

Problemy długoterminowej hospitalizacji i rehabilitacji osób starszych z zaburzeniami poznawczymi

Problems of long-term hospitalization and rehabilitation of the elderly with cognitive deficits

Joanna Szczepańska-Gieracha¹, Joanna Kowalska^{1,2},
Joanna Rymaszewska^{1,3}

¹Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej Wydział Fizjoterapii AWF Wrocław
Kierownik: prof. dr hab. Marek Woźniowski

²Zakład Opiekuńczo-Leczniczy o Profilu Rehabilitacyjnym Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety, ul. Św. Józefa 2-4,
50-329 Wrocław Kierownik: S. Samuela Sabina Chrostek

³Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej, Katedra i Klinika Psychiatrii AM Wrocław

Key words: elderly, disability, cognitive impairment, nursing home
Słowa kluczowe: osoby starsze, niepełnosprawność, zaburzenia poznawcze, domy opieki

Streszczenie

W artykule poddano analizie wybrane aspekty hospitalizacji i rehabilitacji osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych. Przedstawiono podstawowe problemy pojawiające się w placówkach świadczących medyczną opiekę długoterminową oraz zaproponowano konkretne rozwiązania. Informacje te pozwalają lepiej zrozumieć i interpretować zachowanie pacjenta, ułatwiają komunikowanie się z nim, pozwalają dostosować proces fizjoterapii do możliwości poznawczych seniora oraz zmniejszają natężenie negatywnych emocji ze strony opiekunów i terapeutów. Podwyższanie standardów pracy ośrodków opieki i rehabilitacji osób w podeszłym wieku ma kluczowe znaczenie dla jakości życia pacjentów, ich bliskich i samych pracowników służby zdrowia.

Abstract

The key issues of long-term hospitalisation and rehabilitation of old patients with cognitive impairment are analysed in the article. Basic problems in nursing homes and other long-term medical care centres were presented and concrete solutions were proposed. Such information allows to better understand and interprets the patient's behaviour, simplify the communication, permit adjustment of physiotherapy process to cognitive functions of the elderly and reduces the severity of negative emotions from carers

Adres do korespondencji:

Joanna Szczepańska-Gieracha
Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej,
Wydział Fizjoterapii AWF Wrocław,
al. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław
Tel. +48713473519, Fax. +48713473081, e-mail: joanna.szczepanska@awf.wroc.pl

and professionals. Improving standards in rehabilitation centres for the elderly is the key issue for quality of life of the patients, relatives and medical professionals by themselves..

Wstęp

Z uwagi na postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa narasta konieczność świadczenia długoterminowej opieki instytucjonalnej nad szczególną grupą starszych pacjentów, jaką stanowią osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych (CI- cognitive impairment). Choć dane epidemiologiczne wskazują, że na zespoły otępienie cierpi ok. 10% ogólnej populacji osób starszych [1], to problem deficytów poznawczych wśród pacjentów placówek świadczących opiekę długoterminową (Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, Zakłady Opiekuńczo-Pielęgnacyjne, Domy Opieki Społecznej) jest znacznie bardziej rozpowszechniony. W Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL) ponad 60% pensjonariuszy wykazuje zaburzenia funkcji poznawczych (MMSE<24) [2,3]. W Domach Opieki Społecznej (DPS) nawet 60-80% [1].

Pacjenci z CI to szczególna grupa osób, która przebywa w placówkach opieki długoterminowej zazwyczaj z innego powodu niż deficyty kognitywne. W ZOL najczęściej leczeni i usprawniani są pacjenci po przebyłym udarze mózgu (ok. 50%) lub z urazami ortopedycznym (ok.35%) [2]. Dlatego też dokumentacja medyczna zawiera przede wszystkim informacje dotyczące głównej jednostki chorobowej będącej podstawową przyczyną rehabilitacji. Demencja jest w tym przypadku problemem współistniejącym, często nierozpoznanym, który jednak bardzo utrudnia opiekę i rehabilitację. Bez względu na kliniczną przyczynę zaburzeń (choroba Alzheimera, otępienie o podłożu naczyniowym czy też inne rodzaje otępień) zawsze występowanie deficytów kognitywnych komplikuje przebieg hospitalizacji. Osoby otępiałe osiągają gorsze wyniki fizjoterapii zarówno krótko jak i długoterminowej [4-6] i częściej niż ich sprawni intelektualnie równolatki są wypisywani z oddziału rehabilitacyjnego do innego szpitala na dalsze leczenie lub do domu opieki [7,8]. Z uwagi na nieadekwatne ocenianie sytuacji (podejmowanie tzw. ryzykownych działań) oraz specyficzne zaburzenia równowagi [9,10] pacjenci z CI w większym stopniu narażeni są na upadki i urazy wewnątrzszpitalne. Uważa się nawet, że niski wynik testu Mini Mental State Examination (MMSE) koreluje z większym ryzykiem zgonu wewnątrzszpitalnego [11,12].

W świetle powyższych doniesień standardowe wykonywanie w geriatrycznych oddziałach opieki długoterminowej testów wykrywających deficyty poznawcze jest uzasadnione i potrzebne. Heruti (2002) podkreśla z naciskiem: "the time, cost and effort involved in performing a cognitive test are negligible, and the potential benefits are considerable" [5]. Badania przesiewowe przeprowadzone z wykorzystaniem np. Mini Mental State Examination (MMSE) lub innych dostępnych skal [13] umożliwią wskazanie już na wczesnym etapie hospitalizacji pacjentów wymagających szczególnej opieki oraz wdrożenia zmodyfikowanych programów usprawniania uwzględniających ich ograniczone możliwości i specyficzne potrzeby.

Znajomość stanu intelektualnego pacjenta to bardzo ważna kwestia także z punktu widzenia stosunku personelu medycznego do pensjonariuszy ZOL. Ustalono, że pacjenci otępiali budzą częściej negatywne emocje personelu (zniecierpliwienie, irytację, niechęć) [2] co ma swoje konsekwencje dla jakości opieki i przebiegu procesu usprawniania oraz z pewnością wpływa negatywnie na samopoczucie i jakość życia hospitalizowanych osób starszych. Todd i Watts (2005) udowodnili, że stosunek do podopiecznego jest kształtowany poprzez wiedzę na jego temat. Przeprowadzony przez nich eksperyment oparty był na modelu atrybucji Weinerja, który zakłada, że każde zachowanie człowieka jest postrzegane przez innych jako niekontrolowane, bądź pozostające pod jego kontrolą. Wyniki wykazały, że personel opiekujący się osobami z CI miał bardziej pozytywne nastawienie i gotowość do pomocy, jeśli kłopotliwe zachowanie pacjenta, takie jak np. fizyczna agresja czy bezcelowa aktywność ruchowa, było interpretowane jako niekontrolowane (objaw choroby). Natomiast negatywne emocje w stosunku do podopiecznych pojawiały się zwłaszcza wtedy, gdy pracownicy twierdzili, że denerwujące zachowania były pod świadomą kontrolą pacjentów [14].

Badania własne także potwierdzają tę tezę. Po przeprowadzeniu w oddziale opieki długoterminowej szkolenia z zakresu zaburzeń psychicznych wieku podeszłego przekonaliśmy się, że nasilenie negatywnych emocji wobec pacjentów wyraźnie spadło, zmienił się stosunek kadry medycznej do pensjonariuszy, a także zmalało poczucie przeciążenia psychicznego [15]. Dlatego też celem obecnej publikacji jest analiza wybranych aspektów hospitalizacji i rehabilitacji osób z CI. Zostaną tu omówione podstawowe problemy pojawiające się w placówkach geriatrycznej opieki długoterminowej oraz zaproponowane konkretne rozwiązania niektórych trudnych sytuacji. Praca niniejsza jest skierowana przede wszystkim do personelu medycznego, który wypełniając swe obowiązki musi nawiązać aktywną współpracę z pacjentem (fizjoterapeuci, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, opiekunki). Efekty pracy wymienionych grup zawodowych zależą w dużej mierze od wzajemnej relacji z pacjentem i jakości zawartego przymierza terapeutycznego. Ponadto dla osoby starszej, która przez wiele tygodni, a nawet miesięcy przebywa w izolacji od swoich bliskich kontakt z pracownikami ośrodka decyduje o jakości życia, determinuje jego stosunek do choroby i niepełnosprawności, może być bardzo ważnym czynnikiem w procesie leczenia i usprawniania.

Pierwszoplanowa kwestia to rozpoznanie wśród swoich podopiecznych osób z zaburzeniami poznawczymi. Jak wspomniano we wstępie, demencja często pozostaje niezdiagnozowana. Z badań własnych prowadzonych w populacji pensjonariuszy ZOL wynika, że tylko w przypadku 15% pacjentów w dokumentacji medycznej znalazł się zapis sugerujący obecność CI (zazwyczaj jako zespół psychoorganiczny, zespół otępienny itp.). Wyniki badań przesiewowych pokazały, że prawie połowa pensjonariuszy uzyskała wynik MMSE poniżej 19 punktów wskazujący na obecność poważnych zaburzeń kognitywnych (średniozaawansowane i głębokie otępienie) [16]. Oczywiście bez przeprowadzenia pełnej diagnostyki klinicznej, zgodnej z kryteriami ICD-10, uzyskane dane są jedynie odzwierciedleniem ogólnego stanu funkcji poznawczych w momencie przyjęcia pacjenta na oddział i nie mają charakteru diagnozy medycznej. Jednak fakt ten pokazuje, że rozpowszechnienie zaburzeń poznawczych u pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej, jest znacznie większe niż wynika to z dostępnej dokumentacji medycznej.

Jeśli na oddziale nie wykonuje się standardowo badań funkcji poznawczych, to znajomość podstawowych zagadnień z obszaru psychopatologii otępień pomaga personelowi wychwycić niepokojące objawy i (jeśli to możliwe) skierować pacjenta na dodatkową konsultację psychiatryczną /psychologiczną.

Podczas rutynowego kontaktu z podopiecznym często umykają naszej uwadze bardzo istotne objawy z zakresu zaburzeń językowych, ponieważ podstawowe zdolności komunikacyjne (naprzemienne przyjmowanie roli mówcy i słuchacza) długo zostają zachowane nawet u osób z zaawansowanym otępieniem¹. Natomiast obserwuje się różnice jakościowe w porównaniu do wypowiedzi osób starszych bez CI. Zaburzeniu ulega spójność i zgodność dyskursu. Dostrzega się brak zwięzłości i opuszczanie całych elementów zdań, co daje poczucie dezorganizacji i utrudnia śledzenie toku wypowiedzi. Mowa osób z CI jest chaotyczna, mało informacyjna, czasem określana jako pusta [17]. Ma to związek z zaburzeniami pamięci semantycznej. Jest to rodzaj pamięci długotrwałej odpowiedzialnej za poprawne identyfikowanie i nazywanie obiektów, fluencję słowną, generowanie skojarzeń słownych, a także za rozumienie i produkcję mowy pisanej i mówionej. Charakterystyczne jest to, że podczas dialogu z pacjentem, częściej niż w przypadku zdrowych starszych osób, następuje zmiana ról mówcy i słuchacza. Osoba prowadząca wywiad musi zadać znacznie więcej pytań, aby uzyskać wyczerpującą odpowiedź lub naprowadzić pacjenta na odpowiedni tor wypowiedzi. Często ma się wrażenie, że podopieczny odpowiada na pytanie używając dokładnie tych samych słów, które użył rozmówca.

W trosce o zwięzłość pracy, poniżej zostaną dokładniej omówione tylko te rodzaje zaburzeń językowych, które łatwo zidentyfikować podczas codziennego kontaktu z pensjonariuszem placówki geriatrycznej. Jednym z takich objawów są perseweracje werbalne. Są to nieadekwatne, wtrącane mimowolnie powtórzenia poprzednich wypowiedzi (może to być fraza, słowo, dźwięk lub sylaba), które występują albo bezpośrednio po albo w pewnym odstępie czasu od oryginalnej wypowiedzi. Do tej pory nie udało się potwierdzić związku perseweracji z uszkodzeniem określonej struktury centralnego układu nerwowego. Występują zarówno w demencji, epilepsji, schizofrenii, udarach a nawet depresji [17]. Nie odnotowano różnic jeśli chodzi o częstość pojawiania się i rodzaj perseweracji w różnych etiologicznie typach demencji, ale potwierdzono zależność od stopnia zaawansowania choroby. Najczęstszym

typem perseweracji u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi są powtórzenia myśli po pojawieniu się odpowiedzi [18].

Kolejny rodzaj zaburzeń językowych, który pojawia się niezależnie od etiologii otępienia i nasila w miarę postępu choroby to problemy w poprawnym nazywaniu przedmiotów, aż do całkowitej bezradności w tym zakresie (np. na 70 prezentowanych przedmiotów prawidłowo udaje się nazwać 1-2). W początkowej fazie choroby wadliwe odpowiedzi mają najczęściej charakter synonimicznych skojarzeń („koc” zamiast „kołdra”) albo nadawania nazwy bardziej ogólnej kategorii („ubranie” zamiast „sweater”), rzadziej występują błędne nazwy jedynie fonetycznie podobne do bodźca („kos” zamiast „koc”). Im głębsze otępienie, tym większe ryzyko, że błąd nie będzie w żaden sposób semantycznie powiązany z bodźcem [19]. Ważny jest fakt, że zaburzeń nazywania praktycznie nie obserwuje się u zdrowych starszych osób, dlatego obecność tego typu deficytów mowy może być istotnym wskaźnikiem wczesnej fazy demencji [17].

W zwykłej rozmowie prowadzonej z rodziną lub personelem medycznym zaburzenia nazywania manifestują się najczęściej poprzez trudności pacjenta ze „znalezieniem” odpowiedniego słowa. Niekiedy podopieczny próbuje pokazać na migi o co chodzi lub wskazać przedmiot rozmowy. Najczęściej rozmówca domyśla się z kontekstu wypowiedzi o co chodzi i podpowiada pacjentowi właściwy wyraz. Często niemożność „znalezienia” odpowiedniego słowa powoduje, że chory traci wątek i zmienia temat. Z czasem dochodzi do wyraźnego zubożenia słownictwa, co bardzo ogranicza zdolność pacjenta do tworzenia rozbudowanych wypowiedzi na konkretny temat. Charakterystyczne jest to, że najszybciej zanikają słowa o tzw. niskiej frekwencji (rzadko pojawiające się w codziennych rozmowach). Większość badaczy jest zgodnych co do tezy, że trudności w nazywaniu przedmiotów nie są wynikiem zaburzeń percepcji wzrokowej. Potwierdzeniem tej opinii jest fakt, że pacjent nie potrafi już nazwać prezentowanego przedmiotu, ale jest w stanie zademonstrować jego funkcję, a kiedy podaje się nazwę obiektu, to potrafi go wskazać spośród innych rzeczy [19].

W odróżnieniu od nazywania przedmiotów rozumienie mowy pozostaje długo niezaburzone. W obszarze czynności dnia codziennego nawet osoby z zaawansowaną demencją rozumieją i wykonują poprawnie proste polecenia. Ważne aby w komunikacji z chorym przestrzegać paru podstawowych zasad. Należy pamiętać, że w pierwszej kolejności pacjent traci zdolność rozumienia słów rzadko używanych. Dlatego też trzeba odpowiednio dostosować słownictwo, np. unikać terminologii medycznej lub technicznej. Ponadto z uwagi na problemy z pamięcią krótkoterminową, wydane polecenie nie może składać się z sekwencji kilku zadań do wykonania. Obowiązuje tu zasada „step by step”. Wydaję jedno polecenie, czekam na jego poprawne wykonanie, dopiero wtedy pada następna komenda. Często jednak w bardziej skomplikowanych sytuacjach (np. podczas usprawniania ruchowego lub w ramach terapii zajęciowej) opis słowny nie wystarcza i trzeba po prostu zademonstrować, co podopieczny ma wykonać. Nadmiar dodatkowych bodźców (hałas, grające radio, rozmowy innych pacjentów) podczas pracy z podopiecznym także wpływają negatywnie na możliwości koncentracji uwagi i współpracę z personelem. Dlatego należy wyeliminować, na ile to możliwe, wszelkie zakłócające czynniki.

Dostosowanie wypowiedzi do ograniczonych możliwości percepcyjnych chorego ułatwia nawiązanie współpracy, pozwala w jak największym stopniu angażować podopiecznego np. w wykonywanie czynności dnia codziennego (samodzielne ubieranie/rozbieranie, proste czynności higieniczne, spożywanie posiłków itp.). Jest to niezwykle ważna kwestia, która powinna być stale podnoszona przy okazji omawiania problemów opieki długoterminowej nad osobami z CI. Zaniechanie samodzielnego wykonywania tych czynności podczas hospitalizacji powoduje zazwyczaj utratę zdolności ich wykonywania. Po powrocie do domu starsza osoba jest całkowicie bezradna i nawet w najprostszych czynnościach skazana na pomoc osób trzecich, co stanowi także ogromne obciążenie dla jej opiekunów. Poza tym zachowanie podstawowych umiejętności samoobsługowych w trakcie pobytu pacjenta w ZOL pomaga podtrzymać poczucie własnej wartości i godności, stanowi formę usprawniania fizycznego, a także jest metodą na odciążenie personelu medycznego.

Trzeba jednak pamiętać, że aktywność, która może być niebezpieczna dla chorego (np. samodzielne przesiadanie się z wózka inwalidzkiego na łóżko lub toaletę, korzystanie z natrysku) musi odbywać się pod nadzorem pracownika. Deficyty poznawcze utrudniają prawidłową ocenę sytuacji i są przyczyną podejmowania nieracjonalnych decyzji, które mogą doprowadzić do niebezpiecznego wypadku. Na pewnym etapie choroby pacjent nie zdaje sobie już sprawy, że mokra podłoga może być śliska, a wózek inwalidzki, jeśli nie ma zablokowanych kół, po prostu odjedzie przy próbie przesiadania się na niego np. z łóżka lub toalety. Nakłanianie podopiecznego do samodzielnego wykonywania tego typu czynności jest błędem. Chodzi raczej o to, aby w wykonywaniu codziennych czynności pacjent umiał współpracować z opiekunem, by później, w warunkach domowych do sprawowania opieki wystarczała obecność jednej osoby.

W tym miejscu wypływa kolejna ważna kwestia dotycząca pacjentów z CI. Podczas pobytu w ZOL warto zaprosić rodzinę chorego do wspólnego z personelem wykonywania niektórych czynności pielęgnacyjnych. W Polsce takie postępowanie nadal należy do rzadkości. Pracownicy placówek medycznych nie traktują rodziny w kategoriach sprzymierzeńca w opiece nad pacjentem, ale raczej jak intruza na własnym terenie. Wyznacza się zalecane pory wizyt, zazwyczaj wtedy, kiedy wszystkie czynności pielęgnacyjne i rehabilitacyjne są już wykonane. Warto przynajmniej w końcowym okresie hospitalizacji zaprosić rodzinę na oddział w porze, gdy pracownicy poszczególnych profesji są dostępni i mogą zaprezentować, w jaki sposób np. zmienić pieluchomajtki (jeśli są konieczne), czy też pomóc choremu przy ubieraniu się, kąpieli, poruszaniu. Fizjoterapeuci powinni przedstawić podstawowy zestaw ćwiczeń usprawniających, który pacjent wraz z opiekunem może wykonywać w domu, w celu podtrzymywania sprawności fizycznej. Powinni także z odpowiednim wyprzedzeniem zapoznać rodzinę z koniecznością zakupu określonego sprzętu ortopedycznego, czy też urządzeń ułatwiających sprawowanie opieki domowej nad tego typu osobą.

Wybór sprzętu ortopedycznego spośród bardzo bogatej oferty dostępnej obecnie w sprzedaży, to osobne zagadnienie. Biorąc pod uwagę postępujący proces otępienny należy założyć, że po wyjściu z ośrodka rehabilitacyjnego, pomimo uzyskanej poprawy sprawności funkcjonalnej, chory będzie jednak potrzebował stałej opieki osób trzecich. Dlatego też należy odpowiednio sformułować cele fizjoterapii. W porozumieniu z opiekunem trzeba ustalić, jaki zakres sprawności będzie podopiecznemu najbardziej potrzebny. W przypadku, gdy w budynku, w którym mieszka chory nie ma windy, dla rodziny bardzo ważna jest nauka i doskonalenie chodzenia po schodach, tak, aby nie trzeba było każdorazowo znosić i wnosić chorego po schodach. W przypadku, gdy w mieszkaniu nie ma kabiny prysznicowej, ważna jest umiejętność bezpiecznego korzystania z wanny itp. Wybór określonego rodzaju sprzętu ortopedycznego musi uwzględniać zarówno warunki, w których będzie mieszkał pacjent jak i jego ograniczenia kognitywne. Bezpieczniej będzie nauczyć seniora przemieszczania się z jedną kulą, a nie z dwoma, którymi należy poruszać naprzemiennie. Tego typu złożone koordynacyjnie czynności z czasem stają się zbyt trudne dla osób z CI i mogą być przyczyną upadków. Balkonik daje większą stabilizację niż kule i trudniej się o niego potknąć. Lepiej wybrać wersję bez kótek, jest bardziej stabilna i prostsza w obsłudze. Trzeba także upewnić się, czy wybrany model swobodnie mieści się w każdych drzwiach w obrębie mieszkania. W związku z nieprzewidywalnym zachowaniem pacjenta warto zadbać, aby w domu miał łóżko z bocznymi barierkami zabezpieczającymi przed upadkiem na podłogę w momentach nocnego pobudzenia i splątania. W ciągu dnia należy rozważyć zastosowanie specjalnej kamizelki (kaftana) zabezpieczającego przed wypadnięciem z wózka inwalidzkiego lub z fotela. Można by jeszcze długo mnożyć podobne przykłady, ale lepiej jeszcze raz powtórzyć i podkreślić ogólną zasadę – przy opracowywaniu celów fizjoterapii oraz doborze pomocy ortopedycznych oprócz dysfunkcji ruchowych pacjenta należy brać pod uwagę współwystępowanie deficytów poznawczych oraz warunki mieszkaniowe i potrzeby jego opiekunów.

Dla opiekunów chorego bardzo ważna jest także pełna informacja dotycząca stanu zdrowia podopiecznego, w tym także jego ograniczeń poznawczych i związanych z nimi problemów psychicznych. Niestety często zdarza się, że pacjent opuszcza oddział z bogatą dokumentacją dotyczącą zdiagnozowanych chorób somatycznych i oczywiście listą leków, które powinien zażywać, ale rodzina nie dowiaduje się ani słowa o problemie zaburzeń poznawczych. Dzięki prowadzonej rehabilitacji pod względem ruchowym pacjent może być w bardzo dobrej kondycji fizycznej i sprawiać wrażenie zupełnie samodzielnego,

ale w wyniku rozwijającego się otępienia w żadnym wypadku nie powinien np. mieszkać samodzielnie. To może być ogromne zaskoczenie dla bliskich, którzy zazwyczaj potrzebują trochę czasu, aby zorganizować mu odpowiednią opiekę (wynająć opiekunkę, zorganizować przeprowadzkę itp.). Dlatego określone informacje trzeba przekazać możliwie szybko, jeszcze w trakcie hospitalizacji. Dzięki nim rodzina ma czas, aby oswoić się z nową sytuacją i zorganizować odpowiednią formę opieki. Im więcej opiekunowie będą wiedzieć na temat objawów otępienia, tym lepiej będą mogli przygotować się do poważnej zmiany.

Podczas rozmowy z rodziną często zapominamy o towarzyszących demencji zaburzeniach zachowania i objawach psychiatrycznych (ZZOP), a to właśnie tego typu objawy uznawane są przez opiekunów za najbardziej uciążliwe. Urojenia i omamy budzą ogromny niepokój. Bliscy nie rozumieją zachowania swojego podopiecznego nie wiedzą jak reagować, często swoim zachowaniem pogarszają sytuację. Dodatkowo warto omówić takie objawy jak labilność emocjonalna, splątanie, lęk, pobudzenie, rozhamowanie, agresja ale także apatia i zupełne wycofanie się chorego z jakiegokolwiek aktywności. Wiedza o ZZOP jest ogólnie znana w środowisku osób profesjonalnie zajmujących się opieką nad osobami z chorobą Alzheimera, ale wiele tych zachowań towarzyszy także otępieniu o podłożu naczyniowym. Zapominamy, że rodziny tych pacjentów zazwyczaj pozostają bez wsparcia, nie posiadają odpowiedniej wiedzy, nie wiedzą także gdzie jej szukać. Obecnie najbardziej powszechnym źródłem informacji jest oczywiście Internet. Rodziny osób z chorobą Alzheimera bez trudu mogą znaleźć wyczerpujące informacje dotyczące zarówno psychopatologii tej choroby jak i różnych aspektów opieki nad pacjentem. Odpowiednie strony internetowe przygotowane są tak, aby osoby bez wykształcenia medycznego mogły je bez trudu zrozumieć (np. www.alzheimer.pl). Dużym wsparciem są także Stowarzyszenia Rodzin Osób Chorujących na Chorobę Alzheimera. Warto podpowiedzieć opiekunom pacjentów z rozpoznaniem otępieniem, że bez względu na etiologię choroby oni także mogą czerpać informacje z tych źródeł, ponieważ wiele problemów dotyczących codziennej opieki jest bardzo podobna.

Pozostając w temacie ZZOP trzeba przyznać, że także w przypadku kadry medycznej obecność tych objawów stanowi ogromne obciążenie, często komplikując pracę z podopiecznym, niekiedy nawet ją uniemożliwiając. Lekarze z racji specyfiki ich kontaktu z pacjentem są stosunkowo mało obciążeni pod tym względem. Natomiast pielęgniarki, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi najlepsze efekty swojej pracy uzyskują pod warunkiem nawiązania współpracy z chorym. Pielęgniarki będzie bardzo trudno zmienić opatrunek pacjentowi w stanie pobudzenia psychoruchowego. Niemal niemożliwym staje się wykonanie przez fizjoterapeutę podstawowych nawet ćwiczeń usprawniających, jeśli chory jest agresywny, nie daje się dotknąć i unika jakiegokolwiek kontaktu fizycznego lub traci zaufanie do opiekuna ze względu na pojawiające się objawy psychiatryczne takie jak omamy i urojenia. Przy bardzo nasilonych objawach ZZOP niezbędne jest farmakologiczne wyciszenie chorego, jednak zbyt duża sedacja z kolei uniemożliwia aktywny udział pacjenta w procesie usprawniania, co ogranicza fizjoterapię do wykonywania ćwiczeń biernych. Jest to z pewnością zbyt mało, aby osiągnąć pożądane rezultaty rehabilitacji. Dlatego dąży się do tego, aby leki psychoaktywne o działaniu sedacyjnym stosować czasowo, tak dostosowując dawki tak, aby pacjent jednak mógł czynnie uczestniczyć w zabiegach usprawniających. W przypadku podania takich leków w nocy (co często się dzieje z uwagi na tzw. objaw zachodzącego słońca - pobudzenie i bezcelową aktywność ruchową pojawiające się w godzinach wieczornych i nocnych) najlepiej czynności pielęgnacyjne (mycie chorego, zmiana opatrunku itp.) wykonać z samego rana, kiedy leki jeszcze silnie działają. Natomiast te zabiegi, gdzie potrzebna jest aktywna współpraca z seniorem, należy przesunąć na późniejszą porę dnia, gdy wpływ leków psychoaktywnych słabnie.

Poza farmakoterapią niebagatelny wpływ na zachowanie chorego ma postępowanie personelu medycznego. Jeżeli działania pielęgniarki czy rehabilitanta powodują ból, nie można oczekiwać, że podopieczny to zaakceptuje i będzie spokojnie poddawał się bolesnym czynnościom. W takim wypadku tłumaczenie pacjentowi, że określone zabiegi są konieczne dla jego zdrowia zazwyczaj nie przynosi pożądanego efektu. Ból jest tak silnym, negatywnym bodźcem dla osoby otępiełej, że z pewnością dobrowolnie nie pozwoli na kontynuowanie bolesnych zabiegów. Gdy pacjent czuje się zagrożony to próbuje się bronić i może być agresywny w stosunku do personelu (odepchnąć, uderzyć, podrapać, kopnąć itp.). Należy pamiętać, że najczęściej jest to tylko obrona przed zagrażającą sytuacją, a nie świadomy, zaplanowany atak. W tego typu sytuacjach najgorszym doradcą jest pośpiech, gdy zapracowany personel

chce szybko wykonać swoje obowiązki to niestety prowokuje agresywne zachowanie podopiecznego. Gdy podobne sytuacje powtarzają się, chory czuje się niepewnie, jest pobudzony i nieufny przy każdym kontakcie z pracownikami placówki.

Aby zminimalizować możliwość niebezpiecznych zachowań trzeba założyć, że w zetknięciu z osobą otępiłą potrzebujemy na wykonanie codziennych obowiązków znacznie więcej czasu niż zakładają standardy. Wszystkie czynności należy wykonywać niezwykle ostrożnie, zaczynając od tych niebolesnych, powoli oswajając chorego ze swoją osobą. Nieocenioną rolę w przypadku niespokojnych, pobudzonych pacjentów pełni delikatny masaż. Jest doskonałym sposobem na wyciszenie chorego, zredukowanie napięcia, nawiązanie kontaktu i budowę wzajemnego zaufania [21]. Czasami zachodzi konieczność zamiany niektórych zabiegów z zakresu fizykoterapii na inne o podobnym działaniu, lepiej tolerowane. Często osoby z demencją nie akceptują elektrostymulacji, krioterapii, inhalacji- szczególnie, gdy na twarz zakładana jest maska. Pacjenci znacznie lepiej znoszą inhalacje jeśli sami mogą trzymać przy ustach dyszę aparatu.

Innym objawem ZZOP, który warto omówić szerzej jest wspomniany już wcześniej zespół zachodzącego słońca. W większości placówek świadczących opiekę długoterminową, w godzinach nocnych skład personelu jest bardzo ograniczony. Zazwyczaj jest to jedna pielęgniarka na cały oddział. Niestety nader często właśnie wtedy pacjenci są w najgorszej kondycji psychicznej. Pojawia się zagrażająca choremu bezcelowa aktywność ruchowa. Niekiedy podopieczni przewracają kroplówki, próbują wyrwać założone wenflony, usunąć sobie cewnik itp. W wyniku pobudzenia, splątania i niepokoju chory chce wstać z łóżka, krzyczy, wzywa pomocy. Oprócz doraźnie stosowanych środków farmakologicznych, które w takich wypadkach są pomocne, można nieco zmniejszyć obciążenie personelu poprzez zorganizowanie tzw. sal ścisłego nadzoru. Sala taka powinna znajdować się jak najbliżej dyżurki pielęgniarek, tak aby przy każdym niemal wyjściu z dyżurki pracownik mógł sprawdzić, co się dzieje z chorymi. Powinni tam przebywać pacjenci z nasilonymi objawami ZZOP. Takie rozwiązanie niesie szereg korzyści. Po pierwsze pielęgniarka nie musi (szczególnie w nocy, gdy pracuje sama), biegać po całym oddziale do krzyczących i pobudzonych pacjentów. Po drugie, często kontroluje, co robią podopieczni i może w porę zapobiec nieszczęśliwemu wypadkowi (np. gdy chory próbuje samodzielnie wydostać się z łóżka). Po trzecie udaje się zazwyczaj zmniejszyć ilość doraźnie podawanych środków psychoaktywnych. Po czwarte otępieli pacjenci znacznie mniej przeszkadzają sobie nawzajem niż zdrowym (pod względem poznawczym) starszym osobom, które obudzone w środku nocy zazwyczaj nie mogą zasnąć aż do rana. Poza tym seniorzy z reguły źle znoszą trudne, niezrozumiałe dla siebie zachowania innych pensjonariuszy.

W Polsce niestety ciągle brakuje odpowiedniej liczby ośrodków przeznaczonych wyłącznie do opieki nad osobami z CI. W takich placówkach zatrudnia się znacznie więcej osób tzw. personelu pomocniczego, przede wszystkim opiekunów, którzy towarzyszą chorym podczas dnia i nocy. Jeśli pacjent nie może spać i nie jest w stanie wyleżeć w łóżku, nie zmusza się go do tego. Dostępne są specjalne sale, gdzie przez całą dobę pensjonariusz może być aktywny - oglądać telewizję, napić się czegoś, zjeść drobny posiłek, pobyć w towarzystwie innych osób. Rytm życia takiego ośrodka wyznaczają pacjenci i ich aktualne potrzeby, a nie utarte schematy organizacyjne ośrodka. W realiach polskiej służby zdrowia życie na oddziale toczy się do godz. 15.00, w najlepszym wypadku do 18.00, gdy praca odbywa się w systemie zmianowym. Niemniej jednak po kolacji (ok. 17.00 - 18.00) wszyscy niepełnosprawni podopieczni (wymagający pomocy przy rozbieraniu się lub poruszaniu) są już w łóżkach. Nic dziwnego, że niektórzy prześpią się kilka godzin, a potem budzą w środku nocy i nie mogą wytrzymać bezczynnego leżenia.

W trakcie planowania pracy zespołu terapeutycznego musimy brać pod uwagę zwiększoną ilość czasu, która będzie potrzebna w przypadku osób z CI. Mając tą świadomość personel medyczny może wykonywać swe obowiązki spokojnie i bez pośpiechu. Staramy się także nie obciążać nadmiernie jednego z pracowników, a pracę z otępiłymi pacjentami rozdzielać równomiernie w obrębie całego zespołu. Przeciężony pracownik może reagować bardziej nerwowo, szybciej traci cierpliwość, co naraża podopiecznego na niepotrzebny stres i niszczy budowane wcześniej przymierze terapeutyczne. Na barkach kierownika zespołu terapeutycznego spoczywa odpowiedzialność za jakość pracy podwładnych. Jednym z podstawowych zadań jest poszerzanie wiedzy pracowników z zakresu psychopatologii zaburzeń psychicznych wieku podeszłego [15]. Jak już wcześniej wspomniano personel opiekujący się osobami

z CI ma bardziej pozytywne nastawienie i gotowość do pomocy, jeśli kłopotliwe zachowanie pacjenta (np. fizyczna agresja czy bezcelowa aktywność ruchowa) jest interpretowane jako niepodlegający świadomej kontroli objaw choroby [22]. W tym miejscu trzeba zdecydowanie zaznaczyć, że nie wszyscy pracownicy mają predyspozycje do pracy z otępiętymi pacjentami. Niektórzy z uwagi na naturalne umiejętności i określone cechy charakteru doskonale odnajdują się w takiej roli, inni (bez względu na zakres posiadanej wiedzy) nie kontrolują emocji i swoich zachowań. Dlatego konieczna jest uważna obserwacja pracy poszczególnych podwładnych (w dużych ośrodkach nawet video monitoring). Otępiali pacjenci z uwagi na głębokie deficyty kognitywne i bardzo już ograniczone możliwości komunikacyjne, stają się całkowicie bezbronni wobec złego traktowania przez personel medyczny, a przecież nawet głęboko zaburzone osoby doskonale wyczuwają irytację i niechęć opiekunów, cierpią z tego powodu i źle znoszą takie warunki.

Aby dostosować nasze instytucje opiekuńcze do standardów europejskich czy amerykańskich konieczne są oczywiście ogromne nakłady finansowe. Na razie możemy choćby poprzez wprowadzanie drobnych zmian w funkcjonowaniu tego typu placówek dążyć do poprawy jakości świadczonej tam opieki oraz poprawy warunków pracy. Z pewnością jest to ciężka fizycznie i obciążająca psychicznie praca. Z badań własnych wynika, że po przeprowadzeniu odpowiedniego szkolenia poziom negatywnych emocji wyraźnie spada, poprawia się atmosfera pracy i stosunek do podopiecznych [15]. Warunkiem powodzenia takiego szkolenia, oprócz oczywiście przekazania fachowej wiedzy, jest umiejętność okazania szacunku pracownikom tego typu instytucji. Trzeba pamiętać, że w ramach bardzo skromnego wynagrodzenia wykonują oni pracę, która dla rodzin przebywających tam pensjonariuszy okazuje się ponad siły, zarówno w wymiarze fizycznym jak i emocjonalnym. Każdy, kto przez dłuższy okres opiekował się ciężko chorą, niepełnosprawną osobą, wie jak trudne i wyczerpujące jest to zadanie. Trudno mu sprostać pomimo bliskich relacji rodzinnych i więzów emocjonalnych łączących opiekuna z chorym. Możliwość umieszczenia chorego w placówce świadczącej długoterminową opiekę jest ratunkiem dla wielu rodzin, pozwala normalnie funkcjonować, opiekować się dziećmi i pracować.

Podwyższanie standardów pracy w ośrodkach świadczących opiekę nad osobami w podeszłym wieku ma kluczowe znaczenie dla jakości życia przebywających tam pacjentów, ich bliskich i samych pracowników służby zdrowia. W dobie starzenia się społeczeństw i rosnącego zapotrzebowania na tego rodzaju usługi, dbanie o ich jakość staje się warunkiem sine qua non.

¹Celowo użyty został termin otępienie wskazujący na końcowy efekt choroby bez określania, co jest jej przyczyną (choroba Alzheimera, otępienie o podłożu naczyniowym, otępienie o podłożu mieszanym). Neurolingwistyczna analiza różnicowa pomiędzy tymi schorzeniami jest przedmiotem specjalistycznych publikacji z zakresu neuropsychologii, a uzyskane wyniki sprowadzają się do wskazania subtelných różnic widocznych w wybranych testach psychologicznych prowadzonych w warunkach laboratoryjnych. Naszym celem jest wskazanie zaburzeń odróżniających pacjentów z CI od zdrowych osób starszych.

Piśmiennictwo

- [1] **Jóźwiak A** Otępienie u osób w wieku starszym. *Geriatrics* 2008; 2: 237-246.
- [2] **Szczepańska J, Kowalska J, Greń G, Woźniewski M** Stosunek fizjoterapeutów do pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami mentalnymi i behawioralnymi. *Fizjoterapia Polska* 2006;6(3): 216-221.
- [3] **Szczepańska J, Greń G, Woźniewski M** Zaburzenia poznawcze - istotny czynnik utrudniający fizjoterapię osób w podeszłym wieku. *Psychogeriatrics Polska* 2007; 4(1): 7-16.
- [4] **Diamond PT, Felsenthal G, Macciocchi SN, Butler DH, Lally-Cassady D** Effect of cognitive impairment on rehabilitation outcome. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 1996; 75(1): 40-43.

- [5] **Heruti RJ, Lusky A, Dankner R, Ring H, Dolgopiat M, Barell V, Levenkrohn S, Adunsky A** Rehabilitation outcome of elderly patients after first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2002; 83(6): 742-749.
- [6] **Rolland Y, Pillard F, Lauwers-Canes V, Busquere F, Vellas B, Lafont C** Rehabilitation outcome of elderly patients with hip fracture and cognitive impairment. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26(7): 425-431.
- [7] **Beloosesky Y, Grinblat J, Epelboym B, Weiss A, Grosman B, Hendel D** Functional gain of hip fracture patients in different cognitive and functional groups. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16: 321-328.
- [8] **Horgan NF, Cunningham CJ** Impact of cognitive impairment on hip fracture outcome in older people. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2003; 10(5): 228-232.
- [9] **Hauer K, Pfisterer M, Weber C, Wezler N, Kliegel M, Oster P** Cognitive impairment decreases postural control during dual tasks in geriatric patients with a history of severe falls. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51,11, 1638-1644.
- [10] **Chamela-Bilińska D, Szczepańska J, Kuczyński M** Stabilność postawy stojącej u osób z deficytami poznawczymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D* 2005, 60, 16, 1 (50): 222-225.
- [11] **Jóźwiak A, Guzik P, Wysocki H** Niski wynik testu Mini Mental State Examination jako czynnik ryzyka zgonu wewnątrzszpitalnego u starszych chorych z niewydolnością serca. *Psychogeriatrya Polska* 2004; 1(2): 85-94.
- [12] **Ristic DI, Ristic B, Obradovic Z** Cognitive Impairment, Hip Fractures and Risk of Mortality in Elderly. *Psychogeriatrya Polska* 2005; 2(2): 81-88.
- [13] **Kotapka-Minc S** Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnostyce otępienia. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2007; 3(2): 61-68.
- [14] **Todd ST, Watts SC** Staff responses to challenging behaviour shown by people with dementia: An application of an attributional-emotional model of helping behaviour, *Aging and Mental Health* 2005;9(1):71-81.
- [15] **Szczepańska J-Gieracha, Wieprow J, Kowalska J** Stosunek fizjoterapeutów do pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami mentalnymi i behawioralnymi. Ocena skuteczności przeprowadzonego szkolenia. *Psychogeriatrya Polska* 2009; 6(1):23-31
- [16] **Kowalska J, Szczepańska-Gieracha J, Piątek J** Zaburzenia poznawcze i emocjonalne, a długość pobytu osób starszych w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym o Profilu Rehabilitacyjnym. *Psychogeriatrya Polska* 2010; 7(2): 61-70.
- [17] **Marczewska H, Osiejuk E** Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimer'a, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu. Warszawa, Energeia 1994.
- [18] **Bayles KA, Tomoeda CK, Kaszaniak AW, Stern LZ, Eagens KK** Verbal perseveration of dementia patients. *Brain and Language* 1985; 25: 102-116
- [19] **Bayles KA, Tomoeda CK** Confrontation naming impairment in dementia. *Brain and Language* 1983; 19: 98-114.
- [20] **Flicker C, Ferris SH, Crook T, Bartus RT** Implications of memory and language dysfunction in the naming deficit senile dementia. *Brain and Language* 1987; 31: 187-200
- [21] **Nelson D** The power of human touch in Alzheimer's care. *Massage Therapy Journal* 2004; 43(3): 82-91

Reviewed/Zrecenzowano 25.01.2011

Accepted/Zatwierdzono do druku 08.02.2011

Zaproszenie do publikacji

**Redakcja uprzejmie zaprasza
do nadsyłania
pełnotekstowych artykułów oryginalnych
i krótkich doniesień badawczych**
mieszczących się w tematyce czasopisma
wcześniej niepublikowanych
oraz nieprzedłożonych do innych wydawnictw,
celem rozważenia Publikacji w *Psychogeriatrici Polskiej*

Wszystkie przedłożone artykuły
zostaną niezależnie zrecenzowane.

Wydawca Psychogeriatrici Polskiej
Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego
50-119 Wrocław, ul. Nożownicza 4/8
<http://www.fozp.org.pl>
e-mail: fozp@fozp.org.pl