

Forum Opieki Długoterminowej

# medi

ISSN 1643 - 1308 nakład 2500 egz.

Kwartalnik nr 2(64)  
**czerwiec 2015**

**Grzybica**  
u seniorów  
**Wypalenie**  
zawodowe

LECZENIE **ODLEŻYN**



# Seni Active

elastyczne majtki chłonne



Załóż je zamiast zwykłej bielizny i czuj się bezpiecznie i wygodnie w każdej sytuacji.



PREMIUM Quality



# seni

Jeśli cierpisz na średnie lub ciężkie nietrzymanie moczu, a chcesz prowadzić aktywny tryb życia lub uczestniczyć w zajęciach rehabilitacji ruchowej

[www.seni.pl](http://www.seni.pl)

**SENI ACTIVE SĄ DLA CIEBIE!**

# medi

## Szanowni Państwo!

**WYDAWCA:**  
Fundacja  
Razem Zmieniamy Świat

**PARTNER WYDANIA:**  
TZMO SA  
Producent wyrobów  
pod markami Seni, Matopat, Bella

**RADA NAUKOWA:**  
prof. dr hab. med.  
Anna Wilmowska-Pietruszyńska  
prof. dr hab.  
Zofia Kawczyńska-Butrym  
mgr Janina Mirończuk  
mgr Lilia Kimber-Dziwisz  
mgr Grażyna Śmiarowska  
dr n. med. Piotr Kowalczyk  
dr n. med. Robert Ślusarz

**REDAKTOR:**  
Hanna Szymkiewicz

**PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:**  
APP - POLE ZNAKU  
Agata Wajer-Gądecka  
poleznaku.pl

**ADRES REDAKCJI:**  
ul. Żółkiewskiego 20/26  
87-100 Toruń  
tel. 056 612-32-93  
fax. 056 612-35-83  
[redakcja.medi@gmail.com](mailto:redakcja.medi@gmail.com)

**PRENUMERATA:**  
Formularz zamówienia prenumeraty  
znajduje się na stronie  
[www.razemzmieniamywiat.pl](http://www.razemzmieniamywiat.pl)  
w zakładce Publikacje

Redakcja zastrzega sobie prawo  
skracania i adiustacji nadsyłanych  
tekstów. Przedruk, kopiowanie  
lub powielanie w jakiegokolwiek formie  
wyłącznie za zgodą redakcji.

**W** poprzednim wydaniu MEDI skupiliśmy się na profilaktyce przeciwoleżynowej. Tym razem pochylamy się nad kwestią leczenia już powstałych odleżyn. Z pewnością nie jest to zadaniem szybkim, łatwym i przyjemnym, ale na pewno bardzo istotnym w codziennej opiece nad osobami

przewlekłe chorymi, długotrwale unieruchomionymi.

Na kolejnych stronach MEDI poruszamy tematykę równie ważną, czyli zakażenia grzybicze oraz problem zaparc u seniorów. Z tymi ostatnimi możemy sobie poradzić odpowiednią dietą, a skoro o diecie mowa, to w czerwcowym wydaniu znajdują Państwo także sugestie dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Bydgoszczy dotyczące realizacji Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w zakresie wyboru posiłków przez mieszkańców domu.

Dodatkowo, zachęcamy do lektury artykułów nt. wypalenia zawodowego oraz nt. możliwości zapewniania opieki w kontekście zmieniającej się demografii.

Jednocześnie zapraszamy do kibicowania finalistom Ligi Seni Cup oraz do udziału w XVIII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej. O obu tych wydarzeniach przeczytają Państwo w Aktualnościach

Redakcja  
kwartalnika Medi

# SPIS TREŚCI

## czerwiec 2015

### TEMAT NUMERU

---

- 6** Leczenie ran odleżynowych
- 11** Leczenie ran z pomocą opatrunków biologicznych

### ODŻYWIANIE

---

- 15** Problem zaparc wśród seniorów – przyczyny, profilaktyka i terapia

### ZAKAŻENIA

---

- 18** Grzybice – częsty problem u seniorów

### ZARZĄDZANIE

---

- 21** Praktyczne aspekty realizacji zapisów Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w zakresie wyboru zestawów posiłków przez Mieszkańców Domów Pomocy Społecznej
- 27** Syndrom wypalenia zawodowego – skąd się bierze i jak mu zapobiegać?

### TEORIA I PRAKTYKA

---

- 31** Opieka na starość – oczekiwania i możliwości ich spełnienia w obecnych uwarunkowaniach demograficznych

### AKTUALNOŚCI

---

- 35** Zwykły sport niezwykłych ludzi
- 38** XVIII Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

# Medisorb



Na każdym etapie gojenia rany

➔ **oczyszczenie rany  
i długotrwała kontrola wysięku**

Medisorb A  
Medisorb P  
Medisorb H

➔ **zahamowanie  
rozwoju infekcji**

Medisorb SILVER PAD  
Medisorb SILVER

➔ **ochrona  
delikatnych  
tkanek**

Medisorb H  
Medisorb F

➔ **uwodnienie  
tkanki  
martwiczej**

Medisorb G

➔ **kontrola wysięku**

Medisorb A  
Medisorb P  
Medisorb H

➔ **ochrona  
przed infekcją**

Medisorb SILVER PAD  
Medisorb SILVER



## MEDISORB system wilgotnego gojenia ran



Medisorb G



Medisorb A



Medisorb P



Medisorb H



Medisorb SILVER PAD



Medisorb SILVER



Medisorb F



[www.matopat.pl](http://www.matopat.pl)  
[www.na-rany.pl](http://www.na-rany.pl)

# Leczenie ran odleżynowych

JOANNA SZWEDO

Pedagog, pielęgniarka specjalistka w dziedzinie opieki paliatywnej, organizacji i zarządzania

*Odleżyny to rany przewlekłe, które stanowią ogromny problem terapeutyczny wśród pacjentów przewlekle chorych oraz unieruchomionych. Często są przyczyną cierpienia, bólu, izolacji społecznej oraz częstych hospitalizacji. Niosą za sobą ryzyko powikłań, które mogą prowadzić nawet do śmierci chorego. Ich leczenie jest trudne, kosztowne oraz wymaga dużo czasu, systematyczności i konsekwencji.*



**O**dleżyny rozwijają się na skutek działania wielu czynników:

- ▶ **bezpośrednich** – związanych z chorym, jego sytuacją zdrowotną, rodzinną, ekonomiczną;
- ▶ **pośrednich** – związanych z dostępnością do opieki specjalistycznej, sprzętu specjalistycznego i pomocniczego oraz wiedzą i kompetencjami personelu medycznego.

**Rany odleżynowe to problem wielowymiarowy, dlatego ich leczenie powinno być wielokierunkowe.**

Powinno obejmować zarówno minimalizowanie, jak i usuwanie (o ile to możliwe) ich przyczyn. Cel, który sobie stawiamy, powinien być znacznie szerszy niż tylko wyleczenie rany. Powinniśmy zmierzać do sytuacji, w której zapobiegniemy nawrotom odleżyn, zwłaszcza u pacjentów długotrwale unieruchomionych, u których odleżyna nie jest skutkiem incydentalnej sytuacji.

W prawidłowym postępowaniu z odleżynami istotne jest właściwe leczenie

powstałej rany w oparciu o znajomość patomechanizmu jej powstania, klasyfikacji oraz oceny odleżyny. **Kompleksowa ocena odleżyny powinna być dla nas punktem wyjścia do optymalnego doboru metody i środków leczenia.** Na taką ocenę składa się:

- 1. Ocena zaawansowania odleżyny** (można jej dokonać, stosując jedną z wielu dostępnych skal, m.in. skala Torrance'a, Enisa i Sarmiento)
- 2. Ocena lokalizacji odleżyny**
- 3. Ocena wielkości oraz głębokości rany** (rana powinna być zmierzona; jest to niezwykle istotne w przypadku oceny i monitorowania procesu leczenia oraz ewaluacji postępowania i dokumentowania)
- 4. Ocena skóry otaczającej ranę** (kondycja tkanek, stan zapalny, reakcje alergiczne, napięcie)
- 5. Ocena brzegów rany** (wygląd – brzegi napięte, wywinięte, podminowane; ocena pod kątem występowania zachyłków, kieszeni, obecność włókniaka na brzegach rany)
- 6. Ocena dna rany** (obecność martwicy, wygląd ziarniny, obecność włókniaka, przetoki)
- 7. Ocena wysięku** (ilość, charakter, zapach, kolor)
- 8. Ocena natężenia i charakteru bólu** (z zastosowaniem skali VAS, określenie czasu i charakteru trwania bólu).

Przed rozpoczęciem leczenia ważne jest różnicowanie etiologiczne rany. Nie każda rana będzie odleżyną. W zależności od dalszej diagnozy i ustalenia charakteru owrzodzenia powinien zostać zaplanowany odpowiedni proces leczenia. Postępowanie z raną odleżynową różni się od postępowania np. z owrzodzeniem nowotworowym. Każda z tych ran ma inną charakterystykę, inne problemy; wymaga innych metod i środków do zastosowania.

**Proces leczenia odleżyn jest procesem dynamicznym, który stale się zmienia. Wymaga więc stałego nadzoru i monitorowania oraz gotowości reagowania na każdą nową sytuację.**

Każda odleżyna wymaga przygotowania oraz zaplanowania leczenia zgodnie z następującymi fazami gojenia:

- ▶ faza zapalenia (oczyszczania),
- ▶ faza ziarninowania (proliferacyjna),



- ▶ faza naskórkowania (epitalizacji),
- ▶ faza przebudowy i dojrzewania blizny.

Na każdym z tych etapów rana ma inne potrzeby i wymaga zastosowania innego opatrunku specjalistycznego. **Dlatego też faza gojenia odleżyny jest ważnym kryterium doboru opatrunku.**

Dużym ułatwieniem w planowaniu, a następnie w postępowaniu leczniczym może okazać się zastosowanie

schematu TIME. Został on stworzony przez grupę ekspertów Międzynarodowego Komitetu Doradczego ds. Przygotowania Łóżyska Rany (International Wound Bed Preparation Advisory Board) oraz Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran (EWMA – European Wound Management Association). TIME to akronim utworzony od pierwszych liter angielskich określeń oznaczających różne zjawiska patofizjologiczne w ranach:

- T** Tissue necrosis
- I** Infection and inflammation control
- M** Moisture balance
- E** Epithelial edges

- opracowanie tkanki martwiczej, oczyszczenie rany**
- kontrola infekcji i zapalenia**
- równowaga, optymalizacja wilgoci**
- brzegi rany niezrastające się, zurzenia naskórkowania**



*Rany odleżynowe to problem wielowymiarowy, dlatego ich leczenie powinno być wielokierunkowe. Powinno obejmować zarówno minimalizowanie, jak i usuwanie (o ile to możliwe) ich przyczyn. Cel, który sobie stawiamy, powinien być znacznie szerszy niż tylko wyleczenie rany.*

### Proces gojenia rany obejmuje poszczególne etapy:

#### 1. Tissue necrosis – opracowanie tkanek martwiczej/oczyszczanie

Jest to pierwszy, bardzo ważny element leczenia odleżyny. Ma na celu przygotowanie łóżyska rany do odbudowy tkanki. Dzięki oczyszczaniu zmniejsza się ilość tkanki martwiczej, która jest pożywką dla bakterii. W efekcie oczyszczanie rany zmniejsza ryzyko groźnych powikłań.

#### Sposoby oczyszczania/opracowania rany:

- ▶ **chirurgicznie** (w warunkach sali operacyjnej lub na ostro za pomocą skalpela przy łóżku chorego),
- ▶ **przez autolizę** (wspomaganie mechanizmów autolitycznych – samooczyszczania przez zastosowanie opatrunków specjalistycznych),

▶ **biochirurgia** (larwoterapia – zastosowanie larw muchy *Lucilla Sericata* do oczyszczania rany z tkanek martwiczych),

▶ **enzymatyczne** (zastosowanie środków zawierających enzymy proteolityczne wspomagające oczyszczanie rany).

Wybór sposobu opracowania rany i oczyszczenia z martwicy zależy m.in. od: rozmiaru odleżyny, umiejscowienia, możliwości – dostępu do specjalisty, sytuacji ekonomicznej, stanu ogólnego pacjenta.

#### 2. Infection and inflammation control – kontrola infekcji i zapalenia

Rana przewlekła jest raną skolonizowaną przez bakterie. Obecność bakterii w ranie można określić jako: skażenie, kolonizację, krytyczną kolonizację oraz

infekcję. Samo skażenie rany nie jest jednak problemem terapeutycznym. Problem pojawia się w chwili namnażania bakterii do takiej ilości, która opóźnia proces gojenia lub go wiksła. Rana często pokryta jest biofilmem (warstwą bakterii ściśle przylegających do podłoża). W związku z tym badanie bakteriologiczne – wymaz z rany nie zawsze jest miarodajny. Obecnie złotym standardem jest badanie biopłatu z łóżyska rany. Badanie to umożliwia identyfikację drobnoustrojów oraz określa ich ilość.

**Aby zmniejszyć ilość bakterii w ranie oraz zminimalizować ryzyko krytycznej kolonizacji, należy:** przy każdej zmianie opatrunku **dokładnie prze-mywać, płukać ranę**, usuwając niewartościowe tkanki, ropę, resztki martwicy. Do przemywania rany rekomendowane są lawaseptyki (roztwory łagodnego detergentu w wodzie) oraz antyseptyki. Do zalecanych lawaseptyków należą: PWE, Płyn Ringera oraz 0.9% NaCl.

Kiedy natomiast zastosować antyseptyk do mycia rany? W 2010 roku opracowano skalę W.A.R. Określa ona ryzyko powstania infekcji w ranie oraz wskazuje do zastosowania antyseptyku i leczenia przeciwbakteryjnego. Zatem, jeżeli – na podstawie analizy wyników skali – określimy ryzyko infekcji, możemy zastosować do mycia rany dostępny antyseptyk. Nie zaleca się jednak stosowania: spirytusu, 10% NaCl, wody utlenionej, rivanolu, fioletu gencjany. Wymienione środki mają działanie cytotoksyczne zaś środki barwiące dodatkowo maskują obraz ran, uniemożliwiając rzetelną ocenę procesu leczenia.

#### Technika mycia rany:

Samo spryskanie rany antyseptykiem oraz dotknięcie jej gazikiem może nie być skuteczne. Odleżynę najlepiej jest spłukać obficie lawaseptykiem, następnie umyć ją, delikatnie przyciskając do niej gazik. Można także ranę przepłukać. Do płukania stosujemy pojemniki lub butelki, z których wylewamy płyn bezpośrednio na ranę, a także strzykawki tłokowe z igłą o dużej średnicy i tłokowe systemy irygacyjne.

#### Miejscowe leczenie rany zakażonej

Do leczenia rany zakażonej stosujemy opatrunki ze srebrem, opatrunki alginianowe (np. Medisorb A), opatrunki z węglem aktywnym. Nie stosujemy miejscowej antybiotykoterapii (zwiększona oporność bakterii, trudna do okre-





**Fot. 1** Opatrunek poliuretanowy – Medisorb P Plus



**Fot. 2** Opatrunek poliuretanowy – Medisorb P



**Fot. 3** Opatrunek alginianowy – Medisorb A

ślenia wchłaniałość – biofilm, cytotoksyczność). W sytuacji opóźnienia w gojeniu rany, objawów klinicznych zakażenia oraz objawów ogólnoustrojowych świadczących o infekcji należy włączyć antybiotykoterapię ogólną w oparciu o antybiogram.

**3. Moisture balance – równowaga, optymalizacja ilości wysięku**

Nowoczesne leczenie ran przewlekłych, w tym odleżyn, opiera się na leczeniu w środowisku wilgotnym. Jak potwierdzono wieloma badaniami, wysięk w ranie jest niezbędny. Wobec

tego naszą rolą jest dobór takich opatrunków, które nie wysuszą rany, a jednocześnie zapewnią środowisko wilgotne oraz zabezpieczą jej brzegi.

**Ważnym kryterium doboru opatrunku jest ilość wysięku.**

Biorąc pod uwagę główne grupy opatrunków: poliuretanowe błony półprzepuszczalne, opatrunki hydrokoloidowe, poliuretanowe, hydrożelowe, alginianowe oraz opatrunki złożone (w tym opatrunki ze srebrem), najbardziej chłonne są:

- ▶ opatrunki alginianowe (np. Medisorb A),

- ▶ opatrunki poliuretanowe (np. Medisorb P, Medisorb P plus),
- ▶ opatrunki hydrokoloidowe (np. Medisorb H).

**4. Epithelial edges – niezrastające się brzegi rany, zaburzenia naskórkowania**

Podczas gojenia odleżyn zdarzają się sytuacje, w których rana, pomimo odbudowywania, nie pokrywa się naskórkiem. Należy wówczas dokładnie przyrzeć się jej brzegom. Jeżeli są zmacerowane, oznacza to, że stosowany jest opatrunek o zbyt małej chłonności. Brzegi podwinięte utrudniają migrację komó-



Fot. 4

**Fot. 4** Opatrunek hydrożelowy zastosowany na czarny strup martwiczey w celu uwodnienia tkanki martwiczey



**Fot. 5** Opatrunek hydrożelowy – Medisorb G



Fot. 6



Fot. 7



Fot. 8

**Fot. 6** Opatrunek alginianowy zabezpieczający duży ubytek tkanki po oczyszczeniu z tkanek martwiczych

**Fot. 7** Opatrunek poliuretanowy zastosowany na etapie oczyszczania z martwicy rozplywnej

**Fot. 8** Opatrunek hydrożelowy z opatrunkiem alginianowym stosowany do oczyszczania ran głębokich z martwicy rozplywnej.

rek naskórka do łożyska rany, na skutek czego rana nie pokrywa się naskórkiem. Przy każdej zmianie opatrunku należy dokładnie umyć i mechanicznie „ścierać” brzegi odleżyny. Następnie można zabezpieczyć je maścią ochronną (unikając środków powszechnie uczulających, np. lanoliny, neomycyny).

Jaki opatrunek zastosować na odleżynę? Czy istnieje opatrunek uniwersalny? Czy istnieje opatrunek idealny?

Niestety nie ma opatrunku uniwersalnego ani idealnego. Idealnym jest ten opatrunek, który zapewnia optymalne warunki dla gojenia odleżyny na każdym etapie jej leczenia.

### Kryteriami doboru opatrunku

Kryteriami doboru opatrunku są:

- ▶ faza gojenia rany,
- ▶ ilość wysięku.

Aby ułatwić dobór opatrunku oraz zrozumienie przebiegu procesu gojenia, warto zapoznać się z **kolorowym modelem klasyfikacji ran**. W modelu tym przypisano kolory do fazy gojenia rany.

**1. Kolor czarny** – etap zapalenia (oczyszczania rany). Rana pokryta czarnym strupem martwiczym, ściśle przylegająca do podłoża, obserwujemy brak lub niewielką ilość wysięku. Głównym celem jest eliminacja martwicy poprzez jej uwodnienie i przygotowanie łożyska rany do odbudowy (ziarninowania). W tym celu należy zastosować jedną z omówionych metod opracowania rany lub opatrunek z grupy hydrożeli (np. Medisorb G).

**2. Kolor żółty** – po zastosowaniu na suchy strup martwiczy opatrunku hydrożelowego martwica zaczyna się rozpuszczać. Rana robi się jaśniejsza, przybiera kolor żółty. Celem dalszego postępowania jest nadal oczyszczanie rany oraz utrzymanie wilgotnego środowiska. Trzeba pamiętać, że rozpuszczająca się martwica jest doskonałą pożywką dla bakterii, dlatego bardzo ważne jest dokładne przemywanie lub/i płukanie odleżyny. Na tym etapie gojenia odleżyna charakteryzuje się dużym lub średnim wysiękiem, co wymaga jego optymalizacji. Do leczenia można zastosować opatrunki alginianowe (np. Medisorb A), poliuretanowe (np. Medisorb P lub Medisorb P Plus) lub też połączyć

opatrunek hydrożelowy z opatrunkiem alginianowym.

**3. Kolor czerwony** – odpowiada etapowi proliferacji – ziarninowania. Dobrze przygotowane łożysko odleżyny daje początek do odbudowy tkanki. Na tym etapie szczególnie zależy nam na pobudzeniu ziarninowania oraz ochronie nowopowstałej ziarniny przed urazem mechanicznym, infekcją, ale też schładzaniem i wysuszeniem. Wysiłek w ranie jest średni lub mały, zatem do zabezpieczenia takiej ilości wysięku potrzebny jest opatrunek o niezbyt dużych właściwościach chłonących, natomiast zabezpieczając ranę przed czynnikami, o których mowa była powyżej. Do ochrony odleżyny na etapie ziarninowania można zastosować opatrunki z grupy hydrokolidów (np. Medisorb H) oraz opatrunki z grupy poliuretanowych (np. Medisorb P).

**4. Kolor różowy** – odpowiada etapowi naskórkowania i przebudowy blizny. Na tym etapie celem postępowania jest ochrona nowopowstałego naskórka na ranie odleżynowej, a także stymulacja naskórkowania. Wysiłek może być minimalny bądź może go nie być już w ogóle. Po całkowitym pokryciu odleżyny naskórkiem należy pamiętać, że gojenie jeszcze się nie zakończyło. W tkankach zachodzą kolejne procesy, prowadząc do przebudowy blizny i jej wzmocnienia (może to trwać kilka miesięcy). Dlatego też, jeżeli obserwujemy niewielki wysięk z rany, zaleca się stosowanie opatrunków hydrokolidowych cienkich (np. Medisorb H), natomiast gdy wysięku już nie ma, zabezpieczamy odleżynę poliuretanową błoną półprzepuszczalną (np. Medisorb F). Utrzymujemy ją na ranie nawet do 7 dni.

### Jak często zmieniać opatrunki specjalistyczne?

Wszystko zależy od tego, jak duży jest wysięk, jak przebiega proces gojenia odleżyny, w jakiej jest fazie gojenia, jak wyglądają jej brzoży. Na większość z tych pytań odpowiedź znajdziemy, analizując zużyty opatrunek i obserwując odleżynę po jego usunięciu.

Podsumowując, proces leczenia odleżyny musi być zaplanowany w oparciu o fazę gojenia, w jakiej znajduje się rana. Proces ten jest dynamiczny i ciągle się zmienia. Zatem musi być stale monitorowany, a działania oceniane i ewaluowane. Ranę trzeba dokładnie obejrzeć przy każdej zmianie opatrunku. Odleżyna musi być dokładnie umyta środkiem, który nie będzie uszkadzał nowopowstałych tkanek. Opatrunki dobieramy w zależności od fazy gojenia rany oraz ilości wysięku.

Aby skuteczność leczenia była wyższa, pamiętajmy o usuwaniu przyczyn odleżynotwórczych, prawidłowym odżywianiu (także suplementacji), edukacji pacjenta i opiekunów.

Tylko kompleksowe postępowanie daje szansę na wyleczenie oraz minimalizuje ryzyko nawrotu rany. ■

Fot. 14



Fot. 9



Fot. 10



Fot. 11



Fot. 12



Fot. 13

**Fot. 9** Opatrunek poliuretanowy zastosowany na odleżyny o średnim wydzielaniu na etapie ziarninowania

**Fot. 10** Opatrunek alginianowy usunięty z rany o dużym wydzielaniu wysięku

**Fot. 11** Opatrunek poliuretanowy usunięty z rany na etapie ziarninowania

**Fot. 12** Opatrunek hydrokolidowy usunięty z rany. Właściwości chłonne opatrunku zostały przekroczone

**Fot. 13** Opatrunek alginianowy usunięty z rany głębokiej, szczelinowej

**Fot. 14** Opatrunek poliuretanowy – Medisorb F

Wszystkie fotografie ran pochodzą z archiwum autorki.

# Leczenie ran za pomocą opatrunków **biologicznych**

IZABELA ĆWIERTNIA  
Specjalista pielęgniarstwa rodzinnego

*Materiałem biologicznym stanowiącym podstawę opatrunków biologicznych są larwy muchy plujki (*Lucilia sericata*). Na potrzeby opatrunków larwy te hoduje się na pożywkach roślinnych, wolnych od patogenów, w laboratoriach spełniających wymogi nadzoru farmaceutycznego.*



**M**ogą być aplikowane bezpośrednio na ranę, w tzw. wolnej formie, lub w opatrunku zamkniętym, tzw. biobags. Ze względów estetycznych to drugie rozwiązanie jest częściej wybierane. W zamkniętej formie larwy nie wydostają się na zewnątrz, penetrują tylko w jednym miejscu. Dodatkowo w torebce umieszczona jest kosteczka z gąbki, która pochłania wilgoć i powoduje, że larwy „czują” konkurencję, a przez to pracują mocniej i skuteczniej. Wykorzystując trawienie zewnętrzne, rozkładają białka, którymi się odżywiają. Zjadają także bakterie, które giną w ich organizmie. Równocześnie wydzielają substancje o działaniu antybakteryjnym, antywirusowym i antygrzybiczym. Zmieniają środowisko kwaśne na zasadowe, produkując amoniak, wapń, węglan wapnia. Opatrunek biologiczny posiada larwy wielkości 1-3 mm i w takim stanie powinny być dostarczone do pacjenta, w chłodnych warunkach, w czasie 8-24 godzin. Do leczenia wybieramy rany z martwicą, aby zapewnić pokarm larwom. Przed zastosowaniem należy ranę odpowiednio przygotować. Przez kilka dni przed założeniem opatrunku na ranę nie można stosować związków srebra. Należy dobrze wypłukać ranę solą fizjologiczną z nadmiaru wydzieliny, a także pozostałości srebra, jeśli było stosowane, ponieważ larwy giną w obecności srebra. Po aplikacji na ranę opatrunek pracuje przez 72 godzin. Należy go przymocować do zdrowej skóry wokół rany opatrunkiem zewnętrznym z gazików. W tym czasie koniecznie trzeba monitorować stan rany. Jeśli będzie bardzo dużo wydzieliny, należy zmienić opatrunek zewnętrzny. Jeśli rana będzie sucha, należy nawil-



Fot. 1 Opatrunek biologiczny

żyć ją solą fizjologiczną. Należy także utrzymywać dostęp powietrza i zabezpieczyć przed uciskiem miejsce szczególnie narażone na zgniecenie opatrunku biologicznego – na biodrach i w okolicach kości krzyżowej u pacjentów leżących. Po trzech dniach należy zdjąć opatrunek i poddać go utylizacji.

Przeciwwskazaniem do stosowania opatrunków biologicznych są rany jamy brzusznej, w sąsiedztwie dużych naczyń krwionośnych, rany krwawiące, ziarninujące i bez martwicy. Z kolei wskazaniem do podjęcia leczenia opatrunkami biologicznymi są owrzodzenia pochodzenia: nowotworowego, naczyniowego neuropatycznego i rany zakażone gronkowcem (*Staphylococcus ureus*), pałeczką ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*) odporne na antybiotyki, nie poddające się leczeniu preparatami enzymatycznymi.

W swojej praktyce, u jednej z pacjentek, konstruując plan pielęgnowania wg D. Orem, musiałam uwzględnić stan ogólny chorej, powikłania po amputacji nogi i choroby współistniejące.

Pacjentka lat 83, leżąca, objęta opieką pielęgniarki rodzinnej po dwutygodniowej hospitalizacji, w trakcie której dokonano amputacji kończyny lewej powyżej kolana z powodu krytycznego niedokrwienia w wyniku miażdżycy zarostowej kończyn dolnych. Stan pacjentki ciężki, wg. skali Barthel na 0 pkt. z chorobami współistniejącymi takimi jak: niewydolność krążenia, migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze. Ctk 140/80 tętno 100 ud/min niemiernowe. Chora karmiona i pojoną strzykawką. Cukrzyca insulino zależna – 3 razy dziennie podawana insulina, poziom glukozy na czczo 6,8 mmol/l. Dawka modyfikowana w zależności od wartości poziomu cukru. Inkontynencja – cewnik Foleya. Silne dolegliwości bólowe zagojonego kikuta lewej kończyny i rozległej odleżyny, V/IV stopień wg skali Torrancea na pośladkach i okolicy kości krzyżowej.

Chora pod stałą opieką troskliwej rodziny, właściwie reagującej na zalecenia pielęgniarstwa i lekarskie. Przyjmująca i wdrażająca proponowane sposoby leczenia, farmakologicznego, pielęgnacyjnego, dietetycznego, rehabilitacyjnego.

### Diagnoza:

- ▶ odleżyna V/IV wg skali Torrancea – miejscowe zakażenie rany,
- ▶ dolegliwości bólowe na poziomie 6 punktów w skali VAS,

- ▶ utrudnione leczenie rany ze względu na jej położenie w okolicy odbytu,
- ▶ ryzyko powikłań w wyniku cukrzycy insulino zależnej,
- ▶ ryzyko ogólnego zakażenia organizmu.

### Cele:

- ▶ likwidacja dolegliwości bólowych,
- ▶ wygojenie rany poprzez jej oczyszczenie, przyspieszenie procesu gojenia przez zastosowanie opatrunków specjalistycznych,
- ▶ poprawa jakości życia pacjentki.



Fot. 2 13. 03. 2015

Fot. 3 20. 03. 2015

Rana po zdjęciu opatrunku, który poddano utylizacji.

Fot. 4 30. 03. 2015

Stan rany po usunięciu drugiego biologicznego opatrunku.

Do realizacji celu w leczeniu miejscowym rany wybrałam bezpieczny dla pacjenta opatrunek biologiczny, nie powodujący bólu przy stosowaniu i zmianie, spełniający wymogi strategii TIME w leczeniu rany.

**T** – (tissue debridement) – opracowanie tkanek. Larwy to najmniejsi na świecie chirurdzy. Enzymy proteolityczne w terapii larwalnej szybko zmniejszają tkankę nekrolityczną.

**I** – (inflammation and infection control) – działanie przeciwdrobnoustrojowe. Wydzielina larw jest skuteczna nawet wobec gronkowca złocistego, bakterii metacylioopornych (MRSA), paciorkowców oraz bakterii z grupy *Pseudomonas*. Dzięki temu następuje eliminacja bakterii znajdujących się w ranie.

**M** – (moisture balance) – równowaga wilgotności, dodatkowo usytuowane w opatrunku kostki pianki pochłaniają wilgoć; istnieje możliwość wymiany opatrunku wtórnego.

**E** – (edges/epidermization stimulation) – stymulacja naskórkowania przez ruchy larw, które pobudzają powstawanie ziarniny oraz proces wytwarzania nowego nabłonka.



**Fot. 5** 08.05.2015 Faza formowania się blizny w dolnej części rany z niewielką kiesznią w górze rany na kości krzyżowej w fazie naskórkowania. Na blizny stosowałam preparaty z heparyną. W miejsce kieszni po irygacji 0,9% NaCl i dezynfekcji oktenidyną aplikowałam balsam Szostakowskiego, wykorzystując jako opatrunek wtórny jałowe gaziki, umocowane przylepcem.

**Fot. 6** 20.05.2015 Ostaną część rany pokryta nabłonkiem, pozostała część rany to blizna w fazie formowania i przebudowy.

Stan rany na pośladkach i kości krzyżowej: 10 x 12 cm, sucha czarna martwica z białą rozplywną martwicą.

Po uzyskaniu zgody chorej i rodziny do leczenia martwicy zastosowano opatrunek biologiczny z zawartością larw muchy plujki. Po przygotowaniu obszaru rany, przez obfite zmycie 0,9% NaCl, założono opatrunek 10 x 10 cm na 72 godziny, delikatnie mocując brzegi jednej warstwy jałowego gazika jako opatrunku wtórnego. Edukacja opiekującej się chorą rodziny miała zasadnicze znaczenie, aby nie zniszczyć larw. Zmiana pozycji, ze względu na umiejscowienie rany z żywym opatrunkiem, mogła być wykonana tylko układając chorą na boki przez przekładanie po stronie brzucha. Aby nie dopuścić do odleżyn na krętarzach obciążonych leżeniem na bokach, profilaktycznie zastosowano opatrunek hydrokoloidowy. Przez 72 godziny działania opatrunku monitorowałam jego stan pod względem dostępu powietrza i wilgotności (zmieniałam warstwę wtórną). Chora nie odczuwała bólu rany tylko mrowienie, delikatne swędzenie. Ze względu na ból wynikający ze stanu ogólnego (po amputacji kończyny dolnej), chora otrzymywała przeciwbólowo Tramadol.

W bardzo krótkim czasie stan rany uległ znacznej poprawie. Wraz z chorą i jej rodziną podjęto decyzję o zastosowaniu kolejnego opatrunku biologicznego na rozplywną martwicę. Wcześniej zastosowano jednak jeszcze balsam peruwiański zabezpieczony gazikiem jako opatrunkiem wtórnym.

Po 72 godzinach działania opatrunku rana była całkowicie oczyszczona z martwicy z dużą neoangiogenezą i proliferacją. Brzegi rany zabezpieczałam kremem z cynkiem na zmianę z maścią z witaminami A i E. Na ranę stosowałam antyseptyk, następnie opatrunek alginianowy, który przekształca się w ranie w wilgotny żel. Stwarza korzystny dla procesu gojenia mikroklimat, pochłaniając w swej strukturze drobnoustroje. Przyspiesza powstawanie ziarniny i nie przywiera do rany. Jako opatrunek wtórny stosowałam warstwę jałowych gazików, umocowanych przylepcem.

### Podsumowanie

Pacjentka wraz z rodziną, decydując się na larwoterapię z udziałem profesjonalistów, pragnęła możliwie szybko i tanio wyleczyć powikłanie, jakim była odleżyna. W ostatecznym rozrachunku proces leczenia skrócił się o kilka miesięcy w porównaniu do leczenia tradycyjnymi opatrunkami, co – w perspektywie całego procesu leczenia – przyniosło oszczędności.

W przeciągu dwu i pół miesiąca, przy występującej miażdżycy, niewydolności krążenia, cukrzycy nastąpiło całkowite wyleczenie odleżyny rozległej V/IV stopnia wg skali Torrancia.

Oprócz dobrej tolerancji opatrunku biologicznego przez chorą, wielki udział w powodzeniu tej terapii miała szczerze oddana jej rodzina, chętnie współpracująca z pielęgniarką rodzinną.

Pacjentka z cukrzycą insulino zależną ma wyrównane poziomy cukru. Spożywa samodzielnie 5 posiłków dziennie. Samodzielnie siedzi na wózku inwalidzkim, utrzymuje dobry kontakt werbalny. ■

# Problem **zaparć** wśród seniorów

## przyczyny, profilaktyka i terapia

KATARZYNA ZIELIŃSKA

Dietetyk

Dom Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie

*Zaparcia stanowią duży problem wśród osób po 65 roku życia. Szacuje się, iż ta dolegliwość dotyka co trzeciego seniora. Częściej cierpią na nią kobiety niż mężczyźni.*

**Z**e względu na brak jednolitej definicji tej dolegliwości, na potrzeby niniejszego artykułu przyjęć należy, iż zaparciem nazywane są zaburzenia częstotliwości wypróżnień (jeśli mają miejsce rzadziej niż trzy razy w tygodniu). Problem ten może pojawiać się czasowo w wyniku choroby czy przyjmowania leku o działaniu zapierającym lub mieć charakter przewlekły, szczególnie niekorzystny dla zdrowia.

Rozróżniamy dwa rodzaje zaparć: pierwotne i wtórne. U podłoża tych drugich leżą czynniki związane ze stylem życia, takie jak: dieta, ruch, używki, stan zdrowia czy leki.

### **Przyczyny wtórne**

Powodów występowania zaparć u osób starszych upatruje się w błędach dietetycznych, behawioralnych (zaburzenia poznawcze) oraz pielęgnacyjnych. Do tych pierwszych zalicza się nieodpowiedni sposób żywienia, zbyt małą ilość dostarczanej energii i wypijanych płynów. Wiele badań wskazuje również na silny związek między niską aktywnością ruchową a występowaniem zaparć. Co ważne, problem ten nie powinien być bagatelizowany, gdyż jest on czynnikiem ryzyka wielu chorób. Prawidłowo funkcjonujący przewód pokarmowy jest bardzo ważny w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Sprawnie działające jelita są niezbędne do budowania odporności organizmu czy utrzymania prawidłowej





*Zaburzenia częstości wypróżnień ze względu na swój wstydlivy charakter, mogą być marginalizowane, jednak w swej przewlekłej formie mogą prowadzić nie tylko do dyskomfortu, ale także do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Mogą mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie całego organizmu*

masy ciała. Jest to ważny czynnik profilaktyki cukrzycy, hipercholesterolemii (podwyższony poziom cholesterolu) czy chorób nowotworowych.

Z wiekiem sprawność układu pokarmowego znacznie się obniża. Jest to proces naturalny, na który dodatkowo wpływają występujące choroby, farmakoterapia czy zaburzenia mikroflory jelitowej. Zmiany w układzie pokarmowym są widoczne na każdym jego odcinku, począwszy od jamy ustnej. Nieodpowiednio rozdrobniony pokarm (w związku z brakiem uzębienia) jest gorzej trawiony w dalszych odcinkach przewodu pokarmowego, jak również wpływa na ograniczenie ilości i rodzaju spożywanych pokarmów, co zwiększa ryzyko niedoborów i zapań (zbyt małe spożycie błonnika). Podobne konsekwencje ma występująca u co drugiej osoby starszej suchość jamy ustnej.

Źle dobrana proteza lub choroby dziąseł również wpływają na ograniczenie różnorodności spożywanych produktów, zwłaszcza tych bogatych w błonnik. Także zmniejszenie kwasowości soków żołądkowych wiąże się ze wzrostem ilości infekcji, sprzyja występowaniu niedoborów witamin (np. B12, kwasu foliowego) oraz składników mineralnych (m.in. wapnia), a te wtórnie wpływają na stan zdrowia i zdolność do spożywania pełnowartościowych pokarmów. Może się to przyczyniać do wydłużenia czasu pasażu jelitowego treści pokarmowej i zalegania mas kałowych w jelicie grubym.

Czynniki biologiczne (starzenie się narządów i układów organizmu) są istotnymi czynnikami promującymi występowanie zapań o podłożu wtórnym, jednak zła dieta i niska aktywność fizyczna wydają się mieć dużo większe

znaczenie. Wbrew pozorom jest to dobra wiadomość, gdyż zmiana sposobu żywienia i wzrost aktywności fizycznej (dostosowanej do możliwości seniora i jego stanu zdrowia) dają bardzo dobre efekty. Co ważne, działania profilaktyczne, takie jak edukacja żywieniowa oraz aktywizacja ruchowa nie niosą ze sobą efektów ubocznych i są tańsze niż terapia konsekwencji zapań przewlekłych (np. chorób nowotworowych jelita grubego).

### Profilaktyka

Działania sprzyjające regulacji pracy jelit koncentrują się na wprowadzeniu zmian żywieniowych, eliminacji używek oraz zwiększeniu aktywności seniora.

Główne zalecenia dietetyczne dotyczą odpowiedniej podaży:

- ▶ energii (dostosowanej do wieku, stanu zdrowia i sprawności osoby starszej),
- ▶ błonnika pokarmowego (do 20 – 30 g na dobę, przy czym chodzi głównie o frakcje błonnika nierozpuszczalnego zawartego m.in. w otrębach, produktach pełnoziarnistych),
- ▶ warzyw i owoców (senior powinien zjadać dziennie około 500 g tych produktów, podzielonych na poszczególne posiłki; przy wyborze rodzaju warzyw/owoców należy kierować się preferencjami smakowymi oraz stanem zdrowia i stopniem tolerowania tych produktów),
- ▶ płynów (w ilości 1,5 – 2 litry dziennie, głównie w postaci czystej wody, herbatki owocowych i ziołowych, słabej herbaty czarnej, kawy zbożowej oraz soków. Należy unikać mocnej kawy i herbaty oraz zwrócić szczególną uwagę na rodzaj i ilość wypijanych soków, gdyż w świetle najnowszych badań to właśnie słodzone napoje (w tym soki) powodują najszybszy przyrost masy ciała).

Dodatkowo ważne jest:

- ▶ regularne spożywanie niewielkich posiłków w stałych odstępach czasu,
- ▶ unikanie dużych różnic w objętości poszczególnych posiłków (powinny być niewielkie, a częste; także te same posiłki – np. śniadania – powinny być zbliżone do siebie w skali tygodnia),
- ▶ ograniczenie spożycia cukrów prostych (słodzycze, cukier, produk-



ty mączne) i tłuszczów nasyconych (słodycze, margaryny niskiej jakości, żywność typu fast food, słone przekąski, produkty instant),

▶ eliminacja produktów działających zapierająco, np. kakao, czekolada.

Zwiększenie ilości warzyw i owoców, produktów pełnoziarnistych, otrąb i mlecznych napojów fermentowanych będzie wpływało korzystnie na pracę przewodu pokarmowego oraz na skład mikroflory jelitowej. Korzystny skład bakterii w jelitach sprzyja regulacji pracy jelit oraz podnoszeniu odporności całego organizmu.

Warto zwrócić uwagę na otręby, które mogą skutecznie pomagać w walce z zaparciami, jednak przy zbyt małej ilości wypijanych płynów mogą mieć działanie odwrotne. To bardzo ważne, aby świadomie używać produktów spożywczych, które wspomagają regulację pracy przewodu pokarmowego, np. śliwka suszona, świetna w problemach z zaparciami, zjedzona w zbyt dużej ilości będzie powodowała wzdęcia i biegunki. Co ważne prawidłowa praca jelit to nie tylko brak zaparć, ale także biegunek. Bardzo niekorzystne jest również występowanie zaparcia naprzemiennie ze sztucznie wywołanym przeczyszczeniem. Do produktów, które warto wprowadzać do diety w celu uniknięcia zaparcia należą: siemię lniane, suszone owoce (śliwki, morele, figi, daktyle) czy woda po namoczeniu suszonych śliwek.

## Terapia

Już istniejący problem można rozwiązywać, wprowadzając wyżej wymienione działania profilaktyczne prowadzące do uregulowania pracy jelit. Likwidowanie zaparć na drodze żywieniowej może być wdrożone, jeśli nie ma przeciwwskazań, np. w postaci chorób przewodu pokarmowego uniemożliwiających spożywanie większych ilości błonnika czy surowych warzyw. U osób starszych z zaleceniem stosowania diety lekkostrawnej lub oszczędzającej może istnieć konieczność stosowania farmakoterapii, o której przebiegu powinien decydować

lekarz. Podobnie w przypadku seniorów cierpiących na niewydolność nerek, u których istnieje konieczność ograniczenia ilości płynów, należy unikać otrębów i dostosować dietę do indywidualnych potrzeb.

## Rola opiekuna i dietetyka

Nie należy pomijać czynników socjoekonomicznych, które mogą wpływać na kształtowanie się nieprawidłowych nawyków żywieniowych u osób starszych żyjących samotnie lub w domach rodzinnych. W placówkach opieki długoterminowej i w domach pomocy społecznej dbanie o odpowiednią podaż energii, błonnika oraz innych składników odżywczych korzystnie oddziałujących na perystaltykę jelit jest zadaniem dietetyka. Rolą opiekunów zaś jest eliminacja błędów pielęgnacyjnych, które mogą pojawić się podczas karmienia czy podawania płynów osobom niesamodzielnym. Częstość występowania zaparcia u seniorów niesprawnych ruchowo jest znacznie wyższa niż u osób po 65 roku życia aktywnych ruchowo. Podstawowe błędy pielęgnacyjne w tym kontekście to niedostateczne karmienie/pojenie. Nie należy zapominać, iż zaparcie może wiązać się nie tylko z dietą, ile z brakiem komfortu czy pośpiechem podczas defekacji. Konieczność korzystania z pomocy innych osób może powodować dyskomfort, poczucie braku intymności, a tym samym nasilać tłumienie parcia, co prowadzi do zaparć.

Zaburzenia częstości wypróżnień ze względu na swój wstydlivy charakter, mogą być marginalizowane, jednak w swej przewlekłej formie mogą prowadzić nie tylko do dyskomfortu, ale także do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Mogą mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie całego organizmu. Korzyści

z prawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego są niepodważalne, dlatego w myśl hipokratesowej zasady lepiej zapobiegać niż leczyć, warto zachęcać seniorów do prostych zmian żywieniowych i odrobiny ruchu! ■

Literatura:

Lewandowicz M. Indywidualizowana dietoterapia w odpowiedzi na zmiany w przewodzie pokarmowym związane ze starzeniem się lub wielochorobowością – część I, Geriatria 2014 (8), str. 43-48.

Dzierżanowski R., Rydzewska G. Zaparcie stolca – trudny problem leczniczy, Gastroenterol 2012; 7 (5): 249–263. ata M., Odleżyny – profilaktyka i leczenie. Przewodnik Lekarza 2001, 4, 7, 120-126.



# Grzybice

## częsty problem u seniorów

DR URSZULA NAWROT

Adiunkt Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej i Parazytologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

*Jednym z przejawów starzenia się organizmu jest osłabienie mechanizmów swoistej i nieswoistej obrony przeciwdrobnoustrojowej i związana z tym zwiększona podatność na zakażenia wirusowe, bakteryjne oraz grzybicze. Przykładem tego zjawiska jest znacząco większa – wśród ludzi starszych – częstość występowania grzybic powierzchniowych, takich jak kandydoza błony śluzowej jamy ustnej oraz grzybice skóry i paznokci.*

**W**raz z wiekiem dochodzi do osłabienia kondycji fizycznej i narastania problemów zdrowotnych, w tym występowania takich schorzeń, jak cukrzyca, astma, POCHP czy niewydolność nerek, które niosą ryzyko rozwoju grzybic narządowych i fungemii. Największe zagrożenie tymi postaciami grzybic występuje u osób z ciężkimi niedoborami odporności, których liczba w populacji osób po 65 roku życia systematycznie wzrasta. Obserwowane niedobory odporności są związane nie tylko z przebiegiem choroby podstawowej, np. białaczki, ale przede wszystkim są wynikiem podejmowania agresywnych procedur terapeutycznych, takich jak przeszczepy narządów i szpiku, chemioterapia czy leczenie immunosupresyjne u coraz starszych pacjentów. Grzybice inwazyjne u osób ze skrajnych grup wiekowych mają szczególnie ciężki prze-

bieg i cechują się wysoką śmiertelnością (30-70%). Ryzyko rozwoju grzybic, zarówno powierzchniowych, jak i inwazyjnych, jest szczególnie duże u pacjentów leżących, w tym przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej. Mieszkańcy tych placówek są w różnym stopniu podatni na rozwój grzybic, zależnie od stopnia niesprawności i kumulacji czynników ryzyka. Podobnie jak w innych zbiorowiskach ludzkich (szpitale, koszary, internaty), również tutaj drobnoustroje stosunkowo łatwo się rozprzestrzeniają, nierzadko powodując lokalne epidemie. Opracowanie i stosowanie procedur ograniczających transmisję drobnoustrojów, przestrzeganie zasad aseptyki oraz właściwa pielęgnacja chorego to najważniejsze elementy postępowania prewencyjnego, dzięki którym można kontrolować występowanie grzybic w tych placówkach.

Najbardziej typowym zakażeniem grzybiczym związanym z wiekiem są grzybice paznokci, których częstość w ogólnej populacji jest szacowana na 3-10%, podczas gdy u seniorów może przekraczać 50%. Najczęściej obserwuje się grzybice paznokci stóp. Może im towarzyszyć również zakażenie skóry na stopach, które przebiega w odmianie międzypalcowej, złuszczejącej lub potnicowej. Przyczyny zwiększonej podatności ludzi starszych na występowanie onychomikozy nie zostały w pełni wyjaśnione. Wśród prawdopodobnych czynników predysponujących wymieniane są: słabsze ukrwienie kończyn, wolniejszy wzrost płytki paznokciowej, cukrzyca, częste urazy, a także zaniedbania pielęgnacyjne i higieniczne wynikające z ograniczonej możliwości samoobsługi. Zakażenia te najczęściej są wywołane przez gatunki *Trichophyton rubrum* i *Trichophyton*

*mentagrophytes*. Oprócz paznokci, grzyby te mogą również atakować skórę gładką i owłosioną. Rzadziej czynnikiem etiologicznym grzybic skóry są inne gatunki grzybów dermatofitowych, np. *Microsporum canis*. Gatunek ten jest chorobotwórczy głównie dla dzieci, jednak również osoby starsze, a szczególnie kobiety w wieku pomenopauzalnym, są bardziej podatne na te zakażenia. Opisano także przypadki grzybicy głowy u pensjonariuszy domu opieki wywołane przez *Microsporum canis*, które miały pochodzenie odzwierzęce. Podstawowe metody ograniczania występowania grzybów dermatofitowych to przede wszystkim dezynfekcja skażonych przedmiotów z otoczenia chorego (obuwia, skarpet, odzieży, pościeli, grzebieni itp.), właściwa higiena skóry i paznokci, kontrola stanu skóry i paznokci u wszystkich podopiecznych i personelu, badania mikologiczne w przypadku podejrzenia grzybicy, nadzór nad przepisaną terapią przeciwgrzybiczą, ewentualnie izolacja chorego. Leczenie grzybic dermatofitowych jest długotrwałe i polega na stosowaniu antymikotyków doustnych (terbinafina, itraconazol, flukonazol) i/lub miejscowych (terbinafina, cyklopirox).

Oprócz dermatofitów przyczyną zakażeń skóry mogą być drożdżaki z rodzaju *Candida*, w tym *Candida albicans*, które powodują również zakażenia błon śluzowych, krwi i narządów wewnętrznych. Kandydoza skóry ma najczęściej postać wyprzeniową i dotyczy fałdów skórnych, np. pachwin, fałdu międzypalcowego, przestrzeni międzypalcowych. Zakażeniu temu sprzyja maceracja naskórka, o którą szczególnie łatwo w osób otyłych i niewłaściwie pielęgnowanych. *Candida* jest też ważnym czynnikiem etiologicznym zakażeń ran przewlekłych, takich jak stopa cukrzycowa, owrzodzenia podudzi czy odleżyny. W rozwoju tych zakażeń istotną rolę odgrywa zdolność *Candida* do tworzenia biofilmów, które powstają zarówno na tkankach, jak i na biomateriałach. Grzyby te mogą łatwo kolonizować różnego typu cewniki, stając się przyczyną zakażeń odcewnikowych krwi czy układu moczowego. Co istotne, biofilmy wykazują oporność na działanie leków azolowych, są natomiast wrażliwe na echinokandyny (anidulafungina, kaspofungina, mikafungina) i liposomalną formę amfoterycyny B – antymikotyki stosowane głównie w leczeniu kandydemii. Należy podkreślić, że *Candida* są drobnoustrojami oportunistycznymi, które nie tylko przyczyniają się do zakażeń, ale również wchodzą w skład mikrobioty dolnego i górnego odcinka przewodu pokarmowego. Częstość kolonizacji układu pokarmowego przez *Candida* wzrasta z wiekiem. U młodych dorosłych szacuje się ją na 20-50%, podczas gdy po 60 roku życia może przekraczać 90% populacji. Zaobserwowano, że wraz z wiekiem zmienia się również skład gatunkowy mikrobioty. Chociaż *C. albicans* dominuje we wszystkich grupach wiekowych, to jednak u osób starszych udział *C. albicans* zmniejsza się na korzyść gatunków *Candida non-albicans*. Dotyczy to szczególnie *Candida glabrata*, który niemal nigdy nie jest izolowany od dzieci. Jak wykazali Malani i wsp. 2010, gatunek ten częściej występuje w jamie ustnej osób powyżej 60 roku życia, które użytkują protezy zębowe oraz przebywają w placówkach szpitalnych i opiekuńczych. Jest to zjawisko bardzo niekorzystne, ponieważ w przeciwieństwie do *C. albicans*, która bardzo rzadko wykazuje oporność na antymikotyki, *C. glabrata* zwykle jest oporna lub ma zmniejszoną wrażliwość na powszechnie stosowa-



*Ryzyko rozwoju grzybic, zarówno powierzchniowych, jak i inwazyjnych, jest szczególnie duże u pacjentów leżących, w tym przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej.*

ne azole, w tym na flukonazol. Drożdżaki kolonizujące przewód pokarmowy i śluzówki stanowią rezerwuar, który może stać się przyczyną zakażeń endogennych, w tym zakażeń krwi. Wykazano, że również kandydemia wywołana przez *C. glabrata* występuje częściej u osób starszych. Na wysoką śmiertelność obserwowaną w tym zakażeniu mają wpływ trudności diagnostyczne, takie jak opóźniony wzrost z posiewów krwi czy opóźniona identyfikacja, a w konsekwencji dłuższe oczekiwanie na wynik, co z kolei niesie ryzyko wdrożenia niewłaściwej terapii.



Najczęstszą formą kandydozy u osób starszych jest kandydoza jamy ustnej. Schorzenie przybiera różne postaci kliniczne, od ostrej lub przewlekłej kandydozy rzekomobłoniastej, postaci rumieniowej (zanikowej), zapalenia kąciaków ust, po formę rozrostową (hyperplastyczną), związaną z ryzykiem nowotworzenia. Najważniejszym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi grzybicy błony śluzowej jamy ustnej w populacji osób starszych jest używanie ruchomych protez zębowych, a głównie ich złe dopasowanie prowadzące do urazów śluzówki. Zmniejszenie ilości produkowanej śliny (kserostomia), cukrzyca, zaburzenia odżywiania, dieta bogata w cukry, zmiany w mikrobiocie jamy ustnej, powstałe w konsekwencji terapii antybiotykami i steroidami to kolejne czynniki, które usposabiają do zakażenia grzybiczego. Kandydoza najczęściej wiąże się z przykrymi dolegliwościami bólowymi, które nie tylko obniżają subiektywne poczucie komfortu życia pacjenta, ale także powodują trudności z przyjmowaniem pokarmów, co niejednokrotnie prowadzi do niedożywienia. W skrajnych przypadkach (HIV/AIDS, refluks żołądkowo-przełykowy) zakażenie rozprzestrzenia się na dalsze odcinki przewodu pokarmowego,

w tym przełyk, skąd grzyby mogą dostać się do krwi i narządów wewnętrznych.

Jak wiadomo, mikrobiota jamy ustnej (w tym grzyby) może być źródłem endogennego zakażenia dolnych dróg oddechowych. Ryzyko aspiracji jest szczególnie duże u chorych leżących oraz u osób starszych. Chociaż drożdżaki *Candida* są stosunkowo często izolowane z wydzieliny z drzewa oskrzelowego oraz z płwociny, to przypadki inwazyjnej kandydozy płuc są bardzo rzadkie. Diagnostyka tych zakażeń jest wyjątkowo trudna, a odróżnienie pomiędzy kolonizacją, a zakażeniem wymaga zastosowania technik inwazyjnych i potwierdzenia w badaniach histopatologicznych. Utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej, a także uzupełnień protetycznych przyczynia się do ograniczenia liczebności grzybów, tym samym redukuje prawdopodobieństwo grzybicy jamy ustnej oraz wynikających z niej powikłań. Ze względu na biofilmy tworzone przez *Candida* na powierzchniach protez zębowych i wnikanie grzybów w głąb materiałów porowatych, właściwe oczyszczenie protez wymaga dużej staranności. Zalecane jest odkażanie protez 0,1% podchlorynem lub chlorheksydyną. W terapii kandydozy jamy

ustnej stosowane są leki podawane miejscowo (nystatyna, amfoterycyna B, mikonazol) oraz drogą pokarmową (fluconazol, itraconazol). Do płukania jamy ustnej stosowane są również preparaty z antyseptykami, najczęściej z chlorheksydyną.

Coraz częstszym problemem wśród osób starszych stają się zakażenia wywołane przez grzyby pleśniowe, głównie z rodzaju *Aspergillus*. Aspergiloza ma różne postaci kliniczne, od form alergicznych (np. ABPA – alergiczna aspergiloza oskrzelowo-płucna), nieinwazyjnych (grzybniak), po formy semiinwazyjne i inwazyjne. Najgroźniejsza z nich, cechująca się najwyższą śmiertelnością (30-70%) aspergiloza inwazyjna występuje głównie u chorych z neutropenią, po przeszczepie komórek hematopoetycznych lub przeszczepach narządów. U chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, np. POCHP, astmą, leczonych steroidami, często dochodzi do niegroźnej kolonizacji drzewa oskrzelowego przez *Aspergillus*. W rzadkich przypadkach kolonizacja przekształca się w inwazyjną aspergilozę. Przypadki inwazyjnej aspergilozy są notowane również u chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów, którzy otrzymują leczenie immunosupresyjne. Lekami wykazującymi aktywność wobec *Aspergillus* są amfoterycyna B, worykonazol, posakonazol, itraconazol. ■

#### Literatura

- Krajewska-Kutak E., Zarzy mikologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej sp. z o.o. 2007.
- Szepietowski J.C., Reich A., Garłowska E., Kulig M., Baran E.; Onychomycosis Epidemiology Study Group. Factors influencing coexistence of toenail onychomycosis with tinea pedis and other dermatomycoses: a survey of 2761 patients. Arch Dermatol. 2006;142:1279-84.
- Piérard G., Onychomycosis and other superficial fungal infections of the foot in the elderly: a pan-European survey. Dermatology. 2001;202:220-4.
- Lam O.L., Bandara H.M., Samaranyake L.P., McGrath C., Li L.S. Oral health promotion interventions on oral yeast in hospitalised and medically compromised patients: a systematic review. Mycoses 55, 123-142.
- Poradzka, A., Jaski M., Kornafel W., Fiedor P. Clinical aspects of fungal infections in diabetes. Acta Poloniae Pharmaceutica Drug Research, 2013; 70 :587-596.

# Praktyczne aspekty

realizacji zapisów Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w zakresie wyboru zestawów posiłków przez Mieszkańców Domów Pomocy Społecznej

MAREK FIGIEL

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Bydgoszczy

*Poddając analizie potrzeby człowieka, wśród potrzeb biologicznych najważniejsze miejsce zajmuje potrzeba pożywienia. W związku z tym zagadnienie żywienia to jedno z największych pierwszoplanowych zagadnień w funkcjonowaniu każdej placówki opieki długoterminowej, w tym domu pomocy społecznej.*

**W** domach przebywają bowiem osoby wymagające całodobowej opieki i pielęgnacji ze względu na swą chorobę lub niepełnosprawność. Choroba właśnie stanowi o tym, że aspekt żywienia jest zagadnieniem pierwszoplanowym. Zanim jednak przejdę do omawiania żywienia mieszkańców w aspekcie w/w Rozporządzenia Ministra, przedstawię kilka uwag natury ogólnej ze sfery organizacyjnej i naukowej, dotyczącej przygotowywania posiłków.

W XX wieku odnotowano bardzo szybki rozwój nauki o żywieniu człowieka zdrowego. W znacznym stopniu w/w fakt miał wpływ na pogłębienie wiedzy z zakresu żywienia ludzi chorych. Dietetyka stała się samodzielnym działem nauki. Znaczące wyniki naukowe osiągnięto w badaniach nad zapotrzebowaniem człowieka zdrowego i chorego na energię i inne składniki odżywcze oraz ich przemianę w organizmie człowieka. W bardziej intensywny sposób rozpoczęto badanie składu



*Żywienie dietetyczne stanowi modyfikację normalnego, racjonalnego żywienia. Modyfikacja polega na zmianie konsystencji pożywienia, wyeliminowaniu produktów, na które organizm jest uczulony, zmianie energetycznej lub zawartości odżywczych pożywienia.*

chemicznego żywności oraz oddziaływania jej składników i produktów na organizm człowieka. Zaczęto interesować się wpływem wadliwego odżywiania na powstawanie wielu chorób. Żywienie dietetyczne nabrało zupełnie innego znaczenia, szczególnie w odżywianiu człowieka chorego. Właściwa dieta powinna oszczędzać chore narządy, pozwolić im na regenerację, dostarczać niezbędnych składników dla potrzeb metabolicznych ustroju oraz składników energetycznych dla utrzymania masy ciała człowieka.

Żywienie dietetyczne stanowi modyfikację normalnego, racjonalnego żywienia. Modyfikacja polega na zmianie konsystencji pożywienia, wyeliminowaniu produktów, na które organizm jest uczulony, zmianie energetycznej lub zawartości odżywczych pożywienia. Powyższe uwagi są bardzo istotne, aby wiedzieć, co rozumiemy pod pojęciem diety. Po tych uwagach wstępnych przejdźmy do przedstawienia rodzajów diet stosowanych w żywieniu człowieka.

„W systemie dietetycznym wyróżnia się następujące diety:

- ▶ żywienie podstawowe,
- ▶ dieta bogatoresztkowa,
- ▶ dieta łatwostrawna,
- ▶ dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczów,
- ▶ dieta łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielenie soku żołądkowego,
- ▶ dieta o zmienionej konsystencji – papkowata,
- ▶ dieta o zmienionej konsystencji – płynna,
- ▶ dieta o zmienionej konsystencji – płynna wzmocniona,
- ▶ dieta o zmienionej konsystencji – mielona,
- ▶ dieta o zmienionej konsystencji – do żywienia przez sondę (zgiębnik),

- ▶ dieta ubogoenergetyczna,
- ▶ dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych,
- ▶ dieta bogatobiałkowa,
- ▶ dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów,
- ▶ dieta niskobiałkowa”.<sup>1</sup>

Nie wszystkie z wyżej wymienionych diet mogą występować na terenie domu w tym samym czasie. Są one uzależnione od stanu zdrowia mieszkańców oraz decyzji lekarza.

W realizacji żywienia mieszkańców domów pomocy społecznej, a także w poradnictwie dietetycznym ważną sprawą jest umiejętne przejście od racji pokarmowej do jadłospisów. Jadłospisy, czyli całodzienne zestawienie posiłków, powinny być planowane co najmniej 7, a najlepiej 10 dni naprzód. „Wcześniej-sze zaplanowanie jadłospisów pozwala uniknąć powtarzania się potraw, daje możliwość właściwego i systematycznego planowania zaopatrzenia i pozwala bardziej oszczędnie gospodarować masą towarową. W jadłospisach powinny znaleźć się produkty spożywcze przewidziane w racji pokarmowej. Odchylenia od racji pokarmowej mogą polegać na zamianie jednych produktów przez inne w ramach tej samej grupy, np. mąkę na pieczywo. Dla każdej diety należy szczegółowo opracować odpowiednie zamienniki. Jadłospisy powinny być urozmaicone przy równoczesnym zachowaniu wszystkich wskazań dietetycznych. Dlatego takie same dania lub ich zestawy nie powinny się powtarzać w kolejno po sobie następujących dniach. Dotyczy to zarówno doboru posiłków, jak i technik sporządzania. Należy także uwzględnić w jadłospisach właściwe zestawienia kolorystyczne oraz

<sup>1</sup> H. Szczygłowa *System dietetyczny dla zakładów służby zdrowia*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 1992.

uniknąć powtarzania potraw o zbliżonych cechach smakowych w jednym posiłku. Przy planowaniu jadłospisów bierzemy pod uwagę sposoby przygotowywania potraw oraz ich pracochłonność. Innym elementem, który musi być brany pod uwagę, jest stawka finansowa przeznaczona na wyżywienie. Choć koszt posiłków w poszczególnych dniach może być różny, to jednak średni koszt żywienia jednej osoby w określonym czasie nie może przekraczać ustalonej stawki. Im skromniejsze są fundusze przeznaczone na wyżywienie, tym więcej troski trzeba włożyć w planowanie i atrakcyjne przyrządzanie posiłków. Trzeba umiejętnie wykorzystywać produkty tanie a wartościowe, produkty sezonowe, których ceny w okresie najwyższej podaży są zwykle mniejsze od przeciętnych”.<sup>2</sup>

Po tych uwagach natury ogólnej, dotyczących żywienia, możemy przejść do tego, co nakazuje nam w tym zakresie wspomniane wcześniej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej o funkcjonowaniu domów pomocy społecznej z dnia 23.08.2012 roku. W § 6. 1. Stwierdza ono, że „Dom uznaje się za spełniający warunki realizacji standardów, jeśli jak to mówi w pkt.6.b zapewnia wybór zestawu posiłków lub możliwość otrzymania posiłku dodatkowo (...)”.<sup>3</sup> Nie byłoby w tym zapisie nic do dodania, gdyby nie problemy z jego realizacją. Problemy te pojawiają się w wyniku obecnej kondycji psychicznej i fizycznej mieszkańców domów. Należy zadać sobie pytanie: czy wybór zestawu posiłków przez mieszkańców domu pomocy społecznej jest możliwy w praktyce? Postaram się odpowiedzieć na nie w moim artykule.

Kiedy w grudniowym numerze MEDI pisałem o aktywizacji mieszkańców, pisałem też o kondycji fizycznej i psychicznej osób mieszkających ostatnio w domach pomocy społecznej. Kondycja fizyczna, a przede wszystkim psychiczna, stanowi poważne utrudnienie w organizacji wyboru zestawu posiłków na każdy dzień. Czytając Rozporządzenie, wydaje nam się, że wszystko jest pro-

<sup>2</sup> H. Szczygłowa *System dietetyczny dla zakładów służby zdrowia*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 1992.

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 23.08.2012 [Dz. U. 2012 poz. 964]

ste i możliwe do realizacji. Wystarczy zaofiarować dwa/trzy zestawy posiłków mieszkańcom i po sprawie. Każdy wie, że dwa/trzy zestawy posiłków na każdy dzień nawet przeciętny dietetyk zatrudniony w domu wymyśli na poczekaniu, a kucharze przygotują. Więc w czym tkwi problem? Otóż jak mieszkaniec ma dokonać wspomnianego w Rozporządzeniu wyboru? Szczególnie mieszkaniec z utrudnionym kontaktem i odbierający rzeczywistość w inny, sobie znany sposób? Oczywiście wszystko jest do zrobienia. Tylko że ten wybór musi być dokonany dzień wcześniej, aby nasi kucharze mogli przygotować odpowiednią ilość posiłków z każdego zestawu. Magazynier musi – zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie przygotowania dokumentów – wydać produkty adekwatnie do ilości i rodzaju posiłków. Zgodnie z obowiązującą nas zasadą gospodarności nic nie może się zmarnować oraz spowodować nieuzasadnionych strat. A co będzie, jak mieszkaniec odmówi nam, z różnych, sobie tylko wiadomych względów, spożycia wybranego zestawu i będzie chciał inny? Co zrobimy wówczas? Niszczenie żywności jest nie do zaakceptowania i powoduje dodatkowe koszty utylizacji odpadów. Ważne jest także utrzymanie ustalonej dziennej stawki żywieniowej. Pracuję w domach nie od dzisiaj i wiem, że wybór zestawów posiłków jest trudny, a nawet niemożliwy u znakomitej większości naszych obecnych mieszkańców. Jeśli znajdziemy u nas dom samorządowy, w którym mieszkają cudowni staruszkowie, rozumiejący fakt, że kolega/koleżanka je na obiad coś innego i pamiętają, że zamówili to danie dzień wcześniej, to byłoby dobrze. Ale w obecnych czasach o taki dom trudno, trudno o takich mieszkańców, którzy by pamiętali.

Przypominam sobie wizytę w niemieckim Domu Opieki w Celle: tamtejszy mieszkaniec czy mieszkanka przychodzili do domowej restauracji otrzymywali wybrany dzień wcześniej posiłek i spożywali go bez problemu. Po zakończeniu na karneciku ze swym nazwiskiem zaznaczali, co zjedzą w dniu następnym. Tylko że zamieszkujący ten dom w zdecydowanej większości byli ludźmi bardzo sprawnymi umysłowo i fizycznie. Ale widziałem też inny niemiecki dom w Nordheim, w którym takie



podejście było niemożliwe, ponieważ tam mieszkańcy w swej sprawności psychofizycznej byli porównywalni z naszymi mieszkańcami i wydawanie posiłków odbywało się jak w naszych domach.

Dawno temu wydawało mi się, że mieszkańcy mogliby spożywać posiłki inaczej. Dlaczego każdy ma mieć wydzieloną porcję na talerzu, a nie może to wyglądać tak, że zupa jest podawana w wazach, mięso na półmiskach, dodatki osobno i każdy mieszkaniec sam sobie nakłada lub pomaga mu w tym opiekun? Mieszkańcy byli wówczas sprawni. No i co? Gdy mieszkańcy usiedli przy stole, zrobił się prawdziwy bałagan. Każdy brał, co mu się podobało, personel nie był w stanie zapanować nad sytuacją. Ktoś wziął przed siebie całą miskę ziemniaków, inny kolorową surówkę itd. Po tym obiedzie Rada Mieszkańców przyszła do mnie z prośbą, aby wró-

cić do tego, jak było wcześniej, czyli do porcjowania. A ja chciałem inaczej, elegancko, jak w rodzinie. Została tylko waza z zupą. My sobie możemy chcieć, ale mieszkańcy wolą inaczej, bo każdy ma inne przyzwyczajenia. I trzeba, to uszanować.

Przy tak postawionych wytycznych dotyczących wyboru możemy pójść dalej: a co z wyborem diet o zmienionej konsystencji? Czy tu też mieszkańcy mają wybierać? Po pierwsze nie dadzą rady, po drugie w tym przypadku liczy się kaloryczność. I tak naprawdę czytający ten tekst powie sobie, że autor jest przeciwko wyborowi. Nic bardziej mylnego. To, co napisałem, potwierdzi każdy praktyk odpowiadający za żywienie w domu pomocy. Przygotować zestawy to żadna sztuka. Jest to wykonalne, ale w jaki sposób mieszkaniec ma dokonać wyboru i jak to wdrożyć? Mnie naprawdę ma-

rzę się śniadania i kolacje w formie tzw. stołu szwedzkiego. Ale czy dla ostatnich starczy? Co z przestrzeganiem diet? Bo pomagać mogą opiekunowie i o samodzielność tu nie chodzi.

O diecie decyduje lekarz, a mieszkańcy bardzo często proszą go, aby im ją zmienił. Bo dlaczego nie mogą jeść golonki, kiedy bardzo lubią? Zdrowie jest w tym przypadku na drugim planie. Pamiętam, że w jednym z domów inspektorzy Sanepidu mieli uwagi do jadłospisów tworzonych, zgodnie z procedurą, razem z mieszkańcami. Tłumaczyłem inspektorom, że takie są życzenia, mieszkańców, bo to ich dom. Znając mieszkańców, zaproponowałem tym paniom udział w spotkaniu „Społeczności Do-

mu”, aby same mogły przekonać mieszkańców do racjonalnego i zdrowego odżywiania stosownie do wieku i choroby. Ku mej radości panie dały się namówić.

*O diecie decyduje lekarz, a mieszkańcy bardzo często proszą go, aby im ją zmienił. Bo dlaczego nie mogą jeść golonki, kiedy bardzo lubią? Zdrowie jest w tym przypadku na drugim planie.*

Do spotkania przygotowały się znakomicie. Przedstawiły mieszkańcom, jak powinni się odżywiać w ich wieku. Panie usłyszały, że chcą mieszkańców zgłodzić oraz padały inne określenia, których nie będę tu przytaczał. Po cichu przyznały mi wówczas rację i już nigdy nie robiły uwag.

W Rozporządzeniu Minister zastosował trzy literki: „lub” [możliwość otrzymania posiłku dodatkowego]. I w ten sposób wszystko jest w zgodzie z prawem. Czy całkowicie? Jest z tym problem. Inspektorzy kontrolujący realizację standardów tego „lub” nie zauważają lub nie chcą zauważyć, bo wszystko wydaje im się takie proste. No i jest zapisane w Rozporządzeniu. Możliwości realizacji nie rozpatrują. Są jednak te magiczne trzy literki i czy one pozwalają nam wyjść z tej sytuacji obronną ręką? Tak mi się tylko wydawało. Okazało się bowiem, że w języku polskim spój-

nik „lub” nie jest tak jednoznaczny. Można go czytać także jako „i”. Zacząłem wglębiać się w to zagadnienie i okazało się, że występuje, szczególnie w języku

naukowym, prawnym spójnik „i/lub”. Według Małego Słownika Języka Polskiego „spójnik >>lub<< wyraża możliwą wymiennosc<sup>4</sup>”. I już wydawałoby się, że mamy rację. Jednak Adam Pawłowski w swym artykule „Semantyczno-Logiczna analiza spójnika I/LUB” twierdzi, że pojawienie się spójni-

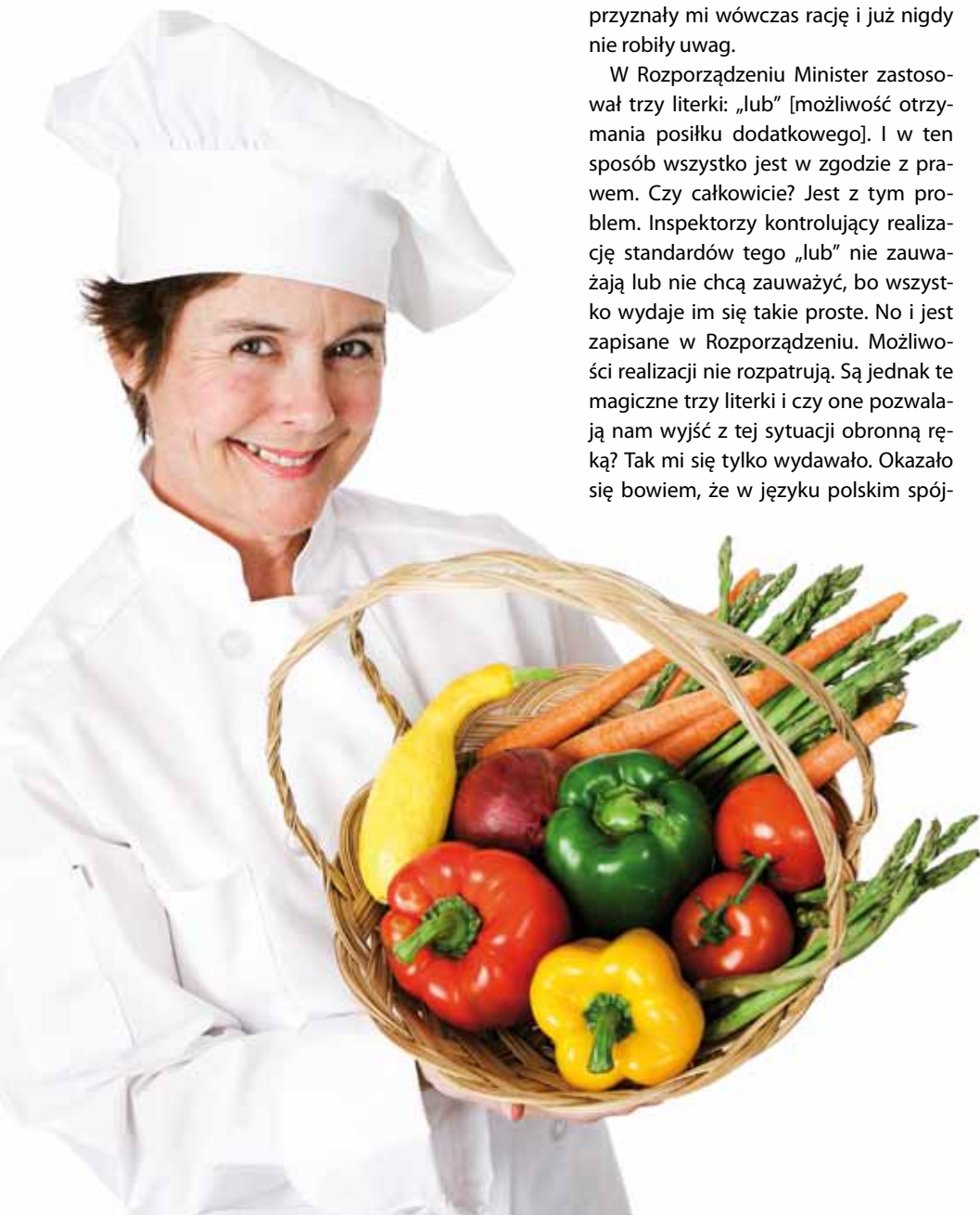
ka „i/lub” w języku polskim można potraktować dwójako: z jednej strony jako typowe zapożyczenie leksykalne, z drugiej strony jako naturalny środek wzbogacenia systemu spójników. Na zakończenie swych wywodów A. Pawłowski stwierdza: „Jeśli przyjąć, że ewolucja systemu spójnikowego potoczy się zgodnie z prawami rozwoju języka i/lub jako forma krótsza i jednoznaczna, a przez to lepiej przystosowana do potrzeb komunikacji, znajdzie prędkiej czy później trwałe miejsce w systemie spójników języka polskiego.”<sup>5</sup>

Dlatego też, aby uniknąć problemu z tym, czy „lub” można odczytać jak „i” oraz aby spory językowe nie miały wpływu na realizację rozporządzenia, podczas narady dyrektorów domów województwa kujawsko-pomorskiego z udziałem nadzoru wojewody zawarto szczególnie kompromis. Wypracowano bowiem rozwiązanie sprawdzające się w obecnych czasach w domach pomocy społecznej.

Punktem wyjścia był nadrzędny cel wynikający z Rozporządzenia, aby mieszkańcy mieli jak największy wpływ na sporządzanie jadłospisów przez dietetyka, a tym samym wybór tego, co spożywają. Podstawę rozwiązania stanowi bardzo aktywne włączenie mieszkańców domu w ustalanie jadłospisów dekadowych. Jak wcześniej wspomniałem planowanie jadłospisów po-

4 Mały Słownik Języka Polskiego pod redakcją Stanisława Skorupki, Haliny Auderskiej, Zofii Lempickiej, PWN Warszawa 1969.

5 A. Pawłowski Semantyczno-Logiczna Analiza Spójnika „I/LUB” Acta Universitatis Wratislaviensis Nr. 2023 str.98 -104 Wrocław 1998.





winno odbywać się najlepiej w okresie 10-dniowym. Pozwala to na dokładne ich przygotowanie oraz – co najważniejsze – na zamówienie i zakup wszystkich niezbędnych produktów do sporządzenia planowanych posiłków. Chodzi o to, aby do minimum zmniejszyć różnice pomiędzy jadłospisem planowanym a rzeczywistym, aby przyczyną tych różnic nie był brak produktów do jego sporządzenia. Mamy też gwarancję, że produkty, z których przygotowujemy posiłki są świeże i nie utraciły częściowo swych odżywczych walorów ze względu na czas ich przechowywania w magazynie. Ma to niewątpliwie wpływ na utrzymanie średniej stawki zaplanowanej na żywienie mieszkańców.

Oczywiście cały proces planowania jadłospisów wspólnie z mieszkańcami musi być szczegółowo opisany w procedurze, która jako akt wewnętrzny wprowadzona zostaje zarządzeniem dyrektora domu. Procedura musi uwzględniać:

- ▶ zadania leżące po stronie dietetyka w domu w zakresie przygotowywania propozycji zestawów posiłków,
- ▶ sposób informowania mieszkańców domu o spotkaniach z dietetykiem,
- ▶ sposób dochodzenia do kompromisu z mieszkańcami.

Sposób informowania, np. poprzez ogłoszenia oraz zachęcanie do udziału w spotkaniach przez wszystkich pracowników domu daje nam gwarancję skuteczności. (Nie należy się obawiać, że w spotkaniach uczestniczyć będą mieszkańcy należący do grupy ciągle niezadowolonych i krytykujących jakość wyżywienia w domu.) Podczas spotkań ustala się dietę podstawową. Jak już wcześniej wspomniałem, wszystkie diety stanowią jedynie możliwą modyfikację diety podstawowej w zakresie doboru produktów czy konsystencji potrawy. Ważnym jest, aby w zakresie konsystencji nie traktować jednakowo mieszkańców, którzy mają trudności z rozdrobnieniem pokarmu, ale właściwie połykają, z mieszkańcami mającymi problemy z połykaniem. Chodzi o dietę o zmienionej konsystencji – mieloną i płynną.

Ważnym zagadnieniem jest także zapewnienie jak największej zbiorowości mieszkańców udziału w spotkaniach mających za zadanie ustalanie jadłospisów dekadowych. Może nam to zapewnić właściwa informacja i aktywizacja mieszkańców do udziału w takich spotkaniach. Jeśli w domu nie było tradycji ustalania jadłospisów z mieszkańcami, początki mogą być trudne. Jednak skuteczna informacja, właściwa aktywizacja, a przede wszystkim realny, a nieporozowany wpływ mieszkańców na decyzje o jadłospisach spowodują, że ze spotkania na spotkanie liczba mieszkańców będzie się zwiększać. Im więcej mieszkańców będzie brało świadomy udział w spotkaniach, tym liczba mieszkańców niezadowolonych z żywienia i jadłospisów będzie mniejsza, a skargi w tym względzie staną się przeszłością.

Najważniejsza w całym procesie jest rola dietetyka. Powinien on nie tylko przygotowywać co najmniej dwa zestawy posiłków na każdy dzień, ale także w jasny, dokładny sposób przedstawiać je mieszkańcom podczas spotkania. Powinien wyjaśnić, dlaczego w każdym zestawie znajdują się takie, a nie inne potrawy czy produkty. Ważne jest, żeby z dużą przychylnością odnosił się do propozycji i wyboru mieszkańców i aktywizował ich do czynnego udziału w wyborach odpowiedniego zestawu. Fakt, że wyboru dokonali mieszkańcy, nie zwalnia dietetyka z odpowiedzialności za wartości kaloryczne,

kolorystykę i właściwy dobór produktów przewidziany dla spożywanych przez mieszkańców potraw oraz przestrzeganie stawki żywieniowej. Zadaniem dietetyka jest także pilnowanie, aby jadłospisy wynikające z wyboru mieszkańców były w jak największym stopniu realizowane. O każdym odstępstwie od ustalonego jadłospisu mieszkańcy powinni być informowani z podaniem przyczyny zmiany. Z kilkumiesięcznego doświadczenia z realizacji tego sposobu wyboru zestawu posiłków mogę z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że w pełni umożliwia on realizację zapisu Rozporządzenia. Mieszkańcy mają bowiem autentyczny, nieporozowany wpływ na sporządzanie jadłospisów i rodzaj potraw, które spożywają.

Odrębnym zagadnieniem w realizacji tego sposobu wyboru zestawów jest właściwe dokumentowanie oraz informacja o rezultatach spotkań z dietetykiem. Jest to istotne nie tylko dla kontroli zewnętrznych czy realizowanej w domu kontroli zarządczej, ale także do wyjaśniania ewentualnych skarg mieszkańców. Dobrym sposobem jest także wywieszanie takich podpisanych dokumentów w specjalnej gablocie przy jadalni głównej. Jawność w tym względzie może przynieść wiele dobrego.

Zadaniem dietetyka jest także nadzór nad przygotowywaniem posiłków pobranych z kuchni, ich porcjowaniem i wydawaniem do pokoi. Chodzi w tym wypadku o dbałość, aby jak najmniejsza ilość posiłków przekazywana była w formie odpadów do utylizacji. Duże znaczenie ma tu zindywidualizowanie ilości nakładanych potraw oraz dostosowanie wielkości porcji do możliwości mieszkańca.

Można zadać sobie pytanie, dlaczego taki sposób realizacji Rozporządzenia, czyli wybór poprzez wspólne ustalanie jadłospisów dekadowych, jest sposobem najlepszym. Wiele argumentów już przytoczyłem. Ważny jest tu także aspekt finansowy. Nie stać nas na marnowanie żywności, które mogłoby nastąpić w przypadku wybranego nieświadomie posiłku i rezygnacji z jego spożycia. Co z tymi posiłkami? Pozostać na dzień następny nie mogą, sprzedać ich nie można, bo zabraniają tego przepisy i trzeba by było jedzenie utylizować. Strata przy naszych stawkach żywieniowych byłaby ogromna.

Na zakończenie tego ważnego tematu należy podkreślić, iż Rozporządzenie Ministra w pkt. c ustala, że dla każdego z posiłków czas wydawania wynosi 2 godziny, z tym że ostatni posiłek jest podawany nie wcześniej niż o godz. 18.00. Jak wszystkim wiadomo z praktyki, rytm dnia większości mieszkańców domu określany jest tymi pierwszymi godzinami posiłków. Praktycznie we wszystkich domach mieszkańcy ustawiają się przed jadalnią. Pomimo tłumaczenia zawsze te kolejki się pojawiają. W pkt. d. ustalono, że podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje są dostępne przez całą dobę. Praktyka pokazuje, że utrzymanie tych produktów przez całą dobę w miejscach ogólnodostępnych jest bardzo trudne, ponieważ mieszkańcy zabierają nadmierne ilości żywności do swoich pokoi. Zdarza się też, że później znajdujemy kromki chleba na trawnikach wokół domu. Chomikowanie żywności przez mieszkańców jest zjawiskiem, którego nie da się racjonalnie wytłumaczyć. Jest to jednak bardzo ważny zapis, płynący z potrzeb mieszkańca. Mieszkaniec musi mieć możliwość dostępu do produktów żywnościowych o każdej porze, aby nie był głodny. Do uprawnień mieszkańca należy też wybór miejsca spożywania posiłków: jadalnia lub pokój. Ważne jest usta-



*Chomikowanie żywności przez mieszkańców jest zjawiskiem, którego nie da się racjonalnie wytłumaczyć. Jest to jednak bardzo ważny zapis, płynący z potrzeb mieszkańca. Mieszkaniec musi mieć możliwość dostępu do produktów żywnościowych o każdej porze, aby nie był głodny. .*

lenie, dlaczego mieszkaniec dokonał takiego wyboru. Może on zmienić swą decyzję i zechce spożywać posiłki w jadalni, kiedy zadbamy, aby np. miał wykonaną protezę uzębienia. Oczywistym jest także fakt, że mieszkaniec ma prawo być karmiony, kiedy nie może spożywać posiłku samodzielnie. Powinny go karmić przygotowane i uprawnione do tego osoby, ponieważ osoby nieprzygotowane mogą doprowadzić do poważnych następstw zdrowotnych u mieszkańca. Według mnie osobami uprawnionymi do karmienia mogą być wyłącznie pracownicy domu.

Liczę, że w znacznym stopniu przybliżyłem tematykę żywienia mieszkańców, a szczególnie praktycznej realizacji zapisów Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w tym zakresie. Znając jednak nasze polskie

realia, podejście kontroli do tego zapisu może być w każdym województwie inne. Taka jest nasza rzeczywistość. Ważne jest jednak, aby dołożyć dużo wysiłku we włączenie mieszkańców naszych domów do planowania jadłospisów na podstawie zaproponowanych zestawów posiłków. Taki sposób został wypracowany na naradzie dyrektorów domów pomocy społecznej zorganizowanej przez Wydział Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego. Na razie jest to prawdopodobnie jedyny możliwy sposób realnego wpływu mieszkańca na to, co spożywa w domu pomocy społecznej. Trzeba jednak jeszcze trochę czasu oraz zmian w naszej narodowej mentalności, a także rozbudowy sieci placówek opieki długoterminowej, aby osoby wymagające intensywnej opieki zamieszkiwały

w zakładach opiekuńczo-leczniczych, a do domów kierowane były osoby o trochę wyższej sprawności psychicznej i fizycznej. Wówczas wyboru będzie można dokonywać w formie karneciku z zestawami posiłków na następny dzień w domowej jadalni czy restauracji. ■

#### Literatura:

1. Helena S. System dietetyczny dla zakładów służby zdrowia, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 1992.
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 23.08.2012 [Dz. U. 2012 poz. 964].
3. Mały Słownik Języka Polskiego pod redakcją Stanisława Skorupki, Haliny Auderskiej, Zofii Łempickiej. PWN Warszawa 1969.
4. Pawłowski A. Semantyczno-Logiczna Analiza Spójnika „I/LUB” Acta Universitatis Wratislaviensis Nr. 2023 str.98 -104 Wrocław 1998.
5. Blog Autora Artykułu: Pomagajmy-Skutecznie manifo.com.

Autor składa podziękowanie Pani Dorocie Hass – Dyrektorowi Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy za wyrażenie zgody na zawarcie w artykule ustaleń z narady dyrektorów domów pomocy społecznej województwa, w sprawie realizacji standardów.

# Syndrom wypalenia zawodowego

## skąd się bierze i jak mu zapobiegać?

MAGDALENA KORCZYK-WASZAK

Trenerka, coach i mentor organizacji rozwijających się

*Straciłeś wiarę we własne możliwości.  
Czujesz obojętność na potrzeby i emocje innych.  
Drżysz o przyszłość, masz poczucie krzywdy.  
Doskwierają Ci nawracające bóle, źle sypiasz, stale chorujesz.  
Uważaj i nie lekceważ! Mogą to być objawy wypalenia zawodowego!*

### Istota wypalenia zawodowego

Po raz pierwszy określenia „wypalenie zawodowe” użył Herbert J. Freudenberg<sup>1</sup> do oznaczenia **stanu wyczerpania jednostki spowodowanego nadmiernymi zadaniami stawianymi jej przez fizyczne lub społeczne środowisko pracy**. Freudenberg opisywał doświadczenia wyczerpania emocjonalnego grup zawodowych, które zajmowały się pomocą innym (terapeuci, pielęgniarki, pracownicy społeczni). Obecnie uważa się, że każdy pracownik, niezależnie od wykonywanej pracy, może zostać dotknięty syndromem wypalenia zawodowego. Istotę tego syndromu najlepiej wyjaśnia trójwymiarowa teoria wypalenia Christiny Maslach. W jej definicji wypalenie zawodowe określane jest jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób”. Co to w praktyce oznacza?

**Wyczerpanie emocjonalne** objawia się zniechęceniem do pracy, coraz mniejszym zainteresowaniem sprawami zawodowymi, obniżoną aktywnością, pesymizmem, stałym napięciem psychofizycznym, drażliwością, ale także zmianami somatycznymi – chronicznym zmęczeniem, bólami głowy,



<sup>1</sup> H. J. Freudenberg Burnout: The High Cost of High Achievement, 1974.



*Wyczerpanie emocjonalne objawia się zniechęceniem do pracy, coraz mniejszym zainteresowaniem sprawami zawodowymi, obniżoną aktywnością, pesymizmem, stałym napięciem psychofizycznym, drażliwością, ale także zmianami somatycznymi – chronicznym zmęczeniem, bólami głowy, bezsennością, zaburzeniami gastrycznymi czy częstymi przeziębieniami.*

bezsennością, zaburzeniami gastrycznymi czy częstymi przeziębieniami.

**Depersonalizacja** (odczłowieczenie) związana jest z obojętnością i dystansowaniem się wobec problemów pacjenta, powierzchownością, skróceniem czasu i sformalizowaniem kontaktów, cynizmem, obwinianiem pacjentów i podopiecznych za niepowodze-

nia w pracy. W przypadku opiekunów polega np. na niegrzecznym zwracaniu się do podopiecznych. Lekarz, dotknięty wypaleniem, stawia szybką, mechaniczną diagnozę, traktuje pacjentów jak „jednostki chorobowe”. W sytuacji pracowników socjalnych depersonalizacja polega na świadomym niedostrzeganiu realnych potrzeb podopiecznych;

w przypadku psychologów – na skracaniu czasu kontaktu czy braku zaangażowania w autentyczny kontakt z pacjentem. Zwiększenie psychicznego dystansu wobec osoby, z którą się pracuje i symboliczne odebranie pacjentowi człowieczeństwa oraz traktowanie go jak „przypadku” pozwala na mniejsze zaangażowanie się w relacje z drugim człowiekiem. Może więc być świadomą lub nieświadomą formą ochrony siebie przed dalszym eksploatowaniem poważnie uszczuplonych już zasobów emocjonalnych.

**Obniżone poczucie dokonań osobistych** jest tendencją do widzenia swojej pracy z podopiecznymi w negatywnym świetle. Objawia się to niezadowolaniem z osiągnięć w pracy, przeświadczeniem o braku kompetencji, utratą wiary we własne możliwości, poczuciem niezrozumienia ze strony przełożonych, stopniową utratą zdolności do rozwiązywania pojawiających się problemów i niemożnością przystosowania się do trudnych warunków zawodowych. W relacji z ludźmi może ono przyjmować skrajne formy zachowań agresywnych (np. agresja werbalna),

jak i ucieczkowych (absencja w pracy). Symptomy te tworzą samonapędzający się mechanizm. Pracownik, który czuje się zmęczony, mniej angażuje się w realizację zadań zawodowych, a jego praca coraz częściej oceniana jest negatywnie. Sam również nie jest zadowolony z jej efektów, poszukuje źródeł takiego stanu rzeczy i bardzo często uznaje, że brakuje mu kompetencji, wiedzy, umiejętności, aby radzić sobie z trudnymi sytuacjami w pracy, a nawet by wykonywać swój zawód i z przerażeniem myśli o kolejnym dniu, w którym musi udać się do pracy.

Obecność trzech występujących w charakterystycznym układzie elementów składowych wypalenia, jest cechą odróżniającą syndrom wypalenia od innych następstw stresu zawodowego.

## Przyczyny wypalenia

Coraz częściej do wyjaśnienia wypalenia używane jest pojęcie dopasowania zawodowego, które oznacza harmonijne współdziałanie jednostki i środowiska pracy w zakresie różnorodnych obszarów pracy zawodowej. Złe dopasowanie powstaje zazwyczaj wtedy, gdy między pracownikiem i pracodawcą nie zostaną rozstrzygnięte istotne kwestie dotyczące funkcjonowania zawodowego albo kiedy relacje w pracy zmieniają się na tyle, że pracownik lub organizacja uzna je za niekorzystne. Chodzi tu na przykład o sytuacje, w których pracownik czuje się przecią-

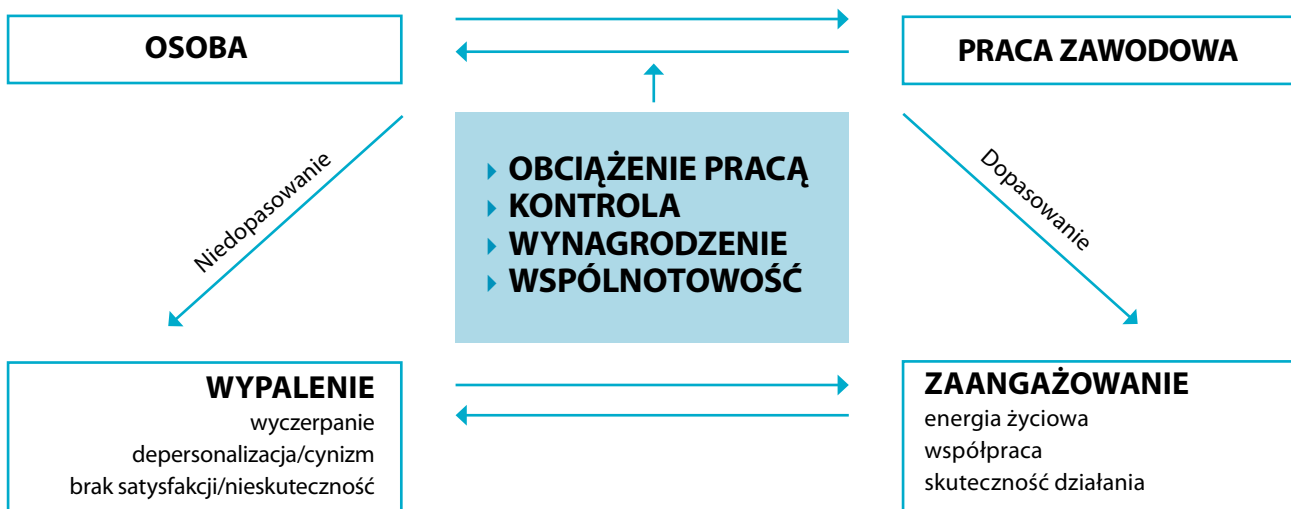
żony obowiązkami zawodowymi, nie ma wpływu na organizację swojej pracy, obarczony jest zbyt dużą odpowiedzialnością, czuje się niesprawiedliwie oceniany, otrzymuje wynagrodzenie niewspółmierne do wkładanego w pracę wysiłku, traci kontakt ze współpracownikami i nie otrzymuje od nich niezbędnego wsparcia. Wspomniane sytuacje określane są mianem „organizacyjnych poprzedników wypalenia”. Pojawienie się ich zakłóca relacje człowieka z jego pracą, przyczynia się do narastania stresu, osłabia możliwość skutecznej walki z nim, a w konsekwencji indukuje rozwój wypalenia zawodowego. Koncepcja wyjaśniająca fenomen wypalenia została rozszerzona o jego pozytywną antytezę – zaangażowanie w pracę. Jeśli aktywność zawodową człowieka ujmemy w postaci kontinuum, to na jednym jego krańcu znajdzie się zaangażowanie w pracę, na drugim wypalenie. Początkowa fascynacja nowymi doświadczeniami, zapał, energia i pasja ustępują miejsca wyczerpaniu, niechęci do pacjentów i niezadowoleniu ze swoich osiągnięć. Erozję zaangażowania w pracę uznać można zatem za synonim wypalenia zawodowego.

Przyczyny wypalenia zawodowego lokalizowane są zazwyczaj w trzech płaszczyznach:

- ▶ **indywidualnej** – istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoby, które nie wierzą w swoje możliwości, unikają sytuacji trudnych, nie próbują

stawić im czoła, są przekonane, że od nich samych niewiele zależy, reagują emocjonalnie na trudne sytuacje zawodowe, są perfekcjonistami, stawiają sobie bardzo wysokie wymagania i często karzą się za to, że nie były w stanie ich spełnić lub traktują swój zawód jako misję wymagającą od nich szczególnego zaangażowania i specjalnych wyrzeczeń – doświadczą w swej karierze wypalenia zawodowego;

- ▶ **interpersonalnej** – źródeł wypalenia należy szukać przede wszystkim w relacjach, jakie zachodzą między pracownikiem a klientami instytucji. Wypalenie rozwija się głównie w tych zawodach, w których wykonywanie obowiązków wiąże się z emocjonalnym zaangażowaniem się w sprawy innych ludzi. Obowiązek ciągłego kontaktu z osobami w trudnej sytuacji życiowej, koncentracji na tragicznych przeżyciach innych ludzi, stykanie się z niezawinionym cierpieniem i przejawami okrucieństwa jest ogromnym obciążeniem. Z biegiem czasu problemy klientów mogą być postrzegane jako realne zagrożenie dla własnego bezpieczeństwa. Jeśli osoby pomagające nie zachowają dystansu emocjonalnego, to problemy klientów, przeżywane jak własne, mogą zburzyć uporządkowany obraz świata i przyczynić się do zachwiania poczucia stabilności. Do interpersonal-



**Graf. 1** Źródło: Model dopasowania zawodowego (Tucholska 2001)

nych źródeł wypalenia zaliczyć należy również stresujące sytuacje, które przynoszą kontakty z przełożonymi i współpracownikami, np.: konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, przemoc psychiczna, agresja werbalna, mobbing, kwestionowanie kompetencji.

- ▶ **organizacyjnej** – osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie instytucji mają zazwyczaj sprecyzowaną koncepcję tego, co pracownik powinien robić w ramach przypisanych mu obowiązków i przekazują je w postaci nakazów i zakazów tworzących zbiór oczekiwań wobec pracownika. Bardzo często zakres tych oczekiwań i sposób ich komunikowania stają się źródłem doświadczanego stresu, zwłaszcza gdy pracownik przeciążony jest nadmierną ilością obowiązków, stawiane są mu wymagania, których nie jest w stanie zrealizować w przewidzianym czasie lub przy pomocy pozostawionych mu środków; przekazywane informacje są niedokładne, zniekształcone.

To, czy wypalenie nastąpi, zależy od układu wielu czynników osobistych i środowiskowych. Jako szczególnie ważne w budowaniu syndromu wymieniane są: stawianie sobie wysokich wymagań przy niewielkich możliwościach wpływu na sytuację, działania niezgodne ze swoimi wartościami, nadmierowe zachowania agresywne lub uległe w różnych rolach (dom, praca, sytuacje społeczne), życzeniowa interpretacja wydarzeń, nadmierna racjonalizacja, defensywna postawa wobec trudności, wyolbrzymianie porażek, brak lub mała dbałość o swoje ciało, dietę, ćwiczenia fizyczne, rytm snu, relaks i podstawową higienę, perfekcjonizm i nadmierne poczucie odpowiedzialności (uleganie przekonaniu, że lekarz, pielęgniarka, opiekun, terapeuta musi wiedzieć wszystko i jest za wszystko odpowiedzialny), zaniedbywanie rozwoju zawodowego, brak partnerskich relacji i systemu wsparcia, zaniedbywanie intymności, sztywność ról, brak lub słaba organizacja czasu prywatnego i czasu pracy.

## Symptomy, których nie wolno bagatelizować

- ▶ **FIZJOLOGIA:** bóle głowy, żołądka, zaburzenia snu, podwyższone ciśnienie, poczucie osłabienia, zmniejszenie odporności organizmu;

- ▶ **EMOCJE:** zmienność nastrojów, ogólne przygnębienie, poczucie bezradności, obniżenie samooceny, brak wiary w możliwość zmiany trudnej sytuacji;
- ▶ **ZACHOWANIE:** absencja w pracy, częste konflikty, obojętność wobec klientów, zmniejszenie się wydajności pracy, złe zarządzanie czasem, wzrost liczby wypadków itp.

Warto pamiętać, że skutki wypalenia dotyczą nie tylko osoby, które mu uległy, ale również ich pacjentów, współpracowników, członków rodzin, przyjaciół. Odczuwane są także na poziomie organizacji.

## By się nie wypalić

Nikt bardziej niż Ty nie jest odpowiedzialny za Twoje życie, zdrowie, Twój potencjał i spokój. Nikt lepiej niż Ty nie zadba o Ciebie.

## Jak powinni zajmować się sobą ci, którzy pomagają innym\*:

- ▶ *Bądź dla siebie łagodny.*
- ▶ *Pamiętaj, że jesteś tylko osobą podtrzymującą; nie jesteś czarodziejem. Nie możemy innych zmienić, możemy zmienić tylko swój stosunek do nich.*
- ▶ *Znajdź swoją pustelnię i odwiedzaj ją codziennie.*
- ▶ *Dawaj swoim współpracownikom wsparcie, pochwały i otuchę. Naucz się przyjmować to samo od innych.*
- ▶ *Pamiętaj, że będąc świadkiem bólu, z jakim się spotykasz, jesteś skazany na to, by czasami odczuwać bezradność. Przyznaj się do swojej bezradności bez wstydu. Samo bycie z kimś i okazywanie mu serdeczności jest czasem ważniejsze niż zrobienie czegoś.*
- ▶ *Zmieniaj swoje codzienne rutynowe czynności tak często, jak możesz.*
- ▶ *Naucz się odnajdywać różnicę między narzekaniem, które przynosi ulgę i narzekaniem, które wzmacnia stres.*
- ▶ *W drodze do domu skup się na tym, co dobrego przydarzyło Ci się w ciągu dnia.*
- ▶ *Czerp z własnego źródła. Bądź twórczy. Próbuje własne pomysły. Bądź zarówno artystą, jak i rzemieślnikiem.*
- ▶ *Traktuj współpracowników i przełożonych jak źródło wsparcia; zwłaszcza jeśli chcesz się upewnić w jakiejś kwestii albo coś zmienić.*
- ▶ *Unikaj rozmów o pracy i profesjonalnego żargonu w czasie przerw i spotkań towarzyskich z kolegami z pracy.*
- ▶ *Zaplanuj sobie czas na wycofanie się w ciągu tygodnia i nie pozwalaj wtedy, żeby Ci przeszkadzano.*
- ▶ *Mów: „taki jest mój wybór” lub „TAKA JEST MOJA DECYZJA” raczej niż „muszę” lub „powinienem” Mów „NIE” zamiast „nie mogę”.*
- ▶ *Jeżeli nigdy nie mówisz „NIE”, co warte jest Twoje „TAK”?*
- ▶ *Pamiętaj, obojętność bardziej rani niż przyznanie się, że już nic więcej nie możesz zrobić.*
- ▶ *Śmieję się i baw jak najczęściej.*

\*źródło: Instytut Psychologii ZDROWIA I TRZEŹWOŚCI

### Literatura:

- Eichelberger W. Zatrzymaj się, Jacek Santorski & Co 2003.
- Fengler J. Pomaganie mężczy – wypalenie w pracy zawodowej, GWP 2000.

Maslach Ch., Leiter M.P. Pokonać wypalenie – zawodowe, Wolters Kluwer Polska 2010.

Tucholska S. Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju, Przegląd psychologiczny 3/2001.

# Opieka na starość

## oczekiwania i możliwości ich spełnienia w obecnych uwarunkowaniach demograficznych

DR AGNIESZKA FURMAŃSKA-MARUSZAK  
Instytut Socjologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

*Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych seniorów wymaga działań o charakterze kompleksowym, dotyczącym nie tylko rozwoju formalnego sektora opieki długoterminowej, ale przede wszystkim wsparcia rodzin pełniących obowiązki opiekuńcze wobec osób starszych. Obecna sytuacja demograficzna Polski nie pozostawia złudzeń – sprostać oczekiwaniom osób starszych co do opieki nie będzie łatwo.*

### Uwarunkowania demograficzne

Starzenie się społeczeństwa w Polsce widoczne jest w zmianach struktury ludności ze względu na wiek. Obserwowany jest spadek udziału dzieci i wzrost udziału osób starszych w ogólnej populacji ludności. Według danych GUS (2014) od początku lat 90. udział osób w wieku przedprodukcyjnym (w wieku do 17 lat) zmalał o ponad 10 punktów procentowych (z 29,8% w 1989 roku do 19,3% w 2013 roku). Wzrósł natomiast udział osób w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej w przypadku kobiet oraz 65 lat i więcej w przypadku mężczyzn) o blisko 6 punktów procentowych (z 12,6% w 1989 roku do 18,4% w roku 2013).

Prognozuje się dalsze spadki liczebności grupy osób w wieku przedprodukcyjnym. Według prognoz GUS (2014) udział dzieci (do 17 roku życia) w ogólnej populacji ludności w 2050 roku zmaleje o blisko 30% w stosunku do 2013 roku. Podobnie, zachowa-



*Potencjał opiekuńczy polskiej rodziny zaczyna się kurczyć ze względu na zmiany o charakterze społeczno-kulturowym, a także demograficznym. O ile wydłużanie się trwania życia czy wzrost poziomu wykształcenia kobiet należy uznać za sukces cywilizacyjny, nie pozostaje on bez wpływu na możliwość zaspakajania potrzeb opiekuńczych seniorów.*



na zostanie tendencja wzrostowa liczebności osób w wieku poprodukcyjnym, choć tempo tego wzrostu zostanie z pewnością wyhamowane przez konsekwencje zmian wieku emerytalnego. Zachowując wiek przechodzenia na emeryturę (60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn) GUS prognozuje, iż w 2050 roku liczebność populacji w tym przedziale wiekowym wzrosłaby o ponad 75%. W sytuacji stopniowego wydłużania okresu zatrudnienia aż do osiągnięcia wieku 67 (dla mężczyzn nastąpi to w 2020 roku, dla kobiet – w 2040) prognozuje się, że liczba osób w tzw. „ruchomym” wieku poprodukcyjnym wzrośnie o 43%.

Nie zmienia to jednak faktu wciąż rosnącego udziału osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej populacji ludności. W 2013 roku udział ten wyniósł niespełna 15% przy 10-procentowym udziale osób 65+ w ogólnej populacji ludności Polski w 1989 roku. GUS prognozuje, iż w 2050 roku co trzeci Polak będzie miał powyżej 65 lat.

Ze względu na dynamiczny wzrost trwania życia Polaków związany z postępem w medycynie i prowadzeniem zdrowszego stylu życia zmienia się także struktura populacji osób starszych w wieku 65 lat i więcej. W 2013 roku udział osób w wieku powyżej 80 lat w grupie osób 65+ wyniósł 26,1%, a w 2050 roku wyniesie blisko 32%. W ogólnej populacji ludności udział osób w wieku 80 lat i więcej wzrośnie diametralnie (z 3,9% w 2013 roku do 10,4% w 2050 roku). Oznacza to, że co 10 osoba w Polsce będzie w wieku 80 lat lub starsza i z dużym prawdopodobieństwem będzie potrzebowała jakiejś formy pomocy z samodzielnym funkcjonowaniu<sup>1</sup>.

### Oczekiwana pomoc

Oczekiwania w kwestii opieki długoterminowej, w sytuacji gdy będzie ona potrzebna, kierowane są w przede wszystkim w stronę rodziny. Wyniki badania Eurobarometru<sup>2</sup> wskazują,

<sup>1</sup> GUS Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Warszawa 2014.

<sup>2</sup> European Commission, Health and long-term care in the European Union, „Special Eurobarometer”, no. 283, 2007.



iz w Europie opieka sprawowana przez najbliższych w domu osoby niesamodzielnej jest oczekiwana i preferowana przez blisko połowę Europejczyków (45%). Drugim w kolejności preferowanym i oczekiwanym wariantem opieki jest opieka domowa sprawowana przez firmy świadczące usługi opiekuńcze (oczekiwania co do tej formy opieki wyraził prawie co czwarty Europejczyk) lub przez specjalnie do tego celu wynajętego opiekuna czy opiekunkę (10% Europejczyków oczekuje takiej formy pomocy). Otrzymywanie opieki poza własnym miejscem zamieszkania (np. w domu opieki – 9%) czy w domu bliskiego członka rodziny (ok. 4%) cieszy się dużo mniejszym zainteresowaniem.

Na starość znakomita większość Europejczyków pragnie otrzymywać pomoc we własnym domu. Udział rodziny w sprawowaniu tej opieki jest znaczący. Istnieją znaczne rozbieżności w ocenie oczekiwania co do opieki sprawowanej przez rodzinę poza domem seniora. O ile dzieci starszych osób niesamodzielnych bardzo chętnie opiekowałyby się seniorem w swoim domu, o tyle osoby starsze są mniej chętne do współzamieszkania ze swoimi dziećmi w sytuacji, gdy pojawia się potrzeba opieki.

Pomimo tego, że ogólnie opieka długoterminowa w Europie opiera się w znaczącym stopniu na opiekunach rodzinnych (nieformalnych), występują duże różnice między krajami co do oczekiwań i preferencji dotyczących opieki na starość. Na tle krajów UE wyróżnia się Polska, w której oczekiwania i preferencje dotyczące opieki na starość sprawowanej przez najbliższych w domu osoby niesamodzielnej wyraziło blisko 70% Polaków. Dla porównania w Danii odsetek ten wyniósł nieco ponad 20%. Ponad połowa Duńczyków oczekuje, że opieka długoterminowa domowa będzie sprawowana przez firmy świadczące profesjonalne usługi opiekuńcze, a co piąty – oczekuje opieki sprawowanej przez specjalnie do tego celu wynajętego opiekuna lub opiekunkę. Preferencje co do opieki sprawowanej w domu przez najbliższych były najczęściej wskazywane (poza Polską) – na Węgrzech, w Grecji, na Litwie i w Bułgarii (blisko 60% wskazań)<sup>3</sup>.

Wyniki badania Pol-Senior potwierdzają, iż Polscy seniorzy swoje oczekiwania opiekuńcze kierują głównie w stronę opiekunów nieformalnych (członków rodziny, a w dalszej kolejności sąsiadów i przyjaciół), nadając niewielką rangę pomocy udzielanej przez opiekunów formalnych, szczególnie reprezentujących sektor pomocy społecznej. Pomoc w tym sektorze udzielana jest głównie w placówkach, a nie w miejscu zamieszkania osoby starszej<sup>4</sup>.

3 jw.

4 P. Błędowski Potrzeby opiekuńcze osób starszych, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, so-*

Dostępność formalnych usług opieki długoterminowej świadczonych w domu osoby starszej, zarówno w ramach sektora ochrony zdrowia (np. pielęgniarska opieka długoterminowa), jak i w ramach systemu pomocy społecznej (usługi opiekuńcze) jest ograniczona. Sprowadza się najczęściej do wybranych form pomocy udzielanych osobom leżącym lub znajdującym się w bardzo trudnej sytuacji materialnej, a wsparcie dla opiekunów rodzinnych jest znikome<sup>5</sup>.

### Możliwości opiekuńcze rodziny

Potencjał opiekuńczy polskiej rodziny zaczyna się kurczyć ze względu na zmiany o charakterze społeczno-kulturowym, a także demograficznym. O ile wydłużanie się trwania życia czy wzrost poziomu wykształcenia kobiet należy uznać za sukces cywilizacyjny, nie pozostaje on bez wpływu na możliwość zaspakajania potrzeb opiekuńczych seniorów.

Jak podaje GUS<sup>6</sup> w 2013 roku w porównaniu do początku lat 90. odsetek matek z wykształceniem wyższym wzrósł z 6% do 47%. Widać wyraźnie, że ludzie młodzi decydują się najpierw na zdobycie wykształcenia, a dopiero potem podejmują decyzje o założeniu rodziny i jej poszerzaniu. Skutkuje to pojawianiem się potomstwa w późniejszym wieku.

Od początku lat 90. nastąpiło przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy w wieku 20-24 lata do grupy w wieku 25-29 lat. Obserwuje się także znaczące wzrosty płodności kobiet w wieku 30-34 lata, a także w wieku 35-39 lat. Odkładanie decyzji prokreacyjnych wiązać się może ze zmniejszeniem możliwości posiadania większej liczby dzieci. Zaowocuje to w przyszłości kumulacją obowiązków opiekuńczych w stosunku do starszych rodziców i w stosunku do małych dzieci. Dodatkowo potencjał opiekuńczy zostaje obniżony poprzez małą liczbę dzieci w rodzinie i brak możliwości dzielenia obowiązków opiekuńczych pomiędzy rodzeństwem.

Ponadto, rośnie odsetek urodzeń pozamałżeńskich. Na początku lat 90. wyniósł on około 6-7%, natomiast obecnie co piąte dziecko rodzi się w związku pozamałżeńskim. Wynika to ze wzrostu liczby związków kohabitacyjnych oraz wzrostu liczby matek samotnie wychowujących dzieci<sup>7</sup>.

cjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzki w Polsce, Termedia, Poznań 2012.

5 A. Furmańska-Maruszak, A. Wójtewicz, M. Zamojska Dobra i usługi społeczne dla najstarszego pokolenia. Szanse rozwoju w kontekście realiów społeczeństwa masowej konsumpcji, Wydawnictwo UMK, Toruń 2014.

6 GUS Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015

7 jw



Potencjał opiekuńczy rodziny jest osłabiany także przez migracje zagraniczne. Saldo migracji zagranicznych w 2014 roku wyniosło 15 tysięcy<sup>8</sup>. Możliwości opiekuńcze rodziny zdeterminowane są nie tylko przez emigrację osób młodych, ale także przez emigrację zarobkową osób starszych, które wyjeżdżają, by opiekować się seniorami w innych krajach, pozostawiając członków swojej rodziny, często też wymagających wsparcia, w kraju (zjawisko znane pod nazwą *care drain*).

Dodatkowo, zwiększenie aktywności ekonomicznej kobiet, m.in. poprzez podniesienie wieku emerytalnego, nie pozostanie bez wpływu na możliwości opieki sprawowanej przez rodzinę. W tej sytuacji konieczne będzie objęcie wsparciem nie tylko samych niesamodzielnych seniorów, ale także osoby sprawujące nad nimi opiekę.

Rodzina jest miejscem, w którym w sposób naturalny rodzą się potrzeby opiekuńcze i są one zaspokaja-

ne na każdym etapie życia człowieka. W przypadku niesamodzielnych osób starszych najbliżsi stanowią nieocenione źródło wsparcia nie tylko w wymiarze materialnym, ale także społecznym i emocjonalnym. Mniejsze rodziny, często niepełne rodziny, w których relacje nie są pogłębiane i zakorzenione międzypokoleniowo, mogą nie odpowiedzieć na obecne i przyszłe potrzeby opiekuńcze seniorów. Potrzeba działań wspierających rodzinę w pełnieniu obowiązków opiekuńczych także względem seniorów skierowanych na ochronę zdrowia opiekunów, wzrost jakości ich życia, a także stworzenie nowych możliwości godzenia pracy zawodowej z obowiązkami opiekuńczymi. Nieocenione będą także działania zwiększające dostęp do długoterminowej opieki dziennej i rozwój innych form opieki zastępczej. ■

#### Literatura:

- Błędowski P. Potrzeby opiekuńcze osób starszych, w: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzki w Polsce*, Termedia, Poznań 2012.
- European Commission, *Health and long-term care in the European Union*, „Special Eurobarometer”, no. 283, 2007.
- Furmańska-Maruszak A., Wójtewicz A., Zamojska M. *Dobra i usługi społeczne dla najstarszego pokolenia. Szanse rozwoju w kontekście realiów społeczeństwa masowej konsumpcji*, Wydawnictwo UMK, Toruń 2014.
- GUS *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, Warszawa 2014.
- GUS *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku*, Warszawa 2015.

8 jw

# Zwykły sport niezwykłych ludzi

SEBASTIAN HERING-ZAGROCKI  
Prezes Stowarzyszenia „Dom Pod Słońcem”

**J**uż po raz piętnasty odbyły się wiosną turnieje kwalifikacyjne Międzynarodowej Ligi Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup. W Polsce odbyły się one w trzech miejscach:

- ▶ **13-15 maja** w Waplewie (woj. warmińsko-mazurskie),
- ▶ **20-22 maja** w Niechorzu (woj. zachodniopomorskie),
- ▶ **10-12 czerwca** w Czarnej (woj. podkarpackie).

W każdym z turniejów uczestniczyło odpowiednio 21, 20 i 21 drużyn. Wszystkie miały w składzie niepełnosprawnych intelektualnie podopiecznych domów pomocy społecznej. Towarzyszyli im opiekunowie i trenerzy, którzy z ogromnym zaangażowaniem przygotowywali swoje ekipy do corocznych zmagania na murawie.

W tych wyjątkowych turniejach nie ma znaczenia wiek i płeć. Liczy się chęć podjęcia wysiłku i uczestniczenia w dobrej zabawie, a także możliwość podnoszenia swoich umiejętności. Bezценne są wrażenia uczestników, nowe przyjaźnie, integracja i wzajemny szacunek.

Formuła turniejów, wypracowana dzięki kilkunastoletniemu doświadczeniu organizatorów – Stowarzyszenia „Dom Pod Słońcem”, Fundacji „Razem Zmieniamy Świat” i TZMO SA





*W Seni Cup nie ma znaczenia wiek i płeć. Liczy się chęć podjęcia wysiłku i uczestniczenia w dobrej zabawie, a także możliwość podnoszenia swoich umiejętności. Bezcenne są wrażenia uczestników, nowe przyjaźnie, integracja i wzajemny szacunek.*

– sprzyja realizacji celu, jakim jest integracja wszystkich tych, którzy kochają piłkę nożną i chcą się bawić poprzez uczestnictwo w sportowej rywalizacji.

Zawodnicy wszystkich drużyn uczestniczą w grach obserwowanych, na podstawie których dokonywany jest podział na cztery grupy sprawnościowe, odzwierciedlający poziom sportowy i fizyczny zawodników. W grupach rozgrywane są mecze systemem każdy z każdym. Zwycięzcy grup awansują do międzynarodowego finału, który corocznie – na początku lipca – odbywa się w Toruniu.

Jednak nie tylko piłką żyją uczestnicy rozgrywek Seni Cup. Wszyscy bawią się także podczas plenerowej imprezy integracyjnej oraz biorą udział w autorskich wydarzeniach artystycznych – śpiewom, tańcom i przedstawieniom nie ma końca. To buduje wspaniałą atmosferę i pozostawia niezapomniane wrażenia wśród uczestników Ligi.

W Toruniu do polskich finalistów dołączają ekipy zagraniczne wyłonione w podobnych turniejach europejskich rozgrywanych na Białorusi, Ukrainie, Litwie, Łotwie i Słowacji, w Czechach, Niemczech oraz w Rosji. Łącznie w turnieju finałowym weźmie udział 30 drużyn – to ponad trzystu niepełnospraw-

nych zawodników i ich opiekunów! Ta niesamowita grupa 1 lipca przemarszeruje ulicami toruńskiej starówki do amfiteatru Muzeum Etnograficznego, gdzie odbędzie się uroczystość otwarcia Finału Seni Cup uświetniona występami artystycznymi.

Sportowe emocje będą zapewniowane 2 i 3 lipca. W tym czasie na Stadionie Miejskim w Toruniu rozstrzygnie się, kto w tym roku zwycięży w rozgrywkach Seni Cup. Najlepsze drużyny otrzymają puchary ufundowane przez Polski Związek Piłki Nożnej, który obok Ministra Sportu i Turystyki – Andrzeja Biernata – objął patronatem całe rozgrywki. Jak co roku, każdy z uczestników wyjedzie z Torunia z pamiątkowym medalem i ogromną ilością pozytywnych wrażeń. Bo w Seni Cup liczy się przede wszystkim wspaniała zabawa i dalsza chęć uczestniczenia w życiu poprzez sport. Zwykły sport niezwykłych ludzi.

#### **Finaliści 2015:**

Chojnice  
Gdańsk  
Hamernia  
Jaromin  
Kraków  
Krasnystaw  
Kuźnia Nieborowska  
Legnickie Pole  
Łagiewniki  
Nakło nad Notecią

Nowe Miszewo  
Nowogard  
Ruda Różaniecka  
Sadowa  
Skwierzyna  
Warzyn  
Zabłoty  
Zborów  
oraz drużyny z Niemiec, Łotwy, Litwy,  
Czech, Ukrainy, Rosji, Białorusi, Słowacji.

*Wszyscy bawią się także podczas plenerowej imprezy integracyjnej oraz biorą udział w autorskich wydarzeniach artystycznych – śpiewom, tańcom i przedstawieniom nie ma końca. To buduje wspaniałą atmosferę i pozostawia niezapomniane wrażenia wśród uczestników Ligi.*





# XVIII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

**Zrozumieć osobę niesamodzielną  
– trudne sytuacje w opiece długoterminowej**

**Toruń  
15-17 września 2015**

Zapraszamy do udziału w Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, która co roku przyciąga do Torunia ponad 1000 specjalistów z całej Europy. Wysoki poziom merytoryczny gwarantuje współpraca z liderami i twórcami opieki długoterminowej w Polsce i za granicą. Wykłady są tłumaczone na język polski, angielski, niemiecki i rosyjski.

#### DO UDZIAŁU ZAPRASZAMY:

- ▶ dyrektorów i personel zarządzający placówkami opieki długoterminowej i pomocy społecznej
- ▶ pielęgniarki
- ▶ personel terapeutyczny i opiekuńczy

#### MIEJSCE KONFERENCJI:

Aula UMK  
ul. Gagarina 11  
87-100 Toruń

Zgłoszenia online do **25 sierpnia 2015**  
na stronie [www.tdod.pl](http://www.tdod.pl)

**OPŁATA: 492 zł\***

#### Opłata obejmuje:

- ▶ udział w sesjach naukowych
- ▶ udział w wydarzeniach towarzyszących
- ▶ materiały konferencyjne
- ▶ wyżywienie podczas konferencji

\*cena nie obejmuje noclegu

Więcej informacji na stronie [www.tdod.pl](http://www.tdod.pl)

#### KONTAKT:

##### Biuro Konferencyjne

Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej  
tel./faks **56 612 35 83, 612 35 60**

E-mail: [ecod@tzmo.com.pl](mailto:ecod@tzmo.com.pl)

#### ORGANIZATORZY:



**TZMO SA**

#### PATRONAT MERYTORYCZNY:



# PROGRAM

**15 września**

**Aula UMK, ul. Gagarina 11**

**18.00 Uroczysta inauguracja**

- ▶ Wykład inauguracyjny  
„Zrozumieć osobę niesamodzielną – radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w opiece długoterminowej”  
**prof. dr Wilfried Schlüter**  
Honorowy Prezes E.D.E., Wydział Zdrowia i Pielęgniarstwa w Szkole Wyższej Zwickau, Niemcy
- ▶ Wieczór artystyczny i bankiet

**16 września**

**Aula UMK, ul. Gagarina 11**

**9.00 – 11.00 PANEL DYSKUSYJNY**

**Konflikt wartości – „dobro pacjenta” a jego prawo do samostanowienia o sobie**

Przewodniczący: **prof. dr hab. Piotr Błądowski**

- ▶ **dr Grażyna Rogala-Pawelczyk**  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w latach 1999-2007
- ▶ **Lilia Kimber-Dziwisz**  
Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych, Kierownik Zakładu Opieki Długoterminowej w Radomiu
- ▶ **dr Michał Balcerzak**  
Katedra Praw Człowieka UMK w Toruniu
- ▶ **Martin Kalbermatter**  
Dyrektor Domu Opieki *Haus der Generationen St. Anna*, Szwajcaria
- ▶ **Wolfgang Pauls**  
Caritas- Betriebsführungs- und Trägergesellschaft GmbH Wohnhaus Upladin, Niemcy
- ▶ **Mariusz Półoś**  
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Prudniku

**11.00 – 11.30 PRZERWA KAWOWA**

**11.30 – 13.00 SESJA II**

**Inkontynencja – czy w przyszłości przestanie być tematem tabu?**

Przewodnicząca: **prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wiczerowska-Tobis**

- ▶ Godność a inkontynencja w opiece długoterminowej  
**prof. dr Katharina Oleksiw**  
Wydział Zdrowia i Spraw Socjalnych w Szkole Wyższej Kärnten, Austria
- ▶ Propozycje działań dla kierujących placówkami opieki długoterminowej  
**prof. dr Wilfried Schlüter**  
Honorowy Prezes E.D.E., Wydział Zdrowia i Pielęgniarstwa w Szkole Wyższej Zwickau, Niemcy
- ▶ Inkontynencja jako zagadnienie dotyczące wszystkich pokoleń  
**Aleksandra Fiedler**  
Wydział Zdrowia i Pielęgniarstwa w Szkole Wyższej Zwickau, Niemcy  
**Gerald Santer**  
Wydział Zarządzania w Opiece i Ochronie Zdrowia w Wyższej Szkole Kärnten, Austria
- ▶ Inkontynencja pod kontrolą  
**Piotr Chromiński**  
TZMO Training Group

**13.00 – 14.30 PRZERWA OBIADOWA**

**14.30 – 16.00 SESJA III**

**Przewlekłe chory w terminalnej fazie choroby**

Przewodnicząca: **dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik**

- ▶ Opieka nad osobami u schyłku życia  
**dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik**  
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej CM w Bydgoszczy
- ▶ Komunikacja z pacjentem u schyłku życia  
**dr Maria Rogiewicz**  
Szkola Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
- ▶ Specyfika leczenia bólu w opiece długoterminowej u chorych u schyłku życia  
**dr Tony O'Brien**  
Cork University Hospital, Irlandia

**16.00 – 16.30 PRZERWA KAWOWA**

**16.30 – 18.00 SESJA IV**

**Koncepcja kinestetyki – ezoteryka czy nauka?**

Przewodniczący: **prof. dr Olaf Scupin**

- ▶ Naukowa perspektywa koncepcji kinestetyki  
**prof. dr Olaf Scupin**  
Dyrektor Instytutu Coachingu i Doradztwa Organizacyjnego przy Wydziale Nauk Społecznych Wyższej Szkoły im. Ernsta Abbe w Jenie
- ▶ Praktyczny pokaz przedstawiający wykorzystanie koncepcji kinestetyki  
**Christine Scupin**  
Kierownik ośrodka opiekuńczego „Am Rittergut”, Frankenberg/Saksonia, Niemcy,  
**Eva Vojtkova**  
Magister z zakresu opieki długoterminowej i Kandidat Master z zakresu Case Management
- ▶ Kinestetyka u osób ze spastycznością i przykurczami  
**Barbara Hühnel**  
Trener kinestetyki, Niemcy

**19.00 KOLACJA w ramach wieczoru integracyjnego**

**Centrum Targowe Park, Szosa Bydgoska 3**

**17 września**

**Aula UMK, ul. Gagarina 11**

**10.00 – 11.30 SESJA V**

**Wyzwania w zarządzaniu placówkami opieki długoterminowej**

Przewodniczący: **dr Artur Kasprowicz**

- ▶ Satysfakcja z pracy a efektywność i wydajność pracowników  
**dr Artur Kasprowicz**  
Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu
- ▶ Motywowanie w sytuacjach kryzysowych  
**dr Grażyna Wójcik**  
Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- ▶ Wypalenie zawodowe czyli zgłiszcza zaangażowania  
**prof. dr hab. Aldona Glińska-Noweś**  
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, UMK w Toruniu
- ▶ Ocena jakości jako jeden z kluczowych elementów optymalizacji zakupów  
**Zbigniew Politowski**  
Radca Prawny

**11.30 OBIAD**

# seni CARE

Osoby z problemem nietrzymania moczu, a także osoby o ograniczonej mobilności często borykają się z podrażnieniem skóry. Można temu skutecznie zapobiegać.

## SKUTECZNA PIEŁĘGNACJA SKÓRY PRZY NIETRZYMANIU MOCZU



## SENI CARE

TO LINIA  
SPECJALISTYCZNYCH  
PRODUKTÓW  
DO PIEŁĘGNACJI SKÓRY,  
w tym zagrożonej wystąpieniem  
odleżyn i oparzeń.

SZCZEGÓLNIIE POLECANA DLA OSÓB  
Z PROBLEMEM NIETRZYMANIA MOCZU.

PRODUKTY SENI ►►  
rekomendowane przez personel  
KLINIKI BUDZIK I FUNDACJĘ  
EWY BŁASZCZYK „AKOGO?”

FUNDACJA EWY BŁASZCZYK



Więcej informacji o produktach: [www.seni.pl](http://www.seni.pl)