

Materiały szkoleniowe dla wolontariuszy



KROMKA
CHLEBA®

Świat hospicjum – zadania dla wolontariuszy

- dążenie do poznania potrzeb pacjenta i w miarę możliwości i kompetencji ich zaspokajanie,
- okazanie zrozumienia, sygnalizowanie gotowości do podjęcia rozmowy na każdy trudny temat: „Jeśli chcesz możemy o tym porozmawiać...”
- życzliwe, empatyczne słuchanie,
- rozmowa z chorym,
- pozwolenie choremu na wyrażenie wszystkich emocji (płacz, złość, lęk),
- towarzyszenie choremu,
- budowa relacji bezpiecznej dla chorego „Jestem obok, gdybyś mnie potrzebował”.
- uszanowanie potrzeby samotności pacjenta, nie „osaczenie” pacjenta swoją osobą: „Powiedz mi jeśli chcesz zostać sam”.
- organizowanie czasu wolnego,
- okazywanie czułości (dotyk dłoni, przytulanie),
- czytanie choremu,
- wspieranie modlitwą,
- karmienie chorych,
- pomoc w czynnościach pielęgnacyjno-higienicznych,
- pomoc w zmianie pozycji,
- spacer,
- wywożenie pacjentów poruszających się na wózku,
- inne zgodne z życzeniem chorego,
- organizacja akcji charytatywnych,
- pomoc w administracji,
- prace porządkowe na terenie obiektu,
- prace w ogrodzie.

Obowiązki wolontariusza

- wykonywać podjęte zadania sumiennie, z zachowaniem należytej staranności, w poszanowaniu godności osób chorych i ich bliskich,
- szanować intymności i godności pacjenta,
- dbać o bezpieczeństwo pacjenta,
- szanować prawa pacjenta do godnej i spokojnej śmierci,
- zachować w tajemnicy informacje związane z chorym, a uzyskane w związku z wykonywaniem świadczeń,
- uwzględniać zgodę lub sprzeciw pacjenta na udział wolontariusza w opiece nad nim lub na wykonywanie poszczególnych czynności,

Zasady oraz techniki związane z transferem pacjenta

Zasady pozycjonowania pacjentów

Zmiana pozycji ułożeniowej

CEL ZMIANY POZYCJI CIAŁA – przeciwdziałanie przedłużonemu uciskowi tkanek, co w efekcie powoduje:

- złagodzenie dolegliwości bólowych,
- zapobieganie odleżynom, przykurczom, zapaleniu płuc,
- pobudzenie reakcji ortostatycznych,
- wsparcie czynności życiowych, np. oddychania, krążenia, trawienia,
- dobre samopoczucie chorego,
- stworzenie korzystnych warunków do przeprowadzenia rehabilitacji, ćwiczeń gimnastycznych i uruchamiania,
- zachęcanie do samodzielnej aktywności i kontaktów z otoczeniem.

CEL PRZEMIESZCZANIA, PRZENOSZENIA PACJENTA:

- poprawienie lub zmiana pozycji pacjenta,
- zmiana bielizny pościelowej,
- zmiana opatrunku,
- rozebranie/ubranie pacjenta,
- zmiana łóżka.

NIEBEZPIECZEŃSTWA:

- wywołanie dodatkowych dolegliwości bólowych,
- przemieszczenie złamań,
- przemieszczenie, poluzowanie materiałów lub sprzętu zastosowanego u chorego, np. kaniuli dożylnej z wlewami kroplowymi, drenów, cewników,
- ześlizgnięcie się lub upadek pacjenta,
- zwichnięcie stawu barkowego pacjenta,
- urazy kręgosłupa odniesione przez opiekunów,
- naderwanie ścięgien u opiekunów.

ZASADY PRZEMIESZCZANIA I PODNOSZENIA PACJENTÓW:

- osoba przystępująca do przemieszczania, przenoszenia pacjenta powinna mieć świadomość swoich możliwości fizycznych, poziomu swej sprawności i wytrzymałości, a także osób z nią współpracujących,
- osoba przemieszczająca, przenosząca pacjenta powinna mieć strój niekrępujący ruchów i buty dobrze trzymające się stopy (obuwie powinno być stabilne i bezpieczne, tj. z szerokim, niezbyt wysokim obcasem, nieślizgającymi się podeszwami),
- osoba wykonująca czynności w czasie przemieszczania pacjentów powinna pewnie stać lub klęczeć na podłożu, w następującej pozycji:
 - ✓ stopy rozstawione na szerokości bioder, pewnie stojące na podłożu, warunkujące utrzymanie wyprostowanej pozycji pleców,
 - ✓ przy podnoszeniu pacjenta z niższego podłoża na wyższe kończyny dolne lekko ugięte w stawach kolanowych,
 - ✓ podczas przesuwania pacjenta na łóżko kończyny dolne wyprostowane i na wysokości stawów kolanowych przyciśnięte do brzegu łóżka,
 - ✓ ręce obie wolne, tak aby można było pewnie chwycić sprzęt pomocniczy, pacjenta,
 - ✓ plecy wyprostowane (nie mogą być pochylone i ze skręconym kręgosłupem), korpuz ustabilizowany.
 - ✓ pacjent przenoszony powinien znajdować się jak najbliżej opiekuna, tak aby unikać pochylania się i nadwyrężania jego kręgosłupa,

- ✓ podczas przenoszenia pacjenta przez grupę osób należy wyznaczyć osobę kierującą czynnością, wydającą polecenia; ruchy wszystkich osób powinny być skoordynowane i równoczesne,
- ✓ sprzęt, który jest używany do przenoszenia pacjenta, powinien być każdorazowo sprawdzony,
- ✓ należy podnosić i przemieszczać pacjenta, który leży na łóżku odsuniętym od ściany,
- ✓ obracamy pacjenta zawsze w kierunku do siebie.

CEL STOSOWANIA SPRZĘTU DO PODNOSZENIA/TRANSPORTU:

- ułatwienie osiągnięcia niezależności pacjenta,
- zapewnienie bezpiecznych środków przemieszczania pacjenta z jednego miejsca na drugie,
- zapewnienie godności osobie, w opiece nad którą jest stosowany,
- minimalizacja potencjalnych niebezpieczeństw, mogących prowadzić do urazu.

SPOSOBY PRZEMIESZCZANIA, PRZENOSZENIA PACJENTÓW:

bez użycia sprzętu:

- w pozycji leżącej,
- z łóżka na łóżko,
- w pozycji siedzącej,

z pomocą sprzętu:

- w pozycji leżącej,
- z łóżka na łóżko,
- w pozycji siedzącej,
- obracanie w łóżku,
- pomaganie przy wstawaniu,
- przemieszczanie w łóżku.

Ergonomia w pracy opiekuna

NAJCZĘSTSZE BŁĘDY:

- niewłaściwa pozycja,
- niewłaściwy chwyt,
- złe nawyki ruchowe,
- brak wykorzystania sprzętu ułatwiającego pracę,
- wykonywanie czynności w pochyleniu z jednoczesnym skrętem tułowia w bok (niekiedy takie zachowanie jest wymuszone brakiem przestrzeni, ale często wynika ze złych nawyków),
- podciąganie pacjenta, podczas kiedy nogi stoją w jednym miejscu – w takiej pozycji całe obciążenie przenosi się na kręgosłup, a jeśli ten manewr wykonuje się z dala od chorego, mięśnie kończyn górnych zostają nadmiernie rozciągnięte,
- nieodpowiednie chwytywanie pacjenta pod pachy, które wymusza pochylenie z rotacją kręgosłupa i przenosi ciężar na ręce,
- obejmowanie przez pacjenta szyi opiekuna podczas podnoszenia (obciąża nadmiernie kręgosłup szyjny),
- niedostosowanie wysokości łóżka pacjenta w trakcie wykonywania czynności zawodowych (opiekunowie pochylają się, by wykonać potrzebne zabiegi),
- nie korzystanie z dostępnych przy łóżkach taboretów w czasie karmienia, mierzenia ciśnienia czy choćby rozmowy z pacjentem,
- noszenie niewygodnych, ograniczających ruchy ubrań, nieodpowiedniego obuwia – klapki z wąskimi paskami, drewniaki czy buty na wysokich obcasach, które stanowią utrudnienie w czasie przemieszczania pacjenta i zagrożenie w przypadku utraty przez niego równowagi.

Zapobieganie zakażeniom

- socjalne i higieniczne mycie oraz dezynfekcja rąk:
 - ✓ jest najważniejszą metodą zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną,
 - ✓ transmisja za pośrednictwem skażonych rąk stanowi najważniejszy czynnik przenoszenia patogenów chorobotwórczych,

- ✓ nieprzestrzeganie prawidłowo przeprowadzonej higieny rąk jest jedną z głównych przyczyn zakażeń związanych z opieką zdrowotną
- zasady stosowania niejałowych rękawiczek:
 - ✓ stosowanie rękawic nie zwalnia z obowiązku higieny rąk (przed założeniem i po ich zdjęciu),
 - ✓ możliwość kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami, wydalaminami, czy przedmiotami wizualnie zabrudzonymi płynami ustrojowymi,
 - ✓ bezpośredni kontakt z pacjentem: kontakt z krwią, błonami śluzowymi i uszkodzoną skórą, materiałem potencjalnie zakaźnym,
 - ✓ pośredni kontakt z pacjentem: sprzątanie wymiocin, przenoszenie śmieci, sprzątanie zanieczyszczeń płynów ustrojowych.
- sytuacje, w których rękawiczki nie są wymagane (z wyjątkiem kontaktu z pacjentem w przypadku izolacji kontaktowej):
 - ✓ brak ekspozycji na krew, płyny ustrojowe lub kontakt ze skażonym środowiskiem,
 - ✓ bezpośredni kontakt z pacjentem: pomiar RR, temp., pulsu, kąpiel i ubieranie pacjenta, transport pacjenta, pielęgnacja oczu, uszu, (bez obecności wydzieliny),
 - ✓ pośredni kontakt z pacjentem: używanie telefonu, dokumentowanie na karcie pacjenta, podawanie leków drogą doustną, podawanie i odbieranie tac z posiłkami, usuwanie i wymiana pościeli pacjenta, przenoszenie rzeczy pacjenta.
- technika zakładania i zdejmowania niejałowych rękawiczek

Instrukcja zakładania rękawiczek:

- ✓ przed założeniem rękawiczek umyj dokładnie ręce mydłem lub odkaż je środkiem do dezynfekcji rąk,
- ✓ wyciągnij rękawiczki z oryginalnego pudełka chwytając w miejscu nadgarstków,
- ✓ rozwiń rękawiczki chwytając jedynie za rogi przy nadgarstku,
- ✓ naciągnij pierwszą rękawiczkę na dłoń chwytając za róg w miejscu nadgarstka,

- ✓ ręką bez rękawiczki wyjmij drugą rękawiczkę z oryginalnego pudełka,
- ✓ naciągnij ją na dłoń bez dotykania skóry naciągając od zewnętrznej strony w miejscu nadgarstka.

Instrukcja zdejmowania rękawiczek:

- ✓ uszczypnij jedną rękawiczkę w środkowej części nadgarstka i ściągnij ją, trzymaj ją nadal w ręce, na której znajduje się rękawiczka,
 - ✓ następnie wsuń palce dłoni bez rękawiczki w rękawiczkę na drugiej dłoni, zsuń ją bez dotykania zewnętrznej strony rękawiczki,
 - ✓ rękawiczki trzymaj za jej wnętrze, a następnie wyrzuć,
 - ✓ po wszystkim umyj dłonie lub zdezynfekuj żelem.
- segregacja odpadów:
 - ✓ odpady medyczne są to odpady, które powstają w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - ✓ odpady komunalne są to odpady powstające w gospodarstwach domowych, a także odpady nie zawierające odpadów niebezpiecznych pochodzące od innych wytwórców odpadów (np. szpital).

Zmiana bielizny osobistej i pościelowej

CEL:

- zapewnienie pacjentowi wygody, komfortu, czystości i estetycznego wyglądu,
- wspieranie dobrego samopoczucia,
- kształtowanie odpowiednich nawyków higienicznych,
- zapobieganie powikłaniom związanym z długotrwałym przebywaniem w łóżku (przykurcze, odleżyny, odparzenia, zapalenie płuc).

ZASADY:

- u pacjentów ciężko chorych, gorączkujących, niemogących kontrolować oddawania moczu i stolca, zmiana bielizny pościelowej wykonywana jest codziennie i zawsze wtedy kiedy jest zabrudzona,

- zmiana bielizny osobistej obejmuje wymianę brudnych części bielizny (górnej i dolnej części piżamy lub koszuli) na czyste,
- ważne zapewnienie intymności – parawan,
- pracować na ugiętych w stawach kolanowych nogach.

WSKAZANIA:

każda sytuacja, w której pacjent odczuwa dyskomfort z powodu zabrudzonej, zamoczonej bielizny

PRZECIWWSKAZANIA:

brak zgody pacjenta,

- niestabilny, zagrażający życiu stan pacjenta,
- stan wymagający bezwzględnego czasowego leżenia w określonej pozycji.

ZAGROŻENIA DLA PACJENTA:

wyziębienie,

- przemęczenie pacjenta,
- nasilenie dolegliwości bólowych
- uszkodzenie mechaniczne ciała,
- rozłączenie lub usunięcie drenu, cewnika, kaniuli dożyłnej.

Zapewnienie higieny osobistej pacjenta

- Higiena osobista dotyczy czynności związanych z utrzymaniem czystości ciała, odzieży.
- Do higieny osobistej zaliczamy:
 - ✓ mycie zębów, włosów i całego ciała,
 - ✓ zmiana bielizny (pościelowej, osobistej) i ubrań.

- Higienę ciała dzielimy na:
 - ✓ poranną lub wieczorną,
 - ✓ całkowitą (kąpiel) lub częściową (golenie, mycie rąk, głowy).

ZASADY:

- Częstość wykonywania toalety zależy od:
 - ✓ stanu pacjenta,
 - ✓ aktywności pacjenta,
 - ✓ stanu skóry,
 - ✓ ilości wydzielanego potu,
 - ✓ temperatury otoczenia,
 - ✓ nawyków higienicznych
 - ✓ każdy pacjent w warunkach szpitalnych powinien mieć raz dziennie umyte całe ciało, częstsza toaleta (2-3 razy dziennie) wskazana jest u pacjentów, którzy nadmiernie się pocą, rzadsza toaleta (2-3 razy w tygodniu) u pacjentów, u których codziennie przeprowadza się toaletę częściową,
 - ✓ toaletę ciała można przeprowadzić w wannie, pod prysznicem lub w łóżku,
 - ✓ z prysznica mogą korzystać pacjenci samodzielni, chodzący oraz pacjenci przemieszczający się z pomocą wózka w pozycji siedzącej i potrzebują niewielkiej pomocy,
 - ✓ w wannie mogą się kąpać wyłącznie pacjenci samodzielni lub w towarzystwie i z pomocą drugiej osoby lub przy użyciu specjalnych urządzeń (podnośnik, transportowo-kąpielowy),
 - ✓ pacjenci z ograniczoną samodzielnością mogą korzystać np. z łóżka – wanny, wózka – fotela do kąpeli, krzesła obrotowego do wanny).

Toaleta jamy ustnej

- utrzymanie higieny jamy ustnej zależy od wydolności samoobsługowej pacjenta i jego nawyków higienicznych,
- u pacjentów z ograniczoną wydolnością lub brakiem wydolności samoobsługowej opiekun wykonuje toaletę jamy ustnej lub asystuje przy jej wykonywaniu,
- w pozostałych sytuacjach pacjent wykonuje toaletę jamy ustnej sam.

ISTOTA I CEL TOALETY JAMY USTNEJ:

- utrzymanie śluzówki jamy ustnej w czystości i odpowiedniej wilgotności,
- usunięcie resztek pokarmowych, nazębnej płytki bakteryjnej lub zalegającej wydzieliny,
- likwidowanie przykrego zapachu i smaku,
- zapobieganie powstawaniu zmian patologicznych w obrębie jamy ustnej (próchnica, zakażenie),
- kształtowanie nawyku systematycznego mycia zębów,
- zapobieganie zakażeniom ogólnoustrojowym szerzącym się z jamy ustnej,
- poprawienie apetytu,
- zmniejszenie bólu i dyskomfortu w jamie ustnej,
- zapewnienie dobrego samopoczucia chorego,
- kontrola stanu higienicznego jamy ustnej.

ZASADY TOALETY JAMY USTNEJ:

- toaletę jamy ustnej stosuje się rano i wieczorem oraz w zależności od potrzeb np. po posiłkach,
- woda służąca do przepłukiwania ust powinna być lekko ciepła,
- zadbaj o odpowiednią pozycję pacjenta (siedząca, na boku), aby w trakcie płukania jamy ustnej nie doszło do zachłyśnięcia.

Kąpiel pacjenta w łóżku

ISTOTA I CEL:

- zapewnienie pacjentowi czystości, estetyki,
- poprawienie funkcji skóry: krążenia, oddychania (przez usunięcie złuszczonego się naskórka),
- poprawienie samopoczucia,
- wyrabianie (kształtowanie) nawyków higienicznych.

ZASADY:

- ocena stanu zdrowia i poziomu higieny oraz wydolności,
- udzielanie informacji o planowanych działaniach i ich przebiegu,
- uzyskanie zgody na wykonanie toalety całego ciała,
- uszanowanie nawyków (temperatura wody, rodzaj środków higienicznych), zwyczajów kulturowych pacjenta (rodzaj kąpeli, płeć osoby dotykającej różnych części ciała, kolejność wykonania toalety),
- pozyskanie pacjenta do współpracy,
- zapewnienie warunków intymności – parawan, odchylenie kołdry itp.),
- dbałość o wygodę i bezpieczeństwo pacjenta,
- zachowanie kolejności podczas mycia ciała:
 - ✓ głowa,
 - ✓ kończyny górne w kierunku od dłoni do pachy,
 - ✓ klatka piersiowa, brzuch,
 - ✓ kończyny dolne w kierunku od stopy do pachwiny,
 - ✓ plecy, pośladki,
 - ✓ krocze w kierunku od przodu do tyłu.

Mycie włosów

- zabieg polegający na oczyszczaniu skóry głowy i włosów środkami pielęgnacyjnymi lub leczniczymi,
- zabieg wykonywany w różnych odstępach czasu w zależności od:
 - ✓ rodzaju włosów,
 - ✓ stopnia zanieczyszczenia,
 - ✓ potrzeby dobrego samopoczucia pacjentki w zakresie wyglądu i estetyki włosów.

ISTOTA I CEL MYCIA GŁOWY:

- utrzymanie w czystości skóry głowy i włosów,
- poprawienie funkcji skóry głowy,
- pobudzenie krążenia krwi,
- zapewnienie pacjentce estetycznego wyglądu i poprawienie samopoczucia,
- wyrobienie prawidłowych nawyków higienicznych,
- zapobieganie powstawaniu odleżyn w okolicy skóry głowy,
- zapobieganie i leczenie wszawicy.

CODZIENNA PIELEGNACJA WŁOSÓW POLEGA NA:

- myciu w zależności od potrzeb, ale nie rzadziej niż raz w tygodniu,
- czesaniu/szczotkowaniu wielokrotnym w ciągu dnia (2-8 razy),
- stosowaniu środków pielęgnacyjnych: szamponów, odżywek itp.

WSKAZANIA DO MYCIA WŁOSÓW:

- zanieczyszczenia skóry głowy i włosów,
- poprawa samopoczucia pacjenta związanego z wyglądem i estetyką włosów,
- pasożyty, wszawica,

PRZECIWWSKAZANIA DO MYCIA WŁOSÓW:

- brak włosów,
- poparzenie skóry głowy,
- zmiany skórne na głowie, np. ropne, grzybicze,
- brak zgody pacjenta.

MYCIE WŁOSÓW – OCENA STANU PACJENTA:

- tolerancja na wysiłek fizyczny,
- poziom komfortu i zdolności poznawczych,
- higieniczny stanu włosów, skóry głowy i długości włosów,
- zdolności do samodzielnego siedzenia i sprawności kończyn górnych,
- dostępności niezbędnego sprzętu i urządzeń (wanienka/rynienka, suszarka)
- preferencji pacjenta co do mycia i pielęgnacji włosów.

Karmienie pacjenta

WSKAZANIA DO KARMIENIA:

- pacjent z ograniczoną samodzielnością w zakresie spożywania posiłków,
- pacjent samodzielny w zakresie spożywania posiłków, ale unieruchomiony w łóżku.

PRZECIWWSKAZANIA DO KARMIENIA:

- pacjent nieprzytomny,
- pacjent z zaburzeniami połykania,
- pacjent mający oparzony przełyk,

CEL KARMIENIA:

- zostanie zaspokojona potrzeba odżywiania u pacjenta,
- pacjentowi zostaną dostarczone niezbędne składniki odżywcze,
- pacjent będzie miał zapewniony komfort w czasie spożywania posiłku.

Karmienie doustne

- Przygotowanie pacjenta:
 - ✓ umożliwić skorzystanie z toalety/podanie basenu,
 - ✓ wykonać toaletę jamy ustnej/przepłukać jamę ustną,
 - ✓ umyć ręce pacjentowi lub umożliwić wykonanie tej czynności,
- Przygotowanie pomieszczenia:
 - ✓ wyeliminować czynniki ujemne wpływające na spożywanie posiłku (wynieść basen, worek z wymiotami itp.),
 - ✓ zapewnić spokój, ciszę, atmosferę życzliwości.
- Przygotowanie sprzętu/materiałów:
 - ✓ serwetki jednorazowego użytku, płyty ligniny, jednorazowy podkład,
 - ✓ naczynie do picia (kubek, pojenik, rurka do picia),
 - ✓ zestaw sztućców i talerzy,
 - ✓ stolik przyłóżkowy,
 - ✓ stosowanie rękawic jednorazowych nie jest wymagane.
- Przygotowanie opiekuna:
 - ✓ umyj ręce
 - ✓ zapewnij pacjentowi wygodną pozycję wysoką lub półwysoką (uwzględnij wydolność samoobsługową i stan pacjenta),
 - ✓ przystaw stolik przyłóżkowy do łóżka,
 - ✓ osłoń bieliznę osobistą i pościelową serwetą, ligniną lub podkładem (zapewnienie komfortu i czystości pacjentowi),
 - ✓ ułóż wszystkie niezbędne przyrządy w zasięgu ręki pacjenta, co ułatwi mu spożywanie posiłku,
 - ✓ jeżeli stan pacjenta pozwala mu na samodzielność w spożywaniu posiłków, nie wyręczaj go – pozwala to na utrzymanie sprawności chorego,
 - ✓ jeżeli pacjent ma jakies deficyty w zakresie spożywania posiłków, pomagaj mu w trakcie posiłku – podaj zupę, zrób kanapki, rozdrobnij pokarm, otwórz opakowanie z pożywieniem,

- ✓ podawaj pokarm w ilości oraz częstotliwości dostosowanej do możliwości połykania przez pacjenta,
- ✓ zaplanuj odpowiednią ilość czasu na nakarmienie/napojenie pacjenta – nie wprowadzaj atmosfery pośpiechu i zdenerwowania (ogranicz możliwość zaaspirowania treści pokarmowej do drzewa oskrzelowego),
- ✓ czas karmienia jest dobrym momentem do rozmowy, uzyskania informacji o stanie zdrowia, problemach i potrzebach pacjenta,
- ✓ osuszaj usta pacjenta serwetą/ligniną w trakcie karmienia i po posiłku w celu zapewnienia pacjentowi komfortu,
- ✓ obserwuj pacjenta w trakcie spożywania posiłku (apetyt, preferencje pokarmowe, ilość zjedzonego pokarmu, czas spożywania posiłku, zachowanie podczas posiłku),
- ✓ swoje obserwacje zawsze zgłaszaj pracownikowi medycznemu,
- ✓ pomóż pacjentowi po posiłku w wykonaniu toalety jamy ustnej (zapewnia to czystość jamy ustnej, daje poczucie komfortu i zapobiega zaburzeniom łaknienia),
- ✓ jeżeli ręce pacjenta wymagają umycia po posiłku, zapewnij mu miskę z wodą do wykonania toalety rąk,
- ✓ ułóż pacjenta po posiłku w wygodnej pozycji, z uwzględnieniem jego stanu (zapewnienie pacjentowi poczucie komfortu i warunki do odpoczynku),
- ✓ uporządkuj sprzęt wykorzystany do karmienia,
- ✓ umyj ręce.

Profilaktyka odleżyn

- regularnie zmieniaj pozycję podopiecznego leżącego – najlepiej co 2-3 godziny,
- w przypadku korzystania z wózka podopieczny powinien unosić się co 15-20 minut, aby chwilowo odciążać miejsca nadmiernie obciążone i ułatwić lepsze ukrwienie tej okolicy – jeśli jest to niemożliwe siedzenie w wózku nie powinno trwać dłużej niż 2-3 godziny,
- kiedy jest to możliwe unikaj układania pacjenta na częściach ciała zaczerwienionych po poprzednim ucisku,
- stosuj specjalistyczne materace przeciwoodleżynowe (np. zmiennociśnieniowy), poduszki przeciwoodleżynowe,

- stosuj udogodnienia (stosowane są w celu odciążenia miejsc narażonych na ucisk, jednak zbyt duża ilość udogodnień jest błędem w sztuce pielęgnowania, mogącym powodować powstanie odleżyn), unikaj kółek pod łokcie i pięty,
- aktywizuj podopiecznego – zachęcaj do wykonywania jak największej ilości czynności dostosowanych do wydolności pacjenta,
- wykonuj codziennie ruchy bierne porażonych części ciała,
- pamiętaj, aby pościel i odzież była wykonana z tkanin naturalnych, miękkich, przewiewnych, pozbawionych grubych szwów, nie krochmalona,
- łóżko powinno być codziennie prześcielone a prześcieradło dobrze naciągnięte,
- dbaj o czystość pościeli, chory nie może leżeć na szwach, fałdach tkaniny, guzikach, okruchach,
- dbaj o czystość i suchość bielizny osobistej i pościelowej,
- stosuj zasady bezpiecznego przemieszczania chorych (unikaj przesuwania chorego przy obracaniu, najlepiej unieś ciało przy pomocy np. ślizgów, czy prześcieradła),
- codziennie oceniaj stan skóry,
- odpowiednio pielęgnuj skórę:
 - ✓ używaj delikatne, specjalistyczne środki myjące i pielęgnujące, ważne nawilżanie/natłuszczenie skóry,
 - ✓ unikaj nadmiaru talku, pudru, zasypek, które mogą się grudkować,
 - ✓ nie używaj jednocześnie pudru i oliwki dokładnie choć delikatnie osuszaj ciało podopiecznego (bez nadmiernego pocierania), zadbaj o wietrzenie okolicy zagrożonej odleżyną,
 - ✓ regularnie masuj, oklepuj ciało chorego (omijając wystające elementy kostne), nie używaj do tego celu preparatów na bazie alkoholu, który wysusza skórę,
 - ✓ zwrócić szczególną uwagę na higienę okolicy krocza i odbytu,
 - ✓ pamiętaj o krótkim przycinaniu paznokci,
- dbaj o dietę pacjenta (posiłki powinny być bogate w białko i składniki mineralne, np. cynk, selen oraz witaminy A, C, E).

Pielęgnacja rurki tracheostomijnej

OCHRONA DRÓG ODDECHOWYCH PRZED INFEKcją, NAWILŻANIE

- zadbaj o optymalne nawilżenie środowiska (nawilżacze czynne, wietrzenie pomieszczeń), ponieważ otwarta droga oddechowa traci wilgotność, a gromadząca się wydzielina łatwo zasycha,
- dopajaj pacjenta,
- w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni promieniami jonizującymi (do całkowitego wygojenia odczynu popromiennego) można wykonywać inhalacje z soli fizjologicznej lub zakraplać rurkę tracheotomijną środkami zaleconymi przez lekarza, pomagają to w poluzowaniu i utrzymaniu wilgotnej wydzieliny – wysychająca wydzielina tworzy w tchawicy trudno usuwalne suche czopy śluzowe, zwężające światło tchawicy i blokujące światło rurki,
- dbaj o czystość rurki tracheostomijnej poprzez systematyczną toaletę,
- myj ręce przed i po oczyszczaniu rurki.

MOBILIZACJA WYDZIELINY

- co najmniej półgodzinne zabiegi fizjoterapeutyczne o charakterze wspomagającym mechanikę oddychania:
- ułożenie grawitacyjne (przyjmowanie zmieniających się pozycji i utrzymywanie ich przez krótki czas: 15-20 s),
 - ✓ masaż wibracyjny,
 - ✓ opukiwanie klatki piersiowej opuszkami palców wzdłuż przebiegu żeber od podstawy do szczytu płuc,
 - ✓ oklepywanie obydwu połówek klatki piersiowej od podstawy do szczytu płuc omijając okolicę nerek i kręgosłup (przy oklepywaniu ręce ułożone są jak do czerpania wody „w łódkę”. Zabiegi te przyczyniają się do lepszego upowietrzenia płuc, ewakuacji wydzieliny, co korzystnie wpływa na parametry spirometryczne pacjenta.
- podczas kaszlu i odkrztuszania wydzieliny z dróg oddechowych stosuj chusteczki jednorazowe, jeśli jest konieczna mechaniczna aspiracja wydzieliny, opiekun musi ją wykonać zgodnie z zaleceniami,

- dbaj o wygląd osobisty i czystość otoczenia,
- myj ręce przed i po czyszczeniu rurki tracheotomijnej.

DROŻNOŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH

odsysaj wydzielinę w razie potrzeby,

- regularnie wykonuj toaletę rurki tracheostomijnej chroniąc ją przed zatkanie,
- wymienne kaniule regularnie oczyszczaj pod bieżącą wodą, do tego celu służą specjalnie szczoteczki,
- elementy rurek przechowuj w zamkniętym opakowaniu.

CZYSTOŚĆ TRACHEOSTOMII

- usuwając stary opatrunek, zwracaj uwagę aby utrzymać rurkę tracheostomijną w miejscu aby przez przypadek nie spowodować dekanulacji rurki tracheostomijnej,
- rurkę tracheostomijną czyścić przynajmniej 2 x dziennie, używając specjalnej szczoteczki, myj ją ciepłą wodą i osuszaj, okolicę wejścia do tracheostomii możesz czyścić używając specjalnych szpatulek,
- okolicę rany tracheotomijnej 2-3 razy dziennie przemywaj środkiem dezynfekcyjnym np. Octaniseptem.
- przed ponownym założeniem, można posmarować rurkę tracheostomijną na zewnątrz 2% lignocainą w żelu,
- załóż nowy opatrunek od dołu pod kołnierz (opatrunek/gąbeczka pod rurką tracheostomijną powinna być zawsze sucha i czysta; w przypadku stosowania jałowych gazików warto rozważyć zakładanie od 1 do 3 gazików, zmieniając codziennie ich ilość, aby zapobiec tworzeniu się odleżyny wewnątrz tracheostomii) – opatrunek wymieniaj 2 razy dziennie,
- w razie potrzeby wymień mocowanie tracheostomii (tasiemka/opaska/krawat) rurkę – nie musisz tego robić codziennie wystarczy 1 x na tydzień lub w razie potrzeby,
- przy zmianie opaski tracheostomijnej, jedna osoba trzyma rurkę w miejscu, podczas gdy druga usuwa stare więzy i zastępuje je nowymi,

- opaska/krawat powinny być zawsze związane w taki sposób, aby zapobiec samistnemu wysunięciu rurki,
- obserwuj okolicę rany pod kątem wystąpienia późnych powikłań np. ziarniny, przetoki, zakażenia itp.
- w czasie kaszlu, kichania należy zasłaniać otwór tracheotomijny,
- podczas kąpieli w wannie otwór tracheotomijny powinien być powyżej poziomu wody (należy uważać, aby do środka nie dostały się środki używane do kąpieli, pianka do golenia itp.),
- jeśli chory ma rurekę z możliwością mówienia (tzw. foniatryczna) może swobodnie używać głosu, ale musi unikać wysiłku głosowego,
- należy dostosować pożywienie do możliwości pacjenta, konsystencja potraw powinna zależeć od trudności w połykaniu (dieta powinna być lekko rozdrobniona lub miksowana),
- posiłki należy spożywać często w małych ilościach,
- należy zadbać o prawidłowe opróżnienia (unikanie zaparcí).

Pielęgnacja stomii

- zapewnij warunki, w których chory będzie się czuł bezpiecznie, intymnie i zachowa godność,
- powiedz choremu, jakie czynności zamierzasz wykonywać i jak to będzie przebiegało (w miarę możliwości uzyskaj na nie zgodę chorego),
- przed zmianą stomii należy przygotować wszystkie niezbędne akcesoria,
- przed i po zakończeniu wymiany stomii koniecznie umyj ręce,
- worek należy opróżniać, kiedy jest napełniony do 1/3 lub 1/2 pojemności, a w razie konieczności można to robić częściej,
- wymianę worka można wykonać w pozycji leżącej, siedzącej lub stojącej (zależne od stanu pacjenta),
- przy każdej zmianie sprzętu należy dokładnie umyć skórę najlepiej letnią wodą i zwykłym mydłem o pH 5,5 lub wodą z szarym mydłem (bardzo przydatne są również gaziki np. Conva Care do zmywania skóry),

- należy systematycznie golić włosy wokół stomii (najczęściej dotyczy to mężczyzn) – do usuwania włosków używaj tylko jednorazowych maszynek do golenia i ciepłej wody, stosowanie kremów do golenia, żelów do golenia czy innych kremów do depilacji może powodować podrażnienia okolic okołostomijnych,
- jeśli masz urostomię lub ileostomię przed odklejeniem płytki najpierw opróżnij worek,
- odklejaj worek z użyciem obu rąk – jedną odklejaj worek stomijny, drugą przytrzymuj skórę, by uniknąć niepotrzebnego ciągnięcia skóry (odklejanie płytki powinno zawsze następować w kierunku z góry w dół, bo jeśli w trakcie odklejania stomia zacznie pracować, to co z niej wypłynie trafi do worka),
- po umyciu skóry, przed przyklejeniu nowej płytki (lub worka jednocześnie wyposażonego w przylepiec) należy upewnić się, czy skóra wokół stomii jest czysta i sucha – osusz skórę za pomocą ręcznika papierowego, papieru toaletowego, gazików (sprzęt stomijny musi być koniecznie przyklejany do suchej skóry – inaczej nie będzie się dobrze trzymał)
- nie używać olejków, maści na okolicę stomii ponieważ zmniejsza to przyczepność sprzętu stomijnego,
- dodatkowa ochrona wrażliwej skóry – jeżeli konieczna jest dodatkowa ochrona skóry wokół stomii, pod samoprzylepny pierścień ochronny można nałożyć krem ujędrniający skórę (nałóż cienką warstwę kremu wokół stomii, odczekaj kilka minut aż krem wchłonie się przez skórę, a następnie naklej pierścień ochronny na skórę),
- nie stosuj spirytusu, nafty, benzyny – substancje te odtłuszczając skórę, jednak niszczą jej naturalne środowisko, co może spowodować niebezpieczeństwo jej podrażnienia,
- aby przedłużyć utrzymywanie się sprzętu można używać pasty uszczelniająco – gojącej,
- właściwy dobór sprzętu stomijnego/dopasowanie sprzętu stomijnego (kształt, wielkość) – przyklejając płytkę lub worek stomijny z odpowiednim otworem (otwór odpowiedniej wielkości zapobiega zaczerwienieniu skóry bezpośrednio przylegającej do stomii – powinien być większy od średnicy stomii o około 1-2 mm,
- naklej nowy worek stomijny i upewnij się, że płytka (worek) przykleił się do skóry i że nie doszło do jej pomarszczenia, czy też nie wytworzyły się nierówności,
- przy każdej zmianie worka stomijnego, oceniaj stomię pod kątem występowania ewentualnych nieprawidłowości,

- przy nagromadzeniu się gazów, można wypuścić je bez konieczności wymiany całego worka, np. odwijając dolny brzeg (zabezpieczony rzepem lub klamrą) lub przez specjalny zaworek,
- z przyklejonym workiem chory może kąpać się w wannie lub pod prysznicem (większość worków stomijnych pokryta jest warstwą flizeliny – zapewnienie komfortu użytkowania na skórze – podczas mycia materiał zamoczy się, ale nie uszkodzi to stomii (po kąpieli należy wymienić worek na nowy).

Opracowanie: mgr piel. Katarzyna Borowiec-Trybulec



KROMKA
CHLEBA®

wolontariat.kromkachleba.pl

CENTRUM WOLONTARIATU – MIEJSCE ROZWIJANIA AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ NA RZECZ DOBRA WSPÓLNEGO. ZADANIE PUBLICZNE FINANSOWANE PRZEZ NARODOWY INSTYTUT WOLNOŚCI CENTRUM ROZWOJU SPOŁECZYSTWA OBYWATELSKIEGO ZE ŚRODKÓW PROGRAMU FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWE FIO NA LATA 2021-2030.

