**Świadczenie opieki osobie chorej i niesamodzielnej**

**Spis treści:**

1.      Metody, zasady wykonywania zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych

2.      Higiena otoczenia chorego

3.      Higiena ciała chorego

4.      Zabiegi przeciwzapalne

5.      Zapobieganie zakażeniom

**WPROWADZENIE**

Zabiegi higieniczne, jakie wykonuje opiekun, pozwalają nie tylko na zachowanie czystości czy poprawę samopoczucia pacjenta, ale są także elementem tworzącym relację, elementem profilaktyki zakażeń czy odleżyn.

W życiu chorego, zwłaszcza chorego przewlekle, stale trzeba walczyć o wysoką jakość życia. Dążąc do poprawy tej jakości, dbając o zachowanie komfortu i dobrego samopoczucia chorego, opiekun musi dać od siebie bardzo wiele. Poprawa jakości życia chorego idzie w parze ze staraniem o nadanie jego życiu wartości, co jest tym trudniejsze, im bardziej chory jest zależny od opiekuna.

Wyzwania pracy z chorym

Praca z chorym nie jest łatwa – wymaga dużych pokładów ciepła i cierpliwości, olbrzymiej empatii i zaangażowania. Dla opiekunów jest to praca ciężka fizycznie i wyczerpująca emocjonalnie. Chory człowiek bywa niewdzięczny, niemiły i agresywny, a opiekun nie może odpłacić się tym samym. Z uśmiechem na twarzy musi wykonywać nawet najbardziej przykre czynności, być świadkiem wielu nieprzyjemnych sytuacji, pracować z wieloma różnymi schorzeniami. Z drugiej strony pacjenci potrafią okazać wielką wdzięczność, z radością reagować na każdy gest opiekuna i wyrozumiale podchodzić do słabości czy niedociągnięć, jakie widzą w pracy swoich opiekunów.

Dla chorego bycie pacjentem także nie jest proste. Niejednokrotnie oznacza to konieczność przełamania swojego wstydu, pozwolenie na naruszenie własnej nietykalności i przekroczenie granic intymności. Pacjentom często ciężko przychodzi pogodzenie się z faktem, że są słabym ogniwem w relacji z opiekunem, że ich ciało czy umysł zawodzą na tyle, że potrzebna jest druga osoba, aby chory mógł dojść do zdrowia lub dalej na nim nie podupadać. Chory, który nie przyjmuje do wiadomości, że potrzebuje opieki, jest jeszcze trudniejszym pacjentem.

Relacja opiekun–pacjent

Pod każdym względem relacja chorych z opiekunami jest skomplikowana i to, w jaki sposób będzie przebiegać, warunkowane jest wieloma czynnikami. Z pewnością codzienna pielęgnacja jest jednym z punktów zapalnych. Bardzo łatwo tu o naruszenie kruchych granic, jakie utrzymują stan komfortu, poczucia bezpieczeństwa i zaufania, którym darzą się wzajemnie chory i jego opiekun. Z tego powodu warto zwrócić szczególną uwagę na proces pielęgnacyjny.

Zabiegi higieniczne, jakie wykonuje opiekun, pozwalają nie tylko na zachowanie czystości czy poprawę samopoczucia pacjenta, ale są także elementem tworzącym relację i elementem profilaktyki zakażeń czy odleżyn. Ponieważ pielęgnacja odbywa się regularnie, pozwala na dokładną obserwację stanu chorego, w tym także zmian skórnych, jakie mogą się pojawić. Dzięki temu możliwa jest szybka reakcja na pierwsze symptomy sugerujące nieprawidłowości.

Budowanie więzi między chorym a jego opiekunem podczas codziennej pielęgnacji jest istotne z punktu widzenia całego procesu opieki. Wzajemne zaufanie widoczne podczas tej najbardziej intymnej czynności, jaką jest higiena chorego, będzie również zauważalne w innych sytuacjach – podczas rozwiązywania konfliktów, opanowywania agresywnych zachowań czy zmiany opatrunków lub podawania leków. Warto więc rozmawiać z pacjentem podczas zabiegów pielęgnacyjnych, słuchać, jakie są jego potrzeby, i reagować na sygnały, jakie wysyła

(<http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=7&art=1585>).

1.      Metody, zasady wykonywania zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych

Zapewnienie czystości ciała pacjenta

Częstość wykonywania toalety uzależniona jest od stanu pacjenta, jego aktywności, stanu skóry, ilości wydzielanego potu, temperatury otoczenia i nawyków higienicznych. Każdy pacjent w warunkach szpitalnych powinien mieć raz dziennie umyte całe ciało. Częsta kąpiel (2–3 razy dziennie) całego ciała wskazana jest u osób, które nadmiernie się pocą, rzadziej (2–3 razy w tygodniu) jest ona wskazana u ludzi starszych, z tym że toaletę częściową przeprowadza się u nich codziennie. W toalecie wyróżniamy: kąpiel całego ciała – kąpiel pod natryskiem, kąpiel w wannie, mycie całego ciała w łóżku.

W każdym przypadku wykonywane czynności można podzielić na czynności przygotowawcze, czynności właściwe i czynności końcowe.

Kąpiel w wannie

Można ją zalecić pacjentom samodzielnym przy niewielkiej pomocy osób drugich bądź specjalnych urządzeń technicznych. Pacjenci mogą być umieszczani i wyjmowani z wanny bez narażenia ich stanu zdrowia na dodatkowe dolegliwości, które można przewidzieć, np. stan niedociśnienia krwi.

Czynności przygotowawcze

1.      Zapoznanie się ze stanem pacjenta.

2.      Przygotowanie materiału, sprzętu, otoczenia:

·        przygotowanie zestawu: ręczników kąpielowych, myjki lub gąbki do mycia, mydła, czystej bielizny osobistej, maty kąpielowej, termometru kąpielowego, wywieszki o treści „łazienka zajęta”, podpórki ułatwiającej wejście i wyjście z wanny, krzesła, stołka do kąpieli w pozycji siedzącej, udogodnień technicznych (np. podnośników elektronicznych, hydraulicznych),

·        zapewnienie temperatury ok. 22–26°C w łazience,

·        ocena stanu czystości pomieszczenia i wanny,

·        wyłożenie wanny i podłogi matą kąpielową,

·        napełnienie wanny wodą o odpowiedniej temperaturze (dla dzieci 32–38°C),

·        skontrolowanie temperatury wody termometrem kąpielowym,

·        umieszczenie na drzwiach zawieszki „łazienka zajęta”.

3.      Przygotowanie pacjenta

·        wyjaśnienie pacjentowi sposobu regulacji wody i korzystania z udogodnień,

·        wyjaśnienie sposobu korzystania z dzwonka alarmowego,

·        ewentualne zabezpieczenie np. opatrunku, cewnika, przetoki,

·        jeżeli pacjent sobie życzy, zostawiamy go samego, ale należy zaznaczyć, by nie zamykał drzwi na klucz.

Czynności właściwe

1.      Podczas wprowadzania pacjenta do łazienki należy ustalić zakres potrzebnej mu pomocy.

2.      Skontrolowanie po raz drugi temperatury wody.

3.      Pomoc pacjentowi w zdjęciu bielizny (jeżeli jest to konieczne).

4.      Wprowadzenie pacjenta do wanny.

5.      Okresowa kontrola stanu pacjenta podczas kąpieli (słowna lub naoczna).

6.      Zapewnienie minimum 10–15 minut na wykonanie kąpieli.

7.      Po zakończeniu kąpieli kontrola stanu skóry.

8.      Pomoc pacjentowi w wyjściu z wanny, osuszeniu oraz założeniu bielizny osobistej.

Czynności końcowe

1.      Uporządkowanie materiału, sprzętu, otoczenia:

·        przygotowanie sali pacjenta – zamknięcie okien, przesłanie łóżka,

·        uporządkowanie przyborów toaletowych i zabezpieczenie brudnej bielizny.

2.      Postępowanie z pacjentem – zapewnienie bezpiecznego powrotu pacjenta na salę.

3.      Czynności końcowe wykonywane przez pielęgniarkę – odnotowanie w dokumentacji pacjenta wykonania kąpieli.

Mycie całego ciała w łóżku

W wielu sytuacjach, ze względu na stan zdrowia pacjenta, konieczne jest wykonanie toalety całego ciała w łóżku. Do sytuacji takich zaliczamy m.in.:

·        leczenie spoczynkowe, np. osoba pozostająca w łóżku z powodu leczenia ostrej niewydolności krążenia,

·        opatrunki gipsowe założone na rozległe powierzchnie ciała,

·        stosowanie wyciągów bezpośrednich,

·        chory w stanie nieprzytomności.

Czynności przygotowawcze:

1.      Przygotowanie pielęgniarki:

·        rozpoznanie stanu fizycznego i higienicznego pacjenta,

·        higieniczne mycie rąk,

·        założenie rękawiczek.

2.      Przygotowanie materiału, sprzętu, otoczenia:

·        przygotowanie zestawu: parawanu, rękawiczek, miski nerkowatej, mydła, mydelniczki, płynu do higieny intymnej, myjki lub gąbki, ręczników (cienkiego i grubego), gazików, wacików, patyczków higienicznych, maści pielęgnacyjnych, ochronnych (np. Sudocremu), maści witaminowej, spirytusu salicylowego lub specjalnych zawiesin, oliwek do nacierania pleców i pośladków, emulsji do ciała Menalid, Menalid żel do masażu skóry, dzbanka z ciepła wodą, miednicy z wodą o temperaturze 43–46°C, basenu jednorazowego lub wielokrotnego użytku, pasty, szczoteczki, kubka z ciepłą wodą do mycia zębów, szczoteczki do paznokci, pumeksu, podkładów higienicznych,

·        zamknięcie w sali okien i drzwi,

·        zapewnienie optymalnej temperatury w pomieszczeniu, w którym będzie odbywała się toaleta,

·        zabezpieczenie łóżka parawanem,

·        ustawienie miednicy z wodą na krześle, tacy z zestawem na stoliku przyłóżkowym oraz zawieszenie ręczników i myjek w zasięgu ręki.

3.      Przygotowanie pacjenta:

·        poinformowanie pacjenta o planowanych działaniach,

·        uzyskanie zgody chorego na przeprowadzenie toalety,

·        zapewnienie warunków intymności,

·        zapewnienie pacjentowi wygodnej i bezpiecznej pozycji ciała.

Czynności właściwe

Mycie zębów

1.      Podłożenie pod brodę pacjenta cienkiego ręcznika.

2.      Uniesienie głowy pacjenta (lewą ręką).

3.      Podanie kubka z wodą do przepłukania jamy ustnej (prawą ręką).

4.      Odstawienie kubka wody ruchem skierowanym poniżej głowy pacjenta na stolik i podanie miski nerkowatej.

5.      Podanie pacjentowi szczoteczki z nałożoną pastą do zębów.

6.      Pacjent myje zęby samodzielnie. Jeżeli jego możliwości w tym zakresie są ograniczone, pielęgniarka myje jego zęby według sposobu przedstawionego podczas toalety jamy ustnej.

7.      Odłożenie szczoteczki.

8.      Naprzemienne podawanie wody i miski nerkowatej, aż do momentu całkowitego wypłukania jamy ustnej przez pacjenta.

9.      Osuszenie ręcznikiem ust pacjenta.

10.  Wyjęcie ręcznika spod brody pacjenta.

**Mycie twarzy, uszu, nosa, szyi**

1.      Zdjęcie pacjentowi koszuli.

2.      Podłożenie pod głowę pacjenta zmarszczonego, cienkiego ręcznika.

3.      Zmoczenie myjki (bez mydła) i zmycie powiek w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka (każde oko umyte inną myjką). W przypadku sklejonych powiek, obecności zaschniętej wydzieliny, pozostawienie na około 30 s zwilżonego wodą gazika, następnie zmycie powiek.

4.      Oczyszczenie za pomocą patyczków higienicznych jam nosowych.

5.      Umycie twarzy pacjenta za pomocą ruchów okrężno-posuwistych.

6.      Osuszenie umytej twarzy.

7.      Nałożenie na usta i okolice wyjścia jam nosowych (jeśli są wysuszone) maści pielęgnacyjnej.

8.      Oczyszczenie widocznej części przewodów słuchowych za pomocą zmoczonego gazika i patyczków higienicznych.

9.      Umycie gąbką lub myjką z mydłem zewnętrznej i wewnętrznej strony małżowin usznych.

10.  Umycie i osuszenie szyi pacjenta.

11.  Usunięcie ręcznika spod głowy.

**Mycie kończyn górnych**

1.      Odsłonięcie kończyny górnej pacjenta.

2.      Podłożenie ręcznika kąpielowego w taki sposób, aby w okolicy pachy można było go założyć na wierzchnie przykrycie.

3.      Ustawienie pod dłonią pacjenta miednicy z wodą, a obok mydelniczki.

4.      Mycie kończyny górnej – najpierw strony zewnętrznej przedramienia i ramienia, a następnie strony wewnętrznej (w celu pobudzenia i ułatwienia odpływu żylnego stosowanie silnego ucisku podczas ruchów myjki do góry).

5.      Umycie dołu pachowego – w celu lepszego dostępu do pachy, uniesienie kończyny pacjenta w stanie barkowym ponad jego głowę.

6.      Umycie dłoni pacjenta (należy pamiętać o używaniu szczoteczki do paznokci).

7.      Wytarcie kończyny ręcznikiem, następnie nakrycie wierzchnim przykryciem.

8.      Obcięcie paznokci u palców rąk (gdy istnieje taka konieczność).

9.      Umycie drugiej kończyny górnej – powtórzenie powyższych czynności.

**Mycie klatki piersiowej i brzucha**

1.      Ułożenie na wierzchnim przykryciu ręcznika kąpielowego.

2.      Przytrzymanie go od góry i wsunięcie ręki pod ręcznik. Uchwycenie górnego brzegu wierzchniego przykrycia i wysunięcie go spod ręcznika bez odkrywania klatki piersiowej pacjenta, do okolicy bioder pacjenta.

3.      Umycie klatki piersiowej – wsunięcie namydlonej myjki pod ręcznik, tak aby nadmiernie nie odsłaniać klatki piersiowej, szczególnie u kobiet.

4.      Ocena stanu skóry pod piersiami (odparzenia). Po umyciu należy ten obszar należy dokładnie spłukać i osuszyć, ewentualnie natalkować.

5.      Osuszenie klatki piersiowej ręcznikiem.

6.      Umycie brzucha, pępka i okolic bioder (w ten sam sposób jak klatkę piersiową).

7.      Osuszenie umytych okolic ciała (uchwycenie za dolny koniec ręcznika i górny wierzchniego przykrycia i wykonanie ruchu do góry, równocześnie naciągając koc na pacjenta i zdejmując z niego ręcznik).

**Mycie kończyn dolnych**

1.      Ułożenie kończyn dolnych pacjenta na odwiedzeniu.

2.      Odsłonięcie kończyny ze zwróceniem uwagi na zachowanie intymności pacjenta.

3.      Ugięcie kończyny dolnej i położenie w poprzek w miejscu poniżej uda ręcznika (tak, aby ochraniał on wierzchnie przykrycie łóżka, prześcieradło, kołdrę).

4.      Umycie, spłukanie, wytarcie uda.

5.      Włożenie ręcznika pod podudzie i stopę.

6.      Wstawienie miednicy pod stopę.

7.      Umycie i spłukanie podudzia.

8.      Umycie stopy – podczas jej mycia, mocne naciskanie na jej podeszwę (masaż) oraz używanie szczoteczki do paznokci, jeżeli istnieje konieczność zastosowanie pumeksu.

9.      Usunięcie miednicy.

10.  Wytarcie podudzia oraz stopy.

11.  Obcięcie paznokci.

12.  Umycie drugiej kończyny dolnej (powtórzenie czynności).

**Mycie pleców i pośladków**

1.      Ułożenie pacjenta na boku.

2.      Założenie wierzchniego przykrycia na pacjenta (tak, aby uwidocznione zostały plecy).

3.      Ułożenie ręcznika wzdłuż pleców, a nawet nieznacznie pod ciało.

4.      Umycie pleców, pośladków, a na końcu szpary pośladkowej.

5.      Osuszenie umytych części ciała, dodatkowe natarcie ich spirytusem salicylowym, lotionem bądź oliwką i wykonanie przez 5–10 minut masażu ze zwróceniem szczególnej uwagi na plecy, pośladki, okolice kości krzyżowej.

**Mycie krocza i zewnętrznych narządów płciowych**

1.      Ustawienie w odwiedzeniu kończyn dolnych pacjenta i ugięcie ich w stawach kolanowych.

2.      Podłożenie pod pośladki podkładu zabezpieczającego łóżko.

3.      Wykonanie zwierzchniego przykrycia tzw. budki (na ugięte kończyny dolne podciągnięcie dolnej części wierzchniego przykrycia do wysokości kolan pacjenta, po bokach kołdra jest opuszczona na materac i podwinięta pod stopy.

4. Mycie krocza u kobiet:

·        podłożenie basenu pod pośladki,

·        umycie pachwin w kierunku od spojenia do odbytu,

·        umycie spojenia łonowego,

·        umycie zewnętrznych narządów płciowych ruchami od spojenia łonowego do odbytu,

·        polanie niewielką ilością wody wewnętrznej powierzchni uda,

·        spłukanie i osuszenie umytych okolic i zewnętrznych narządów płciowych,

·        wyjęcie i odstawienie basenu.

Mycie krocza u mężczyzn:

·        podłożenie ręcznika pod pośladki,

·        odciągnięcie napletka,

·        umycie żołędzi gazikiem lub wacikiem zwilżonym wyłącznie wodą,

·        po umyciu naciągnięcie napletka,

·        umycie obu pachwin,

·        umycie worka mosznowego – obserwacja, czy nie występują zmiany o charakterze odparzeń,

·        umycie okolicy krocza i osuszenie ręcznikiem,

·        usunięcie podkładu.

**Czesanie włosów:**

1.      Podłożenie pod głowę ręcznika.

2.      Podzielenie włosów na połowy.

3.      Zwrócenie głowy pacjenta w prawo i uczesanie lewej połowy włosów.

4.      Następnie odwrócenie głowy pacjenta w lewo i uczesanie prawej połowy włosów (w przypadku długich włosów należy czesać je pasmami, rozpoczynając od końca włosów i równocześnie przytrzymując mocno ponad miejscem rozczesywanym).

Czynności końcowe

1.      Uporządkowanie sprzętu, materiału i otoczenia:

·        umycie i dezynfekcja użytych przyborów zgodnie z przyjętymi zasadami,

·        odstawienie parawanu,

·        zapewnienie estetycznego wyglądu najbliższego otoczenia.

2.      Postępowanie z pacjentem:

·        poprawienie zasłania łóżka,

·        umożliwienie pacjentowi odpoczynku poprzez zapewnienie ciszy i spokoju.

3.      Czynności końcowe wykonywane przez pielęgniarkę:

·        zdjęcie rękawiczek,

·        higieniczne mycie rąk,

·        udokumentowanie wykonania toalety całego ciała pacjenta w łóżku,

·        zapisanie w dokumentacji pacjenta danych dotyczących np. rozległości odparzeń, odleżyn i innych zmian na skórze zaobserwowanych w czasie zabiegu, ewentualnie przekazanie uwag lekarzowi.

**Zapewnienie higieny jamy ustnej**

Podstawy zapewnienia higieny jamy ustnej:

·        w skład toalety jamy ustnej wchodzi mycie zębów, podniebienia i języka oraz oczyszczenie przestrzeni między zębami i tkanek znajdujących się pomiędzy zębami a policzkami.

·        mycie zębów powinno odbywać się rano po obudzeniu oraz przed snem, a także po każdym posiłku.

W warunkach szpitalnych dieta często jest jednym z elementów procesu leczenia. Dlatego nie może być pozbawiona produktów żywnościowych wpływających na oczyszczenie jamy ustnej, czyli pokarmów twardych, np. jabłek, czerstwego pieczywa.

Utrzymanie higieny jamy ustnej może być warunkowane ograniczoną wydolnością samoobsługową pacjenta oraz niepoprawnymi nawykami higienicznymi.

Celem toalety jamy ustnej jest:

·        oczyszczenie jamy ustnej z resztek pokarmów,

·        zapobieganie stanom zapalnym i zakażeniom w jamie ustnej,

·        zlikwidowanie przykrego smaku i zapachu z ust,

·        poprawa samopoczucia pacjenta,

·        zapobieganie próchnicy,

·        pobudzenie wydzielania śliny,

·        wykonanie masażu dziąseł,

·        leczenie określonych zmian patologicznych według zleceń lekarskich.

Podczas wykonywania toalety jamy ustnej obowiązują następujące zasady:

1.      Zapoznanie się ze stanem pacjenta i ocena stopnia jego samodzielności w celu określenia zakresu pomocy, jakiej będzie wymagał.

2.      Uzgodnienie pory wykonania pielęgnacji jamy ustnej pacjenta.

3.      Szanowanie prawidłowych nawyków i zwyczajów higienicznych pacjenta, w przypadku negatywnych – przeprowadzenie działań edukacyjnych.

4.      Stosowanie środków do płukania jamy ustnej, uwzględniając rodzaj zmian chorobowych, jeżeli takie są.

2.      Higiena otoczenia chorego

Wybór pomieszczenia

Przy krótkotrwałym niedomaganiu najlepszym wyjściem jest pozostawienie chorego we własnym pokoju. Jeżeli chory będzie mógł wkrótce wstać, nie ma potrzeby przemeblowywać całego domu. Choroba przewlekła wymaga innych rozwiązań i stanowi wskazanie do urządzenia osobnego pokoju. Uwzględniamy w nim zapewnienie spokoju i intymności oraz możliwości wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych. W przypadku długotrwałej choroby najlepiej wybrać pokój blisko łazienki i toalety. Jeśli chory może chodzić, jego droga do pomieszczeń sanitarnych będzie mniej męcząca. Jeśli natomiast jest przykuty do łóżka, noszenie basenu lub krzesła higienicznego do blisko położonej łazienki oszczędzi wiele czasu. Można zdecydować się na urządzenie pokoju chorego obok kuchni lub salonu, by chory nie czuł się odizolowany od pozostałych domowników. Jeśli mamy do czynienia z osobą korzystającą z wózka inwalidzkiego, jej pokój powinien znajdować się na parterze lub w budynku należy zainstalować windę. W mieszkaniu należy poszerzyć drzwi oraz zlikwidować progi.

Każdy przypadek jest odmienny, należy zatem rozważyć wszystkie okoliczności przemawiające za urządzeniem pokoju chorego w tym czy innym pomieszczeniu, biorąc pod uwagę zarówno potrzeby rodziny, jak i układ domu.

Pokój chorego

Przewlekle chory zmuszony jest niekiedy do przebywania w tym samym pomieszczeniu nawet przez kilka lat. Ważne jest więc urządzenie go tak, by wystrój z jednej strony pobudzał wyobraźnię i inspirował chorego, z drugiej zaś tworzył miły i przytulny nastrój. Czytanie książek, gazet i pism ilustrowanych wypełnia czas chorego i wraz z telewizją oraz radiem dostarcza mu rozrywki, pobudza także jego zainteresowania światem zewnętrznym. Jednak niezależnie od tego jak atrakcyjnie urządzone będzie otoczenie chorego, należy pamiętać, że odwiedziny przyjaciół i krewnych również korzystnie wpłyną na jego samopoczucie. Należy więc pozostawić w pokoju wygodne krzesła.

Rzeczy osobiste, takie jak fotografie bliskich chorego, mają także dobry wpływ na jego nastrój. Zegar ustawiony w widocznym miejscu pomoże zachować poczucie czasu, a mały ręczny dzwonek posłuży w razie potrzeby do wezwania pomocy. Należy również zainstalować przy łóżku dającą dobre światło lampę nocną.

By pokój chorego zachował domową atmosferę, powinien być czysty. Należy więc ustawić w pobliżu łóżka kosz na odpadki – najlepiej z umieszczoną w nim torebką plastikową, do której chory będzie mógł wrzucać zużyte chusteczki papierowe i inne odpadki.

Temperatura i wilgotność

W pokoju chorego, zwłaszcza jeśli jest nim dziecko lub osoba w podeszłym wieku, musi być ciepło. Szczególnie ważne jest, by choremu nie było zimno w czasie wykonywania przy nim zabiegów higienicznych lub ścielenia łóżka – okna powinny być wówczas zamknięte. Poza tym pokój należy dobrze wietrzyć. Gdy w budynku działa centralne ogrzewanie, obniża się wilgotność powietrza – chory zaczyna skarżyć się na suchość jamy ustnej i nosa oraz bóle gardła i głowy. Najlepiej w takim wypadku zakupić nawilżacz powietrza lub ustawić w pobliżu kaloryfera naczynie z wodą, którą uzupełnia się w miarę potrzeby.

Ustawianie mebli

Pokój nie powinien być zastawiony meblami, gdyż utrudnia to poruszanie się po nim. Jeśli łóżko stoi pod ścianą, należy je odsunąć tak, by był do niego swobodny dostęp z każdej strony. Gdyby nie było to możliwe, należy je ustawić tak, by w razie potrzeby łatwo dało się przesunąć. Zarówno w dużym, jak i małym pokoju łóżko stanowi jego punkt centralny, nie powinno być jednak ustawione w przeciągu, lecz w miejscu, gdzie jest dobry obieg powietrza. Dwa krzesła o prostych oparciach są użyteczne podczas ścielenia łóżka, służąc jednocześnie osobom odwiedzającym, a wygodny fotel jest istotnym elementem umeblowania pokoju tego chorego, który wstaje. Bardzo przydatny jest stolik nasuwany na łóżko, natomiast dodatkowy stół może służyć do ustawienia sprzętu niezbędnego do opieki nad chorym.

Efekty działań pielęgnacyjnych i leczniczych, stan psychiczny oraz komfort pacjenta uzależnione są w dużym stopniu od otoczenia ludzkiego i materialnego.

Otoczenie ludzkie tworzą osoby, z którymi pacjent wchodzi w relacje interpersonalne tj. zespół opiekuńczo-terapeutyczny, inni pacjenci, rodzina i przyjaciele.

Środowisko materialne stanowią pomieszczenia oraz elementy wyposażenia i sprzętu swoistego dla rodzaju instytucji, domu.

**Otoczenie pacjenta**

Środowisko materialne można podzielić na otoczenie bliższe i dalsze. Najbliższym otoczeniem jest miejsce pobytu – sala chorych, pokój w domu.

**Wyposażenie pomieszczenia** (np. łóżko, szafka przyłóżkowa) oraz jego mikroklimat wpływają na psychikę i samopoczucie pacjenta. Otoczenie dalsze stanowią pomieszczenia pomocnicze oraz gospodarcze szpitala czy domu.

Wyposażenie łózka – pościel

W skład pościeli wchodzą: poduszki i oraz wierzchnie okrycie – koc lub kołdra. Do wygodnego ułożenia pacjenta w łóżku służą poduszki podłużne lub kwadratowe o różnej wielkości. Mogą być one wypełnione wkładem poliestrowym, silikonowym lub pierzem. By ułożyć pacjenta w określonej pozycji, stosuje się liczne udogodnienia.

**Pościel**

Do okrycia pacjenta służą koce bawełniane, wełniane lub z anilany, a także lekkie kołdry wypełnione wkładem poliestrowym.Bieliznę pościelową stanowią prześcieradła, poszwy i poszewki. Bielizna pościelowa jest uszyta najczęściej z tkaniny bawełnianej. Podkłady (najczęściej jednorazowe lub dwuwarstwowe – jedna bawełniana, druga nieprzemakająca) są przeznaczone dla pacjentów zanieczyszczających się.

**Bielizna pościelowa**

Prześcieradło powinno być dłuższe i szersze o około 70–80 cm od materaca, co pozwala na prawidłowe zaścielenie i podłożenie prześcieradła pod materac oraz zabezpiecza przed jego marszczeniem (profilaktyka przeciwodleżynowa). Poszwy powinny odpowiadać wielkością poduszkom i kocom. Poszwy na kołdrę, koc, poszewki oraz pościel mogą mieć wszyte w rogach tasiemki albo rzepy, które po zawiązaniu lub zapięciu utrzymują pościel w bieliźnie na stałym miejscu.

**Bielizna osobista**

Bieliznę osobistą pacjenta stanowią: koszula lub piżama, serwetki lniane, szlafrok i pantofle. Pacjenci hospitalizowani mogą używać własnej bielizny osobistej lub otrzymać bieliznę szpitalną. Koszule i piżamy zwykle wykonane są z surowców naturalnych, muszą być luźne do nakładania i zdejmowania.

**Bielizna osobista pacjenta**

Koszule dla pacjentów ciężko chorych lub znajdujących się na oddziałach chirurgicznych mają rozcięcie z tyłu na całej długości koszuli. Ułatwia to ich zmianę podkładanie basenu. Serwetki lniane służą do ochrony bielizny osobistej i pościelowej pacjenta podczas spożywania posiłków

**Bielizna kąpielowa pacjenta**

Pacjent powinien posiadać dwa ręczniki – do wycierania górnej i dolnej połowy ciała. Myjki są to nakładane na dłonie rękawice frotte lub flanelowe, które służą do mycia ciała. Ze względów higienicznych pożądane jest, aby myjki były jednorazowego użytku. Osoba hospitalizowana powinna posiadać ponadto szlafrok oraz pantofle.

**Szafka przyłóżkowa**

Budowa szafki powinna zapewniać łatwe utrzymanie jej w czystości. Zwykle szafki przyłóżkowe posiadają metalowy szkielet i dwustronnie otwierane drzwiczki. Funkcja ta umożliwia ustawienie szafki po obu stronach łóżka. Drzwi zabezpieczone są przed samoczynnym otwieraniem się poprzez zastosowanie zatrzasku magnetycznego.

Półka boczna

Półkę boczną z możliwością regulowania wysokości, obrotu, wysunięcia i pochylenia. Półka ułatwia pacjentowi spożywanie posiłków, pisanie i czytanie.

**Wyposażenie sali chorych**

Dodatkowym wyposażeniem pokoi chorych są krzesła lub taborety, które w dziennej aktywności pacjentów pozwalają na zachowanie naturalnej pozycji siedzącej poza łóżkiem lub zapewniają wygodę dla osób odwiedzających pacjenta. Krzesło lub taboret służyć może także do odkładania pościeli podczas prześcielania łóżka lub innych podręcznych przedmiotów potrzebnych do pielęgnacji pacjenta w łóżku. Kolejnym ważnym elementem wyposażenia sal chorych są parawany. Służą one do zapewnienia pacjentom intymności, np. podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.

**Pokój szpitalny**

Pokój szpitalny powinien być tak zaprojektowany i urządzony, aby zapewniał poczucie bezpieczeństwa (był przejrzysty pod względem funkcji) i służył kontaktom międzyludzkim (stworzenie miejsca w pokoju dla osoby bliskiej choremu). Powierzchnia pokoi chorych powinna wynosić:

·        pokój jednołóżkowy – min. 12 m2,

·        pokój dwułóżkowy – min. 14 m2,

·        pokój trzyłóżkowy – min. 20 m2,

·         pokój wielołóżkowy – min. 6 m2 na jedno łóżko.

**3.      Higiena ciała chorego**

Higiena ciała wiąże się z odwiecznym problemem pacjenta leżącego – odleżynami i ich pielęgnacją.

**Odleżyna**(łac. *decubitus*) – uszkodzenie skóry i leżących pod nią tkanek aż do kości. Odleżyny powstają na skutek długotrwałego lub powtarzającego się ucisku, który powoduje niedotlenienie tkanek, a następnie ich martwicę. W miarę oddzielania się tkanek martwiczych powstają trudno gojące się owrzodzenia, które łatwo ulegają wtórnemu zakażeniu. U przewlekle chorych odleżyny powstają w miejscach, które stykają się z podłożem, głównie w okolicy kości krzyżowej, kości ogonowej, pośladków, na piętach lub biodrach. W stanach ciężkich nawet na ramionach, kostkach i kolanach. Odleżyny najczęściej występują u chorych obłożnie, tych, którzy mają trudności z poruszaniem się w łóżku, nieprzytomnych i mającym problem z nietrzymaniem moczu. Choroby, które sprzyjają powstawaniu odleżyn to m.in. cukrzyca i miażdżyca. Dotykają pacjentów po urazach wielonarządowych, z porażeniami kończyn, po przebytych udarach mózgowych, z zaawansowaną miażdżycą mózgu.

Bardzo niebezpieczne są odleżyny w obrębie tchawicy i krtani. Niewłaściwa pielęgnacja rurki tracheotomijnej może doprowadzić do powstania przetok, które mogą spowodować następowe zwężenia i niedrożność oddechową w okresie gojenia się i bliznowacenia.

Jako profilaktykę stosuje się zmiany pozycji chorego co 2 godziny, właściwe umiejscowienie i ustabilizowanie rurki dotchawiczej i sondy żołądkowej, aby nie wykonywały ruchów w stosunku do krtani, na skracaniu czasu tzw. intubacji przedłużonej, częstym opróżnianiu z powietrza mankietów uszczelniających rurki dotchawicze i tracheotomijne, na posługiwaniu się cewnikami i drenami miękkimi i o możliwie małej średnicy. Jeżeli już dojdzie do powstania odleżyny, leczenie jest w ogólnym schemacie takie samo jak leczenie ran. Powinno się dbać o sterylność opatrunków. Wskazane jest chirurgiczne czyszczenie ran poprzez usuwanie martwych tkanek w obrębie rany. Konieczna jest troskliwa pielęgnacja i niedopuszczenie do kolejnych odleżyn. Rokowania są dość poważne. Gdy odleżyna jest głęboka (sięga do kości) lub rozległa, bardzo trudno jest ją wyleczyć. W profilaktyce przydatne są materace i poduszki przeciwodleżynowe, a zwłaszcza dynamiczne materace zmiennociśnieniowe. Najważniejsza jest jednak zmiana pozycji i troskliwa pielęgnacja całego ciała.

Bardzo ważną rolę odgrywa częste prześcielanie łóżka (prześcieradło powinno być równo naciągnięte, pościel czysta, sucha), dbałość o higienę osobistą chorego, mycie, nacieranie spirytusem 45-procentowym, zasypywanie talkiem miejsc narażonych na powstawanie odleżyn co najmniej 3 razy dziennie, a u osób skłonnych do powstawania odleżyn co 2 godziny.

W celu zniesienia i rozłożenia ucisku podkłada się materac przeciwodleżynowy, kółka gumowe pod pośladki, kółka z waty, żelowe pod pięty i łokcie, poduszki wypełnione powietrzem lub wodą w celu amortyzowania ucisku. Powstałe odleżyny, mimo stosowania różnych środków farmakologicznych i fizykoterapii, goją się trudno i wolno.

Powstawaniu odleżyn należy zapobiegać poprzez uruchamianie podopiecznych i stosowanie sprzętu przeciwodleżynowego (podlega częściowej refundacji).

**Miejsca występowania odleżyn to**: boczny brzeg stopy, kostka boczna stopy, pięta, paluch, palce stopy, rzepka, krocze (moszna), pośladek, kość ogonowa, nasada kości strzałkowej, kość udowa boczna, krętarz większy, kość biodrowa, okolice guzów kulszowych, krętarze, żebro, żebro przyśrodkowe, kość ramienia, okolica wyrostka łokciowego, ucho, łokieć, kręgosłup, łopatka, tył głowy, potylica, mostek, kość potyliczna, krtań, przełyk.

Rysunek 4.1. Miejsca występowania odleżyn

Źródło: opracowanie własne wykonawcy na podstawie <http://www.stopacukrzycowa.com/leczenie_ran_odlezynowych.html>

**Ocena odleżyn** –identyfikowanie pacjenta obarczonego ryzykiem rozwoju/powstawania odleżyn odbywa się przy pomocy skali oceny ryzyka odleżyn.

Ocenę ryzyka rozwoju odleżyn prowadzi się u:

·        wszystkich nowoprzyjętych pacjentów (placówki służby zdrowia, opieka indywidualna domowa),

·        pacjentów narażonych na odleżyny (choroby przewlekłe, paliatywne, udary, chory nieprzytomny),

·        pacjentów/podopiecznych, których stan zdrowia pogorszył się w czasie opieki nad nim.

Przykładowe skale oceny odleżyn przedstawiono w tabelach 4.1 i 4.2.

Tabela 4.1. Skala TIME

| **Składnik oceny** | **Objawy** |
| --- | --- |
| **„T”** (*tissue* – tkanki) – kolorowy system oceny rany, informacja o fazie procesu gojenia (badanie przedmiotowe i charakterystyka rany, ocena dna i tkanek wypełniających/pokrywających owrzodzenie) | 1.       Rany czarne – sucha, miękka czarna lub brązowa martwica wypełniająca dno odleżyny IV lub V.  2.       Rany żółte – kolor odleżyny pochodzi od martwiczych mas głównie z tkanki tłuszczowej. Często są to rany zainfekowane.  3.       Rany czerwone – oznaczają fazę ziarninowania. Ziarnina jest bardzo delikatna, krwawi nawet przy mikrourazach.  4.       Rany różowe – oznaczają fazę naskórkowania. |
| **„I”** (*inflammation* – zapalenie, *infection* – zakażenie) – znaczące objawy kliniczne zakażenia rany przewlekłej(kontrola zapalenia i ocena stanu mikrobiologicznego rany) | 1.       Rozszerzający się rumień wokół rany.  2.       Zwiększone miejscowe ocieplenie skóry.  3.       Zmiana charakteru lub nasilenie bólu w obrębie owrzodzenia.  4.       Wzrost lepkości i intensywności wysięku.  5.       Zapalenie tkanki podskórnej, zapalenie naczyń chłonnych (obrzęk).  6.       Nagłe pojawienie się nieprzyjemnego zapachu z rany lub jego intensyfikacja.  7.       Zmiana koloru ziarniny z lśniąco czerwonego na matowy i brunatny, pojawienie się włóknika i wzrost ranliwości ziarniny.  8.       Nowe ogniska uszkodzenia w obrębie toczącego się procesu zapalnego.  9.        Inne, nagle pojawiające się zmiany w wyglądzie i cechach ran. |
| **„M”** (*moisture* – wilgotność) – dopuszczalna ilość wysięku to taka, która nie powoduje maceracji otaczających tkanek(ocena wysięku i poziomu wilgotności powierzchni rany) | 1.       Dynamika wysięku – zmniejszenie jego ilości towarzyszące gojeniu rany i ograniczaniu się procesu zapalnego świadczy o właściwym wyborze terapii.  2.       Zmiana zabarwienia, np. towarzysząca zakażeniu rany, wiąże się zwykle z nasileniem, zwiększeniem ilości wysięku i intensyfikacją zapachu.  3.       Opatrunek – jego obserwacja uzupełnia dane na temat ww. cech wysięku, informuje o poziomie wilgotności rany i trafności doboru terapii miejscowych. |
| **„E”** (*edge*/*epidermis* – naskórek, nieprawidłowe brzegi) – implikacje mogące budzić wątpliwości co do dalszego procesu gojenia(ocena brzegów owrzodzenia i zaburzeń naskórkowania) | 1.       Zahamowanie epitalizacji.  2.       Wałowate, zrolowane lub pogrubiałe brzegi owrzodzenia.  3.       Brzegi podminowane.  4.       Brzegi twarde i zwłókniałe.  5.       Hiperkeratoza na brzegach owrzodzenia.  6.       Brzegi zmacerowane lub objęte procesem zapalnym. |

Źródło: opracowanie własne autora

Tabela 4.2. Skala NORTON – skala oceny ryzyka powstania odleżyn

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czynniki ryzyka | Punktacja | | | |
| **4** | **3** | **2** | **1** |
| Stan fizyczny | Dobry | Dość dobry | Ciężki | Bardzo ciężki |
| Stan świadomości | Pełna przytomność i świadomość | Apatia | Zaburzona świadomość | Stupor lub śpiączka |
| Aktywność (zdolność poruszania się) | Chodzi samodzielnie | Chodzi z asekuracją | Siedzi | Leży w łóżku |
| Ruchliwość (stopień samodzielności przy zmianie pozycji) | Pełna | W małym stopniu ograniczona | Bardzo ograniczona | Całkowita niesprawność |
| Funkcja zwieraczy odbytu i cewki moczowej | Pełna sprawność zwieraczy | Sporadyczne moczenie się | Częste nietrzymanie moczu | Całkowite nietrzymanie moczu i stolca |

Źródło: opracowanie własne autora

Profilaktyka

·        Troskliwa pielęgnacja skóry (mycie, osuszanie, natłuszczanie).

·        Zapewnienie dostępu powietrza do skóry (bawełniana odzież i pościel, wietrzenie, częsta zmiana).

·        Eliminacja gumowych lub plastikowych podkładów.

·        Ochrona przed nietrzymaniem moczu i stolca (podpaski, pampersy, zestaw zewnętrzny do odprowadzenia moczu, ostatecznie cewnik), wzmacnianie mięśni krocza, zwieraczy, odbytu (gimnastyka).

·        Aktywizowanie podopiecznego/chorego, ćwiczenia bierne (rehabilitacja).

·        Regularna zmiana pozycji co 2 godziny (zgodnie ze wskazówkami zegara).

·        Stabilizacja pozycji chorego za pomocą odpowiednich podpórek i wałków.

·        Stosowanie materacy pneumatycznych, udogodnień.

·        Profilaktyczne stosowanie cienkich opatrunków, np. błon poliuretanowych lub hydrokoloidów supercienkich.

·        Edukacja rodziny, współpraca z podopiecznym/pacjentem.

·        Dbałość o stan odżywienia, odpowiednia podaż płynów.

Zasady zachowawczego leczenia odleżyn

Leczenie zachowawcze sprowadza się do właściwej pielęgnacji rany odleżynowej, aseptycznego postępowania z raną, co umożliwia jej wyziarninowanie i wynaskórkowanie.

 Założenia ogólne pielęgnacji odleżyn

·        Utrzymywanie rany w czystości − irygacji nie należy wykonywać, stosując ciśnienie wyższe niż 0,5 do l kg/cm2.

·        Używanie soli ﬁzjologicznej jest bezpieczne, natomiast wody utlenionej nie zawsze zalecane.

·        Ochrona rany przed zbytnią nadbudową tkanek (nadmiernym ziarninowaniem) − prawidłowo rana powinna się goić od zewnątrz do wewnątrz, a jeśli proces zdrowienia przebiega odwrotnie, tworzy się duża blizna.

·        Minimalizowanie dostępu bakterii.

W miejscowym leczeniu rany odleżynowej stosuje się leki enzymatyczne, specjalistyczne opatrunki oraz terapię podciśnieniową. Dostępnych jest wiele opatrunków aktywnych, które mają za zadanie niedopuszczanie do wysychania rany, co gwarantuje optymalne warunki gojenia.

Cechy idealnego opatrunku:

·        zapewnienie ciągłości ﬁzycznej rany,

·        ochrona przed zakażeniem,

·        zapewnienie optymalnego pH, wilgotności, termoregulacji i wymiany gazowej,

·        wspomaganie procesów gojenia,

·        hypoalergiczność,

·        łatwość użycia i racjonalna cena (<http://chomikuj.pl/roman-es/Dokumenty/Opiekun+medyczny/Higiena+otoczenia+chorego,1215279683.doc>).

Aby dowiedzieć się, jak utrzymać ciało chorego w czystości, zobacz film poglądowy umieszczony na stronie:

·        <http://www.youtube.com/watch?v=76hNY7YUXhc>

Zapoznaj się z planem działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych w artykule zamieszczonym na stronie:

·        <http://www.wydawnictwopzwl.pl/download/konferencje/plan_opieki.pdf>.

4.      Zabiegi przeciwzapalne

Zabiegi przeciwzapalne polegają na miejscowym stosowaniu zimna lub ciepła. Zaliczamy do nich okłady, kompresy, bańki, worki z lodem, zawijania, wanny itp.

Okłady

Tabela 4.3. Okłady jako zabiegi przeciwzapalne

| **Zimny okład** | **Ciepły okład** |
| --- | --- |
| 1.       Zastosowanie zimnego okładu:  ·         Stosowany miejscowo przez krótki czas wywołuje efekt naczyniozwężający w małych, powierzchownych naczyniach krwionośnych, przez co zmniejsza przepływ krwi w tych okolicach – działa przeciwobrzękowo, obniża aktywność metaboliczną tkanek, temperaturę, wrażliwość zakończeń nerwowych, działa przeciwbólowo.  ·         Stosowany miejscowo hamuje rozwijanie się stanu zapalnego, ropienia, ogranicza krwawienie oraz zmniejsza aktywność drobnoustrojów we wczesnych okresach zakażenia.  ·         Jest czynnikiem zapobiegającym lub ograniczającym obrzęk tkanek po skręceniach, stłuczeniach i nadwyrężeniach ścięgien, mięśni, stawów.  ·         Zmniejsza w obszarze swego działania zaopatrzenie w krew, zwiększając tym samym ukrwienie innych okolic organizmu.  2.       Tolerancja zimna jest bardzo indywidualna i w przypadkach skrajnych może doprowadzić do odmrożenia.  3.       Należy obserwować skórę pod względem koloru i ewentualnych zmian patologicznych, takich jak: zaczerwienienie, marmurkowatość, bladość, pojawienie się pęcherzy. Stwierdzenie któregokolwiek z tych objawów jest wskazaniem do przerwania stosowania zimna.  4.       Do stosowania zimna na małe powierzchnie ciała wykorzystuje się worki z lodem lub wilgotne i zimne okłady.  5.       Przy stosowaniu worków z lodem należy pamiętać o wypuszczeniu powietrza z worka (zmniejsza przewodnictwo cieplne), szczelności (korek, uszczelka) oraz owinięciu pokrowcem lub flanelką pochłaniającymi wilgoć powstającą na zewnętrznej powierzchni worka w czasie topienia się lodu.  6.       Najlepsze wyniki lecznicze uzyskuje się, stosując worki z lodem przez 30–60 min. z godzinną przerwą. Innym sposobem stosowania zimna na małej powierzchni są wilgotne, zimne okłady. Najczęściej stosuje się okłady zimne wysychające i chłodzące.  7.       Okład wysychający:  ·         Składa się z dwóch warstw: mokrej i suchej. Warstwa sucha powinna pokrywać całkowicie warstwę mokrą. Płótno, flanelę, ręcznik itp. zanurza się w zimnej wodzie i po wyciśnięciu jej nadmiaru przykłada się na leczone miejsce lub okolicę. Warstwa mokra powinna ściśle przylegać do skóry.  ·         Okład wysycha po 2–3 godz. (u osób gorączkujących szybciej, a u cierpiących na zaburzenia krążenia obwodowego lub wyniszczonych wolniej), dlatego zmienia się go indywidualnie, aby ciągle był wilgotny. Zaraz po założeniu okładu chory zwykle ma uczucie zimna, może występować tzw. „gęsia skórka”, ale już w kilka minut następuje miejscowy odczyn, polegający na rozszerzeniu naczyń krwionośnych skóry.  ·         Okład rozgrzewa się i wysycha kosztem ciepła chorego, obniżając temperaturę o ok. 1°C, działa również uspokajająco. Okłady tego typu mają zastosowanie w stanach zapalnych żołądka, pęcherzyka żółciowego (kamica), wyrostka robaczkowego itp. | 1.       Zastosowanie ciepłego okładu:  ·         Stosowany miejscowo powoduje podwyższenie temperatury tkanek, co daje rozszerzenie naczyń krwionośnych, zmniejsza lepkość krwi, zwiększa przepływ chłonki. Wskutek rozszerzania naczyń skóry wzrasta w nich przepływ krwi, podwyższa się ciśnienie kapilarne (w naczyniach włosowatych), co prowadzi do przenikania płynu śródnaczyniowego do przestrzeni pozanaczyniowej. Wraz ze zwiększonym przepływem w obrębie zapalnego ogniska obserwuje się wzmożoną fagocytozę.  ·         Działając na tkanki objęte procesem zapalnym, powoduje osłabienie napięcia mięśniowego, zmniejsza bierne przekrwienie, powodując zmniejszenie bólu. Najlepszy efekt miejscowego oddziaływania ciepła dotyczy skóry, a maksymalne nasilenie następuje w ciągu 20–30 min.  2.       Najczęściej spotykanymi sposobami stosowania ciepła są okłady pod ceratką, okłady gorące, termofory, poduszki elektryczne itp.  3.       Okład pod ceratką:  ·         Składa się z trzech warstw: warstwy mokrej, ceratki i warstwy suchej. Przed wykonaniem okładu pod ceratką skórę natłuszcza się wazeliną, aby zapobiec maceracji. Materiał (watę, gazę, flanelkę) moczy się w wodzie, 2% roztworze octanu glinu (Altacet), roztworze ichtiolu, naparze rumianku lub w innym środku leczniczym o temperaturze pokojowej.  ·         Dobrze wyciśnięty materiał przykłada się na skórę tak, aby obejmował całkowicie miejsce objęte stanem zapalnym. Ceratka powinna pokrywać warstwę mokrą, a warstwa sucha ceratkę. Ceratka uniemożliwia parowanie i okład taki utrzymuje wilgotność przez dłuższy czas (należy go zmieniać co 8 godz.).  ·         Dłuższe stosowanie może doprowadzić do maceracji skóry i wówczas należy je przerwać. Okłady pod ceratką stosuje się np. przy czyrakach, zastrzałach, ropowicach, przy „jęczmieniu” (gradówce) na powiece, w stanach zapalnych żył po wlewach kroplowych, w zakrzepowym zapaleniu żył itp.  4.       Okład chłodzący:  ·         Płótno, flanelę lub ręcznik zanurza się w zimnej wodzie (może być z dodatkiem lodu) i po wyciśnięciu zakłada się na miejsce leczone. Okład zmienia się co 2–3 min. przez 0,5–1 godz., a w razie potrzeby powtarza się co 2–3 godz. Na zimny okład można położyć worek z lodem, przedłużając tym jego działanie.  ·         Okłady tego typu stosuje się np. na miejsca stłuczeń, zaraz po urazie, w ostrych stanach zapalnych.  5.       Okłady gorące:  ·         Technika ich stosowania jest podobna do okładów oziębiających. Używa się wówczas gorącej wody.  ·         Stosuje się je w atakach bólów kolkowych w przebiegu kamicy nerkowej i pęcherzyka żółciowego, w skurczu naczyń krwionośnych, np. w niektórych postaciach bólu głowy. |

Źródło: opracowanie własne autora

Pamiętaj! Nie oparz chorego/podopiecznego.

Okładów gorących nie należy stosować w początkowym ostrym okresie zapalenia czy urazu, a także w chorobach nowotworowych. Ich zastosowanie wymaga uprzedniej oceny układu krążenia i oddychania.

Do okładów rozgrzewających należą kataplazmy i okłady parafinowe. W stanach zapalnych żył stosowane są zawsze okłady rozgrzewające.

Okłady stosuje się przy urazach i stłuczeniach, ponieważ hamują tworzenie się krwiaków. Po nałożeniu okładu obserwujmy, czy na skórze nie wystąpiły zmiany, takie jak zaczerwienienie, bladość, wysypka i pęcherze. W przypadku wystąpienia objawów przerywamy okładanie.

Okłady łagodzą:

1.      Ból brzucha – przy zapaleniu trzustki, zaparciach, zaburzeniach pracy jelit. Okładów nie należy stosować podczas miesiączki.

2.      Stany zapalne i urazy sportowe.

3.      Ból po ekstrakcji zęba (doskonale sprawdza się lód).

4.      Ból głowy – wilgotny ręcznik uprzednio trzymany w zamrażarce kładziemy na kark.

5.      Gorączkę – zmoczonymi w letniej wodzie ściereczkami owijamy łydki. Wilgotne kompresy dodatkowo owijamy suchymi ręcznikami, a na nie zakładamy ciepłe skarpety. Chorego przykrywamy od kolan w górę.

Okład rozgrzewający możemy stosować w nerwobólach, stanach zapalnych, nieżycie oskrzeli, kamicy nerkowej, przy urazach i bolesnych miesiączkach. Okłady gorące mają działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, rozluźniające, stosowane są w nerwobólach, w napięciu mięśniowym, w wysiękach, kolce nerkowej i czyrakach.

**Kompresy**

Kompres zimny

Złożony ręcznik o wymiarach 20 x 20 cm zanurzamy w zimnej wodzie, wyciskamy i kładziemy w okolicy serca. Na mokry kompres kładziemy suchy ręcznik i kocyk. Kompres trzymamy około 15 minut. Taki kompres ma działanie głównie uspokajające. Pomaga w stanach niepokoju, w stanach, którym towarzyszy mocne bicie serca i przy nerwicy serca (po konsultacji z kardiologiem). Nie wolno stosować go w dusznicy bolesnej (<http://www.zdrowieiuroda.autogielda.pl/inne/drukuj.php?id=2404%202/3>).

Kompres parowy

Zanurzamy w gorącej wodzie lniany ręcznik, nakładamy na to suchy ręcznik i owijamy tak, aby przy ciele była sucha warstwa. Kompres ma być na tyle gorący, na ile możemy wytrzymać ciepło. Na całość nakładamy jeszcze jeden ręcznik i koc. Po zabiegu odpoczywamy 30 minut. Stosujemy go w stanach skurczowych i bólach.

**Bańki**

Jak działają bańki?

Stawianie baniek (terapia próżniowa) to znana od wieków naturalna metoda lecznicza. Jest ona idealnym sposobem na leczenie przeróżnych infekcji. Gdy stawiane są bańki, wytworzone podciśnienie wciąga skórę, co powoduje, że naczynia krwionośne pękają. Krew, która nagle została usunięta z krwiobiegu, traktowana jest przez nasz organizm jak ciało obce. Dzięki temu uruchamiane są mechanizmy obronne, które zwalczają przy okazji zalążki choroby.

Stawianie baniek tradycyjnych (szklanych):

1.      Skórę przed zabiegiem należy umyć.

2.      Smarujemy skórę pleców tłustym kremem, oliwką lub wazeliną.

3.      Jeśli skóra jest owłosiona, należy ją przed zabiegiem wcześniej ogolić (w przeciwnym wypadku bańka nie będzie prawidłowo przylegać do skóry).

4.      Aby usunąć powietrze z bańki, należy posmarować jej wnętrze wacikiem nasączonym w spirytusie i podpalić. Alternatywą jest wprowadzenie do wnętrza bańki na około 4 sekundy zapalonego wacika (na druciku). Po usunięciu powietrza należy niezwłocznie przyłożyć bańkę do skóry chorego.

5.      Trzymamy bańkę w jednej ręce, w drugiej zaś płonący wacik na patyczku.

6.      Wkładamy ogień do bańki na kilka sekund. Robimy to w odległości paru centymetrów od skóry chorego, jednak nie za blisko, aby uniknąć poparzenia.

7.      Szybkim ruchem wyciągamy płonący wacik z wnętrza bańki, jednocześnie przykładając bańkę do skóry.

8.      Osobę chorą przykrywamy wraz z postawionymi bańkami i pozostawiamy przez około 15 minut. Bańki ściągamy poprzez uciśnięcie skóry znajdującej się tuż przy jej brzegu.

**Zalecenia do stawiania baniek**

1.      Bańki są dobrym sposobem na walkę z astmą, nadciśnieniem tętniczym, dolegliwościami żołądkowymi, prostatą, czyrakami, hemoroidami, schorzeniami stawów, bólami mięśniowymi.

2.      Bańki wykazują również skuteczność w walce z wirusowymi infekcjami dróg oddechowych, takimi jak: katar, przeziębienia, grypa, bóle gardła, zapalenie gardła, zapalenie krtani, zapalenie oskrzeli, zapalenie migdałków.

3.      Pomagają w walce z bólami głowy i migrenami.

4.      W celu wzmocnienia systemu odpornościowego organizmu.

5.      W celu poprawy krążenia krwi (<http://www.tipy.pl/artykul_video_59,jak-stawiac-banki.html>).

**Sposoby na siniaki i stłuczenia**

Rzeczy, których potrzebujesz: lód, maść z arniki, kompres z roztworem sody, czosnek i oliwa, lód.

Zimne temperatury powodują szybszą regenerację tkanki. Do stłuczonego miejsca należy przyłożyć na nie dłużej niż 10 minut woreczek z lodem lub żelowy kompres. Okłady należy parokrotnie powtórzyć.

Jeśli nie mamy pod ręką lodu, należy przyłożyć do obolałego miejsca cokolwiek zimnego. Może to być zimna butelka lub woreczek z zamrożonymi warzywami.

**5.      Zapobieganie zakażeniom**

**Zakażenie** – polega na przystosowaniu i rozmnażaniu się drobnoustrojów w danym organizmie. Dużą rolę odgrywa zmiana wrażliwości i odczynowości ustroju. Ze względu na mechanizm zakażenia wyróżnia się dwa jego rodzaje: zakażenia wewnątrzpochodne (endogenne) oraz zakażenia zewnątrzpochodne (egzogenne).

Zakażenie wewnątrzpochodne – polega na gwałtownym rozmnażaniu się drobnoustrojów, które dotychczas żyły w organizmie w niewielkiej liczbie, ale w pewnym momencie uzyskały sprzyjające warunki do szybkiego rozwoju (np. zapalenie płuc, nieżyt jelit, katar).

Zakażenie zewnątrzpochodne – polega na wtargnięciu do organizmu drobnoustrojów z zewnątrz, najczęściej z innego zakażonego osobnika. Zwykle drobnoustroje te są zjadliwe, silne, odporne, zdolne do przystosowania się, gdyż takich właściwości nabrały u poprzedniego gospodarza. Rozmnażając się, wywołują chorobę zakaźną nawet u osób zdrowych, ze sprawnymi siłami obronnymi.

Zakażenia bezobjawowe – mimo obecności i rozmnażania się drobnoustrojów w organizmie brak jest objawów chorobowych.

Zakażenie utajone – początkowy, przejściowy okres zakażenia, poprzedzający właściwe objawy choroby zakaźnej.

Zakażenie poronne – objawy chorobowe są tak nieznaczne, że niekiedy uchodzą uwadze chorego i lekarza.

**Źródła zakażenia**:

·        ludzie zakaźnie chorzy i chore zwierzęta,

·        ludzie i zwierzęta będące nosicielami,

·        zwłoki ludzi lub zwierząt krótko po śmierci.

Okres zaraźliwości – czas, kiedy zakażenie może być przeniesione na ludzi zdrowych. W różnych chorobach zakaźnych ma różną długość. W zjawisku nosicielstwa zarazków w organizmie wytwarza się stan specyficznej równowagi. Zarazki namnażają się, lecz nie działają chorobotwórczo. Nosicielstwo może być pochorobowe (krótkotrwałe lub długotrwałe) albo w zakażeniach przebiegających bezobjawowo (możliwe jest zakażenie się od osób w końcowych dniach okresu wylęgania choroby).

Drogi szerzenia się zakażeń

1.      Bezpośrednia styczność (droga kontaktowa) z chorym lub nosicielem, podczas pielęgnacji lub leczenia chorych (przeniesienie jatrogenne); przeniesienie z jednej osoby na drugą, które nie są w relacji matka–dziecko, nosi nazwę przeniesienia horyzontalnego.

2.      Bezpośrednia styczność z chorym zwierzęciem.

3.      Zakażenia własnymi pasożytami, np. owsikami.

4.      Zakażenie wertykalne, od matki na dziecko, mogące nastąpić poprzez:

·        zakażoną krew (również rodzaj przeniesienia jatrogennego),

·        kontakt skóry z materiałem zanieczyszczonym,

·        przeniesienie rękoma (droga feralno-oralna),

·        drogą pokarmową (nośnikiem jest pokarm, woda, mleko),

·        kropelkową – w wyniku kichania lub kaszlenia na inną osobę, w ten sposób przenosi się zakażenie poprzez glebę, w której znajdują się zarazki (zgorzel gazowa – zakażenie ran).

Ekspozycja– narażenie na czynniki o potencjalnym lub udowodnionym działaniu szkodliwym na ustrój człowieka.

Kontaminacja/skażenie – zanieczyszczenie drobnoustrojami środowiska nieożywionego (powierzchni przedmiotów, wody, gleby, powietrza, pożywienia).

Kolonizacja – zasiedlenie powierzchni skóry i błon śluzowych organizmu przez drobnoustroje. Jest zwykle bezobjawowa, może jednak stanowić pierwszy etap infekcji.

Zakażenie szpitalne – każde zakażenie nabyte w szpitalu, rozpoznane klinicznie i potwierdzone laboratoryjnie, które ujawniło się w okresie pobytu chorego w szpitalu lub po jego opuszczeniu. Zakażenia szpitalne mogą także rozwinąć się u personelu medycznego i pozostają w ścisłym związku z jego pracą.

**Dekontaminacja:**

·        skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,

·        wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń.

Zakażeniom zapobiegamy poprzez:

·        higienę rąk i stosowanie środków ochrony indywidualnej,

·        utrzymanie czystości otoczenia i osobistej podopiecznych,

·        postępowanie z odpadami medycznymi i komunalnymi.

Wynika to z *Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (art. 11, ust. 2, pkt 3–4).

Do środków ochrony osobistej opiekuna medycznego należy: umundurowanie, obuwie, fartuch ochronny i rękawiczki jednorazowego użytku.

**Higiena rąk uwzględnia:**

·        zwykłe mycie rąk,

·        higieniczne mycie i dezynfekcję rąk.

Ręce myjemy:

·        przed jedzeniem,

·        przed przygotowywaniem posiłków,

·        po wyjściu z ubikacji,

·        po zabawie z psem lub kotem,

·        po pracy w ogrodzie.

Należy również krótko obcinać paznokcie.

Zakażeniom zapobiegamy poprzez:

·        nieużywanie wspólnych ręczników,

·        częstą zmianę bielizny osobistej i pościelowej,

·        utrzymywanie w czystości łazienki, ubikacji, a także kuchni i innych pomieszczeń związanych z przygotowywaniem posiłków, tępiąc owady i gryzonie przenoszące jaja i cysty pasożytów,

·        dokładnie myjąc warzywa i owoce, szczególnie spożywane w stanie surowym,

·        nie jedząc surowego lub niedogotowanego mięsa.

**Tabela 4.4. Higiena rąk**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zwykłe/socjalne mycie rąk** | |
| **Kiedy?** | **Jak?** |
| ·         Po przyjściu do pracy  ·         Przed jedzeniem, piciem  ·         Po skorzystaniu z toalety  ·         Po widocznym zabrudzeniu | ·         Zdjąć biżuterię, zabezpieczyć zranienia na dłoniach  ·         Umyć ręce ciepłą wodą według techniki Ayliffe’a, mydłem w płynie przez 30 sekund  ·         Osuszyć ręcznikiem jednorazowym  ·         Wyrzucić ręcznik do pojemnika, nie dotykając pokrywy (obniżenie ilości drobnoustrojów na rękach 60–90%) |

Źródło: opracowanie własne autora

**Technika mycia rąk według Ayliffe’a**

1.      Z dozownika ściennego nanieść odpowiednią porcję mydła  
i myć ręce według schematu – każdy etap to pięć ruchów „tam i z powrotem”.

2.      Pocieranie dłoni o dłoń.

3.      Pocieranie części dłoniowej prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni. Zmiana rąk.

4.      Dłoń na dłoni, palce splecione, przesuwanie palców jednej dłoni między palcami drugiej dłoni aż do zagłębień międzypalcowych.

5.      Pocieranie grzbietowej powierzchni zagiętych palców jednej dłoni pod zagiętymi palcami drugiej dłoni.

6.      Kciuk prawej dłoni ujęty w lewą dłoń, wykonywać ruchy obrotowe wokół kciuka. Zmiana rąk.

7.      Obrotowe pocieranie opuszków palców prawej dłoni w zagłębieniu dłoniowym lewej dłoni. Zmiana rąk.

Tabela 4.5. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk

|  |  |
| --- | --- |
| **Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk** | |
| **Kiedy?** | **Jak?** |
| ·         Przed i po zabiegach, w trakcie których może nastąpić kontakt z materiałem biologicznym  ·         Przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek  ·         Po kontakcie ze skórą pacjenta z widocznymi zmianami skórnymi | ·         Mycie zwykłe, a następnie dezynfekcja skóry rąk przez 20–30 s przy użyciu 3–5 ml alkoholowego preparatu dezynfekcyjnego i pozostawienie do wyschnięcia  ·         W przypadku braku widocznych zabrudzeń na rękach można wykonać samą dezynfekcję (np. między pacjentami) |

Źródło: opracowanie własne autora

Zalecenia WHO (2009) – Higiena rąk a używanie rękawic medycznych

1.      Rękawice nie zastępują mycia ani dezynfekcji rąk.

2.      Mycie i dezynfekcję rąk należy wykonywać, kiedy jest to potrzebne, niezależnie od używania lub nieużywania rękawic.

3.      Rękawice należy stosować zawsze, gdy może dojść do kontaktu z krwią, innym materiałem biologicznym oraz błonami śluzowymi i uszkodzoną skórą.

4.      Stosować rękawice tylko do czynności przy jednym pacjencie.

5.      Po każdej czynności przy pacjencie rękawice należy wyrzucić (nie stosować ponownie!). Nie wykonywać innych czynności (np. prace biurowe, obsługa komputera, przechodzenie między gabinetami).

6.      Stosować rękawice tylko wtedy, kiedy jest to zalecane według tzw. Standardowych lub Kontaktowych Środków Ostrożności.

Tabela 4.6. Wskazania do stosowania rękawic

|  |  |
| --- | --- |
| **Sterylne** | **Niesterylne (jednorazowe)** |
| ·         Każdy zabieg chirurgiczny  ·         Poród drogami natury  ·         Inwazyjne procedury radiologiczne  ·         Zakładanie dostępu naczyniowego obwodowego i centralnego  ·         Przygotowanie żywienia pozajelitowego oraz chemioterapeutyków (onkologia) | ·         Możliwość kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami, wydalinami i przedmiotami w widoczny sposób zanieczyszczonymi materiałem biologicznym  ·         Bezpośredni kontakt z pacjentem: zakładanie i usuwanie cewników naczyniowych, pobieranie krwi, rozłączanie linii naczyniowej, badanie przez pochwowe  ·         Pośredni kontakt z pacjentem: opróżnianie basenów, czyszczenie narzędzi, usuwanie odpadów, sprzątanie |