



Moduł II

Podstawy patologii. Wpływ choroby na stan psychiczny, sytuację społeczną jednostki i jej rodziny

Wprowadzenie

1. Podstawowe pojęcia – choroba, stany zapalne, klasyfikacja chorób
2. Schorzenia poszczególnych układów
3. Reakcje emocjonalne spowodowane chorobą u jednostki i jej rodziny
4. Obciążenia ekonomiczne oraz społeczne jednostki i jej rodziny wynikające z choroby
5. Etiologia choroby na przykładzie choroby Parkinsona

Bibliografia

Wprowadzenie

Aby zrozumieć wpływ choroby na stan psychiczny podopiecznego, a także na sytuację społeczną podopiecznego i jego rodziny, najpierw należy poznać postawy i emocje wobec choroby, jakie odczuwa każdy człowiek.



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

Najczęstsze postawy i emocje wobec choroby to:

- lęk, który przejawia się: niepewnością (dotyczy niepewnych przewidywań związanych z przyszłością), pobudzeniem (napięcie mięśni, bóle głowy, zmęczenie, drżenie rąk), nadaktywnością autonomicznego układu nerwowego (pocenie się, przyspieszenie czynności serca, zawroty głowy, omdlenia, nudności, biegunka itd.);
- depresja powodowana zmaganiem się z chorobą, charakteryzująca się: obniżonym nastrojem, spowolnieniem psychoruchowym, zaburzeniami rytmu snu, utratą masy ciała, nieustającym poczuciem zmęczenia, czasem poczuciem winy z powodu zaistniałej choroby, zmniejszeniem koncentracji uwagi, obniżeniem samooceny i zaufania do własnych możliwości, poczuciem winy i własnej bezwartości, pesymistycznym nastawieniem wobec zdarzeń mających nastąpić w przyszłości, aktami samoagresji i samookaleczenia, zmniejszonym apetytem;
- poczucie straty, zagrożenia – znika poczucie bezpieczeństwa własnego i rodziny, człowiek nie może pogodzić się z chorobą; poczucie straty jest najczęściej związane z: utratą zdolności do właściwego funkcjonowania, utratą roli społecznej, kontaktów interpersonalnych, a także ze stratami finansowymi;
- sytuacja „nowego” – pacjent nie wie, co go czeka, co przyniesie mu przyszłość;
- ograniczenie aktywności – chory często pozostaje w łóżku, nawroty choroby odbierają mu nadzieję na wyleczenie;
- brak poczucia kontroli – uzależnienie fizyczne i emocjonalne od osób trzecich.

Problemy pacjenta związane z chorobą to:

- problemy domowe – utrata dochodów, częsta nieobecność, odrzucenie przez rodzinę;
- lęk przed chorobą – czekająca operacja, skomplikowane badania, niepomyślne rokowanie, np. choroba nowotworowa;
- nieznane otoczenie – brak prywatności, zagubienie w nowych warunkach, np. szpitalnych, hospicjum, pojawianie się nowych osób;



- utrata kontroli – konieczność poddania się rygorom leczenia, uzależnienie od osób trzecich, brak reakcji na skargi i dolegliwości chorego;
- brak wsparcia ze strony najbliższych;
- utrata godności – konieczność obnażania ciała, uzależnienie od osób trzecich, trudności w wykonywaniu zadań zawodowych.

1. Podstawowe pojęcia – choroba, stany zapalne, klasyfikacja chorób

Przez termin **zdrowie** rozumie się stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej; w węższym znaczeniu jest to nieobecność choroby lub kalectwa. Z fizjologicznego punktu widzenia zdrowie to zdolność organizmu do odpowiedniego przystosowania się do warunków środowiska.

Zdrowie psychiczne to zdolność człowieka do rozwoju w kierunku coraz wyższych uczuć i wartości oraz realizacji twórczych możliwości, czyli kształtowania siebie na coraz wyższym poziomie i szerszych płaszczyznach (np. intelektualnej, emocjonalnej, moralnej).

Przez pojęcie **choroba** rozumie się reakcję organizmu na działanie czynnika zewnętrznego, który przekracza zdolności obronne organizmu, w efekcie czego powstają zaburzenia we współdziałaniu narządów ustroju. Choroba ma swoją etiologię (czynnik wywołujący), patogenezę (mechanizmy jej powstania), początek (może być nagły lub powolny), przebieg (gwałtowny w chorobach ostrych lub długotrwały i wyniszczający w chorobach przewlekłych). Wiele chorób ostrych może przechodzić w postać przewlekłą, zaś choroby przewlekłe mogą wykazywać zaostrzenia objawów chorobowych. Większość chorób w swoim przebiegu ma okres utajenia, kiedy choroba przebiega bezobjawowo.

Wyróżniamy choroby:

- ogólne – dotyczące całego organizmu,
- miejscowe – dotyczące tylko jednego narządu lub organu,
- czynnościowe – po ustaniu przyczyny ustępują całkowicie (np. choroba morska),
- dziedziczne – przekazywane potomstwu w układzie genetycznym,
- wrodzone – nabyte w okresie życia płodowego,
- samoistne – których etiologii nie udało się ustalić.

Choroba źle oddziałuje na psychikę człowieka – dana osoba nie może realizować swoich potrzeb, aspiracji oraz przystosować się do zmiany środowiska. Osoba chora jest w trudnej sytuacji, gdyż nastąpiła zmiana w jej życiu. Odczuwa ona brak wiedzy o swojej chorobie, a także lęk, strach, niepewność, przygnębienie, rozdrażnienie, niepokój, beznadziejność i pustkę. Niekiedy mogą wystąpić również zaburzenia świadomości. Choroba zaburza w człowieku porządek duchowy i psychiczny. W. Szewczyk wymienia pięć sposobów patrzenia na chorobę:

- wyzwanie, czyli trudność, którą trzeba rozwiązać;
- wróg, którego trzeba pokonać;
- kara, którą trzeba ponieść;

- ucieczka od odpowiedzialności i problemów życiowych,
- wartość, która rozwija i pogłębia wewnętrznie.

W ujęciu K. Osińskiej choroba może być dla człowieka klęską, akceptowanym faktem lub twórczym czynnikiem rozwojowym.

W sytuacji klęski osoba przewlekłe chora znajduje się w utrwalonym stanie rozpacz, przygnębienia, apatii i pesymizmu, który wyraża się w biernej i bezmyślnej rezygnacji, względnie w nierozumnym buncie w stosunku do konieczności losu. Sytuacja ta może człowieka załamać i prowadzić do ucieczki w śmierć samobójczą lub psychologiczną.

Apatia oznacza, że chory postrzega swoją sytuację negatywnie, traci wiarę w sens życia. Niezwykle ważne jest wsparcie takiej osoby i wzbudzenie w niej zainteresowania oraz siły do walki z dolegliwością. Przygnębienie można rozpoznać na podstawie obserwacji chorego. Jest mało mówny, spowolniały, niektóre ruchy wykonuje niezgrabnie, unika kontaktu z innymi, rezygnuje z zainteresowań, sprawia wrażenie nieobecnego, często płacze. Mogą występować również zaburzenia łaknienia oraz snu.

Stanom chorobowym towarzyszy też wcześniej wspomniany lęk. Objawia się on: unikaniem spojrzeń w oczy, napięciem mięśni twarzy i rąk, skuloną pozycją ciała. Może zdarzyć się również, że chory ukrywa przeżywanie lęku i zachowuje się beztrosko, np. dowcipkując na temat swojej sytuacji. Należy wówczas zadbać o rozluźnienie organizmu i wsparcie danej osoby.

Pozytywna akceptacja wyraża się w świadomym pogodzeniu z chorobą i radzeniu sobie w nowej sytuacji życiowej. Akceptacja o charakterze negatywnym prowadzi natomiast do ucieczki od trudności i konfliktów życiowych w chorobę.

Choroba może być także twórczym czynnikiem rozwoju. Wówczas jest przyjmowana jako dar, życiowe zadanie, szansa. Staje się „aktem twórczym” w procesie kształtowania osobowości i zmusza człowieka do podjęcia decyzji wyjścia na drogę swojego przeznaczenia. Uznając chorobę za twórczy czynnik rozwoju, chory pogłębia kontakt ze sobą i z innymi ludźmi. Wykorzystuje ten czas na przemyślenie nurtujących go problemów i wzmacnia osobiste kontakty (http://www.sciaga.pl/tekst/44041-45-choroba_jako_sytuacja_trudna_typy_reakcji_oraz_ich_wplyw_na_stan_psychiczny).

Stany zapalne

Stan zapalny to reakcja organizmu (układu immunologicznego) na infekcję. Stan zapalny służy szybkiemu usunięciu czynnika szkodliwego i naprawie szkód przez niego wyrządzonych.

Objawy stanu zapalnego dzielimy na objawy miejscowe i objawy uogólnione – rzutujące na cały organizm, np. gorączka albo „łamanie w kościach” towarzyszące grypie. Objawy zapalenia to: ból, zaczerwienienie, obrzęk, podwyższona temperatura, upośledzenie czynności.

Rodzaje stanu zapalnego:

- ostry (trwający kilka dni),
- podostry (trwający kilkanaście dni),
- przewlekły (np. alergia, a wskutek niej atopowe zapalenie skóry lub gruźlica),
- podprzewlekły.

Istnieje też podział patomorfologiczny stanów zapalnych na:

- uszkadzające,
- wytwórcze,
- wysiękowe,
- krwotoczne nieżyłowe,
- ropne,
- rzekomo błoniaste,
- surowicze,
- włóknikowe,
- wrzodziejące,
- zgorzelinowe.

OB (odczyn Biernackiego) oraz CRP (tzw. białko C-reaktywne) to wskaźniki stanu zapalnego. Ich podwyższony poziom świadczy o chorobie, która przebiega w naszym organizmie i która pobudza układ odpornościowy do obrony. Najczęściej chorobą tą jest infekcja bakteryjna lub wirusowa. Zdarza się jednak, że dzięki tak prostemu i podstawowemu badaniu wykrywano są poważne choroby, np. nowotwory.

Klasyfikacja chorób

Ogólna klasyfikacja chorób dzieli je na somatyczne i psychiczne.

- Choroby somatyczne to choroby ciała – od najlżejszych dolegliwości, takich jak katar, po nagłe i ciężkie (np. zawał mięśnia sercowego), aż po przewlekłe (np. cukrzyca, nowotwór).
- Choroby psychiczne to choroby, w przypadku których podstawowy problem stanowi zaburzone myślenie, przeżywanie czy zachowanie.

Źródła chorób



Zazwyczaj, kiedy doszukujemy się przyczyn konkretnego zaburzenia czy choroby, dochodzimy do wniosku, że miało w tym swój udział kilka czynników. Mogą to być zarówno czynniki zewnętrzne – niezależne od człowieka, jak i wewnętrzne – związane z jego indywidualnym funkcjonowaniem. Mogą to być czynniki obiektywne, czyli takie, na które nie mamy bezpośredniego wpływu oraz subiektywne, czyli wynikające z naszego postrzegania danej sytuacji. Mogą mieć podłoże biologiczne – naturalna flora bakteryjna człowieka, lub psychologiczne, wynikające z wewnętrznych przeżyć, przekonań czy relacji z innymi ludźmi (http://www.sciaga.pl/tekst/32021-33-zdrowie_i_choroba).

2. Schorzenia poszczególnych układów

Schorzenia poszczególnych układów można podzielić na ostre (np. zapalenie wyrostka robaczkowego, zawał, zapalenie płuc) i przewlekłe (np. choroby nowotworowe, cukrzyca, choroby zwyrodnieniowe stawów).

Choroby układu oddechowego

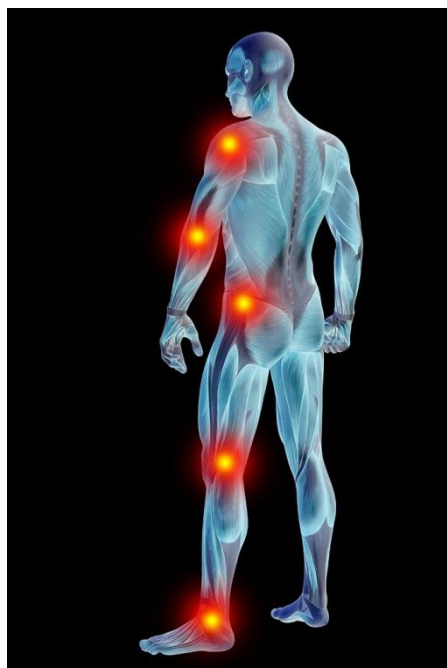
Do chorób układu oddechowego zaliczamy: alergię oddechową, anginę, astmę oskrzelową, azbestową, chorobę dekompresyjną, choroby infekcyjne, choroby nowotworowe, choroby zawodowe, gruźlicę, grypę, katar sienny, nieżyt nosa, odmę opłucnową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, przeziębienie, ptasią grypę, pylicę płuc, raka krtani, raka oskrzela, raka płuca, raka jamy ustnej (raka języka, ślinianki), SARS, śródbłoniaka opłucnej, zapalenie krtani i zapalenie tchawicy, zapalenie migdałków podniebiennych, zapalenie opłucnej, zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, zapalenie zatok przynosowych, zespół bezdechu śródsennego.

Choroby układu kostnego

Do chorób układu kostnego zaliczamy: chorobę Perthesa, dnę moczanową, gruźlicę, halluksy, schorzenia kręgosłupa, ostrogi piętowe, reumatyzm – reumatoidalne zapalenie stawów, zanik kostny (osteoporozę).

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia to: arytmia, białaczka, choroba niedokrwienna serca, choroba wieńcowa, cukrzyca, czerwienica, częstoskurcz napadowy, dusznica bolesna, kardiomiopatie, miażdżyca, migotanie przedsionków, mononukleozą, nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość – anemia, toskoplazmoza, wady serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie osierdzia, zawał serca, ziarnica złośliwa, żylaki – kończyn dolnych, żylaki odbytu (hemoroidy).



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

Choroby układu moczowego

Choroby układu moczowego to: gruźlica, kamica – kamica fosforanowa, kamica moczowa, kamica nerkowa, kamica szczawianowa, kamica wapniowa, mocznica, zapalenie cewki moczowej, zespół nerczycowy.

Choroby układu nerwowego

Choroby układu nerwowego to: ból głowy, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, epilepsja – padaczka, neurastenia, neurologia, półpasiec, stwardnienie rozsiane, tężyczka.

Choroby układu rozrodczego

Choroby układu rozrodczego to: gruźlica, kiła, kłykciny kończyste, konflikt maczyno-płodowy, nadżerka, niepłodność, opryszczka narządów płciowych, prostata, rzeżączka (tryper), torbiel jajnika.

Choroby układu trawiennego

Choroby układu trawiennego to: biegunka, chłoniak, choroba Krona, choroby jelita cienkiego, hemoroidy odbytu, kamica żółciowa, marskość wątroby, niedokrwienne, nudności i wymioty, refluks żołądkowo-przełykowy, zaburzenia czynnościowe jelit, zapalenia jelita grubego, zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenie dziąseł, zapalenie wątroby, zapalenie żołądka, zaparcie, zgaga.

Choroby psychiczne

Choroby psychiczne to: anoreksja (jadłowstręt psychiczny), autyzm, bezsenność, bulimia, choroba afektywna dwubiegunowa, fobia społeczna, mobbing, narkomania, nekrofilia, nerwica, nerwica hipochondryczna, nerwica lękowa, nerwica natręctw, nerwica pourazowa, nerwica serca, nerwica wegetatywna, neurastenia, schizofrenia, uzależnienia, zaburzenia psychosomatyczne.

Choroby alergiczne

Choroby alergiczne to: alergiczny nieżyt nosa, astma atopowa, astma oskrzelowa.

Choroby oczu

Choroby oczu to: jaskra, zapalenie powiek, zapalenie spojówek.

Choroby onkologiczne

Choroby onkologiczne to: białaczka, chłoniak, nowotwór.

Choroby skóry

Choroby skóry to: afta, atopowe zapalenie skóry, bielactwo, blizna, cysta naskórkowa, czyraki skórne, łuszczyca, opryszczka, ospa wietrzna (zewnątrzne objawy), półpasiec,



świąd (jako choroba), świerzb, trądzik, trądzik różowaty, żylaki – kończyn dolnych (zewnątrzne objawy).

Przebieg, objawy, leczenie wymienionych chorób znajdziesz w specjalistycznych podręcznikach – zapoznaj się z nimi.

3. Reakcje emocjonalne spowodowane chorobą u jednostki i jej rodziny

Zmiany zachodzące w funkcjonowaniu rodzin zależą od długości trwania choroby i jej przebiegu.

Zmiany w rodzinach zależą od siły mechanizmów adaptacyjnych.

Choroba w rodzinie wywołuje wiele negatywnych następstw w jej funkcjonowaniu. Jednak ich zakres i charakter jest relatywny. Zależy przede wszystkim od rodzaju i czasu trwania choroby, tego, kto jest osobą chorą oraz od innych czynników, do których zalicza się m.in. strukturę rodziny, relacje panujące pomiędzy jej członkami, wielkość budżetu domowego, status zawodowy poszczególnych członków rodziny, ich aktywność zawodową. Analizę wpływu choroby na funkcjonowanie rodziny można rozpatrywać w płaszczyźnie konsekwencji indywidualnych w życiu poszczególnych jej członków, a także w płaszczyźnie konsekwencji rodzinnych, czyli zmian w całej rodzinie.

Gdy w rodzinie pojawia się choroba, dom staje się głównym miejscem przebywania osoby chorej. Pozostali członkowie dbają o nią i pomagają jej w codziennym funkcjonowaniu. Według Z. Kawczyńskiej-Butrym prawidłowe wypełnianie owych zadań zależne jest od następujących cech:

- struktury rodziny i obecności osoby lub osób, które pełnią wobec chorego rolę opiekuna, a także sama pozycja chorego członka rodziny;
- stanu zdrowia i sprawności pozostałych członków rodziny;
- dysponowania odpowiednią ilością czasu, który może być przeznaczony na opiekę, role domowe i pozadomowe (nauka, praca itp.) pozostałych członków rodziny;
- sytuacji bytowej i warunków materialnych rodziny;
- sytuacji mieszkaniowej, standardu mieszkania i wyposażenia;
- sytuacji emocjonalnej, więzi pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny i stopnia akceptacji roli opiekuna;
- wiedzy i umiejętności dotyczących sprawowania opieki nad osobą chorą.

Każda z powyższych cech może spowodować ograniczenie lub rezygnację ze świadczenia pomocy osobie chorej przez rodzinę lub poszczególnych jej członków.

Do negatywnych zmian w strukturze rodziny zalicza się: pogorszenie sytuacji finansowej (zwiększają się wydatki związane z chorobą, a dochody ulegają zmniejszeniu, gdy osoba chora rezygnuje z pracy zawodowej), mniejsze możliwości pełnienia opieki nad dziećmi, uzależnienie planów całej rodziny od możliwości osoby chorej itp.



Wszystkim tym negatywnym zmianom towarzyszą również zmiany pozytywne – w sytuacji choroby członkowie rodziny stają się sobie bliżsi, a dzieci stają się bardziej samodzielne i odpowiedzialne (<http://www.konektia.pl/artykuly/192-rodzina-wobec-choroby-jednego-z-jej-czlonkow>).

4. Obciążenia ekonomiczne oraz społeczne jednostki i jej rodziny wynikające z choroby

Zachorowanie jednego z członków rodziny powoduje zaburzenie całego systemu rodzinnego. Każda osoba w rodzinie ma swoją pozycję, miejsce i rolę. Choroba zakłóca więc funkcjonowanie rodziny. Zdrowi członkowie rodziny muszą przeorganizować czasowo strukturę funkcjonowania rodziny, pamiętając, aby całkowicie nie odbierać choremu udziału w życiu rodzinnym czy podejmowaniu ważnych decyzji. W miarę sił i możliwości pacjent powinien uczestniczyć w życiu rodziny, aby nie czuł się niepotrzebny i wykluczony z grona najbliższych mu osób.

Choroba w rodzinie sprawia, że członkowie muszą niejednokrotnie przebudować swoje życie i przystosować się do wielu trudności oraz ograniczeń, takich jak:

- zaburzenia rytmu dnia – szczególnie istotne jest to w sytuacji, gdy są małe dzieci, które wymagają stałego rozkładu dnia i przestrzegania pewnego rytmu;
- kłopoty finansowe – kłopoty związane z wydatkami na leczenie, z utratą pracy chorego lub koniecznością ograniczenia pracy przez zdrowego członka rodziny;
- zaburzenia planów krótkoterminowych – rezygnacja z planowanych zajęć czy wyjazdów;
- zaburzenia planów długofalowych – konieczność przerwania nauki, zmiany pracy, objęcia opieką osoby chorej;
- utrata bliskości fizycznej w małżeństwie – szczególnie po okaleczających zabiegach operacyjnych (uczucie wstydu, lęku osoby chorej lub partnera);
- konflikty w obrębie rodziny – sama choroba jest sytuacją stresującą, a gdy dochodzą nowe nieprzewidziane trudności sytuacja staje się bardzo napięta i niełatwo o wywołanie kłótni;
- zaburzenie komunikacji w rodzinie – brak szczerości we wzajemnych kontaktach.

Rodzina podejmuje wysiłek zmagania się z chorobą na różne sposoby. Udział rodziny w przebiegu choroby jest duży i zarazem obciążający dla jej członków. Najważniejszą rolą rodziny jest wspieranie emocjonalne pacjenta w czasie trwania choroby, a w szczególności w trudnych momentach chorowania. Ważne jest motywowanie pacjenta do leczenia i walki z chorobą, wsparcie finansowe, pomoc w czynnościach dnia codziennego (przejęcie niektórych ról dotychczas pełnionych przez chorego), pomoc w podejmowaniu ważnych decyzji, ograniczenie kontaktów społeczno-towarzyskich na rzecz czasu poświęconego choremu. Wszystko to składa się na codzienną pomoc cierpiącemu.

Oczywiście są rodziny, które w mniejszym lub większym stopniu okazują swoje wsparcie pacjentowi, a wynikać to może z przeróżnych czynników, np. rodzaju więzi łączących daną rodzinę, bliskości poszczególnych członków, systemu wartości czy realnych możliwości czasowych lub finansowych. Jeszcze większe trudności występują w fazie terminalnej choroby. W tej fazie różna może być świadomość sytuacji – czasem rodzina wie, jaki jest stan chorego, ale mu nie mówi, czasem sam pacjent nie dopuszcza do siebie myśli, że odchodzi. Jest to bardzo trudny moment chorowania. Często znika nadzieja, pojawia się żal, smutek, przygnębienie, czasem poczucie porażki, że tyle zostało zrobione i wszystko na nic. Może być również tak, że pacjent mówi rodzinie, że to już koniec, oni jednak nie chcą go słuchać, nie chcą wierzyć, nie pozwalając mu się pożegnać. W tym trudnym okresie wsparcia potrzebuje cała rodzina, nie tylko chory. Ważne jest, aby opiekun potrafił go udzielić. Jest to okres bardzo trudny dla rodziny i pacjenta, wszyscy muszą nauczyć się żyć z chorobą, pogodzić się z możliwością zgonu, przygotować siebie i chorego na odejście. Pacjentowi może być trudniej lub łatwiej rozstawać się z bliskimi i otaczającym go światem. Pacjent może mieć żal, że nie udało mu się wszystkiego pozala-



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

twiać, że zostawia rodzinę w niepewnej sytuacji, może mieć poczucie winy. Rolą rodziny jest wspieranie pacjenta do ostatnich chwil, bycie z nim, słuchanie, zapewnianie o swoich uczuciach, mówienie o swoich emocjach. Rodzina musi wsłuchiwać się w potrzeby takiej osoby, nie powinna narzucać swoich poglądów i swoich wyobrażeń o tym, co może być dla niego korzystne, a co nie. Rodzina obłożnie chorego, umierającego oczekuje od personelu

medyczno-opiekuńczego, a także od swoich bliskich i znajomych wsparcia, podziwu, pomocy dla siebie, pomocy w rozwiązywaniu nieporozumień, wskazówek, informacji, wsparcia po śmierci chorego. Dlatego najważniejszą wskazówką, jaką można dać w tym wypadku jest podążanie za chorym, za jego potrzebami i emocjami, dzielenie się z nim swoimi własnymi uczuciami, aby nie czuł się samotny w odczuwaniu pewnych emocji. Należy słuchać i szczerze reagować na jego problemy, ale też określać pewne realne granice tej pomocy.

(<http://www.psychoonkologia.info.pl/pacjenci/index.php?dzial=&mid=43&parent=1>)

5. Etiologia choroby na przykładzie choroby Parkinsona

Etiologia to nauka o przyczynach powstawania chorób i powiązaniu przyczynowym czynnika chorobotwórczego z procesem chorobowym. Np. w chorobie zakaźnej czynnikiem etiologicznym jest swoisty drobnoustroj, ale działający w powiązaniu ze stanem odporności organizmu (odpornością). Znajomość etiologii chorób jest ważna zarówno do opracowania postępowania profilaktycznego, jak i leczniczego.

Stan zdrowia osoby starszej zmienia się diametralnie w zależności od tego, czy ma ona 60, 70 czy 80 lat. Chorobami wieku podeszłego zajmuje się **geriatria**. Ta gałąź medycyny stara się kompleksowo rozwiązywać problemy zdrowotne osób starszych. Warto zaznaczyć, że według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), starość zaczyna się po 60. roku życia.

Do najczęstszych **chorób wieku podeszłego** należą: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, nadciśnienie tętnicze, demencja, cukrzyca, depresja, choroba niedokrwienna serca, przewlekła niewydolność serca i wady serca, choroby zwyrodnieniowe kości i stawów, osteoporoza oraz różnego rodzaju infekcje.

Najczęstsze **dolegliwości osób starszych** to: zaburzenia pamięci, wahania nastroju, zaburzenia mowy i spowolnienie ruchowe, problemy ze słuchem, pogorszenie wzroku, utrata masy mięśni i kości, problemy z sercem i układem krążenia, problemy oddechowe, kłopoty z poruszaniem się.

Należy podkreślić, że sama starość nie jest chorobą.

(http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/ciekawostki/choroby-wieku-podeszlego-na-co-najczesciej-choruja-osoby-starsze-na-co-chorowal-benedykt-xvi_40654.html)

Etiologia choroby Parkinsona u osób starszych

Choroba Parkinsona jest zaburzeniem uszkadzającym układ nerwowy. Prowadzi do utraty kontroli nad mięśniami, czego skutkiem są drżenia kończyn i głowy, sztywność i spastyczność mięśni, a w efekcie spowolnienie ruchu i zaburzenie równowagi.

Przy rozwoju choroby Parkinsona u osoby starszej obserwujemy coraz większe trudności w wykonywaniu najprostszych czynności. W zaawansowanym stadium choroby barierą nie do przekroczenia dla seniora bywa samodzielne przemieszczanie się, a nawet mówienie. Pogłębianie się choroby jest zależne od wielu czynników i jest zróżnicowane indywidualnie. Przyczyną występowania objawów jest brak neuroprzekaźnika – dopaminy. Niedobór tego związku chemicznego w organizmie powoduje zaburzenia w napięciu ruchowym, koordynacji oraz napięciu mięśni. Objawy choroby Parkinsona związane są z obszarem ruchów zamierzonych i niezamierzonych. Zaburzenia zaczynają wy-

stępować zazwyczaj po jednej stronie ciała. Początkowo są delikatne, jednak z czasem narastają. Charakterystyczne objawy to:

- drżenia palców, dłoni, ręki, stopy, nogi, żuchwy lub głowy;
- sztywność kończyn i tułowia, nasilająca się podczas ruchu;
- spowolnienie ruchów zamierzonych;
- niestabilność postawy;
- tzw. chód parkinsonowski (charakterystyczna przygarbiona postawa ciała, małe kroczki, bezruch ramion podczas chodu).

Inne objawy choroby Parkinsona, niepowiązane z aparatem ruchu, to: stres, niepewność, podenerwowanie i strach, utrata pamięci, demencja, zagubienie, depresja, trudności z połykaniem, ślinienie się, zanik zmysłu powonienia, pocenie się, zaburzenia erekcji, problemy dermatologiczne, powolna i cicha mowa, częste oddawanie moczu.

Wczesna diagnoza choroby Parkinsona u osoby starszej pomaga we wdrożeniu właściwego leczenia. To jednak bardzo trudne zadanie, ponieważ nie ma prostego testu ani badania wykrywającego chorobę Parkinsona. Trafne zdiagnozowanie tego zaburzenia jest trudne również dlatego, że wiele innych chorób może dawać podobne objawy do choroby Parkinsona.

Postawienie trafnej diagnozy jest prawdopodobne, gdy:

- co najmniej dwa lub trzy podstawowe objawy choroby występują u osoby starszej;
- występowanie objawów rozpoczęło się od jednej strony ciała;
- objawy nie pojawiają się w związku z przyjmowaniem leków, nie są objawem udaru mózgu;
- objawy ulegają złagodzeniu po podaniu levodopy.

Niestety, nie ma skutecznego leku na chorobę Parkinsona. Poprzez właściwe leczenie można jednak zmniejszyć dolegliwości i uciążliwość objawów oraz oddalić w czasie ich wystąpienia.

Analizując jakąkolwiek chorobę opiekun medyczny powinien znaleźć odpowiedź na pytania zamieszczone w tab. 2.1.



Źródło: biblioteka zasobów multimedialnych

Tabela 2.1. Pytania najczęściej zadawane przez opiekuna medycznego w celu rozpoznania choroby

Pytania	Odpowiedzi
Z jaką chorobą mam do czynienia?	Społeczną, psychiczną, somatyczną, jawną, ukrytą.
Jaki jest jej przebieg?	Ostry, przewlekły. Choroba jest wyleczalna lub nie.
Jakie objawy demonstruje pacjent?	Określa – opisuje wszystkie objawy, które ma/demonstruje pacjent.
Jakie potrzeby są zaburzone przez te objawy?	Np. pacjent podaje: ma duszność, zadyszkę, zasinienie wokół ust itp. – zaburzona potrzeba oddychania.
Z jakimi problemami mamy do czynienia?	Np. utrudnione poruszanie się, utrudnione czynności dnia codziennego, utrudnione kontakty interpersonalne itp.
Jakie działania należy podjąć, aby zaspokoić potrzeby?	Np. podanie tlenu, gimnastyka oddechowa, pomoc w czynnościach dnia codziennego, kontakt interpersonalny przy pomocy Internetu itp.
Jakie działania należy podjąć, aby rozwiązać problemy?	Podanie tlenu przy pomocy maseczki, worka rozprężającego, butli tlenowej, z sieci z zachowaniem wszystkich zasad. Przeprowadzenie gimnastyki oddechowej z odpowiednim sprzętem itp.

Źródło: opracowanie własne autora

Bibliografia

Literatura obowiązkowa

Aleksandrowicz R., *Mały atlas anatomiczny*, PZWL, Warszawa 2009.

Michajlik A., Ramotowski W., *Anatomia i fizjologia człowieka*, PZWL, Warszawa 2009.

Miechowiecka N., Wróblewski T., *Patologia – podręcznik dla szkół medycznych*, PZWL, Warszawa 1993.

Schiefele J., Staudt I., Dach M. M., *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 1998.

Szwałkiewicz E., *Opiekun medyczny w praktyce*, PZWL, Warszawa 2013.

Literatura uzupełniająca

De Walden-Gałuszko K. (red.), *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.

Mötzing G., Schwarz S., *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.

Netografia

http://www.sciaga.pl/tekst/44041-45-choroba_jako_sytuacja_trudna_typy_reakcji_oraz_ich_wplyw_na_stan_psychiczny

<http://www.unicorn.org.pl/konferencje/artykuly/psychologia.htm>

https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/4475/1/11_Irena_Przywarka_Rodzina_w_sytuacji_choroby_wplyw_choroby_153-172.pdf

<http://www.youtube.com/watch?v=auRXVGGzEYU>

<http://testwiedzy.pl>

<http://www.wydawnictwopzwl.pl/podreczniki-akademickie/anatomia-on-line>

<http://www.innerbody.com/>

<http://www.pum.edu.pl/biblioteka-glowna/aktualnosci/biblioteka/dostep-on-line-do-trojwymiarowego-atlasu-anatomicznego>