

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi

nr 2 (92) grudzień 2023

PROBLEMY

Z PRZYJMOWANIEM POKARMU

Vademecum rany

NADWAGA I OTYŁOŚĆ

A NIETRZYMANIE MOCZU

seni®

Twoje wsparcie w nietrzymaniu moczu



Wkładki
i bielizna
chłonna Seni
zapewniają
dyskrecję
i poczucie
suchości.



Zamów
próbkę
na
seni.pl

Dostępne w aptekach i sklepach medycznych oraz online.

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

Producent i podmiot prowadzący reklamę - Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

Forum Opieki Długoterminowej
medi
GRUDZIĘN // 2023

**Szanowni Państwo,
Drodzy Czytelnicy!**

Grudniowe wydanie Medi rozpoczynamy od krótkiej fotorelacji z 25. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej oraz podsumowania panelu dyskusyjnego trzeciego dnia konferencji – przez moderatora tej sesji, dr Rafała Iwańskiego.

Jednym z tematów poruszanych na łamach grudniowego Medi są problemy z przyjmowaniem pokarmu przez osoby z niepełnosprawnościami. Zapraszamy do zapoznania się z artykułem Moniki Karwackiej, która nie tylko diagnozuje główne problemy, ale przede wszystkim proponuje rozwiązania i dobre praktyki. W dziale Zdrowie zwracamy również szczególną uwagę na profilaktykę raka piersi – zarówno u podopiecznych jak i ich opiekunów. Dlaczego się nie badamy, mimo że profilaktyka jest tak ważna? – o tym pisze Agnieszka Chojnacka.

Otyłość dotyczy 2 mld osób na świecie – problem ten jest złożony i niesie za sobą wiele konsekwencji – jedną z nich jest nietrzymanie moczu. Artykuł *Nietrzymanie moczu u mieszkańców z nadwagą i otyłością*, pokaże dostępne rozwiązania przy nietrzymaniu moczu dla osób z otyłością i nadwagą, oraz podpowie, jak właściwie pielęgnować skórę podopiecznych, by zapobiegać odparzeniom i odleżynom.

Na łamach Medi proponujemy nowy cykl artykułów: *Vademecum rany*. W bieżącym numerze skupiliśmy się na ranie pooperacyjnej oraz pielęgnacji blizny. Polecamy Państwa szczególnej uwadze artykuł dr n.med. Katarzyny Malinowskiej.

Ufamy, że wszystkie artykuły w bieżącym numerze Państwa zainteresują – a jeśli jest temat, o którym chcielibyście Państwo przeczytać, a nie znalazł się do tej pory na łamach Medi – zapraszamy do kontaktu z redakcją na: fundacja@tzmoglobal.com.

WYDAWCA:

Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

PRACOWNIK WYDANIA:

TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopat, Bella

REDAKCJA NAUKOWA:

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

REDAKTOR:

Katarzyna Rozmus-Gazda
katarzyna.rozmus@tzmoglobal.com

SKŁAD GRAFICZNY:

Małgorzata Bógdał

FOTO:

materiały własne oraz Freepik

ADRES REDAKCJI:

ul. Żółkiewskiego 20/26
87-100 Toruń
tel. 056 612-32-93
fax. 056 612-35-83

PRENUMERATA:

Formularz prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamywiat.pl
w zakładce PROJEKTY – MEDI

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

Redakcja Medi

Wyzwania opieki długoterminowej

- 5 25. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej
reportaż
- 8 Gorące problemy – gorąca dyskusja trzeciego dnia konferencji
Rafał Iwański

Zdrowie

- 10 Problemy z przyjmowaniem pokarmu przez osoby z niepełnosprawnościami
Monika Karwacka
- 16 Czy zbadalaś już w tym roku piersi? Profilaktyka raka piersi u opiekunów osób niesamodzielnych i ich podopiecznych
Agnieszka Chojnacka

Opieka

- 20 Nietrzymanie moczu u mieszkańców z nadwagą i otyłością

Pielęgnacja

- 26 Vademecum rany: Rana pooperacyjna i wszystko, co trzeba wiedzieć o pielęgnacji blizny
Katarzyna Malinowska

Dobre praktyki

- 32 Nowoczesne technologie dla usług społecznych
- 36 Usamodzielnienie mieszkańca domu pomocy społecznej – czy to w ogóle jest możliwe?
Joanna Jeleniewska

25. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

26-28 września, 2023



„W Toruniu możemy rozmawiać o najbardziej palących, największych wyzwaniach, w pomocy społecznej”
Agnieszka Cysewska, Polska



„W tym roku zagłębiliśmy się w kwestie kadr, zasobów ludzkich, niezbędnych umiejętności, przywództwa potrzebnego, by kolejne pokolenie mogło dokonać zmiany, której tak wszyscy pragniemy. (...) Ta konferencja dała uczestnikom niezbędne narzędzia, by po powrocie do swoich organizacji mogli je wykorzystać w tworzeniu zmiany, której potrzebujemy, żeby wesprzeć najważniejszych członków organizacji”
Dan Levitt, Canada

W DNIACH 26 - 28 WRZEŚNIA 2023 R., W TORUNIU ODBYŁA SIĘ **NAJWIĘKSZA W EUROPIE KONFERENCJA POŚWIĘCONA OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ!**



„Musimy dzielić się swoją wiedzą i nie tylko sukcesami, ale również błędami w budowaniu lepszych systemów opieki, by lepiej wspierać starsze osoby w tym jak się starzeją”
Robyn I. Stone, USA



Wyzwania opieki długoterminowej

Tegoroczny tytuł konferencji *Ludzkie oblicza opieki długoterminowej*, wyznaczył główną oś merytoryczną, po której poruszało się międzynarodowe grono ponad 20 wykładowców. 1000 uczestników z kilkunastu krajów z całego świata wzięło udział w trzech dniach wykładów i spotkań! Bardzo ważną częścią konferencji był panel dyskusyjny, podczas którego zarówno paneliści jak i uczestnicy konferencji rozmawiali na temat zmian i praktycznych rozwiązań w zarządzaniu i kulturze opieki w Polsce. Zapraszamy do zapoznania się z fotorelacją oraz słowem podsumowania trzeciego dnia konferencji moderatora panelu dyskusyjnego – dr Rafała Iwańskiego.



Nagrania wykładów dostępne są na stronie mkod.pl w zakładce Nagrania wykładów



Wyzwania opieki długoterminowej



Znamy już termin 26. konferencji – **17 - 19 września 2024 r.**
Prosimy już dzisiaj zapisać tą datę w kalendarzu!

Organizator:



Razem Zmieniamy Świat

Partner:



Gorące problemy

GORĄCA DYSKUSJA
TRZECIEGO DNIA
KONFERENCJI

dr Rafał Iwański //

Od lat w programie Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej jest miejsce na dyskusje praktyków, naukowców i przedstawicieli władz krajowych i samorządowych odpowiedzialnych za politykę senioralną, którzy mają okazję porozmawiać o najistotniejszych wyzwaniach, jakie stoją przed sektorem opieki długoterminowej w danym roku. Podczas 25. edycji toruńskich spotkań dyskusji poświęcony został niemalże cały trzeci dzień konferencji. Główny obszar spotkania dotyczył przykładów zmian i praktycznych rozwiązań w zarządzaniu i kulturze opieki w Polsce.



Wielkim wyzwaniem dla całego sektora opieki długoterminowej jest proces deinstytucjonalizacji. Choć sama koncepcja jest warunkowo akceptowana przez środowisko opiekuńcze, to pojawiają się obawy, czy uda się proces modernizacji sektora przeprowadzić skutecznie, zwiększając dostępność do świadczeń i ich jakość oraz godne warunki pracy i płacy dla opiekunów profesjonalnych. W tym zakresie pracownicy sektora opieki długoterminowej zgłaszają poważne wątpliwości. Od tego obszaru zaczęła się pierwsza część spotkania, w której uczestniczyli przedstawiciele domów pomocy społecznej Pani Sylwia Tereszkiwicz-Kamińska Dyrektor DPS Skęczniew, która pełni również funkcje Prezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych DPS, Pani Agnieszka Cysewska Dyrektor DPS Sopot, Pan Jacek Szostakiewicz Dyrektor Domu Seniora Polskiej Akademii Nauk, Pan Piotr Michalak Dyrektor DPS w Poznaniu oraz Pan Grzegorz Baranowski Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej.

W części poświęconej deinstytucjonalizacji dyskusja dotyczyła również zagadnień związanych z infrastrukturą domów pomocy społecznej. Podniesiona została kwestia dostosowania placówek do rosnącej liczby mieszkańców, którzy nie opuszczają łóżek oraz budowy nowych obiektów, które będą spełniały odpowiednie standardy. Wydaje się to niezbędne, aby zapewnić osobom zależnym bezpieczną i właściwą do potrzeb opiekę, a pracownikom bezpieczne i nowoczesne warunki pracy.

W ostatnich latach bardzo dynamicznie rosną koszty pobytu w domach pomocy społecznej, które wynikają głównie z rosnących kosztów pracy, energii i żywności. Choć zapotrzebowanie na świadczenia realizowane w formie stacjonarnej jest bardzo duże, to według danych przedstawionych przez Grzegorza Baranowskiego z MRiPS w 2023 roku w skali kraju jest około 3500 wolnych miejsc w domach pomocy społecznej. Brak mieszkańców przekłada się na mniejsze przychody, a koszty stałe funkcjonowania placówek znacząco się nie zmniejszają w takim przypadku. Pan Jacek Szostakiewicz wskazał również na potrzebę prowadzenia przez władze samorządowe spójnej i długofalowej polityki senioralnej, która będzie dostosowywana do potrzeb i zasobów poszczególnych samorządów.

Ponad 50 tys. osób pracuje w domach pomocy społecznej, co dziennie świadcząc opiekę na rzecz około 78 tys.



mieszkańców. Paneliści dyskutowali jakie działania należy podjąć, aby zminimalizować ryzyko braków kadrowych, czy selekcji negatywnej do zawodu. Jedną z pilniejszych kwestii, podnoszonych przez uczestników debaty w tej części był brak możliwości kontraktowania świadczeń pielęgnarskich ze środków NFZ przez domy pomocy społecznej. W lipcu br. uchwalone zostały zmiany w ustawie o pomocy społecznej, które wprowadzają nowe usługi w domach pomocy społecznej w zakresie wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej i całodobowej. Wprowadzone rozwiązanie zostało pozytywnie ocenione przez panelistów, lecz uwaga została zwrócona na fakt, że w przypadku opieki krótkoterminowej z opłat wyłączeni zostali wstępni i zstępni świadczeniobiorcy oraz nie ma wymogu przeprowadzania wywiadu środowiskowego.

Druga sesja została poświęcona na zagadnienia z zakresu opieki świadczonej w środowisku. Na początku Pan Adam Szponka dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej z województwa kujawsko-pomorskiego zaprezentował pierwsze wnioski z ogólnopolskiego badania dotyczącego deinstytucjonalizacji. Następnie Pan Paweł Grabowski, lekarz, kierownik Hospicjum Proroka Eliasza, przedstawił projekty realizowane przez Hospicjum w tym w szczególności w zakresie pomocy udzielanej na terenach wiejskich słabo zurbanizowanych.

Po wystąpieniach rozpoczęła się dyskusja dotycząca zagadnień związanych ze zwiększeniem dostępności do świadczeń realizowanych w środowisku. Również w tej części wybrzmiewała potrzeba opracowania i wdrożenia spójnej polityki w zakresie opieki długoterminowej nad osobami niesamodzielnymi. Zmiany muszą objąć organizację świadczeń, ale również mechanizmy finansowania. Ponadto paneliści zwrócili uwagę, że powinniśmy wykorzystywać i wdrażać dobre praktyki, które pojawiają się w poszczególnych rejonach kraju.

Choć spotkanie trwało zaledwie trzy i pół godziny, to udało się poruszyć najpilniejsze kwestie dotyczące organizacji, zarządzania i kultury opieki długoterminowej w Polsce. Zapewne w kolejnym roku pojawią się nowe wyzwania, ale niestety nie zabraknie też problemów, które są z nami od pierwszej edycji konferencji.



Problemy z przyjmowaniem pokarmu

PRZEZ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Monika Karwacka // pedagog specjalny, terapeuta pedagogiczny, edukator seksualny. Współpracuje z wieloma ośrodkami akademickimi, gdzie prowadzi zajęcia dotyczące opieki i terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną i spektrum autyzmu. Przez wiele lat kierowała ośrodkiem wsparcia dla dorosłych osób z wieloraką niepełnosprawnością, budując metodykę pracy terapeutycznej opartą na relacjach. Superwizor w ośrodkach terapeutycznych.

Coraz częściej podejmowany jest temat wpływu diety i odżywiania osób z niepełnosprawnościami na rozwój oraz zdrowie tej grupy osób.

Osoby z niepełnosprawnościami mają gorszy ogólny stan zdrowia niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Częściej występują w tej grupie współtowarzyszące choroby i schorzenia o charakterze przewlekłym. Osoby

z niepełnosprawnościami są bardziej narażone na nadwagę i niedowagę, niż osoby w populacji ogólnej. Szacuje się, że różnego rodzaju problemy z przyjmowaniem pokarmu mogą występować niemal u 80% osób z niepełnosprawnościami.

Problemy jedzeniowe i atypowe zachowania związane z przyjmowaniem pokarmu w populacji osób z niepełnosprawnościami manifestują się między innymi w po-

staci syndromu pica, selektywnego jedzenia, niechęci bądź lęku przed jedzeniem, psychogennej utraty apetytu, wymiotów, kompulsywnego objadania się czy kradzieży jedzenia.

Przyczyny problemów z przyjmowaniem pokarmów są złożone i nie do końca dobrze rozpoznane. Trudności z jedzeniem mogą wynikać z problemów zdrowotnych, nieprawidłowości w budowie anatomicznej, nieprawidłowego napięcia mięśniowego lub deficytów umiejętności motorycznych jamy ustnej, a także z czynników środowiskowych.

Stwierdzono istotną zależność pomiędzy stopniem niepełnosprawności intelektualnej a występowaniem trudności z przyjmowaniem pokarmu. Osoby z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną są bardziej narażone na występowanie zaburzeń z przyjmowaniem pokarmu. U osób z zespołem Downa oraz mózgowym porażeniem dziecięcym problemy wynikają z nieprawidłowego napięcia mięśniowego. Hipotonia (obniżone napięcie mięśniowe) w obrębie mięśni warg i języka skutkuje osłabieniem odruchu ssania i potykania. Osoby z zespołem Downa mają małą jamę ustną, zęby o nieprawidłowym kształcie, a niekiedy występuje u nich także wrodzony brak zębów (agenezja), co może skutkować trudnościami w żuciu i rozdrabnianiu pokarmu. U osób z zespołem Wolfa-Hirschorna i zespołem Downa może występować nieprawidłowa budowa podniebienia twardego – podniebienie gotyckie, które warunkuje trudności z gryzieniem, żuciem oraz przetykaniem pokarmów. Niektóre zaburzenia i zespoły genetyczne mogą wpływać na zachowania żywieniowe osób z niepełnosprawnościami. Na przykład osoby z zespołem Pradera-Williego mają niepohamowany apetyt i jedzą w nadmiernych ilościach, nawet gdy są syte. Prowadzi to nie tylko do otyłości, ale też problemów z zachowaniem, takich jak agresja, gdy porcje i dostęp do żywności są reglamentowane. Osoby z niepełnosprawnościami, które przyjmują leki, na przykład neuroleptyki, mogą mieć zaburzone – zwiększone, odczuwanie głodu i sytości. U osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu niektóre problemy z przyjmowaniem posiłku wiążą się z zaburzeniami integracji sensorycznej.

Szacuje się, że około 25% dorosłych osób z niepełnosprawnościami wymaga jakiejś formy wsparcia podczas spożywania posiłków. Stwierdzono, że u osób z niepełnosprawnością wymagających wsparcia podczas posiłków śmiertelność jest niemal dwukrotnie większa niż w populacji ogólnej osób dorosłych z niepełnosprawnością.

Poważne problemy w przyjmowaniu posiłków mogą prowadzić do niedożywienia, odwodnienia, braku równowagi elektrolitowej, nawracających infekcji oraz

osłabienia funkcjonowania układu odpornościowego. Pracownicy ośrodków wsparcia mogą doświadczać wysokiego poziomu lęku i stresu z powodu sposobu przyjmowania pokarmu przez osoby z niepełnosprawnościami, ryzyka aspiracji pożywienia i zakrzepuszeń.

Wybiórczość pokarmowa

Wybiórczość pokarmowa to niechęć do spożywania znanych lub nowych pokarmów. W konsekwencji wzorce żywieniowe skutkują mało zróżnicowaną dietą lub ograniczeniami w spożywaniu pokarmu. Wybiórczość pokarmowa dotyczy przede wszystkim osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz części osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Osoby wykazujące selektywność żywieniową mogą unikać pewnych grup produktów oraz posiłków ze względu na:

- **rodzaj** – mogą jeść ograniczoną liczbę pokarmów, np. osoba może preferować wyłącznie produkty pszenne i jeść wyłącznie pieczywo,
- **konsystencję i teksturę** – mogą jeść wyłącznie pokarmy o określonej konsystencji, np. chrupkie lub puree,
- **markę** – mogą jeść wyłącznie produkty określonych marek, np. osoba może preferować jogurt produkowany przez konkretną firmę,
- **temperaturę** – mogą wybierać żywność o określonej temperaturze, np. osoba jeży wyłącznie zimne, niezależnie od ich rodzaju,
- **smak** – mogą wybierać jedzenie produktów tylko o określonym smaku,
- **kolor** – mogą jeść żywność tylko o określonym kolorze, np. osoba preferuje produkty biało-beżowe i jada wyłącznie bułki, makaron, mleko,
- **wygląd pokarmu** – mogą w wyborze jedzenia zwracać uwagę na wygląd i sposób serwowania produktu i zawsze, kiedy ten odbiega od preferowanego wzorca, odmawiać spożywania go, np. osoba je wyłącznie okrągłą pizzę albo podłużne bułki,
- **formę i sposób serwowania posiłku** – osoba może chcieć pić wyłącznie z butelki lub kubka dla dzieci, pomimo dorosłego wieku lub oczekiwać, by produkty na talerzu nie stykały się ze sobą.

Wybiórczość pokarmowa może mieć związek z nieprawidłowym przetwarzaniem bodźców sensorycznych. Osoba z nadwrażliwością sensoryczną będzie odmawiała spożywania pokarmów ze względu na ich smak, zapach lub konsystencję.

Ponieważ spożywanie limitowanej liczby pokarmów bezpośrednio wpływa na ograniczenia w dostarczaniu organizmowi składników odżywczych, może to negatywnie wpływać na zdrowie ogólne osoby z niepełnosprawnością. Dodatkową konsekwencją związa-

ną z selektywnymi wzorcami odżywiania jest trudność w pełnym uczestniczeniu w czynnościach związanych z jedzeniem, takich jak wspólne spożywanie posiłków, udział w uroczystościach czy korzystanie z punktów gastronomicznych.

Wśród rozwiązań terapeutycznych proponuje się stosowanie pakietu działań obejmujących codzienny harmonogram posiłków, strategie wizualne, pozytywne wzmacnianie, możliwość dokonywania wyboru spożywanych pokarmów. W sytuacji, gdy wybiórczość pokarmowa jest spowodowana zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, należy dokonać oceny profilu sensorycznego i zidentyfikować alternatywne pokarmy w celu zapewnienia odpowiedniego spożycia składników odżywczych.

Szybkie jedzenie

Szybkie jedzenie jest częstym zachowaniem problemowym spotykanym wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną. Szybkie tempo jedzenia naraża osobę na przejadanie się, otyłość, zadławienie, wymioty, zwiększa się ryzyko aspiracji pożywienia.

Proponowane rozwiązania problemu szybkiego jedzenia związane są z behawioralnymi interwencjami, w których doprowadza się od coraz dłuższych przerw między kęsami, od trwających początkowo 3 - 5 sekund, aż po 10 - 15 sekund.

W tym celu stosuje się pakiet oddziaływań terapeutycznych obejmujący:

- modelowanie – właściwe zachowanie jest prezentowane przez pracownika, a osoba z niepełnosprawnością uczy się nowego zachowania przez obserwację,
- wypowiedzi głosowe – zachęcanie „jedz powoli”,
- werbalne pochwały,
- wypowiedzi fizyczne sprzężone z wypowiedziami werbalnymi – wskazywanie gestem, aby osoba zrobiła przerwę między kęsami uzupełnione o wypowiedź werbalną pracownika „czekaj”,
- skuteczność interwencji zwiększa się przy pozytywnym wzmacnianiu, czyli stosowaniu pochwał za każdym razem, gdy osoba kończy żucie, zanim weźmie kolejny kęs.

Pica

Zaburzenie polega na powtarzającym się zjadaniu, żuciu lub lizaniu produktów nieżywnościowych (np. węgiel, piasek), produktów żywnościowych, które nie mają wartości odżywczych (np. mąka, surowe ziemniaki) lub produktów, które są wręcz szkodliwe.

Osoby z tym zaburzeniem jedzą bardzo zróżnicowane

substancje – ziemię, kredę, włosy, plastik, otówki, tynk, niedopałki papierosów, włókna z dywanów i tkanin, węgiel, także substancje toksyczne: odpryski farby, papier, a nawet niebezpieczne: kawałki plastiku i metalu.

Dla wyodrębnienia zachowań polegających na zjadaniu konkretnych substancji stosowane są szczegółowe terminy (zobacz schemat 1).

Pica najczęściej występuje wśród dzieci w wieku od 12. do 24. miesiąca życia. W tym okresie rozwojowym uznawana jest jednak za normalne zachowanie, które ma związek z badaniem przez dzieci przedmiotów ustami oraz trudnością w odróżnieniu przedmiotów jadalnych i niejadalnych.

Pica diagnozowana jest tylko wtedy, gdy zachowanie utrzymuje się dłużej niż miesiąc, a wiek rozwojowy wynosi co najmniej 2 lata. Ponadto zachowanie nie może być częścią praktyk usankcjonowanych kulturowo (w niektórych rejonach świata dopuszcza się spożywanie substancji, które w innych uznane są za niejadane czy zakazane), a jego nasilenie powinno być poważne.

Pica obserwowana jest przede wszystkim u osób z wrodzonymi wadami ośrodkowego układu nerwowego



– osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnym, depresją oraz w mniejszym stopniu u osób ze schizofrenią.

Stwierdzono, że wskaźniki rozpowszechnienia waha-

ją się od 4% do około 26%, przy czym występowanie u osób zamieszkujących ośrodki wsparcia długoterminowego ocenia się jako dużo wyższe. Zaobserwowano, że im głębszy stopień niepełnosprawności intelektualnej, tym częściej odnotowywane jest to zachowanie. Pica zmniejsza się wraz z wiekiem. Dalszy wzrost zachowań obserwuje się u osób po 70. roku życia. Stwierdzono również, że częstość występowania picy jest większa u osób przyjmujących neuroleptyki.

Nasilenie zachowania może być zróżnicowane i wahać się od łagodnego do bardzo ciężkiego. Pica może prowadzić do powikłań medycznych takich jak uszkodzenie lub niedrożności przewodu pokarmowego, zapalenia żołądka i jelit, utrata wagi, niedożywienie, infekcja lub zatrucie. Częstym skutkiem jest erozja zębów, zaparcia, biegunka, pasożyty oraz zaburzenia wchłaniania składników odżywczych.

Niestety wciąż niewiele wiadomo na temat przyczyn picy. Istnieje wiele hipotez wyjaśniających to zaburzenie. Na przykład uważa się, że pica jest spowodowana trudnościami w rozróżnieniu produktów jadalnych od niejadalnych. Teorie psychologiczne uważają to zachowanie za formę agresji. Istnieje też hipoteza żywieniowa, która wiąże występowanie picy z niedoborem minerałów, zwłaszcza żelaza i cynku. Proponuje się też, by pica była postrzegana jako zachowanie, które ma służyć samouspokojeniu się, szczególnie u dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Funkcjonują poglądy, że pica jest związana ze stymulacją jamy ustnej.

Nie opracowano jednolitych wytycznych dotyczących najlepszego sposobu postępowania w przypadku picy. Ponieważ pica ma heterogeny, wieloczynnikowy charakter, to proponuje się stosowanie pakietów interwencji, które obejmują zróżnicowane oddziaływania, między innymi:

- suplementację żelaza i cynku,
- wzmocnienia pozytywne – nagradzanie braku zachowań związanych z picą oraz nagradzanie zachowań alternatywnych,
- wzmocnienia negatywne – łagodne reprimendy słowne stosowane przy występowaniu zachowań związanych z picą,
- trening dyskryminacji – nauczanie rozróżniania przedmiotów jadalnych od niejadalnych oraz uświadomienie zagrożeń, jakie niesie ze sobą spożywanie niektórych substancji,
- alternatywę żywieniową – oferowanie jadalnych produktów spożywczych o podobnej konsystencji, które zastępują produkty niejadalne (np. przy zjadaniu papieru można proponować papier ryżowy, przy zjadaniu kory drzew można zaproponować suszoną wołowinę, natomiast różnego rodzaju nasiona – sezam, mak, pestki słonecznika mogą ze względu

na teksturę sprawdzić się jako produkt zastępczy przy zjadaniu ziemi lub brudu),

- wzbogacanie środowiska – zwiększenie poziomu interakcji spotecznych, stymulacja sensoryczna, zwiększenie aktywności w czasie wolnym, angażowanie osoby w aktywności zajmujące dłoń może zmniejszyć tendencję wkładania do ust przedmiotów niejadalnych, a co za tym idzie spożywania ich,
- organizacja środowiska – usunięcie z pola widzenia osoby niebezpiecznych przedmiotów, zamknięcie ich w pojemnikach lub szafach, usunięcie trujących roślin,
- podawanie leków psychotropowych typu bupropion, escitalopram i olanzapina,
- unieruchomienie mechaniczne – przytrzymanie osoby jest uzasadnione tylko wtedy, gdy ma zamiar włożyć do ust substancję lub przedmiot niebezpieczny, który może wyrządzić poważne szkody fizyczne. Należy pamiętać, że wszelkie procedury restrykcyjne są mało skuteczne i nie mogą stanowić jedynej formy oddziaływań.

Dysfagia

Termin dysfagia dotyczy trudności z jedzeniem, pićm i potykaniem, które skutkują nieprawidłowym transportem pokarmu z ust do żołądka. Częstość występowania dysfagii wzrasta wraz ze stopniem niepełnosprawności fizycznej oraz wiekiem. Nieprawidłowa motoryka poszczególnych odcinków układu pokarmowego, ale też trudności w utrzymaniu prawidłowej pozycji siedzącej, nieprawidłowe ustawienie odcinka szyjnego kręgosłupa, trudności w synchronizacji pracy mięśni warg, języka, podniebienia oraz krtani skutkują zaburzeniami formowania i przesuwania kęsa pokarmowego w układzie pokarmowym. Ponadto prawdopodobieństwo wystąpienia dysfagii wzrasta wraz z obniżeniem funkcji poznawczych.

Trudności z potykaniem mogą prowadzić do odwodnienia, niedożywienia, aspiracji żywności lub płynu oraz krztuszenia się, zwracania pokarmu przez nos, nawracających infekcji dróg oddechowych, bezdechów, przewlekłego kaszlu, który często występuje także po posiłku. U osób z dysfagią oprócz powikłań zdrowotnych obserwuje się także zmiany zachowania podczas karmienia - rozdrażnienie, odmowę przyjmowania posiłku czy też brak zainteresowania jedzeniem. Najczęściej podłożem wymienionych reakcji jest ból oraz lęk przed przykrym doświadczeniem związanym z dławieniem czy zachłyśnięciem. Osoby z dysfagią tracą przyjemność płynącą z jedzenia. Często odczuwają utratę godności związaną z koniecznością otrzymywania wsparcia przy jedzeniu i picu (bycia karmionym i pojonym).

Dysfagia wiąże się także z wysokim ryzykiem śmierci w wyniku zadławienia lub w przebiegu odoskrzelowego zapalenia płuc, dlatego wymaga odpowiedniego postępowania i interwencji w celu ograniczenia niepożądanych skutków,

ale także zredukowania stresu u opiekunów wspierających osoby z niepełnosprawnością w przyjmowaniu pokarmu. Kluczowe zasady dotyczące postępowania w przypadku osób z dysfagią obejmują:

- zapewnienie pozycji pionowej podczas jedzenia i picia – stabilność postawy ciała, ułożenie głowy w linii środka ciała oraz lekkie podciągnięcie podbródka ułatwia połykanie,
- modyfikowanie tekstury żywności – rozdrobnienie pokarmu łagodzi trudności zarówno z żuciem jak i połykaniem,
- modyfikacja konsystencji napojów – stosowanie zagęstników zmniejsza ryzyko zachłyśnięcia płynami,
- zarządzanie tempem i czasem posiłku – pozwala uniknąć sytuacji przepętnienia jamy ustnej.

W poszukiwaniu rozwiązań problemów z przyjmowaniem pokarmu przez osoby z niepełnosprawnościami warto tworzyć interdyscyplinarne zespoły. Wiedza i doświadczenie dietetyka, logopedy, fizjoterapeuty, lekarzy specjalistów, opiekuna medycznego czy pedagoga uzupełniają się i są nieodzowne dla skutecznego radzenia sobie z problemem. Zespół powinien dokonać oceny umiejętności w zakresie żucia, połykania i sprawności motorycznej osoby z niepełnosprawnością oraz określić, czy istnieje ryzyko aspiracji lub zadławienia. Następnie zespół powinien ustalić odpowiednią konsystencję posiłków, ich kaloryczność i częstotliwość serwowania, a także wskazać optymalną pozycję ciała i dobrać sprzęt ułatwiający przyjmowanie posiłków.

Pracownicy ośrodków wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami mogą próbować wdrażać ogólne założenia, co może złagodzić niektóre problemy związane z przyjmowaniem pokarmu (m.in: pozycja, miejsce, meble, sprzęty, planowanie jadłospisu itp). Dodatkowo warto pamiętać, że bez względu na podłoże trudności osób z niepełnosprawnościami w przyjmowaniu pokarmów działania pomocowe i interwencje wymagają systematyczności i współpracy wszystkich pracowników ośrodka wsparcia. ●



Pozycja podczas przyjmowania posiłku

- osoba powinna siedzieć wyprostowana blisko stołu, tak by w razie potrzeby mogła na stole oprzeć przedramiona
- osoba powinna siedzieć tak, by tułów był stabilny i wyprostowany – stopy powinny być oparte na podłodze lub podnóżkach wózka inwalidzkiego; kostki, kolana oraz biodra powinny być ustawione w przybliżeniu pod kątem prostym; głowa powinna znajdować się w linii środka ciała

Miejsce przyjmowania posiłku

- należy zachęcać osoby z niepełnosprawnością do spożywania posiłku przy stole, zamiast w łóżku
- spożywanie posiłków w grupie pełni ważną socjalizacyjną rolę
- jeśli sposób jedzenia powoduje nieporządek w otoczeniu lub osoba ma poczucie dyskomfortu w związku ze wspomaganym przyjmowaniem posiłków można zdecydować (w porozumieniu z osobą) o jedzeniu w pojedynkę
- w pomieszczeniu, w którym osoba przyjmuje posiłki należy unikać czynników rozpraszających (np. hałas, nadmierny tłok, dźwięk telewizora, itp.)

Meble

- wysokość stołu powinna umożliwiać wygodne oparcie przedramion na krawędzi stołu
- blat stołu powinien być jednobarwny i matowy; obrusy mogą utrudniać przesuwanie naczyń z posiłkiem oraz zwiększać ryzyko zahaczenia i przewrócenia naczyń
- krzesło powinno mieć podłokietniki, by zapewnić osobie wsparcie podczas siadania i wstawania z krzesła
- podstawa krzesła w formie płozy ułatwi wsuwanie i odsuwanie krzesła od stołu
- specjalistyczne siedziska mogą zapewnić wsparcie postawy i utrzymanie głowy we właściwej pozycji
- aby zapobiec ślizganiu się naczyń po powierzchni stołu można zastosować matę antypoślizgową lub specjalistyczne talerze i miski wyposażone w podstawę antypoślizgową lub przysawkę, która pomaga utrzymać je na blacie

Sprzęty ułatwiające spożywanie posiłków

- izolowane kubki, naczynia lub tace są przydatne do utrzymywania temperatury jedzenia i napojów, jeśli osoba spożywa posiłek przez dłuższy czas
- należy chronić ubrania osób przed resztkami jedzenia i ślinieniem – przy wyborze fartuchów i śliniaków ochronnych należy mieć na uwadze aspekt praktyczny (np. produkt jednorazowy/wielorazowy) ale też godność osobistą - używanie śliniaków o „dziecinnym” wyglądzie nie jest odpowiednie dla osób dorosłych

Śliniaki jednorazowe Seni Care dla dorosłych



TO JEST WYRÓB MEDYCZNY.
UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.
Producent i podmiot prowadzący reklamę – Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

- jeśli osoba ma trudności z utrzymaniem karku można zastosować kubki z powiększonymi uchwytami, które umożliwiają użycie całej dłoni do uchwycenia ucha zamiast tylko palców; kubki z pokrywkami i dzióbkami zapobiegają rozlaniu zawartości; kubki z wycięciem ułatwiają picie bez odchylenia głowy do tyłu
- jeśli osoba ma trudności z używaniem standardowych sztućców można je zastąpić sztućcami specjalistycznymi – sztućce specjalistyczne z dużym uchwytem można chwycić całą dłonią zamiast tylko palcami; sztućce z karbowaną rękojeścią zapobiegają ześlizgiwaniu się dłoni; sztućce z paskiem na rękę są pomocne osobom, które mają problem z chwytem; sztućce kombinowane, które łączą cechy dwóch lub więcej sztućców (np. widelec na jednej z krawędzi posiada ząbkowane ostrze noża) są pomocne, gdy osoba używa podczas posiłku tylko jednej ręki; sztućce kątowe ułatwiają wygięcie główki pod pożądanym kątem w stosunku do rączki, dzięki czemu do uniesienia widelca lub łyżki do ust potrzeba mniej siły i nie trzeba rotować dłoni w nadgarstku; sztućce wykonane z tworzyw sztucznych są lepszą alternatywą dla metalowych, gdyż mogą zapobiec uszkodzeniu zębów, jeśli osoba z niepełnosprawnością ma odruch gryzienia; sztućce z tworzywa są lżejsze
- dbałość o kontrast zastawy stołowej i blatu stołu oraz zachowanie kontrastu między pożywieniem a zastawą stołową ułatwi dostrzeżenie posiłku i jego elementów

- jeśli osoba ma trudności z nabieraniem jedzenia można wykorzystać talerze i miski z wysokimi brzegami lub ze skośnymi podstawami
- jeśli osoba z niepełnosprawnością ma trudności z siłą ruchu, wykonywaniem i koordynowaniem ruchów należy rozważyć zastąpienie ceramiki naczyńmi lżejszymi wykonanymi z innego materiału

Planowanie jadłospisu

- rodzaj posiłku i jego formę należy dostosować do możliwości fizycznych osoby, co ułatwi samodzielne radzenie sobie z jedzeniem (np. kawałki mięsa w sosie zamiast sztuki mięsa, którą trudno kroć; gęstsze zupy i sosy łatwiej nakładać na łyżkę, gdyż mniej się rozlewają niż rzadkie; miękkie pokarmy będą łatwiejsze dla osób mających trudności z żuciem i połykaniem)
- pory posiłków powinny być jak najbardziej rutynowe
- do każdego posiłku należy zapewnić wodę lub inny płyn – pomoże to utrzymać wilgotność ust i połykanie jedzenia
- jeśli jedzenie i picie staje się powolne i stanowi to duży wysiłek dla osoby, należy rozważyć wprowadzenie częstszych posiłków składających się z mniejszych objętościowo porcji
- należy rozważyć możliwość dokonywania wyboru produktów żywnościowych oraz bezwzględnie zapewnić alternatywę żywieniową w przypadku osób, które mają wybiórczość pokarmową lub indywidualne preferencje wynikające z zaburzeń integracji sensorycznej

Pomoc przy przyjmowaniu posiłku

- osoba z niepełnosprawnością, na tyle na ile jest to możliwe, powinna mieć wpływ na wybór jedzenia, tempo przyjmowania posiłku oraz to, co chciałby zjeść w następnej kolejności
- pomoc przy posiłkach powinna ograniczać się do niezbędnego minimum, a osoba z niepełnosprawnością powinna być zachęcana do wykorzystania swojej samodzielności i sprawności manualnej (np. pomoc może polegać na pokrojeniu jedzenia i nałożeniu na widelec, który osoba będzie sama kierowała do ust)
- pomoc podczas posiłków powinna być zapewniana w sposób dyskretny (np. jedzenie można pokroić przed podaniem na stół zamiast na oczach innych osób).

Czy zbadałaś już w tym roku piersi?

PROFILAKTYKA RAKA PIERSI U OPIEKUNÓW OSÓB NIESAMODZIELNYCH I ICH PODOPIECZNYCH

Agnieszka Chojnacka //

członkini Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych, w trakcie studiów podyplomowych na kierunku geriatrya i gerontologia z elementami opieki paliatywnej; zdobywa zawód opiekuna medycznego, podejmuje inicjatywy promujące zdrowie, skupiając się na profilaktyce raka piersi

Jestem za młoda, żeby mieć nowotwór piersi

Nie mam czasu

Styszałam, że mammografia może wywołać raka

Lekarz zawsze coś znajdzie

Co ma być to będzie

Dlaczego KOBIEТЫ nie badają piersi?

Nic mnie nie boli

Musiabym jechać na badanie do innej miejscowości

Jestem za stara, już i tak nie będą mnie leczyć

Nie wiem, gdzie pójść na badanie

Z takimi odpowiedziami spotykałam się, gdy próbowałam zachęcić kobiety do wykonania badania piersi. Choć świadomość choroby jest coraz większa, nadal bada się zbyt mało osób.

Odpowiedź „nie mam czasu” często pojawia się wśród kobiet opiekujących się osobami niesamodzielnymi. Jakiej odpowiedzi Ty udzieliłabyś na pytanie: „Czy zbadałaś już w tym roku piersi?”

Ewa, lat 40, opiekunka medyczna w szpitalu: „Chodzę regularnie do lekarza, bo drętwieją mi nogi. Z dzieckiem jestem kilkanaście razy w roku u lekarza rodzinnego lub specjalisty. Trudno znaleźć mi czas, żeby spokojnie usiąść. Usg piersi? Nie, nie robiłam. Zrobię”.

Marta, lat 47, opiekunka w DPS: „Na nic nie mam czasu. Przed zmianą popołudniową i po zmianie nocnej biorę zlecenia z MOPSu. Nie będę chodziła do lekarza, jak nic mi nie dolega”.

Magda, lat 43, opiekunka medyczna: „Jeszcze nigdy nie robiłam usg piersi. A ty robisz?”

Hania, lat 39, pielęgniarka: „Wstyd mi przyznać, ale od 5 lat, od czasu, kiedy urodziłam córkę, nie byłam u ginekologa ani nie badałam piersi”.

Ela, lat 51, opiekuje się chorym synem: „Dawno się nie badałam. Opieka nad synem to praca 24 godziny na dobę. Dziecko jest najważniejsze”.

Osoby sprawujące opiekę w placówkach takich jak ZOL/ZPO/DPS w większości pracują w systemie 3-zmianowym lub 12-godzinnym. Stwarza to możliwości podejmowania pracy także poza głównym miejscem zatrudnienia. Zapotrzebowanie na świadczenie usług z zakresu opieki długoterminowej, wynikający ze zmian demograficznych malejący potencjał opiekuńczy rodzin, a także względy finansowe powodują, że personel medyczny i opiekuńczy poświęca pracy zawodowej zbyt dużo czasu. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest brak czasu wolnego i niepodjęcie działań dotyczących profilaktyki zdrowotnej.

Opiekunowie nieformalni często łączą życie zawodowe z opieką nad swoimi bliskimi. Sami przyznają, że obowiązki wypełniają większość ich dnia. Opieka to dla nich bardzo duże obciążenie czasowe i organizacyjne. Profilaktyka schodzi na dalszy plan, a pierwszeństwo ma zaspokajanie podstawowych potrzeb swoich i podopiecznych.

Jednak możemy pomagać innym ludziom właśnie dzięki temu, że sami nie chorujemy. Nie zapominajmy o sobie i własnym zdrowiu.

Sektor opieki długoterminowej jest sfeminizowany, dlatego właśnie szczególną uwagę chcę zwrócić na profilaktykę raka piersi. Jest to najczęściej rozpoznawany nowotwór u kobiet. Guz wykryty na wczesnym etapie daje duże szanse na wyzdrowienie. Zbyt wiele kobiet bagatelizuje jednak problem i leczenie rozpoczyna się już w zaawansowanym stadium choroby. Regularne badania mogą uratować nam zdrowie i życie.

Jednym z badań obrazowych jest usg. Najlepiej sprawdza się u osób, które mają w piersiach więcej tkanki gruczołowej. Zaleca się wykonywanie tego badania przynajmniej raz w roku, jest bezpieczne także w trakcie trwania ciąży.

Drugim jest mammografia. Ta lepiej obrazuje pierś u osób starszych oraz tych, u których jest mniej gruczołu a więcej tkanki tłuszczowej.

„Regularne wykonywanie badań profilaktycznych, mammografii co 2 lata od 45 do 74 roku życia,

zmniejsza ryzyko zgonu z powodu choroby nowotworowej. Im mniejszy nowotwór, tym większa szansa na wyleczenie, a także zmniejszenie intensywności terapii, tzn. uniknięcie niektórych form leczenia, jak na przykład chemioterapii” – mówi dr Joanna Kufel Grabowska, onkolog kliniczny, adiunkt w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Usg piersi i mammografia to badania, które się uzupełniają – każde w nieco inny sposób obrazuje tkanki, z których zbudowana jest pierś.

Elementem profilaktyki jest także samobadanie piersi. Wykonywanie badania co miesiąc pozwoli nam poznać swoje ciało i szybciej zauważyć niepokojące zmiany. W związku z tym, że nie każdy nowotwór piersi tworzy guzki, samobadanie jest uzupełnieniem diagnostyki obrazowej.

Czy wiesz, że jedna na osiem kobiet zachoruje na raka piersi? Jeśli wyczuwasz guzek, nie zwlekaj z wizytą u lekarza. Udaj się do poradni onkologicznej (skierowanie nie jest potrzebne) lub do lekarza rodzinnego. Ten może wypisać skierowanie do specjalisty lub poradni chirurgii onkologicznej. Albo zacznij od zbadania piersi w prywatnej placówce. Diagnostyka wcale nie musi trwać miesiącami. Jeśli istnieje podejrzenie wystąpienia nowotworu złośliwego, lekarz wystawi Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologiczne-

go (DiLO), która znacznie przyspieszy procedury. Wstępna diagnostyka, która wykluczy lub potwierdzi nowotwór, powinna zakończyć się w ciągu 28 dni.

„Gdy zgłosi się do mnie pacjentka z wyczuwalnym guzem piersi, wynikami usg czy mammografii, wystawiam Zieloną Kartę DiLO, aby diagnostyka rozpoczęła się jak najszybciej” – mówi lekarka rodzinna Jolanta Dańczak z Rokietnicy.

Unikanie badania piersi nie uchroni Cię przed nowotworem. Regularne badania pozwolą na wykrycie choroby na jej wczesnym etapie, a wiedza, jak wygląda ścieżka diagnostyczna, pozwoli z większym spokojem pokonywać kolejne kroki na drodze do zdrowia.

Przekazywanie młodym ludziom wiedzy na temat profilaktyki mogłoby wpłynąć na podejmowane przez nich w przyszłości decyzje związane ze zdrowiem. Według dr Joanny Kufel-Grabowskiej „edukacja dotycząca nowotworów powinna zostać na stałe wprowadzona do szkół, dzięki temu już na wczesnym etapie byłoby możliwe propagowanie zachowań zdrowotnych oraz profilaktycznych”.

A co z osobami otoczonymi opieką długoterminową?

To osoby w różnym wieku i z różnymi schorzeniami, a niesprawność intelektualna czy ruchowa bynajmniej nie wyklucza występowania innych chorób.

„Największy wpływ na profilaktykę wśród osób niesamodzielnymi ma rodzina lub opiekun” – stwierdza Aleksandra Malenda-Baszczyk, pielęgniarka, która od wielu lat zajmuje się osobami chorymi z różnym stopniem upośledzenia.

Zmiany na poziomie instytucjonalnym to proces trudny i czasochłonny. Tymczasem już od dziś każdy z nas może mówić o profilaktyce w środowisku, w którym przebywa. Potencjał widzę także w grupie opiekunów osób niesamodzielnymi.

Zachęcamy swoje podopieczne do badania piersi, informujemy o dostępnych w ramach NFZ programach profilaktycznych. Dzięki temu być może zapobiegniemy pogorszeniu sprawności fizycznej osoby, u której wykryto nowotwór na wczesnym etapie rozwoju choroby.

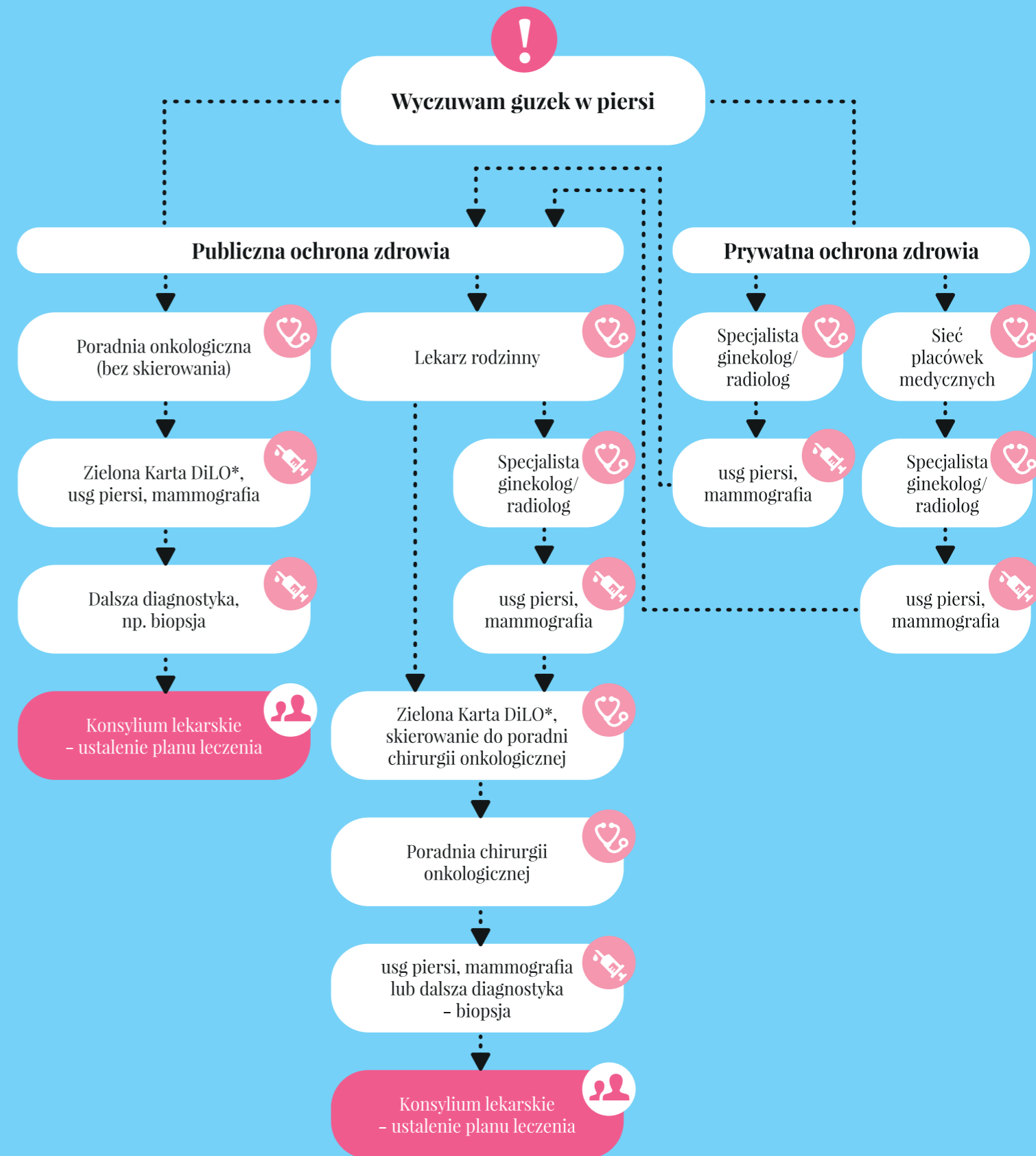
Drogie Panie! Troszczymy się o wszystkich, często zapominając o sobie. Znajdźmy czas na profilaktykę, dzielimy się wiedzą z podopiecznymi, bądźmy dla nich przykładem. Rak piersi wcześniej wykryty jest wyleczalny.

Panowie! Wy też miejcie oczy szeroko otwarte. Zachorowania na raka piersi dotyczą także mężczyzn. ●

Regularne wykonywanie badań profilaktycznych, mammografii co 2 lata od 45 do 74 roku życia, zmniejsza ryzyko zgonu z powodu choroby nowotworowej.

Ścieżka do zdrowia

Diagnostyka zmian w piersiach



*Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, która przyspiesza procedury diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Nietrzymanie moczu U MIESZKAŃCÓW Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ

Wedle danych WHO z 2020 roku ponad 2 miliardy osób na świecie było otyłych, a ponad 650 milionów miało nadwagę. Problem ten jest uniwersalny i dotyczy zarówno krajów pierwszego świata, jak i rozwijających się. Żyjemy w coraz większym pośpiechu. W parze z nim idą zmiany naszych nawyków żywieniowych – jemy więcej, jemy szybciej i coraz bardziej przetworzone pokarmy. Otyłość sama w sobie jest złożonym problemem i powyższe czynniki nie są jedynymi, które mają wpływ na jej pojawienie się. Otyłość i nadwaga są również czynnikami ryzyka wielu chorób – między innymi chorób serca, cukrzycy, depresji, chorób wątroby. Zwiększają również ryzyko pojawienia się wielu nowotworów.

TO JEST WYRÓB MEDYCZNY.
UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA
LUB ETYKIETĄ.

Dotyczy stron 20-22. Producent i podmiot prowadzący reklamę – Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

Podobnie, nietrzymanie moczu ma wiele przyczyn i szereg z nich związanych jest ze stylem życia pacjentów. Otyłość jest jednym z najważniejszych. Epizod nietrzymania moczu może się zdarzyć, kiedy pęcherz zostanie nagle uciśnięty, na przykład podczas kaszlu, kichania, śmiechu. Dodatkowa waga zwiększa ciśnienie śródbrzuszne, zwiększa nacisk na pęcherz i cewkę moczową, osłabia mięśnie dna miednicy. Wszystko to może pogłębiać nietrzymanie moczu. Badania pokazały, że to powiązanie jest bardzo silne – na przykład nietrzymanie moczu dotyczy otyłych kobiet dwukrotnie częściej niż kobiet, których waga mieści się w normie.

Utrata wagi na skutek zmian nawyków, takich jak dobra dieta, regularne ćwiczenia i odpowiednia ilość snu mogą mieć wpływ na symptomy nietrzymania moczu. Redukcja masy ciała o 5 do 10% była wystarczająca¹, aby uzyskać widoczną poprawę w zakresie trzymania moczu i powinna być jednym z pierwszych działań w leczeniu NTM u pacjentek z nadwagą i otyłością. Pomaga to nie tylko zmniejszyć obciążenie na układ moczowy, ale przekłada się również na ogólne zdrowie i długość życia, zmniejsza zagrożenie wieloma chorobami przewlekłymi.

Mimo tego, że istnieje wiele sposobów radzenia sobie z nietrzymaniem moczu spowodowanym nadwagą i otyłością, wybierając je należy podejmować decyzję w porozumieniu ze specjalistą – w sposób bezpieczny dla zdrowia.

Zdrowsze nawyki – sposób, w jaki wykonujemy codzienne czynności – może nasilać lub redukować nietrzymanie moczu, np. ważne jest w jakiej pozycji oddajemy mocz czy też ką, jak podnosimy przedmioty, czy nawet, w jakiej pozycji siedzimy, stoimy, kichamy lub kaszлемy.

Zmniejszenie stresu – stres ma duży wpływ na mechanizmy łaknienia. Hormony wyzwalane przez organizm krótkoterminowo tłumią poczucie głodu, ale pozostawanie pod wpływem nasilonego stresu przez dłuższy czas sprawia, że odczuwamy zwiększony głód i może prowadzić do przejadania się.

Powolne jedzenie – odczucie, że jesteśmy najedzeni wymaga czasu. Nauczenie się wolniejszego jedzenia może nie tylko sprawić, że posiłki będą przyjemniejsze, ale również sprawić, że lepiej odczuwamy kiedy jesteśmy najedzeni, a w konsekwencji będziemy jeść tyle, ile faktycznie potrzebujemy.

Systematyczna redukcja wagi – redukcja wagi przeprowadzona w zdrowy sposób powinna być rozłożona na długi czas i przede wszystkim być przeprowadzona pod opieką specjalisty, który będzie mógł dobrać odpowiedni plan na

długoterminową redukcję masy ciała i doradzić, w jaki sposób przeprowadzić ją w zdrowy, kontrolowany sposób.

Codzienny ruch – nasze mięśnie, w tym mięśnie dna miednicy – kluczowe dla właściwego trzymania moczu – lubią ruch. Dlatego ważne są codzienne, systematyczne aktywności: spacer, taniec, przeciąganie, przechadzki – im mniej czasu w pozycji siedzącej, tym lepiej. Ważne, żeby dobrać ćwiczenia do swojej kondycji, sprawności fizycznej i rodzaju oraz stopnia nietrzymania moczu. Więcej na ten temat można znaleźć w poradniku Kontynent Kobiet (kontynentkobiet.pl)

Otyłość i nietrzymanie moczu ma znaczny wpływ na samopoczucie osób, które z nim żyją. Znalezienie odpowiedniego rozwiązania, które pozwala na radzenie sobie z nietrzymaniem moczu będzie miało wpływ nie tylko na komfort, pewność siebie, ale również bezpośrednio na zdrowie tej osoby. Dobrze dobrane produkty chłonne dzięki odpowiedniemu rozmiarowi będą dobrze dopasowywały się do ciała, dawały komfort i pewność. Żle dopasowane mogą prowadzić do wycieków i powodować dyskomfort, prowadzić do wystąpienia otarć, podrażnień lub infekcji układu moczowego i infekcji skórnych.

W ofercie marki **Seni** znajduje się szereg produktów chłonnych, które są dopasowane do potrzeb osób z nadwagą i otyłością.

Wkładki urologiczne – to rozwiązania na kropelkowe, lekkie i średnie nietrzymanie moczu. Są mocowane za pomocą paska klejowego do bielizny. Wkładki urologiczne różnią się poziomem chłonności oraz wielkością i przeznaczone są na różny stopień NTM, dlatego będą sprawdzać się niezależnie od wagi i rozmiaru osoby, która z nich korzysta. Są także dopasowane do anatomii – występują w wersji dla kobiet: Seni Lady oraz w wersji dla mężczyzn: Seni Man.



Seni Lady Super

Seni Man Super



Literatura:

Wing, R. R., Creasman, J. M., West, D. S., Richter, H. E., Myers, D., Burgio, K. L., Franklin, F., Gorin, A. A., Vittinghoff, E., Macer, J., Kusek, J. W., Subak, L. L., & to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE), T. P. (n.d.). Improving Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women Through Modest Weight Loss. PubMed Central (PMC).

Majtki chłonne – Seni Active Plus XXL – to przypominające zwykłą bieliznę zabezpieczenie przy średnim i ciężkim nietrzymaniu moczu. Są wygodnym rozwiązaniem umożliwiającym samodzielne korzystanie z toalety. Można je również łatwo zdjąć dzięki rozrywaniu szwom bocznym. Rozmiar XXL jest odpowiedni dla osób o obwodzie w pasie i biodrach od 140 do 190 cm.

Seni Active Plus XXL



Pieluchomajtki zapinane na rzepy – Super Seni Plus – o podwyższonej chłonności, które dzięki konstrukcji ze specjalnym pasem biodrowym mogą dopasować się do ciała osób z nadwagą i otyłością. Są rozwiązaniem na ciężkie nietrzymanie moczu i kału, które sprawdzi się szczególnie u osób leżących. Przeznaczone są dla osób o obwodzie w pasie od 160 do 210 cm.

Super Seni Plus XXL



Pieluchy z pasem biodrowym – Seni Optima – dzięki konstrukcji z pasem biodrowym ułatwia samodzielne zakładanie i zdejmowanie pieluchy. Większy komfort dla osób o większych rozmiarach zapewni pas przedłużający.

Seni Optima Plus XL



Pieluchy anatomiczne – Seni San – występują w 9 poziomach chłonności i będą odpowiednim zabezpieczeniem od średniego do ciężkiego nietrzymania moczu i kału. Pieluchy anatomiczne to wkłady chłonne, które nie posiadają swojego własnego systemu mocowania – można je porównać do dużych wkładek. Natomiast, ze względu na swój rozmiar, aby przylegały do ciała i pozostawały na swoim miejscu należy je umieścić w wielorazowych siatkowych majtkach mocujących, a nie zwykłej bieliznie.



Seni San Uni

Majtki siatkowe Seni Fix – elastyczne majtki do mocowania pieluch anatomicznych. Produkt optymalnie dopasowuje się do ciała, nawet u osób o nietypowych rozmiarach. W rozmiarze XXL przeznaczone dla osób o obwodzie w pasie i biodrach od 100 do 160 cm.



Seni Fix

Mycie i pielęgnacja

Skóra osób z nadwagą jest podatna na odparzenia, infekcje i rany. W miarę jak osoba przybiera na wadze, zwiększa się powierzchnia skóry, pojawiają się fałdy. Te ciepłe i wilgotne zagłębienia są dogodnym środowiskiem dla bakterii i grzybów. Pocieranie o siebie tych fałd jest stałym źródłem podrażnień. O ile nie będą prawidłowo pielęgnowane, może to prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, być źródłem bólu a nawet ran.

Odleżyny są problemem ściśle związanym z wagą. Ich ryzyko zwiększa się wraz z masą pacjenta. Miejsca najbardziej zagrożone odleżynami to te, w których kość uciska tkanki pod wpływem masy ciała – np. pięty, pośladki, potylicy, łopatki, ale i inne. W przypadku zauważenia jakichkolwiek niepokojących sygnałów należy skonsultować się ze specjalistą. Dbłość o skórę jest niezbędnym elementem profilaktyki przeciwoleżynowej w opiece nad osobami z nadwagą. Warto zwracać uwagę na jakiegokolwiek zmiany na skórze np. zaczerwienienia, wilgoć, nieprzyjemny zapach. Poza pielęgnacją skóry przy pomocy odpowiednio dobranych produktów pielęgnacyjnych ważnymi elementami codziennej pielęgnacji jest jej osuszenie i zadbanie o to, aby pomieszczenie, w którym przebywa podopieczny, nie było zbyt ciepłe. Pot jest siedliskiem bakterii, zawiera produkty przemiany materii, które są razem z nim usuwane z organizmu. Dokładne oczyszczenie skóry pozwala się ich pozbyć. Szczególnie ważne jest dokładne oczyszczenie okolic intymnych, w których ryzyko odparzeń i infekcji jest spotęgowane poprzez kontakt z drażniącymi czynnikami znajdującymi się w moczu i kale. Te czynności higieniczne można również wykonać bez użycia wody przy pomocy produktów pielęgnacyjnych **Seni Care**.

Dbłość o skórę jest jednym z ważniejszych aspektów opieki:

- Zwracaj uwagę na oczyszczenie skóry i przestrzeni wewnątrz fałd skórnych, a następnie dokładne osuszenie całej skóry.
- Regularnie oceniaj stan skóry, zwracaj uwagę na jakiegokolwiek problemy, uszkodzenia skóry i symptomy infekcji oraz sygnały pojawiania się odleżyn.
- Unikaj przegrzewania pomieszczenia, w którym przebywa podopieczny.
- Stosuj delikatne kosmetyki lub specjalistyczne produkty pielęgnacyjne np. z linii **Seni Care**, żeby nie naruszać naturalnej bariery ochronnej skóry.

Następujące produkty **Seni Care** mogą być przydatne w codziennej opiece:

Pianka myjąco-pielęgnująca – podczas utrzymywania codziennej higieny osób z nietrzymaniem moczu czy kału ważne jest regularne i łagodne oczyszczenie zabrudzonej skóry. Wygodna w użyciu pianka Seni Care delikatnie oczyszcza skórę bez konieczności sputkiwania. Dzięki delikatnym składnikom myjącym nie narusza naturalnej bariery ochronnej skóry. Jest szczególnie skuteczna do oczyszczania miejsc intymnych np. przy zmianie produktu chłonnego. Dzięki zawartości pantenolu łagodzi podrażnienia. Zawiera neutralizator zapachu - naturalną substancję pochłaniającą zapach moczu.



Pianka myjąco-pielęgnująca Seni Care

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care z witaminą E i alantoiną

są szczególnie polecane do oczyszczania całego ciała lub podczas zmiany wyrobu chłonnego. Mają dużą powierzchnię, która sprawia, że czynności pielęgnacyjne można wykonać szybciej i wygodniej.

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care



Krem ochronny Seni Care z arginina – zalecany do codziennej profilaktyki odparzeń i podrażnień. Ma lekką konsystencję i chroni przed powstawaniem otarć, odparzeń i stanów zapalnych. Specjalnie dobrana receptura z pantenolem działa kojąco i przyspiesza regenerację podrażnionej skóry. Pozostawia na skórze przezroczystą warstwę ochronną, umożliwiającą stałą obserwację stanu skóry oraz chroniącą ją przed wpływem wilgoci. Dodatkowo zawiera składnik naturalnego pochodzenia neutralizujący nieprzyjemne zapachy.



Krem ochronny Seni Care z arginina

Krem ochronny z tlenkiem cynku – zalecany do pielęgnacji skóry podrażnionej. Tworzy na skórze warstwę ochronną, zabezpieczającą przed szkodliwym działaniem składników drażniących zawartych w moczu i kale. Dzięki optymalnej zawartości tlenku cynku krem chroni skórę przed powstawaniem podrażnień i przyspiesza jej regenerację. Tlenek cynku ma działanie wysuszające i antybakteryjne i jest dobrym rozwiązaniem np. na zmacerowaną skórę.



Krem ochronny
Seni Care
z tlenkiem cynku

Żel aktywizujący – zalecany do codziennej profilaktyki przeciwoleżynowej. U otyłych osób o ograniczonej mobilności mogą pojawić się zaburzenia krążenia, prowadzące do powstania odparzeń lub odleżyn. Aby zapobiegać ich powstawaniu, należy regularnie masować ciało, szczególnie w najbardziej narażonych na ucisk miejscach. Żel aktywizujący Seni Care z guaraną i kofeiną, pobudza mikrokrążenie i regularnie stosowany, wspomaga profilaktykę przeciwoleżynową.



Żel aktywizujący
Seni Care

Dzięki odpowiednio dobranym rozwiązaniom możliwe będzie właściwe zabezpieczenie osób otyłych z nietrzymaniem moczu jak również zadbanie o stan i zdrowie ich skóry. Opieka nad mieszkańcami z nadwagą i otyłością ma te same cele: zapewnienie wygody, zabezpieczenia, komfortu – po to, aby nietrzymanie moczu nie miało wpływu ani na zdrowie, ani na codzienność danej osoby. ●

Vademecum

rany:



RANA POOPERACYJNA I WSZYSTKO, CO TRZEBA WIEDZIEĆ O PIELEGNACJI BLIZNY

Dr n.med. Katarzyna Malinowska // pielęgniarka, ekspert w leczeniu ran, szkoleniowiec, Prezes Fundacji O!Rany

Zanim przejdziemy do tematu pielęgnacji rany pooperacyjnej, należy pamiętać o tym, jak ważne jest przygotowanie pacjenta do samej operacji. W tym celu wprowadzamy **prehabilitację**, czyli wdrażamy do opieki działania, których efektem jest doprowadzenie pacjenta do takiego stanu ogólnego, który pozwoli na pomyślną chirurgiczną interwencję, minimalizację ryzyka wystąpienia powikłań oraz szybki powrót do zdrowia. Prehabilitacja przedoperacyjna skupia się na czterech głównych składnikach. Konieczne jest wyeliminowanie u chorego nałogu palenia papierosów, ponieważ jest to nie tylko czynnik ryzyka dla wielu poważnych chorób, w tym nowotworów, ale także powoduje niebezpieczne powikłania, takie jak zapalenie płuc, zakażenia pooperacyjne oraz ryzyko śmierci.

Istotne jest przygotowanie odpowiedniego planu żywieniowego, które ma szczególne znaczenie, zwłaszcza u pacjentów wyniszczonych i niedożywionych. Odżywianie jest kluczowe, ponieważ wpływa na zmniejszenie ryzyka powikłań, zwłaszcza u pacjentów onkologicznych. Niemniej jednak konieczne jest uwzględnienie odpowiedniego żywienia dla znacznie większej grupy pacjentów. Metoda żywienia immunomodulacyjnego może być stosowana nie tylko u pacjentów z nasilonymi deficytami żywieniowymi. Wielu pacjentom wystarcza zmiana codziennej diety, jednak niektórzy mogą wymagać odpowiednio dobranych suplementów lub preparatów żywieniowych. Osoby z dużymi niedoborami żywieniowymi, wyniszczeni lub przed dużymi operacjami mogą potrzebować leczenia żywieniowego, które nie tylko uzupełni niedobory, ale

także znacząco poprawi ogólny stan zdrowia. Istotnym elementem przygotowania żywieniowego jest żywienie immunomodulacyjne. Jest to forma żywienia, która wspomaga i wzmacnia naturalną reakcję immunologiczną poprzez stosowanie określonych składników. Tego rodzaju podejście może być skuteczne u wielu pacjentów, nawet u tych, u których nie występuje niedożywienie ani wyniszczenie. Taka poprawa stanu zdrowia jest nie tylko chwilowa, ale stanowi również podstawę dla lepszego przebiegu procesu leczenia, w tym operacji i rekonwalescencji. Odpowiednia dieta oraz ćwiczenia pozwalają gromadzić białko w mięśniach co zwiększa wrażliwość na środki przeciwbólowe.

Ważne są również poprawnie dobrane treningi, mające na celu poprawienie ogólnej wydolności organizmu, często jest to niezbędne przed zabiegiem. Nie zawsze można przeprowadzić skomplikowane ćwiczenia ze względu na krótki czas między diagnozą a operacją. Niemniej jednak nawet w ciągu kilku dni można nauczyć pacjentów odpowiedniego toru oddechowego oraz prostych czynności, takich jak wstawanie z łóżka po operacji czy stabilizacja powłok brzusznych podczas kaszlu. Wdrożenie odpowiednich ćwiczeń, nawet w niewielkim zakresie, wspomaga procesy anaboliczne, co pomaga przywrócić utraconą masę ciała oraz wspomaga gojenie. Szczególną rolę odgrywają ćwiczenia fizyczne u pacjentów otyłych, którzy są przygotowani do planowych zabiegów, takich jak wszczepienie endoprotez, operacje przepuklin, chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna, czy chirurgia bariatryczna. Ostatnim elementem prehabilitacji jest wspieranie psychiczne, ponieważ obawy i stres mają negatywny wpływ nie tylko na samopoczucie i jakość życia pacjenta, ale także istotnie wpływają na rezultaty terapii, w tym leczenia onkologicznego. Jego głównym celem jest nie tylko lepsze zrozumienie istoty procesu leczenia, ale także minimalizacja lęku, który często towarzyszy zarówno operacjom, jak i leczeniu nowotworowemu.

Prehabilitacja: czy tylko w leczeniu operacyjnym?

Prehabilitacja dotyczy nie tylko leczenia operacyjnego, ale wszystkich chorych, którzy poddani będą inwazyjnym procedurom medycznym, takimi jak chemioterapia, radioterapia czy też zabiegi chirurgiczne właśnie. Dzięki niej leczenie staje się bardziej skuteczne, ponieważ chory jest lepiej przygotowany pod względem fizycznym i psychicznym. Pozwala to zmniejszyć liczbę działań niepożądanych związanych z samym leczeniem.



Delikatny żel myjąco-natłuszczający Seni Care

Jest odpowiedni do mycia całego ciała, w tym okolic intymnych. Szczególnie polecany dla osób, których skóra wymaga wyjątkowo delikatnej pielęgnacji. Wzbogacony o pantenol, nawilża i łagodzi podrażnienia. Delikatnie się pieni i łatwo spłukuje. Wygodne opakowanie z pompką sprawia, że zawartość opakowania nie ma kontaktu z drobnoustrojami na powierzchni skóry.

Dodatkowo, prehabilitacja zmniejsza ryzyko powikłań, takich jak zaburzone gojenie, odleżyny, zakażenia czy zapalenie płuc. Statystycznie pacjenci, którzy przeszli prehabilitację, spędzają mniej czasu w szpitalu, co ma pozytywny wpływ na ich bezpieczeństwo i ogranicza koszty związane z leczeniem powikłań wynikających z procedur medycznych.

Ważnym aspektem prehabilitacji jest również aktywne zaangażowanie chorego. Nie jest on traktowany jako bierny podmiot procedury, lecz jako osoba mająca istotny wpływ na powodzenie leczenia. Dzięki temu pacjent czuje się zaopiekowany i chętniej angażuje się w proces leczenia. To z kolei zwiększa jego poczucie odpowiedzialności i gotowość do stosowania się do wszelkich zaleceń. Również zaufanie pacjenta do personelu medycznego rośnie dzięki prehabilitacji.

W publikacjach na ten temat podkreśla się, że cele prehabilitacji są łatwe do osiągnięcia zarówno pod względem nakładu pracy, jak i kosztów. Dlatego jest ona obecnie coraz częściej stosowana jako standard opieki przed inwazyjnym leczeniem.

Higiena i obserwacja rany pooperacyjnej

Higiena rany odgrywa kluczową rolę w procesie gojenia i zapobieganiu infekcji. Odpowiednia pielęgnacja i utrzymanie czystości rany są niezwykle ważne, aby zapewnić optymalne warunki do jej gojenia.

1 Zalecany jest prysznic – jednak strumień wody nie powinien być kierowany bezpośrednio na ranę! Woda i mydło podczas mycia okolicy rany pooperacyjnej mogą po niej spływać. Nie korzystamy z mydła w kostce! Jest ono źródłem infekcji bakteryjnych. Bakterie i grzyby szczególnie namnażają się, gdy mydło jest na przemian namaczone i wysycha. Jeżeli pacjent chce używać mydła w kostce, należy użyć nowego mydła, zetrzeć odrobinę, a następnie rozpuścić te wiórki w wodzie. Taką wodą mydlaną może się myć – pamiętajmy o dokładnym umyciu miseczeki, w której przygotowywane są mydliny.

Najlepsze jest mydło w płynie lub żele z emolientami. Po kąpieli osuszamy ranę przez dotykanie – nie wolno jej pocierać! Pocieranie rany ręcznikiem powoduje "rozsmarowywanie" bakterii po całej ranie oraz uszkodzenie nowych tkanek.

2 Lawaseptyka – po umyciu rany, należy zastosować odpowiedni środek antyseptyczny lub lawaseptyk. Co ważne, należy odczekać aż płyn ten wyschnie. Nie stosujemy środków na bazie alkoholu, preparaty te przeznaczone są tylko i wyłącznie do dezynfekcji skóry np. przed interwencją chirurgiczną czy pobraniem krwi. Absolutnie nie stosujemy ich do pielęgnacji ran, ponieważ wysuszają je, powodują dodatkowe podrażnienia oraz mogą powodować miejscowe oparzenia. W chwili obecnej stosujemy się do wytycznych, które w 2018 roku, zaprezentował prof. Axel Kramer (tabela poniżej).

	PIERWSZY WYBÓR	DRUGI WYBÓR
Dekontaminacja ran	Podchloryny, PHMB	Oktenidyna
Infekcja ran	PHMB	PVP-jod
Rany pourazowe	PVP-jod	Podchloryny
Płukanie przetok	Podchloryny	–
Oparzenia	PHMB	Oktenidyna, Podchloryny
Odstońnięte chrząstki, kości	PVP-jod	Podchloryny
Biofilm	PVP-jod, PHMB	Oktenidyna, Srebro

3 Stosowanie opatrunku – ranę należy zakryć szczelnie opatrunkiem, aby zapobiec ponownemu zakażeniu i utrzymać odpowiednią wilgotność. Ważne jest, aby regularnie zmieniać opatrunek, szczególnie jeśli staje się on mokry lub zanieczyszczony. Zastosować można opatrunek włókninowy gotowy do użycia lub opatrunki chłonne samoprzylepne ze srebrem, w którym wkład chłonny zawiera aktywne srebro metaliczne, które posiada właściwości antybakteryjne. Opatrunek skutecznie absorbuje nadmiar wysięku, utrzymując wilgotne środowisko w ranie, a elastyczna włóknina pozwala na precyzyjne dopasowanie do kształtu ciała. Jest to produkt paroprzepuszczalny, co umożliwia oddychanie skóry i wymianę gazową. Opatrunek jest samoprzylepny i zawiera hipoalergiczny klej akrylowy, który jest łagodny dla skóry.



Medisorb SILVER PAD

To jałowy, antybakteryjny opatrunek chłonny stosowany na trudno gojące się rany, w tym rany zakażone i ostre, np. na rany pooperacyjne. Zapobiega także zakażeniu ran czystych oraz miejsc przeszczepu. Opatrunek Medisorb SILVER PAD absorbuje nadmiar wysięku i utrzymuje wilgotne środowisko gojenia się rany. Dzięki zawartości srebra wykazuje działanie antybakteryjne i bakteriobójcze. Występuje również w wersji przylepnej – Medisorb SILVER.

TO JEST WYRÓB MEDYCZNY. UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.

Podmiot prowadzący reklamę: Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA
Producent: Eurofarm S. p. A

4 Unikanie zanieczyszczeń – aby zapobiec infekcji, trzeba unikać dotykania rany brudnymi rękoma lub przedmiotami. Należy również unikać pływania w basenach, jeziorach lub innych zbiornikach wodnych, istnieje bowiem wysokie prawdopodobieństwo infekcji drobnoustrojami chorobotwórczymi.

5 Czasem zdarza się, że pacjenci wypisywani są ze szpitala z drenami. W takiej sytuacji wymieniając butelkę od drenu dezynfekujemy miejsce połączenia drenu z butelką, dren musi być zaciśnięty/zagięty/zamknięty gdy opróżnimy butelkę. Ważne jest, aby kilka razy w ciągu dnia sprawdzić, czy butelka jest zassana.

6 Szwy są usuwane w wyznaczonym terminie, najczęściej ok. 7 dni po zabiegu. Decyzję o usunięciu szwów podejmuje lekarz, zależy to od lokalizacji rany oraz jej stanu gojenia.

7 Unikanie wysiłku fizycznego – pacjent powinien unikać nadmiernego wysiłku fizycznego, który może

narażać ranę na nadmierne napięcie i powodować problem z gojeniem. Należy wyedukować chorego, w jaki sposób ma kaszleć czy wstawać z łóżka.

Gojenie się rany: zmiany i trudności

Podczas przebiegu leczenia rany pooperacyjnej można oczekiwać kilku zmian. W początkowym okresie pooperacyjnym może wystąpić obrzęk wokół rany. To normalna reakcja organizmu i powinna stopniowo ustępować. Jednakże, jeśli obrzęk utrzymuje się i nasila się, może wskazywać na problem i należy o tym poinformować lekarza. Ból związany z raną pooperacyjną jest normalny, ale powinien stopniowo zmniejszać się wraz z upływem czasu. W miarę jak rana goi się, powstaje blizna. Blizna początkowo może być czerwona i widoczna, ale z czasem stanie się bardziej biała i mniej zauważalna. Proces ten może potrwać wiele miesięcy.

Szczególną uwagę zwracamy na szczelność rany, drożność drenów, ilość i jakość treści, które wyptywają z drenów. Należy uważnie obserwować rany pod kątem oznak zakażenia. Objawy wskazujące na zakażenie rany to zaczerwienienie, ból, obrzęk i podniesienie temperatury w okolicy brzegów rany pooperacyjnej, a także wydzielina ropna lub krwisto-mętna, która wydobywa się z wnętrza rany pomiędzy szwami lub z otworu po drenie, wtedy pacjent musi się zgłosić do lekarza przed wyznaczonym terminem. Niepokoić nas również powinna gorączka, która pojawia się u chorego, czy jakieś dodatkowo występujące dolegliwości – takie objawy również powinien skonsultować lekarz.

Przyczyny złego gojenia się rany

Odpowiedzią na trudności w gojeniu rany jest akronim **DIDN'T HEAL**, tłumacząc z języka angielskiego: dlaczego się nie goi?:

- D** – cukrzyca [diabetic]
- I** – infekcja w ranie
- D** – leki [drugs], sterydy, chemioterapeutyki – tylko podczas ich stosowania
- N** – niedożywienie
- T** – tkanka martwicza
- H** – hipoksja [niedotlenienie] – u pacjentów z zaburzeniami krążenia, np. z miażdżycą tętnic
- E** – [edges] napięcie na brzegach – np. w przypadku za mocno założonego szwu, albo źle założonego implantu, czy nieprawidłowo wykonanej amputacji
- A** – inna rana (another wound) np. odleżyna
- L** – niska temperatura (low temperature) – u wychłodzonych pacjentów, przy stosowaniu zimnych/chłodnych aseptyków czy opatrunków.

Pielęgnacja blizny

Pielęgnacja blizny jest ważna, ponieważ pozwala na prawidłowe gojenie i minimalizuje ryzyko powstawania komplikacji. Oto kilka kroków, które mogą pomóc w pielęgnacji blizny:
Po usunięciu szwów – do tygodnia, raz dziennie, po kąpielach dezynfekujemy bliznę. Istotne jest zachowanie czystości, czyli regularne mycie blizny delikatnym mydłem i letnią wodą. Unikać należy używania zbyt gorącej wody, która może podrażnić skórę. Kiedy odpadną strupki i blizna zrobi się różowego koloru, można zacząć stosować specjalne środki do pielęgnacji blizn – blizna nie może być przesuszona!
Stosować należy odpowiednie produkty, można wtedy aplikować specjalny żel (np. Silogel), który pomoże w jej gojeniu. Odpowiednimi składnikami są silikon i dodatkowe składniki, które mają właściwości łagodzące i przyspieszające gojenie skóry, regulują pracę gruczołów łojowych, dzięki czemu wzmacniają warstwę hydro lipidową naskórka. Właściwy żel powinien zapobiegać

utracie wody i przesuszeniu. W celach profilaktycznych u osób z tendencjami do powstania przerostych blizn i bliznowców, czy też w ich rehabilitacji stosować można opatrunki silikonowe. Opatrunek taki regularnie noszony redukuje wielkość i zaczerwienienie blizny. Można go docinać – dzięki czemu działa tylko na bliznę, nie powoduje maceracji zdrowej skóry, a reszta opatrunku może być użyta do dalszej rehabilitacji.

Unikać należy ekspozycji blizny na słońce. Narażenie blizny na działanie promieni słonecznych może powodować przebarwienia, zawsze wymaga zabezpieczenia kremem z filtrem UV.

Pacjent powinien również ostrożnie dobrać ubrania, tak aby nie były zbyt ciasne i nie wywoływały napięcia na bliznę. Ciągnięcie i tarcie blizny, może powodować rozciąganie jej i powstanie dodatkowych owrzodzeń czy blizn. Bliznę należy rozmasowywać / mobilizować nie szybciej niż 3 tygodnie po zabiegu operacyjnym. Mobilizacja blizny powinna być wykonywana pod nadzorem wykwalifikowanego fizjoterapeuty. Szkodliwe jest masowanie za mocno, i nic nierobienie z blizną! Delikatne masowanie blizny może przyspieszyć gojenie i zmniejszyć jej widoczność. Pielęgnacja blizny zaczyna się od wewnątrz. Spożywanie odpowiedniej ilości wody może pomóc w utrzymaniu nawodnienia skóry i sprzyjać jej gojeniu.

Dbanie o bliznę

Blizna stanowi kompleksowe wyzwanie, dotyczące zarówno aspektów medycznych, psychicznych, jak i estetycznych. Blizny przerostowe i keloidy stanowią znaczny problem medyczny, powodując pacjentom dużo dyskomfortu. Często są przyczyną deformacji, zaburzeń funkcjonalnych oraz defektów kosmetycznych. Towarzyszą im uczucie świądu, bólu i ciągnięcia. Wywołują one również niepokój psychiczny i stres, pacjenci mogą odczuwać mniejszą pewność siebie. Poza tym blizny często charakteryzują się nieestetycznym wyglądem, ze zmienionym kolorem skóry lub wypukłością tkanki. Jest to szczególnie problem dla kobiet, które często muszą zmieniać swój sposób ubierania w celu ukrycia blizny.

Dostępne terapie leczenia blizn

Zastosować możemy terapie nieinwazyjne jako profilaktyka i leczenie, oraz leczenie inwazyjne, które jest często bolesne. Wśród metod nieinwazyjnych wymienia się przede wszystkim preparaty silikonowe, terapię uciskową, środki sterydowe, opatrunki poliuretanowe i hydrokoloidowe, oraz mniej skuteczne maści i kremy witaminowe, z cebuli, macicy perłowej. Leczenie inwazyjne to wycięcie chirurgiczne blizny, laseroterapia, krioterapia, iniekcje sterydowe, mezoterapia igłowa, ostrzyknięcia kolagenem, osoczem bogatopłytkowym czy fibryną bogatopłytkową.

Postępowanie w bliznach przerostowych

Blizna przerostowa jest rodzajem blizny, która powstaje w wyniku nadmiernego wydzielania kolagenu przez organizm podczas gojenia się rany. Blizna hipertroficzna ma zwykle kolor czerwony lub różowy i jest uniesiona ponad poziomem skóry, może być bolesna, swędząca lub wrażliwa na dotyk. Blizna przerostowa zwykle nie rozrasta się poza obszar pierwotnej rany i może się zmniejszać z czasem. Rozwija się stosunkowo szybko od momentu uszkodzenia. Powstaje na skutek zabiegu chirurgicznego np. po cesarskim cięciu, częstą przyczyną jest kolczykowanie, owrzodzenia, abrazyja skóry, tatuaż, iniekcja, czy też oparzenie termiczne lub chemiczne. Blizna przerostowa najczęściej powstaje na klatce piersiowej, ramionach, plecach i uszach, ponieważ są to obszary narażone na duże napięcie skóry. Blizna hipertroficzna może utrudniać ruchy stawów i wpływać na wygląd i samoocenę osoby. Wskazane jest jak najszybsze rozpoczęcie terapii. Z biegiem czasu, dobre efekty terapeutyczne i estetyczne mogą być trudne do osiągnięcia. Niebywale istotne jest wybranie terapii, które udowodniły swoją skuteczność poprzez wyniki badań klinicznych. W pierwszej kolejności należy zastosować metody nieinwazyjne, takie jak silikon. W przypadku braku satysfakcjonujących rezultatów po 12 miesiącach należy rozważyć zabiegi laserowe, a ostatecznie podejść do chirurgicznego usunięcia blizny, a następnie podjąć intensywne środki zapobiegawcze.

Preparaty silikonowe: rozwiązanie na blizny

Preparaty silikonowe są rekomendowaną terapią pierwszego wyboru przez Międzynarodowy Zespół Ekspertów ds. leczenia blizn. Silikon jest powszechnie stosowany w medycynie i udowodniono naukowo jego skuteczność w leczeniu blizn. Może być zastosowany na różne sposoby, takie jak opatrunki, plastry lub żele, które tworzą

ciłą warstwę ochronną na skórze. Ta warstwa pozwala na swobodne przepływanie tlenu, jednocześnie zatrzymując wilgoć. Dzięki temu silikon nawilża, zmiękcza oraz wygładza tkankę bliznowatą, stymulując jej regenerację i zapobiegając powstawaniu nadmiernych blizn. Silikon działa również poprzez podniesienie temperatury skóry i aktywację enzymów, które rozpuszczają nadmiar kolagenu. Terapia silikonowa może być stosowana zarówno u pacjentów ze świeżymi i starszymi bliznami (nawet 9-cio letnimi), jak również w celach profilaktycznych po zagojeniu rany.

Pamiętać należy, że każda blizna jest inna, a jej gojenie może zająć kilka miesięcy lub nawet lat, jednak jej odpowiednia pielęgnacja i odpowiednio dobrane rozwiązania mogą przynieść bardzo dobre efekty.

Codosil ADHESIVE

to wielorazowy silikonowy opatrunek do rehabilitacji blizn. Jest miękkim, samoprzylepnym silikonowym opatrunkiem, pokrytym dodatkową błoną poliuretanową. Opatrunek zmniejsza wielkość przerostych blizn i bliznowców oraz poprawia ich kolor i elastyczność. Może być używany w procesie rehabilitacji zarówno przerostych blizn i bliznowców, zarówno nowych jak i istniejących. Może być stosowany profilaktycznie po wygojeniu się rany w celu przeciwdziałania formowaniu się blizny przerostowej u osób z tendencjami do ich powstawania. Możliwość docinania opatrunku do rozmiarów blizny i jego wielorazowość zwiększa wygodę pacjenta i zmniejsza koszt terapii. Jest samoprzylepny i nie wymaga opatrunku wtórnego. Codzienne mycie opatrunku odnawia jego właściwości użytkowe i sprawia, że może być on wielokrotnie skutecznie stosowany na bliznie, aż do stwierdzenia utraty właściwości przyklepnych lub zużycia opatrunku.



TO JEST WYRÓB MEDYCZNY.
UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.

Podmiot prowadzący reklamę: Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA, Producent: Eurofarm S. p.A

Żel do pielęgnacji skóry po bliznach Silogel

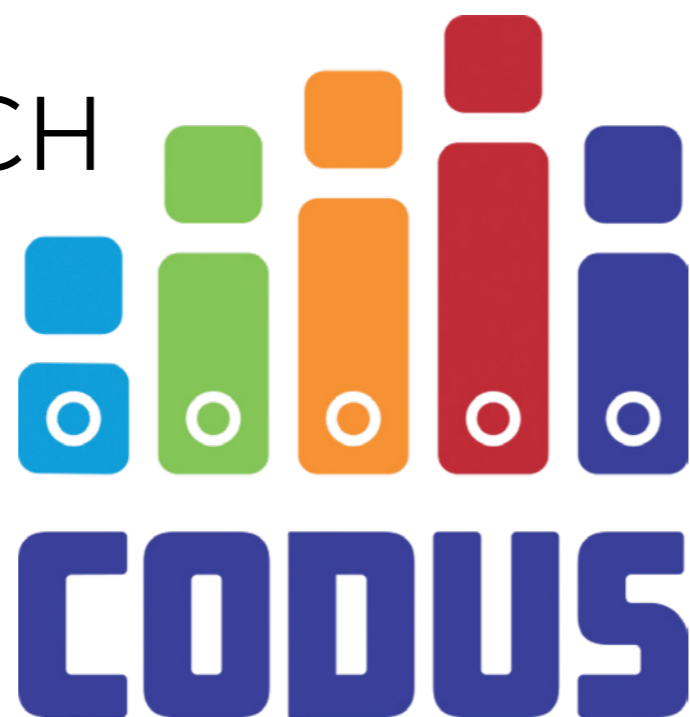
to kosmetyk o silikonowej formule, który odpowiada za poprawę jędrności i elastyczności skóry oraz przyspieszenie regeneracji i odnowy naskórka w miejscu blizny. Silikon zawarty w żelu tworzy na powierzchni skóry warstwę ochronną przed działaniem czynników zewnętrznych. Zapobiega on jednocześnie utracie wilgoci i tworzy optymalne warunki ochronne dla górnych warstw naskórka. Skład żelu został wzbogacony także o dobroczynny olej Tamanu, który reguluje pracę gruczołów łojowych, łagodzi podrażnienia, a także działa regenerująco, rozjaśniająco i wygładzająco.



ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Nowoczesne Technologie

DLA USŁUG SPOŁECZNYCH



W erze dynamicznego rozwoju technologii informatycznych, sektor usług społecznych nie pozostaje w tyle. Dzięki nowoczesnym rozwiązaniom, takim jak CODUS (Centrum Oprogramowania dla Usług Społecznych), usługi społeczne wkraczają w XXI wiek, oferując bardziej efektywną i nowoczesną opiekę nad osobami potrzebującymi.

CODUS – Nowy Wymiar Usług Społecznych

CODUS to oprogramowanie i urządzenia, które rewolucjonizują pracę w placówkach świadczących usługi pielęgniarstwa i opiekuńczego, takich jak domy seniora, domy opieki i ośrodki pomocy społecznej. Dzięki CO-

DUS, zarządzanie placówkami stało się szybsze, bardziej klarowne i dostępne z dowolnego miejsca na świecie.

Szybko i klarownie

Główną cechą wyróżniającą CODUS jest szybkość i klarowność, z jaką można zarządzać placówkami opie-

ki społecznej. Niezależnie od tego, gdzie się znajdujesz – w domu, w podróży czy na urlopie – masz pełen wgląd w to, co dzieje się w Twoim ośrodku. Dzięki temu możesz działać skutecznie i podejmować decyzje na bieżąco.



Dla Kogo Tworzymy Nasze Rozwiązania?

Nasze rozwiązania są skierowane przede wszystkim do placówek świadczących usługi pielęgniarstwa i opiekuńczego. Wśród nich znajdują się:

- Dom Seniora

CODUS wspiera domy seniora w zapewnieniu opieki na najwyższym poziomie. Ułatwia zarządzanie personelem, zasobami oraz komunikację z rodzinami podopiecznych.

- Dom Opieki

Nasze rozwiązania pomagają w redukcji biurokracji i formalności, pozwalając personelowi skupić się na świadczeniu opieki na najwyższym poziomie.

- Ośrodki Pomocy Społecznej

Usprawniamy pracę ośrodków pomocy społecznej, poprzez efektywne zarządzanie zasobami i procedurami oraz ułatwienie komunikacji wewnętrznej.



Nasza Filozofia – Uwalniamy Potencjał

W CODUS wierzymy, że kluczowym celem technologii w sektorze usług społecznych jest uwolnienie potencjału pracowników socjalnych, opiekuńczych i pielęgniarstwa. Dlatego nasze rozwiązania koncentrują się na redukcji biurokracji i formalności, pozwalając personelowi skupić się na świadczeniu opieki mieszkańcom.



Jak Zmieniamy Ośrodki Pomocy Społecznej?

Redukujemy Biurokrację: Eliminujemy zbędną dokumentację i procedury, pozwalając placówkom skupić się na rzeczywistym zadaniu – pomocy mieszkańcom.

- Upraszczamy i usprawniamy Pracę: Nasze rozwiązania są intuicyjne i łatwe w obsłudze, co pozwala personelowi pracować efektywniej.
- Przyspieszamy komunikację: Umożliwiamy płynną komunikację między pracownikami, przełożonymi a klientami, co przekłada się na lepszą jakość usług.
- Zachowujemy najwyższe standardy jakości: Nasze systemy pomagają w zachowaniu pełnej ewidencji usług oraz procedur jakościowych.
- Archiwizujemy: Dzięki nam, placówki są gotowe na wizytę kontroli i inspekcji.



CODUS to nowoczesne podejście do zarządzania usługami społecznymi, które integruje technologię i profesjonalizm personelu.

Praca społeczna



Edukacja – Rozwijamy Wiedzę i Umiejętności

W CODUS nie skupiamy się tylko na dostarczaniu systemów informatycznych. Jesteśmy także zaangażowani w edukację personelu placówek pomocy społecznej. Nasze szkolenia są dostępne zarówno w ramach systemu, jak i jako niezależne programy edukacyjne.



Szkolenia w Systemie

Oprócz narzędzi do zarządzania placówką, oferujemy również szkolenia dla placówek pomocy społecznej. Nasze szkolenia oparte są na metodologiach opracowanych przez certyfikowanych wykładowców z Europy. Dzięki nim, personel placówek może rozwijać swoje umiejętności i wiedzę, co przekłada się na wyższą jakość świadczonych usług.



Główne Tematy Szkoleń

Nasze szkolenia obejmują wiele istotnych tematów, w tym:

- Przestrzeganie Praw Człowieka: Pomagamy placówkom w zachowaniu pełnego szacunku i przestrzeganiu praw osób korzystających z usług.
- Zarządzanie Ryzykiem: Uczymy, jak identyfikować i minimalizować ryzyko, co przekłada się na bezpieczeństwo mieszkańców.
- Techniki Komunikacji AAC (Alternatywna i Wspomagająca Komunikacja): Pomagamy w rozwoju umiejętności komunikacji z osobami o ograniczonej zdolności do mówienia.
- Indywidualne Planowanie: Wspieramy w tworzeniu spersonalizowanych planów działania, dostosowanych do indywidualnych potrzeb klientów.

- I wiele innych. Nasze szkolenia są dostosowane do rzeczywistych potrzeb placówek pomocy społecznej, co pozwala na doskonalenie umiejętności personelu.

Audyt Wewnętrzny – Doskonalenie Jakości

W CODUS wiemy, jak istotne jest utrzymanie najwyższych standardów jakości w placówkach pomocy społecznej. Dlatego oferujemy usługi audytu wewnętrznego, które pomagają zidentyfikować braki i możliwości doskonalenia. Audyt wewnętrzny to proces analizy placówki pomocy społecznej. W ramach audytu przeprowadzamy wizytę w obiekcie, analizujemy dokumentację, przeprowadzamy wywiady z pracownikami oraz mieszkańcami. Wynikiem audytu jest szczegółowy raport końcowy, który identyfikuje obszary wymagające uwagi i poprawy.

Standardy Europejskie

Nasz system jest oparty na standardach UE, co zgodność z międzynarodowymi normami jakości. Dzięki najwyższym standardom personel może działać bardziej efektywnie. W CODUS nie tylko dostarczamy nowoczesne technologie informatyczne, ale także angażujemy się w rozwijanie wiedzy i umiejętności personelu. ●



Test dotyczący cyfryzacji opieki długoterminowej

Pytanie 1: Jakie jest główne założenie cyfryzacji opieki długoterminowej?

- Ułatwienie dostępu do zdrowej żywności dla seniorów.
- Automatyzacja procesów i poprawa jakości świadczonych usług opieki.
- Wysyłanie seniorów na wirtualne wakacje za pomocą komputera.

Pytanie 2: Czy personel w ośrodkach może używać smartfonów?

- Tak, smartfon zintegrowany z systemem, może pomagać w ewidencji i prowadzić archiwum fotograficzne czynności.
- Tak, personel może się relaksować grając w gry od stresujące po pracy z „trudnymi mieszkańcami”.
- Nie, obecność smartfonów powoduje szkodliwe fale elektromagnetyczne, które szkodzą mieszkańcom.

Pytanie 3: Jakie jest główne wyzwanie cyfryzacji pracy w opiece senioralnej?

- Redukcja dokumentacji papierowej i ułatwienie pracy personelu opieki.
- Połączenie mieszkańców z platformami social media, np. Facebook.
- Zastąpienie dokumentacji opisami i ilustracjami zrozumiałymi nie tylko dla personelu.

Pytanie 4: Jakie jest główne założenie cyfrowej integracji opieki długoterminowej?

- Połączenie różnych systemów informatycznych w jeden celem lepszego przepływu informacji.
- Umożliwienie seniorom dostępu do internetu.
- Integracja seniorów w wirtualne światy pozwalające im na interakcję ze sobą przy pomocy hologramów.

Pytanie 5: Jakie są główne korzyści z debiurokratyzacji pracy w opiece senioralnej?

- Zwiększenie efektywności, zmniejszenie kosztów i poprawa jakości świadczonych usług.
- Zastąpienie papierkowej roboty przez roboty, które prowadzą biurowe sprawy za seniorów.
- Rearanżacja biur tak, by bardziej przypominały otoczenie domowe.

Pytanie 6: Co to jest „opieka holistyczna” w kontekście opieki nad osobami starszymi?

- Całościowe podejście do opieki, uwzględniające aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne.
- Oznacza przynoszenie mieszkańcom napojów na poprawę pamięci.
- Polega na organizowaniu cotygodniowych seansów jogi dla mieszkańców.

Pytanie 7: Jakie są podstawowe zasady praw człowieka w opiece senioralnej?

- Godność, niezależność, uczciwe traktowanie i szacunek.
- Każdy mieszkaniec może samodzielnie wybierać zakres realizowanych czynności, bez konsultacji z personelem.
- Seniorzy mają prawo do nieograniczonej ilości lodów i czekolady.

Pytanie 8: Jakie są podstawowe zadania audytu w opiece senioralnej?

- Analiza dokumentacji, obserwacje, wywiady z personelem i pacjentami.
- Sprawdzenie czy nikt nie wynosi z pracy papieru toaletowego.
- Zebrać jak największe audytum na występkach organizowanych w Ośrodku.

Oczywiście wszystkie odpowiedzi a) są poprawne.



REDUKCJA BIUROKRACJI



Centrum Oprogramowania dla Usług Społecznych

AUTOMATYZACJA RAPORTOWANIA

ZARZĄDZANIE MIESZKAŃCAMI I KADRAMI

WYKORZYSTANIE POTENCJAŁU PERSONELU

PEŁNA KONTROLA NAD OŚRODKIEM



Centrum Oprogramowania
dla Usług Społecznych

+48 451 251 152
codus@codus.pl
www.codus.pl

Dobre praktyki

Usamodzielnienie mieszkańca domu pomocy społecznej

– CZY TO W OGÓLE JEST MOŻLIWE?



JOANNA JELENIEWSKA //
ekspert Fundacji LIBERTATEM

Od kilku lat toczy się publiczna debata o roli domów pomocy społecznej w Polsce. Środowiska związane z domami pomocy społecznej podnoszą, iż są one w ostatnim czasie niedofinansowane, wymagają wsparcia w zakresie inwestycyjnym, a systemowo należy podjąć działania zmierzające do zmian w sposobie prowadzenia i finansowania tych jednostek. Środowiska osób z niepełnosprawnością podkreślają, iż nie jest to forma wsparcia oczekiwana dzisiaj przez OzN. Nie dają możliwości prowadzenia samodzielnego i niezależnego życia, a pobyt w nich jest związany z ograniczeniem praw wolnościowych.

Dobre praktyki

Trudno nie zgodzić się z argumentami jednej i drugiej strony. W każdym z tych spojrzeń jest wiele racji. Należy jednak zwrócić uwagę, iż są to stanowiska obejmujące inny poziom spojrzenia na problemy, z jednej strony wskazują na braki i niedogodności systemowe, z drugiej strony pokazujące brak ofert wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami w środowisku zamieszkania. Usługi i pobyt w domu pomocy społecznej nie mogą być alternatywą dla słabo rozwiniętych usług środowiskowych, dlatego warto by proces deinstytucjonalizacji koncentrował się w Polsce na intensywnym rozwoju usług środowiskowych w różnych formach. Pobyt w domu pomocy społecznej powinien być zawsze ostatnim elementem systemu pomocy, a opieka w nim świadczona powinna mieć charakter opieki długoterminowej.

Z przykrością trzeba stwierdzić, iż do chwili obecnej z powodu słabo rozwiniętych usług środowiskowych do domów pomocy społecznej nadal trafiają osoby, które ze wsparciem środowiskowym mogłyby zamieszkiwać w swoim naturalnym środowisku lub na przykład w przestrzeni dostosowanych do ich potrzeb mieszkań wspomaganych. O skali osób umieszczonych w ten sposób w DPS, nie wiemy zbyt wiele. Można posiłkować się, chyba jedynym badaniem przeprowadzonym przez ROPS Województwa Śląskiego pod tytułem: „Mieszkańcy DPS rokujący na usamodzielnienie w województwie śląskim. Raport z badań”. Z dokumentu jasno wynika, iż 1,9% mieszkańców DPS w województwie śląskim rokuje na usamodzielnienie, co stanowi liczbę 162 osób. Dlatego z zadowoleniem należy przyjąć kierunek wskazany w przyjętej przez Radę Ministrów Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 - z perspektywą do 2035 r., z którego wynika, iż dom pomocy społecznej będzie zobowiązany do podjęcia działań usamodzielniających w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu przez mieszkańca DPS do środowiska. Czekamy na regulacje ustawowe w tym zakresie.

Fundacja LIBERTATEM podjęła działania zmierzające do wsparcia procesu usamodzielnienia mieszkańców DPS oraz personelu, realizującego proces usamodzielnienia. Przede wszystkim należy zdefiniować ten termin, dlatego przedstawiamy opracowaną na podstawie doświadczeń

Literatura:

1. Mieszkańcy DPS rokujący na usamodzielnienie w województwie śląskim. Raport z badań, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego 2021 (https://rops-katowice.pl/wp-content/uploads/2021/04/2021-04-27-Mieszkanicy_DPS_2021-raport.pdf)
2. Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 - z perspektywą do 2035r. (Dz. U. z 2022 poz. 767), Cel strategiczny nr 2 - Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, kierunek działań nr 4. - Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej, działanie szczegółowe nr 4 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20220000767/O/M20220767.pdf>)

w realizacji procesu usamodzielnienia definicję przedstawiającą to zagadnienie w dwóch aspektach:

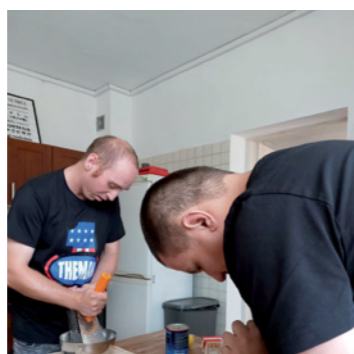
- 1 Usamodzielnienie mieszkańca jako stan docelowy – polegający na trwałym powrocie mieszkańca instytucjonalnej formy opieki do funkcjonowania w środowisku, w którym samodzielnie lub przy wsparciu środowiskowym zabezpiecza własne potrzeby życiowe i prowadzi niezależne życie,
- 2 Usamodzielnienie mieszkańca jako proces – zaplanowany ciąg działań o charakterze terapeutycznym – aktywizującym, mający na celu wykorzystanie potencjału mieszkańca, rozwój jego kompetencji oraz nabycie i doskonalenie umiejętności, w celu prowadzenie przez niego samodzielnego i niezależnego życia.

Należy zaznaczyć, iż stan docelowy w postaci samodzielności mieszkańca DPS, osiągnięty jest za pomocą szeregu działań usamodzielniających – tj. procesu usamodzielnienia. Jak pokazują doświadczenia domów pomocy społecznej, które realizują działania usamodzielniające z mieszkańcami jest to proces trudny, długotrwały, wymagający znaczących nakładów pracy oraz nakładów finansowych. Praca nad usamodzielnieniem mieszkańca to praca na zasobach mieszkańca, praca nad kompetencjami osobistymi oraz umiejętnościami.

Fundacja Libertatem wspiera działania domów pomocy społecznej, które podejmują się tego jakże trudnego sposobu funkcjonowania – tj. działań usamodzielniających mieszkańców. Stąd propozycja wsparcia w postaci możliwych do wykorzystania treningów usamodzielniających w Domu Usamodzielniającym w Pyrzowicach, który prowadzony jest przez Fundację od sierpnia 2023 r. W ramach turnusów usamodzielniających mieszkańcy DPS mogą w warunkach środowiskowych prowadzić gospodarstwo domowe oraz pracować nad wszystkimi kompetencjami własnymi oraz umiejętnościami niezbędnymi do prowadzenia samodzielnego i niezależnego życia. Wsparcie psychologów, terapeutów, asystentów, pracowników socjalnych – osób profesjonalnie czuwających nad trwającym procesem może być pomocne w dochodzeniu do pełnej samodzielności.

Zachęcamy do współpracy. Jeżeli jesteś zainteresowany naszą wiedzą i doświadczeniem napisz do nas na adres:

biuro@fundacjalibertatem.pl ●



PIELĘGNACJA W OPIECE

MYCIE BEZ WODY

Krem myjący 3 w 1



Pianka myjąco-pielęgnująca



Szampon w pianie



AKTYWACJA

Żel aktywizujący



Olejek pielęgnacyjny



SKUTECZNA OCHRONA

Krem ochronny z arginina



Krem ochronny z tlenkiem cynku



WYGODNE OCZYSZCZANIE

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care



Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Sensitive

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Maxi



Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care inti+

PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

DELIKATNE OCZYSZCZANIE

Delikatny żel myjąco-nattuszczaający



Odżywczy kremowy żel do mycia



Szampon nawilżający



REGENERACJA

Balsam regenerujący od skóry suchej



Emulsja intensywnie nawilżająca



Odżywczy krem do rąk



Odżywczy krem do stóp



Krem do suchej zrogowaciałej skóry

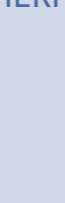


KOMFORT OPIEKI

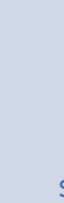
Neutralizator zapachu



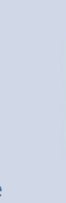
Podfoliowane myjki higieniczne



Myjki higieniczne



Śliniaki higieniczne z kieszonką



Ręczniki higieniczne air-laid

seni[®]

Cokolwiek robisz, poczuj się
PEWNIEM!



**Produkt
dofinansowany
przez NFZ**

**Wkładki i bielizna chłonna
na nietrzymanie moczu
Seni dla mężczyzn. *Pewnie!***

Więcej na SeniMan.pl

To jest wyrób medyczny.
Używaj go zgodnie z instrukcją używania
lub etykietą.