane, u osób wyniszczonych zbyt luźne, protezy, rzadziej – nowotwory migdałków czy języka.

W ocenie układu sercowo-naczyniowego należy zwrócić uwagę na częstsze występowanie cech niewydolności krążenia czy zaburzeń rytmu serca, w tym migotania przedsionków. Łatwiej też o zaburzenia krążenia obwodowego, owrzodzenia podudzi oraz wspomniane wyżej skłonności do wahań ciśnienia tętniczego krwi. Chorzy często nie są w stanie przyjąć pozycji leżącej na wznak, co utrudnia ocenę jamy brzusznej. U części pacjentów w wieku podeszłym wątroba jest wyczuwalna poniżej łuku żebrowego mimo jej prawidłowej wielkości. Należy zwrócić uwagę na obecność przepuklin lub tętniaka aorty brzusznej, ocenić perystaltykę jelit (skłonność do zaparć). Wśród seniorów o zaburzonym kontakcie z otoczeniem, niesygnalizujących swoich potrzeb konieczna jest ocena wypełnienia pęcherza moczowego, zwłaszcza w sytuacji niepokoju psychoruchowego pacjenta i/lub sygnalizowanego bólu.

W ocenie stanu neurologicznego obserwuje się zarówno naturalne dla starzenia zmiany (zmniejszenie odruchów ścięgnistych i czucia wibracji), jak i odchylenia, które upośledzają sprawność chorego, są źródłem niepokoju i obaw o utratę samodzielności. Należy przyjrzeć się cechom przebytych udarów mózgu czy objawom pozapiramidowym. Sztywność mięśni i drżenie kończyn mogą mieć związek nie tylko z chorobą Parkinsona, lecz i być skutkami ubocznymi stosowanych leków (metoklopramidu, neuroleptyków i in.).

Farmakoterapia. Aspekty praktyczne

Jednym z podstawowych problemów w terapii chorób wieku podeszłego jest powszechne występowanie polipragmatyzacji. Pacjenci powyżej 65. roku życia stanowią 15% populacji, natomiast zażywają ok. 40% wszystkich przepisywanych leków. Wynika to w znacznym stopniu z wielochorobowości i konieczności podawania wielu medykamentów z kilku różnych powodów.

Procesom starzenia się organizmu towarzyszą zmiany w farmakokinetyce i farmakodynamice metabolizowanych leków. Z wiekiem zmniejsza się czynność wydalnicza nerek i sprawność metaboliczna wątroby. U osób powyżej 65. roku życia dochodzi do redukcji klirensu metabolicznego wielu leków, eliminowanych przy udziale izoenzymów cytochromu P450. Mniejsza jest powierzchnia wchłaniania w przewodzie pokarmowym, wolniejsza perystaltyka. Dodatkowe czynniki to współistnienie często licznych zmian patologicznych, m.in. pogorszenia utlenowania narządów i perfuzji tkankowej w przebiegu niewydolności serca, niedokrwistości, hipoproteinemii czy skłonności do odwodnienia.

Bywa jednak nierzadko i tak, że wpływ na polipragmatyzację ma brak kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad chorym. Pacjenci, a często tylko ich opiekunowie, odwiedzają lekarzy poszczególnych specjalności, otrzymując kolejne recepty, czasem na odpowiedniki tego samego preparatu czy leki tej samej grupy o zbliżonym mechanizmie działania. Rośnie ryzyko interakcji, działań niepożądanych i błędów w przyjmowaniu preparatów. Ocenia się, że Polacy w wieku podeszłym przyjmują średnio blisko 7 leków na dobę, w tym 5 przepisanych przez lekarza (na receptę). Tymczasem ryzyko działań niepożądanych zwiększa się wraz ze wzrostem liczby stosowanych leków i przy 8 osiąga już prawie 100%.

Przed podjęciem decyzji terapeutycznych konieczne jest ustalenie, jakie leki chory już przyjmuje i czy są one niezbędne. Zwłaszcza w sytuacji pacjentów w ciężkim stanie ogólnym, z trudnościami w przyjmowaniu preparatów doustnie należy rozważyć odstawienie np. suplementów witamin, leków hipolipemizujących czy hipotensyjnych, dostosować dawkę diuretyków do aktualnego stanu nawodnienia itd. Badanie fizykalne musi przynieść też odpowiedź na pytanie

o bilans oczekiwanych, możliwych do osiągnięcia korzyści i działań niepożądanych. Zgodnie z zasadą start low, go slow but go, należy rozpocząć stosowanie leku w najniższej skutecznej dawce i możliwie uprościć sposób dawkowania. Konieczne jest ustalenie, czy chory przyjmuje inne leki lub preparaty dostępne bez recepty, czy nie korzysta ze środków przepisanych np. sąsiadowi. Lekarz winien też ocenić, czy kolejny przepisywany lek nie ma służyć zniesieniu działań niepożądanych kolejnego. Jeśli zamiast odstawienia preparatu podejmowane jest leczenie działań ubocznych, chorzy przyjmują coraz więcej leków. Zjawisko to nazywamy kaskadą lekową.

Typowa jest tu sytuacja, gdy pacjentom, cierpiącym z powodu bólu brzucha w przebiegu zaparc, przepisuje się coraz silniejsze opioidy. W 1991 r. 13 ekspertów w dziedzinie

geriatrii i farmakologii opracowało kryteria potencjalnej niepoprawności leczenia pacjentów geriatrycznych, określone jako Kryteria Beersa (Beers Drug Criteria). Zalecenia były modyfikowane 6 lat później oraz w 2003 r. i mają na celu ograniczenie niepowodzeń terapeutycznych u osób starszych. Uwzględniają grupy błędów popełnianych w farmakoterapii wśród seniorów. Mowa tu o ordynowaniu leków, których stosowanie jest niewłaściwe niezależnie od sytuacji, oraz takich, które nie powinny być podawane w razie występowania u pacjenta określonych problemów klinicznych. Zastosowane preparaty mogą bowiem wywrzeć negatywny wpływ na przebieg schorzenia lub prowadzić do nasilenia działań niepożądanych innych leków. Kryteria uwzględniają m.in. listę tych, które powinny być stosowane tylko w przypadku uwzględnienia określonego schematu, wielkości dawki i czasu podawania.

Kryteria Beersa

Leki, których stosowanie w wieku podeszłym powinno być ograniczone do określonego schematu, dawki i czasu trwania terapii

- antagoniści H1 – hydroksyzyna, prometazyna, preparaty zawierające difenhydraminę
- barbiturany
- benzodiazepiny – lorazepam > 3 mg, oksazepam > 60 mg, alprazolam > 2 mg, diazepam
- zolpidem, haloperidol
- metyldopa
- leki spazmolityczne – pochodne hioscyny
- NLPZ – naproksen, piroxicam
- propranolol, amiodaron, krótkodziałająca nifedypina
- digoksyna > 0,125 mg
- tiklopidyna
- TLPD – amitryptylina, doksepina, imipramina

Leki i choroby współistniejące, w których ich stosowanie powinno być ograniczone

- beta-blokery – astma, POChP
- trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD) – zaburzenia rytmu serca
- metoklopramid – choroba Parkinsona, zespoły pozapiramidowe
- chlorpromazyna, klozapina – padaczka, drgawki
- opioidy, TLPD, blokery kanału wapniowego – przewlekłe zaparcia
- NLPZ, aspiryna – choroba wrzodowa
- alfa-blokery – nietrzymanie moczu
- antagoniści H1 i leki antycholinergiczne – przerost gruczołu krokowego
- barbiturany, leki antycholinergiczne – zaburzenia procesów poznawczych
- pseudoefedryna – nadciśnienie tętnicze

Leki, których stosowanie powinno być zgodne z określonym schematem dawkowania i czasu trwania terapii,
lub, których podawanie powinno być ograniczone ze względu na schorzenia współistniejące

Leczenie bólu

Trudności w stosowaniu się do zaleceń lekarza dotyczą m.in. właściwej kontroli bólu. Częstość dolegliwości bólowych jest większa u kobiet niż u mężczyzn i narasta z wiekiem. Powyżej 65. roku życia bólu doświadcza ponad 60% populacji. Uważa się, że przyczyną 65% tych dolegliwości są zmiany zwyrodnieniowe, zapalenia kości i stawów (osteoarthritis). To powszechne występowanie problemu sprawia, że ból zbyt często jest traktowany jako naturalnie związany z wiekiem, a co za tym idzie – niewymagający interwencji.

Trudności w doborze prostych narzędzi oceny potęgują skłonność do zaniżania celów leczenia. Starsi chorzy, przyzwyczajeni choćby do szkolnych skal ocen, często nie rozumieją dziesięciostopniowych narzędzi, takich jak numeryczna skala oceny bólu. Bywa, że wiążą (jak w szkole) wyższe cyfry z poprawą sytuacji. Ból „na piątkę” może wówczas oznaczać zarówno dobry efekt postępowania, jak i niewystarczający.

W leczeniu bólu w zaawansowanej fazie chorób przewlekłych stosuje się powszechnie przyjęte reguły. Leki winny być dobierane zgodnie z drabiną analgetyczną i podawane w regularnych odstępach czasu. Istotnym ograniczeniem są jednak przeciwwskazania czy działania uboczne. Każda decyzja terapeutyczna powinna bazować na konkretnej sytuacji klinicznej i ocenie bilansu potencjalnych korzyści i ryzyka. Jeśli to możliwe, trzeba unikać preparatów z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) ze względu na ryzyko powikłań ze strony przewodu pokarmowego czy w przewlekłej chorobie nerek. Należy jednak przypomnieć, że np. w przypadku przerzutów do kości NLPZ pozwalają na istotne złagodzenie dolegliwości, toteż rezygnacja z tych leków musi być indywidualna i uzasadniona. Stosunkowo bezpieczne wydaje się zewnętrzne stosowanie NLPZ w postaci żelów bądź maści, choć ich skuteczność podawana jest w wątpliwość. Dane wskazują na efektywność tej formy leku w zmianach zwyrodnieniowych drobnych stawów i stawów kolanowych.

Skuteczność wdrożonego postępowania zależy nie tylko od podjętych decyzji terapeutycznych. Istotny udział w osiągnięciu celu ma współpraca ze strony pacjenta. W kontaktach z chorym i jego opiekunami trzeba stale zwracać uwagę na konieczność konsekwentnego stosowania się do zaleceń. Wiek nie jest czynnikiem determinującym brak współpracy

– niezależnie od niego co drugi chory ingeruje w zalecenia dotyczące stosowanej terapii. Ryzyko wzrasta natomiast wraz ze współchorobowością i liczbą przyjmowanych leków. Jest tym wyższe, im dłużej trwa leczenie i im bardziej skomplikowane są schematy terapii. Zwiększa się z nasilaniem zaburzeń poznawczych, zwłaszcza jeśli pacjent nie doświadcza właściwej, codziennej opieki. Jeśli prawdopodobieństwo nieprawidłowego przyjmowania leków jest zwiększone, należy unikać tych o wąskim indeksie terapeutycznym i powodujących zespoły z odstawienia. Czasem powodem braku efektu są intencyjne działania chorych w celu uniknięcia niechcianego skutku leku, np. moczopędnego działania preparatów przeciwobrzękowych.

Chorzy w wieku podeszłym częściej mają też problem z pozyskaniem leków, zarówno z powodu problemów finansowych, jak i trudności w dotarciu do apteki. Pomocne jest pozostawienie pacjentowi wyraźnie napisanych notatek z oznaczeniem nazw leków przyjmowanych w określonych porach dnia (np. 1 tabletka na śniadanie, 1 tabletka w porze obiadu itd.), korzystanie z plastikowych pojemników na pigułki, kontrolowanie liczby przyjmowanych środków przez notowanie nie tylko ilości przepisanych leków, ale i dnia rozpoczęcia ich stosowania. Zawsze i wielokrotnie trzeba się upewnić, czy pacjent i jego opiekunowie rozumieją zalecenia (poprosić o ich powtórzenie własnymi słowami) i czy się do tych zaleceń stosują.



 **NA PODSTAWIE:**

Medycyna paliatywna
(2015, PZWL)

pod red. nauk. Krystyny de Walden-Gałaszka, Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz

ZOBACZ

Zainteresowały Cię nasze książki?

Znajdziesz je w:

PZWL KSIĘGARNIA
MEDYCZNA



Księgarnia Internetowa PZWL oferuje bogatą ofertę naukową dla środowiska medycznego – literaturę zawodową, podręczniki akademickie oraz monografie, słowniki, leksykony, encyklopedie, zarówno poradniki medyczne, jak i materiały dydaktyczne. Znajdziesz w niej zarówno publikacje papierowe, jak i książki w wersji elektronicznej.

PRZEJDŹ DO KSIĘGARNI INTERNETOWEJ PZWL.PL

 **IBUK** *libra*



IBUK Libra to czytelnia on-line czynna całą dobę. Dostępne w niej są tysiące e-booków oraz e-czasopism z niemal każdej dziedziny. Do IBUKA Libry możesz załogować się z dowolnego miejsca, o każdej porze. Korzystanie z IBUKA Libry jest bezpłatne – poproś o dostęp w swojej bibliotece.

PRZEJDŹ DO IBUK LIBRA

 **IBUK**



IBUK.pl jest platformą pozwalającą kupować i wypożyczać e-booki. Można je wypożyczać zarówno pojedynczo – już od 4,92 PLN za dobę oraz w abonamentach – ceny zaczynają się od 19,90 PLN miesięcznie. W ofercie dostępne są także audiobooki.

PRZEJDŹ DO IBUK.PL

Zapraszamy na:





PZWL Wydawnictwo Lekarskie
© Copyright by Wydawnictwo Naukowe PWN SA 2022

Projekt graficzny, skład: Małgorzata Maciejewska
Księgarnia wysyłkowa: tel. 42 680 44 88; infolinia: 801 33 33 88, wysylkowa@pzwł.pl

www.pzwł.pl