

Posiłki i żywienie w chorobie Alzheimera



Jedzenie obok snu, oddychania i picia sytuuje się najniżej w hierarchii potrzeb człowieka i wydawać by się mogło, jest prostą, wręcz mechaniczną czynnością nie wymagającą namysłu, w którą natura wyposażyła człowieka do przetrwania. Problem zaczyna się jednak w momencie, gdy mózg w chorobie demencyjnej nie odczytuje, że chory jest głodny, spragniony lub nie posiada informacji co ma zrobić z jedzeniem, które choremu podano. Choroba Alzheimera w swej specyfice wpisana ma degradację obszarów mózgu odpowiadających za poszczególne funkcje człowieka, w tym związane z kojarzeniem czynności z przedmiotem, który chory widzi. Im późniejsze stadium choroby tym choremu trudniej wykonywać samodzielnie czynności takie jak np. jedzenie, aż do całkowitego zatracenia tej funkcji. Przykładem takiej sytuacji jest obserwowalna, postępująca trudność w korzystaniu ze sztućców. Chory początkowo - we wczesnym stadium choroby potrafi korzystać z noża, widelca i łyżki zgodnie z ich przeznaczeniem, następnie korzysta tylko z widelca i łyżki prosząc o pokrojenie posiłku, kolejno redukuje jedzenie do łyżki, którą zjada cały obiad, aż po jedzenie rękoma. W zaawansowanym stadium choroby próby jedzenia rękoma chorzy podejmują także w przypadku jedzenia zupy lub owoców z kompotu, nie rozumiejąc zaistniałej sytuacji. Skrajną sytuacją chorobową jest stadium, w którym chory sam nie jest w stanie, nie tylko spożywać posiłków, a nawet połykać tych podanych bezpośrednio do jamy ustnej. Stadium to jest nieodwracalne ze względu na poważne uszkodzenia mózgu, a żywienie odbywa się poprzez sondę do żołądkową i wymaga specjalistycznego żywienia.

Sytuacja niesamodzielności chorego bardzo często w opiekunach rodzinnych budzi podenerwowanie, ze względu na fakt, iż chory je długo, rozlewa płyny, kruszy i spadają na niego kawałki jedzenia

brudząc się przy tym odzież. Bardzo często rodzina karmi chorego by tego uniknąć, tym samym zabierając mu możliwość podtrzymywania i ćwiczenia czynności, tak ważnej dla każdego człowieka, by nie odczuwać zależności od innych. Trudności wynikających z zanikania możliwości wykonywania czynności nie da się uniknąć, ale można ułatwić choremu ich przebieg. W naszym domu duży nacisk kładziemy właśnie na samodzielność i indywidualizm chorego, pozwalając mu jeść tak długo jak tego potrzebuje i w taki sposób jaki jest dla niego optymalny. Posiłki mają wyznaczone umowne ramy czasowe dla ich rozpoczęcia, ale nie ma wyznaczonego czasu ich zakończenia. Chorzy nie są poganiani, a jeśli jest taka potrzeba opiekunki dokarmiają chorego, który nie zdołał zjeść posiłku w trakcie dnia. Należy pamiętać, że fizyczna nieumiejętność spożywania posiłku to tylko jeden aspekt. Drugim ważnym są zaburzenia psycho- emocjonalne chorych z chorobą Alzheimera, które prowadzą do pobudzenia ruchowego, a tym samym znacznie utrudniają jedzenie posiłku. Wielorakie zaburzenia mogą powodować takie sytuacje jak to, że chory nie chce aktualnie jeść, ponieważ w jego przekonaniu musi gdzieś iść, jest smutny, zdenerwowany, uważa, że ktoś chce go otruć lub nie będzie tego jadł bo nie wiadomo co to jest. Wiedza o tym co chory je, jest dla niego nie bez znaczenia, dlatego w naszym domu posiłki nie tylko przygotowane są w sposób zbilansowany, dostosowany do specjalistycznych diet, ale także w sposób tradycyjny, znany choremu z czasów zanim zaczął chorować. Wbrew pozorom dla chorego może istnieć duża różnica pomiędzy tradycyjną zupą a zupą kremem, którą uznać może za sos, a to z kolei wydaje się być dziwne, by jeść z miski sos i to tak dużej ilości. Podobnie jest w innych daniach – im tradycyjniejsze i prostsze tym dla chorego lepiej, gdyż nie budzą dezorientacji co jest na jego talerzu.

Posiłki w naszym domu dostosowywane są także do indywidualnych potrzeb chorego i np. są miksowane jeśli stadium choroby nie pozwala choremu gryźć, bo „zapomniał on” tę czynność. Jest to ważne ponieważ dodatkowo towarzyszące pobudzenie ruchowe może prowadzić do zakrztuszenia niepodgryzionym jedzeniem. Niemożność najedzenia w przypadku niedostosowanego posiłku, może także zniechęcać chorego do dalszych prób samodzielnego ich spożywania. Dla wspierania samodzielności chorzy spożywają je w odrębnej grupie co pozwala im na dostosowanie do czasu posiłków, swobodne czucie się w grupie w której każdy je „na swój sposób”, a przy tym nie przeszkadzają innym mieszkańcom domu swoimi nieadekwatnymi. Zachowaniami, jak chodzenie w trakcie posiłku, plucie, trzymanie kruszonego jedzenia w dłoniach czy ogólne jedzenie rękoma, które mogłyby samych chorych narazić na nieprzyjemne komentarze innych.

Posiłki i sam proces jedzenia to problem złożony i wieloaspektowy, ale przy odpowiednim wsparciu chorego nie musi stanowić problemu zarówno dla niego samego jak i dla innych, w tym jego opiekunów.

Autor: Karolina Kramkowska, pedagog, doktorantka UKW w Bydgoszczy, autorka bloga: opiekanadseniorami.blogspot.com