

Forum Opieki Długoterminowej

med1

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 4(64)
grudzień 2015

Mocznik
w kosmetykach

Rola
opiekuna medycznego

DYSTROFIE MIĘŚNIOWE

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
nieutrzymanie moczu, a chcesz prowadzić
aktywny tryb życia lub uczestniczyć
w zajęciach rehabilitacji ruchowej

www.seni.pl

SENI ACTIVE SĄ DLA CIEBIE!

medi

Szanowni Państwo!

Oddajemy w Państwa ręce ostatni, grudniowy numer Medii w roku 2015. Niniejsze wydanie poświęcone jest w dużej mierze roli opiekunów – zarówno profesjonalistów, jak i opiekunów nieformalnych, ich sytuacji zawodowej i warunkowaniach rzutujących na ich działalność w polskiej rzeczywistości prawno-społecznej. Poruszamy także istotną kwestię usamodzielnienia mieszkańca DPS, rozpatrując różne poziomy samodzielności i potrzeb na przykładzie programu wdrożonego w domu pomocy społecznej w Bytomiu.

Tematem numeru uczylimy zagadnienie dystrofii mięśniowych. To temat wart przybliżenia ze względu na powszechność tego zjawiska w opiece długoterminowej oraz stosunkowo proste metody opóźnienia procesu.

Współczesne preparaty pielęgnacyjne stosowane u osób niesamodzielnnych i chorych coraz częściej oparte są na dodatku mocznika, którego wszechstronne właściwości zależą w dużej mierze o jego stężenia. Zapraszamy do zapoznania się z charakterystyką tego składnika i jego roli w profilaktyce odleżynowej na przykładzie doświadczeń z Kliniki Budzik.

Dziękujemy za kolejny wspólnie spędzony rok i zapraszamy do lektury.

Redakcja
kwartalnika Medi

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
dr n. med. Marta Podhorecka
mgr Janina Mirończuk
mgr Lilia Kimber-Dziwisz
mgr Grażyna Śmiarowska
dr n. med. Piotr Kowalczyk
dr n. med. Robert Ślusarz

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

PRENUMERATA:
Formularz zamówienia prenumeraty
znajduje się na stronie
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.

SPIS TREŚCI

grudzień 2015

ZARZĄDZANIE

- 7** Usamodzielniony mieszkaniec DPS. Realna perspektywa, czy fikcja?
- 12** Opiekun osób niesamodzielných w środowisku i placówce opieki długoterminowej
- 17** Rola opiekuna medycznego w sprawowaniu opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niesamodzielnym

TEMAT NUMERU

- 21** Dystrofie mięśniowe postępujące
- 25** Rola i znaczenie fizjoterapii w postępującej dystrofii mięśniowej

TEORIA I PRAKTYKA

- 29** Pielęgnacja skóry preparatami specjalistycznymi Seni Care jako ważny element profilaktyki odleżynowej w Klinice Budzik
- 33** Mocznik w kosmetykach. Moda czy odkrycie dekady?

Między nami kobietami

Zdarzają Ci się chwile „słabości”,
gdy głośno się śmiejesz, niespodziewanie
kichniesz lub coś podniesiesz?

To tylko kilka kropelek, ale odbiera Ci pewność siebie.

A może wyciek moczu jest bardziej obfity
i tak częsty, że uniemożliwia codzienne
aktywności i przyjemności?

**Aż co 4 kobietę na różnych etapach życia dotyczy
nietrzymanie moczu.**

seni
Lady

Dla pełnego zabezpieczenia i komfortu
przy nietrzymaniu moczu wybierz wkładki
urologiczne Seni Lady

- **dużo bardziej chłonne niż zwykłe podpaski**
- **z systemem URO Protect**



NOWE
kobiece delikatne
wyjątkowo chłonne



Bardziej anatomiczna forma dopasowuje się
do kobiecego ciała zapewniając dyskrecję i wygodę.



Oddychające materiały zapewniają poczucie świeżości
dzięki swobodnemu przepływowi powietrza.



Ostonki boczne chronią przed przeciekami,
nawet przy obfitym wycieku moczu.

Usamodzielniony mieszkaniec DPS

REALNA PERSPEKTYWA, CZY FIKCJA?

GRZEGORZ BARANOWSKI
dyrektor DPS dla Dorosłych w Bytomiu

ALEKSANDRA GRZEŚCZYK
kierownik zespołu opiekuńczo-terapeutycznego DPS dla Dorosłych w Bytomiu

Pobyt i usługi w domu pomocy społecznej to jedno ze specjalistycznych świadczeń zawartych w katalogu świadczeń pomocowych. Zapisy ustawowe jasno precyzują kryterium dostępu do w/w świadczenia. Zgodnie z regulacją ustawową mieszkańcem DPS może zostać osoba wymagająca całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogąca samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Zatem zasadniczą przesłanką do korzystania z tej formy pomocy jest fakt niesamodzielności interesariusza. Jak zatem mówić o usamodzielnieniu mieszkańca, które jest jednym z najważniejszych celów pomocy społecznej, jaki jest zakres jego usamodzielnienia i czy taki stan jest rzeczywiście możliwy?

Cel udzielania świadczeń w DPS

Działalność specjalistycznej jednostki pomocy społecznej, jaką jest DPS

skupia się na realizacji najważniejszych celów pomocy społecznej, między innymi takich jak: życiowe usamodzielnienie osób i ich integracja ze środowiskiem. Pierwsze zestawienie celów pomocy społecznej z kryteriami dostępu do świadczeń w postaci pobytu w DPS może powodować pewien dysonans poznawczy. Z jednej strony mówimy o stanie całkowitej zależności jako kryterium skierowania do DPS, z drugiej zaś strony – o usamodzielnieniu, czyli uniezależnieniu się od systemu pomocowego. W literatu-

rze przedmiotu dotyczącego założeń ustawy o pomocy społecznej oraz zadań pomocy społecznej w postaci usamodzielnienia znajdujemy stwierdzenia, iż „osiągnięcie tego celu dotyczy wszystkich osób i rodzin korzystających ze świadczeń”¹.

Praktyka wskazuje jednak, iż stan zdrowia i związany z nim zakres samodzielności mieszkańca jest bardzo różny, czasem zaś dynamiczny. W zdecy-

¹ S. Nitecki, Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym. Wolters Kluwer SA, 2008. S.80



dowanej większości przypadków, stan zdrowia mieszkańców się pogarsza, a co z tym związane zmniejsza się również zakres samodzielności i samoobsługi, jednak w niektórych, choć nielicznych przypadkach, praca z mieszkańcem przynosi rezultaty pozytywne, rokujące na powrót do samodzielności. Dotyczy to szczególnie DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych, DPS dla niepełnosprawnych intelektualnie i DPS dla osób niepełnosprawnych fizycznie, w tym również dzieci i młodzieży.

Rzeczą oczywistą jest również, iż w działalności DPS cel w postaci życiowego usamodzielnienia mieszkańca będzie realizowany w oparciu o indywidualne możliwości mieszkańca. Zakres oddziaływań terapeutycznych względem mieszkańca ma charakter indywidualny. Potwierdza to stan prawny, bowiem zgodnie z art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązują-

Rzeczą oczywistą jest również, iż w działalności DPS cel w postaci życiowego usamodzielnienia mieszkańca będzie realizowany w oparciu o indywidualne możliwości mieszkańca. Zakres oddziaływań terapeutycznych względem mieszkańca ma charakter indywidualny.

jącego standardu, jednak **w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców**. Treść § 2. ust. 1. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, wskazuje, iż dom funkcjonuje w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o **indywidualne potrzeby mieszkańca domu**.

Zatem zakres usamodzielnienia mieszkańca w DPS będzie odpowiadał

rzeczywistym potrzebom mieszkańca, jednak będzie ograniczony obiektywnymi trudnościami wynikającymi z wielu czynników, wśród których przykładowo można wymienić: ograniczenia wynikające ze zdrowia fizycznego i psychicznego, sprawności fizycznej, motywacji mieszkańca, ale również możliwości jednostki organizacyjnej pomocy społecznej i wielu innych czynników.

Obiektywnie zakres usamodzielnienia mieszkańca będzie bardzo różny. W jednym przypadku za osiągnięcie



celu usamodzielnienia będziemy uważali fakt nauczenia mieszkańca korzystania ze sztućców, pościelenia łóżka, zapięcia guzika lub innych drobnych, aczkolwiek ważnych czynności samoobsługowych. Z drugiej strony możemy mieć do czynienia z przygotowaniem mieszkańca do powrotu do środowiska lokalnego, po uzyskaniu przez niego odpowiedniego stopnia samodzielności – co zdarza się w np. w jednostkach realizujących świadczenia dla osób przewlekle psychicznie chorych.

Podsumowując, przedmiotowe założenia towarzyszą również zapisom całego prawa pomocy społecznej, bo podobnie jak pomoc środowiskowa, jednostki stacjonarne typu DPS podejmują działania zmierzające do usamodzielnienia swoich mieszkańców. Jednak poprawa stanu zdrowia mieszkańca, poprawa jego stanu funkcjonowania, ma charakter procesu – często bardzo długotrwałego, nie zawsze zakończonego sukcesem. Zatem praca z mieszkańcem, oparta na realizacji jego indywidualnych potrzeb jest procesem osiągnięcia celów w sposób systematyczny i długotrwały.

W działalności terapeutycznej ważnym elementem było postawienie diagnozy i zakwalifikowanie mieszkańców do jednej z trzech grup określających priorytety dla pracy zespołu opiekuńczo – terapeutycznego. Kwalifikacja mieszkańca do określonej grupy wskazuje wprost na rodzaj oddziaływań podejmowanych względem mieszkańca.

Podejmowane działania w procesie usamodzielnienia mieszkańców na przykładzie działalności DPS dla dorosłych w Bytomiu

Dom Pomocy Społecznej dla Dorosłych w Bytomiu jest jednostką organizacyjną miasta Bytomia. Dom Pomocy Społecznej dla Dorosłych w Bytomiu to jednostka szczególna, bowiem przeznaczona dla osób przewlekle psychicznie chorych. Ma cha-

rakter ponadgminny, a zamieszkuje w nim 135 osób, w tym 76 osób na tzw. „starych zasadach”, tj. umieszczonych przed dniem 1 stycznia 2004r. Dom Pomocy Społecznej jest placówką realizującą zadania z zakresu pomocy społecznej polegające na zaspokojeniu potrzeb bytowych, opiekuńczych i wspomagających, w tym specjalistycznych usług skierowanych do osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

Obecnie działalność Domu skupiona jest na profesjonalizacji usług opiekuńczo – terapeutycznych względem naszych mieszkańców oraz na odnowie infrastruktury celem przystosowania placówki do rzeczywistych potrzeb mieszkańców.

W działalności terapeutycznej ważnym elementem było postawienie diagnozy i zakwalifikowanie mieszkańców do jednej z trzech grup określających priorytety dla pracy zespołu opiekuńczo-terapeutycznego. Kwalifikacja mieszkańca do określonej grupy wskazuje wprost na rodzaj oddziaływań podejmowanych względem mieszkańca. Zasady kwalifikacji przedstawia tabela 1.

Zakwalifikowanie mieszkańca do jednej z powyższych grup pozwoliło skupić się na określeniu właściwych celów pracy terapeutycznej prowadzonej z mieszkańcem. W przypadku dwóch pierwszych grup mieszkańców trudno mówić o realnych sukcesach w procesie usamodzielniania. Oczywistym faktem jest, że planowane działania były adekwatne do stanu psychofizycznego mieszkańca. Są to małe cele, dotyczące głównie samoobsługi.

Poważne potraktowanie tej sprawy pozwoliło również na podjęcie działań zmierzających do utworzenia małego oddziału psychogeriatrycznego dla mieszkańców, którzy nie są zdolni do działań usamodzielniających. W wyniku podjętych działań, w połowie 2015r. w DPS uruchomiono wydzielony, 12 osobowy oddział dla osób niesamodzielnnych.

Najważniejszym jednak polem do działania w zakresie usamodzielniania mieszkańca w DPS jest społeczność mieszkańców zakwalifikowana do grupy trzeciej. W tym celu został opracowany specjalny program terapeutyczny ukierunkowany na usamodzielnienie mieszkańców. Program ten oparty był na założeniu, iż ma się składać z kilku etapów.

W ramach niniejszych etapów zaplanowano działania:

1. Etap pierwszy – działania aktywizujące na terenie DPS.

Obejmuje kwalifikacje, działania z zakresu samoobsługi mieszkańca, treningi higieniczne, gospodarcze, budżetowe ale również oddziaływania terapeutyczne w postaci zajęć reintegracji

Kluczowym elementem realizacji projektu jest również troska o aktywność mieszkańców, która jest podstawą procesu zdrowienia i readaptacji społecznej osób usamodzielnianych. W przypadku osób zdolnych do podjęcia pracy, podejmowane będą działania z zakresu aktywizacji zawodowej, zaś w przypadku osób nieaktywnych zawodowo podejmowane będą działania, mające na celu wypracowanie modelu aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.

społecznej z psychologiem, psycho-terapeutą i innymi specjalistami, udziału w życiu społecznym, kulturalnym, etc. Podsumowaniem jest zakwalifikowanie do etapu drugiego i skierowanie części mieszkańców rokujących na usamodzielnienie do mieszkań treningowych.

2. Etap drugi – zamieszkiwanie w mieszkaniu treningowym.

W ramach niniejszego etapu mieszkańcy będą zamieszkiwali w mieszkaniach, w których praktycznie i samodzielnie, choć pod nadzorem sprawdzą się w roli osób zamieszkujących

poza DPS. Etap ten będzie realizowany równocześnie z etapem trzecim.

3. Etap trzeci – pozyskanie zatrudnienia lub innych adekwatnych form aktywności.

Kluczowym elementem realizacji projektu jest również troska o aktywność zawodową mieszkańców, która jest podstawą procesu zdrowienia i readaptacji społecznej osób usamodzielnianych. W przypadku osób zdolnych do podjęcia pracy, podejmowane będą działania z zakresu aktywizacji zawodowej, zaś w przypadku osób nieaktywnych zawodowo podejmowane

Tab. 1. Grupy mieszkańców DPS
Opracowanie własne

Oznaczenie grupy	Charakterystyka mieszkańców	Priorytet w działaniach
GRUPA I	Mieszkańcy niesamodzielnii, wymagający totalnej opieki, z brakiem świadomości, demencyjni, w stanie wegetatywnym, itp.	Priorytet mają usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne rehabilitacja społeczna symboliczna lub jej brak
GRUPA II	Mieszkańcy wymagający wsparcia opiekuńczego, dozoru, intensywnych oddziaływań terapeutycznych, jednak z ograniczeniami fizycznymi i psychicznymi	Priorytet mają usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne wdrażanie działań z zakresu rehabilitacji społecznej
GRUPA III	Najsprawniejsi mieszkańcy, sprawni fizycznie i intelektualnie, wymagający nadzoru, rygoru terapeutycznego, sprawni w samoobsłudze	Priorytet mają usługi mają usługi rehabilitacji społecznej – nadzór nad samoobsługą

będą działania, mające na celu wypracowanie modelu aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.

4. Etap czwarty – zamieszkiwanie w mieszkaniu chronionym.

Na tym etapie mieszkańcy będą prowadzić samodzielne życie, pod nadzorem i tylko z incydentalną ingerencją pracowników DPS. Prowadzony będzie nadzór terapeutyczny nad realizacją celów przez mieszkańców.

5. Etap piąty – usamodzielnienie do mieszkania z zasobu komunalnego gminy.

Ukoronowaniem pracy terapeutycznej będzie moment skierowania mieszkańca do zamieszkania w mieszkaniu komunalnym w środowisku lokalnym.

Opracowanie programu nie było zadaniem łatwym. Działaniem tym towarzyszyło pozyskanie kamienicy w centrum Bytomia, w której w przyszłości ma zostać zrealizowany projekt pod nazwą: „Urchomienie mieszkań chronionych z zapleczem treningowym dla mieszkańców DPS dla Dorosłych oraz osób przewlekle psychicznie chorych, mieszkańców miasta Bytom” – który ma być finansowany ze środków Unii Europejskiej, w ramach projektów realizowanych w Ośrodku Strategicznej Interwencji.

Trudności w procesie usamodzielniania mieszkańców w DPS

Realizacja działań usamodzielniająco – aktywizujących w DPS napotyka na szereg trudności. W praktyce usługi realizowane na rzecz mieszkańców w ramach jednostki jaką jest dom pomocy społecznej, mają charakter totalny i wewnątrz jednostkowy. Tworzone są własne pracownie terapii zajęciowej, własne kaplice, świetlice, sale terapeutyczne, zatrudniani są instruktorzy kulturalno – oświatowi, a imprezy kulturalne mają charakter zamknięty. Organizowane są własne okręgi wyborcze, a proponowane formy aktywności w ramach terapii zajęciowej są niejednokrotnie tzw. „pracą dla pracy”, mającą na celu głównie zagospodarowanie czasu wolnego mieszkańców. Taki sposób funkcjonowania domów pomocy społecznej powoduje, iż placówka staje się „samowystarczalna”, a wszystkie potrzeby mieszkańców zaspokajane są w ramach tejże placówki – co jest jedną z cech placówek totalnych. Psychoterapeuta Leonard Weimann, opisuje ten stan rzeczy w sposób następujący: „W tak funkcjonującej placówce łatwo o zinstytucjonalizowanie człowieka, a osobie zinstytucjonalizowanej tak naprawdę nie można już pomóc. Została ona na zawsze skazana na usługi systemu, który ją wessał”.²

Trzeba zatem wskazać na szereg różnych problemów związanych z aktywizacją i usamodzielnieniem mieszkańca

w DPS, które możemy wymienić, a są nimi przede wszystkim:

- ▶ trudności wewnętrzne wynikające z dotychczasowego sposobu funkcjonowania jednostki, w zakresie pasywnie realizowanych świadczeń usługowych, w tym brak zrozumienia ze strony personelu,
- ▶ brak motywacji ze strony mieszkańców,
- ▶ brak zrozumienia podmiotów zewnętrznych, w tym podmiotów które mogą być naturalnymi partnerami w realizacji projektu, np. w zakresie aktywizacji zawodowej mieszkańców.

W ramach niniejszego opracowania skupimy się na omówieniu jedynie problemów związanych z brakiem współpracy z podmiotami zewnętrznymi – w szczególności w zakresie aktywizacji zawodowej mieszkańców DPS.

Jest rzeczą oczywistą, stwierdzenie, iż mieszkańcy DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie mają indywidualną potrzebę świadczenia pracy, która jest naturalną aktywnością człowieka. Potrzebę taką potwierdzają również argumenty psychiatrii i psychoterapii, które wskazują, iż aktywność, w tym aktywność zawodowa osób chorych psychicznie sprzyja procesowi zdrowienia, co

może przyczynić się do ponownej integracji tych osób ze społeczeństwem. Ponadto podejmowanie aktywności zawodowej osób chorych psychicznie przynosi korzyści społeczno-ekonomiczne, poprzez zmniejszenie kosztów terapii osób chorych, oraz ma wpływ na wskaźniki skuteczności leczenia poprzez zmniejszenie liczby nawrotów choroby.

Konieczność działań aktywizujących i działań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w domach pomocy społecznej podkreślają również zapisy Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014r. w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zapis zawarty w § 3 w/w rozporządzenia określa następujące rodzaje zajęć:

- 1) zajęcia terapeutyczne;
- 2) zajęcia z psychologiem;
- 3) zajęcia ruchowe;
- 4) zajęcia przygotowujące do podjęcia zatrudnienia.

W przypadku zajęć przygotowujących do podjęcia zatrudnienia ustawodawca przewidział następujące rodzaje zajęć:

- ▶ terapię manualną, w tym w ramach warsztatów terapii zajęciowej,
- ▶ zajęcia informatyczne,
- ▶ pracę, w tym w warunkach pracy chronionej lub na przystosowanym stanowisku pracy.

2 Weimann L., Pracownik pierwszego kontaktu – kto to taki? Próba odpowiedzi, w: Praca socjalna nr 2, kwiecień czerwiec 2000r., s. 32-33.

Zatem DPS dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zobowiązany do realizowania zajęć terapeutycznych z mieszkańcami, których skutkiem może być również np. podjęcie zatrudnienia. Możliwość świadczenia pracy przez mieszkańców przebywających w DPS sankcjonuje również art. 61 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej, który brzmi:

„Dochód mieszkańca domu podejmującego pracę ze wskazań terapeutyczno-rehabilitacyjnych lub uczestniczącego w warsztatach terapii zajęciowej, stanowiący podstawę naliczania opłaty, zmniejsza się o 50% kwoty otrzymywanej z tytułu wynagrodzenia za tę pracę lub o kwotę odpowiadającą wysokości kieszonkowego wypłacanego z tytułu uczestnictwa w tych warsztatach”.

Działania podejmowane w zakresie aktywizacji zawodowej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne są przedsięwzięciem bardzo trudnym i niosącym ze sobą duże ilości zagrożeń o charakterze obiektywnym.

W realizacji opisywanych działań projektowych, najwięcej problemów stwarzał brak zrozumienia i zaangażowania w działania pomocowe innych instytucji, które co do zasady zostały powołane do świadczenia wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej. Należy stanowczo zaznaczyć, iż sam fakt zamieszkiwania osoby w DPS, powoduje, iż w relacjach z instytucjami typu PUP, MOPS, CIS, etc., osoba ta jest postrzegana jako niezdolna do uczestnictwa w działaniach z zakresu aktywizacji zawodowej. Podobnie w relacjach z pracodawcami.

Zatem największym zagrożeniem w procesie aktywizacji zawodowej mieszkańców DPS jest brak wiedzy, ignorancja i niezrozumienie społeczne problemów jakie niosą ze sobą choroby psychiczne. I chociaż szacuje się, że tylko na schizofrenię choruje w Polsce około 400 tysięcy osób, to jednak wiedza o zdrowiu psychicznym, kryzysach, zaburzeniach trwałych i przemijających ma charakter stereotypowy, nie poparty wiedzą, doświadczeniem i znajomością problematyki.

Wnioski płynące z wdrażania przedmiotowego projektu są następujące:

- ▶ niezbędne są dalsze, zakrojone na szeroką skalę, działania edukacyjne, informujące o sposobie funkcyjono-



wania osób przewlekle psychicznie chorych, w szczególności pracowników instytucji pomocowych,

- ▶ należy pilnie stworzyć model wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej mieszkańców DPS, mający charakter międzyinstytucjonalny,
- ▶ należy poszerzać ofertę pomocową skierowaną do osób w kryzysie psychicznym, o działania aktywizujące tę grupę osób, szczególnie z zakresu ekonomii społecznej,

- ▶ niezbędnym jest zmiana sposobu świadczenia usług przez jednostki opieki całodobowej, na formy adekwatne do indywidualnych potrzeb osób w nich przebywających, w szczególności w zakresie form aktywizacji,
- ▶ konieczne jest propagowanie działań podejmowanych na rzecz włączenia osób przewlekle psychicznie chorych do grona osób aktywnych zawodowo. ■

Opiekun osób niesamodzielnych

w środowisku i placówce opieki długoterminowej

MAREK FIGIEL

Dyrektor DPS „Promień życia” w Bydgoszczy

Opiekunowie osób niesamodzielnych stanowią fundament opieki formalnej i społecznej, są nieodzownym elementem świadczenia opieki długoterminowej. Starzenie się europejskiego społeczeństwa, w tym również polskiego, spowodowało szybko rosnące zapotrzebowanie na profesjonalne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych i chorych.

Niewystarczająca infrastruktura opiekuńcza wpłynęła na pojawienie się ogromnego zapotrzebowania na kadrę opiekunów, która nawet w warunkach domowych będzie mogła zabezpieczyć podstawowe potrzeby osób chorych i niesamodzielnych. W związku zachodzącymi procesami demograficznymi i starzeniem się społeczeństwa zawód opiekuna jest coraz bardziej poszukiwanym zawodem na rynku pracy zarówno w Polsce, jak i za granicą. Wpisując do wyszukiwarki internetowej słowo opiekun, widzimy tysiące ofert firm szkolejących i zatrudniających opiekunów. Pisząc na temat opiekuna, na wstępie należy zadać sobie pytanie: Czy każdy może być opiekunem dzieci, osób nie-

pełnosprawnych czy starszych? Odpowiedź wydawałoby się, jest raczej prosta. Tak, może to być każdy. Wydaje się, że nie jest to za bardzo skomplikowany zawód do nauczenia. Uczymy się go w domu, w rodzinie od dziecka. Każdy z nas opiekował się we własnym domu okresowo lub przez długie lata własnym dzieckiem, bratem, siostrą, matką, ojcem, dziadkiem, babcią. Każdy ma takie doświadczenia, które pozwolą, mu ten zawód wykonywać. Czy będzie dobrym opiekunem?

Wiele osób rozpoczynających pracę w zawodzie, jako swoje doświadczenie wymienia opiekę nad rodzicami czy dziadkami w rodzinie. Opiekun powinien rozumieć swą pracę, a przede wszystkim nie powinien traktować swe-

go podopiecznego jak przedmiot, lecz podmiot swych działań. Postrzegać podopiecznego jako osobę cierpiącą wymagającą miłości, cierpliwości, zrozumienia, pomimo zalet i wad, jakie posiada. W rodzinie było łatwiej, byliśmy związani emocjonalnie z osobą, którą się opiekowaliśmy, a wyuczony autorytet i szacunek do tej osoby narzucał nam sposób i zakres tej opieki. Opieka nad osobą niebędącą z nami w emocjonalnych więzach to trudniejsze wyzwanie. Wymaga od osoby fachowo pomagającej wielu predyspozycji nie tylko w zakresie wykonywania czynności, ale i predyspozycji osobowościowych w różnych zakresach, głównie empatii oraz wiedzy fachowej z zakresu opieki i pielęgnacji człowieka.

Opiekun, aby dobrze wykonywać swój zawód powinien posiadać „osobowość nastawioną na pomaganie”. Opiekun w kontaktach z podopiecznym musi umieć zobaczyć w nim nie tylko podopiecznego, ale również człowieka, partnera, osobę obdarzoną godnością i wolnością. Od cech osobowościowych opiekuna, jego charakteru zależy, w jakim stopniu podopieczny czuje się uznany, zaakceptowany, zrozumiany. Dla wielu podopiecznych ten aspekt współpracy z opiekunem jest najważniejszy. Każdy z nas jest niepowtarzalną osobowością. Z pewnymi ludźmi komunikujemy się łatwiej, w stosunku do innych trzeba przewycięzać wewnętrzne hamulce lub niechęć niemającą niekiedy racjonalnego uzasadnienia. Jednego podopiecznego lubimy, inny natomiast jest osobą, z którą chcemy mieć jak najmniej do czynienia. Jeden promieniuje na nas spokojem, na innego nie chcemy nawet patrzeć – dotyczy to głównie podopiecznych tzw. trudnych. Przewyciężenie tych trudności jest możliwe i konieczne. Należy się zastanowić, czy osoba o negatywnym nastawieniu do podopiecznego powinna być jego opiekunem. Dotyczy to przypadków, kiedy osobowość opiekuna jest słaba a podopiecznego bardzo silna.

Opiekun posiadać powinien umiejętność nawiązywania kontaktów z podopiecznym i zdolności porozumiewania się. Poprawna komunikacja w różnych relacjach nie jest łatwym zadaniem. Szczególnie wtedy, kiedy następują u podopiecznego zakłócenia w postaci osłabienia wielu czynników takich jak np. funkcje zmysłów, zmiany chorobowe negatywnie wpływające na pracę umysłu, problemy emocjonalne, także różnice w mentalności i wyostrenie wraz z wiekiem objawów negatywnych cech charakterologicznych. Pozwolenie sobie na zbyt łatwe kompromisy w takich przypadkach może wpędzić podopiecznego w izolację – dotyczy to szczególnie podopiecznych tzw. trudnych. Opiekuna pozbawi natomiast tak potrzebnych w procesie wspierania pozytywnych informacji.

Umiejętności fachowe w zakresie opieki i pielęgnacji, to podstawowy wymóg dla osób sprawujących opiekę na tzw. „pierwszej linii”. Podejście do cierpiącego podopiecznego, sposób wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, niezadawanie niepotrzebnego bólu,



poprawność wykonywania czynności pielęgnacyjnych, buduje klimat zaufania i nastraja podopiecznego pozytywnie do opiekuna. Złym czynnikiem w tej sprawie jest pośpiech.

Predyspozycje psychiczne, odporność na sytuacje trudne i stres to kolejne cechy, które powinien posiadać opiekun. Stały kontakt z chorobą, niepełnosprawnością, problemami psychicznymi, a także umieraniem i śmiercią, przynosi codziennie dawkę stresu, od której opiekun nie może się całkowicie oddzielić. Aby reakcje na te niekorzystne bodźce były prawidłowe, opiekun musi mieć umiejętność świadomego i celowego kształtowania własnej psychiki. Pogłębiać swą wiedzę fachową w niezbędnych kierunkach. Powinni pomagać mu w tym specjaliści np. psycholog, psychiatra. Musi o to zadbać pracodawca lub sam opiekun. Szkół oraz kursów, w których podniesiemy swe kwalifikacje jest obecnie bardzo wiele.

Bardzo ważną umiejętnością, jaką musi wykazać się opiekun to umiejętność zachowania dyskrecji. U każdego opiekuna mającego kontakt z podopiecznym dyskrecja w wielu przypadkach jest źródłem wątpliwości i rozterek. Jeżeli opie-

kun zdobył już akceptację swego podopiecznego, jeżeli został uznany za osobę mogącą korzystnie wpłynąć na jego problemy, to zwykle ta akceptacja owocuje zaufaniem w ich relacjach. Nie ma możliwości wypracowania uniwersalnych zasad, gdzie przebiegają granice poufnego traktowania otrzymanych informacji, kiedy wolno ich użyć, a kiedy wskazana jest wstrzeźliwość w tym zakresie. Dla każdego człowieka oczywiste jest prawo do posiadania i zachowania intymności. Realia naszej pracy stawiają jednak pytania o sposób i rzeczywiste możliwości – w jakim stopniu prywatność podopiecznego może być zachowana, ile teorii uda się przenieść do praktyki. Podstawą naszej pracy z podopiecznym jest operowanie informacjami, ich otrzymywanie, udzielanie, budowanie na ich bazie planów opieki i pielęgnacji. Podopieczny nie może sobie pozwolić na pretensję do absolutnej dyskrecji opiekuna, bowiem nie ma on możliwości działania na jego rzecz, bez wtajemniczenia w sprawy podopiecznego osób trzecich np. urzędów, instytucji, pielęgniarki, lekarza, Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego w DPS. Ważny w tej sprawie jest jednak zakres

i waga przekazywanych informacji, niezbędnych do budowania diagnoz, planów, dokonywania ocen stopnia realizacji planów, a nie wzbudzania wokół podopiecznego dodatkowych sensacji. W tym zakresie opiekun obligowany jest obowiązującymi przepisami np. Ustawą o ochronie danych osobowych oraz zachowania etyki zawodowej.

Wśród innych cech psychofizycznych opiekuna można wymienić:

- ▶ spostrzegawczość, podzielność uwagi,
- ▶ zrównoważenie emocjonalne,
- ▶ zdolności organizacyjne,
- ▶ dojrzałość emocjonalną,
- ▶ zdyscyplinowanie i systematyczność,
- ▶ empatię, życzliwość, tolerancję,
- ▶ uczciwość,
- ▶ umiejętność organizowania pracy własnej.

Opiekunowie osób niesamodzielnych pomagają swym podopiecznym w codziennym życiu. Zakres obowiązków opiekunów bywa bardzo różny, w zależności od: stanu zdrowia podopiecznego i wynikającego z niego stopnia niesamodzielności, miejsca wykonywania opieki (instytucja, środowisko).

Zakres obowiązków opiekuna w śro-



dowisku zależny jest także od miejsca zamieszkania podopiecznego. Ważnym jest czy to jest miasto czy wieś, czy mieszka w starym czy nowym budownictwie, oraz w jakie media wyposażone jest jego mieszkanie. Do najczęstszych zadań opiekuna, bez względu na miejsce świadczenia usług, należy pomoc w utrzymaniu higieny osobistej podopiecznego (mycie, czesanie, ubieranie) i karmienie. W przypadku osób chorych lub niepełnosprawnych opiekun może odpowiadać również za podawanie leków, robienie iniekcji insuliny, zmianę opatrunków. Nadzoruje wówczas na bieżąco stan zdrowia podopiecznego. Bardzo często opiekun pomaga również w organizowaniu wolnego czasu osobie starszej. Najczęściej dobiera on takie zajęcia, które mogą umożliwić podopiecznemu rozwój psychofizyczny oraz większe usamodzielnienie się. Na tych zadaniach praktycznie kończy się podobieństwo w pracy opiekunów zatrudnionych w instytucjach i środowisku zamieszkania.

Opiekunowie osób niesamodzielnym mogą znaleźć zatrudnienie w domach pomocy społecznej, hospicjach, placówkach opieki długoterminowej. Jakie zadania na nich tam czekają? Odpowiedź na to pytanie nie jest także prosta ponieważ placówki różnią się pomimo pewnych podobieństw. W instytucjach pomocowych czy opiekuńczych można wyłonić dla opiekunów następujące zadania:

1. pomoc, wspieranie i towarzyszenie podopiecznemu w codziennych czynnościach z zakresu samoobsługi i higieny osobistej (mycie, kąpanie, ubieranie, czesanie, golenie, pomoc w sianiu łóżka, zmianie bielizny pościelowej, udział w ćwiczeniach rehabilitacyjnych lub aktywizujących zaleconych przez lekarza bądź terapeutę),
2. pielęgnowanie oraz dbanie o zdrowie i higienę osobistą osób chorych i niesamodzielnym,
3. aktywizowanie podopiecznego do zwiększenia jego samodzielności życiowej,
4. doradzanie w zakresie planowania wydatków lub sposobu spędzania czasu wolnego,
5. mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego oraz rozwijanie jego zainteresowań,
6. udzielanie pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia podopiecznego,
7. aktywne uczestniczenie w procesie rehabilitacji i aktywizacji podopiecznego oraz wykonywanie określonych zadań pod nadzorem lub na zlecenie lekarza bądź terapeuty,
8. kształtowanie pozytywnych relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu podopiecznego.
9. w domach pomocy społecznej wypełnianie roli pracownika adaptacyjnego lub pierwszego kontaktu w ramach zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.

Opiekun w kontaktach z podopiecznym musi umieć zobaczyć w nim, nie tylko podopiecznego, ale również człowieka, partnera, osobę obdarzoną godnością i wolnością. Od cech osobowościowych opiekuna, jego charakteru zależy, w jakim stopniu podopieczny czuje się uznany, zaakceptowany, zrozumiany.

Opieka nad podopiecznym w instytucjach pomocowych, opieki długoterminowej, to praca zespołowa. Od opiekuna wymaga się umiejętności pracy w zespole. Jest to bardzo ważne zagadnienie różniące go od opiekuna w środowisku. Opiekun w instytucji nie wykonuje swych zadań sam, w każdej chwili może mu pomóc koleżanka czy kolega. W zależności od usytuowania w hierarchii organizacyjnej instytucji może zawsze liczyć na wsparcie przełożonego. Dysponuje także szerokim zapleczem w postaci specjalistów oraz sprzętu ułatwiającego pracę. Na przykład w zdecydowanej większości instytucji wyeliminowany został czynnik polegający na dźwiganiu podopiecznego. Jest to czynnik narażający opiekunów na występowanie u nich schorzeń kręgosłupa. W instytucji opiekun nie powinien dźwigać sam. Całość planu wspierania i opieki jest konsultowana z zespołem specjalistów i Zespołem terapeutyczno – opiekuńczym w przypadku Domu Pomocy Społecznej.

W zupełnie odmienny sposób wygląda realizacja zadań opiekuńczych w środowisku zamieszkania podopiecznego. Wynika to głównie z faktu, że liczba potrzeb ze strony podopiecznego jest znacznie większa. Tu już żadnych potrzeb nie zaspokajają instytucja. Wszystkie potrzeby w oparciu o własną pracę i infrastrukturę mieszkania zaspokajają opiekun.

Podopieczni mieszkają w swych naturalnych środowiskach, usytuowanych w różny sposób w budynkach jedno i wielorodzinnych. Pewnie już nie spotkamy mieszkania bez prądu elektrycznego, jednak już systemy ogrzewania mieszkań oraz przygotowywania posiłków bywają zróżnicowane. Podjęcie się opieki nad lokatorem mieszkania pozbawionego centralnego ogrzewania oraz gazu wymaga od opiekuna przyjęcia obowiązku palenia w piecach. A z tym wiąże się szereg innych obowiązków takich jak zakup opału, donoszenie opału do mieszkania z piwnicy lub komórki obok domu. Jest to zadanie bardzo trudne, szczególnie dla kobiety.

W środowisku opiekun najczęściej ma pod opieką kilku podopiecznych, pozostaje sam ze swym podopiecznym. Nie może liczyć na pomoc nikogo. Sam musi rozeznaczyć wszystkie potrzeby podopiecznego, ułożyć sobie plan, rozłożyć wszystkie czynności w czasie, którym dysponuje i musi je wykonać. Dobrze jest, jeśli swą opieką otacza osoby blisko mieszkające obok siebie i nie musi tracić czasu na dojazdy do podopiecznych. Gorzej to wygląda w środowisku wiejskim, gdzie niekiedy podstawowym środkiem transportu jest rower. Prowadząc zajęcia na kursie dla opiekunek środowiskowych, miałem okazję posłuchać ich relacji z pracy. Szczególnie mój podziw budziły opiekunki wykonujące swą pracę w środowisku wiejskim. Ich zapał do pracy oraz szacunek wynikający z zakresu i stopnia trudności wymagającego prawdziwego poświęcenia drugiemu człowiekowi jest nie do oceny.



Wszystkie te czynności, o których wspominałem przy omawianiu zadań opiekuna w instytucjach, w środowisku nabierają zupełnie innego wymiaru. W środowisku opiekun pozostaje sam, najczęściej bez możliwości korzystania ze sprzętu pomocniczego przy wykonywaniu swych podstawowych czynności. Będąc na wyposażeniu mieszkania meble i urządzenia służą mu do realizacji zadań. Chcąc przygotować posiłek dla podopiecznego, musi niekiedy przynieść węgiel, rozpałić w piecu i przygotować z wcześniej zakupionych artykułów posiłek. Jego praca musi być dobrze zorganizowana, aby wykonał wszystkie niezbędne czynności przy podopiecznym w określonym czasie. Dlatego też podstawowe znaczenie w pracy opiekuna środowiskowego ma dokładne rozpoznanie potrzeb, rozplanowanie wszystkich czynności i właściwa ich organizacja. Musi też zadbać, aby podopieczny w miarę swych możliwości współuczestniczył w ich wykonywaniu. W środowisku opiekun może liczyć praktycznie tylko na siebie. Ważnym jest także, aby opiekun miał dokładną orientację w zakresie spraw związanych z przysługującymi podopiecznemu świadczeniami socjalnymi, emerytalnymi i zdrowotnymi, ponieważ od tej wiedzy zależeć będzie stopień zabezpieczenia potrzeb podopiecznego.

Wiele by można pisać o poszczególnych czynnościach, które musi wykonać

opiekun w środowisku. W sposób bardzo ogólny można je scharakteryzować następująco:

1. pomaganie podopiecznemu w codziennych czynnościach domowych (robienie zakupów, sprzątanie, gotowanie, pranie, przynoszenie opału, palenie w piecach),
2. pielęgnowanie oraz dbanie o zdrowie, higienę osobistą ludzi chorych i niesamodzielnych (mycie, kąpanie, czesanie, golenie, ubieranie, śnianie łóżka i zmiana pościeli oraz bielizny osobistej osobie unieruchomionej w łóżku oraz prowadzenie najprostszych ćwiczeń rehabilitacyjnych, uzgodnionych z lekarzem),
3. udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach zagrożenia zdrowia i życia podopiecznego,
4. mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego i rozwijanie jego zainteresowań (wypożyczanie i przynoszenie książek, gazet)
5. aktywizowanie podopiecznego do zwiększania jego samodzielności życiowej,
6. doradzanie w zakresie planowania i organizacji gospodarstwa domowego,
7. kontaktowanie się z różnego rodzaju instytucjami w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych, materialnych, mieszkaniowych, rodzinnych i prawnych podopiecznego,

8. inicjowanie pozytywnych relacji międzyludzkich w najbliższym otoczeniu podopiecznego, a zwłaszcza z członkami jego rodziny, sąsiadami.

Przedstawiony powyżej w sposób bardzo ogólny zakres zadań opiekuna w środowisku jest sumą wszystkich problemów człowieka zamieszkującego we własnym mieszkaniu, w swym naturalnym środowisku. Jakość opieki i wspierania podopiecznego w środowisku zamieszkania ma kolosalne znaczenie. Jest ona zgodna z aktualnymi trendami i kierunkami obowiązującymi w Unii Europejskiej. Stawianie nad instytucjonalizację, czyli przewagę domowych i środowiskowych form opieki względem tych instytucjonalnych, jest jednym z kierunków realizacji programów unijnych.

Podsumowując można stwierdzić, że zawód opiekuna osób niesamodzielnych, w różnych jego odmianach, jest jednym z najbardziej potrzebnych w obecnym czasie. Jest to jednak zawód bardzo trudny, ponieważ wymaga od osoby go wykonującej wielu istotnych cech osobowościowych, a w szczególności dużej empatii. Jest to zawód z misją, którą formułuje sobie każdy go wykonujący.

Istotnym dla tego zyskującego na znaczeniu zawodu jest zdobycie jak najwyższego prestiżu społecznego, materialnego przez osoby go wykonujące. W Polsce, jest to jednak cały czas zawód niedoceniany i słabo opłacany. Dlatego też bardzo dużo wykwalifikowanych opiekunek wyjeżdża do pracy za granicę, szczególnie do Niemiec. Firmy pośredniczące oferują znacznie wyższe zarobki. Nadchodzi najwyższy czas, aby to zacząć zmieniać. Nie o finanse tylko chodzi, ale także o danie opiekunom, szczególnie pracującym w środowisku, większego oprzyrządowania w tej ciężkiej pracy. Można to czynić np. poprzez rozbudowaną sieć wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego takich jak łóżka pielęgnacyjne, podnośniki wannowe itp. Wiele w tym zakresie jest do zrobienia. ■

Literatura:

<http://pomagajmy-skutecznie.manifo.com/>
stan na dzień 20.10.2015 roku.

Rola opiekuna medycznego

w sprawowaniu opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niesamodzielnym

WIEŚŁAWA KUJAWA

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową świadczoną stacjonarnie oraz w warunkach domowych jest wprost proporcjonalne do przyrostu wskaźnika starzenia się społeczeństwa.

Analiza danych statystycznych pozwala na stwierdzenie, że Polska już od lat sześćdziesiątych XX wieku należy do krajów uznawanych przez demografów za stare, a obecnie można ją zaliczyć do krajów o zaawansowanym stopniu starzenia. Prognozy GUS wskazują, iż w najbliższych latach obserwowane będzie radykalne przyspieszenie zjawiska starzenia się polskiego społeczeństwa, co spowoduje w roku 2035 wzrost odsetka osób powyżej 60 lat do około 30%.

Sytuacja demograficzna stanowi zatem szczególne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie od dziś. Wymagane są istotne zmiany, które dostosują system do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Należy

pamiętać, że biorąc opiekę nadal pozostaje również ta część społeczeństwa, która jest niesamodzielną z powodów innych niż wiek podeszły i związana z nim wielochorobowość.

Rozliczne obserwacje wskazują na lawinowy wzrost liczby osób wymagających profesjonalnej opieki długoterminowej zarówno stacjonarnej jak i domowej przy jednoczesnym proporcjonalnym ubywaniu dawców opieki. Potwierdzają to chociażby alarmujące prognozy dotyczące czynnych zawodowo pielęgniarek. Obecnie na tysiąc Polaków i Polek przypada około 5 pielęgniarek co przy średniej europejskiej – 10 pielęgniarek na taką samą populację bardzo niepokoi. Zatem rachunek staje się nad wyraz czytelny: pielęgniarek ubywa, chorych przybywa, pojawia

się pytanie: na ile bolesne będzie załamanie rynku opieki?

Wydaje się jednak, że problem ten nie musi być tak bardzo palący. Wystarczy sięgnąć po nową pomoc i umiejętnie wprowadzić do zespołów terapeutycznych opiekuna medycznego. Wspomniane zespoły nie są nowością na rynku usług medycznych. W wielu podmiotach leczniczych funkcjonują sprawnie, pod warunkiem jednak, że każdy wchodzący w skład takiej struktury zna swoje zadania, obowiązki uprawnienia i jest świadomy ciężkiej na nim odpowiedzialności. Fakt, że opiekunów medycznych kształci się w Polsce od ośmiu lat oraz, że znajdują oni swoje miejsce w placówkach opieki długoterminowej oraz coraz częściej w szpitalnictwie dowodzi potrzeby ko-



rzystania z ich wiedzy, umiejętności i kompetencji w procesie świadczenia usług medycznych.

Zespół interdyscyplinarny jest to grupa osób, specjalistów z różnych dziedzin, zajmująca się rozwiązaniem konkretnego problemu przy wykorzystaniu zasobów będących w dyspozycji każdego z członków takiego zespołu. Skład danego zespołu uzależniony jest w szczególności od rodzaju problemu oraz kompetencji i możliwości poszczególnych dawców opieki – również tych nieformalnych. W opiece długoterminowej w zależności od zakresu udzielanych świadczeń będzie to: lekarz (w tym lekarz POZ), pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, psycholog, pracownik socjalny, opiekun środowiskowy, dietetyk, kapelan i inni.

Niestety pojawia się problem natury formalnej.

Zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1480 z późn.zm.), świadczenia gwarantowane udzielane w ZOL/ZPO obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez lekarza,
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
- 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego,
- 4) świadczenia psychologa,
- 5) terapię zajęciową,
- 6) leczenie farmakologiczne,
- 7) leczenie dietetyczne,
- 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym,
- 9) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Kadra zarządzająca zakładami opieki długoterminowej w zdecydowanej większości zatrudnia opiekunów medycznych. Jednakże wydaje się, że brak w powyższym wykazie świadczeń opiekuńczych udzielanych przez opiekuna medycznego jest niezrozumiałe.

Podobna sytuacja pojawia się w podstawowej opiece zdrowotnej – nie przywołuje się opiekuna medycznego. Praktycy doskonale wiedzą, że profesjonalnie przygotowany opiekun medyczny miałby co robić w zespole z pielęgniarką rodzinną (poz) i pracownikiem np. MOPS-u. Z całą pewnością finansowanie świadczeń opiekuna medycznego jest jedną z przyczyn tego stanu rzeczy, tym bardziej, że nadal procedury NFZ są tak skonstruowane, że nie ma w nich miejsca dla opiekunów medycznych.

W pielęgniarstwie domowym realizowanym zarówno przez pielęgniarki opieki długoterminowej jak i pielęgniarki rodzinne jest znaczny obszar do wypełnienia przez wykorzystanie wiedzy, umiejętności i kompetencji opiekuna medycznego. Są to wszystkie działania opiekuńcze świadczone na rzecz osób przewlekle chorych, starszych i niesamodzielnych, których pielęgniarka z powodu ograniczeń czasowych nie jest w stanie zrealizować.

Podczas wykonywania wskazanych powyżej zadań wykorzystać można umiejętności komunikowania się z podopiecznym, które opiekun medyczny nabywa w trakcie kształcenia. Niezwykle istotne jest również przygotowanie do pracy w zespole. Wśród cech opiekuna medycznego wymienić należy sumienność, obowiązkowość oraz empatię, szczególnie istotną w kontakcie z podopiecznym. Absolwent szkoły, która kształci w zawodzie opiekun medyczny jest przygotowany do pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych, asystowania pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, konserwacji, dezynfekcji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów.

Kompetentny opiekun zna i stosuje obowiązujące standardy opieki, wykazuje samodzielność w podejmowaniu wielu czynności opiekuńczych, pomaga innym członkom zespołu interdyscyplinarnego, jest świadomy odpowiedzialności za skutki swoich działań. Pielęgnacja jest świadczeniem towarzyszącym leczeniu i jest realizowana na rzecz osób z deficytem opieki. Może być świadczona zarówno przez pielęgniarki jak i opiekunów medycznych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 4. grudnia 2015 roku podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki. Wszędzie tam, gdzie oczekiwano takiego rozwiązania z całą pewnością przyniósł on oczekiwany efekt. Niemniej uważam, że tam, gdzie przy tworzeniu zespołu interdyscyplinarnego z udziałem pielęgniarki i opiekuna medycznego nie pominięto ważnego etapu, jakim jest precyzyjne określenie zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności uchwała ta stanowi uzupełnienie pewnej organizacji pracy.

Kompetencje opiekuna medycznego obejmują dwa główne obszary:

- ▶ **podstawowa pielęgnacja:** higiena osobista, pomoc w przyjmowaniu pożywienia, wydalaniu i poruszaniu się,
- ▶ **czynności opiekuńcze:** zapewnienie bezpieczeństwa, w ramach współpra-



Kompetentny opiekun zna i stosuje obowiązujące standardy opieki, wykazuje samodzielność w podejmowaniu wielu czynności opiekuńczych, pomaga innym członkom zespołu interdyscyplinarnego, jest świadomy odpowiedzialności za skutki swoich działań.

cy z członkami zespołu terapeutycznego – pomoc przy pielęgnowaniu i rehabilitacji, komunikowaniu się i podtrzymywaniu pełnionych ról społecznych, współpraca z pracownikiem socjalnym.

Ważnym zagadnieniem dla osoby przewlekle chorej, starszej i niesamodzielnej jest wydolność pielęgnacyjno – opiekuńcza rodziny. Analiza problemów opiekuńczych i trudności pielęgnacyjnych prowadzona w wielu rodzinach wykazała, że można wyodrębnić szereg sytuacji, które w różnych konfiguracjach lub jako wyłączone, mają wpływ na powstanie syndromu rodziny niewydolnej opiekuńczo. Analizie i ocenie pielęgnarskiej podlega: struktura rodziny, sprawność fizyczna i psychiczna jej członków, funkcjonowanie społeczne członków rodziny, sytuacja bytowa rodziny, funkcyjowa-

nie emocjonalne oraz wiedza i umiejętności członków rodziny. W pracy pielęgniarki rodzinnej istotne jest trafne rozpoznanie problemów podopiecznego i jego rodziny, żeby sformułować indywidualną diagnozę pielęgnarską. Pielęgniarka rodzinna (poz) ustala indywidualny plan opieki, definiuje istniejące problemy bio – psycho – społeczne, bardzo często wspólnie z podopiecznym i jego rodziną określa, kto jest opiekunem nieformalnym. W tym momencie bardzo często natrafia na przeszkodę: na skutek transformacji systemu w Polsce, emigracji i innych czynników rodzina jest 1,2 – osobowa. Coraz mniej jest rodzin wielopokoleniowych, przygotowanych do pełnienia ról opiekunów nieformalnych w przypadku choroby, inwalidztwa itp.

Wtedy pojawia się pytanie: gdzie szukać pomocy? Jak przeczekać „kolej-



kę” do ZOL/ZPO, gdy już i teraz jest pilna potrzeba opieki całodobowej? Co poradzić takiej osobie? Gdzie znaleźć profesjonalną pomoc?

W znacznym stopniu źródłem pomocy mogą być sąsiedzi, znajomi, wolontariusze, albo instytucje opieki społecznej z tym zakresem zadań, które określane są jako opiekuńcze. To jest miejsce dla aktywności opiekuna medycznego, który wspólnie z pielęgniarką rodzinną lub opieki długoterminowej może realizować indywidualny plan opieki.

W Polsce realizowany był projekt, w którym dostrzeżono potencjał związany z opiekunem medycznym pt: Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki - Warszawa 2012

Ewaluacja procesu kształcenia w ramach projektu zakłada, że:

„Opiekun medyczny w opiece nad osobami starszymi powinien współpracować przede wszystkim z pielęgniarką i innymi praktykami POZ w zakresie:

- ▶ planowania i realizowania całościowej opieki geriatrycznej (COG) w interdyscyplinarnej współpracy z całym zespołem praktyków podstawowej opieki zdrowotnej,
- ▶ wykonywania poleceń pielęgniarki i lekarza odnośnie opieki,
- ▶ pomocy w zaspokajaniu potrzeb związanych z utrzymaniem higieny ciała lub wykonywania zabiegów higienicznych oraz utrzymywania w czystości i estetyce otoczenia pacjenta niesamodzielnego,
- ▶ pomocy niesprawnej osobie starszej w zaspokajaniu potrzeb związanych z odżywianiem i wydalaniem, a także w utrzymaniu aktywności ruchowej oraz użytkowaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego,
- ▶ dezynfekcji i konserwacji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich,
- ▶ dokumentowania wykonywanych zabiegów i czynności,
- ▶ pomocy osobie starszej i niesprawnej w adaptacji do warunków życia w szpitalu oraz zmian związanych z przewlekłą chorobą, udzielania wsparcia emocjonalnego, pomocy w komunikowaniu się z otoczeniem, zespołem opiekuńczym i terapeutycznym oraz innymi osobami,
- ▶ udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia,
- ▶ postępowania zgodnie z zasadami etyki.

Opiekun medyczny winien posiadać wiedzę o nowoczesnym sprzęcie wspomagającym proces pielęgnacji i opieki, takim jak łóżka ortopedyczne z regulowaną wysokością i oprzyrządowaniem, materace przeciwoleżynowe, poduszki, sprzęt sanitarny do higieny, sprzęt ułatwiający przemieszczanie chorych, w tym podnośnik, wózki inwalidzkie, urządzenia stabilizujące pozycję i inne wyroby medyczne. Istotna jest ciągle uaktualniana znajomość przepisów dotyczących zasiłków, ulg, dopłat, refundacji (m.in. z NFZ) przy zakupie tych artykułów”.

Podsumowując:

Opiekun medyczny jest profesjonalnym dawcą opieki w zakresie podstawowych świadczeń opiekuńczych, którego uczestnictwo w interdyscyplinarnym zespole sprawującym opiekę nad pacjentem starszym, przewlekle chorym i niesamodzielnym powinno być uznane za dobrą praktykę w opiece długoterminowej.

Istnieje pilna potrzeba kontraktowania świadczeń opiekuńczych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przy współudziale opiekuna medycznego. ■

Dystrofie mięśniowe postępujące

KATARZYNA MOSKWA

magister fizjoterapii, Oddział Rehabilitacji, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

PAWEŁ MOSKWA

magister fizjoterapii, Oddział Rehabilitacji, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

Terminem dystrofie mięśniowe postępujące określamy wiele różnych w istocie chorób, które łączy to, że są uwarunkowane genetycznie, dotyczą mięśni szkieletowych, mają podobny obraz histopatologiczny, na ogół są (choć w różnym stopniu) – postępujące.

Postępujące dystrofie mięśni są chorobami dziedzicznymi, w których występuje przewlekłe zwyrodnienie mięśni poprzecznie prążkowanych. Przeważnie zanik mięśni jest obustronny i dotyczy mięśni ksobnych. W zanikłych mięśniach nie obserwuje się drżenia pęczkowego, które jest znamienne dla przewlekłego uszkodzenia komórek ruchowych. Odruchy głębokie słabną w miarę zwiększania się zaniku. Nie stwierdza się zaburzeń czucia. W badaniu elektromiograficznym już podczas słabego skurczu mięśnia stwierdza się zapis interferencyjny; średni czas trwania potencjałów jednostek ruchowych jest skrócony i obniżona jest amplituda zapisu.

Zmiany histopatologiczne

W początkowym okresie choroby włókna mięśniowe są zaokrąglone i po-





Po unieruchomieniu rozwija się też skrzywienie kręgosłupa. Charakterystycznym objawem jest odstawanie łopatek spowodowane porażeniem mięśni zębatach przednich.

większone. W miarę postępu choroby obserwuje się podłużne rozszczepianie niektórych włókien; w następstwie tego pojawiają się włókna różnej wielkości; obok włókien prawidłowych i powiększonych widoczne są nieregularne rozrzucone włókna cienkie. Jednocześnie występuje zatarcie poprzecznego prążkowania, pomnożenie jąder sarkolemmy, zeszkliwienie i wakuolizacja włókien mięśniowych. W miarę postępu choroby liczba zanikających włókien mięśniowych zwiększa się, natomiast rozwija się tkanka łączna i tłuszczowa.

Zmiany biochemiczne

W surowicy krwi stwierdza się podwyższoną aktywność aldolazy i kinazy kreatynowej. Poziom kreatyniny i kwasu cytrynowego we krwi jest obniżony. W moczu wzrasta poziom kreatyny. Bardzo wysokie wartości kinazy kreatynowej są niekorzystnym objawem prognostycznym, zwiastującym wczesne unieruchomienie. Nie stwierdza się, lub występuje w bardzo małej ilości białko zwane dystrofiną. Białko to jest produktem genu, którego mutacja powoduje wystąpienie dystrofii.

Badanie elektromiograficzne

Zasadniczym typem zapisu jest tzw. zapis miogenny. Badanie to dostarcza danych o stanie aktywności elektrycznej mięśnia. W dystrofii Duchenne'a mogą występować wyładowania spoczynkowe, jak np. fibrylacje, a w przypadkach trwających 6-7 lat – ciągi, tzw. rzekomo miotoniczne. Ze względu na rozległy przerost tkanki łącznej częste są obszary ciszy elektrycznej.

Przewodzenie w nerwach obwodowych jest prawidłowe.

Maksymalny izometryczny skurcz i czas rozkurczu są w dystrofii zmienione.

Elektromiografia w dystrofii jako test diagnostyczny służy przede wszystkim do potwierdzenia miogennego charakteru procesu patologicznego, natomiast nie może być w żaden sposób pomocna w ustalaniu nozologicznego rozpoznania. Poza pomocą w diagnostyce elektromiografia może również służyć do kontroli dynamiki procesu chorobowego.

Podział

Biorąc pod uwagę wiek, w jakim rozpoczyna się choroba, rozmieszczenie zaniku mięśni, przebieg choroby i typ dziedziczenia, wyróżniono trzy zasadnicze postacie postępującej dystrofii mięśni:

- ▶ postać Duchenne’a,
- ▶ postać obręczową, przebiegającą z zanikiem mięśni obręczy barkowej i miednicznej, nazywaną również kończyno-wo-obręczową,
- ▶ postać twarzowo-łopatkowo-ramieniową.

Jest prawdopodobne, że każdą z tych postaci wywołują swoje zaburzenia enzymatyczne, jednakże etiologia postępujących dystrofii mięśni dotychczas nie jest wyjaśniona.

Postać Duchenne’a

Dystrofia mięśni typu Duchenne’a jest najczęściej spotykaną miopatią, jest też postacią najcięższą.

Jest to miopatia związana z mutacją genu na chromosomie Xp21. Choroba dziedziczy się w sposób recesywny, związany z płcią. Chorują tylko osobnicy płci męskiej; kobiety nie chorują, ale przekazują chorobę potomstwu.

Występowanie

Zachorowalność jest obliczana na 140 przypadków na 1 milion. W populacji ocenia się częstość występowania na 2 na 100 000.

Początek choroby przypada na 3-4 rok życia, czasem nieco później. Dokładnie zebrane wywiady, zwłaszcza od rodziców, którzy już poprzednio mieli chore na dystrofię dzieci, pozwala ustalić, że upośledzenie ruchu zaczyna się znacznie wcześniej, a właściwie, że rozwój ruchowy jest upośledzony od urodzenia.

Objawy

Osiowym objawem jest symetryczne zajęcie mięśni, początkowo obręczy miednicznej, następnie barkowej. Szczególnie słabe i zanikłe są mięśnie: iliopsoas, quadriceps femoris, serratus ant., pectoralis, latissimus dorsi, a w dalszej kolejności – biceps, brachioradialis, supraspinatus, infraspinatus. W okresie późniejszym zostają osłabione i inne mięśnie, ale zawsze pozostaje przewaga zginacza mięśni kśobnych, mięśnia czworogłowego nad zginaczami goleni, mięśni dwugłowych i trójgłowych ramienia nad ramiennym, prostowników nadgarstka nad zginaczami nadgarstka, zginaczy karku nad prostownikami karku.

W większości przypadków występuje przerost prawdziwy lub rzekomy mięśni tyłek, czasem również mięśni pośladkowych i naramiennych, mięśnia okrężnego ust i żwacza.

Pierwsze objawy zauważane przez rodziców u dziecka to niezręczny chód, tendencja do padania, trudności ze wstawaniem z pozycji leżącej („wspinanie się po sobie” – objaw Gowersa), trudności z wchodzeniem na schody. Dzieci chodzą kaczkowato, zwraca u nich uwagę nadmierna lordoza kręgosłupa, a w miarę postępu choroby zaczynają one chodzić na palcach.

Odruchy głębokie, zwłaszcza kolanowe, słabną, a po pewnym czasie znikają. Dłużej utrzymują się odruchy skokowe.

Dzieci z dystrofią Duchenne’a są przeważnie szczupłe, jednak część z nich jest nadmiernie otyła i wtedy tkanka tłuszczowa maskuje zanik mięśni.

Dość typowe są wady twarzowo-zgryzowe w postaci zgryzu krzyżowego i całkowicie otwartego.

Od 8-9 roku życia rozwijają się przykurcze, głównie ścięgna Achillesa. Po unieruchomieniu przykurcze rozwijają się w stawach biodrowych, kolanowych, łokciowych. Po unieruchomieniu rozwija się też skrzywienie kręgosłupa. Charakterystycznym objawem jest

odstawanie łopatek spowodowane porażeniem mięśni zębatach przednich. Średni wiek unieruchomienia chorych wynosi 9-14 lat.

W okresie unieruchomienia na tle postępującego zniekształcenia klatki piersiowej i kręgosłupa rozwija się ciężka niewydolność oddechowa.

Przeżycie w typowej dystrofii Duchenne’a nawet przy intensywnej opiece lekarskiej nie przekraczało na ogół 16 roku życia. Obecnie udaje się utrzymać chorych dłużej przy życiu (nieco powyżej 20 lat).

Pierwsze objawy zauważane przez rodziców u dziecka to niezręczny chód, tendencja do padania, trudności ze wstawaniem z pozycji leżącej („wspinanie się po sobie” – objaw Gowersa), trudności z wchodzeniem na schody. Dzieci chodzą kaczkowato, zwraca u nich uwagę nadmierna lordoza kręgosłupa, a w miarę postępu choroby zaczynają one chodzić na palcach.

Postać obręczowa postępującej dystrofii mięśni

Choroba dziedziczy się recesywnie, autosomalnie. Chorują mężczyźni i kobiety. Pierwsze objawy występują w drugiej i trzeciej dekadzie życia. Częściej spotyka się zanik mięśni obręczy miednicznej niż barkowej. Przerost rzekomy i przykurcze widuje się rzadko, poza tym obraz choroby jest taki jak w dystrofii Duchenne’a. Przebieg choroby jest różny; objawy niekiedy nasilają się powoli, w ciągu 15-30 lat.

Postać twarzowo-łopatkowo-ramieniowa

Ta postać dystrofii dziedziczy się dominująco, autosomalnie. Choroba rozpoczyna się w różnym wieku, dość często w drugiej dekadzie życia. Jest nieco częstsza u kobiet, niż u mężczyzn. Zanik zwykle występuje najpierw w mięśniach obręczy barkowej, potem w mięśniach twarzy. Z powodu niedowładu mięśnia okrężnego ust chorzy nie potrafią gwizdać i zacisnąć warg. Ruchy mimiczne twarzy są upośledzone; chorzy uśmiechając się wykonują tylko lekki poziomy ruch wargami. Wargi chorych z powodu rzekome-



Dzięki zaangażowaniu rodziny, a w szczególności taty, chory – pomimo fizycznych ograniczeń – jest bardzo aktywnym człowiekiem. Podróżowanie umożliwia mu specjalnie dostosowany samochód wyposażony w szyny najazdowe służące do wjazdu wózką do auta, a także pasy bezwładnościowe, które stabilizują wózek w jednej pozycji.

go przerostu są pogrubiałe. Czasami są niedowładne mięśnie: okrężny oka i czołowy. Zanik mięśni obręczy miednicznej jest rzadki. Rozmieszczenie zaniku mięśni niekiedy bywa niesymetryczne. Przebieg choroby jest powolny i łagodny.

Opis przypadku

Pacjent R.W. urodzony w 1979 roku z rozpoznaniem dystrofii mięśniowej typu Duchenne'a. Rozpoznanie choroby w 1987 roku, w Klinice Neurologii AM w Warszawie.

Przy wypisie: ksołbne osłabienie mm. obręczy barkowej i biodrowej, pogłębienie lordozy lędźwiowej, chód kaczkowy, wstawanie po sobie.

EEG – w normie, EKG – prawidłowe, dno oczu – prawidłowe, EMG – cechy pierwotnego uszkodzenia mięśniowego, wycinek z mięśnia czworogłowego uda – cechy typowe dla dystrofii

typu Duchenne'a, badanie psychologiczne – poziom sprawności umysłowej w normie w skali WJSC = 90.

Od 25 lat pacjent korzysta z wózka inwalidzkiego. W grudniu 2003 roku trafił do szpitala z objawami niewydolności oddechowej. W trakcie hospitalizacji wymagał respiroterapii oraz wykonania tracheostomii. Po otrzymaniu przenośnego respiratora wypisany do domu w sierpniu 2004 roku. Dalsza opieka anestezjologiczna w ramach Poradni Opieki Paliatywnej.

Dzięki zaangażowaniu rodziny, a w szczególności taty, chory – pomimo fizycznych ograniczeń – jest bardzo aktywnym człowiekiem. Podróżowanie umożliwia mu specjalnie dostosowany samochód wyposażony w szyny najazdowe służące do wjazdu wózką do auta, a także pasy bezwładnościowe, które stabilizują wózek w jednej pozycji. Respirator

podłączany jest do gniazda zapalniczki. Tak wyposażony samochód sprawia, że pacjent odbywa podróże o zasięgu nawet kilkuset kilometrów.

Wychodzenie na mecze piłkarskie, które są wielką pasją pacjenta, umożliwia akumulator, dzięki któremu respirator może pracować do 24 godzin.

Opiekę w domu ułatwia wózek inwalidzki z zagłówkiem, rozkładanym oparciem oraz regulacją podnożków. Niezbędne są także regulowane elektrycznie łóżko, podnośnik do transferu chorego z łóżka na wózek oraz dostosowana do potrzeb osoby niepełnosprawnej łazienka. Wyjście na zewnątrz możliwe jest dzięki podjazdowi dobudowanemu do balkonu. Postępujący charakter choroby sprawia, że pacjent może oddychać bez respiratora jedynie ok. 2 minuty (11 lat temu 1 godzinę), dlatego w razie awarii respiratora lub prądu w domu chorego jest aparat ambu. Kolejnym aparatem, który umożliwia opiekę nad chorym wentylowanym mechanicznie, jest ssak (odsysanie 11 lat temu 1 raz na tydzień, teraz 4-6 razy na dzień).

Dzięki zachowanym niewielkim ruchom w obrębie drugiego i trzeciego palca prawej ręki pacjent od siedmiu lat posługuje się komputerem. Pozwala mu to na wykonywanie pracy od 1,5 roku, a także napisanie książki „Ja, kibic” o swoim życiu i pasji, jaką jest dla chorego piłka nożna.

Pacjent jest pod stałą opieką medyczną. Jest stale rehabilitowany. Wykonuje ćwiczenia bierne w celu zapobiegania przykurczom mięśniowym, jak również ćwiczenia prowadzone palców prawej ręki w celu zachowania ich funkcji.

Chory osiągnął niespotykany w dystrofii Duchenne'a wiek 36 lat. Jest przykładem, że osoby niepełnosprawne nie są skazane na przebywanie w „czterech ścianach”. Potrzebne jest zaangażowanie najbliższych, chęci i pasja, która towarzyszy choremu od lat i pomaga „w trudnym wędrowaniu przez życie”.

Literatura:

- Jakimowicz W. „Neurologia kliniczna w zarysie”, 1981, PZWL Warszawa
- Hausmanowa - Petrusiewicz I. „Choroby mięśni”, 1993, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa

Rola i znaczenie fizjoterapii w postępującej dystrofii mięśniowej

STANISŁAW KIJOWSKI
Instytut Fizjoterapii Politechniki Opolskiej

Dystrofie mięśniowe zaliczane są do grupy chorób określanych miopatiami, w których mięsień jest bezpośrednio dotknięty procesem chorobowym. Polega to na postępującym zwyrodnieniu jednostki ruchowej (motoneuronu) wraz z unerwianymi przez nią włóknami mięśniowymi. W wyniku czego dochodzi do klinicznie postępujących zaburzeń czynności i do morfologicznego procesu rozpadu mięśni.

Czas ujawniania się zaburzeń czynności zależy od szybkości rozwoju choroby, od jej natężenia, od fizycznego obciążenia osobnika oraz od innych zmiennych czynników, wśród których dominują cechy dziedziczne. Istnieje kilka postaci tej choroby, wyodrębnionych na podstawie umiejscowienia zmian początkowych oraz rozkładania się zaniku i rzekomego przerostu mięśni.¹ Mikroskopowo w tkance mięśniowej stwierdza się obecność włókien różnego kalibru, niektóre z nich są obrzmiałe, przerosnięte inne niewyraźne, zanikłe z zartartym prążkowaniem. Z czasem wraz

z rozwojem procesu chorobowego same włókna ulegają różnym zmianom wstecznym. Dochodzi do rozrostu tkanki łącznej i tłuszczowego nacieczenia mięśni.² Postępujące zwyrodnienie mięśniowe dotyka głównie dzieci i młodzież, rzadziej spotykane jest u osób dorosłych. Wyróżnia się kilka postaci tej choroby, charakterystycznych co do sposobu dziedziczenia, cech klinicznych oraz rokowania.³

1. Postać twarzowo-łopatkowo-ramiowa Landouzy-Dejerine,
2. Postać obręczowo-kończynowa Erba,

3. Postać rzekomoprzerostowa Duchennea,
4. Postać Bekera,
5. Postać dosiebna,
6. Postać odsiebna Gowersa,
7. Postać oczna,
8. Postać oczno-gardzielowa.

Wspólne objawy kliniczne towarzyszące dystrofią mięśniowym to:

- ▶ zanik mięśni,
- ▶ niedowład, bardziej nasilony proksymalnie, w obszarze obręczy barkowej i/lub biodrowej,
- ▶ przerost mięśni prawdziwy i/lub rzekomy,
- ▶ przykurcze stawowo-ścięgnowo-mięśniowe,
- ▶ nużliwość (męczliwość) – niedowład pojawiający się lub nasilający się

1 A. Kostera-Pruszczyk (red.), Dystrofie mięśniowe. PZWL, Warszawa 2010

2 J. G. Chusid, Struktura i funkcja w neurologii. PZWL, Warszawa 1973, s. 541-554.

3 M. Mumenthaler, Neurologia. PZWL, Warszawa 1979, s. 496-502.



W związku z progresywnym charakterem procesu chorobowego należy poszukiwać i wprowadzać takie formy aktywności ruchowej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, które nie będą szkodzić a będą poprawiać i podtrzymywać kondycję chorych.

po wysiłku i zmniejszający się po odpoczynku,

▶ bóle samoistne i/lub uciskowe.⁴

Najczęstszą a zarazem najcięższą (klastyczną) postacią dystrofii jest postępujący zanik mięśni typu Duchenne'a. Po raz pierwszy opisał przypadek nieodwracalnej i postępującej dystrofii, w 1860 roku, francuski neurolog Guillaume Benjamin Amand Duchenne. Dystrofia mięśniowa Duchenne'a, jest chorobą genetyczną, dziedziczną recesywnie w sprzężeniu z chromosomem X. Dotyka głównie chłopców a nosicielkami genu są matki. Złośliwa postać zwyrodnieniowa Duchennea jest cztery do pięciu

razy częstsza od postaci łagodniejszej. Statystycznie obejmuje jeden przypadek na około pięć tysięcy urodzonych chłopców. Głównym czynnikiem zaniku mięśni jest niedobór dystrofiny. Zadaniem dystrofiny jest stabilizacja komórki mięśniowej w czasie skurczu i rozkurczu mięśni. Odpowiada ona też za utrzymanie właściwej homeostazy wapniowej w komórce.⁵ Choroba ujawnia się w ciągu pierwszych trzech lat życia. Wcześniej występują symetryczne zmiany w mięśniach pasa biodrowego, później w mięśniach obręczy barkowej. W około 80% przypadków dochodzi do przerostu rzekomego, zwłaszcza mię-

śni łydek, lecz niekiedy również mięśni czworogłowych i naramiennych. Sprawia to, że chłopcy mają kłopoty w poruszaniu się, bieganiu i chodzeniu po schodach. Stałe szybkie postępowanie zmian prowadzi zwykle w ciągu 10 lat do ciężkiego kalectwa z utratą funkcji chodzenia. Chód staje się kaczkowy, chory ma trudności przy wchodzeniu i schodzeniu po schodach. Wstając z pozycji leżącej, chory z trudem „wspina się po sobie”. Kiedy fizjoterapeuta usiłuje dźwignąć chorego, chwytając go pod pachy, wiotkość mięśni obręczy barkowej powoduje, że jego głowa opada pomiędzy⁶ rękami terapeuty (objaw Gowersa).⁷ W okresie zaawansowanych zmian chory jest zbyt słaby na to, aby mógł sam poruszać się i utrzymywać na nogach. Dochodzi do postępujących zniekształceń z przykurczami mięśni, zmian kostnych i zaniku. Wszystko to, oraz coraz częstsze upadki i trudności z powstawaniem sprawiają, że zmuszeni są poruszać się za pomocą wózka inwalidzkiego z udziałem siły ramion. Kolejne stadium choroby sprawia, że wskutek zaniku mięśni obręczy barkowej ruch może odbywać się na wózku z napędem elektrycznym. Słabnące ręce w wyniku postępującego procesu degeneracyjnego sprawiają, że proste czynności dnia codziennego, takie jak samodzielne ubieranie się, toaleta czy przygotowywanie i spożywanie posiłków stają się problemem. Współistniejącymi objawami w tej jednostce chorobowej mogą być zwyrodnienie mięśnia sercowego (kardiomiopatia) oraz upośledzenie umysłowe, co jeszcze bardziej stygmatyzuje i ogranicza tych chorych. Dawniej śmierć następowała zwykle w drugim dziesięcioleciu życia chorego z powodu wyniszczenia, zakażenia dróg oddechowych lub zaburzeń krążenia (hiperkapnii). Zastosowanie leczenia antybiotykowego, nowoczesnych metod intensywnej opieki i leczenia podtrzymującego oraz rehabilitacji sprawia, że obecnie chorzy dożywają często wieku średniego.⁸

4 B. Mazur I in., Choroby pierwotnie mięśniowe (miopatie), PZWL, Warszawa 1998, s. 336-350.

5 A. Longstaff. Neurobiologia. PWN, Warszawa 2009, s. 255-257.

6 A. Prusiński. Neurologia praktyczna. Dystrofia mięśniowa Duchennea. PZWL, Warszawa 1998, s. 455-458.

7 B. Ryniewicz, Diagnostyka i próby leczenia dystrofii mięśniowej Duchennea. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2005, nr 39, s. 639-669.

8 A. Radwańska, Usprawnianie w chorobach nerwowo-mięśniowych. Poradnik dla fizjoterapeuty.

Znaczenie ćwiczeń i aktywności ruchowej osób z dystrofią mięśniową

Progresywny charakter dystrofii mięśniowej pociąga za sobą liczne dysfunkcje w zakresie funkcji rąk, zaburzeń postawy ciała (skolioza), przykurczów stawowo-mięśniowych, pogarszającej się lokomocji, utraty zdolności samodzielnego poruszania się, a w końcu poważnych kłopotów związanych z zanikiem mięśni oddechowych i trudności w układzie krążenia.

W celu spowolnienia postępu choroby i utrzymania jak najdłuższej możliwości samodzielnej egzystencji, od chwili ustalenia diagnozy należy wdrożyć różne formy aktywności ruchowej i fizjoterapii.⁹ Odpowiednio dozowana aktywność dostosowana do kolejnych faz rozwoju choroby ma za zadanie spowolnić procesy włóknienia i zaniku mięśni oraz opóźnia powstawanie przykurczów. Deformacja postawy ciała, a zwłaszcza klatki piersiowej, oraz skrzywienie boczne kręgosłupa są powodem częstych infekcji dróg oddechowych i problemów z krążeniem. Stan taki ma miejsce w ostatnim okresie choroby, dlatego istotne znaczenie mają ćwiczenia oddechowe, pozycje drenażowe, nauka efektywnego kaszlu i odkrztuszania zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego.

Postępowanie fizjoterapeutyczne w różnych okresach rozwoju choroby

W związku z progresywnym charakterem procesu chorobowego należy poszukiwać i wprowadzać takie formy aktywności ruchowej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, które nie będą szkodzić, a będą poprawiać i podtrzymywać kondycję chorych. Zbyt intensywne ćwiczenia, niedostosowane do możliwości chorego mogą powodować przyspieszenie degeneracji włókien mięśniowych, a rozsądne dawki ruchu spowalniają ten proces, tym samym poprawiać komfort jakości życia chorych. Stąd w różnych okresach rozwoju choroby ze względu na cel, jaki chce się osiągnąć, powinno się stosować inne zajęcia ruchowe uzupełnione przez zabiegi

fizykalne. Aby nie przekroczyć tolerancji chorego na obciążenia zbyt dużym wysiłkiem, należy w ocenie funkcjonalnej kierować się poszczególnymi okresami rozwoju procesu chorobowego. Zgodnie z tym odpowiednio wyróżniono i przyjęto osiem okresów, etapów:

- ▶ **1 okres**, gdy pojawiają się trudności w chodzeniu po schodach i chód staje się kaczkowy, pogłębia się lordoza lędźwiowa, proponuje się ćwiczenia doskonalenia chodu, poprawy równowagi oraz ogólnej sprawności. W celu zmiany stereotypu chodu oraz poprawy pracy obręczy barkowej i biodrowej oraz ramion, dobrze jest wprowadzić technikę ćwiczeń nordic walking. Dodatkowe punkty podparcia sprawiają, że chód stanie się pewniejszy i nabierze cech bezpieczeństwa.
- ▶ **2 okres**, następuje wówczas, gdy chory ma trudności z podniesieniem się z pozycji leżącej do stojącej. Należy w ćwiczeniach na matkach usprawniać elementy zmiany pozycji z leżenia tyłem do leżenia przodem.

dem, unoszenia miednicy przy ugiętych nogach w kolanach a następnie przechodzić do kłęk podpartego, kłęk prostego oraz kłęk jedno nogi przy wsparciu się rękami o drabinki aby przejść z pomocą terapeuty do stania. Postępowanie kinezyterapeutyczne uzupełniamy o inne formy fizjoterapii np. ćwiczenia w basenie, pływanie, hydromasaż itp.

- ▶ **3 okres**, ma miejsce gdy chory nie jest w stanie chodzić po schodach a przy wstawaniu z pozycji siedzącej pomaga sobie rękami. Wskazane będą ćwiczenia izometryczne kończyn dolnych oraz ćwiczenia z dawkowanym oporem kończyn



peutów. Szczecin 1997

9 W. Mędrzycka-Dąbrowska i In., Opieka nad dzieckiem wentylovanym mechanicznie w domu. Anestezjologia i Ratownictwo 2009, nr 3, s. 206-2019.

górnym dla uzyskania przyrostu siły mięśniowej. Masaż ręczny oraz zabiegi fizykalne poprawiające mikrokrążenie w mięśniach (masaż wirowy, masaż termiczny, pole magnetyczne).

- ▶ **4 okres**, obejmuje etap choroby, gdy pacjent samodzielnie nie potrafi wstać z pozycji siedzącej, a spionizowany chodzi z dużą trudnością. Wskutek osłabienia mięśni istnieje niebezpieczeństwo upadku i złamania kości. Pojawia się lęk przed upadkami przez co chory zaprzestaje chodzić a korzysta z wózka inwalidzkiego. Pozycja siedząca i leżąca, wskutek wyłączenia czynności lokomocyjnej, przyspiesza wystąpienie przykurczów i nasilenie zaników mięśniowych. Celem zajęć ruchowych będzie przybieranie pozycji pionowej w parapodium, nauka jazdy wózkiem, pokonywania barier architektonicznych, elementy gier i zabaw z użyciem sprzętu do aktywnej rekreacji.
- ▶ **5 okres**, czynności chorego sprowadzają się do funkcjonowania w zakresie łóżka i wózka inwalidzkiego. Jeszcze wykonuje samodzielnie podstawowe czynności życiowe ale pojawiają się zniekształcenia z przykurczami, zmianami kostnymi i dalszego zaniku mięśni. Celem fizjoterapii będzie profilaktyka przykurczów poprzez ćwiczenia bierne, ćwiczenia w odciążeniu, pozycje ułożeniowe oraz zabezpieczenia zagrożonych przykurczami kończyn przez nakładanie ortez.
- ▶ **6 okres**, to czas gdy pacjent jeszcze siedzi i porusza się na wózku inwalidzkim ale do wykonywania podstawowych czynności z zakresu samoobsługi wymaga pomocy drugiej osoby. Wzmacniamy mięśnie obręczy barkowej, ramię, prowadzimy ćwiczenia manipulacyjne i koordynacyjne rąk. Wskazane są ćwiczenia rąk poprzez odpowiednio dobraną terapię zajęciową.
- ▶ **7 okres** ma miejsce, kiedy chory porusza się na wózku z trudnością, wymaga ćwiczeń wzmacniających mięśnie grzbietu, ćwiczeń antygravitacyjnych, ćwiczeń oddechowych, stosowanie gorsetów ortopedycznych, specjalnych kombinezonów pneumatycznych oraz pomocy w czynnościach samoobsługi. Następuje zamiana wózka sterowanego ręcznie na wózek z napędem elektrycznym.
- ▶ **8 okres**, wiąże się z dalszą degradacją psychofizyczną i dysfunkcjami chorego spowodowanymi tak dalekim zanikiem i osłabieniem mięśni kończyn i tułowia, że może tylko leżeć w łóżku i musi korzystać ze stałej opieki. Poważnymi zagrożeniami są odleżyny, pogłębiające się przykurcze a zwłaszcza zaburzenia krążeniowo-oddechowe spowodowane zwłóknieniem mięśni oddechowych, zwiększenie się skoliozy oraz rozwijająca się kardiomiopatia rozstrzeniowa. Zaburzenia krążeniowo-oddechowe nasilają

się zwłaszcza w porze nocnej.¹⁰ W celu zapobieżenia ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej, która może skutkować obrzękiem i zapaleniem płuc oraz obrzękiem kończyn dolnych, wprowadza się nieinwazyjną wentylację zastępczą, stosując respirator, ćwiczenia oddechowe z nauką efektywnego kaszlu i odkrztuszania, układanie w pozycjach drenażowych oraz oklepywanie i wstrząsanie klatki piersiowej. W tym schyłkowym okresie życia chorego dochodzą jeszcze zaburzenia z innych narządów i układów np. trudności z żuciem i potykaniem oraz zaburzenia mowy. Wymagana jest oprócz właściwej pielęgnacji pomoc psychologa, logopedy, pedagoga i dietetyka.

Podsumowanie

Postępujący zanik mięśni to najczęściej spotykana postać dystrofii. Jak dotychczas nie ma przyczynowego leczenia postępującego zwyrodnienia mięśni. W postępowaniu leczniczym kładzie się nacisk głównie na pielęgnację, leczenie ortopedyczne i farmakologiczne. Jedyne sposoby spowalniające proces rozwoju choroby i utrzymania jak najdłużej samodzielnej egzystencji wydają się nowoczesne metody i formy aktywności ruchowej oraz fizjoterapii. Pozwają one poprawić jakość i standard życia. Dzięki systematycznemu treningowi, podtrzymywaniu sprawności funkcjonalnej oraz stosowanym zabiegom fizjoterapeutycznym, większość chorych może dłużej cieszyć się życiem, oraz realizować swoje plany i marzenia. ■

Literatura:

- Kostera-Pruszczyk A. i In. Dystrofie mięśniowe, PZWL, Warszawa 2010.
- Chusid J.G. Struktura i funkcja w neurologii, PZWL, Warszawa 1973.
- Mumenthaler M. Neurologia, PZWL, Warszawa 1979.
- Mazur R i In. Choroby pierwotnie mięśniowe (miopatie), PZWL, Warszawa 1998.
- Longstaff A. Neurobiologia. Choroby jednostek motorycznych, PWN, Warszawa 2009.
- Pusiński A. Neurobiologia praktyczna. Dystrofia mięśniowa Duchennea, PZWL, Warszawa 1998.
- Ryniewicz B. Diagnostyka i problemy leczenia dystrofii mięśniowej Duchennea, Neurologia Neurochirurgia Polska 2005, nr 39.
- Radwańska A. Usprawnianie w chorobach nerwowo-mięśniowych. Poradnik dla fizjoterapeutów, Fundacja Pomocy Chorym na Zanik Mięśni, Szczecin 1997.
- Mądrzycka-Dąbrowska W. i In. Opieka nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w domu, Anestezjologia i Ratownictwo 2009, nr 3.
- Szkułmowski Z. Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu, Polska Medycyna Paliatywna 2004, nr 3.

10 Z. Szkułmowski, Nieinwazyjna mechaniczna wentylacja w domu. Polska Medycyna Paliatywna 2004, nr 3, s. 39-43.

Pielęgnacja skóry preparatami specjalistycznymi Seni Care

jako ważny element profilaktyki przeciwoleżynowej w Klinice Budzik

BOGUMIŁA RÓŻYCKA z Zespołem Pielęgniarskim „Kliniki Budzik”
Pielęgniarka
Klinika Budzik w Warszawie

Śpiączka to stan, w którym najczęściej znajdują się osoby po ciężkich urazach mózgu, w wyniku np. wypadku samochodowego lub upadku z wysokości; może też pojawić się w przebiegu licznych chorób. Samo słowo „śpiączka” pochodzi z greckiego słowa „κώμα” (koma) i znaczy „głęboki sen” (łac. coma) czyli ilościowe zaburzenie świadomości. Często jest wynikiem uszkodzenia tworu siatkowego.

Może to być uszkodzenie pierwotne lub wtórne, powstałe w sposób pośredni wskutek np. procesu ekspansywnego lub uszkodzenia pochodzenia naczyniowego. Śpiączka może być również wynikiem zaburzeń powodujących rozlane uszkodzenie systemu nerwowego, np. w przebiegu zatrucia, bez względu na przyczynę. W takiej sytuacji powstaje stan wegetatywny mózgu, który ma pewną szansę na przywrócenie określonych funkcji, ponieważ mózg jest plastyczny. Nie wiek decyduje o plastyczności mózgu, tylko postępowanie wokół pacjenta w śpiączce. Należy tu uwzględnić ważność uszkodzonych struktur mózgu. Jeżeli funkcje, które decydują o oddechu czy stabilności krążenia, zostały pierwotnie uszkodzone, to są nie do odtworzenia. Jeśli uszkodzone zostały struktury odpowiedzialne za kontakt z otoczeniem, to mogą być one odtworzone. Jeszcze jedną trudną granicą, dopiero od niedawna znaną medycynie, jest tzw. przetrwały stan zamknięty wegetatywny. To efekt, jaki znany jest





Pacjent leżący wymaga stałej uwagi personelu medycznego, opiekuńczego i rodziny. Ważne jest także zwrócenie szczególnej uwagi na częste zmiany pozycji, zapewnienie higieny całego ciała, otoczenia oraz żywienie dostosowane do potrzeb energetycznych organizmu.

nam m.in. z książki i filmu „Motyl i skafander”: pisarz, który uległ wypadkowi, stracił całkowicie kontakt z otoczeniem. Z punktu widzenia formalnego był w stanie wegetatywnym, jednak jego opiekunka była w stanie nawiązać z nim kontakt. Zaczął porozumiewać się przez mruganie powiekami, a dzięki wytrwałości – zarówno samego pacjenta, jak i jego opiekunki – udało mu się nawet napisać książkę. Pisarz był w stanie zamkniętym, ponieważ formalnie nie miał prostego kontaktu z otoczeniem, wymagał pielęgnacji, nie mógł ruszyć nogą ani ręką, ale jednak świadomość miał. Wyrażał ją poprzez mruganie powiekami.

Ludzki organizm jest bardzo złożoną strukturą i w różny sposób wyraża swoje emocje. W różny sposób reaguje też na pewne bodźce zewnętrzne, które nie zawsze jesteśmy w stanie wyczuć. Dlatego tak istotnym elementem w opiece bio-psycho-społecznej nad pacjentem w śpiączce jest zapewnienie mu optymalnej opieki, właściwej pielęgnacji i zapobieganie zmianom skórny, zwłaszcza odleżynom. Pacjent leżący wymaga stałej uwagi personelu medycznego, opiekuńczego i rodziny. Ważne jest także zwrócenie szczególnej uwagi na częste zmiany pozycji, zapewnienie higieny całego ciała, otoczenia oraz żywienie dostosowane do potrzeb energetycznych organizmu. Duże znaczenie w opiece nad pacjentem leżącym ma również wsparcie rodziny. Dlatego tak ważne jest edukowanie bliskich, jak opiekować się swoim dzieckiem czy innym członkiem rodziny. Taka wiedza daje rodzinie poczucie bezpieczeństwa, bo ma świadomość, że robi wszystko, co może, aby pomóc.

W Klinice Budzik niebagatelną rolę w codziennej pielęgnacji pacjentów odgrywają preparaty specjalistyczne **Seni Care**, które pomagają utrzymać skórę pacjentów w dobrej kondycji, a tym samym minimalizują ryzyko powstania odleżyn. Jest to niezwykle istotne, ponieważ w rehabilitacji medycznej nie stosuje się materacy przeciwodleżynowych, zmiennociśnieniowych. Materace przeciwodleżynowe pneumatyczne, poprzez swoje ciągłe wibracje i efekt falowania, powodują u pacjentów w śpiączce dezorientację co do przestrzeni. Pacjenci mają wraże-

nie „zawieszenia w pustce”, co w efekcie dekoncentruje ich i opóźnia efekty rehabilitacji. Brak odpowiednich materacy wymusza na personelu pielęgniarskim jeszcze większe zaangażowanie w proces profilaktyki przeciwoodleżynowej.

Największym zainteresowaniem wśród personelu Kliniki cieszy się **żel aktywizujący**. Jego konsystencja pozwala na łatwe rozprowadzenie go na skórze, szybko się wchłania i poprzez działanie pobudzające mikrokrążenie powoduje, że skóra staje się jędrna i bardziej odporna na odgniecenia. Preparat ten doceniają zarówno opiekunowie pacjentów, jak i fizjoterapeuci.

Również **balsam do skóry suchej** cieszy się uznaniem dzięki swoim właściwościom nawilżającym i zapobiegającym nadmiernemu wysuszeniu skóry. Z kolei **emulsja nawilżająca do ciała**, dzięki swojej konsystencji, łatwo rozprowadza się po ciele, a my, pielęgnując pacjenta, pielęgnujemy jednocześnie swoje dłonie.

Ważnym elementem w codziennej pracy pielęgniarek jest mycie i dezynfekcja rąk, która skutkuje nadmiernym wysuszeniem skóry. Dlatego emulsja nawilżająca w opakowaniach testowych była od samego początku działaniem Kliniki obowiązkowym wyposażeniem kieszeni mundurku zespołu pielęgniarskiego. Sprawdziła się idealnie, ponieważ bardzo dobrze nawilża przesuszoną skórę rąk, a dodatkowo – co bardzo istotne – nie wywołuje uczuleń.

Olejek pielęgnacyjny stosuje głównie zespół fizjoterapeutów do wykonywania masażu. U podopiecznych nie zaobserwowano reakcji uczuleniowych po jego zastosowaniu. Bardzo dobrze się wchłaniała i nie pozostawiała tłustych plam na odzieży, co bardzo docenili opiekunowie.

W przypadku pielęgnacji okolic intymnych znakomicie sprawdza się **krem ochronny z arginina oraz krem ochronny z tlenkiem cynku**. Szpara pośladkowa i pachwiny to miejsca szczególnie narażone na zmiany skórne związane ze stosowaniem pieluch i nie sygnalizowaniem potrzeb fizjologicznych. Krem z arginina doskonale chroni skórę przed stanami zapalnymi, odparzeniami i odleżynami, szybko się wchłania i bardzo dobrze nawilża skórę. Z kolei krem ochronny z cynkiem



W Klinice Budzik niebagatelną rolę w codziennej pielęgnacji pacjentów odgrywają preparaty specjalistyczne Seni Care, które pomagają utrzymać skórę pacjentów w dobrej kondycji, a tym samym minimalizują ryzyko powstania odleżyn. Jest to niezwykle istotne, ponieważ w rehabilitacji medycznej nie stosuje się materacy przeciwoodleżynowych, zmiennociśnieniowych.

pozostawia na skórze białą warstwę ochronną i stanowi bardzo skuteczną barierę przed działaniem moczu i kału na skórę. Doskonale sprawdza się w przypadku pojawienia się zaczerwienienia, kiedy skóra wymaga wzmożonej ochrony.

Wśród preparatów stosowanych do mycia i oczyszczania skóry, **obok lotionu myjąco-natłuszczającego**, dużym uznaniem cieszy się **pianka myjąco-pielęgnująca do ciała**. Całkowicie pochłania intensywne zapachy stolca u nastolatków i ułatwia oczyszczenie szpary pośladkowej. Zastosowanie pianki w codziennej opiece

ułatwia personelowi i opiekunom dbanie o estetykę otoczenia, ponieważ po jej zastosowaniu w pokojach pacjentów rozchodzi się przyjemny zapach.

W codziennej pielęgnacji pacjentów Kliniki Budzik, oprócz środków przeznaczonych do stosowania bezpośrednio na skórę, stosujemy również produkty ułatwiające wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-higienicznych.

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care do oczyszczenia skóry są dwukrotnie większe od chusteczek do pielęgnacji niemowląt. Są też odpowiednio nawilżone i zastosowanie jednej chusteczki pozwala na oczyszczenie



Ludzki organizm jest bardzo złożoną strukturą i w różny sposób wyraża swoje emocje. W różny sposób reaguje też na pewne bodźce zewnętrzne, które nie zawsze jesteśmy w stanie wyczuć.

dużej powierzchni ciała. Ma to duże znaczenie dla rodziców naszych dzieci w kontynuowaniu późniejszej opieki w warunkach domowych ze względu na planowanie domowego budżetu.

Nieodzowne w pracy zespołu terapeutycznego są także **ręczniki higieniczne air-laid**, gdyż bardzo dobrze chłoną płyny i mają zastosowanie u pacjentów z problemami z przełykaniem, u których wycieka ślina z buzi oraz u dzieci, u których podej-

mowane są pierwsze próby przyjmowania doustnie posiłków o konsystencji półpłynnej.

Dobrym rozwiązaniem są też **myjki jednorazowe**, które niejednemu rodzicowi pozwalają przełamać się w opiece nad dzieckiem niepełnosprawnym fizycznie. Oczyszczanie pośladków u nastolatków po defekacji nie jest łatwym zadaniem, a myjki to ułatwiają.

Podsumowując: zarówno podopieczni, jak i ich opiekunowie oraz personel są bardzo usatysfakcjonowani, że mogą stosować preparaty specjalistyczne Seni Care. Efekty tej pracy są widoczne gołym okiem. Mimo że w Klinice nie stosuje się materacy przeciwoleżynowych, pacjenci nie mają zmian skórnych ani odleżynowych. Ich skóra ma zachowaną ciągłość, bez widocznych przebarwień, a to najlepsza rekomendacja dla preparatów pielęgnacyjnych Seni Care.

Poniżej przedstawiono opinie rodziców/opiekunów pacjentów:

„Mam na imię Monika, jestem mamą 4-letniego Kubusia. Od roku używamy produktów i środków pielęgnacyjnych firmy Seni. Ze względu na leżący stan dziecka kremy pielęgnacyjne Seni Care bardzo pomagają utrzymać skórę dziecka nawilżoną i zabezpieczają przed działaniem środków drażniących i niekorzystnymi czynnikami atmosferycznymi, a przede wszystkim zapobiegają przed powstaniem odleżyn. Kubuś jest alergikiem i najbardziej służy mu krem z tlenkiem cynku. Kremy mają lekką konsystencję, która sprawia, że łatwo się rozprowadza i szybko wchłania”

Mama Kubusia

„Jestem mamą 15-letniego Pawła. W Budziku używam kosmetyki Seni Care i jestem bardzo zadowolona z tych produktów. Są idealne do pielęgnacji osób leżących. Pieluchy i podkłady są bardzo chłonne. Chusteczki pielęgnacyjne są duże i świetnie nawilżone, a opakowanie wystarcza na długo. Kremy do pielęgnacji są też bardzo dobre – nie powodują uczuleń i skóra mojego syna jest w stanie idealnym. Oliwka też nie powoduje żadnych uczuleń a skóra mojego syna jest odpowiednio nawilżona. Krem aktywizujący do ciała stosuję przy oklepywaniu i zastępuje np. spirytus. Ten żel jest rewelacyjny. W pielęgnacji syna dobrze sprawdzają się także myjki firmy Seni. Zwłaszcza przy higienie intymnej. Chciałabym po powrocie do domu również stosować kosmetyki firmy Seni, gdyż są naprawdę dobre.”

Mama Pawła. ■

Mocznik w kosmetykach

Moda czy odkrycie dekady?

KATARZYNA KALISZEWSKA
Specjalista do spraw produktu

W ostatnim czasie wiele się mówi o tym, jak ważnym elementem codziennej pielęgnacji skóry jest jej nawilżanie. W końcu zdrowa skóra, to skóra nawilżona, elastyczna, jędrna. W tym kontekście niejednokrotnie pojawia się składnik, którego niezwykle właściwości podkreśla się na każdym kroku – mocznik.

Patrząc na drogerijne czy apteczne półki, można zauważyć, że rzeczywiście mocznik króluje wśród kosmetyków do ciała – zarówno w produktach do całego ciała, jak i tych przeznaczonych do pielęgnacji dłoni czy stóp. Przy zamiennie stosowanych określeniach „mocznik” czy „urea” niejednokrotnie podane są wartości procentowe, jakby producenci kosmetyków prześcigali się w tym, kto da więcej. Czy obecność mocznika w kosmetykach to tylko moda, jakich już wiele widzieliśmy w przemyśle kosmetycznym, czy jest w tym coś więcej? Czy ilość mocznika w produkcie ma znaczenie? Jaką rolę odgrywa mocznik w kosmetyku?

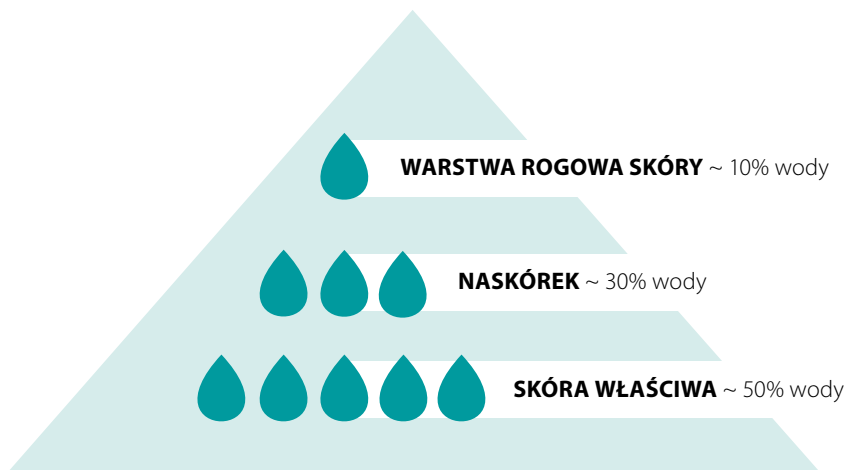
Żeby odpowiedzieć sobie na te pytania, przyjrzyjmy się najpierw skó-

rze. Jest to ogromny powierzchniowo organ, którego działania w ciele człowieka nie da się przecenić. Pełni m.in. funkcję estetyczną, barierową, termoregulacyjną. Do sprawnego funkcjonowania skóry niezbędna jest woda. Odpowiednie nawilżenie skóry wpływa zarówno na jej wygląd – elastyczność i sprężystość, jak i na funkcje biochemiczne. Skóra ma budowę warstwową, a poszczególne jej warstwy mają różny stopień nasycenia wodą (rys. 1).

Naturalne jest to, że woda odparowuje, także ze skóry – zauważyć można proces migracji wody od wnętrza ciała do warstwy rogowej skóry. Podstawowym sposobem uzupełniania wody jest utrzymanie zrównoważonej diety z odpowiednią ilością płynów. Stan

zdrowia, wiek, przyjmowane leki czy czynniki środowiskowe mogą jednak sprawić (i zwykle sprawiają), że nawilżanie skóry od wewnątrz jest nieefektywne. Każde odchylenie od optymalnej zawartości wody w skórze powoduje zaś zmianę jej stanu i właściwości – przesuszona skóra może zacząć się łuszczyć, pękać, swędzieć, staje się szorstka.

Idealnym stanem jest zachowanie równowagi między procesem odparowywania wody ze skóry a procesem odbudowy stale niszczących barier, które mają chronić skórę przed utratą wody. Naturalnie procesy te powinny być regulowane samoistnie, skóra jest bowiem wyposażona w szereg narzędzi do tego stworzonych. Najistotniejszą barierą w skórze jest warstwa



Rys. 1. Warstwowa budowa skóry

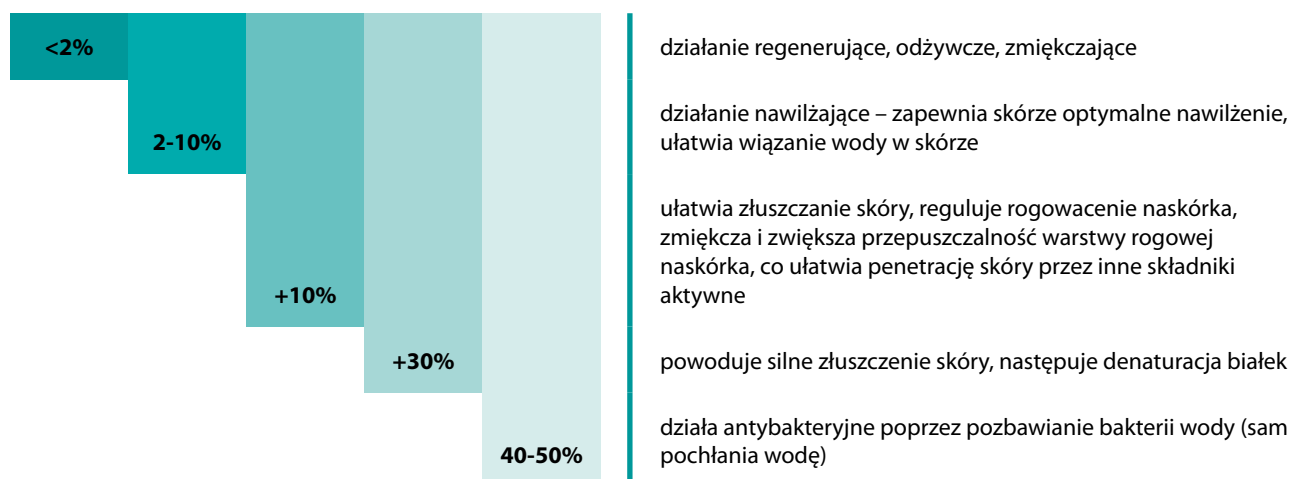
rogowa naskórka o strukturze zawierającej związki o właściwościach higroskopijnych, czyli wiążących wodę, które wchodzą w skład tzw. NMF (naturalny czynnik nawilżający). Jednym ze składników NMF jest m.in. mocznik. Dodatkowo, powierzchnia skóry pokryta jest warstwą zwaną sebum. Wraz z wodą i składnikami pochodzącymi z potu sebum stanowi płaszcz hydrolipidowy skóry, który chroni skórę przed utratą wody. Mechanizm działania NMF w połączeniu z sebum jest skuteczny, jednak tworzona bariera ochronna poddawana jest codziennie zabiegom oczyszczającym. W procesie mycia, zwłaszcza z użyciem silnych detergentowych środków myjących,

zmywamy z siebie płaszcz ochronny skóry, narażając skórę na dodatkową ucieczkę wody. Płaszcz hydrolipidowy odbudowuje się po pewnym czasie i jest to proces stały, jednak z wiekiem czas odbudowy wydłuża się, a dodatkowo, jeśli odstępy między myciem są zbyt krótkie, nie ma możliwości, aby zakończył się całkowicie. Można przyjąć, że każda dorosła osoba zachowująca podstawy higieny będzie miała w pewnym momencie zaburzone funkcjonowanie tego mechanizmu. Pomoc z zewnątrz, czyli nawilżanie przeznaczonymi do tego produktami kosmetycznymi, jest zdecydowanie dobrym i polecanym rozwiązaniem.

Istotą pielęgnacji skóry produktami nawilżającymi jest ochrona skóry przed ucieczką wody poprzez tworzenie mechanizmów barierowych lub poprzez zwiększenie zdolności skóry do wiązania wody. Produkty takie mogą bezpośrednio regenerować skórę lub uzupełniać utracone w wyniku mycia lipidy. Ich zadaniem jest wzmocnienie barier naskórkowych i stymulacja ich naturalnej odbudowy. Mogą działać dwojako – albo same tworzą sztuczną barierę, dzięki której woda nie odparuje, albo uzupełniają braki w NMF i strukturach wiążących wodę w skórze. Co istotne – nie wystarczy dostarczenie wody z zewnątrz – woda zawarta w kosmetyku bardzo szybko sama odparowuje. Działanie nawilżające mają za to odpowiednio dobrane składniki aktywne. Optymalnie jest, gdy stosuje się takie składniki, które odpowiadają tym, które naturalnie występują w skórze.

Tu dochodzimy do mocznika, który, jak wspomniano, występuje w skórze i jest jednym z naturalnych składników NMF – stanowi aż 7% tego czynnika. Wraz z wiekiem ilość mocznika w skórze znacząco spada, więc jego suplementacja z zewnątrz widocznie wspomaga nawilżenie skóry. Mocznik jest humektantem, czyli pochłania wodę, zatrzymując ją w skórze. Ma silne działanie nawilżające, a w wyższych stężeniach – złuszczające. W kosmetyce i farmaceutyce stosowany jest syntetyczny odpowiednik naturalne-

Rys. 2. Działanie mocznika w zależności od stężenia



go mocznika – nietoksyczny i niealergizujący. Doda-
je się go do kosmetyków
o różnym zastosowaniu już
od dawna, jednak rozkwit
jego popularności obserwu-
jemy dopiero od niedawna.
Wpływ na to ma być może
nazwa tego składnika, któ-
ra zarówno w j. polskim jak
i angielskim (urea) ma nie-
zbyt przyjemne konota-
cje. Niemniej jednak twór-
cy formuł kosmetycznych
stale dodają do swoich pro-
duktów porcje mocznika,
a sprzedawcy coraz chętniej
podkreślają jego zawartość

w produktach podczas ich promocji. Dlaczego?

Mocznik, jako odpowiednik naturalnej substancji występującej w skórze, jest odpowiedni dla każdego – bez względu na wiek, stan zdrowia, typ skóry – a więc także dla osób skłonnych do alergii i podrażnień. Jego działanie jest potwierdzone zarówno szeregiem badań, jak i latami doświadczeń. Szerokie jest też spektrum jego działania. W zależności od stężenia mocznika w produkcie daje on różne efekty kosmetyczne, przy czym warto pamiętać, że wraz ze wzrostem stężenia spektrum działania mocznika rośnie.

Ta wielość efektów, jakie można osiągnąć stosując mocznik, jest w kosmetyce bardzo dobrze wykorzystywana. Mocznik można znaleźć w preparatach nawilżających, likwidujących szorstkość skóry, zmiękczających i złuszczeniowych, wykorzystywany jest również w specyfikach do leczenia chronicznie suchej skóry, łuszczycy oraz rogowacenia przymieszkowego. Są to kosmetyki o różnych formach – mlecza, balsamy, maści – i o różnym przeznaczeniu – zarówno produkty do mycia (niwelujące od razu skutki zmywania płaszcza hydrolipidowego), jak i po myciu.

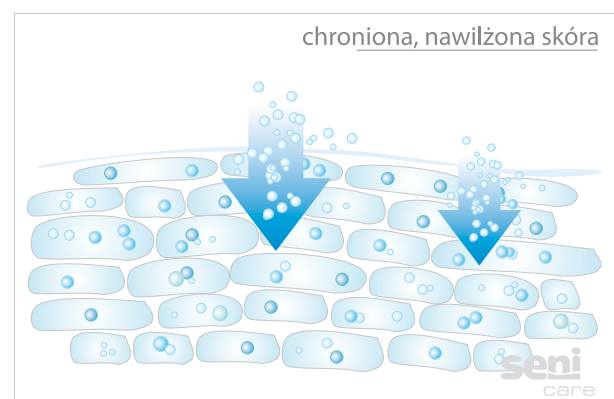
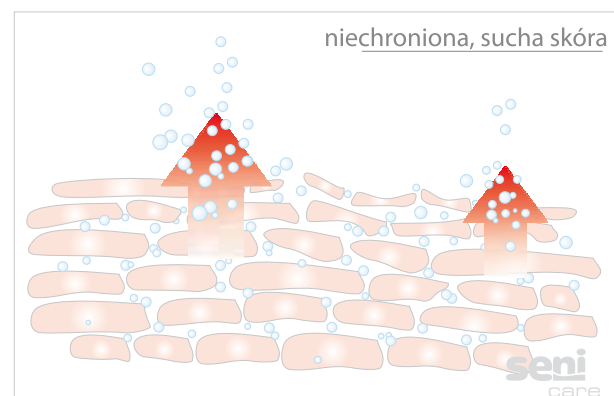
Warto pamiętać, że preparaty o dużym stężeniu mocznika należy stosować ostrożnie. Ich silne działanie złuszczeniowe jest pożądane do walki z konkretnym stanem skórny, np. ze zrogowaceniami na stopach czy łokciach, jednak po osiągnięciu oczekiwanego efektu należy zaprzestać używania kosmetyku z wysokim stężeniem mocznika i przestawić się na produkt z niższym stężeniem. Pozwoli to utrzymać osiągnięty rezultat kosmetyczny bez zbędnego obciążania skóry nadmiarem mocznika i intensywnego złuszczenia jej.

Moda na stosowanie mocznika w kosmetykach jest jak najbardziej uzasadniona. Wszechstronne i skuteczne działanie oraz możliwość stosowania przez osoby nawet z najbardziej wrażliwą skórą są wystarczająco dobrymi argumentami. Produkty z mocznikiem powinny być podstawowym wyposażeniem kosmetycznym osób z suchą skórą. Powinien to być także wybór wszystkich osób, które z powodów zdrowotnych często się myją, pozbawiając skórę możliwości naturalnej odbudowy płaszcza hydrolipidowego. Produkty z mocznikiem polecane są także dla tych, którzy opiekują

Mocznik, jako odpowiednik naturalnej substancji występującej w skórze, jest odpowiedni dla każdego – bez względu na wiek, stan zdrowia, typ skóry – a więc także dla osób skłonnych do alergii i podrażnień. Jego działanie jest potwierdzone zarówno szeregiem badań, jak i latami doświadczeń. Szerokie jest też spektrum jego działania.

się osobami obłożnie chorymi. W przypadku obłożnie chorych ważne jest wspomaganie odbudowy skóry zaburzonej zarówno chorobą, jak i częstym kontaktem z wilgocią (pot, mocznik w przypadku osób z NTM) – warto stosować w tym przypadku produkty myjące z mocznikiem, które już w pierwszej fazie pielęgnacji zadbają o nawilżenie skóry, a także nawilżające emulsje, które zniwelują suchość skóry całego ciała. Z kolei opiekunom poleca się stosowanie kremów do rąk z mocznikiem, aby zapobiec przesuszeniu skóry spowodowanemu częstym myciem rąk.

Warto stosować produkty z mocznikiem, róbmy to jednak z głową. Nie dajmy się omamić procentom na opakowaniu i dopasowujmy kosmetyk do pożądanego efektu. Warto zapamiętać - dla optymalnego nawilżenia wystarczy 3-7% mocznika, efekt złuszczeniowy da 10% mocznika, stężenia powyżej 30% traktujemy leczniczo i ostrożnie. Miłego nawilżania! ■



Rys. 3. Transport wody w skórze



DELIKATNE OCZYSZCZANIE

- ▣ Krem myjący 3 w 1 • 3% mocznika • 500 ml / 1000 ml
- ▣ Szampon nawilżający • 3% mocznika • 500 ml
- ▣ Kremowy żel do mycia • 3% mocznika • 300 ml



REGENERACJA

- ▣ Emulsja intensywnie nawilżająca • 4% mocznika • 500 ml
- ▣ Krem do suchej, zrogowaciałej skóry • 10% mocznika • 100 ml
- ▣ **NOWOŚĆ** Odżywczy krem do rąk • 3% mocznika • 75 ml
- ▣ **NOWOŚĆ** Odżywczy krem do stóp • 7% mocznika • 75 ml