

Pielęgniarka a opiekun medyczny

Nina Juszczyzyn-Różycka

Spółeczeństwa państw rozwiniętych starzeją się w straszającym tempie. Według raportu Unii Europejskiej w 2050 roku blisko 50% ludności starego kontynentu przekroczy 65. rok życia. W krajach wysoko rozwiniętych 33% społeczeństwa stanowić będą ludzie starsi, dzisiaj odsetek ten wynosi 19%. Średnia wieku wzrośnie o 9 lat i wynosić będzie 46 lat. Starzenie się społeczeństw staje się coraz poważniejszym problemem medycznym



i socjalnym, zwłaszcza że stale zmniejsza się liczba urodzeń, a seniorzy nie zawsze mogą liczyć na pomoc rodziny.

We wrześniu 2007 roku Minister Zdrowia wpisał do wykazu pracowników medycznych nowy zawód. Zawodem tym jest opiekun medyczny. W związku z pogłębiającym się deficytem w zakresie zabezpieczenia świadczeń pielęgnacyjnych, oraz zwiększającym się zapotrzebowaniem na usługi pielęgnacyjne, zamierzeniem resortu zdrowia jest, aby opiekunowie medyczni pomagali pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy osobach chorych i niesamodzielnych, wymagających stałej opieki w ramach procesu pielęgnacyjnego.

Podstawowa opieka medyczna, aby być optymalną dla pacjenta, powinna stanowić skoordynowane, uzupełniające się działania interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, składającego się z: lekarza, pielęgniarki/położnej, rehabilitanta, opiekuna medycznego. W zespole tym każdy powinien brać aktywny udział w procesie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta.

W założeniu zawód opiekuna medycznego jest niezbędny do zabezpieczenia realizacji pełni świadczeń opiekuńczo-higienicznych nad osobami chorymi i niesamo-

dzielni. Jednak należy pamiętać, że opiekun medyczny nie jest w stanie zastępować personelu pielęgniarskiego i ważne jest, aby do takich sytuacji nie dochodziło. Niestety, w dobie deficytu personelu oraz niedofinansowania służby zdrowia, może pojawić się takie niebezpieczeństwo.

Opiekun medyczny posiada kompetencje do:

- współpracy z pielęgniarką/położną w zakresie planowania i realizowania planu opieki nad osobą chorą i niesamodzielną oraz pomagania podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej o różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych i w wykonywaniu zabiegów higienicznych;
- pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności społecznej oraz aktywizowania jej do zwiększania samodzielności życiowej;
- zapewniania osobie chorej i niesamodzielnej higienicznych warunków otoczenia oraz bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego;
- współdziałania z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym;
- użytkowania urządzeń, przyborów oraz narzędzi do wykonywania zabiegów higienicznych;
- konserwacji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- popularyzowania zachowań prozdrowotnych.

Powstanie dodatkowej grupy zawodowej w opiece zdrowotnej można rozpatrywać w różnych aspektach: z jednej strony jest to wyjście naprzeciw potrzebom społecznym wynikającym z deficytu personelu medycznego i rosnącego zapotrzebowania na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne. Z drugiej jednak strony, zadania opiekuńczo-higieniczne nie wyczerpują działań pielęgnarskich i pielęgnacyjnych koniecznych do pełnej realizacji świadczeń opieki medycznej. Opieka personelu pielęgniarskiego obejmuje szerszy wachlarz działań niezbędnych do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.

Do zadań personelu pielęgniarskiego należy:

- sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej i opracowanie indywidualnego, dla każdego pacjenta, planu

- opieki i programu postępowania pielęgnacyjno-terapeutycznego w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne pacjenta;
- wdrożenie terapii lekarskiej, modyfikowanie planu opieki i jego realizacja w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta, obrazu klinicznego i okresu choroby;
- współuczestniczenie w farmakoterapii poprzez wykonywanie zleceń lekarskich i samodzielnych działań niezbędnych w procesie terapeutycznym;
- przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych;
- nadzorowanie prawidłowości działań opiekuńczo-higienicznych opiekunów medycznych.

Rola rehabilitacji w profilaktyce i leczeniu NTM - część I

mgr Magdalena Potoczek
Fizjoterapeuta

Nietrzymanie moczu jest poważnym zaburzeniem związanym z dysfunkcjami w obrębie układu moczowo-płciowego, mięśniowego i nerwowego, które w znacznym stopniu upośledza funkcjonowanie społeczne oraz rodzinne. Jest również przyczyną frustracji i depresji. Wiele osób traktuje pojawienie się tego problemu jako zło konieczne, nie zgłaszając się w odpowiednim momencie do lekarza specjalisty. Zbyt późne zdiagnozowanie i wprowadzenie programu terapeutycznego zwiększa prawdopodobieństwo konieczności zastosowania leczenia operacyjnego. Natomiast wczesne rozpoznanie oraz klasyfikacja rodzaju i stopnia inkontynencji pozwala na zaprogramowanie odpowiedniego planu leczenia zachowawczego, które daje bardzo dobre wyniki.

Rehabilitacja nietrzymania moczu to złożony proces usprawniania psychofizycznego, który obejmuje następujące komponenty:

- kinezyterapię,
- fizykoterapię,
- terapię behawioralną
- psychoterapię.

Kinezyterapia

Kinezyterapia to leczenie ruchem. Ma ogromne znaczenie w profilaktyce nietrzymania moczu i powinna być stosowana zapobiegawczo w tzw. grupach podwyższonego ry-

zyka (np. kobiety w okresie okołoporodowym, okołomenopauzalnym, u osób otyłych). Metoda ta odgrywa także ważną rolę w leczeniu zachowawczym. Dzięki regularnym i odpowiednim ćwiczeniom fizycznym wzrasta siła mięśni dna miednicy i stopniowo powraca kontrola nad czynnościami fizjologicznymi.

ZBYT PÓŹNE ZDIAGNOZOWANIE I WPROWADZENIE PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO ZWIĘKSZA PRAWDOPODOBIEŃSTWO KONIECZNOŚCI ZASTOSOWANIA LECZENIA OPERACYJNEGO

Wśród stosowanych metod można wymienić ćwiczenia:

- synergistyczne - wzmacniające mięśnie dna miednicy poprzez ćwiczenie mięśni przywodzących uda, pośladkowych oraz brzucha (uwaga - nie wykonywać „klasycznych” brzuszków),
- czynne właściwe, polegające na bezpośrednim napięciu mięśni dna miednicy i krocza (uwaga - nie wstrzymywać strumienia moczu),
- biofeedback, czyli ćwiczenia oparte na mechanizmach biologicznego sprzężenia zwrotnego. Ten rodzaj ćwiczeń jest szczególnie korzystny, gdyż budzi motywację do ćwiczeń i pozwala pacjentowi w pełni świadomie uczestniczyć w procesie usprawniania. Dzięki zastosowaniu odpowiedniej aparatury pacjent może oglądać skurcz swoich mięśni na monitorze komputera, co zwiększa kontrolę nad ich czynnością, oraz pozwala zaobserwować efekty ćwiczeń „na własne oczy”,
- ćwiczenia z zastosowaniem stożków dopochwowych z obciążnikami,