



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielnych

BROSZURA - EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



Tuchów

Centrum Wsparcia Opiekunów w ramach projektu pn. Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT.

Szanowni Czytelnicy!

Z wielką przyjemnością, w ramach projektu pn. Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT w Ośrodku Pomocy Społecznej, przekazujemy do Państwa rąk – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych w wersji tradycyjnej – drukowanej broszury – „Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielnych” – edycja II.

Jest on przewodnikiem po świecie, w którym żyjesz jako opiekun nieformalny osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej, starszej. Ma ułatwić sprawowanie opieki nad bliskim chorym w domu z zachowaniem niezbędnych standardów bezpiecznego postępowania oraz w poszanowaniu godności osoby niesamodzielnej.

Materiały zawarte obejmują praktyczne rady, mają ułatwić opiekę i pielęgnację nad osobami z chorobami przewlekłymi, podnosząc jej jakość. Są cennym źródłem informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, dofinansowań, świadczeń, ulg i uprawnień.

Jeśli w Twoim otoczeniu, domu, sąsiedztwie jest osoba która opiekuje się osobą niesamodzielną, prześlaj jej informację o Poradniku.

Wierzimy, że artykuły zawarte w nim zainteresują Państwa. Liczymy, że okażą się dla Państwa cennym źródłem wiedzy pomocnej w wykonywaniu czynności opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, leczniczych i psychoterapeutycznych.

Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Życzymy miłej lektury.

WSPARCIE DLA OPIEKUNÓW

Rodzaje świadczeń opiekuńczych przysługujących osobie niepełnosprawnej oraz inne formy wsparcia

ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY

Zasady przyznawania oraz wypłacania zasiłku pielęgnacyjnego i świadczenia pielęgnacyjnego reguluje ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2024 r. poz.323, z późn.zm). Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY PRZYSŁUGUJE NIEZALEŻNIE OD DOCHODU:

- niepełnosprawnemu dziecku (do 16 r. życia)
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia.
- osobie, która ukończyła 75 lat i nie posiada orzeczenia i nie jest uprawniona do dodatku pielęgnacyjnego w ZUS, KRUS lub innym organie emerytalno-rentowym.

ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY NIE PRZYSŁUGUJE:

- osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego
- osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie
- jeżeli członkowi rodziny osoby uprawnionej do zasiłku pielęgnacyjnego przysługuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tych osób, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Od dnia 1 listopada 2019 r. **zasiłek pielęgnacyjny** wypłacany jest w wysokości **215,84 zł miesięcznie**.

Prawo do zasiłku pielęgnacyjnego ustala się na czas nieokreślony, chyba że orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zostało wydane na czas określony, wówczas zasiłek przysługuje do ostatniego dnia miesiąca ważności orzeczenia.

Zgodnie z art. 6ba ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 24 lipca 2024 o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U., poz.1165, z późn.zm).

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie kolejnego orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu ważności orzeczenia o niepełnosprawności.

Oznacza to, że jeżeli osoba posiadająca ustalone prawo do zasiłku pielęgnacyjnego złoży przed końcem ważności orzeczenia wniosek do powiatowego zespołu o wydanie kolejnego orzeczenia, zachowuje prawo do zasiłku pielęgnacyjnego do dnia wydania kolejnego ostatecznego orzeczenia, nie dłużej jednak niż do ostatniego dnia szóstego miesiąca następującego po dacie określającej tę ważność.

Wniosek o przyznanie zasiłku pielęgnacyjnego można złożyć

1. za pośrednictwem platformy ePUAP,
2. Portal EMPATIA
3. za pośrednictwem poczty elektronicznej, podpisanej podpisem elektronicznym, o którym mowa w ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej,
4. osobiście - poprzez złożenie wniosku wraz wymaganymi dokumentami w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Tuchowie – Dział Świadczeń Rodzinnych, ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów, I Pietro, pok.111, od poniedziałku do piątku od godz. 7 do godz. 15.

DODATEK PIELEGNACYJNY

Jest świadczeniem przyznawanym i wypłacanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Jest to pomoc państwa w częściowym pokryciu kosztów, które wynikają z niezdolności bądź ograniczonej niezdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania.

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje niezależnie od dochodu:

- osobom uprawnionym do emerytury lub renty pod warunkiem niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji
- osobom mającym prawo do świadczeń emerytalno-rentowych, które ukończyły 75 rok życia.

Aby otrzymać dodatek pielęgnacyjny, należy wystąpić ze stosownym wnioskiem do ZUS/KRUS, do którego dołącza się orzeczenie lekarza Orzecznika ZUS/KRUS o niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. Osoby, które pobierają świadczenie emerytalno-rentowe z ZUS/KRUS i ukończyły 75. rok życia otrzymują dodatek pielęgnacyjny z urzędu, co oznacza, że osoby nie muszą składać żadnych wniosków i dodatkowych dokumentów.

Od 01-03-2025r. **dodatek pielęgnacyjny** wynosi: **348,22 zł** miesięcznie i zostanie zwaloryzowany od 01-03-2026 r.

Wnioski oraz wszelkie informacje można uzyskać na stronie internetowej ZUS, infolinii ZUS pod nr telefonu 22 560 16 00 lub w oddziale ZUS – Tarnów, ul. Kościuszki 32 oraz w oddziale KRUS – Placówka Terenowa w Tuchowie, ul. Kazimierza Wielkiego 8, 33-170 Tuchów, lub w placówce KRUS – Tarnów, ul. Wałowa 12, na stronie internetowej KRUS, infolinii KRUS pod nr telefonu 22 592 66 40.

ŚWIADCZENIE PIELEGNACYJNE NA „NOWYCH” ZASADACH OBOWIĄZUJĄCYCH OD 01-01-2024 R.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje z tytułu sprawowanej opieki nad osobą niepełnosprawną w **wieku do ukończenia 18. roku życia** legitymującą się:

- orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia.

Przy ustalaniu prawa do świadczenia pielęgnacyjnego nie jest brane pod uwagę kryterium dochodowe rodziny. Osoba ubiegająca się o przyznanie świadczenia może być zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie czy dzieło, może prowadzić działalność gospodarczą i gospodarstwo rolne. Nie ma wymogu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. Może również mieć uprawnienie do renty, renty rodzinnej, emerytury, zasiłku przedemerytalnego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia rehabilitacyjnego itp.

Osoby uprawnione do ubiegania się o świadczenie pielęgnacyjne:

- matka albo ojciec
- inne osoby, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom
- opiekun faktyczny dziecka
- rodzina zastępcza
- osoba prowadząca rodzinny dom dziecka
- dyrektor placówki opiekuńczo-wychowawczej
- dyrektor regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej
- dyrektor interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego.

Wysokość świadczenia pielęgnacyjnego:

Od dnia **1 stycznia 2026 r.** świadczenie pielęgnacyjne jest wypłacane w wysokości **3 386,00 zł** miesięcznie (kwota ta jest corocznie waloryzowana i ogłaszana w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Monitor Polski).

Od 1 stycznia 2024 r. świadczenie pielęgnacyjne przysługuje na każde dziecko niepełnosprawne w rodzinie tj.:

Osobom, wymienionym powyżej i sprawującym opiekę nad więcej niż jedną osobą w wieku do ukończenia 18. roku życia legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, wysokość świadczenia pielęgnacyjnego, podwyższona się o 100% na drugą i każdą kolejną osobę, nad którą sprawowana jest opieka.

Okres na jaki przyznawane jest świadczenie pielęgnacyjne.

Świadczenie pielęgnacyjne jest przyznawane od miesiąca złożenia wniosku lub jeżeli w okresie trzech miesięcy, licząc od dnia wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zostanie złożony wniosek o świadczenie, prawo to ustala się począwszy od miesiąca, w którym złożono wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności na czas nieokreślony chyba, że orzeczenie o niepełnosprawności zostało wydane na czas określony to wtedy ustala się świadczenie ostatniego dnia miesiąca w którym upływa termin ważności orzeczenia ale nie dłużej niż do ukończenia 18 roku życia dziecka.

Świadczenie pielęgnacyjne nie przysługuje, jeżeli:

1. osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów;
2. osoba wymagająca opieki została umieszczona lub przebywa w domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w przepisach o pomocy społecznej, zakładzie karnym, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym albo schronisku dla nieletnich;
3. osoba wymagająca opieki jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej;
4. na osobę wymagającą opieki inna osoba inna osoba jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej;
5. na osobę wymagającą opieki jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub prawo do zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

Z tytułu pobieranego świadczenia pielęgnacyjnego zarówno na „starych” jak i na „nowych zasadach” organ opłaca składki emerytalno-rentowe, jeżeli osoba nie podlega innemu tytułowi ubezpieczenia oraz nie posiada już wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego wynoszącego 20 lat kobiety i 25 lat mężczyźni zgodnie z art. 6 ust. 2a. ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2024r. poz.497) .

Ponadto osoba uprawniona do świadczenia pielęgnacyjnego może zostać objęta ubezpieczeniem zdrowotnym , jeżeli nie posiada obowiązku ubezpieczenia z innego tytułu zgodnie z art. 66 ust.1 pkt.28a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2024r. poz.146, z późn.zm).

Wniosek o przyznanie świadczenia pielęgnacyjnego można złożyć:

1. za pośrednictwem platformy ePUAP,
2. Portal EMPATIA
3. za pośrednictwem poczty elektronicznej, podpisanej podpisem elektronicznym, o którym mowa w ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej,
4. osobiście - poprzez złożenie wniosku wraz wymaganymi dokumentami w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Tuchowie – Dział Świadczeń Rodzinnych, ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów, I Piętro, pok.111, od poniedziałku do piątku od godz. 7 do godz. 15.

ŚWIADCZENIE WSPIERAJĄCE

Celem świadczenia wspierającego jest udzielenie osobom niepełnosprawnym mającym potrzebę wsparcia pomocy służącej częściowemu pokryciu wydatków związanych z zaspokojeniem szczególnych potrzeb życiowych tych osób.

Świadczenie wspierające przysługuje jeżeli osoba:

1. ma skończone 18 lat
2. jest obywatelem Polski albo Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), a jeśli nie – to przebywa w Polsce i ma dostęp do rynku pracy
3. mieszka w Polsce
4. **posiada decyzję Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (WZON), w której poziom potrzeby wsparcia został ustalony na poziomie punktów uprawniającym do świadczenia.**

CO TRZEBA ZROBIĆ, ABY UZYSKAĆ ŚWIADCZENIE WSPIERAJĄCE?

KROK 1.

Wniosek do ZUS o przyznanie świadczenia wspierającego można złożyć dopiero wtedy, gdy decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia wydana przez WZON stanie się ostateczna. Decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia stanie się ostateczna po 14 dniach od jej doręczenia. Jeśli nie zgadzasz się z decyzją, możesz w tym terminie złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Po jego rozpatrzeniu WZON wyda decyzję, która stanie się ostateczna w dniu jej wydania.

Kiedy osoba ubiega się o decyzję z WZON, musi mieć status osoby z niepełnosprawnością potwierdzony w formie:

- orzeczenia o niepełnosprawności i jej stopniu – wydanego przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności
- orzeczenia o niezdolności do pracy lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – wydanego przez lekarzy orzekających w ZUS
- orzeczenia o inwalidztwie – wydanego przed wrześniem 1997 r. przez komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia
- orzeczenia wydanego przez inny organ, np. Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

WZON wyda decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia na taki sam okres, na jaki masz orzeczenie o niepełnosprawności, nie dłużej jednak niż na 7 lat.

KROK 2.

Kiedy jest wydana decyzja WZON o ustaleniu skali potrzeb wsparcia, należy wówczas złożyć wniosek o świadczenie wspierające do ZUS.

Kiedy decyzja o ustaleniu skali potrzeb wsparcia jest ostateczna należy w terminie 3 miesięcy złożyć do ZUS wniosek o przyznanie świadczenia wspierającego. Jeśli wniosek zostanie złożony w tym terminie, świadczenie wspierające przysługuje z wyrównaniem od dnia, od którego WZON przyznał uprawniające punkty potrzeby wsparcia.

Jeśli wniosek zostanie złożony po tym terminie świadczenie wspierające zostanie przyznane od miesiąca złożenia wniosku.

Samo orzeczenie o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy (np. wydane przez ZUS, KRUS, zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności) nie wystarczy do złożenia wniosku do ZUS o świadczenie wspierające. **Osoba niepełnosprawna musi mieć decyzję o potrzebie wsparcia wydaną przez WZON.**



Wniosek o świadczenie wspierające składa się do ZUS wyłącznie drogą elektroniczną przez:

- Platformę Usług Elektronicznych (PUE) ZUS
- portal Emp@tia
- bankowość elektroniczną.

Jeżeli wniosek zostanie złożony przez bank albo portal Emp@tia, ale osoba nie ma profilu na PUE ZUS, wówczas taki profil zostanie utworzony automatycznie, na podstawie danych z wniosku.

Do wniosku o świadczenie wspierające nie ma wymogu załączać decyzji wydanej przez WZON. Należy podać tylko numer tej decyzji. Ważne, żeby był to numer decyzji, w której WZON ustalił liczbę punktów poziomu potrzeby wsparcia, a nie np. numer orzeczenia o niepełnosprawności. Wszystkie dane, które się znajdują w takiej decyzji, otrzymamy z Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzeczeń o Niepełnosprawności (EKSMOON). System ten prowadzi Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPIPS).

Osoba nie musi samodzielnie składać wniosku o świadczenie wspierające. Może upoważnić inną osobę do działania w swoim imieniu.

Pełnomocnik powinien złożyć wniosek ze swojego profilu PUE ZUS, portalu Emp@tia albo przez swoje konto bankowe. Do wniosku powinien załączyć zdjęcie albo skan pełnomocnictwa. Wzór pełnomocnictwa jest dostępny na stronie www.zus.pl.

Pełnomocnictwo powinno być podpisane przez osobę niepełnosprawną. W takiej sytuacji osoba ubiegająca się nie musi mieć własnego profilu na PUE ZUS.

W pełnomocnictwie należy wskazać:

- swoje dane, czyli dane osoby, która udziela pełnomocnictwa (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL)
- dane pełnomocnika, czyli dane osoby, której udzielane jest pełnomocnictwo (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL)
- zakres pełnomocnictwa w brzmieniu: „Udzielam pełnomocnictwa do załatwiania spraw w ZUS związanych ze świadczeniem wspierającym”.

Ważne jest, żeby zachować właściwą kolejność składania wniosków. Najpierw wniosek do WZON o wydanie decyzji, w której zostanie ustalona liczba punktów określająca poziom potrzeby wsparcia. A dopiero po wydaniu przez WZON takiej decyzji można złożyć wniosek do ZUS o przyznanie świadczenia wspierającego na podstawie decyzji WZON.

Wysokość świadczenia wspierającego obliczana jest jako procent renty socjalnej i zależy od ustalonego poziomu potrzeby wsparcia:

- **95–100 pkt** – 220 proc. renty socjalnej
- **90–94 pkt** – 180 proc. renty socjalnej
- **85–89 pkt** – 120 proc. renty socjalnej
- **80–84 pkt** – 80 proc. renty socjalnej
- **75–79 pkt** – 60 proc. renty socjalnej
- **70–74 pkt** – 40 proc. renty socjalnej.

Świadczenie wspierające przysługuje w wysokości od 40 do 220 proc. aktualnej wysokości renty socjalnej. Od 01-03-2025 r. **kwota renty socjalnej** wynosi **1878,91 zł brutto (1709,81 zł netto)**.

Kwota świadczenia wspierającego będzie podwyższana w terminach podwyższenia kwoty renty socjalnej. Zazwyczaj jest to 1 marca każdego roku. ZUS będzie wypłacać świadczenie wspierające przelewem na numer rachunku bankowego w Polsce, który został podany we wniosku.

Świadczenie wspierające przysługuje niezależnie od innych świadczeń, dlatego można pobierać świadczenie wspierające i inne przyznane świadczenie, np. emeryturę, 500+ dla osób niesamodzielną czy rentę socjalną.

Świadczenie wspierające przysługuje bez względu na dochód, jest zwolnione z podatku dochodowego i nie może zostać zajęte przez komornika.

Świadczenie wspierające jest wprowadzane w trzech etapach.

Harmonogram, zgodnie z którym będzie ono dostępne, wygląda następująco:

- osoby, które w decyzji WZON mają przyznane od 87 do 100 pkt, mogą ubiegać się o świadczenie od 2024 r.,
- osoby, które w decyzji WZON mają przyznane od 78 do 86 pkt, mogą ubiegać się o świadczenie od 2025 r.,
- osoby, które w decyzji WZON mają przyznane od 70 do 77 pkt, mogą ubiegać się o świadczenie od 2026 r.

Harmonogram ten nie dotyczy osób z niepełnosprawnością, na które ich opiekunowie 1 stycznia 2024 r. lub później pobierali z organu gminy świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna. Takie osoby mogą ubiegać się o przyznanie świadczenia wspierającego od 2024 r., jeśli w decyzji o poziomie potrzeby wsparcia uzyskały co najmniej 70 punktów.

ŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE - TZW . 500+ DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH

Celem świadczenia uzupełniającego jest dodatkowe wsparcie dochodowe osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Ma ono na celu zaspokajanie ich potrzeb życiowych, w szczególności ze względu na zwiększone koszty związane z pielęgnacją, rehabilitacją i opieką medyczną. Przyznawane i wypłacane jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) DLA OSÓB NIEZDOLNYCH DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI.

Komu przysługuje:

Osobie która:

- ukończyła 18 lat oraz
- jest niezdolna do samodzielnej egzystencji oraz
- nie jest uprawniona do świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych (np. emerytury, renty, zasiłku stałego albo zasiłku okresowego o charakterze innym niż jednorazowe ani nie jest uprawniona do świadczenia z zagranicznej instytucji właściwej do spraw emerytalno-rentowych), albo jest uprawniona do tych świadczeń, ale ich łączna wysokość brutto nie przekracza 2 552,39 zł oraz
- ma polskie obywatelstwo, prawo pobytu lub prawo stałego pobytu w Polsce, jeśli jest obywatelem jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej albo Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub ma zalegalizowany pobyt w Polsce (jeśli jest obywatelem państwa spoza UE albo EFTA), oraz
- zamieszkuje w Polsce.

Świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności – z wyjątkiem kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

Wnioski o świadczenie uzupełniające są dostępne w siedzibach ZUS/KRUS, na stronach internetowych ZUS/KRUS. Informacje na temat tego świadczenia można uzyskać na infolinii ZUS pod nr telefonu 22 560 16 00 oraz infolinii KRUS pod nr telefonu 22 592 66 40.

ŚWIADCZENIA - POMOC SPOŁECZNA

Aby skorzystać ze świadczeń pieniężnych wypłacanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej należy spełnić warunki, jednym z nich jest kryterium dochodowe oraz powód przyznania pomocy w szczególności: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawności, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc domowa, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradność w sprawach, opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych, trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

Od 1 stycznia 2025 r. obowiązują nowe kwoty kryteriów dochodowych. Dla osoby samotnie gospodarującej wynosi ona **1 010 zł**, a dla osoby w rodzinie – **823 zł**. Kwota dochodu z 1 ha przeliczeniowego wynosi **459 zł**.

ZASIŁEK STAŁY

Zgodnie z art. 37 ustawy o pomocy społecznej zasiłek stały przysługuje:

1. pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej;
2. pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

Zasiłek stały nie przysługuje w przypadku zbiegu uprawnień do zasiłku stałego i renty socjalnej, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania.

Zasiłek stały ustala się w wysokości:

1. W przypadku osoby samotnie gospodarującej – różnicy między kwotą stanowiącą 130% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 1229,00 zł miesięcznie;
2. W przypadku osoby w rodzinie – różnicy między kwotą stanowiącą 130% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie.

Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 100,00 zł miesięcznie.

ZASIŁEK OKRESOWY

Zasiłek okresowy przysługuje na podstawie art. 38 ustawy o pomocy społecznej w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego:

1. osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej
2. rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny.

Zasiłek okresowy ustala się:

1. w przypadku osoby samotnie gospodarującej – do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym, że kwota zasiłku nie może być wyższa niż kwota kryterium dochodowego na osobę w rodzinie
2. w przypadku rodziny – do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny, a dochodem tej rodziny.

Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 50% różnicy między:

1. kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby
2. kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 20 złotych miesięcznie.

Okres, na jaki jest przyznany zasiłek okresowy, ustala Ośrodek Pomocy Społecznej na podstawie okoliczności spraw.

ZASIŁEK CELOWY

Zasiłek celowy jest świadczeniem fakultatywnym przyznawanym na podstawie art. 39 ustawy o pomocy społecznej.

Osobie lub rodzinie spełniającej kryterium dochodowe może być przyznany zasiłek celowy w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych i leczenia, ogrzewania, w tym opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu.

Osobom bezdomnym i innym osobom niemającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne.

Na podstawie art. 40 ustawy o pomocy społecznej zasiłek celowy może być przyznany również osobie i rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej. Zasiłek może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi

SPECJALNY ZASIŁEK CELOWY

W szczególnie uzasadnionych przypadkach na podstawie art. 41 ustawy o pomocy społecznej osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być przyznany:

1. Specjalny zasiłek celowy w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi
2. Zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczowa, pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową.

POMOC W FORMIE DOŻYWIANIA

Dożywianie realizowane jest w ramach wieloletniego rządowego programu „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024-2028, który został ustanowiony Uchwałą nr 149 Rady Ministrów z dnia 23 sierpnia 2023 r. r. (M. P. z 2023 r. poz. 881).

Rządowy Program „Posiłek w szkole i w domu” zapewnia pomoc zarówno osobom starszym, niepełnosprawnym, o niskich dochodach, jak i dzieciom, które wychowują się w rodzinach znajdujących się w trudnej sytuacji.

Celem Programu jest zapewnienie posiłku dzieciom, uczniom i młodzieży oraz objęcie pomocą osób dorosłych, zwłaszcza starszych, chorych lub niepełnosprawnych i samotnych. Program przewiduje udzielenie pomocy w jednej z trzech form:

- posiłek
- świadczenie pieniężne na zakup posiłku lub żywności
- świadczenie rzeczowe w postaci produktów żywnościowych.

Pomocy udziela się w formie posiłku, świadczenia pieniężnego na zakup posiłku lub żywności albo świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych w szczególności:

1. dzieciom do czasu podjęcia nauki w szkole podstawowej
2. uczniom do czasu ukończenia szkoły ponadpodstawowej
3. osobom i rodzinom znajdującym się w sytuacjach wymienionych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w szczególności osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym.

Pomoc może być przyznana osobom i rodzinom, których dochód nie przekracza 200% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej – Uchwała nr LXI/543/2023 Rady Miejskiej w Tuchowie z dnia 25 października 2023r. w sprawie podwyższenia kryterium dochodowego uprawniającego do przyznania pomocy w zakresie dożywiania w formie świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku celowego na zakup żywności lub posiłku oraz określenia zasad zwrotu wydatków w zakresie dożywiania w formie posiłku albo świadczenia rzeczowego w ramach rządowego programu „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024-2028.

SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób przewlekle somatycznie chorych
- dla osób przewlekle psychicznie chorych
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- dla osób uzależnionych od alkoholu.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny, średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca ustala nie później niż do dnia 31 marca każdego roku:

- w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym – wójt (burmistrz, prezydent miasta);
- w domu pomocy społecznej o zasięgu powiatowym – starosta;
- w regionalnym domu pomocy społecznej – marszałek województwa.

Zarządzenia ustalające średni miesięczny koszt utrzymania ogłoszone są w Wojewódzkim Dzienniku Urzędowym.

Zobowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności:

1. mieszkaniowiec domu nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka, nie więcej niż 70% tego dochodu,
2. małżonek, zstępni przez wstępnych – zgodnie z umową zawartą w trybie art. 103 ust.2 ustawy o pomocy społecznej:
 - w przypadku osoby samotnie gospodarującej, jeżeli dochód jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium,
 - w przypadku osoby w rodzinie, jeżeli posiadany dochód na osobę jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, z tym, że kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;
3. gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa w pkt 1 i 2.

Przy czym osoby i gmina określone w pkt 2 i 3 nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniowiec domu ponosi pełną odpłatność.

Do domu kieruje się na podstawie:

1. pisemnego wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu,
2. rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się w dniu jej kierowania, zawierającego w szczególności pisemne stwierdzenie braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę.

Do wniosku dołącza się:

- udokumentowanie wysokości dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie,
- udokumentowanie sytuacji zdrowotnej (np. orzeczenie o niepełnosprawności, karty informacyjne, badania lekarskie),
- zaświadczenie lekarskie osoby ubiegającej się o skierowanie o konieczności całodobowej opieki i kwalifikujące do danego typu domu,
- zaświadczenie od lekarza psychiatry osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- zaświadczenie psychologa osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie,
- pisemną zgodę osoby ubiegającej się lub przedstawiciela ustawowego na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej,
- inne dokumenty istotne w sprawie.
- W przypadku gdy do domu kieruje się osobę na podstawie orzeczenia sądu, wydanie decyzji o skierowaniu do domu nie wymaga przedłożenia dokumentów. Dokumenty te powinny zostać skompletowane w terminie nieprzekraczającym trzech miesięcy od dnia wydania decyzji o skierowaniu do domu.

Dokumenty kompletuje Ośrodek Pomocy Społecznej i wydaje decyzję o skierowaniu do domu, a w przypadku, gdy osobę ubiegającą się kieruje się do domu o zasięgu ponadgminnym, dokumenty te Ośrodek przekazuje do właściwego ze względu na siedzibę domu powiatowego centrum pomocy rodzinie.

Po umieszczeniu w domu pomocy społecznej Ośrodek Pomocy Społecznej ustala odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej i wydaje w tej sprawie decyzję.

W nagłych wypadkach, wynikających ze zdarzeń losowych, skierowanie i umieszczenie osoby w domu może nastąpić poza kolejnością oraz bez przedłożenia dokumentów. Dokumenty te powinny zostać skompletowane przez Ośrodek Pomocy Społecznej, w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia tej osoby do domu.

SCHRONIENIE

Zgodnie z art. 48 oraz 48b ustawy o pomocy społecznej osoba lub rodzina ma prawo do schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania, jeżeli jest tego pozbawiona.

1. Udzielenie Schronienia następuje przez przyznanie tymczasowego miejsca w noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych albo schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi.
 - Schronisko dla osób bezdomnych zapewnia osobom bezdomnym, które podpisały kontrakt socjalny, całodobowe, tymczasowe schronienie oraz usługi ukierunkowane na wzmocnienie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej.
 - Schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi zapewnia osobom bezdomnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, tymczasowe schronienie wraz z usługami opiekuńczymi oraz usługami ukierunkowanymi na wzmocnienie aktywności społecznej, w miarę możliwości wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej.
 - Noclegownia zapewnia schronienie osobom bezdomnym, świadcząc tymczasową pomoc w postaci miejsca noclegowego, w ramach, której umożliwia spędzenie nocy w warunkach gwarantujących ochronę życia i zdrowia.
 - Tymczasowe schronienie może być udzielone również w formie ogrzewalni, która umożliwia interwencyjny, bezpieczny pobyt w ogrzewanych pomieszczeniach wyposażonych, co najmniej w miejsca siedzące.

W noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych, ogrzewalni mogą przebywać osoby zdolne do samoobsługi, których stan zdrowia nie zagraża zdrowiu i życiu innych przebywających w placówce.

2. Przyznanie niezbędnego ubrania następuje przez dostarczenie osobie potrzebującej odpowiedniego rozmiaru bielizny, odzieży i obuwia odpowiednich do pory roku.
3. Pomoc doraźna albo okresowa w postaci jednego gorącego posiłku dziennie przysługuje osobie, która własnym staraniem nie może go sobie zapewnić.

Osoba lub rodzina może otrzymać pomoc w formie rzeczowej w postaci produktów żywnościowych.

OPIEKA WYTCNIENIOWA

Program finansowany jest ze środków Fundusz Solidarnościowego.

Celem głównym Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- a. dziećmi od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub,
- b. osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
 - orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz.44 z póź.zm.)

– poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.

Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Program jest realizowany w formie świadczenia usług opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu dziennego** w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.

USŁUGI OPIEKUŃCZE, USŁUGI SĄSIEDZKIE LUB SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Usługi sąsiedzkie przyznane są osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Jeżeli osoba uprawniona do usług opiekuńczych wymaga także opieki higienicznej lub zleconej przez lekarza pielęgnacji usługi sąsiedzkie mogą być przyznane równoległe z usługami opiekuńczymi świadczonymi w innej formie.

Usługi sąsiedzkie mogą być przyznane również osobie pozostającej w rodzinie, dla której wsparcie w postaci usług sąsiedzkich będzie miało charakter uzupełniający opiekę sprawowaną przez rodzinę oraz wspólnie niezamieszkującego małżonka, wstępnych i zstępnych.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Usługi sąsiedzkie obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi sąsiedzkie mają charakter podstawowy i wspomagający.

Ośrodek Pomocy Społecznej przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

Menadżer opieki

Menadżer opieki to osoba odpowiedzialna za zarządzanie procesami opieki nad pacjentami, klientami lub osobami wymagającymi szczególnej uwagi, często w kontekście opieki zdrowotnej lub opieki długoterminowej. Rolą menadżera opieki jest koordynowanie działań, aby zapewnić pacjentom najlepszą możliwą opiekę, zarówno pod względem medycznym, jak i społecznym, oraz monitorowanie jakości świadczonych usług.

Zakres obowiązków menadżera opieki:

Koordynacja opieki – nadzorowanie procesu opieki nad pacjentami, w tym planowanie leczenia, harmonogramów wizyt i interakcji z różnymi specjalistami.

1. Monitorowanie jakości usług – dbanie o to, by opieka spełniała określone standardy jakościowe, a pacjent otrzymywał usługi zgodne z najlepszymi praktykami.
2. Współpraca z zespołami medycznymi i opiekuńczymi – koordynowanie pracy różnych specjalistów (np. lekarzy, pielęgniarek, terapeutów) w celu zapewnienia kompleksowej opieki.
3. Kontakt z rodzinami i pacjentami – regularna komunikacja z rodzinami pacjentów, wyjaśnianie procesu opieki, wspieranie ich w podejmowaniu decyzji oraz zapewnianie odpowiednich informacji.
4. Zarządzanie dokumentacją – dbanie o właściwą dokumentację medyczną i administracyjną, zgodną z przepisami prawa.

Kto może zostać menadżerem opieki?

Menadżerem opieki może zostać osoba z doświadczeniem w obszarze opieki zdrowotnej, opieki społecznej lub zarządzania. Oto kilka przykładów osób, które mogą pełnić tę rolę:

1. Pielęgniarki lub pielęgniarze – zwłaszcza ci z doświadczeniem w zarządzaniu opieką lub w pracy w placówkach opieki długoterminowej.
2. Absolwenci kierunków związanych z zarządzaniem – na przykład zarządzanie ochroną zdrowia, administracja zdrowotna czy zarządzanie organizacjami non-profit.
3. Specjaliści w obszarze socjologii, psychologii lub pracy socjalnej – osoby, które posiadają doświadczenie w pracy z pacjentami wymagającymi wsparcia psychicznego, emocjonalnego lub społecznego.
4. Specjaliści w obszarze terapii zajęciowej lub rehabilitacji – mający doświadczenie w organizowaniu opieki w kontekście rehabilitacji.

Na czym polega rola menadżera opieki?

Menadżer opieki to osoba, która ma szeroką perspektywę na proces opieki nad pacjentem. Odpowiada za zaplanowanie i monitorowanie wszystkich etapów tej opieki, od diagnozy, przez leczenie, po rehabilitację i wsparcie społeczne. Często pełni także rolę lidera w zespole opiekuńczym, który może obejmować różne osoby: lekarzy, pielęgniarki, terapeutów, opiekunów i innych specjalistów.

Dofinansowanie do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny ze środków PFRON dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów

Turnusy rehabilitacyjne odbywają się w grupach zorganizowanych liczących nie mniej niż 20 uczestników o podobnych potrzebach w zakresie rehabilitacji ze względu na rodzaj niepełnosprawności. Trwają co najmniej 14 dni. Każda grupa turnusowa ma opracowany program rehabilitacji odpowiedni do schorzeń uczestników, realizowany przy udziale kadry specjalistów. Turnus może być zorganizowany w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej.

Turnusy rehabilitacyjne mobilizują do kontaktów z otoczeniem i do samodzielnego funkcjonowania, pobudzają rozwój osobisty. W odróżnieniu od pobytów sanatoryjnych NFZ, które koncentrują się na rehabilitacji leczniczej osób indywidualnych, na turnusach znaczącą wagę przykłada się do aktywności społecznej i zorganizowanych działań grupowych obok poprawy stanu zdrowia w ramach rehabilitacji leczniczej.

Organizator turnusu musi posiadać uprawnienia nadane przez wojewodę i umieszczony jest w centralnej bazie organizatorów. Jego zadaniem jest zorganizowanie grup uczestników wymagających podobnej rehabilitacji, opracowanie i realizacja programu turnusu, dostosowanego do potrzeb uczestników, które zależą od rodzaju niepełnosprawności. Zapewnia on wykwalifikowaną kadrę rehabilitantów, psychologów, terapeutów - zależnie od przewidzianych programem działań. Zobowiązany jest do przesłania do właściwego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacji o przebiegu turnusu w terminie 21 dni od jego zakończenia odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania PFRON.

Kto może ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON:

1. osoba posiadająca orzeczenie:
 - zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub
 - całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów lub niepełnosprawności, wydane przez ukończeniem 16 roku życia
2. osoba spełniająca kryterium dochodowe:
 - przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
 - w przypadku przekroczenia tych kwot, dofinansowanie pomniejsza się o kwotę, o którą dochód został przekroczony.

Osobie niepełnosprawnej w trudnej sytuacji materialnej lub losowej może zostać przyznane dofinansowanie lub dofinansowanie opiekuna bez pomniejszania dofinansowania pomimo przekroczenia ww. kwot dochodu.

Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności albo posiadającej orzeczenie równoważne oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat, która wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu, może być przyznane dofinansowanie pobytu opiekuna na turnusie, pod warunkiem, że lekarz we wniosku skierowania wyraźnie uzasadni konieczność pomocy opiekuna.

Jakie warunki musi spełnić opiekun:

1. nie może pełnić funkcji członka kadry na turnusie,
2. nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończył 18 lat lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Jakie dokumenty niezbędne do ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON należy złożyć w PCPR:

1. wniosek o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym wypełniony przez wnioskodawcę,
2. skierowanie na turnus wypełnione przez lekarza prowadzącego lub lekarza pierwszego kontaktu
3. kopia orzeczenia o niepełnosprawności,
4. oświadczenie o wysokości dochodu w rodzinie oraz liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym.

Dokumenty należy złożyć zgodnie z miejscem zamieszkania lub miejscem pobytu, osobiście lub za pośrednictwem opiekuna albo organizatora turnusów rehabilitacyjnych.

Dofinansowanie pobytu osób niepełnosprawnych i ich opiekunów na turnusach rehabilitacyjnych wynosi:

30% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności; osoby niepełnosprawnej w wieku do 16. roku życia; osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności
27% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
25% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności
20% przeciętnego wynagrodzenia	dla opiekuna osoby niepełnosprawnej
20% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.

W przypadku szczególnie trudnej sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej, dofinansowanie może zostać podwyższone do 40% przeciętnego wynagrodzenia. Jeżeli opiekun pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną lub osoba ta ponosi koszty uczestnictwa opiekuna na turnusie, może on również otrzymać wyższe dofinansowanie.

W przypadku ograniczonych środków finansowych w danym roku w stosunku do istniejących potrzeb, PCPR może obniżyć wysokość dofinansowania, nie więcej jednak niż o 20% kwot, o których mowa w tabeli, albo przyjąć zasadę przyznawania dofinansowania raz na dwa lata.

Dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie jest przekazywana na rachunek bankowy organizatora turnusu i może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.

Kwota dofinansowania nie może być wyższa od faktycznego kosztu uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub pobytu jej opiekuna.

Kryteria istotne przy rozpatrywaniu wniosków:

Pierwszeństwo dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym mają osoby, które posiadają orzeczenia o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne, a także osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące, bez względu na stopień niepełnosprawności.

PCPR rozpatruje wnioski w terminie 30 dni od złożenia kompletnego wniosku.

Po uzyskaniu decyzji o dofinansowaniu turnusu, uczestnik samodzielnie wybiera organizatora i miejsce turnusu. W terminie 30 dni od powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu, przekazuje do PCPR informację o wyborze turnusu.

PCPR w terminie 7 dni sprawdza czy ośrodek jest uprawniony do przyjmowania osób z dysfunkcjami lub schorzeniami określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim, oraz czy wybrany organizator jest uprawniony do organizowania takiego rodzaju turnusu.

W przypadku niespełnienia tych warunków, PCPR w terminie 7 dni informuje osobę niepełnosprawną o konieczności zmiany ośrodka lub organizatora turnusu rehabilitacyjnego, pod rygorem nieprzekazania przyznanego dofinansowania.

Osoba zainteresowana wybiera ośrodek i organizatora turnusu biorąc pod uwagę potrzeby wynikające z rodzaju swojej niepełnosprawności. Może skorzystać z pomocy pracowników PCPR lub dokonać wyboru samodzielnie korzystając z elektronicznej centralnej bazy zawierającej informacje o ośrodkach i organizatorach turnusów rehabilitacyjnych, pod adresem elektronicznym: empatia.mpips.gov.pl na Portalu Informacyjno-Usługowym EMPATIA.

Baza umożliwia wyszukiwanie ośrodków i organizatorów posiadających uprawnienia potwierdzone wpisami do rejestrów wojewodów. Pozwala znaleźć turnusu według zadanych kryteriów (np. rodzaju turnusu, rodzaju dysfunkcji, adresu ośrodka).

Dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i innych środków pomocniczych

PFRRON (**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**) oferuje różnorodne dofinansowania dla osób niepełnosprawnych, m.in. na likwidację barier architektonicznych, sprzęt rehabilitacyjny, opiekę, edukację, turnusy rehabilitacyjne, działalność gospodarczą, szkolenia i wynagrodzenia dla pracowników. Dofinansowania mogą obejmować również zakup protez, wózków inwalidzkich, przedmiotów ortopedycznych i innych środków pomocniczych, a także dofinansowanie do wynagrodzenia asystenta osobistego.

Na czym polega dofinansowanie

Celem dofinansowania jest pomoc finansowa przy zakupie sprzętów, przyrządów i urządzeń wspierających funkcjonowanie i rehabilitację osób niepełnosprawnych w ich miejscu zamieszkania.

Sprzęt rehabilitacyjny, to urządzenia i sprzęty zalecone przez lekarza, niezbędne do rehabilitacji w warunkach domowych, nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

- Wózki inwalidzkie (manualne, elektryczne, specjalistyczne).
- Protezy kończyn.
- Ortezy (stabilizatory, np. ortezę kolanową).
- Aparaty słuchowe.
- Soczewki okularowe.
- Obuwie ortopedyczne.
- Łaski i kule.
- Balkoniki.
- Pieluchomajtki, wkładki anatomiczne, wkłady do pieluchomajtek, cewniki, sprzęt stomijny.
- Materace przeciwoślężynowe.

Sprzęt rehabilitacyjny:

- Elektrostymulatory.
- Treningery oddechu.
- Sprzęt cardio (orbitreki, maszyny eliptyczne, rowery poziome).
- Łóżka rehabilitacyjne.
- Fotele pionizujące.
- Podnośniki.

Inne:

- Urządzenia wspomagające widzenie (lupy, okulary lornetkowe, monookulary).
- Białe laski dla osób niewidomych.
- Meble medyczne (stoły rehabilitacyjne, fotele geriatryczne).
- Wyroby chłonne (pieluchomajtki, majtki chłonne, wkłady anatomiczne).
- Urządzenia multifunkcyjne (pionizacja, stabilizacja w pozycji siedzącej i leżącej).

Kto może skorzystać

Każdy:

- kto posiada dokument potwierdzający niepełnosprawność,
- kto spełnia kryterium dochodowe: o dofinansowanie mogą ubiegać się osoby, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej,
- u kogo zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

Kiedy można skorzystać

Wnioski przyjmowane są przez cały rok. Dofinansowania wypłacane są do momentu, do którego powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR) dysponuje środkami finansowymi na ten cel.

Ile można otrzymać

Dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wynosi do 80% jego kosztu, nie więcej jednak niż wysokość pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Udział własny wnioskodawcy: minimum 20% kosztu zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Bezpłatne leki 65+

Podeszły wiek powoduje wiele dolegliwości i chorób, a te zażywania lekarstw. Leki dla seniorów, choć drogie, w wielu przypadkach są refundowane. Dla seniorów powyżej 65+ to prawie 3 800 bezpłatnych leków. Lista bezpłatnych leków znajduje się na stronie Ministerstwa Zdrowia.

Na liście bezpłatnych leków znajdują się leki, które wcześniej podlegały częściowej refundacji. Wśród nich są m.in. leki: antyhistaminowe, hipoglikemizujące, hormonalne, immunostymulujące, immunosupresyjne, okulistyczne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwwirusowe, przeciwbólowe, przeciwwzrostkowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych, stosowane w nadciśnieniu tętniczym, stosowane w chorobach urologicznych, stosowane w chorobach układu pokarmowego czy szczepionki.

Kto może skorzystać z bezpłatnych leków?

Osoby, które ukończyły 65 lat – liczy się dzień urodzin.

Kiedy możesz skorzystać z usługi?

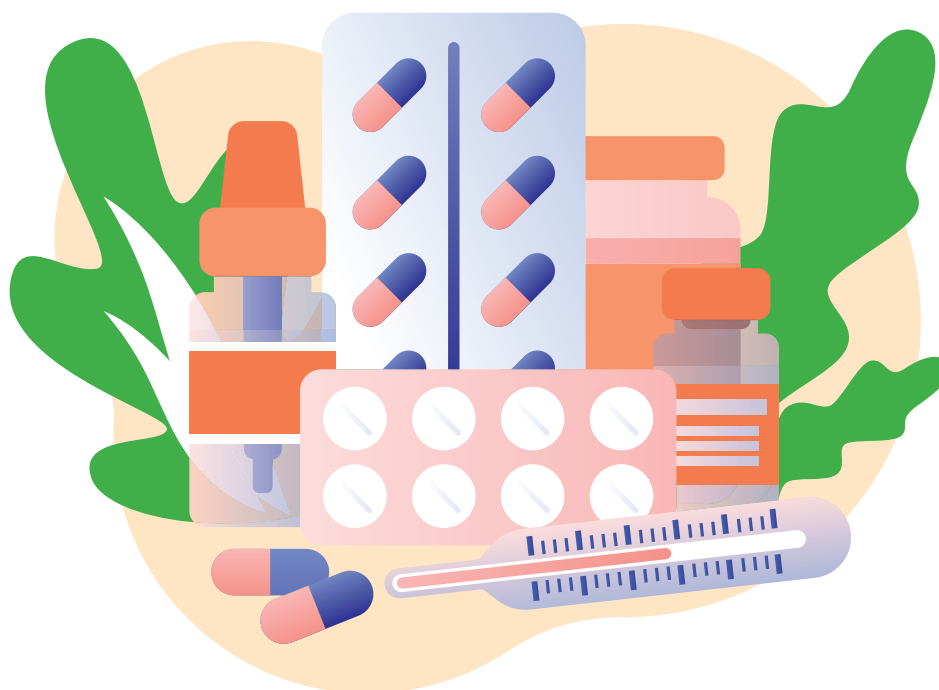
1. Jeśli masz minimum 65 lat,
2. przyjmujesz leki z listy bezpłatnych lekarstw zgodnie ze wskazaniami, które obejmuje refundacja,
3. na receptce jest litera S.

PAMIĘTAJ!

Na receptce musi pojawić się litera S w polu „kod uprawnień dodatkowych”. Jeśli jej nie ma – nie dostaniesz leku za darmo! Farmaceutanie może jej dopisać.

Co musisz zrobić:

1. Idź do lekarza lub pielęgniarki POZ
2. Odbierz receptę na leki z wykazu bezpłatnych leków
3. Idź po lekarstwa do apteki



Które leki są bezpłatne?

Kto może wystawić receptę na bezpłatne leki?

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który ma umowę z NFZ
- lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) lub lekarz zakończonym leczeniu szpitalnym – po spełnieniu dodatkowych warunków
- pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej uprawniona do wystawiania recept, która ma umowę z NFZ
- lekarz dowolnej specjalności (który ma prawo wykonywania zawodu, ale zaprzestał jego wykonywania) – dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej – do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa.

•

•

Co możesz zrobić, jeśli leki przepisuje ci lekarz specjalista?

Jeśli lekarz specjalista przepisuje ci leki z wykazu bezpłatnych leków (zgodnie ze wskazaniami, które obejmuje refundacja), poproś go o zaświadczenie dla lekarza POZ. Na tej podstawie lekarz POZ będzie mógł Ci wystawiać przez określony czas recepty na bezpłatne leki.

Świadczenia udzielane w domu pacjenta

Świadczenie pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej i POZ

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązana jest do udzielania pielęgniarstwa świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców Domów Pomocy Społecznej). Realizacja opieki odbywa się od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki POZ świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą. Świadczenia są bezpłatne.

Warunki niezbędne do objęcia opieką:

- Złożona deklaracja wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- Zgłoszenie osobiście lub telefonicznie konieczności objęcia opieką.

Pielęgniarska opieka długoterminowa

Pielęgniarska opieka długoterminowa stanowi opiekę nad przewlekłe chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych. Mogą być zakwalifikowani do opieki przewlekłe chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, którzy w ocenie skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. Skala Barthel ocenia sprawność chorego i zapotrzebowanie na opiekę. W pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami, czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji.

- świadczenia są bezpłatne,
- wizyty pielęgniarskie nie mniej niż 4 razy w tygodniu,
- dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00,
- w medycznie uzasadnionych przypadkach – dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką:

- skierowanie do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz rodzinny lub jeśli chory przebywa w szpitalu może je wystawić lekarz prowadzący).
- ocena stanu zdrowia według skali Barthel dokonana przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i potwierdzona przez lekarza.

Zakres Świadczeń Rehabilitacji Domowej

- Rehabilitacja Neurologiczna np.: udar, SM, SLA, guzy mózgu, uraz rdzenia kręgowego (do roku od incydentu udarowego, powstania uszkodzenia rdzenia)
- Rehabilitacja Ortopedyczna po złamaniach oraz endoprotezoplastyce w obrębie kończyn dolnych (do 6 m-cy od urazu/zabiegu)
- Rehabilitacja w zaawansowanej chorobie zwyrodnieniowej bioder i kolan (jeżeli stan pacjenta nie pozwala na korzystanie ze świadczeń w placówce ambulatoryjnej)
- Rehabilitacja Reumatologiczna np. RZS
- Rehabilitacja osób w stanie wegetatywnym, apalicznym

Zabiegi fizjoterapeutyczne dedykowane osobom niepełnosprawnym, ciężko chorym lub po zabiegu operacyjnym, które mają utrudniony dostęp do placówek rehabilitacyjnych. Kwalifikacja odbywa się na podstawie skierowania od lekarza POZ lub specjalisty. **E-skierowanie powinno być wystawione na kod 2146 - Zespół Rehabilitacji Domowej.**

Z pominięciem kolejki oczekujących przyjmowani są pacjenci posiadający ważne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym

Oprócz osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym, do zabiegów w przyspieszonym trybie uprawnione są:

- Osoby, które przed 1998 rokiem uzyskały I grupę z KRUS oraz MSWiA
- orzeczenie ZUS o niezdolności do pracy i /lub samodzielnej egzystencji.

Jak działa rehabilitacja domowa?

Zabiegi w domu nie różnią się jakością od tych, wykonywanych w ośrodkach rehabilitacji. Szybki efekt zapewnia indywidualne podejście fizjoterapeuty, który podczas wizyty poświęca czas tylko jednej osobie. Zabiegi są realizowane dzień po dniu, w cyklu dziesięciodniowym.

Fizjoterapia Domowa

Rejestracja

tel. 14 652 64 43

Świadczenia Opieki Nocnej i Świątecznej opieki zdrowotnej obejmują:

Doraźne porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domu chorego

Świadczenia Pielęgniarskie, wynikające z porady lekarskiej/ ciągłości leczenia

Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów

tel. 146535242

Pon 18:00 - 08:00 | Wt 18:00 - 08:00 | Śr 18:00 - 08:00 | Czw 18:00 - 08:00 | Pt 18:00 - 08:00

Świadczenia Lekarza POZ obejmują:

- Profilaktykę Chorób, w tym badania i porady w ramach profilaktyki wieku rozwojowego oraz szczepienia ochronne
- Świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia
- Udzielanie porad w leczeniu schorzeń
- Diagnostyka laboratoryjna
- EKG, RTG, USG
- Orzekanie o stanie zdrowia
- Kierowanie do poradni specjalistycznych / leczenie szpitalne
- Kierowanie na rehabilitację / leczenie uzdrowiskowe
- Wystawianie zleceń przewozów transportu sanitarnego
- Wystawianie zleceń na realizację świadczeń zakresu pielęgniarstwa POZ
- Wystawianie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta

Warunkiem skorzystania z usług poradni POZ jest złożenie deklaracji pisemnej/internetowej oświadczającej o wyborze konkretnej poradni.

Kontakt

Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.

ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów

Rejestracja

tel: 14 653 52 02

tel: 14 653 52 95

Fax. 14 65 35 104

kontakt@czt.com.pl

Hospicjum domowe

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych.

- świadczenia są bezpłatne,
- porady lekarskie są udzielane nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu, wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu,
- pozostały personel (psycholog, fizjoterapeuta) udziela porad indywidualnie, na zlecenie lekarza.

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką:

- przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania jednostki chorobowej, nierokującej nadziei na wyleczenie.

Czasami zdarzają się sytuacje, w których sprawowanie opieki na osobą przewlekle chorą w warunkach domowych staje się niemożliwe lub niewystarczające z różnych względów. Wówczas istnieje możliwość skorzystania z pomocy placówek, które zapewniają całodobową opiekę i pielęgnację.

Zakłady Opiekuńczo – Lecnicze – (ZOL)

Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i opiekuńczo-leczniczego może zostać przyjęty pacjent, który ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagający hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą Barthel dokonanej w dniu przyjęcia otrzymał 40 punktów lub mniej. Do zakładu opiekuńczego nie mogą zostać przyjęte osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową oraz osoby ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną, które kierowane są do innych placówek

Zasady korzystania ze świadczeń:

- chory ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70 % dochodu,
- pobyt w zakładzie opiekuńczym jest na czas określony, zależny od stanu zdrowia danej osoby i jej oceny według skali Barthel.

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką:

- skierowanie do zakładu opiekuńczo – leczniczego lub pielęgnacyjno – opiekuńczego wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz rodzinny lub jeśli chory przebywa w szpitalu może je wystawić lekarz prowadzący)
- ocena stanu zdrowia według skali Barthel dokonana przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i potwierdzona przez lekarza.
- wywiad pielęgniarski.
- Informacja o wysokości dochodu.



Hospicjum

Hospicjum stacjonarne przeznaczone jest dla tych, którzy z różnych powodów chorują w samotności lub też stan chorego nie pozwala na opiekę nad nim w domu. Hospicjum przyjmuje głównie chorych w końcowej fazie choroby nowotworowej, kiedy leczenie przyczynowe /radio-, chemioterapia/ nie przyniosło pożądanego skutku lub nie jest możliwe ze względu na zaawansowanie choroby

- świadczenia są bezpłatne,
- całodobowa opieka pielęgniarska,
- opieka lekarza, psychologa, fizjoterapeuty,
- wolontariat

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką :

- skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz rodzinny, specjalista, lekarz z oddziału szpitalnego)
- zgoda na objęcie opieką w hospicjum.

Pomoc społeczna

Umożliwia przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych tym, którzy nie są w stanie sami ich pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczna wspiera ich w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zadaniem pomocy społecznej jest także zapobieganie trudnym sytuacjom życiowym przez podejmowanie działań zmierzających do usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Osoba lub rodzina ubiegająca się o pomoc społeczną może zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania (ośrodki znajdują się w każdej gminie). Decyzje o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy wymagają uprzednio przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego. Decyzje w sprawach świadczeń pomocy społecznej wydawane są w formie pisemnej. Od każdej decyzji służy prawo odwołania.

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze w domu obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Zakres opieki: pomoc/asystowanie w wykonywaniu czynności higienicznych, pomoc w robieniu zakupów, pomoc w przyrządzaniu posiłków, towarzyszenie podczas spaceru, wizyty u lekarza, sprzątanie itp.

- płatne według ustalonych stawek godzinowych w zależności od dochodu danej osoby/ rodziny,
- wizyty odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 15.00 (ilość godzin opieki ustalana jest indywidualnie),
- pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osoby chorej, aby ocenić zaistniałą sytuację i w razie potrzeby podjąć stosowne działania,
- w celu uzyskania pomocy należy zwrócić się do pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemożącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Dom Pomocy Społecznej

- świadczenie jest odpłatne, ustalone na poziomie kosztów rzeczywistych, które ponosi osoba kierowana do placówki, osoby zobowiązane do alimentacji (małżonek, dzieci, rodzice) lub gmina. Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu pomocy społecznej,
- w razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej. W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoba wymagająca z powodu wieku lub niepełnosprawności pomocy innych osób może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy.

INFORMACJE I WSKAZÓWKI DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH I ICH OPIEKUNÓW

AKTYWNOŚĆ OSÓB STARSZYCH I NIESAMODZIELNYCH

Regularna aktywność fizyczna daje większą samodzielność i niezależność w życiu codziennym, jest więc szansą na poprawę jakości życia.

Regularna aktywność fizyczna stymuluje układy:

- nerwowy – łagodzi stany nerwiczne i zaburzenia snu,
- oddechowy – zwiększa ruchomość klatki piersiowej i przepony oraz wentylację,
- krwionośny – powoduje lepsze zaopatrzenie serca i tkanek w tlen.

Pomaga także zapobiegać:

- upadkom (daje ogólną sprawność fizyczną, wzmacnia mięśnie, poprawia równowagę oraz zmniejsza zaburzenia lokomocyjne),
- osteoporozie (zwiększa gęstość kości),
- bólowi kręgosłupa,
- chorobom reumatycznym,
- chorobom układu krążenia,
- nadwadze i otyłości.

URAZY OSÓB STARSZYCH

Nawet pozornie niegroźny upadek może być niebezpieczny dla Twojego zdrowia. Jeśli się przewrócisz, sprawdź, czy możesz się ruszać. Jeśli tak, powoli, np. przy pomocy laski lub chodzika, spróbuj się podnieść i odpocząć w spokojnym miejscu. Jeżeli nie, poproś o pomoc inne osoby albo zadzwoń pod numer alarmowy 112 lub 999 – warto zawsze nosić telefon komórkowy przy sobie na wypadek takich nieprzewidzianych sytuacji.

Po upadku upewnij się, czy nie odczuwasz bólu w żadnej części ciała. Jeśli poczujesz ucisk w klatce piersiowej, ból głowy, duszności albo zaobserwujesz inne niepokojące objawy – nie zwlekaj i zadzwoń pod numer 112 lub 999.

OBRAŻENIA CIAŁA

Równie częste co upadki są obrażenia ciała, czyli urazy mechaniczne, które nierzadko towarzyszą przewróceniu się. Bardzo ważne jest, aby w Twoim domu znajdowała się apteczka z niezbędnym wyposażeniem, takim jak bandaże, plastry, gaza czy woda utleniona. Te środki pomogą Ci np. w przypadku krwawienia lub innych drobniejszych obrażeń.

Pamiętaj, że każdy, nawet najmniejszy, ale niepokojący uraz czy objaw możesz zgłosić odpowiednim służbom ratunkowym. O wszelkich wywrotkach i obrażeniach poinformuj także najbliższą rodzinę, opiekuna lub lekarza, nawet jeżeli podczas upadku nie doszło do urazu lub utraty przytomności.

BEZPIECZNY DOM DLA OSÓB STARSZYCH I NIESAMODZIELNYCH

Mieszkanie powinno być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku

Z biegiem lat zmieniają się nasze potrzeby mieszkaniowe oraz pojawiają się nowe ograniczenia. Nierzadko okazuje się, że zamieszkiwany przez dekady dom nie jest już tak funkcjonalny, jak był wcześniej. Wiele ograniczeń to bariery architektoniczne, których fizycznie nie jesteśmy w stanie pokonać. Są to m.in. schody, zbyt wąskie przejścia, głęboka wanna czy trudne do otwarcia drzwi i okna. Dodatkowo osobom niesamodzielnym może doskwierać samotność, a także mogą pojawić się problemy związane ze zbyt dużą odległością mieszkania od sklepów oraz innych punktów usługowych niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu.

Bezpieczne mieszkanie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia niebezpieczeństw, np. urazów, poprzez odpowiednie dostosowanie jego poszczególnych elementów. Ważne jest umożliwienie osobie swobodnego poruszania się. W tym celu warto zrezygnować z dywanów z wysokimi krawędziami i progów. Podłogi nie powinny być śliskie. Elementy używane najczęściej, czyli włączniki światła, klamki oraz gniazda elektryczne, powinny się znajdować na wysokości niewymagającej schylenia się oraz dostępnej dla osób poruszających się na wózkach. Niezwykle ważne jest, aby dom był wyposażony w instalacje niestwrażające zagrożenia. Zaleca się przede wszystkim instalacje elektryczne, ogrzewanie centralne, a w kuchni płyty indukcyjne. Bezpieczne mieszkanie wymaga również zastosowania czujników dymu i wody oraz alarmów.

WYPOSAŻENIA:

ŁAZIENKA

- prysznic bez brodzika
- fotel kąpielowy
- uchwyty przy toalecie i prysznicu
- maty antypoślizgowe

SYPIALNIA

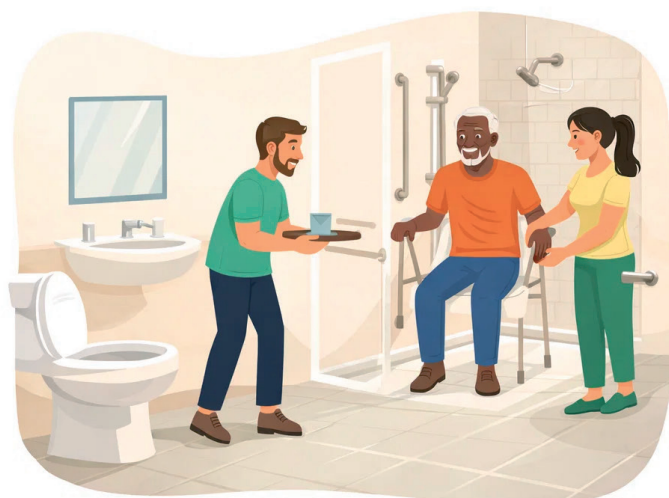
- łóżko z barierką
- włącznik światła lub lampka nocna na wyciągnięcie ręki
- miejsce na telefon blisko łóżka

KUCHNIA

- płyta indukcyjna
- piekarnik na wysokości wzroku
- czujnik dymowy
- brak wysokich szafek

SALON

- brak progów
- kontakty na odpowiedniej wysokości
- ergonomiczne rozmieszczenie mebli i oświetlenia



ROZWIĄZANIA TECHNICZNE

Wszelkie sprzęty oraz zabudowa wykorzystane w mieszkaniu powinny być możliwe do samodzielnego korzystania. W miarę możliwości należy zrezygnować z wysokich szafek, m.in. w kuchni, a jeśli takie mają się pojawić, należy uwzględnić w nich konieczność zmiany wysokości zawieszenia. Właziencę zdecydowanie warto postawić na prysznic bez wyodrębnionego brodzika. Dobrze, aby pod prysznicem pojawiły się uchwyty pozwalające na utrzymanie równowagi, oraz fotel do kąpieli.

Dostosowując mieszkanie do potrzeb osoby starszej i niesamodzielnej pamiętaj, że nie wszystkie rozwiązania sprawdzają się dla każdego. Wiele zależy od sposobu poruszania się, ale też od trybu życia czy przyzwyczajeń.

Bezpieczne przyjmowanie leków

Polipragmazja, czyli wielolekowość, oznacza jednoczesne przyjmowanie przynajmniej pięciu leków dziennie. Wielolekowość jest groźna dla wszystkich, a szczególnie dla osób starszych obciążonych wieloma chorobami przewlekłymi. Warto podkreślić, że samo przyjmowanie wielu leków nie jest zjawiskiem rzadkim, a pod ścisłą kontrolą lekarską może być korzystne i niezbędne do osiągnięcia określonego celu terapeutycznego. Niestety wiele osób nie jest świadomych zagrożenia i oprócz leków przepisanych na receptę decyduje się na zakup dodatkowych środków znanych z reklamy telewizyjnej lub poleconych przez kogoś znajomego.

Osoby starsze chętnie sięgają po różnego rodzaju środki dostępne bez recepty, także z zakresu tzw. medycyny alternatywnej. Kupują suplementy diety, leki oraz maści przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, preparaty stomatologiczne, leki wspomagające trawienie i przeczyszczające, środki alergiczne, dermatologiczne, zewnętrzne leki przeciw pasożytnicze, leki przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze i przeciwwirusowe do stosowania wewnętrznego. Zazywanie wielu medykamentów jednocześnie zwiększa ryzyko wystąpienia niebezpiecznych powikłań i interakcji. Jest ono groźniejsze, jeśli odbywa się bez kontroli lekarza. Leki oddziałują także z żywnością i niektórymi ziołami, zwłaszcza z ziołami zwiększającymi perystaltykę jelit. Ważne jest też to, czym pijamy leki. Nie wolno popijać ich sokami, zwłaszcza sokiem grejfrutowym. Najlepiej popijać je wodą. Szkodliwe jest także przyjmowanie leków razem z napojami alkoholowymi lub „energetykami”.



PRZEMOC WOBEC OSÓB STARSZYCH I NIESAMODZIELNYCH

Przemoc wobec starszych i niesamodzielnych jest poważnym problem społecznym w skali globalnej. Najczęstszą formą przemocy wobec tych osób jest przemoc psychiczna i ekonomiczna.

Główne formy przemocy to:

- izolowanie,
- zabieranie pieniędzy (np. emerytury czy renty),
- wytykanie choroby i niepełnosprawności,
- szantażowanie, groźby, wyzwiska,
- ograniczanie swobody decyzji,
- straszenie oddaniem do domu opieki,
- wmawianie choroby psychicznej,
- wymuszanie zmian w testamencie,
- obciążanie zawyżonymi kosztami (np. kredytami lub pożyczkami),
- skłanianie do darowizn,
- zaniedbywanie, niezapewnienie jedzenia, leków, higieny osobistej, opieki medycznej,
- opuszczenie przez opiekunów, pozostawienie bez opieki.

Sprawcami przemocy są członkowie najbliższej rodziny (współmałżonek, dzieci, wnukowie) lub opiekunowie instytucjonalni. Sprawcy zwykle mają z osobą doznającą przemocy silny emocjonalnie i długotrwały kontakt, dlatego osoby te wstydzą się, boją, mają poczucie winy, a nawet usprawiedliwiają sprawców i ukrywają problem. Czasami też nie mają świadomości, że takie traktowanie jest przemocą.

Jak reagować:

Jeśli doświadczasz krzywdy ze strony bliskich lub podejrzewasz, że osoba starsza doznaje przemocy domowej - działaj. Wykorzystaj jedno z rozwiązań:

- Powiedz o tym komuś, komu ufasz.
- Poproś o pomoc specjalistów: ośrodek pomocy społecznej, policję lub organizację pozarządową (fundację albo stowarzyszenie)

ZADZWOŃ pod numer telefonu :

Policja

nr **997**

Centrum
Powiadamiania
Ratunkowego

nr **112**

Ogólnopolskie Pogotowie
„Niebieska Linia”
całodobowa infolinia - numer bezpłatny

nr **800 12 00 02**

Straż Pożarna

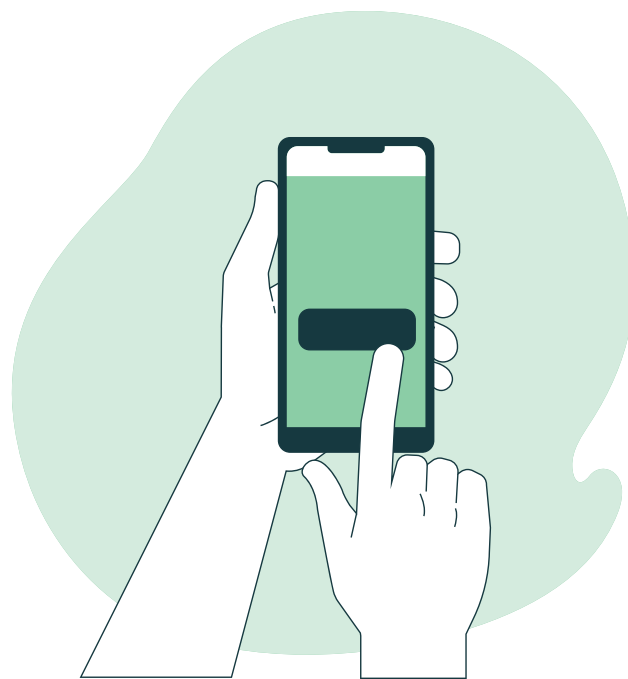
nr **998**

Pogotowie
Ratunkowe

nr **999**

Zespół Interdyscyplinarny przy Ośrodku
Pomocy Społecznej w Tuchowie

nr **14 6525 - 489**



Charakterystyka i diagnostyka bólu

U osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku często zdarzają się dolegliwości bólowe. Nie należy ich jednak lekceważyć. Z każdym bólem – czy to brzucha, kręgosłupa czy nóg – można i trzeba walczyć. Ich przyczyną mogą bowiem być przewlekłe choroby wieku starczego, które jeszcze nie zostały zdiagnozowane.

Rodzaje bólu występujące u starszych osób

Specjaliści wyróżniają kilka rodzajów bólu, na który może cierpieć osoba starsza / niepełnosprawna. Można je klasyfikować ze względu na źródło dolegliwości albo natężenie. Ze względu na przyczynę, odróżnia się bóle:

- receptorowe – dochodzi do nich na skutek podrażnienia nerwów,
- niereceptorowe – ich powodem jest uszkodzenie struktur układu nerwowego albo stały ucisk na nerwy,
- psychogenne – tutaj przyczyna leży w psychice, a dokładnie w obniżeniu nastroju osoby starszej i w stanach depresyjnych, które mogą towarzyszyć starości.

Ze względu na natężenie i czas trwania dolegliwości bóle dzielimy na:

- ostre – krótkotrwałe, ale bardzo silne,
- przewlekłe – o mniejszym natężeniu, trwające co najmniej trzy miesiące. Często są wynikiem rozwijającego się w organizmie schorzenia.

Każdy ból, niezależnie od jego charakteru, może być odczuwalny nieco inaczej. W grę wchodzi tutaj przede wszystkim odporność osoby na dolegliwości bólowe, a także jego podejście np. do lekarzy i leczenia. Dlatego jeżeli Twój podopieczny skarży się na ból, dobrze jest najpierw z nim porozmawiać, poznać jego punkt widzenia i ewentualne obawy. Następnym krokiem będzie umówienie się na wizytę u lekarza.

Ból a choroby wieku starczego

Prawidłowa diagnoza lekarska sprawi, że specjalista szybko określi przyczynę bólu u podopiecznego i wdroży odpowiednie leczenie. Diagnozowanie tego typu dolegliwości u osób starszych często jest trudne. Osoby starsze uważają, że problemy z chodzeniem w starszym wieku są zupełnie normalne i nie czują potrzeby pójścia do lekarza. Na dodatek bagatelizują ból, gdyż są przekonani, że „w tym wieku musi boleć”. Zdarza się też, że ukrywają swoje cierpienie przed rodziną i opiekunką, nie chcąc ich martwić. A ból nóg u starszej osoby może wskazywać na chorobę przewlekłą, jak chociażby zwyrodnienia stawów czy cukrzycę.

Jak zatem reagować?

Najważniejsze jest obserwowanie go na co dzień, przy zwykłych czynnościach. Bóle mogą objawiać się grymasami na twarzy, na przykład przy wchodzeniu albo schodzeniu po schodach. Jeśli widzisz, że problem się powtarza, dobrze będzie przekonać osobę do wizyty u lekarza.

Jak leczyć ból u starszej osoby?

Leczenie bólu u osoby starszej może przebiegać na różne sposoby, zależnie od rodzaju odczuwanych dolegliwości. Bardzo duże znaczenie ma indywidualna terapia: zarówno lekarstwa, jak i rehabilitacja. Najczęściej stosuje się farmakoterapię w postaci doustnych leków przeciwbólowych oraz żeli i maści. Dużą skuteczność ma również fizjoterapia. Przy bólach o podłożu psychogenym i tych trwających przez długi czas konieczna może się okazać także psychoterapia. Dzięki niej wyraźnie poprawia się stan psychiczny pacjenta.

Oprócz leczenia stosuje się też wiele sposobów na złagodzenie dolegliwości bólowych. Są to chociażby: rozgrzewające albo chłodzące okłady, masaże i ćwiczenia. W przypadku bólu uwarunkowanego psychicznie przyda się umiejętność relaksacji.

Pamiętaj, że ból u osoby starszej może być oznaką przewlekłej choroby wieku starczego, a niekoniecznie częścią procesu starzenia.

Upadki osób starszych przyczyny, konsekwencje i profilaktyka

Upadki i związane z nimi konsekwencje to jedno z poważniejszych zagrożeń dla zdrowia i życia osób starszych. Co trzecia osoba po 65. roku życia doznaje upadku co najmniej raz w roku.

Przyczyny upadków osób starszych

Wśród przyczyn upadków seniorów można wymienić **czynniki środowiskowe**, które związane są z niekorzystnymi warunkami w najbliższym otoczeniu, zaliczamy do nich:

- Wysokie progi,
- Dywany,
- Śliskie, nierówne powierzchnie,
- Źle dobrane obuwie,
- Brak poręczy,
- Nieodpowiednie oświetlenie.

Wszystkie mogą stanowić niebezpieczeństwo i główną przyczynę upadków.

Do czynników ryzyka zalicza się również **problemy zdrowotne** – wraz z wiekiem wydłuża się lista chorób współistniejących, które bezpośrednio wpływają na kondycję osób starszych. Wśród nich można wymienić:

- **Choroby układu ruchu:** zwyrodnienia stawów, osteoporoza, osłabienie mięśni – schorzenia te wpływają na zmienioną postawę ciała i sposób chodzenia,
- **Choroby narządu wzroku:** zaćma, zwyrodnienie plamki żółtej, kurza ślepotą, jaskra,
- **Choroby układu krążenia:** nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, niskie ciśnienie krwi u seniora,
- **Pogorszenie narządu wzroku i słuchu,**
- **Problemy neurologiczne:** choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, otępienie, zawroty głowy u osób starszych, padaczka u osób starszych,
- **Problemy natury psychicznej:** zaburzenia lękowe, depresja.

Upadki mogą być też spowodowane **stanami nagłymi, jak zawał serca, udar mózgu lub inny atak bólu związany np. z nawrotem dawnych kontuzji i urazów**. Za zaburzenia chodu i równowagi u osób starszych mogą odpowiadać również **przyjmowane leki**. Seniorzy zażywają liczne preparaty, wraz z ich liczbą zwiększa się ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, m.in.: senności, zawrotów czy nagłych spadków ciśnienia.

Upadki osób starszych – konsekwencje

Statystyki pokazują, że **ponad 50% wszystkich upadków kończy się hospitalizacją i długotrwałym ograniczeniem sprawności ruchowej**.

- Najczęstsze konsekwencje upadków to: **krwiaki, stłuczenia, naciągnięcia mięśni oraz złamania**
- **Złamania u osób starszych powstają w obrębie kości udowej (szyjka kości udowej), kości ramiennej oraz dalszej części przedramienia.** Najbardziej niebezpieczne są skutki unieruchomienia, które może prowadzić do poważnych komplikacji, takich jak:
- Odleżyny– ogniska martwicy przechodzące w owrzodzenie skóry, tkanki podskórnej, a nawet mięśni i kości. Zmiany powstają na skutek długotrwałego ucisku i niedotlenienia tkanek w miejscach, gdzie części kostne stykają się z podłożem m.in.: w rejonie kości krzyżowej, pośladków, pięt, łokci,
- Przykurcze i zaniki mięśniowe,
- Zakażenia Zakrzepica żył głębokich,
- układu moczowego,
- Nasilenia osteoporozy.
- Wśród poważnych następstw związanych z upadkami należy wymienić **pogorszenie stanu psychicznego** – seniorzy doświadczają poczucia izolacji, strachu i samotności, w efekcie mogą rozwinąć się u nich stany depresyjne.
- Częstość następstw upadku jest tzw. **zespół stresu powypadkowego**, czyli lęk przed powtórzeniem podobnego zdarzenia. Osoba ogranicza bądź całkowicie rezygnuje z aktywności i wychodzenia z domu. Takie zachowanie prowadzi do obniżenia aktywności życiowej, osłabienia organizmu, tym samym zwiększając ryzyko kolejnych upadków.

Bardzo często podczas upadku osoba może doświadczyć zranienia np. w obrębie kolana, łokcia czy głowy. Prawidłową reakcją po powstaniu rany powinno być użycie płynu do dezynfekcji w postaci wody utlenionej. Następnie do zaopatrzenia rany należy użyć materiałów opatrunkowych. Możemy sięgnąć po kompresy jałowe, opaski elastyczne oraz gotowe opatrunki na rany. Jeśli osoba w trakcie upadku dozna stłuczenia kończyny, należy zastosować kompresory chłodzące. Urażone miejsce warto przez kilka dni smarować maściami na stłuczenia.

Profilaktyka upadków u osób starszych

Co zrobić, aby zmniejszyć ryzyko upadków osób starszych?

- Przede wszystkim należy zwrócić szczególną uwagę na eliminację istniejących zagrożeń mogących spowodować kontuzję oraz wdrożyć właściwe środki zwiększające bezpieczeństwo osoby. Przeciwdziałanie upadkom osób starszych polega na **wyposażeniu najbliższego otoczenia seniora w pomoce umożliwiające bezpieczną lokomocję**, m.in.:
 - Poręcze do łazienki ułatwiające wstawanie z toalety,
 - Odpowiednie oświetlenie miejsc, gdzie przebywa osoba starsza,
 - Siedziska oraz maty antypoślizgowe do wanny i prysznicza,
 - Właściwe obuwie – buty powinny być pełne, obejmujące całą stopę, wygodne do zakładania z antypoślizgową podeszwą, dopasowane do ewentualnych zniekształceń w obrębie stopy,
 - Łyzki do butów o długim trzonie ułatwiające wkładanie obuwia, chwytaki.
 - Aby ograniczyć ryzyko upadku, powinniśmy **usunąć z mieszkania seniora bariery architektoniczne**: wysokie progi, wystające kable, dywany oraz zbędne meble.
 - **Jeśli osoba starsza czuje się niepewnie podczas chodzenia, warto rozważyć zakup laski lub balkonika**. Sprzęty ortopedyczne ułatwią poruszanie i ograniczą ryzyko niefortunnego upadku. Kluczowym warunkiem jest odpowiednie dobranie sprzętu do potrzeb seniora (jego wzrostu, wagi oraz możliwości lokomocyjnych).
 - Każdy senior powinien być pod stałą opieką lekarską i regularnie przyjmować leki oraz witaminy
 - W profilaktyce upadków osób starszych ważny jest również odpowiednio skomponowany jadłospis oraz nawodnienie. Dieta seniora powinna zawierać **świeże owoce i warzywa, produkty bogate w wapń, chude mięso, ryby, orzechy i nasiona**.
 - Warto zachęcać seniora do regularnej aktywności. Doskonale sprawdzą się tutaj **spacery oraz prostećwiczenia na równowagę dla osób starszych**. Warto skorzystać z pomocy fizjoterapeuty, który opracuje odpowiedni indywidualny zestaw ćwiczeń, mający na celu wzmocnienie siły mięśni kończyn oraz utrzymanie odpowiedniej ruchomości stawów.

Bezsenna noc to problem, który dotyczy wielu osób, również w podeszłym wieku

Bezsenna noc – przyczyny

Przyczyny zaburzeń snu są rozmaite – mogą być związane np. z nieprawidłową higieną snu. Kłopoty z zaśnięciem czy **budzenie w nocy** bywa spowodowane zbyt wysoką temperaturą w sypialni, niewygodnym materacem czy poduszką o nieodpowiedniej twardości, zbyt długim oglądaniem telewizji przed snem albo bardzo obfita kolacją, która obciąża układ pokarmowy.

Budzenie się w nocy a choroby

W przypadku osób starszych **bezsenna noc** ma niestety również często podłoże zdrowotne. Może być ona wywołana przez nadmierny stres, zaburzenia lękowe i depresję, ale także towarzyszyć typowym chorobom wieku podeszłego, takim jak reumatoidalne i zwyrodnieniowe schorzenia stawów. Oprócz tego bezsenna noc współwystępuje niekiedy z zaburzeniami hormonalnymi oraz chorobami neurologicznymi.

Leczenie bezsenności u osób starszych może wymagać stosowania środków farmakologicznych. Jeśli zaburzenia snu są sporadyczne i nie mają dużego nasilenia, obok metod naturalnych można sięgnąć po dostępne w aptekach bez recepty ziołowe **tabletki na sen**. Najczęściej zawierają one wyciągi z melisy, kozłka lekarskiego, szyszek chmielu czy męczennicy. Mają delikatne działanie wyciszające, dlatego pomagają się uspokoić i zdrowo zasnąć. Uwaga! Stosowanie tego typu specyfików warto skonsultować z lekarzem – niektóre zioła mogą wchodzić w interakcje z stosowanymi na co dzień lekami.

Jeśli mimo zastosowanych działań bezsenna noc nie mija, lekarz może przepisać silniejsze **tabletki na sen dla osób starszych**. Warto pamiętać, że niektóre **tabletki na sen** nie mogą być łączone np. z alkoholem oraz innymi środkami farmakologicznymi

ZESPÓŁ SŁABOŚCI (KRUCHOŚCI) TO NIE ZWYKŁE STARZENIE.

PRZYCZYNY, OBJAWY, LECZENIE

Proces starzenia jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka i ma znaczący wpływ zarówno na fizyczne, jak i psychiczne funkcjonowanie osób starszych.

Co to jest zespół słabości?

Zespół słabości to szerokie pojęcie, którego definicja zmienia się co jakiś czas. Jest to związane z tym, że zespół ten składa się z szeregu cech klinicznych, a nie tylko z konkretnego obrazu klinicznego jak w przypadku klasycznych narządowo swoistych modelach chorób. Obecnie przyjmuje się, że zespół słabości (nazywany także **zespołem kruchości, wątpliwości czy zespołem wyczerpania rezerw**) jest stanem zmniejszenia rezerw czynnościowych i obniżenia odporności na czynniki stresogenne, które są wynikiem pogorszenia jakości pracy poszczególnych układów narządowych organizmu..

Objawy zespołu słabości

Na obraz kliniczny zespołu słabości składa się wiele nieprawidłowości, które na pierwszy rzut oka mogą się kojarzyć z typowym starzeniem się. Warto jednak zaznaczyć, że w przypadku zespołu kruchości występuje duże nasilenie poniższych objawów, które znacząco wpływają na komfort życia osoby. U pacjentów obserwuje się:

- sarkopenię (utrata masy mięśniowej),
- niezamierzoną utratę masy ciała,
- obniżenie odporności,
- niedożywienie,
- zmniejszenie siły i tolerancji wysiłku, wyczerpanie,
- spowolnienie chodu,
- pogorszenie funkcji poznawczych (np. pamięci, koncentracji, komunikacji z innymi),
- zmiany nastroju, poczucie osamotnienia, występowanie lęku.

Główne przyczyny zespołu słabości

W geriatrici nadal trwają badania w celu określenia dokładnych przyczyn występowania zespołu słabości. Jedną z wątpliwości jest to, dlaczego zespół ten rozwija się u części osób, a u pozostałych nie. Możliwe czynniki predysponujące do zespołu kruchości to:

- wzrost parametrów zapalnych (podwyższony poziom monocytów, neutrofilii, fibrynogenu, czynnika martwicy nowotworów),
- wielochorobowość (choroby współistniejące dodatkowo osłabiają zdolności regeneracyjne i obronne organizmu),
- niepełnosprawność,
- wahania poziomu hormonów (spadek poziomu testosteronu, estrogenu, czynnika wzrostu)

Leczenie zespołu słabości

Leczenie i zarządzanie konsekwencjami zespołu kruchości jest przewlekłe, wielopłaszczyznowe i wymaga zaangażowania ze strony pacjenta i lekarza. W wielu przypadkach skuteczne jest przepisywanie **leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych**, aby poprawić komfort i sprawność seniorów. Co więcej, w celu zwiększenia wydolności organizmu czy wzmocnienia mięśni pacjenci powinni być zachęcani do podejmowania aktywności fizycznej oraz kierowani na zabiegi rehabilitacyjne.

Poproś o pomoc specjalistów: ośrodek pomocy społecznej, policję lub organizację pozarządową (fundację albo stowarzyszenie)

ZESPÓŁ STRESU OPIEKUNA – NA CZYM POLEGA, JAK MU ZAPOBIEGAĆ I POSTĘPOWAĆ?

Opiekunowie innych osób każdego dnia muszą radzić sobie z wieloma problemami – nie tylko dotyczącymi ich podopiecznych, ale również ich samych. Jednym z nich jest zespół stresu opiekuna.

Czym jest zespół stresu opiekuna?

Zespół stresu opiekuna, znany również jako **wypalenie opiekuna**, to **stan wyczerpania fizycznego i psychicznego**, który może wystąpić podczas opieki nad bliską osobą cierpiącą na przewlekłą chorobę, niepełnosprawność lub mającą inne potrzeby zdrowotne.

Często stan ten wynika z wysokich wymagań i stałych obowiązków związanych z opieką, co prowadzi do pojawienia się uczucia przytłoczenia, frustracji i zmęczenia.

Objawy zespołu stresu opiekuna

W tej dolegliwości pojawić mogą się różne objawy.

- Objawy fizyczne – zmęczenie, zaburzenia snu, bóle głowy, utrata lub przyrost masy ciała, częstsze choroby.
- Objawy emocjonalne – niepokój, depresja, drażliwość, wahania nastroju, poczucie beznadziei, winy i osamotnienia.
- Objawy behawioralne – wycofanie się z życia społecznego, zaniedbywanie obowiązków osobistych, nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Zapobieganie zespołowi stresu opiekuna

Aby zredukować ryzyko powstania zespołu stresu opiekuna opieka nad osobą chorą, starszą lub niepełnosprawną powinna zakładać poniższe:



Edukacja

Warto dokładnie **zaznajomić się ze stanem bliskiej osoby**, aby skuteczniej prowadzić opiekę i zmniejszyć lęk przed nieznanym oraz czuć się bardziej kompetentnym i mniej przytłoczonym nową sytuacją.



System wsparcia

Do opieki nad osobą warto zaangażować innych **członków rodziny, przyjaciół lub sąsiadów**, dzięki czemu nie trzeba będzie zajmować się nią samodzielnie.



Realistyczne cele i limity

Opiekun powinien zaakceptować fakt, że nie może zrobić wszystkiego i stawiać przed sobą realistyczne oczekiwania. Warto **przekazywać wybrane zadania innym i korzystać z usług opiekuńczych**, aby robić sobie przerwy.



Zarządzanie czasem

Dobra organizacja ma duże znaczenie, aby efektywnie zarządzać czasem. Warto przygotować realistyczny harmonogram dnia obejmujący także **czas na relaks**.

Radzenie sobie z zespołem stresu opiekuna

Jeśli zespół stresu opiekuna już się rozwinął, w takim przypadku warto zastosować poniższe porady:



Szukaj profesjonalnej pomocy

W przypadku wystąpienia poważnych zaburzeń emocjonalnych lub objawów fizycznych należy **skonsultować się z lekarzem**. Często zalecane są wtedy psychoterapie, aby skuteczniej poradzić sobie ze stresem i opracować odpowiednie strategie radzenia sobie w takiej sytuacji.



Koncentracja na sobie

W ramach samoopieki warto **zadbać o zdrową dietę, regularnie ćwiczyć i wysypiać się**.



Skorzystanie z opieki zastępczej

Inni opiekunowie zapewniają tymczasowe odciążenie od obowiązków. Warto pomyśleć o **zatrudnieniu opiekuna lub skorzystaniu z opieki dziennej, usługi opiekuńczej, opieka wytchnieniowa albo całodobowej w ośrodkach**.



Efektywnie komunikuj swoje potrzeby

Otwarcie komunikuj się z członkami rodziny na temat swoich potrzeb i wymagań związanych z opieką. **Nie bój się prosić o pomoc i wyrażać swoje uczucia i obawy**.



Zaplanuj przyszłość

Omów i zaplanuj **opiekę długoterminową** z osobą i członkami rodziny, biorąc pod uwagę związane z nią wymagania i koszty.



Zadbaj o redukcję stresu

Włącz do swojej codziennej rutyny **techniki relaksacyjne** aby zmniejszyć stres i poprawić swoje samopoczucie.

Opiekun nieformalny i formalny/profesjonalny może doświadczać w opiece nad podopiecznym satysfakcji, ale też różnych, nierzadko trudnych, negatywnych emocji. Warto je poznać, aby móc się na nie przygotować zawczasu i nauczyć się radzić sobie z nimi. Na początku ze strony opiekuna jest to zwykle tylko drobna pomoc podopiecznemu – pomóc ugotować, pomóc przejść do łazienki, pomóc się umyć. Z czasem obowiązków przybywa. Już nie pomoc w umyciu, ale umycie. Nie pomoc w ubraniu – ale ubranie. Nie podanie posiłku, ale nakarmienie. A dalej – coraz gorzej, coraz trudniej. Opiekun obciążony jest nie tylko fizycznie, ale i psychicznie. Musi być cały czas cierpliwy, wyrozumiały, znosić kaprysy, wyzwiska, upokorzenia, oskarżenia od osoby, która jest mu bliska, którą niejednokrotnie kocha, która kiedyś taka nie była. Pamięta ją jako sprawną, pełną życia, energii i chce, wymaga, aby nadal taka była. To nie kręgosłup, nie stawy i mięśnie dają się najbardziej we znaki opiekunowi, ale psychika. Długotrwały stres potrafi znacznie nadszarpnąć ludzką psychikę i doprowadzić do tak częstej u opiekunów złości i smutku. To właśnie to wyczerpanie – zarówno fizyczne, jak i psychiczne, które odczuwa opiekun opiekując się długotrwale osobą przewlekłe chorą. Jak każdy stres prowadzić może do innych poważnych schorzeń: nadciśnienia, choroby wrzodowej, chorób serca. Czy można sobie jakoś z tym radzić? W pewnym stopniu tak. Czyli trzeba być trochę egoistą, myśleć też o sobie. Myśląc o sobie również pomagamy podopiecznemu, na którego przecież wpływa nasz stan.

Złość jest powszechną, jedną z sześciu podstawowych emocji, której doświadczają wszyscy ludzie, ale prawdopodobnie ma wśród nich najgorszą reputację. Można ją kontrolować, ale tylko do pewnego stopnia. Nie jest czymś złym. Odczuwanie od czasu do czasu złości jest normalne i zdrowe. Stanowi ona naturalną odpowiedź na poczucie zagrożenia – zwykle pojawia się, gdy napotykamy przeszkodę na drodze do osiągnięcia ważnych dla nas celów, jesteśmy niesprawiedliwie potraktowani czy ignorowani. W sytuacji kryzysowej złość dodaje nam siły i motywuje do podjęcia walki lub ucieczki. Złość jest naturalną emocją, a mówienie o niej i okazywanie jej jest cenną umiejętnością. Kiedy jednak zauważamy czy otrzymujemy sygnały z otoczenia, że nasza złość jest nieadekwatna do sytuacji, ma negatywny wpływ na nasze funkcjonowanie i relacje, warto popracować efektywnie nad nią. Częste i niekontrolowane wybuchy emocji działają destabilizująco na nasz stan psychofizyczny. Negatywne konsekwencje mogą obejmować m.in. bóle mięśni, powstawanie stanów zapalnych, napięciowe bóle głowy, zwiększone ryzyko nadciśnienia i problemów sercowo-naczyniowych. Bywa, że im bardziej staramy się nad nią zapanować, z tym większym przychodzi to trudem. Od tłumienia złości korzystnym sposobem jest rozpoznawanie przyczyn i poszukiwanie innych, zastępczych form jej rozładowania. Okazywanie złości wobec podopiecznego nie powinno się zdarzyć. Nie jest ono skuteczne ani korzystne, zwykle prowadzi do nasilenia konfliktu. Złość opiekuna generują często uporczywe reakcje chorego, których ten nie rozumie lub błędnie odbiera jako wymierzone w siebie. Dzieje się tak wtedy, kiedy traktuje objaw choroby jako celowe działanie chorego.

Rozpoznawanie przyczyn

Złość jest źródłem cennych informacji o nas samych. Co, kiedy i w jakim stopniu nas denerwuje wiele mówi o naszych potrzebach, oczekiwaniach, poczuciu kontroli i samoakceptacji. Złość może być sygnałem ostrzegawczym o zagrożeniu, braku poczucia bezpieczeństwa czy przekraczaniu naszych granic. Umiejętność odczytywania pierwszych objawów złości ułatwia identyfikowanie naszych celów, granic i wartości. Problemem „złośników” jest zwykle nieumiejętność właściwej oceny zarówno natężenia swoich emocji jak i wpływu ich zachowania na własne funkcjonowanie i relacje z otoczeniem. Sygnałem ostrzegawczym, że częstość i sposób wyrażania złości są nieprawidłowe, są zazwyczaj informacje od rodziny, przyjaciół czy współpracowników. Należy zwrócić uwagę, czy najczęściej szybko wpadamy w złość w rutynowych codziennych sytuacjach (np. korki na drodze, tłok, drobne błędy innych osób), ciągle odczuwany zdenerwowanie, mamy problem z uspokojeniem się czy też nie jesteśmy wyrozumiali dla siebie lub innych. Warto też ocenić szkody jakie wybuchy złości czynią w naszym życiu – czy istotnie pogarszają nasze relacje, czy mamy poczucie winy z powodu braku kontroli nad emocjami (co komuś powiedzieliśmy, jak się zachowaliśmy), czy inni unikają kontaktu z nami? U opiekuna złość mogą wywołać uporczywe reakcje podopiecznego, których nie rozumie, lub odbiera jako wymierzone personalnie, kiedy traktuje objaw choroby jako celowe działanie bliskiej osoby.

Dobre zarządzanie złymi emocjami

Jeśli uświadomimy sobie problem z kontrolą negatywnych emocji, najgorszym rozwiązaniem jest zaprzeczanie i tłumienie ich. Ignorowanie własnych uczuć nie przybliży do rozwiązania problemu, co więcej, złość narasta i może powodować zachowania pasywno-agresywne. Wypieranie emocji może prowadzić do depresji lub w inny sposób negatywnie wpływać na nasze zdrowie psychiczne. Rozmowa z zaufaną osobą na temat tego co powoduje złość, może okazać się pomocna. Wiele poradników doradza odreagowanie nagromadzonej złej energii (katharsis) przez jakąś aktywność fizyczną, wysiłek, sport. Skuteczna kontrola złości nie oznacza, że nie będziemy jej odczuwać, lecz wypracujemy sposoby przeciwdziałania jej przyczynom oraz wyrażania naszych uczuć. Opiekun nie musi tłumić w sobie złości. Powinien postarać się nie okazywać jej podopiecznemu, bo to nie będzie służyć ani jemu ani bliskiej osobie, którą się opiekuje. Może sprawić, że sytuacje trudne, które wywołują złość będą częstsze. Zamiast tego można porozmawiać o swoich uczuciach, z przyjacielem, członkiem rodziny, innym opiekunem w grupie wsparcia czy przez internet. Pomóc może aktywność fizyczna w rozładowaniu złości. Według psychologów zajmujących się badaniem problematyki złości, do sposobów przeciwdziałania złości należą m.in.:

- **Asertywna komunikacja**
- **Obrócenie w żart**
- **Zmiana nastawienia**
- **Relaksacja**
- **Akceptacja**

Kiedy uświadomimy sobie, że nie jesteśmy w stanie kontrolować naszego zachowania, mimo że przynosi nam ono łatwe do przewidzenia i poważne szkody (np. po raz kolejny nie możemy powstrzymać się przed wykrzyczeniem bliskiej osobie słów, które ją zranią lub powiedzenia co myślimy o jej oczekiwaniach), warto skorzystać z pomocy specjalisty lub w razie potrzeby poddać się psychoterapii.

Smutku doświadczają nie tylko bliscy osób chorych – opiekunowie nieformalni, ale także profesjonalni opiekunowie. Odczuwanie smutku wiąże się zazwyczaj z obserwowaniem stopniowego pogarszania się sprawności osoby chorej. Może być efektem wpływu na opiekuna niektórych objawów choroby, jak zmiany w zachowaniu i osobowości chorego, nierozpoznanie opiekuna przez chorego. Najczęstszą reakcją na smutek jest płacz lub wycofanie się, unikanie kontaktów z bliskimi. Smutek należy traktować jako naturalną emocję, którą należy wyrazić w sposób kontrolowany – porozmawiać z kimś, opisać swój nastrój, postarać się nazwać przyczyny. Mówienie o smutku nie jest oznaką słabości. Zwykle wsparcie innych osób okazuje się skuteczne. Dostrzeganie drobnych sukcesów, małych postępów, może zmniejszyć poczucie smutku. Jeśli jednak smutek towarzyszy przez długi czas i dominuje nad innymi emocjami, a do tego dołącza się poczucie beznadziejności i braku siły do wykonywania nawet prostych czynności, konieczna jest konsultacja z lekarzem. Może to być symptomem depresji, w której opiekun potrzebuje profesjonalnej pomocy



Opiekunie:

1. Masz prawo do przeżywania negatywnych emocji – gniewu, zniecierpliwienia – i wyrażania ich. Stłumione emocje nie znikną, a będą narastać!
2. Masz prawo do odpoczynku i bez wyrzutów sumienia możesz poświęcić czas tylko dla siebie.
3. Nie dokładaj sobie obowiązków. Stan chorego będzie się pogarszał i to, że staniesz na głowie – i tak mu nie pomoże.
4. Szukaj pomocy i wsparcia – nikt nie jest samowystarczalny.
5. Naucz się – choćby z internetu – jak niektóre działania opiekuńcze można wykonać szybciej, łatwiej.
6. Jak masz wszystkiego już całkowicie dość – bardzo skuteczną metodą, jest wyjście z domu. Nie daleko i nie na długo – do ogródka, na podwórkę, na krótki spacer. Pochodź, posiedź na ławce, popatrz, pooddychaj świeżym powietrzem, wystaw twarz do słońca, a zimą niech trochę mróz poszczypie – taka drobnostka, a zdaje egzamin.
7. Mimo wszystko staraj się wyspać. Brak snu powoduje, że organizm jest wyczerpany, ma mniej siły i wszystko wydaje się trudniejsze.
8. Nie rezygnuj z tego, co lubisz, co ci daje satysfakcję. Może trzeba będzie pewne rzeczy ograniczyć – ale nie rezygnuj z nich całkiem.

Opiekunie uporać się ze wstydem i samotnością

Niektórzy opiekunowie doświadczają uczucia wstydu w chwilach, kiedy chory zachowuje się w nieprzewidywalny sposób. Takie sytuacje mogą mieć miejsce w przestrzeni publicznej – na przykład, kiedy podopieczny zaczepia nieznajomych na ulicy lub w domu. Przykładem mogą być niestosowne zachowania seksualne chorego. Bez względu na okoliczności, pamiętaj, że są to objawy choroby, a nie – celowe działanie bliskiej ci osoby. Bardzo wskazane jest, by poinformować nie tylko rodzinę, ale i sąsiadów, przyjaciół, znajomych czy pracowników osiedlowego sklepu o fakcie choroby Alzheimera, o tym, że podopieczny cierpi na otępienie (demencję).

Opiekunowie długotrwale zajmujący się chorym mogą doświadczać poczucia osamotnienia, wyobcowania lub opuszczenia. Zwykle wynika to z ograniczenia możliwości swobodnego nawiązywania kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, poświęcania całego dostępnego czasu na zajmowanie się podopiecznym. Towarzystwo innych jest jedną z podstawowych ludzkich potrzeb, dlatego znalezienie czasu na kontakt ze znajomymi lub rodziną jest bardzo ważne – nie tylko dla twojego podopiecznego, ale i dla ciebie. Pamiętaj, że nie muszą być to spotkania twarzą w twarz – pomóc mogą regularne rozmowy telefoniczne lub przez internet z rodziną i przyjaciółmi, krótka, życzliwa rozmowa z sąsiadami, pisanie listów lub e-maili do bliskich. Spróbuj nawiązać z nimi relacje – to pomoże ci uniknąć poczucia osamotnienia, a dodatkowo uczuli otoczenie na stan bliskiej ci osoby. Najlepszym lekarstwem na samotność są zawsze inni ludzie. Pamiętaj, że w opiece nigdy nie możesz zostać sam, konieczne jest stałe wsparcie innych osób – dlatego otwarcie, szczerze i odważnie rozmawiaj z rodziną i znajomymi o zaangażowaniu ich w pomoc.

Chroniczna samotność wywołuje w człowieku ogromny stres, który odbija się na umyśle i ciele, powodując różne dolegliwości, a nawet choroby somatyczne. Osoby, które są chronicznie samotne, często cierpią na bóle głowy, zmęczenie, zaburzenia snu, są bardziej narażone na uzależnienia oraz depresję i żyją krócej. Samotność jest tak samo szkodliwa dla zdrowia jak palenie, nadwaga lub brak ruchu. Samotność można leczyć. Pomóc w tym może psychoterapia.

Organizacja opieki

Pojawienie się choroby przewlekłej połączonej z ograniczoną sprawnością staje się często dużym wyzwaniem, zarówno dla chorego jak i jego rodziny. Niejednokrotnie fakt, że ktoś bliski będzie potrzebował pomocy, opieki może działać paraliżująco. Bliscy są zagubieni, szczególnie wtedy, gdy nie mają wcześniejszych doświadczeń w opiece nad osobą przewlekłe chorą w warunkach domowych. Świadomość ogromu trudności i problemów organizacyjnych związanych z organizacją opieki i uzależnieniem od pomocy innych wydaje się nie do udźwignięcia. Jednak okazuje się, że w wielu przypadkach zorganizowanie skutecznej opieki w domu jest możliwe, a opiekunowie są w stanie jej podjąć.

Już w trakcie pobytu w szpitalu, kiedy okazuje się, że chory będzie tego wymagał, należy podjąć pierwsze działania zmierzające do zapewnienia mu opieki w warunkach domowych. Należy rozpocząć od wyboru opiekuna czyli osoby kluczowej, a inaczej – koordynatora opieki w domu. To trudna, a zarazem wymagająca rola. Wydaje się najstuszniejsze aby wybrać jednego koordynatora opieki, lecz aby uniknąć jego przemęczenia wskazany jest podział poszczególnych zadań pomiędzy kilka osób. Ktoś może być odpowiedzialny za sprzątanie, ktoś za zakupy, a inny za organizację czuwania przy chorym.

Dobra organizacja opieki nad osobą chorą lub niepełnosprawną w domu to połowa sukcesu. Dopełnieniem w przygotowaniu do opieki może być pomoc ze strony lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej. Jeżeli chory kwalifikuje się do specjalnych form pomocy, może to być także pielęgniarka opieki długoterminowej, zespół hospicjum domowego, zespół prowadzący tlenoterapię domową czy specjalistyczne formy żywienia.

Dostosowanie otoczenia do potrzeb osób starszych i niesamodzielnych

Wnętrze mieszkania powinno ulec zmianie tak, aby ułatwić realizację podstawowych potrzeb oraz sprawowanie opieki nad tymi osobami, jeżeli tego wymagają. Rodzaj wprowadzanych zmian będzie zależał od tego jaki jest zakres ograniczeń, z którymi konkretna osoba się boryka. Choroba może wywołać konieczność leżenia, osłabienie, powodować występowanie dolegliwości, zaburzać różne funkcje organizmu. Pod wpływem starzenia się pogarsza się wzrok, słuch, obniża sprawność rąk i nóg, następuje spowolnienie ruchów oraz niezdolność do wykonania niektórych czynności. W konsekwencji może pojawić się wiele trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb. Utrudnione, a czasem niemożliwe bez pomocy może być:

- poruszanie się po mieszkaniu, wstawanie i siadanie lub nawet zmiana ułożenia łóżku,
- utrzymanie higieny,
- przygotowanie lub przyjmowanie posiłków,
- przyjmowanie leków, kontrola własnego stanu zdrowia (np. pomiar ciśnienia czy poziomu cukru we krwi),
- wydalanie,
- sygnalizowanie własnych potrzeb,
- wezwanie pomocy,
- realizacja innych niż tylko fizyczne potrzeb (np. kontakty międzyludzkie).

Dlatego przygotowanie otoczenia dla potrzeb osoby z ograniczoną samodzielnością obejmuje:

Zorganizowanie podopiecznemu własnej, prywatnej i bezpiecznej przestrzeni, zapewniającej spokój (niezależnie czy będzie to własne mieszkanie, pokój, czy tylko łóżko, stolik i szafka). Pomieszczenie takie powinno:

- zapewniać dostęp światła naturalnego, dobre oświetlenie sztuczne oraz ochronę przed bezpośrednim nasłonecznieniem (np. zaciemniające rolety),
- mieć możliwość regulowania temperatury i nawilżania powietrza (osoby starsze często potrzebują dodatkowego ogrzewania; latem może być konieczna ochrona przed upałem),
- umożliwiać wietrzenie, bez wywoływania przeciągów, powietrze powinno być wymieniane tak, aby strumień nie był skierowany bezpośrednio na chorego (jeżeli nie można tego uniknąć należy zastosować parawan),
- pozwalać na zachowanie intymności,
- zapewniać komfort i bezpieczeństwo (wygodne, stabilne i bezpieczne meble),
- pozwalać na swobodne przemieszczanie się, spacer (meble i sprzęty powinny być ustawione tak, by nie utrudniały przejścia),
- tworzyć przyjemną atmosferę (urządzone z wykorzystaniem ulubionych przedmiotów, bibelotów; można wykorzystać obrazy o pogodnej treści, zdjęcia które stanowią dla chorego szczególną wartość, z uwzględnieniem elementów religijnych, jeżeli są pożądane przez chorego; ustawić rośliny),
- zapewniać możliwość organizowania wolnego czasu (telewizor, radio, itp.)

Pozostałe pomieszczenia także mogą wymagać pewnych modyfikacji. Jeżeli to możliwe osoba mająca trudności w poruszaniu się lub mająca zaburzenia widzenia czy orientacji powinna unikać korzystania ze schodów. Jednak jeżeli to konieczne:

Schody powinny być dobrze oświetlone, a stopnie są lepiej wyczuwalne, kiedy na ich krawędziach jest przymocowana taśma antypoślizgowa. Pomocne jest również zainstalowanie, po obu stronach schodów, mniej więcej 60–80 cm powyżej stopni, poręczy o okrągłym przekroju, by umożliwiły lepszy chwyt. Kształt zakończenia poręczy powinien pozwolić zorientować się gdzie jest pierwszy, a gdzie ostatni stopień. Należy pamiętać, aby schody nie były nadmiernie wypastowane, ani mokre.

Podłoga musi być gładka, ale nie śliska. Dobrze jest zlikwidować nierówności i progi, usunąć dywaniki i chodniki, na których bardzo łatwo się pośliznąć lub potknąć.

Jeśli decydujemy się na taki chodniczek, trzeba go przykleić na stałe do podłogi, albo zadbać o to, żeby miał od spodniej części gumową antypoślizgową podkładkę.

Łazienka – nad wanną lub w kabinie prysznicowej należy zainstalować drążki o chropowatej powierzchni, dno wanny lub brodzika zabezpiecza się wkładając maty antypoślizgowe przymocowane przyssawkami. Osobie starszej łatwiej jest korzystać z prysznica niż z wanny.

Osoby, które nie potrafią stać długo pod prysznicem ani samodzielnie wyjść z wanny powinny myć się na specjalnych krzeselkach lub ławeczkach (montowane do ściany pod prysznicem, nakładane na wannę lub w kształcie taboretu do ustawienia pod prysznicem czy w wannie). Podwyższony sedes (lub założenie nakładki) ułatwia przyjęcie odpowiedniej pozycji przy korzystaniu z toalety, a uchwyty zamocowane w ścianie przy

Kuchnia – jeżeli chory jest w stanie korzystać z kuchni przechodzimy nam bezpieczną kuchenkę elektryczną lub na kuchenkę z czujnikiem, który odcina dopływ gazu, kiedy ten uchodzi.

Ponadto we wszystkich pomieszczeniach, z których korzysta chory:

- przewody elektryczne należy umieścić wzdłuż ścian, z dala od obszarów ruchu,
- włącznik światła powinien znajdować się w pobliżu wejścia, a jeżeli to możliwe w sypialni chorego drugi włącznik może znajdować się także przy łóżku,
- jeżeli to możliwe należy zlikwidować wszystkie ciasne przejścia w mieszkaniu i zabezpieczyć wystające ostre kanty,
- wskazane jest usunięcie wszystkich niepotrzebnych przedmiotów i zabezpieczenie ostrych krawędzi

Wyposażenie w sprzęt i przedmioty codziennego użytku dostosowane do ograniczeń i umożliwiające pielęgnację.

Łóżko

- szpitalne lub rehabilitacyjne, najlepiej z regulacją wysokości, co ułatwia pielęgnację osoby leżącej, wstawanie i przesadzanie na wózek chroni kręgosłup opiekuna (ocenia się, że bezpieczna dla wstawania i kładzenia się wysokość łóżka – mierząc od górnej krawędzi materaca do podłogi – wynosi ok. 50 cm),
- wyposażone w barierki zabezpieczające przed wypadnięciem chorego np. w trakcie snu,
- w niektórych przypadkach należy rozważyć zainstalowanie sprzętu pomocniczego (drabinka, wysięgnik), co pozwoli choremu zapewnić chociaż częściową samodzielność,
- zapewnić dojsię do łóżka z obu stron, gdyż ułatwia to pielęgnację i zmianę pozycji ciała chorego,
- ustawienie łóżka naprzeciw drzwi wejściowych pozwala choremu obserwować osoby wchodzące,
- materac należy zabezpieczyć nieprzemakalnym pokrowcem,
- przydatne będą dwie poduszki antyalergiczne, łatwe do prania oraz poduszka „jasiek” lub wałek pod kark stanowiący oparcie dla karku i głowy, lekka kołdra lub koc oraz bielizna pościelowa (trzy do czterech zmian).

Stolik przyłóżkowy

- niewielki stolik, który powinien znajdować się w zasięgu ręki chorego, przeznaczony na najpotrzebniejsze przedmioty, o wysokości dostosowanej do poziomu łóżka. Jeżeli chory stale przebywa w łóżku przydatny jest tzw. stolik-przyjaciel, który ustawiamy nad łóżkiem umożliwiając jedzenie, czytanie itp. osobie siedzącej w łóżku. W tym celu można wykorzystać także małe stoliki – tace, które stawia się na pościeli

Krzeseł lub fotel

- krzesła i fotele należy tak dobrać, by osoba, która na nich siedzi opierała obie stopy o podłogę (przy zgięciu w stawach kolanowych do kąta ok. 90°). Nogi krzesła powinny być solidne i stabilne, oparcie sięgające co najmniej do wysokości łopatek, a poręcze, w celu ułatwienia wstawania, zamocowane równolegle do siedziska,
- wygodne krzesło lub fotel dla osób odwiedzających lub czuwających, zachęcający do towarzyszenia choremu.

Dzwonek

- pozwala poinformować opiekuna o pilnej potrzebie, gdy ten przebywa w innym pomieszczeniu. Jest szczególnie przydatny w porze nocnej, gdy chory źle się czuje. W przypadku chorych, którzy mają kłopoty z artykulacją słów lub głuchoniemych jest on jednym ze sposobów zwrócenia uwagi opiekunowi,
- powinien znajdować się on w zasięgu ręki chorego. Oprócz zwykłych metalowych dzwoneczków, można zakupić dzwonki elektryczne. W niektórych przypadkach bardzo praktycznym urządzeniem są krótkofalówki lub domofony.

Lampka

- przy stoliku nocnym stawiamy lampkę, najlepiej z żarówką energooszczędną, która – jeśli zajdzie taka potrzeba – będzie zaświecona przez całą noc. Przy takim zabezpieczeniu osoba starsza lub chory, który potrzebuje w nocy skorzystać np. z toalety, nie będzie błądzić po omacku w poszukiwaniu przycisku górnego światła. Dobrym rozwiązaniem jest także instalacja na drodze do kuchni czy łazienki czujników ruchu.

Nawilżacz powietrza lub pochłaniacz wilgoci

- zapewnienie stałej wilgotności powietrza chroni chorego przed wysychaniem śluzówek, wzmożonym pragnieniem lub nieprzyjemnym odczuciem zimna przy dużej wilgotności. Często w przypadku korzystania z centralnego ogrzewania powietrze jest nadmiernie wyschnięte. Można wówczas zastosować nawilżacz ultradźwiękowy.

Pamiętajmy aby urządzenie często czyścić. Tradycyjne, instalowane na grzejnikach ceramiczne pojemniki z wodą mogą gromadzić zanieczyszczenia i drobnoustroje, które w wilgotnym i ciepłym środowisku znakomicie się rozwijają. Tego typu pojemniki zwykle są trudne do czyszczenia, są wąskie i mają porowatą powierzchnię wewnętrzną, więc o ile nie jesteśmy w stanie ich skutecznie czyścić, należy z nich zrezygnować.

Dobrym rozwiązaniem będzie rozwieszenie mokrej ściereczki (którą po użyciu pierzemy). W pomieszczeniach gdzie wentylacja lub ogrzewanie nie są wystarczające (np. łazienki ogrzewane elektrycznie tylko w okresie kiedy się z nich korzysta) mogą gromadzić się duże ilości wilgoci, predysponując do rozwoju pleśni. W celu regulacji poziomu wilgoci można zastosować specjalne pochłaniacze (elektryczne lub w postaci filtrów z pojemnikiem na zbierającą się wodę).

Przenośna toaleta

- fotel z otworem, który można ustawić przy łóżku, jeżeli dotarcie do toalety jest zbyt męczące. W wersji z kółkami może służyć do przewiezienia chorego do toalety i ustawienia go bezpośrednio nad muszlą bez konieczności przemieszczania.

Nakładka na sedes

- może być dodatkowo wyposażona w boczne uchwyty – ułatwia to wstawanie z toalety.

Wanienka do mycia głowy

- to plastikowy dmuchany „basenik” zaopatrzony w odpływ i wyprofilowany pod głowę chorego, umożliwiający wygodne umycie głowy osobie leżącej.

Telefon

- osoba starsza, chora, mieszkająca samotnie, zawsze powinna mieć koło siebie telefon. Idealnie sprawdza się w takim wypadku telefon komórkowy, który można nosić zawsze przy sobie, na przykład w kieszeni albo w podręcznej szaszetce przy pasku u spodni.
- Przedmioty codziennego użytku powinny być łatwo dostępne bez konieczności wchodzenia na stołki lub nadmiernego schylania się. Należy je tak przechowywać, aby przy sięganiu po nie chorego nie raziło światło słoneczne lub mocne żarówki.

Otoczenie chorego z ograniczonym zakresem sprawności przebywającego samodzielnie w domu przez kilka godzin.

Dbając o bezpieczeństwo i zapewnienie podstawowych potrzeb chorego jego opiekun powinien mu zapewnić:

- telefon w zasięgu ręki z numerem pogotowia i opiekuna,
- picie w butelce z zakończeniem ułatwiającym popijanie (należy rozważyć rezygnację z gorących napojów w termosie, ponieważ może to grozić poparzeniem),
- pozostawienie przekąski dla chorego (owoce, kanapki, jogurt itp.),
- pozostawianie przy chorym tylko leków godzinowych czy interwencyjnych, bez zbędnych zapasów,
- pozostawienie w zasięgu ręki basenu lub kaczki z możliwością ich przykrycia jednorazowym podkładem,
- odwiedziny kogoś znajomego, kto skontroluje samopoczucie chorego.

Zapewnienie sprzętu pomocniczego (np. laski, kule, balkoniki, wózki) potrzebnego do bezpiecznego przemieszczania się. Celem wyrównania niedoborów siły mięśni, poprawy równowagi i koordynacji ruchów zaleca się osobom starszym oraz chorym korzystanie ze sprzętu pomocniczego takiego jak laski, trójnogi, kule, balkoniki (nogi na stabilnych gumach), wysokie (dla słabszych osób) oraz niskie chodziki (nogi na kółkach), wózki, a także używanie właściwie dobranych aparatów słuchowych i okularów. Wygodne jest noszenie okularów np. na szyi, żeby zawsze znajdowały się pod ręką i nie trzeba było ich szukać.

Ponadto ważny jest również dobór wygodnego i stabilnego obuwia

Podstawowe zabiegi pielęgnacyjne

Przewlekła choroba lub niepełnosprawność mogą ograniczyć samodzielność lub całkowicie uniemożliwić wykonanie podstawowych codziennych czynności. Zadaniem opiekuna będzie więc wykonanie tych czynności lub pomoc osobie chorej tylko w tym, z czym sobie nie radzi.

Higiena ciała

Obejmuje: kąpiel całego ciała lub mycie poszczególnych jego części, higienę jamy ustnej, higienę włosów i paznokci. W zależności od stanu chorego, jego nawyków i warunków organizacyjnych, mycie całego ciała można przeprowadzić w wannie, pod prysznicem lub w tożku. Bez względu na wybraną metodę należy pamiętać o kilku podstawowych zasadach:

- temperatura w pomieszczeniu powinna wynosić co najmniej 22°C, należy zamknąć okna, aby nie było przeciągów,
- przed rozpoczęciem toalety przygotować wszystkie potrzebne przybory i przemyśleć sposób jej wykonania, aby całość przebiegła sprawnie,
- zadbać o intymność – nie odsłaniać niepotrzebnie chorego,
- wszystkie czynności wykonywać dokładnie, ale sprawnie, aby całość nie przeciągała się zbyt długo – ważne szczególnie dla osób osłabionych,
- myć zawsze od części czystszych do brudniejszych,
- dokładnie osuszyć skórę, ale nie trzeć intensywnie miejsc narażonych na ucisk,
- wykorzystać ten czas na obserwację stanu skóry,
- toaleta to także możliwość wykonania czynności rehabilitacyjnych, dlatego należy pozwolić choremu wykonywać samodzielnie wszystko to, co potrafi i zachęcać do wykonywania ruchów w pełnym zakresie (np. przy myciu głowy),
- kąpiel w ciepłej wodzie będzie działała relaksująco i nasennie,
- kąpiel w wodzie chłodniejszej będzie działała odświeżająco i pobudzająco,
- do mycia używać myjek np. frotte, które można łatwo prać lub – jeżeli chory tak lubi – gąbek, oddzielnych dla górnej i dolnej połowy ciała. Gąbki należy często wymieniać na nowe, po kąpieli umyć je, wysuszyć i przechowywać suche, a jeżeli ulegną zabrudzeniu np. kałem – najlepiej od razu wyrzucić.

Kąpiel w wannie to metoda utrzymania czystości nadająca się dla osób z nieznacznymi ograniczeniami w poruszaniu się. Wejście i wyjście z wanny wymaga pewnej sprawności i niektóre osoby potrzebują przy tym asekuracji. Pomocne mogą okazać się specjalne poręcze i uchwyty oraz maty antypoślizgowe. Niektórzy będą wymagali pomocy także w umyciu np. pleców, głowy czy stóp. U osób niesamodzielnych albo niespełniających poleceń, opiekun myje całe ciało chorego. Kąpiel, oprócz utrzymania higieny, może służyć także odprężeniu, wyciszeniu, może zmniejszyć napięcie mięśni i pobudzić krążenie.

Nie wolno jednak stosować kąpeli, szczególnie gorących, w dużej ilości wody u osób z chorobami układu krążenia.

Szczególną ostrożność należy zachować przy wychodzeniu z wanny, robić to powoli, aby chory nie omdlał czy nie upadł.

Dla osób, którym byłoby trudno podnieść się z głębokiej wanny są przydatne krzeselka opierane na wannie; niektóre z nich posiadają nawet obrotową konstrukcję ułatwiającą opuszczenie miejsca kąpeli.

Kąpiel pod prysznicem jest metodą łatwiejszą i szybszą, mogą z niej z powodzeniem korzystać osoby o znacznych ograniczeniach w poruszaniu się. Osoby, którym byłoby trudno stać przez cały czas trwania kąpeli mogą usiąść na taborecie lub zamontowanym do ściany krzeselku prysznicowym. Chorych niemogących chodzić można kąpać pod prysznicem na wózkach toaletowych (o ile brodzik jest na poziomie podłogi i można taki wózek ustawić pod natryskiem).

Higiena osoby niesamodzielnej w łóżku wymaga cierpliwości, godności i odpowiednich akcesoriów (misa, delikatne środki myjące, ręczniki, folia ochronna), a kluczowe jest mycie etapami (od twarzy, przez tułów, kończyny, do okolic intymnych) z dokładnym osuszaniem, aby zapobiegać odleżynom, otarciom i infekcjom. Należy dbać o prywatność (parawan), utrzymywać ciepło i włączać podopiecznego w proces, zapewniając komfort psychiczny. Regularna zmiana pozycji, nawilżanie skóry, pielęgnacja jamy ustnej, włosów i paznokci oraz stosowanie wyrobów chłonnych w przypadku problemów z nietrzymaniem moczu/kału są równie ważne.

Przygotowanie i zasady ogólne

- **Prywatność i godność:** Zapewnij parawan, zakrywaj tylko mytą część ciała, rozmawiaj spokojnie, informuj o swoich zamiarach.
- **Bezpieczeństwo i komfort:** Utrzymuj ciepło (zamknij okna, zakrywaj ciało), używaj letniej wody, dbaj o temperaturę w pomieszczeniu.
- **Higiena rąk:** Zawsze myj i dezynfekuj ręce przed i po zabiegu, używaj rękawiczek.
- **Akcesoria:** Przygotuj misę, łagodne płyny (np. dla niemowląt, bez spłukiwania), myjki/gazy, ręczniki, folię na materac, balsam, talk, wyroby chłonne.

Etapy mycia w łóżku

1. **Twarz i szyja:** Umyj twarz, oczy (oddzielne gaziki), uszy, szyję.
2. **Górna część ciała:** Zdejmij górną część piżamy, umyj ręce, ramiona, klatkę piersiową (pod piersiami), brzuch.
3. **Plecy i pośladki:** Przewróć chorego na bok (lub na brzuch, jeśli to możliwe), umyj plecy, łopatki, pośladki (szczególna dbałość o fałdy skórne).
4. **Nogi i stopy:** Myj od dołu (stopy, pięty), poprzez podudzie, udo, pachwiny, sprawdzaj pięty.
5. **Miejsca intymne:** Użyj wody i płynu do higieny intymnej (lub specjalnych myjek/gazy), delikatnie oczyszczaj i osuszaj.
6. **Włosy:** Myj specjalnym basenikiem do mycia głowy leżących, jeśli to konieczne.

Pielęgnacja uzupełniająca

- **Nawilżanie i ochrona:** Po wysuszeniu nałóż balsam/krem na suche miejsca, talk lub krem ochronny na fałdy, pachwiny, pięty.
- **Jama ustna:** Czyść zęby/protezy specjalną gąbką, proponuj płyn do płukania (bez alkoholu).
- **Paznokcie:** Przycinaj regularnie paznokcie u rąk i stóp.
- **Profilaktyka odleżynowa:** Często zmieniaj pozycję, dbaj o czystą i suchą skórę, pościel, używaj materaca przeciwoleżynowego.
- **Wyroby chłonne:** Stosuj odpowiednio dopasowane pieluchomajtki/podkłady, zmieniaj je, gdy tylko są wilgotne/zabrudzone, aby izolować skórę od wilgoci.

Żywnienie, przygotowanie posiłków, karmienie

Zasady racjonalnego żywienia odnoszą się do wszystkich osób, które nie mają ograniczeń lub specjalnych zaleceń dotyczących diety.

- Jedzenie jest przyjemnością – podstawą jest atmosfera spożywania posiłku.
- Jedz urozmaicone pokarmy.
- Jedz tyle, aby utrzymywać prawidłową masę ciała.
- Zwiększ w diecie ilość pokarmów bogatych w błonnik.
- Ogranicz tłuszcze.
- Unikaj cukru.
- Jedz owoce i warzywa – dostarczają one witamin.
- Ogranicz używki.
- Pij 1,5–2 litrów wody na dobę.
- Wybieraj zdrowe metody przygotowania posiłku.

Żywnienie przewlekle chorych może być związane z koniecznością stosowania specjalnej diety leczniczej, jeżeli są ku temu wskazania medyczne. Może to polegać na stosowaniu tzw. diety lekkostrawnej lub może to być dieta bez ograniczeń.

Rodzaje diet leczniczych:

- wysokobiałkowa – stosowana w stanach niedożywienia u rekonwalescentów,
- niskobiałkowa – w chorobach nerek,
- niskotłuszczowa z ograniczeniem błonnika – w chorobach przewodu pokarmowego,
- niskowęglowodanowa – w cukrzycy,
- niskoenergetyczna – w nadwadze,
- oszczędzająca z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego i błonnika – w schorzeniach żołądka,
- diety z modyfikacjami składników mineralnych – niskosodowa, wysokopotasowa.

Stosowanie diet leczniczych wymaga przestrzegania określonych zasad; należy trzymać się zaleceń lekarza, który taką dietę zlecił. W przypadku wątpliwości można zwrócić się o pomoc do personelu oddziału, gdzie dietę zalecono albo do lekarza czy pielęgniarki POZ.

Dla wielu osób przewlekle chorych bez specjalnych zaleceń najwłaściwszym wyborem będzie dieta lekkostrawna.

Dietę lekkostrawną zaleca się osobom:

- z chorobami, którym towarzyszy gorączka,
- w okresie rekonwalescencji,
- starszym,
- z chorobami zakaźnymi, przy zapaleniu płuc, anginie, grypie,
- zdrowym przy braku apetytu i złym samopoczuciu,
- z chorobami przewodu pokarmowego, w schorzeniach wątroby i dróg żółciowych, marskości wątroby, w późniejszym okresie pooperacyjnym żołądka i jelit.

Różnica pomiędzy dietą lekkostrawną a normalnym żywnieniem polega na tym, że wyłącza się lub znacznie ogranicza w niej produkty nadmiernie obciążające przewód pokarmowy i stosuje się takie zabiegi kulinarne, które ułatwiają trawienie pokarmu i przyswajanie składników odżywczych. W praktyce oznacza to ograniczenie spożycia tłustych, smażonych, wzdymających, ostro przyprawionych potraw. U niektórych osób może być konieczne zmniejszenie ilości błonnika.

Zasady diety podstawowej lekkostrawnej:

- częste spożywanie posiłków, najlepiej 5 razy w ciągu dnia,
- określone pory posiłków w równych odstępach czasu,
- kolacja powinna być podana nie później niż 2 godziny przed snem,
- produkty powinny być świeże i dobrej jakości,
- niewskazane jest przetrzymywanie posiłków przez dłuższy czas w lodówce,
- należy podawać pokarmy gotowane, unikać smażonych,
- posiłki powinny być mało słone, nie kwaśne i nie ostre,
- posiłki przyswajają się z małą ilością tłuszczu,
- należy usuwać z warzyw i owoców skórki oraz pestki,
- większość warzyw i owoców należy podawać w postaci przecierów, soków lub puree,
- posiłki powinny być atrakcyjne, smaczne, aby zachęcały do jedzenia.

Problemy związane z przyjmowaniem posiłków:

- trudności w przyjmowaniu posiłków wywołane zmianami w jamie ustnej, zaburzeniami połykania, bólem, osłabieniem,
- konieczność przyjmowania posiłków przez sondę lub gastrostomię.

Postępowanie w przypadku trudności w przyjmowaniu posiłków obejmuje: leczenie zmian w jamie ustnej oraz stosowanie preparatów przeciwbólowych, np. tan-tum verde aerosol (jeżeli przyjmowanie pokarmów wiąże się z bólem), utrzymywanie higieny jamy ustnej i dbałość o protezy zębowe, ale także specjalne przygotowanie posiłków:

- łatwych do pogryzienia – chleb bez skórki, mielone lub drobno pokrojone mięso, rozdrobnione lub miękkie warzywa, miękkie owoce bez skórki itp. (dla osób z brakami w uzębieniu, ze zmianami chorobowymi w jamie ustnej, osób osłabionych),
- miksowanych dla osób niemogących żuć, znacznie osłabionych, z utrudnionym połykaniem.

Dieta miksowana musi być smaczna i różnorodna, tak aby zachęcała do jedzenia.

Pomoc chorym w spożywaniu posiłku powinna być dostosowana do możliwości chorego.

U osób częściowo samodzielnych:

- pomoc w siadaniu przy stole, na brzegu łóżka lub ułożenie w pozycji wysokiej w łóżku,
- pomoc w umyciu rąk,
- przygotowanie i podanie posiłku – pokrojenie kanapek na części wielkości pojedynczego kęsa, pokrojenie mięsa, placków, naleśników, oddzielenie części niejadalnych, obranie, pokrojenie owoców, odlanie płynu do mniejszego, lekkiego lub zamykanego kubka itp.

Karmienie osoby niesamodzielnej:

- posadzenie w łóżku lub przy stole albo ułożenie w pozycji wysokiej; nie wolno karmić chorego leżącego płasko, gdyż grozi to zachłyśnięciem,
- zabezpieczenie przed zabrudzeniem (serwetka lub śliniak),
- sprawdzenie temperatury posiłku,
- podajemy posiłki w niewielkich porcjach, łyżką, widelcem lub łyżeczką,
- dostosowujemy tempo do potrzeb chorego, pozwalamy mu przeżuć, połknąć,
- u osób karmionych pokarmem zmiksowanym, bardzo osłabionych, z trudnościami z szerokim otwieraniem ust możemy używać do karmienia dużej strzykawki – należy uważać, aby nie podawać za dużo na jeden raz.

Diety pacjentów niedożywionych i rekonwalescentów można wzbogacić w specjalne odżywki (np. w postaci płynnych zbilansowanych diet porcjowanych w kartonikach). Preparaty te chory może wypijać, jako przekąskę; w zależności od smaku można je dodawać do zup i deserów.

Trudności w porozumiewaniu się z osobą starszą i niepełnosprawną

Opieka nad osobami z zaburzeniami mowy

W procesie komunikowania się wyróżniamy często trzy podstawowe elementy: nadawcę, tzw. kanał porozumiewania się i odbiorcę. Nadawcą stajemy się w momencie, kiedy próbujemy przekazać otoczeniu komunikat (np. mówimy czego potrzebujemy, piszemy list, dzwoniemy do kogoś); odbiorcą – gdy ktoś przekazuje nam informację a my ją odczytujemy (reagujemy na prośbę, czytamy list, odbieramy telefon). Kanałem jest to wszystko, co jest pomiędzy nadawcą i odbiorcą – np. przestrzeń pokoju, przez który do siebie mówimy, kartka papieru z napisanymi zdaniem listu, linia telefoniczna i aparat telefoniczny.

Trudności w porozumiewaniu się mogą dotyczyć każdego z wymienionych elementów procesu komunikowania. Zmiany związane ze starzeniem się organizmu, przewlekła choroba lub niepełnosprawność mogą utrudniać zarówno nadawanie, jak i odbiór komunikatów słownych i pozawerbalnych.

Fizyczne przyczyny trudności w komunikowaniu to m.in. zaburzenia mowy, zaburzenia widzenia, zaburzenia słuchu, trudności w poruszaniu się.

Wyróżniamy dwa podstawowe zaburzenia mowy, są to:

Dysartria – to zaburzenia wymowy (artykulacji), mowa niewyraźna, czyli zaburzenie wymowy pewnych dźwięków lub rytmu mowy.

Dysartria wynika z niesprawności lub nieprawidłowego posługiwania się aparatem mowy, a jej przyczynami mogą być:

- zmiany w obrębie: warg, policzków, podniebienia, języka, jamy gardła i nosa; nawet zatłoczony nos w przypadku przeziębienia czy pęknięty kącik ust mogą utrudniać swobodne wypowiadanie się – trudności będą oczywiście tym większe, im poważniejsza jest choroba,
- schorzenia krtani, strun głosowych, tchawicy,
- parkinsonizm – to choroba, która powoduje niewyraźną, cichą mowę,
- braki w uzębieniu – mogą powodować seplenienie,
- źle dobrane protezy zębowe – wywołują dyskomfort podczas mówienia, mogą uszkadzać jamę ustną.

Sposoby ułatwiające kontakt takim osobom z otaczającym światem zależą od przyczyny zaistniałego problemu. Niektóre z nich dość łatwo usunąć (dobór odpowiednich protez, wyleczenie zmian w jamie ustnej), inne powodują konieczność poszukiwania zastępczych metod porozumiewania się. I tak np. osoby z problemami w obrębie krtani często piszą to wszystko co chcą przekazać, a do zwrócenia uwagi na siebie mogą używać np. dzwoneczka.

Istnieją także urządzenia nazywane sztuczną krtanią, które pozwalają na generowaniu głosu w sposób sztuczny.

Afazja, czyli upośledzenie zdolności wyrażania myśli słowami lub rozumienia mowy.

Przyczynami afazji mogą być: udar mózgu, uraz czaszkowo-mózgowy, guzy i ropnie mózgu.

Zaburzenie to można podzielić na 4 podstawowe rodzaje:

- afazja ruchowa, kiedy uszkodzony jest obszar odpowiadający za wytwarzanie mowy i osoba ma trudność z wyrażeniem tego, co chciałaby powiedzieć,
- afazja czuciowa, kiedy chory nie rozumie tego co do niego mówimy,
- afazja amnestyczna, kiedy problem polega na niemożności przypomnienia sobie np. nazw podstawowych przedmiotów,
- afazja mieszana – dotyczy sytuacji, kiedy nakładają się na siebie wymienione wcześniej problemy.

Jak opiekować się chorym z afazją

Niektóre zaburzenia mowy związane np. z obrzękiem mózgu po udarze mogą cofać się samoistnie, więc nasilenie problemu, które widzimy na początku choroby może się zmniejszyć po ustąpieniu ostrych objawów. Jednak afazja wywołana trwałymi, organicznymi uszkodzeniami mózgu wymaga systematycznych ćwiczeń, aby uzyskać poprawę funkcji mowy. Niezależnie od typu afazji chorzy mają utrudniony kontakt z otoczeniem, różny jest tylko stopień ich ograniczeń. Wielu afatyków z tego powodu cierpi na depresję i poczucie niższości i każdy będący w takiej sytuacji wymaga umiejętnie udzielanej pomocy.

Należy starać się rozmawiać z chorym normalnie, jednak jeżeli ma on trudności ze zrozumieniem, należy mówić krótkimi prostymi zdaniami. Kiedy problem dotyczy wypowiadania się należy zadawać pytania w taki sposób, aby chory mógł odpowiedzieć kiwnięciem głowy lub gestem (np. wskazać przedmiot, o który chodzi). Nie należy pytać o dwie sprawy w jednym zdaniu. Bardzo przydatne jest zwracanie uwagi na mimikę twarzy, używanie gestów, znaków i obrazów.

Podstawową formą pomocy powinno być leczenie logopedyczne. Ważne jest nawiązanie kontaktu z osobą chorą i zmotywowanie jej do pracy, gdyż to od jej wysiłków będzie zależał końcowy efekt.

Warto pytać specjalistę o to, jak najłatwiej nawiązać kontakt z osobą, którą się opiekujemy, jakie są jej aktualne możliwości porozumiewania się oraz stopień rozumienia mowy i przekazywać te informacje otoczeniu chorego.

Opieka na osobami z zaburzeniami widzenia

Wśród osób z problemami dotyczącymi wzroku znajdują się:

- niewidomi – osoby, które nie widzą od urodzenia lub utraciły wzrok przed 3–4 rokiem życia i nie mają pamięci i wyobrażenia wrażeń wzrokowych,
- ociemniali – osoby, które utraciły wzrok w wieku późniejszym i zachowały rozumienie pojęć wzrokowych,
- osoby słabo widzące – czyli te, których stan narządu wzroku uniemożliwia realizację ich potrzeb; osoby te wymagają zaopatrzenia w pomoce optyczne i leczenia okulistycznego.

Grupy słabowidzących

- osoby z ubytkami w centralnej części pola widzenia,
- osoby ze znacznymi trudnościami w kontrolowaniu ruchów gałek ocznych (oczopląs),
- osoby z koncentrycznym ograniczeniem obwodowego pola widzenia i zachowanym widzeniem centralnym,
- osoby ze znacznym pogorszeniem widzenia, spowodowanym dużymi wadami refrakcji, zmianami w siatkówce i nerwie wzrokowym lub bliznami rogówki.

Szczególnie trudna jest sytuacja osób niewidomych w starszym wieku ze względu na ograniczenie sprawności fizycznej. W tej grupie wiekowej częste są zaburzenia czucia, zmniejszenie sprawności manualnej, osłabienie zmysłu dotyku, zaburzenia pamięci czy zmiany charakterologiczne.

Przyczynami postępujących problemów ze wzrokiem mogą być choroby oczu:

Zaćma – zmętnienie lub nieprzezroczystość soczewki, które prowadzą do niewyraźnego widzenia lub całkowitej utraty wzroku. Występuje ona głównie u osób starszych. Jej przyczyny to oddziaływanie światła ultrafioletowego, palenie tytoniu, zwiększenie stężenia glukozy we krwi, zapalenie naczyń i tętnic.

Jaskra – schorzenia o różnej etiologii przebiegające z podwyższeniem ciśnienia wewnątrzgałkowego. Objawy to: ból oka i głowy po tej samej stronie, uczucie ucisku w oczodole oraz znaczne pogorszenie widzenia.

Osoby z zaburzeniami widzenia doświadczają określonych kłopotów, są to m.in.:

- trudności w szybkiej adaptacji do nowych warunków,
- trudności w rozpoznawaniu osób i przedmiotów,
- obniżony nastrój, niepokój lub lęk; brak poczucia bezpieczeństwa,
- izolacja społeczna,
- trudności w samoobsłudze (jedzenie, ubieranie się, wydalanie),
- zagrożenie wypadkami i urazami,
- utrudniona realizacja potrzeb estetycznych.

Sprzęt i pomoce rehabilitacyjne dla osób niewidomych i słabo widzących

Urządzenia umożliwiające posługiwanie się pismem

- brajlowskie maszyny do pisanie,
- zwykłe maszyny do pisanie,
- tabliczki brajlowskie, rysiki,
- tabliczki umożliwiające ręczne pisanie ociemniałym, którzy czynność tę mieli doskonale opanowaną w okresie przed utratą wzroku,
- tabliczki ułatwiające składanie podpisów,
- elektroniczne urządzenia umożliwiające czytanie zwykłego pisma przez całkowicie niewidomych oraz słabowidzących, np. komputer wyposażony w mowę syntetyczną i skaner.

Urządzenia nagrywająco-odtwarzające dźwięki:

- magnetofony,
- radiomagnetofony,
- dyktafony.

Pomoce optyczne:

- lupy, o dużych powiększeniach i zarazem dość dużych polach obserwacji, stwarzają możliwość łatwego przenoszenia i oglądania mniejszych przedmiotów w różnych warunkach,
- elektroniczne urządzenia powiększające obraz – powiększalniki telewizyjne.

Sprzęt umożliwiający niewidomym dbałość o stan zdrowia:

- mówiące ciśnieniomierze,
- mówiące glukometry,
- udźwiękowione kroplomierze,
- brajlowskie i mówiące termometry,
- specjalnie przygotowane zegarki.

Inne urządzenia udźwiękowione i pomoce ułatwiające życie codzienne:

- udźwiękowione wagi kuchenne i łazienkowe,
- wskaźniki poziomu cieczy (płynomierz).

Opieka nad osobami z zaburzeniami słuchu

Zaburzenia słuchu mogą mieć charakter wrodzony albo nabyty. Najczęstszymi przyczynami utraty słuchu u dzieci, poza wadami wrodzonymi, są choroby ucha środkowego i choroby wieku dziecięcego. U dorosłych utratę słuchu powodują:

- hałas,
- proces starzenia się,
- nowotwory,
- niewydolność krążenia.

Inne przyczyny mogące prowadzić do tego zaburzenia to zapalenie opon mózgowych, uszkodzenie głowy oraz leki ototoksyczne.

Utrata słuchu u dorosłych, jeżeli nie ma związku z nagłym wypadkiem czy uszkodzeniem, zazwyczaj przebiega powoli i często człowiek długo nie orientuje się, że problem narasta. Istnieje jednak szereg oznak sugerujących, iż pojawiły się kłopoty ze słuchem. Zauważenie ich u siebie lub kogoś z otoczenia powinno zasugerować wizytę u lekarza. Są to:

- częste proszenie rozmówców o powtórzenie,
- utrudnione kontakty z ludźmi,
- nieporozumienia w rozmowie,
- izolowanie się od środowiska,
- głośne słuchanie telewizora,
- kłopoty w rozumieniu mowy dziecięcej,
- niesłyszenie tykania zegara,
- trudności słyszenia przy rozmowie telefonicznej,
- problem rozumienia mowy w grupie,
- trudności w słyszeniu podczas zgromadzeń (kościół, teatr),
- wrażenie, że większość ludzi mówi niezrozumiale.

Najczęściej pierwszymi oznakami utraty słuchu są znikające dźwięki o wysokiej

- częstotliwości:
- śpiew ptaków,
- głosy kobiet i dzieci,
- dźwięki instrumentów muzycznych (skrzypce i flet).

Dla osób z uszkodzeniem słuchu przeznaczone są aparaty słuchowe. Mogą one być analogowe lub cyfrowe, o różnej budowie i wielkości. Najbardziej widoczne są aparaty zauszne; urządzenia wewnętrzne i wewnątrzkanałowe są dyskretniejsze.

Wskazówki przydatne w opiece nad osobami niesłyszącymi lub słabo słyszącymi

- nie zbliżać się nagle z tyłu, kiedy jesteśmy niewidoczni,
- nie podchodzić zbyt blisko, najlepsza jest odległość jednego metra,
- twarz kierować ku rozmówcy, aby mógł czytać z ruchu ust,
- nie mówić z papierosem w ustach,
- nie zasłaniać ręką okolicy ust,
- rozmawiać przy dobrym oświetleniu,
- nie stawać na tle okna, ponieważ sylwetka osoby mówiącej staje się źle widoczna,
- nie krzyczeć – dźwięki stają się wówczas bardzo przenikliwe i wywołują wibracje w aparacie słuchowym, mogą sprawić ból,
- wyłączyć lub ściszyć radio itp., gdyż hałas utrudnia wywołanie dźwięków rozmowy,
- zwracać się bezpośrednio do niedosłyszącego, a nie mówić o nim do opiekuna,
- robić przerwy, które pozwolą odpocząć od ciągłej koncentracji osobie czytającej z ruchu warg,
- jeżeli potrzeba, powtórzyć najistotniejsze zdania lub słowa,
- ważne informacje zapisać (np. adres),
- poprosić rozmówcę o powtórzenie, jeżeli nie jesteśmy pewni czy dobrze nas zrozumiano,
- ludzie, którzy utracili słuch na skutek wypadku lub choroby zazwyczaj nie są w stanie rozmawiać jednocześnie z więcej niż jedną osobą.

Profilaktyka odleżyn

Odleżyny są trudnym problemem dotyczącym osób przewlekle chorych, a szczególnie leżących. Ich pojawienie się może być niebezpieczne dla zdrowia, zawsze sprawia choremu dodatkowe cierpienie i pogłębia jego niesprawność.

Odleżyna jest to ograniczone uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek powstałe w wyniku działania ucisku i tzw. sił ścinających. Ucisk powoduje zamknięcie lub zmniejszenie światła naczyń włosowatych. Zmiany powstają, kiedy siła ucisku wywiera ciśnienie przewyższające to panujące we włosniczkach. Upośledzeniu ulega wówczas zarówno dostarczanie krwi do uciśniętego obszaru, jak i jej odpływ, zaburzony może być także odpływ limfatyczny. Efektem jest reakcja zapalna w uciśniętym obszarze.

Siły ścinające powstają w sytuacji, kiedy głębiej położone struktury i szkielet przesuwają się względem pozostających nieruchomo w stosunku do podłoża tkanek. Powoduje to skrócenie i zamknięcie naczyń włosowatych lub nawet ich przerwanie, a następnie niedokrwienie i niedotlenienie. Konsekwencją działania obu opisanych mechanizmów jest powstanie martwicy.

Wiele osób jest narażonych na działanie powyższych sił, jednak nie u wszystkich odleżyny występują. Istnieje szereg czynników predysponujących do ich powstawania.

Są to m.in.:

- podeszły wiek,
- zmniejszona ruchliwość,
- nietrzymanie moczu i stolca,
- zaburzenia czucia,
- niedożywienie,
- ogólny zły stan zdrowia,
- depresja, przewlekły stres emocjonalny,
- zmniejszona dostępność opieki, ograniczenia finansowe,
- cukrzyca, sterydoterapia, chemioterapia.

Im więcej tych problemów się pojawia, tym prawdopodobieństwo wystąpienia odleżyn jest większe.

Najczęstsze miejsca występowania odleżyn to kość krzyżowa, pięty i łokcie.

W zapobieganiu odleżynom stosuje się różne metody:

1. Zmianę pozycji ciała - polega na układaniu chorego na przemian na obu bokach, plecach, a gdy to możliwe także na brzuchu, oraz sadzaniu chorego.
2. Materace przeciwoleżynowe:
 - statyczne (stałociśnieniowe): powietrzne, wodne, żelowe, polimerowe
 - dynamiczne (pneumatyczne, zmiennociśnieniowe) – to materace zbudowane z wykonanej z tworzywa sztucznego wyściółki, na której leży chory i pompy, która tłoczy powietrze do dwóch naprzemiennie ułożonych rzędów komór.
3. Stosowanie udogodnień, czyli różnorodnego sprzętu służącego do miejscowej ochrony przed powstawaniem odleżyn (np. poduszka unosząca pięty) oraz do stabilizacji pozycji chorego (np. wałki, kliny podkładane pod plecy)

4. **Dbłość o łóżko chorego** – w kontekście zapobiegania odleżynom ważne jest, aby chory miał miękką niepofałdowaną pościel, bez guzików, troczków czy grubych szwów. Nie należy krochmalić pościeli. Kilka razy dziennie sprawdzać czy pościel nie jest zwinęta, w razie potrzeby należy naciągnąć ją i wyrównać. Niebezpieczne może być, szczególnie dla osoby z zaburzeniami czucia, jeżeli w łóżku znajdzie się jakiś przedmiot, który będzie uciskał ciało (długopis, łyżka, okrucy). Przy każdej zmianie pozycji sprawdzamy czy chory leży wygodnie. Trzeba zabezpieczyć także twarde krawędzie, np. zakładając koc na drabinki łóżka. Warto także wybrać miękką wygodną bieliznę bez grubych szwów.
5. **Kontrola i pielęgnacja skóry** - oglądamy skórę chorego przynajmniej raz dziennie, przy każdej zmianie pozycji kontrolujemy miejsca, które były uciśnięte, szukamy uszkodzeń, maceracji, wysuszenia, łuszczenia i zaczerwienień. Skóra w dobrej kondycji, prawidłowo nawilżona, bez mikrouszkodzeń lepiej toleruje ucisk. Konieczne jest utrzymanie wysokiego poziomu higieny, ale same zabiegi nie mogą być źródłem dodatkowych uszkodzeń (zbyt ciepła woda, wysuszające środki do mycia, energiczne wycieranie). Dlatego należy unikać zbyt energicznych zabiegów i stosować łagodne środki pielęgnacyjne. Sposoby pielęgnacji muszą być dostosowane do rodzaju skóry. Kiedy skóra jest sucha (nadmiernie wysuszona warstwa wierzchnia skóry staje się szorstka, zrogowaciała, pęka i łuszczy się, wówczas odsłania skórę właściwą, co wywołuje świąd i predysponuje do zakażeń i urazów) postępowanie powinno zmierzać do nawilżenia i utrzymania jej wilgotności:

- nie używać zwykłego mydła ani preparatów zawierających detergenty,
- można stosować do kąpieli preparaty z dodatkiem lanoliny,
- po myciu na wilgotną skórę można użyć oliwki dla dzieci, oliwy z oliwek, kremów i maści,
- stosować preparaty przeznaczone specjalnie dla skóry suchej,
- nie stosować emulsji, gdyż wyparowują i dodatkowo wysuszają skórę,
- na wysuszone miejsca zastosować ciepły wilgotny okład na 15–20 min, po czym zastosować krem.

Jeżeli skóra jest wilgotna (czyli taka, której powierzchnia nigdy nie wysycha, warstwa keratyny ulega maceracji, co predysponuje do rozwoju stanów zapalnych), pielęgnacja powinna obejmować:

- bardzo delikatne ale staranne osuszanie wilgotnych miejsc,
- zmianę bielizny tak często jak to potrzebne,
- unikanie talku – w zetknięciu z wilgocią zbija się on w grudki i tworzy twardą skorupę, która może uszkodzić skórę,
- zabezpieczenie sączących zmian,
- stosowanie preparatów z zawartością cynku,
- ochronę przed kontaktem z moczem,
- wykluczenie z użycia preparatów zatrzymujących wilgoć w skórze (tłuste maści, oliwka),
- w przypadku nietrzymania moczu dobranie środków zabezpieczających dostosowanych do stopnia nietrzymania, sprawności chorego i jego preferencji (wkładki, pieluchy anatomiczne, cewniki zewnętrzne, pieluchomajtki)

6. **Wpływanie na aktywność chorego** - Każda forma ruchu ma znaczenie w zapobieganiu odleżynom. Zawsze należy określić stopień samodzielności chorego i nie wyręczać go w czynnościach, które może wykonywać samodzielnie. Stosować sprzęt pomocniczy np. przy zmianie pozycji (drabinka lub wysięgnik do łóżka) i zaplanować postępowanie rehabilitacyjne. Warto zachęcać chorego do spędzania czasu poza łóżkiem i tak organizować jego czas wolny, aby chciał je opuszczać.
7. **Prawidłowe odżywianie** - główne niedobory predysponujące do odleżyn to niedobory białka, ponadto witamin (witaminy C) i cynku. Duże znaczenie może mieć także odwodnienie. Stąd ważne jest dbanie o to aby chory wypijał wystarczającą ilość płynów. Niedobory pokarmowe możemy uzupełniać dietą, a niektóre składniki należy podawać w postaci tabletek (tylko na zlecenie lekarza cynk, witamina C).

Nietrzymanie moczu

Nietrzymanie moczu (NTM) to objaw polegający na niekontrolowanym wycieku moczu. Nietrzymanie moczu jest objawem wielu schorzeń i w związku z tym istnieje kilka jego rodzajów. NTM można i trzeba leczyć, a sposoby postępowania są zależne od rodzaju, typu i stopnia NTM.

Rodzaje NTM

- **Wysiłkowe nietrzymanie moczu** to objaw polegający na mimowolnym wycieku moczu podczas wysiłku, kichania lub kaszlu.
- **Nagłace nietrzymanie moczu** to objaw polegający na mimowolnym wycieku moczu, któremu towarzyszy lub poprzedza go uczucie nagłego parcia na pęcherz.
- **Mieszane nietrzymanie moczu** to objaw polegający na mimowolnym wycieku moczu z towarzyszącym uczuciem nagłego parcia na pęcherz, jak również podczas wysiłku, kichania lub kaszlu.
- **Moczenie** to każdy mimowolny wyciek moczu. Moczenie nocne oznacza dolegliwość polegającą na wycieku moczu podczas snu.
- **Ciągłe nietrzymanie moczu** to stały wyciek moczu. Nietrzymanie moczu może być objawem współwystępującym ze schorzeniami układu moczowo-płciowego (np. pęcherz nadreaktywny, choroby gruczołu krokowego, zaburzenia statyki narządu rodnego – np. wypadnięcie macicy, wady wrodzone, przetoki), nerwowego (np. stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, Alzheimera, udar, uraz rdzenia kręgowego), chorobami metabolicznymi (cukrzyca) lub chorobami zakaźnymi.

REHABILITACJA

Rehabilitacja jest procesem medyczno – społecznym mającym na celu odtworzenie utraconych na skutek choroby funkcji organizmu. Kiedy odtworzenie owych ubytków funkcjonalnych jest nie możliwe, rehabilitacja ma za zadanie utrzymać sprawność chorego na tym poziomie, na którym jest, nie doprowadzając do pogorszenia, ewentualnie spowolnić nieuniknione zmiany wynikające z postępu chorób oraz starzenia się organizmu.

Ważne jest utrzymywanie chorego na jak najwyższym poziomie aktywności, sprawności w podstawowych obszarach tj.: jedzenie i picie, mycie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, zmiany pozycji czy poruszanie się w obrębie łóżka, pokoju, mieszkania. Idąc za tą myślą często działanie terapeutyczne sprowadza się do wykonywania czynności dnia codziennego, ćwiczenia ich i utrzymywania samodzielności chorego w jej zakresie.

Rehabilitacja w swoim zakresie posiada szereg metod możliwych do zastosowania. Po pierwsze jest to kinezyterapia czyli stosowanie odpowiednich do stanu i możliwości chorego ćwiczeń fizycznych tzw. leczenie ruchem.

Oprócz ćwiczeń rehabilitacja zajmuje się doбором odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego, sprzętu pomocniczego w funkcjonowaniu chorego oraz sprzętu ułatwiającego opiekę nad chorym. Stosując zasady przemieszczania chorych, zmiany pozycji w łóżku możemy znacznie ułatwić sobie zabiegi pielęgnacyjne, które wykonujemy w domu u naszego chorego.

Celem rehabilitacji chorych w podeszłym wieku jest:

- poprawa komfortu i jakości życia,
- uzyskanie i/lub utrzymanie maksymalnej możliwej sprawności i niezależności pacjenta,
- zmniejszenie powikłań wynikających z obniżenia sprawności i chorób,
- zapobieganie niekorzystnym skutkom unieruchomienia oraz ograniczenia aktywności,
- zaspokojenie potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych pacjenta (np. kontakt z innymi osobami),
- edukacja pacjenta i rodziny

Zasady przeprowadzenia rehabilitacji:

- nie może powodować bólu,
- nie powinna nużyć, przemęczać,
- powinna być wykonywana zawsze za zgodą chorego i przy jego pełnej akceptacji,
- staramy się nie wyręczać chorego, lecz stwarzać mu warunki do wykonania danej czynności (np. nie karmimy, ale dostosowujemy otoczenie, aby pacjentowi łatwiej było jeść samodzielnie),
- zawsze należy skonsultować z lekarzem lub fizjoterapeutą czy dane ćwiczenia są wskazane dla danej osoby,
- zachowujemy zasady bezpieczeństwa (nie ciągniemy za ręce lub nogi przy próbach pionizacji lub obracania pacjenta),
- powinna zapewniać kontakt z innymi ludźmi, dodawać pewności siebie i poprawiać samopoczucie chorego (w trakcie rehabilitacji doceniamy nawet bardzo małe osiągnięcia, pozytywnie motywujemy chorego).

Istotnym elementem rehabilitacji w podeszłym wieku są czynności dnia codziennego, czyli takie, które chory wykonywał przez całe życie – często nawykowe, a nie wymagające specjalnego zaangażowania i wysiłku. Wykonywane samodzielnie lub z niezbędnym udziałem osoby pomagającej, mogą nie tylko usprawnić chorego, ale i przynieść mu zadowolenie z bycia – choć w pewnym stopniu – niezależnym. Może to być np. jedzenie, picie, toaleta, mycie się, czesanie się, ubieranie się, zmiana pozycji w łóżku, siadanie, wstawanie, chodzenie.

BAZA WIEDZY

Baza instytucji działających na rzecz wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów o zasięgu gminnym i powiatowym.

WAŻNE !!! Gdzie i kiedy można ubiegać się o orzeczenie dla osoby niepełnosprawnej

W przypadku kiedy osoba wymaga opieki na skutek choroby, uległa wypadkowi i nie posiada żadnego orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) albo o stopniu niepełnosprawności (osoby powyżej 16 roku życia) wówczas można ubiegać się o wydanie orzeczenia w następujących instytucjach :

- **Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnowie** , ul. Urszulańska 19 33-100 Tarnów (druki do pobrania są dostępne na stronie internetowej PCPR lub można pobrać w siedzibie OPS w Tuchowie)

- **Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych** - jeżeli osoba pobiera świadczenie emerytalne lub rentowe z ZUS (druki o wydanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji do pobrania na stronie ZUS, w siedzibie ZUS , lub można je pobrać w siedzibie OPS w Tuchowie)

- **Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego** - jeżeli osoba pobiera świadczenie emerytalne lub rentowe z KRUS (druki o wydanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji do pobrania na stronie KRUS , w siedzibie KRUS , lub można je pobrać w siedzibie OPS w Tuchowie).

Pomoc Społeczna

Centrum Wsparcia Opiekunów
ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów
Biuro projektu: pok.112
14 652 54 89, 14 651 01 69
sekretariat@ops.tuchow.pl
Adres do e-doręczeń: AE:PL-13165-73096-ARTDU-35
Adres ePUAP: opstuchow
www.ops.tuchow.pl

Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuchowie
ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów
14 652 54 89, 14 651 01 69
sekretariat@ops.tuchow.pl
Adres do e-doręczeń: AE:PL-13165-73096-ARTDU-35
Adres ePUAP: opstuchow
www.ops.tuchow.pl

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie
ul. Urszulańska 19, 33-100 Tarnów
14 621 56 83

Opieka Zdrowotna

Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów
Rejestracja
14 653 52 02
14 653 52 95
kontakt@czt.com.pl

Poradnia Lekarza POZ
Jodłówka Tuchowska 75, 33-173 Jodłówka Tuchowska
14 652 68 29

Rehabilitacja
ul. Mickiewicza 36, 33-170 Tuchów
14 652 55 03

Centrum Zdrowia Psychicznego

Punkt Koordynacyjno-Zgłoszeniowy
ul. Rynek 22, 33-170 Tuchów
14 691 95 78
14 654 06 10
czptuchow@czpt.net.pl
PZP Tuchów 14 691 95 78

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Siedliskach

Siedliska 133 B, 33-172 Siedliska
14 627 20 09
kontakt@czpt.com.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED w Siedliskach

Siedliska 231A, 33-172 Siedliska
14 652 72 00, 14 687 82 00
inmed@op.pl

Centrum Medyczne Kol-Med Spółka z o.o. Przychodnia w Tuchowie

ul. Mickiewicza 28, 33-170 Tuchów
14 652 54 90
tuchow@kolmed.tarnow.pl.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Salubris Spółka z o.o.

ul. Zielona 15, 33-170 Tuchów
14 690 70 07
tuchow@e-salubris.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap Spółka Partnerska Lekarzy

w Tuchowie
ul. Kazimierza Wielkiego 12, 33-170 Tuchów
14 653 54 60
eskulap.tuchow@gmail.com

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Oka w Tuchowie

os. Centrum 6/10, 33-170 Tuchów
14 652 32 33
www.centrumoka.pl

Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ

ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów
14 63150 00

Specjalistyczny Szpital im. Edwarda Szczeklika

ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów
14 631 01 00

Polityka społeczna**Dom Pogodnej Jesieni w Tuchowie prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr św. Józefa****Prowincja Tarnowska z siedzibą w Tarnowie, ul. Mościckiego 34 dla osób przewlekle somatycznie chorych**

ul. św. Józefa 9, 33-170 Tuchów
14 652 54 59
kancelaria@dpjtuchow.pl

Dom Pomocy Społecznej w Karwodrzy dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

Karwodrza 116, 33-170 Tuchów
14 652 55 62, 14 652 45 55
dps@dpskarwodrza.pl

Dom Pomocy Społecznej w Nowodworzu dla osób przewlekle psychicznie chorych

Nowodworze 64, 33-112 Tarnowiec

14 679 53 12

dps@dpsnowodworze.pl

Dom Pomocy Społecznej w Sieradzu dla osób przewlekle psychicznie chorych

Sieradza 208, 33-240 Żabno

14 645-61-05, 645-69-42

administracja@dpssieradza.pl

Dom Pomocy Społecznej w Stróżach dla osób przewlekle psychicznie chorych

Stróże 1, 32-840 Zakliczyn

/fax 14-66-55-048 tel.14-66-55-277

sekretariat@dpsstroze.pl

Dom Pomocy Społecznej w Wietrzychowicach dla osób przewlekle somatycznie chorych

Wietrzychowice 9, 33-270 Wietrzychowice

14 641 80 88

administracja@dpswietrzychowice.pl

Dom Pogodnej Jesieni w Zakliczynie prowadzony przez Samarytańskie Towarzystwo

im. Jana Pawła II dla osób przewlekle somatycznie chorych

ul. Grabina 11, 32-840 Zakliczyn

14 66-53-631, 14 66-52-631

samarytanie@samarytanie.org.pl

Dom Pomocy Społecznej w Jadownikach Mokrych dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, prowadzonego przez Caritas Diecezji Tarnowskiej z siedzibą w Tarnowie, ul. Legionów 30

Jadowniki Mokre 340, 33-271 Jadowniki Mokre

14 644 13 03

14 641 74 80

jadowniki@caritas.pl

Środowiskowy Dom Samopomocy w Karwodrzy

Karwodrza 116, 33-170 Tuchów

/fax: 14 651 32 87

sds@sdskarwodrza.pl

Organizacje pozarządowe

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Nadzieja w Tuchowie

ul. Wysoka 1, 33-170 Tuchów

14 652 65 77

nadzieja.tuchow@poczta.fm

Fundacja Dzieło Miłosierdzia Im. Św. Ks. Zygmunta Gorazdowskiego

ul. Św. Józefa 9, 33-170 Tuchów

14 652-54-509

fundacja@dpjtuchow.pl

ORGANIZACJA OPIEKI

Praktyczne porady informacyjno-doradcze ułatwiające pielęgnację i opiekę nad osobami niesamodzielnymi

Żywnienie seniorów

ŻYWIENIE SENIORÓW – DIETA W WYBRANYCH SCHORZENIACH

U osób starszych zmniejsza się wydzielanie soków trawiennych w żołądku i perystaltyka jelit, pogorszeniu ulega też zdolność wchłaniania składników pokarmowych przez jelita. Dieta osób starszych powinna obfitować w błonnik (o ile nie ma przeciwwskazań), który poprawi perystaltykę jelit, a także w dużą ilość witamin i soli mineralnych, dlatego też zaleca się podawanie warzyw i owoców. Jednak zmniejszenie kwasu w żołądku powoduje, że seniorzy nie powinni jeść rzeczy surowych, które, zalegając w żołądku i jelitach, powodują fermentację, w następstwie czego podopieczny cierpi na wzdęcia i kolki. Najlepszym sposobem przygotowywania potraw jest gotowanie na parze lub pieczenie. Jedzenie powinno być lekkostrawne, niezbyt kaloryczne, obfitujące w białko z mleka, pół-tłustego sera i jajek, najlepiej gotowanych na miękko. Zalecane jest też pieczywo gruboziarniste, jednak nie każdy senior może je spożywać ze względu na wzdęcia czasami występujące po jego zjedzeniu.



Metody karmienia: doustne, dożołądkowo

Rodzaje diet: ze względu na choroby: cukrzycowa, hypocholesterolowa itd. (wg wskazań lekarza), ze względu na konsystencję: niemieniona, mielona, papkowata.

Karmienie doustne zasady:

- Przestrzegaj zaleceń lekarskich dotyczących rodzaju diety i kaloryczności posiłków.
- Zadbaj, aby dieta była bogatoreszkowa (zapobiega zaparciom), bogata w błonnik (owoce, warzywa, płatki owsiane, produkty z ziaren z pełnego przemiału), płyny (minimum 25ml/kg m.c./dobę), witaminy i mikroelementy.
- Liczba posiłków: 5/dobę, podawane regularnie, różnorodne. Ostatni posiłek 2 godziny przed snem – lekkostrawny (u osób z cukrzycą między 20.00 a 22.00). Podane estetycznie. Wskazane spożywanie wraz z innymi osobami
- Podopieczny powinien pomagać przy przygotowywaniu jedzenia oraz w wyborze produktów do konsumpcji.
- Posiłki powinny być spożywane przy stole. Jeśli to niemożliwe, przy stoliku przytóżkowym.
- Podopieczny powinien wygodnie siedzieć, lekko pochylony do przodu, przedramiona oparte na stole, łokcie rozstawione na zewnątrz.
- Przy zaburzeniach równowagi – podparcie również z boku.
- Przy zsuwaniu się – podparta okolica lędźwiowa kręgosłupa, poduszczone między stołem a podopiecznym. Natomiast w łóżku podparte stopy.
- Potrawy dostosowane do możliwości rozdrabniania przez podopiecznego. Przy problemach z gryzieniem rozdrobnij pokarm – pokrój np. schab na małe kawałki, potnij makaron, sałatę, fasolkę itp.

- Ostrożnie podawaj produkty obłe i śliskie – ryzyko zachłyśnięcia, np. pierogi czy kopytka podziel na małe kawałki.
- Nie podawaj produktów sypkich, drobnych, np. makaron z serem – bardzo duże ryzyko zachłyśnięcia.
- Pokarm umieszczamy po stronie zdrowej.
- Nie popędzaj podopiecznego, by szybciej jadł. Jeśli pokarm wystygnie, podgrzej go
- Podczas jedzenia podawaj picie – podopieczny może mieć poczucie suchości w jamie ustnej. U osób z niedoborem wydzielania śliny przed jedzeniem umyj jamę ustną.
- Stosuj sztućce z pogrubioną lub przedłużoną rączką. Wskazane talerze melaminowe (nie tłuką się), z podgumowaną podstawą (trudniej je przesunąć).
- Do picia zastosuj pojniki, kubki ze słomką, trzymacze do kubków.
- Pozwól podopiecznemu, który nie może korzystać ze sztućców, jeść za pomocą rąk – podawaj owoce, warzywa, kanapki itp.
- Zabezpiecz ubranie podopiecznego serwetą (najlepsze z kieszonką).
- Zabezpiecz również otoczenie przed zabrudzeniem – np. ręcznikiem jednorazowym lub podkładką.
- Przed posiłkiem i po nim należy umyć ręce. Po posiłku umyj też jamę ustną lub podaj gumę do żucia.
- Jeśli karmisz podopiecznego, napełniaj łyżkę do 2/3 objętości. Nie wkładaj jej głęboko do ust, bo wiąże się to z ryzykiem wywołania wymiotów. Przy wyjmowaniu Gdy podopieczny nie chce otworzyć ust, nie krzycz, nie pchaj na siłę – dotknij delikatnie ust czubkiem łyżki lub obwiedź łyżką dookoła. Można również delikatnie nacisnąć palcem wskazującym na brodę
- Przyczyną niechęci do jedzenia mogą być rany spowodowane zmianami zapalnymi w jamie ustnej lub niedopasowaną czy uszkodzoną protezę.
- Przy wzdęciach – podawaj herbatki z anyżem lub koprem włoskim, przygotuj ciepły okład na brzuch.
- Przy czkawce – podaj napój do picia (unikaj zimnych napojów).
- Przy wymiotach – na początku podawaj tylko napoje (wskazana ciemna herbata), następnie powoli rozszerz dietę. Wskazana kontrola ciśnienia. Gdy wymioty są uporczywe, zawiadom lekarza.
- Przy biegunkach – ścisła dieta, słaba czarna herbata, marchwianka, kleik ryżowy. Gdy przedłużają się, powiadom lekarza. W niektórych chorobach dieta jest nie tylko zalecana, ale jest wręcz lekarstwem. U osób starszych zmniejsza się wydzielanie soków trawiennych w żołądku i perystaltyka jelit, pogorszeniu ulega też zdolność wchłaniania składników pokarmowych przez jelita. Dieta osób starszych powinna obfitować w błonnik (o ile nie ma przeciwwskazań), który poprawi perystaltykę jelit, a także w dużą ilość witamin i soli mineralnych, dlatego też zaleca się podawanie warzyw i owoców. Jednak zmniejszenie kwasu w żołądku powoduje, że seniorzy nie powinni jeść rzeczy surowych, które, zalegając w żołądku i jelitach, powodują fermentację, w następstwie czego podopieczny cierpi na wzdęcia i kolki. Najlepszym sposobem przygotowywania potraw jest gotowanie na parze lub pieczenie. Jedzenie powinno być lekkostrawne, niezbyt kaloryczne, obfitujące w białko z mleka, pół-tłustego sera i jajek, najlepiej gotowanych na miękko. Zalecane jest też pieczywo gruboziarniste, jednak nie każdy senior może je spożywać ze względu na wzdęcia czasami występujące po jego zjedzeniu.

Dieta dla osób ze stomią

Stomia nie powoduje ograniczeń w jedzeniu i nie zmusza podopiecznego do stosowania specjalnej diety, ale należy przestrzegać zasad żywienia lekkostrawnego i regularności posiłków. Trzeba dbać, aby posiłki były urozmaicone, nie zawierały produktów wzdymających – jak groch, kapusta, produkty bogate w błonnik. Powinny być bogate w białko ryb i gotowane warzywa. Zaleca się dużo płynów do picia, ok. 2 litrów dziennie. Produkty muszą być świeże, a posiłki przygotowane w taki sposób, aby senior mógł je przeżuć i zjeść.

Dieta żołądkowa przy refluksie – zgadze

Aby zminimalizować dolegliwości związane z refluksiem żołądkowym, z diety cierpiącego na tę przypadłość należy wyeliminować następujące potrawy i produkty:

- tłuste mięsa i drób (wieprzowina, kaczka, gęś),
- tłuste wędliny (baleron, salami, pasztet, salceson, tłusta kiełbasa),
- tłusty nabiał (żółte sery, sery dojrzewające i pleśniowe),
- potrawy smażone, hamburgery, hot-dogi, cheeseburgery, frytki, gołonki, kotlety schabowe,
- ogórki, pomidory, cebulę,
- potrawy i sałatki z dodatkiem octu (np. niemiecka mizeria), marynowane grzyby, warzywa i owoce,
- potrawy ostre z dodatkiem pieprzu, curry, chili, soki owocowe z pomarańczy i cytryny, napoje gazowane, które mogą powodować i zwiększać uczucie zgagi, mocną kawę i herbatę, zwłaszcza na czczo,
- napoje alkoholowe są niedozwolone i szkodliwe w przypadku tej choroby.

Dieta przy schorzeniach wątroby

Dla podopiecznego ze schorzeniami wątroby należy zastosować dietę lekkostrawną z ograniczeniem tłuszczów. Jeśli zaobserwujemy, że potrawy, które spożywa podopieczny, są przez niego źle tolerowane i powodują nasilenie dolegliwości, należy wykluczyć je z jadłospisu. Zalecane jest:

- spożywanie 4-5 małych posiłków dziennie o stałych porach; kolację należy spożyć 2-3 godziny przed snem. Posiłki powinny być jednocześnie smaczne i urozmaicone, aby pobudzić apetyt podopiecznego i dostarczyć organizmowi niezbędne składniki pokarmowe,

- gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez obsmażania na tłuszczu, pieczenie w folii, pergaminie lub rękawie foliowym,
- ograniczenie spożywania produktów tłustych, wzdymających, ostro przyprawionych, roślin strączkowych i kapusty
- unikanie potraw wędzonych, smażonych i pieczonych z dodatkiem tłuszczu,
- unikanie surowych warzyw i owoców,
- unikanie spożywania błonnika. odpowiedniej diety, w której powinniśmy uwzględnić podawanie produktów zawierających należyłą ilość białka pochodzenia zwierzęcego. Choć do niedawna jedzenie białka przy chorych nerkach było niedozwolone, okazało się jednak, że właśnie dieta białkowa pozwala zregenerować się nerkom. Włączone do diety produkty białkowe powinny być lekkostrawne i łatwo przyswajalne – polecane są twaróg, mleko, jaja, chude gatunki mięsa i drobiu oraz ryby. Należy unikać podawania wędlin, z wyjątkiem gotowanej szynki i polędwicy oraz parówek cielęcych. Zaleca się stosowanie tłuszczów lekkostrawnych – jak masło, śmietana, oliwa i oleje roślinne (np. sojowy i słonecznikowy). Należy zrezygnować z tłustych ryb wędzonych, serów żółtych fermentowanych. Ograniczyć zaś, najlepiej do absolutnego minimum, sól, ostre przyprawy, w tym także pieprz.

Dieta podopiecznego z chorobami krążenia.

Prawidłowa dieta jest jednym z najważniejszych elementów prewencji chorób układu krążenia. Dobrze zbilansowane, urozmaicone posiłki, bogate w niezbędne witaminy, sole, białka, tłuszcze i węglowodany to klucz do sukcesu. Dieta powinna być bogata w mięso ryb, tłuszcze roślinne (olej z pierwszego tłoczenia, awokado) zawierające kwasy omega 3. Osoby z chorobami układu krążenia powinny jeść pieczywo pełnoziarniste, warzywa z cennym błonnikiem obniżającym poziom cholesterolu i glukozy we krwi. Szczególnie polecane są również soki z aronii, grejpfrutów lub porzeczek, w których znajdują się flawonoidy chroniące układ krążenia.

Osoby z chorobami układu krążenia powinny jeść pieczywo pełnoziarniste, warzywa z cennym błonnikiem obniżającym poziom cholesterolu i glukozy we krwi. Szczególnie polecane są również soki z aronii, grejpfrutów lub porzeczek, w których znajdują się flawonoidy chroniące układ krążenia

Dieta przy cukrzycy

Liczba posiłków wynosi od 3 do 7, najlepiej co 2-3 godziny w ciągu dnia. Każdego dnia podopieczny powinien spożywać posiłki zawierające chudy nabiał (mleko, jogurty, sery), produkty z mąki z pełnego przemiału, kasze, ryż brązowy, oleje roślinne, warzywa (ograniczyć podaż ziemniaków) i owoce (oprócz arbuźów, melonów, rodzynek). Kilka razy w tygodniu menu należy wzbogacić o jaja, chudy drób, chude mięsa – cielęcinę lub wołowinę, chude części innych mięs, niektóre gatunki ryb – np. dorsza, mintaja, pstrąga, szczupaka, sielawę.

Unikać trzeba natomiast:

- tłuszczu; należy usuwać tłuszcz z mięsa, skórę z drobiu, smarować pieczywo w bardzo oszczędny sposób; produktów mięsnych typu salami, mielonka, pasztet oraz wędlin z wysoką zawartością tłuszczu. Jeśli podopieczny bardzo lubi takie produkty, można zaproponować mu wędliny sojowe lub paszety warzywne,
- słodczy – słodkich ciast i słodzenia cukrem kawy czy herbaty, zamiast cukru można stosować zamienniki, np. ksylitol, erytrytol,
- alkohol

Karmienie przez PEG/PEG – endoskopowa przetoka żołądkowa.

Przewód przechodzi przez powłoki brzuszne (skórę, mięśnie) oraz ścianę żołądka do jego wnętrza. Metoda ta stosowana jest u osób, u których nie ma ani możliwości karmienia doustnego, ani przez sondę dożołądkową wprowadzoną przez jamę nosową lub ustną (np. urazy, nowotwory twarzoczaszki), ale częstym wskazaniem są zaburzenia otępienne, gdzie senior odmawia jedzenia i/lub picia. Zabieg ten wymaga zgody chorego, powstaje więc problem, gdy senior nie chce jej wyrazić.

Zasady karmienia są podobne do podawania pokarmu przez zgłębnik dożołądkowy.

- Nie ma potrzeby sprawdzania umiejscowienia sondy.
- Stosowany jest pokarm przemysłowy, który przygotowujesz według instrukcji
- Pamiętaj o zamykaniu zacisku przed wyjęciem strzykawki – dojdzie do wylania treści żołądkowej.
- Podczas toalety kontroluj stan skóry wokół PEG – zgłoś wszelkie zmiany lekarzowi/pielęgniarkę (zaczerwienienie, sączenie z rany)
- Pod PEG możesz podłożyć gazik, co zapobiegnie odparzeniu.
- Po karmieniu zabezpiecz PEG przed wyrwaniem, np. dużym gazikiem

Karmienie osoby leżącej

Upředź chorego, że będzie spożywał posiłek. Posadź go tak, aby jego głowa była pochylona do przodu. Połóż pod brodą serwetę. Do posiłku możesz użyć stolika przytóżkowego.

Zasady karmienia

- Postaw przygotowany posiłek i usiądź przy chorym w takiej pozycji, aby siedzieć na podobnej wysokości i mieć z nim kontakt wzrokowy.
- Jeżeli część posiłku zostanie na ustach, nigdy nie zgarniaj go łyżką, ale użyj do wytarcia serwetę.
- Zanim nabierzesz kolejną łyżkę, zaczekaj aż chory połknie to, co ma w ustach.
- Nie zagaduj chorego w czasie przeżuwania i połykania pokarmu, ponieważ może się zachłysnąć.
- Przygotuj posiłek w takiej formie, jak lubi!
- Nie wkładaj sztućców zbyt głęboko, aby nie wywołać odruchu wymiotnego.
- Nie uderzaj sztućcami w zęby chorego.
- Pokarm rozdrabniaj w czasie posiłku, w obecności chorego. Nakładaj na łyżkę lub widelec małe i łatwe do połknięcia porcje.
- Jeżeli podopieczny jest w stanie jeść samodzielnie, z niewielką pomocą – nie wyręczaj go żeby było szybciej. Możesz pomóc mu w podtrzymywaniu sztućców, tak aby trafił do buzi.
- Do picia możesz użyć specjalnych pojników, butelki z ustnikiem lub kubka ze słomką.

Pionizacja chorego

Pionizacja chorego

Pionizacja to jeden z pierwszych kroków do **odzyskania sprawności fizycznej**. Długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej lub siedzącej może być przyczyną zaniku mięśni, przykurczy stawów oraz utraty masy kostnej, co może znacznie utrudnić, a nawet uniemożliwić powrót do sprawności fizycznej. Dobrze jest zadbać o poprawę sprawności fizycznej, jeszcze przed rozpoczęciem właściwej pionizacji. Wykonywanie ćwiczeń w pozycji leżącej oraz siedzącej wzmocni mięśnie i zwiększy zakres ruchomości stawów

Pionizacja przy pomocy balkonika

Pionizację chorego można rozpocząć w momencie gdy mięśnie ud pacjenta są wystarczająco silne, aby unieść ciężar ciała do pozycji stojącej. U pacjentów współpracujących, utrzymujących ciężar ciała na nogach i kontrolujących pozycję głowy i kończyn górnych, napięcie związane z przejściem z pozycji siedzącej do stojącej może być zmniejszone poprzez delikatne rozkołysanie.

Kołysanie przed rozpoczęciem wstawania zapewni pacjentowi energię, a poprzez jego kontrolę osoba opiekująca się chorym uniknie wysiłku związanego z przemieszczaniem pacjenta.

Pionizacja przy pomocy pionizatora

Podniesienie niepełnosprawnego może wymagać użycia sporej siły i umiejętności. Brak doświadczenia w zakresie podnoszenia osoby niepełnosprawnej może sprawić, że chory upadnie podczas próby podnoszenia go. Może być to tragiczne w skutkach.

Dlatego też ogromnym wsparciem jest urządzenie zwane pionizatorem. Pozwala ono na bezpieczne i łatwiejsze podniesienie pacjenta. Posiada specjalne pasy, do których przypina się pacjenta, zapewniając mu bezpieczeństwo. Wyposażone jest w elektrycznie sterowane funkcje, pozwalające na podnoszenie niepełnosprawnego i opuszczanie go do pozycji siedzącej. Dzięki temu pionizacja odbywa się właściwie bez użycia siły opiekuna. Wiele **pionizatorów** spełnia też funkcję podnośnika. Jest to jedno urządzenie, które daje wiele korzyści i ułatwia opiekę nad niepełnosprawnym

Przenoszenie chorego na wózek

Przenoszenie chorego z łóżka na wózek

Przenoszenie chorego z łóżka na wózek inwalidzki może być męczące, jeśli nie jest odpowiednio wykonywane. Przed zmianą pozycji chorego należy pamiętać o następujących krokach:

- Przygotuj wózek inwalidzki i ustaw go równolegle z łóżkiem.
- Opuść barierkę i ułóż pacjenta na boku.

Zmiana pozycji

- Rękę chorego, która znajduje się najbliżej Ciebie unieś do góry, jednocześnie zginając kończynę dolną po przeciwnej stronie.

Pozycja do odwrócenia chorego na bok

- Chwyć chorego pod łopatkę z równoczesnym opuszczeniem kończyn dolnych.
- Chory w chwili podnoszenia może nam pomóc podpierając się zdrową ręką.
- Pamiętaj! Nie chwytaj chorego za ręce ani pod pachy.
- Następnie ubierz pacjentowi obuwie
- Zablokuj wózek, odsuń podnóżki i unieś podłokietnik

Podnoszenie

- Wysuń chorego na brzeg łóżka blokując kolana własnymi kolanami.
- Chory obejmuje cię za barki, a ty chwytasz go pod pośladkami.
- Podnosząc chorego pamiętaj, aby wykonywać to na ugiętych kolanach, tak aby nie obciążać swojego kręgosłupa
- Gdy chory siedzi już na wózku opuść podłokietnik, podsuń podnóżki i ułóż na nich nogi chorego.

Przenoszenie chorego przy pomocy dźwigu

Dźwig rehabilitacyjny służy do transportowania w obrębie pomieszczenia osób, które nie są w stanie poruszać się samodzielnie. Podnośniki mogą transportować chorego o masie do 150 kg. System mocowań i zapieć jest tak skonstruowany, aby chory podczas transportu mógł czuć się całkowicie bezpiecznie.

1. W celu przeniesienia pacjenta, leżącego na łóżku, przy pomocy dźwigu układamy pacjenta, tak aby leżał do nas odwrócony tyłem.
2. Następnie, złożone na pół nosidło układamy na łóżku za plecami pacjenta.
3. Teraz należy odwrócić pacjenta na plecy. Następnie odwracamy pacjenta twarzą w naszą stronę, tak aby nosidło dobrze ułożyć pod pacjentem.
4. Gdy uda się już rozłożyć nosidło, a pacjent leży na plecach podjeżdżamy dźwigiem i układamy ramiona wysięgnika dźwigu nad pacjentem.
5. Teraz zapinamy nosidło do ramion wysięgnika i dokładnie sprawdzamy mocowania.
6. Przy pomocy intuicyjnego pilota przenosimy pacjenta w wybrane miejsce w mieszkaniu na przykład na fotel lub wózek inwalidzki.
7. W momencie, kiedy ułożymy chorego na fotelu możemy odpiąć zaczepy nosidła dźwigu i odstawić dźwig, tak aby nie przeszkadzał osobie przenoszonej.
8. Kolejnym krokiem jest wyjęcie i odłożenie nosidła. Niezwykle ważnym jest by sprawdzić czy pacjent jest ułożony w prawidłowej, a zarazem wygodnej pozycji, tak aby nie było możliwe obsunięcie się z fotela.

Komunikacja z osobami w podeszłym wieku

Często w komunikacji ze starszym pokoleniem natrafiamy na bariery, których nie umiemy pokonać. Przede wszystkim stosujemy ogólne zasady komunikacji werbalnej i niewerbalnej, ale też musimy uwzględnić zmiany inwolucyjne, chorobowe, zachodzące w psychice starszego człowieka. Dzięki temu komunikacja stanie się łatwiejsza i skuteczniejsza. Osoby w podeszłym wieku cierpią na:

- Upośledzenie słuchu – występuje u większości starszych osób. Cechuje się gorszą słyszalnością tonów o wysokiej częstotliwości, a to powoduje nierozumienie mowy innych ludzi.
- Upośledzenie wzroku również ogranicza możliwości komunikowania się.
- Zaburzenia mowy – spowodowane mogą być zmianami w obrębie jamy ustnej (brak uzębienia) czy krtani lub chorobami takimi jak np. parkinsonizm.
- Zaburzenia pamięci, orientacji, poznania czy działania – powodują brak poczucia bezpieczeństwa, lęk, brak otwartości, depresję.

Przeważnie wszystkie te czynniki występują jednocześnie, co powoduje, że odbieramy często takiego człowieka jako upartego, niechętnego do współpracy, złośliwego. Aby komunikacja ze starszym człowiekiem była satysfakcjonująca dla obu stron, odniosła skutek, aby każda rozmowa nie kończyła się kłótnią – wynikającą z niezrozumienia się nawzajem.



Mówimy wyraźnie. Bez przesadnej artykulacji, nie za szybko i nie za wolno. Nie zasłaniamy ust, nie jemy. Siadamy tak, aby nasza twarz była widoczna dla rozmówcy.

Dbamy o warunki rozmowy. Wyłączamy lub ściszymy radio i telewizor. Zadbajmy o dobre oświetlenie, by druga osoba wyraźnie widziała nasze usta i twarz.

Skupmy się. Słuchajmy uważnie, nie wykonując przy tym innych czynności. Nie okazujmy zniecierpliwienia, nie pospieszajmy, nie wchodzimy rozmówcy w słowo.

Nie spieszmy się. Upewnijmy się zawsze, że rozmówca nas zrozumiał.

Wykazujemy się cierpliwością. Cierpliwie powtarzamy pytanie, gdy rozmówca nie dosłyszał – nawet kilka razy. Nie powtarzamy też ostatniego słowa, ale całe zdanie. Starajmy się w miarę możliwości zrozumieć, o co chodzi – np. obserwując zachowanie, gesty – czyli zachowania niewerbalne.

Zadajemy proste, otwarte pytania.

Nie poruszamy kilku tematów jednocześnie. Skupmy się na jednym, tłumaczmy jedną rzecz do skutku – na różne sposoby. Zadajemy pytania po kolei – nie wszystkie naraz.

Pamiętajmy o komunikacji niewerbalnej. To, co mówimy popieramy mimiką, gestami. Pamiętajmy o uśmiechu, pogodnym wyrazie twarzy. Ważny jest także dotyk.

Nie rozkazujemy i nie zmuszamy. Prosimy o wykonanie jakiejś czynności. Przedstawiamy ją w atrakcyjniejszej formie. „Musisz więcej spacerować!” Moja pierwsza myśl? „Nic nie muszę!”. Inaczej brzmi: „Będziemy sobie częściej wychodzić na spacer!”

Pozwalamy odbiegać od tematu. Często nasz rozmówca coś sobie przypomni w kontekście prowadzonej rozmowy i zaczyna o tym mówić. Wysłuchajmy, poczekajmy na przerwę i wróćmy do aktualnego tematu.

Przypominajmy. O tym, jaki jest dzień, jaka godzina. O tym, co było na obiad. O tym, kim jestem. To jest taka gimnastyka pamięci.

Posługujmy się pomocami. Zdjęcia, pamiątki rodzinne, coś z otoczenia, coś nowego – różne przedmioty potrafią zaktywować człowieka.

Stosowanie tych zasad ułatwia, ale nie likwiduje wszystkich barier komunikacyjnych w rozmowach z osobami w podeszłym wieku. Jednak nie unikajmy kontaktów, rozmów, wspólnego spędzania czasu. Nie pozostawiamy drugiego człowieka – często i tak osamotnionego – w jego własnym, zamkniętym świecie, w którym on sam już nieraz się nie odnajduje i którego nie rozumie. Spróbujmy pomóc temu człowiekowi odnaleźć się w rzeczywistości – poprzez ćwiczenia pamięci, logicznego myślenia, aktywność. Niech wie, że traktujemy go z szacunkiem, liczymy się z nim, że ciągle jest ważny.

Profilaktyka przeciwoodleżynowa

Odleżyny to problem dotyczący najczęściej osoby niepełnosprawne, które spędzają większość czasu w łóżku lub poruszają się na wózku.

Odleżyny powstają bardzo szybko wskutek długotrwałego ucisku na określone okolice ciała, który doprowadza do upośledzenia ukrwienia i w efekcie do uszkodzenia skóry i tkanek. W profilaktyce bardzo ważna jest obserwacja narażonych okolic ciała, pielęgnacja i zmiana pozycji.

Obserwuj narażone okolice ciała na odleżyny:

1. okolice potylicy,
2. okolice łopatek i łokcie,
3. okolice kości krzyżowej i guzicznej,
4. okolice stawu biodrowego,
5. kolana – głównie w miejscu styku kolan,
6. pięty i kostki u stóp.

Leczenie jest procesem żmudnym, a same odleżyny bardzo obniżają komfort życia podopiecznych dlatego należy zrobić wszystko aby nie dopuścić do powstania pierwszej odleżyny. Podstawowe zasady profilaktyki przeciwoodleżynowej:

Regularne zmiany pozycji: Przekładanie chorego co 2-3 godziny, by zmniejszyć ucisk na skórę i zwiększyć krążenie.



Pielęgnacja skóry: Codzienna toaleta ciała, nawilżanie i unikanie nadmiernego ucisku na skórę.

Dieta: Wzmacnianie diety w białko, witaminy i minerały, aby wspierać regenerację tkanek i proces gojenia.

Sprzęt pomocniczy: Używanie materacy przeciwoodleżynowych, poduszek, podkładek i innych urządzeń, które zmniejszają nacisk na skórę.

Obserwacja skóry: Regularne oględziny skóry, aby wcześniej wykryć ewentualne zmiany sugerujące początki odleżyn.

Dodatkowe zalecenia: **Unikanie ucisku:**

Ograniczenie ucisku na skórę przez bieliznę i ubrania, unikanie zagnieceń w pościeli i używanie miękkich, przepuszczalnych materiałów.

Aktywność fizyczna:

Zachęcanie do ruchu i ćwiczeń, jeśli stan na to pozwala, aby poprawić krążenie i sprawność mięśni.



Pielęgnacja ran: Jeśli odleżyny już się pojawiły, odpowiednia pielęgnacja, w tym czyszczenie, dezynfekcja i stosowanie odpowiednich opatrunków.

Profilaktyka przeciwoleżynowa wymaga indywidualnego podejścia do każdego pacjenta i ciągłego monitorowania stanu skóry. W razie wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem lub personelem medycznym.

GERIATRIA

Co to jest geriatrya?

Geriatrya to interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która łączy w sobie wiele różnych specjalizacji. Pozwala to zapewnić osobom w podeszłym wieku kompleksową opiekę medyczną.

Geriatra to lekarz specjalista posiadający specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, a także specjalizację uzupełniającą właśnie z zakresu geriatryi. Pozwala to na uzyskanie kompleksowej wiedzy nie tylko z zakresu medycyny ogólnej, ale również **neurologii**, diabetologii, ortopedii, okulistyki, kardiologii, psychiatrii, a także farmakologii czy metod rehabilitacji. Dzięki temu pozostawanie pacjenta pod opieką poradni geriatrycznej pozwala na ograniczenie konieczności wizyt u innych specjalistów.

Gdzie przyjmuje lekarz specjalista w zakresie geriatrii? Z jego usług można skorzystać w ramach NFZ, np. w poradniach geriatrycznych czy na specjalnych oddziałach geriatrycznych. Część z nich zatrudniona jest także w całodobowych domach opieki dla osób starszych, a niektórzy świadczą również swoje usługi w ramach wizyt domowych.

Jedną z zalet korzystania ze szczególnej opieki lekarza geriatry jest fakt, że podchodzi on do problemów pacjenta kompleksowo, analizując wpływ poszczególnych leków na inne schorzenia towarzyszące i dobierając możliwą terapię w taki sposób, by maksymalnie poprawić komfort pacjenta. Co więcej, pozostawanie pod opieką jednego lekarza pozwala pacjentowi zwiększyć swoje poczucie bezpieczeństwa i łatwiej odnaleźć się w skomplikowanym systemie opieki zdrowotnej.

Czym zajmuje się geriatra?

Lekarz specjalista z zakresu geriatrii zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem chorób wieku podeszłego, a także działaniami profilaktycznymi, mającymi na celu ograniczenie ich rozwoju.

Do podstawowych zadań lekarza przyjmującego w ramach poradni geriatrycznej zalicza się:

- przeprowadzanie całościowej oceny geriatrycznej;
- dobieranie i przepisywanie leków, z uwzględnieniem możliwych interakcji między nimi, umożliwiające ich bezpieczne stosowanie;
- kierowanie seniorów do lekarzy innych specjalizacji;
- wystawianie skierowań za różnego rodzaju zabiegi lecznicze (rehabilitacje, zabiegi ambulatoryjne, leczenie szpitalne);
- skierowanie pacjentów na turnusy lecznicze w uzdrowiskach i sanatoriach;
- kontrolowanie stanu psychicznego seniorów;
- poradnictwo w zakresie odpowiednio zbilansowanej diety uwzględniającej istniejące ograniczenia zdrowotne;
- promocja zdrowego trybu życia;
- udzielanie porad i wskazówek w ramach szeroko zakrojonej profilaktyki zdrowotnej.

Jak wygląda całościowa ocena geriatryczna?

W trakcie wizyty w poradni geriatrycznej lub pobytu w szpitalu na oddziałach geriatrycznych, pacjentów powyżej 60. roku życia poddaje się tzw. całościowej ocenie geriatrycznej (COG). Pozwala ona na kompleksową ocenę stanu zdrowia pacjenta, z uwzględnieniem wszystkich występujących w danym przypadku chorób. Całościowa ocena geriatryczna stanowi podstawę do ustalenia priorytetów w zakresie leczenia i opieki nad pacjentem.

Całościowa ocena geriatryczna obejmuje ocenę:

- stanu skóry;
- wzroku;
- słuchu;
- dolegliwości bólowych;
- kondycji psychicznej pacjentów, w tym ryzyko występowania takich stanów jak np. depresja;
- badań diagnostycznych;
- problemów z pamięcią;
- trudności z poruszaniem się;
- interakcji między zażywającymi lekami;
- sytuacji społecznej pacjenta;
- stanu rodzinnego pacjenta, możliwości samoopieki lub ewentualnie konieczności opieki ze strony osób trzecich.

Jakie choroby leczy geriatrya?

Geriatra zajmuje się kompleksową opieką nad pacjentami w wieku podeszłym, zarówno w zakresie diagnostyki jak i leczenia. W poradniach geriatrycznych można więc uzyskać fachową pomoc w związku ze **schorzeniami wieku podeszłego**, do których należą:

- zwyrodnienie stawów;
- osteoporoza;
- obturacyjna choroba płuc;
- nadciśnienie tętnicze;
- choroba niedokrwienna serca;
- niedostuch;
- nietrzymanie moczu;
- niedowidzenie (w tym ślepotą starcza);
- choroba Parkinsona;
- Alzheimer;
- cukrzyca;
- problemy ze snem;
- zespół słabości.

Ten ostatni zasługuje na szczególną uwagę, jest to bowiem stan występujący wśród osób, u których proces starzenia doprowadził do przewlekłych problemów zdrowotnych. Charakteryzuje się on znacznym ograniczeniem sprawności fizycznej i odporności, co skutkuje zwiększoną podatnością na zachorowania. Oprócz tego u seniorów z zespołem słabości obserwuje się zmniejszoną odporność na stres i trwałe pogorszenie nastroju. Wśród objawów fizycznych obserwuje się przede wszystkim uczucie przewlekłego zmęczenia i nagłą utratę masy ciała.

Kiedy warto udać się do geriatry?

Dostęp do lekarzy geriatrów nie jest trudny, a wielu z nich współpracuje na stałe z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wystarczy więc skierowanie od lekarza POZ bądź innego lekarza specjalisty, by móc skorzystać z jednej z dostępnych w naszej okolicy poradni geriatrycznych.

Kiedy warto zdecydować się na taką wizytę? Przede wszystkim w momencie gdy mamy co najmniej 60 lat i stwierdzone co najmniej dwie choroby przewlekłe, charakterystyczne dla wieku podeszłego. W ten sposób możemy uniknąć wędrówek po lekarzach innych specjalizacji by uzyskać niezbędną pomoc. Wskazaniem do konsultacji geriatrycznej jest także wystąpienie u osób starszych ciężkiego urazu lub długiej hospitalizacji, w wyniku których konieczna jest systematyczna, kompleksowa ocena stanu zdrowia.

Na **pierwszą wizytę u geriatry** warto zabrać pełną historię chorób, listę przyjmowanych na stałe leków, a także aktualne wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych (jeżeli takowe posiadamy).




Tuchów



WIECEJ INFORMACJI:

**Centrum Wsparcia Opiekunów
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Tuchowie**
ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów
Biuro projektu: pok.112

Adres e-mail: sekretariat@ops.tuchow.pl
Tel. 14 652 54 89, 14 651 01 69
www.ops.tuchow.pl

Centrum Wsparcia Opiekunów w ramach projektu pn. Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT.

Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielnych

BROSZURA - EGZEMPLARZ BEZPŁATNY