

**„METODY PRACY Z SENIOREM, Z UWZGLĘDNIENIEM NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH SCHORZEŃ
WIEKU PODESZŁEGO”**

Seminarium organizowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

Zjawisko starzenia się ludności i wydłużania się życia (główne przyczyny)

- zmniejszenie się przyrostu naturalnego
- poprawa jakości życia
- wzrost dobrobytu

Prognozowanym jest, iż w 2030 r. około 24% Polaków osiągnie wiek ponad 60 lat, przeciętna długość życia kobiet przekroczy 80 lat, mężczyzn- 73 lata.

Definicja starości według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

- wczesna starość (60-74 lat)
- późną starość (75- 89 lat)
- długowieczność (pow. 90 lat)

Definicja względem aktywności społecznej i stylu życia

- trzeci wiek (60-90 lat) – np. uniwersytety III wieku, podróże, pomoc dzieciom...
- czwarty wiek (pow. 90)- potrzeba wsparcia ze strony innych – rodziny wielopokoleniowe, wsparcie opiekuńcze, domy dziennego pobytu.

Definicja starości według K. Dzenio

- okres początkowej starości (60-69 lat)
- wiek przejściowy między starością początkową a wiekiem o ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej (70-74 lat)
- wiek zaawansowanej starości – ograniczona sprawność fizyczna i umysłowa (75-84 lat)
- wiek niedołączonej starości (> 85 lat)

Choroby wieku podeszłego

Zmiany, które dokonują się wraz z wiekiem mają odzwierciedlenie w typie, przebiegu i następstwach różnych chorób. U osób młodych dominują choroby o przebiegu ostrym, u osób starszych mają charakter raczej przewlekły.

Trzy grupy chorób (M. Staszkiwicz):

- Choroby, które występują w każdym wieku (zapalenie płuc, grypa)- ich przebieg i powikłania są zazwyczaj cięższe niż u młodszych osób.
- Choroby, które pojawiają się częściej w starszym wieku (nowotworowe, układu krążenia, choroby stawów)
- Choroby, które najczęściej pojawiają się w starszym wieku i dotyczą narządu ruchu (zwyrodnienie stawów, osteoporoza, łamliwość kości), układu sercowo- naczyniowego (zaburzenia rytm serca), układu moczowego (nietrzymanie moczu), OUN (choroba Alzheimera, niewydolność tętnic szyjnych, udar mózgu, depresja starcza).

Proces otępienny

Proces nabytego upośledzenia intelektualnego, który charakteryzuje się trwałym deficytem w co najmniej trzech z poniżej wymienionych obszarów aktywności umysłowej, tzn. : pamięci , języka, funkcji wzrokowo- przestrzennych, funkcji poznawczych(abstrakcyjnych, matematycznych, sądzenia), stanów emocjonalnych, osobowości.

Istota

Wspólną cechą wszystkich rodzajów otępień jest fakt, że powodują holistyczny, ogólny i nieodwracalny rozpad zdolności intelektualnych.

Rozpoznanie

Warunkiem rozpoznania otępienia jest takie upośledzenie funkcji poznawczych, które zaburza wykonywanie zawodu i relacje społeczne. Zwykle bardziej nasilone otępienie - zaburza również podstawowe czynności życiowe chorego: higienę osobistą, zdolność do samodzielnego ubierania się, mycia, czy jedzenia.

Charakterystyczne cechy procesów otępiennych:

- stopniowe pogarszanie się funkcji poznawczych;
- stopniowa deterioracja poznawcza;
- pogorszenie funkcjonowania w sferze emocjonalnej, społecznej, ogólnego funkcjonowania;
- zaburzenia zachowania;
- obniżenie jakości życia.

Przyczyny wystąpienia choroby otępiennej:

- Otępienie w chorobie Alzheimer'a – najczęstsze
- Otępienie naczyniowe - spowodowane chorobą naczyń mózgowych
- Otępienie występujące w innych chorobach

Choroba Alzheimera (AD)

Choroba Alzheimera jest chorobą pierwotnie zwyrodnieniową mózgu, spowodowaną odkładaniem się w nim białek o patologicznej strukturze powodujących zanik neuronów i ich połączeń. Klinicznie przejawia się zaburzeniami pamięci, zachowania i niemożnością prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym. początek prawie zawsze po 50. roku życia.

Kryteria prawdopodobnego rozpoznania choroby Alzheimera (AD) należą:

- obecne otępienie,
- początek między 40. a 90 r. ż.,
- deficyt w co najmniej dwóch obszarach poznawczych,
- postępujące pogorszenie objawów powyżej 6 miesięcy,
- brak zaburzeń świadomości
- brak rozpoznania innej możliwej patologii.

Pewność daje nam dopiero badanie sekcyjne lub biopsja.

Otępienie naczyniowe (naczyniopochodne)

Liczne zawały tkankowe upośledzające pracę mózgu mogą prowadzić do otępienia naczyniopochodnego i mieszanego (VaD- vascular dementia). Wyniki badań epidemiologicznych wykazują, że omawiane otępienie jest przyczyną zaburzeń poznawczych i poza poznawczych u około 10% populacji osób w wieku podeszłym.

Do kryteriów prawdopodobnego rozpoznania VaD należą:

- obecne objawy otępienia.
- objawy ogniskowe.
- zaburzenia naczyniowe w badaniu obrazowym mózgu.
- współistnienie objawów z punktów 1-3 wraz z początkiem do trzech miesięcy po udarze mózgu, nagłym pogorszenie funkcji poznawczych, postępowaniem choroby o charakterze skokowym, fluktuacyjnym.

Objawy współistniejące (CDI-10)

- nadciśnienie tętnicze
- szmer naczyniowy w tętnicy szyjnej
- chwiejność emocjonalna z przemijającym nastrojem depresyjnym
- płacz lub wybuchowy śmiech
- przemijające epizody przymglenia lub majaczenia

Otępienie z ciałami Lewy'ego (DLB)

Kryteria diagnostyczne:

- dowody na znaczne pogorszenie funkcji poznawczych w stosunku do poziomu wyjściowego, w co najmniej jednym z obszarów (uwaga złożona, pamięć, uczenie się, postrzeganie, język, funkcje wykonawcze, funkcje motoryczne, funkcje społeczne), które są oceniane na podstawie (wywiad, obserwacja, testy):
 - objawów danej osoby lub relacji przekazanej przez inną, oceny lekarza uwzględniającej znaczne pogorszenie sprawności funkcji poznawczych
 - znacznego upośledzenia funkcji poznawczych ocenianego w oparciu o standaryzowane metody badań neuropsychologicznych (testy)
- zaburzenia funkcji poznawczych wpływają w znacznym stopniu na niezależność danej osoby w codziennym funkcjonowaniu (konieczna jest pomoc w złożonych czynnościach dnia codziennego)
- zaburzenia funkcji poznawczych nie występują wyłącznie w przebiegu majaczenia
- podstępny początek i stopniowe narastanie nasilenia objawów
- wahania w zakresie uważności i świadomości
- nawracające, wyraziste i bogate w szczegóły omamy wzrokowe
- objawy parkinsonowskie, występujące po wystąpieniu zaburzeń funkcji poznawczych

Choroba Parkinsona (otępienie podkorowe)

Mężczyźni chorują częściej niż kobiety, u około 75% ludzi chorobie towarzyszy większe zaburzenie funkcji poznawczych. Zaczyna się między 60 a 70 rokiem życia. Zasadniczą cechą otępienia spowodowanego chorobą Parkinsona jest spadek sprawności poznawczej, który pojawia się na początku choroby Parkinsona.

Kryteria diagnostyczne:

- objawy choroby Parkinsona – pierwsze pojawiają się zaburzenia motoryki (charakterystyczne w zaburzeniach podkorowych) – charakterystyczny chód z szuraniem oraz drżenia kończyn oraz głowy; mimo deficytów poznawczych umiejętności językowe są zachowane dużo lepiej niż w innych rodzajach otępień

- dowody na znaczne pogorszenie funkcji poznawczych w stosunku do poziomu wyjściowego, w co najmniej jednym z obszarów (uwaga złożona, pamięć, uczenie się, postrzeganie, język, funkcje wykonawcze, funkcje motoryczne, funkcje społeczne), które są oceniane na podstawie (wywiad, obserwacja, testy):
 - objawów danej osoby lub relacji przekazanej przez inną, oceny lekarza uwzględniającej znaczne pogorszenie sprawności funkcji poznawczych
 - znacznego upośledzenia funkcji poznawczych ocenianego w oparciu o standaryzowane metody badań neuropsychologicznych (testy)
- zaburzenia funkcji poznawczych wpływają w znacznym stopniu na niezależność danej osoby w codziennym funkcjonowaniu (konieczna jest pomoc w złożonych czynnościach dnia codziennego)
- zaburzenia funkcji poznawczych nie występują wyłącznie w przebiegu majaczenia

Więcej informacji na: <http://www.parkinsonfundacja.pl/>

Choroba Huntingtona (otępienie podkorowe)

Choroba Huntingtona charakteryzuje się kombinacją:

- zaburzeń motorycznych (związanymi z ruchem),
- zachowania (zmiana nastroju)
- zdolności poznawczych (odpowiedzialnych za myślenie).

Jednym z najwcześniejszych objawów ruchowych choroby Huntington'a jest płasawica - mimowolne ruchy przypominające taniec. W początkowych stadiach choroby te dodatkowe ruchy nie zdarzają się często i nie są zbyt duże. Pacjenci z HD charakteryzują się również powolniejszym zapoczątkowywaniem zaplanowanych ruchów; jest to często bardzo subtelne i zjawisko to można opisać jako bradykinezję (spowolnienie ruchowe).

Opieka nad ludźmi w wieku podeszłym powinna być aktywna, wszechstronna i wykonywana w sposób profesjonalny.

Cele profesjonalnej opieki:

- Zachowanie jak najdłuższej sprawności fizycznej, psychicznej osoby w wieku starszym;
- Prowadzenie profilaktyki chorób poprzez edukację osoby w wieku podeszłym oraz jego rodziny, opiekunów;
- Leczenie występujących patologii;
- Współdziałanie z osobą starszą i jego opiekunami w szczególnie trudnych sytuacjach życiowych podopiecznego.

Zasady postępowania opiekunów w stosunku do chorego z otępieniem:

- empatia (odczuwanie nastrojów) nie zanika w otępieniu, stąd też pobudzenie chorego w otępieniu jest najczęściej odpowiedzią na rozdrażnienie lub odrzucenie przez opiekuna
- niedopuszczalne są zachowania konfrontacyjne, dyrektywne
- należy choremu pozostawiać maksymalny margines swobody
- nie stawiamy przed chorym zadań przekraczających jego możliwości
- jak najdłużej utrzymujemy aktywność ruchową i kontakty społeczne
- nigdy nie traktujemy chorego jak dziecko, odnośmy się z pełnym poszanowaniem jego tożsamości

- wprowadzamy ład w otoczenie i upraszczamy zasady funkcjonowania, unikajmy nadmiaru bodźców
- wzmacniamy bodźce utrzymujące właściwy rytm snu i czuwania (największą aktywność przenośmy na godziny przedpołudniowe)

Zasady przygotowania domu do opieki:

- zabezpieczamy okna przed otwarciem umożliwiającym wypadnięcie, a drzwi przed zamknięciem się chorego od wewnątrz
- kraney z wodą pozostawione dla chorego nie mogą pozostawać w miejscach zagrożonych zalaniem i zawierać gorącej wody grożącej oparzeniem
- urządzenia gazowe powinny mieć system odcinający gaz i nie mieć dostępu do otwartego ognia
- można ochronić chorego przed porażeniem prądem przez zabezpieczenie urządzeń elektrycznych
- podłoga mieszkania nie powinna mieć jakichkolwiek nierówności, a wejścia na schody powinny być zabezpieczone barierką
- usunąć należy wszelkie ruchome i tłukące się elementy
- usunąć wszelkie potencjalnie niebezpieczne przedmioty (ostre przedmioty, substancje żrące i toksyczne)
- dostosować łazienkę do możliwości chorego (optymalnym jest prysznic z siedziskiem i uchwytami)
- usunąć przedmioty drażniące chorego (np. lustro, telewizor)
- stworzyć ulubiony kącik pacjenta (wygodny fotel z podnóżkiem), otoczony ulubionymi (atraumatycznymi) przedmiotami
- wychodzących podopiecznych zaopatrzyć w bransoletę z danymi i grupą krwi
- przygotowujemy basen lub kaczkę dla chorych, którzy nie zdążają do łazienki

Metody postępowania u chorych z otępieniem:

Uważa się, że metody nefarmakologiczne stosowane u chorych z otępieniem spełniają dwie ważne funkcje:

- wspomagają działania środków farmakologicznych;
- mogą poprawić lub zniwelować wiele objawów psychiatrycznych obserwowanych w otępieniu.

Niestety brakuje badań potwierdzających skuteczność ich stosowania. Mimo to eksperci zauważają jak ważną rolę odgrywają one w życiu podopiecznych i opiekuna.

Tabela 1. Najczęściej stosowane nefarmakologiczne metody oddziaływania na funkcje poznawcze.

Nazwa terapii	Krótki opis
Terapia kognitywna	Trening pamięci, orientacja w rzeczywistości
Terapia reminiscencyjna	Wywołanie wspomnień przy użyciu stymulujących materiałów (muzyka, fotografia, pamiętnik).
Terapia walidacyjna	Pobudzenie prawidłowych zachowań społecznych, zmniejszenie poziomu niepokoju i lęku, poprawa samopoczucia.
Terapia zajęciowa	Utrwalenie umiejętności jeszcze posiadanych przez chorego, odtwarzanie tych, które zostały niedawno utracone, poprawa aktywności.
Terapia środowiskowa	Stworzenie choremu przyjaznego i bezpiecznego otoczenia.

Źródło: Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, nr 4.

Przykłady najczęściej stosowanych metod:

Terapia kognitywna – najpopularniejszymi metodami pracy z chorymi są różnego rodzaju ćwiczenia słowno -logiczne, ćwiczenia językowe oraz ćwiczenia z wykorzystaniem arteterapii.

Wśród prostych zajęć znajdują się takie metody jak praca z kalendarzem, rozwiązywanie krzyżówek, układanie puzzli, gry planszowe, sudoku. W pracy z pacjentem warto sięgać po zeszyty zadań – ćwiczenia stymulujące funkcje pamięciowe i poznawcze.

Trening orientacji w rzeczywistości – polega na przekazywaniu chorym informacji na temat otaczającej rzeczywistości (m.in. na temat miejsca i czasu w którym się obecnie znajdują). Wykorzystuje się do tego kalendarze, zegarki, kartki z wypisaną datą w danym dniu, ustawione w miejscu, w którym chory przebywa, czytanie gazet, oglądanie i słuchanie serwisów informacyjnych, a także naukę korzystania z notesów i prowadzenia pamiętników.

Terapia walidacyjna – polega na technice potwierdzania spostrzeżeń pacjenta bez względu na to czy są one prawdziwe czy nie. Zaakceptowanie tych spostrzeżeń utwierdza pacjenta w tym, że jest on zrozumiany i akceptowany. Powinno się unikać konfrontacji z pacjentem. Jeśli się pojawi taka potrzeba powinno się skierować uwagę pacjenta na inny temat.

Terapia wspomnieniowa – polegająca na rozmowie z osobą lub grupą osób o czynnościach, które wykonywało się w przeszłości, o wydarzeniach z życia chorego i jego doświadczeniach. Podczas rozmowy dobrze jest wspomagać się zdjęciami, przedmiotami z domu lub innymi przedmiotami kojarzącymi się z przeszłością, ulubioną muzyką z przeszłości chorego.

Należy zaznaczyć, że trening powinien być dobrany do indywidualnych możliwości chorego. Najlepsze efekty można uzyskać bazując na względnie dobrze zachowanych umiejętnościach, a jednocześnie wymagając od chorego wysiłku.

U chorych o łagodnym nasileniu otępienia, warto stosować trening wielowymiarowe.

Przykładowe ćwiczenia do pracy z chorym na choroby otępienne można bezpłatnie pobrać ze strony: <http://www.lundbeck.com/pl/dla-pacjentow-i-rodzin/wiczenia-pamici>

Komunikacja z chorymi na otępienie:

Komunikacja z chorymi na otępienie jest bardzo trudna. Chorzy nie mają świadomości dnia codziennego. Mają tzw. „starą pamięć”. W komunikacji powinny dominować zdania informujące, ograniczona liczba pytań.

Dla przykładu w pracy z chorym na Alzheimera należy wziąć pod uwagę stadium rozwoju choroby.

- W pierwszej fazie – fazie nadzoru, senior zaczyna używać tzw. pustych słów, np. „to, coś, oni, ktoś”.
- W drugiej fazie - fazie potrzeby opieki, senior przestaje rozumieć konkretne pojęcia, takie jak „krzesło, prysznic, łóżko...”.
- W trzeciej fazie – fazie opieki pielęgniarstwie senior reaguje już tylko na fizyczne impulsy, takie jak ból, zimno, ciepło lub ruch.

Bardzo ważną techniką jest aktywne słuchanie, czyli pokazywanie choremu poprzez mowę ciała, parafrazę, że się go słucha. Co ważne pracując z pacjentem dobrze jest poznać i zrozumieć **historię jego życia**.

Więcej można znaleźć w artykule: Kamanowa. I., Komunikacja z pacjentem chorym na Alzheimera, *Studia Socialia Cracoviensia* 8 (2016) nr 1 (14), s. 153–167

Zespół opiekuna (M. Staszkiwicz):

Kilka faktów:

- 85% opiekunów osób chorych na ChA w Polsce to członkowie rodziny
- opiekunami są najczęściej dzieci (39% w tym 29% to córki) lub współmałżonek (36%)
- stany subdepresyjne zwiększają ryzyko rozwinięcia pełnoobjawowego epizodu oraz stanów przewlekłych
- średni wiek opiekuna to 57,5 lat, prawie połowa mieściła się w wieku 41-60 lat, 18% to osoby powyżej 70 r.ż.
- 81,7 % to kobiety
- 33,4% opiekunów była aktywna zawodowo

Postawy opiekuna (M. Staszkiwicz): :

- autorytarne: odznaczające się surowością i nadmiernością wymagań opiekuna;
- liberalne: dające podopiecznemu wiele swobody oraz możliwości
- zrównoważone: wzajemne uznawanie i respektowanie potrzeb i praw;
- nadopiekuńcze: charakteryzujące się nadmiernym chronieniem podopiecznego, ograniczającym jego samodzielność życiową, możliwości samoregulacji, transgresji;

Postawy opiekuńcze opiekuna:

- allocentryczne: w których zachowania i czynności opiekuńcze, jego stosunek do podopiecznego wyznaczone są jego potrzebami i pragnieniami, co najczęściej oznacza dominację tej strony stosunku opiekuńczego, pajdocentryzm;
- niezaangażowane: bez troski, zwłaszcza w wymiarze behawioralnym i uczuciowym

Zespół opiekuna – wg Grochmal-Bach

- specyficzny, nasilający się proces wypalania się u osób długotrwale obciążonych opieką nad człowiekiem chorym, charakteryzujący się całym spektrum różnorodnych objawów: fizycznych, społecznych, somatycznych i psychicznych

NOTATKI

