

PORADNIK OPIEKUNA

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 4/2021 (8)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki
dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie,
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 530,
e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

SPIS TREŚCI

<u>Od redakcji</u>	<u>3</u>
<u>Charakterystyka i diagnostyka bólu u osób starszych.....</u>	<u>4</u>
<u>Przyczyny i konsekwencje upadków u osób starszych</u>	<u>6</u>
<u>Odleżyny – przyczyny, ocena ryzyka stopni odleżyn</u>	<u>8</u>
<u>Eliminacja i profilaktyka bólu u osób starszych – metody nefarmakologiczne.....</u>	<u>10</u>
<u>Eliminacja i profilaktyka upadków u osób starszych.....</u>	<u>12</u>
<u>Profilaktyka odleżyn</u>	<u>15</u>
<u>Organizacja opieki nad pacjentem z bólem.....</u>	<u>17</u>
<u>Organizacja działań środowiskowych, zmniejszających ryzyko upadków u seniorów</u>	<u>21</u>
<u>Organizacja opieki nad pacjentem z odleżynami - zaopatrzenie w nowoczesne opatrunki</u>	<u>23</u>
<u>Miejskie Centrum Opieki - kolejna edycja projektu "Centrum Wsparcia Opiekunów"</u>	<u>26</u>

Poradnik opiekuna

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 4467500, www.mco.krakow.pl

Publikacja bezpłatna, współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020
w ramach IX Osi Priorytetowej Region spójny społecznie

Szanowni czytelnicy

Z wielką przyjemnością, w ramach kontynuacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk - opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych - ósmy numer Kwartalnika w wersji online. Stanowi on alternatywną formę prezentacji treści zawartych na [naszym portalu](#).

Za nami wakacje - okres, w którym mamy nadzieję, że znaleźli Państwo czas na relaks oraz odpoczynek. Spędziliśmy go wszyscy w tym roku po raz kolejny w inny, niecodzienny sposób. Zakryte usta i nos, wolny fotel obok, przed i za pasażerem - to tylko niektóre ze zmian wprowadzonych w podróżowaniu. Reżim sanitarny w związku z COVID-19 sprawił, że wielu z nas nigdzie nie wyjechało, częściej miejscem wypoczynku była działka za miastem. Ciekawe, czy skorzystali Państwo ze słońca, świeżego powietrza, warzyw i owoców, podreperowali swój stan zdrowia? Nadchodzi jesień, proponujemy Państwu, by podążać za atmosferą jesiennych kolorów. Otaczanie się ciepłymi barwami energetyzuje organizm i poprawia nastrój. Z kolei optymizm i pozytywne spojrzenie na świat przekłada się na poprawę relacji z otoczeniem. Jeśli jednak dopadną Państwa gorsze chwile, zachęcamy do lektury Kwartalnika.

Mamy nadzieję, że znajdą Państwo w niniejszym wydaniu cenne informacje na temat charakterystyki i diagnostyki bólu, przyczyn i konsekwencji upadków, przyczyn, oceny ryzyka i stopni odleżyn u osób starszych. Proponujemy również Państwu artykuły o eliminacji i profilaktyce bólu, upadków, odleżyn u osób w podeszłym wieku. Zachęcamy Opiekunów do zapoznania się z założeniami i zasadami organizacji opieki nad pacjentem z bólem, organizacji działań środowiskowych zmniejszających ryzyko upadków, jak również organizacji zaopatrzenia w nowoczesne specjalistyczne opatrunki na odleżyny.

Wierzimy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa. Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres: centrumwsparcia@mco.krakow.pl.

Życzymy miłej lektury
Redakcja



Charakterystyka i diagnostyka bólu u osób starszych

Ból u osób starszych jest bagatelizowanym zjawiskiem poprzez panujący stereotyp, że nieodłącznie towarzyszy osobom w tej grupie wiekowej. Dodatkowo, skuteczna terapia dolegliwości bólowych u seniorów jest ograniczona, a często niewłaściwa, ze względu na wiele czynników związanych z procesem starzenia się.

Według obowiązującej definicji, skonstruowanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu, ból to: „nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”. Ból jest jednym z najczęstszych objawów towarzyszących wielu patologiom występującym w starości. Typowe bóle to bóle kości i stawów. Ból jest subiektywnym odczuciem, oceną chorego, może podlegać modyfikacji na podstawie przebytych doświadczeń oraz osobowości człowieka. W zależności od czasu trwania, ból można podzielić na ostry i przewlekły. **Ból ostry** to taki, który powstaje w wyniku uszkadzającego bodźca i trwa nie dłużej niż 3 miesiące (jest to np. czas potrzebny do zakończenia procesu gojenia uszkodzonych tkanek). Odgrywa on ważną rolę odruchowo-obronną, gdyż alarmuje o nieprawidłowościach i zagrożeniach. Sygnalizuje powstanie objawów chorobowych, zmusza do szukania pomocy i szukania przyczyny. Jest to pozytywny aspekt bólu. **Ból przewlekły** stwierdza się, jeśli dolegliwości bólowe utrzymują się ponad 3 miesiące, powodując cierpienie i obniżenie jako-

ści życia pacjenta oraz jego rodziny/opiekunów w aspekcie fizjologicznym, psychologicznym, duchowym i społecznym lub gdy ból utrzymuje się, mimo wygojenia uszkodzonych tkanek. Ból przewlekły nie pełni już funkcji ostrzegawczo-obronnej, jak jest w przypadku bólu ostrego, staje się chorobą, wpływając negatywnie na stan biopsychospołeczny człowieka. Prowadzi do wyczerpania fizycznego (zmęczenie, brak snu, utrata apetytu, niedożywienie) i psychicznego (depresja, lęk). Istotnie ograniczać może samodzielność chorego w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

Według miejsca i mechanizmu powstania, ból można podzielić na: neuropatyczny, receptorowy (nocyceptywny) i psychogeny. **Ból neuropatyczny** jest specyficznym rodzajem bólu, rzadko rozpoznawanym, będącym zespołem charakterystycznych objawów, niepoddających się leczeniu klasycznymi lekami przeciwbólowymi i przeciwzapalnymi. Definicja bólu neuropatycznego, zaproponowana przez Komitet ds. Taksonomii IASP (International Association for the Study of Pain) mówi, że jest to ból spowodowany uszkodzeniem

lub chorobą somatosensorycznej części układu nerwowego. Specyfika mechanizmu powstawania oraz wieloczynnikowa etiopatogeneza wymagają indywidualnego podejścia w leczeniu. Niektórzy pacjenci mogą odczuwać bardzo silne dolegliwości bólowe mimo braku klinicznych objawów uszkodzenia nerwów – i na odwrót. Uszkodzenie prowadzące do bólu neuropatycznego może nastąpić na poziomie nerwu obwodowego, rdzenia kręgowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Może mieć charakter neuralgii, zespołu korzeniowego, kaudalgi, bólu fantomowego. Odczuwany jest jako pieczenie, klucie, jest trudny do opisanego przez chorego, najczęściej ma charakter napadowy, przeszywający, promieniujący, może występować samoistnie lub po podrażnieniu. Mogą mu towarzyszyć: nadwrażliwość na bodźce mechaniczne i termiczne, mrowienia, drętwienia, zaburzenia czucia powierzchniowego. Nie ma wielu danych, dotyczących częstości występowania bólu neuropatycznego lub są one niespójne. Długotrwały przebieg bólu sprawia, że wraz z poczuciem bezradności i bezsilności pojawia się depresja. Należy także pamiętać, że depresja może manifestować się występowaniem zespołów bólowych, zwłaszcza kiedy pacjent mówi, że „wszystko boli”, jest to bowiem jedna z somatycznych масек depresji. **Ból receptorowy** powstaje w wyniku uszkodzenia tkanek i pobudzenia receptorów bólowych. W zależności od lokalizacji tych receptorów może być somatyczny (skóra, mięśnie, stawy, kości) lub trzewny (narządy wewnętrzne). Jest to zazwyczaj ból dobrze zlokalizowany. **Ból psychogeny** ma swoje źródło w psychice chorego, nie ma podłoża organicznego.

Diagnostyka bólu

W ocenie bólu bierze się pod uwagę jego natężenie. Powszechnie stosowaną skalą oceny natężenia bólu jest **skala wizualno-analogowa** (ang. Visual Analogue Scale – VAS), gdzie na dziesięciocentymetrowym odcinku: początek (0) to brak bólu, a koniec (10) – najsilniejszy ból, jaki chory może sobie wyobrazić. Pacjent zaznacza punkt na skali w miejscu, które najlepiej odpowiada natężeniu doznawanego przez niego bólu. Bóle w granicach 1-3 określane są jako słabe, 4-6 jako umiarkowane, 7-10 – bardzo silne. Odmianą wyżej opisaną skali jest **skala numeryczna** (ang. Number Rating Scale – NRS). Prosi się pacjenta, żeby określił, jak silny jest ból w skali 0-10. Inną metodą jest **skala słowna** (ang. Verbal Rating Scale – VRS). Jest to skala porządkowa, zawierająca szereg ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określonymi stopniami natężenia bólu, gdzie cyfra 0 oznacza brak bólu, 1 – mały, łagodny ból, 2 – średni, znośny ból, 3 – duży, dotkliwy ból, 4 – najgorszy, nie do wytrzy-

mania. Dodatkowych informacji o bólu dostarczają **mapy bólu** – na gotowym rysunku sylwetki człowieka zaznacza się miejsce odczuwanego bólu. U chorych z utrudnionym kontaktem, źródłem informacji o bólu jest obserwacja pacjenta i ocena zmian jego zachowania (ocena behawioralna), a skalą – skala DOLOPLUS (w praktyce rzadko używana). Składa się z 10 pozycji oceniających 3 obszary: reakcje somatyczne (dolegliwości somatyczne: tachykardia, wzrost ciśnienia, rozszerzenie źrenic, zwiększona potliwość, przyspieszenie oddechu, duszność; obronna pozycja ciała; ochrona miejsc bolesnych; wyraz twarzy: grymas bólu, szczelinowe przymknięcie oczu, trójkątne ustawienie brwi, opuszczenie kącików ust, smutek na twarzy; zaburzenia snu), reakcje psychosomatyczne (zaburzona aktywność życia codziennego – mycie, ubieranie, zdolność poruszania się), reakcje psychospołeczne (brak zainteresowania otoczeniem, zaniepokojenie, agresja, pobudzenie, wrogość, lęk, złość lub gniew, poczucie beznadziejności i rezygnacji, przygnębienie, depresja).

Percepcja bólu, rozpatrywana od strony psychologicznej to nie tylko poczucie bólu, ale także jego tolerancja. Ból przewlekły i depresja mogą być postrzegane jako dwie odrębne jednostki chorobowe, często jednak współistnieją ze sobą, wydłużając leczenie oraz zdecydowanie pogarszając jakość życia pacjentów i planowane wyniki terapii.

Diagnoza bólu u osób starszych z otępieniem

Pacjenci niesprawni poznawczo, a zatem również pacjenci otępienni, mogą odczuwać ból w taki sam sposób, jak pacjenci nie cierpiący na demencję. Mogą oni jednak nie rozumieć, że to co odczuwają jest bólem. W tej kwestii są trochę podobni do dzieci. W przypadku diagnozy pacjentów otępiennych kluczowa jest obserwacja zachowania. Wskaźniki behawioralne pozwalają opiekunowi ocenić, jakie jest prawdopodobieństwo, że pacjent cierpi. Obserwując bliską Ci chorą osobę zwróć szczególną uwagę na płacz, jęczenie, wzdychanie, sapanie i stękanie. Te, wydawane przez nią dźwięki, mogą być spowodowane przez ból. Niech Twojej uwadze nie umkną również zmiany w mimice twarzy, takie jak zaciśnięte zęby, szeroko otwarte oczy i zaciśnięte wargi. Zachowaj czujność, jeśli chora osoba podtrzymuje się mebli lub innych przedmiotów, kiedy stara się wykonać jakiś ruch. Osoba, która cierpi z powodu długotrwałego bólu może mieć problem z dłuższym utrzymaniem jednej pozycji lub też pocierać obolałe miejsce.

Piśmiennictwo:

Wieczorowska-Tobis K., Talarzka D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Przyczyny i konsekwencje upadków u osób starszych

Okolo 35-40% zdrowych osób po 65. roku życia doznaje przynajmniej jednego upadku rocznie, a po 80. – prawie 50%. Liczba ta wzrasta wśród pensjonariuszy opieki instytucjonalnej do blisko 60%.

Ryzyko upadków zwiększają: zaawansowany wiek, płeć żeńska (we wczesnej starości częściej upadają kobiety, natomiast w późnej starości – częstość upadków jest jednakowa u obu płci), rasa biała, samotne zamieszkiwanie, wcześniejsze upadki w wywiadzie, zmiana wzorca chodu, tzw. chód starczy (osoby starsze poruszają się wolniej, stawiają mniejsze kroki, stopy unoszą niżej w stosunku do podłoża, ruchy rotacji w stawach biodrowych i kolanowych, wymachy kończyn górnych ulegają ograniczeniu), niska masa ciała, niedożywienie, osłabienie, wyniszczenie organizmu, upośledzenie funkcji poznawczych, polipragmazja (>4 leki), wielochorobowość, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, mała aktywność, niesprawność, stosowanie sprzętu ortopedycznego, ułatwiającego przemieszczanie się. Upadki u osób starszych najczęściej zdarzają się w czasie podejmowania czynności dnia/życia codziennego, w godzinach nocnych (z powodu konieczności korzystania z toalety – przewaga diurezy nocnej).

Czynniki ryzyka upadków:

- **Biologiczne:** wiek, płeć, rasa, niska masa ciała, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia równowagi i chodu, zaburzenia widzenia i pamięci, stany zapalne stawów, zażywanie niektórych leków, ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego krwi, schorzenia neurologiczne, choroby sercowo-naczyniowe, choroby narządu ruchu, choroby metaboliczne, choroby żołądkowo-jelitowe, choroby układu moczowo-płciowego oraz psychiczne, lękowy zespół poupadkowy.
- **Behawioralne:** nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej lub niewielka aktywność obniżająca sprawność, pośpiech, wysoka aktywność fizyczna generująca sytuacje ryzykowne, polifarmakoterapia.
- **Środowiskowe:** śliskie podłogi, brak mat antypoślizgowych, nieprzymocowane do podłoża chodniki i dywany, wysokie stopnie, brak uchwyków i poręczy, niedostosowana wysokość mebli i urządzeń sanitarnych, nieodpowiednie obuwie, słabe oświetlenie.
- **Socjoekonomiczne:** brak wsparcia społecznego, niski dochód, złe warunki bytowe, ograniczony dostęp do usług zdrowotnych i socjalnych.

Przyczyny upadków

Można je podzielić na dwie grupy:

Wewnętrzne (organiczne)

a) wynikające z procesu starzenia się organizmu: 1. zmiana postawy ciała: zwiększenie wychylenia postawnego, zmniejszenie odruchów prostowania, chód drobnymi krokami; 2. zmniejszenie sprawności układu nerwowego: pogorszenie koordynacji ruchowej, zwolnienie czasu reakcji, obniżenie zdolności odczuwania dotyku, utrudniające rozpoznanie przeszkody, wibracji, temperatury; 3. pogorszenie sprawności układu mięśniowego, zaburzenia wzroku, słuchu (sprzyjają utracie równowagi).

b) wynikające ze stanów chorobowych: 1. choroby narządu ruchu: choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza, urazy, złapania, stany zapalne narządu ruchu; 2. choroby neurologiczne: choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, stany po udarze mózgu, polineuropatie, padaczka; 3. choroby psychiczne: demencja, delirium, depresja; 4. choroby układu sercowo-naczyniowego: hipotonia ortostatyczna i poposiłkowa, omdlenia, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego; 5. choroby narządu wzroku i słuchu: niedosłuch, niedowidzenie: jaskra, zaćma; 6. zaburzenia metaboliczne: hipoglikemia, hipokaliemia, niedoczynność tarczycy, niedożywienie; 7. zaburzenia układu moczowo-płciowego: nykturia, omdlenie pomikcyjne i podefekacyjne; 8. leki: hipotensyjne, nasenne, diuretyki.

Zewnętrzne (środowiskowe)

1. nieodpowiednie oświetlenie: niedostateczne, oślepiające; 2. brak korekcji zaburzeń ostrości wzroku i słuchu: brak lub źle dobrane okulary, brak lub źle dobrany aparat słuchowy; 3. przeszkody: śliskie, mokre, wypastowane podłogi, nieumocowane dywany, progi, strome, wysokie schody bez poręczy; 4. brak udogodnień: uchwyty, poręczy, włączniki światła zamontowane w miejscach trudno dostępnych; 5. nieodpowiednie obuwie: wysokie obcasy, śliska podeszwa; 6. bałagan: niepozwywane, długie przewody; 7. nieodpowiednie meble: zbyt miękkie fotele i krzesła, fotele na kółkach, niskie oparcia krzeseł, niestabilne krzesła i stoły, wysoko zawieszone półki i szafki; 8. pogorszenie

warunków atmosferycznych; 9. zbyt niska temperatura pomieszczeń.

Zwykle występuje kilka, wzajemnie nakładających się na siebie przyczyn predysponujących do upadków. Większość upadków poprzedzona jest zaburzeniami równowagi. Inne, występujące rzadko, określane jako nagłe „podcięcie nóg”, są wynikiem przejściowej utraty napięcia miejscowego w kończynach dolnych w trakcie chodzenia lub stania, polegają na upadku na kolana, bez utraty przytomności.

Konsekwencje upadków

Następstwa upadków można rozpatrywać w kategoriach fizycznych, psychicznych i społeczno-ekonomicznych. W wielu przypadkach konsekwencją upadku osoby starszej jest stłuczenie, poważne złamanie bądź uraz mózgu, a w skrajnych przypadkach, w wyniku powikłań, nawet śmierć. Upadki należą do grupy tzw. „wielkich problemów geriatrycznych”, stanowią częsty powód hospitalizacji, wydłużają czas pobytu w szpitalu i zwiększają zapotrzebowanie na opiekę, a tym samym jej koszty. W starszej populacji wielokrotne urazy fizyczne i psychiczne, będące wynikiem upadków oraz ich następstw, mają bardzo poważne skutki uboczne, których rezultatem jest utrata sprawności, samodzielności, wydolności funkcjonalnej, znaczne

przyspieszenie ogólnego procesu starzenia się i zwiększenie ryzyka śmierci. Upadki seniorów, w których dochodzi do urazów, są jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i pątą, co do częstotliwości przyczyną zgonów u osób po 75. roku życia. To problem, którego z pewnością nie można bagatelizować. Najbardziej narażonym na złamanie miejscem u osób starszych (zwłaszcza kobiet) jest szyjka kości udowej, dalsza część kości promieniowej, około 2,5 cm od stawu nadgarstkowego.

Groźnym skutkiem upadku jest hipotermia, gdyż organizm osoby starszej szybko ulega wyziębieniu. Na takie niebezpieczeństwo narażone są osoby mieszkające samotnie. Do fizycznych konsekwencji upadków należą także skutki unieruchomienia: odleżyny, przykurcze, infekcje, zakrzepica żył głębokich. Innym następstwem jest lęk przed ponownym upadkiem, powodujący bierną postawę pacjenta, a nawet depresję. Uraz osoby starszej nakłada większe obowiązki na rodzinę/opiekuna nieformalnego, a przy dużym deficycie sprawności funkcjonalnej staje się przyczyną umieszczenia osoby starszej w instytucji o charakterze opiekuńczym.

Piśmiennictwo:

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Odleżyny – przyczyny, ocena ryzyka oraz stopni odleżyn

Czym jest odleżyna?

Jest to zlokalizowane uszkodzenie skóry i/lub głębszych tkanek, które zwykle pojawia się na wypukłości kostnej w wyniku ucisku lub ucisku i naciągania (rozrywania, ścinania) bądź tarcia. Odleżyny powstają w miejscach, gdzie odległość między powierzchnią skóry a znajdującym się pod nią układem kostnym jest niewielka. W tych miejscach podczas długotrwałego unieruchomienia, zwłaszcza na twardym podłożu, dochodzi do ucisku na tkanki, co w dalszej konsekwencji prowadzi do ich niedokrwienia, niedożywienia i martwicy. Powszechnie uważa się, że pojawienie się odleżyn świadczy o złej, niewystarczającej opiece pielęgnacyjnej ze strony rodziny, opiekunów nieformalnych, formalnych, czy pielęgniarzek. Wystąpienie odleżyn zależy jednak od wielu czynników i u niektórych ciężko chorych pacjentów odleżyny pojawiają się mimo podejmowania największych starań.

Stopień odleżyn

Klasyfikacja odleżyn wg wytycznych EPUAP-NPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel, Europejski Panel doradczy ds. Odleżyn; National

Pressure Ulcer Advisory Panel, Amerykański Krajowy Panel Doradczy):

I Nieblednący rumień – skóra nieuszkodzona, bolesność, zmiana spoistości i temperatury skóry; u osób ciemnoskórych ocena trudna – możliwe przebarwienie

II Ubytek skóry niepełnej grubości – powierzchowne owrzodzenie, pęcherzyk wypełniony treścią surowiczą lub pęknięty

III Ubytek skóry pełnej grubości – głębsze owrzodzenie, może być widoczna podskórna tkanka tłuszczowa, rana płytka lub głęboka (zależnie od lokalizacji), może być obecna wydzielina w ranie, może być też obecna tkanka martwicza (nieutrudniająca oceny głębokości rany)

IV Ubytek skóry pełnej grubości – z odsłonięciem mięśni, ścięgien lub kości

Odleżyny nieklasyfikowane – skóra nieuszkodzona, ale prześwituje obszar o zmienionej barwie lub pęcherz krwisty, podejrzenie uszkodzenia tkanek głębokich, głębokość nieokreślona, skóra wokół zmiany może być bolesna o zmienionej strukturze i uciepleniu.



Gdzie najczęściej występują odleżyny?

Miejsca najbardziej narażone na powstanie odleżyn, to:

a) w przypadku leżenia na plecach:

- kość ogonowa
- pośladki
- kręgosłup
- pięty

b) w przypadku leżenia na boku:

- kość biodrowa
- kość ramienna
- kość udowa po stronie bocznej
- kości boczne stopy

Czynniki usposabiające powstanie odleżyn

Do najczęściej spotykanych czynników usposabiających należą:

- **Masa ciała pacjenta** (nadwaga powoduje zwiększenie ucisku w tych miejscach, gdzie tkanka kostna jest położona pod cienką warstwą tkanki podskórnej, niedowaga, brak odpowiedniej tkanki podskórnej, prowadzi do wzmożonego nacisku powierzchniowego).
- **Dieta** (niedożywienie, dieta uboga w białko).
- **Nietrzymanie moczu i stolca** (środowisko wilgotne, kwaśny odczyn moczu i kału wywołuje zmianę pH skóry, prowadząc w wielu sytuacjach do maceracji naskórka).
- **Rodzaje skóry** (sucha skóra jest szczególnie narażona na uszkodzenia; bibułkowata u ludzi w podeszłym wieku, z powodu braku elastyczności podatna na uszkodzenia).

- **Ograniczenie lub brak aktywności ruchowej** (unieruchomienie w jednej pozycji, np. na wózku, cała masa ciała jest skupiona na małej powierzchni, co prowadzi do wzmożonego ucisku).
- **Płeć** (kobiety dwukrotnie częściej są narażone na ryzyko powstania odleżyn ze względu na rodzaj skóry, która jest cieńsza i bardziej delikatna).
- **Wiek** (zagrożenie wystąpieniem odleżyn wzrasta z wiekiem; proces starzenia powoduje zmiany w organizmie, które generują czynniki sprzyjające rozwojowi odleżyn, m.in. zmiany w obrębie skóry, aktywności ruchowej).
- **Choroby, które zwiększają ryzyko powstania odleżyn** (cukrzyca, miażdżyca, anemia, zaburzenia czucia, choroby przebiegające z wyniszczeniem organizmu, czyli np. nowotworowe, stwardnienie rozsiane, paraplegia).
- **Stosowane leczenie** (terapia steroidowa, chemioterapia, aminy katecholowe).
- **Konieczność interwencji chirurgicznej, obecność infekcji.**

Najczęściej stosowane w ocenie ryzyka powstawania odleżyn skale to: skala Norton, Braden, Waterlow i Douglas.

Piśmiennictwo:

Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. (red): Podstawy pielęgniarstwa. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

Eliminacja i profilaktyka bólu u osób starszych - metody niefarmakologiczne

Bywa tak, że dni ludzi starszych wypełnione są bólem i nie ma miejsca w nich na radość z życia. Czy tak być powinno? Czy to nas właśnie czeka?

„Jak Cię nie boli to znaczy, że już nie żyjesz” – w ten sposób starsze osoby często pocieszają się nawzajem. Na pewno mają w tym słuszość, bo za odczuwanie bólu odpowiedzialny jest działający mózg. Wraz z jego śmiercią, według dotychczasowej wiedzy medycznej, nie możemy mówić o bólu. Jednak większość z nich rozumie to zdanie w ten sposób: „Jeśli jeszcze żyjesz, to musi Cię boleć”, a na to zgodzić się już nie można. Ból nie jest możliwy po śmierci, ale nie jest też konieczny za życia.

PAMIĘTAJ! Ból nie jest nieodzownym elementem starzenia się, a jedynie oznaką choroby.

Ból, zwłaszcza ten przewlekły, może wystąpić jako skutek wielu chorób, na których prawdopodobieństwo zachorowania rośnie z wiekiem, np.: miażdżycy czy osteoporozy. Starsi ludzie zmagają się też często z neuropatią, czyli zapaleniem nerwów obwodowych.

Niefarmakologiczne metody leczenia

Ból jest zjawiskiem wielowymiarowym. Atakuje nas nie tylko na poziomie fizycznym, ale też psychicznym, dlatego poza lekami często zaleca się włączenie do terapii niefarmakologicznych metod leczenia. Walka z bólem jest nie tylko wyzwaniem dla osoby cierpiącej, ale również dla jej rodziny, opiekuna, lekarza, pielęgniarki. Wszystkie te osoby powinny zaangażować się w proces leczenia. Lekarz musi mieć zaufanie do pacjenta i podać odpowiednie leki, pacjent musi chcieć je przyjmować, a zadaniem rodziny, opiekuna, pielęgniarki jest wspierać pacjenta. Na intensywność odczuwanego bólu ma wpływ nie tylko fizjologia organizmu, ale również sytuacja rodzinna i finansowa osoby chorej. Dlatego wsparcie najbliższych, zarówno emocjonalne, jak i finansowe, jest tak bardzo ważne. Wraz z wiekiem rośnie zainteresowanie ludzi niefarmakologicznymi metodami leczenia. Biorąc pod uwagę ogrom dolegliwości z którymi zmagają się starsi pacjenci, sama farmakoterapia często bywa po prostu niewystarczająca. Do niefarmakologicznych metod leczenia, które może nam zaproponować lekarz należą:

- edukacja,
- fizjoterapia,
- psychoterapia,
- grupy wsparcia,
- techniki relaksacyjne,

- masaż,
- przezskórna stymulacja nerwów,
- biofeedback,
- hipnoza.

PAMIĘTAJ! Łączenie metod farmakologicznych z niefarmakologicznymi jest kluczowe dla procesu zdrowienia.

Edukacja

Edukacja być może sama w sobie nie posiada waloru leczącego, jednak jest bardzo ważna, o ile nie najważniejsza. Pacjenci cierpiący z powodu bólu przewlekłego muszą uświadomić sobie, że istotne dla ich stanu zdrowia jest stosowanie się do zaleceń lekarza. Edukacja pomoże im też zrozumieć, co może im dać leczenie. Jeśli pacjent pozna dobrze swoją chorobę, będzie znał przyczyny bólu i zrozumie, w jaki sposób dany sposób leczenia może mu pomóc, zapewne nie będzie długo wahał się z podjęciem decyzji o leczeniu. Zapewnienie edukacji starszym ludziom jest tak istotne, ponieważ często nie mają oni możliwości korzystania z ważnych źródeł wiedzy, jakim jest np. internet.

Fizjoterapia

Fizjoterapia jest niezwykle ważna, niestety wielu seniorów uważa, że nie przynosi oczekiwanych efektów. Faktycznie, może się tak zdarzyć, że fizjoterapia nie zmniejszy bólu od razu, a na jej efekty będzie trzeba czekać. Jej skuteczność polega jednak na czym innym. Ból często powoduje, że starsi ludzie rezygnują z coraz większej liczby aktywności. Fizjoterapia pomaga pozostać im w formie. Wzmacnia mięśnie (zwłaszcza ważne są tutaj mięśnie pleców), wspomaga utrzymywanie równowagi i prawidłowej postawy ciała. Początkowo może wydawać się, że sama fizjoterapia powoduje ból. Dzieje się tak najczęściej u osób, które nigdy wcześniej nie uprawiały żadnych sportów i mówiąc potocznie ich kości i stawy są po prostu „zastane”. Należy się wtedy uzbroić w cierpliwość, zacisnąć zęby i przeczekać najgorsze momenty. Na końcu czeka taką osobę nagroda – lepsze samopoczucie. Coraz częściej proponuje się starszym ludziom aquaterapię, czyli fizjoterapię w ciepłej wodzie. Może się ona okazać dla nich lepsza, ponieważ podczas ćwiczeń w wodzie stawy nie są narażone na tak duży nacisk, jak podczas zwykłych



ćwiczeń. Dlatego też aquaterapia jest szczególnie polecana dla osób cierpiących na artretyzm.

Psychoterapia

Psychoterapia bólu odbywa się zazwyczaj w nurcie poznawczo-behawioralnym. Podstawowym założeniem, które przyświeca tej terapii jest to, że umysł, emocje i zachowania mogą wpływać na natężenie odczuwanego bólu. Podczas terapii początkowo osoba uczy się myśleć o bólu w ten sposób, aby zyskać nad nim jak największą kontrolę. Ta faza psychoterapii jest nazwana fazą edukacji. Kolejnym etapem jest już leczenie. Osoba poznaje konkretne strategie kontroli zachowań i myśli, które mogą potęgować ból. Następnie uczy się stosować je w codziennym życiu. Zatem, z jednej strony starsi ludzie po psychoterapii powinni zmienić sposób myślenia o bólu, zacząć postrzegać go jako coś, z czym są w stanie wygrać. Z drugiej strony powinni już wiedzieć, jak go zwyciężyć i po prostu to zrobić. Wynikiem tego może być zdefiniowanie własnej osoby jako aktywnej i odnoszącej sukcesy oraz podniesienie samooceny. Psychoterapia pozwala również uporać się z innymi skutkami ubocznymi chorób przewlekłych, np. bezsennością.

Zmiana stylu życia

Do niefarmakologicznych metod leczenia bólu zaliczamy również zmianę stylu życia. Ból przy nie-

których chorobach przewlekłych nasila się, ponieważ pacjent nie stosuje się do zaleceń lekarza związanych ze zmianą diety, rzuceniem palenia, utratą wagi. Przykładem może być osoba, która cierpi z powodu wrzodów żołądka, ale nie przestaje jeść ostrych potraw i pali jak smok. Takie przyzwyczajenia są bardzo trudne do porzucenia, zwłaszcza dla osoby starszej. Będzie ona musiała włożyć wiele wysiłku w ich zmianę, jednak bywa, że nie ma innego wyjścia i aby pozbyć się bólu pleców najpierw musi np. schudnąć, a aby pozbyć się bólu brzucha – zrezygnować z posiłków doprawianych chili i pieprzem.

Czynniki podwyższające próg bólu – ciepło, alkohol, komfort psychiczny, dobry nastrój, odpoczynek, sen, zorganizowanie czasu wolnego, zajęcie odwracające uwagę, życzliwość i zainteresowanie, rozładowanie emocji, właściwe informowanie, uspokojenie chorego, czasem: współczucie i zrozumienie, obecność innych.

Czynniki obniżające próg bólu – zmęczenie, nuda, niepokój, smutek, gniew, opuszczenie, niewygoda, bezsenność, lęk, osłabienie, obniżenie odporności, wycieńczenie, a także: depresja, choroba przewlekła.

Piśmiennictwo:

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Eliminacja i profilaktyka upadków u osób starszych

Szeroko zakrojone programy prewencji upadków są opracowane i stosowane na wszystkich kontynentach i w połowie państw członkowskich UE. Niestety, w Polsce wciąż brakuje jeszcze działań profilaktycznych, prowadzonych w warunkach ambulatoryjnych jako osobna procedura medyczna. Nie prowadzi się też działań edukacyjnych, które poruszałby kwestię upadków.

Tymczasem, jak pokazują badania prowadzone od wielu lat w Europie i na świecie, dzięki takim i podobnym działaniom, istnieje możliwość obniżenia liczby upadków nawet o 50%. Jak pokazują przykłady z innych krajów, specjalne procedury wdrażane w ośrodkach zdrowia, rzetelne programy edukacyjne czy zagwarantowanie lepszego dostępu seniorom do usług zdrowotnych i opiekuńczych sprzyjają zmniejszeniu liczby upadków bądź minimalizacji ich negatywnych konsekwencji. W Polsce jeszcze brakuje takich działań. Upadki i ich konsekwencje w obliczu starzejącej się populacji to olbrzymi problem natury społecznej i ekonomicznej. Koszt świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem, rehabilitacją jak i opieką nad osobami niesamodzielnymi będzie rósł w olbrzymim tempie.

Zapobieganie upadkom u ludzi starszych stanowi wyzwanie dla współczesnej medycyny i fizjoterapii. Upadki są jedną z głównych przyczyn obniżenia jakości życia i mogą prowadzić do inwalidztwa,

a nawet śmierci osób w podeszłym wieku. Znaczna część seniorów nie powraca do pełnej sprawności fizycznej. Następstwa upadków w postaci urazów, a w efekcie niepełnosprawności, chorobowości i śmiertelności uzasadniają zaliczenie ich do wielkich problemów geriatrycznych. Powtarzające się upadki niekiedy wiążą się ze stanami lękowymi, spowodowanymi obawą przed kolejnym upadkiem (zespół poupadkowy, post fall syndrome). Zespół poupadkowy występuje zarówno u osób, które doznały upadku, jak i u tych, które były świadkiem czyjegoś upadku bądź obserwowały skutki powstałe w wyniku upadku – lęk przed upadkiem wzmacnia się w sytuacjach, gdy osoby z bliskiego otoczenia w wyniku upadku zostały hospitalizowane lub trwały uszkodzenia w konsekwencji upadku doprowadziły do umieszczenia ich w placówce opiekuńczej. U osób z zespołem poupadkowym obserwuje się zaniechanie wychodzenia z domu w przekonaniu, że upadek w domu nie będzie się wiązał z poważnymi następstwami. Inne konsekwencje wystą-

pienia zespołu poupadkowego to ograniczenie aktywności, pogorszenie jakości chodu, funkcji domowych i społecznych, uzależnienie od osób trzecich. Ciężkim objawem jest trwałe położenie się do łóżka i obawa, że wstanie będzie się nieuchronnie wiązało z upadkiem. Do wystąpienia zespołu poupadkowego predysponują płeć (kobiety) oraz czynniki zmienne, takie jak siedzący tryb życia, zaburzenia chodu i widzenia, postrzeganie się jako osoby chorej i słabej.

Prewencja upadków u ludzi w podeszłym wieku wymaga wielopłaszczyznowych, czasochłonnych i kosztownych interwencji. Wielu specjalistów z różnych dziedzin medycyny i dziedzin pozamedycznych podjęło się wyzwania opracowania planu zapobiegającego upadkom. Na podstawie raportów naukowych sporządzonych w ostatnich latach opracowano Check List, która znalazła zastosowanie w opiece zdrowotnej i pracy z osobami w podeszłym wieku. Inna grupa specjalistów, również na podstawie opracowanych wyników badań, przeprowadzonych dla European Network for Safety Among Elders (EUNESE), wskazuje sześć skutecznych interwencji, mających na celu prewencję upadków.

BEZPIECZNE OTOCZENIE

Dostosowanie bezpiecznego otoczenia obejmuje modyfikacje środowiskowe w mieszkaniu i w strefie poza mieszkaniem osoby starszej. Spośród najistotniejszych czynności należy wymienić:

- usunięcie dywanów i dywaników oraz innych zbędnych przedmiotów na trasie poruszania się,
- uzupełnienie oświetlenia głównego o oświetlenie miejsc zacienionych (upośledzona zdolność adaptacji do kontrastującego oświetlenia) oraz wyposażenie mieszkania w nocne oświetlenie, ułatwiające dotarcie do toalety,
- zlikwidowanie progów pomiędzy pomieszczeniami,
- montowanie instalacji w listwach przypodłogowych, pod podłogą bądź wzdłuż ścian,
- noszenie odpowiedniego obuwia (buty wyposażone w zapiętek, rzepy, szeroki i głęboki nosek, właściwy rozmiar, odpowiednio cienka podeszwa z bieżnikiem obuwia, niski, szeroki obcas),
- zakaz umieszczania reklam na chodnikach na wysokości głowy przechodniów, gdyż zwiększa to ryzyko upadku,
- instruktaż używania urządzeń i pomocy stosowanych przy przemieszczaniu się,
- noszenie okularów z filtrami w celu poprawy kontrastu widzenia i uniknięcia oślnienia,
- dostosowanie środków komunikacji miejskiej

(np. niskopodłogowe środki transportu),

- wsparcie środowiskowe dla pacjentów pozostających w środowisku domowym w wykonywaniu czynności dnia codziennego,
- pomoc w adaptacji pomieszczeń w mieszkaniu seniora,
- udostępnienie i edukacja używania technologii mających zastosowanie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub upadku w celu wezwania pomocy (np. urządzeń telemedycznych).

ĆWICZENIA FIZYCZNE

Aktywność fizyczna stanowi najskuteczniejszą metodę profilaktyki upadków. Wyniki badań wskazują, że wielkość stosowanych w ćwiczeniach obciążeń ma istotne znaczenie dla stymulacji kości. Inne badania donoszą o pozytywnym wpływie aktywności fizycznej na zachowanie ogólnej sprawności, utrzymanie właściwej siły mięśniowej, utrzymywanie równowagi oraz zmniejszenie zaburzeń związanych z przemieszczaniem się. Rekomendowanymi formami aktywności fizycznej dla osób starszych, wpływającymi korzystnie na minimalizowanie ryzyka upadków, są ćwiczenia siłowe, ćwiczenia wpływające na poprawę równowagi i koordynacji, ćwiczenia poprawiające kondycję i elastyczność. Ukierunkowana aktywność fizyczna powinna stanowić formę treningu profilaktyczno-leczniczego, a proponowane ćwiczenia powinny być dostosowane indywidualnie i mieć interdyscyplinarny charakter.

ROZWÓJ SIŁY MIĘŚNIOWEJ

Trening siłowy u osób w podeszłym wieku korzystnie wpływa na układ sercowo-naczyniowy, aktywność układu nerwowo-mięśniowego, poprawia siłę i moc mięśniową oraz sprzyja przyrostowi masy mięśniowej, przeciwdziała osteoporozie i sarkopenii. Podczas treningu siłowego należy skupić się na mięśniach tułowia i kończyn dolnych. Dozwolone jest stosowanie ćwiczeń z obciążeniem zewnętrznym (gumy Thera-Band, hantle, lekkie sztangi, ćwiczenia na przyrządach, opór partnera) oraz z obciążeniem własnego ciała. Intensywność oraz obciążenie w treningu siłowym osób starszych należy dobierać indywidualnie. Do przykładowych ćwiczeń o charakterze siłowym należą pompki przy ścianie, przysiady (do pozycji siadania na krześle), wchodzenie na stopień, wspięcie na palce, spinanie miednicy w pozycji leżącej.

ROZWÓJ RÓWNOWAGI I KOORDYNACJI

Ćwiczenia ukierunkowane na poprawę koordynacji i równowagi mają dwojaki charakter – profilaktyczny i terapeutyczny. Prowadząc trening kształtu-

jący równowagę, należy zwrócić uwagę na płynność ruchów, swobodę ich wykonania, zachowanie prawidłowej postawy ciała. Ćwiczenia dla osób starszych powinny być prowadzone w bezpiecznych warunkach. Należy je wykonywać na podłodze lub w pozycji siedzącej. Należy unikać ćwiczeń na platformach do ćwiczeń równoważnych czy na ławeczkach. Ciekawą dla seniora formą ćwiczeń równoważnych jest prowadzenie ich na świeżym powietrzu, w zróżnicowanym terenie. Skuteczne są także ćwiczenia w wodzie. Przykładem ćwiczeń kształtujących równowagę może być omijanie naturalnych przeszkód, wchodzenie na stopnie, chodzenie z woreczkiem na głowie, stanie na jednej nodze przy krześle, stanie na jednej nodze bez pomocy, chodzenie po linii, naprzemienny wznos ramion i nóg w klęku podpartym.

TAI-CHI

Tai-chi stanowi połączenie ćwiczeń równoważnych oraz ćwiczeń wzmacniających siłę mięśni kończyn dolnych. Styl ten składa się z powolnych ruchów kładących nacisk na kontrolę postawy w połączeniu z głębokim oddychaniem, dlatego też stanowi skuteczny trening równowagi. W ćwiczeniach stosowane są niskie pozycje półprzysiadu i ruchy z komponentą rotacji tułowia i obrotów. Dla osób starszych często stosowane są ćwiczenia w niskich pozycjach, jak siad na krześle, dzięki czemu mogą ćwiczyć nawet osoby, które nie są w stanie utrzymać pozycji stojącej przez czas treningu. Tai-chi wpływa na komponenty układu kontroli postawy, takie jak wychylenie punktu ciężkości ciała, punkty podparcia stopy, odpowiedź mięśniowa. Tai-chi korzystnie wpływa na zmniejszanie się u starszych osób lęku przed ponownym upadkiem. Ćwiczenia z elementami tai-chi powinny angażować zmysł równowagi poprzez zmniejszanie pola podparcia, przenoszenie środka ciężkości oraz zmniejszanie udziału kończyn górnych w utrzymywaniu stabilizacji. Ćwiczenia powinny być podejmowane przynajmniej przez dwie godziny tygodniowo.

ROZWÓJ WYTRZYMAŁOŚCI

Trening wytrzymałościowy stanowi naturalną formę ruchu, możliwą do podejmowania przez osoby w zróżnicowanym wieku i o różnym poziomie sprawności. Zapobiega spadkowi wydolności sercowo-oddechowej. Najkorzystniejsze dla zdrowia są wysiłki submaksymalne, stosowane dwa razy w tygodniu przez minimum 20 min. Rekomendowaną formą treningu o charakterze wytrzymałościowym są intensywne marsze lub nordic walking

ze zmiennym tempem, chodzenie na bieżni, wchodzenie po schodach, jak również jazda na rowerze stacjonarnym. Nordic walking stanowi dobrą formę aktywności dla osób w podeszłym wieku, ponieważ wymusza pracę górnej i dolnej części ciała, angażując około 90% mięśni całego ciała. Dzięki zastosowaniu kijów odciąża się kończyny dolne i zwiększa wielokąt podparcia kija w przypadku utraty równowagi.

STRETCHING

Dzięki ćwiczeniom rozciągającym następuje szereg korzystnych zmian – poprawie ulega propriocepcja, elastyczność i zakres ruchomości. W efekcie można zaobserwować poprawę w zakresie jakości chodu i poprawę zdolności do reakcji podczas próby utrzymania właściwej równowagi. Wpływ treningu o charakterze rozciągającym na poprawę równowagi tłumaczy się korzystnymi zmianami, jakie zachodzą w propriocepcji, jak również poprawą elastyczności i zakresu ruchomości. Przedkłada się to bezpośrednio na poprawę chodu i prawidłową szybkość reakcji podczas próby utrzymania prawidłowej równowagi

NAUKA UPADANIA I WSTAWANIA

Nauka upadania i wstawania jest wartościowym elementem programu rehabilitacji przeciwpadkowej. Pozwala pacjentowi pozbyć się lęku i dodaje pewności siebie w czasie poruszania się. Najbezpieczniejszym sposobem upadania jest upadanie na pośladki. Należy unikać uderzeń o twarde powierzchnie bezpośrednio okolicą biodra oraz upadków na ręce, które mogą prowadzić do złamań nadgarstka czy przedramienia. Podczas nauki bezpiecznego upadania wskazuje się nieprawidłowe pozycje i ruchy, które są bezwzględnie przeciwwskazane. U osób starszych efekty uzyskuje się po kilku miesiącach. U osób, u których przerwano naukę upadania, dochodzi do stopniowego zaniku uzyskanego efektu. Nauka wstawania po upadkach daje osobie starszej poczucie, że w razie utraty równowagi i upadku będzie w stanie samodzielnie wstać z podłogi. Dwie metody nauki wstawania: 1) konwencjonalna, w której rozpoczyna się ćwiczenia w pozycjach niższych, stopniowo przechodząc do pozycji wyższych, 2) ruchów wstecznych, w której rozpoczyna się ćwiczenia w pozycjach wyższych, stopniowo przechodząc do niższych.

Piśmiennictwo:

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Profilaktyka odleżyn

Odleżyny występują u pacjentów wielu oddziałów szpitalnych i leczniczych, dotyczą też osoby obłożnie chore, przebywające w domach – w każdym wieku. Przysparzają dodatkowych cierpień i są przyczyną zwiększonych kosztów leczenia, stanowiąc bardzo poważny problem ekonomiczny.

W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że roczny koszt leczenia odleżyn przekracza 7 mld USD, a w Wielkiej Brytanii – 420 mln funtów. Szczególnie narażeni na ryzyko rozwoju odleżyn są chorzy w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Większości odleżyn można by uniknąć, ale wymaga to specjalnej troski, uwagi i edukacji osób sprawujących opiekę nad chorym.

PROFILAKTYKA to wiele kompleksowych działań i zabiegów, prowadzących w efekcie do zmniejszenia ryzyka powstania odleżyn, a w sytuacji ich pojawienia się – do poprawy warunków gojenia się rany odleżynowej. Jej rodzaj jest zależny od indywidualnych predyspozycji chorego, jak również od sprzętu, jakim dysponujemy. Właściwie prowadzona profilaktyka jest jednym z najlepszych i najważniejszych sposobów chroniących przed niepotrzebnym cierpieniem i bólem. Znajomość zasad pielęgnacji osób unieruchomionych, dbałość o ogólny stan skóry to kluczowe elementy zapobiegawcze. W profilaktyce należy uwzględnić następujące elementy:

- **zachęcanie pacjenta do aktywności fizycznej**, mimo unieruchomienia w łóżku, np. obracania się, unoszenia się z wykorzystaniem wysięgnika
- **łóżkowego z trójkątnym/trapezowym uchwytem**; wykonywania ruchów w stawach, np. zginania i prostowania kończyn, rozluźniania i napięcia mięśni; w razie konieczności opiekun powinien aktywizować pacjenta, wykonując z nim proste ćwiczenia bierne,
- **kontrola objawów**, np. ból, duszność, przykurcze,
- **stabilizacja pozycji chorego** za pomocą udogodnień do układania chorego w łóżku w różnych pozycjach, np. poduszek, wałków, klinów, odpowiednich podpórek,
- **regularna zmiana pozycji**, co 2 godziny lub co 4 godziny, jeśli pacjent ułożony jest na materacu przeciwoodleżynowym; na boku porażonym pacjent może być ułożony do ½ godziny,
- **odciążenie miejsc narażonych na ucisk** przez stosowanie udogodnień, np. kółek/krażków/podkładek z gąbki poliuretanowej na pięty, pod pośladki; ochraniaczy/mankietów na łokcie i pięty; unikanie układania pacjenta na tej stronie, gdzie pojawi się odleżyna (w postaci nawet niewielkiego zaczerwienienia skóry),
- **zapewnienie dostępu powietrza** przez elimina-

cję gumowych lub plastikowych podkładów,

- **obserwacja stanu skóry**, ze szczególnym uwzględnieniem miejsc narażonych, co najmniej raz dziennie, najlepiej przy każdej zmianie pozycji, każdej wymianie pieluchomajtek, podczas wykonywania toalety/kąpieli chorego w łóżku,
- **unikanie urazów** wywołanych siłą tarcia, spowodowaną nieodpowiednią techniką zmiany pozycji, siłą ścinającą wywołaną zsuwaniem się chorego, który leży w pozycji wysokiej/półwysokiej przez: 1) stosowanie specjalnych technik podczas zmiany pozycji, np. przemieszczanie metodą „hamaka” (na płóciennym podkładzie), z użyciem przyborów do łatwego przemieszczania, tzw. łatwoślizgów, np. śliskiej poduszki do przemieszczania wyżej w kierunku wezgiłowia i obracania; 2) zapobieganie zsuwaniu się chorego w łóżku przez użycie udogodnień, np. wałków pod uda, oparcia dla stóp lub jeśli stan zdrowia pacjenta pozwala ułożenie go w pozycji płaskiej,
- **odpowiednia bielizna pościelowa i osobista** z naturalnych tkanin, przepuszczająca powietrze, nie wywołująca alergii i otarć, np. bawełniana, bez szwów, zgrubień, guzików, sucha, czysta, często zmieniana; pościel niekrochmalona, naciągnięta, pozbawiona okruszków,
- **krótko przycięte paznokcie opiekuna** chronią podopiecznego przed urazami skóry,
- **dostęp do łóżka** – przynajmniej z trzech stron, ułatwia pielęgnację,
- **jednorazowe kaczki i baseny**, zapewniają odpowiednią higienę osobom zanieczyszczającym się – nietrzymającym moczu i/lub stolca; chorego zanieczyszczającego się można też zabezpieczyć w odpowiednie jednorazowe materiały/wyroby chłonne absorbujące mocz i kał, np. pieluchomajtki, podkłady chłonne; zmiany jednorazowych materiałów chłonnych trzeba poprzedzić każdorazowo dokładną toaletą intymnych części ciała (mycie i delikatne osuszanie skóry), najlepiej z użyciem preparatów delikatnie oczyszczających, nawilżających, izolujących od wilgoci, chroniących przed podrażnieniem skóry wydaliniami i powstaniem stanu zapalnego, np. z serii Seni Care,
- **troskliwa pielęgnacja skóry**, dbanie o jej suchość i czystość; do toalety ciała wykonywanej co najmniej raz dziennie używanie mydła o pH 5,5 lub emulsji/żeli myjących z substancjami nawilżającymi, natłuszczającymi (perfumowane lub szare mydło nie są wskazane ze względu na efekt wysuszający skórę, wysokie pH czy dodatków środków zapachowych wywołujących uczulenia). Wysychaniu skóry zapobiega jej natłuszczanie, np. oliwką dziecięcą lub preparatem PC 30V; ważne jest unikanie przegrzania i przepocenia chorego oraz wietrzenie pomieszczenia, w którym przebywa,
- **regularne natłuszczanie skóry** kremami, np. z lanoliną, poprzez oklepanie i delikatne ich naniesienie w miejscach narażonych na ucisk; natłuszczając skórę, nie wolno jej jednocześnie talkować; unikać należy masowania skóry, zwłaszcza w miejscach, gdzie powstało zaczerwienienie (grozi przerwaniem ciągłości skóry), a jedynie można delikatnie oklepywać skórę w okolicy zaczerwienienia (poprawia ukrwienie skóry),
- **stosowanie zbilansowanej diety**, bogatej w białko, witaminy i sole mineralne, np. mleko, sery, jaja, ryby, drób, kasze, warzywa i owoce; płyny 1,5-2 l/dobę (jeśli nie istnieją przeciwwskazania, np. dla chorych z niewydolnością krążenia).

Niezbędne i konieczne w prowadzeniu właściwej profilaktyki jest **stosowanie materacy przeciwdleżynowych**. Najbardziej skuteczne wydają się dynamiczne materace zmiennociśnieniowe. Są one różne pod względem konstrukcji i wykonania, mają jednak wspólną zasadę działania. Pneumatyczny kompresor wciąga powietrze do komór materaca, co pewien czas zmieniając jego rozdział pomiędzy nimi. Zmiany ciśnienia powodują masaż ciała i w efekcie naprzemienne zmniejszanie ucisku, co zwiększa ukrwienie tych części, które aktualnie nie stykają się z materacem. Najbardziej zaawansowane technologicznie materace zbudowane są z układu wielu komór, posiadają specjalne czujniki ciśnienia i są sterowane za pomocą mikroprocesora.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.(red.): Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.

Organizacja opieki nad pacjentem z bólem

„Nie kłaniaj się bólowi i nie bój się. Bądź wolny od bólu, bo ból zniewala, upokarza, a współczesna medycyna potrafi z nim skutecznie walczyć.”

Wyniki badań podają, że częstość występowania przewlekłego bólu u ludzi starszych jest niedoszacowana, czego wynikiem jest brak stosowania odpowiednich terapii. Lekarze często nie są przekonani, że leczenie bólu u starszych ludzi odniesie pozytywne skutki. Badania i życie pokazują co innego. Warto i powinno się leczyć ból u ludzi starszych, gdyż nieleczony jest tragiczny w skutkach.

Starsi ludzie doświadczają wielu rodzajów bólu, co utrudnia prawidłową lokalizację jego źródła. Dodatkowo sprawę komplikują zaburzenia funkcji poznawczych (takich jak uwaga czy zdolność myślenia), które często towarzyszą starzeniu się. Seniorzy doświadczający bólu przewlekłego, który nie jest prawidłowo leczony, są narażeni na problemy z zasypianiem oraz bardziej podatni na depresję i zaburzenia lękowe. Ból może być przyczyną wycofania się osoby z życia społecznego, zerwania kontaktów z bliskimi. Jeśli Twój podopieczny nagle przestał się do Ciebie odzywać, stał się opryskliwy w stosunku do sąsiadów, może to oznaczać, że cierpi z powodu bólu i nie potrafi być do końca sobą. Kolejnym problemem jest to, że starsi pacjenci bardzo często nie mówią o swoim bólu, ponieważ nie chcą martwić swoich bliskich. Ponadto bywa też tak, że leki przeciwbólowe są dla nich za drogie, więc nie informują o bólu również lekarza. Najlepszym rozwiązaniem tego problemu jest obserwacja. Starsi ludzie nie są bardziej odporni na odczuwanie bólu czy też mniej wrażliwi. Mogą odczuwać ból w ten sam sposób, co ludzie sporo od nich młodszy. Mimo to, istnieje wiele powodów, dla których podczas leczenia należy zachować większą ostrożność i częściej monitorować zmiany w samopoczuciu pacjenta. Wysoki procent ludzi, którzy odczuwają ból przewlekły wynika w dużym stopniu ze starzenia się populacji. Żyjemy dłużej – postęp medycyny znacznie wydłużył życie chorych z wieloma chorobami. Wraz z wiekiem proporcjonalnie rośnie zapadalność na przewlekłe choroby, których jednym z objawów jest ból. Żyjemy w ciągłym biegu, prowadzimy siedzący tryb życia, nie uprawiamy sportów, mamy nadwagę, co dodatkowo obciąża narząd ruchu i jest powodem przewlekłych dolegliwości bólowych. Wydłużenie życia chorych z tak częstą chorobą, jak np. cukrzyca sprawia, że pojawiają się późne powikłania tej choroby – polineuropatia. Z wiekiem rośnie również zapadalność na choroby, których dominującym objawem jest ból. Dobrym przykładem jest półpasiec – na chorobę tą zapadnie 10–20% populacji. Wiek

w tej jednostce chorobowej jest największym czynnikiem ryzyka rozwinięcia się przewlekłego zespołu bólowego – postherapeutic neuralgia, PHN. U ludzi w wieku podeszłym powodem bólu jest najczęściej: narząd ruchu, nowotwór, PHN, polineuropatia cukrzycowa, neuralgia trójdzielną. U ludzi młodych powodem dolegliwości bólowych jest najczęściej ostry ból pourazowy, a z przewlekłych zespołów bólowych – bóle głowy.

Jak leczyć ból u ludzi starszych?

Diagnoza bólu u starszych pacjentów stanowi duże wyzwanie. Gdy już uda się prawidłowo ustalić jego lokalizację i natężenie, należy niezwłocznie podjąć odpowiednie leczenie. Najważniejsze jest, aby w pierwszej kolejności leczyć ból ostry, czyli ten o konkretnym początku i stosunkowo krótkim, przewidywalnym czasie trwania. Może on przerodzić się z czasem w ból przewlekły, który jest znacznie trudniejszy do wyleczenia. Leczenie bólu przewlekłego opiera się na farmakoterapii i nefarmakologicznych metodach leczenia.

PAMIĘTAJ! Nieleczony ból może być tragiczny w skutkach. Zaburzenia poznawcze, depresja, zaburzenia snu, zaburzenia lękowe, wycofanie z życia społecznego to tylko niektóre z nich.

Farmakoterapia

Ból ostry różni się od bólu przewlekłego na wielu płaszczyznach. Jedną z nich jest właśnie sposób leczenia. Ból ostry najczęściej jest wynikiem urazu lub operacji. Problemy pojawiają się zwłaszcza wtedy, gdy osoba starsza nie ma wystarczająco dużo siły fizycznej i psychicznej, aby walczyć z bólem ostrym. Może on z czasem zamienić się w ból przewlekły, bardziej wymagający i trudniejszy do leczenia. Ból przewlekły jest niezwykle dokuczliwy, przede wszystkim dlatego, że odbiera osobie cierpiącej niezależność. Brak niezależności i występowanie długotrwałego bólu przyczyniają się do spadku jakości życia.

Poziom natężenia bólu, za Światową Organizacją Zdrowia, dzielimy na łagodny, umiarkowany i poważny. W zależności od zdiagnozowanej intensywności pacjent dostanie inne środki przeciwbólowe. Ból łagodny leczony jest za pomocą **analgetyków nieopioidowych** (do takich środków należą powszechnie stosowane: ibuprofen, paracetamol czy aspiryna). Przy bólu umiarkowanym również moż-



na podawać te same leki, co przy bólu łagodnym. Jeśli jednak pacjent nie będzie odczuwał poprawy, lekarz może zdecydować o podaniu słabych **analgetyków opioidowych** (np. kodeina, tramadol). Ból poważny może być złagodzony głównie dzięki podaniu **silnych opioidów** (np. morfina). Istnieje wiele stereotypów związanym z zażywaniem morfiny.

PAMIĘTAJ! Osoby starsze czytają dużo prasy, gdzie można znaleźć wiele informacji na temat uzależnienia znanych osób. Upewnij osobę, która ma rozpocząć przyjmowanie morfiny, że u ludzi w jej wieku niezwykle rzadko występuje uzależnienie.

Przydatne w walce z bólem są **środki wspomagające (adiuwanty)**. Mogą być nimi antydepresanty, leki przeciwpadaczkowe, glikokortykoidy, leki przeciwhistaminowe. Włączenie ich do farmakoterapii usprawnia działanie analgetyków.

Starsi ludzie, u których nie występują zaburzenia otępienne, są w stanie sami decydować o tym, kiedy dostaną leki. Pacjentom z demencją, z którymi komunikacja jest utrudniona, leki przeciwbólowe należy podawać regularnie, w ustalonych odstępach czasowych. To ważne, ponieważ szacuje się, że pacjenci otępieni, chorujący na te same schorzenia co nieotępieni, dostają średnio mniej leków przeciwbólowych.

PAMIĘTAJ! Jeśli wiesz, że Twój podopieczny otrzymał silny lek przeciwbólowy, obserwuj jego zachowanie na wypadek wystąpienia działań niepożądanych. Niektóre leki w połączeniu z innymi tracą swoje cenne właściwości, a nawet mogą być szkodliwe. Dlatego żadnych leków nie powinno się przyjmować bez poinformowania o tym lekarza.

PAMIĘTAJ! Jeśli chcesz uniknąć polifarmacji/politerapii/polifarmakoterapii (terminy stosowane zamiennie na określenie sytuacji, w której chory przyjmuje więcej niż kilka leków jednocześnie), upewnij się, że lekarz wie o wszystkich lekach, które przyjmuje Twój podopieczny.

PAMIĘTAJ o działaniach niepożądanych leków p/bólowych:

Paracetamol: działania niepożądane są stosunkowo rzadkie, należą do nich głównie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, zaparcia), reakcje skórne (pokrzywka). Sporadycznie może wystąpić trombocytopenia (małopłytkowość) i agranulocytoza (zmniejszenie liczby granulocytów głównie obojętnochłonnych, czyli neutrofilów). Stosowanie dużych dawek w dłuższym okresie czasu może spowodować toksyczne uszkodzenie wątroby i nerek.

NLPZ, czyli niesteroidowe leki przeciwbólowe, (ibuprofen, ketoprofen, naproksen, diklofenak):

wywołują tzw. **efekt sufitowy** – dalsze zwiększanie dawki nie zwiększa efektu przeciwbólowego, ale zwiększa ryzyko działań niepożądanych: ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka lub zaparcia, niestrawność, uszkodzenie błony śluzowej żołądka i krwawienie żołądkowo-jelitowe); bóle i zawroty głowy, szum w uszach, osłabienie aktywności, senność, reakcje depresyjne, zaburzenia widzenia); leukopenia, niedokrwistość, trombocytopenia; reakcje alergiczne (wysypka, pokrzywka, rumień, obrzęki, nieżyt nosa, dychawica oskrzelowa). Stosowanie w dużych dawkach mogą prowadzić do niewydolności nerek (zwłaszcza w przypadku podawania ich razem z lekami moczopędnymi). Ze względu na możliwość wzrostu ciśnienia krwi w przypadku stosowania tych leków może się zmniejszać skuteczność leków hipotensyjnych.

Analgetyki opioidowe (morfina, fentanyl, oksykodon): konieczne jest ich regularne dawkowanie, podaje się w stałych odstępach czasowych – ustaloną dawkę oraz w razie potrzeby (tzw. bóle przebijające) pomiędzy nimi dodatkową, tzw. dawkę ratunkową. Do najczęstszych objawów niepożądanych należą: nudności, wymioty, uporczywe zaparcia, suchość w jamie ustnej; nadmierne uspokojenie, senność; zaburzenia psychiczne (zmiany nastroju, euforia), bradykardia, hipotensja i zawroty głowy; zaburzenia widzenia; trudności w oddawaniu moczu; odczyny alergiczne i świąd skóry; możliwa jest depresja ośrodka oddechowego.

Ból nowotworowy to każdy ból występujący u pacjenta chorego na nowotwór. Choć bardzo byśmy chcieli, by było inaczej, większość chorych onkologicznie jest bardzo narażonych zarówno na ból będący konsekwencją choroby, wyniszczenia, jak i procedur wynikających z terapii – począwszy od ukłucia igłą, po każdy zabieg operacyjny. U osób tych bardzo często w odczuwaniu bólu współtowarzyszy komponenta psychologiczna i emocjonalna. Dlatego warto zachować spokój, by chory nie odczuwał dodatkowo strachu i niepewności ze strony opiekuna, bo to zazwyczaj zwiększa odczuwanie przez niego bólu. Współczesne leczenie bólu w chorobie nowotworowej to leczenie wielokierunkowe. Podstawą jest zawsze farmakoterapia, która skuteczna jest u ponad 85% przypadków. Poza farmakoterapią stosujemy: radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię, Inwazyjne techniki anestetyczne i chirurgiczne, neurostymulację przezskórną i nardzeniową, psychoterapię.

Pacjent powinien oczekiwać od lekarza i pielęgniarki właściwego uśmierzania bólu ostrego i leczenia bólu przewlekłego. Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu, leczenie powinno być wielokierunkowe. Ból ostry powinien być prawidłowo oceniany, uśmierzany

we wszystkich placówkach ochrony zdrowia: POZ, lekarz rodzinny (ból jest jednym z głównych powodów zgłoszenia się pacjentów do lekarzy rodzinnych), karetka pogotowia, SOR (ponad 70% pacjentów zgłasza umiarkowany lub silny ból), sale operacyjne szpitali, oddziały intensywnej terapii, sale porodowe, oddziały pooperacyjne. W Polsce ośrodki leczenia zamkniętego są poddane monitorowaniu leczenia bólu poprzez system akredytacji w ochronie zdrowia oraz prowadzony przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu projekt „Szpital bez bólu”. Osoby cierpiące z powodu bólu przewlekłego coraz częściej korzystają z poradni leczenia bólu, a w przypadku osób z chorobami nieuleczalnymi z poradni opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Praktyka leczenia bólu w poradni specjalistycznej – Poradnie Leczenia Bólu

Coraz więcej ludzi korzysta z poradni leczenia bólu – a tych w Polsce jest ponad 200, jednak tylko około 20 z nich to poradnie interdyscyplinarne, posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, w których pracują specjaliści różnych dziedzin medycyny, stosujący różne metody leczenia (od farmakoterapii, poprzez techniki inwazyjne, rehabilitację aż do psychoterapii). Biorąc pod uwagę, że ból przewlekły dotyka ponad 20% populacji, a problem bólu przewlekłego dotyczy w Polsce około 8 milionów ludzi, niemożliwe jest, aby wszy-



scy prowadzeni byli w poradniach leczenia bólu. Każdy chory ma prawo domagać się od swojego lekarza prowadzącego, poza leczeniem choroby zasadniczej, również leczenia bólu. Większość chorych dobrze poddaje się standardom leczenia bólu i nie wymaga leczenia specjalistycznego. Wskazania do leczenia specjalistycznego mają chorzy: niepoddający się standardowemu leczeniu, u których istnieją problemy z postawieniem właściwego rozpoznania, u których bardzo szybko narasta zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, jak również tacy pacjenci, u których są wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia.

Praktyka leczenia bólu w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Problemy w leczeniu bólu wynikają najczęściej z braku czasu. Brak czasu prowadzi często do postawienia błędnego rozpoznania, a błędne rozpoznanie – do niepodjęcia właściwego leczenia. Kolejnym problemem jest brak oceny natężenia bólu. Brak monitorowania natężenia bólu w czasie leczenia uniemożliwia odpowiednie dobranie leków oraz ocenę ich skuteczności. W leczeniu bólu, poza wieloma lekami tzw. adiuwantowymi, mamy do dyspozycji trzy grupy leków przeciwbólowych: paracetamol, NLPZ i opioidy (słabe i silne). Leki te, odpowiednio wybrane, dawkowane i właściwie ze sobą połączone, zapewniają dobrą kontrolę bólu u ponad 85% chorych (niezależnie od rodzaju bólu). Leki należy wybrać indywidualnie dla każdego pacjenta, jego rodzaju bólu, uwzględniając również choroby współistniejące i leki, które pacjent przewlekle przyjmuje. W leczeniu bólu przewlekłego do dyspozycji mamy farmakoterapię (opisaną powyżej), inwazyjne metody leczenia (blokady, neurektomie, termolezje), rehabilitację, która ma szczególne znaczenie u chorych z chorobami narządu ruchu, a także metody stymulujące nasze własne układy przeciwbólowe (akupunkturę, stymulację nerwów i wiele innych). W leczeniu bólu przewlekłego ogromną rolę odgrywa również psychoterapia.

Pacjenci, którzy korzystają z pomocy psychoterapeuty wymagają około 1/3 mniej leków przeciwbólowych. Chory może mieć wskazania do leczenia wielu metod terapii. Naszym celem w wyborze leczenia powinna być poprawa jakości życia pacjenta i zapewnienie mu zarówno skuteczności, jak i bezpieczeństwa terapii. Dlatego do każdego pacjenta musimy podchodzić indywidualnie. Standardem farmakoterapii jest wybór leków zgodny z drabiną analgetyczną. Na pierwszym szczeblu drabiny analgetycznej znajdują się proste leki przeciwbólowe (paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne), na drugim słabe opioidy, a na trzecim opioidy silne. Do leków z każdego stopnia można dokładać leki wspomagające (nie będące lekami przeciwbólowymi, ale nasilające efekt przeciwbólowy).

W jakiej formie podawane są leki przeciwbólowe?

Niektóre leki podawane są doraźnie, inne należy stosować w ustalonych, regularnych odstępach czasowych – nawet, gdy już nie boli. Daje to najlepszy efekt przeciwbólowy. W przypadku niektórych leków konieczne może być zwiększenie dawki rozłożone w czasie (nawet do około tygodnia) i może minąć 7-10 dni zanim te leki osiągną najlepszy efekt. Zawsze więc należy je kontynuować według wskazań lekarza. Nawet przy włączonych już lekach, czasami pacjenci odczuwają epizodycznie ból (ból przebijający). Wtedy należy o tym powiedzieć lekarzowi. Może on zlecić dodatkowe leki, które pomogą opanować te dolegliwości. Leki przeciwbólowe mogą być podawane jako: tabletki doustne, syrop, plastry, lek dożylny, czopki, pastylka do ssania, wlew ciągły poprzez pompę i dojście centralne, w ramach znieczulenia zewnątrzoponowego po zabiegu operacyjnym.

Piśmiennictwo:

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.



Organizacja działań środowiskowych, zmniejszających ryzyko upadków u seniorów

Szczególną rolę w całym procesie leczniczo-rehabilitacyjnym odgrywa opiekun, jako osoba najbliższa pacjentowi w starszym wieku.

To właśnie opiekun ma największe możliwości oceny sytuacji swojego podopiecznego i jest w stanie realnie ocenić potencjalne zagrożenie wystąpienia upadku, określić warunki środowiskowe i możliwie wcześnie wdrożyć odpowiednie działania środowiskowe, zmniejszające ryzyko upadków (w ramach działań edukacyjnych pacjenta i jego rodziny). W ramach tychże działań organizacyjnych ważna jest:

Systematyczna kontrola stanu zdrowia podopiecznego

- kompleksowa ocena geriatryczna wraz z oceną ryzyka upadków (skala Tinetti lub test „wstań i idź”,
- ocena ostrości wzroku i słuchu,
- kontrola prawidłowości rytmu serca i nadciśnienia tętniczego krwi,
- zebranie szczegółowego wywiadu co do okoliczności, w jakich doszło lub dochodzi do wypadku, ocena warunków środowiskowo-bytowych pacjenta,
- analiza przyjmowanych leków przez pacjenta i ewentualnych działań ubocznych, ewentualna ich modyfikacja, aplikacja jak najmniejszej dawki terapeutycznej, zwracanie uwagi na ten-

dencje nadużywania (szczególnie leków uspokajających i nasennych).

Właściwa organizacja otoczenia

- zainstalowanie poręczy, uchwytów o chropowatej strukturze, ułatwiających przemieszczanie się i wstawanie,
- przygotowanie łóżka o odpowiedniej wysokości (ok. 45-50 cm od górnej krawędzi materaca do podłogi), z łatwym dostępem, najlepiej z trzech stron; ważne jest umieszczenie dzwonka lub telefonu w bliskim sąsiedztwie łóżka; bardzo pomocne jest zamontowanie przy łóżku uchwytu ułatwiającego podnoszenie się i wstawanie,
- Zapewnienie nieprzesuwającego się fotela (bez kółek) z wysokim oparciem, poręczą na wysokości ok. 18 cm powyżej siedziska, wysuniętą do przodu ok. 3 cm – stabilne i masywne; krzesła i fotele powinny umożliwiać starszej osobie oparcie obu stóp na podłodze przy zgięciu w stawach kolanowych pod kątem ok. 90 stopni,
- ustawienie mebli i sprzętów tak, aby nie utrudniały swobodnego przejścia,
- zapewnienie odpowiedniej wysokości szafek na sprzęt, ubrania (od bioder do wysokości oczu);

rozmieszczenie przedmiotów codziennego użytku tak, aby sięganie po nie, nie wymagało nadmiernego schylania się lub korzystania z drabinki, taboretu,

- zapewnienie odpowiedniego oświetlenia: nierażące, nie za ciemne, włączniki w łatwo dostępnych miejscach, dyskretne oświetlenie nocne w pokoju i drodze do toalety,
- schody z poręczami po obu stronach, z oświetleniem nocnym, specjalną taśmą antypoślizgową na krawędziach, bez dywaników, z podświetleniem pierwszego i ostatniego stopnia,
- podłogi o gładkiej powierzchni, niepastowane i niefroterowane, bez przesuwalnych chodników, dywaników, progów; zabezpieczone kable i przewody chronią przed potknięciem,
- wyposażenie łazienki, toalety w uchwyty o chropowatej strukturze, maty antypoślizgowe (podłoga, wanna, brodzik), specjalne krzeselka lub ławeczki, ułatwiające kąpiel w pozycji siedzącej; niekiedy zastąpienie wanny brodzikiem z prysznicem,
- zainstalowanie toalety o nieco podwyższonym sedesie i uchwyty ścienne, pozwalających na przytrzymanie się.

Odpowiednie obuwie

- lekkie, łatwe do zakładania i zdejmowania, stabilizujące kostkę, płaskie lub na niewielkim obcasie, nie wyższym niż 2 cm,
- z antypoślizgową podeszwą – gumowaną.

Zapobieganie nagłym spadkom ciśnienia tętniczego, tzw. hipotonii ortostatycznej

- zachęcanie pacjenta do stosowania właściwej techniki wstawania: powoli, w tempie na trzy – po przebudzeniu siadanie w łóżku, następnie siadanie ze spuszczone nogami, a dopiero po chwili wstawanie,
- zachęcanie pacjenta do stosowania specjalnych pończoch elastycznych,
- zachęcanie pacjenta do wykonywania kilku ruchów zginania i prostowania stóp w kierunku podeszwowym i grzbietowym po dłuższym przebywaniu w pozycji siedzącej lub leżącej, co korzystnie wpływa na obwodowy układ krążenia i pracę serca.

Oproteżowanie

- zaopatrzenie pacjenta w okulary, aparaty słuchowe w celu poprawy tzw. wzrokowej i słuchowej kontroli wzroku,
- zaopatrzenie pacjenta w dobrze dobrany sprzęt ortopedyczny, ułatwiający poruszanie się – la-

ski, trójnogi, kule łokciowe, balkoniki, chodziki; nauka korzystania z tego rodzaju usprawnień: gumowana końcówka laski, kuli, wysokość lassek i kul łokciowych tak dobrana, aby przy oparciu się na nich zgięcie kończyny w stawie łokciowym wynosiło ok. 20 stopni przy lasce, kuli opartych w odwiedzeniu ok. 20 cm od podstawy kości śródstopia, bowiem zarówno zbyt długa, jak i zbyt krótka laska/kula dają niewystarczające podparcie, zwiększają obciążenie stawów, stwarzają trudności przy pokonywaniu schodów

Na dostosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb osób chorych można otrzymać dofinansowanie. W tym celu warto zwrócić się do rejonowego Ośrodka Pomocy Rodzinie lub miejscowego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Pacjentom przysługuje refundacja wyrobów medycznych. Wyroby medyczne to np. protezy, aparaty i ortezy ortopedyczne, wózki inwalidzkie, laski, kule, balkoniki, obuwie ortopedyczne. Zlecenie na wyroby medyczne mogą być wystawiane maksymalnie na 12 miesięcy. Wystawia je najczęściej lekarz, ale też pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta. Od 1 stycznia 2020 r. zlecenie może potwierdzić lekarz lub inna osoba uprawniona do wystawienia zlecenia oraz dowolny oddział NFZ (jeśli lekarz nie może tego zrobić).

Wyroby medyczne można kupić w punktach, które mają umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne. Są to najczęściej sklepy medyczne lub apteki. Nie obowiązuje rejonizacja, to opiekun pacjenta lub pacjent decydują, gdzie zrobić zakupy. Jeśli zlecenie zostanie podzielone na części, to każdą część należy zrealizować w punkcie, w którym zostało zostawione zlecenie. Produkty mogą różnić się ceną i jakością. Można wybrać wyrobów droższy niż limit refundacji i dopłacić różnicę między ceną brutto wyrobu a kwotą refundacji. Każdy punkt, który ma umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne, musi mieć przynajmniej jeden produkt w grupie w cenie limitu z rozporządzenia.

Piśmiennictwo:

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie z dnia 29 maja 2017 r. (Dz. U. 2019 poz. 1267 z późn. zm.).

Art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.).



Organizacja opieki nad pacjentem z odleżynami - zaopatrzenie w nowoczesne opatrunki

Mimo wszelkich dołożonych starań, zdarza się, że profilaktyka zawodzi i konieczne jest specjalistyczne leczenie powstałych odleżyn. Jest to leczenie trudne, długotrwałe, żmudne i kosztowne, które wymaga wiedzy, doświadczenia i indywidualnego podejścia do pacjenta.

Można je umownie podzielić na **leczenie ogólne** (usuwanie czynników wewnętrznych przyczyniających się do rozwoju odleżyn, uzupełnienie niedoborów żywieniowych, leczenie chorób współistniejących, profilaktyka zakażeń ogólnoustrojowych) oraz **leczenie miejscowe** (higiena i stosowanie odpowiednich opatrunków specjalistycznych, ingerencje chirurgiczne).

Podjęcie odpowiedniego leczenia zawsze poprzedza ocena stopnia gojenia rany, gdyż na jej podstawie możliwe jest dobranie odpowiedniego sposobu leczenia i rodzaju opatrunku specjalistycznego.

Obecnie, najbardziej użyteczny jest kolorowy system klasyfikacji ran, dzięki któremu możliwe jest dobranie odpowiedniego rodzaju opatrunku. W system ten nie wpisują się jednak rany zainfekowane, które charakteryzują się najczęściej obecnością wysięku i nieprzyjemnego zapachu. Celem leczenia jest zahamowanie namnażania bakterii i zwalczanie infekcji. Rany takie mogą wymagać stosowania niespecyficznych opatrunków, wskazanych dla różnych etapów gojenia rany oraz specyficznych opatrunków odkażających, zawierających

np. jony srebra. Obecność rany zainfekowanej jest także często wskazaniem do włączenia antybiotykoterapii ogólnej.

RANA CZARNA (martwica)

Stanowi zazwyczaj najbardziej zaawansowane stadium rozwoju odleżyny. Rana gruba i twarda, pokryta czarną warstwą tkanki martwiczej. Celem leczenia jest oczyszczenie rany i rozpuszczenie tkanki martwiczej – **chirurgiczne, z użyciem okładów z antyseptyku, maści enzymatycznej, bądź biochirurgiczne z użyciem larw muchy *Lucilla sericata*.**

Opatrunki hydrożelowe: utrzymują odpowiednie uwodnienie rany, zmiękczają martwicę, ułatwiają jej oddzielanie, stymulują samoistne oczyszczanie rany – autolizę.

Żele hydrokoloidowe: stanowią połączenie hydrożelu z hydrokoloidem o wyższym uwodnieniu niż sam hydrożel, umożliwiając dłuższe pozostanie na ranie. Wymagają jednak zastosowania opatrunku wtórnego osłaniającego.

Pasty hydrokoloidowe pokryte płytka: pasta wypełnia jamę odleżynową, a płytka hydrokoloidowa ją przykrywa. Stosowane głównie do ran głębokich.

RANA ŻÓŁTA (martwica rozplywna)

Rana ta charakteryzuje się obecnością żółtych bądź białych mas komórek podskórnej tkanki tłuszczowej. Przy obfitym wysięku celem leczenia jest jego pochłonięcie i oczyszczenie rany. Przy małej bądź średniej ilości wysięku dąży się do utrzymania optymalnego, wilgotnego środowiska rany.

Obfity wysięk

Opatrunki hydrowłókniste: dzięki niezwykłym właściwościom absorbującym mogą pochłaniać bardzo duże ilości wysięku, jednocześnie chroniąc ranę przed rozwojem zakażenia.

Opatrunki alginianowe: w kontakcie z wysiękiem tworzą powłokę żelowo-włóknistą, bardzo skutecznie absorbują nadmiar wysięku i hamują krwawienie. Stosowane w postaci płytek do ran płaskich lub sznura czy tamponów do ran głębokich.

Opatrunki poliuretanowe: występują w postaci płytek, gąbek i miękkiej elastycznej pianki i mają właściwości pochłaniające izolacyjne i oczyszczające.

Wysięk mały bądź średni

Opatrunki lub żele hydrokoloidowe: pochłaniają niewielki nadmiar wysięku jednocześnie utrzymując ranę w odpowiednim stopniu nawodnioną. Zastosowanie żelu wymaga wtórnego opatrunku pochłaniającego.

Dekstranomery: występują w postaci proszku bądź aerozolu, zbudowane z ziarenek polisacharydów, które w kontakcie z wysiękiem formują żel, oczyszczając ranę.

RANA CZERWONA (ziarninowanie)

Ziarninowanie, czyli wzrost komórkowy, to proces podczas którego naczynia krwionośne rozrastają się i goją ranę. Powstająca ziarnina jest delikatna i łatwo ulega krwawieniu, a celem leczenia jest ochrona rany i pobudzenie tworzenia ziarniny. Rany te mogą, ale nie muszą zawierać obfitego wysięku.

Opatrunki alginianowe, hydrowłókniste, poliuretanowe, opatrunki i żele hydrokoloidowe: spełniają zadania podobne, jak w przypadku ran żółtych. Ich zastosowanie ma na celu pochłonięcie nadmiaru wysięku, przy jednoczesnym utrzymaniu wilgotnego środowiska rany.

RANA RÓŻOWA (naskórkowanie)

Ostatni etap gojenia rany, czyli pokrywanie naskórkiem rany wypełnionej ziarniną. Celem leczenia jest pobudzenie procesu naskórkowania i ochrona powstającego naskórka. Powstanie blizny sugeruje zakończenie tego procesu.

Supercienkie opatrunki hydrokoloidowe lub żele hydrokoloidowe: stwarzają wilgotne środowisko, potrzebne do procesu tworzenia naskórka.

Blony poliuretanowe: cienkie, elastyczne i przezroczyste blony, nieprzepuszczalne dla wody i bakterii, ale umożliwiające swobodne parowanie z powierzchni rany. Mogą być także stosowane profilaktycznie w miejscach narażonych na odleżyny.

Odleżyny są poważnym zagrożeniem zdrowotnym dla pacjentów unieruchomionych, prawdziwym wyzwaniem dla ich opiekunów i stanowią trudny problem terapeutyczny, nawet dla wykwalifikowanej kadry medycznej. Dlatego, w myśl zasady: lepiej zapobiegać niż leczyć, kluczem do sukcesu powinna być odpowiednia profilaktyka. O leczeniu specjalistycznym i doboru odpowiedniego opatrunku decydują profesjonaliści: lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, którzy powinni posiadać odpowiednią wiedzę na temat problemu odleżyn, by móc udzielić merytorycznej informacji i porady swojemu pacjentowi lub jego opiekunowi. Niejednokrotnie ich zadaniem jest wykazanie się empatią, wsparcie dobrym słowem i podniesienie na duchu rodziny i opiekunów chorego.

Obecny system refundacji wyrobów medycznych, w tym opatrunków specjalistycznych, funkcjonuje w oparciu o tzw. grupy limitowe. Limit refundacyjny, a więc kwota, do której państwo dofinansowuje pacjentowi zakup danego produktu, jest wyliczana w każdej grupie za pomocą skomplikowanego algorytmu. Cenę powyżej limitu pokrywa w 100% pacjent. O kwalifikacji produktu do danej grupy limitowej decyduje jedynie jej nazwa. W efekcie w jednej grupie znajdują się produkty diametralnie od siebie różne, przykładowo tańsze i mniej zaawansowane technologicznie opatrunki wyznaczają limit dopłaty dla produktów innowacyjnych, przeznaczonych do leczenia skomplikowanych ran przewlekłych, będących efektem np.: cukrzycy, chorób nowotworowych czy choroby Epidermolysis Bullosa. Uniemożliwia to pacjentowi dostęp do innowacyjnych opatrunków poprzez nieuzasadnioną, wymuszoną przez system, bardzo wysoką dopłatę do opatrunku ze strony chorego. Taka konstrukcja systemu w praktyce powoduje świadome i systemowe przeniesienie kosztów przez płatnika na pacjenta, w teoretycznie refundowanych rozwiązaniach. Od 2012 r. urzędowe ceny zbytu ustanowione przez firmy są zmniejszane, a dopłaty wciąż

rosną. Główną grupą odbiorców refundowanych opatrunków specjalistycznych są osoby z ograniczonym dochodem, tj.: emeryci, renciści, osoby niepełnosprawne lub cierpiące na choroby przewlekłe, uniemożliwiające im powrót do pracy. Dla nich wszelkie wzrosty dopłat są szczególnie dotkliwe. Limity i listy refundacyjne są wyliczane co dwa miesiące, dlatego zdarza się, że stosowany w leczeniu produkt staje się dla pacjenta niedostępny z dnia na dzień, albo jego cena ulega znacznemu wzrostowi, wynikającemu nie z winy producenta, tylko kształtu systemu. W efekcie pacjenci nie mogą kontynuować wcześniej rozpoczętego leczenia i są zmuszeni zamienić dopasowany do ich potrzeb, efektywny klinicznie opatrunek na rzecz mniej skutecznego.

Ceny produktów refundowanych, w tym opatrunków specjalistycznych, negocjowane są przez Ministerstwo z producentami. Produkty refundowane mają wyznaczone konkretne grupy odpłatności i limit finansowania.

Grupa refundacyjna

Opatrunki specjalistyczne podzielone są na 14 grup na podstawie m.in.: działania, właściwości, składu czy budowy opatrunków. Mamy np. grupę opatrunków hydrokoloidowych (nr 220.2), regulujących poziom wilgotności w ranie (220.6) czy przeciw-

bakteryjnych, zawierających jony srebra, regulujących poziom wilgotności w ranie (220.14).

Grupy odpłatności

Opatrunki specjalistyczne są kwalifikowane do dwóch grup odpłatności:

- **B – wydawane bezpłatnie** (do wysokości limitu finansowania i za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania), **we wskazaniu Epidermolysis Bullosa (EB).**
- **Poziom odpłatności 30%** (ich limitu finansowania do wysokości limitu finansowania za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania), **we wskazaniu przewlekłe owrzodzenia (PO).**

Piśmiennictwo:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Sopata M., Głowacka A., Tomaszewska E.: Odleżyny – profilaktyka i nowoczesne metody leczenia zachowawczego, cz. 2. Zakażenia, 2008, 5.

Sopata M.: Aktualne metody leczenia odleżyn. Info Ranek, 2009, 1(4).

Sopata M.: Etiologia i patogeneza powstawania odleżyn. Info Ranek, 2009, 1(4).

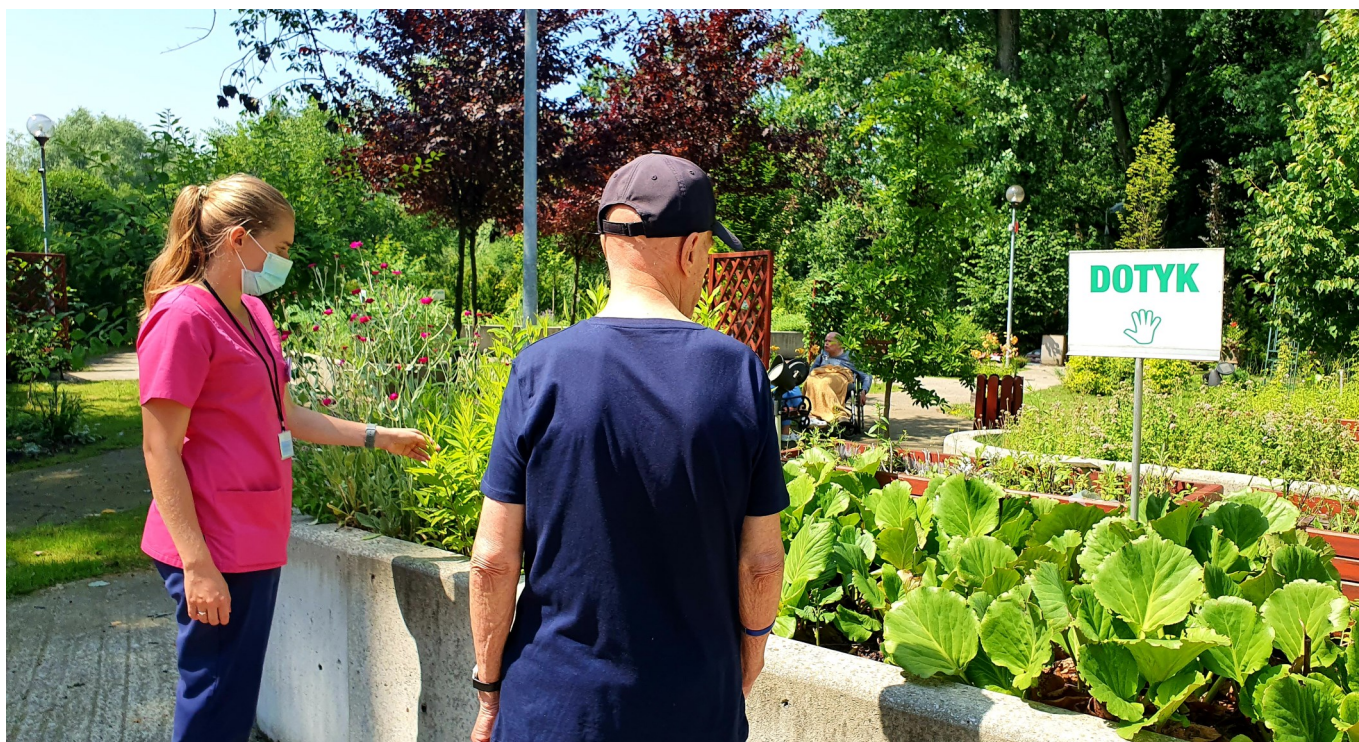
Miejskie Centrum Opieki - kolejna edycja Projektu „Centrum Wsparcia Opiekunów”

Wchodząc w rolę opiekuna bliskiej osoby, stawiasz czoła wielu nowym obowiązkom. Jak znaleźć wsparcie, zmierzyć się z wyzwaniami i sprawić, by opieka była bardziej satysfakcjonująca zarówno dla Ciebie, jak i dla osoby, którą się opiekujesz?

Trudna rola opiekuna

Szacuje się, że nawet co piąty Małopolanin (blisko 700 tys. osób!) opiekuje się osobą strasząc. Niezależnie jednak od tego, czy opiekujesz się starzejącym się rodzicem, czy też przewlekle chorującym współmałżonkiem lub dzieckiem, opieka nad potrzebującym członkiem rodziny wymaga niezwyklej troski, uwagi i cierpliwości. Bez względu na to, jak bliska jest nam osoba, którą wspieramy – to trudna rola i prawdopodobnie nie zostałeś przygotowany do jej podjęcia.

Przy odpowiedniej pomocy i wsparciu możesz jednak zapewnić bliskiemu skuteczną opiekę, bez konieczności poświęcania się w tym procesie.



Co może okazać się pomocne?

- Dowiedz się jak najwięcej o chorobie lub niepełnosprawności członka rodziny i o tym, jak się nim opiekować. Im więcej wiesz, tym mniej niepokoju będziesz odczuwać w związku z nową rolą.
- Poszukaj wsparcia i wymiany doświadczeń wśród innych opiekunów, którzy dokładnie rozumieją, przez co przechodzisz (np. w ramach grup wsparcia online lub organizowanych w Twoim miejscu zamieszkania).
- Korzystaj z informacji ze strony lekarzy i specjalistów, ufając jednocześnie swojemu doświadczeniu i intuicji – prawdopodobnie to Ty najlepiej znasz członka swojej rodziny.
- Zachęcaj bliską osobę do niezależności. Opieka nie oznacza wyręczania we wszystkim drugiej osoby. Bądź otwarty na nowe technologie i strategie, które pozwolą członkowi Twojej rodziny zachować jak największą samodzielność i sprawność w czynnościach dnia codziennego.
- Poznaj swoje ograniczenia, realistycznie oceniaj to, ile czasu i siebie możesz poświęcić. To trudne, ale postaraj się znaleźć czas także dla siebie – zadbaj o swoje potrzeby oraz samopoczucie psychiczne oraz fizyczne, zrób sobie przerwę (choć raz w tygodniu!).
- Zaakceptuj trudne emocje, które pojawiają się w przebiegu opieki. Odczuwanie gniewu, lęku czy poczucia winy nie oznacza, że jesteś złym opiekunem. Rozmawiaj z zaufaną osobą, a jeżeli

czujesz, że uczucia przytłaczają Cię – skorzystaj z profesjonalnej pomocy psychologa.

- Jeżeli to możliwe, zorganizuj wsparcie ze strony innych członków rodziny, przyjaciół, profesjonalnej pomocy instytucjonalnej.

Nawet jeśli jesteś głównym opiekunem rodziny, nie możesz robić wszystkiego sam. Jeżeli nie otrzymasz wsparcia, którego potrzebujesz, możesz poczuć wypalenie, które nie pozwoli Ci skutecznie realizować swoich obowiązków. Być może boisz się narzucać innym lub martwisz się, że twoja prośba zostanie odrzucona – poinformuj otoczenie o swoich potrzebach, a być może inni wyrażą gotowość do włączenia się do opieki. Ułatw im to poprzez wskazanie obszarów, w których mogą być pomocni.

Zorientuj się w usługach, które mogą być dostępne w Twoim miejscu zamieszkania, jak np. ośrodki opieki dziennej dla dorosłych, pomoc realizowana przez organizacje przykościelne, posiłki dostarczane do domu, opieka zastępcza, usługi transportowe.

Miejsce, w którym możesz uzyskać pomoc jest także **Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych przy ul. Wielickiej 267 w Krakowie, które realizuje projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niezależnymi”.**

Centrum Wsparcia Opiekunów

To szereg bezpłatnych usług, skierowanych do osób z ograniczoną samodzielnością oraz ich opiekunów nieformalnych, zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków i Gminy Wieliczka.

Usługa opieki wytnieniowej

Czyli profesjonalna opieka nad osobą niezależną w ramach czasowego, całodobowego pobytu na oddziale. Usługa realizowana jest głównie przez zespół opiekunów i pielęgniarek, ale także fizjoterapeutę. Pobyt uwzględnia wyżywienie (śniadanie, obiad i kolację), jak również niezbędny sprzęt medyczny, pielęgnacyjny, rehabilitacyjny oraz możliwość korzystania z zaplecza do prowadzenia terapii zajęciowej (w tym swobodny dostęp do ogrodu sensorycznego).

Usługa menadżera opieki

Polega na cyklicznych wizytach personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna w miejscu świadczenia opieki nad osobą niezależną. Celem wizyt jest zapewnienie opiekunowi wsparcia merytorycznego, ułatwiającego realizację obowiązków w środowisku domowym. Czas trwania usługi doradztwa ustalany jest indywidualnie, według potrzeb i stanu zdrowia osoby niezależnej.

Dzienna Placówka Opieki i Aktywizacji

Usługa bezpośrednio skierowana do osób z ograniczoną samodzielnością. Placówka specjalizuje się w opiece, aktywizacji oraz integracji osób starszych po udarach mózgu, z dysfunkcjami ruchowymi, chorobą Alzheimera oraz innymi zaburzeniami neuropsychicznymi. Oferujemy fizjoterapię, nowoczesną terapię zajęciową, wsparcie psychologa, pielęgniarki oraz opiekuna. Ośrodek pracuje przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku) przez 8 godzin dziennie.

Wypożyczalnia sprzętu medycznego

Asortyment wypożyczalni stanowią sprzęty niezbędne w opiece nad osobą niezależną: łóżka medyczne, materace przeciwoleżynowe, chodziki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnośniki, laski typu trójnóg, laski typu czwórnóg. Wypożyczalnia oferuje także doradztwo i instruktaż w zakresie właściwego wykorzystania sprzętu.

Indywidualne szkolenia opiekuncze

Praktyczne szkolenia, prowadzone przez doświadczony personel Miejskiego Centrum Opieki, w tym pielęgniarkę i fizjoterapeutę, realizowane w miejscu świadczenia opieki nad osobą niezależną (np. w domu osoby niezależnej lub opiekuna).

Poradnictwo i edukacja

Działania prowadzone za pośrednictwem strony internetowej www.wsparciedlaopiekuna.pl, bezpłatnych publikacji oraz mediów społecznościowych.

Na podstawie:
<https://www.helpguide.org/articles/parenting-family/family-caregiving.htm>



Zapraszamy do skorzystania z naszych usług!

**Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki
w Krakowie, ul. Wielicka 267**

tel.: +48 12 44 67 530

e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

www.wsparciedlaopiekuna.pl

WSPARCIE JEST BEZPŁATNE dzięki dofinansowaniu ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit.