

Forum Opieki Długoterminowej

med 1

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 2(68)
czerwiec 2016

Komunikacja
w zespole terapeutycznym
i z rodziną

Zaburzenia
równowagi i spastyczność

METODY TERAPII
BÓLU

Między nami kobietami

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

To tylko kilka kropelek, ale odbiera Ci pewność siebie.

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

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

seni Lady

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

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



NOWE
kobiece delikatne
wyjątkowo chłonne



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



Oddychające materiały zapewniają poczucie świeżości
dzięki swobodnemu przepływowi powietrza.



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

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

REDAKTOR:
Robert Kujawa

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 adiestacji nadsyłanych
tekstów. Przedruk, kopiowanie
lub powielanie w jakiegokolwiek formie
wyłącznie za zgodą redakcji.

Witamy w czerwcowym wydaniu kwartalnika Medi. Bieżący numer poświęciliśmy w sporej części komunikacji – z jednej strony poruszamy bardzo trudny i delikatny temat rozmowy z pacjentem i jego rodziną w obliczu zbliżającego się kresu życia, a z drugiej nie mniej istotną kwestię komunikacji w zespole interdyscyplinarnym. Na co zwrócić uwagę, jak budować płaszczyznę efektywnego porozumienia?

Zapraszamy także do lektury artykułu o zaburzeniach równowagi u osób starszych. Nasza ekspertka przedstawia w nim główne przyczyny utraty koordynacji w podeszłym wieku i wynikające z niego zalecenia dla opiekunów. Podobny tematycznie jest artykuł poświęcony spastyczności mięśniowej, bardzo częstym zjawiskiem, rodzącym wiele trudności i fizycznego bólu w opiece długoterminowej. Ten ostatni aspekt opieki rozwinęliśmy w artykule poświęconym terapii bólu, gdzie przedstawiamy głównie farmakologiczne sposoby na zwalczanie tego problemu.

Połowa roku to dla naszego zespołu okres wzmożonej pracy związanej z wydarzeniami sportowymi. Rozgrywki SeniCup gromadzą od wielu lat stale powiększającą się grupę zawodników i drużyn z wielu krajów. Polecamy relację z rozgrywek eliminacyjnych w Polsce i w Europie.

Wielkimi krokami zbliża się XIX Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej – najważniejsze wydarzenie poświęcone tej tematyce w Polsce. W numerze znajdą Państwo program konferencji wraz z opisem poszczególnych sesji.

**Redakcja
kwartalnika Medi**

SPIS TREŚCI

czerwiec 2016

TEMAT NUMERU

- 6** Zaburzenia równowagi i upadki – zagrożenie dla starszych pacjentów w opiece długoterminowej

OPIEKA U SCHYŁKU ŻYCIA

- 11** Chory ze spastycznością w codziennej praktyce pielęgniarsko-opiekuńczej
- 15** Terapia bólu w opiece długoterminowej

TEORIA I PRAKTYKA

- 19** Komunikacja w zespole terapeutyczno-opiekuńczym
- 22** Opieka przez komunikację w trosce o pacjentów i personel medyczny

NOWOŚCI PRODUKTOWE

- 26** Pielęgnacja z głową czyli jak dbać o włosy

AKTUALNOŚCI

- 29** Seni Cup – my nie łapiemy zadyszki!
- 32** Projekt „Damy Radę” – dobrą radą dla opiekunów...

KONFERENCJA

- 36** XIX Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej pt. „Rodzina, środowisko i instytucja w opiece długoterminowej”

Bo skóra sama się nie obroni...

seni care

Specjalistyczna pielęgnacja skóry:

- bardzo suchej **UREA**
- przy nietrzymaniu moczu
- w profilaktyce odleżyn



DELIKATNE OCZYSZCZANIE

Preparaty Seni Care kompleksowo dbają o skórę głowy, ciała oraz okolic intymnych

REGENERACJA



pielęgnacja
głowy



pielęgnacja
ciała



pielęgnacja
okolic
intymnych



SKUTECZNA OCHRONA



Więcej informacji na temat profilaktyki przeciwoleżynowej i opieki nad przewlekle chorym znajdziesz na stronach internetowych: damy-rade.info oraz seni.pl

Zaburzenia równowagi i upadki

zagrożenie dla starszych pacjentów w opiece długoterminowej

DR N. MED. MARTA PODHORECKA
Katedra i Klinika Geriatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu



W opiece nad pacjentami geriatrycznymi wyróżniamy tzw. Wielkie Problemy Geriatryczne (ang. Geriatric Gigants). Zaliczmy do nich depresję, demencję, upadki, unieruchomienie oraz inkontynencję. Wszystkie powyższe zespoły starczej niesprawności charakteryzują się wieloprzyczynowością oraz przewlekłością, a w konsekwencji często prowadzą do utraty samodzielności oraz zależności od osób trzecich.

W medycynie upadkiem nazywamy nagłą, niezamierzoną zmianę pozycji ciała, podczas której człowiek znajduje się na podłodze lub innym niższym poziomie, z lub bez utraty przytomności. Na istotność podejmowanej tematyki wpływa epidemiologia doznawanych upadków wśród osób powyżej 60 roku życia. Dane z literatury dowodzą, iż przynajmniej raz w roku upada, spośród osób powyżej 65 roku życia, aż 50-67% pensjonariuszy instytucji opiekuńczych, 33% zamieszkujących samodzielnie gospodarstwa domowe oraz 20% pacjentów podczas hospitalizacji.

Patrząc na powyższe dane należy zadać pytanie: co jest powodem takie-

go dużego odsetka osób upadających po 60 r.ż? Literatura światowa obecnie wskazuje ponad 400 przyczyn zaburzeń równowagi i upadków wśród seniorów. Jednakże zazwyczaj upadek nie jest spowodowany jednym czynnikiem, lecz ma wieloprzyczynowe podłoże. Przyczyny upadków można podzielić na zewnętrzne (związane ze środowiskiem w jakim obraca się senior) oraz wewnętrzne (związane ze zmianami starczymi w organizmie oraz stanami chorobowymi). Złożoność przyczyn zaburzeń równowagi oraz upadków u osób starszych przedstawia tabela 1 (patrz str. 7).

Na istotność upadków mają przede wszystkim wpływ ich możliwe konsekwencje. Można tutaj wyróżnić następstwa fizyczne, związane z unierucho-



Tab. 1.
Przykładowe przyczyny zaburzeń równowagi i upadków u osób starszych

PRZYKŁADOWE PRZYCZYNY ZABURZEŃ RÓWNOWAGI I UPADKÓW U OSÓB STARSZYCH

ZEWNĘTRZNE	WEWNĘTRZNE	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Niedostosowane pomieszczenia np. śliskie podłogi, niedostateczne oświetlenie, brak poręczy, uchwyty w toalecie, ▶ Używanie nieodpowiednio dobranego sprzętu pomocniczego np. za nisko/za wysoko ustawione kule, ▶ Brak lub nieodpowiednie zaopatrzenie pacjenta z inkontynencją/nocturią ▶ Otoczenie poza domem – nierówne nawierzchnie, niedostosowane chodniki, złe warunki atmosferyczne 	<p style="text-align: center;">Zmiany inwolucyjne (starcze)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Wydłużenie czasu reakcji, ▶ Sarkopenia ▶ Zaburzenia widzenia, ▶ Pogorszenie czynności odruchowej, ▶ Pogorszenie funkcji proprioceptorów, ▶ Sztywność torebki stawowej, ▶ Sztywność mięśniowa 	<p style="text-align: center;">Zmiany chorobowe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Zaburzenia psychiczne np. depresja, demencja, ▶ Zaburzenia metaboliczne np. hipoglikemia, anemia, zaburzenia wodno-elektrolitowe, ▶ Choroby narządu ruchu np. choroby zapalne i zwyrodnieniowe stawów, zniekształcenia stóp, osteoporoza, ▶ Schorzenia neurologiczne np. stany po udarach, choroba Parkinsona i parkinsonizm, neuropatie, ▶ Schorzenia sercowo-naczyniowe np. zaburzenia rytmu serca, miażdżyca tętnic dogłowych i kończyn dolnych, hipotonia ortostatyczna. ▶ Polipragmazja (wielolekowość)

Ze względu na wieloprzyczynowość i konsekwencje zaburzeń równowagi należy w niektórych przypadkach rozważyć zastosowanie odpowiedniego sprzętu pomocniczego. Używany sprzęt powinien być indywidualnie dobrany przez fizjoterapeutę. Wśród osób ze znacznymi zaburzeniami równowagi należy rozważyć ewentualność zastosowania kul bądź balkonika.



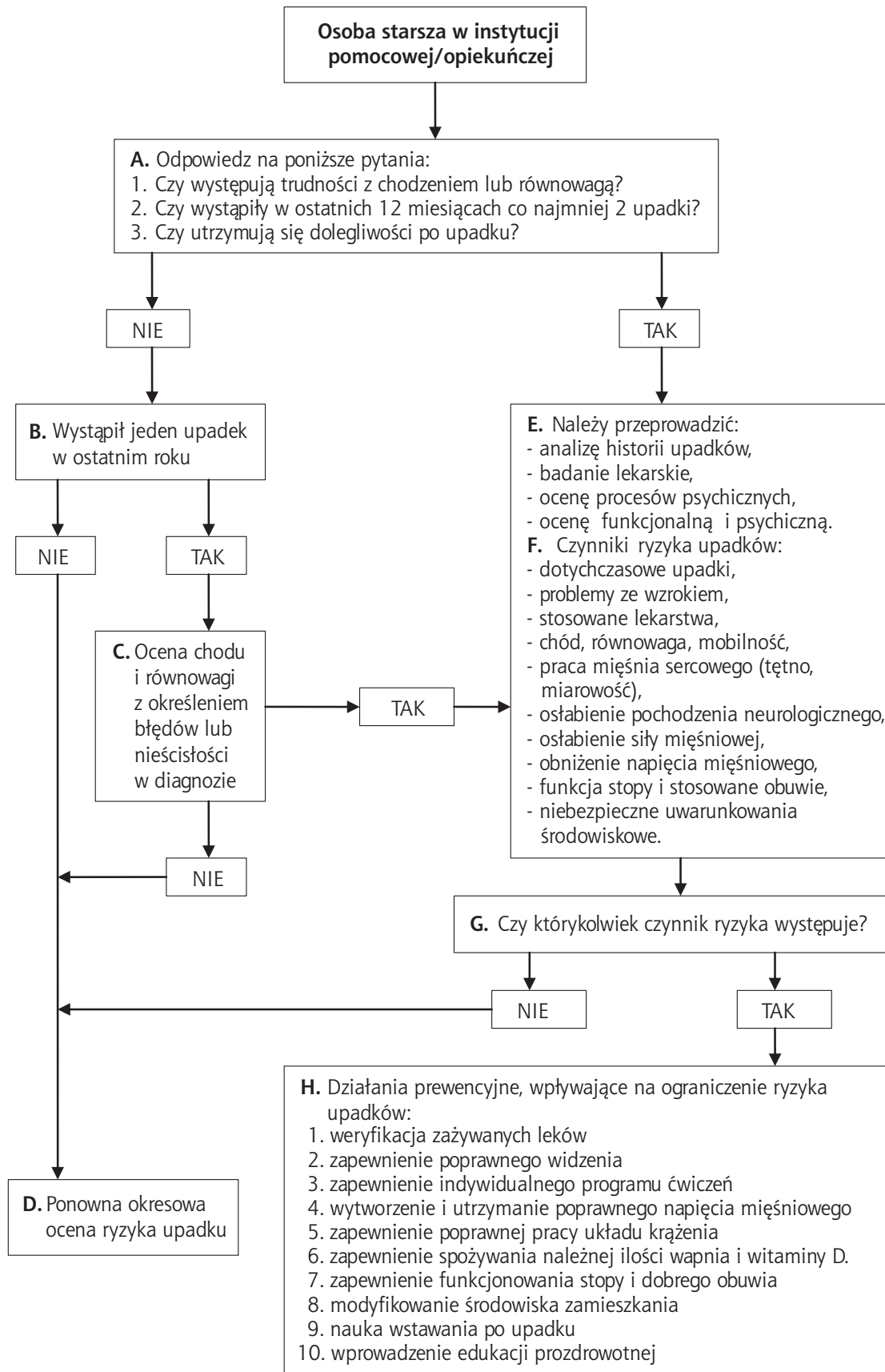
mieniem oraz psychiczne. Do następstw fizycznych zaliczamy wszelkiego rodzaju stłuczenia, złamania, otarcia czy oparzenia. Odrębną kwestią są konsekwencje, które mogą pojawić się po długotrwałym unieruchomieniu czyli: hipotermia, odwodnienie, infekcje czy odleżyny. Oprócz konsekwencji strictly fizycznych można zaobserwować tzw. zespół popadkowy. Charakteryzuje się występowaniem lęku przed kolejnym upadkiem. Pojawia się wśród osób, które owego doznały lub były jego świadkiem. Zespół popadkowy prowadzi do ograniczenia aktywności fizycznej, a w konsekwencji do pogorszenia stanu fizycznego seniora, przez co stwarza jeszcze większe ryzyko wystąpienia upadku. Szacuje się, że na zespół popadkowy może cierpieć ok. 50% osób po 65 r.ż. doznających upadku.

W celu jak najlepszej prewencji zaburzeń równowagi i upadków wśród seniorów warto podjąć szczegółową diagnostykę. Istotnym jest, aby działania oceniające były indywidualnie dobrane. Według J. Rottermunda i współpracowników dla każdego mieszkańca instytucji pomocowej bądź opiekuńczej powyżej 60 roku życia należy zastosować, tzw. algorytm profilaktyczny – dla zmniejszenia ryzyka upadków (ryc. 1). Gdzie w pierwszym etapie zadaje się mieszkańcowi trzy pytania:

1. Czy występują trudności z chodzeniem lub równowagą?
2. Czy wystąpiły w ostatnich 12 miesiącach, co najmniej 2 upadki?
3. Czy utrzymują się dolegliwości po upadku?

Gdy uzyskamy chociażby jedną odpowiedź twierdzącą wymagane jest przeprowadzenie szczegółowej analizy przyczyn wystąpienia upadków przez interdyscyplinarny zespół: pielęgniarkę, fizjoterapeutę, lekarza oraz psychologa. Wśród osób, które udzieliły odpowiedzi negatywnych, a wystąpił jeden upadek w ciągu ostatniego roku, wykonuje się ocenę chodu i równowagi np. za pomocą testu Tinneti, z określeniem błędów lub nieścisłości w diagnozie.

Skuteczna profilaktyka upadkowa powinna bazować na 4 głównych obszarach interwencji: treningu siły i równowagi, modyfikacji środowiska zewnętrznego, poprawie funkcjonowania narządu wzroku i stanu umysłowego oraz weryfikacji leków.



Ryc. 1. Algorytm profilaktyczny – dla zmniejszenia ryzyka upadków

Rehabilitacja przeciwapadkowa skupia się głównie na dwóch obszarach: treningu siły mięśniowej i równowagi oraz treningu podnoszenia się po upadku. Bardzo ważną cechą treningu niwelującą ryzyko upadków jest indywidualizacja treningu ze względu na często występującą wielochorobowość. Należy dobrać trening pod względem trudności i intensywności. Istotnym elementem jest również reedukacja chodu, polegająca na poprawie elementów chodu mogących stwarzać zagrożenie upadkiem.

Jednym z elementów profilaktyki przeciwapadkowej jest modyfikacja środowiska w jakim obraca się senior. Badania dowodzą, iż większość upadków zdarza się w środowisku domowym. W tym celu należy przeanalizować wszystkie możliwe zewnętrzne przyczyny upadków i wdrożyć postępowanie modyfikujące środowisko. Szczególnie ważną kwestią jest zastosowanie różnego typu uchwytów - zwłaszcza w toalecie, gdzie senior może łatwo się pośliznąć - używanie odpowiednio dobranego sprzętu pomocniczo-wspomagającego oraz zastosowanie indywidualnie dobranych artykułów higienicznych. W przypadku wystąpienia upadku należy przeanalizować możliwe mechanizmy jego zajścia i zastosować zmiany ułatwiające codzienne aktywności.

Kolejnym aspektem jest próba zahamowania lub spowolnienia zmian inwolucyjnych bądź chorobowych. Jest to bardzo istotny czynnik w proce-

sie niwelacji ryzyka upadku. Istotnym jest, aby zwrócić uwagę na kwestię poprawy funkcji poznawczych osób starszych oraz weryfikację leków. Często polipragmazja (wielolekowość) bardzo wpływa na zaburzenia równowagi i występowanie upadków wśród seniorów. Udowodniono, że osoby zażywające 3 i więcej leków dziennie są bardziej narażone na upadki niż pozostali. Powyższe zadania wchodzi w skład obowiązków specjalisty geriatry bądź lekarza pierwszego kontaktu.

Ze względu na wieloprzyczynowość i konsekwencje zaburzeń równowagi należy w niektórych przypadkach rozważyć zastosowanie odpowiedniego sprzętu pomocniczego. Używany sprzęt powinien być indywidualnie dobrany przez fizjoterapeutę. Wśród osób ze znacznymi zaburzeniami równowagi należy rozważyć ewentualność zastosowania kul bądź balkonika. Można również zaproponować wprowadzenie ułatwień funkcjonowania w codziennym życiu np. używania wózka na zakupy zamiast noszenia toreb.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest dobór odpowiedniego obuwia. Nierzadko można spotkać osoby starsze w za ciasnych butach, a panie na zbyt wysokich obcasach. Badania dowodzą, że nieodpowiedni dobór obuwia może również przyczynić się do wzrostu ryzyka wystąpienia upadków. W tym przypadku zadaniem personelu medycznego powinna być edukacja seniora w zakresie od-

powiedniego doboru obuwia oraz zastosowanie zabezpieczeń antypoślizgowych, szczególnie w okresie zimowym.

Zbadanie pacjenta pod kątem ryzyka wystąpienia upadku wśród osób po 65 r.ż jest standardową procedurą wśród lekarzy geriatrów, jednak powinna również obejmować lekarzy pierwszego kontaktu, jak i personel medyczny w instytucjach opieki. Niezbędnym elementem w tym przypadku jest edukacja personelu mającego kontakt z seniorem w zakresie profilaktyki przeciwapadkowej.

Biorąc pod uwagę łatwość z jaką można wprowadzić wiele modyfikacji środowiska, w jakim obraca się osoba starsza oraz zintegrować z nimi systematyczną aktywność fizyczną, jesteśmy w stanie znacznie zminimalizować liczbę upadków a przede wszystkim konsekwencji z nimi związanych. ■

Bibliografia

- AGS/BGS/AAOS Panel on Falls Prevention; Guidelines for the Prevention of Falls in Older Persons, Journal of the American Geriatrics Society 49/2001; 664-670.
- Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 1999; 47(7): 850-853.
- Edbom-Kolarz A, Jerzy T, Marcinkowski, Upadki osób starszych - przyczyny, następstwa, profilaktyka, Hygeia Public Health, 2011 : T. 46, nr 3, s. 313-318
- Fletcher PC, Hirdes JP. Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. Age Ageing 2004; 33:
- Kostka T, Koziarska - Rościszewska M. Choroby wieku podeszłego. Pzwl 2009.
- Podhorecka i wsp., Falls in the elderly - risk assessment and proceeding, Med. Biol. Sci., T. 29, nr 4, s. 5-11.
- Rigler SK. Preventing falls in older adults. Hospit Pract 1999, 34: 8-12.
- Rottermund J. i wsp., Prewencja upadków u osób starszych z wykorzystaniem algorytmu profilaktycznego, Hygeia Public Health 2015, 50(1): 37-40
- Simpson JM. Elderly people at risk of falling: the role of muscle weakness. Physiother 1993, 79: 12-18
- Skalska A., Żak M., Upadki - ocena ryzyka, postępowanie prewencyjne, 2007,4 Standardy Medyczne 167-173
- Thornby MA. Balance and falls in the frail older person: a review of the literature. Top Ger Rehab 1995, 11:35-43.



Chory ze spastycznością

w codziennej praktyce pielęgniarско-opiekuńczej

MGR EWA MARIA URBAŃSKA
fizjoterapeutka

Słowo „spasm” pochodzi z greki. „Spasmos” oznacza ciągnąć lub opór. W prostych słowach można powiedzieć, że zaburzenie równowagi między układem hamującym i pobudzającym skutkuje rozwojem spastyczności.

Klasyczna definicja spastyczności opracowana przez Lance’a opisuje to zjawisko jako: „motoryczne zaburzenie charakteryzujące się szybkim wzrostem napięcia tonicznego mięśnia ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych, wynikające z nadpobudliwości odruchu rozciągowego, jako jeden z komponentów zespołu górnego motoneuronu”.

Spastyczność ze względu na rozpowszechnienie i stopień upośledzenia sprawności ruchowej stanowi poważny problem medyczny i społeczny. Jeżeli chodzi o charakterystyczne objawy kliniczne to można wymienić: brak możliwości wykonania ruchu zamierzonego, skurcze kloniczne mięśni, wzmożony opór podczas szybkiego, biernego ruchu, ograniczenie mobilności, obniżenie

siły mięśniowej oraz wygórowane odruchy ścięgniste.

Spastyczność to stan wzmożonego napięcia mięśniowego. Obok dystonii i sztywności jest jedną z form wzmożonego napięcia mięśniowego, które narasta w zależności od szybkości rozciągania mięśnia – tak zwany „objaw scyzorykowy” polegający na narastaniu oporu do pewnego punktu, po którym napięcie zaczyna się zmniejszać. Przyczynia się do: utrudnienia rehabilitacji, bólu, utrudnienia higieny i samoobsługi. Częstym objawem jest pogorszenie się stanu emocjonalnego chorego, co wyraża się zmianami nastroju, niższą samoocena, ograniczeniem życia towarzyskiego, a w efekcie problemami ze snem. Efektem tego jest niejednokrotnie wycofanie się z życia towarzyskiego i społecznego,

gorsza samoocena, pogorszenie nastroju i jakości życia.

Nieleczona spastyczność prowadzi do: trwałych przykurczów, deformacji w postaci zwłóknienia oraz kostnienia w obrębie mięśni i stawów, a także do zaników mięśni. W grupie chorych, u których występuje spastyczne napięcie mięśni często nasilają się problemy zdrowotne: odleżyny, zakrzepica żylna, infekcje. Z punktu widzenia funkcjonalnego problem stanowią zaburzenia równowagi czy złamania kończyn powstające w czasie chodzenia.

Spastyczność kończyn górnych

Mięśnie powodujące spastyczność i dysfunkcję z przywiedzeniem i rotacją wewnętrzną ramienia to: m. najszer-

szy grzbietu [latissimus dorsi], m. obły większy [teres major], m. piersiowy większy [pectoralis major], m. podłopatkowy [subscapularis]; tzw. łokieć zgięciowy: m. ramiennie-promieniowy [brachioradialis], m. dwugłowy [biceps], m. ramienny [brachialis]; nadgarstek zgięciowy: m. zginacz promieniowy nadgarstka [flexor carpi radialis] (objaw cieśni kanału nadgarstka), a zaciśnięcie pięści: mięśnie dłoni i palców.

Spastyczność kończyn dolnych

Spastyczna deformacja kończyn dolnych wpływa na ułożenie w łóżku, siedzenie, zakres czynności w fotelu, a także na przemieszczanie i wstawanie. Stopa końsko-szpotawa jest najczęstszym objawem patologicznym widocznym w kończynach dolnych i kluczową deformacją ograniczającą codzienne funkcjonowanie lub przemieszczanie się bez pomocy. Nadaktywność mięśni zginaczy podudzi może wskazywać także pozytywną możliwość, że sztywność kolana zapobiegnie upadkowi blokując nagle jego zgięcie.

Do grupy chorych zagrożonych spastycznością należą osoby chore na stwardnienie rozsiane, mózgowie porażenie dziecięce, po urazach czaszkowo-mózgowych, nabytych uszkodzeniach rdzenia, z chorobami neuronu ruchowego. Spastyczność u dorosłych pojawia się, gdy mięśnie nie odpowiadają na wysyłane przez mózg sygnały dotyczące ich rozluźnienia. U pacjentów z urazem rdzenia w wyniku przerwania dopływu hamujących bodźców z wyższych pięter ośrodkowego układu nerwowego, w obrębie łuku odruchowego (odruchu na rozciąganie) zapanowuje stan nadmiernej pobudliwości, która prowadzi do wzmożonej aktywności mięśni szkieletowych. Następuje trwały, bolesny skurcz mię-

śnia, co uniemożliwia ruch i zwykłą, codzienną aktywność, jak np. ubieranie się, mycie itp. Charakterystyczne dla pacjentów ze spastycznością są: zaciśnięta pięść, wygięty nadgarstek, wykręcony łokieć lub ramię przyciśnięte do piersi.

W patogenezie spastyczności znaczną rolę odgrywają także bodźce bólowe wynikające między innymi z drażnienia skóry, cewnikowania, infekcji dróg moczowych. Zarówno to, jak i każde inne źródło niekomfortowych objawów dostarcza organizmowi specyficznych, drażniących bodźców. Pod wpływem tych bodźców dochodzi do wzmożonego napięcia mięśniowego, którego następstwem jest ból. Tworzy się wówczas sytuacja tak zwanego błędnego koła, gdzie ból wzmacnia spastyczność, a spastyczność wzmacnia ból.

Odpowiednia pielęgnacja poprawia jakość życia chorego

Opieka pielęgniarska polega na wnikliwej analizie stanu biopsychospołecznego chorego, określeniu deficytów w zakresie samoopieki i samopielęgnacji i zaplanowaniu opieki koncentrującej się na ich wyrównaniu. Jednym z najczęściej stosowanych w opiece nad chorym z chorobą układu nerwowego modelem opieki pielęgniarskiej jest model Dorothy Orem. Jest on szczególnie przydatny w odniesieniu do chorych z niepełnosprawnością, gdyż pielęgniarka określa poziom deficytu samoopieki oraz potrzeby chorego.

Proces pielęgnowania to ukierunkowany cykl działań, który ma na celu rozpoznanie problemów dotyczących sfery fizycznej, psychicznej, społecznej chorego, ale także jego rodziny w celu utrzymania lub poprawy stanu zdrowia. Pielęgnowanie to całościowy, holistyczny system odnoszą-



cy się do podmiotu opieki, jakim jest pacjent. Cały proces pielęgnacyjny przy całościowym, holistycznym podejściu do pacjenta powinien być ściśle zintegrowany z procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Dolegliwości, które wynikają ze wzmożonego napięcia mięśniowego, prowadzą do powstania takich problemów, jak: przykurcze, dolegliwości bólowe, problemy z połykaniem, zaparcia, odleżyny, obniżenie możliwości w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji. Ponadto występują zaburzenia chodu, równowagi, koordynacji, zaburzenia pola widzenia, liczne powikłania ze strony układu oddechowego, moczowego. Każdy z nich oddzielnie jest dość oczywisty do profilaktyki i leczenia, natomiast wzajemnie się nakładające i napędzające problemy zdrowotne stawiają przed kadrą opiekunów – pielęgniarów duże wyzwanie.

W zmaganiu się ze spastycznością, należy nauczyć chorego świadomości reakcji i zachowań na nowo. W tym procesie ważna jest świadomość objawów choroby. Na przykładzie spastycznej ręki osoby po przebytych udarze mózgu do charakterystycznych objawów należą m.in.:

- ▶ **współruchy** – próbując unieść ramię, chory jednocześnie zaciska palce dłoni i ugina łokieć. Współruchy zachodzą nieoczekiwanie i niezależnie od woli chorego. Mogą więc być niebezpieczne. Podczas fizjoterapii można w pewnym stopniu nauczyć się kontroli, a podczas opieki należy zwracać uwagę na pobudzanie prawidłowych wzorców ruchowych a unikanie sytuacji wzbudzających reakcje patologiczne;
- ▶ **odruch na rozciąganie** – gdy chory próbuje za pomocą zdrowej ręki wyprostować ugięte palce chorej dłoni, pojawia się opór – wrażenie, że mięśnie napinają się jeszcze mocniej. Jest to spowodowane zwiększeniem się wrażliwość mięśni na rozciąganie. Mięśnie zawsze będą reagowały skurczem, przy próbie szybkiego rozciągania. Podczas opieki czynności powinny być wykonywane w spokojnym, równym tempie;
- ▶ **powolne ruchy** – każda próba wykonania szybszego ruchu jest hamowana przez skurcz rozciąganych mięśni. Z tego powodu ruchy w stawach są

Pielęgnowanie to całościowy, holistyczny system odnoszący się do podmiotu opieki, jakim jest pacjent. Cały proces pielęgnacyjny przy całościowym, holistycznym podejściu do pacjenta powinien być ściśle zintegrowany z procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

mniej i cała sekwencja ruchu spowalnia się. Podczas pielęgnacji nie należy stosować gwałtownych czy zaskakujących chorego ruchów;

- ▶ **zmęczenie** – mięśnie napięte spastycznie nie kurczą się w odpowiedni sposób, co powoduje ich szybsze zmęczenie, gdyż zużywają dużo więcej energii w porównaniu z mięśniami pracującymi prawidłowo. Nie należy wykonywać zbyt wielu powtórzeń tego samego ruchu. Nie należy jednak chorego wyręczać w czynnościach. Ich trudność i długość wykonania musi ewoluować wraz ze zmieniającym się stanem zdrowia;
- ▶ **brak płynności ruchu** – ruch bywa szarpany tzw. „po kole zębatym”. Należy zwrócić choremu uwagę na to, że napięcie spastyczne zmienia się w ciągu doby, a wszystko, co robi, wpływa na jego poziom. Kiedy dużo się śpi i długo odpoczywa w pozycji leżącej, napięcie jest najniższe. W ciągu dnia i wieczorem jest najwyższe. Należy uczulić chorego, by zwrócił uwagę na inne czynniki, które powodują wzmożenie lub obniżenie spastyczności i poinformował o swoich obserwacjach.

Postępowanie pielęgnacyjne – opiekunów

Postępowanie pielęgnacyjne – opiekunów względem chorego powinno być ukierunkowane, w dużej mierze, na edukację chorego w zakresie umiejętności radzenia sobie z problemami wynikającymi ze stanu chorobowego, podniesienie poziomu świadomości na temat odpowiedniego stylu życia, przekazanie informacji na temat możliwości uzyskania pomocy na różnych płaszczyznach, nauczanie zasad samo-

obsługi i samopielęgnacji oraz sposobów radzenia sobie z różnymi problemami dnia codziennego.

Należy uświadomić choremu i rodzinie, iż do czynników nasilających spastyczność należą:

- ▶ mała powierzchnia podparcia ciała,
- ▶ mała płaszczyzna dotyku (kontakt np. dłoni opiekuna)
- ▶ nieustabilizowana pozycja ciała,
- ▶ szybkie wykonywanie ruchów,
- ▶ zbyt wysoka motywacja i zaangażowanie psychiczne chorego,
- ▶ poczucie strachu i niepokoju,
- ▶ ból w dowolnej części ciała, bodźce bólowe wynikające z drażnienia skóry,
- ▶ brak snu,
- ▶ głód,
- ▶ niska temperatura otoczenia, wyziębienie organizmu,
- ▶ wysokie ciśnienie krwi,
- ▶ odleżyny,
- ▶ przewlekłe zaparcia
- ▶ zbyt duże wypełnienie pęcherza moczowego.
- ▶ przewlekłe stany zapalne dróg moczowych,
- ▶ cewnikowania pęcherza moczowego,
- ▶ infekcje dróg moczowych.

Do czynników obniżających spastyczność należą:

- ▶ większa powierzchnia podparcia ciała,
- ▶ mała płaszczyzna dotyku (kontakt np. dłoni opiekuna)
- ▶ stabilna pozycja ciała,
- ▶ powolne wykonywanie ruchów,
- ▶ kontrolowany poziom motywacji i zaangażowania psychicznego,
- ▶ poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia,
- ▶ odpowiednia ilość snu,

- ▶ odpowiednia ilość odpoczynku,
- ▶ odpowiednia temperatura ciała i otoczenia,
- ▶ właściwe ciśnienie krwi.

Problem pielęgnacyjny – spastyczność mięśni

Cel opieki: zmniejszenie napięcia mięśniowego.

Plan opieki:

- ▶ stosowanie odpowiednich technik rehabilitacji;
- ▶ odpowiednie układanie pacjenta leżącego w łóżku oraz zastosowanie odpowiednich udogodnień.

Zaleca się ułożenie pacjenta na uniesionym wezgłowiu łóżka po kącie 30°, na materacu przeciwdoleżynowym i zmianę pozycji ciała co 1–2 godziny. Podczas ułożenia pacjenta w pozycji półwysokiej należy zwracać uwagę

na minimalizowanie ucisku na okolicę kości ogonowej, na ewentualne zsuwanie się pacjenta w dół (powinno się stosować podpórki pod pięty, stabilizować stopy przed rotacją). W przypadku chorego po udarze mózgu, z niedowładem połowicznym, przed rozpoznaniem spastyczności zaleca się układanie chorego na stronie porażonej. Kończyna górna powinna być odwiedziwna w stawie ramiennym i zgięta w stawie łokciowym pod kątem 90–120 stopni, a nadgarstek ułożony w zgięciu grzbietowym – około 15 stopni. Kończyna dolna powinna być lekko odwiedziwna, nieco zrotowana do wewnątrz i zgięta w stawie kolanowym, a stopa podparta i ułożona pod kątem prostym.

Cele oddziaływania w spastyczności (M. Krawczyk)

- ▶ **na poziomie uszkodzenia** – reedukacja napięcia mięśniowego, likwidacja bólu, przywrócenie elastycznych właściwości mięśnia;
- ▶ **na poziomie funkcji ciała** – odtworzenie prawidłowej dowolnej (zależnej od woli chorego) siły skurczu mm w fizjologicznym zakresie ruchu oraz koordynacji z innymi mięśniami;
- ▶ **na poziomie aktywności i uczestnictwa** – zdolność wykorzystania ruchu w praktyce, nauka i zastosowanie ruchu w czynnościach dnia codziennego.

Podsumowanie

Spastyczność — niezależnie od tego, czy jest następstwem udaru mózgu, stwardnienia rozsianego czy też mózgowego porażenia dziecięcego — wiąże się z licznymi problemami pielęgnacyjnymi, które coraz bardziej ograniczają sprawność fizyczną chorego. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem ma charakter wielokierunkowy — począwszy od rozpoznania stanu pacjenta, poprzez postawienie diagnozy pielęgniarstwa, aż po kompleksową edukację i wsparcie społeczne chorego i jego bliskich. ■

Piśmiennictwo:

1. Wilczewska L., Sławek J., Skrzypek-Czerko M. „Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym ze spastycznością” Problemy pielęgniarstwa 2010, tom 18, zeszyt nr 3, Via Medica Gdańsk
2. Bobath B. „Adult hemiplegia evaluation and treatment” Butterworth Heinemann, Oxford 1990
3. Kmieć T. „Leczenie spastyczności i innych objawów neurologicznych” IX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa dla Lekarzy i Pielęgniarek Rynia 2013r.
4. Jaracz K., Kozubski W. „Pielęgniarstwo neurologiczne” Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.;
5. Sławek J. (red.) „Spastyczność od patofizjologii do leczenia” Via Medica, Gdańsk 2007
6. Opara J. „Klinimetria w spastyczności” Postępy Psych. Neur. 2004; 18 (supl. 2): 13–16
7. Kwolek A., Pop T., Przasada G. „Zastosowanie środków fizycznych w leczeniu spastyczności u chorych po udarze mózgu” Med. Manualna 2000; 4: 1–2, 41–44



Terapia bólu

w opiece długoterminowej

DR N. MED. AGATA ADAMKIEWICZ PIEJKO
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie

Chorzy w opiece długoterminowej, szczególnie w wieku podeszłym często doświadczają bólu związanego z licznymi schorzeniami dotyczącymi m.in. układu ruchu, naczyń krwionośnych, układu nerwowego i ich konsekwencjami (odleżyny, przykurcze w stawach). Wraz z wiekiem wzrasta zachorowalność na nowotwory, ból może się pojawić na każdym etapie choroby nowotworowej.

Właściwe wydaje się więc wdrożenie zasad medycyny paliatywnej obejmujących wszechstronne działania wielodyscyplinarnego zespołu (lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant), mające na celu zaspokojenie wszystkich potrzeb chorego, poprzez wczesne ustalenie zagrożeń, zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu. U wszystkich chorych cierpiących z powodu przewlekłego bólu występują podobne mechanizmy powodujące pogarszanie się jakości życia, prowadzące do rozwoju



WERBALNA SKALA BÓLU

brak bólu

ból słaby

ból umiarkowany

ból silny

NUMERYCZNA SKALA BÓLU

0
brak bólu

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

ból umiarkowany

ból nie do zniesienia

WIZUALNA SKALA BÓLU

brak bólu

ból najsilniejszy

Ryc. 1.

Rodzaje oceny bólu.

zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń snu i łaknienia.

Leczenie bólu daleko wykracza poza zakres biomedycznego podejścia do pacjenta i powinno być nakierowane na dobrą jakość życia chorego z przewlekłym schorzeniem. Potrzebę kompleksowego podejścia do problemu przewlekłego bólu u pacjentów w opiece długoterminowej, potwierdza fakt, iż znaczna część osób starszych cierpiących na choroby przewlekłe, zwłaszcza z upośledzeniem funkcji poznawczych którym towarzyszy ból, w dalszym ciągu jest niedostatecznie i niewłaściwie leczona. Według AGS (American Geriatric Society) większy jest odsetek odczuwających ból, wśród pacjentów przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej (45 - 83%); u ok. 45%-85% w tej grupie ból jest niewłaściwie leczony. Niedostateczna też jest kontrola bólu w okresie umierania.

Prawo do godnego życia bez bólu należy do podstawowych praw człowieka. Niesienie ulgi w cierpieniu jest jednym z zadań, jakie wynikają z Kodeksu etyki lekarskiej. Jako „piątą oznakę życia”, ból należy ocenić w trakcie każdego kontaktu z pacjentem. Należy określić jego lokalizację, natężenie (łagodny, umiarkowany, silny), dynamikę i charakter,

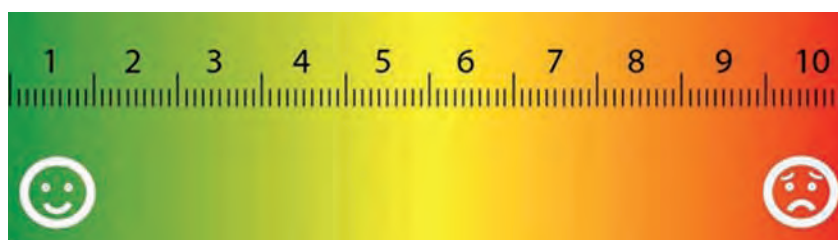
a następnie niezwłocznie rozpocząć leczenie. Pracownicy służby zdrowia są często świadomi stanów powodujących ból u pacjentów nad którymi sprawują opiekę, powinni oni również spodziewać się bólu w stanach zaburzeń poznawczych i odnotować schorzenia powiązane z bólem. Podejście do oceny bólu jest takie samo względem osób z zaburzeniami poznawczymi, jak i tych, którzy ich nie doświadczają. Kolejno powinny to być :

- ▶ pytania kierowane bezpośrednio do pacjenta
- ▶ historia choroby od opiekuna lub pielęgniarke
- ▶ zastosowanie skal obserwacyjnych m.in :

Skala Likerta – opisowa („nic nie boli”, „ból umiarkowany”; „ból silny”; „ból bardzo silny”)

Skala VAS – (visual analogue scale) wzrokowo – analogowa, polega na stosowaniu linijek 100 milimetrowych na tle białym lub zielonym w pobliżu wartości 0 do czerwonego przy wartości 100. Zadaniem pacjenta jest zaznaczenie bólu na tej podziałce.

Skala NRS (numerical rating scale) – chory odpowiada na pytanie jak ocenia natężenie swojego bólu w skali od 0-10. Jest to skala najczęściej stosowana, zapewnia powtarzalność oceny bólu i efektów leczenia.



Ryc. 2.

Skala VAS – (visual analogue scale)

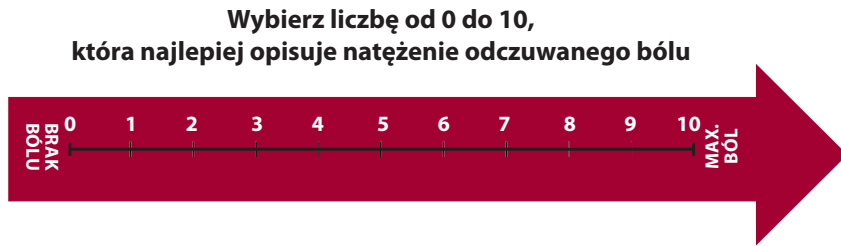
U chorych z otępieniem powinno się stosować **skale Doloplus**, oceniające występowanie i intensywność bólu poprzez ocenę zmian zachowania. Objawami odczuwanego bólu mogą być: pogorszenie apetytu, zwiększona drażliwość, problemy ze snem, pobudzenie, grymasy, zgrzytanie zębami, wzdychanie, jęczenie, stawianie oporu przy czynnościach pielęgnacyjnych.

W leczeniu bólu w zaawansowanej fazie choroby przewlekłej, leki należy dobrać zgodnie z drabiną analgetyczną i podawać w regularnych odstępach czasu. Leczenie należy rozpocząć od małych dawek, konieczne jest uwzględnienie działań niepożądanych leków (zapoznanie się z możliwymi działaniami niepożądanymi leku na równi ze wskazaniami i mechanizmem jego działania).

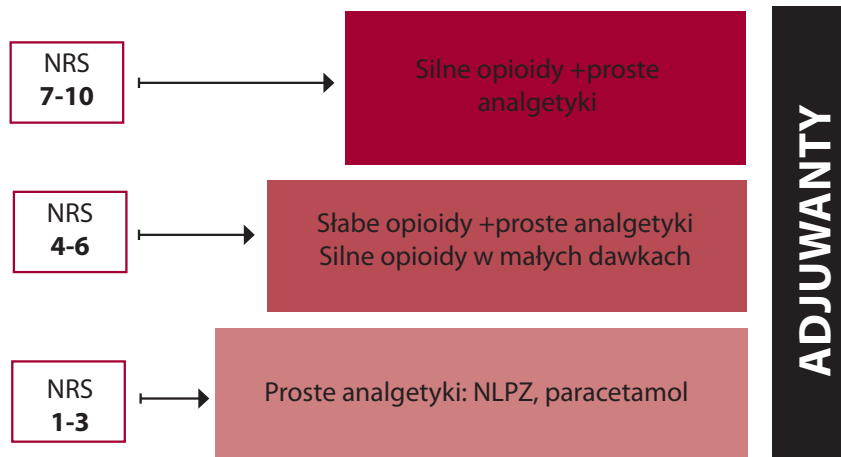
Natężenie bólu a leczenie farmakologiczne – drabina analgetyczna

W przypadku bólu o słabym natężeniu (1-3 w skali NRS), gdy pacjent wcześniej nie przyjmował analgetyków, leczenie należy rozpocząć paracetamolem lub niesterydowym lekiem przeciwzapalnym (NLPZ). Są one określane jako **leki nieopiodowe albo pierwsze szczebla drabiny analgetycznej**. W przypadku paracetamolu, nie powinno się przekraczać dawki 3 g na dobę. Lek ten jest przeciwwskazany u pacjentów z niewydolnością wątroby. Szczególną ostrożność należy zachować u pacjentów niedożywionych, stosujących barbiturany, nadużywających alkoholu. Niesterydowe leki przeciwzapalne są z wyboru stosowane w bólach kostnych. Należy rozważyć przeciwwskazania do ich przewlekłego stosowania, a w trakcie leczenia zwrócić uwagę na działania niepożądane. Szczególnie należy zachować ostrożność u pacjentów w starszym wieku ze względu na możliwość nasilenia niewydolności serca i nerek. Wskazane jest stosowanie preparatów o krótkim czasie działania. Wydaje się, że obecnie najbezpieczniejszymi lekami z klasy NLPZ są: meloksykam, nimesulid, ibuprofen, naproxen. Lek z grupy NLPZ można łączyć z Paracetamolem lub lekami z II i III szczebla drabiny analgetycznej.

Leki drugiego szczebla drabiny analgetycznej, zwane słabymi opioidami, są zalecane w bólu o średnim natę-



Ryc. 3. Skala NRS (numerical rating scale)



Ryc. 4. Natężenie bólu a leczenie farmakologiczne – drabina analgetyczna

zeniu (4-6 NRS). Najczęściej stosowanym lekiem z tej grupy jest Tramadol, dostępny we wszystkich postaciach, także w formie o kontrolowanym uwalnianiu. Może być stosowany w dawkach do 400 mg na dobę, podzielonych co 4-6 godzin lub w formie o przedłużonym uwalnianiu co 12 godzin. Korzystne mogą być połączenia Tramadolu z Paracetamolem, paracetamolu z kodeiną. Leczenie skojarzone jest dobrym wyborem u pacjentów z przeciwwskazaniami do NLPZ. Kodeina może być stosowana, gdy bólowi o słabym lub umiarkowanym natężeniu towarzyszy kaszel. Nie zaleca się łączenia leków z grupy słabych opioidów z silnymi opioidami.

W przypadku bólu o nasileniu umiarkowanym do silnego należy zastosować silny opioid (6-10 NRS) – leki trzeciego szczebla drabiny analgetycznej. Nie korzysta się z tych leków wystarczająco z obawy przed uzależnieniem, oraz ze względu na działania niepożądane (sedacja, zaparcia, nudności). Zgod-

nie z aktualnymi wytycznymi powinno się stosować doustne formy morfiny, oksykodonu w formie tabletek o kontrolowanym uwalnianiu co 12 godzin. Ze względu na wysoką skuteczność oraz mnogość postaci, morfina jest najdłużej i bardzo często stosowanym opioidem. U pacjentów w schyłkowej fazie choroby, z zaburzeniami połykania i świadomości podaje się ją najczęściej podskórnie. Pacjenci w wieku podeszłym odnoszą więcej korzyści z leczenia opioidami niż populacja osób młodszych (poprawa w zakresie samopoczucia, postrzeganej niesprawności, i w ogólnej ocenie bólu). Decydując się na zastosowanie opioidów w tej populacji chorych należy brać pod uwagę choroby współistniejące, zwłaszcza te prowadzące do upośledzenia czynności nerek i wątroby. Niewydolność tych narządów może spowodować wystąpienie działań niepożądanych (sedacji, depresji oddechowej, majaczenia). U starszych chorych proponuje się



Skuteczność wdrożonego postępowania przeciwbólowego wymaga wiedzy, rozsądnych decyzji terapeutycznych (właściwy dobór leków i dawek), monitorowania leczenia, pracy wielodyscyplinarnego zespołu, jak również wdrażania odpowiednich procedur zarządzania.

stosowanie na początku mniejszych dawek (o 25-50% w stosunku do dawki stosowanej u osób młodszych np. siarczan morfiny w podaniu podskórnym w dawce początkowej 2.5 mg co 4 godziny. Lekiem preferowanym ze względu na mniejszy wpływ na funkcje poznawcze u chorych w wieku podeszłym jest oksykodon. Ciekawą opcją terapeutyczną wynikającą z dążenia do zniesienia działań niepożądanych opioidów na przewód pokarmowy (zaparcia, atonia) jest połączenie oksykodonu z naloksonem w postaci preparatu doustnego. Należy rozważyć podanie buprenorfiny lub fentanylu w plastrze, zwłaszcza u chorych z zaburzeniami połykania, czy z niewydolnością nerek. Formy przezskórne nie nadają się do leczenia bólu niestabilnego gdyż zmieniane są zwykle co 72 godziny (fentanyl), lub co 96 godzin (buprenorfina). U pacjentów gorączkujących leczonych z zastosowaniem plastrów należy zachować ostrożność, gdyż leki uwalniają się w krótszym czasie i w większym stężeniu. Pełny efekt analgetyczny osiąga się dopiero po 2-5 zmianach plastra (6-15 dni). Na plastrze należy napisać datę i godzinę jego naklejenia.

Często działanie samych leków przeciwbólowych jest niewystarczające, a zwiększenie ich dawki wiąże się z nieak-

ceptowalnymi działaniami niepożądanymi. W takiej sytuacji niezbędne jest stosowanie **koanalgetyków**, czyli leków nieklasyfikowanych jako leki przeciwbólowe, ale wykazujących aktywność analgetyczną w odniesieniu do niektórych postaci bólu (np. bólu neuropatycznego - w neuralgii popółpaścowej). Wśród koanalgetyków dominują leki przeciwdrgawkowe. Wśród nich najlepszy profil skuteczności w stosunku do bezpieczeństwa wykazują: pregabalina i gabapentyna. Leczenie należy rozpocząć od małych dawek (gabapentyna 100 mg, pregabalina 75 mg) i leki te podawać przed snem, stopniowo zwiększając dawkę.

Niezbędne jest zapisywanie zaleceń i instrukcji leczenia bólu w sposób czytelny dla chorego i opiekunów, uprzedzenie o możliwych działaniach niepożądanych oraz wielokrotne ich omawianie, celem upewnienia się czy były one właściwie zrozumiane i stosowane. Leczenie farmakologiczne jest bardziej skuteczne w połączeniu z innymi niefarmakologicznymi metodami leczenia bólu, takimi jak: rehabilitacja, psychoterapia, metody inwazyjne, metody alternatywne.

Podsumowanie

Ból jest czynnikiem istotnie obniżającym jakość życia chorych, w tym pozostających w opiece długoterminowej, powoduje zaburzenia funkcji fizjologicznych, psychologicznych i społecznych, utrudnia proces leczenia i zwiększa wielokrotnie jego koszty. Pożądanym efektem klinicznym leczenia bólu powinno być: zmniejszenie jego natężenia, zwiększenie aktywności, poprawa nastroju i snu. Skuteczność wdrożonego postępowania przeciwbólowego wymaga wiedzy, rozsądnych decyzji terapeutycznych (właściwy dobór leków i dawek), monitorowania leczenia, pracy wielodyscyplinarnego zespołu, jak również wdrażania odpowiednich procedur zarządzania. Podkreśla się problem słabej edukacji i niewystarczających kwalifikacji personelu medycznego. Ważne wydaje się uświadamianie pracownikom ochrony zdrowia, pacjentom i ich rodzinom, zasad wdrażania metod opieki paliatywnej w opiece nad będącym u schyłku życia chorym. Dotyczy to nie tylko farmakologicznej kontroli objawów (w tym bólu) ale też zaspokajania potrzeb chorego we wszystkich sferach jego życia. ■

Piśmiennictwo

1. Pautex S, Michon A, et al. Journal of American Geriatrics Society 2006;54(7):1040-1045.
2. Zwakhalen SM, Koopmans RT et al. European Journal of Pain 2009;13(1):89-93.
3. Barry HE, Parsons C, et al. International Journal of Geriatric Psychiatry 2012;27:1258-1266.
4. Caraceni A; Hanks G et al. for the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC). Use the opioid analgesics in the treatment of cancer pain. Lancet Oncol. 2012;13 58 - 68.
5. <http://wygrajmyzbolem.pl/>
6. Nikles CJ, Yelland M, Del Mar C, Wilkinson D. The Role of Paracetamol in Chronic Pain: An
7. Evidence-Based Approach. AJT. 2005;12;80-91
8. Peterson G. Selecting Nonprescription Analgesics. ATJ. 2005;12;67-79.
9. Wordliczek J; Dobrogowski J: leczenie bólu. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 458 - 475.
10. Gibson S.J; Weiner D.K Pain in older person IASP Press 2005.

Komunikacja

w zespole terapeutyczno-opiekuńczym

KATARZYNA NOWAK-LEDNIEWSKA
psycholog, psychoterapeuta, trener
Kraków

Budowanie skutecznego, sprawnie komunikującego się zespołu terapeutyczno-opiekuńczego stanowi nie lada wyzwanie dla wielu placówek opieki długoterminowej. Integracja wielu osobowości, ludzi o różnym doświadczeniu, umiejętnościach, sposobie bycia i poczuciu wartości w kierunku realizacji wspólnego celu „poprawy jakości życia podopiecznych”, jest jedną z podstawowych trudności kierowników i liderów zespołu.

Tymczasem sukces w pracy z osobą przewlekle chorą tkwi właśnie w pracy całego zespołu, którego każdy członek w równej części czuje się odpowiedzialny za jego powodzenie i realizację. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej, określa zasady powoływania zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, nie mówi jednak nic o tym, co zrobić, by były skuteczne. Sprawne i profesjonalne funkcjonowanie zespołów ma wartość nie tylko dla podopiecznych – odbiorców opieki czy pracodawców dążących do realizacji celów placówki, ale przede wszystkim, dla każdego z członków zespołu osobiście. Atmosfera pracy wynikająca z bycia częścią wspierającego się, dającego poczucie bezpieczeństwa zespołu terapeutycz-





no-opiekuńczego, stanowi bowiem ważny składnik profilaktyki zespołu wypalenia zawodowego. Kluczem rozumienia trudności pojawiających się w funkcjonowaniu zespołu jest toczący się proces komunikacji wewnątrzgrupowej.

Komunikacja w zespole terapeutyczno opiekuńczym jest procesem wielopoziomowym, dziejącym się stale za pomocą słowa, gestu, mimiki, postawy, odczuwanych i wyrażanych uczuć i emocji. To nie tylko to, co mówimy, słyszymy czy widzimy, ale też to, co wiemy o sobie nawzajem, jak siebie rozumiemy i w związku z tym, jak ta wiedza reguluje stosunki między nami. Wszystko to decyduje o klimacie zespołu, który ma znaczący wpływ na subiektywną ocenę warunków pracy. Stosunek pracownika do swojego stanowiska pracy, sposób rozumienia swojej roli zawodowej i miejsca w zespole wyznacza kierunek jego efektywności i motywacji do działania, a ta przekłada się na charakter związków z podopiecznymi. Z tego powodu priorytetowym staje się pogłębianie wiedzy i umiejętności pracowników z zakresu dobrej i skutecznej

Skutecznie komunikujący się zespół terapeutyczno-opiekuńczy, to zespół, który sobie ufa. Obecność lub brak atmosfery bezpieczeństwa w zespole, w znaczący sposób determinuje jakość komunikacji między współpracownikami.

komunikacji w pracy zespołowej. Rozumienie procesu komunikacji jedynie w kategoriach przekazywania i wymiany informacji słownych jest zbyt dużym uproszczeniem. W zdecydowanej mierze, to nie słowa budujące treść przekazu, ale sygnały płynące kanałem niewerbalnym z naszego ciała: czyli nasz wygląd kiedy mówimy, wyraz twarzy, mimika, postawa i to w jaki sposób mówimy: z jakim napięciem i tonem, jest czynnikiem kształtującym relacje międzyludzkie. Dzięki transmisji niewerbalnych sygnałów komunikacji odbieramy i wysyłamy informacje o naszym stosunku do drugiej osoby: sympatii, antypatii, niechęci, szacunku, podległości czy zależności, a to z kolei wymusza na nas posługiwanie się

charakterystycznym stylem porozumiewania się, innym w stosunku do: kogoś kogo się nie lubi, kogo się boimy, od kogo czujemy się zależni, kogoś kim zarządzamy. Często dzieje się to bez udziału naszej świadomości. To co nieintencjonalne i nieświadome, nie podlega naszej kontroli. Zatem wysyłane i odbierane komunikaty niewerbalne, te płynące z ciała, są dla nas bardziej wiarygodne i praw-

dziwe od tych, które kontrolować potrafimy, przekazów słownych. Ważna jest świadomość, iż my sami bez ustanku jesteśmy nadawcami i odbiorcami dziejącej się komunikacji. Skuteczna komunikacja w zespole terapeutyczno-opiekuńczym to komunikacja:

- ▶ **Otwarta** - w której role nadawcy i odbiorcy nieustannie się przeplatają, a każdy z członków zespołu czuje się równoprawnym partnerem do rozmowy, szanującym siebie i drugiego człowieka. By komunikacja w zespole terapeutyczno-opiekuńczym mogła być otwarta, musi być przede wszystkim:
- ▶ **Bezpieczna** – dająca wszystkim członkom zespołu przestrzeń do myślenia, posiadania i wyrażania własnego zda-

nia bez poczucia lęku i zagrożenia,

- ▶ **Drożna** – w przepływie informacji w obrębie zespołu i poza nim,
- ▶ **Spójna** – w przekazach werbalnych i niewerbalnych
- ▶ **Jasna w przekazie** – charakteryzująca się prostotą, bez ukrytych podtekstów i aluzji,
- ▶ **Asertywna** – szanująca prawo każdego człowieka do odmowy, posiadania odrębnego stanowiska, działania przy warunku nieczynienia innym krzywdy,
- ▶ **Odpowiedzialna** – w sposobie bycia i wyrażania własnych myśli,
- ▶ **Konstruktwna w krytyce** – odnosząca się do konkretnego zachowania bądź działania a nie człowieka osobiście, uzupełniona o propozycje zmiany.

Tylko taki rodzaj komunikacji międzyludzkiej jest gwarancją budowania zespołu, który skutecznie radzi sobie z trudnościami, diagnozuje obszary sporne, konstruktywnie rozwiązuje powstałe konflikty. Zespołu, który potrafi wykorzystać indywidualne możliwości i umiejętności poszczególnych członków do realizacji wspólnego celu i niesienia wsparcia. Zespołu, który dyskutuje, negocjuje, śmieje się z siebie i wyciąga wnioski. Zespołu, który potrafi wykorzystać krytykę do doskonalenia swoich umiejętności i poszukiwania niezbędnego wsparcia. Zespołu, który ufa sobie nawzajem i może na siebie liczyć w sytuacji kryzysowej. I wreszcie zespołu, który nie musi się bez reszty lubić, ale szanuje swoją różnorodność i dąży do efektywnej współpracy dla dobra podopiecznych pomimo odmienności.

Budowanie skutecznie komunikującego się zespołu nie jest zadaniem łatwym i szybkim do wykonania. Tym bardziej, że umiejętność pracy zespołowej nie jest tym, co rozwija się w trakcie standardowej edukacji. Komunikacja w zespole jest czymś, co zespół musi sam sobie wypracować, ćwiczyć i o co musi dbać. Aby mogła być otwarta potrzebne jest zrozumienie każdego z członków, że: **zespół to maszyna działająca dzięki wszystkim swoim częściom, jeśli któraś z nich się psuje lub pracuje słabiej, cała praca staje się trudniejsza do wykonania.** Każdy członek zespołu opiekuńczo-terapeutycznego jest tak samo

ważny, niezależnie od tego jaką pracę wykonuje (leczenie, pielęgnacja, opieka, terapia, rehabilitacja, sprzętanie, gotowanie, konserwacja sprzętu, administracja, kierowanie ludźmi itd.) jest ona warunkiem koniecznym w realizacji wspólnego celu. Każdy z pracowników musi zatem czuć się ważną i potrzebną częścią zespołu. Częstość kłopotem w budowaniu zespołu jest poczucie bycia lub stawianie siebie poza nim. Jeśli sytuacja ta dotyczy kierownika lub lidera, prowokuje zamykanie się komunikacji. Pozycja kierownika- lidera stojącego poza zespołem kładzie nacisk na podkreślenie jego siły i władzy. Budzi lęk i respekt członków zespołu, jest też gruntem budowania dystansu i odrębnej tożsamości grupowej. My - Zespół i On - Lider, mamy odrębne cele i oczekiwania, sprzeczne w swoich interesach. Każda z przyjętych w zespole ról niesie ze sobą ważny komunikat dla pozostałych jego członków. I tak można w nim odnaleźć buntownika, błazna, szarą eminencję, kozła ofiarnego czy sumienie grupy, które na poziomie nieświadomym warunkują komunikację i relacje w zespole.

Skutecznie komunikujący się zespół terapeutyczno-opiekuńczy, to zespół, który sobie ufa. Obecność lub brak atmosfery bezpieczeństwa w zespole, w znaczący sposób determinuje jakość komunikacji między współpracownikami. Klimat lęku i zagrożenia, wprowadzanie elementów rywalizacji pomiędzy członkami grupy, powoduje nie tylko zamykanie się i niedrożność komunikacji, ale też tendencje do podejmowania destrukcyjnych technik radzenia sobie w sytuacjach problemowych. Człowiek który się boi, nie powie co myśli, „słyszy”, ale nie „słucha”, ponieważ skoncentrowany jest na obronie siebie. Poczucie lęku paraliżuje członków zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, wyzwała poczucie bezradności, bezsilności i bezsensu tego co się robi.

Każdą zmianę w komunikacji zespołowej trzeba zacząć od siebie. Klimat zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie zmienia się nigdy, jeśli jego członkowie nie wezmą za niego odpowiedzialności. Ludzie muszą chcieć uczyć się skutecznie komunikować.

Brak umiejętności komunikacji w zespole, prowadzi nie tylko do rodzenia się nieporozumień i konfliktów, ale w znacznej mierze warunkuje sposób ich rozwiązywania. Obrażanie się na siebie zamiast rozmowy o tym co nas boli, nadmierne krytykanctwo zamiast konstruktywnej argumentacji, obwinianie za błędy zamiast propozycji wsparcia, dążenie do podporządkowania i kontroli zamiast dyskusji i negocjacji, dyktatura zamiast demokracji i wolności słowa, stanowi czynnik blokujący komunikację w zespole. Zespół, który nie rozmawia o tym co się dzieje w jego wnętrzu, nie udziela sobie wsparcia, jest bezradny wobec sytuacji a jego członkowie mają poczucie osamotnienia w roli zawodowej. Stają się jałowi, wypaleni i smutni, tracą podmiotowy charakter relacji z innymi ludźmi.

Dobra komunikacja z innymi ludźmi wymaga przede wszystkim dobrego kontaktu z samym sobą. Świadomość wysyłanych przez nas komunikatów werbalnych i niewerbalnych ma niesłychaną wartość w kontaktach terapeutyczno-opiekuńczych. A te są przecież istotą pracy zespołów placówek długoterminowych. W diagnozie trudności komunikowania się w zespole mogą pomóc odpowiedzi na pytania: Czy ja wiem co czuję i jak to wyrażam? Co się ze mną dzieje kiedy przeżywam silne emocje? Co mi pomaga, a co przeszkadza w otwartej komunikacji z członkami mojego zespołu? Jaki jest styl komunikowania się w moim zespole? Jaki jest mój wkład w komunikację w moim zespole?

Komunikujemy się stale i na każdym etapie naszego życia, ale tylko od nas zależy to, czy chcemy to robić dobrze. Nigdy nie jest za późno, aby uczyć się technik skutecznej komunikacji. ■

Literatura

- Rzepka B., Efektywna komunikacja w zespole
- Oppeman K., Webber E., Style porozumiewania się w pracy
- Skuteczna współpraca w zespole. Skrypt Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
- Moscovici S. (1998). Psychologia społeczna w relacji ja- inni. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Brzezińska E., Paszkowska – Rogacz A. (2001). Kształtowanie relacji pracowniczych: podręcznik dla uczestników studiów i szkoleń menedżerskich. Łódź: Polsko – Amerykańskie Centrum Zarządzania.

Opieka przez komunikację

w trosce o pacjentów i personel medyczny

DR N. MED. EWA CZECZELEWSKA

Wydział Nauk o Zdrowiu

Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach

Nie wystarczy być sprawnym lekarzem, psychologiem czy pielęgniarką, żeby dobrze sprawować opiekę nad umierającym. Nie liczą się wyłącznie umiejętności manualne i wiedza medyczna, ale też ludzka wrażliwość, empatia czy poświęcenie i to bardziej niż w jakiegokolwiek innej dziedzinie medycznej. Liczy się zwykła ludzka dobroć, życzliwość, cierpliwość i dobra komunikacja.

Joanna Sałyga - chora na raka, autorka bloga o odczuwaniu u kresu swojego życia napisała „myślę, że zdrowi z chorymi nie mają o czym rozmawiać – doświadczenie tej choroby jest niezwykle silne i indywidualne, całkowicie zmieniające perspektywę. Zdrowi mogą nam współczuć, mogą rozpaczać, nie dowierzać, w sumie – nic istotnego. W takiej sytuacji chyba tylko otrzymywanie otuchy i wsparcia jest wartościowe”. Podobnie odczuwał Bolesław Lutosławski chory na *Non-Hodgkin's lymphoma* (chłoniaki niezłośliwe), pisał on w swojej książce pt. „Tańczący nad przepaścią, moja walka z rakiem”, że co krok różni ludzie mówili mu nieodpowiednie zdania, żartowali przy nim o pogrzebach, rozmawiali o znajomych, którzy ostatnio umarli na białaczkę, raka, atak serca. Uważał, że swoją osobą psuł zabawę innym, kiedy podchodził, poważnieli, myśląc zapewne „a, to tak wygląda człowiek, który już, już za parę miesięcy umrze”.

Według Elizabeth Kübler Ross, amerykańskiej lekarki, osoby chorujące na nieuleczalne choroby przeżywają złość,

złość na los, który zesłał chorobę, na personel medyczny, a przede wszystkim na osoby bliskie. I właśnie ten stan chorego, najczęściej powoduje bariery w komunikacji, które leżą zarówno po stronie samego chorego, jak i po stronie jego rodziny, znajomych, czy też personelu medycznego.

Staraj się tak nie robić

Zasadniczym błędem w komunikacji między chorym, a rodziną jest chęć chronienia bliskiej osoby i nieinformowanie jej o stanie zdrowia. Jeśli chodzi o pacjentów, to najczęściej chcą wiedzieć wszystko, o swoim zdrowiu, cyt. „jestem pani bardzo wdzięczny, że rozmawiamy o mojej śmierci, bo żona i syn mówią, że jeszcze pojedziemy na wakacje, a ja już wiem...”. Chory ma prawo do informacji i nie jest to tylko wymóg ustawy, pacjent zanim umrze może chcieć spisać testament czy przekazać bliskiej osobie upoważnienie do konta bankowego. Chce wiedzieć o zbliżającej się śmierci, aby ukochanym osobom powiedzieć „dziękuję”, „wybaczam ci”, „kocham cię”. Wtedy łatwiej odejść. Ks. dr Jan Kaczkow-



ski, bioetyk w swojej ostatniej książce pt. „Grunt pod nogami” napisał tak, „Gdybyście państwo ciężko zachorowali, to raczej chcielibyście wiedzieć, na co jesteście chorzy, by pokierować odpowiednio swoim życiem. Macie do tego głębokie ludzkie prawo. Przekazywanie prawdy nie jest sztuką dla sztuki. Ono ma chronić godność człowieka. Jeżeli ciężko choremu nie powiemy, że jest ciężko chory, to on może stracić do nas zaufanie. A to się naprawdę często zdarza...”. Często w taką znowę milczenia wciągnięty jest personel medyczny, ponieważ rodzina prosi, aby nie mówić choremu o faktycznym stanie jego zdrowia. Bywa i tak, że sam chory o to prosi lekarza, wówczas należy taką decyzję uszanować. Rozmowa na temat niepomyślnego rokowania jest trudniejsza w sytuacji długotrwałej relacji z pacjentem, gdy jest on młody lub kiedy chorego cechuje optymizm.

Błędem w komunikacji, który przekłada się na proces leczenia jest efekt *nocebo*. Wyraża się on nasileniem dolegliwości pozostających w związku z niewłaściwą relacją chorego z personelem medycznym, który w rozmowie z chorym nie tylko nie uspokaja, lecz wręcz wzmacnia zdenerwowanie chorego. Potwierdzono efekt *nocebo* z nasileniem się lęku u chorego, co wpływa na nasilenie bólu i pogorszenie się stanu zdrowia. Na taki błąd w opiece nad osobami w stanie terminalnym nie ma przyzwolenia.

Staraj się tak robić

Ciepły gest jest bardziej przydatny w tragicznych momentach życia, niż wyszukane słowa, żeby kogoś pocieszyć

Błędem w komunikacji, który przekłada się na proces leczenia jest efekt nocebo. Wyraża się on nasileniem dolegliwości pozostających w związku z niewłaściwą relacją chorego z personelem medycznym, który w rozmowie z chorym nie tylko nie uspokaja, lecz wręcz wzmacnia zdenerwowanie chorego.

lub wtedy, gdy chory nie może nas usłyszeć. Można tylko gładzić chorego po rękach, nic nie mówić, tylko tym gestem i myślami wyrażać czułą bliskość. Zmysł dotyku najdłużej jest odczuwany przez umierającego. Pielęgniarka Joyce Hutchison w swojej książce pt. „Czy mogę odprowadzić cię do Domu?” wskazuje, że ważna jest sama obecność przy chorym. Zauważa, że pielęgniarki są największymi mistrzami w wielu zadaniach, dwojąc się i trojąc przy pomaganiu, ale czasem zwykła obecność, nawet bez wykonania konkretnego zadania jest ważniejsza. Raz wracając do domu po ciężkim dyżurze, uświadomiła sobie, że podała tyle dożył-



Bywa i tak, że chory nie chce naszego współczucia, nie chce się otworzyć. Nie zmuszamy go do tego, nie naciskamy. Potrzebna jest jego wola. Bywa, że chory nieustannie słyszy „myśl pozytywne”, „walcz”.

nych morfin, podłączyła dziesiątki kroplówek, ale przez cały dzień nie spojrzęła w oczy nawet jednemu pacjentowi. Zadbala tylko o rzeczy fizyczne, a tak naprawdę nie zauważyła pacjentów w łózkach. Podkreśla, jak ważne jest powiedzenie pacjentowi i rodzinie, co się przy nich robi i uprzejme zapytanie czy w czymś można pomóc czy mają jakieś pytania, potrzeby.

Pozwólmy chorym i ich bliskim wyrazić uczucia, samo powiedzenie o nich ogromnie zmniejsza napięcie. Pozwólmy im płakać. Jak mówi psychoonkolog Justyna Pronobis-Szczylik w książce Katarzyny Kubisiowskiej pt. „Rak po Polsku, rozmowa z Justyną Pronobis-Szczylik i Cezarym Szczylikiem” – płacz jest na-

turalną reakcją na smutek, leczy, oczyszcza z nagromadzonego napięcia. Jeśli chory się od niego nie uwolni, nie będzie mógł przyjąć tego, co nastąpi potem. Płacz to forma żałoby, adekwatna reakcja na utratę. A zdrowie to wielka wartość, a zatem i wielka strata. By zrobić krok dalej, trzeba przeżyć żałobę, pozwolić sobie i innym na łzy. Gdy pacjent płacze, nie zabraniajmy mu tego, lepiej spokojnie powiedzmy – jestem z tobą. Nic więcej nie jest potrzebne.

Bywa i tak, że chory nie chce naszego współczucia, nie chce się otworzyć. Nie zmuszamy go do tego, nie naciskamy. Potrzebna jest jego wola. Bywa, że chory nieustannie słyszy „myśl pozytywne”, „walcz”. Niekiedy terror pozytyw-

nego myślenia może być formą zaprzeczenia choroby przez bliskie mu osoby. Wówczas chory musi się zmagać z niechcianym losem samotnie wśród osób recytujących pozytywne hasła. Jednak lepiej zapewnić chorego o tym, że jesteśmy przy nim spytać, co możemy zrobić. A potem to zrobić.

Regina Brett, doświadczona przez los dziennikarka w swojej książce pt. „Bóg nigdy nie mruga” na podstawie własnych doświadczeń zmagania się z chorobą nowotworową i podpowiedzi jej przyjaciół i rodziny, przygotowała kilkanaście wskazówek – czego nie robić i kilkanaście wskazówek, – co robić w opiece nad chorym w ciężkim stanie. Jedną ze wskazówek jest umiejętność słuchania. Nie musisz znać odpowiedzi, dawać rad ani proponować planu działania. Po prostu słuchaj. Oswój się z ciszą i zawsze patrz choremu w oczy, niezależnie od tego jak wygląda. Pozwól mu mówić również o czymś innym niż tylko o jego chorobie: o filmach, książkach, bieżących wydarzeniach. To wciąż twoja matka, ojciec, brat, przyjaciel, współpracownik. Oczekiwania chorych w tej kwestii, bardzo trafnie oddają słowa wiersza pt. „Słuchaj” anoni-

mowego autora, zawarte w książce pod red. Anny Grajcarek pt. „Sztuka rozmowy z chorym” cyt.

„Gdy proszę, byś mnie wysłuchał,
a ty zaczynasz udzielać mi rad,
nie robisz tego, o co cię proszę.
Gdy proszę byś mnie wysłuchał,
a ty zaczynasz mi mówić,
dlaczego powinienem czuć inaczej,
depcesz moje uczucia...”

Hanna Chrzanowska, wybitna pielęgniarka, inicjatorka opieki nad obłożnie chorymi w ich domach, miała rzadką umiejętność brania człowieka takim, jakim on jest. Uważała zawsze, że chory ma prawo do przyjemności, bez względu na jego stan i położenie. Nie gorszyła się, gdy chory martwił się np. o psa pozostawionego w domu bez opieki, nie mówiła „ach, to tylko pies” tylko starała się zaradzić jak rozwiązać ten problem, aby pacjent się nie zamartwiał. Zazwyczaj lekarze, czy pielęgniarki widzą chore ciało, do którego trzeba zastosować taki czy inny lek. Księża natomiast widzą duszę chorego. Pani Chrzanowska widziała zawsze człowieka z ciałem i duszą takim, jakim był. Z osobą pobożną rozmawiała o nabożeństwach, z matką o dzieciach i sprawach bieżących, a z osobą młodą o literaturze, filmie czy muzyce. Zaczepnijmy więcej z mądrości polskiej prekursorki opieki hospicyjnej opisaną w książce pt. „Radość dawania, Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach” autorstwa Marzeny Florkowskiej.

W opiece nad innymi, pamiętaj o sobie

Według Justyny Pronobis-Szczylik na wypalenie zawodowe składają się trzy czynniki: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz brak satysfakcji z wyników pracy. Wypalenie grozi nie tylko personelowi medycznemu, lecz każdemu, kto pracuje z ludźmi np. nauczycielom, strażakom. Skutkiem chronicznego stresu w pracy jest somatyzacja, wszystkie trudności natury emocjonalnej przemieniają się w fatalne samopoczucie fizyczne. Wyczerpanie emocjonalne to utrata energii i radości życia, dobrego nastroju, entuzjazmu i zapału. Musimy wiedzieć, że przedmiotowe traktowanie drugiej osoby nie może dawać satysfakcji, a wtedy personel, który nie doświadcza satysfakcji nie będzie czuł się dobrze. Wówczas będzie sprawiał wrażenie niedostępnego, oschłego i niemiłego. Natomiast pacjent i jego rodzina boi się takiego personelu i są świadomi, że całkowicie od niego są uzależnieni. Błędne koło niszczy obie strony. Wtedy jest ważne nazwanie przeżywanego trudności. Często tłumimy problemy, nie przyznajemy się do nich, wypieramy je, zaprzeczamy, że jesteśmy zmęczeni, zniechęceni, poirytowani. Tymczasem wyrażenie uczuć, samo powiedzenie o nich ogromnie zmniejsza napięcie. Dobrze

jest uświadomienie sobie, że nie jesteśmy z żelaza i że czasem nie wszystko da się zrobić.

Tomasz Dzierżanowski, lekarz pracujący w hospicjum w swojej książce pt. „Zimne wody Styksu” na podstawie swoich doświadczeń w pracy z pacjentami u kresu życia, daje kilka rad, jak nie dopuścić do wypalenia zawodowego. Radzi wyciszyć telefon w godzinach nocnych, aby nie doprowadzić do przewlekłego braku snu i przemęczenia, które odbija się na rzeczywistej ocenie sytuacji i na podejmowaniu decyzji. Proponuje słuchać muzyki, czytać książki stosować odskocznie, które stanowią balans dla ciężarów, z jakimi zmagają się personel medyczny w pracy z osobami ciężko chorymi. Znaleźć sobie ustronne miejsce, aby побыć w ciszy. Czasem wystarczy przysiąść gdzieś na boku i zamknąć oczy, żeby z głowy uszedł szum codziennego życia. Jak pisze Dzierżanowski, znaleźć „swoją Ogród”, gdzie można zmierzyć się z własną niemocą. Warto też mówić o swoich odczuciach, życzliwym sobie osobom, które cierpliwie wysłuchają, nie skrytykują, a nawet wykażą zrozumienie i nie muszą być to osoby z tzw. branży.

Wypalenie zawodowe jest syndromem, którego przyczyny leżą także w organizacji miejsca pracy, a nie tylko obecność w obliczu śmierci i cierpienia. Istotne źródło stresu zawodowego stanowi komunikacja w samym zespole – między pracownikami oraz przełożonymi. Problemy pojawiające się w tym obszarze wpływają na atmosferę w miejscu pracy, ograniczają możliwości uzyskania wsparcia, a ponadto generują wzrost agresji, złości i nadmierną rywalizację. Ważne są także kwestie związane z samym środowiskiem wykonywanej pracy. Złe warunki lokalowe, materialne, brak profesjonalnego sprzętu medycznego. Trudną sytuację implikują przeciążenia nadmiarem obowiązków, którym pracownik nie jest w stanie poddać w wyznaczonym na to czasie lub przy zastosowaniu dostępnych środków. Nadmierne obciążenie fizyczne i emocjonalne jest także źródłem stresu i powodem wypalenia zawodowego. ■

Literatura:

- K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz, Medycyna paliatywna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015
- M. Florkowska, Radość dawania, Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2010
- B. Lutosławski, Tańcząc nad przepaścią, moja walka z rakiem, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006
- J. Sałyga, P. Sałyga, Chustka, Wydawnictwo Znak, Kraków 2013
- R. Brett, Bóg nigdy nie mruga, Wydawnictwo Insignis Media, Kraków 2012
- T. Dzierżanowski, Zimne wody Styksu, Termedia, Poznań 2011
- K. Kubisiowska, Rak po Polsku, rozmowa z Justyną Pronobis-Szczylik i Cezarym Szczylikiem, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2014
- J. Hutchison, J. Rupp, Czy mogę odprowadzić cię do Domu, Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań 2010
- J. Kaczkowski, Grunt pod nogami, Wydawnictwo WAM, Kraków 2016

Pielęgnacja z głową

czyli jak dbać o włosy

KATARZYNA KALISZEWSKA
Ekspert Seni

„Kiedy patrzę w lustro, chcę widzieć siebie w dobrym stanie. Martwią mnie oznaki zmęczenia, choroby, starości, jakieś zmiany skórne, niechciane zmarszczki, sucha skóra. Ale najbardziej nie znoszę widoku źle ułożonych włosów” – mawiała babcia mojej przyjaciółki, która nie wyobrażała sobie dnia bez odświeżonych i ładnie ułożonych włosów.

Nawet w ostatnich tygodniach życia, kiedy unieruchomiona w łóżku nie była w stanie zadbać już o siebie, liczyła na to, że rodzina zadba o to, jak wygląda jej fryzura. Nie tylko w zdrowiu, ale także w chorobie, wygląd włosów wpływa na samopoczucie i nastrój. Warto więc z głową zabrać się do ich pielęgnacji.

Pielęgnację włosów u osób zdrowych ułatwia cały arsenał produktów drogeryjnych – serie szamponów, odżywek, masek i innych produktów do każdego typu włosów pozwalają każdemu znaleźć coś dla siebie. Kolorowe magazyny i strony internetowe dają mnóstwo porad na ten temat. Większym problemem jest dobranie odpowiednich produktów dla osób z problemami skórnymi, starszych czy obłożnie chorych, u których włosy i skóra głowy mają większe wymagania. W tym przypadku podstawą jest dobry szampon.



DOBRY SZAMPON

Jeśli szampon, który stosujemy, oparty jest na silnych detergentach, może nawet pogorszyć stan skóry głowy. Zbyt częste mycie włosów nieodpowiednim szamponem może wywołać podrażnienie skóry, które jest przyczyną swędzenia. Dobierając szampon dla osób obłożnie chorych, trzeba zwrócić uwagę na zupełnie inne cechy produktu niż w przypadku wyboru produktów drogeryjnych. Warto pamiętać, że drogeryjne produkty przeznaczone są dla osób, które nie mają problemów ani z włosami, ani ze skórą głowy. Wystarczy bowiem, że mamy do czynienia z nadwrażliwością skóry głowy, z nadmiernym wypadaniem włosów, łuszczyką czy łupieżem, a popularne szampony nam nie pomogą. Warto odpowiednich produktów szukać w aptece lub sklepie medycznym.

Bardzo często osoby z suchą skórą głowy mylą objawy suchego naskórka z łupieżem. Są one bardzo podobne – w obu przypadkach dochodzi do złuszczenia naskórka. W przypadku łupieżu przyczyną są grzyby *Malassezia globosa*, które można zwalczyć za pomocą specjalistycznych szampoonów dostępnych w aptece. Używanie aptecznych szamponów przeciwłupieżowych nie będzie jednak skuteczne jeśli ktoś ma po prostu suchą skórę głowy – skóra może swędzieć i łuszczyć się z powodu niewystarczającego nawilżenia. W takim przypadku warto dostarczyć skórze substancji odżywczych z zewnątrz – mocznik, kwas mlekowy, pantenol nawilżą naskórek i złagodzą swędzenie.

Jak dobrać odpowiedni produkt? Przypadki chorobowe należy skonsultować z dermatologiem, natomiast do skóry wrażliwej, podrażnionej, z nieregulowanym łuszczeniem i wydzielaniem sebum – z czystym sumieniem mogą polecić Szampon nawilżający Seni Care. Ma on wszystkie cechy, których należy szukać w dobrym szamponie:

1 Wygodne opakowanie z pompką

Szampon w dużej, stabilnej butelce z pompką daje kilka ważnych korzyści – można go używać jedną ręką; łatwo odmierzyć odpowiednią, stałą ilość szamponu; jest bardziej wydajny.



wygodne opakowanie z pompką

delikatne składniki myjące – bez SLS

działanie przeciwświądowe

działanie nawilżające i odżywcze

niezbyt intensywny, ale przyjemny zapach

delikatna hipoalergiczna formuła

delikatnie się pieni dzięki czemu łatwo go sputkać



Zwykłe szampony należy stosować wyłącznie na zdrowe włosy i skórę głowy.

2 Delikatne składniki myjące

Wyjątkowo łagodne detergenty bez SLS (Sodium Lauryl Sulfate) oczyszczają skórę głowy i włosy z kurzu, nadmiaru sebum, pozostałości środków kosmetycznych do stylizacji oraz potu, nie naruszając równowagi wodno-tłuszczowej naskórka.

3 Niezbyt intensywny, ale przyjemny zapach

Szampony drogeryjne pachną ładnie, ale intensywnie, co może działać drażniąco na delikatną skórę głowy. Delikatny zapach nie dominuje, ale daje poczucie świeżości.

4 Działanie przeciwświądowe

Bardzo ważna cecha dla osób, które po umyciu głowy zwykłym szamponem doświadczają przykrego swędzenia. Zawartość działającego przeciwświądowo wyciągu z kadzidłowca i nawilżająco-łagodzącego pantenolu zapewnia skórze komfort.

5 Delikatna hipoalergiczna formuła

Szampon ma tak dobrany skład, aby był bezpieczny dla każdego – nawet dla osób o bardzo wrażliwej skórze i skłonnościach do alergii. Nie obciąża włosów, dając długotrwały efekt odświeżenia. Może być używany nawet codziennie, bez ryzyka podrażnienia skóry.



6 Działanie nawilżające i odżywcze

Skóra osób starszych często jest sucha – zarówno na ciele jak i na głowie, zatem szampon powinien nie tylko ją oczyszczać, ale również nawilżać. Dzięki zawartości nawilżającego mocznika, odżywczego biokompleksu Inianego i kompleksu witamin oraz nawilżająco-łagodzącego pantenolu włosy zyskują zdrowy wygląd, są zmiękczone i dobrze odżywione, a skóra głowy ma optymalny poziom nawilżenia.

7 Delikatnie się pieni

Przy pierwszym myciu pieni się lekko, przy drugim, kiedy włosy są już oczyszczone z kurzu, potu, sebum, pieni się mocniej, ale nadal delikatnie. Ułatwia to spłukiwanie szamponu, co jest szczególnie ważne w przypadku pielęgnacji osób obłożnie chorych.

W przypadku mycia głowy osobie leżącej profesjonalnych wskazówek warto szukać na stronie projektu Damy Radę – www.damy-rade.info – w dziale Wideowarsztaty.

Kilka wskazówek, jak myć włosy

- ▶ Włosy należy dokładnie zmoczyć w letniej lub ciepłej wodzie, co ułatwi równomierne rozprowadzenie szamponu.
- ▶ Odpowiednią dawkę szamponu warto rozprowadzić z niewielką ilością wody najpierw na dłoni, później na włosach.
- ▶ Żeby uzyskać optymalny efekt, należy dwukrotnie nałożyć szampon. Pierwsze mycie pozwala zmyć z włosów kurz, resztki środków do stylizacji włosów, nadmiar łju. Drugie mycie pozwala dokładnie oczyścić nie tylko włosy, ale i skórę głowy oraz wnikać w ich strukturę składnikiem aktywnym.

- ▶ Umyte włosy należy dokładnie spłukać letnią wodą, która powoduje zamknięcie łusek włosów (a w konsekwencji ich wygładzenie) oraz odświeża skórę głowy bez pobudzania gruczołów łojowych do wydzielania sebum.

Aby mieć zdrowo wyglądające włosy, nie trzeba ich myć codziennie. Częstotliwość mycia zależy od typu skóry, upodobań, ale także od pogody, stanu zdrowia. Szampon Seni Care bardzo dobrze optymalizuje stan skóry głowy, dzięki czemu włosy długo pozostają świeże, często nie wymagają także zastosowania dodatkowych odżywek. Docenią to szczególnie opiekunowie osób obłożnie chorych, ale także wszyscy ci, którzy zmagają się z wrażliwą skórą głowy. ■

Seni Cup

my nie łapiemy zadyszki!

ROBERT KUJAWA
Fundacja Razem Zmieniamy Świat

Wiosenne miesiące każdego roku mijają nam wśród emocji sportowych. Równoległe do zmagania naszej reprezentacji na Euro 2016, przeprowadziliśmy nie mniej emocjonujące turnieje kwalifikacyjne do szesnastej edycji SeniCup!

Międzynarodowa Liga Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych SENI Cup, zatacza coraz szersze kręgi, przyciągając uczestników zza granicy. Turnieje kwalifikacyjne odbyły się między innymi w Niemczech, Czechach, Słowacki, na Węgrzech, Słowacji, Ukrainie, Białorusi i Łotwie! Dodatkowo, aż trzy turnieje kwalifikacyjne przeprowadzono w Polsce, w:

- ▶ **Waplewie,**
w dniach 11-13 maja
24 drużyny
- ▶ **Pogorzelicy,**
w dniach 17-20 maja
22 drużyny
- ▶ **Czarnej,**
w dniach 15-17 czerwca
22 drużyny

Zwycięzcy poszczególnych turniejów kwalifikacyjnych, zgodnie z wypracowaną w ciągu 16 lat tradycją, zmierzą się w dniach 6-8 lipca na Stadionie Miejskim przy ulicy Bema w Toruniu, gdzie rozegrany zostanie turniej finałowy. W sumie do Torunia przyjedzie 29 drużyn z Polski i z Europy, które zmierzą się w sporto-





wej rywalizacji ze sobą i z ograniczeniami, które tak skutecznie zwalczają.

Doświadczenie poprzednich lat pokazuje, że idea integracji osób niepełnosprawnych intelektualnie za pośrednictwem rywalizacji sportowej sprawdza się bardzo dobrze. SENI Cup dowodzi, że sport to znakomita jako forma terapii – z jednej strony utrzymuje podopiecznych instytucji opieki długoterminowej w dobrej kondycji fizycznej, skłania do pokonywania własnych słabości i motywuje do podejmowania wysiłku. Z drugiej strony, rywalizacja typu turniejowego to znakomite narzędzie terapii psychologicznej – stanowi sposób na naukę wytrwałości, przyjmowania porażek i pracy grupowej.

SENI Cup jest także skuteczną formą integracji społecznej osób niepełnosprawnych. Finałowy turniej to duże wydarzenie, które na stałe wpisało się w kalendarium imprez sportowych organizowanych w Toruniu. Inauguracja turnieju obchodzona jest w formie uroczystego wydarzenia, którego uczestnikami są nie tylko członkowie drużyn, lecz także mieszkańcy miasta. Dla wielu z nich to pierwsza i kluczowa okazja, aby przekonać się, że osoby niepełnosprawne intelektualnie wcale nie różnią się tak bardzo od reszty społeczeństwa.

Uśmiech zwycięzców, fantastyczna atmosfera w czasie rozgrywek i imprez integracyjnych, czy wydarzeń kulturalnych, jak równie autentycznie rozgrzane do czerwoności emocje, sprawiają, że jesteśmy przekonani o skuteczności terapeutycznej i społecznej turnieju. SENI Cup nie zwalnia, a piłka nożna jednoczy bez względu na okoliczności. ■



Projekt „Damy Radę” dobrą radą dla opiekunów...

AGNIESZKA MARKOWICZ
Ambasadorka „Damy Radę”

*Drodzy Opiekunowie Nieformalni,
Opiekunowie Środowiskowi
i Opiekunowie Instytucjonalni!*



Piszę do Was ten list, aby przekazać Wam ważną i zarazem dobrą wiadomość... Otóż wreszcie w naszej opiekuńczej rzeczywistości pojawił się projekt adresowany do wszystkich osób zajmujących się przewlekle chorymi w swoich domach.

O czym mowa? W czym rzecz?

Może teraz napiszę Wam kilka słów o Projekcie, który nazywa się „Damy Radę”. I jak przyznacie już sama nazwa przynosi pozytywne skojarzenia i budzi w nas pokłady motywacji, chęci działania i silnej woli, by pokonywać pojawiające się bariery i problemy. Bo przecież „Damy Radę” to także zapewnienie, że razem można zdziałać o wiele więcej, zrobić to dobrze i wspólnie cieszyć się sukcesami.

Pomysł na Projekt „Damy Radę” zrodził się w głowach członków toruńskiej Fundacji „Razem Zmieniamy Świat”. Po kilkuletniej obserwacji potrzeb osób przewlekle chorych i różnych problemów związanych z zapewnieniem pielęgnacji, podjęli decyzję o tym, że trzeba działać i stworzyć coś co ułatwi domową opiekę. Dlatego Projekt

w pierwszej kolejności adresowany jest do tzw. opiekunów nieformalnych. Zapytacie a kto to taki? To z reguły członek rodziny, który opiekuje się na co dzień swoim bliskim chorym. Nierzadko zdarza się, że opiekunami nieformalnymi są także sąsiedzi, przyjaciele, znajomi... To bardzo często osoba nie posiadająca kwalifikacji opiekuńczych, ani nie mająca wykształcenia pielęgnarskiego. Wyobrażacie sobie co takie osoby przeżywają gdy z dnia na dzień stają przed perspektywą całodobowej opieki? Gdy nagle ktoś zaczyna codziennie borykać się ze złożonością procesu opiekuńczego we wszystkich możliwych sferach: fizycznej i psychicznej, emocjonalnej i duchowej? Opiekun nieformalny to ktoś, kto nie tylko pełni rolę członka rodziny czy przyjaciela, ale podejmuje rolę pielęgniarki i rehabilitanta, dietetyka i pedagoga, psychologa, a nawet spowiednika... Wielokrotnie opiekun musi zgłębiać kwestie prawne aby móc prawidłowo zabezpieczyć dobro swojego podopiecznego. Udźwignięcie wszystkich tych zadań wymaga od niego ogromnego zaangażowania, zdobycia wiedzy i umiejętności, siły i cierpliwości a przede wszystkim ogromnego serca. Jeśli pominie którykolwiek element opieki jego działanie będzie niepełne... Wiecie o czym mówię.

Ale najważniejsze to zrozumieć, że razem można działać więcej, lepiej, dokładniej.

Stąd Projekt Damy Radę przewiduje w swojej ofercie cztery elementy, z których mogą

Opiekun nieformalny to ktoś, kto nie tylko pełni rolę członka rodziny czy przyjaciela, ale podejmuje rolę pielęgniarki i rehabilitanta, dietetyka i pedagoga, psychologa, a nawet spowiednika... .

skorzystać osoby poszukujące informacji potrzebnych w codziennej opiece. Pierwszym z nich jest strona internetowa **www.damy-rade.info**, na której zainteresowany opiekun w kilku zakładkach może znaleźć wiele informacji. Dotyczą one m.in.

- ▶ systemu opieki w Polsce, a więc jakie są instytucje opiekuńcze i co one oferują, jakiego wsparcia można oczekiwać z ich strony,
- ▶ przewlekle chory w domu, czyli jak się przygotować na przyjęcie chorego w domu, szczególnie osoby leżącej i niesamodzielnej,
- ▶ opiekun przewlekle chorego w tym metody radzenia sobie w trudnej roli opiekuna, sposoby komunikacji
- ▶ opieka w świetle prawa, tutaj zawarte są najistotniejsze informacje oscylujące wokół procedur związanych z uzyskaniem

orzeczenia o niepełnosprawności lub postanowieniem sądu o ubezwłasnowolnieniu całkowitym lub częściowym i co to oznacza dla podopiecznego i jego opiekuna.

Projekt Damy Radę ma również swój profil na Facebooku. Wszystkie zainteresowane osoby mogą się ze sobą komunikować i wymieniać doświadczeniem i wiedzą opiekuńczą. Dzięki temu może także powstać nieformalna grupa wsparcia. Z doświadczenia wiem, że wsparcie dla opiekuna jest nie tylko wzmacnianiem jego sił fizycznych i psychicznych ale też niezbędną odskocznią od codziennych spraw.

Drugim elementem Projektu jest bezpłatny poradnik „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu”. Poradnik ten możecie zamówić poprzez stronę internetową **www.damy-rade.info** lub po prostu wydrukować go bezpośrednio ze strony bo taka opcja również istnieje. Poradnik podobnie jak strona internetowa składa się z czterech podstawowych części, w których omawiane są najważniejsze zagadnienia związane z organizacją opieki nad cho-



rym w domu. Szczególnie polecam Wam część drugą. Znajdziecie w niej praktyczne informacje z pielęgnacji chorego np. Jak umyć głowę choremu leżącemu w łóżku? Na co zwracać uwagę podczas wykonywania toalety części intymnych kobiety i mężczyzny? Jak dopasować wyrób chłonny i jak go zakładać? Co to jest nietrzymanie moczu i jak sobie z nim radzić? Na pewno się ze mną zgodzicie, że ważnym tematem jest także profilaktyka odleżyn. I w poradniku znajdziecie najistotniej-

sze informacje dotyczące ran odleżynowych.

Kolejnym elementem Projektu przygotowanym na potrzeby opiekunów są filmy instruktażowe nazywane wideo warsztatami. Znajdziecie je bezpośrednio na stronie internetowej Projektu lub też na YouTube. Czemu warto przyglądać się im? Filmy instruktażowe pokazują nam wszystkie najważniejsze czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze. Instruktorzy w bardzo czytelny sposób pokazują każdy etap danej czynności. Dodatkowo używają jasnego, zrozumiałego języka. Oglądając filmy możemy się dowiedzieć jak umyć głowę choremu leżącemu w łóżku, jak umyć krok po kroku całe ciało chorego, jak zmieniać pieluchomajtki i dbać o higienę intymną chorego, jak karmić, jak przeciwdziałać odleżynom i w końcu jak bezpiecznie przemieszczać chorego z łóżka na wózek, o czym pamiętać by nie zrobić krzywdy podopiecznemu i sobie. Czasami nam

się wydaje, że wszystko wiemy. Moim zdaniem warto przypomnieć sobie i przy tym zweryfikować, czy aby na pewno wszystko robimy prawidłowo zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny.

Ostatnim elementem Projektu „Damy Radę” są warsztaty. Warsztaty odbywają się w całej Polsce. O terminie i miejscu warsztatów możecie się dowiedzieć ze strony internetowej Projektu www.damy-rade.info lub dzwoniąc na nr telefonu **801 105 555**. Warsztat prowadzi osoba, która posiada wieloletnie doświadczenie w sprawowaniu opieki nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi, niesamodzielnymi oraz w podeszłym wieku. Przewidywany czas spotkania to trzy godziny zegarowe. Oczywiście uczestnicy nie ponoszą żadnych kosztów finansowych z tytułu udziału w warsztacie. Podczas warsztatu prowadzący przekazuje najważniejsze informacje dotyczące planowania opieki, przygotowania mieszkania na przyjęcie chorego. Wskazuje gdzie można pozyskać sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny, materiały chłonne jak również środki pielęgnacyjne niezbędne w codziennej higienie i profilaktyce.

Prowadzący podczas warsztatu pokazuje na fantomie lub wolontariuszu działania niezbędne w opiece nad chorym. Myślę, że najważniejszym atutem warsztatu jest bezpośredni kontakt z prowadzącym i możliwość zadawania pytań, konsultacji w problemach opiekuńczych. Istotnym elementem warsztatu jest okazja indywidualnego przeciwdziałania czynności, które sprawiają opiekunowi największą trudność. Dla mnie warsztat jest za każdym razem niepowtarzalnym spotkaniem z ludźmi, którym nie jest obojętny drugi człowiek. To także czas na wymianę doświadczeń. Wielokrotnie jest to także szansa na wysłuchanie indywidualnych historii... Czuję wtedy, że przekazywanie merytorycznych treści zgodnych z moją wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem jest potrzebne. A bycie z opiekunem w jego



problemach i udzielenie mu wsparcia, przynosi ogromną satysfakcję. Uświadamiam sobie wówczas, iż radość jaka się pojawia dodaje sił i sprawia, że szerzej patrzę na to co robię.

Drodzy Opiekunowie środowiskowi i Opiekunowie w domach pomocy społecznej...

Pragnę Was zarazić tą radością wynikającą z pomagania. Wiem... powiecie, że nie jest to łatwe. Ale możemy powiedzieć, że razem Damy Radę. Wy opiekunowie formalni macie wiedzę i doświadczenie. Dzielicie się nimi. Proszę Was także abyście zachęcali wszystkie osoby, które opiekują się chorymi w domach, aby korzystali z proponowanego Projektu „Damy Radę”. Czemu o tym mówię? Otóż korzystając z własnego doświadczenia widzę, że jest to potrzebne. Uważam, że szczególną rolę w tym zakresie mogą odgrywać Ośrodki Pomocy Społecznej i przychodnie zdrowia. Instytucje te posiadają informacje dotyczące osób chorych i środowisk, w których one przebywają na co dzień. Zawsze można zaproponować i zachęcić rodzinę do poszerzenia swojej wiedzy na temat sprawowanej opieki. Jeśli rodzina wie jak opiekować się swoim chorym w domu, to chętniej będzie aktywnie uczestniczyć w tym procesie. Dla samego chorego jest to także bardzo korzystna sytuacja. Opiekująca się rodzina, wspomagana przez wykwalifikowane opiekunki środowiskowe, pielęgniarki rodzinne i pielęgniarki opieki długoterminowej, będzie mogła stanąć na wysokości opiekuńczego zadania. Można powiedzieć, że w ten sposób powstanie system wzajemnej pomocy, dzięki któremu chory ma zapewnioną opiekę na każdym etapie swojego życia. Rodzina, która posiada wiedzę opiekuńczą będzie świadomie współpracować z opiekunką środowiskową, pielęgniarką, rehabilitantem czy lekarzem. A przecież o to chodzi by chory miał zapewnioną właściwą i kompleksową opiekę.

Poruszam ten temat, gdyż nie raz dane mi było zobaczyć chorego, który trafił do domu pomocy społecznej lub zakładu opiekuńczo-leczniczego w stanie znacznego zaniedbania higienicznego i opiekuńczego. Trudno jest w takich sytuacjach cofnąć czas, aby móc nadrobić straty jakie powstają w wyniku nieprawidłowej pielęgnacji lub jej całkowitego braku. To potwierdza, że są



Opiekująca się rodzina, wspomagana przez wykwalifikowane opiekunki środowiskowe, pielęgniarki rodzinne i pielęgniarki opieki długoterminowej, będzie mogła stanąć na wysokości opiekuńczego zadania.

jeszcze osoby i rodziny, które nie wiedzą jak sobie poradzić z osobą chorą, leżącą i niesamodzielną w domu. Oczywiście zdarzają się sytuacje, że są to osoby całkowicie samotne. Czasami przytrafi się, że ktoś opiekujący się bliskim przychodzi do DPS i pyta – jak sobie poradzić z jakimś konkretnym problemem. Jeśli jest to możliwe Drodzy Opiekunowie z domów pomocy społecznej, z zakładów pielęgnacyjnych proponujcie rodzinom udział w Projekcie „Damy Radę”. Myślę, że w ten sposób możemy poprawić jakość opieki w domach. Możemy to również potraktować jako działanie profilaktyczne: świadoma rodzina

to zadbane i zaopiekowany chory – to niższe koszty leczenia, to mniej bólu i cierpienia, to więcej energii i czasu na inne zadania; to umiejętne budowanie systemu wsparcia dla rodzin.

Dziękuję Wam Drodzy Opiekunowie, że przeczytaliście ten list do końca.

Życzę Wam ogromnej cierpliwości i wrażliwego serca, życzliwych ludzi wokół i sił do realizacji życiowych przedsięwzięć... ■

Pozdrawiam Was serdecznie
Agnieszka Markowicz
 Ambasadorka „Damy Radę”
 Nowa Dęba, 30.05.2016 r.

XIX

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ



Rodzina, środowisko i instytucja w opiece długoterminowej

GRAŻYNA ŚMIAROWSKA, JOANNA HAIN-LISTEWNIK
Komitet Organizacyjny
XIX Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej



Szanowni Państwo,
W tym roku już po raz dziesiąty zapraszamy Państwa na Międzynarodową Konferencję Opieki Długoterminowej w Toruniu, z pewnością na największe w Polsce wydarzenie, podczas którego tak licznie spotykają się profesjonaliści działający na rzecz osób niesamodzielnych. O wykłady, dyskusje czy wyrażenia własnej opinii poprosiliśmy przedstawicieli środowisk, praktyków, osoby zarządzające placówkami jak i naukowców zarówno z Polski i zagranicy.

Zapraszamy Państwa na debatę dotyczącą współpracy środowisk i instytucji zaangażowanych w opiekę nad osobą niesamodzielną, ze szczególnym uwzględnieniem rodziny chorego. W Polsce, w sytuacji choroby, to rodzina wciąż stanowi podstawowe środowisko dla osoby chorej. Badania wskazują, że pomoc instytucjonalna pojawia się dopiero wówczas gdy zawodzi rodzina. Niezależnie też, czy osoba niesamodzielną przebywa w instytucji czy też w swoim środowi-

sku domowym – współpraca z rodziną jest nieodłącznym elementem Państwa działalności. Często są to sytuacje trudne, konfliktowe – co wskazała Państwo w przeprowadzonej ankiecie w trakcie konferencji w 2014 roku. W trakcie pierwszej sesji „Współpraca z rodziną w opiece długoterminowej”, chcemy podjąć dyskusję, czy współpraca z rodziną jest potrzebna i możliwa. Jakie może przynieść korzyści i możliwości dla osoby niesamodzielnej, jej opiekuna czy dla systemu i placówki. Chcemy mówić o zarządzaniu konfliktem – rodzina – pacjent – personel, o trudnych sytuacjach w kontaktach z rodziną i o komunikacji. A także o wsparciu dla opiekunów nieformalnych, o wsparciu rodziny, ale też wsparciu potrzebnym pacjentom i podopiecznym pozbawionym rodziny.

O potrzebie skoordynowania usług opiekuńczych ze zdrowotnymi w stosunku do osób niesamodzielnych z tytułu choroby, urazu czy wieku nie musimy dzisiaj nikogo przekonywać. W Polsce, z powodu funkcjonowania opieki w dwóch systemach – w ramach pomocy społecznej i zdrowia – niemożliwa jest sprawna i efektywna pomoc w ramach opieki długoterminowej bez zbudowania planu jej koordynacji. Problemem staje się sposób realizacji tej koordynacji. W Europie znane są przykłady świetnie działającej opieki skoordynowanej gdzie punktem zainteresowania są potrzeby osoby niesamodzielnej jak i rodziny. Dlatego też w drugiej sesji, „Koordynacja opieki nad osobą starszą i przewlekle chorą z perspektywy lokalnej w różnych krajach Europy”, chcemy pokazać Państwu studia przypadków z Norwegii, Danii i Holandii.

Szanowni Państwo, nowoczesne technologie to już terazniejszość w opiece długoterminowej. Telemedycyna, teleopieka co prawda nieśmiało wkracza na rynek Polski, ale te doświadczenia udowadniają że jest to możliwa i potrzebna forma opieki. Stanowi także narzędzie budowania, opartych na zaufaniu relacji pomiędzy podmiotem świadczącym usługi/opiekunem a podopiecznym.

Nowe technologie to także narzędzie optymalizacji procesów zarządczych w instytucjach świadczących usługi opieki długoterminowej. Ten temat chcemy poruszyć w trzeciej sesji



„Nowoczesne technologie w opiece długoterminowej”, a także roli technologii informacyjnych i komunikacyjnych w tym obszarze.

Sprawując opiekę powinniśmy pamiętać także, że zasadniczy wpływ na zdrowie i przebieg choroby człowieka ma styl życia. Jednym z jego elementów jest odżywianie i aktywność ruchowa. Niestety sposób aktywności i odżywiania większości polskich seniorów jest nieodpowiedni. Wraz z wiekiem zmienia się zapotrzebowanie na poszczególne składniki odżywcze i energię. Problem ten nasila się wraz z wystąpieniem schorzeń. O tym jak codzienna dieta w takich przypadkach może stać się istotnym elementem terapii powiemy Państwu w kolejnej sesji „Żywność i aktywność ruchowa w procesie zdrowego starzenia”. Wskażemy także jaki rodzaj aktywności zalecany jest dla osób starszych przebywających zarówno w swoim środowisku domowym, jak i domach opiekuńczych.

W ostatnim dniu konferencji proponujemy wykłady dotyczące kreowania norm jakości w opiece nad osobami

niesamodzielnymi z tytułu wieku lub choroby. Podnoszenie wiedzy i umiejętności zarówno wśród opiekunów profesjonalnych jak i nieprofesjonalnych staje się kluczowym narzędziem w zarządzaniu jakością. Podamy także przykłady jak skutecznie się komunikować i kierować placówkami opieki długoterminowej.

Serdecznie Państwa zapraszamy na tegoroczną edycję konferencji mając nadzieję, że zainteresuje Państwa program jak i możliwość spotkania w jednym miejscu tak wielu osób zaangażowanych w opiekę długoterminową. Będzie to również pierwsza konferencja zorganizowana w Centrum Kulturowo Kongresowym Jordanki - nowym, atrakcyjnym architektonicznie obiekcie położonym w samym centrum Torunia. Ten rok jest wyjątkowy z jeszcze jednego powodu – Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych, producent wyrobów pod marką Seni, obchodzi swój podwójny Jubileusz – 65 lat istnienia oraz 25 lat od powołania spółki akcyjnej. ■

XIX MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ



Rodzina, środowisko i instytucja w opiece długoterminowej

Toruń, 27-29 września 2016

DO UDZIAŁU ZAPRASZAMY:

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

MIEJSCE KONFERENCJI:

Centrum Kulturalno-Kongresowe Jordanki
Aleja Solidarności 1-3
87-100 Toruń

ZGŁOSZENIA:

do **16 września 2016** na stronie www.tdod.pl

OPŁATA: 492 zł*

Opłata obejmuje:

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

Opłata nie obejmuje noclegu

Więcej informacji na stronie www.tdod.pl

BIURO KONFERENCYJNE:

Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej

tel. **56 612 35 83,**
56 612 35 60

e-mail: ecod@tzmo.com.pl
www.tdod.pl

PATRONAT HONOROWY:

Prezydent Miasta Torunia
Michał Zaleski

PATRONAT MERYTORYCZNY:

Polskie Towarzystwo Opieki
Długoterminowej

ORGANIZATOR:



PROGRAM RAMOWY

27 września 2016

18.00 Uroczysta inauguracja

20.00 Wieczór artystyczny i bankiet

28 września 2016

9.00 – 11.00 SESJA I

Współpraca z rodziną w opiece długoterminowej.

Moderator: Maciej Zdziarski

Udział w dyskusji wezmą:

- ▶ **prof. dr hab. Jan Tylka**
psycholog kliniczny, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
- ▶ **Ewa Błaszczuk**
Prezes Fundacji Akogo?
- ▶ **Anna Kliś-Kalinowska**
Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, ZOL w Krakowie
- ▶ **Agnieszka Markiewicz**
Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Nowej Dębie
- ▶ **Anna Konstantinowna Federmesser**
Prezes Fundacji Wiera, Rosja
- ▶ **Anna Susarska**
Opiekun nieformalny
- ▶ **Lennarth Johansson**
Karolinska Institutet, Szwecja

11.00 – 11.30 PRZERWA KAWOWA

11.30 – 13.00 SESJA II

Koordinacja opieki nad osobą starszą i przewlekle chorą z perspektywy lokalnej w różnych krajach Europy.

Moderator: Grażyna Wójcik

- ▶ **Prof. Liv Wergeland Sørbye**
Planowanie i koordynacja opieki na szczeblu samorządowym.
- ▶ **Anna Jorgensen**
Projekt Sambo: Współpraca między sektorami dotycząca przebiegu leczenia pacjenta na podstawie Regionu Południowej Dani.
- ▶ **Esthet Vervat**
Gdzie mam mieszkać, gdy jestem stary, siwy i zagubiony?

13.00 – 14.30 PRZERWA OBIADOWA

14.30 – 16.00 SESJA III

Nowoczesne technologie w opiece nad osobą niesamodzielną.

Moderator: prof. dr hab. Piotr Błędowski

- ▶ **prof. Luca Brusati**
Wydział Ekonomii i Statystyki, Udine University,
Rola nowoczesnych technologii w opiece długoterminowej.
- ▶ **dr inż. Jarosław Bułka**
Laboratorium Biocybernetyki Katedry Automatyki i Inżynierii Biomedycznej Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie,
Korzyści dla seniorów, osób niesamodzielnych oraz członków ich rodzin wynikające z zastosowania w opiece długoterminowej technologii mobilnej.

16.00 – 16.30 PRZERWA KAWOWA

16.30 – 18.00 SESJA IV

Żywność i aktywność ruchowa w procesie zdrowego starzenia.

Moderator: prof. dr hab. Tomasz Kostka

- ▶ **Anja Saletti**
Wydział Zdrowia Publicznego i Nauki o Opiece, Uppsala University
Wpływ wdrożenia wytycznych żywieniowych na pracę personelu domu opieki i ich efekty kliniczne dla mieszkańców.
- ▶ **Dr Agnieszka Guligowska**
Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Porównanie realizacji zaleceń żywieniowych przez osoby starsze ze środowisk domowych i z domów pomocy społecznej.
- ▶ **Prof. dr hab. Tomasz Kostka, Joanna Kostka, Ewa Borowiak**
Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Aktywność fizyczna u osób starszych w zależności od miejsca zamieszkania.

29 września 2016

10.00 – 11.30 SESJA V

Różne wymiary jakości w opiece nad osobą niesamodzielną.

Moderator: Magdalena Kamińska

- ▶ **prof. Eleonora Kuczmera-Ludwicyńska**
Sprawną komunikacją jako element zarządzania w placówkach opieki długoterminowej.
- ▶ **Agnieszka Markiewicz**
Rola edukacji rodziny w podnoszeniu jakości opieki długoterminowej.
- ▶ **Marzena Rudnicka**
Koncepcja jakości w produktach i usługach dla seniorów na podstawie krajowej normy jakości w systemie certyfikacji „OK Senior”.

**OSTATECZNY PROGRAM NAUKOWY KONFERENCJI MOŻE ULEC ZMIANIE LUB ROZSZERZENIU.
PEŁNĄ WERSJĘ PODAMY NA STRONIE TDOD.PL**





Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu

- jak pielęgnować, aby uniknąć odleżyn
- jak łatwo i bezpiecznie zmieniać pieluchomajtki
- jak bezpiecznie przemieszczać

Spotkaj się z naszymi ekspertami na bezpłatnych warsztatach organizowanych w całej Polsce.

Zgłoś się na warsztaty lub zamów bezpłatny poradnik:
www.damy-rade.info
tel. 801 105 555

*Dane według raportu Fundacji Razem Zmieniamy Świat, 1.2.2015

seni

Seni wspiera opiekę nad osobami przewlekle chorymi.



damy rade

Pomogliśmy już ponad 150 000 rodzin*

SENI ACTIVE - majtki chłonne
nowoczesny wyrób chłonny przypominający zwykłą bieliznę

SUPER SENI - pieluchomajtki
tradycyjne zabezpieczenie na każdy stopień nietrzymania moczu

SENI CARE
produkty pielęgnacyjne i przeciwoodleżynowe dla osób z nietrzymaniem moczu

Więcej na seni.pl