

Pandemia uzmysławia, jak ważna jest rola opiekuna w procesie leczenia

Pomarańcze i banany przy szpitalnym łóżku kojarzą się z odwiedzinami kogoś bliskiego. Gdybyś my spojrzeli na ten obrazek z szerszej perspektywy, zobaczylibyśmy też samego opiekuna, który pilnuje, by posiłek został zjedzony, poprawia pościel, pomaga się umyć czy po prostu do trzymuje towarzystwa. Wykonuje szereg czynności, które pozwalają na okazanie wsparcia i bliskości osobie chorej. *Pandemia COVID-19 unaoczniała, jak ważna jest rola opiekuna. Na chwilę obecną, ze względu na obowiązujące w szpitalach obostrzenia, ich obecność jest niemożliwa lub zminimalizowana, co istotnie wpływa na system opieki nad pacjentem – podkreśla dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz, neurolog z Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, II Kliniki Neurologii w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.*

Nie zawsze zdajemy sobie sprawę, w jak wielu sytuacjach w czasie choroby towarzyszy nam opiekun. Nie wiemy nawet, iloma sprawami zajmuje się poza salą szpitalną, jak wiele rozmów przeprowadza z lekarzami i pielęgniarkami. Opiekun po prostu jest. Perspektywa zmieniła się jednak w wyniku zagrożenia zakażeniem COVID-19. Brak opiekuna w codzienności pacjenta przebywającego w szpitalu to kolejne, rzadziej zauważane oblicze pandemii.

Od prawie 3 lat w ramach kampanii edukacyjnej „Żywienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą” podkreślaliśmy rolę opiekuna w procesie leczenia, jednak po raz pierwszy mamy sytuację, w której zewnętrzny, niezależny czynnik pokazuje, jak ważny element opieki zdrowotnej stanowi. Mam na myśli nie tylko osoby, które spędzają godziny przy szpitalnym łóżku chorego, ale też te pojawiające się od czasu do czasu – wnuczkę wywołującą uśmiech, córkę podającą łyżkę z zupą, czy kolegę pomagającego wstać – mówi Adrianna Sobol, psycholog z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Opiekun widzi więcej

Opiekunowie, być może zupełnie nieświadomie, stanowią też wsparcie dla personelu medycznego, który ze względu na obciążenie obowiązkami nie zawsze jest w stanie zauważyć i zadbać o wszystkie potrzeby pacjentów.

Na podstawie doświadczenia pracy na oddziale rehabilitacji neurologicznej w ostatnich tygodniach mogę powiedzieć, że nieobecność opiekunów w szpitalach odbija się na z pozoru prostych sprawach, które jednak na dalszym etapie mogą mieć istotny wpływ na proces leczenia. Jednym z nich jest żywienie. Przed pandemią opiekunowie nie tylko przynosili dla swoich bliskich owoce czy inne ulubione przekąski, ale też obserwowali, czy ich bliscy jedzą, pomagali karmić chorych, którzy nie byli w stanie jeść samodzielnie, motywowali do jedzenia. Mimo ogromnych starań, personel medyczny nie

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:



zawsze jest w stanie każdemu z pacjentów poświęcić tyle czasu, ile mieli dla niego najbliżsi, co też może wpływać na ilość spożytego pokarmu – podkreśla dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz.

Spożywanie posiłku ma też charakter społeczny. Większość z nas jest przyzwyczajona do spożywania chociaż jednego posiłku w towarzystwie. Poczucie osamotnienia i dodatkowe obciążenie psychiczne, wynikające z choroby oraz panującej atmosfery, może powodować, że pacjent nie będzie myślał o jedzeniu, wręcz nie będzie miał apetytu. Dlatego jeżeli to możliwe, warto korzystać z dobrodziejstwa technologii, wirtualnego spotkania, może nawet zjedzenia posiłku w „internetowym towarzystwie”, patrząc na siebie przez łatwo dostępne w telefonie kamerki. Za pierwszym razem możemy poczuć się dziwnie, ale zapewniam, że większość z nas nie raz coś przegryzała podczas rozmowy z osobą bliską, nawet się nad tym nie zastanawiając. Warto więc spróbować – dodaje Adrianna Sobol.

Troska o bezpieczeństwo

Wiele chorób neurologicznych wiąże się z zaburzeniami połykania, czyli dysfagią, która jest jednym z częstych problemów pacjentów po udarze mózgu. Dysfagia zwykle objawia się krztuszeniem, kaszlem podczas i po posiłku, zmianą barwy głosu podczas i po jedzeniu na głos nosowy lub „charkotliwy” i często ma związek z zaburzeniami stanu odżywienia. Nieleczona dysfagia może prowadzić do zachłystowego zapalenia płuc, które jest groźne dla życia pacjenta. Często wpływa też na zmianę nawyków żywieniowych, np. unikanie posiłków czy jedzenie mniejszych ilości pokarmów¹, co z kolei prowadzi do ryzyka niedożywienia – nawet połowa chorych z dysfagią jest niedożywiona, a aż 75% cierpi z powodu odwodnienia^{2,3}.

Tutaj znowu ogromną rolę odgrywa opiekun, który ma możliwość obserwowania chorego podczas i po posiłku i może zauważyć wspomniane objawy, a następnie zgłosić je lekarzowi. Dysfagia, w zależności od stopnia nasilenia, wymaga specjalnego postępowania – czasami wystarczające jest rozdrobnienie i zagęszczenie posiłku specjalistycznym preparatem, a w bardziej zaawansowanych przypadkach konieczne może być włączenie żywienia dojelitowego – wyjaśnia dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz.

Odpowiednie żywienie integralnym elementem leczenia

W wyniku przebytego udaru mózgu może też dojść do zmian w procesie przemiany materii, których rezultatem jest podwyższenie tempa metabolizmu, a tym samym zwiększenie zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze. Obserwujemy wtedy pewien ciąg zdarzeń – zmniejszenie ilości przyjmowanych pokarmów bezpośrednio przekłada się na mniejszą ilość dostarczanych organizmowi

¹ Dysphagia in Head and Neck Cancer Patients: Pretreatment Evaluation, Predictive Factors, and Assessment during Radio-Chemotherapy, Recommendations Nerina Denaro, Marco C. Merlano, Elvio G. Russi, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3781223/table/T3/>

² Fel P: Nutritional Management of Dysphagia in the Healthcare Setting Healthcare Caterer.2006: Spring 2006. Leibovitz A., Baumoehl Y., Lubart E., Yania, A., Platinovitz N & Segal R.: Dehydration among longterm care elderly patients with oropharyngeal dysphagia. Gerontology 2007: 53: 179183

³ Leibovitz A, Baumoehl Y, Lubart E, Yaina A, Platinovitz N & Segal R: Dehydration among longterm care elderly patients with oropharyngeal dysphagia. Gerontology. 2007; 53: 179183

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:



składników odżywczych, a to wpływa na pogorszenie stanu odżywienia i może prowadzić m.in. do spadku odporności, zwiększenia ryzyka powikłań i wydłużenia procesu rekonwalescencji⁴.

To dodatkowe wyzwanie w przypadku pacjentów przebywających w szpitalu w tym trudnym okresie. Dlatego też każdy chory powinien przejść wnikliwą ocenę stanu odżywienia, a jeżeli zaspokojenie zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze nie jest możliwe poprzez tradycyjną dietę, trzeba rozważyć włączenie żywienia medycznego – doustnych preparatów odżywczych w przypadku pacjentów, którzy są w stanie spożywać pokarmy doustnie lub żywienia dojelitowego przez sztuczny dostęp, gdy doustna metoda karmienia jest niemożliwa lub niewystarczająca – dodaje dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz.

Preparaty odżywcze zawierają zestaw niezbędnych makro- i mikrośladków. Dostępne są też preparaty wzbogacone w argininę, czyli ważny immunoskładnik regulujący funkcje odpornościowe organizmu⁵.

Więcej na temat żywienia w chorobie oraz roli opiekuna w procesie leczenia można znaleźć na www.zywieniemedyczne.pl.

⁴ Członkowska A, Sarzyńska-Długosz I, Błażejewska-Hyżorek B, Nyka WM, Opuchlik A, Słowik A, Kuczyńska-Zardzewiały A, Kłęk S. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w udarze mózgu — stanowisko Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Pol. Przegl. Neurol 2013;9(4):141-145.

⁵ Scibor D, Czczot H: Arginina – metabolizm i funkcje w układzie sercowo–naczyniowym, Adv Clin Exp Med 2005, 14, 5, 1041–1050: <http://www.biol.uw.edu.pl/zfz/wp-content/uploads/2011/02/9.pdf> [data pobrania: 31.07.2020].

ORGANIZATOR:



PARTNERZY:

