

Wielowymiarowość opieki nad człowiekiem w podeszłym wieku

Konferencja naukowo-szkoleniowa

Warszawa 20.09.2018

SESJA PLAKATOWA



Ocena jakości życia opiekunów osób starszych

Magdalena Strugała, Dorota Talarska, Karolina Zielińska, Patrycja Talarska, Maria Stachowska

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp

Jakość życia osób sprawujących opiekę - zarówno profesjonalną, jak i nieprofesjonalną, ma istotny wpływ na poziom udzielanych świadczeń opiekuńczych i bezpieczeństwo psycho-fizyczne podopiecznych. Jest pewnego rodzaju wyznacznikiem w ocenie realnych możliwości sprawowania długoterminowej opieki.

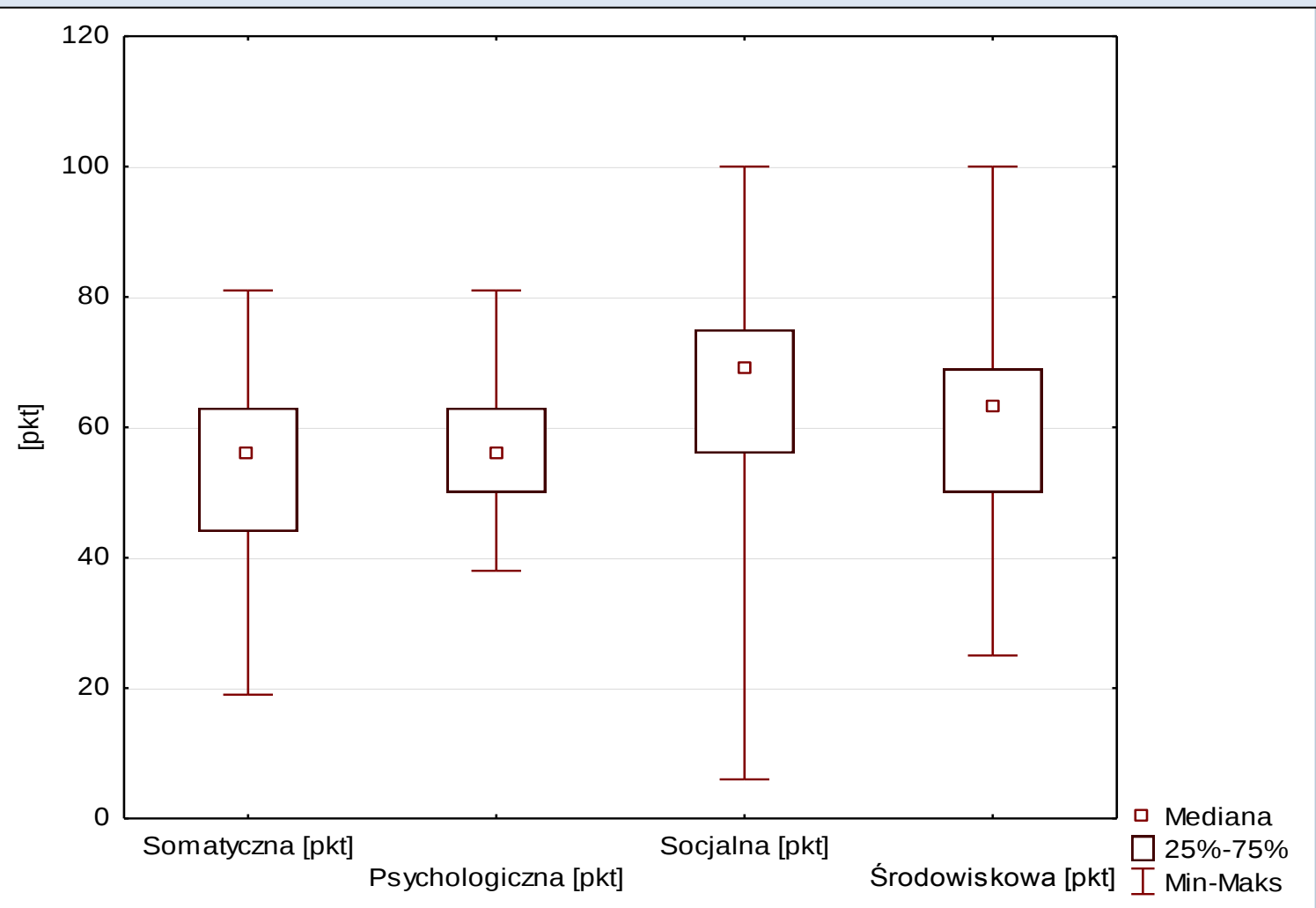
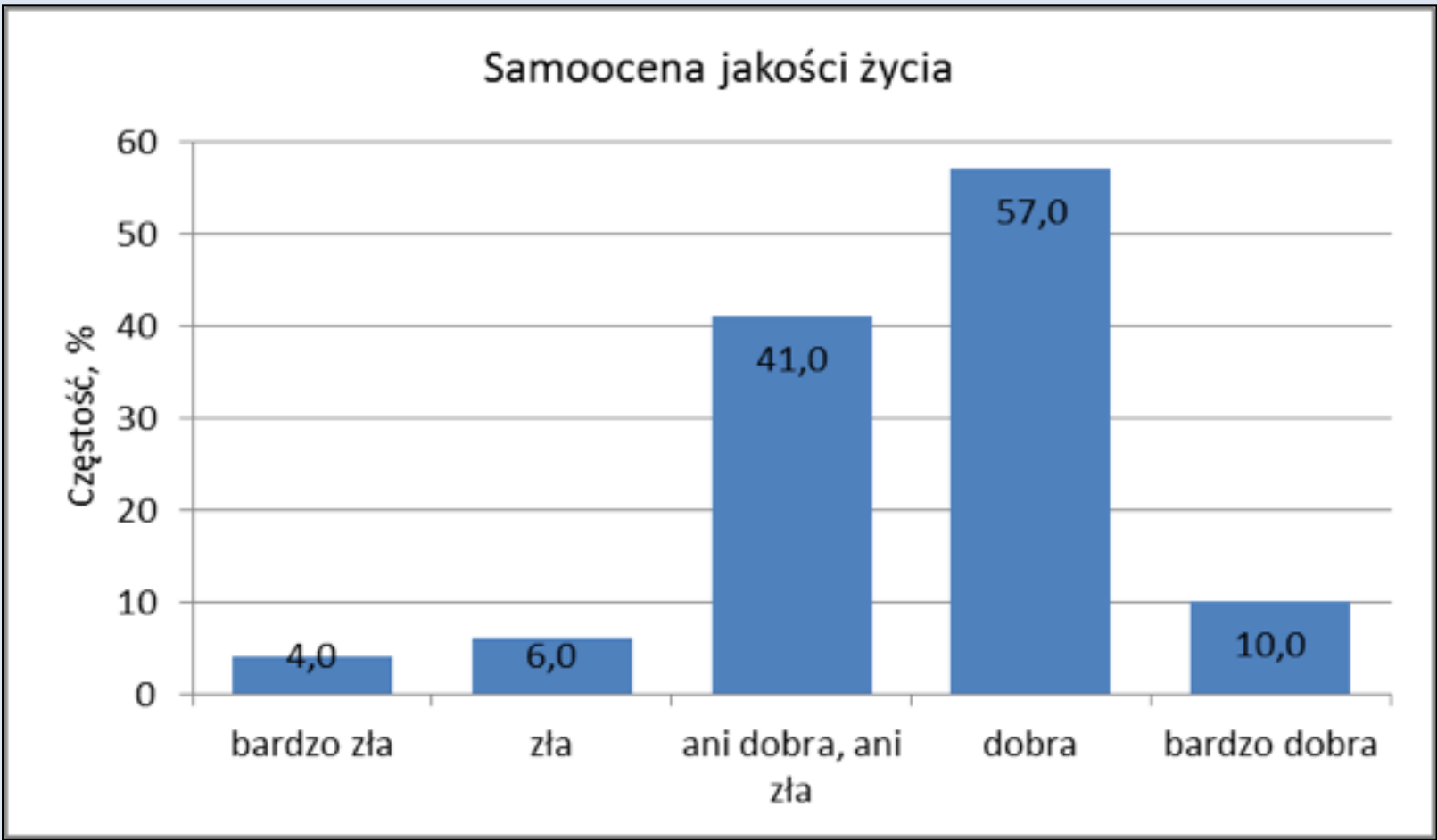
Cel pracy

Głównym celem pracy była ocena jakości życia opiekunów osób starszych oraz wyłonienie czynników, które na nią wpływają

Materiał i metody

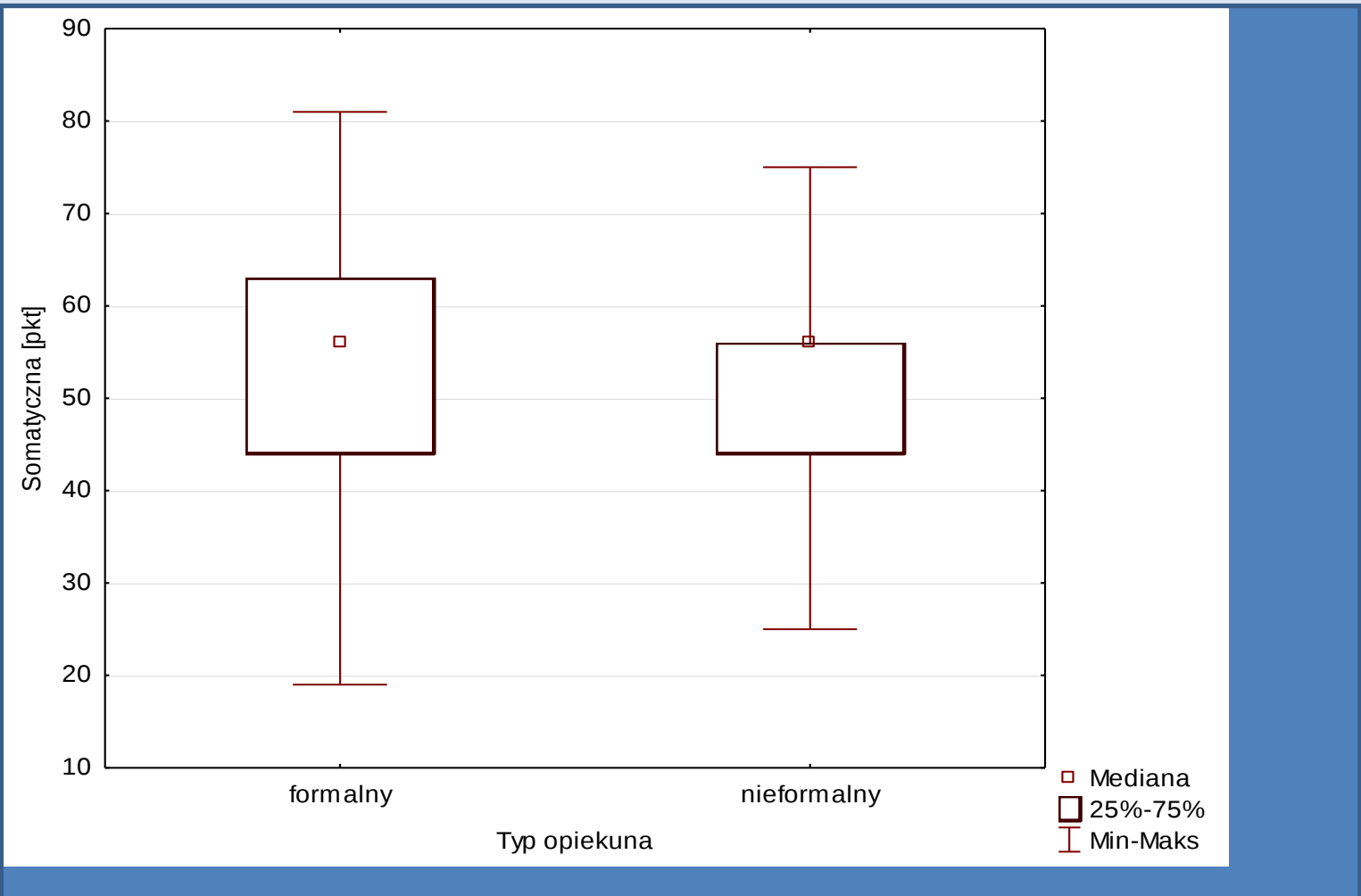
Badaniem objęto 118 opiekunów osób w wieku podeszłym, w tym 103 kobiety i 15 mężczyzn. Połowę badanej grupy stanowili opiekunowie formalni, a drugą nieformalni. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Oceny jakości życia opiekunów osób starszych dokonano w oparciu o **kwestionariusz WHOQOL – BREFF**. Analizy przeprowadzono z uwzględnieniem **typu opiekuna**: formalny i nieformalny, **płci** i **wieku** opiekuna, **poziomu wydolności funkcjonalnej podopiecznych** (ocenianej wg Indeksu Barthel), **stażu sprawowanej opieki** oraz **statusu zawodowego opiekuna**.

Wyniki



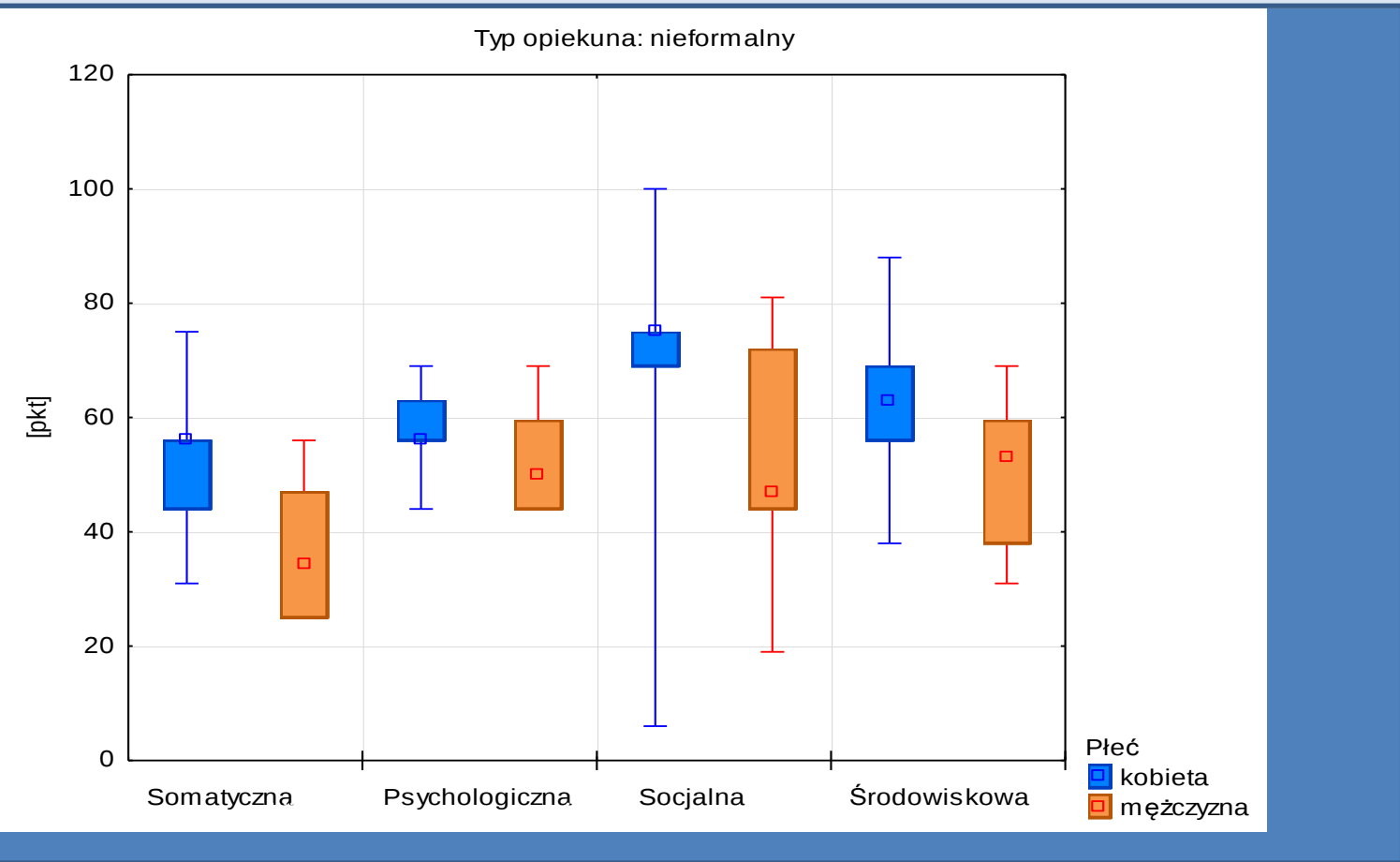
Typ opiekuna a jakość życia opiekunów

Poziom jakości życia w obszarze somatycznym u opiekunów formalnych i nieformalnych (p=0,0496)



Wnioski

1. Jakość życia badanych opiekunów osób starszych była na dobrym poziomie.
2. Na jakość życia opiekunów miał wpływ typ opiekuna. Wyższą jakość życia deklarowali opiekunowie formalni.
3. Wyższą jakość życia, zwłaszcza w grupie opiekunów nieformalnych, miały kobiety.
4. Niewątpliwie przedmiot badań temat wymaga ujęcia prospektywnego i dalszych rozważań.



Całościowa ocena geriatryczna w opiece pielęgniarskiej

Adamska-Kuźmicka Iwona, Kościółek Aneta, Walas Lilla, Sadurska Agnieszka

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie

Wskaźniki demograficzne wskazują na systematyczny wzrost liczby osób po 65r.ż. zarówno w Polsce i w innych krajach europejskich. Wpływa to znacząco na organizację opieki medycznej, pielęgniarskiej i wskazuje na konieczność reorganizacji zgodnie z potrzebami pacjentów. Całościowa ocena geriatryczna jest dobrym sposobem na pozyskanie danych o pacjentach uwzględniając ich podmiotowy charakter.

Podsumowanie

Kompleksowa ocena stanu pacjenta pozwala na optymalizację opieki pielęgniarskiej. Jej prowadzenie w sposób cykliczny pozwoli na określenie zmian w czasie i pozwoli na uchwycenie zagrożeń w utracie samodzielności przez pacjenta geriatrycznego. Pozwoli na indywidualizację pracy pielęgniarki z pacjentem, na poznanie jego potrzeb, a co za tym idzie na szybsze wychwycenie niepokojących objawów pogorszenia dobrostanu pacjenta. Ma wpływ na zmniejszenie ilości wysoce specjalistycznych procedur medycznych w opiece nad osobami starszymi na rzecz działań profilaktycznych i podstawowych.

Piśmiennictwo

Kachaniuk H. (red.) 2007. *Pielęgniarstwo integralna częścią opieki geriatrycznej*. NOIPIP, Nowy Sącz.
Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.) 2007. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Wyd. Czelej, Lublin.
Kostka T. , Koziarska-Rościszewska M. 2009, *Choroby wieku podeszłego*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Cel pracy

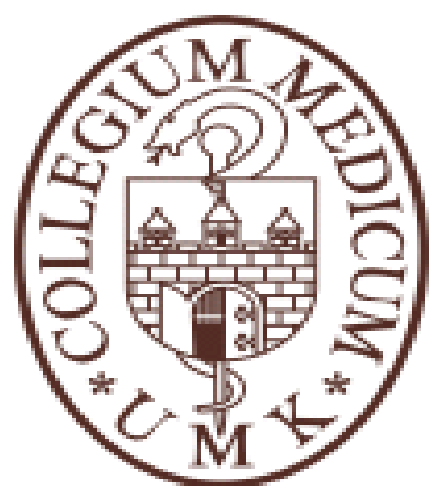
Przedstawienie całościowej oceny geriatrycznej jako narzędzia w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym.

Założenia pracy

Całościowa ocena geriatryczna (COG) jest wielokierunkowym, zintegrowanym procesem diagnostycznym mającym na celu określenie zakresów zaburzeń dobrostanu, priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości dalszego leczenia/opieki w różnych miejscach pobytu pacjenta. Pozwala na ocenę zdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania, określenia potrzeb zdrowotnych, psychologicznych, socjalnych, co jest adekwatne do kompleksowej, zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej. Pomaga w określeniu hierarchii potrzeb. Dokonana ocena określa stan czynnościowy, zdrowie fizyczne, stan psychiczny i socjalno-środowiskowy. Może być zbiorem narzędzi niezbędnych w opiece pielęgniarskiej nad osobą starszą, ustalenia diagnoz pielęgniarskich i planu opieki nad pacjentem.

Uzasadnionym jest przybliżenie metodologii COG. Poniżej zamieszczono podstawowe narzędzia mogące służyć do oceny stanu pacjenta, ewaluacji jego stanu czynnościowego, sprawności i innych aspektów niezbędnych do pracy pielęgniarki.

1. Ocena stanu czynnościowego: Skala funkcjonowania codziennego ADL- Activites of Daily Living; Skala funkcjonowania instrumentalnego IADL – skala Lawtona; Ocena funkcjonalna potrzeb socjomedycznych w środowisku zamieszkania – kwestionariusz EASY- Care; Skala Barthel; TUG test (timed „up and go” test) – test „wstań i idź”.
2. Ocena stanu zdrowia fizycznego: badanie podmiotowe (kwestionariusz ankiety, analiza dokumentacji medycznej pacjenta, podstawowe pomiary parametrów życiowych); Skala oceny równowagi i chodu – skala Tinetti; Skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn – NORTON; Ocena stopnia odżywienia (MNA – Mini Nutritional Assessment).
3. Ocena stanu umysłowego/ psychicznego: Skale oceniające ilościowe czynności poznawcze (sprawność umysłową); Skala oceny stanu psychicznego (MMSE – Mini Mental State Examination); Skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona (AMTS – Abbreviated Mental Test Score); Skala niedokrwienia Hachinskiego; Skala oceny stanu emocjonalnego, geriatryczna skala oceny depresji Yesavage’a.
4. Ocena socjalno-środowiskowa: Ocena Satysfakcji z Życia (SSW); badanie podmiotowe (kwestionariusz ankiety).



Ocena ryzyka upadków pacjentów geriatrycznych na podstawie testu Up&Go

Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K.

Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu



Wstęp

Upadki zaliczane są do „wielkich problemów geriatrycznych”. Stanowią jedną z głównych przyczyn utraty sprawności i niezależności osób w wieku starszym. Ocena ryzyka upadków jest ważnym element KOG.

Cel pracy

Ocena ryzyka upadków u osób starszych w odniesieniu do stanu funkcjonalnego, stanu odżywienia, wieku, płci oraz wartości wskaźnika BMI.

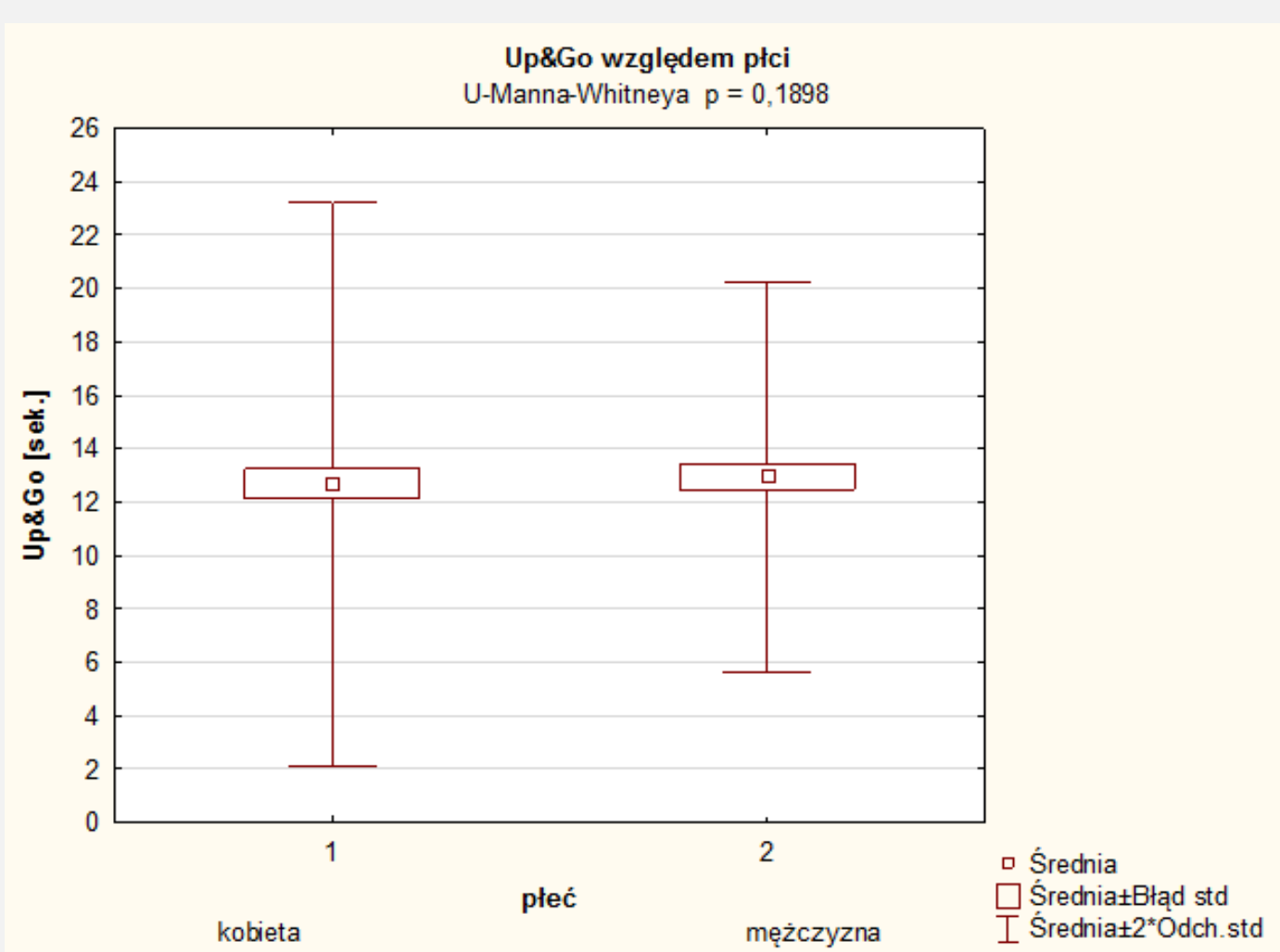
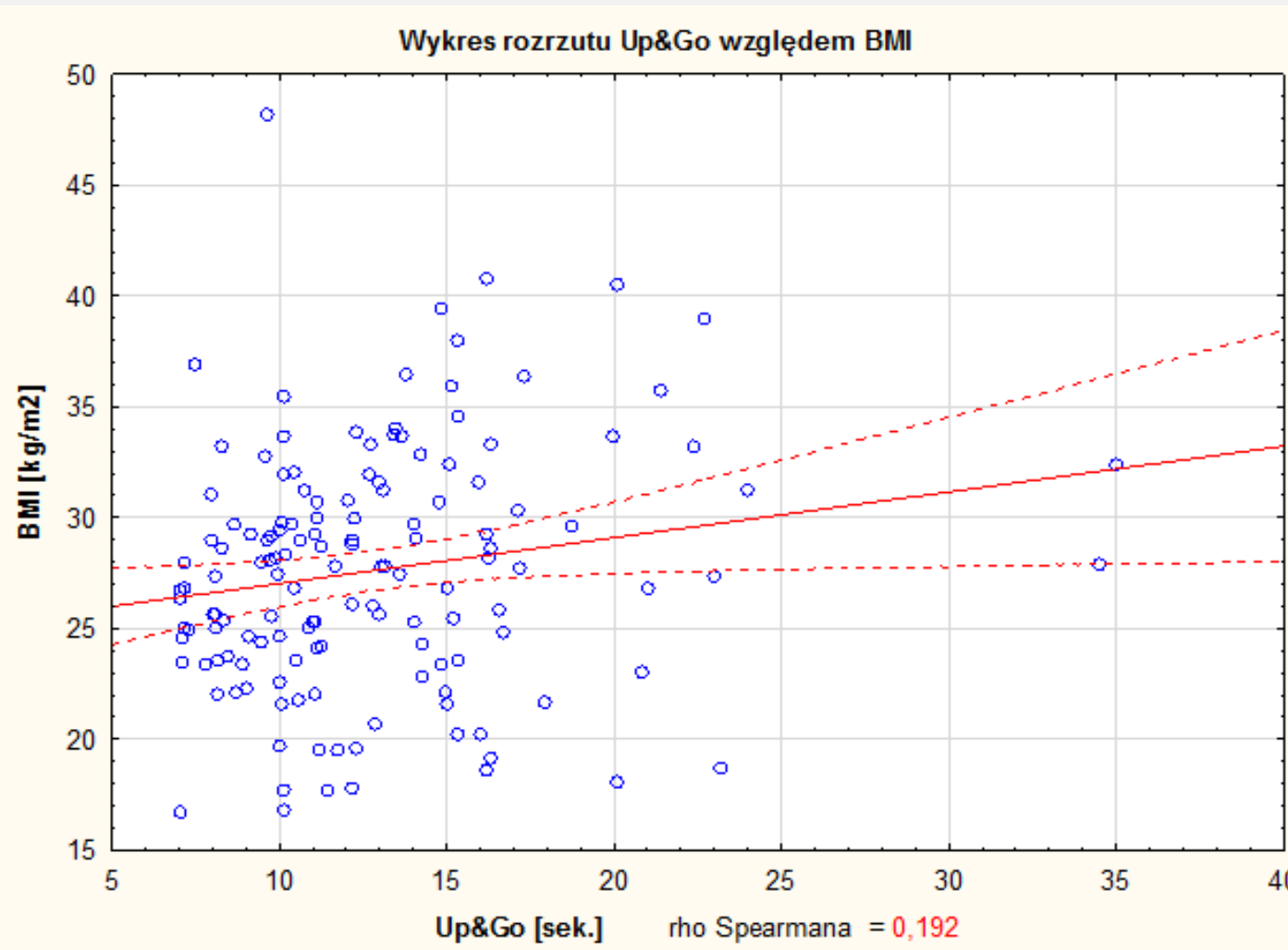
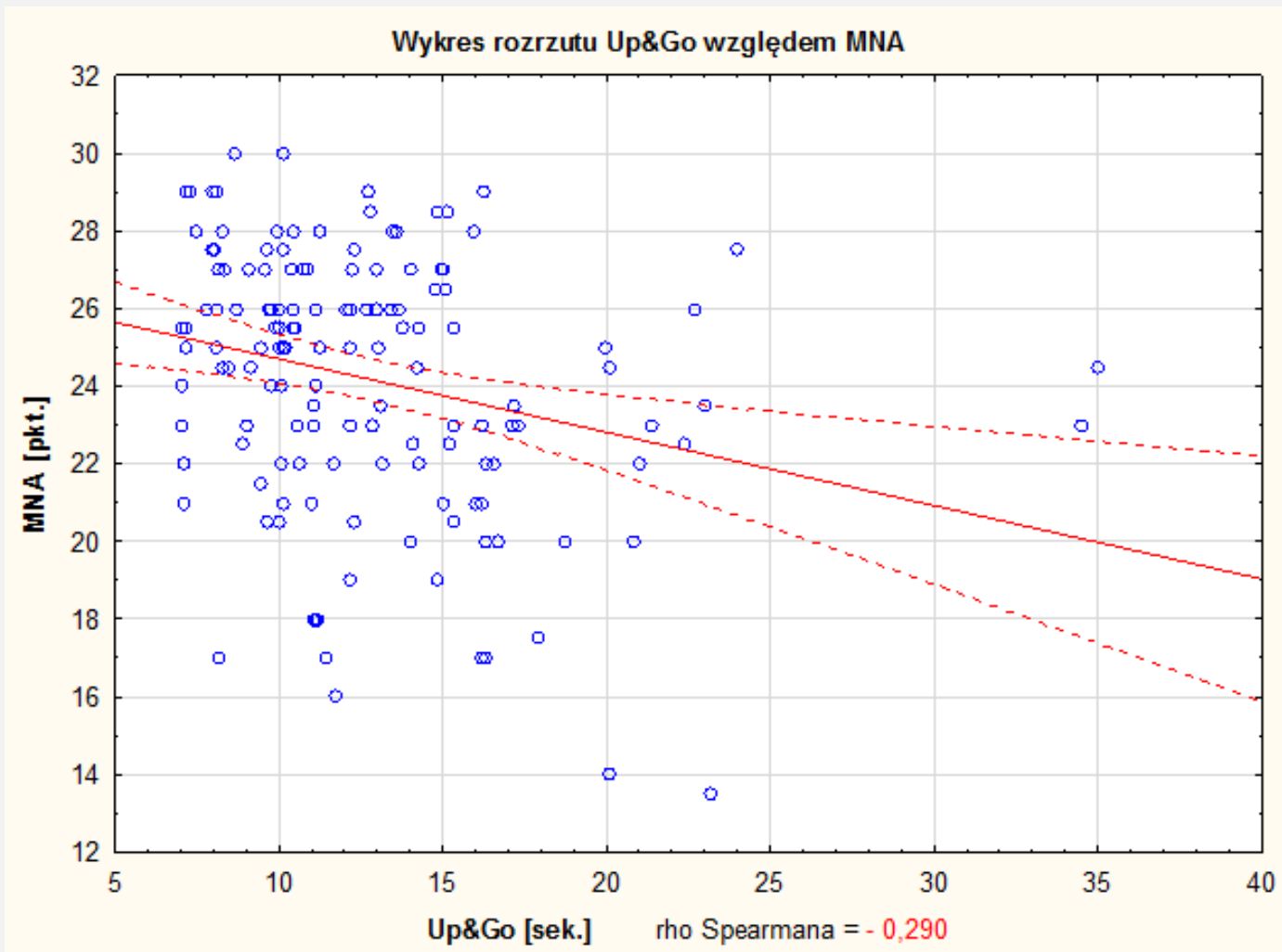
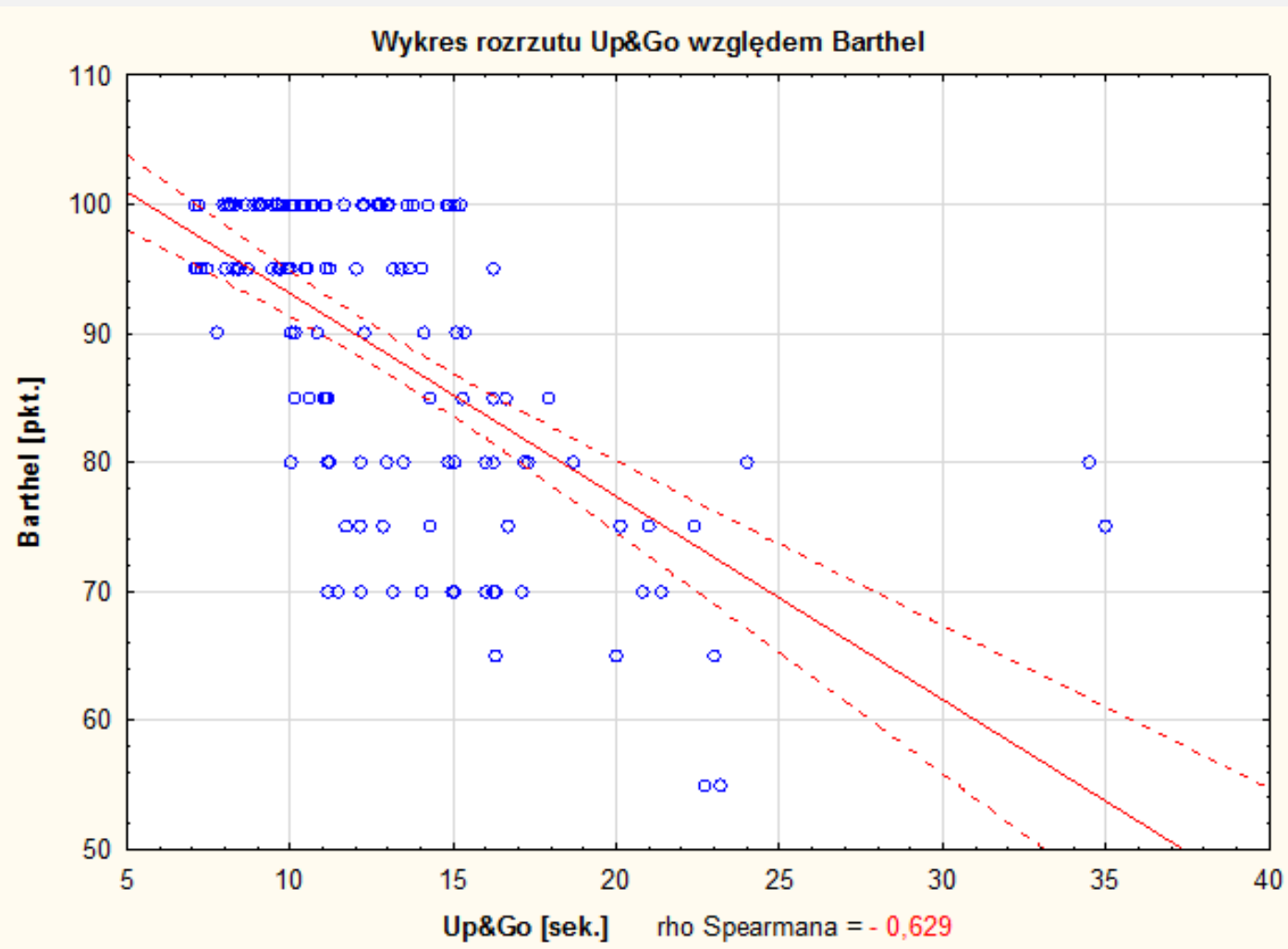
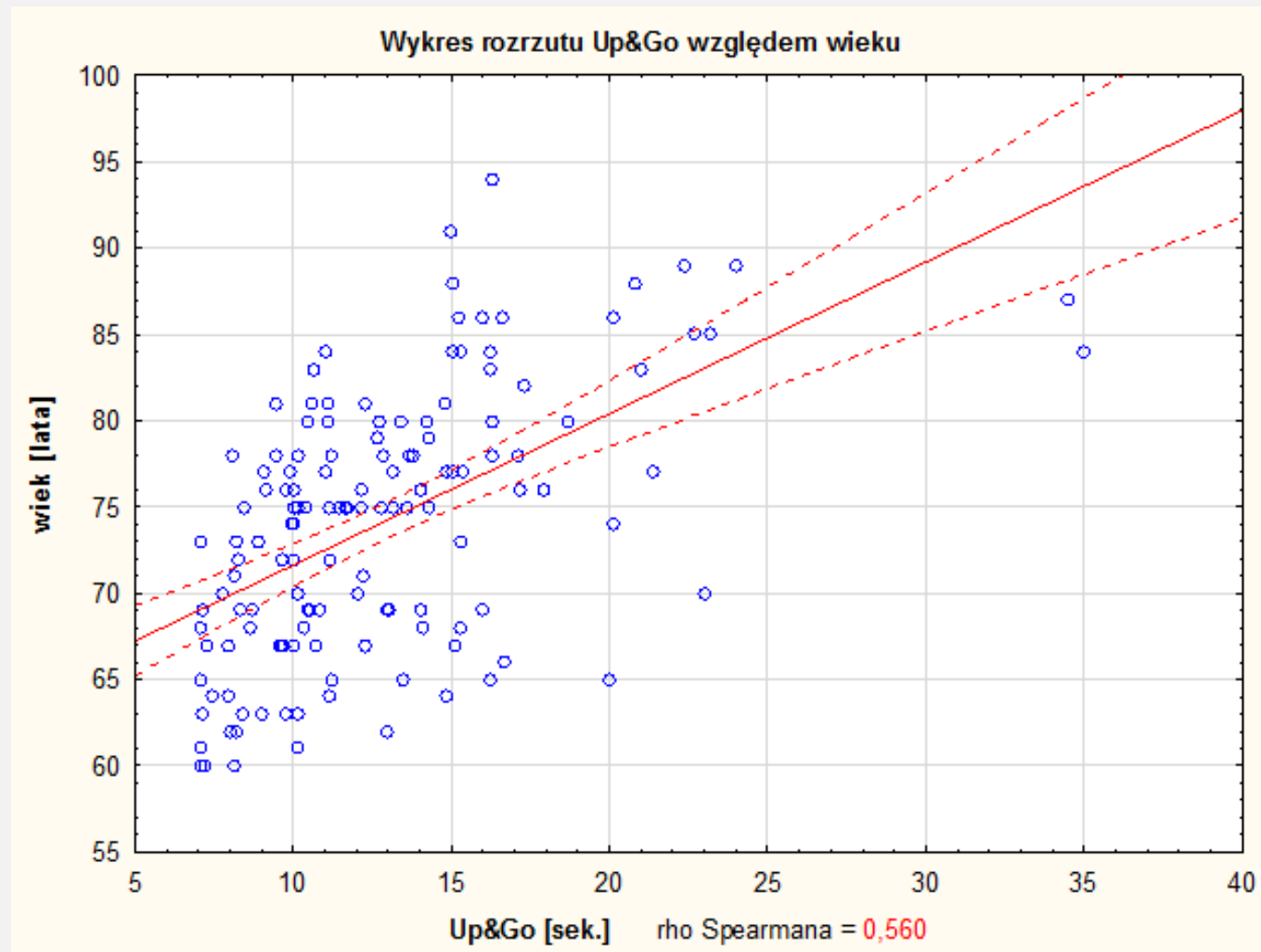
Material i metody

Grupę badaną stanowiło 143 pacjentów Kliniki Geriatrii CM UMK w Bydgoszczy. Kobiety stanowiły 60,8% badanej grupy (n=87), mężczyźni 39,2% (n=56).
Wiek badanych w przedziale 60-94 r.ż. (x=74,06)
Do oceny zastosowano standaryzowane skale i testy wykorzystywane w KOG: skala MNA, Barthel, test Up&Go. Pod uwagę wzięto także wiek, płeć i BMI badanych. Analiza statystyczna za pomocą Statistica 12.0 (p<0,05)
Zgoda KB, praca z projektu WN707

Wnioski

1. Ryzyko upadków (Up&Go) wzrasta wraz z wiekiem.
2. Ryzyko upadków Up&Go koreluje ze stanem funkcjonalnym (BI), stanem odżywienia (MNA) oraz BMI.
3. Nie stwierdzono różnic w wynikach uzyskanych z testu Up&Go a płcią.
4. Przeszło u 1/3 badanych tj. 34% ryzyko upadków (Up&Go) było wysokie.

Wyniki

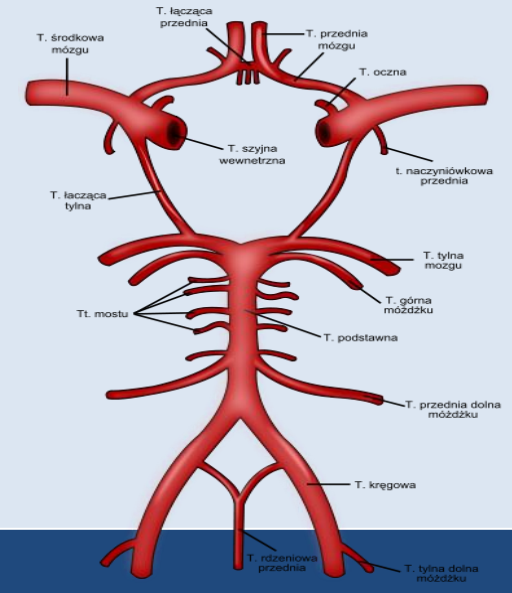


	Up&Go [sek.]	Up&Go [sek.]	n	%
x	12,8	≤ 14	94	65,7
SD	+/- 4,7	>14	49	34,3

Usprawnianie seniora po udarze mózgu w środowisku domowym

mgr fizj. Paweł Sienkiewicz¹, lek. med., mgr fizj. Wojciech Konarski^{1, 2}

¹Centrum Rehabilitacji Medycznej w Legionowie, ²Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie



Wprowadzenie

Choroby naczyniowe mózgu stanowią trzecią po schorzeniach układu krążenia i nowotworach przyczynę zgonów na świecie. Szacuje się, że rocznie na świecie na udar mózgu zapada około 15 milionów osób, a około 5 milionów umiera. Udar mózgu stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. W Polsce około 15% pacjentów z udarem mózgu umiera podczas hospitalizacji, a 45 - 75%, którzy przeżyli pozostają zależni od otoczenia.

Podsumowanie

Rehabilitacja ma na celu poprawę lub przywrócenie utraconych funkcji. Prowadzona przez wykwalifikowany zespół już od pierwszych godzin po udarze jest jednym z elementów decydujących o zmniejszeniu niesprawności. Pozwala na poprawę komfortu życia i przystosowuje do samoopieki, minimalizując obciążenia opiekunów.

Piśmiennictwo

Gajewski P., Szczeklik A. *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2013, str. 2094 – 2101.
Pełczyńska B. *Podstawy neurologii. Seminaria dla studentów pielęgniarstwa*. Oficyna Wydawnicza WUM 2011, str. 25 – 40.
Książkiewicz B., Mazur R., Nyk W.M. *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*. Gdańsk 2010.
Rehabilitacja w udarze mózgu pod redakcją Andrzeja Kwolka (witryna internetowa: http://akces-med.com/download/rehabilitacja_w_udarze_mozgu.pdf data wejścia

Cel pracy

Przedstawienie sposobów usprawniania seniora po udarze mózgu w środowisku domowym



Założenia pracy



case study

Pacjentka I.J. lat 80 wraz z mężem mieszka w domku jednorodzinnym, parterowym w Legionowie. Warunki socjalno bytowe dobre. Z wykształcenia nauczyciel, obecnie na emeryturze. W wolnym czasie jeździła na rowerze, czytała książki i zajmowała się pracą w ogrodzie. Dieta zawierała mało owoców i warzyw, a bogata była w tłuszcze zwierzęce, pacjentka lubiła potrawy smażone i słodkie. BMI Od około 10 lat leczyła się na nadciśnienie tętnicze krwi.

Decyzje o szczegółowym programie rehabilitacji zostają podjęte na podstawie oceny funkcjonalnej chorego

- **Decyzje uwzględniają najważniejsze potrzeby pacjenta**

Udar mózgu może spowodować zaburzenia emocji i zachowań afektywnych.

- **Wiąże się z ograniczeniem samodzielności i uczestnictwa w życiu społecznym**

Zasady usprawniania seniora



W celu oceny skuteczności i modyfikacji terapii stosuje się skalę NIHSS i Barthel

?

Cele rehabilitacji zmieniają się w zależności od etapu choroby.



Pacjenci oceniani są na początku oraz w czasie trwania usprawniania w zakresie ubytków neurologicznych.

Oceniamy czynności poznawcze chorego w tym zaburzenia mowy i pamięć oraz czynność pęcherza moczowego

Kolejnym etapem jest pionizacja i w końcu nauka chodzenia.

najwcześniej stosujemy ćwiczenia bierne – ćwiczenia oddechowe, oklepywanie klatki piersiowej i masaż kończyn.

Po ocenie funkcjonalnej chorego planujemy siadanie, podczas którego zaleca się kontrolę tętna i ciśnienia tętniczego krwi. Kolejnym etapem jest pionizacja i w końcu nauka chodzenia

Rola fizjoterapii w profilaktyce osteoporozy

mgr fizj. Paweł Sienkiewicz¹, lek. med., mgr fizj. Wojciech Konarski^{1, 2}

¹Centrum Rehabilitacji Medycznej w Legionowie, ²Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

Wprowadzenie

Osteoporoza jest chorobą kości polegającą na zmniejszeniu jej gęstości mineralnej. Dotyczy coraz większej liczby osób, co wynika ze starzenia się społeczeństwa. Prowadzi do złamańiskoenergetycznych głównie szyjki kości udowej i kręgosłupa, 20% osób po 70 r ż umiera z powodu powikłań po złamaniu. Powikłania związane są z długotrwałym unieruchomieniem, które najczęściej sprzyja zapaleniom płuc oraz zatorowości płucnej.

Podsumowanie

Edukacja prowadzona przez fizjoterapeutę powinna obejmować wyjaśnienie czynników ryzyka osteoporozy, zwrócić uwagę na bezobjawowy przebieg choroby do czasu wystąpienia złamań i propagować zdrowy tryb życia z dużą dawką ćwiczeń prowadzonych przez fizjoterapeutę.

Najbardziej wskazane są:

marsz, spacer

pływanie

spokojny taniec

Piśmiennictwo

Lorenc R., Karczmarewicz E.: Osteoporoza – postępy 2006. Medycyna Praktyczna, Marzec 2007

Lorenc R., Olszyński W.: Osteoporoza – Poradnik dla lekarzy. Biuro Gamma, Warszawa 2006

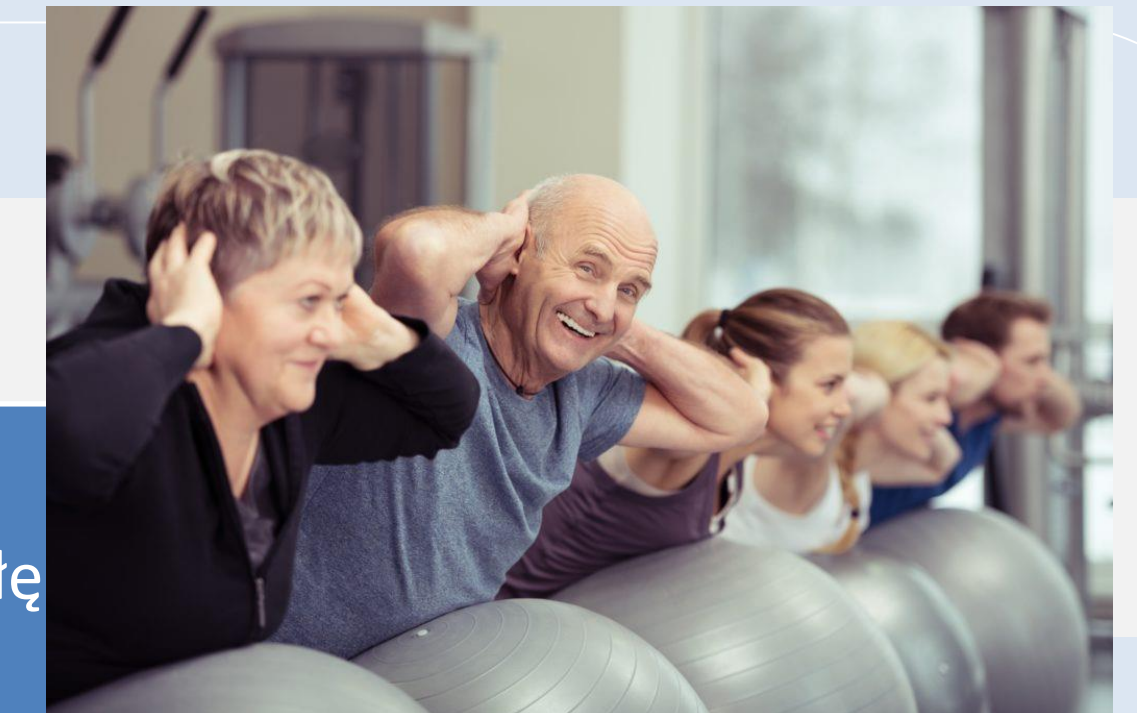
Cel pracy

Predstawienie roli fizjoterapii w profilaktyce osteoporozy



Założenia pracy

Zwiększają siłę mięśniową



Ocena stanu
ogólnego
pacjenta

- Parametry życiowe

kinezyterapia

- Leczenie ruchem
- Ćwiczenia oporowe

Zwiększają
wytrzymałość
mięśniową

Ćwiczenia
ogólnoustrojowe
pod kontrolą
fizjoterapeuty

Poprawiają
samopoczucie

Umiarkowana
aktywność
fizyczna

- Codziennie wykonywana

Podnoszą ogólną
sprawność
organizmu

Oceniają
wydolność
krążeniowo-
oddechową



Weryfikacja bólu wśród osób starszych

Iwona Repka¹, Grażyna Puto¹, Patrycja Zurzycka¹, Marlena Padykuła¹, Ewelina Pawlik²

¹Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum - Absolwent

Wstęp

Osoby starsze zmagają się z wielochorobowością, co przyczynia się do występowania bólu o charakterze przewlekłym. W związku z tym planowanie farmakoterapii powinno być oparte o wnikliwą ocenę natężenia bólu oraz jego składowych, w celu zminimalizowania zagrożenia wystąpienia polipragmazji.

Material i metody

Badanie przeprowadzono wśród 102 osób, które ukończyły 65 roku życia i odczuwały ból od co najmniej 6 miesięcy. W badanej grupie w przedziale od 65 do 98 lat, dominowały kobiety (62,7% vs 37,3%), a średnia wieku wyniosła 78 lat. Osoby badane zostały podzielone na 3 grupy ze względu na kryterium wiekowe: I (od 65 lat do 74 lat) -39,2%, II (od 75 lat do 84 lat) -33,3% oraz III (od 85 lat i powyżej) -27,5%. W badaniu zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze: Kwestionariusz Melzacka - Mc Gilla (Mc Gill Pain Questionnaire; MPQ) oraz Krótki Inwentarz Bólu w wersji skróconej (Brief Pain Inventory-Short Form; BPI-SF). Do analizy statystycznej wykorzystano program Statistica 12. Istotność przyjęto na poziomie $p < 0,001$. Posłużono się współczynnikiem korelacji Spearmana, testem U Manna-Whitneya oraz testem rang ANOVA Kruskala-Wallisa.

Wnioski

- 1.Badane osoby doświadczały głównie bólu o charakterze napadowym, który wpływał na ich zdolność przemieszczania się oraz możliwości korzystania z życia.
- 2.Wybrane dane socjodemograficzne nie mają wpływu na poziom bólu przewlekłego weryfikowany za pomocą skali BPI-SF oraz kwestionariusza MPQ.

Cel pracy

Celem badań była ocena natężenia bólu przewlekłego i nasilenia jego poszczególnych składowych za pomocą kwestionariusza Melzacka Mc Gilla (MPQ) i Krótkiego Inwentarza Bólu (BPI-SF) oraz poznanie związku między wybranymi danymi socjo-demograficznymi, w grupie osób starszych.

Wyniki

Tab. II. Związek między płaszczyznami bólu wg skali BPI-SF a elementami doznań bólowych wg kwestionariusza (MPQ)

Obszary według skali (BPI-SF)		LWP* (wg MPQ)	WOB** (wg MPQ)	AIB*** (wg MPQ)
Ogólna aktywność	rho	0,146	0,332	0,336
	p*	0,144	0,001	0,001
Nastrój	rho	0,292	0,316	0,156
	p*	0,003	0,001	0,117
Zdolność chodzenia	rho	0,119	0,364	0,485
	p*	0,233	< 0,001	< 0,001
Normalna praca	rho	0,171	0,279	0,291
	p*	0,086	0,005	0,003
Relacje z innymi ludźmi	rho	0,264	0,376	0,242
	p*	0,007	< 0,001	0,014
Spanie	rho	-0,042	0,115	0,543
	p*	0,675	0,248	< 0,001
Korzystanie z życia	rho	0,094	0,242	0,355
	p*	0,349	0,014	< 0,001

Analiza zależności nie wykazała istotnych statystycznie różnic między natężeniem bólu wg skali BPI-SF a wiekiem badanych osób ($p=0,843$), płcią ($p=0,442$), wykształceniem ($p=0,179$), stanem cywilnym, ($p=0,725$) oraz miejscem zamieszkania ($p=0,01$).

Zakres intensywności bólu oceniano z wykorzystaniem skali BPI-SF, którego średnia bólu wyniosła $(2,7\pm1,4)$. Dominującym poziomem był ból najsilniejszy $(6,2\pm1,8)$ oraz ból średni $(4,5\pm1,4)$ (Tab. I.).

Tab. I. Kategorie bólu wg skali BPI-SF

Poziomy bólu	Średnia	SD	Mediana (Q1-Q3)
Najsilniejszy	6,2	1,8	6 (5-7)
Najslabszy	1,1	1,3	1 (0-2)
Średni	4,5	1,4	4 (4-5)
W chwili obecnej	2,7	1,4	2,5 (2-3)

Analiza cech bólu wg kwestionariusza MPQ wykazała, że najwyższe wyniki uzyskano w obrębie cech sensorycznych $(8,6\pm4,0)$. Pozostałe wartości były znacznie niższe i wynosiły $(1,8\pm 2,2)$ dla komponentów emocjonalnych oraz $(2,4\pm1,5)$ dla aspektów subiektywnych. Wskaźnik oceny bólu (WOB) wynosił 16,4.

W aspekcie charakteru bólu dominował ból napadowy (55%). Analiza związku między obszarami bólu wg skali BPI-SF, a jego składowymi weryfikowanymi za pomocą kwestionariusza MPQ wykazała istotne statystycznie związki między aktualną intensywnością bólu (AIB) a utrudnieniami w korzystaniu z życia ($p=0,001$) oraz zdolnością chodzenia ($p=0,001$). Wyniki wskazują na zależność między nasileniem poszczególnych komponentów bólu a wzrostem ograniczeń w zakresie obszarów życia codziennego (Tab. II.).

Akceptacja choroby przewlekłej a nasilenie problemów psychospołecznych osób starszych

Grażyna Puto1, Iwona Repka1, Patrycja Zurzycka 1, Lucyna Ścisło1, Elżbieta Walewska 1, Ewa Kawalec-Kajstura 1, Dominika Skrzypoń2

1Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

2Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum - Absolwent

Wstęp

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa w Polsce, jak również w innych krajach europejskich, wskazujący na systematyczny wzrost odsetka osób starszych skłania do zadania pytania o akceptację choroby przewlekłej, nie tylko ze względu na uwarunkowania zdrowotne i pozazdrowotne wynikające z postępu medycyny, zdrowia publicznego – ale również ze względu na konsekwencje nasilenia problemów psychospołecznych.

Materiał i metody

Wśród 150 osób po 65 roku życia chorujących przewlekłe (powyżej 3 lat) odsetek badanych kobiet był wyższy w porównaniu z odsetkiem badanych mężczyzn (60,7% vs 39,3%), a średnia wieku wyniosła 76 lat ($SD \pm 7,6$). Ocenę akceptacji choroby przewlekłej przeprowadzono przy pomocy Skali Akceptacji Choroby (AIS - Acceptance of Illness Scale) a nasilenie problemów psychospołecznych w oparciu o skalę Problemów Psychospołecznych Osób Przewlekłe Chorych (PCH-R). Obliczenia wykonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 24 for Windows. Za istotne statystycznie przyjęto efekty, dla których wartość $p < 0,05$.

Wnioski

- 1.Poziom akceptacji choroby przewlekłej wykazuje zależność z problemami psychospołecznymi (wraz ze wzrostem akceptacji choroby maleje nasilenie problemów psychospołecznych).
- 2. Badanie wykazało średni poziom akceptacji choroby i przeciętne nasilenie problemów psychospołecznych w badanej grupie.

Cel pracy

Celem badań było poznanie związku między poziomem akceptacji choroby a nasileniem problemów psychospołecznych.

Wyniki

Wynik globalny wg skali PCH-R wykazał przeciętne nasilenie problemów psychospołecznych ($151,5 \pm 35,1$). Ocena poszczególnych obszarów problemów psychospołecznych wykazała: wysokie nasilenie problemów w sferze społecznej ($46,0 \pm 11$), przeciętne w sferze osobowościowej ($47,20 \pm 10,4$) i rodzinnej ($38,60 \pm 12,4$), a niskie w sferze zajęciowej (20 ± 9). Wskaźnik akceptacji choroby wykazał średni poziom akceptacji choroby ($23,4 \pm 8,8$). Analiza statystyczna wykazała istotnie ujemną korelację między akceptacją choroby a nasileniem problemów psychospołecznych w sferach osobowościowej, rodzinnej, społecznej i zajęciowej. Najsilniej z akceptacją choroby związane były sfery rodzinna i społeczna. Wraz ze wzrostem akceptacji choroby zmniejsza się nasilenie problemów psychospołecznych w sferach rodzinnej i społecznej – tabela I.

Średni i wysoki poziom akceptacji choroby powoduje ustabilizowanie się nasilenia problemów psychospołecznych w sferach osobowościowej - rycina 1, i zajęciowej - rycina 2.

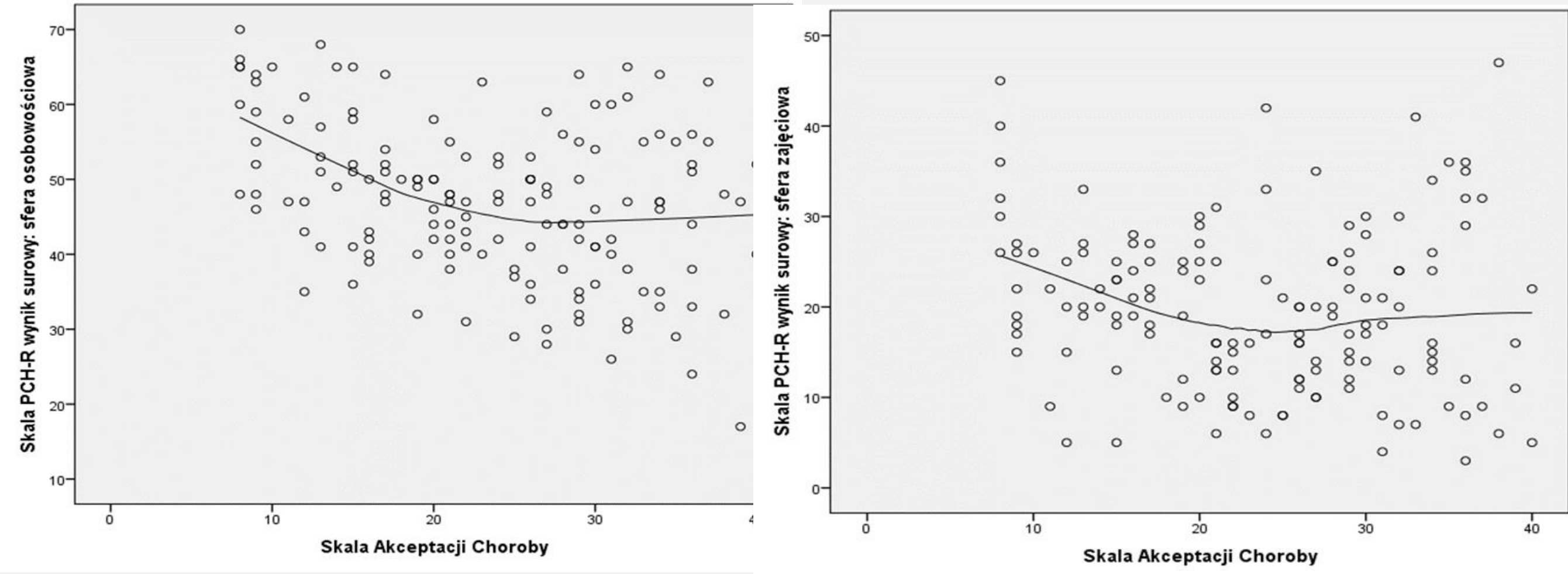


Tabela I. Korelacja rho Spearmana między skalą PCH R i AIS.

Obszary skali PCH-R		Skala AIS
sfera osobowościowa	rho Spearmana	-0,33**
	p	0,00
sfera rodzinna	rho Spearmana	-0,57**
	p	0,00
sfera społeczna	rho Spearmana	-0,54**
	p	0,00
sfera zajęciowa	rho Spearmana	-0,17*
	p	0,04

Adaptacja osoby starszej przebywającej w szpitalu do warunków domowych

dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz, dr n. o zdr. Beata Dziedzic, mgr Barbara Knoff, dr n. o zdr. Mariola Pietrzak, dr n. o zdr. Ewa Kobos, dr n. o zdr. Anna Leńczuk - Gruba

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Planowany wypis ze szpitala gwarantuje przekazanie opieki nad pacjentem POZ zapewniając bezpieczeństwo i potrzebne wsparcie pacjentowi i jego opiekunom.

Cel pracy

Analiza adaptacji osoby starszej przebywającej w szpitalu do warunków domowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2016 roku wśród pacjentów i rodzin/opiekunów pacjentów przebywających na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Grupę badaną stanowiło 36 osób w tym 20 kobiet i 16 mężczyzn w przedziałach wiekowych od 60 do 80 lat (średnia 71 lat). Dobór osób objętych badaniem był celowy. Pacjenci i opiekunowie wyrazili zgodę na udział w badaniu, w którym użyto autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 14 pytań.

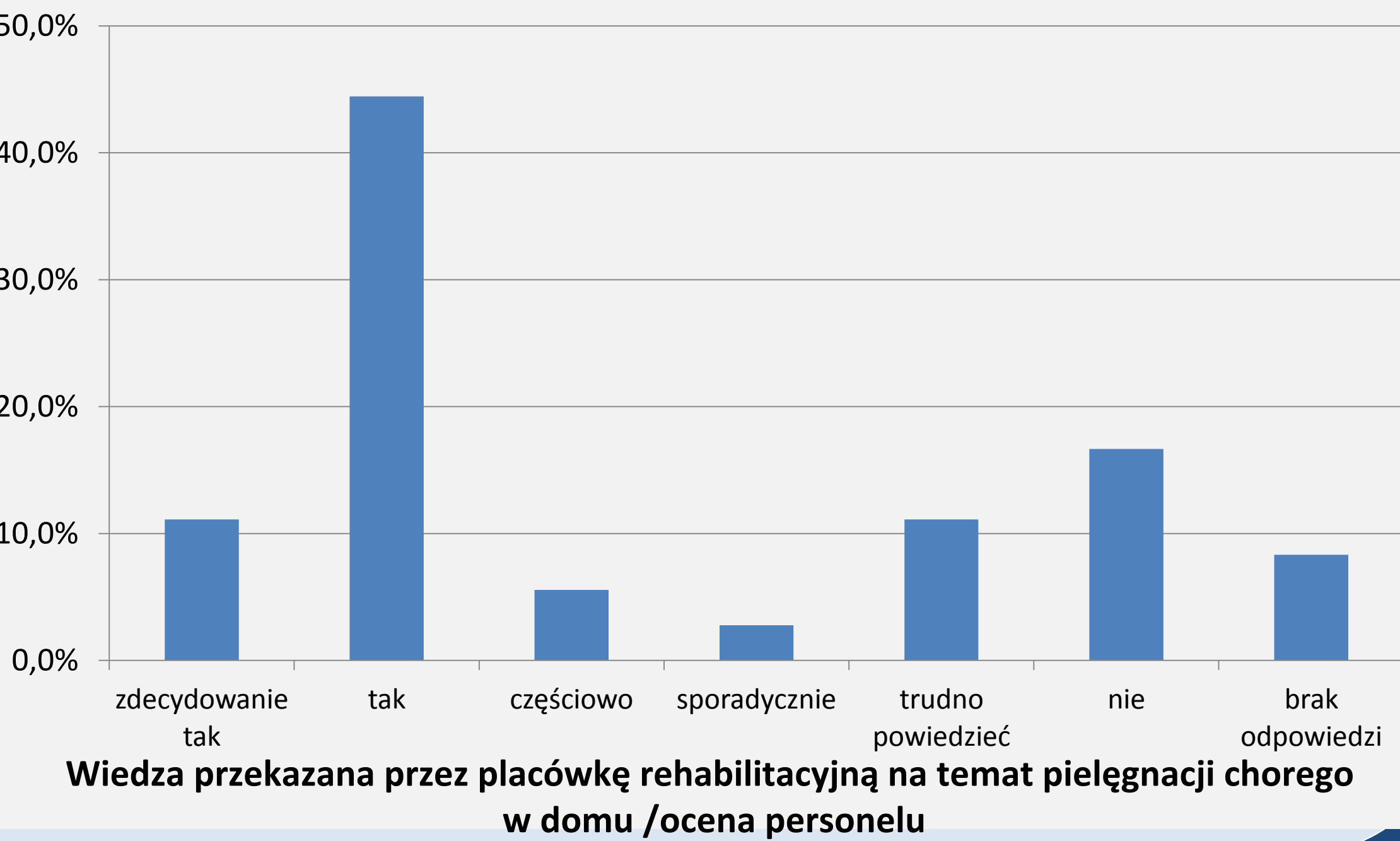
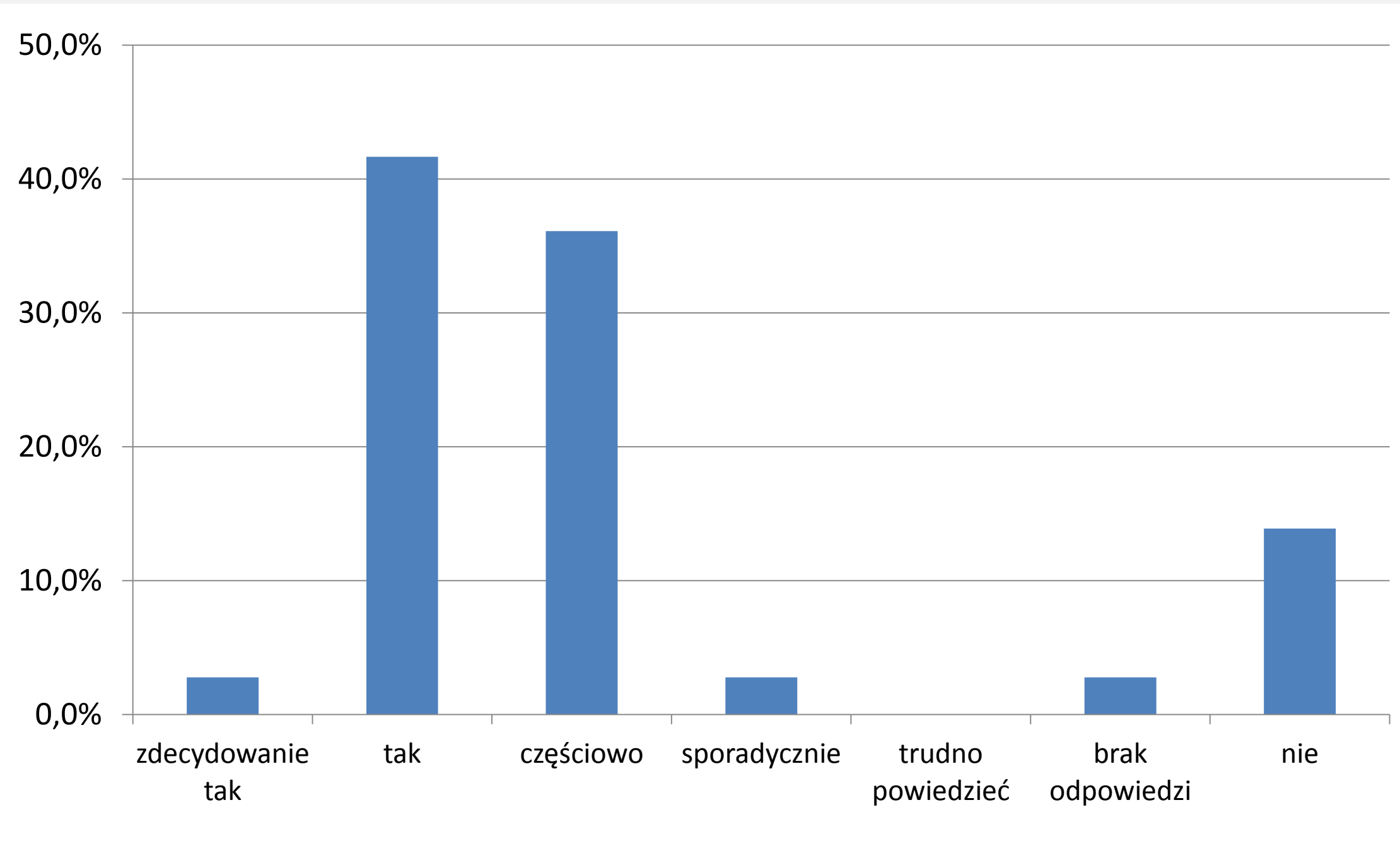
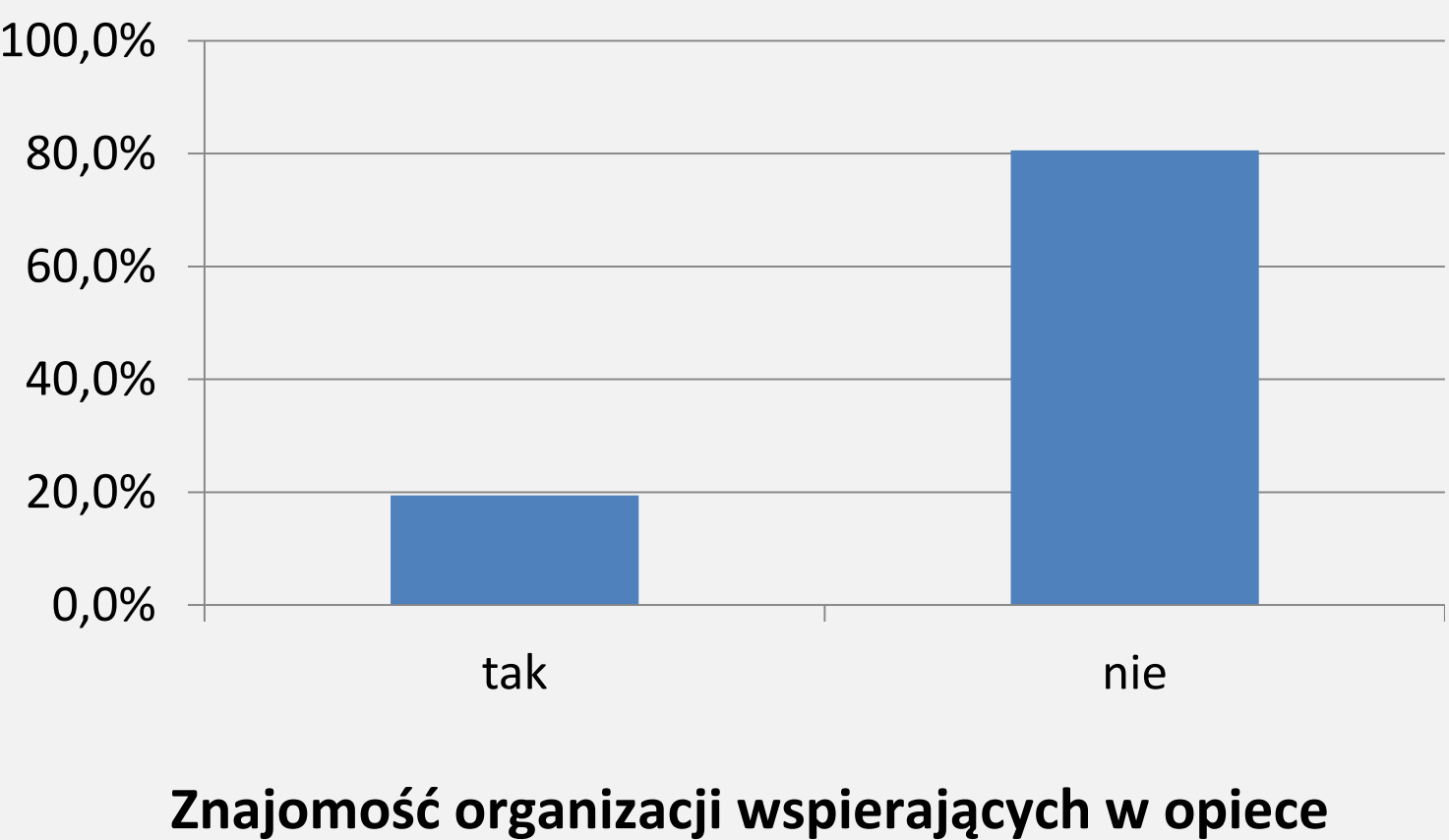
WNIOSKI

- Właściwa opieka domowa nad pacjentem po wypisie ze szpitala ma bardzo istotne znaczenie nie tylko dla przebiegu procesu rehabilitacji, ale również dla zapobiegania powikłaniom i dobrego samopoczucia pacjentów.
- Celowe wydaje się opracowanie informatora na temat pielęgnowania, rehabilitacji w warunkach domowych.

Wyniki

Tabela 1. Problemy z jakimi spotykają się opiekunowie chorych po udarach mózgu

Problem	tak	nie	częściowo	sporadycznie	brak odpowiedzi
pielęgnacja	2	3	3	0	28
pęcherz moczowy	3	2	2	2	27
dieta	2	1	1	1	31
leki	4	4	4	0	24
przesadzanie	1	2	4	1	28
układanie	1	0	1	0	34
sprzęt	7	4	8	0	17
afazja	3	2	7	0	24
zaburzenia orientacji	10	1	2	0	23
depresja	3	2	2	0	29

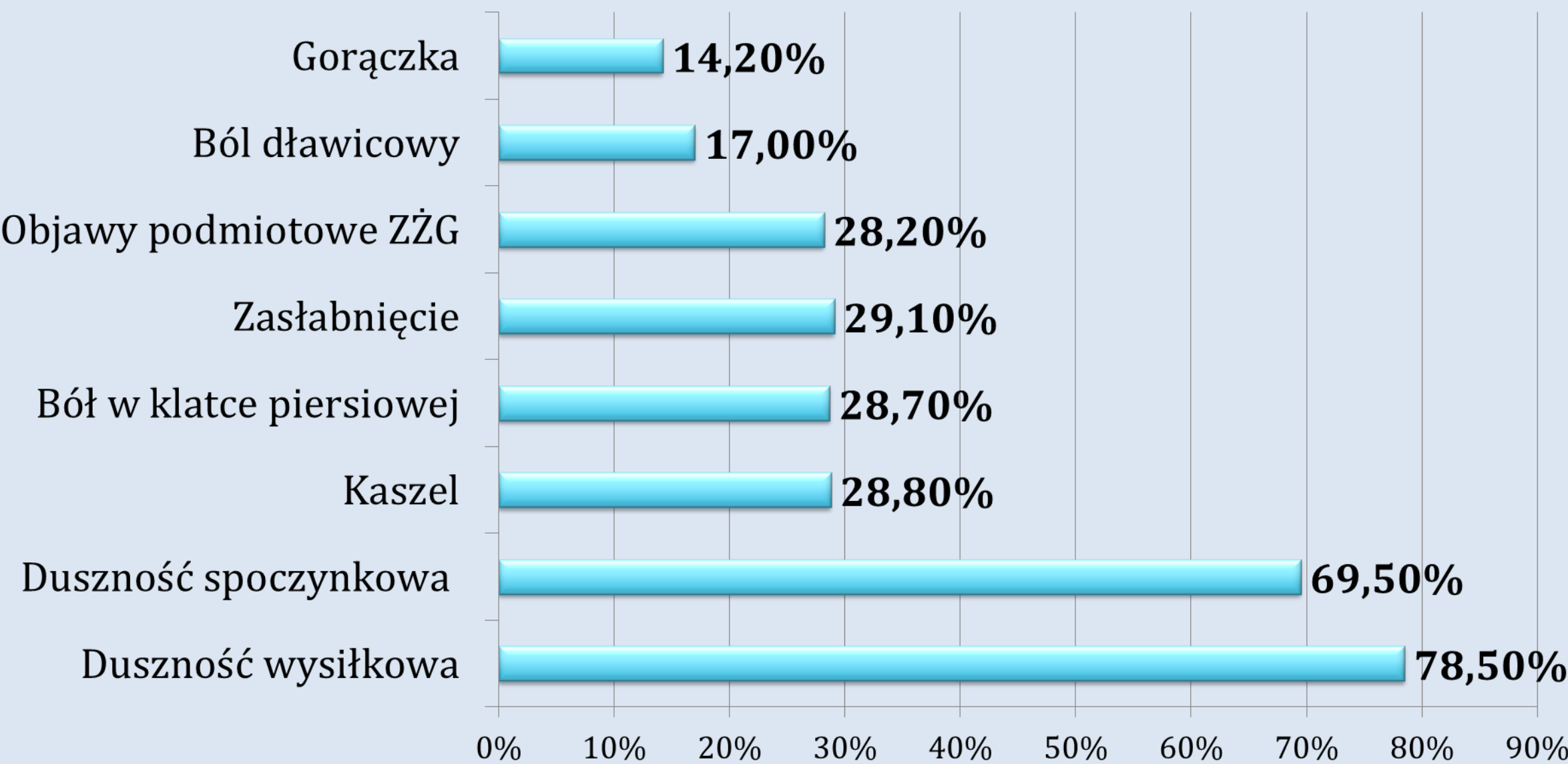


Opieka pielęgniarska nad pacjentem w wieku podeszłym chorującym na zatorowość płucną

Patrycja Pielak¹ Ewa Kobos²

¹Absolewntka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny ²Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie



Ryc.1. Częstotliwość występowania objawów w zatorowości płucnej

Cel pracy

Określenie problemów pielęgnacyjnych, które występują u pacjenta z zatorowością płucną hospitalizowanego w oddziale intensywnej opieki kardiologicznej

Podsumowanie

- Efektem opieki pielęgniarskiej i zastosowanych działań było zmniejszenie duszności spoczynkowej, ustąpienie kaszlu, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi do prawidłowych wartości, zmniejszenie uczucia bólu, zmniejszenie obrzęków kończyn dolnych oraz zmniejszenie uczucia lęku.
- W dalszej opiece nad pacjentem należy zwrócić uwagę na kontrolę parametrów życiowych zgodnie ze zleceniem lekarza, prowadzenie bilansu płynów, monitorowanie duszności, kaszlu, obrzęków kończyn, bólu oraz ograniczenie wysiłku fizycznego.

Opis pacjenta: 71 letni pacjent został przyjęty do szpitala w trybie nagłym. Został skierowany ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, gdzie przebywał po nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK) w przebiegu masywnej zatorowości płucnej. Chory był leczony ambulatoryjnie od miesiąca z powodu kaszlu oraz duszności. Po konsultacji pulmonologicznej do leczenia został włączony Atrovent. Od ostatnich pięciu dni pacjent prezentował przyspieszony, płytki oddech. W związku z nasileniem objawów pacjent zgłosił się do pomocy doraźnej, gdzie zalecono odstawienie leku wziewnego. W dniu 24 października pacjent ponownie udał się na wizytę do pulmonologa, gdzie oczekując w kolejce stracił przytomność oraz doszło do NZK. Po krótkotrwałym zewnętrznym masażu serca oraz podaniu Adrenaliny uzyskano powrót rytmu własnego. Po przyjeździe zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) wynik saturacji wynosił 81%, po włączeniu tlenoterapii 98%. W szpitalu, wykonano angioTK klatki piersiowej, opisując masywne skrzepliny tętnicy płucnej prawej i lewej wypełniające odejścia wszystkich tętnic płatowych obustronne. Chory pozostawał stabilny hemodynamicznie, podano drogą podskórną 120 mg Enoksaparyny. W wywiadzie nie zidentyfikowano żadnych klasycznych czynników zatorowości płucnej. Klinicznie bez cech zakrzepicy żyłnej. Pacjent dotychczas chorował z powodu nadciśnienia tętniczego (NT), drżenia samoistnego rąk oraz hiperurykemii. Pacjent negował występujące kiedykolwiek bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, utraty przytomności, krwiotłucie, ŻChZZ, występowanie urazu oraz unieruchomienie w ostatnim czasie. W chwili obecnej chory zgłasza kaszel, duszność spoczynkową, silny ból klatki piersiowej.

Wyniki pomiarów:

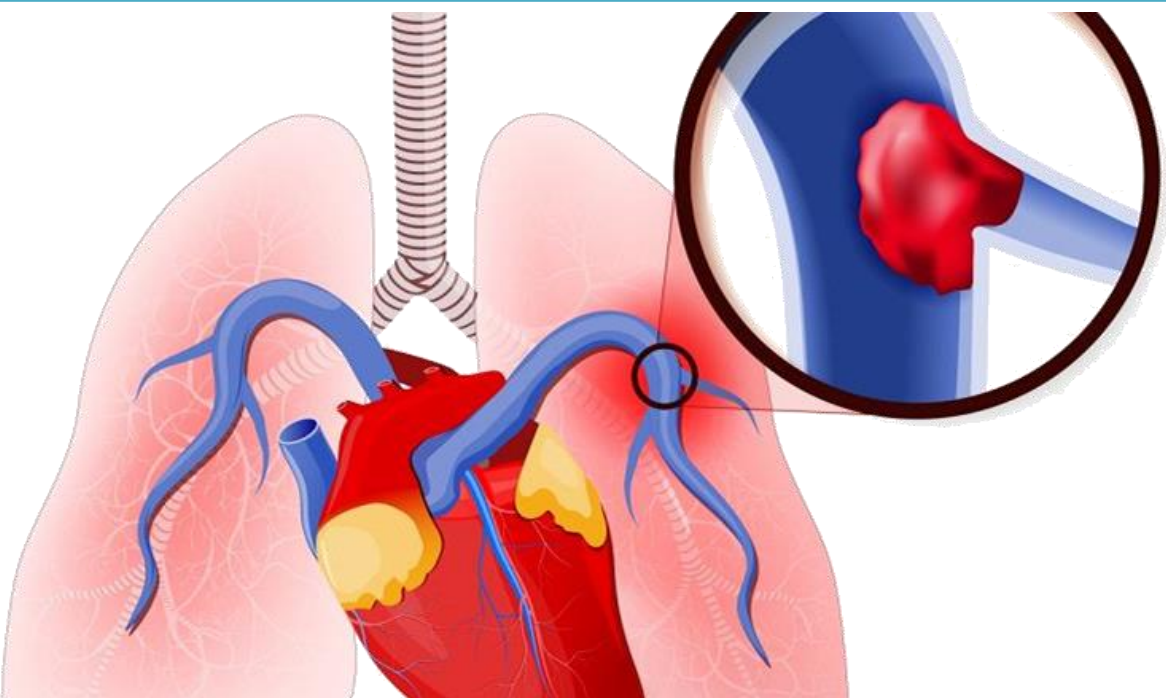
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ masa ciała - 110 kg▪ wzrost – 170 cm,▪ BMI – 38.06, otyłość▪ oddech – 24 oddechy/min. tachypnoë▪ tętno – 110 uderzeń/min. tachykardia▪ ciśnienie tętnicze krwi – 145/95 mmHg hipertonia▪ temperatura ciała – 36.8°C , norma | <ul style="list-style-type: none">▪ skala Glasgow - 15 punktów, łagodne zaburzenia przytomności▪ skala oceny odżywienia -2 punkty▪ skala NYHA - klasa 3▪ skala nasilenia duszności MRC - stopień 4, duszność występuje podczas samodzielnego ubierania▪ skala Norton - 13 punktów, zagrożenie powstania odleżyn▪ skala oceny bólu NRS – 4▪ bilans płynów - 890 ml |
|---|---|

Zastosowane leczenie:

- Furosemid 1x10 mg i.v.
- Actilise 1x50 mg i.v. w 50 ml
- Heparyna 25 tys. j.m. w 50 ml 0,9% NaCl przepływ według APTT
- Controloc 1x40 mg i.v. w 100 ml 0,9% NaCl
- Kalipoz 1x1tabletki
- Milurit 1x100 mg p.o.; Thiocodin 1x1 tabletki
- Tramadol 1x50mg i.v. w 100 ml 0,9% NaCl
- Tlen 4l/h ; unieruchomienie

Problemy pacjenta:

- Ryzyko niedotlenienia organizmu spowodowane dusznością
- Dyskomfort pacjenta spowodowany kaszlem
- Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi
- Dyskomfort pacjenta spowodowany obrzękami kończyn dolnych
- Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej spowodowane złamaniem żebra po czynnościach reanimacyjnych
- Podwyższone ryzyko wystąpienia krwawienia spowodowane przyjmowaną farmakoterapią: actylise, heparyna



Rola pielęgniarki w opiece nad seniorem z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy

dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz¹, dr n. med. Wiesław Fidecki², mgr Katarzyna Kucharska³, dr n. o zdr. Beata Dziedzic¹, dr n. o zdr. Grażyna Wójcik¹, dr n. o zdr. Anna Idzik¹,
dr n. o zdr Grażyna Dykowska⁴, dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński²

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ²Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ³Absolewntka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ⁴Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Choroba wrzodowa jest opisywana jako nadal często występujące schorzenie górnego odcinka przewodu pokarmowego. Może prowadzić do istotnych następstw, nawet zagrażających życiu. Najistotniejszą wymienianą przez literaturę, przyczyną choroby wrzodowej jest infekcja Helicobacter pylori.



Helicobacter pylori pod mikroskopem.

Material i metody

W badaniu wykorzystano metodę analizy dokumentów. Zastosowano technikę klasyczną ilościową i jakościową. Przeanalizowano 124 wyniki badań, które odbyły się w okresie dwóch miesięcy, od 01.11.2015 do 01.01.2016, w Centralnej Pracowni Endoskopii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. Z badania wyłączono trzech pacjentów: dwóch z powodu infekcji, jednego z powodu braku współpracy.

Helicobacter pylori pod mikroskopem.

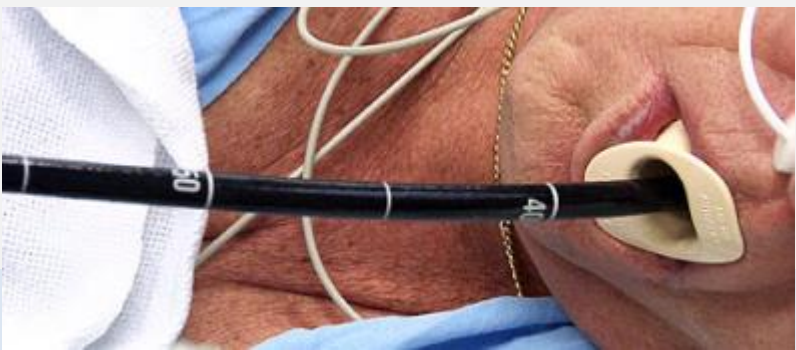


Wnioski

- ❑ Choroba wrzodowa żołądka występuje dwa razy częściej niż choroba wrzodowa dwunastnicy.
- ❑ Zakażenie Helicobacter pylori występuje u połowy pacjentów z chorobą wrzodową.

Cel pracy

Analiza roli pielęgniarki w opiece nad seniorem z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy.



Pacjent podczas badania gastrokopii

Wyniki

Wyniki testów Hp u kobiet i mężczyzn

Ilość pobranych testów	Płeć	Testy ujemne	Wartość procentowa	Testy dodatnie	Wartość procentowa
13	Kobiety i mężczyźni	7	53,9	6	46,1
10	Kobiety	6	60	4	40
3	Mężczyźni	1	33,3	2	66,7

Częstość występowania wrzodów żołądka u osób zażywających niesteroidowe leki przeciwzapalne

Ilość wykrytych wrzodów żołądka	Zażywanie NLPZ	Ilość osób	Płeć	Wartość procentowa
12	5	124	Kobiety i mężczyźni	41,6
9	3	75	Kobiety	33,3
3	2	49	Mężczyźni	66,7

Udział pielęgniarki w diagnozowaniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy





²Manuelita García Polgarrón, Universidad Nahuatl y Cultura



01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 10

Abstract | **Introduction**

Downloaded from <http://ajph.org/>

Age Group	Percentage
18-24	10%
25-34	20%
35-44	30%
45-54	25%
55-64	15%
65-74	10%
75-84	5%
85+	5%

- [Home](#)
[About Us](#)
[Products](#)
[Contact Us](#)

- 



Recomendări pentru utilizarea acestor produse medicale:
 a) sunt polimeri, biocompatibili sau biodegradabili
 b) nu sunt, aplicarea acestor dispozitive medicale
 biodegradabile a fost permisă, în caz de
 biodegradabilitate în care este posibilă aplicarea

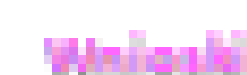
- [Bibliography](#)
[Bibliography](#)
[Bibliography](#)

Correspondence: Dr. Evangelina de la Hoz, Hospital General de México, Secretaría de Salud, México, D.F., México. E-mail: evangelina.hoz@ss.gob.mx

- Abstract** **Background:** The purpose of this study was to determine the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in a community-based sample of 1000 subjects in a rural area of the north-eastern region of Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in a rural area of the north-eastern region of Brazil. The subjects were selected by random sampling. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection was determined by the urea breath test (UBT). **Results:** The prevalence of *Helicobacter pylori* infection was 10.2% (95% CI 7.1–13.3%). The prevalence was significantly higher in subjects who were male, had a lower educational level, and who had a higher consumption of alcohol. **Conclusion:** The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in this community-based sample was 10.2%. The prevalence was significantly higher in subjects who were male, had a lower educational level, and who had a higher consumption of alcohol.

[illegible]

1. *Naucoria profligatorum* apertum (200-00000).
2. *Naucoria rubrum* a. *profligatorum* apertum (200-00000).
3. *Naucoria rufum* apertum (200-00000).
4. *Naucoria rufum* apertum (200-00000).
5. *Naucoria rufum* apertum (200-00000).
6. *Naucoria rufum* apertum (200-00000).
7. *Naucoria rufum* apertum (200-00000).
8. *Naucoria rufum* apertum (200-00000).



Mykrota mela var. *longicauda* Post. 9/11
Polystichum [?] / OLP var. *longicauda* paring a
aperturalis var. *longicauda* in plating elements
Diagnosis pl. *longicauda* capsule in seed
longicauda OLP var. *longicauda* in paring
I. *longicauda* capsule var. *longicauda* in paring
capsule var. *longicauda* in paring
in capsule var. *longicauda* in paring

Wybrane diagnozy pielęgniarские w klasyfikacji NANDA u pacjenta geriatrycznego z nadczynnością tarczycy

Paweł Kapica, Aneta Kościółek, Iwona Adamska-Kuźmicka, Agnieszka Sadurska, Lilla Walas

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Nadczynność tarczycy to choroba endokrynologiczna, na którą w Polsce choruje około 2% dorosłych. Najczęściej zachorowalność na choroby tarczycy występuje wśród populacji żeńskiej między 20 a 40 rokiem życia.

Cel pracy

Przedstawienie obszaru opieki pielęgniarskiej w stosunku do pacjenta geriatrycznego z nadczynnością tarczycy.

Material i metody

Podmiotem badania jest pacjent z nadczynnością tarczycy we wczesnym okresie geriatrycznym. Metodą zastosowaną jest metoda studium indywidualnego przypadku, została ona oparta o przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Polską wersję kwestionariusza oceny jakości życia u pacjentów z chorobami tarczycy, wywiad, obserwację i analizę dokumentacji.

Wyniki

Diagnoza 1. Zaburzenia równowagi w odżywianiu wywołane zmniejszonym apetytem		
Definicja: Zaburzenie równowagi w odżywianiu: przyjmowanie składników odżywczych w ilościach niewystarczających do pokrycia zapotrzebowania metabolicznego.		
Objawy	Subiektywne • Niechęć do jedzenia • Uczucie sytości zaraz po spożyciu pokarmu	Obiektywne • Bładość błon śluzowych • Przyjmowanie pokarmu poniżej dziennego zalecanego spożycia
Cel: U pacjentki podczas pobytu w oddziale szpitalnym nie wystąpią zaburzenia równowagi odżywiania		
Działania pielęgniarские		Uzasadnienie empiryczne
• prowadzenie obserwacji w kierunku niedożywienia		Obserwacja pod kątem oznak niedożywienia, takich jak łamliwe, łatwo wypadające włosy, siniaki, sucha skóra, błądźność skóry i spojówek, zanikanie mięśni, gładki, czerwony język, zapalenie kącików ust, huszcząca się wysypka na kończynach dolnych oraz dezorientacja (Fauci et al., 2008).
• nadzorowanie spożywania posiłków		Notowanie jaki procent podawanego jedzenia zostaje skonsumowane. Prowadzenie przez 3 dni dziennika żywienia w celu określenia aktualnego przyjmowania pokarmów, w razie potrzeby obliczenie kalorii należy skonsultować z dietetykiem. Prowadzenie dziennika żywienia jest pomocne zarówno dla pacjenta, jak i dla pielęgniarki, by ustalić rodzaj zazwyczaj jedzonych pokarmów, wzorce jedzenia oraz obecność niedoborów w diecie (Shay Shobert i Seibert, 2009).
• porównanie aktualnego żywienia z piramidą żywienia		Zwrócenie uwagi na niedocenianie lub pomijane grupy pokarmowe. Pomijanie w diecie całych grup pokarmowych zwiększa ryzyko niedoborów.
• obserwacja nastawienia chorego do jedzenia		Próba oddzielenia fizycznych i psychologicznych trudności z jedzeniem. Odmowa jedzenia to może być dla pacjenta jedyna możliwość uzyskania poczucia kontroli, ale może to być także objaw depresji.
• proponowanie choremu znanych potraw		Wszyscy ludzie, a szczególnie chorzy, lubią jeść pokarmy, do których są przyzwyczajeni (O'Regan, 2009).
• unikanie przeszkadzania w porze jedzenia		Posiłki powinny być spożywane w spokojnym otoczeniu. Przeszkadzanie ma negatywny wpływ na stan odżywienia chorego. Niektóre szpitale w Wielkiej Brytanii rozpoczęły akcję „ochrona pory jedzenia”, by zapewnić pacjentom niezakłócone przyjmowanie pokarmów (Hallpike, 2008; O'Regan, 2009).
Wynik opieki: Pacjentka podczas hospitalizacji nie wykazała objawów niedożywienia		

Diagnoza 2. Bezsenność wywołana obawą o stan zdrowia i dalsze rokowanie		
Definicja: Bezsenność: częste skargi na zmniejszenie ilości i jakości snu, które prowadzą do zaburzenia funkcjonowania		
Objawy	Subiektywne	Obiektywne
	• Uczucie zmęczenia • Sen nie daje wypoczynku	• Ospalość • Drażliwość
Cel: Pacjentka w czasie pobytu w szpitalu dowie się jak radzić sobie z przyczyną problemów ze snem		
Działania pielęgniarские		Uzasadnienie empiryczne
• zebranie wywiadu na temat snu obejmujący schematy snu oraz dotyczący leków i środków stymulujących		Ocena zachowań związanych ze snem oraz schematów snu jest istotną częścią badania stanu zdrowia każdej osoby (Lee i Ward, 2005; Mastin et al., 2006; Humphries, 2008)
• ocena stopnia i przewlekłego charakteru bezsenności na podstawie wywiadu		Można mówić o bezsenności u osób dorosłych, jeśli ich zmęczenie w ciągu dnia oraz senność występują wraz z jednym lub większą liczbą następujących czynników przez kilka nocy w tygodniu: (a) niezdolność zaśnięcia w ciągu 30 minut; (b) budzenie się w nocy i niezdolność do zaśnięcia w ciągu 30 minut; i/lub (c) spanie mniej niż 6 godzin/noc; bezsenność uważa się za przewlekłą, jeśli trwa to przez ponad 6 tygodni (Ohayon i Reynolds, 2009)
• skupienie uwagi chorego na pozytywne strony życia		EB: Skupienie pacjentów na wdzięczności było związane z innymi pozytywnymi spostrzeżeniami przed zaśnięciem, krótszym czasem zasypiania, dłuższym czasem snu w nocy oraz lepszym funkcjonowaniem w dzień (Wood et al., 2009).
• zaproponowanie kąpieli stóp wieczorem przed snem		EBN: Systematyczny przegląd wykazał, że pasywne ogrzewanie za pomocą ciepłych kąpiel relaksuje osoby mające spać oraz zwiększa głęboki sen w przypadku osób starszych (Liao, 2002). EB: Małe manipulacje podstawową temperaturą ciała i skóry okazały się wpływać na nadejście snu w przypadku dorosłych, łącznie z osobami niedoświadczającymi problemów ze snem, jak również w przypadku osób starszych cierpiących na bezsenność (Raymann i VanSomeren, 2008).
Wynik opieki: Pacjentka pozyskała informacje na temat problemów i techniki jak sobie z nimi radzić		

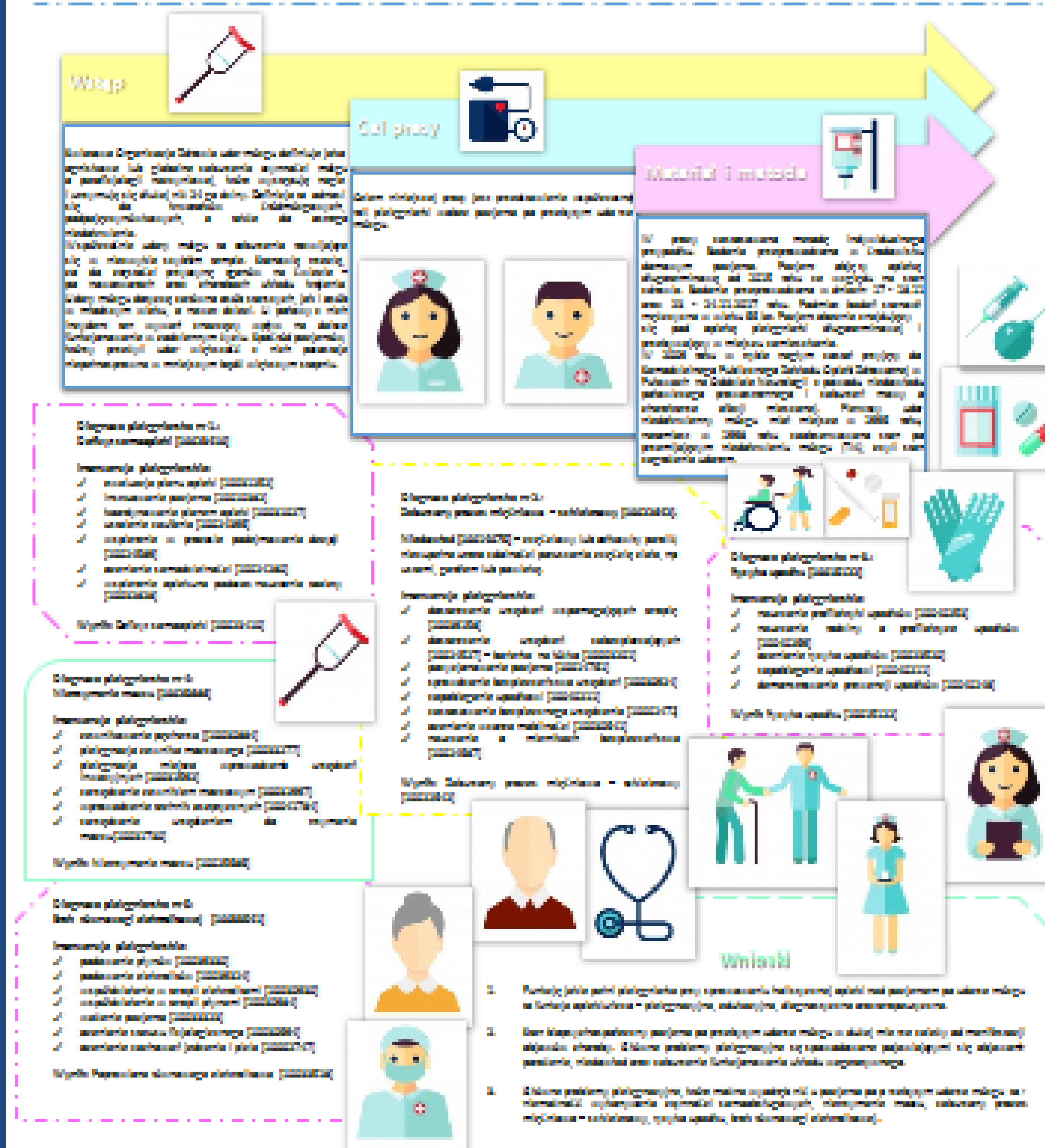
Diagnoza 3. Strach wywołany niepewną diagnozą i związanym z nią leczeniem		
Definicja: Strach: reakcja na postrzegane zagrożenie, które stale uznawane jest za niebezpieczne		
Objawy	Subiektywne • Brak apetytu • Problemy ze snem • Zmęczenie • Ospalość	Obiektywne • Skupienie się na źródle lęku • Mniejsza pewność siebie • Brak chęci do rozmowy
Cel: Pacjentka w następnych dniach pobytu w szpitalu będzie kształtowała samokontrolę nad stresem i ograniczała niepokój		
Działania pielęgniarские		Uzasadnienie empiryczne
• określenie źródła strachu pacjentki		EB: Zdolność doświadczania strachu ma charakter adaptacyjny, co umożliwia szybką i dynamiczną reakcję na zbliżające się zagrożenie lub niebezpieczeństwo (Stephanos i Edwards, 2009).
• ocena chorego pod kątem wcześniejszego odczuwania lęku		EB: Uczestnicy badania przeprowadzonego na starszych dorosłych odczuwających lęk wykazywali większy poziom natężenia strachu przed bólem (Asmundson et al., 2009).
• omówienie sytuacji z pacjentem i pomoc mu w rozróżnieniu między rzeczywistymi a wyobrażonymi zagrożeniami dobrego samopoczucia		EB: Aktywacja strachu następuje przed świadomą poznawczą analizą tego, czy bodźce mogą się pojawić (Stephanos i Edwards, 2009).
• zachęcenie pacjenta, by wyrażał swój strach przy użyciu słów		EB: Opowiadanie historii, która pomaga znaleźć sens w chorobie, jest jednym z głównych sposobów stosowanych przez ludzi w celu dostosowania się do zagrożeń związanych z poważną chorobą (Heliker, 2007).
Wynik opieki: W czasie hospitalizacji u pacjentki nastąpiło zmniejszenie odczuwania lęku		

Wnioski

- ✓ Nadczynność tarczycy ma różnokierunkowym wpływ na stan pacjenta.
- ✓ Pacjentka może oczekiwać od zespołu pielęgniarского fachowej pomocy medycznej w wyniku zaistniałej potrzeby. Może domagać się zrozumienia, empatii i odrębnego podejścia, krótkiej chwili na rozmowę w sytuacji problemowej czy wyjaśnienia nurtujących zagadnień o swojej jednostce chorobowej.
- ✓ Można wywnioskować, iż zaobserwowane problemy pacjenta wynikają nie tylko z jednostki chorobowej, ale również z procesu starzenia się organizmu.



² *Alaoteria karewa patigiriana*, *Universitas Majumay o Lelima*
³ *Thalass karewa patigiriana*, *Universitas Majumay o Lelima*
⁴ *Kalaja karewa Patigiriana*, *Universitas Majumay o Lelima*



SZCZEPIENIA SENIORÓW

- PROFILAKTYKA CHORÓB ZAKAŻNYCH NA PRZYKŁADZIE SZCZEPIENIA PRZECIW GRYPIE

Magdalena Zawidzka¹, Elżbieta Nazar¹, Marta Kamińska¹, Beata Haor²

¹Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu,

Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku,
opiekun Koła: dr Beata Haor

² Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku



Wprowadzenie:

Grypa to najczęściej występująca w populacji ostra choroba zakaźna układu oddechowego. Skuteczną metodą profilaktyki są szczepienia ochronne. Seniorom poza szczepieniami przeciw grypie zaleca się korzystanie ze szczepionek przeciw zapaleniu płuc, wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B, krztuścowi, błonicy oraz tężcowi.

Cel pracy:

Celem pracy jest przedstawienie istoty szczepienia przeciwko grypie oraz udziału seniorów w „Programie profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia”, na przykładzie miast Włocławek, Lublin oraz Wrocław.

Podsumowanie:

Pomimo zaleceń specjalistów, popularność szczepień wśród osób po 65 roku życia jest bardzo niska. Do najczęstszych przyczyn związanych z rezygnacją ze szczepień u seniorów należą: lęk przed powikłaniami związanymi ze szczepieniem oraz brak wiary w jego skuteczność. Niezwykle ważne jest efektywne promowanie szczepień przeciw grypie wśród osób w podeszłym wieku.

Założenia pracy:

Choroby zakaźne występujące u osób w podeszłym wieku często charakteryzują się ciężkim przebiegiem i zwiększonym ryzykiem powikłań. Pomimo szeroko ukierunkowanej prewencji infekcji wśród osób starszych, najbardziej efektywnym oraz najskuteczniejszym sposobem zapobiegania grypie, a także jej powikłaniom, są szczepienia ochronne. Stopień wyszczepienia pacjentów powyżej 65 roku życia jest niski. Stosowanie szczepień ochronnych ma korzystny wpływ nie tylko na zdrowie pacjentów, ale także na obniżenie kosztów leczenia związanych z wystąpieniem ewentualnych powikłań pogrypowych oraz długotrwałej hospitalizacji. Systematyczne powtarzanie szczepień przeciwko grypie pozwala na ochronę przed infekcją oraz powikłaniami w związku z pobudzaniem układu immunologicznego do skutecznego identyfikowania i likwidacji patogenów.

Piśmiennictwo:

1. Szerbińska K., Barańska I., Brzyski P., Ocetkiewicz T., Wiedza, przekonania i zachowania osób starszych wobec szczepień ochronnych zalecanych w starszym wieku. Gerontologia polska, 2014, 2, s.51-61
2. Woźniak-Kosek A., Kosek J., Chrzastek L., Empiryczna analiza zachowań i wiedzy dotyczącej szczepień przeciwko grypie wśród słuchaczy Częstochowskiego Uniwersytetu III Wieku na podstawie badań ankietowych. Geriatria, 2014, 8, s. 221-231
3. <https://gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-dla-osob-starszych/> data dost. 24.08.2018
4. <http://zaszczepsiewiedza.pl/aktualnosci/szczepienia-seniorow-wazna-czesto-pomijana-profilaktyka-chorob-zakaznych/> data dost. 24.08.2018
5. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_169_13.PDF data dost. 24.08.2018



Ryc.1. Rumień wędrujący

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wieku starszym z neuroboreliozą

Zuzanna Wiśniewska¹ Ewa Kobos² Zofia Sienkiewicz²

¹Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny ²Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie



Borelioza	1.01-15.11.2017		1.01-15.11.2016		1.01-15.11.2015	
	Liczba	Zapadalność na 100 tys. ludności	Liczba	Zapadalność na 100 tys. ludności	Liczba	Zapadalność na 100 tys. ludności
	18 612	48,43	17 852	46,42	11 669	30,34

Tab.1. Zachorowania na boreliozę w Polsce w okresie od 1 stycznia do 15 listopada w poszczególnych latach 2017, 2016, 2015 (Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tysięcy ludności) Źródło: Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS. Zakład Epidemiologii NIZP - PZH

Postać wczesna neuroboreliozy	Postać późna neuroboreliozy
▪ Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych ▪ Radikulopatie ▪ Porażenie nerwów czaszkowych Triada Bannwartha ▪ Zapalenie splotu ▪ Mononeuropatie ▪ Zapalenie rdzenia kręgowego ▪ Zapalenie mózgu	▪ Przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn ▪ Zapalenie naczyń mózgowych ▪ Przewlekłe postępujące boreliozowe zapalenie mózgu ▪ Przewlekłe postępujące boreliozowe zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego z tetraparezą spastyczną ▪ Przewlekłe postępujące boreliozowe zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego ze spastyczno-ataktycznymi zaburzeniami chodu i zaburzeniami oddawania moczu

Tab.3. Opieka pielęgniarska wobec pacjenta z neuroboreliozą - pierwsze 2 dni od przybycia chorej do kliniki neurologicznej

70-letnia chora została przyjęta do kliniki neurologii w grudniu 2017 roku z powodu występujących od około 2 tygodni parestezji w kończynach górnych i dolnych oraz z powodu dolegliwości bólowych o zmiennej lokalizacji. Do wyżej wymienionych objawów 2 dni przed przyjęciem dołączyło również osłabienie siły mięśniowej lewej kończyny górnej.

Dyskomfort pacjentki spowodowany nasilonymi parestezjami kończyn górnych i dolnych	Uciążliwe wrażenie odebranego dotyku spowodowane zaburzeniami czucia powierzchniowego w kończynie górnej po stronie lewej	Uczucie chronicznego zmęczenia i osłabienia spowodowane toczącym się procesem chorobowym	Zmniejszona mobilność pacjentki wynikająca z narastającej sztywności stawowo - mięśniowej	Dolegliwości bólowe o zmiennej lokalizacji spowodowane toczącym się procesem chorobotwórczym
▪ wykonano przez rehabilitanta oraz pielęgniarkę masaż rozluźniający kończyn górnych i dolnych: 1x dziennie ▪ wprowadzono ćwiczenia rozluźniające napięcie mięśnie w obrębie górnego i dolnego odcinka kręgosłupa: 1x dziennie trwające 30 minut ▪ zastosowano pozycje ułożeniowe zmniejszające dolegliwości: „ukłon japoński”, pozycja embrionalna, pozycja w leżeniu na wznak ze zgiętymi nogami, pozycja krzesłkowa ▪ podjęto współpracę z rehabilitantem w celu wprowadzenia terapii mięśniowo-powięziowej oraz terapii manualnej ▪ powiadomiono pacjentkę o konieczności częstej zmiany pozycji ciała tak by uniknąć długotrwałego stania lub siedzenia w jednej pozycji ▪ wskazano chorej aby unikała zakładania nogi na nogę podczas siedzenia oraz zakładania rąk pod głowę w czasie leżenia ▪ wprowadzono rodzinę w zasady opieki nad chorą, wytłumaczono cel wykonywanych ćwiczeń i wytłumaczono jak przeprowadzać je wraz z pacjentką bez pomocy personelu	▪ oceniono stopień sprawności kończyny lewej górnej poprzez wykonanie przez pacjentkę manualnego ćwiczenia z wykorzystaniem najpierw plastikowych kubków, potem zaś plasteliny: 1x dziennie ▪ stymulowano lewą kończynę górną 2x dziennie, wykorzystując dwie miski z wodą ciepłą i zimną; wkładając rękę pacjentki raz do jednej, raz do drugiej miski ▪ prowadzono ćwiczenia czucia powierzchniowego 1x dziennie trwające 15 minut: pacjentka wykonywała ćwiczenia przy użyciu plastikowych kubków, plasteliny oraz suchego makaronu ▪ asystowano chorej w czasie wykonywanych przez nią ćwiczeń stymulujących: 2x dziennie ▪ zapoznano pacjentkę z możliwością usprawniania kończyny górnej lewej różnymi fakturami np.: przy użyciu plastiku, gumy, pasty do zębów, tektury, papieru oraz bawełny.	▪ wyjaśniono chorej przyczynę zmęczenia ▪ zachęcono pacjentkę do systematycznej aktywności nie obciążającej organizmu: każde ćwiczenia oporowe kończyły się ćwiczeniami relaksacyjnymi i oddechowymi ▪ wyjaśniono chorej rolę snu w życiu człowieka jako istotnego elementu odbudowy zasobów energetycznych oraz wytłumaczono jak dbać o jego higienę ▪ prowadzono ćwiczenia wyzwalające energię ciała 1x dziennie przez 5 minut: chora łączyła ręce przed sobą w czasie wdechu, a w czasie wydechu jedną rękę kierowała ku niebu drugą ku ziemi przy tym lekko się rozciągając i ustawiając dłonie poziomo do nieba i ziemi ▪ podawano chorej posiłki bogate w warzywa a ubogie w cukry proste ▪ podano witaminę D3 na zlecenie lekarza: Vigantol 2 krople/ 24h	▪ oceniono zakres ruchu w stawach 1x dziennie, na podstawie szczególnie wykonanych ćwiczeń przez pacjentkę: podnoszenie rąk do góry, na boki, wykonanie zgięć w stawie łokciowym, biodrowym i kolanowym; w trakcie badania stwierdzono, że zakres ruchu w stawach jest ograniczony ▪ zachęcono pacjentkę do wykonywania ćwiczeń ruchowych stawów kolanowych i biodrowych, 1x dziennie trwających 15 minut: pacjentka przyjmowała wówczas pozycję siedzącą, następnie wykonywała prostowanie kolan z książką umieszczoną między stopami jak i również przyjmowała pozycję leżącą na wznak z wyprostowanymi kończynami i stosowała obracanie stóp na zewnątrz ▪ zapoznano chorą z ćwiczeniami biernymi, izometrycznymi oraz z ćwiczeniami czynnymi w odciążeniu i koordynowano ich wykonywanie ▪ prowadzono ćwiczenia poprawiające koordynację ruchową i równowagę, 1 x dziennie trwające 15 minut: ćwiczenia odbywały się w pozycji kłku podpartego przyjmowanego przez pacjentkę z wyciągniętą lewą nogą do tyłu i prawą ręką do przodu; w jednej pozycji chora musiała wytrzymać pół minuty następnie zmieniała rękę i nogę ▪ asekurowano pacjentkę w trakcie chodzenia kiedy czuła, że sztywność stawowa narasta ▪ asystowano chorej w czasie wykonywanej przez nią toalety oraz podczas ubierania się	▪ oceniono natężenie bólu za pomocą skali wzrokowo – analogowej VAS, 4 razy w ciągu 24h, przed i po podaniu leków p/bólowych: chora przed podaniem leków wskazywała natężenie bólu na stopień 5, a po podaniu leków natężenie to spadało do wartości równej 2 ▪ obserwowano oznaki bólu na podstawie zachowań behawioralnych: potliwość, bledność, niepokój, wzmożone napięcie mięśniowe, grymasy twarzy, pojękiwania: u chorej w czasie nasilającego się ataku bólowego zaobserwowano zwiększoną potliwość, niepokój ▪ usunięto czynnik nasilający ból: hałas, wynikający z obecności zbyt dużej ilości osób w sali ▪ wskazano pacjentce pozycje ułożeniowe łagodzące ból: „ukłon japoński”, pozycja embrionalna, pozycja w leżeniu na wznak ze zgiętymi nogami, pozycja krzesłkowa oraz zastosowano udogodnienia w łóżku: elastyczna poduszka pod kark, podkładki z gąbki gumowej pod nogi, poduszka podkładana pod odcinek lędźwiowy kręgosłupa ▪ zapewniono warunki ciszy i spokoju w sali ▪ uczestniczono w farmakoterapii, podano leki przeciwbólowe: ibuprofen 400mg 4*/ 24h – doustnie, Perfalgan 1g (100ml) – dożylnie jednorazowo

Cel pracy

Analiza problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta z neuroboreliozą przebywającego w oddziale neurologicznym.

Podsumowanie

Efektom podjętych działań było:

- ✓ zmniejszenie się niedowładu mięśni twarzy spowodowanego porażeniem nerwu VII prawego oraz niedowładu kończyn górnych
- ✓ zmobilizowanie pacjentki do codziennego wykonywania ćwiczeń zwiększających samodzielność.

W dalszej opiece nad pacjentką zaleca się: rehabilitację kończyn górnych oraz kontynuację leczenia farmakologicznego związanego z przyjęciem pełnej dawki antybiotyku.

Piśmiennictwo

1. Dworżańska E, Bartosik-Psujek H. Neuroborelioza. Reumatologia 2013;51(1):63-67.
2. Smoleńska Ż, Matyjasek A, Zdrojewski Z. Borelioza - najnowsze rekomendacje w diagnostyce i leczeniu. Forum Reumatologiczne 2016; 2(2):58-64.

Żywienie osób starszych hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych

dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz¹, mgr Agnieszka Jaśkiewicz², dr n. med. Wiesław Fidecki³, dr n. o zdr. Ewa Kobos¹, dr n. o zdr. Józefa Czarnecka⁴, dr n. rol. Beata Sińska⁵,
dr n. o zdr. Beata Dziedzic¹, dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński³

¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ²Stacjonarne studia II stopnia - absolwent, kierunek studiów Pielęgniarstwo, ³Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ⁴Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ⁵Zakład Żywienia Człowieka, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Stan odżywienia ma bezpośredni wpływ na stan zdrowia, a to pozwala na jak najdłuższe zachowanie niezależności od innych osób.

Cel pracy

Analiza żywienia osób po 65 roku życia, hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych

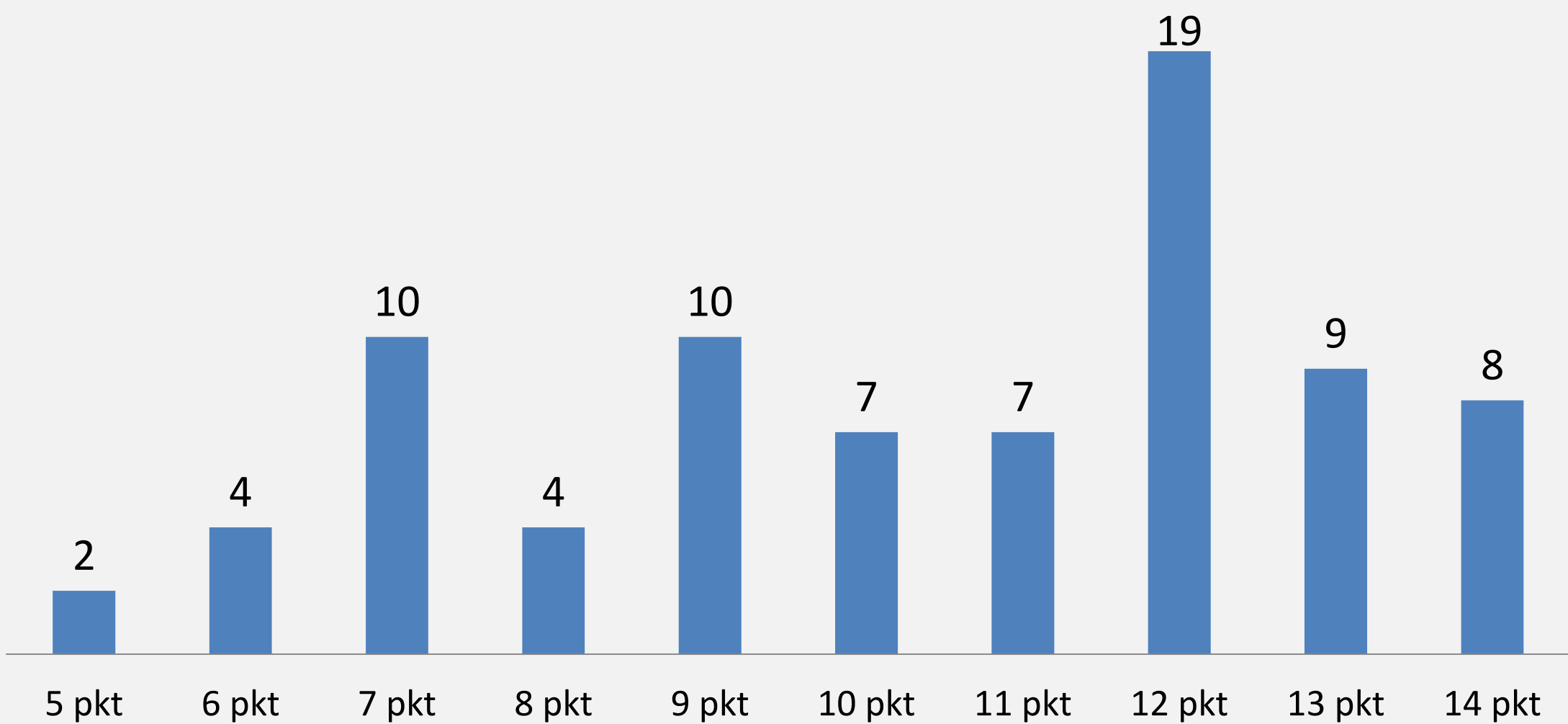
Materiał i metody

Badaniem objęto 80 pacjentów oddziału wewnętrznego w jednym ze szpitali na terenie Warszawy. U każdego chorego przeprowadzono ocenę stanu odżywienia w oparciu o skróconą wersję kwestionariusza MNA-SF, wykonano pomiary antropometryczne, wzrost i masa ciała, na podstawie których wyliczono BMI, zgodnie ze skalą MNA za najkorzystniejszy wynik przyjęto wartość ≥ 23 , zaś za najmniej korzystny dla chorego <19 . wykonano również elementy całościowej oceny geriatrycznej, w tym skalę podstawowych czynności życia codziennego ADL (Activities of Daily Living), w której oceniano czy pacjent radzi sobie samodzielnie z czynnościami takimi jak: kąpiel, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrola wydalania moczu i stolca, jedzenie oraz Geriatryczną Skalę Oceny Depresji GDS (Geriatric Depression Scale) wersja 4-punktowa. Do analizy uzyskanych danych posłużono się programem Microsoft Excel.

Wnioski

- 1. Na występowanie zaburzeń stanu odżywienia wśród badanych pacjentów znaczący wpływ miały: liczba chorób przewlekłych, niski wskaźnik BMI, wiek, zły stan funkcjonalny oraz samotność.
- 2. Przesiewową oceną stanu odżywienia należy objąć wszystkich chorych powyżej 65 roku życia, nie tylko w warunkach szpitalnych, ale również tych leczonych ambulatoryjnie, w celu jak najszybszego wykrycia zaburzenia i wczesnej interwencji.
- 3. Z uwagi na częstość występowania niedożywienia oraz jego konsekwencji wśród starszych osób, należy prowadzić w tej grupie wiekowej edukację z zakresu prawidłowego sposobu żywienia.

Wyniki



Stan odżywienia badanej grupy na podstawie skali MNA

Stan odżywienia wg skali MNA a wskaźnik BMI

Zmienna	Poziom	Niedożywienie MNA ≤ 7 pkt	Ryzyko niedożywienia MNA 8-11 pkt	Prawidłowy stan odżywienia MNA 12-14 pkt
BMI [kg/m²]	≥23 N=35	5,7%	8,6%	85,7%
	≤ BMI <23 N=20	0%	70%	30%
	19≤ BMI <21 N=13	15,4%	84,6%	0%
	< 19 N=12	100%	0%	0%

Zaburzenia stanu odżywienia w zależności od ilości chorób oraz przyjmowanych leków

Zmienna	Poziom	Niedożywienie MNA ≤ 7 pkt	Ryzyko niedożywienia MNA 8-11 pkt	Prawidłowy stan odżywienia MNA 12-14 pkt
Liczba chorób przewlekłych	0 chorób N=4	0%	25%	75%
	1 choroba N=9	11,1%	0%	88,9%
	2 choroby N=35	2,8%	48,6%	48,6%
	3 choroby N=18	44,4%	22,2%	33,4%
	4 choroby N=11	36,4%	45,4%	18,2%
	≥5 chorób N=3	66,7%	33,3%	0%
Liczba przyjmowanych na stałe leków	1-3 leki N=12	16,7%	25%	58,3%
	4-6 leków N=40	10%	42,5%	47,5%
	7 i więcej N= 28	35,7%	28,6%	35,7%





STANDARD OPIEKI NAD SENIOREM

Izabela Kulikowska Koło Naukowe Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Barbara Knoff Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Konferencja Naukowo – Szkoleniowa „Wielowymiarowość opieki nad człowiekiem w podeszłym wieku” 20.09.2018



WPROWADZENIE

Wraz z wiekiem wzrasta wielochorobowość oraz niesprawność psychofizyczna człowieka, co stwarza konieczność korzystania z pomocy instytucji leczniczych oraz opiekuńczych [1]. Starzenie się jest procesem postępującym, nieodwracalnym oraz destrukcyjnym [2], wraz z wiekiem rosną problemy związane z codziennymi czynnościami, przez co starsze osoby stają się niesamodzielne [3].

PODSUMOWANIE

W kontekście starzenia się ludności oraz konieczności zapewnienia wsparcia zwiększającej się liczbie osób starszych niezbędne jest zwiększenie efektywności opieki zdrowotnej [5]. W związku z tym każdy senior powinien znać swoje prawa, w przypadku, gdy będzie potrzebował jakiegokolwiek pomocy.

PIŚMIENNICTWO

1. BOŃKOWSKI K., KLICH – RĄCZKA A. 2007. Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. Gerontologia Polska. 15(3): 97-103.
2. FIDECKI W., WYSOKIŃSKI M., WROŃSKA I., WALAS L., SIENKIEWICZ Z. 2011. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową. Probl Hig. Epidemiol 92(2): 221-225.
3. BŁĘDOWSKI P., MACIEJASZ M. 2013. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. Nowiny Lekarskie 82(1): 61 – 69.
4. PĘDICH W. 2007. „Karta Standardów Osoby Starszej” – w X rocznicę jej uchwalenia. Gerontologia Polska. Tom 15(1-2): 1-6.
5. SZWEDA – LEWANDOWSKA Z. 2014. Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi. Studia Ekonomiczne. Zeszyty Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. 179: 215 – 224.
6. Źródło zdjęć: pixabay.com

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie standardu opieki nad seniorem, czyli zakresu jego głównych praw oraz potrzeb.



ZAŁOŻENIA PRACY

Każda osoba starsza ma prawo uzyskać opiekę zdrowotną, która jest dostosowana do stopnia niesprawności, niezależnie od zdolności do zapłaty, stylu życia czy innych czynników. Senior ma prawo oczekiwać, iż uzyska informacje o swoich problemach zdrowotnych w sposób jasny, iż uzyska na żądanie diagnozę na piśmie czy też o zagrożeniach związanych z obecnym stanem zdrowia. Dodatkowo w przypadku problemów ze słuchem lub wzrokiem każda osoba starsza powinna móc korzystać z urządzeń ułatwiających porozumienie.

W starszym wieku ważny element stanowi promocja zdrowia. Każdy senior może oczekiwać uzyskania informacji na temat zdrowego stylu życia, nawyków żywieniowych, ćwiczeń fizycznych oraz profilaktycznej kontroli stanu zdrowia. Leki powinny być przepisywane odpowiednio do aktualnego stanu zdrowia. Jeśli osoba starsza nie jest w stanie samodzielnie dotrzeć do szpitala powinien zostać jej zapewniony odpowiedni transport, zaś w przypadku pobytu w szpitalu powinny być zapewnione odpowiednie oznaczenia ułatwiające poruszanie się po terenie.

Wielu seniorów zmagają się z nietrzymaniem moczu oraz kału. Takie przypadki są możliwe do leczenia farmakologicznego lub operacyjnego, jednak w przypadku, gdy to nie pomaga osoba chora może oczekiwać skierowania do szpitala lub pomocy w radzeniu sobie z nietrzymaniem moczu lub kału.

W przypadku pobytu szpitalnego każdy senior może oczekiwać opieki personelu medycznego najodpowiedniejszego do potrzeb, który będzie w stanie postawić dokładną diagnozę oraz właściwie leczyć wszystkich problemów medycznych i psychiatrycznych. Pobyt szpitalny powinien być dopasowany do stanu zdrowia pacjenta, powrót do domu powinien być bezpieczny, a w domu w rehabilitację powinna być zaangażowana rodzina oraz opiekunowie.

Każda osoba starsza ma prawo do wsparcia w nagłych sytuacjach przez lekarza rodzinnego lub placówkę pomocy społecznej lub otrzymania opieki zastępczej na okres 2-3 tygodni zapewnionej w Domu Seniora, zakładzie opiekuńczo – pielęgnacyjnym lub w szpitalu. W wyjątkowych przypadkach starsza osoba chora może oczekiwać środków ułatwiających codzienną opiekę, nocnych dyżurów czy wizyt, odpowiedniego wyposażenia ułatwiającego codzienne życie, pomocy przy kąpieli [4].

Wielowymiarowość opieki nad człowiekiem w podeszłym wieku

Konferencja naukowo-szkoleniowa

Warszawa 20.09.2018



DZIĘKUJEMY ZA UWAGĘ