
Zasady opieki pielęgniarzkiej wobec pacjenta przewlekle chorego, niesamodzielnego oraz długotrwanie unieruchomionego w opiece długoterminowej

Dr n. o zdr. Mariola Rybka, prof. PANS

Konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej

Intensywny rozwój opieki medycznej wpłynął na obniżenie poziomu śmiertelności, a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne stały się chorobami przewlekłymi. Stan zdrowia uzależniony jest w znacznym stopniu od stylu życia, dostępności do usług medyczno-rehabilitacyjnych oraz czynników ekonomicznych, socjalnych. Wskaźniki demograficzne dotyczące osób będących w wieku podeszłym są wprost proporcjonalne do zjawiska polipatologii. Wiele schorzeń równolegle na siebie zachodzących, a odnoszących się do tzw. zespołów geriatrycznych, wzajemnie się zazębiają. Najczęściej dotyczy to chorób układu sercowo-naczyniowego (75% populacji), układu ruchu (68%), oddechowego (46%), pokarmowego (34%), zaburzeń pamięci,¹ zaburzeń równowagi,^{2,3} znacznego pogorszenia funkcji narządu wzroku i słuchu.⁴ W wyniku wielochorobowości dochodzi do szeregu powikłań jak odleżyny, nietrzymanie moczu, owrzodzenia niedokrwiennie, przykurcze, które mają znamieny wpływ na poziom jakości życia.^{5,6,7} Choroba przewlekła jest źródłem pogorszenia się stanu sprawności, nasila niesamodzielną w zakresie złożonych i podstawowych czynności dnia codziennego. Przejawia się ograniczeniem codziennej aktywności, obniżonym poziomem adaptacji do funkcjonowania w warunkach ciągłych zmian socjoekonomicznych. Jest ona powiązana z bólem, uciążliwym leczeniem, pogorszeniem stanu psychicznego oraz uzależnieniem od osób trzecich. Pojawia się wątpliwość, jakie podjąć działania by sprostać pojawiającym się problemom wynikającym z naturalnego procesu inwolucyjnego oraz nasilonego

poprzez wielochorobowość oraz polipragmazję. Opieka długoterminowa dotyczy dwóch obszarów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej są realizowane przez profesjonalistów (pielęgniarki, lekarzy, terapeutów, rehabilitantów, opiekunów medycznych), ale również przez opiekunów nieformalnych (znajomych, członków rodziny, przyjaciół, wolontariuszy). Celem opieki długoterminowej jest podejmowanie działań, których priorytetem jest dbanie o jakość życia osób z ograniczoną zdolnością do samodzielności.⁸ Tak postrzegana opieka długoterminowa to szeroki obszar, który swoim działaniem obejmuje osoby potrzebujące opieki i pielęgnacji od narodzin, aż do ostatnich dni. Opieka długoterminowa to profesjonalna, ciągła i długookresowa pielęgnacja, rehabilitacja z zachowaniem leczenia dietetycznego oraz kontynuacją farmakoterapii. Obszar tych działań przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, obłożnie lub przewlekle chorych, u których został zakończony proces intensywnego diagnozowania i leczenia, ale ze względu na znaczne deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji wymagają dalszych świadczeń z poziomu specjalistycznej oraz podstawowej pielęgnacji i rehabilitacji. Podstawą opieki długoterminowej jest wspomaganie osoby chorej oraz osób najbliższych do podejmowania wszelkich możliwych działań mających na celu jak najdłuższy lub stały pobyt osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej lub będącej w podeszłym wieku w środowisku domowym, wśród najbliższych. Wdrażanie skoordynowanych działań z obszaru pomocy społecznej oraz świadczeń zdrowotnych przyczynia się do poprawy jakości usług i sprawia, że pobyt w warunkach środowiska domowego daje poczucie bezpieczeństwa i wpływa na subiektywną ocenę jakości życia. Kompensacyjne działania podejmowane przez członków zespołu interdyscyplinarnego pracującego w obszarze opieki długoterminowej czyli pielęgniarki, opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholodzy rozpoznają tkwiące rezerwy somatyczne i psychiczne i ukierunkowują działania terapeutyczne na ich wzmocnienie.

Starzenie się społeczeństwa oraz systematycznie rosnąca populacja osób przewlekle chorych, niesamodzielnych wpływa na dynamiczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej. Jednym z głównych przyczyn niesamodzielności pacjentów objętych opieką długoterminową są schorzenia układu sercowo-naczyniowego m.in. udar mózgu, który stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. Dominującym powikłaniem udaru, który utrudnia funkcjonowanie to niesamodzielność oraz dysfagia. Wielokrotnie alternatywą staje się wytworzenie gastrostomii odżywczej (PEG). Kolejnym powodem niepełnosprawności pacjentów opieki długoterminowej to stwardnienie rozsiane (SM). To choroba demielizacyjna centralnego układu nerwowego. W grupie objawów neurologicznych dominują: niedowłady piramidowe kończyn dolnych i górnych, zaburzenia czucia, zaburzenia koordynacji, zaburzenia kontroli zwieraczy, zaburzenia ostrości wzroku, zawroty głowy, oczopląs, skurcze mięśniowe. Analiza najczęstszych

stanów klinicznych kierowanych do opieki długoterminowej stacjonarnej dotyczy:

- stanu po udarze mózgu
- choroby niedokrwiennej serca
- nadciśnienia tętniczego
- miażdżycy uogólnionej
- cukrzycy
- po urazach/zabiegach ortopedycznych
- niewydolności nerek
- niewydolności oddechowej
- owrzodzenia odleżynowego
- kardiomiopatii
- stanów otępiennych
- choroby Parkinsona⁹

Bardzo dużą grupę pacjentów opieki długoterminowej stanowią pacjenci z zespołami otępiennymi. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) otępienie to zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu o przewlekłym i dynamicznym postępie. W takich przypadkach obserwujemy zaburzenia funkcji korowych jak pamięć, uczenie się, myślenie, orientacja, liczenie, rozumienie i zaburzenia zdolności dokonywania ocen.

W wyniku wielochorobowości, znacznego poziomu niesamodzielności oraz długotrwałego unieruchomienia pojawiają się powikłania m.in. odleżyny, które stanowią istotny problem w opiece długoterminowej, przysparzając pacjentowi cierpienia oraz nasilają dolegliwości bólowe. Rany przewlekłe w postaci odleżyn stanowią istotną grupę powikłań występujących u pacjentów obarczonych ograniczoną sprawnością ruchową, wielochorobowością, niedożywionymi zarówno ilościowo jak i jakościowo, z chorobami neurologicznymi, naczyń obwodowych.^{10,11} Według międzynarodowej definicji American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) i European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) odleżyna jest umiejscowionym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, która zwykle pojawia się na wypukłości kostnej w wyniku ucisku lub połączenia ucisku i rozrywania.¹² Okolice ciała, w których najczęściej dochodzi do powstania odleżyn to okolica dolnej połowy ciała, umiejscowienie jest uzależnione od pozycji ułożeniowej w jakiej znajduje się pacjent, dotyczy to głównie okolicy kości krzyżowej (ok. 40%), guzów kulszowych (ok. 5%), krętarzy (ok. 10%), kostek bocznych goleni (ok. 5%) i guzów piętowych (ok. 10%).^{12,13} Powstanie rany odleżynowej może być spowodowane nieprzerwanym uciskiem trwającym kilka godzin (2-4 godz.).¹⁴ Analiza literatury przedmiotu wskazuje, iż odleżyny najczęściej rozwijają się w pierwszych okresie unieruchomienia obejmującym pierwsze 2 tygodnie, przy czym w ponad 30-40% przypadków dotyczy pierwszych 7 dni, a w ok. 70% dotyczy kolejnych dni unieruchomienia.¹⁵

Prowadzenie oraz monitorowanie ciągłej, zindywidualizowanej pielęgnacji przeciwodleżynowej stanowi priorytet w opiece pielęgniarskiej nad chorym zagrożonym jej wystąpieniem lub z występującą już odleżyną.¹² Działania profilaktyczne skupione są na identyfikacji chorych z grup ryzyka, minimalizacji lub eliminacji czynników ryzyka, unikanie bądź zmniejszenie ucisku przy zastosowaniu dostępnych na rynku pozycjonerów, utrzymanie właściwego środowiska mikroklimatu w pomieszczeniu. Istotne postępowanie terapeutyczne obejmuje pielęgnację skóry, wdrożenie adekwatnej co do stanu klinicznego pacjenta rehabilitacji ruchowej, stosowanie diety z wyrównaniem zaburzeń, na przykład stężenia cukru, białka, hemoglobiny, żelaza, wody i elektrolitów.^{10,16} Profilaktyka stanowi podstawę postępowania przeciwodleżynowego. Pomimo intensywnych działań profilaktycznych u części chorych ryzyko powstania odleżyny będzie się utrzymywać na wysokim poziomie i dojdzie do jej powstania. Ta sytuacja stanowi kolejne wyzwanie jak postępować z trudno gojącą się raną. Proces ten jest zazwyczaj trudny i kosztochłonny wymaga on pełnego zaangażowania zespołu specjalistów w zakresie działań leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Gojenie się ran odleżynowych może trwać od kilku (ok. 13% odleżyn powierzchniowych udaje się wyleczyć w okresie ok. 2 tygodni) do kilku miesięcy, a nawet lat (zwykle 6-12 miesięcy). Dobór odpowiednich metod, technik pielęgnowania oraz leczenia miejscowego jest uzależniony od rodzaju i charakteru rany, jej umiejscowienia, wielkości łożyska rany, czasu trwania, stanu mikrobiologicznego oraz stopnia i fazy gojenia.¹⁷ Na dobór opatrunku ze względu na duży wybór opatrunków dostępnych na rynku należy się kierować określonymi kryteriami.

Tabela nr 1 Kryteria doboru opatrunku^{18, 19, 20, 21, 22}

Kryteria doboru opatrunku	
Faza gojenia rany	opatrunek dobiera się zgodnie z tkanką dominującą w dnie owrzodzenia (martwica sucha, martwica rozpułyczna, ziarnina, naskórkowanie)
Wysięk	ocena wysięku zgodnie z systemem punktacji Falangi i dobór opatrunku o odpowiedniej chłonności
Stan mikrobiologiczny rany	ocena kliniczna objawów infekcji (obrzęk, rumień, zapach, ucieplenie skóry wokół odleżyny) porównana z oceną mikrobiologiczną (posiew bakteryjny)
Obecność jam, kieszeni, przetok	ocena głębokości odleżyny i dobór opatrunku wypełniającego odleżynę
Współistniejące uszkodzenia skóry pod postacią (maceracji, erozji, hydratacji, hiperkeratozy, nadżerek, wyprzeń)	dobór opatrunku albo preparatu gojącego i chroniącego otaczającą skórę przed dalszym uszkodzeniem

Konsekwencją polipatologii jest znaczne obniżenie sprawności funkcjonalnej co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne. Istotnym celem podejmowanych działań pielęgnacyjnych skierowanych do pacjentów przewlekle chorych jest edukacja ukierunkowana na samego pacjenta, ale również na jego rodzinę, osoby sprawujące bezpośrednią opiekę. Zakres edukacji obejmuje naukę samoopieki – jak korzystać z dostępnych na rynku wyrobów chłonnych, pomocniczych środków pielęgnacyjnych, jak prowadzić samokontrolę parametrów życiowych, takich jak tętno, RR, pomiar glikemii. W tym kontekście pojawia się konieczność oceny efektów profesjonalnej opieki pielęgnarskiej sprawowanej w warunkach środowiska domowego jak również tej realizowanej w zakresie stacjonarnym czyli w zakładach opiekuńczo-leczniczych/opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Postawienie diagnozy pielęgnarskiej, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, wdrożenie odpowiednich interwencji jest kierunkiem działań podejmowanych wobec pacjenta. Przykładowe diagnozy i interwencje pielęgnarskie wg ICNP® w opiece nad pacjentem objętym opieką długoterminową przedstawia tabela nr 2.

Tabela nr 2 Wybrane problemy pielęgnacyjne w ujęciu ICNP® stosowanych w opiece długoterminowej

Diagnoza pielęgnarska	Interwencje	Wynik
Nietrzymanie moczu [10025686]	Ocenianie trzymywania moczu [10030781] Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879] Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Promowanie higieny [10032477] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie moczu [10027836]
Nietrzymanie stolca [10027718]	Ocenianie trzymywania stolca [10030558] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie stolca [10027741]
Ryzyko upadku [100151221]	Ocenianie ryzyka upadku [10023520] Ocenianie stopnia samodzielności [10002723] Demonstrowanie metod prewencji upadków [10040248] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Nauczanie o prewencji upadków [10040253] Nauczanie rodziny o prewencji upadków [10040269] Nauczanie o bezpieczeństwie w domu [10032960] Nauczanie o urządzeniu uruchamiającym [10037474] Nauczanie o bezpiecznym korzystaniu z urządzeń [10044944] Nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687] Nauczanie o technikach przemieszczania [10041489] Prewencja upadków [10040211] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Brak upadku [10034704]

Tabela nr 2, ciąg dalszy Wybrane problemy pielęgnacyjne w ujęciu ICNP® stosowanych w opiece długoterminowej

Diagnoza pielęgnarska	Interwencje	Wynik
Ryzyko zaburzonego statusu odżywienia [10037224]	Ocenianie statusu odżywienia [10030660] Ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia [10002747] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie apetytu [10038901] Ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmów [10032918] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie wagi ciała [10032121] Ważenie pacjenta [10033323] Monitorowanie odżywiania [10036032] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Poprawa statusu odżywienia [10035569]
Deficyt samoopieki [10023410]	Ocenianie samoopieki [10021844] Ewaluacja planu opieki [10031252] Ewaluacja stanu domu przed rozpoczęciem opieki domowej [10041038] Promowanie samoopieki [10026347] Nauczanie o samoopiece [10045014] Nauczanie opiekuna [10033086] Wzmacnianie samodzielności [10022537] Asystowanie w samoopiece [10035763]	Pozytywna zdolność do samoopieki [10025714]
Ryzyko odleżyny [10027337]	Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710] Ocenianie skóry [10041126] Ocenianie integralności skóry [10033922] Ocenianie perfuzji tkanek [10030775] Monitorowanie perfuzji tkankowej [10035335] Planowanie opieki [10035915] Zapewnienie ciągłości opieki [10006966] Prewencja odleżyny [10040224] Pielęgnacja skóry [10032757] Pozycjonowanie pacjenta [1001471] Nauczanie o prewencji odleżyny [10036861] Nauczanie o używaniu urządzenia wspierającego [10040909]	Bez odleżyny [100290651]
Zaparcie [10000567]	Ocenianie statusu wypróżnienia [10036475] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie mobilności [10030527] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie przyjmowania pokarmów [1003614] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562] Leczenie zaparcia [10044729]	Efektywna defekacja [10028403]
Biegunka [10000630]	Ocenianie bilansu płynów [10037881] Monitorowanie bilansu płynów [10040852] Terapia płynami [10039330] Ocena kontroli objawów [10026161] Monitorowanie oznak i objawów infekcji [10012203] Zarządzanie wypróżnieniem [10041427] Monitorowanie odżywiania [10036032] Pielęgnacja skóry [10032757] Zapobieganie odleżynom [10040224]	Prawidłowe wypróżnienie [10028398]

Występowanie szeregu chorób przewlekłych jednocześnie prowadzi do pojawienia się szeregu niekorzystnych konsekwencji dla pacjenta, które negatywnie wpływają na wszystkie sfery funkcjonowania. W przypadku osób w wieku podeszłym oraz senioralnym rozpatrujemy je pod kątem wielkich problemów geriatrycznych i dotyczą one: zaburzenia mobilności/przemieszczania się, zaburzenia równowagi, nietrzymanie moczu i stolca, upadki, zaburzenia funkcji poznawczych, upośledzenie słuchu i wzroku, występowanie objawów depresji. Choroba zaburza poczucie stabilizacji, uniemożliwia pełnienie ról społecznych, prowadzi do wycofania się i powoduje pojawienie się objawów depresji. Zachęcanie pacjenta do udziału w zajęciach terapeutycznych oraz aktywnego uczestnictwa w procesie nauki działań samoopiekuńczych prowadzi do poprawy samopoczucia i utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej na optymalnym poziomie. Opieka długoterminowa stacjonarna, realizując zadania terapeutyczne, angażuje członków zespołu interdyscyplinarnego w poszukiwaniu nowych metod leczenia, opieki, pielęgnacji, terapii oraz rehabilitacji. Mając na uwadze poprawę jakości życia osób przewlekle chorych i niesamodzielnych angażuje w ten proces samego pacjenta, ponieważ nikt inny jak tylko sam pacjent, dobrze zorientowany, zaznajomiony z zakresem oczekiwanych efektów terapii jest najważniejszym członkiem tego zespołu, jest „pierwszym terapeutą samego siebie”.

W opiece nad pacjentem przewlekle chorym ustawodawca zobowiązuje świadczeniobiorcę do oceny stanu niesamodzielności za pomocą wystandaryzowanego narzędzia jakim jest skala Barthel. Ocena według tej skali jest jednym z głównych kryteriów objęcia pacjenta opieką długoterminową. Za pomocą tej skali określany jest poziom deficytu niesamodzielności z obszaru spożywania posiłków, przemieszczania się, ubierania, utrzymania higieny osobistej oraz kontroli potrzeb fizjologicznych. Pacjent kierowany do opieki długoterminowej nie może przekroczyć 40 pkt., gdzie maksymalna liczba punktów uzyskanych przez pacjenta samodzielnego wynosi 100 pkt. Wskaźnik punktowy skali poniżej 40 pkt. wskazuje, że jest to osoba wymagająca zaangażowania wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego w proces terapeutyczny.

Do wiodących problemów pielęgnacyjnych zdiagnozowanych u pacjentów opieki długoterminowej należą: ograniczona aktywność ruchowa, upadki, suchość skóry, nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, trudności w połykaniu - dysfagia, zaparcia, odleżyny, deficyt samoopieki i samopielęgnacji, zaburzenia pamięci, odparzenia, lęk, poczucie osamotnienia. Jednym z głównych problemów pielęgnacyjnych pacjentów kierowanych do opieki długoterminowej jest ograniczona sprawność ruchowa. Wiek oraz dolegliwości wynikające z wielochorobowości są głównymi determinantami nasilenia poziomu niesamodzielności wynikającej z braku ruchu/aktywności. Wyzwaniem dla personelu medycznego jest bezpieczne przemieszczanie/transfer pacjenta przy zastosowaniu różnych metod i technik z wykorzystaniem sprzętu specjalistycznego by minimalizować powikłania

z tytułu długotrwałego unieruchomienia. Wpływ bezruchu/długotrwałego unieruchomienia spowodowanego chorobą, urazem, wypadkiem, operacją może przyjąć postać hipokinezy lub akinezy. Akinezja to bezruch spowodowany uszkodzeniem OUN. Hipokinezja to niedostatek ruchu w stosunku do potrzeb organizmu. Zarówno akinezja, jak i hipokinezja są przyczyną ciężkich zaburzeń, których proces terapeutyczny jest długotrwały, złożony i trudny do cofnięcia. Wielokrotnie powstałe zmiany stają się przyczyną kolejnego problemu jakim są odleżyny. Zmiany jakie powstają w organizmie człowieka z tytułu długotrwałego unieruchomienia dotyczą każdego narządu i układu, zwiększając ryzyko wielu powikłań, dodatkowych chorób, a przez to zwiększając ryzyko zgonu. Przyczyny długotrwałego unieruchomienia mogą być spowodowane chorobami układu sercowo-naczyniowego (np. udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, NZK), chorobami neurologicznymi (np. choroba Alzheimera, Parkinsona, stwardnienie rozsiane, miastenia), chorobami układu kostno-stawowego (np. zwyrodnienie stawów, złamania szyj kości udowej). Konsekwencje wynikające z niedoboru ruchu prowadzą do m.in.: zakrzepicy żył głębokich, zapalenia płuc, odleżyn, niewydolności układu krążenia, niewydolności układu oddechowego oraz zaburzeń funkcji układu moczowego czy zaburzeń o charakterze depresji.

Tabela nr 3 Wpływ bezruchu/unieruchomienia na poszczególne narządy i układy organizmu^{23, 24, 25}

Układy/narządy	Wpływ unieruchomienia
Układ krążenia i krwiotwórczy	Spadek RR krwi Wzrost tętna Zmniejszenie objętości osocza o 7% Zmniejszenie objętości wyrzutowej serca Przyspieszenie rytmu serca Zmniejszenie transportu krwi Obrzęki Zaleganie chłonnki i krwi żyłnej Zmniejszenie erytrocytów Zagęszczenie krwi
Układ oddechowy	Spłycenie i zmniejszenie liczby oddechów Zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej Zmniejszenie wydolności oddechowej Niedotlenienie tkanek Zmniejszenie pojemności życiowej płuc Zwiększone ryzyko zapalenia płuc
Układ pokarmowy	Zaburzenia wchłaniania Zaparcia
Układ nerwowy	Problemy z równowagą Zaburzenia ortostatyczne Zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego
Układ mięśniowy	Osłabienie siły mięśniowej Spadek elastyczności i masy mięśni Odruchowe napięcie mięśniowe Przykurcze, niedowłady Zanik mięśni

Tabela nr 3, ciąg dalszy Wpływ bezruchu/unieruchomienia na poszczególne narządy i układy organizmu^{23, 24, 25}

Układy/narządy	Wpływ unieruchomienia
Układ kostny	Utrata wapnia Demineralizacja kości Osteoporoza
Układ stawowy	Ograniczenie ruchomości Wiotkość stawów Podatność na skręcenia i zwichnięcia Niestabilność Zesztywnienie
Skóra	Zmniejszenie elastyczności Łuszczenie się Odleżyny

Istotnym problem w opiece nad pacjentem z chorobą przewlekłą oraz z zaburzeniami koordynacji ruchowej są upadki. Stanowią one jeden z głównych przyczyn inwalidztwa i piątą przyczynę śmiertelności.²⁶ Powodują spadek aktywności ruchowej, nasilają objawy depresji, pojawia się lęk poupadkowy, który demotywuje do uczestnictwa w podejmowaniu prób przemieszczania się, poruszania. Kolejnym istotnym problemem determinującym jakość życia pacjentów opieki długoterminowej jest zaburzona czynność zwieraczy prowadząca do nietrzymania moczu, stolca.

Nietrzymanie moczu (NTM) to bezwiedny wyciek, na który cierpi ponad 10% populacji. Problem ten zdecydowanie dotyczy kobiet w średnim i starszym wieku, a nasila go polipatologia. Mężczyźni borykają się z wymuszoną mikcją i dyskomfortem częstego kropelkowego oddawania moczu, który towarzyszy w przypadku przerostu gruczołu krokowego. U pacjentów ze stwardnieniem rozsianym obserwujemy częstomocz oraz bezwiedne oddawanie moczu. Problem zaburzenia oddawania stolca to znaczący problem mający charakter nietrzymania stolca lub zaparc. Nietrzymanie stolca to problem u chorych w polineuropatii cukrzycowej, po uszkodzeniach rdzenia kręgowego czy też u chorych ze zdiagnozowanymi zmianami w mózgu o charakterze naczyniowym. Zaparcia najczęściej występują u pacjentów po urazie rdzenia kręgosłupa, u chorych z chorobą Parkinsona, w stwardnieniu rozsianym oraz dotyczy to wszystkich pacjentów długotrwanie unieruchomionych, gdzie w wyniku braku ruchu występuje leniwa peristaltyka jelit. Współczesne osiągnięcia medyczne i techniczne dają nam możliwość rozwiązywania powyższych problemów pielęgnacyjnych poprzez wykorzystanie dostępnych na rynku wyrobów medycznych w postaci pieluchomajtek, wkładek anatomicznych, majtek chłonnych, podkładow zawierających środki absorpcyjne/wchłaniające oraz barierowych kremów ochronnych.



Sudocrem Expert krem barierowy do profilaktyki oraz leczenia:

- ✓ zapalenia skóry przy nietrzymaniu moczu,
- ✓ odparzeń skóry (pieluszkowych),
- ✓ otarć,
- ✓ oraz do ochrony skóry na obrzeżach ran.



WYRÓB MEDYCZNY

Tabela nr 4 Systematyka wyrobów medycznych zalecanych w NTM

Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania z bielizną		
Rodzaj	Funkcja/zastosowanie	Charakterystyka/zastosowanie
Wkładki anatomiczne (urologiczne) dla kobiet i dla mężczyzn	<ul style="list-style-type: none"> • mały i średni stopień NTM • ochrona skóry • pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni • zbieranie i gromadzenie moczu 	<ul style="list-style-type: none"> • wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn • zróżnicowany poziom chłonności oraz rozmiarowo
Pieluchy anatomiczne dla kobiet i mężczyzn	<ul style="list-style-type: none"> • średni i duży stopień NTM • ochrona skóry • pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni 	<ul style="list-style-type: none"> • wkłady profilowane odpowiednio do anatomii ciała • uniwersalne dla obu płci • zróżnicowane wielkością, poziomem chłonności
Wkłady na nietrzymanie kału	<ul style="list-style-type: none"> • zbieranie kału • ochrona skóry 	<ul style="list-style-type: none"> • anatomiczne wkłady chłonne specjalnego przeznaczenia • niwersalne dla obu płci
Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania bez dodatkowego mocowania		
Majtki chłonne	<ul style="list-style-type: none"> • średni i ciężki stopień NTM • ochrona skóry 	<ul style="list-style-type: none"> • profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn • zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności
Pieluchomajtki	<ul style="list-style-type: none"> • umiarkowany i duży stopień NTM • pacjenci leżący, niemobilni, z zaburzeniami świadomości 	<ul style="list-style-type: none"> • uniwersalne dla obu płci • zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności

Głównym kryterium doboru środków absorpcyjnych jest stopień mobilności pacjenta, poziom nietrzymania moczu, stan świadomości. W odniesieniu do cech produktu chłonnego istotne znaczenie ma rozmiar produktu, chłonność, „oddychalność produktu”, sposób mocowania oraz zabezpieczenie przed wyciekami. W celu poprawy integralności skóry oraz minimalizacji inkontynencji zaleca się stosowanie specjalistycznych preparatów wzmacniających integralność skóry, a w przypadku oddziaływania wilgoci również preparatów barierowych. Pielęgniarki przy stosowaniu wyrobów chłonnych bardzo często zalecają stosowanie środków pomocniczych w postaci barierowych kremów ochronnych, pianek, chusteczek.

Tabela nr 5 Systematyka środków do higieny osobistej zalecanych w NTM

Preparat/rodzaj środka/postać	Funkcja/działanie
<ul style="list-style-type: none"> • gąbki • myjki jednorazowe • jednorazowe rękawice do mycia na sucho • jednorazowe rękawice do mycia na mokro • pianki • płyny • chusteczki • ochronne preparaty barierowe 	<ul style="list-style-type: none"> • oczyszczanie i odkażanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie śluzówki, • łagodzenie podrażnień skóry • natłuszczenie • neutralizacja PH • tworzenie bariery ochronnej • tworzenie bariery ochronnej dla wilgoci, działanie antybakteryjne i przeciwzapalne, odbudowa płaszcza hydrolipidowego naskórka, zmniejszenie uczucie świądu

Artykuł powstał w ramach Akademii Pielęgniarstwa i Położnictwa Sudocrem Expert

PARTNER HONOROWY



PARTNER MERYTORYCZNY



PARTNER PROGRAMU EDUKACYJNEGO



Piśmiennictwo:

1. Kocemba J. Biologiczne wyznaczniki starości (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 107-110
2. Kowalik S. Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (w:) Wołowicka L. (red.) Jakość życia w naukach medycznych. Wyd. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, 54-77
3. Żak M. Problemy rehabilitacji geriatrycznej - unieruchomienie, upadki, poruszanie się. (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 116-121
4. Wieczorkowska-Tobis K. Specyfika medycyny geriatrycznej, Polska Medycyna Rodzinna, 2004; 6
5. Kosicka B., Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę, Via Medica, Problemy pielęgniarstwa 2007, tom 15, zeszyt 2-3, 187-191
6. Szewczyk T., Jawień A. Sytuacja zdrowotna chorych z owrzodzeniem żylnym, Valetudinaria 2002, 7, 3, 44-49
7. Szewczyk T. i wsp. Znaczenie masażu w obrzękach kończyn dolnych w przewlekłej niewydolności żylniej, Valetudinaria 2002, 7, 3, 50-54
8. Szałkiewicz E. Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek, Toruń 2006:5
9. Mapy potrzeb na lata 2022-2026, Ministerstwo Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/> (30.04.2023 r.)
10. Krasowski G., Kruk M. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2008
11. Szewczyk M., Sopata M., Jawień A. i wsp. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn, Leczenie Ran 2010; 7: 79-106
12. Sopata M., Tomaszewska E., Głowacka A. Odleżyny – ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka, Pielęg. Chir. Angiol. 2007; 4: 165–169
13. Budynek M., Nowacki C. Opatrywanie ran, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008
14. Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: a network meta-analysis. PLoS ONE 2018; 13: e0192707
15. Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I* Prophylaxis of the pressure ulcers – recommendations of the Polish Wound Management Association. Part I. Leczenie Ran 2020; 17 (3): 113-146
16. Kózka M. Odleżyny - występowanie, profilaktyka i leczenie. Rehab. Med. 2004, 8: 29–38
17. Cwajda-Błasiak J., Szewczyk M., Mościcka P. i wsp. Leczenie ran odleżynowych. (w:) Leczenie ran przewlekłych. Szewczyk M., Jawień A. (red.). PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2019; 161-183
18. Terech-Skóra S., Piotrkowska R., Książek J. Trudności w pielęgnowaniu i leczeniu ran. Analiza przypadków Pielęgniarstwo i Położnictwo 2017; 3-4
19. Moffat CJ, Falanga V, Romanelli M. Wound bed preparation in practice. Position document. European Wound Management Association. Medical Education Partnership, London 2004

20. Sopata M., Tomaszewska E., Kotlińska-Lemieszek A. Nowoczesne zasady zachowawczego leczenia odleżyn, *Leczenie Ran* 2012; 9: 25-32
21. Sopata M., Jawień A., Mrozikiewicz-Rakowska B. i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran, *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran*, *Leczenie Ran* 2020; 17: 1-21
22. Fadzil M, Hani A, Arshad L i wsp. Detection and Classification of Granulation Tissue in Chronic Ulcers. Second International Visual Informatics Conference, IVIC 2011. Part 1. LNCS 7066; 139-150
23. Stawińska T., Wójcik G. Aktywność pacjenta [w:] *Podstawy pielęgniarstwa* (red.) Ślusarska B., Zarzycka D. PZWL Wydawnictwo Medyczne 2017, 195-196
24. Strugała M., Talarska D. (red.) *Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych*. PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2013
25. Szewczyk M., Jawień A. Leczenie ran przewlekłych, PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2012, 110-111
26. Czerwiński E., Białoszewski D., Borowy P., Kumoreka., Białoszewski A. Epidemiologia, znaczenie kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków u osób starszych, *Epidemiology, Clinical Significance, Costs and Fall Prevention in Elderly People*. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2008; 5(6); Vol. 10, 419-42
27. Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: Nietrzymanie moczu 2017