

## Aldona Ekiert

### PROBLEMY PIELEGNACYJNE U OSÓB LEŻĄCYCH CHORYCH NA CHOROBY ALZHEIMERA

Choroba Alzheimera, ze względu na postępujące w jej przebiegu otępienie, nieco inaczej i w większym stopniu niż inne przewlekłe choroby, skłania opiekuna do decydowania i przyjęcia na siebie odpowiedzialności za osobę chorą w różnych sferach codziennego życia. Proces ten przebiega powoli i wymaga od osoby sprawującej codzienną opiekę dużego wyczucia i uwagi.

Nie zawsze zaawansowany etap otępienia wiąże się z unieruchomieniem osoby chorej w obrębie łóżka. Warto przeciwdziałać unieruchomieniu i tak zaplanować każdy dzień, aby chory jak najwięcej czasu spędzał w pozycji pionowej (na chodząco lub siedząco). Pamiętajmy, że pozycja horyzontalna powoduje chęć wyłączenia, i tak już mocno zaburzonych chorobą, funkcji poznawczych. Nawet zdrowa osoba odbiera w tej pozycji znacznie mniej bodźców z zewnątrz, podczas gdy w pozycji pionowej uwaga i koncentracja są wyostrome.

Bywa jednak tak, że osoba chora przestaje chodzić z powodu postępującego otępienia, bądź pojawia się inny problem somatyczny (np. biegunka i towarzyszące jej osłabienie), które „kładą pacjenta do łóżka”. Dlatego dobrze jest poznać ewentualne możliwe powikłania unieruchomienia chorego w łóżku i sposoby zapobiegania.

Powikłania te przedstawiono za pomocą tabeli złożonej z trzech kolumn. W pierwszej kolumnie umieszczono realne zagrożenia, wynikające z unieruchomienia, w drugiej podano co trzeba robić, aby zapobiegać tym zagrożeniom, natomiast trzecia kolumna zawiera konkretne działania i zabiegi, które warto podjąć, by zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań unieruchomienia.

ZAGROŻENIE	CEL OPIEKI	DZIAŁANIA ZAPOBIEGAJĄCE
<b>ODLEŻYNY</b>	Utrzymanie ciągłości skóry	1/ ułożenie na materacu przeciwoodleżynowym, 2/ częsta zmiana ułożenia i stosowanie środków wspomagających ułożenie (poduszki, kliny), 3/ dbanie o higienę skóry, 4/ masaż miejsc szczególnie narażonych na powstanie odleżyn (okolice kości ogonowej, pięty, łopatki, łokcie, biodra, głowa-okolica kości potylicznej, 5/ natłuszczanie skóry, 6/ odpowiednie nawadnianie chorego.
<b>ZAKRZEPOWE ZAPALENIE ŻYŁ</b>	Utrzymanie dobrego krążenia krwi	1/ lekkie uniesienie kończyn dolnych, 2/stosowanie ćwiczeń biernych w stawach kończyn dolnych, 3/ uciskanie podudzi (krótkotrwały nacisk na „tył” łydki – powtórzony kilkakrotnie).
<b>INFEKCJA DRÓG ODDECHOWYCH</b>	Zapobieganie niedotlenieniu organizmu	1/ zmiana pozycji ciała, 2/ stosowanie oklepywania (dłoń ułożona w tzw. "łódkę"), 3/ wietrzenie pokoju chorego (min. 2 razy dziennie).

<b>ZNIEKSZTAŁCENIA MIĘŚNIOWO-STAWOWE</b>	Niedopuszczenie do powstania przykurczów mięśniowych	1/ fizjologiczne ułożenie kończyn (za pomocą „udogodnień”), 2/ ćwiczenia bierne we wszystkich stawach, 3/ delikatny masaż pobudzający krążenie,
<b>ZAPARCIA</b>	Zapobieganie zaparciom	1/ dieta bogata w błonnik, 2/ podawanie soków owocowych między posiłkami (jabłko, marchew), 3/ podawanie rano, na czczo, 15 g oleju lub parafiny (1 łyżka), 4/ wlewka z gliceryny lub czopek glicerynowy, 5/ ewentualnie wykonanie enemy (lewatywy).
<b>OSTEOPOROZA</b>	Zapobieganie ubytkowi wapnia z kości	1/ wykonywanie ruchów biernych w stawach, uciskanie stawów i kości, 2/ dieta bogata w wapń i białko (o ile nie ma przeciwwskazań).

## ŁÓŻKO CHOREGO

Łóżko jest miejscem, na którym **osoba leżąca** spędza większość lub cały czas w ciągu doby, ale jest to także sprzęt, przy którym pracuje **osoba opiekująca się** chorym. Zatem dla obu wymienionych osób powinno ono być wygodne i bezpieczne. Najzdrowiej – i dla chorego i dla opiekuna - sprawdzają się tzw. łóżka ortopedyczne z elektrycznym zasilaniem. Jest tam możliwość regulowania pilotem zarówno wysokości łóżka (co jest szczególnie ważne ze względu na ochronę kręgosłupa osoby opiekującej się), jak też położenia jego poszczególnych segmentów. Łóżko jest na blokowanych kółkach, co ułatwia dojście do chorego z dwóch stron na czas wykonywania zabiegów higienicznych. Wyposażone jest też w ruchome zastawki uniemożliwiające choremu niekontrolowane wyjście czy wręcz wypadnięcie (takie łóżko można wypożyczyć, lub kupić, starając się o refundację z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych).

Najskuteczniejszy w profilaktyce odleżyn jest materac dynamiczny (ciśnieniowozmienny), refundowany przez NFZ. „Udogodnienia”, o których mowa w tabeli, to rozmaitej wielkości poduszki, podkładki, płócienne woreczki wypełnione np. ziarnem gorczycy itp., pomocne w prawidłowym ułożeniu chorego. Można je kupić w sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym lub zrobić samemu według własnego pomysłu.

## OGÓLNE ZASADY I METODY PODNOSZENIA I PRZEMIESZCZANIA PACJENTÓW

Opieka nad chorym leżącym wiąże się z koniecznością przemieszczania go w obrębie łóżka. Brak wiedzy na temat podstawowych zasad obowiązujących podczas wykonywania tych czynności może skutkować ogromnym przeciążeniem i urazami kręgosłupa u opiekunów, a osoby chore narażać na dyskomfort i ból. Warto więc zapoznać się z nimi:

- ◆ Każda osoba opiekująca się leżącym chorym musi mieć świadomość swoich możliwości fizycznych i poziomu swojej sprawności.
- ◆ Każda osoba podnosząca chorego musi mieć strój niekrępujący ruchów i odpowiednie buty (dobrze trzymające się nogi, na szerokim, niewysokim obcasie i nieślizgającej się podeszwie).
- ◆ Osoba pracująca przy chorym musi pewnie klęczeć lub stać na podłożu i przyjąć właściwą pozycję:
  - a) stopy rozstawione tak, aby można było utrzymać równowagę w czasie wykonywania

- czynności,
- b) kolana – np. przy podnoszeniu z podłogi, w początkowej fazie, lekko ugiąć, ująć chorego w przysiadzie a następnie stopniowo się prostować aż do całkowitego wyprostowania się; jeżeli chorego przemieszczamy na łóżku, kolana powinny być wyprostowane i przyciśnięte do brzegu łóżka,
  - c) ręce – obie muszą być wolne, by można było objąć nimi pacjenta i pewnie go chwycić równomiernie rozkładając ciężar,
  - d) plecy – podczas podnoszenia powinny być wyprostowane, a górna część ciała – ustabilizowana.
- ◆ Podnoszony pacjent musi znajdować się jak najbliżej osoby podnoszącej go, należy unikać pochyleń na boki i skręceń kręgosłupa.

Trudno jest uczyć sposobów przemieszczania pacjentów bez możliwości ich zademonstrowania dlatego zamieszczono tutaj tylko podstawowe zalecane metody.

Podczas przemieszczania pacjenta w obrębie łóżka bardzo pomocna jest metoda „na podkładzie” (lub prześcieradle). Podkład układamy pod pacjentem tak, aby górny jego brzeg był powyżej barków, a dolny poniżej pośladków. Jeśli między podkładem a łóżkiem pacjenta umieścimy jeszcze śliską folię, wówczas wystarczy niewiele siły, by pacjenta przesunąć np. na brzeg łóżka (ślizgiem, chwytając za podkład, przesuwamy po folii; zawsze wykonujemy to ruchem **do siebie**, dlatego tak ważny jest dostęp do pacjenta z różnych stron łóżka). Przemieszczanie pacjenta na podkładzie lub prześcieradle powoduje, że tarcie przy przesuwaniu odbywa się wyłącznie między przesuwanym podkładem (prześcieradłem) a pościelą pod nim, a nie między skórą pacjenta a materiałem, co chroni skórę przed przypadkowym jej uszkodzeniem.

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

**UWAGA!** U osób starych występują często zmiany zwyrodnieniowe stawów barkowych i biodrowych. Wówczas kładziemy pacjenta na boku na tyle, na ile pozwala ból sygnalizowany przez pacjenta, lub o którym wiemy, że może się pojawić.

Opisane powyżej czynności wykorzystujemy podczas zmiany bielizny pościelowej, a także podczas wykonywania zabiegów higienicznych i pielęgnacyjnych.

## **ŻYWIENIE OSOBY LEŻĄCEJ**

Posiłki chorego leżącego powinny być lekkostrawne, apetyczne, podawane w regularnych odstępach czasu, 4 -5 razy w ciągu dnia. Należy unikać potraw zalegających w żołądku, wzdymających, ostro przyprawionych, używek czy marynat. Sposoby przyrządzania potraw, to gotowanie w wodzie lub na parze oraz pieczenie bez tłuszczu. Pamiętajmy, że perystaltyka osoby unieruchomionej jest znacznie słabsza i wymaga diety lekkostrawnej, a to oznacza, że opiekun także odżywia się dietetycznie lub ..... prowadzi dwie różne „kuchnie”.

W żywieniu pacjenta z odleżynami trzeba pamiętać o zwiększonej podaży białka, koniecznego dla szybszej regeneracji uszkodzonej tkanki. W założeniu taka dieta powinna zawierać 1,5 -2,0g białka zwierzęcego na 1 kg masy ciała, na dobę (o ile nie ma przeciwwskazań).

Przygotowując posiłki należy uwzględnić stan uzębienia pacjenta i w miarę potrzeby podawać pokarm rozdrobniony lub zmiksowany.

Zapotrzebowanie osoby leżącej na płyny wynosi średnio 2,5 litra na dobę. Przy założeniu, że pokarmy stałe z codziennej diety zawierają 1 litr płynów, pozostałe 1,5 litra chory powinien przyjąć w postaci płynnej. U osób z zaburzeniami połykania (takich, które łatwo krztuszą się) można zamiast ziół, herbaty czy soku podawać kisiele, galaretki, jogurty, odpowiednio obliczając objętość zawartego w nich płynu. Takie osoby należy karmić i poić ze szczególną ostrożnością, w miarę możliwości w pozycji siedzącej lub półsiedzącej, z głową nieco przygiętą do klatki piersiowej, aby zmniejszyć ryzyko zachłyśnięcia się.

Warto pamiętać, że zapotrzebowanie na płyny zmienia się pod wpływem różnych czynników. Gdy osoba chora gorączkuje, to na każdy jeden stopień powyżej normalnej temperatury, utrzymującej się przez 24 godziny, należy podać o 0,5 litra płynów więcej. Podobnie wzrasta zapotrzebowanie na płyny w czasie upału; gdy temperatura przekracza 25 stopni Celsjusza należy zwiększyć podaż płynów.

Coraz częściej opiekunowie zgłaszają problemy z karmieniem osób chorych, które nie potrafią już jeść, nie otwierają jamy ustnej, nie reagują na próbę włożenia łyżki z pokarmem do ust. Wielu opiekunów wypracowało metodę karmienia strzykawką – żanetą. Jest to duża strzykawka (100 – 150ml), której końcówka jest na tyle długa, że można ją wsunąć do wnętrza jamy ustnej i delikatnie, z wyczuciem, przesuwając tłok, wprowadzać pokarm. Trzeba wówczas uważnie obserwować reakcję chorego i - jeśli nie ma wyraźnych odruchów przyjmowania pokarmu – zaniechać działania, a wprowadzony pokarm usunąć z ust chorego. (Najbezpieczniej jest w takich przypadkach zacząć karmienie od próby podania ½ łyżeczki wody).

Gdy chory przestaje jeść wówczas przed opiekunem staje trudna decyzja i poszukanie odpowiedzi na pytanie: co dalej?...

## **TOWARZYSZENIE AŻ DO KOŃCA**

Sprawowanie opieki nad osobą przewlekle chorą oznacza nie tylko dbanie o sferę biologiczną, wykonywanie różnych zabiegów, ale też zwyczajne **bycie z chorym**. Nawet wtedy, gdy już dawno nie ma z chorym werbalnego kontaktu, gdy mamy wrażenie, że nie rozumie on treści wypowiedzianych przez nas słów, mamy prawo sądzić, że zachowany został kontakt emocjonalny i warto trwać w tym kontakcie na tyle, na ile jest to możliwe.

Szukajmy innych, pozawerbalnych sposobów komunikowania się z osobą chorą, ale nie przestawajmy też mówić do niego. Ciepłym tonem głosu, przyjaznym dotykiem, naszą zwykłą obecnością możemy zmniejszyć lęk chorego, zwiększyć jego poczucie bezpieczeństwa, przyczynić się do większego poczucia godności zarówno osoby chorej jak i opiekuna.