

Forum Opieki Długoterminowej

med1

ISSN 1643 - 1308 nakład 4000 egz.

Kwartalnik nr 1(63)
marzec 2015

Zakażenia
skóry

Rozwiązywanie
konfliktów

PROFILAKTYKA
PRZECIWOODLEŻYNOWA

Seni Active

elastyczne majtki chłonne



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



PREMIUM Quality



seni

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

www.seni.pl

SENI ACTIVE SĄ DLA CIEBIE!

medi

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:
Fundacja
Razem Zmieniamy Świat

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

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

REDAKTOR:
Hanna Szymkiewicz

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

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

PRENUMERATA:
Formularz zamówienia prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamyswiat.pl
w zakładce Publikacje

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

Trzymają Państwo w rękach nowe – odmienione wydanie kwartalnika MEDI Forum Opieki Długoterminowej, którego wydawcą od 2015 roku jest Fundacja Razem Zmieniamy Świat z Torunia.

Cieszymy się, że dzięki wsparciu naszego głównego sponsora – firmy TZMO SA produkującej m.in. wyroby pod markami: Seni, Matopat, Bella – prenumerata MEDI jest całkowicie bezpłatna. Dodatkowo, każdy nowowydany numer MEDI będzie dostępny na naszej stronie internetowej www.razemzmieniamyswiat.pl. Znajdą tam Państwo także aktualne informacje na temat naszych działań edukacyjnych skierowanych zarówno do profesjonalistów działających w obszarze opieki długoterminowej, jak i do opiekunów nieprofesjonalnych – rodzin, które zajmują się swoimi niesamodzielnymi bliskimi we własnych domach. Dzięki sygnałom ze środowiska wiemy, że działania te są niezwykle potrzebne i doceniane. Daje nam to dodatkową motywację do ich kontynuowania oraz ciągłego rozwoju.

W przypadku Medi naszym celem jest umożliwienie Państwu wymiany doświadczeń oraz inspirowanie do wprowadzania nowych rozwiązań i metod działania, które sprawdziły się już w innych ośrodkach. Dlatego też zachęcamy Państwa do współtworzenia Medi – dzielenia się swoimi uwagami i oczekiwaniami dotyczącymi poruszanej tematyki oraz do publikowania własnych artykułów. Swoje propozycje można przysyłać na adres redakcja.medi@gmail.com

Redakcja
kwartalnika Medi

SPIS TREŚCI

marzec 2015

TEMAT NUMERU

- 6** Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn
- 11** Profilaktyka przeciwoleżynowa
- 16** Rola fizjoterapii w zapobieganiu i leczeniu odleżyn

ODŻYWIANIE

- 19** Dieta jako wsparcie profilaktyki przeciwoleżynowej

ZAKAŻENIA

- 22** Zakażenia skóry i tkanek miękkich u rezydentów opieki długoterminowej

ZARZĄDZANIE

- 25** Czy konflikt na pewno jest zły? Twórcze rozwiązywanie sporów

TEORIA I PRAKTYKA

- 29** Opieka długoterminowa w ramach świadczeń współfinansowanych przez NFZ
- 31** Przemoc i agresja w pracy pielęgniarki rodzinnej w odniesieniu do osób w wieku podeszłym

AKTUALNOŚCI

- 35** NOWOŚĆ: Super Seni Quatro
- 36** 15 lat SENI Cup
- 39** XVIII Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

Medisorb



Na każdym etapie gojenia rany

➔ **oczyszczenie rany
i długotrwała kontrola wysięku**

Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H

➔ **zahamowanie
rozwoju infekcji**

Medisorb SILVER PAD
Medisorb SILVER

➔ **ochrona
delikatnych
tkanek**

Medisorb H
Medisorb F

➔ **uwodnienie
tkanki
martwiczej**

Medisorb G

➔ **kontrola wysięku**

Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H

➔ **ochrona
przed infekcją**

Medisorb SILVER PAD
Medisorb SILVER



MEDISORB system wilgotnego gojenia ran



Medisorb G



Medisorb A



Medisorb P



Medisorb H



Medisorb SILVER PAD



Medisorb SILVER



Medisorb F



www.matopat.pl
www.na-rany.pl

Ocena ryzyka wystąpienia **odleżyn**

MAŁGORZATA JEMIOŁO

Pielęgniarka, kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kolbuszowej

Głównym celem profilaktyki przeciwoodleżynowej jest zidentyfikowanie pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn, czyli takich, którzy będą wymagać zabiegów prewencyjnych, a także zidentyfikowanie pewnych specyficznych czynników, które powodują to zagrożenie.



Właściwa ocena i wyłonienie pacjentów z grupy ryzyka sporządzane są na podstawie dokładnej i starannej dokumentacji. Do oceny służą skale punktowe pozwalające na wyodrębnienie chorych narażonych na wystąpienie odleżyn. Ryzyko ustalamy (oceniaamy) u pacjentów nowo przyjętych, narażonych z powodu leczenia oraz u tych, u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia już w trakcie pobytu w oddziale/placówce. Oceny tej dokonujemy w pierwszych godzinach objęcia chorego opieką, nie później jednak niż po 4-5 godzinach.

Literatura podaje kilka skal służących ocenie ryzyka: Norton (1975 r.), Waterlow (1985 r.), Bradena (1987 r.), Douglas (1986 r.), Dutch Consensus Prevention of Bedsores CBO.

Poniżej prezentuję zestawienie wszystkich omówionych skal dla ułatwienia oceny ich przydatności w poszczególnych placówkach.

Stosunkowo prosta i bardzo użyteczna jest skala **Doreen Norton**. Umożliwia ona systematyczną ocenę jednostkowych czynników ryzyka, i co ważne – jest prosta w interpretacji, tzn. różni obserwatorzy otrzymują podobne wyniki. Minusem jest brak podstawowych definicji oraz powtarzanie problemów. Jednak, mimo wszystko, w Polsce jest najbardziej rozpowszechniona.

Kolejną skalą jest **skala Bradena**, która jest bardziej skomplikowana. Bazuje na pojęciach z etiologii odleżyn – głównie intensywności i czasie ucisku. Umożliwia ocenę jednostkowych czynników ryzyka. Zawiera 6 elementów: odczuwanie, aktywność, mobilność, stan odżywiania, wilgotność,

tarcie i ścinanie. Ma swoje zastosowanie w oddziałach intensywnej terapii i chirurgii. Może być stosowana tylko przez przeszkolony personel pielęgniarski.

Podobne czynniki ryzyka uwzględnia **skala Douglas**. Obok czynników zawartych w poprzednich skalach zawiera ona dodatkowo ocenę stanu odżywiania i występowanie bólu u pacjenta. Jest stosunkowo łatwa do interpretacji, ale bardziej pracochłonna.

Znacznie więcej czynników podlega weryfikacji w **skali CBO**. Od poprzednich skal odróżnia się nowymi czynnikami: ocena stanu neurologicznego (niedowłady, porażenia, objawy ubytkowe), ocena sposobu przyjmowania pokarmów i płynów, wiek chorego, ciepota ciała, przyjmowane leki (sterydy, antykoagulanty, leki przeciwbólowe, leki nasenne, przeciwnowotworowe oraz antybiotyki).

Tab. 1. Skala Norton

Ryzyko wystąpienia odleżyn według skali Norton – 14 punktów lub mniej.

Stan fizyczny	Stan psychiczny	Aktywność fizyczna	Zdolność poruszania się	Nietrzymanie stolca/moczu
Dobry (4)	Czuiny (4)	Chodzi sam (4)	Pełna (4)	Nie (4)
Dość dobry (3)	Apatyczny (3)	Z pomocą (3)	Lekko ograniczona (3)	Sporadycznie (3)
Zły (2)	Splątany (2)	Siedzi (2)	Bardzo ograniczona (2)	Nietrzymanie moczu (2)
Bardzo zły (1)	Zamroczoney (1)	Brak (1)	Brak (1)	Nietrzymanie stolca (1)

Tab. 2. Skala Braden – wersja skrócona

Ryzyko wystąpienia odleżyn według skali Braden – 16 punktów lub mniej.

Percepcja zmysłowa	Wilgotność skóry	Mobilność	Aktywność	Stan odżywiania	Tarcie i siły ścinające
Całkowicie ograniczona (1)	Stale wilgotna (1)	Całkowicie ograniczona (1)	Całkowite unieruchomienie w łóżku (1)	Zły (1)	Stale (1)
Ograniczona (2)	Wilgotna (2)	Bardzo ograniczona (2)	Częściowe unieruchomienie na wózku (2)	Nieodpowiedni (2)	Okresowo (2)
Lekko ograniczona (3)	Czasem wilgotna (3)	Częściowo ograniczona (3)	Czasem chodzi (3)	Odpowiedni (3)	Nie występują (3)
Niezaburzona (4)	Rzadko wilgotna (4)	Prawidłowa (4)	Często chodzi (4)	Prawidłowy (4)	

Tab. 3. Skala Douglas

Ryzyko wystąpienia odleżyn według skali Douglas – 18 punktów lub mniej.

Stan odżywienia	Aktywność	Czynność zwieraczy	Ból	Stan skóry	Stan świadomości
Dieta pełnowartościowa (4)	Chodzi samodzielnie (4)	Pełna sprawność (4)	Bez bólu (4)	Bez zmian (4)	Pełna (4)
Dieta niewłaściwa (3)	Chodzi z trudnością (3)	Sporadyczne moczenie się (3)	Ślad bólu (3)	Sucha, cienka, zaczerwieniona (3)	Apatia (3)
Tylko płyny (2)	Porusza się na wózku (2)	Nietrzymanie moczu (2)	Okresowo (2)	Uszkodzenia powierzchowne (2)	Stupor (2)
Żywienie pozajelitowe lub Hb > 10 g% (1)	Stale pozostaje w łóżku (1)	Nietrzymanie moczu i stolca (1)	Związany z ruchem (1)	Uszkodzenia głębokie (1)	Brak współpracy (1)
			Stały ból lub dyskomfort (0)		Śpiączka (0)

Tab. 4. Skala wg DUTSH CONSENSUS PREVENTION OF BEDSORES CBO

Ryzyko powstania odleżyn według skali CBO – 8 punktów lub mniej.

Cukrzyca	Brak (0)	Tylko na diecie (1)	Dieta i leki doustne (2)	Dieta i insulina (3)
Leki	Żadne (0)	Sterydy, nasenne, antykoagulanty (1)	Przeciwbólowe, uspokajające, antybiotyki p. o. (2)	Antybiotyki i.v. (3)
Temperatura ciała	Poniżej 37,5°C (0)	Powyżej 37,5°C (1)	Powyżej 38,5°C (2)	Powyżej 39,0°C lub poniżej 35,0°C (3)
Wiek	Poniżej 50 lat (0)	Powyżej 50 lat (1)	Powyżej 60 lat (2)	Powyżej 70 lat (3)
Czynność zwieraczy	Dobra (0)	Sporadyczne nietrzymanie (1)	Nietrzymanie lub założony cewnik (2)	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca (3)
Sposób żywienia	Dobry apetyt (0)	Odżywianie pozajelitowe (1)	Odżywianie przez sondę (2)	Brak odżywiania (3)
Stan odżywienia	Dobry (0)	Średni (1)	Zły, wymioty, biegunka (2)	Wyniszczenie (3)
Przemieszczanie się	Dobre (0)	Niewielkie ograniczenia (1)	Częściowo leżący (2)	Całkowicie leżący (3)
Stan neurologiczny	Prawidłowy (0)	Śladowe ubytki (1)	Zaburzenia czucia, niedowład połowiczny (2)	Paraplegia, tetraplegia (3)
Stan psychiczny	Dobry (0)	Obojętność, lęk (1)	Głęboka depresja apatia (2)	Śpiączka, stupor (3)

Tab. 5. Skala Waterlow

 Ryzyko powstania odleżyn według skali Waterlow: **0-10 p.** – niskie, **10-15 p.** – średnie, **15-20 p.** – wysokie, **powyżej 20 p.** – bardzo wysokie.

Leki	Cytostatyki, sterydy, NLPZ (4)						
Zabiegi i urazy	Ortopedyczne poniżej pasa (5)	Trwające powyżej 2 godzin (5)					
Choroby	SM, cukrzyca i inne (4-6)						
Odżywianie komórkowe	Krańcowa kacheksja (8)	Zawał serca (5)	Choroby krążenia obwodowego (5)	Anemia (2)	Palenie tytoniu (1)		
Łaknienie	Przeciętne (0)	Małe (1)	Sonda do żołądka (2)	Całkowity brak łaknienia (3)			
Ruchliwość	Prawidłowa (0)	Ciągła (1)	Apatyczność (2)	Ograniczona (3)	Nieruchomy (4)	Pozycja siedząca (5)	
Trzymanie moczu i stolca	Całkowite (0)	Sporadyczne nietrzymanie (1)	Cewnik, nietrzymanie kału (2)	Nietrzymanie moczu i kału (3)			
Płeć, wiek	Mężczyzna (1)	Kobieta (2)	14-49 lat (1)	50-64 lat (2)	65-74 lat (3)	75-80 lat (4)	Powyżej 80 lat (5)
Stan skóry	Zdrowa (0)	Cienka, sucha, obrzęknięta, lepka (1)	Przebarwiona (2)	Uszkodzona punktowo (3)			
Budowa ciała	Przeciętna (0)	Powyżej przeciętnej (1)	Otyłość (2)	Poniżej przeciętnej (3)			



Tab. 6. Ocena ryzyka powstania odleżyn według poszczególnych skal – zestawienie

Skala	Skala Waterlow	Skala Douglas	Skala Norton	Skala Braden	Skala CBO
Rodzaj czynnika					
Masa ciała	X				
Stan skóry	X	X			
Płeć	X				
Wiek	X				X
Ogólna kondycja / stan fizyczny			X		
Wilgoć / czynność zwieraczy	X	X	X	X	X
Aktywność	X	X	X	X	X
Ruchliwość / stan neurologiczny			X	X	X
Łaknienie / sposób żywienia	X				X
Żywnienie / stan odżywienia		X		X	X
Stan psychiczny / świadomości		X	X		X
Percepcja bodźców / ból		X		X	
Tarcie / siły tnące				X	
Przyjmowane leki	X				X
Temperatura					X
Inne predyspozycje, choroby	X				X
Zabiegi					X

Natomiast **skala Waterlow** wymaga oceny aż 10 czynników ryzyka u pacjenta. Czynniki, które pojawiły się po raz pierwszy są: odżywianie komórkowe (kacheksja, zawał serca, choroby krążenia obwodowego, anemia, palenie tytoniu) oraz ważny czynnik – urazy i zabiegi. Po raz pierwszy zwrócono uwagę na rodzaj i czas zabiegu operacyjnego. W mojej ocenie ważny czynnik, gdyż coraz częściej spotykamy się z odleżynami generowanymi na bloku operacyjnym.

Powyżej przedstawiłam kilka najpopularniejszych skal służących ocenie ryzyka. To od specyfiki placówki/oddziału zależy, którą wybierzemy. Różnią się pod względem zmiennych charakteryzujących czułość i precyzję. Jedne jedynie pozwalają stwierdzić, że ryzyko istnieje, a inne oceniają też jego nasilenie.

Idealna skala powinna być przewidywalna i precyzyjna, a jednocześnie prosta i łatwa w zastosowaniu. Czy któraś z powyższych jest taka? Ocenę pozostawiam czytelnikom. ■

Literatura:

- Kruk- Krupiec G. Poradnik dla pielęgniarek i położnych, Katowice 1999.
- Krasowski G, Kruk M. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych, Warszawa 2008.
- Rosińczyk-Tonderys J., Uchamowicz I., Arendarczyk M. Profilaktyka i leczenie odleżyn, Wrocław 2005.

Profilaktyka przeciwoodleżynowa

JOANNA SZWEDO

Pedagog, Specjalista Organizacji i Zarządzania, Specjalista w Dziedzinie Opieki Paliatywnej

Rany przewlekłe, w tym odleżyny, stanowią szeroki problem terapeutyczny. Dotyka on dużej grupy ludzi chorych, przysparzając cierpienia i narażając na powikłania.

Odleżyny są ranami przewlekłymi, których patomechanizm jest nam najbardziej znany. Najczęściej to one są tematem szkoleń, dysponujemy też coraz szerszą literaturą specjalistyczną, poruszającą problem ich leczenia i profilaktyki. Pacjenci jednak nadal umierają z powodu powikłań wynikających z zaawansowania odleżyn. Mimo zwiększonego dostępu do specjalistycznej wiedzy, coraz większej liczby wyszkolonego personelu oraz coraz szerszego asortymentu opatrunków specjalistycznych problem nadal istnieje. Nasuwa się więc pytanie „dlaczego?”.

Pacjent z odleżynami narażony jest na dodatkowe cierpienie. Rana uniemożliwia kontakt z innymi ludźmi, chory izoluje się. W domu najczęściej opiekuje się nim rodzina, która niejednokrotnie staje przed obliczem wyzwania i konieczności sprawowania opieki. Często to najbliżsi, prócz chorego, ponoszą konsekwencje zdrowotne, emocjonalne, materialne.

Profilaktyka przeciwoodleżynowa jest ważnym elementem opieki nad przewlekłe chorym lub długotrwale unieruchomionym pacjentem. Prawidłowo

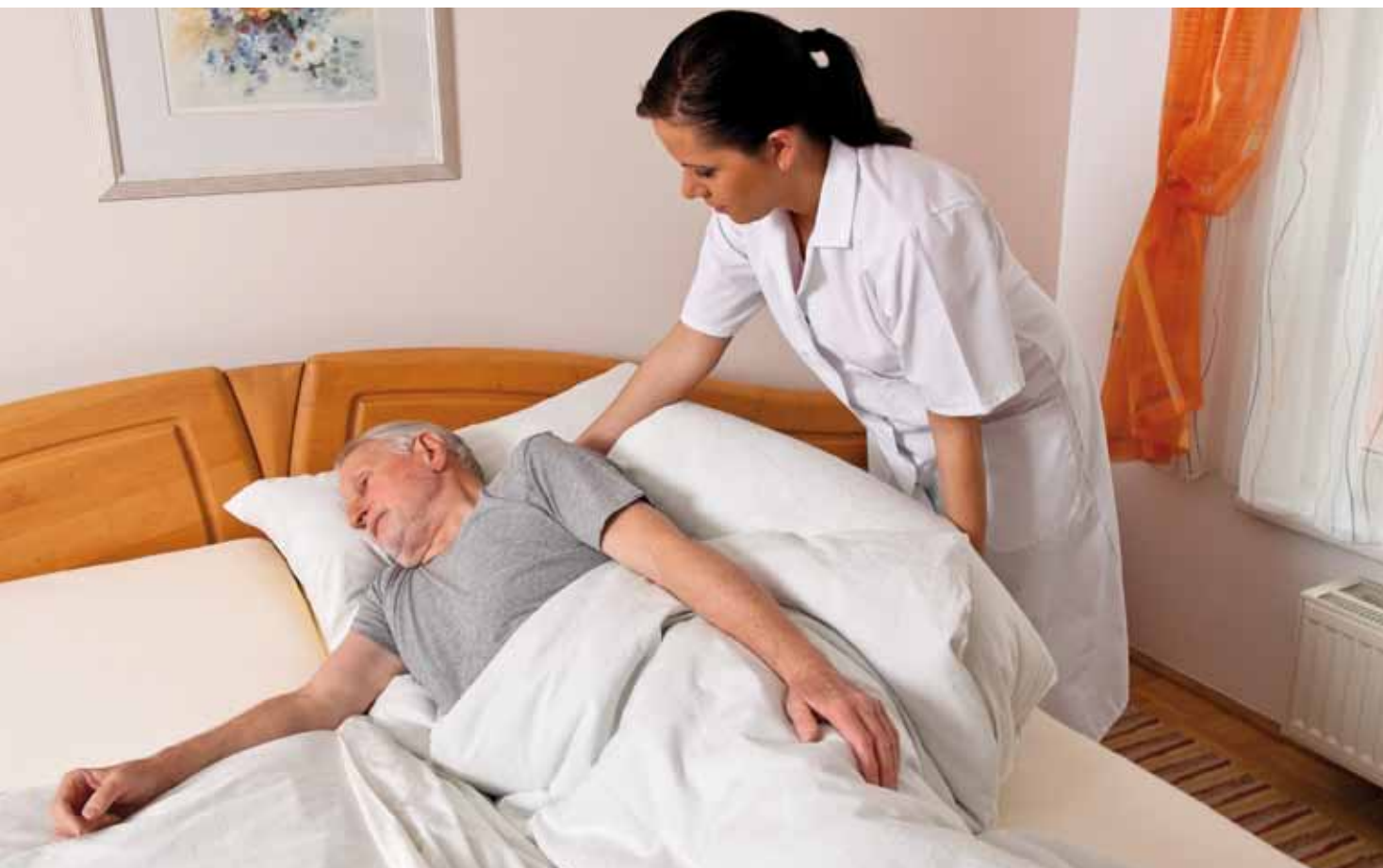
zaplanowana i konsekwentnie realizowana, w znaczny sposób zmniejsza ryzyko powstania odleżyn oraz zapobiega ich nawrotom po wygojeniu rany. Bardzo ważne jest kontynuowanie działań profilaktycznych w momencie powstania zmian odleżynowych. Stanowi to integralną całość z działaniem pielęgnacyjno-leczniczym.

Jak wiadomo, na powstanie odleżyn ma wpływ szereg czynników. Działania profilaktyczne zmierzają do ich minimalizowania lub (o ile to możliwe) niwelowania.

Głównymi elementami profilaktyki będą przede wszystkim: rzetelna i prawidłowo prowadzona, a także analizowana ocena ryzyka powstania odleżyn, prawidłowa pielęgnacja skóry chorego, eliminacja ucisku – ciśnienia prostego, zmniejszenie działania tarcia oraz bocznych sił ścinających, odpowiednia dieta.

W praktyce pielęgniarstwie posługujemy się różnymi skalami do oceny ryzyka powstania odleżyn. Ocena ta jest niezbędna do tego, aby w prawidłowy sposób wyselekcjonować osoby ze zwiększonym ryzykiem oraz opracować





i wdrożyć postępowanie profilaktyczno-pielęgnacyjne. I nie jest najważniejsze to, jaką skalą się posłużymy. Ważniejsza jest prawidłowa ocena, jej cykliczne kontynuowanie oraz rzetelność prowadzenia dokumentacji. W dzisiejszych realiach, przy niskiej obsadzie pielęgniarek i coraz większym zakresie obowiązków, istnieje ryzyko rutynowego prowadzenia doku-

mentów – „schematem – na oko”. Z takiej oceny wysuwamy fałszywe wnioski, a więc fundament, na którym mamy zbudować cały proces pielęgnacyjno-terapeutyczny, może być błędny.

Rolą pielęgniarki jest również poinformowanie i poinstruowanie rodziny chorego przebywającego w domu, jakie czynności powinna zawierać profilaktyka przeciwoodleżynowa. Ważne, by wskazać, na jakie objawy należy zwrócić uwagę, co może zwiększać ryzyko powstania odleżyn. Musimy pokazać miejsca narażone na ucisk, powiedzieć jak je pielęgnować, zaakcentować objawy powstającej odleżyny, np. zaczerwienienie. Wskazać sposoby, jak chorego motywować do wykorzystywania jego możliwości i aktywizować do ruchu; poinstruować, jak zmieniać pozycje ciała, jak to ciało zabezpieczyć.

Kolejnym elementem profilaktyki odleżyn jest pielęgnacja skóry chorego. Powinna się ona składać z trzech etapów. Po pierwsze: odpowiednie i delikatne oczyszczanie środkami nie zawierającymi mydła. Dobrym rozwiązaniem jest zastosowanie specjalistycznych preparatów pielęgnacyjnych Seni Care, np. lotionu myjąco-natłuszczającego pH 5, pianki myjąco-pielęgnacyjnej, kremu myjącego 3w1, chusteczek nasączanych.

Po umyciu delikatnie osuszamy skórę. Następnym krokiem jest wspomaganie regeneracji naskórka oraz aktywizacja skóry środkami dobranymi indywidualnie dla danego chorego.

Odleżyny to często problem osób starszych i wyniszczonych, u których skóra jest bardzo delikatna, sucha, ulegająca



Fot. 1

Fot. 2

Fot. 3

Fot. 1 Pianka myjąco-pielęgnująca do stosowania bez użycia wody

Fot. 2 Krem myjący 3 w 1 do stosowania bez użycia wody

Fot. 3 Lotion myjąco-natłuszczający do użycia z wodą

urazom. Dla pacjentów ze skórą suchą polecam stosowanie produktów Seni Care z moczniakiem, np. emulsja intensywnie nawilżająca z zawartością 4% moczniaka oraz krem do suchej, zrogowaciałej skóry z zawartością 10% moczniaka.

Dużego znaczenie w profilaktyce odleżyn ma pobudzenie mikrokrążenia w skórze. Pamiętajmy, że spirytus nie jest dobrym środkiem do tego celu. Wysusza on i tak już suchą skórę oraz może powodować jej podrażnienia i mikrourazy, które mogą przyspieszać powstanie odleżyny. Alternatywą może być żel aktywizujący z guaraną. Jest on doskonale tolerowany przez chorych oraz daje im poczucie komfortu i ulgi. Żel jest wydajny, w przystępnej cenie, co ma niebagatelne znaczenie w wielomiesięcznej, a czasem wieloletniej pielęgnacji osoby chorej. Ostatnim etapem pielęgnacji skóry jest jej zabezpieczenie, zwłaszcza w miejscach narażonych na drażniące działanie moczu lub/i stolca. Do tego celu można użyć np. krem ochronny z tlenkiem cynku lub krem ochronny z arginą. Miejsca narażone na działanie ucisku oraz podrażnienie warto zabezpieczyć maścią natłuszczającą (polecam maść cholesterolową z witaminami) lub folią poliuretanową, np. Medisorb F. Koszt takiego opatrunku jest niewielki w porównaniu z kosztami leczenia powstałej odleżyny. Oczywiście jest też, że jeżeli rodziny chorego nie stać na środki pielęgnacyjne, to pacjenta należy przede wszystkim myć i zmieniać mu pieluchomajtki.

Dla działań profilaktycznych ogromne znaczenie ma zabezpieczenie skóry pośladków oraz okolicy krocza środkami pomocniczymi w nietrzymaniu mo-

czu. Pamiętajmy jednak, aby dobierać je indywidualnie do chorego oraz do stopnia inkontynencji. Często spotykam się z sytuacją, kiedy chory z problemem nietrzymania moczu sam odsuwa moment skorzystania ze środków, ponieważ nie chce „pampersów”, a nie ma wiedzy na temat innych możliwości zabezpieczenia. Należy także unikać sytuacji, w której choremu proponuje się pieluchomajtki, nie zastanawiając się nad tym, czy nie wystarczy np. wkładka urologiczna. Prawidłowo dobrany produkt chłonny wpływa na zabezpieczenie skóry oraz na możliwość, chęć chorego do podjęcia większej aktywności ruchowej. Należy też informować pacjenta oraz jego rodzinę/opiekunów o zasadach refundacji, ponieważ zdarza się tak, że rodziny kupują środki pomocnicze „na sztuki”, nie wiedząc o możliwości zakupu refundowanego.

Kolejnym elementem profilaktyki odleżyn jest eliminacja działania ciśnienia prostego. Ciśnienie proste to ucisk, który działa na ciało chorego z jednej strony przez podłoże, na którym prze-

bywa, a z drugiej przez kościec. Czynnikiem ten ma duże znaczenie w dynamice tworzenia odleżyn. W praktyce spotykamy sytuacje, w których odleżyna powstaje w ciągu kilku godzin. Dotyczy to głównie chorych unieruchomionych, wyniszczonych oraz chorych ze schorzeniami współistniejącymi.

Ważnym działaniem profilaktycznym jest odciążenie ciała chorego. Pierwszym elementem jest zmiana pozycji ciała. Pamiętajmy, że powinna być ona zmieniana co 2 godziny. Nie wynika to z czyjejś nadgorliwości, a z patomechanizmu powstania niedokrwienia. Jeżeli sytuacja zdrowotna pacjenta nie wymusza jego pozycji i jest ona zależna od opiekuna, możemy zastosować pozycję na plecach, na boku, na brzuchu czy też pozycję siedzącą. Piszę o tym z dwóch powodów. Po pierwsze polecam stosowanie pozycji na brzuchu, po drugie przypominam, że pozycja siedząca jest pozycją alternatywną do pozostałych i należy utrzymywać w niej chorego również 2 godziny. W zakładach stacjonarnych warto prowadzić kartę zmiany pozycji ciała, dzięki której mamy kontrolę nad tym, w jakim ułożeniu znajduje się pacjent. Poza tym, w natłoku obowiązków nie przeoczymy tej czynności, która jest ważnym elementem pielęgnacji chorego unieruchomionego.

Częstym powodem braku zmiany pozycji ciała chorego jest deficyt opieki. Warto wówczas korzystać ze sprzętu, dzięki któremu zmienimy pozycję chorego samodzielnie lub z niewielką pomocą osoby drugiej. Wiele zakładów stacjonarnych, oddziałów szpitalnych wyposażonych jest w podnośniki. Niestety personel nie zawsze korzysta z takiego sprzętu, argumentując to brakiem

Profilaktyka przeciwoleżynowa jest ważnym elementem opieki nad przewlekle chorym lub długotrwale unieruchomionym pacjentem. Prawidłowo zaplanowana i konsekwentnie realizowana, w znaczny sposób zmniejsza ryzyko powstania odleżyn oraz zapobiega ich nawrotom po wygojeniu rany.



Fot. 4



Fot. 5

Fot. 4 Chusteczki nasączone do użycia bez wody
Fot. 5 Opatrunek Medisorb F – folia poliuretanowa



Fot. 6



Fot. 7



Fot. 8



Fot. 9

Fot. 6 Emulsja intensywnie nawilżająca, 4% UREA

Fot. 7 Krem do suchej, zrogowaciałej skóry, 10% UREA

Fot. 8 Żel aktywizujący

Fot. 9 Balsam regenerujący

czasu. Nieprawdą jest to, że przemieszczanie chorego przy pomocy podnośnika wymaga więcej czasu. W momencie kiedy potrafimy go obsłużyć i mamy już pewną wprawę, czynność przebiega sprawnie. Chory jest bezpiecznie przemieszczony, a kręgosłup opiekuna nie ulega przeciążeniu. Znam rodziny, w których opiekunowie używają podnośników do przenoszenia chorych z łóżka na fotel. I nie są to osoby związane profesjonalnie z opieką medyczną.

Przy deficycie opieki w warunkach domowych warto podpowiedzieć rodzinie chorego, aby zwróciła się do Ośrodka Pomocy Społecznej o pomoc w skorzystaniu z pomocy profesjonalnej opiekunki.

Pamiętajmy też o sprzęcie do ślizgowego przemieszczania chorych. W momencie, kiedy nie dysponujemy takim sprzętem, np. w opiece domowej, warto skorzystać z ręcznika, mocnego podkładu czy chociażby zastosować odpowiednią technikę zmiany ułożenia pacjenta w łóżku. Obecnie różne instytucje prowadzą szkolenia dla opiekunów nieformalnych, którzy na codzień opiekują się osobami wymagającymi zmiany pozycji ciała bądź pomocy przy takiej zmianie. Warto o takich szkoleniach pamiętać i informować o nich rodziny chorych. W wielu miejscowościach, czasem przy parafiach, funkcjonują wypożyczalnie sprzętu, z których może skorzystać chory i jego rodzina. Można wypo-

żyćć łóżko specjalistyczne, szafkę, podnośnik, balkoniki i wiele innego sprzętu, który może stać się przydatny w codziennej opiece nad chorym, na którego zakup nie stać rodziny. Pamiętajmy również o tym, że rodzina może skorzystać z refundacji, czasem dopłat na zakup łóżka, podnośnika, wózka. Dokładne informacje rodzina uzyska w Ośrodku Pomocy Społecznej, PCPR, PFRON oraz od pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarki opieki długoterminowej.

W profilaktyce odleżyn unikamy ucisku miejscowego, a dążymy do równomiernego odciążenia całego ciała. Takie odciążenie daje nam zastosowanie materaca przeciwoleżynowego dynamicznego, zmiennociśnieniowego. Oczywiście są pacjenci, którzy z różnych powodów nie akceptują materacy dynamicznych, np. przeszkadza im szum pompy, nie chcą leżeć na „gruszkach” czy „kamieniach”, czasem jest im po prostu niewygodnie. Wówczas można spróbować zastosować materac statyczny, np. materac gąbkowy typu jeż, czy też materace wypełnione ziarnami np. gryki. Jednak w tym wypadku nie można mówić o równomiernie rozłożonym ucisku. Jedynie materace zmiennociśnieniowe dynamiczne stanowią zabezpieczenie dla pacjenta leżącego. Pisząc o równomiernym odciążeniu ciała, należy wspomnieć o stosowaniu kół pod pośladki

i pięty. Nie zaleca się ich, ponieważ pomimo tego, że odciążają miejsca narażone na odleżyny, to ucisk miejscowy na tkanki przylegające do rany powoduje zmniejszony przepływ tlenu, zwiększając ryzyko niedokrwienia, a następnie martwicy. Prowadzi więc do powstania odleżyny. Natomiast materace zmiennociśnieniowe są ogólnodostępne, refundowane. Edukując rodzinę chorego w domu należy wspomnieć, że zastosowanie materaca przeciwoleżynowego nie zwalnia nas z konieczności zmiany pozycji ciała.

Kolejnym ważnym elementem w profilaktyce przeciwoleżynowej jest eliminacja, zmniejszenie działania tarcia oraz bocznych sił ścinających. Kiedy mamy do czynienia z działaniem takich sił? Przy nieprawidłowym przemieszczaniu chorego, kiedy ciągniemy go po łóżku lub przy zsuwaniu się jego ciała, przy zbyt wysokim ułożeniu. Tu dodatkowo działają boczne siły ścinające. Początkowo możemy nawet nie zauważyć żadnych zmian na skórze, ponieważ zachodzą one pod skórą i przy zadziałaniu dodatkowych czynników, np. ucisku, odleżyna może powstać dużo szybciej. Zatem co zrobić, by temu zapobiec? Częściowo odpowiedź już została przedstawiona. Korzystać ze sprzętu do przemieszczania chorych, wykorzystywać podkłady, prześcieradła oraz stosować techniki przemieszczania wykorzystujące zjawisko dźwigni. Poza tym pamiętajmy o prawidłowym ułożeniu w łóżku. Oczywiście jeśli stan chorego nie wymusza innej pozycji, to układamy go z głową uniesioną do 30° w sto-



Fot. 10



Fot. 11

Fot. 10 Krem ochronny z arginina

Fot. 11 Krem ochronny z tlenkiem cynku

Przy deficycie opieki w warunkach domowych warto podpowiedzieć rodzinie chorego, aby zwróciła się do Ośrodka Pomocy Społecznej o pomoc w skorzystaniu z pomocy profesjonalnej opiekunki.

sunku do osi ciała. Wówczas chory nie będzie się ześlizgiwał. Pozycja zbyt wysoka, w jakiej często pacjenci są układani, powoduje dodatkowo zwiększony nacisk na okolicę kości krzyżowej, pośladków oraz pięty i łokcie.

W zapobieganiu działaniu sił tarcia na ciało chorego dużą rolę odgrywa stosowanie bielizny osobistej i pościelowej z naturalnych włókien. Unikajmy także gumowych podkładów, stosując podkłady jednorazowe. Wyniosłości kostne pacjenta można zabezpieczyć folią poliuretanową np. Medisorb F.

Ważnym ogniwem profilaktyki przeciwodleżynowej jest dieta. Odpowiednia ilość przyjmowanych płynów, dieta zbilansowana w zależności od innych chorób współistniejących. U chorego z odleżynami dieta bogata w witaminy oraz makro- i mikroelementy. Czasem potrzebna jest suplementacja środkami spożywczymi do uzupełnienia deficytu żywieniowego.

Oprócz zasadniczych elementów składających się na profilaktykę odleżyn duże znaczenie ma diagnozowanie oraz leczenie chorób i dolegliwości współ-

istniejących, np. cukrzycy, nadciśnienia, bólu. Ważna jest modyfikacja przyjmowanych leków, kontrola morfotyczna krwi, chociażby w kierunku niedokrwienia czy infekcji; mobilizowanie chorego do aktywności; ciągle szkolenie personelu, zwiększenie dostępności do szkoleń i publikacji; wsparcie dla opiekunów nieformalnych.

Rola pielęgniarki w profilaktyce odleżyn będzie się zasadniczo różniła w zakładzie opieki długoterminowej, szpitalu czy też w opiece domowej. W opiece stacjonarnej ocena ryzyka, postępowanie pielęgniacyjno-profilaktyczne pozostaje w gestii personelu medycznego. Kiedy pacjent przebywa w szpitalu, warto angażować rodzinę w czynności pielęgniacyjne przy chorym; pokazać w jaki sposób myć, zmieniać pieluchomajtki, pomagać przy spożywaniu posiłków, komunikować się; przy wypisie wskazać instytucję, do których można się zgłosić po pomoc.

W opiece domowej nad chorym, zakres tych czynności przypada ro-

dzinie. Tu pielęgniarka jest edukatorem, konsultantem; współuczestniczy w tych czynnościach już w innym zakresie. Wskazuje, na jakie objawy rodzina musi zwrócić uwagę, jak pielęgnować chorego, jak go układać, jak zmieniać pozycję ciała, jak stymulować i mobilizować do aktywności, czym karmić i w jaki sposób sobie radzić, gdy chory ma problem z przyjmowaniem posiłków. I chociaż hasło „Lepiej zapobiegać niż leczyć” trochę nam się już osłuchało, to życie pokazuje, jak ważnym ogniwem w opiece nad chorym długoterminie unieruchomionym jest profilaktyka odleżyn. Prowadzona w sposób przemyślany, dostosowany do możliwości chorego, jego opiekunów czy też zakładu, w którym przebywa. Profilaktyka oparta o doświadczenie i wiedzę personelu medycznego poprawia jakość życia chorego, znacznie zmniejszając koszty pielęgnowania i leczenia. ■



Rola fizjoterapii w zapobieganiu i leczeniu **odleżyn**

IWONA GŁOWACKA
Konsultant medyczny TZMO SA

Odleżyna to martwica tkanek powstała w wyniku zaburzeń ukrwienia wywołanego uciskiem, która prowadzi do stanu głębokiego owrzodzenia obejmującego wszystkie warstwy tkanek – od naskórka po tkankę kostną.



Na powstawanie odleżyn najbardziej narażeni są pacjenci unieruchomieni w wyniku wypadków komunikacyjnych, dłuższych operacji, po udarach mózgu, w stanach śpiączkowych. Miejscami najbardziej narażonymi na występowanie odleżyn są:

- ▶ w pozycji leżenia na boku: kość biodrowa, kość ramienna, kość udowa po stronie bocznej, uszy, kostki boczne kości piszczelowej;
- ▶ w pozycji leżenia na plecach: kość ogonowa, pośladki, pięty, łydki, łokcie;
- ▶ w pozycji leżenia na brzuchu: kość czołowa, narządy płciowe zewnętrzne u mężczyzn, piersi u kobiet.
- ▶ w pozycji siedzącej: okolice kości krzyżowej, guzów kulszowych, pięt i wewnętrznej strony dłoni.

Ważnym elementem profilaktyki przeciwodleżynowej jest fizjoterapia. Słowo „fizjoterapia” pochodzi od greckich słów „physis” (natura) oraz „therapeia” (leczenie). Początki fizjoterapii sięgają starożytności. Pierwsze wzmianki dotyczą wykorzystywania promieni słonecznych i wód mineralnych w procesie leczenia. Fizjoterapia składa się z trzech podstawowych działów – kinezyterapii, fizykoterapii oraz masażu.

Kinezyterapia, czyli leczenie ruchem dzieli się na kinezyterapię miejscową: obejmującą chory narząd lub część ciała oraz kinezyterapię ogólnoustrojową obejmującą całe ciało. Kinezyterapia jest ewoluującym działem; obok tradycyjnych metod, takich jak ćwiczenia bierne (wykonywane za pomocą rąk terapeuty), ćwiczenia czynne (wykonywane przez chorego) pojawiają się nowe metody, których nazwy pochodzą często od nazwisk twórców, np. Metoda Bobath, metoda Mc Kenzie.

Fizykoterapia wykorzystuje bodźce fizyczne takie jak: woda, światło, powietrze, ciepło, zimno. Regularnie prowadzone zabiegi fizykoterapeutyczne poprawiają czynność narządów, zwiększają wydolność ogólną ustroju, wpływają korzystnie na pracę autonomicznego układu nerwowego, zwalczają ból i zmniejszają stany zapalne.

Z kolei masaż to zespół rękoczynów wykonywanych na powierzchni tkanek w określonej sekwencji w celu poprawy pracy wszystkich układów i narządów.

Wszystkie działy fizjoterapii uzupełniają się podczas działania.

Rola fizjoterapii w profilaktyce przeciwodleżynowej

Głównym rodzajem działań fizjoterapeutycznych w profilaktyce odleżyn są zabiegi z zakresu kinezyterapii. Pacjentami narażonymi na występowanie odleżyn są osoby leżące. W zależności od stopnia aktywności pacjenta dobierane są odpowiednie rodzaje ćwiczeń. Przed przystąpieniem do terapii ruchem, podobnie jak do innych form leczenia, konieczne jest zdiagnozowanie pacjenta. Ważne, aby ćwiczenia zaczynać już w początkowej fazie choroby. Ma to znaczenie zwłaszcza u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych czy udarach mózgu. Celem kinezyterapii jest wzmacnianie siły mięśniowej oraz zapobieganie przykurczom mięśniowym. Rodzaj wykonywanych ćwiczeń jest dobierany w zależności od stanu pacjenta i jego siły mięśniowej. Siłę mięśniową pacjenta określa się na podstawie skal, m.in. skali Loveta. U pa-

cjentów narażonych na występowanie odleżyn stosuje się w szczególności następujące rodzaje ćwiczeń:

- ▶ **ćwiczenia bierne** – ten rodzaj ćwiczeń stosuje się u pacjentów, którzy nie mają własnej siły mięśniowej. Ruchy prowadzone są przez terapeutę. Celem ćwiczeń biernych jest uniknięcie powstających przykurczy mięśniowych, ograniczenia ruchomości stawów. Ćwiczenia te powodują także poprawę m.in. funkcjonowania układu krwionośnego i limfatycznego, co ma kluczowe znaczenie w profilaktyce przeciwodleżynowej.
- ▶ **ćwiczenia czynno-bierne** – ten rodzaj ćwiczeń wykonuje się u chorych, których własna siła mięśniowa pozwala na częściowe wykonanie ruchu. Terapeuta prowadzi ruch w niewielkim zakresie. Ćwiczenia te, podobnie jak ćwiczenia bierne, wpływają na poprawę funkcji układu krwionośnego, mięśniowego i limfatycznego.
- ▶ **ćwiczenia czynne** – stosuje się je u pacjentów, którzy mogą ćwiczyć siłą własnych mięśni. Często chorzy po urazach kręgosłupa w odcinku lędźwiowym stosują samodzielnie ćwiczenia czynne kończyn górnych, natomiast kończyny dolne ćwiczą z pomocą terapeuty. Po uzyskaniu przez pacjenta optymalnej siły mięśniowej kończyn można wprowadzić obciążenie.

Istotne znaczenie u chorych leżących lub spędzających większą część dnia w łóżku mają ćwiczenia oddechowe. Zaleca się wykonywanie ich zarówno u pacjentów jako profilaktykę przeciwodleżynową, jak i u tych, u których już pojawiła się odleżyna. Ćwiczenia te wykonuje się w pozycji leżącej lub siedzącej. Ich głównym celem jest wspomaganie pracy układu oddechowego, zapobieganie powikłaniom płucnym, eliminacja wydzieliny z drzewa oskrzelowego. Powodują także dokrwienie tkanek i narządów. Po wykonywaniu ćwiczeń oddechowych zalecane jest oklepywanie pacjenta w celu eliminacji wydzieliny. Po wykonaniu oklepywania pacjent powinien odkrztusić zalegającą w drzewie oskrzelowym wydzielinę. Istotne znaczenie mają również ćwiczenia oddechowe połączone z ruchem kkg.

Nieodzownym elementem kinezyterapii jest również pionizacja pacjenta. Jest ona treningiem dla układu krwionośnego i układu nerwowego, działa także stymulująco na układ kostno-mięśniowy. W zależności od stanu pacjenta wprowadza się pionizację czynną (pacjent wykonuje ją samodzielnie lub z niewielką pomocą) i pionizację bierną (na stole pionizacyjnym, gdy siła mięśniowa chorego nie pozwala na jago pomoc).

W profilaktyce przeciwodleżynowej szczególną rolę odgrywa także stosowanie materacy i poduszek przeciwodleżynowych. Ich zadaniem jest odciążanie miejsc narażonych na ucisk. Stosuje się materace i poduszki przeciwodleżynowe gąbkowe, żelowe, pneumatyczne i zmiennociśnieniowe. Dane literaturowe podają, że obecnie najlepszym rozwiązaniem są materace dynamiczne zmiennociśnieniowe. Zmiana ciśnienia w określonych okolicach ciała następuje co 3 minuty; dodatkowo pojawia się efekt masażu tkanek w celu poprawy krążenia. Zaawansowana technika stosowana w tych materacach pozwala na umieszczenie na nich chorego o masie do 150 kg.

Ważnym zabiegiem poprawiającym ukrwienie, stosowanym u chorych leżących, jest masaż. Powinien być wykonywany

Zabiegi z zakresu fizykoterapii wykazują działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne, powodują lepsze dokrwienie tkanek, przegrzanie i usprawnienie procesów przemiany materii.

w kierunku dośrodkowym (dosercowym). Podczas tego rodzaju zabiegu stosuje się, w określonej sekwencji, następujące po sobie techniki: głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, oklepywanie. Oddziaływanie na ustrój powyższych technik polega głównie na przyspieszeniu przemiany materii, dotlenieniu i poprawieniu ukrwienia w skórze, tkankach pod nią leżących oraz w mięśniach. Ma to kluczowe znaczenie w dostarczeniu niezbędnych substancji do skóry i eliminacji zbędnych produktów przemiany materii. W czasie masażu znajdujące się w skórze i mięśniach zakończenia nerwowe na drodze łuków odruchowych, przekazują bodźce do ośrodkowego układu nerwowego, co wywiera korzystny wpływ na cały organizm i dzięki temu poprawia samopoczucie osoby leżącej. Masaż jest zabiegiem rozluźniającym, powoduje usprawnienie pracy mięśni i stawów. Ma jednak pewne ograniczenia, jeśli chodzi o jego zastosowanie. Należą do nich: gorączka, krwotoki, stany zapalne (nigdy nie należy masować samej rany lub okolicy przyległej), tętniaki, czynna choroba nowotworowa.

Wśród innych ważnych czynników profilaktyki przeciwoleżynowej należy wymienić:

- ▶ zmianę pozycji ułożeniowej (powinna następować co dwie godziny),
- ▶ zapewnienie dostępu powietrza do powierzchni skóry (zastosowanie oddychających podkładów i oddychających wyrobów chłonnych),
- ▶ codzienna obserwacja skóry,
- ▶ unikanie urazów ciała.

Zastosowanie fizjoterapii w leczeniu odleżyn

Czasami, mimo wdrożenia u pacjentów działań profilaktycznych, pojawiają się odleżyny. Wtedy na powierzchni rany stosuje się wilgotne opatrunki oraz leczy chorego w zakresie choroby podstawowej. Pojawienie się odleżyny nie zwalania oczywiście z prowadzenia

działań profilaktycznych. Dalej stosuje się kinezyterapię i masaż. Dodatkowo, miejscowo można wykorzystać następujące bodźce fizyczne:

- ▶ **laseroterapię**, która opiera się na leczniczych właściwościach światła laserowego. Zabiegi z zakresu laseroterapii u chorych z odleżynami wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne; następuje wzrost syntezy kolagenu, poprawia się ukrwienie tkanek. U chorych z odleżynami laseroterapię można stosować w metodzie kontaktowej na obrzeżach rany lub w metodzie bezkontaktowej za pomocą skanera. Czas zabiegu kontaktowego wynosi około 3 min., za pomocą skanera około 10 min.
- ▶ **zabiegi z zakresu elektroterapii** – szczególną rolę odgrywają tu: galwanizacja, jonoforeza nowokainowa, EWN. W zabiegu galwanizacji wykorzystuje się prąd stały o natężeniu w elektrodzie czynnej 0,1-0,3 mA/cm². Czas zabiegu wynosi 10 minut. Zabieg należy wykonywać codziennie. W jonoforezie nowokainowej jako środka leczącego na ranę używa się 0,5-1% nowokainy. Elektrode dodatnią umieszcza się na nasączonej gazie na odleżynie. Nowokaina działa przeciwbólowo. Elektrostymulacja wysokonapięciowa (EWN) jest zabiegiem z zakresu prądu zmiennego. W metodzie tej wykorzystywane są impulsy trójkątne, elektrodę czynną układu się na gazie na odleżynie. Pojedynczy zabieg trwa około 50 minut.
- ▶ **ultradźwięki** – ten rodzaj terapii wykorzystuje się do leczenia i oczyszczania odleżyn. Pojedynczy zabieg trwa około 20 minut, cała seria około 28 dni; po jej upływie należy oczekiwać 1-2 miesiące i powtórzyć serię zabiegów.
- ▶ **magnetoterapia** – zabieg, który wykorzystuje działanie pola magnetycznego. Zabieg ten poprawia ukrwienie

tkanek, nasila procesy regeneracyjne. Pacjent w czasie trwania zabiegu nie odczuwa żadnych bodźców.

Zabiegi z zakresu fizykoterapii wykazują działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne, powodują lepsze dokrwienie tkanek, przegrzanie i usprawnienie procesów przemiany materii.

Stosując zabiegi fizjoterapeutyczne, należy pamiętać o przeciwwskazaniach do których należą: czynna choroba nowotworowa, gorączka, niewydolność krążenia, wszczepiony rozrusznik serca. Stosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych u chorych z odleżynami należy zawsze skonsultować z lekarzem prowadzącym.

Podsumowując, fizjoterapia jest ważnym elementem w terapii chorych z odleżynami. Można ją stosować zarówno w profilaktyce przeciwoleżynowej, jak i u tych chorych, u których już pojawiła się odleżyna. Stosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych podnosi także jakość życia chorych. Choroba podstawowa, będąca jedną z przyczyn pojawienia się odleżyny, wiąże się z długotrwałym przebywaniem w łóżku w pozycji leżącej. Zabiegi z zakresu fizjoterapii, szczególnie ćwiczenia ruchowe, podnoszą wiarę pacjenta we własne siły; chory zaczyna widzieć i wierzyć, że może pewne ruchy wykonać samodzielnie. Działa to na niego mobilizująco do dalszej pracy. ■

Literatura:

- Czajka H.: Opieka pielęgniarska. Zapobieganie i leczenie odleżyn. Pielęgniarka i położna 2005; 10-12, 26.
- Gorse G.J., Messner R.L. Improved pressure sores healing with Hydrocolloids dressings. Arch. of Dermatology, June 1987, volume123, 766-771.
- Łazowski J. Podstawy fizykoterapii, Warszawa 2007.
- Kinalski R. Kompendium rehabilitacji i fizjoterapii Wrocław 2002.
- Kilar J.Z. Badanie narządu ruchu w rehabilitacji Warszawa.
- Tomaszewska J. Podstawy leczenia usprawniającego. Fizykoterapia. [W:] Rehabilitacja medyczna (red. Dega W.) Warszawa 1994.

DIETA

jako wsparcie profilaktyki przeciwodleżynowej

KATARZYNA ZIELIŃSKA

Dietetyk

Dom Pomocy Społecznej w Bornem Sulimowie

Opieka długoterminowa stawia przed sobą wiele wyzwań. Jednym z najważniejszych jest zapewnienie kompleksowej opieki osobom przewlekle chorym. Część z nich, ze względu na wiek i stan zdrowia, narażona jest na wystąpienie różnych dolegliwości. Trudnymi do pielęgnacji i bolesnymi dla pacjenta są odleżyny, dlatego działania zapobiegające ich wstąpieniu powinny być stosowane powszechnie. Wbrew pozorom żywienie ma w ich przypadku niebagatelne znaczenie.

Odleżyny powstają w wyniku długotrwałego uciskania tkanek, wynikiem czego jest niedostateczne ukrwienie miejsca ucisku, a tym samym jego nieodpowiednie dotlenienie i odżywienie. Konsekwencją tego procesu jest obumieranie tkanki prowadzące do powstania trudno gojących się ran. Stan ten może obejmować wszystkie warstwy, począwszy od naskórka aż do kości, i niesie ze sobą poważne ryzyko dla zdrowia oraz przysparza cierpienia osobie dotkniętej odleżynami. Najbardziej narażone na powstawanie odleżyn są osoby niedożywione, o ograniczonej ruchomości lub całkowicie unieruchomione. Dodatkowo, skłonności te mogą nasilać się u osób z cukrzycą (obniżenie zdolności gojenia się ran) oraz u osób przyjmujących niektóre leki (np. sterydowe, chemioterapia). Do chorych najbardziej zagrożonych powstawaniem odleżyn należą osoby starsze, niepełnosprawne ruchowo i pacjenci onkologiczni.





Zabiegi z zakresu fizykoterapii wykazują działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne, powodują lepsze dokrwienie tkanek, przegrzanie i usprawnienie procesów przemiany materii.

Ryzyko wystąpienia tej dolegliwości wzrasta u osób z nadwagą lub otyłością, anemią, odwodnionych oraz niedożywionych. Również nieodpowiednia pielęgnacja, źle pościelone łóżko czy zbyt szorstka odzież może przyczynić się do ich powstania.

Profilaktyka odleżynowa polega głównie na minimalizowaniu ryzyka poprzez odpowiednią pielęgnację, np. stosowanie materacy przeciwoleżynowych, częstą zmianę pozycji osób niesprawnych ruchowo, masaże, pie-

lęgnację ciała (mycie, preparaty pielęgnacyjne), używanie odzieży i pościeli z miękkich tkanin. Bardzo ważnym elementem profilaktyki jest też dieta zawierająca pełnowartościowe białko oraz dobrze zbilansowana pod kątem dostarczanej energii.

Dieta osób z odleżynami powinna dostarczać odpowiednich ilości białka w celu dostarczenia budulca do regeneracji uszkodzonych tkanek.

Źródłem tego składnika są jaja, produkty mleczne, chude mięsa, ryby. Wśród aminokwasów ważnych w kontekście profilaktyki odleżynowej na szczególną uwagę zasługuje arginina, która bierze udział m.in. w syntezie kolagenu i powoduje rozszerzanie naczyń krwionośnych, przyspieszając tym samym proces gojenia się ran. Źródłem argininy są produkty bogate w białka: mięso, drób, ryby i owoce morza, jaja oraz soczewica, soja, szpinak, nasiona i orzechy, produkty zbożowe pełnoziarniste. U osób z już istniejącymi odleżynami należy dodatkowo czasowo zwiększyć ilość białka do momentu zagojenia się ran.

Drugim priorytetem diety przeciwodleżynowej jest dostarczenie odpowiedniej do potrzeb ilości energii



z diety tak, aby zapobiegać niedożywieniu, a jednocześnie nie powodować wzrostu masy ciała, co utrudnia pielęgnację i zwiększa ryzyko wystąpienia odleżyn. W tym celu chorzy powinni otrzymywać 4-5 dobrze skomponowanych posiłków. Co ważne, jedzenie dużych ilości żywności o niskiej wartości odżywczej nie gwarantuje prawidłowego odżywienia organizmu. Podstawą dobrze zbilansowanej diety jest różnorodność produktów i potraw. Dlatego komponując posiłki dla osób narażonych na ryzyko wystąpienia odleżyn, dobrze jest sięgać po wszystkie grupy produktów spożywczych: warzywa i owoce, ziemniaki, produkty zbożowe, chude mięsa, ryby i jaja. Należy również zadbać, aby osoby z grupy ryzyka spożywały posiłki przygotowane w sposób „lekki” – gotowane, gotowane na parze lub pieczone bez tłuszczu. W ich diecie unikać należy podawania potraw ostro przyprawionych, ciężkostrawnych, wzdymających, ponadto: kawy, mocnej herbaty czy alkoholu, jak również produktów marynowanych. Do minimum należy ograniczyć sól, tłuszcze nasycone, zwłaszcza pochodzące z wyrobów cukierniczych, pieczywa cukierniczego oraz żywności typu fast food.

Mówiąc o prawidłowym żywieniu, trzeba pamiętać o przyjmowaniu odpowiedniej ilości płynów. Osoby zagrożone ryzykiem wystąpienia odleżyn powinny wypijać około 2 litry wody dziennie, gdyż odwodnienie jest jednym z czynników sprzyjających tworzeniu się odleżyn.

Do szczególnie ważnych składników odżywczych w profilaktyce odleżyn i ich leczeniu, oprócz białka należą:

- ▶ **witamina A** – jest silnym antyoksydantem – chroni komórki przed szkodliwym działaniem wolnych rodników (wątroba, tran, żółtko jaja, tłuste

Zapobieganie złemu stanowi odżywienia pacjentów jest jednym z priorytetów opieki długoterminowej nie tylko w kontekście profilaktyki odleżyn.

mleko; prowitamina A – β -karoten: pomarańczowe, zielone i żółte warzywa i owoce: marchew, szpinak, dynia, itp.),

- ▶ **witamina C** – przyspiesza gojenie się ran, jest silnym antyoksydantem, jej obecność zwiększa wchłanianie żelaza z diety (świeże warzywa i owoce: cytrusy, papryka, pietruszka, zielone warzywa liściaste, kiwi, truskawki),
- ▶ **witamina E** – jest silnym antyoksydantem, wzmacnia odporność, przyspiesza gojenie się ran (oleje roślinne, orzechy, kiełki),
- ▶ **witamina B2** – bierze udział w powstawaniu czerwonych krwinek oraz komórek odpornościowych, wzmacnia działanie przeciwutleniaczy (mleko i przetwory, mięso, pieczywo razowe, groch, fasola),
- ▶ **cynek** – przyspiesza gojenie ran, bierze udział w tworzeniu krwinek czerwonych i oddychaniu tkankowym (produkty zbożowe, orzechy, nasiona, mięso, ryby, owoce morza, wątroba),
- ▶ **selen** – wzmacnia pracę układu odpornościowego (ryby i owoce morza, produkty zbożowe, drożdże, cebula, czosnek),
- ▶ **żelazo** – niezbędne do prawidłowego wzrostu i regeneracji tkanek, jest składnikiem hemoglobiny transportującej tlen w organizmie, stymuluje układ odpornościowy (wątroba, mięso, produkty zbożowe, suche nasiona roślin strączkowe, natka pietruszki, burak),
- ▶ **kwasy tłuszczowe omega-3** – mają zdolność wygaszania stanów zapalnych w organizmie, zwiększają naturalną

odporność organizmu (ryby morskie, olej lniany, nasiona lnu).

W określonych przypadkach może wystąpić konieczność żywienia dojelitowego specjalnymi preparatami. Tyczy się to zwłaszcza osób, u których występują zaburzenia łykania (osoby starsze, z depresją) czy problemy z połykaniem. Jednak tak długo, jak to możliwe, należy utrzymywać karmienie drogą doustną.

Zapobieganie złemu stanowi odżywienia pacjentów jest jednym z priorytetów opieki długoterminowej nie tylko w kontekście profilaktyki odleżyn.

Proces gojenia ran jest długotrwały i złożony, a niedożywienie będzie go wydłużać ze względu na niedobór substratów do odbudowy tkanek oraz zwiększone ryzyko wystąpienia infekcji na skutek obniżonej odporności. Z drugiej strony nadwaga czy otyłość wiąże się z utrudnioną pielęgnacją i wzrostem ryzyka wystąpienia odleżyn. Warto więc zadbać o zrównoważone i różnorodne żywienie osób narażonych na wystąpienie tych dolegliwości. ■

Literatura:

- Kupiec G. Profilaktyka przeciwoleżynowa. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin, Piekary Śląskie 2009.
- Rosińczuk-Tonderys J., Uchmanowicz I., Arendarczyk M. Profilaktyka i leczenie odleżyn, Wrocław 2005.
- Łuczak J., Sopata M., Odleżyny – profilaktyka i leczenie. Przewodnik Lekarza 2001, 4, 7, 120-126.



Zakażenia skóry i tkanek miękkich u rezydentów opieki długoterminowej

DR HAB. N. BIOL. JADWIGA WÓJKOWSKA-MACH

Katedra Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Starzenie się społeczeństw, związane ze wzrostem ogólnej liczby i udziału starszej ludności w populacji, wiąże się jednocześnie ze wzrostem zapotrzebowania na usługi zdrowotne i opiekuńcze.

Trudno w chwili obecnej ocenić, czy ta forma opieki jest problemem i obciążeniem dla całego systemu opieki zdrowotnej i jak znaczny jest to problem. Natomiast można z całą pewnością stwierdzić, że z roku na rok tego rodzaju opieki i nadzoru wymagać będzie coraz większa grupa osób starszych. W Polsce, zgodnie z danymi GUS z 2011 roku, wskaźnik udziału ludności w wieku ponad 65 lat wyniósł 13,5%, a w 2035 roku będzie to już prawie 25%. Szacuje się, że 15–25% osób po 65. roku życia będzie wymagało instytucjonalnej opieki długoterminowej (ang. Long-Term Care Facilities, LTCF) i/lub pomocy społecznej.

Istnieje wiele czynników sprzyjających występowaniu trudnych do leczenia zakażeń wśród pensjonariuszy LTCF. Należą do nich czynniki indywidualne oraz instytucjonalne.

Czynniki indywidualne są przypisywane głównie osłabieniu odporności i odpowiedzi immunologicznej, zależne od starzenia się układu immunologicznego, skojarzone z fenotypowymi i funkcjonalnymi zmianami w limfocytach T: zmiany te nie ma-

ją zbyt użego klinicznego znaczenia u zdrowych osób starszych. Tym samym osłabienie systemu immunologicznego u starszych pensjonariuszy LTCF ma charakter głównie wtórny związany z niedożywieniem, z wieloma chorobami przewlekłymi, z przyjmowaniem dużej liczby leków, w tym także obniżających odporność gospodarza (np. immunosupresyjnych). Ponadto, u starszych pensjonariuszy często występują zaburzenia sprawności fizycznej czy poznawczej, które mogą powodować ograniczenia w stosowaniu się do podstawowych wymogów sanitarnych (takich jak higiena rąk czy higiena osobista). U wielu chorych, zwłaszcza leżących, obserwuje się atypowy obraz zakażeń, co utrudnia i opóźnia ustalenie właściwego rozpoznania. Często też stwierdza się brak kontroli czynności fizjologicznych, co znacząco zwiększa ryzyko zakażeń skóry i powoduje, że częściej stosuje się u takich chorych leki przeciwdrobnoustrojowe.

Czynniki instytucjonalne związane są z nadmiernym stosowaniem środków antybakteryjnych, ze skażeniem środowiska LTCF drobnoustrojami

opornymi na leczenie czy z nierealizowaniem kalendarza szczepień nieobowiązkowych. Na zachorowalność na zakażenia w LTCF mają wpływ także: rotacja personelu pielęgniarskiego, poziom zatrudnienia, udział wśród pensjonariuszy osób wypisywanych ze szpitali z zakażeniem, intensywność wizyt rodziny oraz natężenie stosowania bardziej inwazyjnych procedur medycznych.

Zakażenia skóry i tkanek miękkich, zdarzają się w Polsce niestety często. W badaniu chorobowości w Małopolsce, w 2010 roku stwierdzono ich chorobowość – ryzyko, że pensjonariusz ma takie zakażenie w dniu odwiedzin – na poziomie 8,8%.

Z jakimi zakażeniami skóry mamy zazwyczaj do czynienia? Są to przede wszystkim rany przewlekłe, takie jak owrzodzenia podudzi, odleżyny i inne. Rzadko są to zakażenia związane z przerwaniem ciągłości skóry czy słuzówek. Zakażenia skóry spowodowane są zazwyczaj przez paciorkowce grupy A (GAS) lub szczepy gronkowca złocistego. Zakażenie wywołane przez GAS może się stać, niestety, przyczyną epi-

demii zakażeń skóry i tkanek podskórnych, zapalenia gardła, zapalenia płuc czy zakażeń krwi (sepsa). Znacznym problemem dla personelu LTCF może się okazać występowanie zarażeń innego typu, a wśród tych innych najczęściej obserwowane są ektopasożyty: świerzb.

Częstość występowania **odleżyn** wśród pensjonariuszy LTCF szacowana jest na świecie na około 20%, chociaż w badaniach realizowanych w ostatnich latach w Małopolsce oceniono ich obecność w badaniu chorobowości na 2,2%. Zakażone zmiany obejmują głębokie warstwy tkanek miękkich, często wiążą się z zapaleniem kości i szpiku i zwiększają ryzyko zgonu (śmiertelność sięga nawet 50% przy wtórnym zakażeniu bakteryjnym). Leczenie w takich sytuacjach jest kosztowne i wymaga zaangażowania wieloprofilowego zespołu terapeutycznego pielęgniarek, lekarzy geriatrów, specjalistów chorób zakaźnych, chirurgów, a także intensywnej rehabilitacji. Do czynników predysponujących do rozwoju odleżyn należą: unieruchomienie, ucisk, złamania, przerwanie ciągłości skóry, narażenie skóry na wilgoć z jej maceracją, nietrzymanie moczu i/lub stolca, sterydoterapia, niedoży-

Istnieje wiele czynników sprzyjających występowaniu trudnych do leczenia zakażeń wśród pensjonariuszy LTCF. Należą do nich czynniki indywidualne oraz instytucjonalne.

wienie i obecność zakażeń. I co nie mniej ważne: obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego ma także znaczenie dla zwiększenia ryzyka występowania odleżyn.

Zapobieganie odleżynom obejmuje:

- ▶ opracowanie systemu regularnych i częstych zmian pozycji ciała leżącego pacjenta,

- ▶ stosowanie metod zmniejszających działania sił nacisku i sił ścinających,
- ▶ utrzymywanie suchości skóry (częsta zmiana pieluchomajtek),
- ▶ poprawa stanu ogólnego chorych przez wpływ na stan odżywienia,
- ▶ leczenie zakażeń,
- ▶ optymalne leczenie schorzeń współistniejących.

W celu zmniejszenia i rozłożenia nacisku na skórę w miejscach wyniosłości kostnych można stosować różne metody, takie jak specjalne materace przeciwoodleżynowe, regulowane łóżka rehabilitacyjne czy piankowe ochraniacze. W początkowych stadiach leczenia odleżyn dostępne są różnorodne opatrunki przyczyniające się do ochrony skóry, takie jak:





błony poliuretanowe, hydrokoloidy, hydrożele, gąbki poliuretanowe, dekstranometry, opatrunki alginianowe czy opatrunki złożone. Coraz częściej stosowana jest także terapia z podciśnieniem.

Użyteczne dla wykrywania i monitorowania odleżyn oraz prawidłowości leczenia jest prowadzenie karty odleżynowej. Nadzór nad zakażeniami obejmuje także higienę rąk oraz stosowanie rękawiczek ochronnych. **Wszystkie rany odleżynowe są skolonizowane bakteriami, dlatego przy braku klinicznych objawów i symptomów zakażenia nie należy stosować antybiotyków.** W razie obecności cech zakażenia rany odleżynowej (zakażenia skóry, zakażenie kości, sepsa) konieczne staje się podawanie antybiotyków o szerokim spektrum drogą parenteralną oraz chirurgiczne opracowanie ran w warunkach szpitalnych.

Świerzb jest chorobą zakaźną skóry powodowaną przez roztocze. Zmiany są zazwyczaj bardzo swędzące, podobne do zadrapań, z towarzyszącym rumie-

niem i otarciami, umiejscowione u leżących rezydentów w okolicach pach, talii, pośladków i krocza oraz przede wszystkim fałdów skórnych, np. na brzuchu, a u osób z nietrzymaniem moczu – tam gdzie skóra jest drażniona: na brzuchu czy w pachwinach. Wbrew oczekiwaniom – u osoby niesamodzielnej, leżącej, wymagającej pomocy przy wszystkich czynnościach – zmiany nie pojawiają się w przestrzeniach międzypalcowych czy nadgarstków, bo u chorych w gorszym stanie ogólnym objawy typowe mogą nie występować, co może się przyczyniać do rozwoju dużych i długotrwałych epidemii w LTCF. W przypadku podejrzenia świerzbu należy pobrać do badania mikrobiologicznego zeszkobinę

z miejsca chorobowo zmienionego oraz dokładnie obejrzeć skórę rezydenta: tj. ocenić obecność tzw. nor świerzbowca w warstwie rogowej naskórka oraz charakterystycznych linii po drapaniu (prze-czosy).

Udokumentowany przypadek świerzbu wymaga podjęcia natychmiastowych poszukiwań przypadków wtórnych. Leczenie zazwyczaj wymaga powtórzenia i – co ważniejsze – koordynacji w obrębie oddziału czy całej jednostki dla poszukiwania wtórnych przypadków zarażenia (inni pensjonariusze LTCF, personel, rodziny) w celu ich leczenia. Ponieważ świerzb może być przenoszony na pościeli i ubraniach, również środowisko pacjenta powinno być starannie oczyszczone (odkurzenie dywanów i mebli tapicerowanych, oczyszczenie powierzchni innych mebli, pranie w gorącej wodzie i maglowanie/prasowanie rzeczy nadających się do prania, np. ubrań, pościeli, ręczników). Wszystkie środki zewnętrzne (maści, pasty, kremy, emulsje) stosowane wcześniej należy usunąć jako potencjalne źródło przetrwania jaj pasożyta.

Ryzyko obecności wśród pacjentów bądź pensjonariuszy osób z objawami zakażenia/zarażenia skóry i tkanek miękkich wymaga od lokalnego zespołu kontroli zakażeń szczególnej troski nad stanem epidemiologicznym jednostki. Wśród najważniejszych elementów strategii każdego zespołu jest:

- ▶ intensywna edukacja personelu, rezydentów i ich rodzin (odwiedzających) w zakresie higieny rąk,
- ▶ rejestr osób z opisywanymi objawami,
- ▶ szczególna higiena osobista chorych tej grupy,
- ▶ stosowanie środków ochrony osobistej personelu opiekującego się chorymi,
- ▶ higiena środowiska nieożywionego, izolacja kontaktowa,
- ▶ nadzór mikrobiologiczny nad zakażeniami,
- ▶ nadzór nad gospodarką odpadami medycznymi. ■

Więcej na temat nadzoru nad zakażeniami: Wójkowska-Mach J., Barbara Gryglewska B., Różańska A., Bulanda M. Zasady profilaktyki i nadzoru nad zakażeniami w zakładach opieki długoterminowej. Med. Praktyczna **mp.pl**
<http://infekcje.mp.pl/wytyczne/show.html?id=93321>

Czy konflikt na pewno jest zły?

Twórcze rozwiązywanie sporów

MAGDALENA KORCZYK-WASZAK

Trenerka, coach i mentor organizacji rozwijających się

Niekontrolowany konflikt jest bardzo częstym, choć niedocenianym źródłem słabości wielu organizacji. Napięcia w stosunkach i zła komunikacja między członkami zespołu (kadrą zarządzającą, pracownikami średniego szczebla, wolontariuszami) są przyczyną spadku wydajności i jakości pracy. Najbardziej doskwierają stronom uwikłanym w konflikt.

Jednak zespoły, które uważają, że nie mają wewnętrznych konfliktów – albo naprawdę ich nie dostrzegają, albo świadomie udają, nie nazywając spraw po imieniu. Konflikty i problemy są bowiem stałym elementem funkcjonowania grup, również pracowniczych. Nasilając się, powodują występowanie negatywnych zjawisk, takich jak: obniżenie motywacji do pracy, absencje i sabotaż decyzji, osłabioną jakość wykonywanych zadań, zły wizerunek placówki, utratę czasu, odpływ wykwalifikowanych ludzi.

Gdzie i dlaczego występują konflikty?

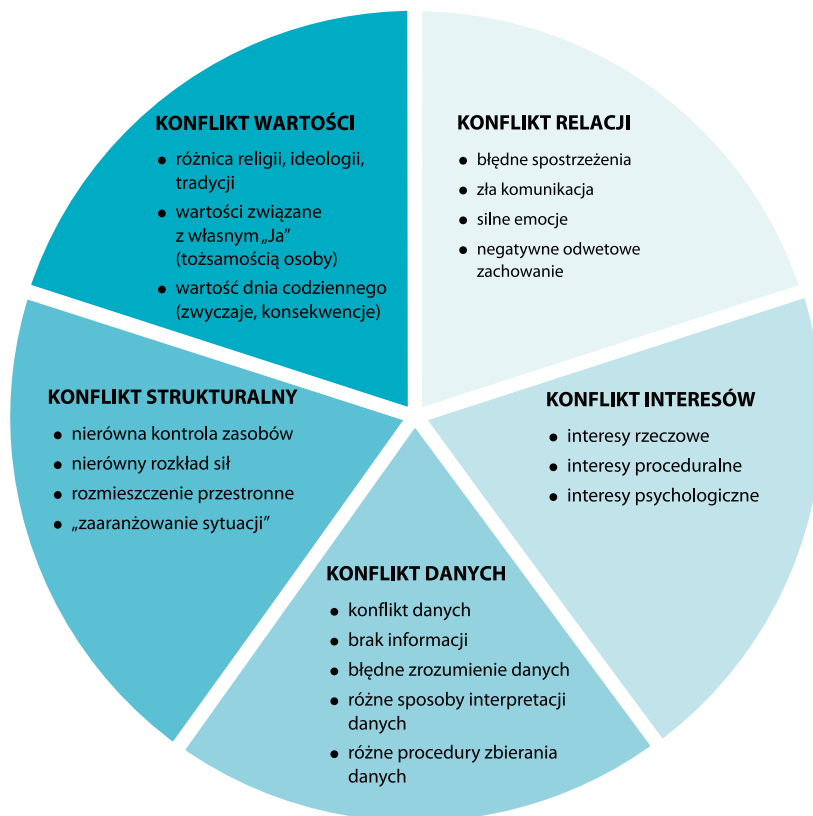
Konflikty obecne są na wszystkich szczeblach funkcjonowania organizacji; zarówno w zarządzie, jak i pomiędzy poszczególnymi działami, komórkami. Każde z tych środowisk można potraktować jako zespół. Nie rozwiązane nieporozumienia na tym poziomie skutkują największą destrukcją, obniżeniem morale w całej placówce, co w efekcie przynosi obniżenie jakości pracy na całym jej obszarze.

Konflikty to zatory efektywnej pracy, rany, które pozostają na długo w pamięci i ognisko zapalne codziennych stresów. Ich źródła i płaszczyzny obrazuje schemat na stronie 26.

Konflikt danych pojawia się, kiedy strony nie dysponują niezbędnymi danymi, mają różne informacje lub odmiennie je interpretują. Zaostrzenie konfliktu może nastąpić w przypadku oskarżeń którejś strony o zatajenie danych, manipulacje informacjami, celowe wprowadzanie w błąd. Pracownik pionu administracyjnego wysłał przypomnienie do praktykanta o bezwzględnym terminie dostarczenia wymaganych dokumentów uprawniających do zaliczenia stażu. Dział administracyjny pracuje w godz. 7-15. Student pojawił się w placówce w wyznaczonym dniu, jednak o godz. 17.00.

Konflikt relacji związany jest z silnymi, trudnymi emocjami przeżywanymi w relacji z daną osobą. Może pojawiać nawet wówczas, gdy nie ma obiektywnych powodów do konfliktu, a przyczyną mogą być stereotypy i zła komunikacja. Opiekunka z długim sta-





żem pracy nie wspiera młodszych koleżanek po fachu i w rozmowie z dyrektorką placówki podkreśla ich niekompetencje.

Konflikt wartości wynika z różnych światopoglądów, odmiennych systemów wartości, z różnicy zasad i wartości wobec codziennych czynności (stosunek do pracy i etyka zawodu). Do zgranego zespołu pielęgniarskiego dołącza nowa osoba, która ma lekceważący stosunek do pracy i dodatkowo negatywnie ocenia zaangażowanie pozostałych członków zespołu.

Konflikt strukturalny wynika ze struktury sytuacji tj.: ograniczonych zasobów, struktury organizacji (np. niejasno określone kompetencje w odniesieniu do poszczególnych stanowisk), pełnionych ról, ograniczeń czasowych. Ten typ jest właściwie niezależny od ludzi; przyczyna nie leży w trudnych charakterach czy złej komunikacji (choć może), ale w braku potencjału organizacji. Z okazji Świąt Bożego Narodzenia zespół terapeutów przygotował dla pacjentów okolicznościowe przedstawienie. W tym samym terminie kierownictwo zaplanowało świąteczne przyjęcie dla sponsorów. Placówka dysponuje jedną salą.

Konflikt interesów jest związany z niemożnością realizacji potrzeb, osiągnięcia celów, swoistych interesów (rzeczowych: pieniądze, czas, podział pracy; proceduralnych: sposób prowadzenia rozmów; psychologicznych: poczucie bezpieczeństwa, godności). Dwie pracownice o tożsamych kompetencjach, zatrudnione na równoważnym stanowisku, wymiarze pracy otrzymują różne wynagrodzenia.

Często, jako zespół ludzi pracujących na jednym oddziale, musimy w sytuacji terminów, kontroli, walczyć z piętrzącymi się zobowiązaniami, nagłymi wypadkami, codziennymi problemami. Przez nieuwagę i stres ktoś może popełnić błąd, który utrudni czy uniemożliwi pracę innej osobie, np. w dobrej intencji, lecz bez rozważenia wejdzie w czyjeś kompetencje, czegoś zapomni. Świadomość tego, że to normalne zjawisko, które towarzyszy ciężkiej pracy, wyrozumiałość dla ludzkich błędów może uwolnić nas od dodatkowego napięcia.

Czasem pojawiające się konflikty spełniają ważną rolę sygnalizatora, że coś jest nie w porządku wewnątrz grupy pracowników. Umożliwiają zauważenie niepożądanego stanu i przeciw-

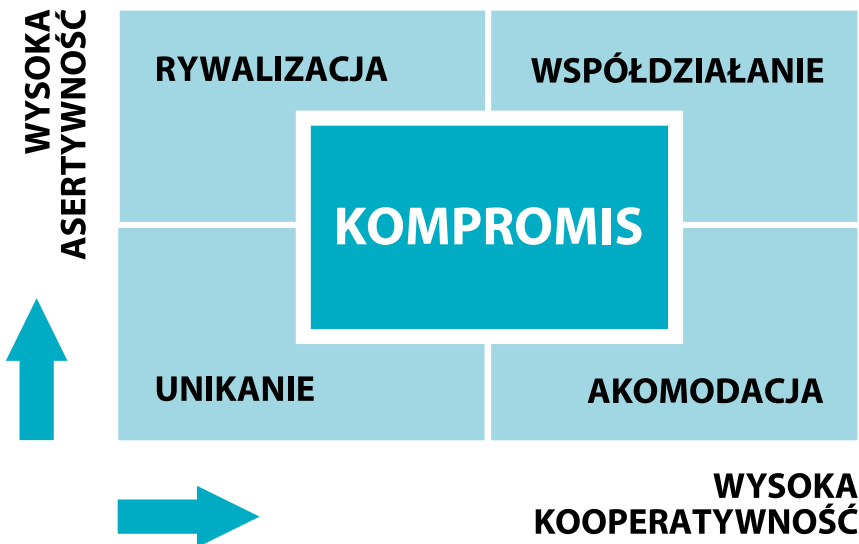
działanie mu. Jeśli spojrzymy z otwartością na konflikt, docenimy jego dobroczynną rolę, możemy potraktować go jako płaszczyznę do rozwoju organizacji. Konflikty ujawniają się również w sytuacji zmiany ról w zespole, awansu kolegi, z którym dotychczas pracowaliśmy na równorzędnych stanowiskach. Bieżące i konstruktywne rozwiązywanie sporów oczyszcza atmosferę i pozwala zespołowi iść naprzód. W grupie, gdzie są zdrowe relacje, otwarta komunikacja, dojrzałość członków grupy, osoby, które spowodowały trudną sytuację, otrzymują informację zwrotną, co pozwala na dyskusję, naprawę błędów i przejście do normalnych kontaktów bez żywienia urazy. W grupach, w których brak jest empatii, zaufania, zadry z czasem przechodzą w formę agresji objawiającej się w takich zachowaniach jak: plotki, obmawianie, drobne złośliwości, a w końcu wzajemne utrudnianie sobie działań.

Co się zdarzy, gdy nie ujawnimy konfliktów w zespole?

Z pozoru sytuacja wygląda normalnie, ale pod powierzchnią codziennych relacji drzemią skrywane żale i wzajemna złość. Członkowie zespołu nie mówią wprost, że coś im się nie podoba, nie komunikują, co im przeszkadza albo drażni w zachowaniu innych. Dużym błędem jest to, że ludzie liczą, iż ktoś sam zauważy swoje uchybienie i je naprawi. Blokadą jest również brak tradycji mówienia sobie niemiłych rzeczy i pozostawanie w – na pozór – sielankowej atmosferze. Związane jest to z brakiem zasad i norm, co często powoduje egoistyczną postawę działania według i dla własnej wygody. Niektórzy wolą przyjmować też rolę ofiary, pozwalać innym na łamanie swoich praw i przekraczanie granic w sposób otwarty (mobbing) lub ukryty („niewinne” żarciki). Gdy napięcie stanie się nie do zniesienia, wystarczy „iskra”, żeby w najmniej właściwym momencie wybuchł pożar emocji, których źródło leży gdzie indziej.

Jak reagujemy na konflikt?

Sytuacje, w których czujemy się zagrożeni, powodują pojawianie się w nas gwałtownych emocji, takich jak złość, strach, żal, bezradność. One z kolei wywołują raptowne reakcje (ucieczka bądź



atak), które często nie mają realnych podstaw, są jedynie naszym wyobrażeniem lub projekcją zdarzeń przeszłych.

Niektórzy w sytuacji konfliktu mają tendencję do przyjmowania roli wyroczni i wygłaszania werdyktów, niestety często zanim zbadają sprawę i poznają problem. Inni natomiast wybierają strategię strusia, uważając, że konflikt sam się rozwiąże. To oczywiście – nie rozwiąże się sam. Na dłuższą metę, zarówno metoda arbitralnych wyroków, jak i strategia unikania nie sprawdzają się. Ponieważ konflikty wynikają najczęściej z wadliwej komunikacji międzyludzkiej, tylko poprzez jej uleczenie można rozwiązywać je w konstruktywny sposób.

To jak zareagujemy w sytuacji konfliktu, zależy w dużej mierze od naszej postawy życiowej, definicji świata jako przyjaznego bądź wrogiego, naszych urażonych ambicji i zaburzeń w poczuciu wartości. Powyższy wykres przedstawia typowe strategie rozwiązywania konfliktów (test Thomasa – Kilmana) w oparciu o postawę asertywną i nastawienie do współpracy z innymi. Przedstawiony model jest prze-

strzenią, w której można umieścić każdego człowieka w zależności od tego, jaką strategię relacyjną przyjmie w sytuacji konfliktu.

Reakcja rywalizacji (konkurowania) – osoba taka traktuje konflikt z pozycji siły, jako grę do wygrania; skupiona jest na swoich korzyściach i nie zamierza współpracować z innymi. W wyniku konfliktu mamy zatem zwycięzcę i pokonanego.

Reakcja współdziałania (współpracy) – u osoby z takim nastawieniem istnieje wola zaakceptowania celów drugiej strony bez rezygnacji z własnych. Obie strony w konflikcie szukają rozwiązania problemu, które usatysfakcjonuje wszystkich zaangażowanych w spór.

Reakcja akomodacyjna (dostosowanie się) – strona konfliktu jest nastawiona na utrzymanie dobrych relacji z innymi za wszelką cenę. Ceniąc ponad wszystko współpracę, jest gotowa rekonstruować własne cele, by uwzględnić interesy drugiej strony. Jej postawa nie jest jednak wynikiem zaakceptowania poglądów drugiej strony.

Reakcja unikania – ludzie o niskiej potrzebie współdziałania i małej asertywności, którzy mają tendencję do unikania i wycofywania się z sytuacji konfliktowych. Często po prostu ignorują istnienie konfliktu.

Reakcja kompromisu – sytuacja, w której każda ze stron może coś wygrać, ale może też stracić. Charakteryzuje się większą gotowością do rezygnowania z niektórych swoich interesów i zrozumieniem dla celów innych.

W jaki sposób twórczo rozwiązać konflikt w zespole?

Zasady, o których warto pamiętać:

- ▶ Ludzie są różni, a to powoduje, że konfliktów nie można uniknąć. Jeśli uznasz fakt, że każdy ma prawo do swoich indywidualnych potrzeb, gustów i preferencji, konflikt będzie przebiegał w sposób uczciwy i godny oraz ma szansę na szczęśliwy koniec.
- ▶ Potrzeby każdego z nas są równie ważne. Często uważamy, że nasze chęci i pragnienia są najważniejsze. To prowadzi do kłótni i braku rozwiązania problemu. Kiedy uznasz motywy innych jako równie ważne co Twoje, efekt będzie widoczny.
- ▶ Każdy może wygrać. Jeśli będzie przyświecać Ci taka filozofia, nagle może się okazać, że to, co do tej po-



Nieemożność rozwiązania konfliktu zazwyczaj leży w problemach z komunikacją. Warto więc, niezależnie od poziomu trudności i zawłości sprawy, dążyć do prób porozumienia. Pracuj nad świadomością swoich emocji i naucz się wyrażać tak, by nie krzywdzić innych.

ry było nierozwiązywalne, w gruncie rzeczy jest błahostką.

- ▶ Nieemożność rozwiązania konfliktu zazwyczaj leży w problemach z komunikacją. Warto więc, niezależnie od poziomu trudności i zawłości sprawy, dążyć do prób porozumienia. Pracuj nad świadomością swoich emocji i naucz się wyrażać tak, by nie krzywdzić innych.
- ▶ Kreatywne podejście do rozwiązywania sporów polega na odejściu od przyjmowanych założeń i skoncentrowaniu się na zadawaniu pytań, co chcemy zmienić?
- ▶ Postawa otwartości zakłada, że „wina” leży w 50% po naszej stronie.

Jak krok po kroku zbudować porozumienie?

Krok 1 – Zastanów się, co jest przedmiotem konfliktu, kto jest w niego zaangażowany? Skup się na Twojej postawie: myślach, uczuciach, zachowaniu, po to by potem zakomunikować to innym. Pomyśl, jakiej zmiany pragniesz i czego oczekujesz od drugiej strony?

Krok 2 – Nawiąż kontakt z drugą stroną, mimo że nie będzie to łatwe (lęk przed konfrontacją). Zaproponuj spotkanie, którego celem jest wzajemne przedstawienie stanowisk, a nie walka o zwycięstwo. Nadrzędna ideą jest dialog i trwałość relacji. Po uzyskaniu zgody wspólnie ustalacie miejsce spotkania, czas, przygotujcie warunki sprzyjające rozmowie.

Krok 3 – Zarezerwujcie sobie odpowiednią przestrzeń i ilość czasu, którą poświęćcie na rozmowę. Warto ustalić zasady, które pozwolą, mimo potencjalnej dużej dawki emocji, „przepracować” problem i pójść naprzód.

Krok 4 – Na początku rozmowy otwarcie opowiedz o faktach, swoich uczuciach i potrzebach w związku z konfliktem. Zaprosz drugą stronę do dialogu i podzielenia się tym samym. Potem razem przeanalizujcie konflikt i jego konsekwencje dla Was, zespołu i organizacji. Znajdźcie wspólne i rozbieżne interesy, poszukajcie możliwych rozwiązań.

Ważne! Pilnujcie wcześniej ustalonych zasad i nie odbiegania od tematu.

Krok 5 – Zdecydujcie, jakie rozwiązanie jest na dziś dla Was najlepsze. Dokonajcie wyboru. Zapiszcie wspólne ustalenia i zobowiązania oraz sposoby realizacji Waszych postanowień. Wyjdźcie ze sporu.

Jeśli jeszcze nigdy nie próbowaliście w ten sposób działać, zaufajcie sobie i innym i eksperymentujcie. Efekt może Was zaskoczyć. Jeśli jednak się nie uda... będziecie mieć jedno cenne doświadczenie więcej. ■

Literatura:

1. Edelmann R.J. Konflikty w pracy, Gdańsk 2002.
2. Chełpa S., Witkowski T. Psychologia konfliktów. Praktyka radzenia sobie ze sporami Warszawa 1995.
2. Yokoyama J., Michelli J. Kiedy ryby latają. Jak stworzyć energiczne środowisko pracy Łódź 2007.



Opieka długoterminowa w ramach świadczeń współfinansowanych przez NFZ

MARIOLA RYBKA

Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Wzrost liczby osób w wieku podeszłym oraz postęp w medycynie postawił współczesne społeczeństwo wobec problemów wynikających z niepełnosprawności i wielochorobowości, które są znamienne dla osób w wieku podeszłym.

Intensywny rozwój opieki medycznej wpłynął na obniżenie poziomu śmiertelności, a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne stały się chorobami przewlekłymi. Choroba przewlekła jest źródłem pogorszenia się jakości życia. Przejawia się ograniczeniem codziennej aktywności, obniżonym poziomem adaptacji do funkcjonowania w warunkach ciągłych zmian socjoekonomicznych. Jest ona powiązana z bólem, uciążliwym leczeniem, pogorszeniem stanu psychicznego oraz uzależnieniem od osób trzecich. W tym kontekście pojawia się konieczność oceny efektów opieki, pielęgnacji i leczenia, które wpływają na poprawę jakości życia.

Stan zdrowia osób w wieku podeszłym uzależniony jest w znacznym stopniu od stylu życia, dostępności do usług medyczno-rehabilitacyjnych, czynników ekonomicznych, socjalnych. Wskaźniki demograficzne dotyczące osób będących w wieku podeszłym są wprost proporcjonalne do zjawiska polipatologii. Wiele schorzeń równolegle na siebie zachodzących, a odnoszących się do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych wza-

jemnie się zająbia. Najczęściej dotyczy to chorób układu sercowo-naczyniowego (75% populacji), układu ruchu (68%), oddechowego (46%), pokarmowego (34%), zaburzeń pamięci, zaburzeń równowagi, znacznego pogorszenia funkcji narządu wzroku i słuchu.

Wraz z wiekiem oraz postępującą inwolucją starczą znacznemu obniżeniu ulega sprawność funkcjonalna osób w wieku podeszłym. Konsekwencją tego jest wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu specjalistycznej opieki i pielęgnacji. **Zasadniczym celem podejmowanych działań pielęgnacyjnych wobec osób w wieku podeszłym jest wdrażanie edukacji z zakresu samoopieki oraz samopielęgnacji w zakresie powstałych deficytów oraz udzielanie wsparcia warunkującego zachowanie zdrowia.**

W ostatnim półwieczu dokonały się istotne zmiany w strukturze demograficznej ludności. Aktualna sytuacja społeczno-demograficzna Polski osiągnęła tzw. stan zaawansowanej starości demograficznej. Społeczeństwo senioralne boryka się z wieloma problemami,

m.in. ekonomicznymi – niskie emerytury, zdrowotnymi – wielochorobowość, społecznymi – samotność. Są to jedne z podstawowych determinantów wskaźujących na ilościowe i jakościowe zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. Zjawisko to stanowi swoiste wyzwanie dla decydentów kreujących politykę zdrowotną. Ważnym czynnikiem, który wskazuje na wszechstronne zapotrzebowanie na tego typu opiekę są deficyty w zakresie zdrowia i funkcjonowania wynikające z powstałej niepełnosprawności i wielochorobowości. Postęp cywilizacji, rozwój nauk medycznych z jednej strony zmierza do utrzymania życia chronionego konstytucjonalnie, jak również jego dobrostanu oraz sprawności tak długo, jak to jest możliwe; z drugiej natomiast – prowadzi do zwiększenia się grupy ludzi niepełnosprawnych, przewlekle chorych, wymagających stałej profesjonalnej opieki pielęgniarstwa. Głównym kryterium wskaźującym zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w ramach kontraktu z NFZ są deficyty w zakresie samodzielności określane za pomocą skali Barthel oraz stan zdrowia. Nieodzownym ele-



Zasadniczym celem podejmowanych działań pielęgnacyjnych wobec osób w wieku podeszłym jest wdrażanie edukacji z zakresu samoopieki oraz samopielęgnacji w zakresie powstałych deficytów oraz udzielanie wsparcia warunkującego zachowanie zdrowia.

mentem społeczeństwa starzejącego się jest wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe prowadzące do niepełnosprawności. Największe zagrożenie stanowią między innymi choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca, schorzenia układu ruchu.

Konstytucja RP gwarantuje każdemu obywatelowi Polski równy dostęp do świadczeń zdrowotnych i społecznych. Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych stanowi: „obywatele polscy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, przez podejmowanie działań mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnację oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie”.

Opieka długoterminowa dotyczy dwóch obszarów: ochrony zdrowia i po-

mocy społecznej. Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej są realizowane przez profesjonalistów (pielęgniarki, lekarzy, terapeutów, rehabilitantów, pracowników społecznych), ale również przez opiekunów nieformalnych (znajomych, członków rodziny, przyjaciół, wolontariuszy). Ustawa o pomocy społecznej reguluje kwestie dotyczące zakresu świadczeń i dostępności do opieki stacjonarnej w domach pomocy społecznej i w ośrodkach wsparcia oraz do opieki domowej w postaci usług opiekuńczych. Ustawa o działalności leczniczej wskazuje, iż świadczenia z zakresu opieki długoterminowej są określone jako stacjonarne całodobowe świadczenia inne niż szpitalne obejmujące swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji. Zapewnienie produktów leczniczych i wyrobów medycznych,

pomieszczeń i żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia. Prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji do pobytu w warunkach domowych. Opieka nad pacjentem przewlekle chorym, niesamodzielnym również jest realizowana w ramach NFZ w warunkach środowiska domowego.

Celem nowoczesnej opieki długoterminowej jest podejmowanie działań, których priorytetem jest dbanie o jakość życia osób z ograniczoną zdolnością do samodzielności. Opieka długoterminowa to profesjonalna, ciągła i długookresowa pielęgnacja oraz rehabilitacja z zachowaniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Obszar tych działań przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych, unieruchomionych fizycznie, obłożnie lub przewlekle chorych, u których został zakończony proces diagnozowania i intensywnego leczenia, ale ze względu na znaczne deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji wymagają zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Kluczowym zadaniem staje się intensywna pielęgnacja, rehabilitacja.

Podstawą opieki długoterminowej jest wspomaganie osoby chorej oraz osób najbliższych w podejmowaniu wszelkich możliwych działań mających na celu jak najdłuższy lub stały pobyt osoby niepełnosprawnej, przewlekle chorej lub będącej w podeszłym wieku, w środowisku domowym, wśród najbliższych. Wdrażanie skoordynowanych działań z obszaru pomocy społecznej oraz świadczeń zdrowotnych przyczynia się do poprawy jakości usług i sprawia, że środowisko domowe stanie się bardziej przyjazne. Kompensacyjne działania podejmowane przez pielęgniarki, opiekunów i terapeutów wobec osób doświadczających przewlekłego deficytu zdrowotnego, niesamodzielnosci i niepełnosprawności mają na celu rozpoznanie tkwiących rezerw somatycznych i psychicznych oraz ich wzmocnienie.

Zadaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, jak i pielęgnacyjno-opiekuńczych jest przygotowanie pacjenta do powrotu do domu, poprzez zapewnienie ciągłości leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego oraz edukację i naukę działań samoopiekuńczych i samopielęgnacyjnych. ■

Przemoc i agresja

w pracy pielęgniarki rodzinnej w odniesieniu do osób w wieku podeszłym

HALINA BASIŃSKA-DROZD, WIESŁAWA KUJAWA, MARIA BUDNIK-SZYMONIUK
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Zachowania agresywne i przemoc są zjawiskami, z którymi pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) ma do czynienia w trakcie realizacji świadczeń zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i domowych.

Przemocy mogą doświadczać nie tylko członkowie najbliższej rodziny pacjenta – ze wskazaniem najbliższych jej członków, czyli kobiety, dzieci, osoby starsze i niepełnosprawne, ale również sami pracownicy służby zdrowia. O ile w pierwszym przypadku pielęgniarka jest świadkiem takich zachowań, o tyle w drugim jest już ich ofiarą. Bez względu na miejsce pielęgnowania w łańcuchu zachowań agresywnych nie może ona pozostać obojętna wobec tych zjawisk. Obowiązujące przepisy prawa stwarzają szerokie możliwości działania w tej materii. Od pielęgniarki POZ oczekuje się czynnego zaangażowania w problematykę przemocy i agresji oraz udziału w prewencji owej patologii.

Omawiając zagadnienia agresji i przemocy, warto rozróżnić oba te pojęcia, bowiem choć potocznie uznaje się je za tożsame, w istocie nie oznaczają tego samego. Paszkiewicz i wsp. definiują przemoc jako intencjonalne działanie lub zaniechanie działania jednej osoby wobec drugiej, które wykorzystując przewagę sił, narusza prawa i dobra osobiste jednostki, powodując cierpienia i szkody. Autorka uznała, iż to, co odróżnia przemoc od agresji, to przewaga sił. W przemocy jest po stronie sprawcy, zaś w agresji jest zrównoważona¹. Światowa Orga-

¹ W. Paszkiewicz, M. Lakowska, A. Wiechcińska, Wyprawa PoMoc. Poradnik dla osób doznających przemocy w rodzinie. Stowarzyszenie na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Stowarzyszenie Niebieska Linia. Warszawa 2008





Przemoc i agresja w odniesieniu do osób starszych może przyjmować formę aktywną pod postacią nadużyć fizycznych, psychologicznych czy seksualnych kierowanych bezpośrednio na osobę poszkodowaną.

nizacja Zdrowia WHO określa przemoc jako celowe użycie siły fizycznej lub władzy przeciw drugiemu człowiekowi, samemu sobie lub grupie ludzi, prowadzące lub stwarzające ryzyko uszkodzenia ciała, śmierci, krzywdy psychicznej, nieprawidłowego rozwoju lub ubóstwa, depresji.

Starość jest tym okresem w życiu człowieka, który poza wielochorobowością wiąże się nierzadko z obniżoną sprawnością funkcjonalną i narastającą zależnością od osób trzecich w zakresie zaspokajania potrzeb egzystencjalnych. W przypadku starszych osób pojawia się problem demencji, w znaczący sposób wpływający na procesy kognitywne, co owocuje gorszą sprawnością umysłową i spadkiem jakości społecznego funkcjonowania. Zmiany w obrębie poszczególnych układów i narządów następują stopniowo, przez wiele lat, ale proces adaptacji człowieka do tych zmian bywa zróżnicowany i indywidualny. Ze względów praktycznych można podzielić seniorów na 3 grupy:

- ▶ do końca w pełni sprawnych,
- ▶ wymagających wsparcia i asekuracji w zaspokajaniu swoich potrzeb,
- ▶ tych całkowicie zależnych od osób trzecich.

Zmiany cywilizacyjne i kulturowe, w tym zmiany dotyczące roli i miejsca osób starszych w życiu społecznym (w szczególności zjawiska związane z atrofią więzi rodzinnych, obniżenie współczynnika demograficznego, podwyższenie średniego czasu życia) sprawiły, że konieczność zapewnienia opieki tej grupie osób stanowi obecnie żywotny problem. W czasach współczesnych dominuje pęd za pracą, karierą, pieniądzem i wygodnym życiem, w czym przeszkadza niedogodność związana z obowiązkiem sprawowania opieki nad starszą i często schorowaną osobą. Narastająca frustracja, wynikająca z rezygnacji z wielu celów i pragnień, może wywoływać u opiekunów uczucie wrogości do osoby będącej powodem danego problemu. Przyczyn złego traktowania starszych i niepełnosprawnych osób jest wiele i oprócz wyżej wymienionej można tu wskazać:

- ▶ ze strony opiekuna: przepracowanie, nadmiar obowiązków, brak zrozumienia dla typowych zmian związanych ze starością, uzależnienie od alkoholu i substancji psychoaktywnych, uciążliwości wynikające z sa-

mego sprawowania opieki, stres, osamotnienie w sprawowaniu opieki,

- ▶ ze strony samego podopiecznego: zachowania prowokacyjne, agresywne i wrogie, egoizm, trudności w komunikacji czy choroby psychiczne i innego rodzaju zaburzenia psychiczne.

Przemoc i agresja w odniesieniu do osób starszych może przyjmować formę aktywną pod postacią nadużyć fizycznych, psychologicznych czy seksualnych kierowanych bezpośrednio na osobę poszkodowaną. Natomiast forma pasywna przejawiać się będzie aktami zaniedbywania pod postacią braku należytej opieki, w tym również zdrowotnej, czy lekceważeniem potrzeb podopiecznego. Takie działania mogą być zarówno rozmyślne, jak i nieświadome, a więc wynikające z braku wiedzy, umiejętności opiekuna, będące efektem choroby psychicznej opiekuna. Wśród najczęstszych metod znęcania się nad osobami starszymi wymienia się: zadawanie bólu fizycznego poprzez ciągnięcie za włosy, szarpanie, przymuszanie siłą np. do przyjmowania leków czy znęcanie psychiczne – poniżanie, obrażanie, stosowanie wyzwisk, groźby, krzyki. Należy również wspomnieć o stosowanej niekiedy przemocy materialnej². O ile przemoc fizyczna jest zazwyczaj łatwa do stwierdzenia, o tyle stosowanie przemocy psychologicznej jest niezwykle trudne do udowodnienia. Niejednokrotnie dramaty osób starszych i niepełnosprawnych odbywają się „za zamkniętymi drzwiami”, co pociąga za sobą trudność w określeniu rozmiarów, częstości i natężenia owego zjawiska. Trudności w wykrywaniu przemocy wobec starszych osób wynikają często z niskiej świadomości bycia ofiarą, braku znajomości postępowania w tym przypadku, strachu, wstydu, braku wsparcia, braku wiary w skuteczność ośrodków zajmujących się przemocą oraz z niskiego poziomu zgłaszania tego problemu³.

Osoba starsza nie zawsze występuje w pozycji tego słabszego i poszkodowanego. Może sama stać się sprawcą przemocy, kierując agresywne zachowania na najbliższe sobie otoczenie i samego siebie. O ile sytuacje z seniorem jako ofiarą są powszechnie potępiane i nagłaśniane, o tyle odwrotne przypadki są marginalizowane i uznane za nie warte nagłośnienia. Częstokroć w tym przypadku mamy do czynienia z podobnym zjawiskiem jak w przypadku mężczyzn doznających przemocy ze strony partnerek. W tym miejscu należy zaznaczyć, że o ile w warunkach instytucjonalnych wykwalifikowany personel medyczny powinien być w stanie właściwie takie zachowania zinterpretować i profesjonalnie na nie zareagować, o tyle w warunkach domowych wśród opiekunów nieformalnych mogą takie zachowania ze strony podopiecznego wywoływać reakcje odwetowe, obronne i skutkować pozostawieniem chorego bez opieki albo przyczynić się do tego, że opieka będzie sprawowana w sposób mało staranny.

Pielęgniarka rodzinna jest tym pracownikiem służby zdrowia, który znajduje się najbliżej rodziny. Realizując świadczenia w domu podopiecznego, ma możliwość oceny jego sytuacji rodzin-

nej – warunków socjalno-bytowych, relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny i wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej. Wnikliwa obserwacja pielęgnarska zakończona postawieniem pełnej i poszerzonej diagnozy warunkuje podjęcie adekwatnych działań zmierzających do rozwiązania problemów rodziny. Pielęgniarka może również dokonać oceny w wyglądzie i zachowaniu ofiary przemocy. Stały kontakt z opiekunem pozwala nie tylko ocenić jego pracę z podopiecznym, ale również wychwycić u niego objawy zmęczenia fizycznego i psy-

Starość jest tym okresem w życiu człowieka, który poza wielochorobowością wiąże się nierzadko z obniżoną sprawnością funkcjonalną i narastającą zależnością od osób trzecich w zakresie zaspakajania potrzeb egzystencjalnych.



2 M.R. Block Special problems and vulnerability of elderly women. [W:] J.I. Kosberg (Red.) Abuse and Mistreatment of the Elderly, Boston 1983.

Patrz także: K. Browne, M. Herbert, Zapobieganie przemocy w rodzinie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999.

3 B. Tobiasz-Adamczyk (red.) Przemoc wobec osób starszych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.



chicznego. Szeroka wiedza z zakresu socjologii, psychologii czy psychiatrii może pomóc w szybkiej identyfikacji czynników przemocogennych i wdrożeniu środków zaradczych. Działania w tym kierunku obejmują profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową. W ramach profilaktyki pierwszorzędowej podejmowane są czynności edukacyjne uwzględniające takie aspekty jak bezpieczeństwo, prawo czy zdrowie. Pielęgniarka pełni tu rolę koordynatora i doradcy w zakresie radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych i trudnych. Może wskazywać na instytucje i organizacje działające na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Profilaktyka drugorzędowa ma zaś na celu wczesne rozpoznawanie aktów przemocy i identyfikację ich źródeł. Pielęgniarka powinna posiadać odpowiednią wiedzę dotyczącą czynników ryzyka i sytuacji przemocogennych. W tym miejscu należy podkreślić, że pielęgniarka znajduje się pośród tych grup zawodowych, które posiadają uprawnienia do uruchomienia procedury tzw. Niebieskiej Karty. Przepis § 14 Rozporządzenia w zakresie służb medycznych nakłada na nią obowiązek poinformowania ofiary o możliwości uzyskania pomocy i wsparcia, a także o uprawnieniu do

uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie⁴. Profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje już działania zmierzające do leczenia i usuwania skutków przemocy. W tym przypadku pielęgniarka może stanowić cenne źródło informacji na temat instytucji świadczących taką pomoc (Stowarzyszenie Medar dla ofiar przemocy w rodzinie, Zespół ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie). Pomaga również w nawiązaniu kontaktu z lekarzem POZ i innymi członkami zespołu terapeutycznego.

Problem przemocy i agresji jest trudny i wymaga zintegrowanego współdziałania wielu służb działających na rzecz przeciwdziałania temu zjawisku. System opieki zdrowotnej jest niejednokrotnie krytykowany za brak uczestnictwa w działaniach na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie⁵. Personel medyczny winien stale doskonalić swoje umiejętności w za-

kresie umiejętności identyfikacji czynników generujących zachowania agresywne, zbierania wywiadu w tym kierunku, podejmowania właściwych środków przeciwdziałających takim patologiom, prewencji, a także w zakresie metod i sposobów wspierania rodzin dotkniętych problemem przemocy. ■

Literatura:

1. Paszkiewicz W., Łakowska M., Wiechcińska A. Wyprawa PoMoc. Poradnik dla osób doznających przemocy w rodzinie, Stowarzyszenie na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, Stowarzyszenie Niebieska Linia, Warszawa 2008.
2. World Report on Violence and Health [Światowy raport o przemocy i zdrowiu]. WHO [Światowa Organizacja Zdrowia], Genewa 2002.
3. Block M.R. Special problems and vulnerability of elderly women [W:] J.I. Kosberg (Red.) Abuse and Mistreatment of the Elderly, Boston 1983.
4. Browne K., Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999.
5. Tobiasz-Adamczyk B. (red.) Przemoc wobec osób starszych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
6. Bedyńska S., Łukowska K., Postawy i kompetencje grup roboczych, Niebieska Linia z 2013 r. nr 4.

4 S. Bedyńska, K. Łukowska, Postawy i kompetencje grup roboczych, Niebieska Linia z 2013 r. nr 4

5 B. Tobiasz-Adamczyk (red.) Przemoc wobec osób starszych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.

nowość

Super Seni Quatro



oddychające pieluchomajtki o najwyższym poziomie chłonności

Super Seni Quatro zostały stworzone z myślą o osobach:

- ▶ z najcięższym stopniem nietrzymania moczu
- ▶ obłożnie chorych, leżących
- ▶ z chorobami umysłowymi lub neurologicznymi



Oddychająca powierzchnia całego produktu **minimalizuje ryzyko odparzeń.**



Podwójny wkład chłonny z superabsorbentem zapewnia wysoką chłonność wyrobu i **redukcję nieprzyjemnego zapachu.**



System umożliwiający szybszą i dokładniejszą dystrybucję wilgoci daje **większe poczucie suchości.**

Mogą być stosowane zarówno przy inkontynencji moczowej, jak i kałowej.

W każdej chłonności Super Seni znajdziesz odpowiedni rozmiar dla Twojego podopiecznego. Najszersza w Polsce oferta pieluchomajtek oddychających na całej powierzchni. Produkt podlega refundacji.

Więcej na www.seni.pl

15 lat **SENI Cup**

DARIA SKŁADANOWSKA
Koordynator Ligi SENI Cup

*Co się działo 15 lat temu? W 2001 roku G.W. Bush został zaprzysiężony na 43 prezydenta USA, w tym samym roku Szwajcarzy nie wyrazili zgody w referendum na wstąpienie kraju do Unii Europejskiej, a Jan Paweł II jako pierwszy papież oficjalnie odwiedził meczet. Tymczasem w Polsce zakończyła się pierwsza edycja Big Brothera, reprezentacja piłki nożnej pokonała Norwegię 3-0, awansując tym samym do Mistrzostw Świata w 2002 roku, a **TZMO SA po raz pierwszy zorganizowały Ogólnopolską Ligę Piłki Nożnej SENI Cup!***





Aż trudno uwierzyć, że od pierwszego turnieju SENI Cup minęło już 15 lat, a Liga z polskich rozgrywek ewaluowała do wydarzenia międzynarodowego, w którym czynnie bierze udział aż 10 krajów! W tym miejscu pragniemy podziękować tym drużynom, które nam zaufały i od tylu lat są z nami. Zgodnie z programem rozgrywek z 2001 roku na meczach SENI Cup zadebiutowali piłkarze z: Barcina, Warzyna, Grudziądz, Suchorączka, Mrągowa, Jaromina, Dębna,

Pakówki, Skwierzyny, Gębic, Żydowa, Miszewa, Ołdak, Dębicy, Wojszyc, Fofusza, Biskupic, Zabłot, Krakowa, Rudy Śląskiej, Opolna Zdroju, Kuźni Nieborowskiej, Cieszyna, Rzadzowa i Legnickiego Pola. Dziękujemy za obecność Waszą i wielu innych drużyn, bez których trudno dziś wyobrazić sobie rozgrywki! Wciąż liczymy na nowych uczestników, którzy mogą dołączyć do wyjątkowego przedsięwzięcia jakim jest SENI Cup: zwykły sport niezwykłych ludzi.

Świętowanie jubileuszu SENI Cup zaczęliśmy od wprowadzenia nowego logo.



Fot. 2 Historyczna okładka pierwszego folderu SENI Cup



W 2015 roku zapraszamy wszystkie chętne DPS do udziału w eliminacjach w następujących miejscach i terminach:

- ▶ 13-15.05.2015 Waplewo (woj.warmińsko-mazurskie)
- ▶ 20-22.05.2015 Pogorzelnica (woj.zachodniopomorskie)
- ▶ 10-12.06.2015 Czarna (woj.podkarpackie)

Dla kogo turniej?

Dla każdego mieszkańca DPS. Bez względu na wiek, płeć i reprezentowany poziom umiejętności sportowych. Zawodnicy muszą mieć potwierdzony stopień niepełnosprawności intelektualnej i zgodę lekarza na czynny udział w zawodach. Pierwszeństwo udziału w turniejach mają drużyny tworzone przez DPS. Obowiązuje tzw. rejonizacja omówiona szczegółowo w regulaminie dostępnym na www.senicup.pl

Jak stworzyć drużynę?

Drużna składa się maksymalnie z 10 osób. Jedną drużynę mogą tworzyć i mężczyźni, kobiety. Nie ma limitu wieku.

Ile to kosztuje?

Opłatność za drużynę (do maks. 10 osób) wynosi 980 zł za cały turniej (3 dni).

Jak się zgłosić?

W pierwszej kolejności należy wysłać zgłoszenie drużyny. Im szybciej tym lepiej. Do 24 kwietnia 2015 będziemy czekać na przesłanie pozostałych dokumentów (indywidualnych formularzy).



rzy zdrowotnych każdego zawodnika). Wzory dokumentów są do pobrania na stronie www.senicup.pl

Zasady sportowe

Na początku każdego turnieju odbywają się tzw. mecze obserwowane, po to by wszystkie drużyny sprawiedliwie podzielić na grupy sprawnościowe o zbliżonych umiejętnościach. To stwarza sprawiedliwe warunki rywalizacji. Zwycięzcy każdej z grup w nagrodę jadą do Torunia na Międzynarodowy Finał SENI Cup, w którym wezmą udział reprezentacje 9 krajów: Niemiec, Czech, Słowacji, Węgier, Białorusi, Ukrainy, Litwy, Łotwy i Rosji.

Nagrody

W turnieju SENI Cup doceniamy każde zaangażowanie. Dlatego wszystkie drużyny grające w piłkę SENI Cup są tak samo nagradzane. Każdy zawodnik i opiekun otrzymują pamiątkowy medal oraz upominek, a cała drużyna puchar. W tych zawodach są tylko wygrani.

Czy wiesz, że:

- ▶ W I Turnieju SENI Cup wzięło udział aż 65 drużyn
- ▶ W 2001 roku rozegrano aż 5 turniejów eliminacyjnych: w Brodnicy, Trzciance, Krasnymstawie, Dębicy, Strzelinie
- ▶ I Turniej Finałowy SENI Cup rozegrany został w Strzałkowie w dniach 28-30.06.2001?
- ▶ Dziś SENI Cup organizowany jest aż w 10 krajach. ■

Więcej na www.senicup.pl

Polub nas na facebook'u

www.facebook.com/senicup.pl





XVIII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zrozumieć osobę przewlekle chorą – trudne sytuacje w opiece długoterminowej

Toruń
15-17 września 2015

DO UDZIAŁU ZAPRASZAMY:

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

MIEJSCE KONFERENCJI:

Aula UMK
ul. Gagarina 11
87-100 Toruń

Zgłoszenia online do **25 sierpnia 2015**
na stronie www.tdod.pl

OPŁATA: 492 zł*

OPŁATA OBEJMUJE:

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

*cena nie obejmuje noclegu

RAMOWY PROGRAM:

15 września

18.00 Inauguracja konferencji

16 września

Sesja I

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

Sesja II

Inkontynencja – w przyszłości przestanie być tabu?

Sesja III

Przewlekle chore w terminalnej fazie choroby

Sesja IV

Koncepcja kinestetyki – ezoteryka czy nauka?

17 września

Sesja V

Wyzwania w zarządzaniu personelem placówki opieki długoterminowej

KONTAKT:

Biuro Konferencyjne

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

E-mail: ecod@tzmo.com.pl

ORGANIZATORZY:



TZMO SA

PATRONAT MERYTORYCZNY:



seni CARE

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

SKUTECZNA PIELĘGNACJA SKÓRY PRZY NIETRZYMANIU MOCZU



SENI CARE

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

SZCZEGÓLNIIE POLECANA DLA OSÓB
Z PROBLEMEM NIETRZYMANIA MOCZU.

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

FUNDACJA EWY BŁASZCZYK



Więcej informacji o produktach: www.seni.pl