

Spis treści

Wstęp.....	2
1. System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce ..	3
2. Budowanie i zachowanie poprawnej relacji z osobą w starszym wieku	4
3. Dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby starszej	6
4. Zasady opieki w wybranych problemach wieku starszego	8
4.1. Choroby układu krążenia	9
4.2. Choroby neurologiczne/udar mózgu	10
4.3. Cukrzyca.....	11
4.4. Inkontynencja (nietrzymanie moczu)	12
5. Wybrane techniki wsparcia w zakresie pielęgnowania osoby leżącej.....	14
5.1. Indywidualne środki ochrony osobistej w praktyce osoby opiekującej się osobą starszą	14
5.2. Zasady higieny rąk	14
5.3. Zapewnienie higieny osobistej	14
5.4. Zmiana pieluchomajtek	15
6. Techniki wykonywania wybranych podstawowych czynności diagnostycznych w warunkach domowych ...	16
6.1. Pomiar glikemii	16
6.2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	17
7. Zasady udzielania pierwszej pomocy.....	17
Literatura	20

Wstęp

Starzenie się jest kolejnym, nieodwracalnym etapem życia człowieka. Jest to proces charakteryzujący się występowaniem szeregu zmian, które wpływają na codzienne funkcjonowanie osoby starszej. Wynikiem naturalnego starzenia się organizmu są zmiany występujące w trzech płaszczyznach funkcjonowania człowieka: biologicznej (zmiany w budowie i czynnościach poszczególnych narządów), psychologicznej i społecznej. Przebieg tego okresu wśród seniorów jest zróżnicowany w zakresie tempa zachodzących zmian, na co mają wpływ takie czynniki jak: prowadzony styl życia, preferowane zachowania zdrowotne, status społeczno-ekonomiczny, poziom zanieczyszczenia środowiska, dostępność opieki medycznej i inne.

W fizjologicznym („zdrowym”) procesie starzenia się występują m.in. zmiany w składzie ciała (ubytek masy kostnej i mięśniowej), zmienia się wygląd skóry (staje się ona cienka, mało elastyczna, szorstka, sucha, występują zmarszczki), pojawiają się zmiany w funkcjonowaniu narządów zmysłów (zaburzenia widzenia, niedosłuch, pogorszenie rozpoznawania smaków i zapachów). Zmiany w układzie odpornościowym są przyczyną zwiększonej podatności na zakażenia, zmiany w budowie i funkcjonowaniu komórek, tkanek i narządów powodują większą skłonność do zachorowań. Zmiany występujące w układzie nerwowym powodują trudności w skupieniu uwagi i koncentracji. Zmniejszenie aktywności organizmu oraz pogorszenie kontroli homeostazy często są przyczyną zmniejszenia tolerancji wysiłku fizycznego (występuje niesprawność fizyczna) oraz trudności radzenia sobie w otoczeniu. Większość seniorów akceptuje naturalne zmiany wynikające z tego etapu życia. Angażują się w życie rodziny i otoczenia, kontynuują pracę zawodową czy realizują swoje zainteresowania i pasje, na które wcześniej nie mieli czasu. Jednak u części osób w okresie starzenia występuje wiele schorzeń, które z czasem nabierają charakteru przewlekłego i wpływają zarówno na zdolność osób starszych do samoopieki, jak i na jakość ich życia, co wymaga od państwa i społeczeństwa zabezpieczenia tej grupie optymalnych warunków pomocy instytucjonalnej i środowiskowej. Niezwykle ważne jest budowanie w opinii społeczeństwa przekonania, że starość to nie choroba, lecz kolejny, naturalny etap w życiu człowieka, któremu należy zapewnić właściwą, dostosowaną do jego potrzeb opiekę tak, aby „nie dodawać lat do życia, tylko dodawać życia do lat”.

Coraz częściej zdarza się (z powodu wydłużenia długości życia człowieka, rosnącej liczby osób starszych przewlekle chorych), że zwiększa się zapotrzebowanie osób starszych na opiekę ze strony najbliższych lub opiekunów.

Opracowanie ma na celu: uwrażliwienie czytelników na potrzeby i problemy osób w wieku starszym, zwrócenie uwagi na konieczność zapewnienia właściwych relacji interpersonalnych i warunków otoczenia, przybliżenie rodzinom/opiekunom podstawowych zasad dotyczących codziennej opieki i pielęgnowania seniorów, uwrażliwienie na konieczność współpracy z innymi podmiotami świadczącymi opiekę nad osobą starszą. Jest ono skierowane do osób, które aktualnie opiekują się osobami starszymi lub w przyszłości będą realizować takie zadania.

1 System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce



Polityka senioralna jest dużym wyzwaniem dla polskich władz publicznych. W 2018 roku Rada Ministrów przyjęła dokument „*Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*” (M.P. 2018 poz. 1169). W cytowanym dokumencie przyjęto definicję polityki senioralnej rozumianej jako różnorodne działania i inicjatywy organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji ukierunkowane na zapewnienie warunków do jak najdłuższego samodzielnego, bezpiecznego, zdrowego i aktywnego życia oraz godnego starzenia się.

Wśród działań z zakresu polityki senioralnej wymienia się m.in.: zwiększenie dostępności usług medycznych i opiekuńczych dla seniorów i ich rodzin/opiekunów w miejscu zamieszkania, zapewnienie kompleksowego wsparcia niesamodzielnym osobom starszym i ich opiekunów, organizację opieki dziennej dla seniorów, rozwój telemedycyny i teleopieki jako nowoczesnych form monitorowania stanu zdrowia osób starszych, zwiększanie świadomości społeczeństwa na temat starości i starzenia się celem poprawy wizerunku osób starszych. Zgodnie z założeniami polityki senioralnej opiekę nad osobami starszymi powierza się w szczególności rodzinie, państwu, samorządowi terytorialnemu, organizacjom.

W literaturze przedmiotu wyróżniono 4 typy wsparcia społecznego:

- 1) emocjonalne (bliskość, troska, zaufanie, życzliwość, bezpieczeństwo itp.),
- 2) informacyjne (informowanie, uczenie umiejętności, konsultacje, porady itp.),
- 3) instrumentalne (pomoc materialna, rzeczowa, pomoc w rozwiązywaniu trudnych zadań),
- 4) oceniające (wyrażanie opinii, zrozumienie, akceptacja, motywowanie).

Opiekę nad osobami starszymi w Polsce najczęściej sprawują członkowie rodziny. Środowisko domowe jest dla seniorów miejscem wyjątkowym, w którym czują się swobodnie i bezpiecznie. Jest to miejsce, które sprzyja podejmowaniu przez nie działań z zakresu samoopieki i samopielęgnacji przy wsparciu najbliższych. W sytuacji, gdy osoba starsza jest niesamodzielną, pozostawienie jej w środowisku domowym pozwala opiekunom na dostosowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb podopiecznego.

Zakres pomocy osobie starszej jest uzależniony od jej wydolności w zakresie samodzielnego funkcjonowania (zdolności do samoopieki i samopielęgnowania), stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, społecznej, oczekiwań czy zainteresowań. Należy pamiętać, że opieka powinna uwzględniać możliwości seniora tzn. nie można wyręczać go we wszystkich decyzjach, działaniach czy czynnościach. Należy wspierać potencjał możliwości seniora poprzez asekurowanie, doradzanie czy asystowanie przy czynnościach dnia codziennego. Wielu seniorów oczekuje pomocy tylko w zakresie wykonania zakupów, przygotowania posiłku, w sprzątanii, towarzyszeniu w trakcie spacerów, rozmowy itp. Seniorzy, u których wy-

stępują problemy związane z wiekiem, np. niesprawność fizyczna, pojawiają się lub nasilają zaburzenia funkcjonowania narządów czy niesprawność psychiczna (otępienie) itp., wymagają stałej opieki, zaspokojenia podstawowych potrzeb (bio-psycho-społecznych), w tym potrzeb z zakresu higieny osobistej i otoczenia. Seniorzy, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają stałego leczenia (przyjmowania leków, konsultacji lekarskich) czy rehabilitacji, muszą być dodatkowo objęci systematyczną opieką lekarską, pielęgniarską oraz rehabilitacyjną.

2. Budowanie i zachowanie poprawnej relacji z osobą w starszym wieku



Współpraca i dobre relacje pomiędzy opiekunem a podopiecznym w starszym wieku są fundamentem efektywnej opieki. Prawidłowa komunikacja i autentyczne relacje oparte na wzajemnym szacunku i zaufaniu są niezbędne do właściwego planowania i realizowania działań opiekuńczych oraz podnoszenia jakości życia osób starszych.

Budowanie więzi emocjonalnych nie jest łatwym zadaniem, szczególnie dla osób starszych, które z trudnością adaptują się do zmian zachodzących w ich najbliższym otoczeniu. Jest to wyzwanie także dla osób sprawujących nad nimi opiekę, które nie tylko przejmują częściową lub całkowitą pieczę i odpowiedzialność za seniorów, którym trudno pogodzić się z utratą samodzielności, ale muszą także pozyskać ich zaufanie i zbudować atmosferę porozumienia. Znalezienie wspólnego języka z osobą starszą dodatkowo utrudniać mogą rozbieżności wynikające z różnicy wieku i doświadczeń oraz przypadłości związane z wiekiem lub chorobą, takie jak osłabienie zmysłów wzroku i słuchu oraz osłabienie funkcji poznawczych, m.in.: zmniejszenie koncentracji uwagi, wydłużony czas reakcji na bodźce, trudność zapamiętywania i odtwarzania informacji.

W celu efektywnej komunikacji z osobą starszą należy:

1. **Zapewnić optymalne warunki do komunikacji** – wyeliminować lub zminimalizować działanie czynników, które mogą zakłócać proces komunikacji. Są to m.in.: hałas, obecność osób trzecich, niewłaściwe oświetlenie utrudniające kontakt wzrokowy między rozmówcami czy nadmiar bodźców powodujących rozproszenie uwagi. Zakłóceniami komunikacyjnymi mogą być także wcześniejsze doświadczenia, uprzedzenia, poglądy i przekonania, aktualne stany emocjonalne, które wpływają na treść i odbiór komunikatów.
2. **Okazywać szacunek** – dobrą praktyką jest ustalenie sposobu, w jaki rozmówcy powinni się do siebie zwracać. Należy bezwzględnie unikać używania wobec osób starszych mowy dyskryminującej (*elderspeak*), będącej wyrazem uprzedzeń i negatywnych stereotypów wobec tej grupy wiekowej oraz zjawiska starzenia się (*ageism*). Jest to język, który znacząco odbiega od tego używanego w kontakcie z innymi dorosłymi (niebędącymi osobami starszymi) i przypomina sposób, w jaki zwykle mówi się do małych dzieci. **Charaktery-**

styczne dla tej odmiany języka jest m.in.: przesadne skracanie i upraszczanie wypowiedzi; infantylizacja języka, czyli nadużywanie zdrobnień, zwłaszcza w kontekście czynności dnia codziennego (np.: „obiadek”, „pampersik”); nadużywanie formy „my” zamiast „ja” i „ty” (np.: „umyjemy się” zamiast „pomogę Ci się umyć” czy „zjemy” zamiast „zjesz”); przerywanie i/lub kończenie wypowiedzi za osobę starszą; stosowanie zbyt dużej liczby pochwał za drobne czynności. Częstym przejawem mowy dyskryminującej jest również nadmiernie poufały, protekcyjny sposób zwracania się do niepokrewnionego rozmówcy, np.: „babciu/dziadku”, „kochanie”, „słoneczko” lub zwracanie się do niego po imieniu bez jego zgody.

3. **Posługiwać się zrozumiałym słownictwem** – używać prostych, zrozumiałych słów, unikać słownictwa należącego do terminologii fachowej lub slangu niezrozumiałego dla osoby starszej.
4. **Mówić wolno, głośno i wyraźnie** – kluczem do skutecznej komunikacji jest nie tylko właściwy dobór słownictwa, ale także sposób przekazywania komunikatów werbalnych, czyli adekwatne do sytuacji stosowanie m.in.: akcentu, melodii, tempa, intonacji, pauz, wysokości i tonu głosu, głośności. W rozmowie z osobami starszymi należy posługiwać się niskim i spokojnym tonem głosu, a unikać wysokich i piskliwych tonów, na które osoba starsza może reagować niepokojem. Nie należy mówić ani zbyt głośno, ani zbyt cicho, zadbać o staranną, wyraźną artykulację i separację wyrazów, dostosować tempo wypowiedzi do możliwości poznawczych odbiorcy.
5. **Unikać przytłaczania odbiorcy informacjami** – pamiętać, że mniej często znaczy więcej, zwłaszcza w przypadku komunikacji z osobami starszymi, dla których zapamiętywanie nowych informacji bywa wyzwaniem. Należy budować krótkie, jednoznaczne zdania, a unikać długich, rozbudowanych wypowiedzi i nie przekazywać osobie starszej jednorazowo dużej ilości informacji, lecz starać się stopniowo je dawkować.
6. **Aktywnie słuchać** – nie wystarczy słyszeć rozmówcę – należy słuchać go aktywnie, czyli wykazać zaangażowanie i zainteresowanie treścią rozmowy. Aktywne słuchanie umożliwia pozyskiwanie informacji i jest sygnałem zwrotnym dla nadawcy, że jest on partnerem dla odbiorcy, który go słyszy, akceptuje i szanuje. Aktywne słuchanie wyraża się m.in. poprzez: zwrócenie się w kierunku nadawcy, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, nieprzerywanie wypowiedzi, wyrażanie zainteresowania za pomocą mimiki, gestów, dźwięków paralingwistycznych i słów (np. kiwanie głową, westchnienia, „aha”, „rozumiem”), zadawanie dodatkowych pytań, parafrazowanie niektórych elementów wypowiedzi.
7. **Uwzględnić potrzeby rozmówcy** – osoby starsze często są rozmówcami o szczególnych potrzebach, ponieważ wraz z wiekiem wrasta częstotliwość występowania schorzeń narządu wzroku i słuchu oraz schorzeń neurologicznych. Należy starać się w taki sposób kierować procesem komunikacji, aby omijać ewentualne przeszkody. W przypadku osób niedowidzących należy starać się niedostępne dla nich wrażenia wzrokowe przedstawiać za pomocą słów, np. opowiadać, co znajduje się na talerzu, kto wszedł do pomieszczenia itp. Natomiast w przypadku osób niedosłyszących komunikaty werbalne można wyrażać za pomocą gestów lub słowa pisanego (stosując duże, wyraźne litery) czy piktogramów. Jeżeli osoba starsza używa aparatu słuchowego, na-

leży upewnić się, że aparat jest włączony i sprawny. Ponadto podczas rozmowy należy zająć pozycję naprzeciwko rozmówcy i utrzymywać z nim kontakt wzrokowy tak, aby mógł on odczytać przekazywane informacje z ruchu ust. W przypadku osób starszych z zaburzeniami poznawczymi należy **zapewnić im jak największy poziom samodzielności w zakresie komunikacji**, tzn. nie kończyć za nie wypowiedzi, nie podpowiadać brakujących słów tak, aby stymulować procesy pamięciowe. W rozmowie z osobą starszą należy często używać jej imienia/nazwiska (w zależności od wcześniejszych ustaleń), aby miała pewność, że dana wypowiedź skierowana jest do niej.

WARTO WIEDZIEĆ!

Opiekun nieformalny to osoba, która dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego, emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory albo jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą. Pojęcie opiekuna nieformalnego jest szersze niż pojęcie opiekuna rodzinnego, bowiem obejmuje ono zarówno rodzinę osoby starszej, jak i sąsiadów czy przyjaciół, którzy również mogą sprawować opiekę nad osobami starszymi. Na poziomie ustaw i rozporządzeń nie funkcjonuje pojęcie opieki formalnej i nieformalnej.

Źródło: Rosochacka-Gmitrzak M., Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin, [w:] Raław M., red., Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s 140.

3. Dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby starszej



Kondycja zdrowotna osób starszych oraz zachowanie samodzielności w funkcjonowaniu bardzo często zależą od warunków, w jakich ta osoba mieszka. Otoczenie osoby starszej powinno być przyjazne, wygodne w użytkowaniu, zapewniające poczucie bezpieczeństwa, przywołujące pozytywne wspomnienia. W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 został opracowany poradnik pt. „Cechy bezpiecznego mieszkania seniora” jako inicjatywa, która ma na celu podnoszenie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki upadków wśród osób starszych. Wg autorów opracowania mieszkanie przyjazne dla seniora spełnia następujące kryteria:

1. Jest mieszkaniem bezpiecznym, czyli: niezawierającym przeszkód – oznacza to usunięcie progów, dywanów, połączeń kablowych, zapewnienie stabilnej, antypoślizgowej nawierzchni, dobrego oświetlenia, kontrastowych kolorów wyposażenia, zadbanie o takie rozmieszczenie pomieszczeń, by zapobiegało ono poko-

nywaniu długich dystansów. Ponadto sprzęty używane w mieszkaniu powinny być umieszczone na wysokości niewymagającej schylenia z możliwością dostępu przez osoby znajdujące się zarówno w pozycji siedzącej jak i stojącej. Mieszkanie powinno również być wyposażone w sprzęt i instalacje bezpieczne w obsłudze (np.: centralne ogrzewanie, oświetlenie elektryczne, umywalki/wanny posiadające przelewy), czujniki dymu, ognia, zalania, podłączone do urządzeń alarmowych, okna bez krat. Obowiązkowym wyposażeniem mieszkania powinien być telefon.

2. Mieszkanie zapewnia: **komfort termiczny** – panuje w nim temperatura około 21°C maks. +2°C, najwyższa jest w łazience 26–27°C, wilgotność powietrza wynosi 40%, a jego ruch 0,03–0,12 m/s; **komfort akustyczny** – co oznacza ograniczenie hałasu z zewnątrz i wewnątrz mieszkania oraz redukcję pogłosu, który pogarsza wyrazistość dźwięków (zaleca się zastosowanie materiałów pochłaniających dźwięk takich jak: zasłony, miękkie obicia mebli, kilimy); **komfort optyczny/światlny** – co przekłada się na zapewnienie jak największej ilości naturalnego, dziennego światła, zaleca się ponadto zadbanie o widok na zewnątrz uwzględniający przestrzeń uczęszczaną przez ludzi i elementy otaczającej przyrody; **komfort olfaktoryczny** – rozumiany jako zapewnienie właściwego zapachu (eliminacja kurzu, zastosowanie urządzeń nawilżających i oczyszczających powietrze).
3. Jest mieszkaniem łatwym w utrzymaniu: zaleca się mieszkanie nie większe niż 55 m² dla jednej osoby lub 70 m² dla dwóch osób, zamontowanie bezobsługowych i oszczędnych instalacji, materiałów wykończeniowych i wyposażenia łatwego do utrzymania w czystości, właściwych ciągów komunikacyjnych zabezpieczonych w odpowiednie poręcze i uchwyty.

Do zachowania zdrowia i profilaktyki powikłań mogących wystąpić z powodu zaniedbania higieny (odparzenia, podrażnienia i stany zapalne skóry, zakażenie dróg moczowych, wszawica itp.) bardzo ważne jest codzienne wykonywanie czynności higienicznych. Miejscem codziennych zabiegów higienicznych powinna być łazienka cechująca się funkcjonalnością, przy zachowaniu pełnego bezpieczeństwa dla seniora i osoby wspierającej. Celem przystosowania łazienki do potrzeb osoby starszej zaleca się m.in.:

- zastąpienie wanny prysznicem z odpływem w posadzce (bez brodzika) z siedziskiem,
- zamontowanie różnego rodzaju poręczy (uchylnych/stałych),
- umieszczenie funkcjonalnej umywalki (zaleca się umywalkę o szerokości 60 cm i wysokości blatu 80 cm, o głębokości umożliwiającej podjazd wózkiem, bateria umywalkowa powinna być prosta w obsłudze, z prostym systemem regulacji temperatury wody),
- aby podłoga w łazience była wykonana z materiałów antypoślizgowych, łatwa do utrzymania w czystości,
- zamontowanie toalety umożliwiającej umycie intymnych części ciała ciepłą wodą np. poprzez montaż dodatkowej armatury tzw. bidetki,
- aby przestrzeń manewrowa zapewniała seniorowi swobodne poruszanie się.

Podstawowym umeblowaniem mieszkania seniora jest łóżko, które wpływa m.in.: na jakość snu, kondycję układu krążenia czy układu kostno-stawowego. Nie zaleca się sof, kanap, wersalek. Wybierając łóżko dla seniora należy uwzględnić takie

jego cechy jak: wysokość (schodzenie powinno pozwalać na lekkie opuszczenie się na podłogę), możliwość regulacji wysokości oparcia, możliwość unoszenia dolnej ramy łóżka (uniesienie nóg). Materac powinien być zabezpieczony przed zamoczeniem. W przypadku osób starszych niesprawnych, schorowanych zaleca się łóżka dla seniorów, które posiadają wyposażenie ułatwiające pielęgnowanie seniora (łóżka elektryczne, regulowane pilotem, posiadające wielosegmentowe leże umożliwiające ułożenie w różnych pozycjach, możliwość regulacji wysokości leża, posiadające barierki zabezpieczające przed wypadnięciem i wysięgniki ułatwiające seniorowi aktywność w obrębie łóżka, mobilne kółka umożliwiające transfer łóżka w dowolne miejsce itp.).

CZY WIESZ, ŻE ...

Szacuje się, że opiekę nad osobami starszymi sprawują w większości (90%) rodziny lub inni opiekunowie/opiekunki nieformalni, którzy potrzebują wsparcia w postaci wiedzy i umiejętności, aby kontynuować opiekę w domu. Dostęp do pomocy dla tej grupy jest ograniczony, a niektórzy opiekunowie są dyskryminowani. Powszechnie akceptowany obowiązek opiekowania się osobą starszą przez rodzinę zamyka rodzinę na szukanie zewnętrznego wsparcia i prowadzi do szybkiego wypalenia osoby sprawującej opiekę. Opiekunami seniorów są najczęściej kobiety w wieku 45–64 lat, z tzw. pokolenia kanapkowego (sandwich generation), równolegle opiekujące się dorastającymi dziećmi i swoimi starszymi rodzicami, często też wnukami, co prowadzi do rywalizacji między członkami rodzin o skorzystanie w jak największym stopniu z czasu, którym one dysponują, a tym samym – do istotnego ich przeciążenia.

Źródło: Sytuacja osób starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje. RAPORT KOMISJI EKSPERTÓW DS. OSÓB STARSZYCH NA PODSUMOWANIE VII KADENCJI RPO, 2020 r.

4. Zasady opieki w wybranych problemach wieku starszego



Powszechnym zjawiskiem charakterystycznym dla populacji osób starszych jest wielochorobowość (polipatologia), czyli współwystępowanie kilku jednostek chorobowych o charakterze przewlekłym, np.: cukrzyca, osteoporoza, choroby nadciśnieniowej, choroby zwyrodnieniowej stawów itp. Wśród schorzeń, które najczęściej doty-

czą osób starszych, wymienia się:

- choroby układu krążenia (miażdżycę i jej następstwa, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, zawał serca, udar mózgu),
- choroby układu kostno-stawowego (osteoporozę, reumatoidalne zapalenie stawów),

- cukrzycę,
- depresję,
- choroby neurodegeneracyjne (m.in.: chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona),
- wiele innych.

W wieku podeszłym występuje szereg problemów zdrowotnych zwanych wielkimi zespołami geriatrycznymi, które jeżeli są bagatelizowane i niewłaściwie leczone, prowadzą do funkcjonalnej niepełnosprawności (stopniowo prowadzą do utraty zdolności do samoopieki i samopielęgnacji). Wpływają również negatywnie na jakość życia osób starszych z powodu stopniowej utraty niezależności, ograniczenia kontaktu z otoczeniem, zmniejszania aktywności życiowej czy mobilności. Są również przyczyną obciążenia psychicznego i fizycznego rodziny/opiekuna osoby starszej.

Do wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się w szczególności:

- inkontynencję (nierzymanie moczu),
- zaburzenia lokomocji i równowagi oraz upadki,
- upośledzenie narządów wzroku i słuchu,
- depresję wieku podeszłego,
- zespoły psychopatologiczne (zespoły otępienne, depresję) i inne.

Częstym zjawiskiem występującym u osób w wieku starszym, w związku ze stosowaną farmakoterapią, jest jednoczesne stosowanie znacznej liczby leków (wielolekowość), która wynika z wielu chorób i występujących objawów. Wielolekowości często towarzyszy zjawisko polipragmazji, która jest definiowana jako przyjmowanie przez osobę starszą co najmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań. Polipragmazja może być wynikiem nieprzestrzegania przez pacjenta zaleceń lekarza prowadzącego oraz przyjmowania leków niezaleconych (samoleczenie). Skutkiem polipragmazji mogą być upadki, zatrucia, a nawet ryzyko wystąpienia zgonu. Jeżeli osoby opiekujące się seniorem mają wątpliwości dotyczące liczby i skuteczności leków, które przyjmuje osoba starsza, powinny skonsultować ten fakt z lekarzem POZ sprawującym opiekę nad seniorem lub lekarzem specjalistą, który zaordynował leki.

4.1. Choroby układu krążenia

Do najczęstszych chorób układu krążenia zalicza się: miażdżycę oraz nadciśnienie tętnicze. Następstwami miażdżycy mogą być: choroba wieńcowa i zawał serca (jeżeli miażdżycą dotyczy naczyń wieńcowych), udar mózgu (jeżeli miażdżycą dotyczy tętnic mózgu) oraz zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych.

Zasady opieki

1. Regularna kontrola stanu zdrowia chorego (samoobserwacja, obserwacja przez członków rodziny/opiekunów): pomiar i dokumentowanie wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz wartości tętna w dzienniczku obserwacji (notes z wyrysowanymi tabelkami uwzględniającymi takie dane jak: data i godzina pomiaru, wartość ciśnienia tętniczego krwi, wartość tętna, uwagi

- należy zapisywać sytuacje szczególne poprzedzające pomiar np.: zderwienie, osłabienie, uczucie kołatania serca itp.).
2. Przestrzeganie zaleceń lekarza prowadzącego w zakresie farmakoterapii, stylu życia, diety i innych. Systematyczne wizyty kontrolne wg ustalonego harmonogramu wizyt.
 3. Samoobserwacja/obserwacja podejmowana przez opiekunów w kierunku skuteczności przyjmowanych leków i działań ubocznych leków (zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania: informacja dla pacjenta).
 4. Prowadzenie zdrowego stylu życia: unormowanie masy ciała, regularna aktywność fizyczna (codzienna gimnastyka, spacer), dbałość o właściwy rytm snu, stosowanie relaksacyjnych technik obniżających poziom stresu (uprawianie hobby, ruch na świeżym powietrzu, spotkania towarzyskie, spotkania z psychoterapeutą), regularne spożywanie posiłków lekkostrawnych (zwiększenie spożycia warzyw, spożywanie produktów zbożowych pełnoziarnistych, ograniczenie ilości spożywanej soli kuchennej, mięsa, zwłaszcza czerwonego, i tłuszczu zwierzęcych, włączenie do diety ryb, nasion strączkowych i oleju roślinnego, zastąpienie cukru i słodzczy owocami, picie codziennie około 1,5 litra wody, unikanie picia alkoholu), zaprzestanie palenia tytoniu.
 5. Unikanie nagłego pionizowania, które może być przyczyną nagłego niedociśnienia (pozycję ciała należy zmieniać powoli i stopniowo).
 6. Noszenie luźnej odzieży (nie należy ubierać zbyt ciasnych skarpet i spodni). Celem zapobiegania zakrzepowemu zapaleniu żył i zakrzepicy żył głębokich, zwłaszcza podczas długotrwałego przebywania w jednej pozycji, należy poruszać stopami, często wstawać, przenosić ciężar z palców na piętę, spacerować. Buty chorej osoby powinny być lekkie, miękkie, obcas nie wyższy niż 5 cm.

Objawy niepokojące wymagające konsultacji z lekarzem:

1. W przypadku choroby nadciśnieniowej: silne bóle głowy, uderzenia gorąca, częste odczucia kołatania serca, silne uczucie szumu w głowie/uszach, uporczywe zawroty głowy, bezsenność, duszność, krwawienia z nosa, utrzymujące się wysokie wartości ciśnienia tętniczego krwi, złe samopoczucie.
2. W przypadku miażdżycy: nagły, silny ból w okolicy mostka, który promieniuje do lewego ramienia i małego palca, uczucie ucisku w klatce piersiowej, uczucie duszności, dyskomfort, objawy wstrząsu: zimny pot, skóra chłodna, lęk, niepokój, nieregularne tętno itp.

4.2. Choroby neurologiczne/udar mózgu

Udar jest zespołem objawów klinicznych występujących w następstwie nagłego, ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu. Ponad 50% udarów występuje u osób po 70 roku życia i jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności. Udar występuje najczęściej w nocy, bez objawów poprzedzających, skutki chorego odczuwa po przebudzeniu.

Zasady opieki

1. Zapewnienie właściwego otoczenia (łóżko do opieki domowej z możliwością regulacji wysokości i układania chorego w różnych pozycjach, materac przeciwoleżynowy).
2. W przypadku zaburzenia w samodzielnym poruszaniu się seniora przygotowanie wózka inwalidzkiego i innego sprzętu usprawniającego oraz umożliwiającego transfer chorego (przemieszczanie).
3. Postawienie obok łóżka podręcznej szafki (najlepiej po stronie sparaliżowanej) celem stymulowania chorego do ćwiczeń.
4. Utrzymywanie należytej higieny skóry osoby chorej, jej przydatków (włosy, paznokcie) i otoczenia.
5. Prowadzenie profilaktyki powikłań wynikających z unieruchomienia: mobilizowanie do wykonywania gimnastyki oddechowej, profilaktyka odleżyn (założenie materaca przeciwoleżynowego, nakłanianie do zmiany pozycji ciała i spędzania czasu poza łóżkiem – jeżeli to możliwe – kontrolowanie miejsc narażonych na odleżyny i odparzenia, stosowanie właściwej techniki siania łóżka itp.), dbanie o regularne wypróżnienia.
6. Dobór właściwej pozycji i techniki karmienia osoby chorej zwłaszcza w przypadku dysfagii (ryzyko zachłystowego zapalenia płuc) – pozycja pacjenta powinna być siedząca z tułowiem pod kątem 90° do podstawy, głowa chorego winna znajdować się w linii pośrodkowej z brodą nieco opuszczoną ku dołowi, karmiący powinien przyjąć pozycję siedzącą na poziomie wzroku osoby karmionej, należy ograniczyć do minimum bodźce rozpraszające karmionego (wyłączenie radia i telewizora, zamknięcie okien, wyciszenie głośnych rozmów), używanie do karmienia łyżeczek do herbaty – wielokrotnego użycia. Pokarm należy podawać powoli, płaskimi łyżeczkami. Przed podaniem kolejnej porcji pokarmu należy upewnić się, że poprzednia została przełknięta. Płynny do picia należy podawać w kubku o dużej średnicy, co ułatwia picie bez odchylenia głowy ku tyłowi (redukcja ryzyka aspiracji płynu). Można podawać płyny przez rurkę. Po zakończeniu karmienia chorego należy pozostawić w wygodnej pozycji (co najmniej półwysokiej) na 30 minut. Podczas posiłku oraz 30 minut po jego zakończeniu należy obserwować chorego w kierunku występowania jakichkolwiek trudności z przełykaniem pokarmu. Należy dokumentować i monitorować ilość i jakość pokarmów przyjmowanych przez chorego.
7. Motywowanie chorego do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, stymulowanie mowy, motywowanie do wysiłku umysłowego (rozwiązywanie krzyżówek). Nawiązywanie współpracy z logopedą i/lub rehabilitantem.
8. Stwarzanie atmosfery motywującej do podejmowania działań na rzecz przywrócenia jak najlepszego zdrowia.
9. Systematyczne ocenianie stanu zdrowia osoby chorej (pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena samopoczucia). Utrzymywanie stałego kontaktu z lekarzem POZ.

4.3. Cukrzyca

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą. U osób starszych najczęściej występuje cukrzyca typu 2, której przyczyną może być zaburzenie wytwarzania przez

trzustkę insuliny, hormonu regulującego gospodarkę węglowodanową lub insulinooporność.

Zasady opieki

1. Stosowanie zaleceń lekarza prowadzącego w zakresie leczenia (leki doustne lub wstrzyknięcia insuliny). W przypadku leczenia insuliną z wykorzystaniem wstrzykiwacza indywidualnego typu PEN, pielęgniarka POZ powinna przeprowadzić edukację pacjenta i/lub jego rodziny/opiekunów z zakresu techniki i zasad jej podawania.
2. Kontrola poziomu glukozy za pomocą glukometru (częstotliwość kontroli ustala się w trakcie konsultacji z lekarzem). Właściwej techniki pomiaru powinna nauczyć pacjenta i/lub jego rodzinę/opiekuna pielęgniarka POZ. Konsultacja wyników pomiaru powinna następować w zależności od uzgodnień z lekarzem prowadzącym.
3. Kontrola masy ciała (samodzielnie w domu lub w poradni POZ).
4. Przestrzeganie zasad diety cukrzycowej (dieta lekkostrawna o niskim indeksie glikemicznym, posiłki spożywane regularnie, bogate w błonnik, produkty pełnoziarniste, warzywa: pomidory, brokuły, karczoch, owoce: jabłka, śliwki, orzechy).
5. Wprowadzenie aktywności fizycznej celem redukcji lub utrzymania prawidłowej masy ciała dostosowanej do aktualnego stanu zdrowia i możliwości osoby starszej.
6. Prowadzenie profilaktyki powikłań cukrzycy, takich jak np.: stopa cukrzycowa, nefropatia, retinopatia i inne. Pacjent powinien pozostać pod obserwacją lekarza diabetologa, okulisty i nefrologa.
7. Właściwe pielęgnowanie stóp chorego (mycie nóg w wodzie o temp. 37°C, dokładne osuszanie stóp i przestrzeni międzypalcowych, unikanie chodzenia boso, obcinanie paznokci pod kątem prostym) oraz dobór odpowiedniego obuwia i skarpet. Zalecany jest masaż stóp poprawiający krążenie.
8. Systematyczna kontrola stanu zdrowia osoby chorej wg harmonogramu ustalonego przez lekarza.
9. Obserwacja osoby chorującej na cukrzycę w kierunku wczesnych powikłań tej choroby – hipoglikemii i znajomość zasad udzielenia pierwszej pomocy.

4.4. Inkontynencja (nietrzymanie moczu)

Nietrzymanie moczu jest problemem, który najczęściej dotyczy osób w wieku starszym, w większym stopniu kobiet niż mężczyzn. Ta dolegliwość jest przyczyną zawstyżenia, skrępowania, zażenowania i wielu zahamowań utrudniających codzienne życie. Wpływa m. in. na ograniczenie do minimum aktywności zawodowej, rodzinnej oraz towarzyskiej z powodu odczuwanego dyskomfortu w sferze fizycznej i psychicznej.

Zasady opieki

1. Zmotywowanie podopiecznego do konsultacji lekarskiej celem oceny występującego problemu i podjęcia leczenia.

2. Wsparcie emocjonalne osoby zmagającej się z nietrzymaniem moczu z powodu obniżonej jakości życia, dyskomfortu, niskiego poczucia własnej wartości, bezsilności w stosunku do problemów, wycofania się z życia towarzyskiego. Wykazywanie zrozumienia.
3. Pomoc w uzyskaniu refundacji kosztów na środki absorpcyjne.
4. Pomoc w dobraniu odpowiednich środków absorpcyjnych w zależności od: stopnia mobilności pacjenta (mobilny/niesamodzielny), stopnia nietrzymania moczu (lekkie/średnie/ciężkie), obwodu pacjenta w pasie, przeznaczenia (np. do stosowania z bielizną/do stosowania samodzielnie).
5. Konsultacja z profesjonalistami w sprawie pomocy w wyborze właściwego sprzętu typu: basen, pojemniki na mocz, cewniki zewnętrzne itp.
6. Zadbanie o komfort wypoczynku chorej osoby.
7. Zapewnienie choremu właściwych, intymnych warunków do oddawania moczu i wypróżniania.
8. Zapewnienie higieny i pielęgnacja skóry chorego.
9. Motywowanie do stosowania się do zaleceń mających na celu zmniejszenie dolegliwości: regulacja rytmu oddawania moczu czy stolca (o tych samych porach, co 3–4 godziny), redukcja masy ciała, regulacja zaparć, normalizacja spożycia płynów, nauka technik ograniczających wyciek moczu, np. krzyżowanie nóg i pochylanie się do przodu podczas kaszlu, wysiłku.

WARTO WIEDZIEĆ!

Ministerstwo Zdrowia koordynuje pracę nad **Załoženiami ram strategicznych w zakresie deinstytucjonalizacji w obszarze zdrowia na lata 2021–2030**. Nadrzędnym celem procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych dedykowanych osobom starszym jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Uwzględniając specyfikę i problematykę systemu ochrony zdrowia w Polsce za kluczowe dla realizacji powyższego celu przyjęto następujące obszary strategiczne: rozwój zasobów kadrowych; rozwój form opieki dziennej; rozwój form opieki domowej; rozwój innowacyjnych form opieki; wsparcie opiekunów nieformalnych; koordynację opieki środowiskowej.

Źródło: Propozycja w zakresie deinstytucjonalizacji usług opieki zdrowotnej dla osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi, Ministerstwo Zdrowia, 2020.

5. Wybrane techniki wsparcia w zakresie pielęgnowania osoby leżącej



Osoba starsza często wymaga pomocy w codziennych czynnościach higienicznych. Osoba opiekująca się seniorem ma bezpośredni kontakt z jego skórą oraz materiałem biologicznym (wydaliniami i wydzielinami), który może być materiałem zakaźnym. Celem ochrony zarówno seniora, jak i opiekuna, przed powikłaniami takimi jak zakażenia, ważne jest stosowanie środków ochrony indywidualnej oraz przestrzeganie zasad higieny rąk.

5.1. Indywidualne środki ochrony osobistej w praktyce osoby opiekującej się osobą starszą

W trakcie opieki nad osobą starszą należy zaopatrzyć się w: maseczkę zakrywającą nos i usta, rękawice medyczne jednorazowe, fartuch ochronny foliowy, fartuch ochronny jednorazowy np. z flizeliny. Ponadto istotne jest posiadanie: środków do mycia rąk (mydła w płynie z podajnika), płynu do dezynfekcji rąk, płynu do dezynfekcji powierzchni, ręczników jednorazowych.

5.2. Zasady higieny rąk

Ręce są najważniejszym wektorem transmisji zakażeń. Właściwa higiena rąk jest najłatwiejszym sposobem na pozbycie się drobnoustrojów z rąk i zapobiegania ich przenoszeniu. Należy pamiętać, że założenie rękawic jednorazowych powinno być poprzedzone higieną rąk przy użyciu mydła i wody lub przy użyciu preparatu na bazie alkoholu do dezynfekcji rąk.

Higiena rąk przy użyciu mydła i wody: czas trwania czynności powinien wynosić 40–60 sekund, mycie wg schematu Ayliffe (na każdą powierzchnię skóry wykonuje się 5 ruchów, każdy ruch to czynność „tam i z powrotem”).

Higiena rąk przy użyciu preparatu na bazie alkoholu: polega na wcieraniu w skórę rąk odpowiedniego preparatu w czasie 30 sekund techniką wg schematu Ayliffe. Preparat nakłada się na suchą skórę rąk.

5.3. Zapewnienie higieny osobistej

Pomoc seniorowi w czynnościach higienicznych powinna uwzględniać jego możliwości i potrzeby. Podczas wykonywania czynności z zakresu higieny osoba opiekująca się seniorem musi wykazać dużą empatię i wyrozumiałość dla podopiecznego ze względu na odczuwanie przez niego skrępowania i zażenowania. Mycie ciała powinno odbywać się co najmniej dwa razy na dobę. Jeżeli występuje problem z inkontynencją (nietrzymaniem moczu i stolca), zabiegi

higieniczne będą wymagane częściej. Istotny jest dobór środków pielęgnacyjnych i kosmetyków, które powinny być delikatne i nie zawierać składników wysuszających i podrażniających skórę osoby starszej. Preparaty do mycia powinny posiadać pH w przedziale 4,5–5,5, co odpowiada naturalnemu pH skóry i poprawia jej kondycję oraz sprzyja zachowaniu jej prawidłowych mechanizmów obronnych. Toaleta ciała może być wykonywana jako toaleta poranna i wieczorna oraz całkowite mycie ciała (zalecana jest kąpiel pod natryskiem). W przypadku nietrzymania moczu czy stolca może być wykonana toaleta częściowa dotycząca samego krocza.

5.4. Zmiana pieluchomajtek

Wraz z pogarszającym się stanem zdrowia osoby starszej może dojść do upośledzenia kontroli czynności zwieraczy, co spowoduje konieczność stosowania specjalnych środków higienicznych jakimi są pieluchomajtki dla osób dorosłych. Istotne jest, aby nie dopuścić do odparzenia powstałego w następstwie trwałego kontaktu moczu i kału ze skórą.

Cel czynności:

zapewnienie czystości, niedopuszczenie do powstania odparzeń.

Przebieg czynności:

1. Zdezynfekuj ręce, załóż rękawiczki jednorazowe.
2. Przygotuj: pieluchomajtki, środki do higieny, worek na odpady, podkład ochronny. Aby dobrać właściwy rozmiar wyrobu chłonnego, zmierz obwód talii i bioder seniora. Wyniki pomiarów porównaj z rozmiarem na opakowaniu pieluchomajtek.
3. Zapewnij warunki intymności (zamknij drzwi i okna, wyproś inne osoby z pokoju).
4. Podłóż pod pośladki osoby chorej podkład ochronny.
5. Rozepnij pieluchomajtki (odklej rzepy lub przylepce).
6. Ułóż osobę starszą na boku, tyłem do siebie.
7. Usuń zużytą pieluchę, oczyść i osusz miejsca zabrudzone, dokonaj oceny stanu skóry w miejscach narażonych na odparzenia i odleżyny, zastosuj właściwy środek pielęgnujący.
8. Załóż podopiecznemu czyste pieluchomajtki i odwróć go na wznak.
9. Dobrze dopasuj przednią część pieluchomajtek do krocza i umocuj (najpierw rzepy/przylepce dolne umocuj lekko skośnie ku górze, a górne zapnij poziomo).
10. Uporządkuj sprzęt i otoczenie. Zdejmij rękawiczki jednorazowe.
11. Higienicznie umyj lub zdezynfekuj ręce.

6. Techniki wykonywania wybranych podstawowych czynności diagnostycznych w warunkach domowych

6.1. Pomiar glikemii

Cel czynności:

Pomiar glikemii we krwi włośniczkowej z użyciem glukometru.

Przebieg czynności:

1. Higienicznie umyj lub zdezynfekuj ręce.
2. Przygotuj zestaw do pomiaru glikemii: glukometr, nakłuwacz, paski testowe, jałowe gaziki.
3. Skontroluj ważność pasków testowych i sprawność glukometru, przygotuj nakłuwacz.
4. Umyj ręce osobie badanej ciepłą wodą z mydłem, dokładnie je wypłucz i osusz.
5. Delikatnie masuj palec, który zostanie nakłuty, w kierunku od nasady do opuszki.
6. Włącz glukometr poprzez umieszczenie w nim paska testowego.
7. Nakłuj boczną powierzchnię opuszki palca (celem jak najdłuższego zachowania funkcji czuciowej). Nie zaleca się nakłuwania kciuka i palca wskazującego.
8. Zaaplikuj próbkę krwi na pasek testowy zgodnie z instrukcją producenta glukometru.
9. Zabezpiecz miejsce nakłucia jałowym gazikiem.
10. Odczytaj i zinterpretuj wynik pomiaru.
11. Usuń zużyty pasek testowy z glukometru, wyrzuć zużyty lancet do zamykanego pojemnika o twardych ściankach.
12. Higienicznie umyj lub zdezynfekuj ręce.
13. Zanotuj wynik pomiaru w dzienniczku samokontroli.

Interpretacja wyników pomiaru glikemii

HIPOGLIKEMIA	NORMA NA CZCZO	2 GODZ. PO POSIŁKU	HIPERGLIKEMIA
poniżej 3,9 mmol/l lub 70 mg/dl	3,9–5,5 mmol/l lub 70–99 mg/dl	poniżej 7,8 mmol/l lub poniżej 140 mg/dl	powyżej 5,5 mmol/l lub powyżej 100 mg/dl
W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących wyników pomiarów glikemii należy skonsultować się z lekarzem POZ.			

6.2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi

Cel czynności:

Pomiar wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Przebieg czynności:

1. Pomóż osobie starszej w przyjęciu pozycji siedzącej lub leżącej.
2. Upewnij się, że plecy i stopy osoby starszej są podparte, a nogi nie krzyżują się.
3. Pomiar wykonaj po co najmniej 5–10 minutowym odpoczynku.
4. Nie wykonuj pomiaru bezpośrednio po posiłku, wypiciu mocnej kawy czy herbaty oraz wypaleniu papierosa (po około 30 minutach). Upewnij się, że w chwili pomiaru osoba starsza nie jest zdenerwowana.
5. Mankiet aparatu załóż na wybrane ramię na wysokość 2–3 cm powyżej zgięcia łokciowego (na wysokości serca), zachowując przestrzeń pomiędzy skórą a mankietem na szerokość jednego palca.
6. Kończyna górna, na której wykonujesz pomiar, powinna być podparta.
7. Nie wykonuj pomiaru na kończynie z niedowładem/porażoną.
8. Wykonaj pomiar zgodnie z instrukcją podaną przez producenta aparatu.
9. Odnotuj wynik pomiaru w dzienniczku samoobserwacji.

Interpretacja wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (wg WHO):

NIEDOCIŚNIENIE (HIPOTENSJA)	CIŚNIENIE PRAWIDŁOWE	NADCIŚNIENIE (HIPERTENSJA)
wartości poniżej 120/80 mmHg	120–139 / 80–89 mmHg	wartości powyżej 140/90 mmHg
W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi należy skonsultować się z lekarzem POZ.		

7. Zasady udzielania pierwszej pomocy



Europejska Rada Resuscytacji (ERC) podkreśla znaczenie świadka zdarzenia nagłego w podnoszeniu szans poszkodowanego na przeżycie. Posiadanie podstawowej wiedzy z zakresu pierwszej pomocy pozwala zachować spokój w sytuacji stresowej i umożliwia podjęcie zdecydowanych, pewnych działań ratunkowych. Podstawą skutecznego działania jest wczesne rozpoznanie stanu nagłego, wezwanie służb ratunkowych (korzystając z numeru **112** lub **999**) oraz podjęcie działań z zakresu pierwszej pomocy, w tym – jeżeli to konieczne – resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO).

Pierwsza pomoc w wybranych stanach.

Duszność

OBJAWY:

- subiektywne uczucie braku powietrza,
- słyszalne świsły oddechowe,
- uczucie ściskania w klatce piersiowej,
- kaszel, niepokój.

W trakcie udzielania pierwszej pomocy należy:

- uspokoić poszkodowanego,
- ograniczyć jego wysiłek fizyczny,
- pomóc mu przyjąć wygodną pozycję (wysoką),
- poluzować ubranie chorego pod szyją,
- zapewnić osobie odczuwającej duszność dopływ świeżego powietrza,
- jeżeli dolegliwości utrzymują się, wezwać Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM).

Ból w klatce piersiowej

OBJAWY:

- uczucie pieczenia za mostkiem,
- ból promieniujący do kończyn górnych lub jamy brzusznej,
- niepokój,
- pobudzenie psychoruchowe.

W trakcie udzielania pierwszej pomocy należy:

- uspokoić poszkodowanego,
- ograniczyć jego wysiłek fizyczny,
- pomóc przyjąć chorej osobie wygodną pozycję (wysoką),
- jeżeli poszkodowany przyjmuje leki na stałe, pomóc mu je zażyć,
- wezwać ZRM.

Udar mózgu

OBJAWY:

- jednostronne osłabienie lub drętwienie kończyn,
- asymetria twarzy (opadnięcia kącika oka i ust),
- zaburzenia w rozumieniu mowy,
- bełkotliwa mowa,
- zaburzenia widzenia,
- zaburzenia równowagi,
- silny ból i zawroty głowy.

W trakcie udzielania pierwszej pomocy należy:

- natychmiast wezwać ZRM,
- pomóc choremu przyjąć wygodną pozycję (półwysoką),

- ułożyć nieprzytomnego poszkodowanego w pozycji bezpiecznej,
- nie podawać choremu nic do picia i jedzenia.

Hipoglikemia

OBJAWY:

- uczucie głodu,
- ból głowy,
- potliwość,
- drżenia mięśniowe,
- pobudzenie psychoruchowe,
- zachowanie przypominające odurzenie alkoholowe,
- utrata przytomności.

Jeżeli poszkodowany jest **przytomny**, w trakcie udzielania mu pierwszej pomocy, **należy** podać dobrze osłodzony napój lub inny słodki produkt spożywczy.

Jeżeli poszkodowany jest **nieprzytomny**, w trakcie udzielania mu pierwszej pomocy, **nie należy** podawać żadnych preparatów drogą doustną i natychmiast wezwać ZRM.

Omdlenie

OBJAWY:

- błąda, zimna skóra,
- potliwość,
- duszność,
- zawroty głowy,
- zaburzenia widzenia,
- szum lub dzwonienie w uszach,
- nudności,
- płytki oddech,
- utrata przytomności.

W trakcie udzielania pierwszej pomocy należy:

- ułożyć seniora w pozycji leżącej,
- sprawdzić, czy poszkodowany reaguje na głos i oddycha,
- poluzować choremu ubranie pod szyją,
- zapewnić dopływ świeżego powietrza,
- można unieść nogi poszkodowanego powyżej poziomu serca.

Gdy poszkodowany jest **nieprzytomny, ale oddycha**, pierwsza pomoc polega na tym, by ułożyć go w pozycji bezpiecznej oraz wezwać ZRM.

Natomiast gdy poszkodowany jest **nieprzytomny i nie oddycha**, pierwsza pomoc polega na tym, by wezwać ZRM i rozpocząć RKO.

Literatura

1. Antoszewska B., Bartnikowska U.: Człowiek w podeszłym wieku w roli pacjenta. Kontakt z lekarzem. *Gerontologia Polska*, 2016; 24: 290–296.
2. Cieśla A., Cieśla J.: Cechy bezpiecznego mieszkania seniora. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2018.
3. Kataryńczuk–Manla L., Gebreselassle J.: Kompetencje komunikacyjne seniorów – wybrane wątki. *Dyskursy Młodych Andragogów*, 2018; 19: 151–161.
4. Klimaszewska K., Baranowska A, Krajewska–Kułak E. red.: Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne. Warszawa: PZWL, 2017.
5. Leśniak–Berek E.: Aktywizacja i wspieranie pomyślnego starzenia się przez nowe sposoby działań w ramach senioralnej pracy socjalnej. W: Znane i nieznanne oblicza starości jako obszar wyzwań dla społeczeństwa XXI w. red. Herudzińska M.H., Błaszczak I. Warszawa: Wydawnictwo SGGW, 2016.
6. Parlak D.: Specyfika mowy dyskryminującej używanej wobec osób starszych. Warszawa: Rzecznik Praw Pacjenta, 2017.
7. Polska Federacja Edukacji w Diabetologii: Zalecenia w opiece diabetologicznej. Warszawa, 2018.
8. Stadnicka G., Janik M., Łepecka–Klusek C., Pilewska–Kozak A.: Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014; 20(2): 136–140.
9. Szatur–Jaworska B., Błędowski P. (red): System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2016.
10. Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dn. 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ. M.P. z 2018 r., poz. 1169.
11. Wieczorkowska M.: Społeczne i ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości i starzenia się. *Acta Universitatis Lodziensis*, 2018; 2(334): 19–37.
12. World Health Organization: Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity, 2017.
13. World Health Organization: WHO guidelines on hand hygiene in health care: a summary. [Data cytowania: 28.09.2020]. Dostępny pod adresem: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf?ua=1.
14. Zideman D.A. et al.: Pierwsza pomoc. W: Wytyczne resuscytacji. red. Andres J. Kraków: Polska Rada Resuscytacji, 2016.