



**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE
DLA UCZESTNIKÓW KURSU SPECJALISTYCZNEGO
KOMPLEKSOWA PIELĘGNIARSKA OPIEKA NAD PACJENTEM
Z NAJCZĘSTSZYMI SCHORZENIAMI WIEKU PODESZŁEGO**

opracowane w ramach projektu systemowego
*Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej
w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem
starzejącego się społeczeństwa*
współfinansowanego przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
realizowanego w latach 2013 - 2015

„Człowiek - najlepsza inwestycja”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Warszawa 2013



**MATERIAŁY DYDAKTYCZNE
DLA UCZESTNIKÓW KURSU SPECJALISTYCZNEGO
KOMPLEKSOWA PIELĘGNIARSKA OPIEKA NAD PACJENTEM
Z NAJCZĘSTSZYMI SCHORZENIAMI WIEKU PODESZŁEGO**

*opracowane w ramach projektu systemowego
Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej
w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem
starzejącego się społeczeństwa*

współfinansowanego przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
realizowanego w latach 2013 - 2015

WARSZAWA 2013

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



AUTORZY:

dr n. med. Bernadeta Cegła

Adiunkt Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego;
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa;
Wydział Nauk o Zdrowiu;
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy;
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

dr n. med. Hanna Kachaniuk

Kierownik Pracowni Pielęgniarstwa Środowiskowego;
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu;
Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

dr n. o zdr. Magdalena Strugała

Asystent Pracowni Pielęgniarstwa Społecznego;
Wydział Nauk o Zdrowiu;
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

lek. med. Renata Czekaj

lekarz neurolog;
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie.

dr n. med. Jacek Pruszyński

lekarz neurolog, geriatra;
Zakład Geriatrii i Gerontologii;
Szkoła Zdrowia Publicznego;
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

RECENZENCI:

dr hab. n. hum. Maria Kózka – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki - Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatrii



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

SPIS TREŚCI	str.
Wstęp.....	4
Informacja o projekcie.....	5
Organizacja opieki geriatrycznej..... <i>dr n. med. Hanna Kachaniuk</i>	6
Fizjologia procesu starzenia..... <i>dr n. med. Hanna Kachaniuk</i>	16
Całościowa Ocena Geriatryczna..... <i>dr n. med. Hanna Kachaniuk</i>	22
Komunikowanie interpersonalne z osobą starszą, jej rodziną/opiekunem oraz zespołem terapeutycznym..... <i>dr n. o zdr. Magdalena Strugała</i>	24
Odżywianie osób w podeszłym wieku..... <i>dr n. med. Bernadeta Cegła</i>	27
Wybrane Wielkie Zespoły Geriatryczne..... <i>dr n. med. Jacek Pruszyński</i>	32
Podstawy kliniczne i opieka pielęgniarska w najczęściej występujących chorobach metabolicznych wieku podeszłego..... <i>lek. med. Renata Czekaj</i>	40
Podstawy kliniczne i opieka pielęgniarska w najczęściej występujących przewlekłych chorobach układu krążenia i układu oddechowego u osób w podeszłym wieku. Podstawy kliniczne i opieka pielęgniarska w niewydolności nerek występującej u osób w podeszłym wieku..... <i>dr n. med. Bernadeta Cegła, dr n. med. Jacek Pruszyński</i>	42
Podstawy kliniczne i opieka pielęgniarska w najczęściej występujących chorobach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego u osób w podeszłym wieku..... <i>lek. med. Renata Czekaj</i>	51
Podstawy kliniczne i opieka pielęgniarska w wybranych zaburzeniach psychicznych wieku podeszłego..... <i>dr n. med. Jacek Pruszyński</i>	54
Opieka nad pacjentem w wieku podeszłym leczonym chirurgicznie..... <i>dr n. o zdr. Magdalena Strugała</i>	58
Podstawy opieki paliatywnej nad osobą w wieku podeszłym..... <i>dr n. med. Jacek Pruszyński</i>	60
Podstawy kliniczne i opieka pielęgniarska w wybranych nieurazowych schorzeniach narządu ruchu występujących w wieku podeszłym..... <i>dr n. o zdr. Magdalena Strugała</i>	65
Załączniki	67
Literatura	74

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



WSTĘP

O „starości demograficznej społeczeństwa” (wg ONZ) mówimy, gdy w populacji jest co najmniej 7% ludzi w wieku powyżej 65 lat. W Polsce ten próg przekroczyliśmy. GUS podaje, że w roku 2010 było u nas 5,1 mln osób w wieku powyżej 65 lat – to niemal 14% społeczeństwa.

Opieka nad ludźmi w wieku podeszłym powinna być aktywna, wszechstronna i wykonywana w sposób profesjonalny. Zatem podstawowym jej celem jest:

- 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.

Opieka nad osobą w wieku starszym powinna być sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Tak rozumiana i realizowana opieka zapewnia holistyczne spojrzenie na potrzeby osoby starszej, a tym samym umożliwia indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych. Pod pojęciem opieki holistycznej należy rozumieć opiekę realizowaną przez lekarza, pielęgniarkę¹, rehabilitanta, psychologa oraz pracownika socjalnego.

Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego *Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego* zostały opracowane przez autorów programu kursu i zawierają rozdziały, które odpowiadają modułom tego programu. Każdy rozdział obejmuje tematy z zakresu treści nauczania objętych programem, niekiedy poszerzone o dodatkowe zagadnienia. Ponadto w załącznikach do publikacji wskazano wybrane narzędzia, które służą dokonywaniu całościowej oceny stanu zdrowia osoby starszej i w efekcie mogą być wykorzystane do zaplanowania kompleksowej opieki. Zaproponowana literatura stanowi uzupełnienie oraz stwarza możliwość poszerzenia wiedzy zawartej w niniejszych materiałach pomocniczych.

Wzrost populacji wieku podeszłego, rozwój pielęgniarstwa oraz obowiązek ustawowy zapewnienia opieki zgodnie z aktualną wiedzą, wymaga konieczności podejmowania przez pielęgniarki ciągłego kształcenia. Mamy nadzieję, że materiały dydaktyczne będą wspomagały proces uczenia się, zachęcały do samokształcenia, a w konsekwencji przyczynią się do rozwoju umiejętności intelektualnych niezbędnych dla pielęgniarek sprawujących opiekę nad osobami w wieku podeszłym.

Warszawa, listopad 2013

¹ Ilekroć w Materiałach jest mowa o pielęgniarce, należy przez to rozumieć również pielęgniarza
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



INFORMACJA O PROJEKCIE

Szanowni Państwo!

Aktualne dane statystyczne i prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują na postępujący udział osób starszych w populacji polskiego społeczeństwa. Obserwowany wzrost przeciętnej długości życia wiąże się jednak ze wzrostem zapadalności na schorzenia, które już obecnie stanowią istotny problem epidemiologiczny. Oznacza to przyrost liczby pacjentów ze współistniejącymi chorobami typowymi dla wieku podeszłego, a to z kolei rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne w ujęciu holistycznym, obejmujące w sposób całościowy potrzeby i problemy zdrowotne ludzi starszych.

Skuteczną opiekę nad pacjentem w podeszłym wieku, który często charakteryzuje wielochorobowość i odmienna specyfika przebiegu wielu schorzeń, może zapewnić wyłącznie wykwalifikowany w tym zakresie zespół terapeutyczny. Członkowie tego zespołu winni legitymować się zarówno odpowiednim poziomem specjalistycznej wiedzy jak i pożądanymi umiejętnościami, w tym z dziedziny afektywnej. Istotną pozycję w tym zespole należy przypisać wykwalifikowanej pielęgniarce. Niestety, zjawiskiem identyfikowanym na obszarze całego kraju są wyraźne niedobory (co wynika np.: z analiz prowadzonych w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych), kadry pielęgniarskiej posiadającej kwalifikacje niezbędne do sprawowania kompleksowej opieki nad pacjentem w podeszłym wieku. Z danych Centrum wynika, że do końca listopada 2013 roku, liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego w skali całego kraju, wynosiła jedynie 374 osoby (w tym 368 pielęgniarek i 6 pielęgniarzy). Taki stan rzeczy implikowany jest w dużej mierze przez brak w dotychczasowej ofercie kształcenia podyplomowego, innej formy edukacyjnej niż szkolenie specjalizacyjne. Jest to forma związana z długotrwałym okresem kształcenia (od 18 do 24 miesięcy, a zatem kosztowna i związana z dłuższym okresem oddelegowania z pracy, co może generować określone trudności zarówno dla uczestnika szkolenia jak i jego pracodawcy).

Zatem bardzo istotną rolę w zakresie nabycia lub poszerzenia wiedzy i umiejętności w zakresie opieki geriatrycznej stwarza nowa inicjatywa szkoleniowa skierowana do pielęgniarek / pielęgniarzy z terenu całej Polski, realizowana w ramach projektu systemowego *Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa* współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, którego beneficjentem jest Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Celem głównym Projektu jest poprawa jakości kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w podeszłym wieku poprzez realizację kursu specjalistycznego *Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego*. Coraz liczniejsza populacja tych pacjentów powoduje, że opieka pielęgniarska nad pacjentem dorosłym, niezależnie od miejsca jej sprawowania (środowisko zamieszkania, opieka instytucjonalna), staje się równoznaczna z opieką nad pacjentem w podeszłym wieku.

Z uwagi na powyższe grupę docelową projektu, stanowią pielęgniarki, pielęgniarze posiadający prawo wykonywania zawodu oraz czynnie wykonujący zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, bez ograniczeń w zakresie miejsca czy formy jego wykonywania.

Głównymi działaniami zaplanowanymi dla osiągnięcia celu głównego projektu, było opracowanie programu kursu specjalistycznego: *Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego* oraz przeszkolenie na jego podstawie - 4800 pielęgniarek, pielęgniarzy z obszaru całej Polski. Kursy prowadzone na terenie całego kraju przez uprawnione podmioty są bezpłatne dla jego uczestników, gdyż ich koszt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Zakończenie Projektu nastąpi w połowie 2015 roku.

Materiały dydaktyczne które oddajemy w Państwa ręce zostały opracowane w ramach Projektu i stanowią integralną część programu kształcenia w/w kursu specjalistycznego, by tworzyć kompendium aktualnej wiedzy pielęgniarskiej z zakresu zagadnień klinicznych i specyfiki opieki nad pacjentem w starszym wieku.

Mamy nadzieję, że udział w Projekcie spełni Państwa oczekiwania w zakresie pozyskania czy poszerzenia specjalistycznej wiedzy i umiejętności, niezbędnych przy sprawowaniu opieki nad pacjentem w starszym wieku, co z jednej strony pozwoli zwiększyć fachowość, a tym samym jakość świadczonej opieki, a z drugiej spowoduje motywację do dalszego osobistego rozwoju zawodowego, w tym zwłaszcza w obszarze pielęgniarstwa geriatrycznego.

Barbara Kot-Doniec



Dyrektor Centrum Kształcenia
Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Elżbieta Dudek



Kierownik projektu – Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Bieżące informacje o projekcie www.ckppip.edu.pl



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



ORGANIZACJA OPIEKI GERIATRYCZNEJ

Za organizację opieki nad osobami starszymi w Polsce odpowiadają resorty zdrowia i polityki socjalnej. Realizacja opieki instytucjonalnej i środowiskowej jest integralną częścią pomocy w uzyskaniu przez osobę starszą niezależności w samoopiece i udzielenie jej rodzinie wsparcia w zapewnieniu opieki.

Rodzina nie zawsze jest w stanie sama zapewnić pełną pomoc sędziwym ludziom, wymaga wsparcia w swych funkcjach opiekuńczych.

Sytuacja demograficzna, starzenie się społeczeństwa, w tym tak zwane „podwójne starzenie” związane z przyrostem populacji w najstarszych grupach wiekowych, stwarza rosnące ryzyko chorób zależnych od wieku. Zapewnienie skutecznej opieki zdrowotnej dla osób starszych wymaga wielokierunkowych, zintegrowanych działań stworzenia kompleksowego systemu opieki obejmującego całodobową i dzienną opiekę geriatryczną w różnych placówkach, szybkiej diagnostyki i leczenia seniorów oraz zabezpieczenia różnorodnych potrzeb seniora w miejscu zamieszkania. Ważny jest zatem rozwój opieki środowiskowej ambulatoryjnej i domowej, rozwój ośrodków opieki długoterminowej pielęgniarstwa, rozwój opieki socjalnej i usług opiekuńczych.

POZIOMY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na trzech poziomach udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawowej opiece zdrowotnej
2. Ambulatoryjnej opiece zdrowotnej
3. Stacjonarnej opiece zdrowotnej

Ma charakter ubezpieczeniowo – budżetowy, finansowany jest głównie ze składek zdrowotnych obywateli - ich suma zależy od procentowej wysokości składki, poziomu aktywności zawodowej oraz poziomu wynagrodzeń. Środki pochodzące ze składek zdrowotnych gromadzone są przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

POZOSTAŁE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

1. Środki samorządów terytorialnych
2. Środki z budżetu państwa
3. Dochody indywidualne ludności
4. Wydatki pracodawców
5. Środki zagraniczne

Z budżetu państwa finansowane są w szczególności wysoko specjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

W Polsce aktem najwyższego rzędu dającym podstawy dla funkcjonowania systemu prawnego ochrony zdrowia jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.). Stanowi ona, iż każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa ustawa o działalności leczniczej.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r.(Dz. U. z 2013 r., poz. 217 j.t.) przez:

- podmioty lecznicze
- indywidualną praktykę lekarską oraz indywidualną praktykę pielęgniarek lub położnych
- grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych
- podmioty realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi
- osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, które uzyskały fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia opiera się na Strategii Lizbońskiej, Narodowym Planie Rozwoju (ustawa z dnia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju, Dz.U. Nr 116, poz. 1206 z późn. zm.), a także uwzględnia zadania Światowej Organizacji Zdrowia oraz dyrektywy organów Unii Europejskiej.

W systemie ochrony zdrowia opieka nad starszym pacjentem jest prowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) przy współpracy z siecią specjalistycznych poradni i oddziałów geriatrycznych oraz oddziałów internistycznych. Wszystkie formy zdrowotnej opieki, a zwłaszcza dwie podstawowe czyli POZ i hospicja domowe funkcjonują zarówno w zakresie państwowym, finansowane ze środków publicznych (NFZ) jak i w systemie prywatnym, finansowane ze środków prywatnych (prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych lub opłat bezpośrednich). Koszty usług w sektorze prywatnym są bardzo zróżnicowane i wahają się w szerokim spektrum w zależności od wachlarza oferowanych usług.

Rozwiązywanie różnorodnych problemów zdrowotnych, społecznych, psychologicznych i innych osób starszych wymaga zaangażowania wielu środowisk i instytucji. Opieka nad ludźmi starszymi powinna być wszechstronna oraz prowadzona przez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów. Współpracując ze sobą zespół promuje korzystne zachowania zdrowotne, zapobiega chorobom, określa zasady diagnostyki i leczenia występujących schorzeń. Współdziała z chorym i jego opiekunami. Zespół współpracuje również z pomocą społeczną, samorządem i organizacjami pozarządowymi.

Podstawą działań w opiece geriatrycznej jest Całościowa Ocena Geriatryczna, której przeprowadzenie umożliwia wczesne identyfikowanie niekorzystnych zmian w stanie zdrowia i szybkie podejmowanie skutecznych interwencji oraz planowanie leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji.

Nowoczesne podejście do opieki nad seniorem uwzględnia opiekę holistyczną, zaspakajającą złożone potrzeby starszego pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na utrzymanie funkcjonalnej niezależności seniora. Celem opieki jest poprawa stanu funkcjonalnego i jakości życia osoby starszej. Priorytetem w opiece jest podmiotowość i autonomia osoby starszej, rozumienie pacjenta jako całości funkcjonującej w różnych sferach. Profesjonalne podejście, zgodne z założeniami współcześnie rozumianej geriatryki powinno charakteryzować się koncentracją na problemie w przebiegu wielu chorób będących udziałem starszych pacjentów szczególnie tzw. "starych starych", a nie na pojedynczej chorobie. Jak proponuje zespół geriatrów opracowujący standardy opieki geriatrycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Bień odpowiedzialnymi za leczenie i skuteczne wprowadzanie zmian w zdrowiu seniora powinni być: lekarz geriatra wraz z zespołem geriatrycznym współpracujący ściśle z lekarzem POZ i jego zespołem.

Działalność jednostek opieki geriatrycznej oparta jest na:

- profilaktyce przedwczesnego starzenia i schorzeń wieku podeszłego
- szybkim rozpoznawaniu, leczeniu i rehabilitacji zarówno „młodych starych”, jak i „starych starych”
- łagodzeniu objawów somatycznych
- edukacji zdrowotnej chorego i rodziny / opiekunów
- wsparciu psychicznym i społecznym

ZASADY OPIEKI GERIATRYCZNEJ (za: Barbara Bień):

- **Powszechność opieki** = dostęp wszystkich ludzi starych do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach;
- **Dostępność opieki** = bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezpłatne świadczenia;
- **Długotrwałość opieki** = ciągłość opieki wynikająca z długofalowości procesu starzenia i przewlekłości chorób;
- **Jakość opieki** = stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej przez praktyków (**dokształcanie**) ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki;
- **Kompleksowość opieki** = całościowe rozwiązywanie problemów socjomedycznych (lekarz+pielęgniarka+ fizjoterapeuta +pracownik socjalny + inni).

SYSTEM POMOCY SPOŁECZNEJ W OPIECE NAD SENIOREM

Szczegółowe wytyczne dotyczące realizacji działań w ramach pomocy społecznej reguluje ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r (Dz. U. z 2013 r., poz. 182 j.t.), a także rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598, z 2006 r. Nr 134, poz. 943) i rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2012 r. poz. 964).

Celem działania pomocy społecznej jest wspieranie jednostek i rodzin w trudnych sytuacjach życiowych oraz stwarzanie warunków odpowiadających godności człowieka.

Pomoc polega między innymi na przyznawaniu i wypłacaniu świadczeń pieniężnych (zasiłek stały, okresowy lub celowy), pracy socjalnej, organizowaniu infrastruktury socjalnej, diagnozowaniu i analizowaniu sytuacji stwarzających zapotrzebowanie na pomoc społeczną oraz w następstwie tego realizowaniu konkretnej pomocy, rozwijaniu nowych form pomocy społecznej oraz samopomocy w sytuacjach zaistnienia tego typu potrzeb.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Realizowane programy opieki mają na celu kierunkowanie działań na:

- zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej
- możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku starszym

Zintegrowany program pomocy dla osób starszych obszary oddziaływań



Opracowanie własne

Polityka zdrowotna i społeczna wobec osób starszych wzajemnie się uzupełniają i wzmacniają.

Cele polityki zdrowotnej ukierunkowane są na poprawę jakości życia ludzi starszych wiekiem i powinny być spójne z celami polityki społecznej wobec ludzi starych.

Podstawowe cele polityki społecznej to sprzyjanie zachowaniu samodzielności oraz umożliwienie starszym osobom kontaktu ze środowiskiem na miarę ich możliwości i potrzeb.

Odpowiedzialność pielęgniarki w opiece nad człowiekiem starym wynika z miejsca i rodzaju wykonywanych świadczeń oraz formy wykonywania zawodu. Kwestie te regulują przepisy:

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz 1540)
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011 nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do tej ustawy.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 r., Nr 164, poz. 1027 j.t. z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach oraz zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące warunków zawierania i realizowania umów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz 217 j.t.)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159 j.t. z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz w zakresie pomocy społecznej (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- h. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013 r., poz 182 j.t.) i akty wykonawcze do tej ustawy
- i. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2012 r., poz. 964) (za: Teresa Kuziara 09/06 2013 <http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/2302-czlowiek-stary-w-instytucji-opiekunczej-rola-i-odpowiedzialnosc-pielegniarki-w-domu-pomocy-spolecznej-w-swietle-obowiazujacych-przepisow-prawnych>).

PRAWA OSÓB STARSZYCH - WYBRANE AKTY PRAWNE

1. Prawo każdego człowieka do zabezpieczenia społecznego zostało zapisane w 1948r. w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ, a następnie zostało potwierdzone w 1966r. w Międzynarodowym Pakcie Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych,
2. również Międzynarodowa Organizacja Pracy wpisała prawo każdego do ubezpieczenia społecznego na starość (m. in. Konwencja nr 102 o minimalnych normach zabezpieczenia społecznego),
3. krokiem w kierunku ujednoczenia celów polityki można uznać zalecenia Rady UE z 27.07.1992 r. w zakresie ochrony socjalnej (mowa jest tu o zapobieganiu izolacji społecznej ludzi starszych oraz o działaniu na rzecz zaspokajania specyficznych potrzeb starszych),
4. 6.12.1993r. przedstawiciele krajów UE uchwalili deklarację z okazji Europejskiego Roku Starszych Ludzi (w dokumencie tym zostały zapisane cele polityki społecznej),
5. w polskiej Konstytucji z 1997 r. zapisano prawo każdego obywatela do zabezpieczenia społecznego po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67),
6. ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998r. oraz ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 grudnia 1998 r. (z późn. zmianami),
7. ustawa o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego z dnia 24 stycznia 1991 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 400 j.t.),
8. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz 1375 j.t., z późn. zm.)
9. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013 r., poz 182 j.t.)
10. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

KATALOG PODSTAWOWYCH PRAW LUDZI SENIORÓW 1991 ONZ

DODAĆ ŻYCIA DO LAT, KTÓRE ZOSTAŁY DODANE DO ŻYCIA.

■ **Niezależność**

1. Osoby starsze powinny mieć dostęp do odpowiednich zasobów żywności i wody, schronienia, odzieży i opieki lekarskiej poprzez zabezpieczenie dochodów, wsparcie ze strony rodziny i społeczności oraz formy samopomocy.
2. Osoby starsze powinny mieć możliwość znalezienia zatrudnienia lub innych form zarobkowania.
3. Osoby starsze powinny mieć możliwość uczestnictwa w decydowaniu o terminie i tempie rezygnacji z pracy.
4. Osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z właściwych programów edukacyjnych i szkoleniowych.
5. Osoby starsze powinny mieć możliwość życia w warunkach, które zapewniają bezpieczeństwo i które można dostosować do indywidualnych preferencji i zmiennego poziomu psychofizycznej sprawności.
6. Osoby starsze powinny mieć możliwość zamieszkiwania w domu tak długo, jak jest to możliwe.

■ **Uczestnictwo**

7. Osoby starsze powinny utrzymywać więzi ze społeczeństwem, brać aktywny udział w formułowaniu i realizacji programów mających bezpośredni wpływ na ich warunki bytowe, a także powinny dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodszymi pokoleniami.
8. Osoby starsze powinny mieć możliwość poszukiwania i korzystania z form służby na rzecz swoich społeczności oraz możliwość pracy jako wolontariusze na stanowiskach zgodnych z ich zainteresowaniami i możliwościami.
9. Osoby starsze powinny mieć możliwość zakładania ruchów lub stowarzyszeń osób starszych.

■ **Opieka**

10. Osobom starszym należy się opieka ze strony rodzin i społeczności oraz ochrona zgodna z systemem kulturowych wartości poszczególnych narodów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



11. Osoby starsze powinny mieć dostęp do opieki medycznej służącej utrzymaniu lub odzyskaniu optymalnego poziomu fizycznej, umysłowej i emocjonalnej aktywności jak również zapobieganiu chorobom lub opóźnianiu ich nadejścia.

12. Osoby starsze powinny mieć dostęp do usług socjalnych i prawnych dla wzmocnienia swojej autonomiczności, ochrony i opieki.

13. Osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z właściwych form opieki instytucjonalnej zapewniającej ochronę, rehabilitację oraz społeczną i umysłową aktywizację w humanitarnym i bezpiecznym środowisku.

14. Osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z praw człowieka i podstawowych swobód w trakcie przebywania w instytucjach zapewniających schronienie, opiekę lub pomoc medyczną, włączając w to pełne poszanowanie ich godności, przekonań, potrzeb i prywatności, a także prawa do decydowania o formie opieki i jakości życia.

■ **Samorealizacja**

15. Osoby starsze powinny mieć warunki, by w pełni rozwijać swój potencjał.

16. Osoby starsze powinny mieć dostęp do edukacyjnych, kulturalnych, duchowych i rekreacyjnych zasobów społeczeństw.

■ **Godność**

17. Osoby starsze powinny mieć możliwość życia godnego, bezpiecznego i wolnego od wyzysku oraz fizycznej lub umysłowej przemocy.

18. Osoby starsze powinny być traktowane godnie niezależnie od wieku, płci, rasowego lub etnicznego pochodzenia, ułomności lub innej cechy i powinny być szanowane bez względu na ich ekonomiczną przydatność.

PRAWA PACJENTA - SENIOR JAKO PACJENT

- Prawo do ochrony zdrowia
- Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych
- Prawo do informacji
- Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych
- Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych
- Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
- Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej
- Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
- Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
- Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej
- Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

WYBRANE FORMY OPIEKI NAD OSOBĄ STARSZĄ

1. OPIEKA INSTYTUCJONALNA W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

1.1. Oddziały dla przewlekle chorych tworzone w szpitalach (obok typowych oddziałów szpitalnych realizujących opiekę w ostrych przypadkach) zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską nad pacjentami, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, natomiast ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu. Placówki są w całości finansowane w ramach kontraktu z NFZ. Wszystkie świadczenia realizowane w szpitalu łącznie z kosztami hotelowymi są dla pacjenta bezpłatne. Jeśli pobyt pacjenta przedłuża się ponad 30 dni zwykle rozważa się przeniesienie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

1.2. Opieka realizowana w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL)

Wskazania: całodobowa opieka i leczenie osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji.

Pacjenci przyjmowani są na podstawie wniosku lekarza rodzinnego lub lekarza z oddziału szpitalnego po zakończonym leczeniu w warunkach szpitalnych. Do wniosku załącza się wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie (wzór wywiadu pielęgniarskiego i zaświadczenia lekarskiego określa załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. 2012 r. poz. 731). Pobyt pacjenta ma charakter okresowy (do 6 miesięcy, czas pobytu zależy od oceny stanu zdrowia).

Warunkiem przyjęcia do zakładu jest Indeks Barthel od 0 do 40 punktów. Skala Barthel to narzędzie przyjęte przez NFZ do określania poziomu finansowania świadczeń gwarantowanych (pielęgnacyjnych i opiekuńczych).

1.3. Opieka realizowana w Zakładach Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (ZOP)

Wskazania: opieka całodobowa, przedłużenie opieki szpitalnej; potrzeba realizacji świadczeń o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego.

Do zakładów przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarstwa niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej.

Warunkiem przyjęcia pacjenta do zakładu jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów.

Świadczenia udzielane pacjentowi w ramach tych form opieki są finansowane przez NFZ, oraz pacjenta / gminę zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2012r. poz. 731) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.). NFZ zapewnia finansowanie świadczeń zdrowotnych natomiast pozostałe koszty pobytu pacjenta w zakładzie (wyżywienia i zakwaterowania) pokrywa sam pacjent.

2. OPIEKA DOMOWA W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.1. Świadczenia lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)

Lekarz rodzinny jest kluczową postacią w opiece nad osobami starszymi. Lekarze przyjmują w przychodniach i gabinetach, a także realizują wizyty domowe.

Opieka zdrowotna w tej formie jest realizowana też przez pielęgniarki rodzinne / środowiskowe. Pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami (klientami), uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację, na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na zabiegi i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym.

Pielęgniarka POZ realizuje opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami, którzy ze względu na problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich realizowanych w warunkach domowych i nie są objęci na podstawie odrębnej umowy, świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Ponadto opieką obejmuje mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). Sprawowanie opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w domu pomocy społecznej obejmuje:

- współdziałanie w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich. Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń w POZ określa zarządzenie nr 69/2013/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

2.2. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

Wskazania: przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, niezdolni do samoopieki i samopielęgnacji, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów.

Świadczenia pielęgniarskie realizowane są we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką rodzinną/środowiskową, obejmują pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego.

Warunkiem objęcia chorego długoterminową opieką pielęgniarską jest wniosek lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wniosek lekarza oddziału szpitalnego prowadzącego pacjenta, po zakończonym procesie leczenia w warunkach szpitalnych oraz kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej.

2.3. Opieka nad pacjentem wentylovanym mechanicznie

Opieka sprawowana nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski) ciągłej lub okresowej terapii oddechowej.

Wskazania: Ten rodzaj opieki przeznaczony jest dla pacjentów niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia.

Domową opieką nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie mogą być objęci chorzy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjenta podczas terapii.

Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym ludzi starszych jest priorytetowym działaniem zapobiegającym zjawisku instytucjonalizacji.

3. OPIEKA PALIATYWNA

Opieka paliatywna (wg WHO) jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Otacza jak płaszczem (łac. Pallium = płaszcz) nieuleczalnie chorych oraz ich opiekunów rodzinę.

Opieka paliatywna jest specjalistycznym świadczeniem medycznym którego celem jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaga rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie żałoby.

Warunkiem objęcia chorego opieką paliatywną są:

- wskazania medyczne, które określa lekarz z zespołu opieki paliatywnej
- potrzeby chorego, w zakresie opieki paliatywnej
- zgoda pacjenta lub jego rodziny na objęcie opieką paliatywną wyrażona na piśmie.

Opiekę paliatywną prowadzą: poradnie medycyny paliatywnej, hospicja stacjonarne, oddziały medycyny paliatywnej i hospicja domowe.

Poradnie medycyny paliatywnej przeznaczone są dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe, potrzebują natomiast leczenia przeciwbólowego i wsparcia. Porada obejmuje badania podmiotowe i przedmiotowe, ordynację leków (w tym leków przeciwbólowych), zapewnienie badań z katalogu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zlecenie i wykonywanie zabiegów leczniczych, zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie na konsultacje, do szpitala, do stacjonarnej opieki paliatywnej, wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta. W ramach poradni udzielane są porady i wizyty domowe nie częściej niż dwa razy w tygodniu. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej opieki w miejscu zamieszkania powinni zostać przekazani do hospicjum domowego, w którym zespół hospicyjny współpracując z rodziną realizuje opiekę nad chorym w jego domu.

Hospicja domowe prowadzą też wypożyczanie specjalistycznego sprzętu, szkolenie rodziny w pielęgnacji i postępowaniu z chorym. W sytuacjach uzasadnionych względami medycznymi, do hospicjum domowego pacjenci mogą być zgłaszani, oprócz lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, także przez pracowników socjalnych, rodzinę i inne osoby.

W uzasadnionych przypadkach pacjent może być kierowany na leczenie szpitalne. Lekarz kierujący, zobowiązany jest wskazać pacjentowi szpitale w których może być kontynuowane leczenie. Konieczność leczenia szpitalnego lekarz hospicjum uzasadnia na skierowaniu i w dokumentacji pacjenta.

Hospicjum stacjonarne jest przeznaczone głównie dla pacjentów, którzy ze względu na przebieg choroby i aktualny stan kliniczny wymagają stałej specjalistycznej opieki medycznej. Do hospicjum stacjonarnego pacjenci kierowani są przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



4. OPIEKA INSTYTUCJONALNA W SYSTEMIE POMOCY SPOŁECZNEJ

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182 j.t.) nakłada na pomoc społeczną zadanie wspierania osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspakajania potrzeb i umożliwiania godnego życia oraz poprawy jego jakości. Należy jednak pamiętać, iż obowiązek zapewnienia opieki osobie wymagającej pomocy z powodu wieku lub niepełnosprawności spoczywa głównie na rodzinie, a dopiero w drugiej kolejności na pomocy społecznej.

4.1. Opieka realizowana w Domach Pomocy Społecznej

Art. 50. 1. ustawy „Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

Wskazania: całodobowa opieka nad osobami, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu ze względu na niesprawność i trudną sytuację socjalną (brak lub ograniczone środki do życia i brak wsparcia rodziny).

W Domu Pomocy Społecznej opieka prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, który realizuje:

- usługi opiekuńcze
- pielęgnację
- terapię zajęciową
- rehabilitację
- psychoterapię
- pracę socjalną.

DPS-y zapewniają: miejsce zamieszkania, wyżywienie obejmujące co najmniej 3 posiłki dziennie z uwzględnieniem zaleceń, wyposażenie w odzież i obuwie, utrzymanie czystości, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację (w tym również w czasie choroby), umożliwiają dostęp do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, pranie odzieży, środki czystości i higieny osobistej mieszkańcom, którzy nie są w stanie jej zakupić, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, świadczenie pracy socjalnej, umożliwiają udział w terapii zajęciowej a także zaspokajanie potrzeb religijnych.

Art. 51. 1. ustawy: „Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia.” Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. Mogą tu być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Ośrodkiem wsparcia jest środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy, schronisko i dom dla bezdomnych oraz klub samopomocy.

Art. 52. 1. ustawy: W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoba wymagająca z powodu wieku pomocy innych osób może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy. Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę w jej miejscu zamieszkania dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu osób wymagających z powodu wieku wsparcia w tej formie.

4.2. Opieka domowa w systemie pomocy społecznej

Opieka domowa w systemie pomocy społecznej sprawowana jest przez wykwalifikowanych opiekunów w formie usług opiekuńczych, gospodarczych w zakresie pielęgnacji podstawowej oraz w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych, a także przez pracowników socjalnych w zakresie diagnozowania sytuacji (materiałnej, rodzinnej, stopnia niesprawności), w celu ustalenia wskazań do przyznania pomocy społecznej, a także działań polegających na przekazywaniu informacji o istniejących możliwościach uzyskania pomocy lub wsparcia w ramach zadań realizowanych przez jednostki systemu pomocy społecznej.

Usługi opiekuńcze stanowią pomoc o charakterze obowiązkowym i świadczone są w miejscu zamieszkania. Pomoc w formie usług opiekuńczych ma na celu umożliwienie osobom starszym i niepełnosprawnym prawidłowego funkcjonowania w środowisku zamieszkania i polega na wykonywaniu określonych czynności o charakterze gospodarczym oraz pielęgnacyjnym.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi - to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Usługi te obejmują czynności polegające na uczeniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz pielęgnacji, ich zadaniem jest wspieranie procesu leczenia. Szczegółowe zasady realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym również zasady ustalania wysokości odpłatności

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



za usługi, określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz.1598 z późn. zm.).

Potencjalne zagrożenia wynikające z realizacji opieki nad seniorem w ramach dostępnych form opieki

Priorytetem polityki europejskiej jest utrzymanie ludzi starych w środowisku życiowym tak długo, jak jest to możliwe. Głównym założeniem i celem podjętych działań powinno być stworzenie systemu, który osobom z niepełnosprawnością, starszym i chorym zapewni najlepszą opiekę – poprzez jej indywidualizację i pomoc rodzinie.

Oddziały opiekuńcze są niezbędne dla samotnych chorych, którzy w sposób nieodwracalny utracili zdolność do samodzielnego bytu. Jednak nie tylko z tych form opieki powinni korzystać starzejący się ludzie. Kwalifikacja do tych oddziałów powinna wykluczać przyjęcie chorych o odwracalnej przyczynie niesprawności. Oparcie opieki nad seniorem na formach promujących jedynie model opiekuńczy, nie korzystanie z modelu rehabilitacyjnego w ogóle albo tylko w niewielkim stopniu, brak alternatywnych form leczniczych, terapeutycznych, nie stosowanie podejścia geriatrycznego (koncentracja na chorobie, objawach a nie na problemie w przebiegu wielu chorób) generuje koszty opieki, czyni sprawowaną opiekę nieefektywną.

Niskie nakłady finansowe często wymuszają ograniczenia, powodują odejście od indywidualizacji opieki, nie uwzględnianie potrzeb i bardzo małe zaangażowanie personelu. Realizacja opieki nad możliwie największą liczbą chorych, niesprawnych przy minimalnych środkach stwarza zagrożenie nie tylko dla jakości opieki ale też dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Pacjenci przebywający w instytucjach typu zakład opiekuńczy czy dom pomocy społecznej często doświadczają swoistej izolacji, prowadzą specyficzny, kierowany styl życia. Są niesamodzielnymi, odcięci od społeczeństwa, bez perspektyw na przyszłość.

Jakość życia jest ważnym pojęciem w gerontologii. Jakość życia człowieka starszego należy rozpatrywać w kilku wymiarach:

- ogólny stan zdrowia i stan funkcjonalny, mierzony stopniem samodzielności
- pozycja społeczno-ekonomiczna
- zadowolenie i satysfakcja z życia
- poczucie własnej godności, składające się na obraz samego siebie.

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL) wprowadził na grunt nauk medycznych Schipper w 1990 r. definiując je jako „funkcjonalny efekt choroby i leczenia subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta”. HRQOL obejmuje 4 obszary:

1. Stan fizyczny i sprawność ruchową
2. Stan psychiczny
3. Sytuację społeczną i warunki ekonomiczne
4. Doznania somatyczne

Przeprowadzenie rutynowych testów diagnostycznych w zakresie oceny funkcji kognitywnych (poznawczych) warunkuje poprawne prowadzenie badania jakości życia, powinno być również rutynowym elementem standardowej oceny geriatrycznej.

Opiekun prawny i faktyczny dla osoby starszej

Opiekuna prawnego osoby starszej ustanawia sąd opiekuńczy, jeśli istnieją ku temu powody. Przyczyną takiej konieczności może być niezdolność do dbania o interesy osobiste, majątkowe czy potrzeby życiowe. Wyznaczony opiekun jest przedstawicielem ustawowym danej osoby, co oznacza, że może dokonywać czynności prawnych w jej imieniu.

Opiekun faktyczny - jest to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Opiekunem prawnym w pierwszej kolejności powoływany jest małżonek lub osoba spośród krewnych lub innych osób bliskich, pozostającego pod opieką. W braku takich osób sąd opiekuńczy zwraca się o wskazanie osoby, której opieka mogłaby być powierzona, do właściwej jednostki pomocy społecznej, a jeżeli pozostający pod opieką przebywa w placówce opiekuńczej albo innej podobnej placówce, sąd może się zwrócić także do tej placówki.

Opiekunem nie może być osoba nie mająca pełnej zdolności do czynności prawnych, pozbawiona praw publicznych, skazana za przestępstwa przeciw wolności seksualnej lub obyczajności, skazana za przestępstwo z użyciem przemocy. Nie może być ustanowiony opiekunem ten, w stosunku do kogo zachodzi prawdopodobieństwo, że nie wywiąże się należycie z obowiązków opiekuna.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Jeśli osoby nie są przedstawicielami ustawowymi, a spełniają kryteria opiekuna faktycznego, czyli sprawują stałą opiekę nad pacjentem, to mogą być uznane za takiego.

W poszczególnych aktach prawnych znajdują się przepisy, które dotyczą sytuacji związanych z działaniem opiekuna faktycznego w imieniu pacjenta np. :

1. Art. 32. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry

- a) Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
- b) Jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.
- c) Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.

2. Art. 12. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

W przypadku odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym.

Świadoma zgoda pacjenta

Celem zasady świadomej zgody jest danie pacjentowi możliwości rozważenia i oceny spodziewanych korzyści i wad proponowanego leczenia. Umożliwia to choremu podjęcie racjonalnej decyzji co do wyrażenia albo odmowy zgody na leczenie. Prawidłowe stosowanie tej zasady zapobiega lub zmniejsza możliwość błędów, zaniedbań, wymuszeń.

Głównym celem jednak jest potwierdzenie autonomii pacjenta, jego prawa do samookreślenia, a także ochrona jego poczucia jako samodzielnej i niezależnej istoty ludzkiej. Świadoma zgoda zakłada pełną zdolność rozumienia faktów oraz informacji dotyczących stanu zdrowia, wolności woli, osobistej refleksji dotyczącej celu i powikłań leczenia.

Zgoda musi być oparta na wiedzy, zrozumieniu, nie będzie ważna, gdy nie jest oparta na wolnej woli.

Różnorodne czynniki mogą zmniejszyć zdolność pacjenta do zrozumienia, oceny i podjęcia decyzji, ograniczając jego zdolność do wyrażenia świadomej zgody. Choroba może zaburzyć normalne umysłowe zdolności pacjenta i ograniczyć jego możliwości do odpowiedzialnego działania.

Pacjent nie ma obowiązku zgodzić się na proponowane leczenie. Ma prawo odmówić przedstawionemu mu planu leczenia, jak również wycofać wcześniej udzieloną zgodę. Ma swobodny wybór, jeśli chodzi o sposób leczenia, jak też podjęcie decyzji, czy w ogóle chce być leczony.

Pacjenci z demencją nie powinni być automatycznie traktowani, jakby utracili zdolność podejmowania świadomych decyzji. Zdolność ta ulega stopniowemu ograniczeniu w miarę postępów choroby. Pacjent powinien być zapoznany w najszerszym możliwym zakresie z przebiegiem planowanej terapii/ leczenia, nawet wtedy gdy wymagane jest uzyskanie zgody od jego opiekuna prawnego.

Osoba upośledzona umysłowo nie jest z tego powodu pozbawiona prawa do odmowy zgody na leczenie. Każdy przypadek musi być oceniany indywidualnie w zależności od okoliczności, a każdą decyzję pacjenta powinno się oceniać w zależności od rodzaju jego choroby i stanu w chwili podejmowania decyzji. Pacjent, który wyraził zgodę na pobyt w szpitalu nie powinien być leczony przy użyciu metod, na które nie wyraził zgody. Jedyny wyjątek stanowią stany nagłe (stany zagrożenia życia).

Pacjenci o ograniczonej zdolności do wyrażenia świadomej zgody wymagają specjalnej ochrony. W ich imieniu przedstawiciel prawny jest uprawniony do wyrażenia zgody na takie metody leczenia, jakie są konieczne. Każdy przedstawiciel prawny jest zobowiązany do działania w najlepiej rozumianym interesie swego podopiecznego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



FIZJOLOGIA PROCESU STARZENIA

Starzenie się: Stopniowo postępujące zmniejszenie się rezerw czynnościowych ustroju, utrudniające adaptację do zmian środowiskowych i prowadzące do pogarszania się sprawności organizmu. Zależy od czynników genetycznych, stylu życia, środowiska (fizycznego, społecznego).

Starość biologiczna może stanowić efekt starzenia pomyślnego, zwyczajnego lub patologicznego.

Proces starzenia zachodzący bez współistnienia chorób określa się jako starzenie zwyczajne (naturalne). Jest to proces fizjologiczny, w przebiegu którego charakterystyczne jest zmniejszenie aktywności biologicznej komórek, spowolnienie procesów regeneracyjnych, spadek zdolności adaptacyjnych i odporności na stres. Przebiega z widocznymi i odczuwalnymi stratami, deficytami, bez widocznej patologii. Starzenie jest osobniczo zróżnicowane - tempo zmian, ich zakres i występowanie - przebiega bardzo indywidualnie u poszczególnych osób. Dotyczy to zarówno indywidualnego tempa zmian u każdej osoby, jak i indywidualnego tempa zmian w obrębie poszczególnych narządów, układów starzejącego się organizmu.

Przebieg procesu starzenia wolniejszy od spodziewanego określa się pozytywnym (succesfull aging), natomiast ten któremu towarzyszą choroby przyspieszonym (patologicznym).

Starzenie pomyślne oznacza najbardziej optymalny z możliwych przebiegów starzenia, wolny od patologii, kształtowany pozytywnie przez uwarunkowania zewnętrzne, o minimalnych deficytach fizjologicznych, psychologicznych i społecznych przypisywanych wiekowi chronologicznemu.

Starzenie patologiczne wyraża się w wyraźnym spadku funkcji narządowych w wyniku nakładających się chorób, które w konsekwencji prowadzą do przedwczesnej śmierci.

Procesy starzenia się organizmu mają ścisły związek z trybem życia, nawykami i nałogami, sposobem odżywiania, aktywnością fizyczną i psychiczną, stanem hormonalnym i umiejętnością reagowania na stresy.

Biologiczne starzenie się organizmu, bez względu na sposób rozpatrywania, jest powszechne, dotyczy bowiem każdego, destrukcyjne – upośledzające funkcje komórek, a przez to narządów i tkanek i nie powoduje załamania (w homeostazie, w jej najszerszym znaczeniu, jeżeli układ nie podlega stresowi).

NARZĄDOWE ZMIANY STARCZE

Układ krążenia

Dochodzi do:

- umiarkowanego przerostu i włóknienia mięśnia sercowego, co powoduje usztywnienie jego ściany
- zmniejszenia objętości rozkurczowej serca
- zwiększenia sztywności mięśnia sercowego
- apoptozy kardiomiocytów
- zwiększenia się ilości fibroblastów produkujących kolagen
- przerostu mięśnia lewej komory, ok. 30% między 20 a 80 r.ż, spowodowanego wzrostem obciążenia następczego (usztywnienie tętnic)
- zmniejszenia zdolności relaksacji lewej komory, nadmiernego obciążenia lewego przedsionka, co znacznie zwiększa ryzyko zastoiny w krążeniu płucnym, a zarazem stanowi czynnik ryzyka rozkurczowej niewydolności serca
- zmniejszenia aktywności węzła zatokowo - przedsionkowego, spadku liczby komórek do 75%, czego konsekwencją jest wzrost częstości zaburzeń rytmu serca
- włóknienia i zwapnienia w okolicach węzła przedsionkowo- komorowego oraz odnóg pęczka Hisa będących przyczyną zaburzenia przewodzenia
- upośledzenia aktywności metaloproteina z angiotensyny II i transformującego czynnika wzrostu β , a także do zwiększenia syntezy kolagenu. Następstwem tych zmian jest zmniejszenie liczby włókien elastycznych, a także nasilenie procesu włóknienia i wapnienia. Następuje poszerzenie światła naczyń i zwiększenie grubości błony wewnętrznej, a w efekcie – zwiększenie sztywności naczyń i fali tętna na obwodzie. Niektóre osoby mają tendencję do spadków ciśnienia tętniczego tuż po wstaniu (hypotonia ortostatyczna)
- osłabienia i niewydolności zastawek żylnych - większa skłonność do tworzenia się żylaków
- obniżenia szczelności i wytrzymałości włóknicek – skłonność do obrzęków

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Układ oddechowy

Zmiany w układzie oddechowym powodują zmniejszenie rezerwy oddechowej oraz sprzyjają szybkiej dekomensacji. Następuje:

- zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej
- kostnienie połączeń chrzęstno- kostnych
- zmniejszenie przestrzeni międzykręgowych
- zmniejszenie masy i wytrzymałości skurczu mięśni oddechowych
- spłaszczenie przepony
- zwiększenie ryzyka wystąpienia nużliwości mięśni oddechowych podczas obciążenia

Zmiany czynnościowe:

- upośledzenie sprężystości tkanki płucnej powoduje zapadanie się końcowych odcinków dróg oddechowych podczas wydechu - „pułapka powietrzna”
- zapadają się drobne oskrzela
- nierównomierna wentylacja pęcherzyków
- zmniejsza się powierzchnia wymiany tlenu i dwutlenku węgla
- spada wrażliwość na tlen O₂ o 50% i na CO₂ o 40%
- ograniczenie odpowiedzi wentylacyjnej na hipoksję i hiperkapnię o 50%
- zwiększenie objętości zalegającej (RV) do 100% między 30 a 80 r.ż
- zmniejszenie natężonej pojemności życiowej(FVC) około 21ml/rok
- zmniejszenie objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) (około 20ml/rok)
- obniżenie wskaźnika FEV1/FVC
- osłabienie reakcji odruchowych w obrębie górnych dróg oddechowych powoduje:
 - ✓ wzrost ryzyka zachłyśnięcia treścią pokarmową,
 - ✓ osłabienie odruchu kaszlu, spłycony oddech, zmniejszenie klirensu rzęskowego oraz zmniejszenie produkcji śluzu, utrudniona wentylacja zwiększają ryzyko rozwoju infekcji płuc i oskrzeli oraz sprzyjają powstaniu niedodmy pooperacyjnej
- usztywnienie klatki piersiowej
- osłabienie siły mięśni międzyżebrowych
- brzuszny tor oddychania

skutek: Spadek objętości oddechowej płuc (TV) i spadek pojemności życiowej płuc (VC).

Układ moczowy

Zmiany zachodzące w obrębie nerek zwiększają ryzyko ostrej ich niewydolności (powód co piątego zgonu w okresie okołoperacyjnym).

Zmiany anatomiczne i strukturalne nerek:

- Zmniejszenie rozmiarów i masy nerek spowodowane inwolucją naczyń nerkowych, kłębuszków i śródmiąższu:
 - ✓ spadek masy z 250g w 40r.ż. do 180g w 80r.ż.
 - ✓ wzrost liczby kłębuszków nieczynnych
 - ✓ szklwienie i stwardnienie
- Skrócenie i zmniejszenie pojemności cewek proksymalnych

Zaburzenie czynności nerek:

- zmniejszenie czynności około 1% z każdym rokiem
- spadek przepływu krwi przez nerki nawet do 50%
- zmniejszenie wielkości filtracji kłębuszkowej (ok. 1ml/min/rok)
- poziom kreatyniny nie wzrasta - stopniowe zmniejszenie masy mięśniowej, poziom mocznika wzrasta 0,2 mg/ml/rok
- zmniejszenie sekrecji i reabsorpcji cewkowej - spadek zdolności do zmian wydalania Na w stosunku do zmian zawartości Na w diecie- skłonność do rozwoju hiponatremii
- zmniejsza się zdolność do zagęszczania i rozcieńczania moczu
- zmniejszenie uwalniania reniny i aldosteronu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Ocena filtracji nerkowej

Wzór Cockrofta i Gaulta

$$\text{Klirens kreatyniny} = \frac{[140 - \text{wiek(lata)}] \times \text{masa ciała (kg)}}{\text{Stężenie kreatyniny w surowicy (----) x 72}} \times C$$

mg
dl

C dla mężczyzn 1,0 ; dla kobiet 0,85

Zmiany w dolnych drogach moczowych:

- zmniejszenie pojemności pęcherza
- zwiększenie objętości moczu zalegającego po oddaniu moczu
- skrócenie cewki moczowej u kobiet i rozluźnienie zwieracza
- łagodny przerost prostaty u mężczyzn

Skutek:

- nocne oddawanie moczu (1-2 razy w nocy)
- częste oddawanie moczu
- skłonność do infekcji dróg moczowych
- wysiłkowe nietrzymanie moczu
- trudności z rozpoczynaniem i kończeniem mikcji
- przerywany strumień moczu (u mężczyzn)

Układ pokarmowy

Charakterystyczne są:

- wysychanie śluzówek jamy ustnej jako skutek niedomykania ust, zmniejszonego wydzielania śliny
- zmniejszona reakcja ośrodka pragnienia w podwzgórzku na niedobory wody, ryzyko odwodnienia
- ubytki w uzębieniu, stany zapalne dziąseł wskutek niedopasowania protezy powodem trudności w żuciu pokarmów
- odruch gardłowy jest mniej sprawny, skutek: zaleganie wydzieliny, zwiększone ryzyko zachłyśnięć
- zwolnienie perystaltyki przełyku i jelit, spadek napięcia mięśni jelit, wydłużone przechodzenie treści pokarmowych, skłonność do zaparć
- pogorszenie powonienia i słabsze odczuwanie smaku, prowadzi do nadmiernego solenia i dosładzanie pokarmów,
- zanik komórek okładzinowych w żołądku powoduje spadek wydzielania soku żołądkowego
- mniejsza liczba komórek powierzchni wchłaniania w jelicie cienkim, upośledzony przepływ krwi przez łożysko kręzkowe – zaburzenia we wchłanianiu. Niedobory witamin (np. kwas foliowy, witamina D3) i minerałów (wapń, żelazo, cynk) mogą prowadzić do anemii, osteoporozy
- niedobór witaminy B12 (anemia megaloblastyczna, objawy neurologiczne)
- niedobór laktazy w jelicie cienkim, skutek: biegunka po spożyciu mleka
- spadek napięcia zwieracza odbytu prowadzący do nietrzymania stolca
- spadek masy wątroby o ok. 37% w wieku 90 lat:
 - ✓ zmniejszenie liczby hepatocytów
 - ✓ zmniejszenie wątrobowego przepływu krwi o ok 35%,
 - ✓ deficyty funkcyjne w szlakach metabolicznych
 - ✓ zmniejszenie zdolności do regeneracji
 - ✓ spadek syntezy białek
 - ✓ zwolnienie metabolizowania leków

Skutek:

- niebezpieczeństwo kumulacji leków
- konieczność dostosowania dawek leków zależnie od stanu zdrowia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- zmniejszenie wątroby, opóźnione wchłanianie tłuszczów
- tworzenie się złożeń w pęcherzyku żółciowym

Układ nerwowy

Zmiany anatomiczne:

- zmniejszenie masy i objętości mózgu (5% /dekadę od 40 r.ż.)
- uogólniona utrata neuronów. Zmniejszenie ilości neuronów (głównie płaty czołowe, skroniowe, przedniej części wzgórza, hipokampa, miejsca sinawego) - ↓ do 59% pod koniec 9 dekad
- redukcja objętości neuronów (zmniejszenie liczby synaps i wypustek dendrytycznych)
- postępujące zmniejszenie masy mózgu – zmniejszone przewodzenie pobudzenia wzdłuż aksonów i opóźnienie czasu reakcji
- poszerzenie układu komorowego
- zmniejszenie stosunku objętości mózgu do obj. czaszki z 95% do 80% u 90 latków
- ościeńczenie opony pajęczej
- spadek przepływu mózgowego o około 10-20%; autoregulacja przepływu mózgowego jest utrzymana
- zużycie tlenu przez mózg zmniejsza się o około 36%
- osłabienie bariery krew - płyn mózgowo – rdzeniowy - wzrost przepuszczalności dla leków (m.in. aminofilina, neostygmina, atropina)
- degradacja osłonek mielinowych
- wraz ze spadkiem objętości mózgu wydłuża się droga dla naczyń krwionośnych z naczyń i zatok żylnych - powodując ich napinanie - wzrost ryzyka krwawienia wewnątrzczaszkowego
- osłabienie funkcji nerwowych i czucia, próg pobudliwości sensorycznej ulega podwyższeniu, słabe bodźce nie są odbierane
- upośledzenie węchu, może prowadzić do zmniejszenia łaknienia

Zmiany w układzie neuroprzekaźników:

- zmniejszenie liczby receptorów cholinergicznym o 30-75%
- zmniejszenie poziomu kwasu γ -aminomasłowego, serotoniny i katecholamin, β - endorfiny
- zmniejszenie gęstości miejsc wiążących dla benzodiazepin
- zmniejszenie gęstości receptorów opioidowych.

Układ dokrewny

- wytwarzanie tyroksyny zmniejsza się o ok 25%, T3 o około 30%, jako efekt zwolnionej przemiany materii
- opóźnienie wyrzutu insuliny, zwiększenie insulinooporności tkanek
- u kobiet po menopauzie ↓hormonów płciowych
- ↓wytwarzania $1,25(OH)_2D_3$ prowadzi do upośledzenia wchłaniania Ca → wzrost stężenia parathormonu
- wzrost stężenia noradrenaliny- spowodowany zmniejszoną reaktywnością receptorów
- spadek stężenia reniny i aldosteronu.

Układ ruchu

- struktura kości staje się bardziej luźna, cieńsze istota zbita, poszerza się istota gąbczasta. kości stają się porowate, kruche, łamliwe - zmniejsza się ilość substancji organicznych i soli wapnia skutek: łatwiej dochodzi do złamań
- zmniejszenie masy kostnej - deficyt odbudowy kostnej
- zwiększenie sztywności ścięgien - zwiększenie ilości wiązań krzyżowych kolagenu
- ścieńczenie chrząstek stawowych, ograniczenie ruchu w stawach
- zmiany zwyrodnieniowe stawów
- zmiany anatomiczne twarzoczaszki - utrudniają utrzymanie drożności dróg oddechowych podczas wentylacji przez maskę twarzową
- zmiany w stawach skroniowo - zuchwowych i kręgosłupa szyjnego - utrudnienie intubacji
- zmniejszenie masy mięśniowej - sarkopenia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- zmniejszenie ilości szybko kurczących się włókien mięśniowych
- spadek maksymalnej siły skurczu izometrycznego (do 50%) - zmiana postawy ciała, skutek: środek ciężkości ciała przesuwa się ku przodowi. zmniejsza to równowagę w pozycji stojącej i zmusza do poruszania się drobnymi, małymi kroczkami
- zmienia się ustawienie kręgosłupa, rozwija się nadmierne wygięcie ku tyłowi odcinka piersiowego. dla utrzymania pionowego ustawienia kręgosłupa wytwarzają się kompensacyjne wygięcia ku przodowi w odcinku szyjnym oraz lędźwiowo-krzyżowym

Sluch

- woskowina u 30% osób jako przyczyna zaburzeń słuchu
- stopniowa utrata słuchu w zakresie wysokich tonów (głuchota starcza)

Wzrok

- pogorszenie ostrości wzroku wskutek nadwzroczności (25% ostrości u osoby młodej)
- obwódka starcza (gerontoxon, arcus senilis) – szaro-biały pierścień cholesterolu i złogów soli wapnia wokół tęczówki
- spowolnienie reakcji na światło
- zmniejszenie siły akomodacji – podstawa dalekowzroczności (presbiopia)
- spowolnienie reakcji psycho-motorycznej
- soczewka sztywnieje i mętnieje, pole widzenia zawęża się, odbiór kolorów traci na ostrości

Skóra i jej wytwory

- traci poprzednią gładkość, jest wiotka, pomarszczona, szorstka pokryta łuszczącym lub zrogowaciałym naskórkiem
- następuje zanik elastyczności, obecność brunatnych przebarwień
- zmniejsza się ilość tkanki podskórnej
- naskórek ulega ścieczeniu
- powierzchowne naczynia krwionośne stają się bardziej kruche
- gruczoły potowe ulegają zanikowi
- zmniejsza się potliwość - skóra staje się sucha
- paznokcie są pogrubione
- włosy siwieją lub wypadają

Smak i powonienie

- osłabienie czułości powonienia
- stopniowy zanik liczby kubków smakowych. Najpierw zanikają wrażliwe na substancje słodkie i słone, później kwaśne i gorzkie.

Układ rozrodczy

U kobiet: menopauza

- zahamowanie wydzielania estrogenów
- zanik błony śluzowej pochwy
- ↓ wydzielania śluzu
- infekcje, świąd, osłabienie funkcji zwieraczy

U mężczyzn: andropauza

- ↓ wydzielania testosteronu
- zaburzenie erekcji u ok. 25 % ok.65 r. ż.

Zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym

W okresie starzenia się u seniora dochodzi do wielu różnych zmian w sferze psychologicznej. Zmiany rozwojowe związane ze starzeniem się charakteryzuje współwystępowanie regresu z rozwojem, złożoność, niejednoznaczność objawów, duże zróżnicowanie i indywidualizacja.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Zmiany w sferze percepcyjno –motorycznej

Z wiekiem słabnie wrażliwość zmysłów (jedynie wrażliwość na ból pozostaje na względnie stałym poziomie). Słabnie selektywność uwagi i zdolność jej koncentracji. Wydłuża się czas reakcji na bodźce, słabe bodźce nie są w ogóle odbierane. Senior wolniej też wykonuje wszystkie czynności, zarówno proste, jak i złożone. Z czasem obniża się sprawność psychomotoryczna.

Zmiany w sferze pamięci i zapamiętywania

Charakterystyczne jest obniżanie się zdolności zapamiętywania – największy deficyt dotyczy pamięci mechanicznej i bezpośredniej; Osłabiona jest pamięć świeża, tzw. krótkotrwała. Zaburzona zostaje możliwość magazynowania i odtwarzania faktów z ostatniego okresu. Natomiast pamięć długoterminowa (wsteczna) ulega osłabieniu w znacznie mniejszym stopniu – informacje zgromadzone wcześniej są wciąż trwałe.

Zmiany w sferze intelektualnej

W miarę starzenia się obniżeniu ulega tzw. ogólny iloraz inteligencji. Maleje funkcja inteligencji płynnej (wrodzonej), natomiast rośnie inteligencja skryształizowana (społeczna), jako nabyta w toku uczenia się i gromadzenia doświadczenia. Wraz z wiekiem postępuje tendencja spadkowa dotycząca sprawności myślenia formalno-logicznego. Charakterystyczny jest spadek takich zdolności jak: myślenie indukcyjne, wyobrażenia przestrzenne, koordynacja wzrokowo-ruchowa – zwłaszcza w sytuacji presji czasowej. Dochodzi do obniżenia procesów poznawczych. Typową jest sztywność schematów myślowych. W rozwiązywaniu problemów zwiększa się udział myślenia relatywistycznego oraz kontekstualno-dialektycznego. Osoby starsze są rzadko pozytywnie nastawione do zmian. Prezentują upór, który jest tu mechanizmem obronnym.

Życie uczuciowe

Wraz z upływem lat zmniejsza się zdolność do sterowania uczuciami, ogranicza się chęć kontaktu z innymi ludźmi oraz intensywność przeżyć. Zmiana osobowości wyraża się labilnością emocjonalną, huśtawkami nastrojów. Uczuciowość nie związana z własną osobą słabnie. Charakterystyczny jest egocentryzm – skupianie się na sobie. Ludzie starsi pragną być zauważani, doceniani, być w centrum zainteresowania. Senior może wykazywać egoizm, chęć posiadania. Zbiera i gromadzi w nadmiarze różne przedmioty, bezużyteczne rzeczy (zespół zbieractwa).

Zmiany charakterologiczne

Starzenie nie powoduje zmian charakteru. Zmiany polegają na jaskrawym wyostreniu się cech charakteru. Z czasem występuje nasilenie cech charakteru widocznych w młodości - występują tzw. cechy karykaturalne. Typowa dla wielu seniorów jest tendencja do narzekania i tzw. zrzędlivosti. Często występuje nadmierna pobudliwość emocjonalna, płaczliwość, przecenianie własnych zasług.

Postawy społeczne

Z wiekiem ulega zacieśnianiu krąg zainteresowań do spraw czysto osobistych (egotyzm starczy). Ograniczanie aktywności społecznej, kontaktów i spotkań sprzyja izolacji społecznej, samotności i osamotnieniu. Osoby starsze retrospektywnie odbierają rzeczywistość. Wszystko odnoszą do przeszłości, idealizując wręcz swoją młodość, w stosunku do innych zwłaszcza młodych stają się podejrzliwi, nieufni.

ZADANIA PIEŁĘGNIARKI:

- ocena funkcjonowania poszczególnych narządów, układów, sprawności narządów zmysłu, stanu odżywienia, występowania charakterystycznych cech i objawów w oparciu o techniki badania podmiotowego i przedmiotowego z wykorzystaniem całościowej oceny geriatrycznej
- rozpoznawanie objawów starzenia się, interpretacja wyników, różnicowanie cech fizjologicznego i patologicznego starzenia się, identyfikowanie stanów pogorszenia zdrowia wymagających szybkiej interwencji medycznej
- dobór metod pielęgnowania z uwzględnieniem rozpoznanych typowych dla pacjenta objawów, odrębności wynikających z chorób somatycznych, zaburzeń psychicznych i upośledzenia sprawności funkcjonalnej
- monitoring zmian w stanie zdrowia i sprawności funkcjonalnej pacjenta oraz ich rejestrowanie w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi standardami



CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) jest złożonym, wielokierunkowym procesem diagnostycznym niezbędnym do oceny sytuacji biopsychospołecznej seniora. Obejmuje ocenę stanu czynnościowego, stanu zdrowia fizycznego, poziomu funkcji umysłowych oraz sytuacji socjalno-środowiskowej.

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG), dzięki swojej kompleksowości i wielodyscyplinarności, pozwala na wykrycie licznych zaburzeń klinicznych, funkcjonalnych, psychicznych oraz problemów socjalnych, które byłyby niezauważone przy standardowym postępowaniu klinicznym. Może być prowadzona u seniora przebywającego w różnych miejscach sprawowania opieki, zarówno w środowisku domowym, jak i instytucjonalnym. COG stanowi standard w podejściu geriatrycznym wobec starszego pacjenta. Ten zintegrowany proces diagnostyczny umożliwia ustalenie zakresu zaburzenia zdrowia, priorytetów, potrzeb oraz możliwości zapewnienia dalszego leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i opieki. Jest też narzędziem prognostycznym w zakresie pomocy pacjentowi w przyszłości.

Całościowa Ocena Geriatryczna należy do podstawowych wyznaczników zakresu geriatrycznej opieki pielęgniarstwa. Powinna być stosowana na etapie rozpoznania i powtarzana systematycznie, co umożliwi określenie postępu zmian w czasie i ryzyko zagrożenia brakiem samodzielności pacjenta.

Pielęgniarka wykonując COG w celu pełnej diagnozy pielęgniarstwa może na podstawie jej wyników ustalić problemy pielęgnacyjne - opiekuńcze, deficyty w opiece i dokonać wyboru optymalnego postępowania pielęgniarstwa. Pielęgniarka powinna /musi stosować zawsze w diagnozowaniu sytuacji zdrowotnej i socjalnej pacjenta geriatrycznego oraz w planowaniu opieki pielęgniarstwa.

Pielęgniarka powinna zastosować COG w odniesieniu do pacjenta i jego opiekuna.

COG w odniesieniu do osoby starszej obejmuje badanie stanu zdrowia, ocenę funkcji poznawczych (badanie skryningowe w kierunku otępienia), ocenę nastroju (badanie skryningowe w kierunku depresji) oraz ocenę sprawności w zakresie dnia codziennego (sprawność czynnościową).

Pełna ocena powinna być uzupełniona o badanie wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie samoopieki, co pozwoli na określenie potrzeb edukacyjnych.

Pomiar stanu zdrowia opiekuna, określenie relacji z osobą starszą, ocena wiedzy i umiejętności w zakresie metod i zasad pielęgnowania seniora, technik wykonywania zabiegów oraz sytuacji materialnej wskażą pielęgniarce deficyty, które wyznaczą niezbędną pomoc.

Ocena przeprowadzana u opiekuna pozwoli pielęgniarce na określenie wydolności opiekuna i możliwości realizacji zadań w opiece.

COG powinna być przeprowadzana przez zespół terapeutyczny (lekarz, psycholog, rehabilitant, pielęgniarka i pracownik socjalny) we współpracy z rodziną pacjenta.

Wybrane narzędzia stosowane w Całościowej Ocenie Geriatrycznej

COG – ocena czynnościowa

- ocena podstawowych czynności dnia codziennego, skala Katza (ADL activities of daily living)
- ocena złożonych czynności dnia codziennego, skala Lawtona (IADL - instrumental activities of daily living)
- ocena sprawności chorego, skala Barthel.

COG – ocena stanu fizycznego

- identyfikacja pacjenta geriatrycznego, skala VES-13
- ocena niewydolności krążenia, skala NYHA
- ocena równowagi, chodu i ryzyka upadków, Test Tinetti POMA (Performance Oriented Mobility Assessment), Test „wstań i idź” Timed Up and Go (TUG)
- ocena ryzyka powstania odleżyn, skala NORTONA
- ocena stanu odżywienia, skala MNA (mini nutritional assesment)
- ocena ryzyka operacyjnego dla chorych po 70 roku życia, skala CUMMINSA
- ocena widzenia w kierunku zwyrodnienia plamki żółtej, test Amslera (AMD, Age-related Macular Degeneration)
- ocena widzenia – badanie przesiewowe test Snellena do bliży, test Snellena do dali
- ocena słuchu – badanie przesiewowe, test szeptu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- ocena hipotonii ortostatycznej - pomiar ciśnienia tętniczego

COG- ocena stanu umysłowego

- ocena czynności poznawczych, skala FOLSTEINA Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE - Mini Mental State Examination)
- ocena sprawności umysłowych, skala HODGKINSONA (AMTS - Abbreviated Mental Test Score)
- ocena stanu emocjonalnego: afekt, lęk, depresja, skala GDS (Geriatryczna Skala Depresji YESAVAGE'A.), skala depresji HAMILTONA
- ocena procesów wzrokowo-przestrzennych oraz funkcji poznawczych oraz myślenia abstrakcyjno - pojęciowego, test rysowania zegara

COG – ocena socjalno-środowiskowa

- ocena zasobów, kwestionariusz wywiadu środowiskowego
- ocena wydolności opiekuna. Skala Wydolności Pielęgniacyjno-Opiekuńcza rodziny
- ocena sytuacji opiekuna rodzinnego przy pomocy kwestionariusza COPE
- ocena potrzeb osób starszych w późnej starości, kwestionariusz CANE

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



KOMUNIKOWANIE INTERPERSONALNE Z OSOBĄ STARSZĄ, JEJ RODZINĄ/ OPIEKUNEM ORAZ ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Przyczynami trudności w komunikowaniu się z osobą starszą są: zmiany involucyjne lub/i chorobowe w obrębie zmysłu słuchu i wzroku; osłabienie funkcji poznawczych; przewlekłe schorzenia psycho-somatyczne (zaburzenia świadomości, depresja) albo brak wiedzy ze strony rozmówcy na temat możliwego wpływu starzenia się na proces komunikacji.

Planowanie działań pielęgnacyjnych, opiekuńczych i edukacyjnych powinno być zawsze adekwatnie do możliwości sensorycznych i poznawczych starszego pacjenta.

Problemem dla osób starszych z osłabionym wzrokiem będzie znalezienie się w nowym środowisku (hospitalizacja), brak możliwości porozumiewania się za pomocą wzrokowej percepcji, zagrożenie bezpieczeństwa fizycznego, utrata podstawowej zręczności, trudności w czynnościach samoobsługowych oraz poczucie izolacji od grupy. Celem opieki zatem powinno być ułatwienie orientacji, umożliwienie porozumiewania się z otoczeniem i podtrzymywanie kontaktów, zapobieganie urazom fizycznym oraz przywracanie lub utrwalanie podstawowej zręczności.

Niedosłyszający lub niesłyszający starszy pacjent sprawia wrażenie nieuważnego, nie odpowiada na prośby czy polecenia, może być przygnębiony. Głównym celem opieki powinno być umożliwienie prawidłowego porozumiewania się ze starszym podopiecznym oraz wsparcie emocjonalne. Istotne jest uzyskanie w wywiadzie pielęgniarskim informacji dotyczących stopnia uszkodzenia słuchu oraz preferowanego sposobu komunikowania się.

Przykładem sprzętu kompensującego deficyty sensoryczne są: okulary, materiały optyczne, aparaty słuchowe, aparaty telefoniczne z oprogramowaniem Braille'a, słuchawki, przenośne indywidualne wzmacniacze dźwięku, indywidualne urządzenia akustyczne przybliżające dźwięki, sygnalizatory optyczne zastępujące dźwięk, sygnalizatory dźwiękowe umieszczane na pojemnikach na leki przypominające o przyjęciu dawki leku, itp.

Najczęstszą przyczyną zaburzeń wyższych czynności nerwowych w wieku podeszłym są procesy zapalne i zwyrodnieniowe OUN (choroba Alzheimera), udary mózgu, urazy. Do dysfunkcji poznawczych należą zaburzenia mowy (afazja), poznania (agnozja), działania (apraksja), pamięci (amnezja) i orientacji, myślenia i zapamiętywania. Cechą charakterystyczną zaburzeń poznawczych jest brak kontroli nad powiększającymi się deficytami, wzrastająca dezorientacja czasowa i przestrzenna oraz postępująca izolacja socjalna i zależność od opiekunów. Upośledzenie orientacji wywołuje lęk i gotowość do różnego rodzaju reakcji obronnych, np. tendencję do nieustępliwości i uporu.

Komunikowanie się z osobą starszą z zaburzeniami funkcji poznawczych obejmuje podejście „zorientowanie na rzeczywistość”, trening pamięci i orientacji oraz metodę „walidacji”.

Zorientowanie na rzeczywistość, opiera się na założeniu, że możliwe jest ustabilizowanie procesu demencji poprzez odniesienie się do sprawnych jeszcze funkcji poznawczych i polega na trenowaniu pamięci, logicznego myślenia, dostarczaniu różnych bodźców, poprzez które senior czuje się bardziej osadzony w realnej rzeczywistości.

Istotnym elementem w opiece i komunikacji jest trening pamięci i orientacji, czyli np. wielokrotne przedstawianie się choremu, przypomnianie pory dnia, tygodnia, miesiąca, miejsca pobytu, dostarczanie pomocy pamięciowych umieszczanych w widocznych miejscach, trening umysłowy (rozwiązywanie krzyżówek) oraz aktywizacja, np. w ramach terapii zajęciowej.

Walidacja zakłada „wejście” w świat wewnętrzny osoby starszej, zgodnie z założeniem, że ludzie wracają do przeszłości po to, aby czuć się bardziej szczęśliwi i starać się być razem z nim w jego świecie, nie próbując zorientować go na aktualną rzeczywistość.

Komunikując się z pacjentem w podeszłym wieku z zaburzeniami funkcji poznawczych sposób wyrażania się powinien być wystarczająco prosty. Koncentrację pacjenta wspomaga utrzymywanie kontaktu wzrokowego czy dotknięcie ręki. Rozmawiając z seniorem często należy używać jego imienia, gdyż to upewnia go, że komunikat kierowany jest właśnie do niego. Ważnym elementem jest uzyskanie od pacjenta informacji zwrotnej w celu upewnienia się czy przekazane informacje zostały prawidłowo zrozumiane.

Wobec pacjenta z afazją najczęściej wykorzystuje się techniki zwiększające rozumienie mowy, czyli zastosowanie rysunku, zestawów kart komunikacyjnych, używanie sygnałów niewerbalnych. Przekaz polega na ilustrowaniu komunikacji werbalnej adekwatną mimiką i gestykulacją, pokazywaniem przedmiotów lub piktogramów. Ponadto ważne jest pozostawianie pacjentowi jak największej samodzielności w zakresie komunikacji werbalnej, dostrzeganie i nagradzanie nawet minimalnych postępów, stawianiu pytań rozstrzygnięcia, nie wyręczanie pacjenta w mówieniu.

Do oceny sprawności poznawczej osoby starszej można wykorzystać powszechnie dostępne w praktyce pielęgniarskiej skale i narzędzia oceny: test MMSE, test AMTS, test rysowania zegara, łączenia cyfr czy skalę GDS do oceny nastroju.



Komunikacja z rodziną pacjenta/opiekunem:

Efektywna komunikacja z rodziną pacjenta daje pielęgniarce ogromne źródło informacji, także zwrotnej, ułatwia poznanie i pogłębia zaufanie. Rodzinę chorego należy zachęcać do otwartej komunikacji i wsparcia emocjonalnego podopiecznego, starać się odwozić od okłamywania osoby starszej i udawania, gdyż takie postawy zawsze utrudniają komunikację i stają się przyczyną utraty zaufania. Dobór słownictwa w rozmowie z rodziną i sposób przekazu powinien być przejrzysty, zwięzły i syntetyczny, adekwatny do stanu emocjonalnego poszczególnych członków rodziny/opiekunów, ich możliwości sensorycznych i poznawczych (zdarza się, że opiekunami osób starszych są również osoby w wieku powyżej 65 lat).

Pielęgniarka zarówno dla pacjenta, jak i jego rodziny staje się swoistym przewodnikiem i konsultantem w sprawach zdrowia, zatem warto oprzeć wzajemną współpracę i konstruktywną komunikację o poniższe zasady:

- zadbać o podejście holistyczne, indywidualne (interesować się pacjentem, a nie tylko jego problemem zdrowotnym)
- mówić jasno, rzeczowo i zrozumiale
- aktywnie słuchać komunikatów ze strony rodziny (obserwować również komunikaty niewerbalne)
- powtarzać kilkakrotnie najważniejsze informacje
- zawsze odpowiadać na pytania, wyjaśniać i dopytywać (jeśli to konieczne)
- okazywać zrozumienie, tolerancję, akceptację
- unikać nieszczerości
- uwzględniać kontekst sytuacyjny
- starać się podtrzymywać racjonalną nadzieję
- zachowywać spokój i opanowanie

Przyjazne nastawienie, serdeczność i życzliwa postawa wobec rodziny chorego niejednokrotnie potrafi zrekompenzować pojawiające się trudności komunikacyjne czy wręcz deficyty kompetencji komunikacyjnych.

Komunikacja interpersonalna w ramach zespołu terapeutycznego:

We wspólnych działaniach dla dobra chorego łączą się przedstawiciele różnych grup zawodowych, tworząc profesjonalny zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy i ksiądz. W ramach pracy zespołu omawiane są wszelkie działania związane z procesem terapeutyczno-lecznym czy terapeutyczno-opiekuńczym. Konstruktywna współpraca w tym zespole opiera się o zasadę równości wszystkich członków zespołu, partycypację – problem jednego z członków zespołu jest ważny dla wszystkich), wspólne podejmowanie decyzji (konsensus), realizm oraz wzajemną akceptację. Specyfika pracy zespołu zależy od rodzaju rozwiązywanego problemu: np. lekarz nadzoruje proces diagnostyki i leczenia, pielęgniarka realizuje działania wynikające z procesu pielęgnowania, dokonuje ich ewaluacji, przygotowuje pacjenta do samoopieki, fizjoterapeuta zajmuje się ruchowym usprawnianiem, pomaga wspólnie z pielęgniarką zwiększać zakres samodzielności i niezależności samoobsługowej, psycholog motywuje, dietetyk podejmuje interwencje w zakresie właściwego żywienia, terapeuta zajęciowy zajmuje się wypełnieniem czasu wolnego. itd. Zespół najczęściej równocześnie rozwiązuje różne indywidualne zadania/problemy, a poszczególni jego członkowie w zakresie swoich kompetencji wzajemnie się uzupełniają i wspierają w procesie koncepcyjnym.

Rozwiązania różnych zadań (problemów podopiecznego) przez poszczególnych członków zespołu nie da się dokonać bez wzajemnej komunikacji. Jako niezbędną i podstawową zasadę komunikacji interpersonalnej w ramach zespołu terapeutycznego uznaje się przede wszystkim zachowanie spójności przekazu („wspólny język” w zakresie poruszanego tematu zapewnia sprawny obieg informacji, a użyte słowa znaczą zawsze to samo zarówno dla nadawcy jak i odbiorcy komunikatu) oraz pełnej szczerości. Nadrzędną zasadą współpracy i komunikacji w zespole terapeutycznym jest: unikanie sporów kompetencyjnych (każdy pracuje zgodnie ze swoją wiedzą, wykształceniem i zakresem uprawnień), całościowe podejście do pacjenta i ciągły przepływ informacji „wszyscy ze wszystkimi”.

Komunikacja interpersonalna w zespole terapeutycznym ma dwie podstawowe funkcje:

- informacyjno-organizatorską, która polega na przekazywaniu wiadomości pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu (zalecenia, zarządzenia, zapytania, odpowiedzi, sprawozdania) i umożliwia wykonywanie zadań przez grupę jako całość. Przykładem może być sprawny przepływ informacji pomiędzy pielęgniarką a lekarzem przydatnych podczas procesu diagnostyki i leczenia, przekazywaniu niezbędnych informacji dotyczących objawów chorobowych, niepokojących zmian w stanie zdrowia, wyników badań i zabiegów. Innym przykładem może być przekaz informacji pomiędzy pielęgniarką a psychologiem ukierunkowany na rozwiązywanie problemów psychospołecznych pacjenta (wspólne określenie deficytów, np. w ramach funkcji poznawczych), wspieranie i motywowanie chorego do działań, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa czy też pielęgniarki z fizjoterapeutą (wspólne określenie deficytów w zakresie mobilności i samoobsługi) czy z dietetykiem, np. w ramach określania stanu odżywienia, dokonywania modyfikacji żywieniowych lub wyboru sposobu żywienia;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- motywacyjno-inspirującą, która opiera się na poczuciu wspólnoty wśród członków grupy i tworzeniu atmosfery zaangażowania dla wspólnego celu działania.

Cztery podstawowe modele przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu terapeutycznego, to: model koła, łańcucha, raka i gwiazdy.

Najskuteczniejszy kierunek przepływu informacji pomiędzy dowolnie wybranymi członkami zespołu terapeutycznego zapewnia tzw. model „gwiazdy”, czyli scentralizowany przepływ informacji, bez przekazów pośrednich. W tym modelu z zasobu informacji, jakim jest „centrum” mogą korzystać wszyscy członkowie i wszyscy ten zasób wzbogacają. Przekazy pośrednie np. w modelu „łańcucha” lub „raka”, mogą powodować różnego rodzaju zniekształcenia informacji i wydłużenie czasu komunikowania się, gdyż pierwsza osoba chcąc przekazać coś ostatniej musi przedostać się przez wszystkie ogniwa. Natomiast zaletą modelu „koła” (z uwagi na to, że wszyscy członkowie mają zbliżone pozycje w grupie) jest wytwarzanie się poczucia przynależności.

Bazą dobrej komunikacji powinna być: wspólna dokumentacja medyczna - wzajemne korzystanie z zebranych danych (o stanie somatycznym, psychicznym, społecznym, duchowym); wspólne sekwencyjne spotkania zespołu terapeutycznego, wspólnie nakreślone cele i planowane rezultaty działania (w zakresie leczenia, pielęgnowania, usprawniania, aktywizowania, motywowania, adaptacji, poprawy stanu ogólnego czy sytuacji rodzinno/społecznej). Wśród zakłóceń komunikacyjnych w ramach zespołu terapeutycznego należy wymienić: niedokładność przekazu, zniekształcenia treści, negatywne emocje, złe nastawienia nadawcy i odbiorcy, konflikt w zespole. Przejawem nieprawidłowych kontaktów jest brak zaangażowania i motywacji ze strony poszczególnych członków zespołu do wspólnego wykonywania zadań oraz brak poczucia satysfakcji z pracy w zespole.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPŁOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



ODŻYWIANIE OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

„*Niech pożywienie będzie Twoim lekarstwem, a lekarstwo Twoim pożywieniem*” powiedział Hipokrates. Słowa te nie utraciły nic ze swojego znaczenia mimo upływu tylu lat. Odnoszą się one do wszystkich: dzieci, dorosłych, starszych. Wydaje się, że właśnie w odżywianiu starszych osób określenie to nabiera szczególnego znaczenia. Przyjmowanie posiłków złożonych z odpowiednich produktów we właściwych ilościach i proporcjach z określoną częstotliwością to podstawa dobrego funkcjonowania. „*Niezależnie od tego, kto był ojcem choroby, zła dieta była na pewno jej matką*”. Ta z kolei maksyma jeszcze dobitniej wskazuje na znaczenie diety w życiu człowieka i jej rolę w zapobieganiu chorobom.

Organizm człowieka w podeszłym wieku nie funkcjonuje już tak sprawnie, a w poszczególnych jego układach dają się zauważyć zmiany somatyczne związane z procesem starzenia. Zmiany te występują w poszczególnych narządach zaliczanych do układu pokarmowego (np. zmiany w błonie śluzowej żołądka). Dotyczą również pogorszonego funkcjonowania układu wynikającego z innych przyczyn związanych z wiekiem. Należą do nich np. ubytki w uzębieniu, skutki chorób, powikłań po zabiegach operacyjnych: usunięcie pęcherzyka żółciowego, resekcje jelit. Inną grupę przyczyn pogorszenia funkcjonowania układu pokarmowego i problemów w odżywianiu osób starszych stanowią warunki socjalno-bytowe: ubóstwo, samotność, bezradność. Wymienione powyżej problemy wskazują, że prawidłowe postępowanie dietetyczne i stosowanie dietoterapii wymaga profesjonalnego przygotowania. Niedostrzeżenie tych problemów i zaniedbywanie często może skutkować znacznym pogorszeniem zdrowia wynikającym z powstałych niedoborów żywieniowych. Niekiedy bowiem „zwykły” niedobór płynów, powoduje zawroty głowy, upadki, zmęczenie, apatię.

Do podstawowych, a jednocześnie najważniejszych zadań pielęgniarki, opiekuna osób w podeszłym wieku, należy postawienie diagnozy dotyczącej żywienia chorego/podopiecznego.

Głównymi elementami diagnozy jest stwierdzenie:

- czy i w jakim zakresie u seniora występują niedobory żywieniowe; można tego dokonać wizualnie, za pomocą skal, tabel, przyrządów, analizy badań laboratoryjnych
- czy i w jakim zakresie u seniora występują nadwyrżki czy przerosty w odżywianiu; jakie jest BMI, czy występuje nadwaga, otyłość
- czy występują schorzenia wynikające z niedoborów czy nadwyżek żywieniowych, np. cukrzyca
- czy występują schorzenia wpływające na możliwość przyjmowania pokarmów, np. choroba Parkinsona – trudności w połykaniu
- czy występują schorzenia wymuszające stosowanie określonej dietoterapii lub eliminacji niektórych grup produktów (schorzenia nerek – ograniczenia białka, nadciśnienie – ograniczenia soli)
- czy, jakie i w jakim zakresie występują problemy w przyjmowaniu posiłków (deficyt samoopieki, stopień samodzielności); osoby po udarach, ze schorzeniami reumatoidalnymi (RZS)
- czy istnieje konieczność suplementacji witamin i minerałów
- czy i w jakim zakresie występują problemy socjalno-bytowe (ubóstwo, problemy z poruszaniem się i robieniem zakupów, trudności w przygotowywaniu lub niemożność robienia posiłków)
- czy podopieczny, senior, pacjent posiada prozdrowotne czy antyzdrowotne nawyki żywieniowe (np. wypija zbyt mało płynów w ciągu dnia)
- jakie są potrzeby seniora w zakresie żywienia czy oczekiwania w odniesieniu do dietoterapii
- kto sprawuje opiekę w zakresie odżywiania, jeśli dotyczy to seniora przebywającego w domu (jaki jest zasób wiedzy rodziny o żywieniu, umiejętności techniczne, sposób realizacji czynności opiekuńczych w zakresie żywienia).

Postawienie diagnozy umożliwia przygotowanie i zorganizowanie (lub też przygotowanie rodziny czy opiekunów) prawidłowego żywienia osoby w podeszłym wieku zgodnie z wymogami i zasadami określonej dietoterapii.

Prawidłowo przygotowana i zastosowana dieta czy też specyficzna dietoterapia pozwoli z kolei na osiągnięcie celów żywienia.

Cele żywienia:

- utrzymanie/ poprawa prawidłowego stanu odżywiania
- pokrycie zapotrzebowania na energię i poszczególne składniki odżywcze
- utrzymanie/ poprawa stanu zdrowia, jakości życia
- ograniczenie składników/ produktów wywierających negatywne działanie na organizm
- wprowadzenie składników/ produktów mających pozytywne działanie na organizm

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Osiągnięcie wyznaczonych celów żywienia osób w podeszłym wieku zależne jest od wielu czynników. Bazą ich jest znajomość zmian dokonujących się w procesie starzenia i wynikających z nich różnic w zapotrzebowaniu energetycznym i na substancje odżywcze.

Typowe zmiany w układzie pokarmowym wynikające z procesu starzenia się organizmu:

- mniejsza ilość wydzielonej śliny i enzymów trawiennych w jamie ustnej
- mniejsze wydzielanie soku żołądkowego
- pogorszona, wolniejsza perystaltyka jelit
- mniejsze wydzielanie żółci
- mniejsze wydzielanie insuliny
- mniejsza aktywność enzymów trawiennych
- obniża się podstawowa przemiana materii (PPM)

Typowe problemy występujące u osób starszych podczas spożywania posiłków lub zniechęcające do ich przyjmowania:

- dysfagia – trudności w połykaniu
- odynofagia – ból przy połykaniu
- zaburzenia smaku (odczuwany smak gorzki lub metaliczny)
- utrata lub obniżenie odczuwania soli w potrawach (ten smak starzejące się osoby tracą najszybciej)
- kserostomia (suchość w jamie ustnej)
- brak „potrzeby” jedzenia
- szybkie osiągnięcie uczucia sytości
- często pojawia się uczucie pełności i nasycenia po zjedzeniu kilku kęsów
- trudności w gryzieniu, przeżuwanii (ze względu na braki w uzębieniu lub ból zębów)
- nadwrażliwość na zapachy (intensywność, nieprzyjemny zapach powodują niechęć do jedzenia)

Typowe problemy osób w podeszłym wieku mające wpływ na nieprawidłowe odżywianie:

- samotność (samotne spożywanie posiłków obniża apetyt i wzmagają niechęć do jedzenia)
- brak środków do życia, ubóstwo, oszczędzanie „na jedzeniu”
- utrata samodzielności w przygotowywaniu i/ lub jedzeniu posiłków
- niechęć do jedzenia ze względu na stosowaną farmakoterapię
- podejrzliwość w stosunku do proponowanych, gotowych posiłków
- niechęć do spożywania posiłków ze względu na ich następstwa, skutki (obawa o wystąpienie biegunki, bólu, niestrawności)
- niechęć do przyjmowania właściwej ilości płynów ze względu na obawę o zwiększoną diurezę (nietrzymanie moczu, problemy z oddawaniem moczu)
- brak opiekunów

Zapotrzebowanie żywieniowe dla osób starszych:

- między 20 a 70 (80) rokiem życia zapotrzebowanie kaloryczne zmniejsza się o około 30% (dochodzi do tego ze względu na obniżoną przemianę materii - o 20% u mężczyzn a o 13% u kobiet oraz na skutek spadku beztłuszczowej masy ciała- sarkopenia – spadek mięśni szkieletowych)
- zmniejsza się zapotrzebowanie na: energię, tłuszcz, żelazo
- zapotrzebowanie kaloryczne zmniejsza się do: dla kobiet – 1500-1700 [kcal]; dla mężczyzn – 1700-1900 [kcal].
- zwiększa się zapotrzebowanie na: wapń, wit. D, kwas foliowy, wit. B₆, B₁₂, B₂ (niedobór kwasu foliowego prowadzi do wzrostu Homocysteiny)
- spożycie sodu do 5g dziennie (bezwzględne zmniejszenie po 50 r. życia)

Uwzględniając wszystkie zmiany związane ze starzeniem zachodzące w przewodzie pokarmowym oraz często występujące typowe problemy seniorów z odżywianiem, zostały określone ogólne zasady diety dla osób w wieku podeszłym. Na tej podstawie i w oparciu o konkretne wskazania dietetyczne można przygotować szczegółowe jadłospisy i modyfikować je w zależności od stanu zdrowia i kondycji podopiecznego.

Dieta dla osób w wieku podeszłym – ogólne zasady:

- dieta profilaktyczna – ukierunkowana na zapobieganie chorobom metabolicznym, które przyspieszają proces starzenia
- zapobieganie cukrzycy, miażdżycy, otyłości
- dieta niskoenergetyczna

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- wartość energetyczna do 2/3 z okresu przed starzeniem
- ograniczenie podaży nasyconych kwasów tłuszczowych
- wzbogacenie diety w tłuszcze omega 3 (zmniejszają ilość homocysteiny – profilaktyka zawałów zakrzepów, udarów)
- dieta bogatobłonnikowa (błonnik 20-40g /dzień; nie spożywać łącznie z lekami bo zostaną częściowo usunięte),
- dieta bogata w betakaroten – prekursor wit. A (morele, marchew, papryka, dynia)
- ze względu na zmniejszone wchłanianie – zwiększenie o 50% podaży białka
- dieta bogata w wit. C – (dużą ilość zawierają np. porzeczki), wit. E, wit. B6 - bierze udział w przemianach wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (przyjmowanie leków upośledza wchłanianie tej witaminy)
- w diecie powinno znaleźć się około 2 litrów płynów
- w późnej starości najczęściej jest to dieta wszechstronna – można jeść wszystko, co nie powoduje dolegliwości
- posiłki powinny być spożywane 5-6 na dobę
- posiłki powinny być spożywane w spokoju, ciszy, bez pośpiechu, najlepiej w towarzystwie innych osób
- posiłki nie powinny być zbyt gorące i zbyt zimne
- podawane posiłki powinny być urozmaicane, zachęcać do jedzenia

Na szczególną uwagę w diecie osób starszych zasługuje podaż płynów. Osoby w podeszłym wieku często nie odczuwają potrzeby picia. Z drugiej zaś strony celowo zmniejszają ilość płynów ze względu na problemy z oddawaniem moczu. Starsze osoby często obawiają się, że „nie zdążą do toalety”. Niechętnie piją, bo obawiają się silniejszego parcia na mocz i obawiają się bezwiednego oddania moczu. Niedobór płynów u osób w podeszłym wieku doprowadza do wielu nieprzyjemnych i niebezpiecznych dla zdrowia konsekwencji.

Z powodu odwodnienia często występują:

- ból i zawroty głowy
- zaburzenia funkcji poznawczych
- zaburzenia elektrolitowe
- zakażenie dróg moczowych
- hipotonia ortostatyczna
- zaparcia
- spadek masy ciała
- kserostomia

Zadania pielęgniarki w dietoterapii osób starszych i w podeszłym wieku:

- ocena stanu odżywienia pacjenta oraz występujących problemów i potrzeb w zakresie odżywiania
- podawanie posiłków
- pomoc przy przyjmowaniu i spożywaniu pokarmów drogą naturalną
- wsparcie i motywowanie chorego w przestrzeganiu diety
- współpraca z dietetykiem w zakresie edukowania pacjenta i jego rodziny w celu przestrzegania diety
- przedstawienie choremu i jego rodzinie korzyści wynikających z przestrzegania zasad prawidłowego żywienia
- uzupełnienie wiedzy pacjenta i jego rodziny dotyczącej zaleceń dietetycznych
- pomoc choremu i jego rodzinie w doborze odpowiednich produktów pokarmowych zgodnie z zaleceniami dietetycznymi
- kształtowanie postaw prozdrowotnych w zakresie racjonalnego odżywiania się pacjenta i jego rodziny
- karmienie chorego przez zgłębnik lub gastrostomię jeśli chory wymaga takiego sposobu karmienia oraz pomoc rodzinie i opiekunom w przygotowaniu do karmienia chorego

Żywnienie dojelitowe osób w podeszłym wieku

Żywnienie dojelitowe nie jest specyficznym sposobem żywienia w geriatric, jednakże często zachodzi konieczność do zastosowania tego typu odżywiania, a właściwie do zastosowania leczenia żywieniowego.

Żywnienie dojelitowe, czyli żywnienie drogą przewodu pokarmowego, jest formą leczenia żywieniowego, która polega na podawaniu substancji odżywczych, wody, białka, elektrolitów, pierwiastków śladowych do światła przewodu pokarmowego drogą inną niż doustna, w praktyce za pomocą zgłębników (sond) lub przetok odżywczych.

Z różnych przyczyn – choroby, urazu czy uwarunkowań psychicznych przyjmowanie pokarmu przez usta jest utrudnione lub wręcz staje się niemożliwe. Brak łaknienia, utrata masy ciała, postępujące osłabienie, powodują zaburzenia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



we wszystkich układach i narządach organizmu prowadząc do zespołu wyniszczenia (kacheksji), które najczęściej towarzyszy chorobie nowotworowej. W takich przypadkach alternatywą staje się wytworzenie gastrostomii odżywczej.

Metody żywienia dojelitowego

Zgłębniki do sztucznego ŻD można wprowadzać do przewodu pokarmowego:

- wsuwając je przez jamę nosową
- stosując przezskórną technikę małoinwazyjną
- lub metodą operacyjną

PEG (przezskórna endoskopowa gastrostomia) polega na założeniu cewnika wprowadzanego przez ścianę jamy brzusznej do żołądka przy pomocy gastroskopu.

Wytworzenie PEG powinno zawsze wynikać z przesłanek medycznych, a nie z wygody podania pokarmu, oszczędności czasu, pieniędzy i siły roboczej. PEG nie może także stanowić substytutu właściwej opieki pielęgniarskiej. Początkowo ważne jest podjęcie próby suplementarnego żywienia doustnego za pomocą płynnych diet oraz prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia i techniki połykania pokarmów. Warunkiem niezbędnym w zastosowaniu tego typu żywienia jest zachowana funkcja układu pokarmowego.

Wskazania do założenia PEG

Ogólnie jako wskazanie do założenia PEG uważany jest stan, w którym mimo sprawnego przewodu pokarmowego nie możemy dostarczyć jego drogą wystarczającej ilości kalorii potrzebnych do zaspokojenia potrzeb metabolicznych organizmu.

Wskazania neurologiczne: urazy głowy, udary mózgu, choroba Alzheimera, demencja starcza, stany wegetatywne, choroba Parkinsona.

Wskazania onkologiczne - laryngologiczne (nowotwory nosa, gardła i krtani) oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego, które upośledzają pasaż pokarmów.

Inne choroby - wyniszczenie w przebiegu AIDS, długo trwająca śpiączka, przewlekła niewydolność nerek.

Głównym celem żywienia przez zgłębnik dojelitowy jest zapobieganie utracie masy ciała, eliminacja znaczących niedoborów żywieniowych, nawodnienie chorego, zahamowanie pogarszania się jakości życia.

W odżywianiu dojelitowym (enteralnym) wykorzystuje się:

- diety szpitalne – płynne, bogatoodżywcze, które otrzymuje się miksując produkty naturalne lub zbilansowane diety przemysłowe
- diety przemysłowe – mają standardowy skład, ściśle określoną ilość składników pokarmowych i znaną wartość energetyczną

Zasady karmienia przez sondę/gastrostomię

- przygotowanie sprzętu do karmienia: taca, strzykawka 100-150 ml, pojemnik ze zmiksowanym ciepłym pokarmem utrzymujący stałą temperaturę, pojemnik z przegotowaną ciepłą wodą, miska na odpadki, lignina
- ułożenie pacjenta leżącego w pozycji wysokiej lub półwysokiej podczas podawania pokarmu, zapobiegającej aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych i ułatwiającej przesuwanie się pokarmu do dalszej części przewodu pokarmowego
- należy unikać pozycji na lewym boku u leżących otyłych pacjentów ze względu na większą możliwość przeciekania pokarmu przez przetokę
- podaż posiłków u pacjentów leżących powinna być o określonych porach
- podanie płynu po raz pierwszy powinno odbywać się w obecności lekarza: podaje się ok. 20-50 ml wody przegotowanej, następnie porcje zwiększa się w czasie, obserwując, czy treść nie wypływa, czy chory nie ma uczucia rozpierania w żołądku i czy nie występuje zaleganie żołądkowe
- zaproponowanie pacjentowi na 15-30 minut przed posiłkiem żucia gumy, skórki od chleba, ssanie cukierka o mocnych zapachach, drażnienie zmysłu powonienia aromatem posiłków powoduje pobudzenie wydzielania enzymów trawiennych
- sprawdzenie zalegania pokarmu w żołądku
- temperatura posiłku nie powinna przekraczać 40°C, temperatura optymalna 35-37°C
- nabranie do strzykawki pokarmu, odpowietrzenie jej i po połączeniu z sondą powolne wstrzykiwanie: jednorazowo podaje się 200-500 ml pokarmu miksowanego przez około 10-15 minut
- papka pokarmowa nie powinna być zbyt gęsta, gdyż może dojść do zatkania zgłębnika
- nabranie 20-50 ml wody przegotowanej i podanie w celu wypłukania drenu z treści pokarmowej, założenie zaciśku na koniec drenu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- produkty do sporządzenia mieszaniny pokarmowej powinny być świeże
- nie zaleca się pokarmów rozdmajających, ciężkostrawnych, zwłaszcza u pacjentów leżących
- możliwe jest uzupełnianie diety kuchennej dietą przemysłową, gdy chcemy osiągnąć większą kaloryczność pokarmów
- u pacjentów leżących należy zadbać o odpowiedni dobór błonnika
- podaż płynów w zależności od zapotrzebowania, aktywności fizycznej, nie mniej niż 1000-1500 ml na dobę
- poinformowanie chorego o pozostaniu w pozycji wysokiej lub półwysokiej do ok. 2 godzin po posiłku, aby pokarm nie cofnął się do drenu
- podawanie posiłków nie powinno być częstsze niż co 2 godz., z wyjątkiem osób aktywnych fizycznie, które mogą pobierać posiłek w zależności od odczuwanego głodu nawet co godz.
- podaż posiłków należy rozłożyć tak, aby pacjent miał zachowaną przerwę nocną minimum 6-8 godz.
- jeśli pacjent ma choć częściowo zachowaną drożność przełyku może przyjmować letnie płyny doustnie w małych ilościach pozwalających na bezpieczne połykanie
- zapewnienie higieny jamy ustnej i nosowej
- pacjenci, którzy mają całkowicie niedrożny przełyk powinni płukać jamę ustną wodą lub wywarami z ziół,
- u pacjentów leżących należy zawsze pamiętać o kontroli wypróżnień, diurezy i bilansie wodnym ustroju

Rola pielęgniarki w karmieniu dojelitowym

W warunkach szpitalnych – zgodne z zasadami i wytycznymi karmienie pacjentów.

W warunkach domowych:

- edukacja rodziny bądź opiekunów i przygotowanie ich do prawidłowego karmienia dojelitowego
- nauka posługiwania się specjalistycznym sprzętem
- udzielanie wsparcia rodzinie i choremu
- doradztwo w sprawie diety
- wyjaśnianie wątpliwości związanych z karmieniem

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



WYBRANE WIELKIE ZESPOŁY GERIATRYCZNE

Okres starości, jest czasem w którym pojawiają się największe wyzwania i wymagania stawiane przed osobami sprawującymi opiekę pielęgniarstwa. Wynika to ze specyfiki schorzeń występujących u starszych ludzi, ponieważ w miarę trwania ich życia następuje swoista akumulacja schorzeń przewlekłych, które raz nabyte, pozostają do końca życia pacjenta. Innym obciążeniem, jest sam proces starzenia się organizmu powodujący, że upośledzenie funkcji poszczególnych organów i układów związane z ich starzeniem się, dodatkowo nakłada się na zmiany wynikające z chorób nabytych podczas życia danej osoby. Kolejnym powodem dla którego opieka nad starszymi osobami stawia przed pielęgniarkami więcej wymagań niż w przypadku pozostałych grup wiekowych, jest większa wrażliwość tych pacjentów na dekompensację spowodowaną dołączeniem się ostrych schorzeń, na które zapadają łatwiej niż osoby w młodszym wieku. I wreszcie, wymienianym zwykle na końcu, ale nie mniej ważnym niż pozostałe powodem dla którego opieka ta jest tak trudna, są warunki socjalne i zabezpieczenie finansowe osób starszych, często niestety nieodpowiednie lub nawet dramatycznie niewystarczające.

Wszystkie te czynniki powodują, iż opiekę nad osobami starszymi, cechuje szereg odmienności związanych z wiekiem pacjentów. Jednym z powodów tej odmienności jest fakt, iż wiek kalendarzowy znacznej części pacjentów nie odpowiada ich wiekowi biologicznemu. Spotykamy zarówno osoby które wyglądają i funkcjonują jakby miały dziesięć lat mniej niż wynika to z daty urodzenia wpisanej w ich dowodzie osobistym, jak również takie, którym przyglądamy się z niedowierzaniem, myśląc: „Jak to? Ma tylko siedemdziesiąt lat! Przecież wygląda i zachowuje się jak by miał co najmniej dziesięć lat więcej.” Ogólne zasady dotyczące sprawności układów organizmu w wieku starszym mówią, że czynniki i warunki środowiskowe, mają większe znaczenie niż zmiany fizjologiczne a możliwość istotnego upośledzenia sprawności organizmu nasila się wraz z wiekiem. Nieskuteczność wytycznych opierających się jedynie na kryterium wieku wynika między innymi z tego, iż stan poszczególnych układów biologicznych nawet jeśli są niewiele zmienione przez wiek, zależy w znacznym stopniu od statusu społeczno-ekonomicznego oraz warunków i stylu życia (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, leki i parafarmaceutyki, aktywność fizyczna, zbilansowanie diety) danej osoby. Toteż wraz z zaawansowaniem wieku narastają różnicowania i biologiczne odrębności w populacji osób starszych. Z tego też powodu, algorytmy kliniczne, procedury, ściśle wytyczne oraz inne strategie postępowania medycznego przestają być skuteczne, jeśli opierają się jedynie na kryterium wieku. Dlatego tylko kompleksowa opieka nad osobami starszymi zawierająca ocenę stanu czynnościowego, a następnie działania mające na celu jego poprawę, mogą doprowadzić do utrzymania lub odzyskania samodzielności i w efekcie końcowym lepszej jakości życia.

Specyficznym dla wieku podeszłego zjawiskiem wynikającym z wymienionych powyżej odmienności są tak zwane wielkie problemy geriatryczne, czyli najczęściej przewlekłe, wywołane wieloma przyczynami dolegliwości. Zaliczamy do nich między innymi: upadki i zaburzenia mobilności oraz omdlenia, nietrzymanie moczu i stolca, jak również, upośledzenie wzroku i słuchu oraz odleżyny. Wszystkie te zaburzenia przy odpowiednim postępowaniu udaje się wyleczyć lub przynajmniej znacząco ograniczyć powodowane przez nie dolegliwości i upośledzenie sprawności. Wielkie problemy geriatryczne stanowią także poważny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego z uwagi na częstotść ich występowania, związaną z nimi chorobowość oraz koszty niezbędnej opieki medycznej, zwłaszcza, że dotyczą rosnącej liczby ludzi starych.

Jednym z ważniejszych problemów geriatrycznych są omdlenia, upadki i zaburzenia mobilności. Przy czym omdlenia często doprowadzają do upadków, a starsze osoby często opisują omdlenie jako upadek. U osób starszych przebywających we własnym środowisku, upadek zdarzający się przynajmniej raz w roku, dotyka około 40% tej populacji. W przypadku osób przebywających w ośrodkach opieki instytucjonalnej, upadki zdarzają się jeszcze częściej. Należy pamiętać o tym, iż upadki są główną przyczyną urazów prowadzących do zgonów wśród osób starszych. W wyniku 10-15% upadków dochodzi do poważnych urazów, spośród których: 50 % to złamania, 10-20% obrażenia tkanek miękkich, 30-40% inne urazy jak stłuczenia, otarcia, oparzenia, krwiaki podtwardówkowe.

Częstość upadków zwiększa się z wiekiem – po 80 roku życia co najmniej jeden upadek w roku zdarza się u co drugiej osoby. Stłuczenia i złamania są najczęstszymi następstwami upadku, co powoduje, iż między innymi, znacząca większość złamań szyjki kości udowej jest następstwem upadku. Wśród przyczyn powodujących większe ryzyko upadku wymienia się: wiek danej osoby (czym starsza grupa wiekowa tym większe ryzyko upadku), współistniejące ośpienie, oraz występujące schorzenia przewlekłe. Uważa się również, iż kobiety są w większym stopniu zagrożone upadkami niż mężczyźni.

Najogólniej przyczyny upadków dzielimy na zewnętrzne (związane z środowiskiem w którym przebywa osoba starsza) oraz wewnętrzne (wywołane zaburzeniami w funkcjonowaniu ich organizmów).

Do przyczyn zewnętrznych zaliczymy śliskie posadzki, nierówną nawierzchnię, nieprzymocowane dywaniki, schody, nieodpowiednie oświetlenie, zagrazone mieszkania. Przyczyny wewnętrzne obejmują choroby ostre lub przewlekłe (zwłaszcza w okresie ich zaostrzenia), co powoduje sytuację, w której upadek może być objawem nie tylko udaru

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



mózgu, napadu padaczkowego, zawału serca, ale również zapalenia płuc, czy masywnej infekcji układu moczowego. Można założyć, iż ryzyko wystąpienia upadków u danej osoby, rośnie wraz z ilością obciążających ją chorób przewlekłych oraz liczbą leków które przyjmuje. Przy czym leki, same w sobie mogą zwiększać ryzyko wystąpienia upadków w grupie starszych osób. Szczególną uwagę należy zachować zwłaszcza u pacjentów przyjmujących benzodiazepiny (oraz inne leki działające na ośrodkowy układ nerwowy) oraz u osób używających leki obniżające ciśnienie krwi.

Ciągle jeszcze w praktyce opieki pielęgniarstwie zbyt mało uwagi poświęca się zespołowi poupadkowemu. Występuje on u osób, które doznały już upadku (lub częściej szeregu upadków) i objawia się tym, iż osoby te żyją w ciągłym lęku, iż upadek przydarzy się im ponownie. Z tego powodu osoby te przestają opuszczać swoje mieszkanie i najchętniej spędzają czas leżąc lub siedząc w fotelu. Osoby te do minimum ograniczają jakąkolwiek aktywność ruchową związaną z chodzeniem lub staniem. Często też pogarszają swoje relacje z najbliższym otoczeniem, wymagając od osób bliskich, aby były z nimi cały czas - na wypadek gdyby zdarzył się im następny upadek. Zachowanie to, poprzez narastające ograniczanie aktywności życiowej, prowadzi do postępującego pogorszenia sprawności i poprzez mechanizm „błędnego koła” powoduje zwiększenie możliwości wystąpienia kolejnych upadków.

Wśród podstawowych elementów postępowania w przypadku pacjenta z upadkami w wywiadzie, należy zwrócić uwagę na ocenę przyczyn powodujących upadki, dobraną do możliwości i potrzeb pacjenta fizykoterapię, odpowiednie środki zwiększające bezpieczeństwo poruszania się pacjenta, oraz wsparcie psychologiczne.

Nietrzymanie moczu i stolca są kolejnym, wielkim problemem geriatrycznym. Nietrzymanie moczu (okresowe lub utrwalone) dotyczy w przeważającej większości starszych kobiet i obejmuje do kilkudziesięciu procent osób w wieku podeszłym. Według Światowej Organizacji Zdrowia, nietrzymanie moczu to niezależny od woli wyciek moczu przez cewkę moczową, który w efekcie stanowi problem socjalny i higieniczny. W prawidłowych warunkach opróżnianie pęcherza podlega świadomej kontroli. Przeciętnie, maksymalna objętość pęcherza wynosi 400-600 ml, a odczucie potrzeby mikcji pojawia się dopiero przy wypełnieniu dwóch trzecich tej objętości. W trakcie stopniowego napływu moczu do pęcherza mięsień wypieracz ulega zwiotczeniu, a pasma mięśniowe zgrupowane wokół szyi pęcherza moczowego oraz cewki moczowej pozostają w stanie stałego skurczu, dzięki pobudzeniu docierającemu przez współczulne włókna nerwowe wychodzące z segmentów Th11-L2 rdzenia kręgowego. Po 60 roku życia oddawanie moczu odbywa się co 3-4 godziny, czyli częściej niż u osób młodszych u których oddawanie moczu odbywa się co 4-5 godzin.

Do zmiany rytmu i zaburzeń oddawania moczu predysponują: starcze zaburzenia odruchowej regulacji, zmniejszenie pojemności pęcherza moczowego, wzrost objętości moczu zalegającego po mikcji, słabszy lub nadreaktywny mięsień wypieracza, u kobiet obniżenie maksymalnego ciśnienia zamykania cewki i skrócenie jej długości, u mężczyzn przerost gruczołu krokowego. Podstawowymi typami nietrzymania moczu są: nietrzymanie moczu nagłace, wysiłkowe, z przepełnienia (paradoksalne) oraz pozazwieraczowe.

Nagłace nietrzymanie moczu może być spowodowane przyczynami miejscowymi, takimi jak: zakażenie dróg moczowych, zapalenie zanikowe cewki moczowej, zatkanie kałowe odbytnicy, zwiększony opór w odpływie moczu z pęcherza (u mężczyzn zwykle łagodny przerost stercza, u kobiet najczęściej znaczne obniżenie przedniej ściany pochwy), kamica pęcherza moczowego, nowotwory pęcherza moczowego, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego i ciała obce w pęcherzu moczowym. Innym powodem nagłacego nietrzymania moczu mogą być schorzenia ośrodkowego układu nerwowego. W tych przypadkach do nagłacego nietrzymania moczu może dochodzić w wyniku przebytych urazów kręgosłupa, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, udaru mózgu, choroby Alzheimera oraz guzów mózgu. Nagłace nietrzymanie moczu może pojawić się również w wyniku zmian degeneracyjnych w ścianie pęcherza moczowego związanych ze starzeniem się, jak również z powodu niepożądanych konsekwencji operacji w obrębie miednicy mniejszej. Czynnikiem wywołującym niekontrolowany skurcz wypieracza i nagłe parcie na mocz może być zmiana temperatury otoczenia, silna emocja, stres, a nawet szum wody leżącej z kranu. W efekcie tego chory zwykle nie jest w stanie dotrzeć na czas do toalety. Nagłacemu nietrzymaniu moczu może towarzyszyć częste oddawanie moczu w dzień i w nocy oraz stałe uczucie parcia na mocz, niezależnie od wypełnienia pęcherza, określane jako zespół nadreaktywnego pęcherza. Zespół ten objawia się występowaniem częstomocz, oraz wzmożonego, uporczywego, często nagłego, niewspółmiernego do wypełnienia pęcherza odczucia potrzeby oddania moczu (parcia nagłacego). Zespołowi temu nie towarzyszą czynniki patologiczne mogące tłumaczyć wyżej wymienione objawy. Wyklucza się zatem te zaburzenia czynności pęcherza, które są spowodowane m.in. przez nowotwór, przeszkodę podpęcherzową (np. gruczolak stercza), kamice pęcherza, czy też infekcje dróg moczowych. Wśród pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym częstomocz, parcie nagłace, nietrzymanie moczu z parcia były najczęściej wymienianymi objawami. Nagłace nietrzymanie moczu przejawia się obecnością parć nagłacych, czyli gwałtownie narastającą potrzebą oddania moczu, przy czym początkowo osoby dotknięte schorzeniem zwykle wytrzymują parcie, jednak z czasem staje się to coraz trudniejsze i pojawia się wyciek moczu. Może to być kilka kropli, ale może też dochodzić do całkowitego opróżnienia pęcherza. Parciom zwykle towarzyszy częstomocz dzienny i nocny.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu związane jest z nagłym wzrostem ciśnienia śródbrzusznego. Schorzenie polegające na mimowolnym wycieku moczu podczas wysiłku, kichania lub kaszlu, czyli wykonywaniu czynności, które powodują wzrost ciśnienia w brzuchu.

W wysiłkowym nietrzymaniu moczu wyróżniamy 3 stopnie nasilenia zaburzeń:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



I⁰ Nietrzymanie moczu tylko w pozycji stojącej podczas dużego wzrostu napięcia tłoczni brzusznej (gwałtowny kaszel, kichanie, śmiech).

II⁰ Nietrzymanie moczu zawsze w trakcie wysiłku, z napięciem tłoczni jamy brzusznej, czasami w pozycji leżącej oraz przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą.

III⁰ Nietrzymanie moczu w pozycji leżącej, nawet przy niewielkim wzroście ciśnienia śródbrzusznego.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęstszym typem nietrzymania moczu. Istnieją dwa typy wysiłkowego NTM, które często współlistnieją:

- anatomiczny (nadmierna ruchomość pęcherza i cewki moczowej)
- zwieraczowy (osłabienie mięśnia zwieracza cewki)

Do kryteriów rozpoznania „czystej” postaci wysiłkowego nietrzymania moczu należą: wypływanie moczu podczas wysiłku fizycznego (wywiad, test wysiłkowy), prawidłowe nawyki oddawania moczu (< 8 razy dziennie i < 2 razy w nocy), negatywny wywiad w kierunku chorób neurologicznych i brak objawów choroby neurologicznej, negatywny wywiad w kierunku wcześniejszego chirurgicznego leczenia nietrzymania lub usunięcia narządu rodowego z przydatkami od strony krocza, stwierdzenie nadmiernej ruchomości cewki moczowej i szyi pęcherza w badaniu narządów miednicy, elastyczna i podatna ściana pochwy, oraz prawidłowa pojemność moczu zalegającego po mikcji.

Przyczyną wysiłkowego nietrzymania moczu mogą być czynniki uszkodzające mechanizm trzymania moczu: czynny (zwieracz zewnętrzny cewki moczowej) oraz bierny (powięzi i więzadła miednicy). Niewydolność zwieracza zewnętrznego cewki moczowej spowodowana jest zwykle uszkodzeniem jego unerwienia w wyniku urazu: porodowego, komunikacyjnego lub jatrogennego (operacje). Częściej jednak dochodzi do osłabienia powięzi i więzadeł miednicy w wyniku zmian w strukturze kolagenu, będących objawem starzenia się. Udowodnionym czynnikiem osłabiającym mechanizm bierny jest znaczna otyłość. Ustalono szereg czynników przyczyniających się i sprzyjających wystąpieniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Należą do nich; czynniki genetyczne, płeć, rasa, czynniki anatomiczne i neurologiczne, otyłość, zaparcia, palenie tytoniu, zakażenia dróg moczowych, niektóre leki, wiek chorych, otępienie oraz zniedołężnienie, oraz zmiany w środowisku. Jako przyczyny wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wymienia się; uszkodzenia związane z porodem, niedobory hormonalne okresu przekwitania, wrodzone wady tkanki łącznej, przebyte operacje cewki moczowej, radioterapię oraz wady wrodzone. Do przyczyn wysiłkowego nietrzymania moczu u mężczyzn zaliczamy uszkodzenie zwieracza np. w trakcie operacji gruczołu krokowego z powodu nowotworu, konsekwencje operacji odbytnicy, radioterapię oraz urazy.

Paradoksalne nietrzymanie moczu jest nietrzymaniem moczu z przepełnienia. Rozpoznajemy je, gdy mocz wycieka z przepełnionego pęcherza moczowego, który nie jest opróżniany z powodu zwężenia drogi odpływu i/lub niedostatecznej reaktywności mięśnia pęcherza. Najczęstszą przyczyną u mężczyzn jest rozrost gruczołu krokowego powodujący zwężenie drogi odpływu moczu. Innym powodem paradoksalnego nietrzymania moczu może być zwężenie cewki moczowej w wyniku urazów. Niedostateczna aktywność mięśnia wypieracza, jako przyczyna nietrzymania moczu z przepełnienia, może wystąpić w neuropatii cukrzycowej (pęcherz atoniczny), niedokrwistości złośliwej z uszkodzeniem rogów tylnych rdzenia kręgowego oraz podczas stosowania leków cholinergicznym. W przypadku nietrzymania moczu z przepełnienia, charakterystycznym objawem jest wyczuwalny w badaniu palpacyjnym, często bolesny pęcherz moczowy. Innymi objawami są; częstomocz, wyciekanie kropli moczu, zmiana strumienia moczu, zmniejszony wypływ moczu. Pęcherz moczowy jest przepełniony i rozciągnięty maksymalnie wypieracz nie jest w stanie skurczyć się. Do wycieku moczu dochodzi co kilkanaście - kilkadziesiąt minut. Pęcherz pozostaje jednak nadal pełny. Spotykany jest brak uczucia parcia na mocz.

Nietrzymanie moczu czynnościowe. Występuje przy braku patologii w obrębie dolnych dróg moczowych. Spotykamy je u osób z pogorszeniem funkcji ruchowych (mobilności), zaburzeniami funkcji poznawczych (np. otępienie, majaczenie), w wypadku niedostępności toalety oraz w sytuacji konieczności długotrwałego powstrzymania oddania moczu. Czynnościowemu nietrzymaniu moczu sprzyjają zaburzenia nastroju (np. lęk, depresja), zaburzenia funkcji zmysłów (zwłaszcza wzroku i słuchu), oraz obniżenie siły mięśniowej. Najogólniej mówiąc czynnościowe nietrzymanie moczu jest objawem niemożności dotarcia we właściwym czasie do miejsca, gdzie osoba starsza może oddać mocz, czyli do toalety.

W ocenie przyczyn nietrzymania moczu bardzo pomocne jest badanie urodynamiczne, które pozwala na uzyskanie powtarzalnych wyników kwalifikujących pacjenta do optymalnego sposobu dalszego leczenia, ocenę czynności narządów dolnych dróg moczowych, które odpowiadają za utrzymanie moczu i właściwe wypróżnienie pęcherza podczas mikcji, ocenę ilości oddawanego moczu, pomiar czasu oddawania moczu, pomiar ciśnienia wewnątrz pęcherza i odbytnicy oraz ocenę napięcia zwieracza układu moczowego.

Kwalifikacji do rodzaju leczenia nietrzymania moczu dokonuje zwykle lekarz specjalista podejmując decyzję o leczeniu farmakologicznym lub też operacyjnym, przy czym operacyjne leczenie dotyczy prawie wyłącznie wysiłkowego nietrzymania moczu. Względnymi kandydatami do leczenia operacyjnego nietrzymania moczu są chorzy na nietrzymanie moczu z parć lub też z powodu mieszanych przyczyn nietrzymania moczu, po niepowodzeniu leczenia wszystkimi metodami zachowawczymi. Dla każdego chorego metoda leczenia operacyjnego dobierana jest indywidualnie. Skute-

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPŁOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



czność najlepszych metod operacyjnych sięga 100% bezpośrednio po zabiegu, jednak z upływem czasu nietrzymanie moczu może nawrócić. Nietrzymanie moczu nawraca u ok. 15% chorych po 5 latach od operacji, co oznacza, że szansa na całkowite wyleczenie po 5 latach wynosi 85%. Oddzielnym problemem jest leczenie chirurgiczne zatrzymania moczu wywołującego objawy nietrzymania moczu z przepełnienia. Leczenie chirurgiczne nietrzymania moczu z przepełnienia, w przypadku występowania anatomicznej przeszkody podpęcherzowej, polega na jej zniesieniu. U mężczyzn może to być operacja przerostu lub raka prostaty, czy zwężenia cewki moczowej, u kobiet operacja cystocele, czy wypadania narządu rodnego lub uwolnienie cewki moczowej ze zrostów (uretroliza) powstałych po uprzednio przebytych zabiegach.

Zatrzymanie moczu jest stanem, w którym oddanie moczu w sposób fizjologiczny nie jest możliwe, co prowadzi do braku możliwości opróżnienia pęcherza moczowego. Wyróżniamy całkowite i częściowe zatrzymanie moczu. Całkowite zatrzymanie moczu (acute urinary retention - AUR) występuje znacznie częściej u starszych mężczyzn niż u kobiet. Całkowite zatrzymanie moczu charakteryzuje się nagłą, bolesną niezdolnością do opróżnienia pęcherza. Bezbolesne całkowite zatrzymanie moczu występuje rzadko, najczęściej jest związane z patologią ośrodkowego układu nerwowego. AUR można podzielić na sprowokowane i samoistne. Do objawów całkowitego zatrzymania moczu należy ból w podbrzuszu, parcie na mocz z jednoczesną niemożnością mikcji lub oddawaniem niewielkich ilości moczu, wyczuwalny w badaniu fizykalnym przepełniony pęcherz moczowy, dający głuchy odgłos opukowy. Pacjent z zatrzymaniem moczu zgłasza się w większości przypadków z powodu silnego bólu podbrzusza z uczuciem parcia na mocz. Czasami u pacjentów z zatrzymaniem moczu pojawia się ból okolic lędźwiowych co spowodowane jest refluks - cofaniem się moczu z pęcherza do nerek. Całkowite zatrzymanie moczu niezależnie od płci pacjenta, może zostać sprowokowane zabiegiem operacyjnym w znieczuleniu ogólnym lub regionalnym, nadmiernym przyjmowaniem płynów, nadmiernym rozciągnięciem pęcherza moczowego, zakażeniem dróg moczowych, spożyciem alkoholu oraz przyjęciem leków o działaniu sympatykomimetycznym lub cholinolitycznym. W przypadku starszych mężczyzn częstą przyczyną zatrzymania moczu, jest **powiększony gruczoł krokowy**, który uciskając na sterczowy odcinek cewki moczowej powoduje zablokowanie odpływu moczu. Często spotykanymi przyczynami zatrzymania moczu u kobiet są ostre zapalenie cewki moczowej, zapalenie sromu i pochwy, niedoczynność/atonia wypieracza oraz dysfunkcje neurogenne dolnych dróg moczowych, które mogą być spowodowane urazami rdzenia kręgowego lub ogona końskiego, uciskiem rdzenia lub korzeni rdzeniowych przez guzy lub wypadnięte krążki międzykręgowe, stanami zapalnymi rdzenia, chorobami neurologicznymi uszkadzającymi osłonki mielinowe nerwów obwodowych, schorzeniami ogólnymi uszkadzającymi włókna nerwowe takimi jak cukrzyca oraz jatrogennym uszkodzeniem unerwienia dolnych dróg moczowych.

Częściowe zatrzymanie moczu (chronic urinary retention - CUR), pojawia się wskutek zalegania pewnej ilości moczu po każdym opróżnieniu pęcherza. Aby stwierdzić częściowe zatrzymanie moczu, objętość stale zalegająca musi wynosić ponad 300 ml (lub >500 ml) i może dochodzić do kilku litrów. Chorzy mogą nie zgłaszać żadnych objawów lub podawać oddawanie małych ilości moczu, problemy z zapoczątkowaniem i podtrzymaniem mikcji. Do pozostałych objawów zaliczyć należy moczenie nocne, wyczuwalny w badaniu fizykalnym, ale niebolesny pęcherz moczowy, objawy niewydolności nerek. Niektórzy chorzy podają, że nie mają jakichkolwiek problemów z oddawaniem moczu z wyjątkiem popuszczania niewielkich ilości moczu, czyli zgłaszają objawy nietrzymania moczu z przepełnienia. Leczenie całkowitego zatrzymania moczu wymaga jak najszybszego zapewnienia odpływu moczu z pęcherza aby nie dopuścić do wystąpienia niewydolności nerek. Zwykle uzyskuje się to poprzez założenie cewnika, który po kilku dniach można na próbę usunąć (trial without catheter - TWOC). W przypadku wiekowym pacjentów oraz u osób u których ilość moczu odprowadzonego po założeniu cewnika była większa niż 1 litr, wzrasta ryzyko niepowodzenia próby funkcjonowania pacjenta bez cewnika. U chorych z częściowym zatrzymaniem moczu odprowadzenie go z pęcherza jest wskazane, gdy występuje niewydolność nerek lub poszerzenie górnych dróg moczowych. Tacy pacjenci po założeniu cewnika muszą mieć szczególnie dokładnie monitorowaną diurezę, która może początkowo wynosić kilka litrów na dobę. W celu kontroli gospodarki wodnej wskazany jest również codzienny pomiar masy ciała pacjenta. Duża ilość wydalanego moczu wynika z uwolnienia nagromadzonych wcześniej sodu i wody, wzrostu ciśnienia w rdzeniu i korze nerki, spowodowanego przez zwiększony przepływ krwi przez obkurzoną nerkę oraz wysokiego poziomu mocznika, który powoduje diurezę osmotyczną.

Nietrzymanie stolca

Z wiekiem upośledzeniu ulega kurczliwość mięśnia łonowo-odbytniczego oraz zewnętrznego zwieracza odbytu oraz zmniejsza się elastyczność odbytnicy. Zmniejszone spoczynkowe napięcie zwieracza wewnętrznego odbytu może powstać w następstwie zmniejszenia siły skurczu zwieraczy odbytu, nieprawidłowości w funkcjonowaniu odbytnicy, upośledzenia czucia w obrębie odbytnicy, lub też w wyniku współistnienia wyżej wymienionych zaburzeń. Zaburzenia funkcjonowania zwieraczy odbytu może być spowodowane uszkodzeniem ich między innymi w następstwie porodu lub zabiegów chirurgicznych, zaburzeniami neurologicznymi wywołanymi cukrzycą, uszkodzeniem rdzenia kręgowego i chorobami nowotworowymi. Upośledzenie funkcji zwieraczy odbytu w wyniku zabiegu chirurgicznego wykonanego w obrębie odbytu ma miejsce najczęściej w następstwie operacji przetok okołoodbytniczych, rzadziej do uszkodzenia zwieraczy dochodzi przy operacjach żyłaków lub szczeliny odbytu. Choroby odbytnicy takie, jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub uszkodzenie popromienne mogą wywoływać częste i przyspieszone poczucie parcia, towarzyszące niewielkiej objętości stolca w odbytnicy. Prowadzić to może do pojawienia się objawów nietrzy-

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



mania stolca u osób z prawidłową funkcją zwieraczy odbytu. Specyficzny rodzaj nietrzymania stolca spowodowany jest przewlekłym przepełnieniem odbytnicy kamieniami kałowymi (złogami kałowymi). Występuje ono głównie u osób w podeszłym wieku. W następstwie stałego przepełnienia odbytnicy stolcem dochodzi do przewlekłego upośledzenia skurczu zwieracza wewnętrznego odbytu, co powoduje nietrzymanie płynnego stolca. Innym rodzajem nietrzymania stolca jest występujące u kobiet w średnim i podeszłym wieku nietrzymanie idiopatyczne. Chociaż brak jest uchwytanych przyczyn nietrzymania stolca u tych chorych, uważa się, że przyczyną tego schorzenia może być uszkodzenie nerwu sromowego lub krzyżowego np. w następstwie porodu.

Nietrzymanie moczu i stolca powoduje obciążenia fizyczne takie jak: odleżyny, nawracające infekcje układu moczowego, oraz upadki i wynikające w ich następstwie urazy ciała. Poza tymi podstawowymi konsekwencjami, nietrzymanie moczu i stolca jest częstą przyczyną wycofywania się z aktywnego życia, izolowania od innych osób oraz depresji. W trakcie wyjaśniania przyczyny nietrzymania moczu lub stolca jak również podczas przeprowadzania odpowiedniej terapii, konieczne jest zapoznanie chorego z możliwościami pomocy jakie można mu udzielić, jak również w każdym wypadku dostarczenie mu otuchy i psychicznego wsparcia. Bardzo ważnym elementem opieki nad osobami starszymi dotkniętymi problemem nietrzymania moczu i/lub stolca, jest pomoc w przywróceniu im poczucia własnej wartości oraz zapobieżenie sytuacji w której osoby w wieku podeszłym będą ograniczały przyjmowanie płynów i/lub pokarmów w źle pojętym celu zapobieżenia niekontrolowanemu wydalaniu moczu lub stolca.

Zaparcia stolca

Zaparcia mogą być czynnościowe i występują częściej u kobiet. Ich przyczyną może być dieta ubogoreszkowa, niedostateczna ilość wypijanych płynów a przede wszystkim niska aktywność ruchowa. Wtórne przyczyny zaparć związane są z organicznymi chorobami przewodu pokarmowego i sąsiadujących narządów. Do przyczyn organicznych zaparć zaliczamy zwężenia jelit nowotworowe, pozapalne czy też spowodowane zrostami, zapalenia jelit (choroba Crona). Innymi przyczynami zaparć mogą być choroby odbytu spowodowane hemoroidami, ropniami, szczelinami jak również wypadaniem śluzówki. Istotnym powodem zaparć są schorzenia neurologiczne (choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, udary mózgu) oraz zaburzenia endokrynologiczne wywołane np. niedoczynnością tarczycy. Częstym problemem z jakim spotykają się pracownicy opieki medycznej są zaparcia wywołane poprzez wiele leków, takich jak leki przeciwocholinergiczne, dopaminergiczne, opiaty, preparaty żelaza, leki przeciwdrgawkowe czy związki wapnia. Problemem często obserwowanym u osób starszych, zwłaszcza dotkniętych otępieniem, u których jednocześnie występują trudności z poruszaniem się, są zaburzenia opróżniania odbytnicy. W przypadkach tych nierzadko usunięcie stolca wymaga jego ręcznej ewakuacji. Leczenie zaparć w wieku podeszłym polega przede wszystkim na leczeniu choroby wywołującej zaparcia w przypadku gdy powodują je czynniki organiczne. W przypadku zaparć czynnościowych zalecane jest zwiększenie aktywności fizycznej, dieta bogatobłonniwa, odpowiednie nawodnienie chorego oraz unikanie używek mających działanie zapierające. Stosując leki przeczyszczające u osób w wieku starszym należy pamiętać o możliwości wystąpienia działań ubocznych, do których należą między innymi, zaburzenia wchłaniania oraz odwodnienie.

Upośledzenie wzroku i słuchu

Proces starzenia się organizmu dotyczy również narządu wzroku i słuchu i powoduje stopniowe pogorszenie funkcji tych zmysłów. Związana z wiekiem utrata zdolności akomodacji oraz zmniejszenie wielkości źrenicy wykazującej jednocześnie osłabioną zdolność do poszerzania się powodują zmiany jakości widzenia nie mające związku z jakąkolwiek chorobą oczu. Zmniejszenie dopływu światła do siatkówki, w wyniku zmniejszonej wielkości źrenicy sprawia, iż osoby starsze, aby zapewnić sobie dobrą jakość widzenia, wymagają znacznie silniejszego światła niż osoby młode, natomiast utrata zdolności akomodacyjnej oczu, uniemożliwiając możliwość prawidłowego widzenia z różnych odległości, wymaga korekty za pomocą okularów. Wśród innych, związanych z wiekiem zaburzeń wzroku, należy pamiętać o wydłużonym czasie adaptacji do zmieniającego się oświetlenia, obniżonej zdolności rozróżniania barw oraz spostrzegania kontrastów, jak również nadmiernej wrażliwości na silne światło powodującej tzw. olśnienie. Najczęstszą przyczyną upośledzenia wzroku prowadzącego do ślepoty w wieku podeszłym jest zaćma starcza czyli postępująca utrata przejrzystości soczewki. Charakteryzuje się stopniowym pogarszaniem się ostrości widzenia niedającym się skorygować za pomocą okularów. Leczenie chirurgiczne, wskazane w sytuacji, gdy związane z zaćmą pogorszenie widzenia utrudnia choremu normalne życie, polega na usunięciu zniszczonej chorobą soczewki i wszczępieniu odpowiednio dobranej soczewki sztucznej. Kolejnym schorzeniem narządu wzroku związanym z wiekiem jest starcze zwyrodnienie płamki żółtej, określane obecnie skrótowo AMD (age-related macular degeneration). Schorzenie to powoduje centralną ślepotę, uniemożliwiając chorej starszej osobie czynności wymagające zachowanego widzenia centralnego, takie jak czytanie, czy też pisanie. Początkowymi objawami AMD jest widzenie jakby przez mgłę, dyskomfort występujący przy czytaniu oraz pisaniu oraz zniekształcenia obrazu wykrywane testem Amslera. Następnie dołączają się zaburzenia widzenia barw, pojawiają się mroczki w centrum pola widzenia oraz pogarsza ostrość wzroku. Decyzję o rodzaju terapii podejmuje się na podstawie obrazu dna oka, ostrości wzroku, pola widzenia, stanu ogólnego i wyników badań dodatkowych. Najbardziej rozpowszechnionymi metodami leczenia jest terapia fotodynamiczna, termoterapia przezręczniczna, fotokoagulacja laserem argonowym oraz podawanie do ciała szklistej sterydów. Zastosowanie ma także chirurgiczne usunięcie podsiatkówkowych błon neowaskularnych, jako postępowanie alternatywne do leczenia laserowego.

Upośledzenie słuchu jest typowe dla całej populacji osób w wieku powyżej 65 roku życia, choć zwykle proces

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



upośledzenia słuchu postępuje u tych osób łagodnie i stopniowo. Najogólniej przyczyny upośledzenia słuchu w wieku podeszłym podzielić można na cztery grupy. Przyczyny związane z zaburzeniami funkcji włókien nerwowych drogi słuchowej powodują postępujący spadek ostrości słuchu. Przyczyny naczyniowe są powiązane z zaburzeniami ukrwienia narządu słuchu. Powody metaboliczne wywołują biofizyczne i biochemiczne defekty ucha wewnętrznego oraz upośledzenie czuciowe słuchu charakteryzujące się głównie ubytkiem słyszenia tonów wysokich. Zaburzeniem słuchu może towarzyszyć zjawisko słyszenia dodatkowych dźwięków o charakterze szumów usznych. Szumy uszne od wysokości 2000 Hz, są określane jako niskie i powstają jako objaw schorzeń zlokalizowanych w układzie przewodzącym dźwięki, szumy wyższe powstają zaś w strukturach ucha wewnętrznego i dalszych odcinkach drogi słuchowej. Szumy uszne bywają na tyle dokuczliwe, że wymagają interwencji farmakologicznej zwłaszcza w przypadkach gdy nie pozwalają choremu zasnąć. Leczenie upośledzenia słuchu zależy od jego etiologii, w przypadku zmian o przyczynach naczyniowych stosuje się leki poprawiające ukrwienie. W przypadku upośledzenia słuchu utrudniającego samodzielne funkcjonowanie postępowaniem pozwalającym w dużej części przypadków na skompensowanie upośledzenia, jest dobór odpowiedniego aparatu słuchowego. W efekcie upośledzenia funkcji narządów zmysłów osoby starsze, poza uczuciem osamotnienia spowodowanym narastającymi trudnościami w komunikowaniu się z otoczeniem, mogą rozwijać swoiste „reakcje obronne”, które w swoim efekcie końcowym mogą prowadzić do różnego rodzaju zmian charakterologicznych. Postępowanie pielęgnacyjne polega przede wszystkim na przekonaniu chorego, iż nie powoduje to ich całkowitej zależności od otoczenia.

Odleżyny

Odleżyna jest obszarem miejscowego uszkodzenia skóry i głębiej położonych tkanek powstającym w wyniku niedokrwienia będącego następstwem oddziaływania ucisku, sił ścinających, tarcia lub połączenia wymienionych czynników. Najczęstszym miejscem powstawania odleżyn, są zwykle te obszary ciała, które stykają się bezpośrednio z podłożem, co zwykle obserwuje się u pacjentów leżących z przewlekłymi, upośledzającymi sprawność ruchową schorzeniami. Należy jednak pamiętać, iż do powstania odleżyn może dojść w dowolnej okolicy ciała, która będzie narażona na ucisk np. w okolicy nozdrzy w przypadku używania cewnika nosowo-żołądkowego. Częstość występowania odleżyn w różnych placówkach medycznych nie jest jednakowa. Największe ryzyko powstania odleżyn występuje wśród pacjentów oddziałów neurologicznych, neurochirurgicznych, ortopedycznych i geriatrycznych oraz wśród osób przebywających w ośrodkach opiekuńczych. Postępowanie zapobiegające powstawaniu odleżyn polega na ustaleniu programu zmian pozycji ciała pacjenta dostosowanym do stopnia jego aktywności i rytmu dziennego. Istotne jest również w części przypadków ograniczenie czasu spędzanego przez pacjenta w pozycji siedzącej oraz unikanie podnoszenia oparcia łóżka od strony głowy pacjenta powyżej poziomu 30° (z wyjątkiem czasu spożywania posiłku) i nauczenie chorego odpowiedniego sposobu zmiany pozycji ciała, tak aby zachować u nich jak najrównomierniejsze rozłożenie ciężaru ciała. Ważnym elementem profilaktyki p/odleżynowej jest indywidualny dobór dla każdego pacjenta odpowiedniego materaca, tak aby zapewnić im jak najlepsze zmniejszenie ucisku podłoża na którym spoczywają tkanki ciała. Do przyczyn powstawania odleżyn możemy zaliczyć czynniki zewnętrzne, do których zaliczamy:

- **Ucisk**, będący podstawowym czynnikiem zewnętrznym wywołującym niedokrwienne uszkodzenie tkanek i w następstwie odleżynę. Ucisk powoduje zamknięcie kapilar i przerwanie krążenia krwi. Im większa siła ucisku, tym szybciej dochodzi do uszkodzenia tkanek. Ucisk krótkotrwały powoduje zblednięcie skóry. Ucisk dłuższy wywołuje odwracalne zaczerwienienie spowodowane wyrównawczym przekrwieniem. Zmiany są odwracalne pod warunkiem zwolnienia ucisku. Utrzymujący się nadal ucisk powoduje zmiany nieodwracalne i martwicę objętego uciskiem obszaru. Choć do uszkodzenia naskórka lub skóry może dojść w każdym miejscu ciała dostatecznie długo narażonym na ucisk, to najczęściej odleżyny tworzą się nad wyniosłościami kostnymi w okolicy kości krzyżowej, krętarzy większych, kości udowej, pięt, kostek bocznych i guzów kulszowych.

- **Tarcie**, które powstaje przy przesuwaniu ciała po podłożu. Tarcie może spowodować powstawanie pęcherzyków śródskórnokowych i ubytków naskórka. Wilgoć zwiększa tarcie oraz sprzyja maceracji i uszkodzeniom naskórka. Powstałe w wyniku tarcia fałdowanie skóry powoduje skręcanie i zamykanie światła naczyń. Do uszkodzeń naskórka w wyniku tarcia często dochodzi w przypadku nieprawidłowej zmiany pozycji pacjenta w łóżku, przez personel medyczny lub jego opiekunów.

- **Sily ścinające**, oddziałują najczęściej na pacjenta, gdy przebywa on w pozycji półsiedzącej w łóżku (gdy zagłówek jest uniesiony), a także podczas siedzenia, gdy ciało się zsuwa pod wpływem siły ciężenia. Dochodzi wówczas do naciągania i zaginania naczyń krwionośnych na granicy skóry okolicy krzyżowej i głębiej położonych tkanek poprzez siły działające w płaszczyźnie równoległej do powierzchni skóry i powodujące jej przesuwanie względem struktur położonych głębiej.

- **Macerację** spowodowaną nadmierną wilgotnością, która prowadzi do rozmiękczenia skóry i zmniejszenia jej odporności. Stan ten pojawia się w następstwie nietrzymania moczu, stolca, wzmożonej potliwości, jak również w przypadku występowania ran z nasilonym sączeniem. Należy mieć na uwadze fakt, iż tarcie i wilgoć są głównymi czynnikami sprzyjającymi uszkodzeniom naskórka, natomiast ucisk i siły ścinające prowadzą do uszkodzenia tkanek leżących głębiej, które następnie szerzy się ku powierzchni.

Innymi czynnikami ryzyka, zaliczanymi do grupy czynników zewnątrzpochodnych są leki analgetyczne, uspokajające.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



jące, leki hipotensyjne (zmniejszenie perfuzji tkanek), nieodpowiednie ubrania, obuwie, pościel jak również niedopasowane zaopatrzenie ortopedyczne.

Do przyczyn wewnętrznych zwiększających ryzyko wystąpienia odleżyn zaliczamy: wiek pacjenta (około 70% wszystkich odleżyn stwierdza się u osób w wieku 70 lat lub starszych), choroby przewlekłe takie jak cukrzyca, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, neuropatia obwodowa, choroby naczyniowe mózgu i naczyń obwodowych, niedokrwistości, zaburzenia metaboliczne i choroby nowotworowe. Istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia odleżyn u osób starszych jest ich zły stan fizyczny (niedożywienie, odwodnienie, nadwaga) i psychiczny (depresja, pobudzenie, śpiączka). Do istotnych wskaźników informujących nas o zagrożeniu odleżynami zaliczamy: BMI < 20 kg/m², hipalbuminemię < 3 g/dl, nietrzymanie zwieraczy, odwodnienie, zaburzenia świadomości i upośledzone odczuwanie bodźców.

W celu wychwycenia pacjentów będących szczególnie zagrożonych wystąpieniem odleżyn używa się odpowiednich skal.

Wczesnymi objawami rozpoczynających się odleżyn niezależnie od umiejscowienia jest zaczerwienienie skóry, początkowo znikające po usunięciu ucisku, następnie zaczerwienienie nie znikające po zaprzestaniu ucisku. W dalszej kolejności objawami rozpoczynających się odleżyn są pęcherze i otarcia naskórka. W przypadku zmian zlokalizowanych w okolicy kulszowej do wczesnych objawów zalicza się zgrubienie, zaczerwienienie i obrzmienie skóry w tym obszarze. Często lekceważonym objawem jest niewielkie podwyższenie temperatury, które może wystąpić w każdym przypadku tworzącej się odleżyny.

Oceniając czas potrzebny do wyleczenia przyjęło się wyróżniać trzy typy odleżyn. Podstawą tego podziału jest czas wymagany do wyleczenia, a także różnica temperatur między odleżyną a skórą niezmienną. W tym podziale odróżniamy: odleżyny zwykłe, okres ich leczenia wynosi zwykle około 6 tygodni, nie obserwujemy wówczas zaburzeń ukrwienia, różnica temperatur między obszarem odleżyny, a otaczającą skórą wynosi około 2,5 °C. W przypadku odleżyn miażdżycowych, okres ich leczenia wynosi około 16 tygodni, w tych przypadkach występują zaburzenia ukrwienia, a różnica temperatur między obszarem martwicy, a otaczającą skórą wynosi 1 °C lub mniej. Odleżyny terminalne występują u ludzi umierających i nie ulegają wygojeniu.

Leczenie odleżyn polega na stosowaniu metod służących odciążeniu miejsc chorych, poprawie stanu zdrowia pacjentów poprzez wyrównanie występujących u nich niedoborów i leczeniu stanów chorobowych. Leczenie miejscowe zależy od stopnia zaawansowania odleżyny i fazy gojenia. W przypadku, gdy jedynie występuje zaczerwienienie, podstawowym postępowaniem jest odciążenie chorego miejsca i zastosowanie preparatów ochronnych. Jeśli obserwujemy płytki ubytek naskórka po oczyszczeniu rany może być ona pokryta błoną poliuretanową. Uszkodzenia głębsze zaopatrywane są opatrunkami hydrokoloidowymi utrzymującymi odpowiedni stopień wilgotności i przyspieszającymi rozwój ziarniny i odrostu naskórka. Głębsze odleżyny zawierające tkankę martwiczą wymagają oczyszczenia za pomocą płukania solą fizjologiczną oraz stosowania maści proteolitycznych. W przypadku dużej ilości tkanek martwiczych może być konieczne chirurgiczne opracowanie rany. W wypadku odleżyn sączących się, przy dużej ilości wysięku pomocne są opatrunki absorpcyjne z dekstranomerów, pianki poliuretanowej, algininowe lub z włókien karboksymetylocelulozy. Jeśli doszło do zakażenia odleżyny stosuje się środki działające miejscowo. Należą do nich preparaty zawierające dichlorowodorek oktenidyny i fenoksytanol, sole srebra, środki oparte na bazie jodu lub też węgiel aktywowany. Brak poprawy podczas zachowawczego leczenia ran odleżynowych stopnia IV i V u pacjentów o dobrym rokowaniu ogólnym, jest wskazaniem do chirurgicznego leczenia rany.

Odrębnym wyzwaniem pojawiającym się podczas opieki nad pacjentami w wieku podeszłym jest potrzeba poznania wiadomości o tym, **jak proces starzenia się wpływa na właściwości farmakokinetyczne i farmakodynamiczne leków.**

Jednym z powodów odrębności farmakoterapii jest powszechne w starszym wieku zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała, obniżenie ogólnej ilości wody w organizmie i zwiększenie tłuszczowej masy ciała. Zmiany te są przyczyną łatwiejszej kumulacji leków rozpuszczających się w lipidach i jednocześnie powolniejszego ich uwalniania. Efektem tych zmian jest wydłużenie ich działania, co obserwujemy na przykład podczas podawania osobie starszej benzodiazepin czy barbituranów. Również, związane z podeszłym wiekiem zmniejszenie syntezy białek i nasilenie ich katabolizmu, poprzez obniżenie stężenia albumin sprawia, iż leki o dużym powinowactwie do białek łatwiej wypierają leki, w małym stopniu wiążące się z białkami, co zwiększa ich frakcję wolną. Działanie to, z jednej strony sprawia, że leki o niskim powinowactwie do białek mają silniejsze i szybsze działanie, z drugiej strony odpowiada za ich przyspieszoną eliminację z organizmu starszej osoby.

Znaczący wpływ na farmakokinetykę leków u pacjentów w wieku podeszłym mają również zmiany w ich metabolizmie, zwłaszcza dotyczy to tych substancji, które podlegają efektowi pierwszego przejścia przez wątrobę. Spowodowane jest to spowolnieniem 1 fazy biotransformacji leków wywołanego obniżeniem aktywności enzymów wątrobowych. Oznacza to, że biologiczny okres półtrwania leków podlegających efektowi pierwszego przejścia przez wątrobę, do których należy między innymi metoprolol, propranolol, acebutolol, paracetamol, kwas acetylosalicylowy, nifedypina, nitrogliceryna, morfina, ulega wydłużeniu.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Istotną rolę we wpływie organizmu starszej osoby na los leku ma też obniżona czynność wydalnicza nerek. Powoduje to, iż leki wydalane przez nerki - a należą do nich większość leków stosowanych w wieku podeszłym np. leki moczopędne, cefalosporyny, glikozydy nasercowe, o ile zostaną podane w nieodpowiednich, niedostosowanych do klirensu leku dawkach, mogą powodować zatrucie.

Istotna jest również wiedza o tym, czy dany lek podlega prawom farmakokinetyki liniowej czy też nieliniowej. W przypadku farmakokinetyki liniowej występuje zależność stężenia leku w osoczu od podanej dawki oraz powiązanie szybkości procesów farmakokinetycznych ze stężeniem leku w osoczu, a okres półtrwania leku jest niezależny od jego dawki. W przypadku leków podlegających farmakokinetyce nieliniowej - zaliczamy do nich np. teofilinę, dikumarol, salicylany, czy prednizolon - szybkość procesów eliminacji leku nie jest proporcjonalna do stężenia leku, okres półtrwania nie jest zależny od dawki leku, a ilość leku jaka dociera do krążenia w postaci niezmienionej nie jest proporcjonalna do ilości podanego leku. W efekcie tego, nawet niewielkie zmiany dawkowania leków podlegających farmakokinetyce nieliniowej mogą prowadzić do wystąpienia działań toksycznych lub braku efektu terapeutycznego, a czas eliminacji leku może zmieniać się w sposób nieprzewidywany. Poza wiedzą o farmakokinetyce leków czyli wpływie organizmu na lek, potrzebna jest również znajomość farmakodynamiki czyli informacji o tym jak dany lek wpływa na organizm. Większa lub mniejsza wrażliwość osób starszych na poszczególne leki zależy od wielu czynników np. zmniejszenia lub zwiększenia wrażliwości odpowiednich receptorów. Zmiany te powodują, że np. osoby starsze są bardziej wrażliwe na leki z grupy benzodiazepin, a mniej wrażliwe na beta-mimetyki. W związku ze zmianami właściwości farmakokinetycznych oraz farmakodynamicznych leków występujących ze szczególnym nasileniem u starszych chorych, wśród których z racji wieku obserwuje się dodatkowo zwiększoną predyspozycję do zaburzeń homeostazy, częściej spotykane są różnorodne niepożądane reakcje na przyjmowane leki. Objawy te niekiedy są na tyle niecharakterystyczne - np. bóle głowy, depresja, ogólne osłabienie i apatia - że nie łączy się ich z prowadzoną aktualnie farmakoterapią. W związku z wymienionymi powyżej powodami, leczenie farmakologiczne osób starszych powinno być prowadzone uwzględniając stan somatyczny i psychiczny danego pacjenta. Leki należy stosować w możliwie najmniejszych, skutecznych dawkach, osiąganych w sposób stopniowy, a ilość leku powinna być dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



PODSTAWY KLINICZNE I OPIEKA PIELEŃNIARSKA W NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH WIEKU PODESZŁEGO

Cukrzyca to zespół objawów charakteryzujący się hiperglikemią oraz innymi zaburzeniami metabolicznymi wywołanymi niedostatecznym działaniem insuliny na tkanki wskutek bądź to obniżonego stężenia insuliny we krwi, bądź zmniejszonej wrażliwości komórek docelowych na dzielenie tego hormonu.

Pod względem klinicznym cukrzycę dzieli się na pierwotną i wtórną:

- pierwotna typ 1 i 2 (idiomatyczna, dziedziczna)
- wtórna (na skutek chorób trzustki, z przyczyn hormonalnych, wywołana działaniem leków).

Cukrzyca przez wiele lat może przebiegać w sposób utajony, bez jakichkolwiek objawów. Nieuchwytny początek stwierdza się u ponad 85% chorych. W przypadkach skrajnych, zaniedbanych, rozpoznanie rozpoczyna się od zaawansowanych powikłań – stopa cukrzycowa, czyraczność, bóle neuropatyczne.

Klasyczne objawy cukrzycy to: wielomocz i zwiększone pragnienie, spadek masy ciała, zakażenia skóry, dróg moczowych, narządów rodnych (grzybica pochwy). Objawy kliniczne nasuwają podejrzenie choroby, a rozpoznanie ustalane jest na podstawie zwiększonego poziomu glikemii na czczo.

Powikłania cukrzycy stanowią dwie zasadnicze grupy :

- **ostre powikłania metaboliczne** (cukrzycowa kwasica ketonowa, hyperosmolarna nieketonowa śpiączka i śpiączka hipoglikemiczna są ostrymi zagrażającymi życiu powikłaniami). W obrazie klinicznym dominuje szybki, głęboki oddech (oddech Kussmaula), zapach acetonu w wydychanym powietrzu, suchość skóry i błon śluzowych, hipotonia ortostatyczna i zaburzenia świadomości.

Do grupy ostrych powikłań cukrzycy należy również **hipoglikemia**, wywołana najczęściej nadmierną dawką insuliny, opóźnieniem w przyjęciu posiłku lub nadmierną aktywnością fizyczną. Obraz kliniczny hipoglikemii wywołany jest przez dwa mechanizmy:

- stymulację adrenergiczną (potliwość, tachykardia, kołatanie serca, drżenie i osłabienie siły mięśniowej),
- objawy ośrodkowe pojawiające się w kolejnym etapie hipoglikemii (ból głowy, senność, zaburzenia mowy, śpiączka, napady padaczkowe).

W ostrym stanie niedocukrzenia konieczne jest podanie glukozy (doustnie u chorych przytomnych, w przypadku zaburzeń świadomości parenteralnie).

- **późne powikłania narządowe** (retinopatia cukrzycowa, nefropatia cukrzycowa, miażdżyca naczyń wieńcowych i obwodowych, polineuropatia obwodowa oraz neuropatia układu autonomicznego).

Celem leczenia cukrzycy jest zwalczanie objawów chorobowych oraz zapobieganie ostrym i późnym powikłaniom.

Leczenie cukrzycy oparte jest na odpowiednio dobranej diecie oraz bilansie kalorycznym, skorelowanym z wydatkiem energetycznym (w zależności od wysiłku).

Ustalając dietę, należy określić należną masę ciała, określić całkowite zapotrzebowanie kaloryczne z uwzględnieniem zapotrzebowania na białko, węglowodany i tłuszcze.

Leczenie farmakologiczne obejmuje podawanie leków doustnych i/lub insuliny.

Wybór leku i sposobu leczenia pozostaje w gestii specjalisty diabetologa. Istotne natomiast są wskazówki dotyczące działania ubocznego leków (hipoglikemia, hyponatremia, uogólnione i miejscowe reakcje alergiczne, lipodystrofia).

Zadania pielęgniarki:

1. Obserwacja stanu klinicznego pacjenta w przebiegu hiper i hipoglikemii:
 - wywiad z pacjentem lub opiekunem- przyjmowane płyny, posiłki i leki
 - pomiar glikemii, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, częstotliwości oddechów, ocena powłok ciała
 - analiza podstawowych wyników badań i ich monitorowanie (szczególnie poziomu cukru we krwi)
 - obserwacja zmian neuropatycznych i stopy cukrzycowej.
2. Edukacja chorego i opiekuna w zakresie rozpoznawania stanów hypo i hiperglikemii, profilaktyka i postępowanie.
3. Edukacja chorego i opiekuna w planowaniu diety, modyfikacja diety w zależności od aktywności fizycznej.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Zaburzenia funkcji tarczycy

W okresie starzenia pojawiają się m. in. zmiany aktywności hormonalnej tarczycy. Wraz z wiekiem wzrasta częstość występowania zarówno nadczynności jak i niedoczynności tarczycy. Obniżenie poziomu TSH jest spowodowane zmniejszonym wydzielaniem tego hormonu z przysadki mózgowej. U kobiet powyżej 60 roku życia obserwuje się wzrost częstości występowania przeciwciał przeciwko tyreoperoksydazie (enzym uczestniczący w syntezie hormonów tarczycy) oraz przeciwko tyreoglobulinie (związek magazynujący hormony tarczycy), co może prowadzić do niedoczynności tarczycy i podwyższonego poziomu TSH.

Tarczyca może produkować zbyt mało lub zbyt dużo hormonów, może ulegać przewlekłemu powiększeniu lub zapaleniu. W gruczole tym występują łagodne lub złośliwe nowotwory.

Na schorzenia tarczycy wskazują objawy jej niedoczynności (niedostateczny efekt działania hormonów tarczycy) lub nadczynności (nadmiar hormonów) lub wole – powiększenie tarczycy. W badaniach oznaczamy poziomy TSH, T3 i T4 w surowicy.

Niedoczynność tarczycy jest najczęściej następstwem przewlekłego zapalenia, idiopatycznego zaniku tarczycy, może rozwijać się wtórnie po leczeniu nadczynności i powstawać w wyniku niedoboru jodu. W obrazie klinicznym dominuje osłabienie, przewlekłe zmęczenie, zwolnienie mowy i myślenia, zmiana barwy głosu, obrzęki, nalany wyraz twarzy (obrzęk śluzowaty) i stałe odczuwanie zimna. Leczenie sprowadza się do podawania preparatów hormonów tarczycy.

Nadczynność tarczycy u osób w podeszłym wieku występuje w postaci Choroby Plummera – wole guzowe toksyczne. Może być też spowodowana niekontrolowanym przyjmowaniem hormonów tarczycy przez pacjenta. W obrazie klinicznym dominują zmiany metaboliczne (podwyższona przemiana materii), spadek masy ciała, potliwość, zmniejszona tolerancja na ciepło, zaburzenia rytmu serca, potliwość i zmiana wilgotności skóry, niepokój i zaburzenia snu.

Otyłość i niedożywienie: liczne badania populacyjne dowodzą, że ludzie starsi często nie odżywiają się racjonalnie, o czym świadczy postępujący wzrost częstości występowania otyłości i chorób z nią związanych. U pacjentów w starszym wieku następuje zmiana podstawowej przemiany materii, masy ciała oraz rozkład tkanki tłuszczowej. Otyłość powstaje wówczas, gdy dowóz kalorii przewyższa zapotrzebowanie, na które składa się podstawowa przemiana materii i wydatek energetyczny. W otyłości występują przede wszystkim zaburzenia gospodarki węglowodanowej, nadciśnienie tętnicze, niewydolność oddechowa, sercowa i ruchowa, miażdżyca, kamica żółciowa, deformacja stawów i zniedołężnienie ogólne.

Niedożywienie może powstać na skutek niedostatecznej podaży pokarmów, ich złego wchłaniania, zaburzeń w ich wykorzystywaniu oraz zaburzeń uczucia głodu i sytości. Niedożywienie dzieli się na postać bez obrzęków i z obrzękami. Obrzękom sprzyja nadmierna podaż wody i soli kuchennej oraz niedobór białka i witamin w diecie. W niedożywieniu zmniejsza się wydolność fizyczna i umysłowa. Występuje uczucie zimna, apatia i depresja, dochodzi do zaniku tkanki podskórnej i skóry, występuje suchość skóry, pojawia się bradykardia, hipotonia, z czasem dochodzi do zmian w kośćcu.

Leczenie polega na stosowaniu odpowiednio dobranej diety, preparatów białkowych, wysokoenergetycznych, i witaminowych.

Zadania edukacyjne:

Zagadnienia omówione w module pozwalają na zapoznanie się z podstawowymi schorzeniami z dziedziny chorób metabolicznych występujących w wieku podeszłym.

Obejmują podstawowe objawy kliniczne cukrzycy, ostre i późne powikłania, zasady monitorowania chorych z cukrzycą. Wyposażają pielęgniarkę w podstawową wiedzę pozwalającą na profesjonalne postępowanie i czynności pielęgnacyjne u chorych z cukrzycą. Moduł obejmuje wiedzę w zakresie prawidłowego żywienia, ustalenia diety oraz edukowania opiekuna i chorego.

Dostarcza wiedzę na temat najczęściej spotykanych w wieku starszym zaburzeń odżywiania – otyłości i niedożywienia. Pozwala na umiejętne ustalenie planu postępowania oraz opiekę nad chorym niedożywionym.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



dr n. med. Bernadeta Cegła

PODSTAWY KLINICZNE I OPIEKA PIELEŃNIARSKA W NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH PRZEWLEKŁYCH CHOROBYCH UKŁADU KRĄŻENIA I UKŁADU ODDECHOWEGO U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

dr n. med. Jacek Pruszyński

PODSTAWY KLINICZNE I OPIEKA PIELEŃNIARSKA W NIEWYDOLNOŚCI NEREK WYSTĘPUJĄCEJ U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

Choroby przewlekłe stanowią wiodącą przyczynę umieralności na świecie. Zgodnie z danymi WHO odpowiadają one za 63% zgonów. Do najczęściej występujących chorób przewlekłych zalicza się m.in.: przewlekłe choroby układu oddechowego, przewlekłą chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze.

Choroby przewlekłe zgodnie z Leksykonem Gerontologii Adama Zycha to dolegliwości bądź stany patologiczne, które utrzymują się przez dłuższy czas i które będą trwały nadal.

Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia definiuje chorobę przewlekłą jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki”.

Do głównych cech choroby przewlekłej należą:

- długotrwałość
- łagodniejszy, niż w stanie ostrym przebieg
- pogorszenie sprawności chorego
- nieodwracalność zmian patologicznych
- często niepomyślne rokowanie
- następstwa psychospołeczne
- uzależnienie od opiekuna

Osoby chorujące przewlekłe wymagają **opieki długoterminowej**: lekarskiej, pielęgniarskiej i/lub rehabilitacji.

Rozwój opieki długoterminowej, zarówno lekarskiej jak i pielęgniarskiej determinowany jest przez szereg czynników i zmian, które dokonują się w medycynie jak i w życiu społecznym. Należą do nich:

- uwarunkowania demograficzne a wśród nich wydłużenie średniej długości życia i starzenie się populacji
- uwarunkowania społeczno-kulturowe a wśród nich zmiany w strukturze, modelu rodziny (rodziny małe, nuklearne, brak rodzin wielopokoleniowych, zmiana roli kobiety w rodzinie z opiekuńczej na zawodową)
- uwarunkowania zdrowotne – wydłużenie życia (nie zawsze tak długiemu życiu towarzyszy sprawność i samodzielność, co z powodu braku opieki rodzinnej wymusza konieczność zapewnienia opieki w sposób instytucjonalny)
- uwarunkowania ekonomiczne, a wśród nich m.in. skrócenie czasu pobytu w szpitalach dla osób wymagających długoterminowej opieki do minimum niezbędnego do wykonania specjalistycznych procedur

Pielęgniarka planując i realizując zadania opiekuńcze wobec pacjentów w podeszłym wieku, u których stwierdzone są choroby przewlekłe, zobowiązana jest brać pod uwagę wszystkie te uwarunkowania i uwzględniać je w procesie pielęgnowania. Długoterminowa opieka pielęgniarska w stosunku do chorych z chorobami przewlekłymi świadczona może być zarówno w szpitalu, zakładzie opiekuńczym, leczniczym, jak również w środowisku domowym chorego.

Opieka długoterminowa

To długookresowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowana instytucjonalnie (stacjonarnie lub w domu chorego) w celu podtrzymania zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego chorych z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, nie kwalifikującymi się do leczenia szpitalnego.

Chory przewlekłe – (*chronically ill*) to osoba u której wystąpił nieodwracalny stan chorobowy wymagający obserwacji specjalistycznej dłuższej niż 2 miesiące, ciągłego leczenia, dla którego terapia nie przynosi efektów. Stan pacjenta charakteryzuje się okresami ciszy i nawrotów.

Dla chorych przewlekłe ze względu na ich szczególny stan zdrowia bardzo istotne są 3 czynniki:

- zapewnienie im warunków do samorealizacji

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa (poprzez informowanie o ich stanie zdrowia)
- wsparcie terapeutyczne (głównym celem jest obniżenie lęku)

Różnice i specyficzne sposoby pielęgnowania osób w podeszłym wieku z chorobami przewlekłymi wynikają z odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych związanych z procesem starzenia, na które nakładają się objawy samej choroby

Specyficzne zasady pielęgnowania osób starszych, u których występują choroby przewlekłe:

- traktowanie starzenia się jako normalnego i nieuniknionego procesu, wymagającego odpowiedniego trybu życia, a nie ucieczki od życia
- uwzględnianie możliwości i ograniczeń każdego pacjenta pod względem fizycznym, socjalnym, ekonomicznym i psychologicznym
- całościowe „spojrzenie” na pacjenta (nie skupianie się tylko wybiórczo na jednym schorzeniu czy dolegliwości)
- realizowanie holistycznej koncepcji opieki nad seniorem
- uważne słuchanie chorego/podopiecznego — przypominają oni sobie dawne czasy, w których byli szczęśliwi, dzięki takim rozmowom pielęgniarka może poznać ich zainteresowania i pomóc w ich rozwijaniu
- zachęcanie chorego do odzyskania zainteresowania życiem
- wzmacnianie u starszej osoby poczucia własnej wartości
- zapamiętywanie nazwisk, imion chorych (zmniejsza to anonimowość i zbliża do opiekuna)
- udzielanie chorym wyraźnych wskazówek
- zwracanie się twarzą do pacjenta podczas rozmowy, mówienie wyraźne i wolne (bez krzyku), by mógł śledzić ruch warg
- zabezpieczanie osoby starszej przed zakażeniami zakładowymi, urazami i wypadkami
- przestrzeganie praw pacjenta
- uznanie i szacunek dla jego przyzwyczajzeń

Specyfika wieku podeszłego, typowe cechy seniorów i wielochorobowość obligują opiekunów osób starszych (szczególnie pielęgniarki i opiekunów seniorów w zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych i leczniczych) do:

- merytorycznego przygotowania do sprawowania opieki
- właściwych kwalifikacji
- profesjonalnego realizowania opieki
- prezentowania wymaganych cech osobowości takich jak: cierpliwość, zrozumienie, empatia

Pielęgnowanie pacjentów w podeszłym wieku w chorobach przewlekłych układu oddechowego i krążenia

Wśród schorzeń przewlekłych w układzie oddechowym i krążenia dwie są najczęściej stwierdzanymi u osób starszych. Są to przewlekła obturacyjna choroba płuc i nadciśnienie tętnicze.

Schorzenia układu oddechowego

Dane na temat częstości występowania POChP są **niedoszacowane, głównie w związku z nierozpoznawaniem wczesnych stadiów choroby, a także stosowaniem różnych kryteriów diagnostycznych i metod określania chorobowości. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że około 1/4 osób w wieku > 40 lat ma ograniczenia przepływu w drogach oddechowych mogące odpowiadać I stadium POChP.** W grupach osób starszych dane wskazują na jeszcze wyższy odsetek występowania tej choroby. Przewiduje się, że jeśli obecnie obserwowane zjawiska w epidemiologii chorób na świecie nie ulegną zmianie, to w 2020 roku POChP, z szóstej w 1990 roku najczęstszej przyczyny zgonu, stanie się trzecią przyczyną.

Przewlekła Obturacyjna Choroba płuc (POChP)

Jest to przewlekła choroba charakteryzująca się trwałym upośledzeniem drożności oskrzeli (obniżenie FEV₁ - natężona objętość wydechuowa pierwszosekundowa). Jest ono postępujące, raczej nieodwracalne i występuje u osób mających objawy PZO/ i/ lub rozedmy płuc.

Przyczyny to: palenie tytoniu, zanieczyszczenie środowiska pracy, infekcje układu oddechowego i palenie bierne we wczesnym dzieciństwie, nawracające infekcje oskrzelowo-płucne, uwarunkowania genetyczne, płeć, czynniki klimatyczne i środowiskowe, utajona przetrwała infekcja adenowirusem.

Mechanizm zwężenia oskrzeli w POChP polega na zwężeniu dużych oskrzeli spowodowanym przerostem gruczołów śluzowych oraz zwężeniu małych oskrzeli przez nacieki komórkowe w ich ścianie. Utrata sprężystości płuc (przez co upośledzony jest wydech) spowodowana jest zniszczeniem przyczepów przegród pęcherzykowych utrzymujących światło oskrzeli.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Główne objawy to:

- kaszel (głównie rano, skąpe odkrztuszanie, wydzielina śluzowa, przezroczysta)
- duszność, początkowo wysiłkowa stopniowo przechodząca w spoczynkową
- nietolerancja wysiłku fizycznego
- sinica
- przyśpieszony oddech
- **świsty słyszalne przy osłuchiwaniu stetoskopem**
- spadek aktywności
- zmęczenie

Leczenie

Postępowanie w POCHP powinno być ukierunkowane na :

- zwalczanie ostrych objawów i poprawę jakości życia chorego
- zapobieganie zaostrzeniom choroby
- zwalczanie tempa rozwoju choroby
- zapobieganie powikłaniom

Postępowanie w POCHP obejmuje najczęściej:

- całkowite zaprzestanie palenia tytoniu
- stosowanie leków rozszerzających oskrzela
- podawanie tlenu w razie konieczności
- leczenie niewydolności serca
- leczenie niewydolności oddechowej
- rehabilitację oddechową
- paliatywne zabiegi chirurgiczne w rozedmie płuc
- wykrywanie i leczenie nowotworów płuc

Postępowanie pielęgniarki

Zadania diagnostyczne

- określenie danych personalnych i statusu społecznego
- pomiary podstawowych parametrów życiowych charakteryzujących funkcjonowanie układu oddechowego (zapoznanie się i interpretacja badań, wyników testów, krzywej spirometrycznej)
- ocena stanu fizycznego pacjenta pod kątem zwiastunów zaostrzenia choroby (ilość, charakter płwociny, jej kolor, nasilenie kaszlu, trudności w oddychaniu, obniżenie skuteczności podawanych leków, wzrost temperatury, sinica – szczególnie paznokci i uszu)
- określenie deficytu samoopieki – ocena stopnia zmian trybu życia wywołanego chorobą, możliwości wykonywania czynności dnia codziennego, określenie zakresu pomocy i sposobu jej udzielania
- rozpoznanie problemów i potrzeb chorego – ustalenie hierarchii ich rozwiązywania i zaspokajania,
- postawienie diagnozy pielęgniarskiej co do potrzeb edukacji (pacjenta i lub rodziny)
- ocena stanu psychicznego (stan świadomości, aktywność psychiczna i intelektualna chorego apatia, dezorientacja w otoczeniu)
- określenie stanu emocjonalnego (typ osobowości, nastawienie do choroby)

Zadania lecznicze

- podawanie leków zgodnie ze zleceniem i obowiązującymi zasadami (dopilnowanie właściwego przyjmowania leków)
- leki w postaci aerozoli – w okresie zaostrzenia leki podawane drogą wziewną mogą nie wykazywać właściwej skuteczności - trudności w dotarciu do swojego miejsca przeznaczenia tzn. jak najgłębiej do płuc, ze względu na zwiększone zaleganie wydzieliny w oskrzelach
- leki regulujące ilość i jakość wydzieliny, leki odwadniające
- tlenoterapia (z koncentratora lub przenośnego zbiornika – w warunkach domowych) – przestrzeganie zasad podawania tlenu
- fizykoterapia - przygotowanie do ćwiczeń
- zapewnienie warunków do ćwiczeń, pomoc w wykonywaniu ćwiczeń
- nauka prawidłowego, zgodnego z zasadami wykonywania ćwiczeń

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- drenaż ułożeniowy
- zapobieganie infekcjom – stosowanie szczepionek – przeciw grypie 1 raz na rok, przeciw pneumokokowemu zapaleniu płuc co 5 lat

Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze

- pomoc w wykonywaniu czynności samoopiekuńczych – ograniczanie wysiłku, nie ograniczanie samodzielności
- zapewnianie wygody i bezpieczeństwa
- choremu leżącemu pomoc w utrzymaniu właściwej pozycji w łóżku
- prawidłowa pielęgnacja skóry, szczególnie obręzków
- dopilnowanie właściwych proporcji wypoczynku i ruchu pacjenta
- zapewnienie dopływu powietrza i właściwego mikroklimatu
- umożliwienie właściwego odżywiania
- opieka psychiczna – udzielanie wsparcia psychicznego
- dopilnowanie prawidłowego rytmu dnia pacjenta w zakresie snu i czuwania – unikanie podsypiania w dzień i popołudniowych drzemek (może to powodować bezsenność, a stosowanie środków nasennych w tym schorzeniu może upośledzać działanie ośrodków układu nerwowego, które regulują oddychanie)
- **przeciwdziałanie duszności poprzez:**
 - oddychanie przeponą
 - wolny wydech przez zwężone usta (często określane jako „zasnurowane” usta)
 - unikanie gwałtownego wysiłku
 - pozycję siedzącą z pochyleniem ku przodowi i oparciem dłoni na kolanach
 - pozycja stojąca z pochyleniem ku przodowi o oparcie wyprostowanych rąk na stabilnej podporze (brzeg stołu, oparcie krzesła)

Zadania edukacyjne

- dostarczenie wiedzy o POCHP, objawach zaostrzeń i zasadach postępowania w przypadku ich wystąpienia (jeśli została zdiagnozowana taka potrzeba i możliwości percepcyjne pozwalają na to), edukacja pacjenta i/lub jego rodziny
- pomoc i umożliwienie porzucenia nałogu palenia tytoniu (niezwykle ważne zadanie pielęgniarki)
- nauka zasad i sposobów wykonywania ćwiczeń oddechowych, oddychania przez „zasnurowane usta”, co zapobiega zapadaniu się pęcherzyków płucnych
- nauka zasad i sposobów przyjmowania leków drogą wziewną (pacjenci w starszym wieku mają problemy z koordynacją ruchów i przez to dawki leków mogą być przyjmowane niewłaściwie)
- przygotowanie do stosowania tlenoterapii
- przedstawienie zasad i wdrożenie do prawidłowego trybu życia i prowadzenia aktywności fizycznej u chorych z POCHP
- unikanie bezczynności, stosowanie codziennego wysiłku
- unikanie nadmiernego wysiłku, który pogłębiałby niedobór tlenu
- wykonywanie ćwiczeń terapeutycznych 1-3 razy w tygodniu
- unikanie stresu
- nauka sposobów unikania infekcji
- nauka zwalczania bezsenności

Schorzenia układu krążenia

Badania wskazują, że nadciśnienie tętnicze występuje u co 3 człowieka w Polsce. Odsetek osób z nadciśnieniem u populacji w wieku 70 lat i więcej wynosi ponad 50%. Jest więc to najczęściej występujące u osób starszych schorzenie przewlekłe z grupy chorób układu krążenia.

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze oprócz tego, że jest najczęściej występującą przewlekłą chorobą układu krążenia, jest też najczęstszą przyczyną rozwoju choroby niedokrwiennej serca i udarów mózgu. Jest to choroba układu krążenia, której istotą jest przewlekłe zwiększone ciśnienie krwi w naczyniach tętniczych. O nadciśnieniu tętniczym mówimy wówczas gdy podczas kilkakrotnych pomiarów, dokonywanych w spoczynku, ciśnienie przekracza wartości graniczne uznane za prawidłowe. Za wartość graniczną uznaje się ciśnienie 140/90 mm Hg.



Najczęściej wysokie ciśnienie tętnicze przez dłuższy czas nie jest odczuwane i wiele osób czuje się, mimo podwyższonego ciśnienia, dobrze. W miarę narastania zmian narządowych symptomy się zaostrzają.

Objawy, które najczęściej występują u chorych:

- częstsze bóle i zawroty głowy; ból występuje zwykle rano i dotyczy najczęściej okolicy potylicznej, później może mieć charakter napadowych bólów migrenowych z nudnościami i wymiotami
- krwawienia z nosa
- pogorszenie widzenia
- szum w uszach
- szybkie męczenie się, nawet przy najprostszych czynnościach i małym wysiłku
- problemy ze snem, problemy z zasypianiem, budzenie się w nocy
- trudności z koncentracją
- uczucie kołatania i bóle w okolicy serca, przyspieszenie jego pracy
- potliwość i zaczerwienienie (rumień) na twarzy i szyi
- duszność
- pobudzenie lub apatia i senność.

Leczenie

W leczeniu nadciśnienia znaczenie mają dwie grupy działania:

- nefarmakologiczne
- farmakologiczne.

Do pierwszej grupy należy zmiana stylu życia a w nim zastosowanie diety DASH, wprowadzenie lub zwiększenie aktywności fizycznej, rezygnacja z nałogów a w szczególności rezygnacja z alkoholu, redukcja stresu.

Do drugiej grupy zaliczane są leki; inhibitory ACE, antagoniści receptora angiotensynowego, β -blokerey, blokery kanału wapniowego, diuretyki.

U pacjentów w wieku podeszłym niekiedy występuje izolowane nadciśnienie skurczowe. Postępowanie lecznicze mające na celu uzyskanie ciśnienia skurczowego poniżej 140 mmHg bywa ograniczone, ze względu na ryzyko nadmiernej obniżenia ciśnienia rozkurczowego (60–70 mmHg). Pacjenci z takim typem nadciśnienia powinni utrzymywać najniższe, dobrze tolerowane wartości ciśnienia.

Postępowanie pielęgniarki

Zadania diagnostyczne

- rozpoznanie ciężkości stanu pacjenta/podopiecznego
- wstępne rozpoznanie dolegliwości i ewentualnych powikłań związanych z chorobą
- wstępna ocena stanu emocjonalnego
- rozpoznanie deficytu samoopieki
- rozpoznanie aktualnych potrzeb
- ▶ Systematyczna ocena stanu fizycznego:
 - pomiar podstawowych parametrów życiowych
 - szczegółowy wywiad dotyczący potencjalnych objawów choroby nadciśnieniowej (pora występowania, intensywność, lokalizacja, charakter bólu) i wynikających z nich problemów
 - systematyczne dokonywanie oceny deficytu w samoopiece
- ▶ Rozpoznanie stanu psychicznego pacjenta:
 - zaburzenia wyższych funkcji psychicznych (rozumienia, logicznego myślenia)
 - ocena stanu emocjonalnego (nadpobudliwość, zdenerwowanie, drażliwość, złość)
 - określenie typu osobowości
 - ocena umiejętności rozładowania napięcia nerwowego
- ▶ Ocena sytuacji społecznej pacjenta:
 - struktura rodziny
 - warunki mieszkaniowe
 - sytuacja finansowa
- ▶ Rozpoznanie potrzeb edukacyjnych (pacjenta i/lub jego rodziny, opiekunów):
 - wiedza na temat choroby, objawów, powikłań
 - wiedza na temat czynników ryzyka i ich obecności w życiu pacjenta

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- prezentowane w życiu postawy zdrowotne (stosowana dieta, używki, aktywność ruchowa)
- wiedza na temat leczenia farmakologicznego i dietetycznego
- umiejętność w zakresie samokontroli (pomiaru ciśnienie, rozpoznawania i interpretacji objawów niepokojących, zagrażających życiu)

Zadania lecznicze

Farmakoterapia:

- kontrola systematycznego i skrupulatnego przyjmowania leków
- podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim
- obserwacja skuteczności leczenia hipotensyjnego: pomiar RR, kontrola ustępowania objawów nadciśnienia
- obserwacja pod kątem działań ubocznych stosowanych leków i informowanie o nich pacjenta.

Możliwe działania uboczne leków

- diuretyki tiazydowe i pętlowe: utrata potasu i objawy hipokaliemii – drętwienia i bolesne kurcze kończyn, mrowienie skóry wokół ust, tachykardia, zaburzenia rytmu serca
- β-blokery: bezsenność, koszmary, depresja, ziębnięcie kończyn, bradykardia
- antagoniści wapnia (amlodypina, nifedypina): tachykardia
- inhibitory konwertazy angiotensyny (kaptopryl): uporczywy, suchy kaszel bóle i zawroty głowy, wysypki skórne, obrzęk naczynioruchowy, dolegliwości dyspeptyczne

Dietoterapia

- przekonanie pacjenta do zastosowania zalecanej diety
- uświadomienie konieczności uzupełniania w diecie niektórych pierwiastków (potas, magnez)
- zorientowanie się czy podopieczny nie spożywa pokarmów niedozwolonych (dosalanie pokarmów)
- ewentualne umożliwienie kontaktu z dietetyczką
- ograniczenie podaży sodu
- u osób otyłych lub z nadwagą – dieta redukcyjna
- ograniczenie spożycia produktów zawierających cholesterol, tłuszcze zwierzęce
- spożywanie produktów bogatych w potas i magnez oraz suplementacja tych pierwiastków

Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze

- Pomoc w zaspokojeniu potrzeb biologicznych:
 - w przypadku zawrotów głowy – asekurować w czasie wstawania, poruszania się, poinformować o sposobach zmniejszenia zawrotów głowy
 - u osób z bólami głowy należy podwyższyć próg bólowy
 - w przypadku bezsenności – stworzenie odpowiednich warunków do wypoczynku
- Wsparcie psychiczne:
 - w warunkach zakładu - odpowiedni dobór pacjentów na sali (likwidowanie napięć, uspokojenie)
 - okazywanie zainteresowania problemami chorego
 - umożliwienie kontaktu z rodziną
 - utwierdzenie w słuszności podjętych decyzji dotyczący zmiany stylu życia („pogodzenie się” z dietą, rezygnacja z nałogów)
 - zapewnienie o gotowości do pomocy

Zadania edukacyjne

- przekazanie informacji dotyczących istoty choroby nadciśnieniowej przedstawienie objawów choroby oraz jej powikłań, omówienie czynników ryzyka (we właściwym zakresie i po stwierdzeniu istnienia takiej potrzeby),
- przekonanie o konieczności wyeliminowania z codziennego życia czynników ryzyka
- zaznajomienie się z zasadami leczenia farmakologicznego, dietetycznego
- nauka samokontroli (nauka pomiaru ciśnienia, rozpoznawanie objawów świadczących o zwwyżce czy spadku ciśnienia)
- nauka relaksacji
- nauka prawidłowych zasad poruszania się i funkcjonowania w celu zapobiegania zawrotom głowy i upadkom (odpowiednie wstawanie z łóżka, asekurowany sposób poruszania się, sposoby nachylania się i wstawania)
- uświadomienie konieczności stałego przyjmowania leków i skutków zaprzestania ich przyjmowania

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- poinformowanie o działaniach ubocznych, by pacjent nie niepokoił się nadmiernie w razie ich wystąpienia (zwykle po pewnym czasie leczenia znacznie się zmniejszają lub ustępują) oraz sposobach zmniejszania ryzyka ich występowania

Rola i udział pielęgniarki w rehabilitacji osób chorych przewlekle

Rola pielęgniarki w rehabilitacji chorego jest szczególna. Wynika ona z charakteru pracy pielęgniarki oraz różnorodności wykonywanych przez nią zadań. Pielęgniarka w każdej sytuacji jest zawsze najbliższym chorego. Jej kontakt z pacjentem jest najdłuższy i ciągły. Pielęgniarka opiekuje się pacjentem na oddziałach szpitalnych, poradniach, specjalistycznych gabinetach, środowisku domowym i innych zamkniętych placówkach ochrony zdrowia. Ma ona również ciągły i długotrwały kontakt z rodziną chorego. Ten bliski kontakt i towarzyszenie choremu we wszystkich etapach terapii stanowi bardzo dobry punkt wyjścia do podejmowania w szerokim zakresie działań rehabilitacyjnych przez pielęgniarkę. Istotne znaczenie ma również to, że obecnie pielęgniarki są profesjonalnie przygotowywane do pracy a zakres ich kompetencji wzrasta. Udział i szczególna rola pielęgniarki w rehabilitacji wynika także z faktu, że zadania pielęgniarki wpisane w jej zakres obowiązków są w wielu punktach zbliżone lub wręcz zbieżne z działaniami rehabilitacyjnymi.

Pielęgniarka zgodnie ze swymi zadaniami:

- zapobiega odleżynom, różnego rodzaju powikłaniom, zniekształceniom poprzez wykonywanie ćwiczeń ruchowych, zmienianie pozycji chorego w łóżku
- poprawia wentylację płuc pacjenta przez oklepywanie pleców i prowadzenie gimnastyki oddechowej
- pomaga poruszać się i powracać do samodzielności po okresie unieruchomienia
- wdraża do wykonywania nowymi sposobami czynności, które z powodu choroby nie są możliwe do realizacji,
- uczy korzystania z różnorodnego sprzętu medycznego
- instruuje jak przystosować się do życia z chorobą
- wskazuje sposoby samokontroli i samoopieki umożliwiające funkcjonowanie na zadowalającym i bezpiecznym poziomie
- uczy chorego samodzielnego działania niezależniającego go od opiekunów
- przekazuje wiedzę i uczy zasad prozdrowotnego trybu życia pacjenta i jego rodzinę

Działania te mieszczą się w zakresie zadań rehabilitacyjnych. Pielęgniarka realizując zadania lecznicze tzn. wszystkie te czynności, które wchodzą w zakres terapii i są wykonywane na zlecenie lekarza prowadzi więc również rehabilitację

Podobnie jak zadania lecznicze, działania pielęgniarki w zakresie rehabilitacji i jej udział w niej mogą mieć charakter:

- bezpośredni np. wykonywanie zabiegów lub ćwiczeń z pacjentem
- pośredni np. przygotowywanie warunków zewnętrznych i pacjenta do uczestnictwa w ćwiczeniach, zabiegach lub innych zajęciach związanych z rehabilitacją

Działania te mogą być też planowane i realizowane samodzielnie przez pielęgniarkę lub na zlecenie i w porozumieniu z innymi członkami zespołu rehabilitacyjnego.

Do samodzielnych działań można zaliczyć:

- przygotowanie pacjenta do rehabilitacji
- działania edukacyjne i instruktażowe
- prowadzenie prostych ćwiczeń usprawniających

Na zlecenie pielęgniarka najczęściej:

- wykonuje wskazane i zademonstrowane wcześniej przez rehabilitanta specjalne ćwiczenia, jeśli muszą być one przeprowadzane ze zwiększoną częstotliwością (podczas nieobecności rehabilitanta, w godzinach popołudniowych) lub w warunkach domowych
- kontynuuje naukę używania i sposobów korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego
- podaje leki i środki wspomagające i umożliwiające przeprowadzenie zabiegów i ćwiczeń.

W leczeniu schorzeń przewlekłych rehabilitacja ma bardzo duże znaczenie. Wielu z nich nie da się wyleczyć, i które raz stwierdzone będą już stałe obecne w życiu chorego. Głównymi celami działań pielęgniarki w tym zakresie są:

- pomoc w przystosowaniu pacjenta do nowego sposobu życia, działania i funkcjonowania wymuszonego przez chorobę przewlekłą
- poprawa jakości życia z chorobą
- zapobieganie powikłaniom schorzenia jak i jego nawrotom

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPŁOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- pomoc w powrocie do sprawności i poprawa wydolności pacjenta
- nauczenie działań i sposobów samoopieki pozwalających na uniezależnienie się od innych osób

Aby prawidłowo realizować zadania rehabilitacyjne pielęgniarka powinna:

- być świadoma ważności i znaczenia rehabilitacji w procesie leczenia
- znać cele postępowania rehabilitacyjnego
- znać i w swych działaniach stosować się do zasad obowiązujących w rehabilitacji
- znać, umieć, rozpoznać i ocenić reakcję pacjenta na wysiłek fizyczny
- umieć rozpoznać i ocenić reakcję organizmu pacjenta na przeprowadzone zabiegi i ćwiczenia pod kątem wystąpienia niepożądanych skutków działań rehabilitacyjnych
- potrafić określić przeciwwskazania do wykonywania gimnastyki, ćwiczeń lub wzięcia udziału w określonym typie działań rehabilitacyjnych, wynikające z pogorszenia stanu zdrowia lub samopoczucia pacjenta
- znać i potrafić wdrażać obowiązujące schematy postępowania rehabilitacyjnego
- umieć przeprowadzić podstawowe ćwiczenia z zakresu ćwiczeń ogólnie usprawniających, oddechowych, zapobiegającym powikłaniom (przykurczom, ograniczeniom w stawach) długotrwałego leżenia i unieruchomienia.

Szczepienia ochronne u osób w wieku podeszłym

Osoby starsze są bardziej narażone na choroby związane z zakażeniami bakteryjnymi lub wirusowymi. System odpornościowy u seniorów nie działa bowiem już tak sprawnie jak wcześniej i nie jest też tak skuteczną obroną. Występowanie wielu problemów zdrowotnych, takich jak wielochorobowość, brak sprawności i aktywności fizycznej, polipragmazja sprawiają, że schorzenia zakaźne u osób w podeszłym wieku przebiegają w znacznie cięższy sposób. Po przechorowaniu wielu z nich znacznie częściej też, występują powikłania. Ciężkie powikłania pogorszą zdrowie osób starszych, zaostrzają występujące choroby przewlekłe (cukrzyca) i są przyczyną zgonów. Po przechorowaniu grypy może dojść do powikłań w układach oddechowym, nerwowym i sercowo- naczyniowym. Najcięższe z nich to zapalenia płuc, zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie mózgu. Powikłaniem może być też nasilenie zmian otępiennych, splątanie, czy zaostrzenie astmy. Zakażenia pneumokokowe mogą wywoływać zapalenie opon mózgowych, a śmiertelność w tej infekcji dochodzić może u osób starszych nawet do 80 %.

Najlepszym sposobem zapobiegania tym chorobom są szczepienia ochronne. Niestety większość starszych osób nie szczepi się. Wynika to z obaw przed powikłaniami i niewiarą w skuteczność ich ochrony.

Szczepienia ochronne zalecane osobom starszym

Szczepienia przeciw grypie

- wszystkie osoby dorosłe po 55 roku życia
- osoby chore na choroby przewlekłe (np. astma)
- pensjonariusze DPS i innych placówek opiekuńczych czy opiekuńczo-leczniczych
- szczepienia raz w roku
- w okresie zdrowia
- przed sezonem zachorowań
- należy upewnić się, że szczepionka została wyprodukowana na dany sezon zachorowań

Szczepienia przeciw zakażeniom pneumokokowym

- jednorazowe szczepienie
- osoby po 65 roku życia szczepienie przypominające, jeśli szczepienie pierwotne było przed 65 rokiem życia i upłynęło od tego czasu 5 lub więcej lat
- wskazane dla osób starszych, u których występują choroby przewlekłe (astma, cukrzyca, choroby układu krążenia, przewlekła niewydolność nerek)

Inne szczepienia rekomendowane u osób w podeszłym wieku

Szczepienia przeciw tężcowi

- szczepienia przypominające powinny być podawane co 10 lat (ostatnie szczepienie zgodnie z kalendarzem wykonuje się w wieku 19 lat)
- zaleca się szczepienia osobom starszym narażonym na możliwość zranień i zanieczyszczania ran (praca ze sprzętem i ostrymi narzędziami w brudnym środowisku)

Szczepienia przeciw WZW typ B

- zalecane osobom, które narażone są na zakażenie HBV
- osobom, które ze względu na tryb życia lub wykonywane zajęcia są narażone na zakażenia związane z uszkodzeniem ciągłości tkanek lub poprzez kontakt seksualny
- pacjentom przewlekłe chorym o wysokim stopniu ryzyka zakażenia (np. przebywającym w zamkniętych zakła-

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- dach opieki zdrowotnej, nieszczepionym w ramach szczepień obowiązkowych)
- osobom przygotowywanym do zabiegu operacyjnego,
 - osobom wyjeżdżającym do miejsc o powszechnym występowaniu WZW B.

Szczepienia przeciw ospie wietrznej

- osoby, które nie przechorowały ospy i nie były wcześniej zaszczepione.

Niewydolność nerek

Specyficznymi cechami **ostrej niewydolności nerek** w wieku podeszłym jest wyższa częstość jej występowania w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Ostra niewydolność nerek jest nagle pojawiającą się, dysfunkcją nerek, objawiającą się obniżeniem objętości wydalanego moczu oraz wzrostem we krwi substancji wydalanych przez nerki.

Wyróżnia się trzy typy ostrej niewydolności nerek:

- postać przednerkowa wywołana hipowolemią (zmniejszeniem efektywnej objętości krwi krążącej) spowodowaną przez krwotok lub inną utratę płynów. Innymi przyczynami powodującymi przednerkową niewydolność mogą być choroby mięśnia sercowego, zatorowość płucna, lub też choroby naczyń nerkowych
- postać nerkowa wywołana jest przez proces chorobowy toczący się w samych nerkach i może być spowodowana chorobami kłębuszków nerkowych, toksycznym uszkodzeniem nerek głównie przez leki - niesteroidowe leki przeciwzapalne, niektóre antybiotyki, środki używane w radiologii, terapii onkologicznej
- postać zanerkowa spowodowana jest wystąpieniem przeszkody w drogach moczowych uniemożliwiającej prawidłowy odpływ moczu

Podstawą leczenia ostrej niewydolności nerek jest usunięcie przyczyny wywołującej niewydolność nerek. W części przypadków zwłaszcza w cięższych klinicznie postaciach ostrej niewydolności nerek może być konieczne leczenie nerkozastępcze.

Rokowanie ostrej niewydolności nerek zależne jest od możliwości skutecznego leczenia choroby podstawowej, występujących w przebiegu niewydolności powikłań oraz stopnia powrotu prawidłowej czynności nerek a także od stopnia odwracalności zmniejszonej objętości wydalanego moczu. Schorzenie to jest obarczone znaczną śmiertelnością a u osób, które przeżyły ostrą niewydolność nerek w wieku podeszłym, często obserwuje się trwałe upośledzenie funkcji nerek.

Przewlekła niewydolność nerek najczęściej powodowana jest przez powikłania cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, choroby naczyń nerkowych i przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek. Początkowymi niespecyficznymi objawami przewlekłej niewydolności nerek może być złe samopoczucie, bóle głowy, osłabienie i łatwa męczliwość. U pacjentów tych zaobserwować można często suchą, bladą skórę, a sami chorzy mogą zgłaszać odczuwany przez nich świąd. Skóra jest sucha, blada z pojawiającymi się na niej wybroczynami. Częstymi objawami współistniejącymi są osłabienie koncentracji, senność, wymioty, jak również biegunka. W badaniach dodatkowych obserwujemy niedokrwistość oraz niską liczbę płytek krwi. Rozpoznanie przewlekłej niewydolności nerek opiera się na obrazie klinicznym, wynikach badań laboratoryjnych krwi (oznaczenie mocznika, kreatyniny, elektrolitów, oraz w razie potrzeby inne badania), moczu (poziom białka, mocznika i innych parametrów). Istotne informacje może wnieść również badanie USG.

Podczas **pielęgnacji pacjentów** z niewydolnością nerek (zarówno ostrą jak i przewlekłą) pielęgniarka powinna być przygotowana na możliwość wystąpienia u chorych szeregu powikłań dotyczących zwłaszcza:

- układu oddechowego (zapalenie płuc, obrzęk płuc, ostra niewydolność oddechowa)
- układu sercowo-naczyniowego (nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia)
- układu nerwowego (obrzęk mózgu, napady padaczkowe, śpiączka)
- układu pokarmowego (owrzodzenia, zapalenie jelit, otrzewnej, żołądka)
- układu krwiotwórczego (niedokrwistość, trombocytopenia)
- układu immunologicznego (zmniejszona odporność sprzyjająca powstawaniu zakażeń i posocznicy).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPŁOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



PODSTAWY KLINICZNE I OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA W NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH CHOROBYCH OŚRODKOWEGO I OBWODOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

Analizując problemy i schorzenia wieku starczego, nie sposób pominąć roli układu nerwowego, w aspekcie fizjologicznego starzenia się organizmu oraz chorób układu nerwowego, które w znacznym stopniu przyczyniają się do pogorszenia sprawności ruchowej i intelektualnej osób w wieku podeszłym.

Udary mózgu

Najpoważniejszą chorobą naczyniową mózgu i jednym z największych problemów w medycynie jest udar mózgu. Udary tworzą najliczniejszą grupę chorób mózgu, w Europie co roku występuje milion nowych zachorowań na udar, z czego ponad połowa występuje u osób po 70-ym roku życia.

Zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób (ICD -10) udar mózgu to zespół objawów klinicznych związany z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub też uogólnionego zaburzenia czynności mózgu utrzymującego się dłużej niż 24 godziny i nie mających innej przyczyny niż naczyniowa.

Podziały udarów mózgu:

- udary niedokrwienne (85-90%) powstałe w mechanizmie zakrzepowo - zatorowym, zatorowym, hemodynamicznym
- krwotoki śródmózgowe.

Zespół objawów klinicznych zależy nie tylko od etiologii, ale również od lokalizacji ogniska udarowego.

W aspekcie opieki i pielęgnacji chorych istotne są następstwa udarów, będące przyczyną kalectwa i niesprawności, niejednokrotnie:

- niedowład połowiczny
- zaburzenia mowy
- zaburzenia połykania
- zaburzenia widzenia i czucia

Postępowanie z chorym po udarze mózgu jest związane nie tylko z opieką i rehabilitacją, ale również z ustaleniem odpowiedniego postępowania planowanego w zależności od oceny potencjału rehabilitacyjnego i prawdopodobieństwa wyzdrowienia.

Postępowanie pielęgnacyjne :

- ułożenie chorego
- zapobieganie powikłaniom oddechowym
- zapobieganie infekcjom dróg moczowych
- profilaktyka odleżyn i odparzeń
- zapobieganie zakrzepicy żyłnej i zatorowości płucnej
- zapobieganie powstawaniu przykurczów.

Opieka pielęgnarska w późnym okresie udaru:

1. Ocena dominujących objawów neurologicznych i ograniczeń wynikających z tych objawów z punktu widzenia chorego.
2. Pomoc choremu w zasadniczych trudnościach wynikających z niesprawności ruchowej:
 - zmiana pozycji ciała i ewentualna pionizacja (u chorych z niedowładem lub porażeniem), instruktaż dla chorego
 - zapewnienie dostępu do łóżka, krzesła, szafki
 - przemieszczanie się chorego i poprawa sprawności lokomocyjnej z wykorzystaniem wózka, balkonika, trójnoga, kuli
 - aktywizowanie do samodzielnego utrzymania higieny ciała
3. Nauka samoobsługi (ocena stopnia upośledzenia sprawności, ustalenie planu postępowania, motywacja i aktywizacja chorego):
 - instruktaż dotyczący utrzymania higieny, ubierania się
 - kształtowanie umiejętności w zapobieganiu powikłaniom wtórnym

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



4. Ocena stopnia trudności w przyjmowaniu posiłków, zwiększenie komfortu chorego podczas spożywania posiłków, sprzęt ułatwiający spożywanie posiłków.

5. Zaburzenia w komunikacji werbalnej z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń (afazja, dysartria):

- ocena zdolności komunikowania się (płynność wypowiedzi, słownictwo, spełnienie poleceń, wyrażenie myśli w formie pisemnej)
- nawiązywania i podtrzymywanie kontaktu z chorym, aktywizowanie do nawiązywania kontaktu

Zaburzenia w komunikowaniu się zostały omówione w rozdziale: Komunikowanie interpersonalne z osobą starszą, jej rodziną/opiekunem oraz zespołem terapeutycznym.

6. Konieczność systematycznej rehabilitacji, instruktaz chorego i opiekuna:

- wzmacnianie efektów rehabilitacji
- aktywizowanie pacjenta w celu poprawy samodzielności
- niepełnosprawność wtórna w związku z zaniechaniem rehabilitacji

Zespoły otępienne

Istotnym elementem wpisanym w proces starzenia są zespoły otępienne, definiowane jako trwałe pogorszenie uprzedniego poziomu intelektualnego, z towarzyszącymi niejednokrotnie zaburzeniami mowy, emocji i poruszania się. Otępienie ma charakter przewlekły i zwykle postępujący.

Najczęstsze zespoły otępienne to: choroba Alzheimera, otępienie naczyniopochodne, otępienie z ciałami Lewego, otępienie czołowo-skroniowe, oraz otępienie w chorobie Parkinsona.

Początek choroby jest podstępny, ze stopniowym narastaniem objawów, zwykle w pierwszym etapie z upośledzeniem pamięci wydarzeń bieżących, z dobrze zachowaną pamięcią zdarzeń odległych. W miarę postępu choroby dołączają się zaburzenia procesów postrzegania, funkcji językowych, myślenia abstrakcyjnego i planowania. W postaciach zaawansowanych występują zaburzenia zachowania, agresja, objawy wytwórcze, brak apetytu, zaburzenia zwieraczy, narastają zaburzenia chodu, aż do całkowitego unieruchomienia.

Postępowanie z chorym z zespołem otępiennym:

- zapewnienie niezmienności środowiska i stworzenie jak najlepszych warunków życia - pomoc choremu w zaspokajaniu potrzeb i najdłuższym utrzymaniu niezależności, szacowanie wymaganej pomocy, nauka schematów postępowania – spożywanie posiłków, przyjmowanie leków, wykonywanie ćwiczeń
- zorganizowanie otoczenia w sposób funkcjonalny i bezpieczny, usunięcie zbędnych przedmiotów
- pomoc choremu w orientacji w otoczeniu i jak najdłuższym utrzymaniu aktywności
- wskazanie form wsparcia chorych i ich rodzin w środowisku
- współpraca z rodziną w zakresie opieki i odpowiedzialności prawnej.

Choroby układu pozapiramidowego obejmują struktury mózgowia zwane jądrami podstawy wraz z ich połączeniami. Zespoły pozapiramidowe manifestują się hypokinezą, sztywnością i drżeniem spoczynkowym oraz upośledzeniem ruchów posturalnych.

Choroba Parkinsona

W krajach rozwiniętych parkinsonizm stanowi istotną przyczynę niepełności, a jego rozpowszechnienie w krajach europejskich wynosi 2% w populacji osób powyżej 65 roku życia.

Triada objawów: spowolnienie ruchowe, sztywność mięśniowa, drżenie.

Sprawność chorego nierozdzielnie związana z wahaniami stanu klinicznego w zależności od przyjmowanych leków.

Postępowanie pielęgnacyjne, związane jest nie tylko z farmakoterapią, konieczna w chorobie Parkinsona jest rehabilitacja z uwzględnieniem planu edukacyjnego i ćwiczeń usprawniających dostosowanych do potrzeb pacjenta.

Choroba Huntingtona (pląsawica) to postępująca choroba zwyrodnieniowa, uwarunkowana genetycznie. Dominują nasilone ruchy mimowolne i postępujące otępienie. Narastające objawy prowadzą do upadków, zaburzeń połykania i mowy.

Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze:

- opieka w aspekcie ograniczeń wynikających z zaburzenia pamięci, orientacji, utraty zdolności planowania i podejmowania decyzji, oraz kontroli nad własnym życiem u chorych w zespołach otępiennych, oraz u chorych ze schorzeniami układu pozapiramidowego
- dostosowanie opieki z zależności od zaawansowania zespołu otępiennego, stopnia niepełności oraz objawów współtowarzyszących
- umiejętność postępowania w przypadku gwałtownych agresywnych i psychotycznych zachowań chorego,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



w przypadku zaburzeń zachowania i zaburzeń snu.

Poznanie zespołów otępiennych w zakresie odbywanego kursu pozwoli pielęgniarce ocenić chorego w aspekcie ograniczeń wynikających z choroby, poznać podstawowe problemy pielęgnacyjne chorego, oraz wybrać odpowiednią formę opieki dostosowaną do potrzeb pacjenta.

Aktywne uczestnictwo w kursie prowadzi do pogłębienia wiedzy i podniesienia kwalifikacji w aspekcie wymienionych jednostek chorobowych, co pozwoli na poprawę jakości opieki oraz jakości życia osób w wieku starszym. Pozwoli pozyskać umiejętności w zakresie opieki, rehabilitacji i współpracy osób w otoczeniu chorego.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



PODSTAWY KLINICZNE I OPIEKA PIELĘGNIARSKA W WYBRANYCH ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH WIEKU PODESZŁEGO

Opieka pielęgniarska w zaburzeniach psychiatrycznych wieku podeszłego opiera się o zasadę wnioskowana, podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, prowadzącą do powiązanych logicznie i czasowo działań, podejmowanych i realizowanych przez osoby prowadzące proces pielęgnowania pacjenta. W trakcie tego procesu konieczne jest zapoznanie się ze stanem pacjenta, jego głównymi problemami oraz przebiegiem choroby i leczeniem jakie było do tej pory prowadzone. Rozpatrzenie uzyskanych informacji oraz powiązanie ich z danymi pozyskanymi od osób bliskich i opiekunów chorego pozwala na ocenę i określenie stanu chorego oraz sformułowanie wyzwań jakie stają przed osobami mającymi prowadzić opiekę pielęgniarską. Po ustaleniu podstawowych problemów jakie występują u pacjenta, kolejnym etapem jest sformułowanie celów opieki, co pozwala określić zarówno zakres planowanych działań jak i czas ich realizacji oraz spodziewany efekt planowanego procesu pielęgniarskiego. Podczas tych czynności niezbędne jest pozyskanie akceptacji i udziału chorego i jego rodziny w wymienionych powyżej działaniach, co pozwala na zaangażowanie ich w kompleksowy proces pielęgnowania. Obowiązujące podczas realizacji planu opieki procedury i standardy wymagają zarówno dobrej znajomości rodzaju schorzenia obciążającego pacjenta, jak i wiedzy o biologicznym i psychologicznym funkcjonowaniu chorego. Oznacza to, że ocena procesu pielęgnowania osoby starszej dotkniętej zaburzeniem psychicznym powinna być prowadzona w sposób ciągły, tak aby możliwe było dostosowanie sposobu działań do zmieniającego się niekiedy gwałtownie stanu pacjenta. Istotnym elementem opieki pielęgniarskiej jest również edukacja rodzin i opiekunów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w celu przygotowania ich do pełnienia opieki nad chorym wykazującym zaburzenia związane z przebiegiem ich procesów chorobowych.

Majaczenie należy do najczęściej spotykanych powikłań psychiatrycznych u pacjentów w wieku starszym przebywających w szpitalach ogólnych. Wg DSM IV majaczenie jest stanem zaburzonej świadomości i zmian w zakresie percepcji, rozwijającym się w krótkim okresie czasu. Do typowych objawów należą: różnego stopnia zmęczenie świadomości, iluzje, omamy, zazwyczaj wzrokowe, proste urojenia, niepokój i lęk.

Majaczenia często spowodowane są czynnikami organicznymi: zaburzeniami wodno-elektrolitowymi, infekcjami, zwłaszcza neuroinfekcjami, intoksykacjami, niewydolnością nerek lub wątroby oraz urazami czaszkowo-mózgowymi. Majaczenia typowo rozwijają się w czasie godzin lub dni, mogą mieć przebieg fluktuujący i dość szybko ustępują po usunięciu czynnika wywołującego. Niestety występujące w podeszłym wieku majaczenia wiążą się ze zwiększoną śmiertelnością osób chorych u których wystąpi majaczenie. Wśród najczęściej wymienianych czynników ryzyka wystąpienia majaczenia znajduje się wiek, najczęściej osobami mającymi są osoby starsze, (oraz dzieci, a także młodzież po wcześniejszych urazach mózgu). Kolejnymi czynnikami ryzyka wystąpienia majaczenia są urazy ośrodkowego układu nerwowego (OUN), otępienie i zmiany naczyniopochodne uszkodzające mózg, np. udar. Wystąpieniu majaczenia sprzyjają także alkoholizm, zły stan fizyczny chorego, współistniejące choroby przewlekłe, nowotworowe, niedożywienie, cukrzyca, przyjmowanie leków, głównie o działaniu antycholinergicznym i benzodiazepin, zaburzenia metaboliczne, zakażenia, gorączka i niskie stężenie albumin. W grupie biomarkerów, które mogą być oznaczone w surowicy chorego, zwraca się uwagę na nieprawidłowe wartości elektrolitów i glukozy jako czynniki ryzyka majaczenia:

sód <130 bądź >150 mEq/l,

potas <3,0 bądź >6,0 mEq/l,

glukoza <60 bądź >300 mg/dl

Jako najczęstsze przyczyny zaburzeń świadomości o typie majaczenia z powodów somatycznych, wymienia się chorobę niedokrwienną i zawał serca, zapalenie płuc (częściej jest przyczyną majaczenia u kobiet), zapalenie trzustki oraz urazy (krwiak śródczaszkowy, stłuczenie mózgu, złamanie kończyny, uszkodzenia kręgosłupa). W wieku podeszłym jednym z podstawowych czynników predysponujących do wystąpienia majaczenia jest otępienie, a ryzyko to zwiększa się przy współistnieniu chorób neurologicznych i internistycznych. Majaczenia w otępieniu mogą objawiać się prostymi „szablonami ruchowymi” np. niespokojnymi ruchami rąk, lub też demonstrowaniem złożonych reakcji unikania, ucieczki, a nawet agresji. W tych przypadkach dużą rolę odgrywają też czynniki somatogenne, takie jak towarzyszące zakażenia, urazy, uszkodzenia OUN. Występujące w majaczeniu zaburzenia funkcji poznawczych takie jak dezorganizacja myślenia, zaburzenia językowe, pamięci a także zmiany rytmów dobowych wynikają z zaburzenia działania kory czołowej, ciemieniowej, skroniowej oraz ich podkorowych połączeń. Wyjaśnia to podobieństwo objawów występujących w majaczeniach wywołanych odmiennymi czynnikami chorobotwórczymi. Majaczenie alkoholowe jest jedną z odmian majaczeń występujących u chorych w wieku podeszłym. Pojawia się zwykle w 1-4 dniu od zaprzestania picia i swój szczyt osiąga w trzeciej dobie. Czasem początek majaczenia alkoholowego może pojawić się nawet po 7 dniach od zaprzestania picia. Najistotniejszymi objawami sugerującymi występowanie majaczenia alkoholowego jest silne drżenie mięśniowe, urojenia „dziania się”, przesładowcze, nadaktywność układu autonomicznego – tachykardia,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



nadciśnienie tętnicze, rozszerzenie źrenic, a także wzmożona potliwość. Lęk, niepokój, podniecenie psychomotoryczne towarzyszą większości majaceń alkoholowych. W przypadku uzależnienia od alkoholu czy innej substancji psychoaktywnej przyjmowanej długotrwale w sposób intensywny, majaczenie może pojawić się jako skutek nagłego odstawienia (abstynencja), bądź zmniejszenia ilości przyjmowanej substancji. W przypadku rozpoznania majaczenia alkoholowego należy być pewnym, że obserwowane objawy majaczenia nie są spowodowane odstawieniem innej substancji psychoaktywnej, ani chorobą somatyczną lub psychiczną. Jeśli abstynencyjnemu zespołowi alkoholowemu towarzyszą drgawki, najczęściej występują one już w ciągu pierwszej doby abstynencji.

Majaczenie niezależnie od swojej przyczyny nie zawsze musi przebiegać ze zwiększoną aktywnością psychoruchową. Powszechnie opisuje się cztery podgrupy majaczenia: ze zwiększoną aktywnością, zmniejszoną, mieszaną, niezmienną. Najmniejszą śmiertelność obserwuje się w grupie bez zaburzeń aktywności psychoruchowej. Natomiast największa śmiertelność występuje w grupie chorych ze zmniejszoną aktywnością, fakt ten można tłumaczyć „uśpieniem czujności” personelu przez spokojnych, zwykle nie zgłaszających jakichkolwiek dolegliwości chorych dotkniętych majaczeniem przebiegającym ze zmniejszoną aktywnością psychoruchową. Należy więc pamiętać, że majaczenie przebiegające ze zmniejszoną aktywnością jest najrzadziej rozpoznawane i jednocześnie obejmuje grupę chorych zagrożonych największą śmiertelnością. Z tego powodu chory pozostający w grupie ryzyka wystąpienia majaczenia, u którego nie obserwuje się pobudzenia psychoruchowego, powinien budzić szczególną czujność personelu medycznego.

Wczesne objawy majaczenia mogą być widoczne już w dniu poprzedzającym rozpoznanie majaczenia. Szczególną uwagę należałoby zwrócić na chorych zdezorientowanych, o osłabionej zdolności skupiania uwagi, niespokojnych, często wzywających personel medyczny. Wystąpieniu majaczenia może też sprzyjać przyjmowanie pewnych leków. Do leków usposabiających do wystąpienia majaczenia zaliczamy: benzodwiazepiny, leki antyhistaminowe, przeciwbólowe, antycholinergiczne, sterydy i digoksynę. Rozpoznanie majaczenia ułatwiają specjalne skale diagnostyczne (DOS, CAM).

W leczeniu majaceń, poza przywróceniem prawidłowej gospodarki wodno - elektrolitowej, odżywieniem pacjenta oraz leczeniem czynnika wywołującego, przydatne mogą być neuroleptyki, zarówno klasyczne jak i atypowe.

Depresja

Jest psychologiczną i emocjonalną reakcją jednostki na różnorodne sytuacje społeczne oraz relacje interpersonalne. Charakteryzuje się obniżeniem nastroju, uczuciem rozczarowania, frustracji, nieszczęścia lub rozpacz. Uczucia te stają się przytłaczające, dominujące, dochodzi do ich nasilenia lub zwiększenia częstości występowania, co w efekcie powoduje upośledzenie funkcjonowania pacjenta. Depresja, w przypadku uwzględnienia wszystkich jej rodzajów, jest zaburzeniem dotykającym około 15% populacji osób powyżej 65 roku życia. Częstość występowania tzw. dużej depresji (głębokich stanów depresyjnych) w tej grupie wiekowej wynosi 2-4%.

Do czynników ryzyka wystąpienia depresji zaliczamy zarówno stany chorobowe – nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, cukrzycę, menopauzę, jak i czynniki psychosocjalne (reaktywne): odrzucenie przez grupę społeczną, utrata bliskiej osoby, ulubionego zwierzęcia, domu, amputacja części ciała (w wyniku urazu lub operacji), utrata dochodów, pracy, statusu socjalnego, ważnego celu w życiu. W ciągu XX wieku, częstość występowania depresji wzrastała praktycznie na całym świecie, obecnie w wieku XXI, nadal obserwuje się przyrost częstości jej występowania. Rozważając przyczyny depresji podkreśla się jej związek ze stresem, uwarunkowaniami kulturowymi, podziałami społecznymi, dietą, przewlekłymi chorobami, alkoholem, narkotykami, problemami rodzinnymi, przemieszczaniem się ludności i wstrząsami politycznymi. W przypadku depresji zauważa się, że o ile zamiary samobójcze związane z tą chorobą o wiele częściej dotyczą płci żeńskiej, to jednak mężczyźni znacznie częściej umierają w wyniku popełnienia samobójstwa. Należy pamiętać, że wśród osób starszych depresja może mieć postać depresji agitowanej, w przebiegu której może pojawiać się silny lek oraz niepokój psychoruchowy. Ze względu na współistnienie poczucia beznadziejności, smutku i pobudzenia motorycznego, stan ten wiąże się z dużym ryzykiem samobójstwa i bardzo często wymaga leczenia w warunkach szpitalnych. W starszym wieku pacjenci cierpiący na depresję często zgłaszają objawy somatyczne, uporczywe bóle głowy lub brzucha lub inne przewlekłe objawy bólowe. Objawy te powinno się mieć na uwadze podczas poszukiwania symptomów depresji u starszych osób. Inną dość rozpowszechnioną cechą depresji w wieku starszym jest zjawisko polegające na tym, iż rodzina i otoczenie nie wiedząc, że ich bliski cierpi na depresję źle interpretuje niektóre jego zachowania. Może to powodować konflikty z powodu niezrozumienia sytuacji chorobowej w jakiej znajduje się chora starsza osoba. Prawidłowo postawiona diagnoza depresji, umożliwia choremu i jego bliskim zrozumienie pewnych sytuacji i postępowania chorego, nieodłącznie związanych z tą chorobą. Świadomość, że dana osoba ma depresję, ma bardzo duży wpływ na możliwość poprawy jakości życia chorego i jego opiekunów. Należy pamiętać również o tym, że depresję może poprzedzać trwający kilka tygodni lub miesięcy okres zwiastunowy, charakteryzujący się niepokojem lub występowaniem pomniejszych objawów depresji.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Kryteria diagnostyczne – depresja duża

Objawy obecne przez co najmniej ostatnie dwa tygodnie i stanowiące zmianę w odniesieniu do stanu w okresie poprzedzającym rozpoznanie:

- 1) Obniżenie nastroju – niemal codzienne poczucie smutku lub pustki
- 2) Utrata zainteresowań lub brak przyjemności z wykonywania wszystkich lub prawie wszystkich czynności (anhedonia)
- 3) Zmiana apetytu lub masy ciała (wzrost lub spadek bez stosowania diety)
- 4) Zaburzenia snu (prawie codziennie), najczęściej bezsenność
- 5) Niepokój, pobudzenie lub obniżenie napięcia (obserwowane przez inne osoby)
- 6) Uczucie zmęczenia lub utraty energii (prawie codziennie)
- 7) Poczucie winy lub obniżenie poczucia własnej wartości (prawie codziennie, stwierdzone na podstawie samooceny pacjenta lub obserwacji innych osób)
- 8) Obniżenie sprawności myślenia, koncentracji lub podejmowania decyzji (prawie codziennie, stwierdzone na podstawie samooceny pacjenta lub obserwacji innych osób)
- 9) Nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze, którym towarzyszą lub nie, plany bądź próby samobójcze.

Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie obecności objawu 1 i/lub 2 a także czterech lub więcej spośród pozostałych objawów.

Epizod dużej depresji może trwać sześć miesięcy lub dłużej. Depresja duża ma tendencję do nawrotowego lub przewlekłego przebiegu. Uważa się, iż ponad połowa osób, które przeszły jeden epizod depresji dużej doświadczy nawrotu choroby.

Depresja mała, określana też jako subdepresja, depresja subkliniczna lub podprogowa różni się od depresji dużej nasileniem oraz liczbą objawów. W porównaniu z depresją dużą, jest o wiele częstsza w populacji osób starszych, a do czynników przyspieszających jej rozwój zaliczamy stres i pogorszenie stanu zdrowia fizycznego. Istotnym spostrzeżeniem dotyczącym nawet łagodnej postaci depresji małej jest fakt, iż depresja wśród innych objawów, może upośledzać odpowiedź immunologiczną, zwiększając tym samym ryzyko zgonu osób dotkniętych tym schorzeniem.

Kryteria diagnostyczne – depresja mała

Objawy obecne przez co najmniej ostatnie dwa tygodnie i stanowiące zmianę w odniesieniu do stanu w okresie poprzedzającym rozpoznanie:

- 1) Obniżenie nastroju – niemal codzienne poczucie smutku lub pustki
- 2) Utrata zainteresowań lub brak przyjemności z wykonywania wszystkich lub prawie wszystkich czynności (anhedonia)
- 3) Zmiana apetytu lub masy ciała (wzrost lub spadek bez stosowania diety)
- 4) Zaburzenia snu (prawie codziennie), najczęściej bezsenność
- 5) Niepokój, pobudzenie lub obniżenie napięcia (obserwowane przez inne osoby)
- 6) Uczucie zmęczenia lub utraty energii (prawie codziennie)
- 7) Poczucie winy lub obniżenie poczucia własnej wartości (prawie codziennie, stwierdzone na podstawie samooceny pacjenta lub obserwacji innych osób)
- 8) Obniżenie sprawności myślenia, koncentracji lub podejmowania decyzji (prawie codziennie, stwierdzone na podstawie samooceny pacjenta lub obserwacji innych osób)
- 9) Nawracające myśli o śmierci lub myśli samobójcze, którym towarzyszą lub nie plany bądź próby samobójcze

Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie obecności przynajmniej dwóch lecz mniej niż pięciu objawów, jeden z objawów musi być 1 i/lub 2 z tabeli. Inną skalą przydatną w rozpoznawaniu depresji u osób starszych jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji - „Wersja 15-punktowa”.

Specyficzną odmianą zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym jest otępienie rzekome. W przebiegu tego schorzenia, związane z depresją zaburzenia funkcji poznawczych, przede wszystkim upośledzenie pamięci, sugeruje mylne rozpoznanie procesu otępiennego. Prawidłowe rozpoznanie w wielu przypadkach komplikuje fakt, iż u starszych pacjentów depresja i otępienie mogą występować jednocześnie.

Istotnym zagadnieniem związanym z zaburzeniem depresyjnym w wieku starszym, jest również duża ilość leków,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



które stosowane u tych osób, jako jeden z objawów ubocznych mogą wywołać objawy depresji. Należą do nich między innymi: inhibitory konwertazy angiotensyny, kortykosteroidy anaboliczne, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki hipoglikemizujące, benzodiazepiny, glikozydy naparstnicy, interferony, lewodopa, metoklopramid, pimozyd, propranolol (betablokery, topiramata, werapamil (antagoniści kanału wapniowego), glukokortykosteroidy, cymetydyna, klonidyna, ranitydyna, cykloseryna, hormon uwalniający gonadotropinę (GnRH).

Ogólną zasadą obowiązującą podczas leczenia osób starszych, jest rozpoczynanie od małych dawek, powolne ich zwiększanie i dążenie do stosowania najmniejszych skutecznych dawek leków. Zasada ta obowiązuje również podczas farmakologicznego leczenia depresji. Podczas leczenia depresji należy unikać leków o działaniu antycholinergicznym (zwłaszcza trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych) z powodu niekorzystnego profilu objawów niepożądanych (kardiotoksyczność, sedacja, ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego, zaburzenia procesów poznawczych). Z tych powodów zaleca się selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny jako leki efektywne i bezpieczne oraz sprawdzone i dobrze poznane leki o innych działaniach, takie jak mianseryna, czy mirtazapina.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



OPIEKA NAD PACJENTEM W WIEKU PODESZŁYM LECZONYM CHIRURGICZNIE

Na wstępie należy podkreślić, że choć wiek nie stanowi przeciwwskazania do przeprowadzania zabiegów operacyjnych, to jednak zmiany wynikające z procesu starzenia (inwolucyjne pogarszające lub ograniczające wydolność poszczególnych ważnych dla życia układów i narządów - np. płuc, nerek czy serca) determinują możliwości kompensacyjne organizmu i przyczyniają się do wystąpienia zwiększonego ryzyka zaburzeń w okresie pooperacyjnym – *patrz rozdział Fizjologia procesu starzenia się*.

Najczęstsze wskazania do leczenia operacyjnego osób w wieku podeszłym to: przepuklina brzuszna, niedrożność jelit (zabieg często ze wskazań nagłych), kamica pęcherzyka i dróg żółciowych, rozlane zapalenie otrzewnej, rak jelita grubego, rak przełyku, rak żołądka, rak trzustki i guz sutka.

Cele leczenia operacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym: ratowanie życia, złagodzenie cierpienia i zmniejszenie dolegliwości bólowych, zapobieganie progresji choroby oraz poprawa jakości życia.

Planując zabieg operacyjny u osoby starszej należy uwzględnić następujące przesłanki: przewidywane dalsze trwanie życia pacjenta, możliwości pozyskania chorego do współpracy w okresie pooperacyjnym, obecność chorób współistniejących, zwiększających ryzyko okołoperacyjnych powikłań i śmiertelności.

Rokowanie u osób w wieku podeszłym z reguły pogarsza obniżenie sprawności funkcji poznawczych (ocenianych np. w przesiewowym teście MMSE) oraz znaczne upośledzenie mobilności (określane na podstawie skali Barthel, ADL lub/i IADL). Hipokineza zwiększa ponadto ryzyko pooperacyjnych powikłań zakrzepowo – zatorowych i przyczynia się do osłabienia mechanizmów adaptacyjnych. Dlatego w czasie poprzedzającym zabieg operacyjny powinno się uzyskać możliwie jak najlepszy stan ogólny chorego: wyrównanie stanu nawodnienia i odżywienia (zredukowanie niedożywienia, nadwagi czy otyłości), zapewnienie w razie potrzeby pomocy psychologicznej. Chory w podeszłym wieku może być zdezorientowany faktem wystąpienia ostrej choroby i konieczności hospitalizacji. Lęk i napięcie emocjonalne, wywołane przez te czynniki może w znacznym stopniu rzutować na stopień wydolności funkcjonalnej. Ponadto należy podkreślić, że głodzenie przedoperacyjne jest gorzej znoszone przez chorych w podeszłym wieku. Duży problem w postępowaniu okołoperacyjnym stanowi też polipragmatyzacja.

Postępowanie pooperacyjne obejmuje głównie:

1) Łagodzenie i monitorowanie bólu (ocena natężenia wg np. skali VAS) bardzo istotne dla zwiększania aktywności ruchowej i wydolności samoobsługowej. Stosuje się regularnie małe dawki leków przeciwbólowych. Podwyższenie prognozy bólowego można uzyskać przez wykonywanie zabiegów fizykalnych (stosowanie ciepła lub zimna) oraz zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa, ciszy i spokoju.

2) Wnikliwa obserwacja podstawowych parametrów życiowych: tętna, temperatury ciała (obniżenie temperatury ciała zwiększa niebezpieczeństwo zaburzeń rytmu serca), ciśnienia tętniczego (obniżenie ciśnienia tętniczego zwiększa niebezpieczeństwo powikłań ze strony układu krążenia i nerek), oddechu, diurezy (w okresie początkowym może występować nietrzymanie lub zatrzymanie oddawania moczu, wymagające okresowego założenia cewnika) oraz zabarwienia skóry i błon śluzowych. Zaleca się monitorowanie OCŻ, gdyż łatwo może dojść do nadmiernego wypełnienia łóżyska naczyniowego (dlatego dożylny wlew płynów musi być stale regulowany).

3) Profilaktyka przeciwoleżynowa oraz innych powikłań wynikających z unieruchomienia (zapalenie płuc, powikłania zakrzepowo-zatorowe, zakażenia dróg moczowych, zaniki mięśniowe, przykurcze, zaparcia).

Powikłania pooperacyjne u osób w podeszłym wieku:

1) Powikłania oddechowe – najczęściej zapalenie płuc. Przyczyną są zaburzenia wentylacji, hipokineza, niedodma i zachłyśnięcie. Istotne znaczenie w profilaktyce ma rehabilitacja oddechowa (oklepywanie klatki piersiowej, ćwiczenia oddechowe) i opanowanie bólu pooperacyjnego.

2) Powikłania zakrzepowo – zatorowe, np. zator tętnicy płucnej i inne. Najczęstsze przyczyny to: hipokineza, otyłość i żyłaki. Istotne znaczenie w profilaktyce powikłań z tej grupy ma kompresjoterapia i wczesne usprawnianie.

3) Delirium pooperacyjne. Czynniki predysponujące to: miażdżyca, jatrogenne zaburzenie homeostazy. Chorzy są zdezorientowani, często mają halucynacje, przejawiają niepokój psychoruchowy.

4) Niewydolność serca (zwłaszcza ostra) i zawał serca, najczęściej w wyniku zaawansowanej choroby niedokrwiennej serca. W celu nie przeoczenia zawału bezobjawowego badanie EKG należy wykonywać również po zabiegu operacyjnym.

5) Niewydolność wielonarządowa występująca z powodu miażdżycy, upośledzenia perfuzji tkanek, infekcji lub posocznicy.

6) Zaburzenia gospodarki wodno – elektrolitowej. Czynnikiem predysponującym jest labilność homeostazy.

7) Zakażenie rany pooperacyjnej, dodatkowo wydłuża czas rekonwalescencji.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



8) Depresja reaktywna, upośledzenie mechanizmów przystosowawczych.

Groźnym powikłaniem pooperacyjnym będzie też krwotok i wstrząs.

W literaturze przedmiotu zwraca się coraz częściej uwagę na problem niedożywienia rozwijającego się po przebytym zabiegu operacyjnym. Stąd tak istotna jest przedoperacyjna przesiewowa ocena stanu odżywienia starszego pacjenta przy użyciu np. skali MNA lub SGA. Ponadto ważna jest wnikliwa ocena parametrów antropometrycznych i biochemicznych (tu głównie stężenie albumin).

Wczesna rehabilitacja ruchowa zmniejsza niebezpieczeństwo wszelkich powikłań z unieruchomienia. Pomoc w zakresie codziennych czynności powinna być stopniowo ograniczana – stanowisko maksymalizacji samodzielności pacjenta. Konieczne jest stałe asystowanie i udzielanie pomocy oraz właściwa edukacja starszego pacjenta, powtarzanie wyjaśnień, demonstrowanie czynności (np.; wymiana woreczka stomijnego, zakładanie protezy kończyny dolnej, itp.).

Niezmiernie ważna jest organizacja opieki poszpitalnej, nawiązanie współpracy z rodziną, celem oszacowania wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny. W razie konieczności zapewnienie pomocy ze strony opieki społecznej.

Udział pielęgniarki w leczeniu ran przewlekłych

Przedłużające się gojenie i trudne metody zaopatrywania ran przewlekłych: odleżyn, owrzodzeń podudzi czy stopy cukrzycowej, stanowią cierpienie dla chorego i duże wyzwanie dla personelu pielęgniarskiego.

Owrzodzenia podudzi to ubytek w patologicznie zmienionej tkance podudzia, powstały w wyniku przewlekłej niewydolności naczyń żylnych, zaburzeń dopływu krwi do kończyny dolnej albo połączenia obu tych patologii.

Owrzodzenia stopy w przebiegu cukrzycy powstają na skutek neuropatii cukrzycowej lub/i schorzeń naczyń obwodowych.

Udział pielęgniarki w leczeniu ran przewlekłych wymaga znajomości: patogenezy ran przewlekłych; procesu gojenia się ran przewlekłych (faza procesu zapalnego, proliferacyjna, przebudowy); czynników ogólnoustrojowych (zaawansowany wiek, zły stan odżywienia, choroby przewlekłe, przyjmowane leki, upośledzona perfuzja tkankowa czy palenie tytoniu) i miejscowych (infekcja, tkanka martwicza, odwodnienie rany, obrzęk lub nadmierny wysięk z rany, miejscowe niedotlenienie i niedokrwienie) wpływających na proces gojenia się ran; procedur zaopatrywania ran, doboru odpowiednich produktów do zaopatrywania ran w zależności od rodzaju rany i fazy gojenia; oceny nasilenia bólu; zasad kompresjoterapii leczniczej; rodzajów zabiegów z zakresu fizjoterapii stosowanych w leczeniu ran przewlekłych; powikłań ran przewlekłych.

Miejscowa strategia leczenia ran (TIME):

T-tissue debridement, opracowanie rany, usunięcie martwiczych tkanek,

I-infection i inflammation control, kontrola i zapobieganie zakażeniu,

M- moisture balance, optymalizacja wilgoci w ranie,

E-edges, epidermization stimulation, pobudzenie naskórkowania.

Przykładowe opatrunki zalecane w zaopatrywaniu rany przewlekłej:

1) Opatrunki hydrokoloidowe: ułatwiają rozpuszczenie tkanki nekrotycznej, stymulują oczyszczenie rany, przyspieszają proliferację i migrację nowych komórek, pochłaniają wysięk.

2) Opatrunki poliuretanowo-piankowe: mają duże właściwości oczyszczające, pochłaniające, utrzymują wilgotne środowisko, wspomagają proces autolizy.

3) Opatrunki hydrożelowe: oczyszczają owrzodzenie poprzez upłynnienie martwicy, przyspieszają proces autolizy.

4) Opatrunki przeciwdrobnoustrojowe: wzbogacone np. aktywnym srebrem lub węglem, oczyszczają ranę.

5) Opatrunki półprzepuszczalne: zapewniają prawidłową wymianę gazową, pobudzają ziarninowanie.

6) Alginiaty: mają bardzo duże właściwości pochłaniające, zapewniają stałą wilgotność w dnie rany.

7) Opatrunki piankowe: charakteryzują się dużą wchłaniałością i zdolnością angiogenezy.

8) Opatrunki złożone: np. z superabsorbentem zapewniające aktywne oczyszczanie rany, z celulozą i kolagenem korzystne w fazie proliferacji.

9) Opatrunki oparte na inżynierii tkankowej: stosowane są wówczas, gdy inne metody leczenia ran przewlekłych okazały się nieskuteczne, zalicza się tu: auto i alloprzeszczepy czy materiały tkankowe zastępujące skórę.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



PODSTAWY OPIEKI PALIATYWNEJ NAD OSOBĄ W WIEKU PODESZŁYM

W Polsce opieka paliatywna zajmująca się coraz większą liczbą pacjentów w stanie terminalnym jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych są: świadczenia stacjonarne (oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne), świadczenia domowe (hospicjum domowe, hospicjum domowe dla dzieci) i ambulatoryjne (poradnia medycyny paliatywnej). Wśród niepublicznych form opieki wyróżniamy opiekę „non profitową”, którą pełnią stowarzyszenia i fundacje oraz opiekę komercyjną realizowaną przez np. prywatne spółki.

Pielęgniarka będąc członkiem wielodyscyplinarnego zespołu, pełni jedną z najistotniejszych ról w opiece nad pacjentem terminalnie chorym. Ze względu na charakter swojej pracy spędza z chorym najwięcej czasu, ma najbliższy i najdłuższy kontakt zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną. Przez swoje działanie przyczynia się do zaspokajania różnorodnych somatycznych, psychicznych, socjalnych i duchowych potrzeb nieuleczalnie chorego pacjenta. Toteż w ramach kompleksowej opieki nad osobami starszymi pielęgniarka jest podstawowym elementem zespołowego podejścia do problemów osób w podeszłym wieku. Często jest także pośrednikiem chorego w kontaktach z bliskimi i rodziną, a także innymi członkami zespołu terapeutycznego. Niezależnie od rodzaju zadań, celem wszystkich wykonywanych przez pielęgniarkę działań jest poprawa jakości kończącego się życia chorego oraz udzielenie wsparcia jego rodzinie. Oznacza to, że pielęgniarka podczas opieki paliatywnej pełni szereg funkcji, począwszy od zabiegowej (instrumentalnej), pielęgnacyjnej i psychologicznej, przez edukacyjną i wychowawczą, aż do momentu, kiedy podejmuje rolę osoby towarzyszącej w akcie umierania i śmierci.

Podczas działań pielęgnacyjno-opiekuńczych pielęgniarka realizuje między innymi zadania dotyczące: wykonania toalety, karmienia, obserwacji chorego, zmiany pozycji, profilaktyki przeciwoleżynowej gimnastyki oddechowej, oraz ćwiczeń usprawniających, karmienia pozajelitowego, pielęgnacji stomii, podawania leków oraz masażu.

Do funkcji instrumentalnej należą: wykonywanie wstrzyknięć, zakładanie wenflonów, zakładanie podskórnie igły typu motylek, obsługa pompy infuzyjnej, zmiana opatrunków.

Funkcja psychologiczno-duchowa polega na: roli łącznika między chorym a rodziną oraz pozostałym personelem medycznym, roli powiernika, udzielaniu wsparcia duchowego, socjalnego, psychicznego, jak również niwelowaniu lęku chorego przez obecność, rozmowę, aktywne słuchanie i ostatecznie towarzyszenie choremu w agonii i w momencie śmierci oraz udzielaniu wsparcia rodzinie zmarłego.

Funkcja edukacyjna (dydaktyczno-wychowawcza) zawiera elementy edukacji pacjenta (samoopieka, samopielęgnacja), edukacji rodziny chorego (zagadnienia dotyczące odżywiania, techniki zmiany pozycji i opatrunków, wykonania toalety, zapobiegania zaparciom, podawania leków, profilaktyki przeciwoleżynowej, przygotowania do śmierci pacjenta).

Istotnym elementem opieki pielęgnacyjnej jest zapewnienie skutecznego leczenia objawowego oraz właściwej pielęgnacji dzięki rozpoznaniu i zrozumieniu przyczyn leżących u podłoża objawów chorobowych. Dolegliwości jakie odczuwa chory w przypadku choroby terminalnej mogą być spowodowane: chorobą samą w sobie, stosowanym leczeniem – zwłaszcza działaniami ubocznymi zastosowanej terapii, oraz współistniejącymi schorzeniami.

Opieka nad pacjentem w stanie terminalnym jest procesem złożonym i w zależności od stanu pacjenta, czas jej trwania może być różny. Musi więc być podjęta w sposób fachowy, przemyślany i zaplanowany. W związku z tym, przed przystąpieniem do wykonywania konkretnych czynności pielęgnarskich, każda pielęgniarka musi dokonać dokładnej oceny pacjenta, która będzie podstawą do dalszego postępowania objawowego. Ocena powinna dotyczyć problemów somatycznych, psychologicznych, społecznych oraz duchowych pacjenta i zakończyć się postawieniem diagnozy pielęgnarskiej. Należy również pamiętać, że skuteczna pomoc pielęgnarska w przypadku pacjentów chorych paliatywnie opiera się zarówno na działaniach planowych jak i przewidywaniu tzw. kryzysów, tak aby zidentyfikować zmiany we wczesnym etapie i podjąć odpowiednie działania, w celu niedopuszczenia do ich rozwoju, lub o ile nie jest to możliwe aby złagodzić przebieg kryzysu. Bardzo istotnym zadaniem stojącym przed pielęgniarkami zajmującymi się chorymi terminalnymi, jest nabycie umiejętności postępowania w najczęściej występujących u chorych paliatywnie, stanach terminalnych takich jak: ból, astenia, brak apetytu (jadłowstręt), duszność, pobudzenie, wydzielina w drogach oddechowych, nudności i wymioty, obrzęki, odleżyny, zaparcia.

Niewydolność oddechowa

Często występująca u osób w stanie terminalnym niewydolność oddechowa objawia się dusznością i kaszlem, niejednokrotnie połączonym z uciążliwym wykrztuszaniem. Chorzy mają zazwyczaj znacząco zwiększone opory oskrzelowe, co z kolei zwiększa wysiłek oddechowy, dlatego wielu z nich odczuwa duszność nawet przy niewielkim dodatkowym obciążeniu organizmu pacjenta. Typowe jest występowanie ogólnoustrojowych zaburzeń, takich jak utrata

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



masy mięśniowej, często połączona z utratą siły mięśniowej, depresje i stany lękowe oraz poczucie izolacji społecznej. Wszystkie te czynniki prowadzą do znaczącego pogorszenia jakości życia chorego. Charakterystycznymi cechami występującymi u większości pacjentów z niewydolnością oddechową w stanie terminalnym jest stały postęp choroby połączony z okresowymi zaostrzeniami, wskaźnik FEV1 poniżej 30% należnej wartości, konieczność stosowania leczenia tlenem, zespół wyniszczenia połączony ze spadkiem aktywności fizycznej i rosnącą zależnością od opiekunów oraz współwystępujące choroby (zwłaszcza niewydolność krążenia).

Dolegliwości neuropsychiczne – demencja

Innym wyzwaniem wielokrotnie pojawiającym się przed pielęgniarkami zajmującymi się osobami w wieku podeszłym w stanie terminalnym są dolegliwości neuropsychiczne, do których zaliczamy między innymi: otępienie, depresję, lęk, pobudzenie, splątanie, drgawki. Zwłaszcza otępienie w swym zaawansowanym stadium kojarzy się z kompletną bezradnością chorych, związaną z utratą zdolności do odbierania rzeczywistości, kontaktowania się z otoczeniem, wyrażania swych potrzeb fizycznych i emocjonalnych oraz kontrolowania wydalania moczu i stolca. Wszystkie te cechy otępienia, szczególnie uwypuklone w jego końcowym okresie powodują, iż chorzy stając się całkowicie bezbronni i zdani na wiedzę, profesjonalizm i moralność zawodową zajmujących się nimi pielęgniarek. Podstawowymi priorytetami w trakcie opieki, poza łagodzeniem cierpień fizycznych i psychicznych oraz zapewnieniem im maksymalnego komfortu, jest zasada - Nie działaj dla uzyskania poczucia, że „coś” robisz. Po prostu bądź z nimi.

Niewydolność serca

Kolejnym częstokroć spotykanym problemem z jakim stykają się pielęgniarki w opiece paliatywnej jest skrajna niewydolność serca, stan w którym u chorego z oznakami wyniszczenia sercowego pomimo stosowania optymalnego leczenia, wystąpił więcej niż jeden epizod dekomensacji w ciągu ostatnich 6 miesięcy życia, pojawiała się konieczność częstego lub ciągłego leczenia dożylnego i obserwuje się przewlekłą złą jakość życia z objawami w IV klasie wg NYHA. Sytuacje takie wymagają częstej oceny potrzeb fizycznych, psychologicznych, społecznych i duchowych chorego, a opieka pielęgniarska powinna być prowadzona w sposób pozwalający na włączenie jej w strategię opieki prowadzonej w terminalnym okresie choroby, uwzględniając wymagania jakie stawiają przed pielęgniarką występujące u pacjenta choroby współistniejące. Ustalenie zasad opieki w tych wypadkach, powinno być przeprowadzone wraz z chorym i członkami jego rodziny i regularnie aktualizowane, tak aby można było w nich uwzględnić możliwe do realizacji oczekiwania i preferencje chorego dotyczące metod i głównych celów opieki pielęgniarskiej.

Walka z bólem

Jednym z najczęstszych problemów występujących w opiece paliatywnej jest ból, czyli złożone, subiektywne i nieprzyjemne odczucie spowodowane przez bodźce czuciowe i modyfikowane przez pamięć, oczekiwania i emocje.

Ból można ogólnie podzielić na nocyceptywny i neuropatyczny.

Ból nocyceptywny jest spowodowany aktywacją receptorów bólowych przez szkodliwy bodziec. Może on być wywołany uszkodzeniem tkanek głębokich lub skóry, wtedy nazywany jest bólem somatycznym. Opisany jest jako tępy, łupiący lub gryzący i często pacjent może zlokalizować miejsce jego występowania. Innym rodzajem bólu nocyceptywnego jest ból trzewny, powstający w wyniku uszkodzenia narządu, układu lub tkanek pomocniczych (np. opłucna, otrzewna). W tych wypadkach jest trudny do lokalizowania, promieniujący. Pacjenci opisują go jako rozległy, tępy, gryzący lub łupiący. Przykładem takiego bólu mogą być dolegliwości związane z niedrożnością jelit lub naciekaniami guza nowotworowego.

Ból neuropatyczny wywołany jest uszkodzeniem neuronów obwodowych lub neuronów wstępujących, albo uszkodzeniami występującymi na wyższych poziomach ośrodkowego układu nerwowego. Ból neuropatyczny często związany jest z samą chorobą – uciskiem lub naciekiem tkanki nerwowej poprzez guz wychodzący z tkanek miękkich, kości, węzłów chłonnych. Innymi przyczynami bólu neuropatycznego może być neuralgia po zakażeniu wirusem, neuropatii cukrzycowe i zespoły korzeniowe. Powodami wystąpienia bólu neuropatycznego mogą być również skutki uboczne leczenia chorób, co zdarza się po radioterapii (np. włóknienie splotu ramiennego po leczeniu raka sutka), chemioterapii (np. neuropatii po cytostatykach) lub po zabiegach chirurgicznych (np. ból po mastektomii, torakotomii), w wyniku uszkodzenia nerwów obwodowych, jak również udary mózgu, do takich przypadków zaliczany jest ból poudarowy, wzgórzowy. Ból neuropatyczny opisany jest często jako pieczenie, mrowienie lub klucie. U pacjentów dotkniętych bólem neuropatycznym może wystąpić stały, palący, parzący ból o charakterze dyzestezji (nieprzyjemnego wrażenia powstającego spontanicznie lub pod wpływem bodźca). Chorzy porównują to uczucie do „posypywania solą miejsca pozbawionego skóry” lub jako „uczucie otarcia skóry”. Do tych objawów dołączyć się może ból głęboko zlokalizowany, tępy lub kurczowy lub uczucie silnego ucisku. Innym rodzajem bólu neuropatycznego mogą być objawy allodynii mechanicznej (ból występującego pod wpływem dotyku) lub allodynii termicznej (ból pojawiającego się pod wpływem ciepła lub zimna).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Oceniając ból używa się również określeń ostry i przewlekły. Ból ostry jest ograniczony w czasie i po stosunkowo krótkim okresie trwającym godziny lub dni ustępuje. Przykładem takiego bólu są dolegliwości związane z uszkodzeniem tkanek w wyniku urazu czy też zabiegu chirurgicznego.

Ból przewlekły trwa dłużej niż trzy miesiące i zazwyczaj długotrwale wpływa na jakość życia pacjenta. Ból przewlekły bywa również określane jako ból utrzymujący się. Przewlekły ból może mieć charakter złośliwy lub niezłośliwy. Ból przewlekły o charakterze złośliwym zazwyczaj jest związany z chorobą skracającą długość życia, taką jak nowotwór złośliwy, schyłkowa niewydolność narządowa lub zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (human immunodeficiency virus – HIV). Ból przewlekły może posiadać cechy zarówno bólu nocycyptycznego jak i neuropatycznego.

W celu oceny bólu należy uwzględnić takie jego cechy jak: rodzaj, natężenie, początek, lokalizacja, czas trwania bólu oraz wcześniej stosowane leczenie. Pomocnym instrumentem oceny bólu są skale. Czynnościowa Skala Bólu pozwala ocenić zarówno natężenie jak i wpływ bólu na codzienne czynności życiowe. W skali tej „0” oznacza brak bólu lub brak wpływu bólu na codzienne czynności życiowe; „1” oznacza ból możliwy do zniesienia, nie wpływający na codzienne czynności; „2” oznacza ból do zniesienia, ale wpływający na codzienne czynności; „3” określa ból nie do zniesienia, ale umożliwiający rozmowę przez telefon, oglądanie telewizji lub czytanie; „4” to ból nie do zniesienia, uniemożliwiający wykonywanie czynności wymienionych w stadium trzecim; zaś „5” oznacza ból nie do zniesienia i niemożność komunikacji werbalnej. Wskaźnikami ostrego bólu, mniej przydatnymi w ocenie bólu przewlekłego są grymasy twarzy, bladeść powłok skórnych, pocenie się oraz tachykardia.

Oceniając dolegliwości bólowe należy pamiętać, że osoby starsze, z powodu swoich schorzeń takich jak: otępienie czy przebyty udar mózgu z następującą afazją mogą nie być w stanie przekazać w sposób bezpośredni informacji o odczuwanym przez nich bólu. W takich wypadkach objawami występującymi u nich dolegliwości bólowych może być zwiększona drażliwość połączona z pogorszeniem apetytu, pobudzenie oraz zaburzenia snu, grymasy, zgrzytanie zębami, wzdychanie, głębokie oddychanie, czy też stawianie oporu podczas czynności pielęgnacyjnych.

Metody leczenia bólu mają charakter multidyscyplinarny. Oznacza to, że leczenie obejmuje zarówno metody nefarmakologiczne jak i farmakologiczne. Do nefarmakologicznych metod leczenia bólu należy fizykoterapia, odpowiednio dobrane ćwiczenia, pomoc psychologiczna, terapie komplementarne, interwencja chirurgiczna, stymulacja nerwów oraz modyfikacja stylu życia. Postępowanie farmakologiczne obejmuje stosowanie nieopiodowych środków przeciwbólowych, opiodowych leków przeciwbólowych, oraz leków wspomagających. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała schemat leczenia znany pod nazwą „drabiny analgetycznej”. Polega ona na wprowadzaniu do terapii kolejnych grup leków zależnie od nasilenia bólu oraz podkreśla rolę zwalczania objawów ubocznych, a także rolę leków wspomagających, które pozwalają na zmniejszenie dawek leków przeciwbólowych. Podstawowa zasada dotycząca leczenia farmakologicznego bólu mówi, że lek przeciwbólowy musi być dostosowany do natężenia bólu. Pozostałymi zasadami są: miareczkowanie dawek - szczególnie przy wyborze leku opiodowego; monitorowanie efektu przeciwbólowego - częste sprawdzanie skuteczności terapii; zmiana leku na inny w przypadku braku efektu przeciwbólowego po zastosowaniu maksymalnej dawki terapeutycznej; podawanie leku w indywidualnie dobranych dawkach oraz w formie dostosowanej do indywidualnych oczekiwań pacjenta; zachowane stałych odstępów czasu między poszczególnymi dawkami leku tak, aby jego podanie wyprzedzało wystąpienie bólu, oraz zasada, jak najprostszej drogi podawania leku.

Leki I stopnia drabiny analgetycznej stosowane są przy bólach słabych i średnio nasilonych. Należą do nich pochodne aniliny i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Niektóre z NLPZ mają silniejsze działanie przeciwzapalne np.: indometacyna, natomiast inne są silniejszymi lekami przeciwbólowymi, np.: ibuprofen, flubiprofen. Wśród NLPZ są też leki o zrównoważonym działaniu, np.: ketoprofen, diklofenac, naproksen.

Przy bólach silniejszych podawane są słabe leki opiodowe, same lub łącznie z nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi i lekami wspomagającymi. Postępowanie takie jest określane jako II stopień drabiny analgetycznej. Do słabych leków opiodowych zaliczamy: tramadol, kodeinę, dihydrokodeinę. Dla części chorych słabe leki opiodowe są wystarczającym sposobem leczenia bólu. Jeżeli natomiast podawanie ich w maksymalnych dawkach tylko lekko łagodzi lub wcale nie łagodzi dolegliwości bólowych należy rozważyć zastosowanie leków trzeciego stopnia drabiny analgetycznej.

Do opanowania silnych i bardzo silnych dolegliwości bólowych stosujemy opiodowe leki przeciwbólowe o dużej sile działania. Należą one do III stopnia drabiny analgetycznej i stosowane są same lub w połączeniu z analgetykami nieopiodowymi i lekami wspomagającymi. Do opiodowych leków przeciwbólowych o dużej sile działania zaliczamy morfinę, buprenorfinę, okskodon, fentanyl i metadon.

Najczęstszymi obawami przed stosowaniem leków opiodowych jest obawa uzależnienia od leków opiodowych, obawa przed brakiem dalszych możliwości leczenia bólu, obawa przed śmiercią wywołaną porażeniem ośrodkowego, oraz obawa przed skróceniem czasu przeżycia chorego poprzez stosowanie morfiny.

Edukacja chorego i odpowiednio prowadzona przez osoby zajmujące się opieką paliatywną, współpraca z pacjentem i jego rodziną pozwala zwykle rozwiązać te obawy.

Aspekt psychologiczny chorób terminalnych

Chory ma prawo do szacunku dla jego autonomii, czyli prawo do wyrażania zgody na wykonywane badania i za-

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPŁOMOWEGO
PIELĘGNIARSKIEGO I POŁOŻNICZEGO

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



biegi. Personel medyczny ma obowiązek wyjaśnienia choremu w sposób dla niego zrozumiały, jakie metody lecznicze i diagnostyczne można i należy u niego zastosować, a pacjent ma prawo do decydowania o sposobie leczenia. Chory ma również prawo poznać informacje dotyczące swojej choroby choćby były one niepomyślne. Oczywiście wszystkie informacje powinny być przekazane w sposób właściwy. Chory może również wskazać osoby, które będą w jego imieniu porozumiewały się z personelem medycznym. Jeśli chory jest w pełnym kontakcie, ewentualne informowanie rodziny o stanie jego zdrowia powinno być wcześniej z nim uzgodnione. W trakcie kontaktów z chorym pielęgniarka powinna przeprowadzać ocenę zrozumienia przekazywanych mu treści oraz dostosowywać ilość podawanych informacji do zadawanych przez pacjenta pytań. Informacje powinny być podawane stopniowo, tak aby można było obserwować reakcje chorego i odpowiednio na nie reagować. W trakcie rozmowy należy używać określeń zrozumiałych dla pacjenta, oraz uwzględniać objawy zmęczenia pacjenta, również prowadzoną przez nas rozmowę. Istotne jest zadawanie pytań typu otwartego - „jak”, oraz obserwowanie reakcji na podawane informacje, jak również zastosowanie elementów niewerbalnych (kontakt wzrokowy, mimika, uśmiech, przyjazne gesty). Należy pamiętać, iż podczas rozmowy większość oczekiwań chorego koncentruje się na potrzebie kontaktu z kompetentnym rozmówcą, który potraktuje go poważnie i cierpliwie wysłucha tego co pacjent ma do powiedzenia. Odrębnym ważnym problemem jest odpowiedź na pytania dotyczące „czasu jaki mu mi pozostał”. W tym przypadku można wyjaśnić choremu, że nie jesteśmy w stanie tego czasu sprecyzować; jeśli chory z rozmaitych względów powinien w przybliżeniu poznać niekorzystne rokowanie przebiegu jego choroby, informacje tego typu zwykle pozostawia się w gestii lekarza prowadzącego. Ogólną zasadą jest, iż rozmowa z pacjentem zawsze powinna pozostawiać mu nadzieję i poczucie, że może on liczyć na wsparcie z naszej strony. W trakcie opieki nad nieuleczalnie chorymi należy pamiętać o zachowaniu modelu partnerskiego polegającego na współdecydowaniu o przebiegu relacji personel medyczny - pacjent. W prawidłowo kształtującym się modelu personel medyczny jest ekspertem a pacjent właścicielem swojej psyche i somy.

Zasady prawne

Każdy członek personelu medycznego ma nie tylko obowiązek ochrony życia, ale też i łagodzenia cierpienia. W końcowych stadiach nieuleczalnej choroby zobowiązani jesteśmy do zapewnienia choremu humanitarnej opieki, łagodzenia cierpienia i utrzymania najlepszej jakości gasnącego życia, przy czym łagodzenie cierpienia jest ważniejsze niż podtrzymywanie życia za wszelką cenę. W stanach terminalnych nie ma obowiązku prowadzenia reanimacji ani kontynuowania uporczywej terapii. Niemniej jednak bardzo istotnym problemem związanym nierozdzielnie z zagadnieniami opieki paliatywnej są decyzje o zaniechaniu resuscytacji, które muszą uwzględniać wiele czynników: życzenie pacjenta, które może być wyrażone w „deklaracji życia” określanej również jako DNR (Do Not Resuscitate), która podpisywana jest przez pacjenta w przypadku jego życzenia o niepodejmowaniu przez personel medyczny czynności resuscytacyjnych, rokowanie zarówno bezpośrednie, jak i odległe, stanowisko krewnych i przyjaciół, którzy mogą relacjonować wyrażone niegdyś życzenia pacjenta aktualnie niezdolnego do porozumiewania się, a także ocenę możliwości pacjenta do stawiania czoła sytuacji, w które się znajdzie. Dodatkowo, jak pokazuje szereg przypadków często nie można się opierać na uprzednio wyrażonej „deklaracji życia”, ponieważ chory stając w obliczu śmierci może zmienić wyrażoną uprzednio wolę. Należy pamiętać, iż żądanie zaniechania (niepodejmowania) leczenia wyrażone przez chorego, powinno być aktualne w chwili wystąpienia zagrożenia dla zdrowia, a ponadto, że jest ono w każdym momencie „odwoływalne” oraz, iż skuteczność odmowy (braku zgody) na działania terapeutyczne uwarunkowana jest dobrowolnością i świadomością znaczenia takiej decyzji. Szczególną rozwagę i ostrożność należy zachować zwłaszcza w przypadku pacjentów w stanach terminalnych, ze zmienioną w wyniku przewlekłej, nieuleczalnej choroby świadomością lub pozostających pod wpływem silnych środków przeciwbólowych. Z drugiej strony, prawo do poszanowania godności, jakie jest niezbywalnym prawem każdego chorego, obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Prawo do umierania w spokoju i godności, zawiera w sobie także zakaz podejmowania w stosunku do pacjenta działań o charakterze medycznym, które naruszałyby jego godność w fazie terminalnej, jednakże „prawo do poszanowania godności”, w żadnym wypadku nie oznacza rezygnacji z łagodzenia bólu i innych cierpień.

Fazy umierania, oznaki zbliżającej się śmierci

Etapy przebiegu choroby terminalnej.

Wstępny; od czasu zauważenia objawów do momentu postawienia diagnozy; dochodzi w nim do zakłócenia stanu równowagi psychicznej wynikającej z poczucia zagrożenia, lęku, niepewności i przewidywania złej diagnozy.

Przewlekły; czas rozwoju choroby i jej leczenia. Okres ten cechuje często długi czas trwania, nieodwracalność zmian patologicznych oraz konieczność leczenia, co często wiąże się z niekorzystnymi i trudnymi do przyjęcia zmianami w życiu - ograniczeniem lub całkowitą rezygnacją z pracy, dotychczasowych planów życiowych, itp.

Terminalny; poprzedzający śmierć, trwający od kilku dni do kilku tygodni. Cechuje go szok, załamanie, pogłębiające się dolegliwości fizyczne, zmniejszająca się aktywność, ograniczenie kontaktów z otoczeniem, większa zależność od rodziny lub opiekunów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Dr Ewa Kübler – Ross opracowała pięć etapów procesu ewolucji postaw psychicznych u osób umierających.

Pierwszy - zaprzeczenia i izolacji, związany z zastosowaniem negacji jako podstawowego mechanizmu obronnego na wiadomość o nieuleczalnej chorobie, podstawową myślą chorego jest: „nie, to nie może być prawda”.

Drugi - gniewu, jest to etap szukania winnego; częste są pytania: „dlaczego właśnie ja?”. Gniew i rozdrażnienie pacjenta są najczęściej skierowane na osoby z najbliższego otoczenia, nie zawsze rozumiejące przyczyny takiego stanu chorego.

Trzeci - buntu, targowania się. Jest czasem szukania rozwiązania trudnej sytuacji poprzez układy i targowanie się z losem, siłą wyższą.

Czwarty - depresji, gdy dominuje uczucie straty i żalu. Można wyróżnić depresję reaktywną, przebiegającą z żywą ekspresją ze strony chorego i milczącą depresję przygotowawczą, ułatwiającą akceptację strat przyszłych i ostateczne pogodzenie się z rzeczywistością.

Piąty – akceptacji, charakteryzujący się spokojnym oczekiwaniem, zmniejszonym zainteresowaniem otoczeniem, ograniczeniem ekspresji werbalnej. Towarzyszy tym objawom stan wyczerpania i osłabienia fizycznego z dominującą potrzebą snu; jest to etap bezpośrednio poprzedzający śmierć.

Osoby w terminalnym okresie choroby, potrzebujące wsparcia używają różnych symboli w celu zasygnalizowania swoich niewyartykułowanych potrzeb, np. domagają się różnych usług zamiast poprosić, by ktoś towarzyszył im podczas ostatniego okresu ich życia. Należy pamiętać, że chory może mieć (ma) zachowany zmysł słuchu, nawet gdy inne zmysły przestaną funkcjonować.

Objawami zbliżającej się śmierci jest zimny pot, zimny nos i zapadnięte skronie, coraz dłuższe odstępy czasowe między wdechem i wydechem, łapanie powietrza otwartymi ustami, obfita wydzielina śluzówek jamy ustnej, coraz słabiej wyczuwalne i bardzo przyspieszone tętno, blednięcie skóry, sinienie paznokci. Pacjent nie powinien umierać sam, przy łóżku chorego powinna znajdować się pielęgniarka i — jeśli to możliwe — członek rodziny lub osoba bliska. W miarę zbliżania się śmierci zamiera stopniowo funkcjonowanie ciała. Zanim jednak do tego dojdzie, przez pewien czas mogą się wyostriżyć zmysły chorego, a zatem osoby znajdujące się w pobliżu powinny zachowywać się spokojnie, starać się mówić cicho, łagodnie dotykać chorego, np. gładząc rękę, delikatnie zwilżając usta gazikiem.

Wsparcie udzielane rodzinie zmarłego

Kolejną rolą pielęgniarki opieki paliatywnej i hospicyjnej jest wsparcie udzielane rodzinie zmarłego pacjenta w procesie żałoby. Obejmuje ono pomoc w zaakceptowaniu rzeczywistości straty, zmniejszeniu bólu związanego ze śmiercią bliskiej osoby oraz wsparcie w przystosowaniu się do życia, w środowisku w którym zabrakło zmarłego. Wsparcie to pozwala na przejście przez proces żałoby i powrót do życia, w którym po emocjonalnej zmianie pozycji jaką zajmowała osoba zmarła, zostanie dokonana interpretacja wspomnień o utraconym bliskim i utrwalenie go w pamięci bliskich mu osób.



PODSTAWY KLINICZNE I OPIEKA PIELEŃNIARSKA W WYBRANYCH NIEURAZOWYCH SCHORZENIACH NARZĄDU RUCHU WYSTĘPUJĄCYCH W WIEKU PODESZŁYM

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) stanowi połączenie procesu niszczenia chrząstek stawowych i wtórnych zmian w nasadach kostnych, co prowadzi do anatomicznego uszkodzenia stawu, upośledzenia jego czynności ruchowej i objawów bólowych. Zmianom może towarzyszyć wtórny proces zapalny.

Do powstania zwyrodnienia stawów przyczyniają się: czynniki środowiskowe (np. nieodpowiednie warunki pracy), urazy, a w późniejszych latach życia mikrourazy, zaburzenia postawy, zaburzenia odżywiania (zwłaszcza niedobory białkowe i wapniowo-fosforowe) oraz znaczna nadwaga (zmiany zwyrodnieniowe stawów kolanowych i biodrowych).

Wyróżnia się postać ChZS:

- 1) Pierwotnie zlokalizowaną w obrębie rąk - charakterystyczne są guzki składające się z tkanki kostnej i chrzęstnej: Heberdena (w okolicy stawów międzypaliczkowych dalszych rąk) i Boucharda (w okolicy stawów międzypaliczkowych bliższych, nadgarstkowo-sródręcznych palców i kciuka). Może dotyczyć też stóp, wówczas zajęte są pierwsze stawy śródstopno-palcowe (haluksy), bioder, kolan i kręgosłupa.
- 2) Pierwotnie uogólnioną postać ChZS – proces chorobowy obejmuje więcej niż 4 grupy stawów.

W obrazie klinicznym ChZS dominuje: ból, nasilający się w czasie ruchu i obciążenia, a zmniejszający się w spoczynku (w zaawansowanej chorobie ból jest również w spoczynku), sztywność poranna (trwająca ok. 30 min), sztywność po odpoczynku, poszerzanie się obrysów stawów (efekt przebudowy kostnej), zniekształcenia stawów (szpotawość, koślawość, podwichnięcia), niestabilność stawu, ograniczenie ruchomości stawu, zanik mięśni okołostawowych, trzeszczenie w stawach.

Na postępowanie terapeutyczne składa się głównie: kinezyterapia, zaopatrzenie ortopedyczne, fizykoterapia (parafinoterapia, elektroterapia, krioterapia, balneoterapia) oraz leczenie przeciwbólowe (głównie leki z grupy NLPZ), leczenie chirurgiczne (endoprotezoplastyka, osteotomia) oraz leczenie uzdrowiskowe.

Zadania pielęgniarki: przekazanie podstawowych informacji choremu i jego rodzinie o istocie choroby. Udzielanie wskazówek dotyczących trybu życia. Współudział w leczeniu farmakologicznym (łagodzeniu dolegliwości bólowych), zaznajomienie z niefarmakologicznymi metodami radzenia sobie z bólem. Współudział w rehabilitacji ruchowej oraz fizykoterapii. Zapobieganie powikłaniom w obrębie narządu ruchu: niedopuszczenie do powstania usztywnień stawów, przykurczów, zaników mięśniowych poprzez zapewnienie ruchu we wszystkich stawach i właściwe ułożenie ciała. W zależności od stopnia mobilności pacjenta adekwatnie częsta zmiana pozycji ciała. Poinformowanie o możliwości korzystania ze sprzętu umożliwiającego lokomocję i samoobsługę. Aktywizacja i pomoc w zakresie czynności życia codziennego, pacjentowi z ograniczoną zdolnością do samoopieki. Udzielanie informacji dotyczących stosowania właściwej diety: bogatobiałkowej, bogatowitaminowej, zawierającej sole wapnia i Fe. W sytuacji otyłości dieta redukcyjna. Przygotowanie rodziny do właściwego sprawowania opieki nad chorym. Należy wyculić najbliższych na problem nadopiekuńczości, która może szybko zniweczyć dotychczasowe wyniki rehabilitacji. Informowanie o możliwości uzyskania pomocy społecznej. Zapewnienie wsparcia psychicznego.

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) jest zapalnym procesem w obrębie stawów kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych, prowadzącym do stopniowego usztywnienia całego kręgosłupa i klatki piersiowej.

W obrazie klinicznym choroby dominuje: ból stawów krzyżowo-biodrowych i odcinka lędźwiowego promieniujący do pachwin, pośladków i stawów kolanowych, sztywność poranna oraz objawy ogólne (uczucie osłabienia, stany podgorączkowe i urata masy ciała). W zaawansowanym ZZSK zdarzają się złamania w usztywnionych odcinkach kręgosłupa.

Celem leczenia jest: zmniejszenie bólu i sztywności, przywrócenie prawidłowej ruchomości kręgosłupa, utrzymanie prawidłowej postawy ciała, opóźnianie niepełnosprawności. Farmakoterapia w ZZSK polega głównie na podawaniu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz modyfikujących przewlekły proces zapalny. Przy dużym nasileniu zmian zapalnych stosuje się też glikokortykosteroidy i leki immunosupresyjne.

Specyfika postępowania pielęgniarskiego w ZZSK ukierunkowana jest na: udział w leczeniu przeciwbólowym i usprawniającym (zmniejszanie przewlekłego bólu, objawów zapalnych i dotkliwej sztywności porannej w obrębie stawów kręgosłupa). Zmniejszenie ryzyka powikłań oddechowych w wyniku ograniczonej ruchomości kręgosłupa i klatki piersiowej. Pomoc w zakresie wykonywania czynności samoobsługowych i lokomocji (konieczność ochrony stawów w okresie zaostrzenia choroby). Korygowanie zaburzeń postawy ciała. Profilaktykę złamań w usztywnionych odcinkach kręgosłupa (szczególnie niebezpiecznych w odcinku szyjnym). Poprawę stanu ogólnego (poczucie osłabie-



nia, występowanie stanów podgorączkowych, utrata masy ciała). Pomoc w akceptacji choroby przewlekłej i niesprawności. Edukowanie pacjenta oraz przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, ogólnoustrojową, chorobą układową tkanki łącznej o nieznanym etiologii, doprowadzającą do niszczenia chrząstki kości, struktur okołostawowych. Proces chorobowy charakteryzuje się symetrycznym zapaleniem stawów (początkowo najczęściej międzypaliczkowych bliższych i śródrečno-paliczkowych), występowaniem zmian pozastawowych i powikłań narządowych. Rozpoczyna się w błonie maziowej, która ulega pogrubieniu, wzrasta do przestrzeni stawowej i doprowadza do ograniczenia ruchomości stawu. Choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji.

Objawy kliniczne RZS: obrzęk stawów, ból, sztywność poranna (utrzymuje się do 1 godz.), ogólne osłabienie, męczliwość, ból mięśni. Zwykle pierwsze dolegliwości dotyczą drobnych stawów rąk. Deformacje stawowe typu szyja łabędzia, butonierka czy ulnaryzacja stanowią późny objaw choroby.

Wśród zmian pozastawowych należy wymienić: uszkodzenia nerwów obwodowych, zmiany zapalne naczyń krwionośnych, zapalenie mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia, zapalenie opłucnej, śródmiąższowe włóknienie płuc; zapalenie twardówki i spojówek; skrobiawica nerek; guzki reumatoidalne; powiększone węzły chłonne; zaniki mięśniowe (następstwo zapalenia śródmiąższowego); zapalenia ścięgien, pochewek ścięgnistych oraz kałek maziowych.

Cechy charakterystyczne RZS rozpoznanego po 60 roku życia: ostry początek choroby, spadek masy ciała, złe samopoczucie, obniżenie nastroju, ból i obrzęk dużych stawów proksymalnych kończyn górnych, szczególnie stawu barkowego. Rzadziej dochodzi do klasycznych deformacji w stawach rąk. Obecne jest więcej układowych objawów. Czynniki reumatoidalne bywa niewykrywane.

Zastosowanie w terapii RZS mają głównie: niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), glikokortykosteroidy (GKS), leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh) oraz leki biologiczne. W szczególnych sytuacjach stosuje się leczenie operacyjne – wycięcie błony maziowej stawów, co zapobiega destrukcji powierzchni stawowej i zwiększa ruchomość stawu. Ponadto niezbędna jest rehabilitacja i zabiegi fizykoterapeutyczne (głównie ćwiczenia korekcyjne).

Specyfika postępowania pielęgniarstwa w RZS jest ukierunkowana na:

- Współdziałanie w leczeniu farmakologicznym oraz fizykoterapii i kinezyterapii. Podawanie zleconych leków p/bólowych i p/zapalnych. Zapobieganie działaniom niepożądanym leków i wczesne ich rozpoznawanie. Wykonywanie ćwiczeń biernych w ostrym okresie choroby, a później w odciążeniu i czynnych. Zalecanie choremu odciążania stawów poprzez używanie kul, podpórek, balkonika, krótkotrwałe usztywnienie zajętego stawu – nadzorowanie stosowania ortez. Właściwe ułożenie ciała z eliminacją ucisku na obrzęknięte stawy.
- Zapobieganie postępującej dysfunkcji stawów (deformacje stawowe), utrwaleniu się przykurczy i zniekształceń stawowych, powodujących ograniczenia samodzielności w zakresie poruszania się i zmiany pozycji ciała. Wskazana jest pomoc przy zabiegach higienicznych, spożywaniu posiłków (utrudnionych z powodu bólu, obrzęku i sztywności stawów) i tworzenie warunków do ich samodzielnego wykonywania. Nauczenie chorego sposobów wykonywania codziennych czynności bez przeciążania chorych stawów, np. stosowanie udogodnień i przedmiotów przeznaczonych dla osób z trudnościami motorycznymi (naczynia z podwyższonym brzegiem, sztucze z pogrubionymi trzonkami). Zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne i terapeutyczne powinny być wykonywane w trakcie działania środków p/bólowych.
- Wspieranie w zakresie akceptacji choroby przewlekłej i niesprawności. Wyjaśnienie istoty choroby i uświadomienie konieczności usprawniania, rozmowa o problemach związanych z chorobą, możliwościach zastosowania udogodnień i zmian architektonicznych w domu. Zachęcanie do uczestnictwa w terapii zajęciowej. Edukowanie pacjenta i rodziny z zakresu wykonywania czynności opiekuńczo-higienicznych, stosowania sprzętu pomocniczego, oszczędzającego trybu życia i zalecanej diety (lekkostrawnej, bogatobiałkowej, wzbogacanej rybami, olejami roślinnymi). Doradzanie w rozwiązaniu funkcjonalnym pomieszczeń domowych stosownie do potrzeb chorego.

Sprzęt ułatwiający samoobsługę, lokomocję i pielęgnowanie osób w wieku podeszłym

W pielęgnowaniu niesprawnych osób starszych pomocny jest sprzęt do: samodzielnego spożywania posiłków, przyjmowania leków doustnych, wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych (np. chwytak do ubrań czy chwytak do przedmiotów, wielofunkcyjne pomoce zwiększające powierzchnię chwytu, itp.), korzystania z urządzeń higieniczno-sanitarnych (np. krzesła toaletowe, podnośniki wannowe, itp.), utrzymania higieny intymnej (np. pieluchomajtki, wkładki urologiczne, cewniki zewnętrzne, itp.), lokomocji (np. laski i kule, balkoniki, podpórki czterokołowe, wózki inwalidzkie), przemieszczania niesprawnego pacjenta (np. podnośniki dla chorych, siedziska transportowe), pielęgnowania osoby leżącej (np. łóżko rehabilitacyjne, sprzęt przeciwoleżynowy, drabinka, wózek leżący kąpielowy, itp.).

W opiece nad niesprawną osobą starszą niezmiernie ważne jest także dostosowanie mieszkania do jej potrzeb i możliwości w celu zapewnienia bezpieczeństwa, zapobiegania urazom i upadkom: m.in. likwidacja progów, luźno leżących dywanów, dostosowanie łazienki, wysokości i dogodności urządzeń higieniczno-sanitarnych, zapewnienie odpowiedniego oświetlenia, stworzenie warunków do poruszania się przy pomocy podpórki, balkonika czy wózka inwalidzkiego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODDYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



ZALĄCZNIKI

Zapotrzebowanie osób starszych na wodę

Należną ilość płynów dla osoby w podeszłym wieku obliczamy zgodnie ze wzorem:

30-35 ml/kg masy ciała, jednak nie mniej niż 1,5 litra (nie zaniżać u osób z niedoborami masy ciała),

Osoby leżące:

- na pierwsze 10 kg – 100 ml
- kolejne 10kg - 50 ml
- pozostałe kg – 15 ml

Wzór Harrisa i Benedicta

Jest to wzór umożliwiający obliczenie podstawowego zapotrzebowania organizmu ludzkiego na energię, potrzebną do zapewnienia Podstawowej Przemiany Materii

Dla mężczyzn przyjmuje postać:

$$66,47 + (13,7 \times M) + (5,0 \times W) - (6,76 \times L)$$

Dla kobiet natomiast:

$$665,1 + (9,567 \times M) + (1,85 \times W) - (4,68 \times L)$$

M - oznacza masę ciała w kilogramach

W - wzrost w centymetrach

L - wiek w latach

Zapotrzebowanie osób starszych na energię i składniki odżywcze według Ziemiańskiego

Składnik pokarmowy	Kobiety	Mężczyźni
Energia (Kcal)	1850	2000
Białka (g)	65-70	65-70
Tłuszcze (%/g)	25/51	25/56
NNKT (%/g)	> 4/8	> 4/9
Węglowodany ogółem [g]	330	365
Cukry proste (%)	< 10	< 10
Błonnik pokarmowy [g]	30-40	30-40
Witamina A [μg]	800	700
Witamina E [mg]	10	10
Witamina D [μg]	10	10
Witamina C [mg]	70	70
Witamina B1 [mg]	1,4	1,5
Witamina B2 [mg]	2,0	2,2
Witamina B6 [mg]	2,2	2,4
Witamina B12 [μg]	2,5	2,5
Foliany [μg]	320	340
Wapń [mg]	1100	900
Fosfor [mg]	800	700
Magnez [mg]	300	370
Żelazo [mg]	13	15
Potas [mg]	min. 3500	min. 3500
Sód [mg]	min. 575	min. 575

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Skala Norton oceny ryzyka rozwoju odleżyn.

Czynniki ryzyka	4 punkty	3 punkty	2 punkty	1 punkt
Stan fizyczny	dobry	dość dobry	średni	bardzo ciężki
Stan świadomości	Pełna przytomność i świadomość	Zaburzona świadomość	Apatia	Stupor lub śpiączka
Zdolność przemieszczania się	Chodzi samodzielnie	Chodzi z asystą	Porusza się tylko na wózku	Stale pozostaje w łóżku
Stopień samodzielności	Pełna	Ograniczona	Bardzo ograniczona	Całkowita niesamodzielność
Czynność zwieraczy	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadycznie niesprawne	Zazwyczaj nie trzyma moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Ryzyko wystąpienia odleżyn stwierdza się u chorych, którzy uzyskali mniej niż 14 punktów.

Skala Douglas – skala oceny ryzyka wystąpienia odleżyn

Czynniki ryzyka	4	3	2	1	0
Stan odżywienia	Dieta pełnowartościowa	Dieta niewłaściwa	Tylko płyny	Żywienie pozajelitowe lub Hb po. 10 g%	
Aktywność	Chodzi samodzielnie	Chodzi z trudnością	Porusza się tylko na wózku inwalidzkim	Stale pozostaje w łóżku	
Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca	
Ból	Bez bólu	Ślad bólu	Okresowo	Związany z ruchem	Stały ból lub dyskomfort
Stan skóry	Bez zmian	Skóra sucha, cienka, zaczerwieniona	Uszkodzenia tkanki głębokiej lub jamy		
Stan świadomości	Pełna przytomność, świadomość	Apatia	Stupor	Brak współpracy	Coma (stan apaliczny)

18 pkt i niżej ryzyko wystąpienia odleżyn

Stopień zaawansowania odleżyn skala wg Torrance'a:

Stopień I	blednące zaczerwienienie – reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie w odpowiedzi na działające ciśnienie. Lekki ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia, co wskazuje, że mikrokrążenie jest jeszcze nieuszkodzone.
Stopień II	nieblednące zaczerwienienie – rumień utrzymuje się po zniesieniu ucisku. Spowodowane jest uszkodzeniem mikrokrążenia, zapaleniem i obrzękiem tkanek. Może wystąpić lokalny obrzęk, uszkodzenia naskórka i pęcherze. Zwykle towarzyszy temu ból.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Stopień III	uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i zaczerwienieniem. Dno odleżyny jest wypełnione czerwoną ziarniną lub żółtymi masami rozpadających się tkanek.
Stopień IV	uszkodzenie obejmuje również tkankę podskórną. Martwica tkanki tłuszczowej spowodowana jest zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń. Brzeg odleżyny jest zwykle dobrze odgraniczony, lecz martwica może także dotyczyć tkanek otaczających. Dno odleżyny może być pokryte czarną martwicą.
Stopień V	zaawansowana martwica rozpościera się do powięzi i mięśni. Martwica może także obejmować głębiej leżące stawy i kości. Powstają jamy mogące się komunikować między sobą. W ranie znajdują się rozpadające się masy tkanek i czarna martwica.

Słowna skala oceny bólu

Skala porządkowa, zawierająca wiele kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu:

0 - brak bólu	0 – brak bólu
1 – ból lekki	1 – łagodny
2 – ból silny	2 – znośny
3 – ból nie do zniesienia	3 – dotkliwy
	4 – nieznosny
	5 – nie do wytrzymania

Wada – zawarte w skali określenia są różnie interpretowane i nie zawsze odpowiadają słowom, którymi chory opisuje swój ból (to nie jest silny ból, ale wcale nie mogę go nazwać lekkim, ani łagodnym).

Skala oceny liczbowej

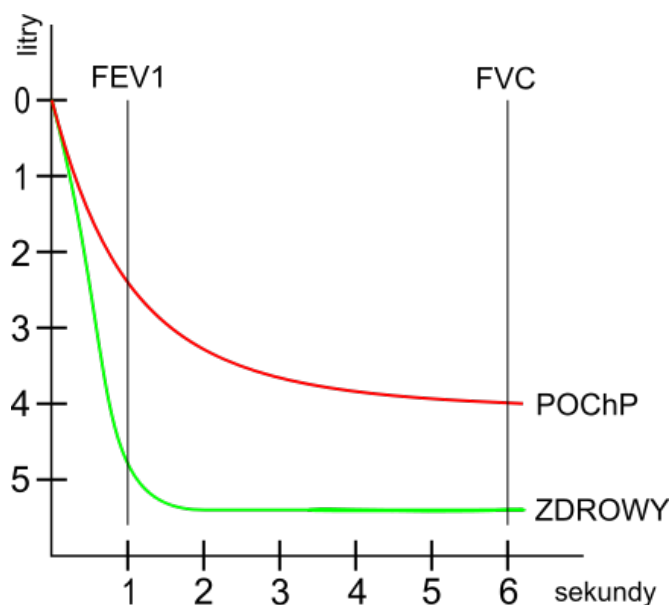
Chory określa jak silny jest ból wskazując na odpowiednią cyfrę w skali od 0 do 10, przy czym:

0 oznacza wcale nie odczuwam bólu,

10 oznacza najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Spirogram ukazujący zmniejszenie FEV1 i FVC w POChP



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



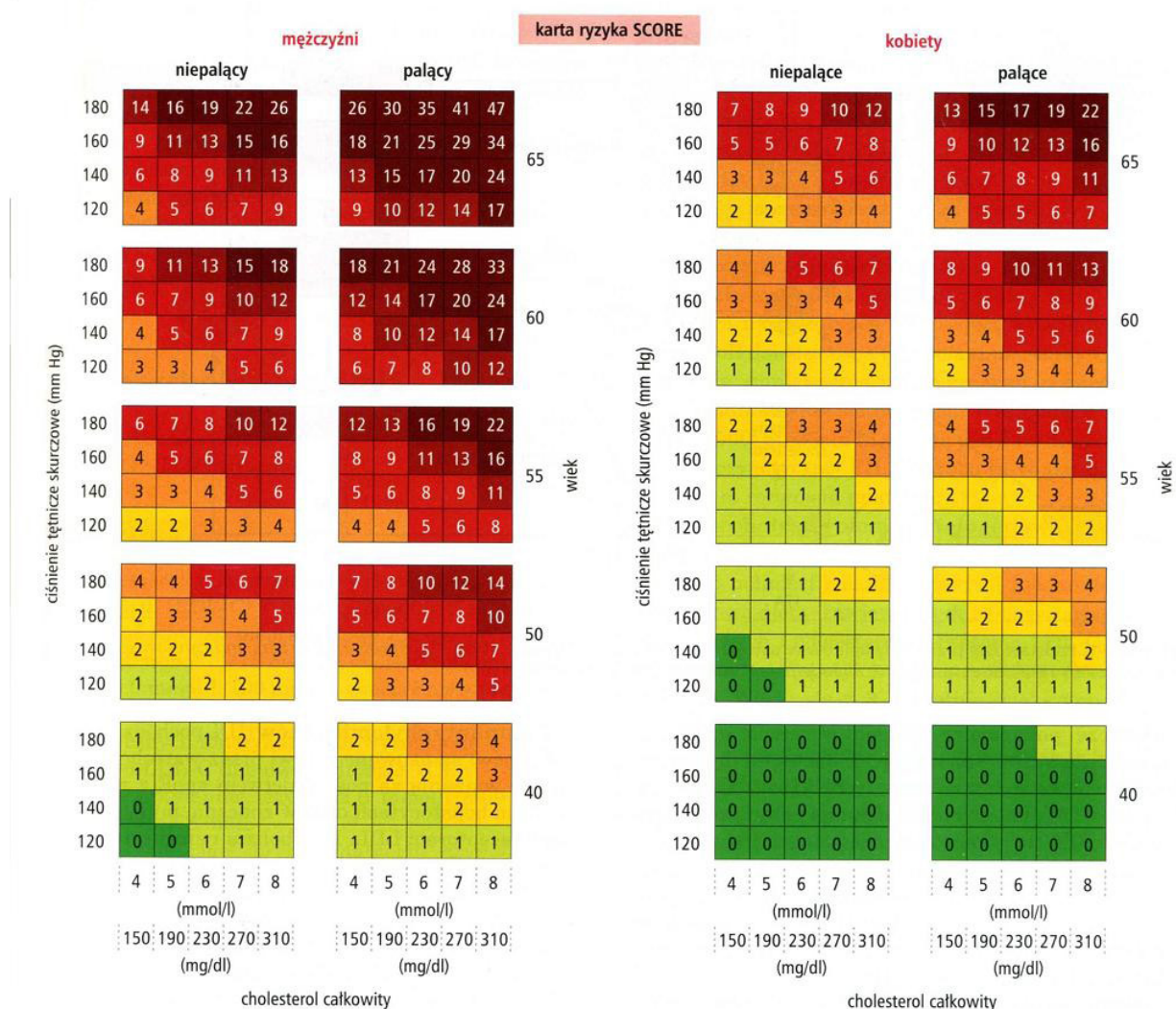
CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Tablica ryzyka SCORE

Oszacowanie indywidualnego ryzyka zgonu z powodu incydentu sercowo-naczyniowego w ciągu następnych 10 lat w oparciu o czynniki ryzyka występujące u danej osoby.



Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego

Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego według ESH/ESC

Kategoria	Ciśnienie skurczowe (mmHg)	Ciśnienie rozkurczowe (mmHg)
Ciśnienie optymalne	< 120	< 80
Ciśnienie prawidłowe	120–129	80–84
Ciśnienie wysokie prawidłowe	130–139	85–89
Nadciśnienie stopień 1 (łagodne)	140–159	90–99
Nadciśnienie stopień 2 (umiarkowane)	160–179	100–109
Nadciśnienie stopień 3 (ciężkie)	≥ 180	≥ 110
Nadciśnienie izolowane skurczowe	≥ 140	< 90

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPŁOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Skala DOS

(*Delirium Observation Scale; Schuurmans et al. Research and Theory for Nursing Practice, 2003, 1, 31-50*)

- 1) Podsypia podczas rozmowy lub aktywności
- 2) Łatwo rozpraszany przez bodźce zewnętrzne
- 3) Nie utrzymuje uwagi w konwersacji lub działaniu
- 4) Nie kończy pytania lub odpowiedzi
- 5) Podaje odpowiedzi nie pasujące do pytania
- 6) Wolno reaguje na instrukcje
- 7) Myśli, że jest gdzie indziej
- 8) Nie wie jaka pora dnia jest obecnie
- 9) Nie pamięta ostatnich zdarzeń
- 10) Niespokojny/ wzburzony/ skubiący
- 11) Usuwa wenflony, sondy, cewniki, etc.
- 12) Łatwo lub gwałtownie zmienia się emocjonalnie (strach/złość/ rozdrażnienie)
- 13) Widzi, słyszy rzeczy, których nie ma.

Interpretacja: Trzy lub więcej objawów wskazuje na majaczenie

SKALA CAM

do oceny jakościowych zaburzeń świadomości: splątanie/ majaczenie

(*The Confusion Assessment Method: Inouye S. et al. Annals of Internal Medicine 1990, 113 (12) 941-948*)

- 1) Ostry początek i fluktuujący przebieg zaburzeń świadomości **oraz**
- 2) Brak koncentracji uwagi (rozproszenie uwagi) **oraz**
- 3) Zdezorganizowane niespójne myślenie **lub** zmieniony poziom świadomości (nadmierne pobudzenie, czujność/ letarg ospałość/ stupor)

Interpretacja: Muszą być spełnione wszystkie trzy warunki do rozpoznania splątania/majaczenia

Geriatryczna Skala Oceny Depresji - „Wersja 15-punktowa” wg Yesavage’a JA

[Źródło: *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Red.: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica Kraków 2006*].

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:

Za każdą odpowiedź „wytłuszczoną” osoba badana otrzymuje 1 punkt.

Liczba punktów..... /15

Interpretacja: 0-5 bez depresji; 6-10 depresja umiarkowana; 11-15 depresja ciężka

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1) Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a? | TAK | NIE |
| 2) Czy zmniejszyły się P. zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)? | TAK | NIE |
| 3) Czy ma P. uczucie, że P. życie jest puste? | TAK | NIE |
| 4) Czy często czuje się P. znudzony/a? | TAK | NIE |
| 5) Czy zwykle jest P. w dobrym nastroju? | TAK | NIE |
| 6) Czy obawia się P., że może przydarzyć się P. coś złego? | TAK | NIE |
| 7) Czy przez większość czasu czuje się P. szczęśliwy/a? | TAK | NIE |
| 8) Czy często czuje się P. bezradny/a? | TAK | NIE |
| 9) Czy zamiast wyjść wieczorem z domu woli P. w nim pozostać? | TAK | NIE |
| 10) Czy uważa P., że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni? | TAK | NIE |
| 11) Czy uważa P., że wspaniale jest żyć? | TAK | NIE |
| 12) Czy czuje się P. gorzej/a od innych ludzi? | TAK | NIE |

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



- 13) Czy czuje się P. pełen/pełna energii? **TAK NIE**
 14) Czy uważa P., że sytuacja jest beznadziejna? **TAK NIE**
 15) Czy myśli P., że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani? **TAK NIE**

Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego

(I-ADL, od ang. *Instrumental Activities of Daily Living*) wg Lawtona [Źródło: *Lekarz Rodzinny, Dodatek, Marzec 2007*]

L.p	Czynność	TAK, samodzielny	NIE, niesamodzielny
1.	Użycie telefonu	1=Przynajmniej odbiera	0=NIE korzysta
2.	Zakupy codzienne	1=TAK	0=Nie lub z pomocą
3.	Przygotowywanie posiłków	1=TAK, samodzielnie	0=Nie, lub tylko podgrzewa
4.	Codzienne porządki	1=TAK, bez pomocy	0=Nie lub z pomocą
5.	Pranie	1=Jeśli cokolwiek pierze	0=Nie jest w stanie
6.	Środki transportu	1=Samodzielnie korzysta	0=Wymaga pomocy
7.	Własne leki	1=Zażywa w sposób właściwy	0=Wymaga jakiegokolwiek pomocy
8.	Rozporządzanie swoimi pieniędzmi	1=Samodzielnie, podczas codziennych zakupów	0=Nie posługuje się

Wynik:/8pkt.

Interpretacja: Im więcej punktów tym lepsza sprawność instrumentalna

Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego

(*The Duke OARS Assessment of IADL Fillenbaum & Smyer, 1981, JG 36,55-62*)

I-ADL	Gdyby Osoba Starsza pozostawała sama, to czy zdolna byłaby wykonywać następujące czynności?	Nie-zdolny	Z pewną pomocą	Bez pomocy
IADL1	Wykonywać prace domowe (np. czyszczenie podłóg)	0	1	2
IADL2	Przygotowywać sobie posiłki	0	1	2
IADL3	Chodzić po zakupy	0	1	2
IADL4	Rozporządzać swymi pieniędzmi	0	1	2
IADL5	Korzystać z telefonu	0	1	2
IADL6	Przyjmować swoje lekarstwa	0	1	2

OGÓLEM punktów:

Interpretacja: 0-4 poważnie zależna/y, 5 - 8 umiarkowanie zależna/y; 9-12 prawie niezależna/y lub niezależna/y

Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego

(ADL, od ang. *Activities of Daily Living*) adaptowane wg Katza

[Źródło: *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Red.: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica Kraków 2006*]

L.p.	Czynność	Wykonuje samodzielnie	Wymaga pomocy innej osoby
1.	Kąpiel całego ciała (natrysk lub wanna)	Tak=1	Nie=0
2.	Ubieraniu lub rozbieranie się	Tak=1	Nie=0
3.	Korzystanie z WC	Tak=1	Nie=0
4.	Przemieszczanie się z łóżka na fotel	Tak=1	Nie=0
5.	Spożywanie posiłków	Tak=1	Nie=0
6.	Kontrolowanie zwieraczy (moczu lub stolca)	Tak=1	Nie=0

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Wynik końcowy:/6 punktów

Interpretacja: 5-6 punktów – osoba sprawna; 3-4 punkty – osoba umiarkowanie niesprawna; ≤ 2 punkty – osoba poważnie niesprawna

Indeks oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel

[Źródło: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Red.: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica Kraków 2006]

L.p.	Czynność	Punkty	Poziom sprawności
1.	Spożywanie posiłków	0 5 10	Nie jest w stanie samodzielnie jeść Potrzebuje pomocy (krojenie, smarowanie) lub zmodyfikowanej diety Samodzielne, osoba niezależna
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem)	0 5 10 15	Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu Większa pomoc (pomoc fizyczna, 1 lub 2 osoby) Mniejsza pomoc (pomoc słowna lub fizyczna) Samodzielnie
3.	Utrzymanie higieny osobistej	0 5	Potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych Niezależny przy myciu twarzy, zębów, czesaniu, goleniu (z zapewnionymi pomocami)
4.	Korzystanie z WC	0 5 10	Osoba zależna Potrzebuje trochę pomocy, ale może zrobić to sama Niezależna – zdejmowanie, zakładanie, podcieranie
5.	Mycie, kąpiel całego ciała	0 5	Osoba zależna Osoba niezależna
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich	0 5 10 15	Nie porusza się lub pokonuje <50m, zależny na wózku Niezależny na wózku Spacer z pomocą jednej osoby >50m Niezależny, może używać laski/kuli
7.	Schody	0 5 10	Nie jest w stanie chodzić po schodach Potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia) Osoba samodzielna
8.	Ubieranie się i rozbieranie	0 5 10	Zależny od innych osób Potrzebuje pomocy, ale część wykonuje bez pomocy Niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie)
9.	Kontrolowanie oddawania stolca	0 5 10	Nie kontroluje oddawania stolca lub wymaga lewatyw Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) Kontroluje oddawanie stolca
10.	Kontrolowanie oddawania moczu	0 5 10	Nie kontroluje moczu lub ma założony cewnik Czasami popuszcza mocz Kontroluje oddawanie moczu

Wynik końcowy/100 pkt.

Interpretacja: Im mniej punktów tym gorsza sprawność



LITERATURA

1. Bazaliński D., Barańska B.: Opieka nad pacjentem z gastrostomią odżywczą. *Borgis - Medycyna Rodzinna* 2/2006, s. 22-31
2. Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R.: *Pielęgniarstwo w geriatrici, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa, 2006.*
3. Ciebiada M., Barylski M., Ciebiada-Adamiec A., Kmiecik T., Górka-Ciebiada M.: Szczepienia ochronne u osób w wieku podeszłym. *Geriatrics* 2010; 4: 26-32.
4. Dymek-Skoczyńska A., Stanisławska J., Drozd E., Talarska D.: Szczepienia ochronne przeciw grypie u osób w wieku podeszłym. *Nowiny Lekarskie* 2012, 81, 1, 21–25.
5. Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R., "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician, *Journal of Psychiatric Research*, 1975, 12, s. 189–198.
6. Graf C., The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, *Medsurg Nurs.*, 2009, 18, s. 315–6
7. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): *Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Via Medica, Kraków 2006*
8. Hachinski V.S., Iliff L.D., Zilkha E. i inni, Cerebral blood flow in dementia, *Arch Neurol*, 1975, 32, s. 632–637.
9. Hodgkinson M.: Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age&Ageing*, 1972, 1, s. 233–238.
10. Jarosz M.: *Żywnienie osób w starszym wieku. Porady lekarzy i dietetyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011*
11. Kędziora-Kornatowska K., Muszałik M. (red): *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007*
12. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2013 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2014
13. Kurcz J., Szczygieł B.: Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) dotyczące sztucznego żywienia dojelitowego - przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) na podstawie: Consensus statement. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition - percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) *Clinical Nutrition*, 2005; 24: 848-861 *Medycyna Praktyczna Chirurgia* 2006/04
14. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J. A.: *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012*
15. Mazurek J., Rymaszewska J.: Ocena potrzeb pacjentów w podeszłym wieku na podstawie Camberwell Assessment of Need for the Elderly — przegląd piśmiennictwa *Gerontologia Polska* 2012, tom 20, nr 1, s.1-7.
16. Opolski G., Głowczyńska R., Zdrojewski T.: Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego i strategia zapobiegania chorobom układu krążenia. „*Kardiologia tom I*” pod red. A. Szczeklika i M. Tendery, *Wyd. Medycyna Praktyczna 2009*
17. Pertkiewicz M.: Żywnienie enteralne w geriatrici. Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism *MEDYCYNA PRAKTYCZNA* 10/2007
18. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN)
19. Talarska D., Wieczorowska – Tobis K., Szałkiewicz E.: *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009*
20. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M.B., Leirer V.O., Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report *Journal of Psychiatric Research*, 1983, 17, s. 37–49

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Materiały dydaktyczne współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Egzemplarz bezpłatny

ISBN: 978-83-61167-04-4



BENEFICJENT

**Centrum Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych**

ul. A Pawińskiego 5a

02-105 Warszawa

tel. +48 22 592 34 50

faks +48 22 658 47 33

e-mail: sekretariat@ckppip.edu.pl

www.ckppip.edu.pl