

Forum Opieki Długoterminowej

med1

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 4(70)
grudzień 2016

Agresja
u podopiecznych

**Ordynowanie
leków**
przez pielęgniarki

ALKOHOLIZM
PROBLEM SPOŁECZNY



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.



Osłonki 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
robert.kujawa@tzm.com.pl

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

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

Witamy w grudniowym numerze Medi! Z rozmów z naszymi czytelnikami wynika, że alkoholizm to problem bardzo rozpowszechniony i wyjątkowo istotny w funkcjonowaniu domów opieki społecznej. Z tego powodu postanowiliśmy uczynić z niego temat bieżącego numeru. Przedstawiamy dwa artykuły – jeden z nich jest opisem przygotowania DPSu do pracy z osobami uzależnionymi, a drugi stanowi próbę analizy genetyzacji problemu z punktu widzenia psychoterapeuty.

Od pewnego czasu pielęgniarki i położne posiadają możliwość nabycia uprawnień do ordynowania leków. O tym, w jaki sposób uzyskać te uprawnienia pisze konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Pracownicy opieki długoterminowej, zajmujący się osobami z chorobą otępienną, bardzo często muszą borykać się z agresją ze strony swoich podopiecznych. Skąd biorą się takie zachowania i jak sobie z nimi radzić dowiemy się z artykułu psycholog klinicznej, Barbary Łukawskiej.

Mycie włosów to jedna z bardziej złożonych czynności pielęgnacyjnych, wykonywanych przez opiekuna. Ma znaczenie nie tylko higieniczne, ale również działa bardzo korzystnie na samopoczucie osoby niesamodzielnej. Aby ułatwić tę czynność, marka Seni poszerza ofertę kosmetyków o szampon w piance, do użycia bez wody. Więcej o produkcie w artykule na stronie 36.

Dziękujemy za kolejny rok, który spędzili Państwo z kwartalnikiem Medi! Pamiętajmy, że jest to forum wymiany wiedzy o tematach, które dotyczą nas – profesjonalistów opieki długoterminowej. Jeśli mają Państwo pomysł na temat, którego jeszcze nie poruszaliśmy, lub alternatywne spojrzenie na temat już opisany, zapraszamy do kontaktu z redakcją. Dane kontaktowe w stopce redakcyjnej po lewej.

Zapraszamy do lektury!

SPIS TREŚCI

grudzień 2016

TEORIA I PRAKTYKA

6 Ergonomiczne warunki pracy personelu opieki zdrowotnej

10 Dzienny Dom Opieki Medycznej w Toruniu

12 Zachowania agresywne w chorobach otępiennych

TEMAT NUMERU

17 „Jesień życia” a uzależnienie od alkoholu

22 Problematyka alkoholizmu w opiece długoterminowej
na przykładzie domów pomocy społecznej

ZARZĄDZANIE

32 Ordynowanie leków i wypisywanie recept
przez pielęgniarki i położne

NOWOŚCI PRODUKTOWE

36 Szampon w piance SeniCare alternatywa
dla mycia włosów z wodą

NOVOSCABIN®

Zapobiega kolonizacji
skóry przez pasożyty
świerzbowca ludzkiego

Do stosowania u osób
przebywających w miejscach
o dużym ryzyku **zakażenia**
świerzbem

Przebadany
dermatologicznie



Ergonomiczne warunki pracy

personelu opieki zdrowotnej

IRENA MYSŁEK
Specjalista Pielęgniarstwa Rodzinnego

Praca zawodowa jest, obok rodziny, decydującym wyznacznikiem sytuacji życiowej ludzi i tym samym pozostaje w ścisłym związku ze stanem zdrowia. Połączona jest z reguły z wykonywaniem zawodu, który definiowany jest jako zespół czynności, których wykonywanie oparte jest na kwalifikacjach. Zasady i warunki wykonywania niektórych zawodów ściśle regulują przepisy prawne. Z nich również wynika znaczenie i wartość „stanu zdrowia” pracownika oraz jego zagrożenia związane z wykonywaną pracą.

Wśród grup zawodowych najbardziej narażonych na ryzyko rozwoju schorzeń, znajdują się osoby zatrudnione w szpitalach, w placówkach opiekuńczo-leczniczych oraz w zakładach pielęgniarstwa opiekuńczego.

Dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa są tak powszechne, że stanowią jeden z głównych problemów społecznych, medycznych i ekonomicznych we wszystkich krajach UE. Skutkiem długotrwałych obciążeń układu mięśniowo-szkieletowego podczas pra-

cy mogą być choroby zawodowe oraz parazawodowe. Przewlekłe choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy wymienione są w wykazie chorób zawodowych. Wymienić należy: przewlekłe zapalenie ścięgna, przewlekłe uszkodzenie łokotki, przewlekłe zapalenie okołostawowe barku, zespół cieśni w obrębie nadgarstka, zespół rowka nerwu łokciowego. Choroby parazawodowe mają złożony charakter powikłań.

Główne przyczyny schorzeń układu ruchu personelu to:

1. Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy pacjentach leżących – w szczególności ich podnoszenie i przemieszczanie,
2. Konieczność częstego pochylania się i zmiany pozycji podczas pracy,
3. Konieczność długotrwałego stania pielęgniarek-instrumentariuszek podczas zabiegów operacyjnych, które w rezultacie prowadzą do dolegliwości bólowych w dolnym odcinku kręgosłupa, bólów okolicy barku, dolegliwości w obrębie stóp,

4. Wykonywanie czynności w zbyt małej przestrzeni roboczej, pokonywanie barier architektonicznych w zakładach opieki zdrowotnej,
5. Przemieszczanie ciężkiego sprzętu medycznego oraz innych ciężkich obiektów (np. wózków funkcyjnych, łóżek, zestawów operacyjnych, butli tlenowych, odpadów pozabiegowych),
6. Niestosowanie zasad ergonomii pracy.

Przy ręcznym podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów najistotniejszy dla ochrony układu ruchu jest wybór odpowiedniej techniki. Zawsze należy najpierw zastanowić się:

- ▶ czy ciężar może przenieść jeden pracownik lub kilka osób,
- ▶ czy część obciążenia może przejść sprzęt mechaniczny, taki jak podnośniki, wózki itp.?
- ▶ czy obciążenie może zmniejszyć inny sprzęt wspomagający wykonywanie tych czynności (np. uchwyty, maty ślizgowe itp.)?

W zależności od oceny sytuacji należy zastosować odpowiednie wspomaganie.

Do ergonomicznych warunków pracy personelu medycznego zgodnie z obowiązującym przepisami i Rozporządzeniami Ministra, należą:

1. Rozmieszczenie mebli i sprzętu w pomieszczeniach pracy w sposób zapewniający swobodny dostęp do stanowisk pracy,
2. Stosowanie sprzętu medycznego zgodnie z zasadami i przepisami,
3. Wyposażenie sal chorych w łóżka mobilne o regulowanej wysokości, wyposażone w zależności od potrzeb w sprzęt ułatwiający pacjentowi samodzielną zmianę pozycji np. wysięgniki nadłóżkowe, uchwyty ręczne, drabinki sznurowe oraz sterowanych pilotem,
4. Wyposażenie personelu medycznego w odpowiednie urządzenia i pomoce ułatwiające wykonywanie codziennych prac związanych z podnoszeniem i przemieszczaniem pacjentów m.in.: wózki, podnośniki, pionizatory, rolki, łatwoślizgi,
5. Zapewnienie odpowiednich urządzeń ułatwiających wykonywanie toalety chorych, np.: mobilne wózki



Dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa są tak powszechne, że stanowią jeden z głównych problemów społecznych, medycznych i ekonomicznych we wszystkich krajach UE. Skutkiem długotrwałych obciążeń układu mięśniowo-szkieletowego podczas pracy mogą być choroby zawodowe oraz parazawodowe.

6. Systematyczna kontrola stanu technicznego łóżek szpitalnych,
7. Zlikwidowanie barier architektonicznych w placówkach opieki zdrowotnej i pomieszczeniach pracy,
8. Zapewnienie prawidłowej organiza-

cji pracy dla personelu medycznego i przestrzeganie norm zgodnych z wytycznymi Państwowej Inspekcji Pracy.

Istotną rolę w prewencji odgrywa również szkolenie pracowników w zakresie bezpiecznych metod pracy dotyczących:

- ▶ technik poprawnego podnoszenia ciężarów,
- ▶ utrzymywania prawidłowej pozycji przy pracy,
- ▶ stosowania odpowiednich do konkretnych sytuacji przyrządów pomocniczych i poprawnej obsługi technicznej tych przyrządów.

Niezmiernie ważne jest, aby szkolenie to obejmowało również ćwiczenia praktyczne. Pracownicy zakładów

opieki zdrowotnej powinni je odbywać przed dopuszczeniem do wykonywania pracy, jak i aktualizować podczas pracy zawodowej.

Najważniejsze zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów:

1. Każda osoba przystępująca do podniesienia chorego musi mieć świadomość swoich możliwości fizycznych, poziomu swej sprawności i wytrzymałości współpracujących z nią osób,
2. Nie powinno się nigdy podnosić chorego przed opanowaniem właściwej techniki. W przeciwnym razie zarówno pacjent, jak i opiekująca się nim osoba mogą doznać obrażeń,

3. Ubranie osoby podnoszącej chorego musi być wygodne, nieograniczające ruchów, a obuwie o nieślizgających się podeszwach, z szerokim i niewysokim (najlepiej płaskim) obcasem, buty powinny być dopasowane do stóp,
4. Osoba podnosząca chorego musi pewnie stać na podłożu i przyjąć właściwą pozycję,
5. Niczego nie należy wykonywać na siłę i przy dużej bolesności, bo można pacjenta zniechęcić do zmiany pozycji i wywołać u niego reakcje obronne,
6. Nie wolno chwycić chorego pod pachy, ponieważ może to prowadzić do urazu stawów barkowych pielęgniarki,
7. Podczas przemieszczania pacjent nie może chwycić opiekuna za szyję, gdyż naraża go na uraz kręgosłupa szyjnego,
8. Trzeba pamiętać o zasadach oddychania,
9. Wszędzie tam, gdzie to możliwe, ręczne przemieszczanie chorego w łóżku i poza łóżko (na wózek lub krzesło) należy wykonywać za pomocą sprzętu ślizgowego,
10. Do przemieszczania z łóżka na wózek pacjentów, którzy są bezwładni, a ich ciężar przekracza możliwości fizyczne opiekunów, należy stosować podnośniki,
11. Do podnoszenia chorego niepełnosprawnego i zanurzania go w wannie oraz podnoszenia z wanny należy stosować podnośniki wannowe lub stosować do kąpeli mobilne wózki-wanny.

Przy rozważaniach o ergonomicznych warunkach pracy personelu opieki zdrowotnej nie należy zapominać o asekuracji i reagować w sytuacjach utraty równowagi przez pacjenta.

Osoba asekurująca podczas chodu, powinna znajdować się blisko pacjenta mając kontakt fizyczny z jego ciałem, najlepiej lekko z tyłu i z boku (po skosie) od słabszej strony. Gdy chory zaczyna tracić nagle równowagę osoba asekurująca powinna puścić uchwyt podtrzymujący pacjenta, szybko przesunąć się za jego plecy, zrobić wykrok w tył i przybrać stabilną pozycję, umożliwiając kontrolowane osunięcie się pacjenta po swoim ciele na podłogę.



Dobre rady dla pracowników

1. Ciężkie przedmioty podnosić „z kolan”, a nie „z krzyża”. Podnoszenie „z krzyża” jest wprawdzie bardziej energooszczędne (angażuje mniej mięśni) i trwa krócej, ale bardziej obciąża kręgosłup aniżeli podnoszenie „z kolan”,
2. Odległość pomiędzy przenoszonym obiektem a pionową osią ciała powinna być jak najmniejsza,
3. Ciężkie obiekty przenosić zawsze z wyprostowanym kręgosłupem,
4. Podczas dźwigania ciężaru unikać pochylania na boki i skrętów tułowia,
5. Podczas noszenia ciężarów pamiętać, by obciążenie kręgosłupa było symetryczne i równomierne,
6. Zachowywać szczególną ostrożność podczas operowania ciężkimi obiektami, zwłaszcza, gdy znajdują się one powyżej głowy pracownika,
7. W czasie wykonywania prac przy pacjencie leżącym na łóżku starać się mieć zawsze wyprostowany kręgosłup. W celu odciążenia pleców można wykorzystać podparcie kolanem o łóżko,
8. Korzystać należy z możliwości regulacji wysokości łóżka,
9. Współdziałać z pacjentem i wykorzystywać jego możliwości psychoruchowe – zmniejszy to obciążenie i przyspieszy proces rehabilitacji pacjenta,
10. Unikać wykonywania pracy w długotrwałej niewygodnej pozycji ciała (ze względu na duże obciążenie statyczne), np. podczas czynności zabiegowych i karmienia pacjentów. Zawsze starać się skorzystać z krzesła i usiąść przy pacjencie,
11. Wszystkie czynności wykonywać na wysokości łokcia. Unikać pracy powyżej poziomu ramion i poniżej poziomu kolan,
12. W czasie przemieszczania pacjenta pamiętać, aby rzut pionowy środka ciężkości układu: pracownik i pacjent nie znajdował się poza powierzchnią wyznaczoną przez stopy,
13. Przy podnoszeniu chorych leżących posługiwać się różnymi profesjonalnymi pomocami technicznymi: podnośniki, pionizatory,

rolki. Powinny one być w zakładzie zawsze dostępne (pracodawca jest zobowiązany opracować i udostępnić pracownikom instrukcje dotyczące używania sprzętu pomocniczego). Należy korzystać także z mat poślizgowych.

Należy zaznaczyć iż, świadomość zagrożeń, jakim podlega układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy, a także wiedza o ergonomicznej organizacji stanowiska pracy oraz nabywanie umiejętności właściwych technik i sposobów wykonywania pracy pozwala na efektywną ochronę zdrowia i zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom systemu opieki zdrowotnej. ■

Literatura:

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2009 nr 105 poz. 869).
Zbigniew Józwiak IMP Łódź [www. imp. lodz.pl](http://www.imp.lodz.pl)

łódz/pielęgniarki.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz. U. z 2000 r. nr 26, poz. 313 z późn. zm.).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz. U. z 1996 r. nr 114, poz. 545 z późn. zm.).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2004 w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (Dz. U. z 2004 nr 200, poz. 2047 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 29 czerwca 2012 r. poz. 739).

Przy ręcznym podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów najistotniejszy dla ochrony układu ruchu jest wybór odpowiedniej techniki.



Dzienny Dom Opieki Medycznej w Toruniu

DOROTA BOŻEJEWICZ
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Toruniu

Od 1 września 2016 roku Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, ul. Ligi Polskiej 8 realizuje projekt „Zostań w domu” w ramach „Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.”

W ramach projektu Zakład utworzy Dzienny Dom Opieki Medycznej. Zapewni on bezpłatną opiekę nad osobami zależnymi, będącymi bezpośrednio lub w okresie ostatnich 12 miesięcy po leczeniu szpitalnym. Wsparcie otrzymają chorzy niesamodzielni, w szczególności powyżej 65 roku życia, którzy w ocenie skali poziomu samodzielności (skala Barthel) uzyskają 40-65 punktów.

Głównym celem projektu jest wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój systemu świadczeń zdrowotnych.

Dzienny Dom Opieki Medycznej z siedzibą przy ul. Łyskowskiego 15

w Toruniu zostanie uruchomiony 1 lutego 2017r. na okres 19 miesięcy tj. do 31.08.2018r. W wyniku realizacji projektu powstanie 12 miejsc opieki. Docelowo przez okres 19 miesięcy, świadczenia udzielone zostaną 60 osobom, których stan zdrowia wymaga kompleksowych działań rehabilitacyjnych i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej.

Zadaniem dziennego domu opieki medycznej będzie zapewnienie świadczeń zdrowotnych połączonych z kon-

tynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych.

Podstawowe kategorie świadczeń zdrowotnych w ramach dziennego domu opieki medycznej, to:

- 1) opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- 2) doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- 3) usprawnianie ruchowe,
- 4) stymulacja procesów poznawczych,
- 5) terapia zajęciowa,
- 6) przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).



Opiekę sprawować będą lekarze specjaliści (geriatra i lekarz ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji), fizjoterapeuci, pielęgniarki, psycholog, terapeuta zajęciowy, logopeda i opiekun medyczny.

Długość pobytu ustalana będzie indywidualnie przez zespół terapeutyczny, jednak nie może być dłuższy niż 120 dni roboczych. W pierwszym miesiącu pacjenci przebywać będą w DDOM od poniedziałku do piątku przez 8–10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia oraz potrzeb indywidualnych pacjenta, liczba i częstotliwość świadczeń może zostać zmniejszona (nie mniej jednak niż 4 h dziennie). Oddział będzie czynny w godzinach 6.30 – 16.30.

Zgodnie z założeniami, standard dziennego domu opieki medycznej zostanie pilotażowo przetestowany w ramach PO WER, a następnie upowszechniony z wykorzystaniem środków Regionalnych Programów Operacyjnych w ramach perspektywy finansowej na lata 2014-2020.

Równoległe do działań finansowanych ze środków Europejskiego Fun-

Opiekę sprawować będą lekarze specjaliści (geriatra i lekarz ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji), fizjoterapeuci, pielęgniarki, psycholog, terapeuta zajęciowy, logopeda i opiekun medyczny.

duszu Społecznego podejmowane będą działania zmierzające do uzupełnienia wykazu świadczeń gwarantowanych tak, aby po zakończeniu pilotażu, na podstawie uzyskanych wyników w ramach przeprowadzonej ewaluacji, została opracowana karta problemu zdrowotnego, której sporządzenie jest pierwszym etapem prac nad zakwalifikowaniem danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Po zakończeniu programu Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, będzie chciał kontynuować prowadzenie Dziennego Domu Opieki, jeśli produkt ten zostanie wdrożony na rynek świadczeń medycznych.

Pacjenci przyjmowani będą na podstawie dokumentacji dostępnej na

stronie internetowej www.zpotorun.pl w zakładce DDOM oraz w siedzibie Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego. Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej wydawać będzie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.

Celem projektu jest poprawa stanu zdrowia i usamodzielnienie osób zależnych, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, a także przygotowanie pacjentów i ich rodzin do samoopieki i funkcjonowania z niepełnosprawnością. ■

Zachowania agresywne w chorobach otępiennych

BARBARA ŁUKAWSKA

psycholog kliniczny

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu

Agresja jest formą zachowania ukierunkowaną niezadowolaniem czy gniewem na siebie (autoagresja), inne osoby (agresja słowna lub fizyczna) lub przedmioty z otoczenia. Problem agresji w otępieniu dotyczy większości chorych z tym rozpoznaniem. Istotne okazuje się nasilenie demencji.

We wczesnym etapie może pojawić się drażliwość. Wraz z postępem choroby odsetek pacjentów z zaburzeniami psychicznymi rośnie, osiągając **w przypadku agresji i wrogości około 50%**. Szereg badań wskazuje na znaczenie czynników naczyniowych, co oznacza, że częstość zaburzeń zachowania jest większa u chorych z otępieniem mieszanym i naczyniowym w porównaniu z „czystą” postacią choroby Alzheimera.

Do zrozumienia problemu zachowań agresywnych w otępieniach niezbędne jest poznanie kontekstu choroby – jej przebiegu i możliwych

zaburzeń zachowania. Wielu sytuacjom można zapobiec, jeśli ma się wiedzę jak prawidłowo postępować z chorym, jakich błędów nie wolno popełniać i jakie mogą być przyczyny zachowań agresywnych.

Czym jest otępienie?

W potocznym myśleniu otępienie kojarzy nam się zwykle z chorobą Alzheimera i zaburzeniami pamięci. Tymczasem jest wiele różnych typów zespołów otępiennych i wiele różnych ich objawów. W przypadku niektórych typów otępienia - choroba zaczyna się zupełnie innymi objawami niż kłopoty z pamięcią - np. w otępieniu czołowo-

skroniowym jako pierwsze pojawiają się zmiany w zachowaniu chorego.

Kryteria diagnostyczne otępienia według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, zwanej w skrócie ICD-10: Otępienie „jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe (funkcje poznawcze), jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena” (WHO, 1997). Rozpoznanie otępienia może być postawione, jeśli spełnione są następujące warunki (WHO, 1998):



1. Stwierdza się występowanie zarówno:

- a) zaburzeń pamięci („najwyraźniejsze w zakresie uczenia się nowych informacji”), jak i
 - b) zaburzeń innych funkcji poznawczych (osądu, myślenia, planowania, organizowania, ogólnego przetwarzania informacji), które uległy pogorszeniu w stosunku do wcześniejszego wyższego poziomu, w obu przypadkach w stopniu powodującym zaburzenia funkcjonowania w zakresie codziennego życia. Istnienie tych zaburzeń jest udokumentowane rzetelnym wywiadem od osób z najbliższego otoczenia chorego i, w miarę możliwości, wynikami badania neuropsychologicznego lub „ilościowymi metodami oceny procesów poznawczych”.
2. Zachowana jest „świadomość otoczenia, tj. brak przymglenia świadomości”

Otępienie „jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe (funkcje poznawcze), jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena”

mości” (definiowanego jako „zmniejszona jasność rozpoznawania otoczenia z mniejszą zdolnością koncentracji, podtrzymywania i przemieszczania uwagi”) przynajmniej przez czas niezbędny dla stwierdzenia występowania zaburzeń funkcji poznawczych.

3. Występuje „spadek emocjonalnej kontroli nad motywacją albo zmiana zachowań społecznych, przejawiająca się co najmniej jednym z następujących:

- a) chwiejność emocjonalna,
 - b) drażliwość,
 - c) apatia,
 - d) prymitywizacja zachowań społecznych.”
4. Objawy zaburzeń pamięci, jak i innych funkcji poznawczych występują od **co najmniej 6 miesięcy**.

Tab. 1.
Stadia choroby

Otępienie o nasileniu lekkim

- ▶ Zaburzenia pamięci i innych procesów poznawczych, które, choć utrudniają wykonywanie codziennych czynności, **nie stanowią istotnych ograniczeń w samodzielnym funkcjonowaniu chorego.**
- ▶ Trudności z zapamiętywaniem nowych informacji polegają np. na częstym poszukiwaniu różnych przedmiotów, zapominaniu o terminach spotkań lub problemach z utrzymaniem w pamięci wiadomości przekazanych choremu przez członków rodziny.
- ▶ Chory wykazuje także trudności w wykonywaniu bardziej skomplikowanych czynności (np. operacje bankowe) lub w organizowaniu sobie czasu wolnego.
- ▶ Pojawia się częstsze zadawanie pytań, kłopoty z przypominaniem sobie znanych faktów.
- ▶ Chorzy często szukają przedmiotów, niekiedy mają trudności w znalezieniu właściwego słowa oraz w zapamiętywaniu informacji przekazanych przez otoczenie.
- ▶ Gorzej wypełniają swoje zadania w pracy.
- ▶ Popołniają błędy w liczeniu, zarządzaniu pieniędzmi.
- ▶ Chorzy często wypierają pojawiające się problemy.
- ▶ **Zaburzenia zachowania w tym okresie są nieznaczne.**
- ▶ Mogą wystąpić: apatia, drażliwość, depresja, obojętność.

Otępienie o nasileniu umiarkowanym

- ▶ Głębokość zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych **w istoty sposób ogranicza samodzielne funkcjonowanie chorego, który z tego powodu wymaga okresowego nadzoru.**
- ▶ Chory pamięta jedynie dobrze utrwalone informacje.
- ▶ Wykazuje np. zaburzenia orientacji w najbliższej okolicy, nie pamięta, co ostatnio robił i jak nazywają się bliskie mu osoby.
- ▶ Chory wymaga pomocy ze strony innych osób w trakcie wykonywania większości prac domowych, a jego ogólna aktywność jest znacznie ograniczona i zwykle krótkotrwała.
- ▶ Narastające zaburzenia pamięci stanowią problem w samodzielnym funkcjonowaniu chorego.
- ▶ Pojawiają się kłopoty z rozpoznawaniem osób.
- ▶ Zaobserwować można pierwsze problemy z ubieraniem się.
- ▶ Chorzy zaczynają zdradzać objawy niezrozumienia mowy.
- ▶ **Nasilają się zaburzenia zachowania pod postacią niepokoju, nasilonej depresji, apatii, drażliwości.**
- ▶ Pojawia się bezsenność lub trudności z zasypianiem.

Otępienie o nasileniu głębokim

- ▶ Chory jest **całkowicie niesamodzielny i wymaga stałego nadzoru ze strony innych osób.**
- ▶ Nie jest w stanie zachować w pamięci jakichkolwiek nowych informacji, nie rozpoznaje nawet najbliższych osób, a jego aktywność pozbawiona jest zrozumiałych dla otoczenia racjonalnych przesłanek.
- ▶ Zasób słów jest bardzo ubogi.
- ▶ Chory nie potrafi sam się ubrać, trafić do domu.
- ▶ Przestaje także dbać o higienę osobistą.
- ▶ Zdolności werbalne (mowa) oraz możliwości poruszania się ulegają znacznemu ograniczeniu.
- ▶ **Może pojawiać się pobudzenie, agresja, niepokój.**
- ▶ Stopniowo zanikają reakcje na bodźce ze świata zewnętrznego.
- ▶ Dochodzi do utraty intelektualnego kontaktu ze światem.

Jaka jest częstotliwość występowania otępień?

Statystyki światowe i europejskie podają, że wśród osób powyżej 65. roku życia otępienie występuje u 3–11%, zaś w grupie wieku powyżej 80–85 lat – u 20–50%. Po 90. roku życia otępienie spotyka się u 40%, a wśród stulatków aż u blisko 60%. Szacuje się, że liczba osób z otępieniem w naszym kraju wynosi 450–500 tysięcy, w tym 300–350 tysięcy z chorobą Alzheimera. W Polsce w roku 2000 żyło około 12,2% (4,3 mln) osób liczących ponad 65 lat. W 2020 roku będzie to około 17,4% ludności, a w 2030 roku co najmniej 23,8% (ponad 8,0 mln). Można więc przyjąć, że za dwadzieścia lat będzie w naszym kraju ponad 1,2 mln chorych z otępieniem.

Zaburzenia zachowania w otępieniu

U chorych z chorobą otępienną spotyka się bardzo wiele objawów psychiatrycznych. Można je podzielić na kilka grup:

- ▶ zaburzenia psychotyczne (omamy, urojenia),
- ▶ zaburzenia emocjonalne (depresja, mania, dysforia, zaburzenia lękowe),
- ▶ **pobudzenie i agresja,**
- ▶ nieprawidłowe zachowania ruchowe (wędrowanie, stereotypowe bezcelowe chodzenie),
- ▶ zaburzenia snu,
- ▶ zmiany osobowości (apatia, odhamowanie).

W radzeniu sobie z powyższymi objawami podstawą jest określenie potencjalnej przyczyny takiego a nie innego zachowania pacjenta. W zależności od niej planujemy strategię postępowania.

Przyczyny agresji u pacjentów z otępieniem

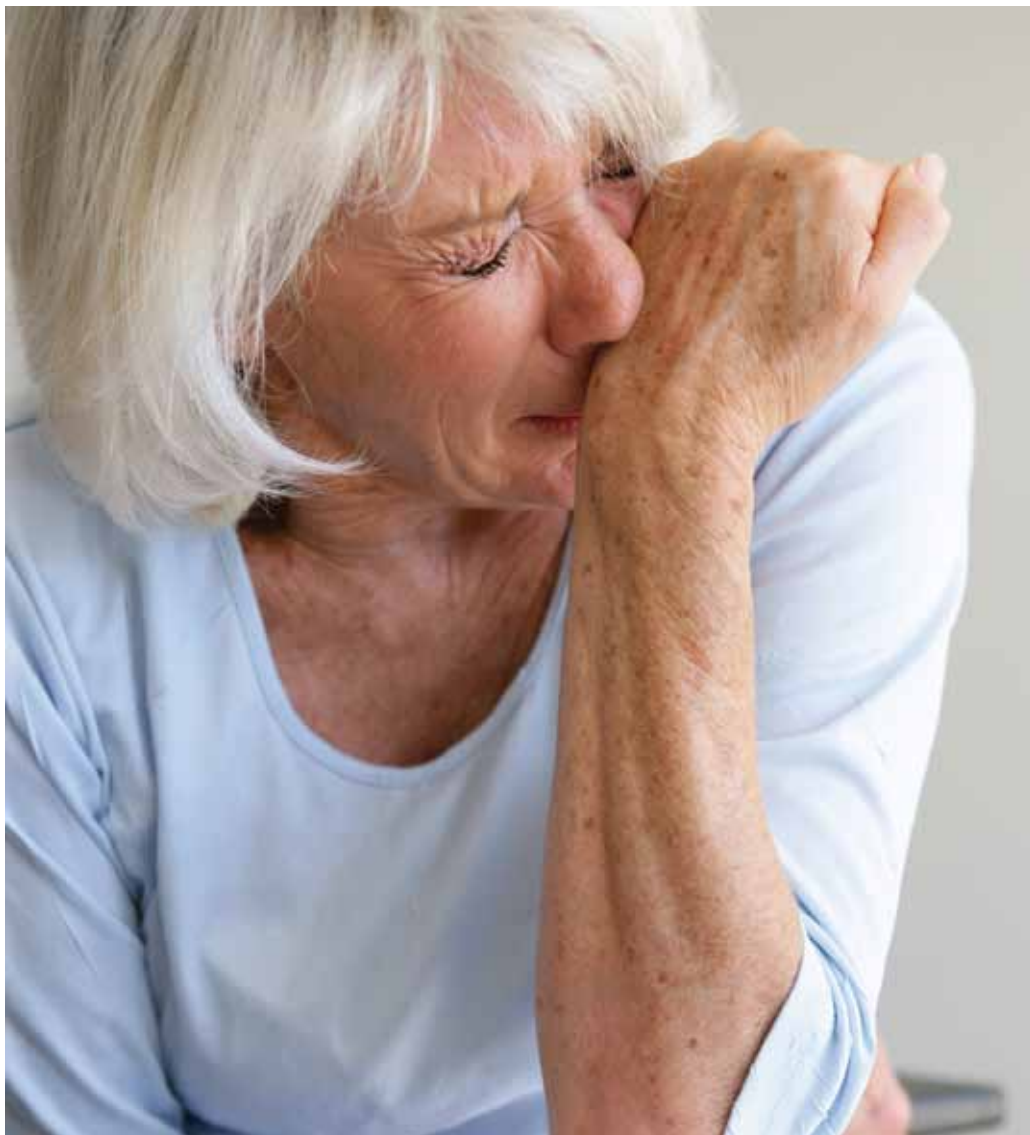
- ▶ Zaburzenie w rytmie dnia chorego, np. kiedy opiekun próbuje poganiać chorego, aby szybciej jadał lub zasznurował buty. Pamiętajmy, że chory musi mieć znacznie więcej niż przed chorobą czasu na wykonanie prostych, codziennych czynności. A przy okazji sznurowane buty zastąpmy wsuwaniem, których założenie będzie dla niego znacznie łatwiejsze.
- ▶ W codziennym życiu chorego agresja może pojawić się na skutek próby zmuszania go np. do kąpieli czy wyjścia na spacer lub też gdy opiekun chce wymusić na chorym przerwanie bezcelowego chodzenia po pokoju, gwizdania czy przedstawiania drobnych sprzętów. Chory czuje się zagrożony, sfrustrowany i reaguje agresją.
- ▶ Zmuszanie chorego do wykonywania zadań, których nie jest on już w stanie wykonać. Zwykle takie próby kończą się niepowodzeniem, co wywołuje u chorego frustrację, zażenowanie, wstyd. Burzy to jego poczucie bezpieczeństwa, a to może powodować gniew.
- ▶ Stawianie chorego przed koniecznością dokonania wyboru. Chory nie rozumie, czego się od niego wymaga, ma poczucie, że coś musi zrobić, ale nie ma jasności, co to ma być. Dociera do niego zbyt wiele informacji, których nie potrafi uporządkować i zrozumieć. Ma poczucie klęski, niemożności sprostania oczekiwaniom opiekuna i reaguje agresją, której używa jako mechanizmu obronnego przed niezrozumiałym światem.
- ▶ Jako reakcja na zmęczenie, ból czy dyskomfort. Chory nie potrafi wyrazić swych odczuć i potrzeb i poprzez agresję sygnalizuje, że coś mu dokucza, boli go czy też, że jest zmęczony.
- ▶ Jako reakcja na odczuwanie zazdrości.
- ▶ Nierzadko przyczynami agresji są kłopoty w porozumiewaniu się chorego z opiekunem. Z jednej strony jest to brak umiejętności rozumienia tego, co opiekun mówi, szczególnie gdy używa długich, złożonych zdań lub gdy mówi do chorego

podniesionym, wysokim głosem, z drugiej zaś brak zdolności formułowania myśli i zdań przez samego chorego.

- ▶ Szczególnym rodzajem agresji są tzw. reakcje katastroficzne, a więc niezwykle ciężkie wybuchy gniewu i agresji spowodowane błahymi przyczynami. Reakcje te są

nieadekwatne, nieproporcjonalnie silne emocjonalnie w stosunku do powodów, jakie je wzbudzają. Tak silne reakcje są dowodem, ale też i skutkiem silnej frustracji chorego i ukrytego napięcia emocjonalnego wpisanego w obraz choroby otępiennej.

Szczególnym rodzajem agresji są tzw. reakcje katastroficzne, a więc niezwykle ciężkie wybuchy gniewu i agresji spowodowane błahymi przyczynami. Reakcje te są nieadekwatne, nieproporcjonalnie silne emocjonalnie w stosunku do powodów, jakie je wzbudzają.



Podstawowe zasady kontaktu z pacjentem agresywnym

- ▶ Staraj się rozluźnić pacjenta, możesz to zrobić werbalnie lub za pomocą gestów.
- ▶ Używaj języka potocznego, nie intelektualnego, wyrafinowane słownictwo może podkreślić dystans społeczny i nasilić uczucie niższości u pacjenta. Problem doboru właściwego języka może okazać się kluczowy dla nawiązania kontaktu z chorym.
- ▶ Nie należy wykorzystywać sytuacji umożliwiających wykazywanie przewagi fizycznej lub psychologicznej, czy władzy urzędowej. Pacjent powinien mieć możliwość dokonywania wyboru. Uczucie bezradności i odebranie prawa do decydowania o sobie może prowokować reakcje agresywne.
- ▶ Staraj się utożsamiać z odczuciami, dzieląc uczucia, które pacjent ujawnia w kontakcie z tobą. Bądź empatyczny.
- ▶ Powstrzymaj się od przyjmowania postawy osądzającej i nie traktuj dosłownie obraźliwych zachowań pacjenta (są one przejawem zaburzeń psychicznych, nie wyrazem rzeczywistego stosunku chorego do innych).
- ▶ Unikaj nierealnych oczekiwań np. że agresywny pacjent od początku będzie chciał współpracować albo szybko się uspokoi.
- ▶ Nie okazuj swojej przewagi wynikającej z dysponowania środkami przymusu, nie wykonuj groźnych gestów, unikaj przedłużającego się kontaktu wzrokowego.
- ▶ Jeśli pacjent zachowuje się hałaśliwie, unikaj wzajemnego przekrzykiwania się, gdyż zazwyczaj prowadzi to do eskalacji agresji (spokojne odpowiedzi mogą przyczynić się do złagodzenia tonu wypowiedzi chorego).
- ▶ W sytuacjach sam na sam staraj się nie blokować dostępu do drzwi, nie zamykać drzwi do pokoju itp. by pacjent nie odniósł wrażenia, że znalazł się w pułapce.
- ▶ Daj pacjentowi do zrozumienia, że jesteś świadomy jego skłonności do niebezpiecznych zachowań.
- ▶ Wykorzystaj symboliczne, przyjazne gesty np. zaproszenie do zaję-

cia miejsca w wygodnym fotelu, poczęstowanie napojem lub czymś do jedzenia.

- ▶ Na samym wstępie rozpoznaj stopień zdolności pacjenta do kontroli impulsywnych agresywnych skłonności i oceń wskazania do zastosowania środków farmakologicznych.

Podsumowanie

Zachowania agresywne są dość częstym problemem w zespołach otępiennych. Zrozumienie ich przyczyn oraz wypracowanie prawidłowych strategii postępowania w znacznej mierze może pomóc zarówno choremu, jak i jego opiekunom, czy personelowi placówki, w której chory przebywa. Niejednokrotnie niezbędna jest interwencja specjalisty psychiatry celem włączenia stosownej terapii farmakologicznej. Działania podejmuje się w zależności od tego jak często takie zachowania występują, jakie jest ich nasilenie oraz poziom dyskomfortu chorego i opiekuna. ■

BIBLIOGRAFIA

- Barcikowska M., Bień M., Bidzan L., Bilikiewicz A., Gabryelewicz T., Grabiec U., Grodzicki T., Kłoszewska I., Klich-Rączka A., Kądziaława D., Kotapka-Minc S., Leszek J., Motyl R., Ochudło S., Opala G., Paradowski B., Parnowski T., Pfeffer A., Sławek J., Sobów T., Szczudlik A., Vetulani J. Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień (IGERO 2006) Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
- Sobów T., Nagata K., Sikorska B., Magierski J., Bratosiewicz-Wąsik J., Jaskólski M., Liberski P. Choroba Alzheimera. AKTUALNOŚCI NEUROLOGICZNE 2003 Vol 3 Numer 2
- Borkowska A. Dysfunkcje neuropsychologiczne w chorobach otępiennych. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2002, tom 2, nr 2.
- Sobów T. Otępienia. Zaburzenia psychiczne w przebiegu zespołów otępiennych – znaczenie kliniczne i zasady postępowania. Aktualności Neurologiczne 2012, 12 (4), p. 236–244.
- Sobów T. Praktyczna psychogeriatrya: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym. Wydawnictwo: Continuo. Seria: Psychiatria – neurologia 2010.

Sobów T. Zasady postępowania terapeutycznego zespołach otępiennych. Polski Przegląd Neurologiczny, 2007, tom 3, nr 2.

Leszek J. Choroba Alzheimera. Volumed. Wrocław. 1998.

Leszek J. Choroby otępienne. Teoria i praktyka. Wydawnictwo: Continuo. Wrocław. 2003.

Szczudlik A., Liberski P., Barcikowska M. Otępienie. Wydawnictwo UJ 2004.

Woods L., Thorgrimsen A., Spector L., Royan M., Orrell M. Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. Aging & Mental Health. Volume 10, Issue 3, 2006, Pages 219 – 226.

Barcikowska M., Bilikiewicz A. Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej. Biblioteka Neurologii Praktycznej. Lublin 2004.

Gustaw K. Kontakt czyli strategie komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. Instytut Medycyny WSi. Lublin 2007.

Grochmal-Bach B.: Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera: podejście terapeutyczne. WAM, Kraków 2007.

Mace N., Rabins P.: 36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia. Medipage, Warszawa 2005.

Barcikowska M., Gabryelewicz T., Łuczyczyk E., Pfeifer-Baczek M., Kotarka-Minc S., Wojciechowska M., Tutkajowa F., Szczepanowska B., Pełczyńska-Kijanowska J., Kijanowska-Haładyna B., Weikum A.: Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Warszawa 1997, 27–29.

Selmes J., Selmes M.: Jak żyć z chorobą Alzheimera. Polska Fundacja Alzheimerowska, Warszawa 1992.

Schwarz G.: Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów. PZWL, Warszawa 2006.

Domagała A.: Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym. Continuo, Wrocław 2008.

„Jesień życia” a uzależnienie od alkoholu

KRZYSZTOF SMYŁA
Psychoterapeuta uzależnień

Starość czasem nazywamy „jesienią życia”. Wydaje się, że to określenie dosyć trafnie oddaje naturę ostatniego etapu w życiu człowieka, jego podstawowy konflikt i koloryt. Jesień jako pora roku może być słoneczna i mienić się bogactwem barw. Jest czasem zbierania dojrzałych owoców i przygotowań do nadchodzącej zimy. Kojarzy się ze spokojem i wytchnieniem po letnich upałach. Z drugiej strony jesienią życie zwalnia i zamiera.





Rośliny tracą liście, usychają, dni są coraz krótsze, zaczyna brakować światła, powietrze ochładza się, jest wietrznie i deszczowo. Podobnie starość człowieka jest tym okresem, w którym można cieszyć się owocami i osiągnięciami swojego życia. Staje się czasem podsumowań, godzenia się z tym, że nadszedł etap przeżywania wielu strat, co zmusza ludzi do ponownego poszukiwania i nadawania sensu swojemu istnieniu. Jednak starość to również przeżywanie bólu, smutku i lęku. Organizm starzeje się. Jego siły witalne słabną, maleje odporność i ciało zaczyna odmawiać posłuszeństwa. Osiągająca podeszły wiek osoba zaczyna czuć się nieswojo zarówno sama ze sobą, jak i ze światem. Starość niesie wiele znaczących i ostatecznych zmian, a cały jej tragizm wynika z faktu, że jest to proces nieodwracalny. Zupełnie inaczej niż w przypadku jesieni, gdzie spodziewamy się nadejścia wiosny i powrotu do życia, człowiek

w jesieni życia nie może cieszyć się nadzieją, że przemiany wywołane wiekiem odwrócą się. Ta świadomość często przeradza się w lęk i rozpacz, ale może również służyć człowiekowi w głębszym rozumieniu i rozwijaniu siebie.

Według statystyk GUS liczba osób w Polsce, które przekroczyły 60. rż. wynosi ponad 8,5 miliona (dane GUS z końca roku 2014). To 22% ogólnej liczby ludności. W ostatnich dziesięcioleciach liczba ta ciągle rosła, a prognozy na najbliższe lata wskazują na dalsze zwiększanie się populacji osób starszych. Często mówi się więc o starzeniu społeczeństwa. Największy przyrost ludzi w podeszłym wieku ma miejsce w krajach wysoko rozwiniętych i wiąże się z warunkami bytowymi, poziomem ochrony zdrowia, higieną, dietą oraz dostępem do różnego rodzaju dóbr. Oznacza to, że w pewnym stopniu starość jest skutkiem cywilizacyjnego postępu. Jak okazuje się – niestety zbyt często – skutkiem, z którym ta sama cywiliza-

cja nie bardzo wie co zrobić. Wydaje się bowiem, że kultura nie nadąża za zmianami w strukturze ludności w sposób adekwatny, co możemy obserwować chociażby w fakcie, że tak duża populacja, jaką stanowią osoby starsze jest pomijana w życiu publicznym i często wydaje się być niedostrzegana. Społeczeństwo, w którym główną wartością jest użyteczność człowieka może patrzeć na osobę starszą jak na kogoś nieprzydatnego. U osób w podeszłym wieku przekłada się to na poczucie izolacji, bycia niepotrzebnym, mało znaczącym. Często same osoby starsze mają uczucie, że nie nadążają za zmianami technicznymi i kulturowymi (zresztą we współczesnych czasach nawet ludzie młodszy mogą mieć trudność z adaptacją do wielu zmian). Rzeczywistość, w jakiej przyszło im spędzić resztę swojego życia staje się wówczas coraz bardziej nieprzyjemna oraz niezrozumiała. Może to budzić lęk i prowokować do wycofywania się z aktywności społecznych.

Obraz starości

Starzenie się jest procesem towarzyszącym wszystkim organizmom żywym. U człowieka okres nazywany starością zwykle datujemy od 65 roku życia, jednak wraz z przesuwaniem granicy śmiertelności, grupa osób „starych” okazuje się niejednorodna i często spotykamy się z podziałem na podgrupy. Wiek determinuje zmiany, jakie zachodzą na poziomach somatycznym, psychologicznym i społecznym. W sferze społecznej funkcjonuje podział na „trzeci wiek”, którym określane są osoby mogące funkcjonować samodzielnie, bez pomocy środowiskowej oraz „czwarty wiek”, gdzie osoby starsze bezwzględnie potrzebują opieki.

Zmiany jakie zachodzą w sferze somatycznej są różnorodne i trudno tutaj je wymieniać. Analizując jednak motywy osób starszych sięgających po alkohol ważnym czynnikiem mogą być te choroby, które wywołują różne dolegliwości bólowe. Wprawdzie osoby starsze mają wyższy próg tolerancji na ból i uczą się go tolerować jako stałego „towarzysza” życia, to jednak ustawiczny, przewlekły ból wpływa na pogorszenie się samopoczucia, nasila depresyjny nastrój i może skłaniać do sięgania po alkohol.

W sferze psychologicznej starość to proces przeżywania wielu utrat. Poczawszy od myśli o odchodzeniu, zbliżaniu się do śmierci, poprzez utratę zdrowia (pogorszenia się wzroku, słuchu, sprawności motorycznej, zapamiętywania, jakości snu itp.), pogorszenie warunków bytowych, utratę bliskich osób, a skończywszy na utracie samodzielności i niezależności. Osoby starsze wystawione są na wiele zmian, które same w sobie są źródłem stresu. Specyficzne dla tych zmian może być to, że bardzo głęboko ingerują w sferę sprawności osoby i jej umiejętności radzenia sobie, więc tym głębiej mogą być przez nią przeżywane jako stresujące (np. pogorszenie stanu zdrowia prowadzące do utraty zdolności samodzielnego funkcjonowania osobom starszym zdarza się znacznie częściej niż osobom młodszym). Kolejnymi źródłami stresu mogą być przeżywanie żałoby po stracie bliskiej osoby, np. współmałżonka, złe warunki materialne, samotność, trudności w codziennym funkcjonowaniu. Przewlekły stres, a często rów-

Często same osoby starsze mają uczucie, że nie nadążają za zmianami technicznymi i kulturowymi (zresztą we współczesnych czasach nawet ludzie młodszy mogą mieć trudność z adaptacją do wielu zmian). Rzeczywiście, w jakiej przyszło im spędzić resztę swojego życia staje się wówczas coraz bardziej nieprzyjazna oraz niezrozumiała. Może to budzić lęk i prowokować do wycofywania się z aktywności społecznych.

nie przewlekły ból może prowadzić do wystąpienia zaburzeń nastroju. Starość zwykle łączona jest z przeżywaniem depresji, która może mieć źródła zarówno organiczne, jak i być reakcją na trudną sytuację. Spadek poziomu energii życiowej i doświadczanie straty obniża nastrój, pogłębia przygnębienie i smutek. Innym uczuciem w emocjonalnym krajobrazie osoby starszej może być przeżywanie lęku. Starzenie się konfrontuje z tym, czego najczęściej się boimy, czyli z samotnością, utratą zdrowia, bliskich osób oraz z nieuchronnością śmierci. W obliczu tej zagrażającej konfrontacji osoba może wycofać się w głąb siebie, w swoją przeszłość, próbować dystansować się do swojej sytuacji i problemów, stosować strategie kompensujące takie jak gorączkowa aktywność – „jakby się nie starzała”, picie alkoholu, może szukać oparcia w praktykach religijnych, uprawiać hazard itp. Wydaje się, że osoby starsze rzadziej podejmują decyzję o spotkaniu z problemami i poszukiwaniu konstruktywnych rozwiązań, a częściej stosują rozwiązania polegające na unikaniu, podporządkowaniu lub wrogości.

Osoby starsze może cechować tendencja do wycofywania się z kontaktów społecznych i pewnego rodzaju „zmęczenie” relacjami interpersonalnymi. Nie oznacza to jednak, że ich potrzeby społeczne zanikają. Zwłaszcza osoby żyjące w pełnych i dobrze funkcjonujących rodzinach, mające życiowych partnerów, mogą źle znosić zmiany takie jak utrata partnera lub tzw. syndrom opuszczonego gniazda. W przeżyciach osoby

starszej pojawia się pustka, zwłaszcza jeżeli nie towarzyszy tej osobie wspierające środowisko rodzinne lub koleżeńskie. W nowej sytuacji zaspokojenie wielu potrzeb staje pod znakiem zapytania. Osobom starszym zaczyna brakować więzi i integracji z innymi ludźmi, co przekłada się również na poczucie użyteczności i pogorszenie własnej samooceny.

Farmakologiczne i psychologiczne działanie alkoholu

Aby zrozumieć, w jaki sposób alkohol wchodzi w interakcje z różnymi zmianami towarzyszącymi starzeniu się, warto przyjrzeć się nieco, jakie jest jego działanie. Najogólniej mówiąc alkohol etylowy jest substancją o działaniu toksycznym, zaliczaną do grupy substancji psychoaktywnych, co znaczy że bezpośrednio oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy i wpływa na funkcje poznawcze oraz regulację emocjonalną i behawioralną osoby pijącej. Przyjemne skutki spożycia alkoholu są w istocie zatruciem organizmu. Alkohol działa tłumiająco, poprawia nastrój, uśmierza ból i działa przeciwlękowo. Te skutki są znane osobom pijącym i większość osób sięga po alkohol, żeby doświadczyć chwilowej zmiany samopoczucia.

U osób starszych wraz z wiekiem dochodzi do zmiany proporcji wody i tłuszczu w ciele. Wody w organizmie ubywa, co przekłada się na większe stężenie alkoholu i szybszą intoksykację. Można wówczas ulec złudzeniu, że osoba pije w sposób umiarkowany, gdyż ilości,

jakie wypija są stosunkowo niewielkie, a tymczasem może dochodzić do znacznego wzrostu stężenia alkoholu w organizmie i jego dużej szkodliwości. Osoba starsza może więc szybko uzyskiwać efekt upojenia alkoholowego wypijając nawet niewielkie dawki. To z kolei może kształtować przekonanie osoby pijącej oraz jej bliskich, że nie pije alkoholu nadmiernie.

Pomijając osoby, które uzależniły się wcześniej, przed wejściem w starość, wydaje się że osoby starsze zaczynają częściej sięgać po alkohol w celu samoleczenia, uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych i dolegliwości bólowych. Jest to podobne do używania przez nie dużych ilości leków przeciwbólowych lub leków psychotropowych, głównie uspokajających i nasennych. Osoby starsze często szukają

sposobu na poradzenie sobie z depresyjnym nastrojem i towarzyszącym mu lękiem, z zaburzeniami snu, z bólem, czy szeroko rozumianą rozpaczą, żalobą i osamotnieniem. Do nowej sytuacji trudno jest im się przystosować, a picie alkoholu staje się czymś, co stanowi często atrakcyjne wyjście. Można popatrzeć na związek osoby starszej z alkoholem jak na rodzaj silnej, emocjonalnej więzi, która oferuje ciepło, poczucie bezpieczeństwa, daje wrażenie wewnętrznego spokoju i pogodzenia ze sobą oraz swoim życiem.

Osobom starszym może towarzyszyć przekonanie, że na starość i tak już sobie bardziej nie zaszkodzą. Wydaje się wręcz, że wiele osób dookoła, w tym nawet lekarze i rodzina, mogą podzielać ten pogląd. Takie podejście może służyć bagatelizowaniu nadużywania alkoholu i w konsekwencji przyzwalaniu na picie i rozwój uzależnienia. W pewnych przypadkach nadużywanie alkoholu może być wyrazem wrogiej postawy wobec siebie, charakterystycznej dla niektórych starszych osób. Postawę tę charak-

teryzuje obniżona samoocena i wzmożony samokrytycyzm, brak akceptacji dla siebie oraz własnego starzenia się, depresyjność, negatywne ocenianie swojego życia, pasywność i samotność. Jeżeli nadużywanie alkoholu ma miejsce po 60 rż., to można poszukiwać jego rozumienia w trudnościach w zaadaptowaniu się do nowej sytuacji życiowej, w sposobie przeżywania problemów wynikających ze starzenia się i dziejących się zmian.

Osoby w podeszłym wieku, a uzależnienie od alkoholu – pomijany problem?

Pomimo że osoby starsze stanowią sporą grupę w społeczeństwie, to stosunkowo mało mówi się w jej kontekście o uzależnieniu od alkoholu. Brakuje programów terapeutycznych skierowanych dla takich osób, ale też sami seniorzy mogą być postrzegani jako pacjenci trudni, uparci i bardzo usztywnieni w swoim myśleniu, więc niechętni jakimkolwiek zmianom w zakresie picia alkoholu. Efektywność programu terapeutycznego w dużej mierze będzie zależała od stanu zdrowia pacjenta, głębokości zmian organicznych w układzie nerwowym, zdolności poznawczych lub głębokości zmian charakterologicznych. Jednak na pierwsze miejsce wysuwa się problem diagnozy. Uzależnienie od alkoholu może być trudne do zróznicowania wobec wielu innych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych typowych



Można popatrzeć na związek osoby starszej z alkoholem jak na rodzaj silnej, emocjonalnej więzi, która oferuje ciepło, poczucie bezpieczeństwa, daje wrażenie wewnętrznego spokoju i pogodzenia ze sobą oraz swoim życiem.

dla okresu starzenia się (jak zaburzenia nastroju lub zespoły otępienne). Często zmiany wywoływane uzależnieniem mogą być błędnie przypisywane starzeniu się lub innym chorobom somatycznym. Wydaje się, że lekarze często nie pytają o używanie substancji psychoaktywnych przez pacjenta lub koncentrują się na leczeniu objawów, a nie przyczyn (co może być szczególnie widoczne w przepisywaniu osobom starszym leków uspokajających i nasennych o dużym potencjale uzależniającym). Częstokroć można odnieść wrażenie, że wyznawaną zasadą jest „chemiczne uspokojenie” pacjenta, dzięki czemu staje się on „mniej kłopotliwy”. Tymczasem za zgłaszanymi problemami może kryć się uzależnienie od substancji, zaś za uzależnieniem problemy powiązane ze starzeniem się. Należy jednak pamiętać, że osoby, które uzależniły się od alkoholu w późnym wieku to nie jedyna grupa osób starszych mających problemy alkoholowe. Znacznie większą grupę tworzą osoby uzależnione z długoletnią historią picia, a czasami również leczenia. Osoby te są łatwiejsze do zdiagnozowania, chociażby ze względu na charakterystyczne dla uzależnienia choroby somatyczne (jak marskość wątroby, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zapalenie trzustki, polineuropatia).

Seniorzy w placówkach odwykowych

Pacjenci uzależnieni od alkoholu będący w podeszłym wieku często są w stanie korzystać z oferty programów terapeutycznych i odnoszą ze swojej pracy duże korzyści (o ile tylko spełniają kryteria somatyczne i psychologiczne dotyczące korzystania z terapii). Do placówek zgłaszają się zarówno osoby, które mają długą historię nadużywania alkoholu, jak i osoby, u których uzależnienie wystąpiło w późniejszym wieku, gdzie picie stało się reakcją na trudno-

ści w zaadaptowaniu do nowej sytuacji życiowej. Przyczyny, dla których osoby zgłosiły się do placówki, są różnorodne. Czasem jest to presja zaniepokojonej rodziny lub różnych instytucji, takich jak pomoc społeczna lub kurator, który zostaje przydzielony osobie w związku z sądowym zobowiązaniem do leczenia. Zdarza się, że osoba uzależniona zgłasza się po tym, jak wykryto u niej poważne zmiany chorobowe wynikające z nadużywania alkoholu, jak np. marskość wątroby. Należy przy tym podkreślić, że odsetek osób starszych zgłaszających się do poradni leczenia uzależnień jest najniższy na tle zgłaszania się do innych typów opieki ambulatoryjnej. Wydaje się, że rola lekarzy w diagnozie uzależnienia i motywowaniu do podjęcia leczenia odwykowego jest szczególnie istotna, gdyż osoby starsze obdarzają ich dużym zaufaniem i mogą pozytywnie zareagować na zalecenie podjęcia leczenia. Niestety może być im trudno zaakceptować fakt, że uzależniły się od alkoholu, gdyż mogą obawiać się, że powiększy to ich wstyd, którego i tak przeżywają dosyć dużo. Dobre efekty może dać zarówno terapia indywidualna jak i grupowa, gdzie pacjent ma szansę nawiązać więź, poczuć się szanowanym i akceptowanym. Możliwe że to bardziej społeczny wymiar terapii, niż praca oparta na psychologicznym wglądzie, odgrywa znaczącą i leczącą rolę w przypadku osób starszych. Dla pacjentów atrakcyjnymi stają się więzi z innymi pacjentami, samo bycie z ludźmi, możliwość uzyskania wsparcia oraz poczucie, że jest dla nich miejsce w placówce i nikt ich nie lekceważy. W przypadku wielu osób udział w terapii daje im doświadczenie, że nadal mogą być potrzebne i wartościowe, co w efekcie może przełożyć się na bardziej pozytywny obraz samego siebie.

W wyniku starzenia się dochodzi do zmian organicznych w mózgu, co uwiadaczniać się może jako zmiany nastro-

ju (głównie w kierunku depresyjnym) lub różne zmiany otępienne, nasilone przez nadużywanie alkoholu. W połączeniu z systemem przekonań usprawiedliwiających picie i zwalnającym od odpowiedzialności charakterystycznym dla osób uzależnionych prowadzi to do różnych problemów w terapii, gdyż osobom starszym często trudno jest przyswajać i syntetyzować nowe wiadomości. Mają one również kłopoty z przypominaniem sobie różnych faktów, a także mogą bronić się przed dokonywaniem bilansu i podsumowywaniem swojego życia, co można tłumaczyć zarówno pogorszeniem pamięci, psychologicznymi mechanizmami uzależnienia jak i obroną przed popadnięciem w głębszy smutek. Osobie starszej może być trudniej rzutować siebie w przyszłość niż młodej osobie, która leczy się odwykowo i wiele spraw może naprawić lub zacząć od nowa. Człowiek w podeszłym wieku może mieć przekonanie, że wielu rzeczy nie da się już naprawić, a na nowo nie może już zacząć. Warto wtedy szukać pozytywnych stron swojego życia, a oceny poddawać kolejnym weryfikacjom. Można skoncentrować się na tym, co „tu i teraz”, w co można włączyć dbanie o siebie, swoje zdrowie, budowanie satysfakcjonujących więzi. Sam fakt podjęcia leczenia uzależnienia, pragnienie zmiany czy poszukiwanie innych, bardziej rozwojowych perspektyw może wzmacniać przekonanie, że nie wszystko zostało stracone i życie ma jeszcze coś do zaoferowania.

Starość można potraktować jako kryzys w życiu człowieka, który stwarza szansę na wewnętrzny rozwój, poszukiwanie równowagi i określenie siebie na nowo, w zupełnie innych okolicznościach. Sądzę, że ważne jest zwracanie uwagi na potrzeby osoby starszej takie jak integrowanie się, potrzeba bezpieczeństwa, poczucia się potrzebnym i ważnym. Istotne staje się wzmacnianie mocnych stron takiej osoby oraz poczucia sprawstwa przy jednoczesnym redukowaniu lęku i obaw związanych ze starzeniem się. Jeżeli bowiem osoba uzależniona chce przerwać więź łączącą ją z alkoholem, to w miejsce alkoholu musi stworzyć bliską relację z samym sobą, ale także z drugim człowiekiem. Obserwując osoby starsze można odnieść wrażenie, że takich rodzajów więzi im bardzo brakuje. ■

Problematyka alkoholizmu

w opiece długoterminowej na przykładzie domów pomocy społecznej

GRZEGORZ GRYGIEL
Dyrektor DPS w Pleszewie

Starzenie się społeczeństwa jest problemem globalnym, coraz bardziej intensywnym i nieodwracalnym. Cechą charakterystyczną społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych jest wydłużająca się średnia trwania życia oraz spadek dzietności. Proces ten w sposób naturalny prowadzi do wzrostu odsetka ludzi starych w ogólnej populacji. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa coraz bardziej aktualne stają się problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku, również te, które wiążą się z niewłaściwym modelem spożycia alkoholu.

Do niedawna zaburzenia spowodowane alkoholem u osób starszych budziły małe zainteresowanie badawcze, a i klinicyści przywiązywali do nich mniejszą wagę, koncentrując się na alkoholizmie osób młodych i w średnim wieku, u których ekspresja zaburzeń (np. zachowania agresywne) i szkody społeczne (np. rozkład życia rodzinnego, konflikty z prawem) są szczególnie duże. Ekonomiści podkreślają koszty społeczne picia, na które składa się m.in. zmniejszona wydajność pracy osób w wieku produkcyjnym i znaczne koszty leczenia zaburzeń związanych z piciem alkoholu. Milcząco zakładano, że fakt,

iż intensywne picie alkoholu przyczynia się do skracania życia, dochodzi do „naturalnego rozwiązania problemu”, a nieliczni alkoholicy, którym udało się przeżyć do wieku starczego, nie stanowią większego problemu zdrowia publicznego. Dopiero starzenie się społeczeństw zmieniło perspektywę oceny picia alkoholu przez osoby starsze i zawoocowało zwiększonym zainteresowaniem badawczym nad tą grupą osób oraz wdrażaniem konkretnych, specyficznych programów leczniczych¹.

¹ B. Habrat, *Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze*, Postępy Nauk Medycznych, t. XXIV, nr 8, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2011, str. 701

Problemy związane z nadużywaniem oraz uzależnieniem od alkoholu wśród osób w wieku 65 lat i więcej, są mniej rozpowszechnione, niż wśród ludzi młodszych, jednak (z medycznego punktu widzenia) nadużywanie alkoholu, bądź innych substancji psychoaktywnych (głównie leków o działaniu uspokajającym, nasennym i przeciwbólowym) przez osoby powyżej 65 roku życia, jest problemem bardzo poważnym², przede wszystkim ze względu na możliwość pojawienia się u nich poważnych konsekwencji zdrowotnych. Nadmierne używanie alkoholu

² B. T. Woronowicz, *Alkohol w podeszłym wieku* - www.alkoholizm.akcjasos.pl



przez osoby w wieku podeszłym jest niestety zbyt rzadko rozpoznawane. Częściej osłabienie zdolności poznawczych spowodowane częstym używaniem alkoholu przypisywane jest otępieniu starczemu, niż nadużyciu alkoholu, a inne następstwa działania tej substancji na organizm traktowane są jako swoista norma w tym wieku. A przecież zaburzenia poznawcze, niedożywienie, częste upadki lub depresja wcale nie muszą być związane ze zniedołężnieniem czy działaniem ubocznym przyjmowanych leków³.

Wraz z wiekiem osoby starsze coraz trudniej radzą sobie z czynnościami dnia codziennego. W miarę upływu czasu pomoc kierowana ze strony rodziny lub środowiska może stać się niewystarczająca, co prowadzi do skierowania osoby niesamodzielnej

³ Z. Grabusińska, *Problematyka osób uzależnionych od alkoholu zamieszkujących domy pomocy społecznej*, ROPS, Opole 2010, s. 19.

Wraz z wiekiem osoby starsze coraz trudniej radzą sobie z czynnościami dnia codziennego. W miarę upływu czasu pomoc kierowana ze strony rodziny lub środowiska może stać się niewystarczająca, co prowadzi do skierowania osoby niesamodzielnej do placówki całodobowego pobytu.

do placówki całodobowego pobytu. Domy pomocy społecznej stanowią formę pomocy instytucjonalnej. Przeznaczone są dla tych osób, które nie mogą otrzymać niezbędnej opieki i wsparcia w miejscu zamieszkania. Instytucje te zapewniają pomoc, wsparcie, aktywizację i rehabilitację m.in. osobom w starszym wieku. Nadużywanie alkoholu nawet przez tylko jednego mieszkańca DPS w wyraźny sposób zaburza funkcjonowanie domu

i pociąga za sobą dodatkowe obowiązki jego pracowników. Powodów jest kilka. Mieszkańcy DPS rzadko mają pojedyncze pokoje. Najczęściej są one dwu- lub trzyosobowe. Picie chociażby jednego z nich zakłóca życie i funkcjonowanie pozostałych osób nie tylko w ramach pokoju, ale i w całym domu. Pogarsza atmosferę i wzajemne relacje między nimi, staje się przyczyną napięć, kłótni, a czasem nawet agresywnych zachowań. Dla pracowników



Z powodu dużo wyższego ryzyka upadków mieszkańców placówek oraz towarzyszącego uzależnieniom zachowania problematycznego (np. zachowania samobójcze, podenerwowanie, agresja) osoby te są dużym ciężarem dla zatrudnionych pracowników.

problem ten jest mocno stresujący. Wysłuchują skarg mieszkańców, muszą zapewnić czystość w domu, interweniować, czasem wzywać policję. Nawet, jeżeli taki mieszkaniec sprawia personelowi i innym kłopoty, jest bardzo uciążliwy, nie można odmówić mu podstawowej opieki, którą gwarantuje mu ustawa. W wielu sytuacjach z zażywaniem alkoholu związanych jest pośrednio wiele innych problemów, jak: pożyczanie pieniędzy, nieoddawanie ich, popadanie w długi itp. Tego typu zachowania wpływają negatywnie na wzajemne relacje pomiędzy mieszkańcami. Należy zatem pomóc mieszkańcom domu, którzy nie mają problemu alkoholowego w spokojnym funkcjonowaniu w placówce, a jednocześnie umożliwić mieszkańcom z problemem alkoholowym skorzystanie z terapii⁴.

Próba diagnozy problemu

W literaturze przedmiotu brak jest ogólnopolskich badań dotyczących skali występowania problemu uzależnień wśród mieszkańców domów pomocy społecznej. Przeprowadzone ponad 10 lat temu badania ankietowe w 27 domach na terenie województwa mazowieckiego wykazały, że około 8% osób w nich przebywających nadużywa alkoholu⁵. Z innych przeprowadzonych badań wynika, iż liczba osób z problemem alkoholowym zamieszkująca w domach pomocy społecznej wynosiła od 5% do 20%⁶.

W roku 2013 Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu przeprowadził badanie ankietowe mające na celu poznanie problemu alkoholowego wśród mieszkańców DPS. Byłem pomysłodawcą oraz współautorem ankiet wykorzystanych podczas badania. Przeprowadzono je w 64 domach pomocy społecznej, a więc wszystkich

4 G. Grygiel, *Przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnienia od alkoholu mieszkańców domu pomocy społecznej*, Praca Socjalna, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2015, str. 135

5 J. Mikuła, *Alkohol w domach pomocy społecznej*, Terapia Uzależnień i Współuzależnienia nr 4/2003, PARPA, Bełchatów 2003, s. 6.

6 T. Głowik, *Problemy alkoholowe i ich rozwiązywanie w Domach Pomocy Społecznej*, PARPA, Warszawa 2009, s. 9.

domów z województwa wielkopolskiego. Z przeprowadzonych ankiet wynika, że w domach pomocy społecznej w województwie wielkopolskim uzależnionych od alkoholu jest niespełna 9% ogółu mieszkańców. Wskaźnik ten różni się w zależności od typu domu. W przypadku domów o profilu dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie ankietowani wskazali, że problem nie występuje. Domy te w większości przypadków są prowadzone przez organizacje kościelne. Mały odsetek osób uzależnionych od alkoholu występuje w domach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz niepełnosprawnych fizycznie i wynosi około 3%. Podobny poziom osób uzależnionych stanowią mieszkańcy domów dla osób w podeszłym wieku, gdzie wskaźnik ten wynosi 4,3%. Z omawianych badań wynika, że najliczniej problem występuje w domach dla osób przewlekle somatycznie i przewlekle psychicznie chorych i wynosi odpowiednio 14,4% i 13,4%. Wśród ogólnej liczby osób uzależnionych mężczyźni stanowią 85%, a kobiety 15%. Osoby uzależnione przebywają w 46 oddziałach domów pomocy społecznej, co stanowi ponad 64% wszystkich domów, natomiast w 26 oddziałach domów problem nie występuje (36%). Z dodatkowych informacji uzyskanych w badaniu warto zaznaczyć, iż tylko połowa badanych domów potwierdziła istnienie precyzyjnych procedur postępowania z osobami nadużywającymi alkoholu. W blisko 60% domów zdarzyło się, że w dokumentacji osoby kierowanej do domu brakowało informacji o jej uzależnieniu lub informacje były niepełne. Jednocześnie w przypadku 65% ankietowanych domów stwierdzono, że pracownicy socjalni z ośrodków pomocy społecznej nie konsultują decyzji o skierowaniu osoby uzależnionej od alkoholu. Zdecydowana większość, bo ponad 90% placówek uważa, że należy stworzyć specjalne domy lub oddziały dla mieszkańców uzależnionych od alkoholu.

Wśród znanych mi z literatury ograniczonej badań, większość dotyczy skali występowania problemu wśród osób starszych zamieszkałych w środowisku, a nie w stacjonarnych instytucjach opieki. W grupie osób powyżej

65 lat w Niemczech, 2-3% mężczyzn i 0,5-1% kobiet jest uzależnionych od alkoholu. Istotnym problemem jest również niebezpieczne spożywanie alkoholu w tej grupie wiekowej. Ponad 15% osób w wieku powyżej 60 lat spożywa alkohol w sposób ryzykowny. Odsetek osób uzależnionych od alkoholu w domach opieki jest wyższy aniżeli w środowisku⁷. Potwierdza to badanie, które przeprowadzono w Mannheim w Niemczech na 20 domach pomocy społecznej zamieszkałych przez 1922 mieszkańców. Wyniki pokazały, iż mieszkańcy domów opieki stanowią grupę ryzyka uzależnienia alkoholowego oraz nadużywania alkoholu. Ponad 7% ze wszystkich mieszkańców otrzymało diagnozę problemu alkoholowego podczas przyjęcia do placówki (19,1% to mężczyźni, zaś 3,8% to kobiety). Z tych samych badań wynika, iż bazując na ocenie pracowników instytucji, powszechność obecnego uzależnienia/nadużywania alkoholu była niższa - 3,4%. Powodem może być trudność w dostępie do alkoholu w placówkach, jak również znaczące psychiczne oraz fizyczne osłabienie mieszkańców domu. Nadużywanie/uzależnienie od alkoholu, wcześniej stwierdzone u młodszej, męskiej grupy mieszkańców placówki było raczej powodem przyjęcia do placówki, niż konsekwencją pobytu w niej. Z powodu dużo wyższego ryzyka upadków mieszkańców placówek oraz towarzyszącego uzależnieniu zachowania problematycznego (np. zachowania samobójcze, podenerwowanie, agresja) osoby te są dużym ciężarem dla zatrudnionych pracowników. Pracownicy prywatnych domów, które przyjmują wiele osób z problemem alkoholowym lub schorzeniami psychicznymi, byli często nieprzygotowani do pracy z tak specyficznym klientem. Podobnie jest z lekarzami pierwszego kontaktu, którzy stanowili podstawę opieki dla tej grupy pacjentów. Stosunkowo duża liczba mieszkańców z problemem alkoholowym (40%) została przeniesiona do domów opieki ze szpitali psychiatrycznych. Niestety, specjalne placówki dla uzależnionych nie figurują na liście placówek dla osób starszych. Niemal wszystkie instytucje

7 G. Bartsch, *InformationenzumThema: Alkoholim Alter*, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm 2008, s. 4.

dla uzależnionych w Niemczech zapewniają opiekę tylko i wyłącznie osobom młodym lub w średnim wieku, zażywającym nielegalne narkotyki/leki. Pracownicy DPS często narzekają, iż osoby starsze zostały zwolnione ze szpitala bez zapewnionej wcześniej specjalistycznej terapii. Domy często nie mają odpowiedniej ilości środków oraz przygotowania merytorycznego by sprostać temu problemowi. Pomimo braku odpowiedniego zaplecza stały się one w pewnym stopniu „sekretnymi” instytucjami zapewniającymi opiekę osobom z poważnymi problemami psychicznymi i alkoholowymi⁸.

Przygotowanie kadry do pracy z problemowym mieszkańcem

W początkowej fazie tworzenia pododdziału dla osób uzależnionych od alkoholu w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie pojawiło się pytanie, kto będzie prowadził zajęcia terapeutyczne dla mieszkańców z problemem alkoholowym. Jedną z koncepcji zakładała zaangażowanie specjalistów terapii uzależnień niezwiązanych jednak z działalnością domu pomocy społecznej. Wybrano inne rozwiązanie, a mianowicie skorzystano z dotychczasowych pracowników Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie po odpowiednim ich przeszkoleniu. W sytuacji pracy z uzależnionym mieszkańcem domu pomocy społecznej nieocenione było ich doświadczenie zawodowe, umiejętność nawiązywania kontaktów, znajomość środowiska, w którym pracują i odpowiednie nastawienie.

W roku 2011 objęto 120 godzinnym szkoleniem grupę 19 osób, która została wytypowana przez dyrekcję domu z myślą o skierowaniu ich do pracy w powstającym oddziale dla osób uzależnionych od alkoholu. Szkolenie tej grupy osób, rekrutującej się z personelu domu, objęło trzy 4-dniowe (40 godzinne) spotkania (łącznie 120 godzin).

Pierwsze z nich było poświęcone integracji grupy oraz zagadnieniom kontaktu indywidualnego, tego, co jest w nim ważne. Opierało się na nauce

8 S. Weyerer, M. Schäufele, A. Zimmer, *Alcohol Problems Among Residents in Old Age Homes in the City of Mannheim, Germany*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999, s. 829.

Uczestnicy poznawali techniki pracy wykorzystywane w terapii krótkoterminowej. Wprowadzono ponadto elementy pracy zespołu klinicznego, omawianie autentycznych przypadków mieszkańców domu ze wskazaniem możliwych kierunków pracy terapeutycznej. Zapoznano uczestników z programami terapeutycznymi realizowanymi w polskich placówkach odwykowych.

podstawowych technik pracy wykorzystywanych w terapii motywującej. Dotyczyło też zasobów, jakimi dysponuje dom w pracy z mieszkańcami oraz zawierało elementy treningu interpersonalnego.

Drugie spotkanie było poświęcone zagadnieniu motywacji człowieka do zmiany wraz z wykorzystaniem tej

wiedzy w pracy z pacjentem (mieszkańcem). Pracownicy zdobywali także wiedzę na temat różnicowania wzorów zażywania, w tym uzależnienia od alkoholu i odnosili ją do przebywających w domu mieszkańców. Uczestnicy poznawali techniki pracy wykorzystywane w terapii krótkoterminowej. Wprowadzono ponadto elementy

pracy zespołu klinicznego, omawianie autentycznych przypadków mieszkańców domu ze wskazaniem możliwych kierunków pracy terapeutycznej. Zapoznano uczestników z programami terapeutycznymi realizowanymi w polskich placówkach odwykowych.

Trzecia część szkolenia skupiła się na nauce umiejętności niezbędnych do pracy w grupie oraz pracy w kontakcie indywidualnym ze wskazaniem możliwych metod pracy. Uczestnicy ćwiczyli przygotowane przez nich i dla nich tematy zajęć grupowych. Całość szkolenia zakończyła się testem sprawdzającym wiedzę uczestników z omawianej tematyki zajęć.

W latach 2013 – 2014 większość pracowników domu wzięła udział w szkoleniu dotyczącym problematyki nadużywania alkoholu w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej. Miało ono na celu weryfikację postaw pracowników zarówno wobec osób uzależnionych jak i prowadzonych wobec nich oddziaływań terapeutycznych, poszerzenie wiedzy w zakresie wzorów używania



alkoholu i uzależnienia, wypracowania sposobów i pomysłów na wspieranie mieszkańców po odbytej terapii.

Celem tego szkolenia było także zapoznanie pracowników domu z programem terapeutycznym dla osób uzależnionych, według którego pracuje tamtejszy zespół i próba integracji personelu wokół idei wspierania oddziaływań terapeutycznych adresowanych do mieszkańców z problemem alkoholowym.

Równocześnie z powołaniem do życia pododdziału dla uzależnionych mieszkańców realizowano w całym województwie wielkopolskim dla pracowników DPS szereg 20 i 40-godzinnych szkoleń związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych mieszkańców DPS. W szkoleniach tych wzięli udział pracownicy innych DPS-ów z województwa wielkopolskiego, z których w przyszłości mogliby się rekrutować pacjenci oddziału terapeutycznego. Dotyczyły one m.in. następującej tematyki: wprowadzenie do tematyki szkolenia (w tym mapa polskich problemów alkoholowych), różnicowanie wzorców picia (test AUDIT), rozpoznawanie uzależnienia, kształtowanie motywacji do zmiany w pracy z osobami z problemem alkoholowymi, krótka interwencja wobec osób pijących problemowo i uzależnionych, interwencja kryzysowa wobec osoby z problemem alkoholowym, specyfika pacjentów uzależnionych na przykładzie mieszkańców DPS, postępowanie z mieszkańcem z problemem alkoholowym na podstawie przykładów z własnego DPS, program terapeutyczny realizowany w DPS Pleszew, abstynencja vs. redukcja szkód w pracy z osobami z problemem alkoholowym, budowanie sieci wsparcia dla mieszkańców z problemem alkoholowym.

Należy podkreślić, że uczestnicy tych szkoleń byli na ogół bardzo aktywni i wnieśli szereg ciekawych propozycji, które miały związek zarówno z motywowaniem do podjęcia terapii, jak i wspieraniem mieszkańców po ewentualnej terapii w DPS w Pleszewie.

Pojawiły się propozycje wyjazdów z mieszkańcami do DPS w Pleszewie, spotkań opiekunów pierwszego kontaktu na początku i na końcu terapii z osobą prowadzącą terapię, nawiązania współpracy z grupami AA, zaan-



Bardzo ważnym elementem programu terapeutycznego w pododdziale jest terapia zajęciowa mająca na celu pobudzanie i wspieranie aktywności mieszkańców, rozwijanie zainteresowań i zasobów oraz poprawę i podtrzymanie ich sprawności psychofizycznej, a także przeciwdziałanie nudzie, co w konsekwencji służy również podtrzymaniu abstynencji.

gażowania osób, które po ukończeniu programu terapeutycznego nie piją w motywowanie do zmiany innych mieszkańców DPS i wiele innych⁹.

Działalność pododdziału w Pleszewie

W pododdziale dla osób uzależnionych od alkoholu pleszewskiego Domu Pomocy Społecznej aktualnie przebywa 30 mieszkańców. Jego funkcjono-

wanie opiera się na nowatorskim programie terapeutycznym, którego twórcami są Aleksandra Szołdra – Kobus i dr Tomasz Głowik, specjaliści terapii uzależnień. Program został stworzony specjalnie dla pleszewskiego oddziału i jest dostosowany do możliwości intelektualnych mieszkańców, uwzględniając różnorodne ograniczenia wynikające z wieku i choroby. Bazuje na kształtowaniu nowych umiejętności, rozwijaniu zainteresowań, pobudza aktywność, a przede wszystkim wspiera abstynencję uczestników i motywację do zmiany. Ogólnym c

⁹ T. Głowik, *Ewaluacja programu terapii dla osób uzależnionych od alkoholu w DPS w Pleszewie. Raport z badań*, maszynopis niepublikowany, 2015.

elem jest podniesienie satysfakcji z życia osobistego, a jednym z etapów prowadzących do tego celu jest praca nad problemem alkoholowym i wprowadzenie rytmu dnia wypełnionego zajęciami.

Na całość programu składają się cztery podstawowe elementy: terapia problemów alkoholowych, trening pamięci, trening relaksacyjny, rehabilitacja, leczenie, terapia zajęciowa.

Terapia problemów alkoholowych ma na celu pomoc mieszkańcom w utrzymaniu abstynencji podczas udziału w programie, uczy radzenia sobie z głodem alkoholowym, z trudnościami, wzmacnia u mieszkańców poczucie skuteczności, a także uczy umiejętności ważnych dla zachowania abstynencji po opuszczeniu pododdziału. Dużym zainteresowaniem mieszkańców cieszą się treningi pamięci. Są one ważną częścią programu terapeutycznego – służą poprawie koncentracji i uwagi, zwiększają sprawność pamięci i przeciwdziałają jej degradacji, skutecznie też pomagają radzić sobie ze stresem, a dzięki temu i z chęcią picia. Jak wiemy, mózg ludzki jest plastyczny przez całe życie, ale wymaga stałej aktywizacji, w przeciwnym wypadku jego funkcje słabną, dlatego należy go odpowiednio stymulować. Pobyt w oddziale dla osób uzależnionych nie zwalnia DPS-u ze stałej opieki medycznej i rehabilitacji. W tym kontekście terapia i prowadzone oddziaływania wobec osób z problemem alkoholowym są dodatkowym zadaniem domu. Jednak ważnym elementem rehabilitacji mieszkańców i pacjentów oddziału jest codzienna gimnastyka, bądź też inne, zgodne z indywidualnymi potrzebami programy rehabilitacyjne podtrzymujące lub poprawiające sprawność fizyczną mieszkańców. Program terapeutyczny w pododdziale realizują mieszkańcy z różnymi schorzeniami narządu ruchu, a także osoby dbające o sprawność fizyczną. Poprzez rozbudowaną ofertę rehabilitacyjną stan ich zdrowia może ulec poprawie, a co za tym idzie – poprawie ulegnie również jakość życia tych osób.

Bardzo ważnym elementem programu terapeutycznego w pododdziale jest terapia zajęciowa mająca na celu pobudzenie i wspieranie aktyw-

ności mieszkańców, rozwijanie zainteresowań i zasobów, oraz poprawę i podtrzymanie ich sprawności psychofizycznej, a także przeciwdziałanie nudzie, co w konsekwencji służy również podtrzymaniu abstynencji. Istnieje wiele form terapii zajęciowej, które z powodzeniem stosuje się w pracy z osobami uzależnionymi, starszymi oraz z osobami z problemami wynikającymi z chorób psychicznych i somatycznych. Do realizowanych w pododdziale należą m.in.: zajęcia stolarskie, zajęcia plastyczne, zajęcia manualne, zajęcia fotograficzne, zajęcia sportowe, zajęcia komputerowe czy też zajęcia krawieckie. Oferta terapeutyczna pododdziału jest rozszerzana i dostosowywana do możliwości i zainteresowań uczestników programu.

Efekty pracy terapeutycznej

W zachowaniu mieszkańców realizujących program terapeutyczny w pododdziale zauważam szereg zmian. Przede wszystkim mieszkańcy posiadają większą wiedzę na temat problemu alkoholowego i radzenia sobie z nim, mimo chęci wypicia często potrafią nad tym zapanować. Część mieszkańców trwa w abstynencji, innym zdarzają się zapicia, ale są to incydenty, a nie jak wcześniej wielodniowe ciągi – w wielu przypadkach zmienił się model picia. Mieszkańcy mniej koncentrują się na alkoholu, częściej dostrzegają inne przyjemności. Potrafią rozpoznać u siebie objawy głodu alkoholowego i wiedzą, jak poradzić sobie z nimi – któryś z mieszkańców prosi o rozmowę, inny o to, by zagrać z nim w ulubioną grę, a jeszcze inni korzystają w takich sytuacjach z sali komputerowej, czy siłowni. Ważne jest też to, że mieszkańcy, których jedyną aktywnością wcześniej było picie alkoholu, dziś biorą udział w zajęciach, które dostosowywane są do ich możliwości i zainteresowań, a co najważniejsze – mają pomysły na wprowadzanie nowych zajęć i na organizowanie własnego czasu wolnego. Zauważono również, że są oni bardziej refleksyjni, pojawiają się marzenia, plany, tęsknota za rodziną – zdarza się odnowienie kontaktów z rodziną spowodowane informacją, że nasz mieszkaniec realizuje program terapeutyczny właśnie w tym pododdziale i trwa w abstynencji. Wzrosła

też samoocena naszych mieszkańców, zaczęli rozpoznawać w sobie dobre i złe emocje, myśleć, jak poradzić sobie z tym, co jeszcze sprawia im kłopot. W kontaktach interpersonalnych zauważono mniejszą ilość zachowań agresywnych. Mieszkańcy integrują się, a nawet przyjaźnią, okazuje się, że nie brak im wspólnych zainteresowań. Pojawiły się zmiany w wyglądzie mieszkańców – w związku z dłuższymi okresami abstynencji spożywają wszystkie posiłki, dzięki czemu większość z nich przybrała nieco na wadze, zmieniła się też cera. Poza tym stali się bardziej samodzielni w codziennych czynnościach oraz bardziej dbali o higienę osobistą i czystość otoczenia. Pozytywne zmiany zauważają również pracownicy innych oddziałów pleszewskiego domu oraz rodziny naszych podopiecznych.

Ewaluacja działalności pododdziału

Z badań przeprowadzonych przez dr Tomasza Głowika dotyczących zmian w funkcjonowaniu w autopercepcji mieszkańców domu pomocy społecznej¹⁰ wynika, iż mieszkańcy czują się w oddziale zrozumiani i akceptowani zarówno przez personel jak i przez innych współmieszkańców. Uważają, że podczas zajęć byli aktywni i brali w nich regularny udział. Ponad połowa z nich deklaruje, że podczas terapii nie sięgnęli ani razu po alkohol i zachowywali abstynencję. Połowa mieszkańców, którzy sięgnęli po alkohol ocenia, że ich picie w oddziale wyglądało inaczej, niż wcześniej, tzn. pili znacznie mniej i krócej. Pozostali mieszkańcy z tej grupy (25% wszystkich badanych) uważają, że ich picie wygląda/ło dokładnie tak, jak przed przybyciem do oddziału, przy czym wielu z nich uważa, że nie miało szczególnie destruk-

¹⁰ Mieszkańcy uczestniczący w terapii byli badani dwukrotnie, w połowie i pod koniec roku 2014. Pierwsza ankieta składała się z 38 punktów. Udostępniono ją pracownikowi pododdziału, jako narzędzie badawcze przy pisaniu pracy licencjackiej na temat terapii problemów alkoholowych w DPS. Druga ankieta zawierała te same pytania i została dodatkowo uzupełniona o cztery dodatkowe pytania, które dotyczyły nadziei na zmianę po terapii, wiedzę o tym, gdzie mogą zwrócić się o pomoc i konieczność przyjmowania leków.

cyjnego charakteru. Niestety wielu z nich nie podało, jak często sięgali po alkohol podczas terapii, dlatego nie jest możliwe odniesienie się do tych danych w sposób precyzyjny.

Mieszkańcy oceniają, że pobyt na terapii wpłynął na ich wiedzę dotyczącą problemu alkoholowego, świadomość konsekwencji oraz radzenie sobie z chęcią picia. Średnia tych odpowiedzi wskazuje na to, że mieszkańcy biorący udział w terapii dostrzegają w tych obszarach pozytywną zmianę. Podobnie dzieje się, jeśli chodzi o zmiany dotyczące motywacji. Pobyt na oddziale pozwolił im wzbudzić w sobie nadzieję na to, że mogą nie pić, wzrosła dla nich w tym czasie także ważność tej zmiany. Dostrzegli w sobie sporo innych zmian dotyczących codziennego funkcjonowania, takich jak: bycie bardziej samodzielnym, lepsze dbanie o siebie, swój pokój i otoczenie, bycie bardziej refleksyjnym oraz wzrost wiedzy w zakresie tego, co prowadzi do picia.

Blisko 80% badanych mieszkańców pododdziału zadeklarowało, że chcieliby po przejściu na inny oddział żyć na trzeźwo lub też pić mniej. Podobna grupa badanych chce zmiany w swoim pić, obawia się przejścia do innego oddziału, ale też żywi nadzieję, że poradzą sobie tam. Zdecydowana większość badanych wie, do kogo zwrócić się o pomoc, jeśli nie radziliby sobie z chęcią picia.

Przeprowadzone przez dr Tomasza Głowika badanie dotyczyło również¹¹ zmiany w funkcjonowaniu mieszkańców w opinii pracowników. Badani pracownicy dostrzegają, że mieszkańcy są na ogół zadowoleni z pobytu w pododdziale terapeutycznym. Uważają, że mieszkańcy uczestniczący w terapii odnoszą duże korzyści. Od 2/3 mieszkańców słyszą pozytywne wypowiedzi na temat pobytu w oddziale. Dotyczą one m.in. poczucia bycia otoczonym opieką i rozumianym zarówno przez personel jak i innych mieszkańców. Pracownicy, w większości przypadków, pozytywnie

¹¹ W. Reichmann, *Problem uzależnienia od alkoholu/ narkotyków w kontekście pracy socjalnej. Cele i metody interwencji psychosocjalnej oraz terapii odwykowej, część II*, „Wspólne Tematy” nr 07-08, Dom Wydawniczo - Reklamowy „tematy”, Kraków 2005, s. 71 - 72.



Nieodzowna jest wiedza dotycząca kategorii diagnostycznych. Pracownicy domów pomocy społecznej mogą się zająć realizacją takich zadań jak: motywowanie do zmiany, przeprowadzanie interwencji kryzysowej albo wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji.



oceniają funkcjonowanie mieszkańców w grupie, jednak duża ich część rzadko identyfikuje się z doświadczeniami innych w obszarze picia. W ich opinii 10 mieszkańców podczas swojego pobytu w oddziale nie sięgnęło wcale po alkohol i utrzymywało abstynencję. Natomiast 20 z nich miało kontakt z alkoholem, przy czym ponad 50% z nich piło znacznie mniej i krócej niż zwykle. Badani pracownicy uważają, że mieszkańcy zwiększyli swoją wiedzę na temat problemu alkoholowego, a ponad połowa z nich wyraźniej dostrzega konsekwencje swojego picia. W ich ocenie ok. 40% z nich potrafi rozpoznać sygnały głodu i sobie z nimi poradzić bez sięgnięcia po alkohol. Nieznacznie słabiej niż sami mieszkańcy oceniają ich wewnętrzną motywację do zmiany i ich szanse na dokonanie zmian, aczkolwiek dostrzegają wiele korzystnych zmian w ich funkcjonowaniu, które dotyczą np.: lepszego dbania o siebie, zwiększonej aktywności np. do uczestnictwa

w dodatkowych zajęciach, lepszego samopoczucia itp. Dość znaczna rozbieżność w ocenie postępów w terapii dotyczy radzenia sobie po wyjściu z oddziału bez sięgania po alkohol. W tym względzie pracownicy mają przekonanie, że nad tą motywacją mieszkańcy powinni jeszcze pracować.

Rekomendacje

Zasadniczym działaniem, wokół którego należałoby skupić uwagę mając na względzie problematykę alkoholizmu w domach pomocy społecznej, jest tworzenie specjalistycznych placówek przeznaczonych dla osób uzależnionych od alkoholu. Rozwiązanie powyższe funkcjonuje np. w Niemczech. Pacjenci uczestniczą w terapii grupowej oraz indywidualnej, treningu relaksacji, zajęciach szkoleniowych, informujących o zagadnieniach związanych z nałogiem, w różnych formach terapii zajęciowej, z wykorzystaniem gimnastyki porannej, poprzez rozmowy z pracownikiem socjalnym,

odwiedzanie grup samopomocy anonimowych alkoholików¹². Analogiczny program terapeutyczny jest realizowany na oddziale dla osób uzależnionych w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie.

Pierwszym krokiem w kierunku tworzenia tego typu placówek w Polsce była nowelizacja ustawy o pomocy społecznej z dnia 22 lutego 2013 roku¹³. Do katalogu domów pomocy społecznej został dodany nowy profil domu dla osób uzależnionych od alkoholu. Wprowadzono również zapis dotyczący długości pobytu w tego typu placówce. Ze względu na jej charakter, pobyt w niej ma być czasowy i wynosić do 12 miesięcy z możliwością przedłużenia do 18 miesięcy. Zmiana ta była podyktowana potrzebą zgła-

¹² Ustawa z dnia 22 lutego 2013 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013r, poz. 509).

¹³ G. Grygiel, *Przeciwdziałanie negatywnym...*, op. cit. s. 144

szaną przez środowiska kadry domów pomocy społecznej. Niestety nie spełniło to wszystkich oczekiwań płynących ze strony praktyków pomocy społecznej. Przede wszystkim nie zostało znowelizowane rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej, które szczegółowo określa ramy funkcjonowania domów. Nie można w obecnym systemie prawnym formalnie tworzyć oddziałów/domów wskazanych w ustawie, ponieważ brak jest określenia wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutycznego – opiekuńczego dla tego typu domu¹⁴. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przedstawiło w roku bieżącym projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej. Niestety nie spełnia on wszystkich oczekiwań pokładanych w nim przez praktyków realizujących programy terapeutyczne. Zaproponowany wskaźnik zatrudnienia dla domu dla osób uzależnionych od alkoholu wynosi 0,5 a proponowany był wskaźnik 0,6. Nie ujęto w nowelizacji propozycji dotyczących powrotu mieszkańców z terapii do swojego macierzystego domu poza kolejnością. Postulat ten jest konieczny dla sprawnego funkcjonowania domów dla osób uzależnionych od alkoholu. Brak powyższych zapisów grozi pozostawieniem mieszkańców w tych domach znacznie dłużej, niż wynika to z przepisów ustawowych. Brak w rozporządzeniu również regulacji dotyczących konieczności dołączenia do dokumentów osób kierowanych do tego typu domu informacji lekarza psychiatry o uzależnieniu od alkoholu osoby ubiegającej się z jednoczesnym wskazaniem, co do możliwości udziału tej osoby w programie readaptacji. Mogą pojawić się problemy z realizacją programu przez mieszkańców, których zaburzenia/choroby psychiczne wyłączają z udziału w zajęciach terapeutycznych. Zasadnym wydaje się również wprowadzenie w tego typu placówkach całkowitego zakazu wnoszenia, posiadania i spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, oprócz tytoniu. Zakaz powinien obejmować również niespożywcze środki alkoholowe. Pobyt mieszkańca

w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu wymaga stworzenia na terenie tego domu bezpiecznych warunków dla realizacji zmiany zachowań mieszkańców w kierunku poprawy wzoru spożywania alkoholu. Na terenie tego domu, tak jak w placówkach leczenia uzależnień, niezależnie od celu zmiany (abstynencja czy ograniczanie picia) powinien być w regulaminie jasno określony zakaz wnoszenia, posiadania i spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Z punktu widzenia bieżącego funkcjonowania tego typu placówek niezbędnym wydaje się również wprowadzenie odpowiedniego mechanizmu finansowania. Ze względu na swoją specyfikę domy dla osób uzależnionych od alkoholu będą generować wyższe koszty funkcjonowania przede wszystkim z uwagi na personel niezbędny do realizacji programu terapeutycznego. Samo przeciwdziałanie uzależnieniom należy do obszaru ochrony zdrowia, zatem nie ma możliwości dofinansowania tego typu działalności ze środków pomocy społecznej. Dlatego koniecznym jest wprowadzenie zapisów w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, które pozwolą na finansowanie terapii dla mieszkańców tego typu placówek ze środków gminnych komisji profilaktyki i przeciwdziałania problemom alkoholowym. Środki w takim przypadku pójść każdorazowo za mieszkańcem danej gminy kierowanym do domu dla osób uzależnionych od alkoholu. Z punktu widzenia stabilności systemu finansowania gminnych komisji regulacja ta nie będzie wpływała na ich kondycję finansową i możliwości realizowania pozostałych zadań wynikających z ustawy. Pozostaje tylko kwestia sposobu wyliczenia kwoty, która będzie stanowiła dofinansowanie podstawowego kosztu pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej. W rekomendacji do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych opracowanej corocznie przez PARPA funkcjonują zapisy dotyczące możliwości finansowania szkoleń dla pracowników oraz dyżurów terapeutów, którzy to mogą konsultować osoby pijące problemowo,

prować grupy wsparcia dla osób uzależnionych, które ukończyły leczenie w całodobowych oddziałach terapii oraz realizować zajęcia dla tych pensjonariuszy, którzy z racji niepełnosprawności nie mogą skorzystać z pomocy placówek leczenia uzależnień¹⁵. Jest to niestety tylko rekomendacja i ewentualne dofinansowanie zależy od dobrej woli samorządu gminnego.

Jednym z rekomendowanych kierunków działań jest również podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności z dziedziny rozwiązywania problemów alkoholowych wśród pracowników domów pomocy społecznej. Istotna jest umiejętność rozpoznawania i różnicowania problemów alkoholowych. Przedmioty pojęć takich jak: ostre zatrucie alkoholem, picie ryzykowne, picie szkodliwe i uzależnienie od alkoholu różnią się od siebie, a ich rozpoznanie wymaga innego sposobu postępowania w każdym konkretnym przypadku. Nieodzowna jest wiedza dotycząca kategorii diagnostycznych. Pracownicy domów pomocy społecznej mogą się zająć realizacją takich zadań jak: motywowanie do zmiany, przeprowadzanie interwencji kryzysowej albo wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji. Domy pomocy społecznej nie prowadzą w ramach działalności statutowej terapii odwykowej, jednak wydaje się istotnym przekazanie pracownikom wiedzy na temat celów i metod stosowanych w leczeniu odwykowym a także na temat roli wspólnot i stowarzyszeń w procesie trzeźwienia. Szkolenie dla pracowników Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie, w zasadniczy sposób ułatwiło pracę z mieszkańcem mającym problem alkoholowy. ■

14 G. Grygiel, *Przeciwdziałanie negatywnym...*, op. cit. s. 145

15 T. Głowik, *Problemy alkoholowe...*, op. cit. s. 9.

Ordynowanie leków i wypisywanie recept

przez pielęgniarki i położne

WIEŚŁAWA KUJAWA
Konsultant wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Starzenie się społeczeństwa jest problemem globalnym, coraz bardziej intensywnym. Temat ordynowania leków i wypisywania recept przez pielęgniarki i położne jeszcze kilka miesięcy temu budził skrajne emocje wśród najbardziej zainteresowanych. Stara zasada mówiła, że na akceptację wszystkich zmian potrzeba czasu, i w tym przypadku okazała się prawdziwa. Na przestrzeni minionych miesięcy emocje, zarówno dobre, jak i złe, opadły. Problem został zgłębiony i poznany, a pielęgniarki i położne podjęły stosowne aktywności.

Zgodnie z obowiązującym prawem, od 1 stycznia 2016 roku pielęgniarki i położne mają uprawnienia do ordynowania leków i wypisywania recept pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w ramach kształcenia podyplomowego. Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej i reguluje ona kwestie związane z nowymi uprawnieniami. Aby w pełni przeanalizować nowe uprawnienia, niejako po drodze należy zapoznać się z szeregiem dodatkowych aktów prawnych, m.in. ustawą o działalności leczniczej,



kilkoma branżowymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia, ustawą Prawo farmaceutyczne, ustawą o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, ustawą o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i koniecznie należy śledzić wszystkie nowelizacje. Już na tym etapie wiele osób potrafi się zniechęcić, ponieważ dla przeciętnego człowieka lektura powyższych aktów prawnych nie należy do zajęć porywających.

Samodzielność zawodu pielęgniarki zawsze idzie w parze z odpowiedzialnością. Dlatego też należy wykazać szczególną determinację i oczywiście staranność w pozyskiwaniu nowych uprawnień a nie wykluczone, że także obowiązków. Stąd też niemalże przez cały 2016 rok tematem przewodnim kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Polsce jest realizacja kursów specjalistycznych, które dają uprawnienia do ordynowania leków i wypisywania recept, albo tylko do wypisywania recept w ramach kontynuacji zlecenia.

Należy wyjaśnić na czym polega ta różnica – być może znajdziemy tutaj ukrytą odpowiedź na pytanie dotyczące niechęci części środowiska pielęgniarskiego do wykonywania tychże zadań. Bo niewątpliwie większość osób interesujących się tym zagadnieniem słyszało, że nowe uprawnienia nie zawsze wywołują zachwyty.

Aktualnie pielęgniarki i położne czynnie wykonujące swój zawód legitymują się dyplomem ukończenia liceum pielęgniarskiego, studium medycznego, studiów licencjackich i wreszcie studiów magisterskich. Dodatkowo mogą posiadać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa. To ważna informacja dla tych osób, które chcą ukończyć kurs specjalistyczny pt: ordynowanie leków i wypisywanie recept, ponieważ jest on niezbędnym uzupełnieniem posiadanych już kwalifikacji. Kurs specjalistyczny: ordynowanie leków i wypisywanie recept jest dedykowany osobom z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa lub położnictwa lub tym, które posiadają tytuł specjalisty w określonych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa. Czas trwania szkolenia wynosi 65 godzin i przewiduje 20 godzin praktyk



Samodzielność zawodu pielęgniarki zawsze idzie w parze z odpowiedzialnością. Dlatego też należy wykazać szczególną determinację i oczywiście staranność w pozyskiwaniu nowych uprawnień a nie wykluczone, że także obowiązków.

zawodowych w gabinecie lekarza rodzinnego.

Natomiast druga opcja przewiduje nabycie uprawnień do wypisywania recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego, trwa 45 godzin, w tym 14 godzin zajęć stażowych w gabinecie lekarza rodzinnego. Ten wariant szkolenia jest dedykowany licencjatom pielęgniarstwa.

Obowiązek ukończenia odpowiedniego kursu nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia nabyły wiedzę objętą takim kursem. Jednak dodać należy, że programy kształcenia na kierunkach pielęgniarskich i położniczych zostały zmienio-

ne z chwilą pojawienia się konkretnych wytycznych co do zakresu uprawnień.

Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie realizuje pomysł dotyczący ordynowania leków i wypisywania recept przez pielęgniarki i położne. Na kształcenie podyplomowe w tym zakresie został przeznaczony specjalny fundusz w ramach projektu Unii Europejskiej i aktualnie trwa intensywne szkolenie kadry. Na podstawie własnych doświadczeń związanych z pełnieniem funkcji kierownika tego kursu mogę stwierdzić, że na chwilę obecną zainteresowanie pielęgniarek i położnych jest proporcjonalne do ilości zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia.



Pielęgniarki i położne posiadające uprawnienia i zamierzające wystawiać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, a także zlecenia na wyroby medyczne w trybie indywidualnym (w ramach praktyki zawodowej, pro familia, pro auctore) mogą zgłaszać się do właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania uprawnienia do pobierania unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Z nieoficjalnych rozmów z pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że stosunkowo mała liczba osób kończących kurs wykonuje ten następny ruch polegający na wnioskowaniu do NFZ.

Zmiany w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, oraz ustawy o działalności leczniczej miały na celu przede wszystkim nadanie nowych uprawnień w praktyce zawodowej pielęgniarki i położnej, w szczególności chodzi tu o prawo do ordynowania leków, wypisywania recept, prawo do kierowania na badania, wypisywanie recept w przypadku kontynuacji zlecenia, a także badanie fizykalne pacjenta. To właśnie badanie fizykalne jest najbardziej kluczową czynnością poprzedzającą wypisanie recepty. Pielęgniarki i położne, które w trakcie studiów bądź specjalizacji nie miały zajęć z badań fizykalnych muszą najpierw ukończyć kurs specjalistyczny o nazwie właśnie „badania fizykalne” i dopiero wówczas przystąpić do kursu wypisywania recept i ordynowania leków.

Jeżeli zostały spełnione te wszystkie warunki, pielęgniarki i położne mają prawo samodzielnie:

- ▶ ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- ▶ ordynować określone wyroby medyczne, wystawiać na nie zlecenia albo recepty.

Należy podkreślić, że pielęgniarka i położna w chwili obecnej ma prawo wypisać tylko te leki, które są w specjalnym katalogu: wykazie substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne.

Jest to kolejny niuans, który wywołuje niezadowolenie grupy pielęgniarek chętnych do korzystania z nowych uprawnień – w ich ocenie katalog dopuszczonych leków jest zbyt ubogi. Ale jest też grupa, która zaleca spokojne wdrożenie tego katalogu i stopniowe jego rozszerzanie.

Druga grupa uprawnionych pielęgniarek ma prawo:

- ▶ wystawiać recepty na leki w ramach realizacji zleceń lekarskich; z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia. Tak więc w ramach kontynuacji leczenia, pielęgniarka/położna nie może ordynować pacjentowi nowych leków.

Każda z wymienionych czynności musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta.

Każdej pielęgniarsce/położnej posiadającej stosowne uprawnienie przysługuje prawo do kontynuacji zlecenia na zaopatrzenie w m.in.:

- ▶ środki chłonne (np. pieluchomajtki), sprzęt stomijny – przez okres do 12 miesięcy,
- ▶ cewniki i worki do zbiórki moczu – przez okres do 6 miesięcy,
- ▶ zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych – przez okres do 3 miesięcy,
- ▶ wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny,
- ▶ wyroby medyczne stosowane w profilaktyce i leczeniu ran przewlekłych,
- ▶ wyroby medyczne do zaopatrzenia przetok jelitowych i moczowych,
- ▶ wyroby medyczne stosowane w cukrzycy,
- ▶ środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (w tym hydrolizaty białek mleka),
- ▶ peruki.

To podstawowe informacje na temat nowych uprawnień pielęgniarek i położnych. Czas pokaże czy spełnią oczekiwania decydentów, pracodawców, pacjentów i samego środowiska pielęgniarek i położnych. Osobiście znam koleżanki, które niemalże „nazajutrz” po ukończeniu kursu zaczęły wypisywać recepty



Pielęgniarki i położne posiadające uprawnienia i zamierzające wystawiać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, a także zlecenia na wyroby medyczne w trybie indywidualnym (w ramach praktyki zawodowej, pro familia, pro auctore) mogą zgłaszać się do właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania uprawnienia do pobierania unikalnych numerów identyfikujących recepty.

na leki i opatrunki przez siebie zleczone. Ale znam także osoby, które już od kilku miesięcy przechowują zaświadczenia o ukończeniu kursu w szufladach. Aby regulacje zaczęły sensownie funkcjonować, spełniony powinien być podstawowy warunek: odpowiednie stanowisko pracy pielęgniarki i położnej umożliwiające wykonanie kompleksowo świadczenia zdrowotnego.

Ewentualne pytanie o zwiększenie wynagrodzenia za dodatkową, odpo-

wiedzialną, samodzielną pracę pozostawiam bez odpowiedzi. Sądzę, że tam gdzie rzetelnie liczy się koszty, liczby najlepiej odpowiedzą na to pytanie. ■

BIBLIOGRAFIA

Rozporządzenie MZ z dnia 20 października 2015 roku w sprawie substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych.

Szampon w pianie SeniCare

alternatywa dla mycia włosów z wodą

KATARZYNA KALISZEWSKA
Ekspert Seni

Kilkanaście lat temu moja rodzina wzięła na siebie trudy opieki nad babcią, która po udarze utraciła sprawność i przez wiele miesięcy pozostawała w łóżku. Scenariusz dobrze znany wielu osobom. Nasze życie zostało postawione do góry nogami, podporządkowane codziennym rytuałom przy łóżku babci.



Na zmianę opiekowaliśmy się chorą, dbając o nią tak, jak tylko umieliśmy najlepiej. Wszystkiego uczyliśmy się sami, na własnych błędach. Z czasem radziliśmy sobie coraz lepiej z karmieniem, przebieraniem, higieną ciała, nawet emocjami swoimi i babci. Jedno, z czym nie poradziliśmy sobie zbyt dobrze, to higiena głowy. Na samą myśl o tym, że babci trzeba umyć włosy, robiło się każdemu z nas gorąco.

Osoba, która całą dobę spędza w łóżku, rzadko w pozycji siedzącej, raczej wciąż w leżącej, po kilku dniach ma na głowie koszmar. Inaczej trudno to określić. Głowa w ciągłym kontakcie z poduszką poci się, włosy się przetłuszczają, pojawia się nieprzyjemny zapach. Proces zupełnie

naturalny, do którego zdrowy człowiek zwykle nie dopuszcza, ponieważ regularnie myje głowę. A babcia, kobieta elegancka i stylowa, wcale po udarze nie chciała tracić dobrego samopoczucia. Było to dla niej ważne, żeby mimo swojego trudnego położenia, nadal wyglądać dobrze. A dla nas ważne było, żeby jej to umożliwić.

Przygotowania do procesu mycia włosów były długotrwałe i za każdym razem angażowały przynajmniej dwie osoby. Babci nie dało się w naszych warunkach przetransportować do łazienki, więc mycie włosów trzeba było przeprowadzić w łóżku. Za każdym razem mycie dostarczało samych złych emocji. Bolały nas plecy, byliśmy złani potem, źli na siebie nawzajem, łóżko było zachlapane, a babcia wymęczona. Było to bardzo trudne doświadczenie dla nas wszystkich.

Z czasem coraz rzadziej myśliśmy babci włosy. Pokazywała nam swoje niezadowolenie, swój dyskomfort, ale my fizycznie nie dawaliśmy rady. Inne czynności opiekuńcze były ważniejsze, a nasze zapasy energii zdecydowanie były na wyczerpaniu.

Trudno być opiekunem bliskiej osoby, kiedy ma się świadomość, że nie robi się wszystkiego tak, jak by się chciało, że efekty nie są zadowalające dla opiekuna i dla chorego, że planując opiekę trzeba czasem zrezygnować z komfortu chorego, by utrzymać własne zdrowie.

Patrzę na to z perspektywy czasu i wiem, że dziś byłoby inaczej. Obecnie są rozwiązania, które ułatwiają mycie głowy osobom obłożnie chorym. Baseniki do mycia głowy czy słabo pieniące się szampony znakomicie ułatwiają pielęgnację. Można też posiłkować się „suchymi szamponami”, szamponami bez spłukiwania, czy czepkami myjącymi, które raz na jakiś czas mogą odciążyć opiekuna w procesie pielęgnacji głowy. Te alternatywne sposoby mycia włosów mają jednak jedną zasadniczą wadę – są kłopotliwe w użyciu. W zależności od formy – albo się sypią, albo spływają z włosów, albo są niedopasowane do wielkości głowy.

Dziś do pielęgnacji głowy babci użyłabym innowacyjnego produktu, który umożliwia umycie głowy i włosów chorego bez większego



Trudno być opiekunem bliskiej osoby, kiedy ma się świadomość, że nie robi się wszystkiego tak, jak by się chciało, że efekty nie są zadowalające dla opiekuna i dla chorego, że planując opiekę trzeba czasem zrezygnować z komfortu chorego, by utrzymać własne zdrowie.

wysiłku, szybko, skutecznie i bez obciążania włosów, a co najważniejsze – bez użycia wody – Szamponu w piance SeniCare.

Szampon w piance SeniCare powstał w odpowiedzi na potrzeby osób, których bliski pozostaje długo w unieruchomieniu, którego pielęgnacja jest trudna i wymaga sporych nakładów energii. Ale nie tylko – skorzystać z niego mogą także np. opiekunowie formalni w placówkach opiekuńczych. Produkt będzie też dobrym rozwiązaniem pielęgnacyjnym po zabiegach w obrębie głowy czy podczas choroby lub przeziębienia.

**damy
radę**

Damy Radę to program wsparcia opiekunów nieformalnych – źródło bezcennej wiedzy dla każdego, kto musi podjąć obowiązki opiekuńcze nad osobą niesamodzielną.



Szampon w piance SeniCare powstał w odpowiedzi na potrzeby osób, których bliski pozostaje długo w unieruchomieniu, którego pielęgnacja jest trudna i wymaga sporych nakładów energii. Ale nie tylko – skorzystać z niego mogą także np. opiekunowie formalni w placówkach opiekuńczych.

szampon wraz z rozpuszczonym brudem. Później pozostaje włosy dobrze wysuszyć, np. suszarką, a następnie bardzo dokładnie wyczesać, optymalnie – grzebieniem. Włosy zyskają na objętości, będą świeże, czyste i pachnące.

2 Skuteczność działania

Składniki szamponu zostały dobrane tak, by nie obciążać dodatkowo włosów ani skóry głowy, dzięki czemu po myciu włosy są świeże i czyste. Receptura szamponu oparta jest na delikatnych środkach myjących, które rozpuszczają łój, umożliwiając jego usunięcie. Ich cząsteczki nie wnikają w skórę, ale działają powierzchniowo i są bezpieczne nawet dla najbardziej wrażliwej skóry. Dodatkowo, dzięki zawartości biokompleksu Inianego w nietłustej formie szampon łagodzi podrażnienia skóry.

3 Neutralizacja zapachu

Nieświeże włosy mają specyficzny zapach, z którym Szampon w piance SeniCare radzi sobie za pomocą innowacyjnego składnika naturalnego pochodzenia. DeoPlex® zawiera enzymy, które zapewniają biokonwersję cząsteczek zapachowych, czyli przyspieszają rozpad nieprzyjemnego zapachu i powodują jego znikanie. Co ważne – nie jest to maskowanie zapachu, ale jego rzeczywiste usunięcie. DeoPlex® skutecznie neutralizuje zapach potu, łaju oraz innych wydzielin, ale także dymu papierosowego czy jedzenia, które mogą kumulować się we włosach. Szampon zawiera także delikatną kompozycję zapachową, która nadaje oczyszczonym włosom przyjemny, świeży zapach.

4 Wydajność

Opakowanie Szamponu w piance SeniCare zawiera 200 ml płynu, z którego pompka pianotwórcza tworzy pianę. Jedno opakowanie to około 270 doz, które, w zależności od długości i gęstości mytych włosów, powinny wystarczyć na co najmniej 5 myć. Jeśli włosy są krótkie i niezbyt gęste – będzie to nawet kilkanaście zabiegów. Przy nakładaniu pianki na włosy trzeba pamiętać, aby pokryć całą powierzchnię głowy – końcówki włosów

Co sprawia, że szampon jest wyjątkowy?

1 Łatwość użycia

Dla wielu osób samodzielne umycie włosów choremu leżącemu jest nie lada wyzwaniem. Tymczasem Szampon w piance SeniCare dzięki swojej formie – delikatnej pianki wytwarzanej przez wygodną pompkę – łatwo nałożyć na głowę i włosy bez ryzyka zabrudzenia wszystkiego dookoła. Ilość doz pianki zależy od gęstości i długości włosów, jednak aplikacja zawsze jest jednakowo łatwa. Wystarczy piankę nałożyć na dłoń lub bezpośrednio na włosy, wmasować i odczekać kilka minut. Może to zrobić bez problemu jedna osoba. Po 2-3 minutach działania szamponu należy koniecznie osuszyć włosy ręcznikiem – najlepiej jednorazowym, aby zebrać z nich



Rys 1. Ręczniki higieniczne air-laid Seni Care

pokryją się pianką przy masowaniu. Spośród wszystkich alternatywnych sposobów mycia włosów ten okazuje się najbardziej ekonomiczny.

5 Oszczędność czasu i pracy

W warunkach domowych do mycia włosów osobie leżącej najczęściej potrzebne są dwie osoby, a sam zabieg zajmuje łącznie z przygotowaniem ok. 15 minut. Mycie włosów, ze względu na swoją uciążliwość, odbywa się zwykle nie częściej niż raz w tygodniu. O ile bardziej oszczędny jest Szampon w piance SeniCare! Do umycia włosów szamponem w piance wystarczy jedna osoba. Mycie trwa krótko – nałożenie pianki to dosłownie chwila, po 2-3 minutach można przystąpić do wytarcia, suszenia i układania włosów. Opiekun oszczędza czas i siły, tak potrzebne w opiece nad chorym. Ten zysk jest nie do przecenienia. Dodatkowo – suche pozostaje łóżko, a chory nie jest niepokojony długotrwałym i niewygodnym zabiegiem.

Zaleca się, aby mycie włosów z użyciem wody nie zastępować w 100% myciem bez spłukiwania. Optymalny schemat mycia powinien wyglądać następująco: naprzemiennie 2x oczyszczanie Szamponem w piance SeniCare i 1x mycie z wodą, np. przy użyciu Szamponu nawilżającego SeniCare.

Zdrowy człowiek wykonuje wiele czynności mechanicznie, rutynowo, z łatwością, bez zastanawiania się nad metodą czy jej wydajnością, najczęściej skupiając się na efekcie. Chory, osłabiony – zastanowi się nad każdym z działań, by wykonać je efektywnie najmniejszym możliwym nakładem energii. Podobnie opiekun obłożnie chorego – każdą czynność zaplanuje w taki sposób, by osiągnąć zamierzony efekt najniższym możliwym kosztem własnego zdrowia. Szampon w piance SeniCare jest idealnym rozwiązaniem dla tych, którzy chcą zachować higienę głowy przy maksymalnym ograniczeniu nakładów pracy. Warto włączyć go w plany pielęgnacyjne, a zaoszczędzony czas i energię przeznaczyć np. na wspólne spędzenie czasu z chorym na zajęciach innych niż pielęgnacyjne (np. czytanie) lub wykorzystać je dla siebie. ■



Rys 2. Szampon w piance SeniCare

Zaleca się, aby mycie włosów z użyciem wody nie zastępować w 100% myciem bez spłukiwania. Optymalny schemat mycia powinien wyglądać następująco: naprzemiennie 2x oczyszczanie Szamponem w piance SeniCare i 1x mycie z wodą, np. przy użyciu Szamponu nawilżającego SeniCare.



Bo skóra sama się nie obroni...

seni care

Specjalistyczna pielęgnacja skóry:

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



DELIKATNE OCZYSZCZANIE



pielęgnacja
głowy

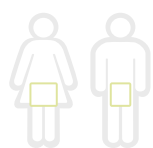


Preparaty Seni Care kompleksowo dbają o skórę głowy, ciała oraz okolic intymnych

REGENERACJA



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