

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi



kwartalnik nr 4 (90) grudzień 2022



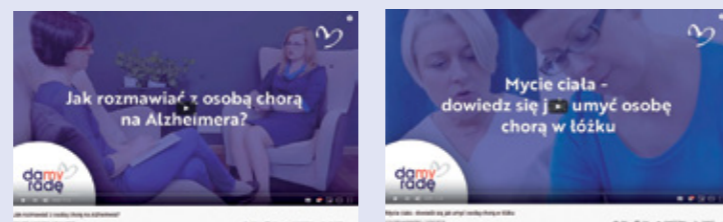
DYSFAGIA
Zapalenie skóry IAD
OPIEKUN MEDYCZNY
– W SYSTEMIE OPIEKI

damy radę

Nowa sytuacja w kraju i na świecie wymaga nowych rozwiązań. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat i marka Seni nieustannie wspiera w opiece, rozwijając szereg inicjatyw w strefie online. W ramach ogólnopolskiego projektu Damy Radę zapraszamy do korzystania z bezpłatnych narzędzi wspierających do pracy z osobami przewlekle chorymi oraz ich rodzinami, takich jak:

1. WIDEOWARSZTATY I FILMY INSTRUKTAŻOWE

Obraz wyraża więcej niż tysiąc słów. Dlatego stworzyliśmy i nieustannie rozwijamy bogatą bazę wideowarsztatów i filmów instruktażowych, w których odpowiadamy na najczęściej pojawiające się wątpliwości w pracy z osobami z demencją, pokazujemy jak prawidłowo wykonać czynności pielęgnacyjne, jak również udostępniamy porady psychologa i innych specjalistów.



2. BEZPŁATNE PORADNIKI

- „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu”
- „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”

Wykorzystaj te materiały dostępne bezpłatnie online do współpracy z opiekunami chorych.

Zapraszamy na stronę www.damy-rade.info, gdzie:

- znajdziesz wszystkie wideowarsztaty i filmy instruktażowe
- pobierzesz bezpłatne poradniki
- znajdziesz harmonogram bezpłatnych certyfikowanych szkoleń online dla personelu pielęgniarско-opiekuńczego pracującego w domu pacjenta

Wideowarsztaty i filmy instruktażowe dostępne są również na kanale You Tube pod adresem:

www.youtube.com/DamyRadeinfo

Organizator:



Partner:



Forum Opieki Długoterminowej

medi

GRUDZIĘN // 2022

Drodzy Czytelnicy!

Przekazujemy w Wasze ręce grudniowe wydanie Medi. Bieżący numer rozpoczynamy od rozmowy z Prezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych. O bieżącej sytuacji, znaczeniu i roli opiekunów medycznych w systemie, opowie Pan Bartosz Mikołajczyk.

Dla wielu osób jedną z najtrudniejszych decyzji w opiece jest zwrócenie się o pomoc w objęciu troską bliskiej osoby przez instytucje opieki długoterminowej – z czego to wynika, z jakimi emocjami może się zmierzyć pracownik instytucji OD, jak pomóc podopiecznemu i jego rodzinie poradzić sobie z tą sytuacją? Na te pytania znajdziecie odpowiedzi w artykule Aleksandra Biesiady.

W grudniowym Medi w dużej mierze skupiliśmy się na tematyce zdrowotnej. Zapraszamy do zapoznania się z dwoma artykułami: **Zapalenie skóry związane z nietrzymaniem moczu/stolca (IAD)** autorstwa Gabriele Kroboth oraz **Opieka nad pacjentem z dysfagią – profilaktyka zachłystowego zapalenia płuc** autorstwa Krystyny Paszko.

W dziale Opieka przedstawiamy Państwu raport z projektu badawczo-interwencyjnego „Opiekuję się – pracuję”, który skupia się na opiece rodzinnej - trudnościach z jakimi się mierzy, jego oczekiwaniami oraz potrzebami, tymi mniej lub bardziej uświadomionymi. Nieodłącznym elementem opieki nad podopiecznym zmagającym się z nietrzymaniem moczu jest właściwy dobór środka chłonnego. W trzech prostych krokach podpowiemy jak to zrobić dobrze, tak by zadbać o komfort zarówno osoby, która korzysta z wyrobu chłonnego jak i opiekuna.

Grudniowym wydaniem Medi żegnamy się z rokiem 2022. Niewątpliwie dla wielu z nas był to rok pełen wyzwań. W imieniu redakcji ogromnie dziękujemy za Państwa pracę i oddanie. Dla Państwa i podopiecznych, na nowy 2023 rok, życzymy zdrowia, spokoju i radości każdego dnia!

Redakcja Medi

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

Czasopismo skierowane do profesjonalistów w sektorze opieki długoterminowej

● **Wyzwania opieki długoterminowej**

5 Opiekun medyczny – rola i znaczenie w systemie opieki
rozmowa z Bartoszem Mikołajczykiem

9 Zmiana pełna silnych emocji
– Skąd się wzięło słowo „oddać”?
Aleksander Biesiada

● **Zdrowie**

14 Zapalenie skóry związane z nietrzymaniem moczu/stolca (IAD)
Gabriele Kroboth

21 Opieka nad pacjentem z dysfagią
– profilaktyka zachyłkowego zapalenia płuc
Krystyna Paszko

● **Opieka**

24 Życie opiekuna rodzinnego
– trudności, potrzeby, oczekiwania
Michał Danielewicz

29 Nietrzymanie moczu (NTM) inaczej inkontynencja

● **Zajęcia terapeutyczne**

35 Terapia zajęciowa dla opornych
– Czyli jak zachęcić do aktywności tych którym się nie chce?
Małgorzata Kospin



Opiekun medyczny

– ROLA I ZNACZENIE
W SYSTEMIE OPIEKI

rozmowa z **Bartoszem Mikołajczykiem** //
*Prezesem Ogólnopolskiego
Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych*

„We wrześniu 2021 r. istotnej zmianie uległ system kształcenia zawodu opiekuna medycznego – zwiększone zostały kompetencje zawodowe, wydłużony okres kształcenia oraz ograniczenie nauczania wyłącznie do szkół policealnych – Państwo o te zmiany postulowaliście”.

Zawód opiekuna medycznego, to zawód nie tylko dynamicznie się rozwijający, ale z uwagi na stale i szybko rosnącą grupę odbiorców jego usług – osoby chore i niesamodzielne, jest to jeden z zawodów mających olbrzymi potencjał do wykorzystania w tworzeniu nowej jakości opieki nad pacjentem i budowaniu zespołów prawdziwie interdyscyplinarnych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych i opiekuńczych.

Opiekunowie medyczni mogą znaleźć zatrudnienie w wielu miejscach – przede wszystkim na oddziałach szpitalnych, ale również w domach pomocy społecznej, punktach pobrań, hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w opiece środowiskowej czy w prywatnej opiece domowej.

Z tego też powodu należy mu poświęcać coraz więcej uwagi, dbać o jakość kształcenia przyszłych absolwentów oraz dążyć do rozwiązań prawnych umożliwiających jeszcze większe wykorzystanie ich w systemie, przede wszystkim poprzez zwiększenie dostępnych etatów.

Czy jednak wprowadzone zmiany warunków kształcenia nie spowodowały spadku zainteresowania tym zawodem?

W pierwszej kolejności warto zauważyć, że w poprzed-

nim systemie kształcenia tylko ok. 30% słuchaczy, którzy rozpoczęli kształcenie podeszło do egzaminu. Prawie 70% słuchaczy to osoby, które nie ukończyły kształcenia (np. rozpoczęły kształcenie tylko po to by utrzymać rentę socjalną). System w którym 70% środków jest wyrzucana w błoto wymagał zmiany.

Zmiana systemu kształcenia spowodowała wzrost ilości szkół kształcących w zawodzie (Zgodnie z danymi z Ministerstwa Edukacji i Nauki w roku szkolnym 2021/2022 w stosunku do 2022/2021 wzrost z 438 do 454), chociaż ilość słuchaczy się nieznacznie zmniejszyła.

Warto jednak zauważyć, że zależy nam najbardziej na tych 30% podchodzących do egzaminu – bo to oni mogą wejść na rynek pracy. Spadek zainteresowania można będzie ocenić tylko i wyłącznie porównując ilość osób, która podchodzi do egzaminu, gdyż teoretycznie spadek ilości słuchaczy nawet do 30% poprzednich wartości może nie wpłynąć na ilość osób otrzymujących dyplom zawodowy. Ze wstępnych wyników ankiety, którą obecnie przeprowadzamy wśród opiekunów medycznych wynika, że ponad 80% osób, które obecnie nie pracują w zawodzie rozważa powrót do zawodu, a dla ponad 35% z tych osób zwiększenie kompetencji jest głównym powodem rozważania powrotu. Mamy zatem spory odsetek osób, która może chcieć na nowo wrócić do zawodu.

Zwiększenie kompetencji daje też opiekunom medycznym większe możliwości, jak Państwo widziecie swoją rolę w systemie?

Zwiększone kompetencje zawodowe w sposób naturalny mogą zostać wykorzystane we wsparciu personelu pielęgniarskiego w realizacji świadczeń na rzecz pacjenta opieki długoterminowej, dzięki czemu efektywność działań opiekuńczych zarówno w formie stacjonarnej jak i domowej ma szansę ulec zmianie na lepsze. Jest to również okazja by częściowo rozwiązać problemy kadrowe

W obowiązującym stanie prawnym zgodnie z przepisami rozporządzenia (Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 27 stycznia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego) kształcenie w zawodzie opiekun medyczny (symbol cyfrowy 532102) prowadzą wyłącznie 3-semestralne szkoły policealne, dla osób posiadających wykształcenie średnie – kwalifikacja MED.14

Zgodnie z tym rozporządzeniem opiekun medyczny przygotowany jest do:

- 1 rozpoznawania problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku,
- 2 świadczenia usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku,
- 3 współpracy z pielęgniarkami i lekarzami oraz innym personelem,
- 4 wykonywania czynności z zakresu pobierania krwi żyłnej i włośniczkowej oraz innych materiałów do badań laboratoryjnych,
- 5 wykonywania czynności z zakresu gimnastyki osiowo-symetrycznej w trzech płaszczyznach jednocześnie SOS 3D – metoda Hoppe,
- 6 wykonywania wybranych czynności medycznych – w podmiotach leczniczych, w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w środowisku domowym.

– opiekun medyczny nigdy nie zastąpi rzecz jasna pielęgniarki, ale przejmując część czynności od nich może pozwolić na lepsze wykorzystanie specjalistycznych kompetencji pielęgniarskich. Powodzenie tego projektu zależy nie tylko od determinacji i zaangażowania przedstawicieli opiekunów medycznych ale, także od otwartej i życzliwej postawy pozostałego personelu medycznego, dzięki której pozytywne i długo wyczekiwane zmiany mogą nastąpić sprawniej i szybciej.

Jakim potencjałem

Państwo, jako grupa zawodowa dysponujecie?

Obecnie mamy ponad 70 000 osób z dyplomem opiekuna medycznego. Jak wynika z danych MZ w opiece długoterminowej zatrudnionych jest ok. 6000, a w pozostałych placówkach systemu ochrony zdrowia ok. 9000. Analiza ankiet z DPS otrzymanych przez MRIPS wskazuje, że opiekunów medycznych w DPS może być ok. 8000. Czyli łącznie mamy 23 000 zatrudnionych na stanowisku opiekun medyczny. Szacujemy, że kolejne 10 000 może być zatrudnionych na stanowisku opiekun (zwłaszcza w DPS) lub salowa (w podmiotach leczniczych) lub im

podobnych, wykonując tak naprawdę czynności opiekuna medycznego. Nie jest to jednak ilość, którą można dokładnie zbadać – pomocna w tym zakresie będzie

Opiekun medyczny nigdy nie zastąpi rzecz jasna pielęgniarki, ale przejmując część czynności od nich może pozwolić na lepsze wykorzystanie specjalistycznych kompetencji pielęgniarskich

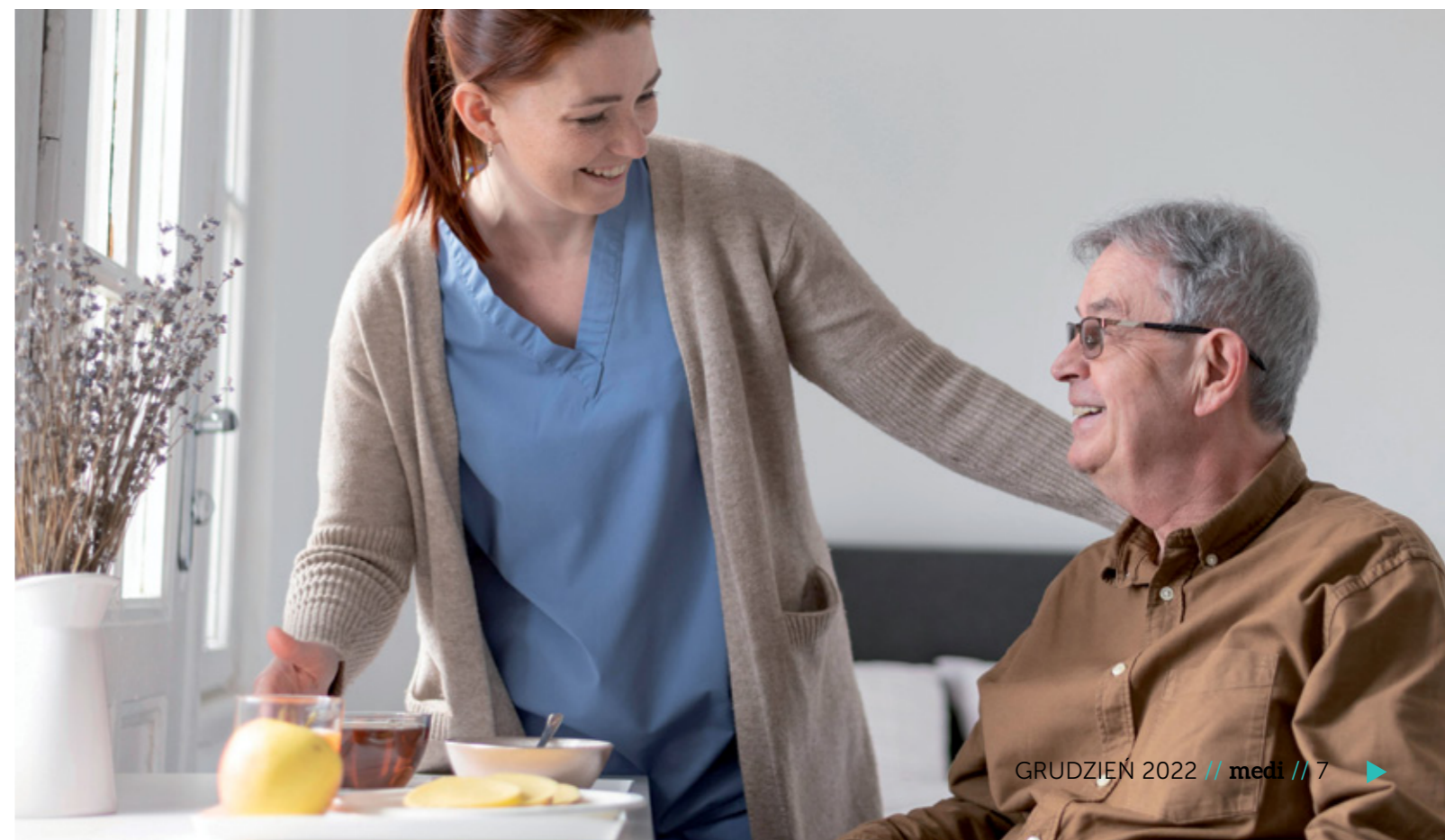
projektowana Ustawa o niektórych zawodach medycznych.

Czyli na tą chwilę łącznie w systemie ochrony zdrowia i w systemie opieki społecznej zatrudnionych jest jedynie około połowa posiadaczy dyplomu zawodowego opiekuna medycznego.

Duża część opiekunów medycznych nie podejmowała pracy w za-

wodzie z powodu niskich zarobków – pomimo zmian w systemie ochrony zdrowia, które odczuwalnie podniosły wynagrodzenie w podmiotach leczniczych opiekunowie medyczni zatrudnieni w DPS nadal zarabiają w okolicach pensji minimalnej. W przypadku problemów zdrowotnych (jak chociażby problemy z kręgosłupem, które są dość powszechne w tym zawodzie) opiekunowie medyczni nie mieli alternatywy innej, niż zmienić całkowicie branżę.

Dodatkowym problemem jest to, że jeszcze w wielu miejscach opiekunowie medyczni nie są zatrudniani – cho-



cięż tu też sytuacja uległa znaczącej poprawie i miejsc pracy dla opiekunów medycznych jest coraz więcej.

Jakie są największe wyzwania przed jakimi stoją opiekunowie medyczni na chwilę obecną?

Przede wszystkim jest to lepsze umocowanie prawne zawodu - dlatego z niecierpliwością oczekujemy na planowaną Ustawę o niektórych zawodach medycznych. Poza tym oczywiście wyzwaniem jest też zwiększenie ilości opiekunów medycznych w systemie, ale również i ujednoczenie kompetencji opiekunów medycznych kształconych w starym systemie - kursy doszkalające powinny ruszyć niedługo. Ogromnym problemem są też zarobki w DPS - cały czas oscylujące w okolicy pen-

sji minimalnej, co sprawia, że te miejsca są coraz mniej atrakcyjne dla pracowników. Mamy nadzieję, że uda się wypracować zmiany, dzięki czemu i tu opiekunowie medyczni będą mogli zarabiać godnie. Dużym problemem jest również duża rotacja związana z obciążeniem, także fizycznym, czemu zapobiec może nowy zakres kompetencji, zwiększając ilość miejsc pracy i ich różnorodność (np. punkty pobrań).

Ważne jest to, abyśmy dążyli do jak najlepszego włączenia tego zawodu zarówno do systemu opieki społecznej, jak i systemu ochrony zdrowia, dzięki czemu będziemy mogli lepiej odpowiedzieć na zwiększające się potrzeby społeczeństwa w zakresie opieki. A te będą tylko coraz większe. ●

OSOM – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych

Organizacją reprezentującą zawód opiekuna medycznego o zasięgu ogólnopolskim, a jednocześnie będącą zarejestrowaną w KRS jest Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych (w skrócie OSOM). OSOM istniejąc od 2017 roku od samego początku angażuje się na wielu płaszczyznach realizując działania mające na celu poprawę sytuacji opiekunów medycznych w systemie, zwiększenia ich roli i widoczności, prestiżu zawodowego czy też ilości miejsc pracy.

W swoich działaniach OSOM ściśle współpracuje z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji i Nauki, organizacjami zrzeszającymi pracodawców (np. Pracodawcy RP), z przedstawicielami branży (firmy diagnostyczne, zespoły domów opieki społecznej, dyrektorzy szpitali), ze związkiem zawodowym reprezentującym opiekunów medycznych (OZP Inicjatywa Pracownicza Opiekunów Medycznych i Kwalifikowanych) czy szkołami kształcącymi w zawodzie. Aktywnie też zespół OSOM działa w sferach stricte dotyczących warunków pracy i płacy – uczestnicząc m. in. w Zespole Trójstronnym, który wypracował istotne dla tego zawodu podwyżki określone w ustawie o minimalnych zarobkach w ochronie zdrowia. Zarząd włącza się również w konsultacje nad projektem ustawy o innych zawodach medycznych, która będzie miała za zadanie prawne uregulowanie odpowiedzialności zawodowej, systemu kształcenia podyplomowego oraz relacji między opiekunami medycznymi a pozostałym personelem czy wreszcie zdefiniować zakres kompetencji zawodowych wykonywanych samodzielnie oraz tych na zlecenie lekarza lub pielęgniarki.



Zmiana pełna silnych emocji

SKĄD SIĘ WZIĘŁO SŁOWO „ODDAĆ”?

ALEKSANDER BIESIADA //

rezydent medycyny rodzinnej, lekarz hospicjum domowego, autor bloga mistrzpolikarp.pl

Obawy i niepokój to emocje, które są nieodłączną częścią sprawowania opieki nad drugą osobą, zwłaszcza starszą czy przewlekle chorą. Jako opiekunowie staramy się za wszelką cenę zadbać o naszych bliskich i podopiecznych. Chcemy być pewni, że otrzymują od nas wszystko to, czego potrzebują.

Często takie działania obarczone są koniecznością podejmowania trudnych decyzji. Nawet, jeśli dotyczą one bezpośrednio opieki nad Pacjentem, mają one wpływ nie tylko na los Chorego, ale także i jego rodziny. Opieka nad osobą chorą wymaga nieraz wielu poświęceń i wyrzeczeń, wraz z upływającym czasem może stawać się coraz bardziej wymagająca, a przez to i trudniejsza.

Ograniczone możliwości czasowe, personalne, związane z infrastrukturą czy pogorszeniem stanu Chorego mogą wpływać na jakość sprawowanej opieki. To skłania rodzinę do poszukiwania pomocy. Skutecznym rozwiązaniem w takim przypadku mogą być domy opieki – zwrócenie się o pomoc w objęciu troską chorego w placówce opieki długoterminowej.

Dla kogo przeznaczone są placówki opieki społecznej?

Pensjonariuszami takich placówek najczęściej zostają osoby, które wymagają całodobowej opieki bądź pomocy w codziennych czynnościach, która nie może być im zapewniona w formie opieki w warunkach domowych. Przyczynami takiego stanu są najczęściej choroba oraz niepełnosprawność, w tym także intelektualna. Choć zaawansowany wiek jest często pojawiającym się czynnikiem, który pośrednio przyczynia się także do powstania pozostałych dwóch to należy pamiętać, że opieki długoterminowej niejednokrotnie wymagają osoby młode, także młodzież i dzieci.

Jakie są możliwości?

Rodzajów placówek świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej jest kilka, a decyzja o odpowiednim miejscu najczęściej oparta jest o stan zdrowia chorego, kwestie finansowe i możliwości opiekuńcze rodziny. Wybór jest możliwy pomiędzy domami pomocy społecznej, zakładami opiekuńczo-leczniczymi, prywatnymi domami opieki i hospicjami w przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą, a także placówkami świadczącymi swoje usługi w ramach oddziału dziennego oraz opieki wytchnieniowej. We wszystkich wymienionych miejscach zapewniona jest niezbędna opieka i pomoc w codziennym funkcjonowaniu z poszanowaniem godności, intymności i poczucia bezpieczeństwa przebywających tam osób.

Kiedy jest właściwy czas?

Wraz z postępującą chorobą, zaawansowanym wiekiem i coraz większym brakiem samodzielności Chorego, zwiększają się jego potrzeby, a przez to i czas, który należy mu poświęcić. Może to doprowadzić do sytuacji, w której brak jest możliwości zapewnienia należytej troski w domu. Taka sytuacja rodzi frustrację zarówno u Chorego, który odczuwa „bycie ciężarem” dla swoich bliskich, jak i u opiekunów, którzy mimo starań nie potrafią poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Należy zastanowić się wtedy nad najlepszym rozwiązaniem, zapewniającym komfort psychiczny i fizyczny dla wszystkich.

Najważniejsza jest rozmowa

Zarówno przed podjęciem decyzji, jak i po ewentualnej zmianie miejsca pobytu, istotne jest to, aby prowadzo-

Według raportu GUS w 2020 roku w placówkach opieki społecznej przebywało ponad 114 tys. osób, z czego 1/4 stanowiły osoby w podeszłym wieku, a ponad 40 tys. osób to osoby chore przewlekle somatycznie lub psychicznie.

ny był dialog, w którym każda ze stron - Pacjent i jego rodzina, może otwarcie mówić o swoich obawach i oczekiwaniach. Dzięki temu możliwe będzie wspólne wypracowanie najlepszego rozwiązania i jego modyfikacje w zależności od potrzeb. Rozmowy na temat domów opieki powinny rozpocząć się dużo wcześniej, co pozwoli poznać zdanie Chorego na ten temat, da mu czas na oswojenie się z nową perspektywą. Nie powinien czuć się zmuszony, powinien otrzymać czas na przemyślenia. Warto okazać mu wtedy cierpliwość oraz empatię. Pomocne okazać się może skorzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej.

Wspólny wybór

O ile pozwala na to stan zdrowia Chorego warto zadbać o to, aby aktywnie uczestniczył on w podejmowaniu decyzji, w tym także odnośnie wyboru placówki – warto namawiać do tego rodzinę. Z wykorzystaniem możliwości Internetu warto zapoznać Chorego z profilami różnych placówek, sprawdzić które miejsca odpowiadają jego oczekiwaniom. To stwarza okazję nie tylko dla Chorego i jego rodziny do ułatwienia podjęcia decyzji, ale także dla pracowników domów opieki na poznanie Pacjenta, przedstawienie mu nowego miejsca i rozpoczęcie budowania więzi.

Budowanie więzi

Ważne jest to, aby od samego początku pobytu Chorego w domu opieki nawiązać odpowiedni kontakt, oparty na szacunku i zaufaniu. Warto jest uważnie słuchać, reagować na jego prośby i dać mu poczucie bezpieczeństwa w tej nowej dla niego, często dość trudnej sytuacji. Takie działania mogą korzystnie wpłynąć na nastawienie Chorego i pozytywny odbiór miejsca, w którym się znalazł, a przez to także i na długotrwałą relację. Często dobry humor i nastawienie pracowników domów opieki polepsza samopoczucie ich podopiecznych, a radość i wdzięczność podopiecznych pozytywnie odbija się na nastroju opiekunów.

Rozłąka

Po zmianie miejsca pobytu Bliskiej osoby zarówno ona, jak i jej rodzina oraz opiekunowie mogą silnie odczuwać brak drugiej osoby i tęsknotę. Jest to całkowicie natu-

ralne, zwłaszcza jeśli wcześniej większość czasu spędzali razem. Szczególnie na początku ważne jest to, aby zapewnić im stały kontakt, gdyż jego brak może w negatywny sposób wpłynąć na stan psychiczny i fizyczny Chorego. Częste odwiedziny, rozmowy telefoniczne – warto zachęcać rodzinę i zaangażować jej członków do takich działań. Pozwala to oswoić się Choremu z nową sytuacją. Także na tym etapie pomoc psychologa może być bezcenna.

Niestety wśród wielu osób panuje przekonanie, że „oddają” Bliskiego, pozbywają się problemu. Jest to myślenie krzywdzące zarówno dla Chorego, jak i jego rodziny. Co więcej może utrudniać sprawowanie właściwej, zapewniającej bezpieczeństwo opieki nad Chorym.

Jakich emocji może się spodziewać pracownik instytucji ze strony Chorego i jego rodziny?

AMBIWALENCJA	w opiece nad osobą chorą zawsze trafiają się lepsze i gorsze chwile, których nie należy odrzucać, warto je zrozumieć i zaakceptować
MONOTONIA	ograniczenia zdrowotne i konieczność wykonywania stałych procedur pielęgnacyjnych może wprowadzić do życia Chorego i jego bliskich znudzenie, zmęczenie niezmienną codziennością
FRUSTRACJA	ze strony Chorego, który staje się coraz mniej wydolny i bardziej zależny oraz ze strony rodziny, od której oczekiwana jest coraz większa pomoc i zaangażowanie
ZNIECIERPLIWIEŃ	dla rodziny opieka nad Bliskim może być bardzo czasochłonna i wymagająca, często Chorzy z różnych powodów odmawiają współpracy, odrzucają pomoc, co może wyczerpać pokłady cierpliwości opiekunów
ZAZDROŚĆ	porównując swoją sytuację do innych, może pojawić się uczucie zazdrości i tęsknoty do wcześniejszego życia bez współistniejącej choroby
LĘK I NIEPOKÓJ	gdy zmienia się sytuacja, stan Chorego się pogarsza, sprawy wymykają się spod kontroli, lęk może doprowadzić do wystąpienia objawów psychosomatycznych, czasem bardzo nasilonych
STRACH	obawy przed tym, co może się wydarzyć, jak będzie teraz wyglądać nowa rzeczywistość, strach przed zaostreniem choroby i śmiercią
SAMOTNOŚĆ	zwłaszcza w momencie zmiany miejsca pobytu Chorego może, on odczuwać brak bliskich osób, znajomych; może czuć się obco, będąc z dala od swojej rodziny swojej rodziny
STRATA	zarówno w aspekcie fizycznym, gdy dochodzi do rozłąki, ale także w wymiarze psychicznym, kiedy utracone zostają wcześniejsze zdolności poznawcze, możliwości - utrata dotychczasowego życia
SMUTEK I DEPRESJA	przewlekłe poczucie bezsilności, problemy ze snem, trudności w życiu codziennym to uczucia często stale towarzyszące Choremu i jego rodzinie – długotrwałe objawy mogą sugerować wystąpienie depresji, która, tak jak inne choroby, powinna być diagnozowana i leczona

Warunki w domu opieki

W ostatnim czasie silnie zmienia się obraz placówek opieki długoterminowej, choć nadal pośród licznej grupy pacjentów panuje przeświadczenie, że miejsca te są przeznaczone „do umierania”, wciąż nazywane „domem starców”. Coraz więcej placówek jednak mocno odbiega od tych wyobrażeń. Pracownicy domów opieki swoim podejściem do podopiecznych, okazaną troską i poprzez zapewnienie należytej opieki, także w silny sposób mogą wpłynąć na pozytywny odbiór miejsca przez podopiecznego i jego rodzinę.

Okres aklimatyzacyjny

Osoby starsze nie lubią drastycznych zmian. Zmiana miejsca zamieszkania może być jedną z nich. Dla wielu osób początki mogą być trudne, dlatego należy dać im czas na zaaklimatyzowanie się i oswojenie z nowym miejscem. Szczególnie wtedy należy wykazać się cierpliwością, okazać mu wsparcie, dotożyć wszelkich starań, aby ułatwić mu ten czas. Ważne jest, aby podopieczny miał możliwość kontynuowania swoich wcześniejszych pasji i hobby oraz miał zapewnione rozrywki, jakie towarzyszyły mu w życiu codziennym w domu. Dla podopiecznego istotne może być także zadbanie o jego otoczenie – odpowiednie dostosowanie wnętrza pod jego potrzeby jest niemal tak samo ważne, jak zadbanie o jego wystrój. Umieszczenie przedmiotów przyniesionych z domu – zdjęć, dekoracji, ozdób, może zmniejszyć uczucie „obcości” nowego miejsca.

Ogniska zakażeń

Ostatnie wydarzenia uwydatniły podłoże obaw dotyczących kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego w zakresie zakażeń wewnątrz placówek. W mediach bardzo często słyszano się coraz to nowe informacje o ogniskach zakażeń zlokalizowanych w domach opieki społecznej i innych placówkach opieki długoterminowej. Doświad-

czenia zdobyte podczas pandemii COVID-19 już teraz skutkują większą ochroną i profilaktyką poprzez wprowadzenie rekomendacji i wytycznych umożliwiających skuteczne działania w razie ponownego wystąpienia podobnej sytuacji. Warto zapoznać z zasadami bezpieczeństwa zarówno Pacjenta, jak i jego najbliższych. Pomocze to zmniejszyć lęk.

Ciągłość opieki i innych świadczeń medycznych

Część osób wyraża także zaniepokojenie w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób objętych opieką długoterminową, zwłaszcza w domach pomocy społecznej. Problem ten dotyczy przede wszystkim kontynuowania rehabilitacji, usług stomatologicznych czy też konsultacji specjalistycznych. Bywa nawet i tak, że brak jest złożonej ze strony podopiecznych deklaracji dotyczącej lekarza rodzinnego, co tym bardziej utrudnia dostęp do innych świadczeń NFZ. Najczęściej jednak sytuacje te dotyczą osób samotnych. Rodzina Chorego często dokłada starań, aby zadbać o dopełnienie wszystkich formalności.

Finanse

W przypadku konieczności skorzystania z usług domów pomocy społecznej i prywatnych domów opieki należy mieć na uwadze fakt, iż pobyt w tych placówkach w większości przypadków jest płatny. Pensjonariusz lub jego rodzina zobowiązani są do uiszczenia opłaty, które nie przekracza jednak 70% jego dochodów. W prywatnych domach opieki kwoty te mogą być zdecydowanie wyższe, co często może stanowić znaczącą barierę w możliwości rozpoczęcia lub kontynuowania pobytu Chorego w takim miejscu. Wszystko to rodzina pacjenta powinna wziąć pod uwagę, a wszelkie koszty (w tym dodatkowe, np. koszty leków, zaopatrzenia w wyroby medyczne) powinny być z rodziną dokładnie omówione.

Pobyt w instytucji opieki długoterminowej

ZALETY	WADY
<ul style="list-style-type: none"> stata, wykwalifikowana pomoc zapewnienie kontaktu z innymi odciążenie dla opiekunów pomoc przy braku samodzielności 	<ul style="list-style-type: none"> możliwe osamotnienie zmiany w codziennym życiu brak intymności i swobody koszt pobytu

Dobro Chorego i opiekunów

Jako opiekunowie staramy się ze wszystkich sił, aby zapewnić Choremu jak największy komfort i poczucie bezpieczeństwa. Pamiętajmy jednak, że zdrowie opiekunów jest tak samo ważne. Kto zajmie się Choreym, jeśli Tobie braknie sił? Towarzystwo Bliskiemu nie zwalnia opiekunów od odpoczynku, czy snu. Opiekunowie często zaniedbują siebie z powodu stresu, poczucia straty, czy braku możliwości odreagowania emocji, co także może przełożyć się na Chorego. O wszystkich tych aspektach sprawowania opieki warto i należy z opiekunami Chorego rozmawiać.

Co można zrobić dla Chorych rozpoczynających pobyt w domu opieki?

Jednym z najtrudniejszych aspektów dla podopiecznych instytucji jest poczucie osamotnienia i braku bliskości. Mimo otaczania się innymi mieszkańcami i sta-

go kontaktu z opiekunami, podopieczny może czuć się obco i nieswojo w nowym miejscu. Dlatego tak ważne jest, aby zadbać o utrzymanie kontaktu i ograniczenie poczucia tęsknoty za domem i członkami rodziny. Przydatne w tym mogą okazać się narzędzia typu smartfon/tablet, dzięki którym możliwe jest przeprowadzenie rozmowy wideo w dowolnym momencie.

Koniecznym jest zadbać o otoczenie podopiecznych opieki zorganizowanej. W nowym miejscu powinny pojawić się zdjęcia, ozdoby, upominki, które będą przypominały o rodzinie, jednocześnie nadające bardziej przytulny i domowy charakter miejscu pobytu.



Źródła:

- <https://www.gov.pl/web/rodzina/dom-pomocy-spoecznej>
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2021,2,21.html>
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2021-roku,18,6.html>
- <https://mistrzpolikarp.pl/emocje-i-emocjonalne-aspekty-opieki-1/>
- <https://mistrzpolikarp.pl/emocje-opieka-cz-2/>

Zapalenie skóry

ZWIĄZANE Z NIETRZYMANIEM MOCZU/STOLCA (IAD)

Gabriele Kroboth //

pielęgniarka, niezależny doradca ds. nietrzymania moczu, stomii i leczenia ran,
Konsultant ds. Pielęgniarstwa, Austria

Zapalenie skóry związane z nietrzymaniem moczu/stolca (IAD) powstaje wskutek ciągłego oddziaływania stolca i/lub moczu na skórę w okolicy pachwinowej. Stosuje się również takie pojęcia jak „pieluchowe zapalenie skóry”, „wysypka pieluchowa” lub „zapalenie skóry krocza”.

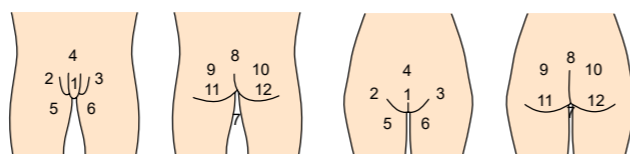
Patofizjologia IAD

IAD to miejscowe, powierzchniowe zapalenie skóry krocza lub genitaliów.



Rys. 1: Biegunka (zdjęcie Kroboth)

Pojawia się jako zaczerwienienie z tworzeniem się pęcherzy lub bez i jako powierzchniowe uszkodzenie skóry może sięgać aż do tkanki podskórnej. Funkcja ochronna skóry jest coraz bardziej niszczona i mogą pojawić się komplikacje takie jak łupież rumieniowy, drożdżycza oraz bóle.



Rys.2: Typowe umiejscowienie IAD (grafika Borchert et al. 2010)

IAD najczęściej pojawia się na skórze krocza, fałdach pośladkowych, pośladkach, genitaliach, dolnej okolicy brzucha, fałdach pachwinowych oraz na udach.

Do najczęstszych przyczyn występowania IAD (zazwyczaj mamy do czynienia z kilkoma czynnikami jednocześnie, chociaż mogą wystąpić również pojedynczo) należą:

- nadmierna wilgotność na powierzchni skóry
- wzrost wartości pH na powierzchni skóry
- enzymy trawienne ze stolca
- kolonizacja patogennych drobnoustrojów (np. grzybów)
- tensidy ze środków do mycia skóry (np. poprzez nieodpowiednie sptukanie lub oczyszczanie, pozostawianie środków myjących na skórze)
- tarcie spowodowane przez odzież
- substancje drażniące lub alergeny
- choroby towarzyszące, np. cukrzyca
- nieprawidłowe procedury mycia
- okluzja, np. przez chłonne środki pomocnicze przy nietrzymaniu moczu/stolca

(por. Gray, 2004, Ersser et al., 2005, Bliss et al., 2006, Gray, 2007, Junkin/Selekof, 2007, Borchert et al., 2010, Steininger et al., 2012, Arnold-Long et al., 2012, Kottner/Blume-Peytavi, 2016).

Jak powstaje IAD ?

Jeżeli powierzchnia skóry przez dłuższy czas jest narażona na działanie moczu i/lub luźnego stolca, prowadzi to do nadmiernej hiperhydracji (przewodnienia) warstwy rogowej. Kerneocyty przyjmują wilgoć, nabrzmiwiają i w rezultacie niszczeniu ulegają międzykomórkowe warstwy lipidowe. Jeżeli hiperhydracja postępuje, w warstwie rogowej okładają się osady wodne. Istotnie narusza to funkcję ochronną warstwy rogowej.

Kwaśny płaszcz ochronny skóry ma wartość pH 4,0 i 5,5 w środowisku kwaśnym. Zwiększenie wartości pH nie wydaje się być pierwotnym skutkiem hiperhydracji, odpowiedzialne za to są raczej produkujące ureazy bakterie, znajdujące się w układzie moczowo-płciowym i w stolcu. Mocznik występujący w moczu przekształca się w amoniak, który w roztworze wodnym jest zasadowy. Zwiększona przez dłuższy czas wartość pH zmniejsza trwałość i zdolność regeneracji warstwy rogowej.

Enzymy trawienne (lipazy i proteazy) w stolcu bezpośrednio atakują struktury białkowe i lipidowe warstwy rogowej. Im luźniejsze stolce (biegunka) oraz im częstsze wydalanie stolca, tym wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia IAD. Enzymy trawienne w luźnych stolcach są aktywniejsze niż w normalnych.

W przypadku występowania nietrzymania stolca, skóra w wyjątkowo wysokim stopniu jest narażona na bakterie ze stolca. Jeżeli wcześniej miało miejsce uszkodzenie warstwy rogowej, bakterie te mogą dotrzeć do głębszych warstw skóry i wywołać zapalenie.

(por. Hoggarth et al., 2005; Gray, 2007; Gray et al., 2011, Whiteley, 2007; Cowdell/Radley, 2012; Kottner/Blume-Peytavi 2016).

Poprzez uszkodzenie bariery ochronnej skóry uwalniane są cytokiny zapalne i histamina. Jeżeli skóra ponownie zostanie wystawiona na działanie środków drażniących, nie ma wystarczająco dużo czasu, by się zregenerować i odtworzyć kwaśny płaszcz ochronny i wówczas dochodzi do zapalenia (Borchert et al., 2010, Gray et al., 2007).

Najczęstszymi komplikacjami IAD jest infekcja bakteryjna, infekcja grzybicza, łupież rumieniowy, odleżyny i bóle.

Ryzyko IAD

Ryzyko rozwinięcia się IAD istnieje u wszystkich osób z nietrzymaniem moczu i/lub stolca. Jednak istnieją różne czynniki, decydujące o tym, czy u danej osoby IAD wystąpi. Obecnie prowadzi się niewiele badań dotyczących ryzyka wystąpienia, pewne jest jednak to, że u osób z nietrzymaniem stolca ryzyko to jest wyraźnie większe, niż u osób z nietrzymaniem moczu.

Dodatkowe czynniki ryzyka wystąpienia IAD to:

- zły stan skóry – np. bardzo sucha, cienka, tuskowata skóra starszych osób
- podwyższony wskaźnik masy ciała
- niewystarczające zaopatrzenie w tlen
- bóle
- zmniejszona mobilność

(por. Langemo et al., 2011, Arnold-Long et al., 2012; Kottner/Blume-Peytavi 2016).

Ponadto można stwierdzić, że nieodpowiednie postępowanie przy nietrzymaniu moczu/stolca, zbyt częste i agresywne procedury mycia skóry, niewystarczająca pielęgnacja i ochrona skóry sprzyjają powstaniu IAD.

Częstotliwość występowania IAD

Częstotliwość występowania IAD w domach opieki wynosi pomiędzy 4,4% a 50% (por. Gray, 2004, Gray, 2007, Bleeckman et al., 2009, Bliss et al., 2009, Nix/Haugen, 2010a, Nix/Haugen, 2010b, Arnold-Long et al., 2012; Kottner/Lahmann 2016).

IAD występuje u 50% chorych w domach, gdy pacjenci cierpią na nietrzymanie stolca (por. Bliss et al. 2009).

IAD rozwija się od 12% do 42% dorosłych osób z nietrzy-

maniem moczu/stolca przebywających w szpitalu oraz u 83% osób nietrzymających moczu/stolca na oddziałach intensywnej terapii (por. Schoberer, 2009, Borchert et al., 2010, Kottner/Lahmann 2016).

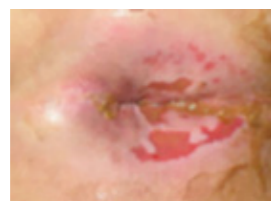
Nietrzymanie stolca/biegunki

Przyjmuje się, że na nietrzymanie stolca cierpi od 2 do 7% populacji. Zachorowalność u osób starszych i osób w sędziwym wieku wynosi około 17% a najczęściej przypadków dotyczy osób w placówkach stacjonarnych i wynosi 50%. Problem dotyka częściej kobiet niż mężczyzn, szacuje się że kobiety stanowią 20 do 25% wszystkich osób (por. Doughty/Jensen In: Doughty, 2006, Dassen et al. 2009, Nussbaumer 2010).

Jeżeli występuje nietrzymanie stolca, wówczas skóra ma kontakt ze stolcem. W przypadku luźnego stolca, który dodatkowo dotyka skóry wielokrotnie w ciągu dnia, płaszcz ochronny skóry jest atakowany przez proteazy. Skóra jest z jednej strony obciążona nie tylko luźną wydzieliną stolca, lecz do tego dochodzi dalsze podrażnienie spowodowane częstym myciem danej okolicy skóry i związane z tym usuwanie epidermalnych lipidów. Usuwanie epidermalnych lipidów powoduje to, że skóra staje się przepuszczalna dla substancji szkodliwych (np. enzymów trawiennych). Powyższe skutkuje zniszczeniem kwaśnego płaszczu ochronnego i wystąpieniem IAD (por. Cowdwell/Radley, 2012, Kottner/Blume-Peytavi 2016).



Rys. 3: Biegunka (zdjęcie Kroboth)



Rys. 4: IAD wskutek przewlekłej biegunki (zdjęcie Kroboth)

Tab. 1 Różnice pomiędzy odleżynami a IAD

	ODLEŻYNY	IAD
Przyczyna	Ucisk i/lub siły poprzecznie tnące	Ciągła wilgoć – skóra błyszcząca, sącząca się (inkontynencja)
Umiejscowienie	Uszkodzenie skóry w typowych miejscach możliwych odleżyn	Uszkodzenie skóry może pojawić się w obszarze pachwinowym także przy kościstym występie. Wyjaśnienie na podstawie diagnostyki różnicowej (wykluczenie ucisku, sił poprzecznie tnących)
Właściwość	Zaczerwienienie/uszkodzenie skóry są wyraźnie ograniczone	Rozproszone, różne powierzchowne zmiany skórne

W przypadku biegunki IAD może wystąpić nawet w przeciągu niecałego dnia. Szczególnie zagrożone są osoby starsze lub osoby z ciężkimi chorobami przewlekłymi.

IAD a odleżyny

Owrzodzenie skóry, zwane również odleżyną, można opisać jako ograniczone uszkodzenie skóry i głębiej położonych tkanek. Za przyczynę przyjmuje się połączenie ucisku, tarcia i sił poprzecznie tnących.

Obciążenia uciskowe, znacznie wyższe niż 30 mmHG ciśnienia kapilarnego, prowadzą do niedokrwienia, a przy ciągłym niedoborze tlenu w ciągu kilku godzin, do nieodwracalnego uszkodzenia skóry.

Występujące nietrzymanie moczu i/lub stolca stanowi wysoki czynnik ryzyka dla powstania odleżyn. Odleżyny powstają częściej u osób, które cierpią z powodu nietrzymania stolca, niż u osób bez objawów inkontynencji (por. Beitz 2006).

Badania udowadniają, że opiekunowie mają problem z rozróżnieniem rozpoczynających się odleżyn i IAD (por. Borchert et al. 2010). Istotne różnice pomiędzy IAD a odleżynami przedstawiono w Tabeli nr 1.

Ocena skóry

Ważną, lecz również często zaniedbaną częścią kontroli jest ocena skóry (Cowdell/Radley, 2012) Szczególnie osoby które cierpią na nietrzymanie moczu/stolca, są w dużym stopniu ograniczone ruchowo, mają choroby układu nerwowego lub przewlekłe choroby przemiany materii jak np. cukrzyca, są zagrożone wystąpieniem uszkodzenia skóry. Ocena skóry jest nie tylko bardzo ważna ale i wymagana (por. EPUAP/NPUAP, 2010). Dla obszaru IAD do dyspozycji są dwa instrumenty – narzędzie interwencyjne (IADIT) oraz Ghent Global IAD narzędzie kategoryzacyjne (GLOBIAD)

Głębokość	Od powierzchownego zaczerwienienia (stopień 1) aż do kości (stopień 4)	Powierzchnowa zmiana skórna aż do powierzchownego uszkodzenia skóry
Martwica	Od białej od wilgoci do czarnej suchej martwicy (= zawsze stopień 4)	Brak martwicy
Krawędzie	Wyraźne krawędzie	Rozproszone, nierówne krawędzie
Kolor	Zaczerwienienie widoczne bez ucisku (= stopień 1)	Zaczerwienienie widoczne bez ucisku z tworzeniem się pęcherzy lub bez

(por. Beeckman et al., 2009)



Rys. 5: Odleżyna (zdjęcie Kroboth)



Rys. 6: IAD (zdjęcie Kroboth)

nacji łagodnego środka myjącego, kremu nawilżającego i środka do ochrony skóry, zapobiega IAD. U pacjentów o podwyższonym ryzyku wystąpienia IAD należy rutynowo przeprowadzać ocenę ryzyka. Przy czym opiekun musi sprawdzać i polecać także odpowiednie działania służące zapobieganiu wystąpienia nietrzymania moczu/stolca.

Działania w przypadku nietrzymania moczu/stolca

Duże znaczenie ma stosowanie środków pomocniczych w postępowaniu z nietrzymaniem moczu, ponieważ u większości pacjentów geriatrycznych nie jest możliwe wyleczenie w znaczeniu całkowitego trzymania moczu. Dzięki stosowaniu środków pomocniczych przy nietrzy-

Zapobieganie IAD

Do zapobiegania wystąpienia IAD najważniejsza jest diagnoza i leczenie nietrzymania moczu/stolca. Badania wskazują, że wczesne rozpoznanie i zorganizowana pielęgnacja skóry w okolicach kroczu, przy użyciu kombi-

Tab 2. Narzędzia interwencyjne do oceny zapalenia skóry związanego z nietrzymaniem moczu/stolca (IADIT-D)

(por. Steining/Jukic-Puntigam 2011)

STADIUM	OPIS
WYSOKIE RYZYKO	<ul style="list-style-type: none"> Skóra nie jest zaczerwieniona lub bardziej ciepła niż pozostała skóra dookoła. Może posiadać blizny lub przebarwienia od wcześniejszego występowania IAD i/lub wyleczone odleżyny. Występuje nietrzymanie moczu i/lub stolca. Osoba może nie komunikować się odpowiednio lub sama o siebie dbać. Nietrzymanie luźnego stolca przynajmniej 3 razy w ciągu 24 godzin.
ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ IAD	<ul style="list-style-type: none"> Skóra narażona na kontakt ze stolcem i/lub moczem jest sucha, zdrowa i nie ma pęcherzy; jest czerwona lub różowa, z rozproszonymi (niedokładnie ograniczonymi), często nieregularnymi krawędziami. W przypadku ciemniejszego koloru skóry może być trudniej, rozpoznać zmiany koloru (biały, żółty, mocno czerwony/fioletowy). Sensowne jest badanie palpacyjne skóry. Poprzez palpację można stwierdzić wyższą temperaturę w porównaniu ze skórą niemającą kontaktu ze stolcem/moczem. Osoby z adekwatnym odczuwaniem i zdolnością do komunikowania, skarżą się ewentualnie na palące, kłujące lub innego rodzaju bóle.

UMIARKOWANE IAD	<ul style="list-style-type: none"> ● Dotknięta chorobą skóra ma kolor od jasno- do ciemnoczerwonego – w przypadku ciemnego koloru skóry może ona stać się biała, żółta lub mocno czerwona/fioletowa. ● Skóra wydaje się być zwykle wilgotna i lśniąca z obszarami sączącymi się lub punktowo krwawiącymi. ● Można również zaobserwować także wystające obszary lub małe pęcherze. ● Ewentualnie niewielkie obszary z utratą skóry (średnio do 2 cm). ● Zawsze bolące, nawet jeżeli osoba nie jest w stanie poinformować o bólu.
CIĘŻKIE IAD	<ul style="list-style-type: none"> ● Dotknięta chorobą skóra jest czerwona i wykazuje miejsca uszkodzeń tkanki (częściowo utrata tkanki skórnej), które sączą się/krwawią. ● Przy ciemniejszym kolorze skóry wydaje się ewentualnie biała, żółta lub mocno czerwona/fioletowa. ● Warstwy skóry mogą się odrywać, ponieważ wydostające się proteiny są klejące i przylegają do każdej suchej powierzchni. ● Zawsze bolące, nawet jeżeli osoba nie jest w stanie poinformować o bólu.
WYSYPKA O CHARAKTERZE GRZYBICZYM	<ul style="list-style-type: none"> ● Może wystąpić dodatkowo do każdego stopnia nasilenia IAD. ● Zwykle można zaobserwować punkty blisko krawędzi zaczerwienionych miejsc (białe, żółte lub mocno czerwone/fioletowe miejsca u osób o ciemnej karnacji skóry). ● Punkty te to mogą być krostki lub po prostu płaskie, czerwone (białe lub żółte) punkty. ● Osoba może ewentualnie skarżyć się na intensywne swędzenie.

© Niemiecka wersja oryginalna (zmodyfikowana): Steininger, Jukic-Puntigam 2012

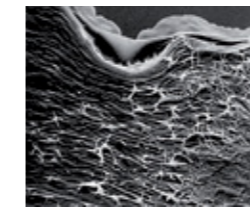
© Angielska wersja oryginalna: Junkim 2008

manii moczu/stolca (np. wkładek anatomicznych, majtek chłonnych, pieluchomajtek) można odzyskać bezpieczeństwo w codziennym życiu osób dotkniętych tym problemem i tym samym skutecznie zapobiegać spotecznej niepewności i izolacji. Istotna jest także wiedza opiekunów w temacie prawidłowego postępowania ze środkami pomocniczymi. Właściwy ich dobór zdecydowanie przyczynia się do zachowania zdrowej skóry.

Każdy wysokogatunkowy produkt jednorazowy charakteryzuje się specjalnym polimerem mającym za zadanie związanie moczu, tak zwanym superabsorbentem. Są to chemiczne elementy, które również pod naciskiem gromadzą mocz, wiążą go i przekształcają w żel. Strona środka chłonna, która bezpośrednio dotyka skórę, posiada warstwę celulozową – przypominającą bawełnę – która szybko przekazuje mocz do wnętrza produktu, dzięki czemu skóra pozostaje sucha.

Dowiedz się jak prawidłowo dobrać produkt na stronie seni.pl

Szeroka gama produktów na nietrzymanie moczu marki Seni pozwala dobrać produkt idealnie dopasowany do potrzeb



Rys. 7: Superchłonny polimer (SAP)



Rys. 8: Wkładka z nasączonym superabsorbentem (zdjęcie Kroboth)

Zorganizowana pielęgnacja skóry

Starannie zorganizowana pielęgnacja skóry obejmuje następujące elementy:

1 Łagodne mycie skóry

Mycie skóry krocza odbywa się przy pomocy lekko kwaśnego płynu do mycia (wartość pH 5,4 do 5,9), aby utrzymać warstwę ochronną skóry. Należy unikać mydła, ponieważ zawierają one sole zasadowe, które odkładają się pod skórą i powodują podrażnienie skóry. Woda powinna być chłodna lub ciepła, ponieważ chłodna woda mniej atakuje kwaśny płaszcz ochronny skóry. Należy stosować miękkie chusteczki/ściereczki zarówno do mycia jak i do osuszania okolicy krocza. Ważne jest, aby skórę delikatnie osuszyć a nie wytrzeć powodując otarcia.



● Delikatny żel myjąco-nattuszczający Seni Care (500 ml) – z obniżonym pH

2 Zapewnienie wilgotności

Kremy nawilżające zawierają naturalne i/lub sztuczne składniki utrzymujące wilgoć (np. glicerynę, mocznik) i są наносzone na skórę po umyciu ciała. Działają higroskopijnie poprzez zwiększenie zawartości wilgoci warstwy rogowej, utrzymują w ten sposób funkcję ochronną i zmniejszają przezskórną utratę wody (por. Kottner/Blume-Peytavi, 2013).



● Emulsja intensywnie nawilżająca Seni Care (500 ml)

3 Ochrona skóry

Najbardziej powszechne produkty do ochrony skóry w obszarze krocza zawierają: dimethicon, wazelinę, maść cynkową. Naniesione na skórę tworzą warstwę okluzyjną. Zmniejsza się przez to transepidermalna utrata wody i zwiększa się wilgotność w warstwie komórek rogowych, można w ten sposób trwale poprawić stan nawet skrajnie suchej skóry (por. Kottner/Blume-Peytavi 2013).



● Krem ochronny z tlenkiem cynku Seni Care
● Krem ochronny z arginina Seni Care

4 Produkty 3-w-1

Aktualne badania zalecają stosowanie chusteczek 3-w-1 (mycie, nawilżanie, ochrona skóry). Te jednorazowe chusteczki zapewniają łagodne mycie, nawilżenie i warstwę ochronną skóry, która chroni skórę przed drażniącym działaniem moczu, stolca lub potu. Ponadto, zespół badaczy stwierdził, że działania, które są łatwe do wykonania i wymagają tylko jednej czynności, są stosowane bardziej systematycznie niż zabiegi, które wymagają wykonania większej liczby czynności (por. Ronner et al., 2010; Gray et al., 2011).

Beekman et al., (2011) udowodnili w ramach randomizowanych badań kontrolnych (n=464 mieszkańców), że dzięki produktom 3-w-1 można znacząco zmniejszyć zachorowalność na IAD. W grupie interwencyjnej (n=73) przeprowadzono pielęgnację skóry mieszkańców przy użyciu produktu 3-w-1. W grupie kontrolnej (n=68) skórę oczyszczano za pomocą neutralnego pod względem pH mydła i wody. Zachorowalność na IAD po 120 dniach w grupie interwencyjnej (8,1%) była znacznie mniejsza niż w grupie kontrolnej (27,1%) (por. Beekman et al., 2011).



● Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Sensitive

Literatura:

- ARNOLD-LONG M./REED LA./DUNNING K./YING J. (2012): Incontinence-Associated Dermatitis in a Long-term Acute Care Facility. In: J Ostomy Wound Management, H.3, S.1-10.
- BEECKMAAN D./SCHOONHOVEN L./VERHAEGHE S./HEYMANN A./DEFLOOR T. (2009): Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: Literature review. In: J of Advanced Nursing, H.6, S.1141-1154.
- BEECKMANN D./VERHAEGHE S./DEFLOOR T./SCHOONHOVEN L./VANDERWEE K. (2011): A 3-in-1 Perineal Care Washcloth Impregnated With Dimethicone 3% Versus Water and pH Neutral Soap to Prevent and Treat Incontinence. J WOCN, H 38, S.627-633.
- BLISS D./ZEHRER C./SAVIK K./THAYER D./SMITH C. (2006): Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents. A Secondary Analysis of a Prospective, Multicenter Study. In: J Ostomy Wound Management, H.12, S.46-55.
- BRAUMANN A. (2010): Information und ihre Bedeutung bei Harninkontinenz. Bern: Huber.
- BRYANT R./NIX D (2010): Acute and chronic wounds: Current management concepts. 4.Aufl., St. Louis: Mosby
- BORCHERT K./BLISS D.Z./SAVIK K./RADOSEVICH D.M.(2010): The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: Development and validation In: J WOCN, Nr. 5, S.527-535.
- COWDELL F./RADLEY K. (2012): Maintaining skin health in older people. In: Nursing Times H.49, S.16-20.
- DASSEN T. (Hrsg.) (2009): Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.
- DEFLOOR T./SCHOONHOVEN L./FLETCHER J. et al.(2005): Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel – pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesion. In: J WOCN, S.302-306.
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2007): Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. Osnabrück.
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2017): Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Osnabrück.
- EHMANN S./THORSON M./LEAK K./BLISS D.Z./SAVIK K./BEILMAN G (2006): Development of perineal dermatitis in critically ill adults with fecal incontinence. In: American J of Critical Care, H.15, S.324-346.
- EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)/NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)(2010): International Guideline. Prevention and Treatment of pressure ulcer. www.epuap.com.
- ERSER S./GETLIFFE K./VOEGELI D./REGAN S. (2005): A critical review of the interrelationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. In: International Journal of Nursing Studies, H.7, S.823-835.
- FIERS S./THAYER D. (2006): Management of intractable incontinence and assessment an management of patients with bowel dysfunction or fecal incontinence. In: DOUGHTY D. B. (2006): Urinary and fecal incontinence Current management concepts. 3rd Edition, St. Louis: Mosby Elsevier.
- GRAY M. (2004): Preventing and managing perineal dermatitis: A shared goal for wound and continence care. In: J WOCN, Nr. 1, S.38-52.
- GRAY M. (2007): Incontinence-related skin damage: Essential knowledge. In: J WOCN, Nr. 12, S.28-32.
- GRAY M./BLISS D.Z./DOUGHTY D.B./ERNER-SELTUN J./KENNEDY-EVANS K./PALMER M. (2007): Incontinence-associated dermatitis: A consensus. In: J WOCN, Nr. 1, S.45-55.
- GRAY M./BLACK J.M./BAHARESTANI M.M./BLISS D.Z./COLWELL J.C./GOLDBERG M./RATLIFF C.R. (2011): Moisture associated skin damage: Overview and pathophysiology. In: J WOCN, Nr. 3, S.233-241.
- GRAY M./BEECKMAN D./BLISS D.Z./FADER M./LOGAN S./JUNKIN J./SELEKOL J./DOUGHTY D./KURZ P. (2012): Incontinence-Associated Dermatitis: A comprehensive Review and update. In: J WOCN, Nr. 1, S.61-74.
- HOGGARTH A./WARING M./ALEXANDER J./GREENWOOD A./CALLAGHAN T. (2005): A controlled, three-part trial to investigate the barrier function and skin hydration properties of six skin protectants. In: J Ostomy/Wound Management, H.12, S.30-42.
- JENSEN L. (2006): Assessment and management of patients with bowel dysfunction or fecal incontinence. In: DOUGHTY D. B. (2006): Urinary and fecal incontinence Current management concepts. 3rd Edition, St. Louis: Mosby Elsevier.
- JUKIC-PUNTIGAM M./STEININGER A./KENDLBACHER E./HASSELWANTER-SCHNEIDER A./MÜLLER G (2010): Risikoerfassung- und Klassifizierungsinstrumente für Inkontinenzassoziierte Dermatitis. In: Pflegewissenschaften, Nr.10, S.536-541.
- JUKIC-PUNTIGAM M./STEININGER A./URBAN W./MÜLLER G.(2011): Die Interrater-Reliabilität des deutschsprachigen Perinealen Assessment-Tools (PAT-D). Ein Instrument zur Risikoerfassung der Inkontinenzassoziierten Dermatitis (IAD). In: Pflegewissenschaften, Nr.11, S.590-596.
- JUNKIN J./SELEKOF J. (2007): Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. In: J WOCN, Nr. 3, S.260-269.
- KOTTNER J./BLUME-PEYTAVI U. (2013): Am tatsächlichen Hautzustand orientieren. In: Pflegezeitschrift, H.4, S.200-203.
- KOTTNER J./BLUME-PEYTAVI U. (2016): Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD): Ätiologie, Pathogenese, Risiko und Epidemiologie. J Wund Management H 10, S.240-251.
- LANGEMO D./HANSON D./HUNTER S./THOMPSON P./OH I.E. (2011): Incontinence and incontinence-associated dermatitis. In: Advances in Skin & Wound Care, H.3, S.126-140.
- MÜLLER E. (2011): Schubladendenken hilft keinesfalls weiter. In: pflegen: Demenz H.18, S.31-33.
- NAZARKO L. (2007): Managing a common dermatological problem: Incontinence dermatitis. In: British J of Community Nursing, H.12, S.358-363.
- NIX D./HAUGEN V. (2010a): Incontinence-associated dermatitis. In: Long Term Living, H.59, S.32-23.
- NIX D./HAUGEN V. (2010b): Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. In: Drugs and Aging, H.27, S.491-496.
- NORWOOD S. L. (2002): Pflegeconsulting. Handbuch zur Organisation und Gruppenberatung in der Pflege. Bern: Huber.
- NUSSBAUMER B. (2010): Prävalenz der Inkontinenz, Pflegemaßnahmen und Qualitätsindikatoren - Ergebnisse einer Querschnittstudie bei erwachsenen BewohnerInnen und PatientInnen in 36 österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern. Masterarbeit an der Medizinischen Universität Graz.
- RONNER AC./BERLAND CR./RUNEMANB/KAIJSER B (2010): The hygienic effectiveness of 2 different skin cleansing procedures. J WOCN, H.3, S.260-264.
- SCARDILLO J./ARONOVITCH S.A. (1999): Successfully managing incontinence related irritant dermatitis across th lifespan. In: J Ostomy/Wound Management, H.4, S.36-44.

Opieka nad pacjentem z dysfagią

– PROFILAKTYKA ZACHŁYSTOWEGO ZAPALENIA PŁUC

Dr n. o zdr. Krystyna Paszko //

specjalista w dz. pielęgniarstwa epidemiologicznego

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa coraz więcej osób obciążone i przewlekle chorych wykazuje deficyty w zakresie samoopieki. Z tego powodu wielu z nich wymaga wsparcia lub zastąpienia w podstawowych czynnościach niezbędnych do życia. Niezwykle ważną rolę w tym względzie pełnią m.in. zakłady opieki długoterminowej oraz pielęgniarska opieka w warunkach domowych zapewniając pacjentom świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne

[1]. Zgodnie z danymi GUS w 2020 r. w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej na ponad 30,6 tys. podopiecznych prawie 77,9% stanowiły osoby powyżej 65 r.ż. [2]. Do tego typu ośrodków trafiają pacjenci, którzy odznaczają się szczególnymi czynnikami ryzyka rozwoju zakażeń. Jednym z najczęściej występujących są zakażenia układu oddechowego, a wśród nich zachłystowe zapalenie płuc. Wielu z tych powikłań można by uniknąć wprowadzając standardy opieki oparte na wytycznych opracowanych przez towarzystwa naukowe. Obecnie

uważa się, że jedną z istotnych przyczyn występowania infekcji układu oddechowego wśród pacjentów w wieku podeszłym oraz pacjentów z chorobami neurologicznymi jest **dysfagia**. Problem zaburzeń połykania może dotyczyć nawet 50 % populacji w podeszłym wieku oraz ponad 80% pacjentów chorujących na chorobę Parkinsona. Podobny problem dotyczy osób chorych neurologicznie, zwłaszcza tych, u których dysfunkcja ma charakter postępujący. Dysfagii towarzyszącej chorobie neurologicznej bardzo często towarzyszą inne problemy takie jak: utrzymanie właściwej pozycji ciała podczas jedzenia czy samodzielne przyjmowanie pożywienia [3, 4].

Dysfagia – zaburzenie połykania na którymkolwiek z jego etapów, począwszy od pobierania pokarmu do jamy ustnej, poprzez żucie i formowanie, po transport jedzenia z jamy ustnej przez gardło i przełyk do żołądka.

Ważną grupą pacjentów wykazujących objawy zaburzeń połykania są osoby w zaawansowanym stadium otępienia. W tym przypadku główny problem stanowi apraksja, która doprowadza do przetrzymywania jedzenia w ustach. W zależności od typu i stadium otępienia można zaobserwować różne problemy z przyjmowaniem posiłków. Początkowo chorzy przetrzymują pokarmy o konsystencji stałej w jamie ustnej. Obserwuje się także wydłużenie reakcji gardłowej na płyny. W miarę postępu choroby pojawia się nieefektywne opróżnianie gardłowe i zaburzenia pasażu do przełyku. W zaawansowanych stadiach otępienia pacjenci mają problemy z żuciem oraz formowaniem kęsa w wyniku czego dochodzi do krztuszenia się [5]. Niezależnie od przyczyny, dysfagia może spowodować niedożywienie, a w konsekwencji występowanie powikłań takich jak: odleżyny czy aspiracja do dróg oddechowych czego skutkiem może być nawet śmierć pacjenta [3]. Dlatego też podejmując się opieki nad pacjentem z dysfagią należy przestrzegać zasad opisanych szczegółowo przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Podstawową zasadą jest zebranie wywiadu czyli rozmowa z pacjentem lub jego opiekunami polegająca na zadawaniu pytań o ogólne i specyficzne objawy alarmowe mogące świadczyć o dysfagii. Do objawów ogólnych należą takie jak: zapalenie płuc, powtarzające się infekcje dróg oddechowych, niewyjaśnione stany podgorączkowe oraz infekcje, utrata masy ciała. Do objawów specyficznych świadczących o nieefektywnej ochronie dróg oddechowych zalicza się: kaszel, krztuszenie się, zmianę jakości głosu. Ponadto do objawów specyficznych należą takie objawy, które mogą oznaczać, że u chorego występuje zaburzony transport pokarmu. O takiej sytuacji świadczyć może: ograniczona zdolność rozpoznawania pokarmu, wydłużony

czas spożywania posiłku, wyciekanie śliny lub pożywienia z ust, przetrzymywanie kęsa pokarmu w policzku, utykanie kęsa pokarmowego w gardle, kichanie lub wyciek z nosa podczas jedzenia jako konsekwencja przedostania się pokarmu do nosa, zaleganie jedzenia w gardle lub uczucie zalegania w gardle. Jeśli stwierdza się u pacjenta jeden z powyższych objawów należy bezwzględnie powiadomić lekarza opiekującego się chorym, aby mógł wykonać szczegółową diagnostykę, po to by określić stopień zaburzeń połykania oraz ustalić optymalną

konsystencję pożywienia i napojów, które będą dla pacjenta bezpieczne [6]. U osób, z którymi jesteśmy w stanie się porozumieć pomocny może być kwestionariusz przesiewowego Testu Oceny Procesu Jedzenia (EAT-10, Eating Assessment Tool). Zebranie wywiadu pozwoli na wstępną ocenę nasilenia zaburzeń połykania oraz obserwację ich nasilenia w czasie. Uzyskanie 3 lub więcej twierdzących odpowiedzi uważa się za wynik nieprawidłowy (tab.1.) [3]. Pacjentom, u których stwierdzono objawy alarmowe powinno wykonać się przesiewowe badanie połykania. Jest ono stosunkowo proste do przeprowadzenia przez przeszkoloną pielęgniarkę i polega na podaniu pacjentowi 90 ml wody (Test De Pippo), a następnie obserwacji pośrednich objawów (do 1 minuty od zakończeniu testu) takich jak: kaszel, zmiana jakości głosu lub wyciek wody z ust. Chcąc uniknąć masywnej aspiracji płynu podawanego podczas przeprowadzania testu u pacjenta podejrzanego o ciężką dysfagię, zaleca się podanie najpierw mniejszej objętości – np. 3 x 5 ml wody łyżeczką [7]. Pojawienie się jednego z objawów wskazuje na aspirację. W takiej sytuacji pacjent powinien być poddany pogłębionemu badaniu przez neurologopedę, a czasami nawet będzie wymagał badania instrumentalnego. Odrębną, ale nie mniej ważną kwestią jest ocena efektywności połykania. Połykanie uważa się za niefunkcjonalne oraz wymagające dożywiania, jeśli czas spożycia jednego kęsa przekracza 10 s lub całkowity czas spożywania pojedynczego posiłku przekracza godzinę [3]. Aby żywienie pacjenta z dysfagią było bezpieczne należy wyeliminować posiłki o konsystencjach, które są dla chorego niebezpieczne, tzn. powodujące ryzyko aspiracji do dróg oddechowych podczas posiłku lub po jego zakończeniu. Ponieważ płyny najszybciej przemieszczają się z jamy ustnej w kierunku gardła, są one jedną z najtrudniejszych konsystencji dla pacjenta. W tym przypadku ryzyko zachy-

nięcia można zminimalizować zagęszczając płyny takie jak: woda czy herbata do konsystencji płynnego miodu lub nektaru [8]. Służą do tego dostępne na rynku różnego rodzaju preparaty na bazie gumy ksantanowej lub skrobi modyfikowanej. Podobny efekt można osiągnąć stosując tradycyjną skrobię ziemniaczaną, jednak zmienia ona smak napoju, co może wpłynąć na chęć spożywania napojów przez chorego. Ponadto pod wpływem czasu oraz w wyniku kontaktu ze śliną napój traci stabilność zagęszczenia. Pożywienie jakie otrzymują pacjenci, którzy mają problem z połykaniem powinno być dostosowane do poziomu zaburzeń połykania.

Poza płynami problem stanowi także przyjmowanie pokarmów stałych, które wymagają gryzienia lub żucia [3]. Trudność w połykaniu powodują również konsystencje mieszane np. połączenie płynu z kawałkami mięsa, warzyw, kaszy czy makaronu [6]. Problem ten dotyczy zarówno pacjentów z zaburzeniami połykania jak i osób, które mają mniej niż 20 zachowanych zębów. Dla tych pacjentów zalecane są pokarmy o konsystencji miękkiej, rozdrobnionej lub w formie puree [3]. Posiłek w formie gładkiej papki ułatwia połykanie. Należy jednak pamiętać, aby przygotowując pożywienie, osobno miksować każdy składnik, żeby poszczególne składniki takie jak mięso, ziemniaki, warzywa nie straciły walorów smakowych. Produkty zbożowe np. pieczywo

czy też ciastka przed podaniem choremu należy namoczyć w naparze herbaty, mleku lub innym płynie preferowanym przez pacjenta. Ze względu na pojawiające się podczas jedzenia objawy zmęczenia, niezwykle ważne jest podawanie posiłków o małych objętościach za to częściej (co 3-4 godz.), dostosowując tempo karmienia do indywidualnych możliwości i stanu chorego [3,56]. Należy również dbać, aby podczas spożywania posiłku pacjent przyjmował odpowiednią postawę ciała tzn. pozycję siedzącą i to zarówno podczas posiłku jak i bezpośrednio po nim [3-5]. Warto tutaj wspomnieć o aspekcie praktycznym. Jeśli pacjent wymaga stosowania pieluchomajtek lub wymiany pościeli to czynności te należy wykonać przed podaniem posiłku czy też napoju, aby nie spowodować aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych. Ważna jest również higiena jamy ustnej chorego po posiłku oraz zwracanie uwagi na to, czy pacjent nie przechowuje kęsa w policzku. Mycie zębów oraz toaleta jamy ustnej powinna odbywać się w sposób delikatny, przy użyciu miękkich sprzętów ponieważ do uszkodzonej powierzchni śluzówki łatwiej przylegają drobnoustroje.

Przestrzeganie opisanych powyżej wskazówek ma na celu poprawę komfortu życia chorego oraz redukcję ryzyka zachyłkowego zapalenia płuc. ●

Tab.1. Kwestionariusz przesiewowy Testu Oceny Procesu Jedzenia (EAT-10, Eating Assessment Tool)

W jakim stopniu doświadcza Pan/Pani następujących problemów? Proszę zakreślić odpowiedź od 0 do 4	0-bez problemu, 4-ciężki problem
1. Mój problem z połykaniem doprowadził mnie do utraty masy ciała	0 1 2 3 4
2. Mój problem z połykaniem wpłynął na moją zdolność jedzenia poza domem	0 1 2 3 4
3. Połykanie płynów wymaga ode mnie dodatkowego wysiłku	0 1 2 3 4
4. Połykanie pokarmów stałych wymaga ode mnie dodatkowego wysiłku	0 1 2 3 4
5. Połykanie leków wymaga ode mnie dodatkowego wysiłku	0 1 2 3 4
6. Połykanie jest bolesne	0 1 2 3 4
7. Moje problemy z połykaniem odbierają mi przyjemność jedzenia	0 1 2 3 4
8. Kiedy połykam, pokarm utyka mi w gardle	0 1 2 3 4
9. Kaszlę podczas jedzenia	0 1 2 3 4
10. Połykanie jest dla mnie stresujące	0 1 2 3 4

Literatura:

1. Wójkowska Mach J. i wsp.: Definicje i kryteria rozpoznania zakażenia szpitalnego oraz zakażenia w instytucjonalnej opiece długoterminowej Gerontol. Pol. 2010; 18, 1: 10–15
2. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r. Urząd Statystyczny w Krakowie 2021
3. Kłęk S., Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszko A., i wsp.: Leczenie żywieniowe w neurologii – stanowisko interdyscyplinarnej grupy ekspertów. Część I. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego. Polski Przegląd Neurologiczny 2017; 13 (3)

ŻYCIE OPIEKUNA RODZINNEGO

– TRUDNOŚCI, POTRZEBY, OCZEKIWANIA

Michał Danielewicz // socjolog, koordynator projektu „Opiekuję się – pracuję”, od ponad 10 lat pracuje jako badacz (planowanie, koordynacja, realizacja), specjalizuje się w badaniach jakościowych

Widmo deinstytucjonalizacji krąży nad usługami społecznymi. Działające w tym obszarze instytucje publiczne (np. Zakłady Opieki Leczniczej, czy Domy Pomocy Społecznej) traktują je z nieufnością, niekiedy również z obawą. I trudno temu się dziwić. W końcu już samo słowo sugeruje jakieś ograniczenie ich roli, od-instytucjonalizowanie. Z tego powodu sam termin należy uznać za niezbyt szczęśliwy, w istocie chodzi bowiem nie o redukcję i marginalizowanie ich roli, tylko zmianę filozofii działania. To zaś w ostatecznym rozrachunku powinno prowadzić do wzmocnienia pozycji instytucji pomocowych, za sprawą większej widzialności społecznej.

W największym skrócie: deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej oznacza, że opieka, która do tej pory domyślnie była delegowana „na zewnątrz”, do instytucji typu DPS czy ZOL, powinna być – w miarę możliwości – realizowana „na miejscu”, w naturalnym otoczeniu społecznym osoby wymagającej opieki, przy wsparciu wyżej wymienionych instytucji. W takim układzie wsparcie winno być kierowane do wymagających opieki, ale również i tych, którzy ją nad nimi sprawują (rodziny i innych bliskich). W tym kontekście płynąca z interwencji badawczej „Opiekuję się – pracuję” wiedza na temat oczekiwań, potrzeb, trudności i obaw osób sprawujących opiekę nad bliskimi niesamodzielnymi wydaje się być szczególnie użyteczna i ważna.

PROFIL PSYCHOSPOŁECZNY OPIEKUNA

Poniżej przedstawiamy kluczowe elementy profilu psychospołecznego osoby sprawującej opiekę, który opracowaliśmy na użytek projektu:

- dojrzała kobieta
- aktywnie mierząca się z życiowymi wyzwaniami
- opiekuje się najczęściej starym i schorowanym rodzicem, rzadziej małżonkiem lub niepełnosprawnym dzieckiem
- troszczy się o osoby jej bliskie – nie tylko te znajdujące się pod jej bezpośrednią opieką
- charakterystyczne komponenty kondycji poznawczo-emocjonalnej: niskie poczucie wartości, poczucie osamotnienia, wyobcowanie ze świata zewnętrznego (ograniczenie kontaktów towarzysko-społecznych), marginalizowanie potrzeb własnych, obciążenie emocjonalne związane z opieką nad bliską osobą niesamodzielną
- charakterystyczne niezaspokojone potrzeby: dowartościowanie, wsparcie społeczno-emocjonalne, motywacja do działania, auto-aprecjacja, możliwość „wygadania się”.

KILKA SŁÓW O PROJEKCIE

Projekt badawczo-interwencyjny „Opiekuję się – pracuję” był realizowany w latach 2021-’22 przez Instytut Badań Edukacyjnych w ramach wdrażania Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK).

Interwencja polegała na dostarczeniu społecznej usługi wsparcia grupie opiekunów rodzinnych w trzech obszarach: emocjonalnym (spotkania grupy wsparcia), kompetencyjnym (szkolenie uzupełniające i „profesjonalizujące” posiadane kompetencje opiekuńcze) oraz postawy życiowej i planów na przyszłość (coaching życiowy).

Celem badawczym projektu było pogłębione zrozumienie „pełnoetatowych” opiekunów osób bliskich niesamodzielnych; m.in. bólów, deficytów, obaw i potrzeb – ukazanych w kontekście mocno specyficznej sytuacji życiowej, w jakiej funkcjonują opiekunowie.

Raport z badania wraz z tekstami towarzyszącymi jest dostępny na stronach IBE.

PROBLEMY ŻYCIA CODZIENNEGO

Życie codzienne opiekuna pod pewnym względami znacząco odbiega od tego, jak wygląda życie większości z nas. Bez uświadomienia sobie tej odmienności może być ciężko zrozumieć rzeczywiste znaczenie jego bólów czy potrzeb. Poniżej przedstawiamy dwie typowe składowe, które wydają się być szczególnie istotne.

1 Życie w poczuciu izolacji społecznej

Po pierwsze jest to **odseparowanie przestrzenne** od innych ludzi, które wynika z tego, że życie opiekującego się w znacznej mierze toczy się w czterech ścianach własnego mieszkania (przy okazji pandemii mieliśmy okazję nieco posmakować uciążliwości takiego trybu funkcjonowania). Typowym „urozmaiceniem” są wizyty w placówkach ochrony zdrowia i rehabilitacji oraz placówkach specjalistyczno-edukacyjnych (w przypadku sprawowania opieki nad dziećmi). Nie dziwi zatem, że zdecydowana większość uczestniczek naszego projektu wskazywała na doskwierający im deficyt kontaktów ze „światem zewnętrznym”.

Drugim wymiarem takiej izolacji jest **izolacja społeczna** sensu stricto, czyli wycofanie w relacjach społecznych i poczucie deprecjacji społecznej. Z jednej strony osoba sprawująca opiekę ma silne przekonanie o głębokiej wartości wykonywanego zajęcia, z drugiej jednak przekonana jest, że pomimo tego, w oczach innych ludzi definiuje ją przede wszystkim brak formalnej aktywności zawodowej oraz fakt pobierania świadczenia pielęgnacyjnego. W potocznym odbiorze oznacza to ni mniej ni więcej, tylko „życie na zasiłku”, w domyśle: kosztem innych. Generuje to specyficzną mieszankę emocjonalną, której głównymi składowymi są poczucie winy, wstyd oraz poczucie niskiej wartości związane z brakiem aktywności zawodowej w społeczeństwie, w którym panuje kult pracy – choć to ostatnie jest nie tyle wprost formułowaną refleksją, co raczej nie w pełni uświadomioną przyczyną odczuwanego realnie dyskomfortu bycia postrzeganym przez otoczenie jako osoba niepracująca.

Kolejną okolicznością przyczyniającą się do społecznego wycofania jest obawa opiekującego się związana z kontaktami podopiecznego z otoczeniem, m.in. o to jak będzie odbierany przez innych ludzi oraz o reakcje otoczenia na kłopotliwe i nietypowe symptomy choroby/niepełnosprawności podopiecznego (np. głośnie i niewyraźna artykulacja).

Dopiero świadomość tego, jak często i na jak różnych poziomach osoba sprawująca opiekę doświadczająca izolacji społecznej, pozwala ujrzeć w pełniejszym świetle kwestię braku wsparcia emocjonalnego.

2. Życie na skraju wypalenia

Osoba opiekująca się funkcjonuje w sytuacji dużego, nierzadko wręcz przytłaczającego, obciążenia emocjonalnego, za które odpowiadają takie czynniki jak:

- trudności w relacji z podopiecznym, którym przezważnie jest dziecko lub rodzic, co sprawia, że obie strony nierzadko tkwią w problematycznych, a przy tym wzajemnie się utrwalających, schematach zachowań. Przykładowo: o ile ciężko jest się opiekować starszą panią, która nieustannie mówi jak coś ma być zrobione, to po wielokroć ciężiej jest wtedy, gdy tą starszą panią jest własna mama, która nie potrafi przestać pouczać i krytykować od dawna dorosłego już dziecka,
- zachowania oraz kondycja emocjonalna samych podopiecznych, w szczególności depresja oraz zachowania agresywne i autoagresywne. Warto pamiętać, że życie osoby niesamodzielnej – zdanej na innych i nieraz zamkniętej w czterech ścianach – wiąże się z wieloma frustracjami i trudnościami, co nie pozostaje bez wpływu na ich osobowość,
- poczucie bezradności (tudzież ograniczonego wpływu) osoby opiekującej się wobec choroby czy stanu, w jakim znajduje się bliska, kochana osoba.

Do najczęstszych symptomów obciążenia emocjonalnego należą: stałe napięcie, ciągłe zmęczenie, niemożność regeneracji, trwale obniżony nastrój. Rozpatrując sytuację opiekujących się trzeba mieć też świadomość niezwykle trudnej specyfiki wykonywanej przez nich pracy, na którą składa się:

- nienormowany czas pracy
- bardzo utrudnione rozgraniczanie czasu wolnego i pracy
- przestrzeń domowa jest równocześnie przestrzenią pracy
- wysoki poziom zaangażowania w wykonywane zajęcia przy ograniczonym – lub nieobecny – poczuciu „sukcesu”
- wysokie poczucie odpowiedzialności (za jakość życia osoby bliskiej)
- brak wyrazów uznania ze strony bliźszego i dalszego otoczenia (rodziny i społeczeństwa)

Biorąc pod uwagę wymienione powyżej symptomy obciążenia emocjonalnego oraz specyficzne warunki ich aktywności, nietrudno zrozumieć, że osoby opiekujące się są szczególnie mocno zagrożone syndromem podobnym do wypalenia zawodowego. W tym kontekście nie dziwi, że kluczową potrzebą jest potrzeba wytchnienia – przede wszystkim chodzi o niezaspokojoną potrzebę relaksu, „oderwania się” (myśłami i emocjami) od trudnej sytuacji życiowo-domowej.

UŚWIADOMIONE PRAGNIENIA I NIE-UŚWIADOMIONE POTRZEBY

Konstruując ofertę wsparcia dla opiekujących się osobami niesamodzielnymi, zdecydowanie warto mieć na względzie nie tylko uświadomione pragnienia (to, czego chcą), ale też nieświadomione potrzeby (to, czego potrzebują). Te pierwsze bardziej przemówią do odbiorców

Ten okres opieki nad bliską osobą to jest najtrudniejszy okres w moim życiu, ale jednocześnie najpiękniejsze co mogło mi się przydarzyć.

na wstępie, przyciągną ich do usługi – warto odwoływać się do nich wprost w komunikowaniu oferty. Te drugie mają z kolei większy potencjał faktycznej poprawy ich dobrostanu.

Tak jest choćby w przypadku jednej z najważniejszych, lecz nieświadomionej potrzeby wsparcia emocjonal-

nego. W przypadku naszego projektu, część uczestników była początkowo sceptycznie nastawiona wobec udziału w grupie wsparcia, która kojarzyła im się jako formuła przeznaczona do pracy z ludźmi w natogu, tudzież postrzegaty ją jako „amerykański” sposób radzenia sobie z problemami (niepasujący do naszej kultury).



I rzeczywiście, pierwsze spotkania grupy wsparcia okazały się pewnym wyzwaniem dla kilku pań, które miały opór przed otwartym mówieniem o swoich emocjach, przede wszystkim zaś – przed afirmatywnym spojrzeniem na siebie i innych. Obowiązująca na grupie zasada wstrzymywania się od krytyki była postrzegana jako „nie-naturalna” i nadmiernie ograniczająca w relacjach z innymi. Ostatecznie uczestniczki zaakceptowały, a z czasem również przekonały się do tej formy spotkań. W końcowych wywiadach podsumowujących to właśnie grupę wsparcia wskazywały najczęściej jako najbardziej wartościowy element projektu. Wniosek: proponując grupę wsparcia jako element programu skierowanego do kobiet 45+ warto z pewnością uwzględnić w komunikacji potencjalne obawy i wątpliwości wobec takiej formuły. Poniżej przedstawiamy zidentyfikowane w trakcie badania uświadomione pragnienia (zaczynające się od „chcę”) oraz nieuświadomione potrzeby (zaczynające się od „potrzebuję”).

CO DALEJ?

W przyszłym roku, w oparciu o wyniki projektu (m.in. zarysowane powyżej trudności, potrzeby i oczekiwania opiekunów) planujemy przeprowadzić serię warsztatów skierowanych do osób zarządzających placówkami opieki długoterminowej. W ich trakcie zaprojektujemy lokalną usługę wsparcia osób sprawujących opiekę nad bliskimi niesamodzielnymi. Taka usługa mogłaby stanowić konstruktywną odpowiedź na oczekiwania związane ze wspomnianą na wstępie „deinstytucjonalizacją”. Za zainteresowanych wstępnie udziałem w przyszłorocznych warsztatach, zapraszam do zgłaszania się pod adres m.danielewicz@ibe.edu.pl

Na stronach IBE, prócz samego raportu omawiającego wyniki interwencji badawczej, dostępny jest też narzędziownik – zbiór scenariuszy opracowanych na użytek naszego projektu oraz zestaw praktycznych wskazówek przydatnych w realizacji projektów skierowanych do osób opiekujących się osobami niesamodzielnymi. ●

Potrzebują zrozumienia i akceptacji – także dla swoich negatywnych emocji:

- potrzebują docenienia ich pracy,
- potrzebują podniesienia poczucia własnej wartości,
- potrzebują bycia wysłuchaną.

Potrzebują uznania ich potrzeb, godności, podmiotowości.

Potrzebują uporać się z poczuciem winy (że nie dość dobrze wykonują swoje obowiązki opiekuńcze; że mają czasem „dosyć tego wszystkiego”; że czują złość na podopiecznego).

Chcą jak najlepiej opiekować się bliskimi.

Chcą relaksu, odpoczynku, regeneracji psychicznej:

- potrzebują wiedzy oraz praktycznych ćwiczeń technik relaksacyjnych oraz sposobów radzenia sobie ze stresem,
- potrzebują wsparcia psychologa, terapeuty czy psychiatry (czasem w parze z podopiecznym).

Chcą przywrócenia im prawa do pracy.

Chcą kontaktów z osobami w podobnej sytuacji.

Potrzebują uzewnętrznienia nagromadzonych trudnych emocji (m.in. złości, frustracji) oraz nauki jak konstruktywnie sobie z nimi radzić.

Potrzebują poczucia przynależności, bycia w grupie (wspierającej, rozumiejącej i akceptującej).

Chcą wiedzy praktycznej i porad na tematy związane z opieką (m.in. kwestie formalno-prawne, medyczne).

Potrzebują pomyślenia o sobie i swoich potrzebach, zajęcia się sobą bez poczucia winy.

Potrzebują podniesienia poziomu asertywności w relacjach z podopiecznym oraz rodziną.

Chcą częściej wychodzić z domu (choć jednocześnie muszą uporać się z lękiem o podopiecznego, który im towarzyszy w tym czasie).

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Nietrzymanie moczu (NTM)

INACZEJ INKONTYNENCJA

Kiedy u podopiecznego pojawia się nietrzymanie moczu, niezależnie od jego stopnia, nie można ignorować tego faktu. Nawet jeśli epizody inkontynencji zdarzają się okazjonalnie, jest to wyzwanie dla opiekuna, przyczyną dyskomfortu dla podopiecznego, a często także źródłem infekcji i problemów skórnych chorego. Dlatego istotne jest zabezpieczenie podopiecznego odpowiednim produktem chłonnym (jak np. wkładka urologiczna, majtki chłonne lub pieluchomajtki), który pozostaje suchy w kontakcie ze skórą oraz neutralizuje nieprzyjemny zapach.

Z naszych doświadczeń wynika, że sporo osób używa niewłaściwego produktu chłonnego – ze względu na złe dobrany rodzaj, poziom chłonności lub rozmiar. Właściwy wybór jest istotny zarówno ze względów finansowych, komfortu osoby, która korzysta z wyrobu chłonnego jak i komfortu opiekuna. W tym artykule wyjaśnimy jakie są różnice w produktach do inkontynencji i jak dobrać produkt odpowiedni dla twojego podopiecznego.

Jakiego poziomu ochrony szukasz?

Krok 1.

Określ poziom nietrzymania moczu

Przy wyborze produktu do nietrzymania moczu należy kierować się stopniem NTM i ilością wycieków - jak często następują wycieki i jak są obfite? Wiedza na temat stopni NTM i częstotliwości oraz objętości wycieków pozwoli ci dobrać właściwy produkt dla podopiecznego.

W określeniu stopnia nietrzymania moczu pomocny może się okazać dzienniczek mikcji na stronie www.seni.pl



kropelkowe NTM – sporadyczne, kropelkowe popuszczanie moczu



lekkie NTM – w większości sytuacji w sposób kontrolowany korzystanie z toalety i tylko okazjonalnie popuszczanie moczu



średnie NTM – korzystanie z toalety raz na jakiś czas, ale epizody nietrzymania moczu zdarzają się częściej i są bardziej obfite



ciężkie NTM – cały mocz jest oddawany do produktu chłonnego lub chory nie ma kontroli nad oddawaniem moczu.

Krok 2.

Wybierz rodzaj produktu

Ze stopniem nietrzymania moczu wiąże się także odpowiednia chłonność produktu. Szukając właściwego rozwiązania warto wziąć jednak pod uwagę więcej czynników, np. tryb życia, stopień mobilności podopiecznego. Czy potrzebujesz produktu dla kogoś kto się porusza samodzielnie, przy pomocy, czy też stale przebywa w łóżku? Jaką funkcję ma spełniać wyrób? Jaką mieć budowę? Jakie są preferencje podopiecznego?

Co to jest chłonność?

Chłonność wyrobu na NTM – chłonnością określaną jest ilość moczu, którą produkt jest w stanie wchłonąć.



Dla osób z lekkim i średnim nietrzymaniem moczu

W przypadku NTM, które pojawia się przy kichaniu, kaszlu, podnoszeniu ciężkich przedmiotów albo w sytuacjach, gdy nie zdąży się do toalety, proponujemy szeroką gamę wkładek urologicznych, które różnią się wielkością, chłonnością i są dopasowane do anatomii każdej z płci.

WKŁADKI UROLOGICZNE:

- redukują nieprzyjemny zapach moczu,
- wyższą chłonność niż podpaski (przystosowane są do chłonięcia moczu),
- zapewniają suchą skórę i bielizny – wkładka wiąże mocz wewnątrz produktu



DLA KOBIET

Seni Lady Slim: Mikro, Mikro Plus, Mini, Mini Plus, Normal, Extra i Seni Lady: Extra Plus, Super, Plus.
Dostępne w 9 rozmiarach i chłonnościach



DLA MĘŻCZYŹN

Seni Man Light, Normal, Super, Extra, Extra Plus
Dostępne w 5 rozmiarach i chłonnościach



Ważne są także preferencje co do samej budowy danego wyrobu na nietrzymanie moczu. Przy średnim nietrzymaniu moczu można używać zarówno wkładek urologicznych o wyższej chłonności lub majtek chłonnych, które są zakładane jak zwykła bielizna np. **Seni Lady Pants**.



Majtki chłonne Seni zakładane są jak zwykła bielizna i świetnie się sprawdzają dla osób:

- podczas treningu toaletowego i treningu pęcherza
- po zabiegach, w trakcie rehabilitacji
- które poruszają się samodzielnie lub przy pomocy – na co dzień, podczas dłuższych spacerów, wyjazdów
- dla których jest to lepsze rozwiązanie niż pieluchomajtki na rzepy – np. dla osób z demencją (otępieniem)

Zachęcaj chorego do korzystania z toalety choć częściowo. Zachowanie tego nawyku jest bardzo ważnym elementem powstrzymującym pogłębienie się nietrzymania moczu.



Majtki chłonne dają możliwość samodzielnego korzystania z toalety lub łatwiejszego zdjęcia i założenia produktu z pomocą opiekuna.

Majtki chłonne – za co je polubisz?

- łatwość zakładania – jak zwykła bielizna
- swoboda ruchu (elastyczny i miękki produkt),
- poczucie suchości,
- system kontroli zapachu,
- dyskrecja – majtki są niewidoczne pod ubraniem,
- wygoda podczas ściągania zużytego wyrobu (mają rozrywane szwy boczne)

JEDNORAZOWA BIELIZNA CHŁONNA NA LEKKIE I ŚREDNIE NIETRZYMANIE MOCZU

Seni Lady Pants

Zaprojektowane z myślą o kobietach, w delikatnym brzoskwiowym odcieniu, idealnie sprawdzają się w codziennych aktywnościach i wyjątkowych sytuacjach takich jak podróże, spotkania, uroczystości, czy podczas aktywności fizycznej



MAJTKI CHŁONNE NA ŚREDNIE NIETRZYMANIE MOCZU

Seni Active Normal

Dla osób, które korzystają z toalety, ale potrzebują zabezpieczenia pomiędzy wizytami w toalecie.



Seni Active Super, Seni Active Classic

Dla osób, u których wycieki moczu są częste i bardziej obfite, a nie korzystają z toalety lub korzystają z niej rzadko.



MAJTKI CHŁONNE NA CIĘŻKIE NIETRZYMANIE MOCZU

Seni Active Plus

Dla osób, które potrzebują wysokiej chłonności lub pewnego zabezpieczenia na dłuższy okres czasu np. w nocy lub w podróży.



Seni Active Trio

Najbardziej chłonne rozwiązanie dla osób o ciężkim nietrzymaniu moczu, nasilonym ze względu na stan zdrowia, przyjmowane leki, lub na noc.



Produkty marki Seni są dostępne w różnych poziomach chłonności i rozmiarach.

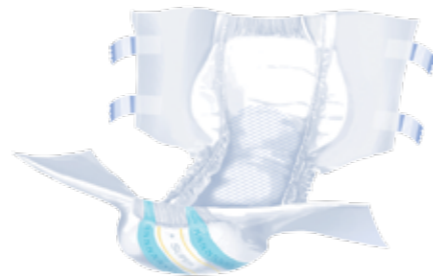
Daje to możliwość wyboru wyższej chłonności, gdy wymaga tego sytuacja – np. na noc, kiedy praca nerek jest zaburzona ze względu na chorobę albo w okresach, kiedy nietrzymanie moczu jest nasilone ze względu na przyjmowane leki.



Dla osób z ciężkim nietrzymaniem moczu

W wielu sytuacjach majtki chłonne sprawdzają się niezawodnie nawet przy ciężkim NTM, jednak najlepszym zabezpieczeniem dla osób, które wszystkie potrzeby fizjologiczne zatawiają do produktu chłonnego i spędzają

cały czas lub większość doby w pozycji leżącej, będzie **pielucha zapinana na rzepy**. To produkt, który w nomenklaturze refundacyjnej nazywamy **pieluchomajtkami**.



Pieluchomajtki – za co je polubisz?

- doskonałe dopasowanie do ciała – wiele elastycznych elementów,
- pełne zabezpieczenie przed wyciekami,
- wygoda zakładania, także wtedy, gdy podopieczny nie jest w stanie unieść bioder
- możliwość wielokrotnego zamykania i otwierania pieluchy
- od XS do XXL – szeroka rozpiętość rozmiarów

Marka Seni oferuje 4 poziomy chłonności pieluchomajtek. Schemat poniżej przedstawia sugerowany dobór chłonności.

dzień		Zestaw podstawowy		noc	
<p>Super Seni</p> <p>6</p> <p>W rozmiarach od XS do XL 10 szt. lub 30 szt. w opakowaniu</p>		<p>Super Seni Trio</p> <p>8</p> <p>W rozmiarach od S do XL 10 szt. w opakowaniu</p>			
<p>Zestaw przy nasilonym nietrzymaniu moczu np. przy cukrzycy, przyjmowaniu leków moczopędnych lub zwiększonej ilości płynów</p>					
<p>Super Seni Plus</p> <p>7</p> <p>W rozmiarach od XS do XXL 10 szt. lub 30 szt. w opakowaniu</p>		<p>Super Seni Quatro</p> <p>9</p> <p>W rozmiarach od S do XL 10 szt. w opakowaniu</p>			

Krok 3.

Dobierz właściwy rozmiar

Przed wyborem i zakupem należy zmierzyć obwód w talii i w biodrach i przyrównać go do rozmiaru na opakowaniu. Jeśli obydwa wymiary: obwód talii i bioder mieszczą się w jednym z podanych w tabeli przedziałów – ten rozmiar wybierz. Jeśli znajdują się w dwóch różnych przedziałach, wybierz rozmiar na podstawie wymiaru większego.

Jak dobrać odpowiedni rozmiar?

na przykładzie Seni Active

1. zmierz obwód w talii i biodrach
2. przyrównaj do rozmiaru na opakowaniu

PRZYKŁAD:

miejki chłonne	
przedział w cm	rozmiar
55-85 cm	S Small
80-110 cm	M Medium
100-135 cm	L Large
120-160 cm	XL Extra Large
140-190 cm	XXL 2X-Large

Jeśli oba wymiary: obwód talii i bioder mieszczą się w jednym z podanych w tabeli przedziałów – ten rozmiar wybierz.

Jeśli wymiary talii i bioder znajdują się w dwóch różnych przedziałach, wybierz rozmiar na podstawie większego wymiaru.

W ofercie marki Seni znajdziesz więcej produktów dla osób z nietrzymaniem moczu – mogą się sprawdzić, gdy Twój podopieczny ma specyficzne wymagania, nietypowe wymiary albo np. jest cewnikowany. Więcej informacji znajdziesz na stronie seni.pl lub u przedstawiciela marki Seni.

seni man Ochrona przy nietrzymaniu moczu **DLA MĘŻCZYŹN**

NOWY POZIOM CHŁONNOŚCI

NOWY POZIOM CHŁONNOŚCI

LIGHT NORMAL EXTRA EXTRA PLUS SUPER

LEVEL / 1 LEVEL / 2 LEVEL / 3 LEVEL / 4 LEVEL / 5

1 2 3 4 5

dostępne w refundacji

wkład anatomiczny wkład anatomiczny pielucha anatomiczna pielucha anatomiczna pielucha anatomiczna

 Wkrótce w ofercie także majtki chłonne Seni Man Pants w kolorze szarym!
Więcej na seni.pl

seni man Teraz Seni Man **W NOWEJ ODSŁONIE**

LEVEL / 1 2 3 4 LEVEL / 5

- ▶ z nadrukiem w męskim wzorze
- ▶ nowy system ochrony przed wyciekami bocznymi*
- ▶ pewne mocowanie do bielizny (pasek klejowy oraz dwa dodatkowe punkty klejowe po bokach wkładki)
- ▶ dostępne w czterech chłonnościach

*nie dotyczy najmniejszego rozmiaru Seni Man Light Level 1

- ▶ wkładka o unikalnej konstrukcji i najwyższej chłonności w ofercie Seni Man
- ▶ w kształcie łódki, w której umieszcza się penisa
- ▶ z fałdami bocznymi, chroniącymi przed wyciekami

Terapia zajęciowa dla opornych

– CZYLI JAK ZACHĘCIĆ DO AKTYWNOŚCI TYCH KTÓRYM SIĘ NIE CHCE?

Małgorzata Kospin // andragog, wykładowca, trener, autorka wielu książek, ćwiczeń i publikacji o tematyce senioralnej, prowadząca kanał na You Tube o nazwie Małgorzata Kospin, redaktor serwisu www.czas-seniora.pl

Znaczenie aktywności w życiu człowieka

Na początku zadajmy sobie pytanie: **Czym jest aktywność?** Dla każdego z całą pewnością oznacza ona co innego. W literaturze znajdujemy następującą jej definicję: aktywność jest zdolnością do intensywnego działania; jest to energia, która towarzyszy nam każdego dnia. Dzięki aktywności możemy zaspokajać nasze potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne. Brak aktywności może powodować samotność, izolację społeczną, postępującą niesprawność, a nawet przedwczesną śmierć.

Jeśli już wiemy czym jest aktywność i jak ważna ona jest dla naszego dobrego funkcjonowania warto jest teraz zadać sobie pytanie: **Czy możemy zachęcić kogoś do aktywności a jeśli tak to w jaki sposób?** Chcąc odpowiedzieć na to pytanie stworzyłam listę rzeczy jakie możesz zrobić by zaktywizować drugą osobę, której nic się nie chce. Skupię się na seniorach bo to z nimi przychodzi nam pracować i to z nimi podejmujemy próby ich aktywizacji.

Po pierwsze zacznij dzień od tego co lubi senior. To my osoby opiekujące się seniorami najlepiej wiemy co sprawia im przyjemność. Może warto jest poszukać kilku takich rytuałów jakie można wprowadzić na początek dnia by już na starcie dodać seniorom energii. Do takich czynności możemy zaliczyć: słuchanie muzyki lub śpiewanie ulubionej energicznej piosenki, rozmowa lub dyskusja na temat tego co możemy znaleźć w najnowszych wiadomościach, ciekawe ćwiczenia fizyczne, terapia śmiechem (np. czytanie dowcipów) itp. Dzięki temu możemy sprawić że nasz senior już od początku dnia będzie pełen energii i zainteresowania tym co może się wydarzyć w dalszej jego części.

Kolejna propozycja to to byśmy zaczęli od łatwych rzeczy. Mimo tego że chyba wszystkie teorie zarządzania czasem mówią nam coś dokładnie odwrotnego, krzycząc niemal okładkami „Zjedz tą żabę”, „Zacznij od tego co najtrudniejsze” to w logice pracy z seniorami spotykamy się z tego odwrotnością. Seniorzy by poczuli się lepiej muszą widzieć efekty swoich starań. Zatem jeśli chcesz zmotywować na dobre seniora i zachęcić go do długotrwałej współpracy z tobą warto byś zaczęła od rzeczy łatwych. Dzięki temu senior nabierze chęci by zmierzyć się z trudniejszymi zadaniami.

Następną bardzo ważną zasadą w aktywizacji seniorów jest dzielenie dnia na bloki. Musisz pamiętać o uwarunkowaniach biologicznych i psychicznych swojego klienta. Proponuję ci podział dnia na 3 bloki.

Pierwszy blok od śniadania do obiadu – w nim powinna się znaleźć aktywność poznawcza taka jak rozwiązywanie zagadek logicznych, krzyżówek, Sudoku czy Origami ale także wzmocniona aktywność fizyczna spacer, sprzątanie. Drugi blok od obiadu do podwieczorku – w tym bloku

powinna dominować aktywność społeczna i artystyczna, czyli spotkania z bliskimi i sąsiadami ale także kolorowanie, wyszywanie i inne prace manualne.

Trzeci blok od podwieczorku do kolacji – to jest czas na relaks może się tu znaleźć oglądanie ulubionego serialu, słuchanie relaksującej muzyki, czytanie ulubionej książki. Dzięki tej strukturze dnia będziesz mógł ustalić zadania jakie należą do seniora będziesz mógł jasno zdefiniować jakie czynności senior będzie wykonywał rano a jakie po południu. To nie tylko zorganizuje wam czas ale sprawi że senior chętniej będzie ci towarzyszył w podejmowanych przez siebie aktywnościach czy zadaniach.

Czwartym krokiem do tego by zaktywizować seniorów jest to by planować tydzień z góry. Najlepiej jeśli plan umieścimy w widocznym miejscu tak byś i ty i senior mógł do tego planu wracać. Takie ułożenie daje po pierwsze poczucie bezpieczeństwa i tobie i seniorowi, po drugie poczucie satysfakcji jeśli widzę że to co byto na li-

ście do zrobienia udało mi się zrobić i po trzecie wprowadza spokój i harmonię do codzienności, już nie musimy się martwić o to by wymyślać zajęcia z dnia na dzień ale możemy skupić się na ich realizacji.

Ostatni punkt uważam bardzo ważny a zapomniany to nauka wdzięczności. Jeśli tylko to możliwe na koniec dnia usiądź z seniorem czy seniorami i niech każdy z was wypowie kilka zdań za co jest dziś wdzięczny. Widzę że ta praktyka świetnie nastraja seniorów do następnego dnia. Widzę jak jest ona pomocna w aktywizowaniu osób starszych. Choć na początku może być trudno się nauczyć bycia wdzięcznym bo niestety zakorzenione mamy w naszej kulturze narzekanie, to wiem że z czasem wdzięczność może być zapalnikiem do tego że w naszych pracowniach terapeutycznych każde możliwe miejsce będzie zajęte. To budowanie dobrego obrazu samego siebie i umiejętność chwalenia się za osiągnięcia może stać się nowym początkiem dla wielu z nas.

Nie wpadaj zatem w błędne koło amotywacji / aktywizacji, słuchając wymówek typu „Dziś jakoś nie mam ochoty na zmiany może jutro...” Prawdopodobnie lepszy dzień niż dziś nigdy nie nadejdzie. Pamiętaj terapeuto to ty jesteś zmianą, to od ciebie wszystko się zaczyna i na tobie wszystko się kończy. To czy będziesz mieć ochotę zmienić swoje nawyki terapeutyczne zależy tylko od ciebie. Możesz dzięki swojej ciężkiej pracy pociągnąć, zapalić wielu seniorów którzy już dawno zgasli w swoim myśleniu i działaniu, to ty możesz przywrócić chęci do podejmowania rzeczy nowych. W końcu to od twojego zaangażowania i od twojej aktywności terapeutycznej będzie zależało zaangażowanie i aktywność osób z jakimi pracujesz.

Powodzenia, wiem że dasz radę!!!

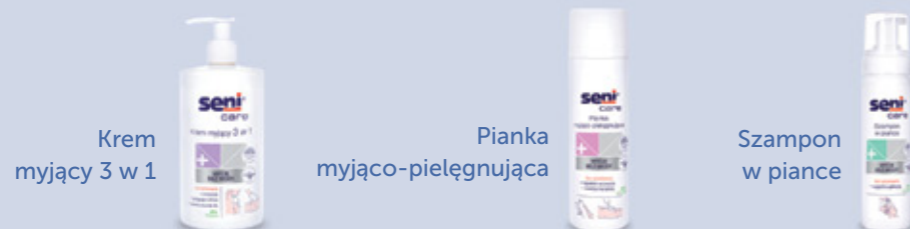
Więcej na temat aktywizacji podopiecznych i prowadzenia terapii na:





PIELĘGNACJA W OPIECE

MYCIE BEZ WODY



AKTYWACJA



SKUTECZNA OCHRONA

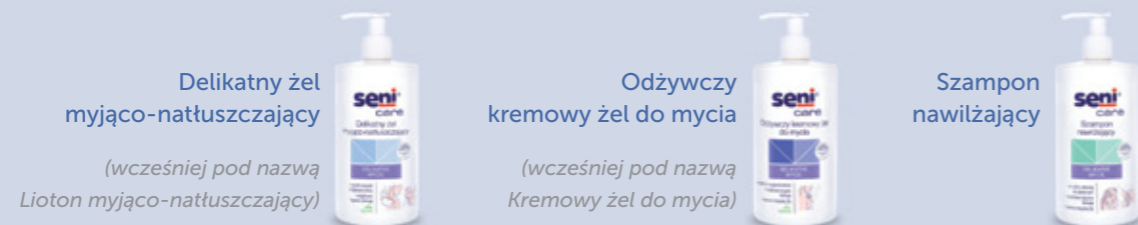


WYGODNE OCZYSZCZANIE



PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

DELIKATNE OCZYSZCZANIE



REGENERACJA



KOMFORT OPIEKI



POĆWICZ Z NAMI

Zadanie 1. W jak najkrótszym czasie wypisz jak najwięcej synonimów słów.

- Święty Mikołaj -
- Ozdoba -
- Zimno -
- Droga -
- Wspaniały -
- Zabawa -
- Lekarz -
- Trening -
- Miejsce -
- Gwiazdka -

Zadanie 2. Wypisz jak najwięcej wspólnych cech:

- Wody i szkła -
- Kwiatka i drzewa -
- Książki i telewizora -
- Lampy i słońca -
- Samochodu i lwa -

Zadanie 3. Jak najszybciej wykonaj poniższe działania.

3+6-4=	7-1+5=	1+7-2=.....	5x2-3=.....
4x2-1=	4x3+5=.....	6÷2+5=.....	6x2+4=.....
8÷2+3=.....	2x2-3=.....	7-3+2=.....	9÷3+3=.....
9-4+1=	5x3+3=.....	8÷4+2=.....	5-2+6=.....

ODPOWIEDZI

Zadanie 1. Święty Mikołaj – Gwiazdor, Dziadek Mróz Ozdoba – dekoracja, wystrój, ornament Zimno – mroźnie, chłodno, lodowato Droga – szlak, trasa, ulica, jezdnia Wspaniały – świetny, cudowny, znakomity, boski Zabawa – rozrywka, gra, harce, igraszki Lekarz – specjalista, doktor, medyk Trening – ćwiczenie, szkolenie, zadanie Miejsce – teren, strefa, obszar, pole Gwiazdka – Boże narodzenie, Święta, choinka	Zadanie 2. Woda i szkło – Jest przezroczyste, zimne, bezbarwne, niebezpieczne Kwiatka i drzewa – Jest rośliną, zielone, pachnie, rośnie w ziemi Książki i telewizora – Dowiadujesz się nowych rzeczy, kolorowe, ciekawe, nieprzewidywalne Lampy i słońca – Dają światło, są żółte, są okrągłe.	Zadanie 3. 3+6-4= 5 4x2-1= 7 8÷2+3=7 9-4+1= 6	7-1+5= 11 4x3+5=17 2x2-3=1 5x3+3=18	1+7-2=6 6÷2+5=8 7-3+2=6 8÷4+2=4	5x2-3=7 6x2+4=16 9÷3+3=6 5-2+6=9
---	--	---	--	--	---

Kobięco
i dyskretnie
z nową bielizną chłonną

seni®

Lady
PANTS



Zamów
bezpłatną
próbkę
na seni.pl



- W delikatnym brzoskwiowym kolorze
- Poczucie suchości
- Kontrola zapachu
- Idealne dopasowanie

Na lekkie
i średnie
nietrzymanie moczu