

POTRZEBY W ZAKRESIE EDUKACJI OPIEKUNÓW CHORYCH OBJĘTYCH OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

Grabny Ewa, Szewieczek Jan

Streszczenie

Wstęp: W opiece nad starym i przewlekle chorym człowiekiem obszary działań wytyczają jego deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji oraz ograniczenie i zależność od osób innych. Bardzo ważną rolę w procesie pielęgnowania pełnią opiekunowie.

Cel: celem pracy była analiza potrzeb w zakresie edukacji opiekunów pod kątem oceny możliwości podniesienia jakości opieki nad chorymi.

Material i metoda: badania zostały przeprowadzone w okresie od 01. 09 – 31. 10. 2011 roku w środowisku zamieszkania chorego. Objęto nimi 30 respondentów w wieku od 36 – 84 lat, w tym 11 mężczyzn i 19 kobiet. W badaniu posłużono się anonimowym kwestionariuszem wywiadu według własnego opracowania. Zawierał on 28 pytań typu zamkniętego i otwartego. Pytania skierowane były bezpośrednio do opiekunów, gdyż podjęto próbę określenia ich wydolności opiekuńczej.

Wyniki: w badanej grupie znaczna większość chorych potrzebowała pomocy w zaspakajaniu potrzeb biopsychospołecznych. Ponad połowa chorych (60%) pozostaje pod opieką członków rodzin, głównie dzieci. Prawie połowa opiekunów (47%) mieści się w przedziale wiekowym 36 – 59 lat. Wśród opiekunów najwięcej osób (33%) miało problemy z pielęgnacją ran i zmianą opatrunków, 27% nie potrafiło poradzić sobie z wykonaniem toalety ciała u leżącego, a 17% respondentów nie radziło sobie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, zapobieganiem powstawaniu odleżyn i ze stosowaniem ćwiczeń biernych u chorego z przykurczami. Dla 13% problemem była zmiana pampersa. Inne czynności sprawiały opiekunom mniej trudności. Należy zaznaczyć, że w badanej grupie byli też opiekunowie (33%), którzy bardzo dobrze i dobrze wykonywali czynności pielęgnacyjne i nie wymagali edukacji.

Wnioski: najwięcej trudności w opiece nad chorymi sprawiały respondentom zabiegi pielęgnacyjne – higieniczne.

Wstęp

Wzrost długości życia jest dużym osiągnięciem współczesnej cywilizacji. Jednak wydłużenie życia nie zawsze związane jest z wysoką jego jakością ponieważ procesowi starzenia towarzyszy wzrost zachorowalności na różnego rodzaju przewlekłe schorzenia oraz pogorszenie sprawności psychofizycznej. Wskutek tego człowiek potrzebuje długotrwałej pomocy w środowisku domowym, co wiąże się z potrzebą edukacji i wsparcia opiekunów sprawujących opiekę nad chorym. Długoterminową opieką domową obejmowane są osoby w każdym wieku niewymagające hospitalizacji, cierpiące na choroby somatyczne, psychosomatyczne, psychiczne z pominięciem ostrej fazy choroby. Przeważającą grupę chorych stanowią jednak pacjenci w podeszłym wieku, wymagający pomocy przy zaspakajaniu potrzeb biopsychospołecznych.

Opieką długoterminową obejmowani są chorzy, u których proces diagnozy i leczenia szpitalnego został zakończony, a pacjent nadal wymaga fachowej opieki pielęgniarskiej. [1] Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest zapewnienie świadczeń pielęgniarskich pacjentom obłożnie chorym w warunkach domowych. Główny nacisk kładziony jest na przygotowanie chorego oraz jego opiekunów (rodziny) do samoopieki i samopielęgnacji aby potrafili radzić sobie z niepełnosprawnością.

Do głównych zadań pielęgniarskiej opieki długoterminowej należą:

- Ścisła współpraca z lekarzem rodzinnym,
- Pielęgnacja chorych,
- Pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,
- Rehabilitacja chorego w domu,
- Edukacja zdrowotna chorych oraz członków ich rodzin,
- Pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego.

Chorzy objęci długoterminową opieką to w większości osoby w podeszłym wieku, z przewlekłymi chorobami należące do populacji posiadającej duże braki w zakresie samoobsługi. Przyczyną tego stanu jest przede wszystkim zniedołężnienie starcze, niepełnosprawność fizyczna bądź psychiczna, ograniczona świadomość oraz przebyte schorzenia[2].

Opieka nad pacjentem w podeszłym wieku wymaga ciągłej edukacji ich opiekunów.

W edukacji i pomocy nie wolno pominąć rodziny pacjenta, gdyż to ona odgrywa bardzo ważną rolę podczas choroby. Członkowie rodziny muszą przystosować się do zmian, zorganizować pomoc, zapewnić opiekę choremu, a nawet pogodzić się ze zbliżającą śmiercią

bliskiej osoby. Należy im pomóc w zrozumieniu chorego, jego potrzeb, dostarczyć wiedzy o chorobie członka rodziny[3].

W środowisku rodzinnym kształtują się konkretne zachowania w chorobie, ocena symptomów choroby, korzystanie z profesjonalnej i nieprofesjonalnej pomocy.

W rodzinie realizuje się też wiele czynności higienicznych, pielęgnacyjnych oraz opiekuńczych nad osobami chorymi lub starszymi, które z racji wieku są niesamodzielne[4].

Cele

Celem pracy była analiza potrzeb edukacji opiekunów chorych – podopiecznych Archidiecezjalnego Domu Hospicyjnego - pod kątem oceny możliwości podniesienia jakości sprawowanej opieki.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 01 września do 31 października 2011 roku, wśród opiekunów chorych objętych pielęgniarstwą długoterminową opieką domową w środowisku ich zamieszkania. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora Archidiecezjalnego Domu Hospicyjnego im. Jana Pawła II w Katowicach.

Zastosowanym narzędziem badań był kwestionariusz wywiadu według własnego opracowania, który obejmował następujące obszary tematyczne:

1. Kontrola podstawowych wskaźników stanu zdrowia,
2. Umiejętność pielęgnowania chorego leżącego,
3. Przestrzeganie zaleceń leczniczych,
4. Współpraca z systemem ochrony zdrowia,
5. Zaspokojenie potrzeb psychicznych, psychologicznych, społecznych i kulturalnych.

Kwestionariusz zawierał 28 pytań, z czego 27 było zamkniętych i 1 pytanie otwarte.

Badaniami objęto 30 respondentów (11 mężczyzn i 19 kobiet) w wieku od 36 do 84 lat.

Dokonano podziału wieku opiekunów na trzy grupy: 36 – 59 lat, 60 -75 lat, > 75 lat.

Wyniki

Charakterystyka badanej populacji

Prawie połowa opiekunów 47% znalazło się w grupie wiekowej 36 - 59 lat, nieco mniej osób 40% było w przedziale wiekowym 60 - 75 lat, natomiast najmniejszą grupę 13% stanowili opiekunowie w wieku > 75 lat. Wśród opiekunów 60% stanowiły dzieci chorych, 20% opiekunów były to osoby zaliczane do dalszej rodziny, sąsiedzi lub znajomi, nieco mniej (17%) opiekunów to współmałżonkowie chorego, i tylko 3% opiekunów to wnuki.

Samokontrola i kontrola zdrowia

Większość (90%) chorych nie potrafiło samodzielnie kontrolować sobie ciśnienia tętniczego krwi, zaledwie 7% chorych wykonywało pomiar dobrze, a tylko 3% chorych posiadało bardzo dobrą umiejętność pomiaru ciśnienia.

Biorąc pod uwagę samoocenę opiekunów 47% oceniało się, że potrafi bardzo dobrze kontrolować ciśnienie tętnicze, 30% twierdziło, że robi to dobrze, 13% deklarowało, że dostatecznie potrafi mierzyć ciśnienie tętnicze, a 10% opiekunów przyznało, że nie potrafi kontrolować ciśnienia tętniczego.

Nieco inaczej umiejętności opiekunów oceniła pielęgniarka. Według niej 43% opiekunów posiadało bardzo dobrą wiedzę i umiejętność pomiaru ciśnienia tętniczego, 37% wykonywało czynności dobrze, 13% opiekunów nie potrafiło zmierzyć podopiecznemu ciśnienia, a 7% dokonywało pomiaru dostatecznie.

Spośród badanej populacji 67% chorych nie dotyczył problem pomiaru glikemii. Wśród osób wymagających pomiaru glikemii 30% chorych nie potrafiło samodzielnie zmierzyć sobie poziomu cukru we krwi, natomiast 3% chorych dokonywało pomiaru dostatecznie, żaden pacjent nie wykonywał pomiaru bardzo dobrze i dobrze. Z kolei opiekunowie oceniali się, że 13% dokonuje pomiaru bardzo dobrze, 10% uważało, że dobrze mierzy poziom cukru, 7% deklarowało, że nie potrafi zmierzyć glikemii podopiecznemu, a 3% opiekunów oceniało swoją wiedzę dostatecznie. Według pielęgniarki 13% opiekunów potrafiło dobrze zmierzyć poziom cukru we krwi, 10% posiadało bardzo dobre umiejętności, 7% nie potrafiło dokonać pomiaru glikemii, a 3% miało dostateczną umiejętność wykonania pomiaru. W badanej grupie 83% chorych nie wymagało podawania insuliny. Wśród chorych wymagających podawania insuliny 13% posiadało niedostateczną wiedzę, tylko 3% dostatecznie potrafiło podać sobie insulinę, natomiast brak chorych, którzy posiadali bardzo dobrą i dobrą wiedzę i umiejętności. Biorąc pod uwagę samoocenę opiekunów 17% oceniało swoje umiejętności jako bardzo dobre, brak opiekunów, którzy oceniliby swoją wiedzę dobrze, dostatecznie czy niedostatecznie. Natomiast według pielęgniarskiej oceny 13% opiekunów potrafiło podać insulinę choremu bardzo dobrze, a 3% dobrze.

Przygotowanie i spożywanie posiłków

Zdecydowana większość chorych (87%) nie potrafiła samodzielnie przygotować sobie posiłku, niewiele chorych (10%) dostatecznie radziło sobie z przygotowaniem posiłku, a zaledwie 3% chorych dobrze. Obserwując samoocenę opiekunów ponad połowa (63%) oceniała swoje umiejętności bardzo dobrze, 30% uważało, że robi to dobrze, a tylko 7% opiekunów oceniło się dostatecznie. Nikt z opiekunów nie ocenił się niedostatecznie. W ocenie pielęgniarskiej 60% opiekunów bardzo dobrze przygotowywało i podawało

podopiecznemu posiłek, 30% dobrze przygotowywało posiłek, 7% dostatecznie, a 3% miało niedostateczną wiedzę i umiejętności w tym zakresie.

Większości chorych (80%) nie dotyczył problem przestrzegania diety cukrzycowej. Wśród chorych, których obowiązywała dieta 17% posiadało niedostateczną wiedzę odnośnie jej stosowania, a tylko 3% chorych posiadało dobrą wiedzę. Natomiast 10% opiekunów oceniło swoją wiedzę bardzo dobrze, 7% niedostatecznie, 3% dobrze. W ocenie pielęgniarskiej takie same grupy opiekunów (po 7%) potrafiły przestrzegać diety bardzo dobrze, dobrze oraz niedostatecznie.

W badanej grupie 40% chorych nie dotyczył problem przestrzegania diety z powodu zaparć. Wśród chorych, którzy tego wymagali ponad połowa (53%) posiadała niedostateczną wiedzę odnośnie stosowania diety, a tylko 7% miało dostateczną wiedzę. Z kolei 23% opiekunów oceniło swoją wiedzę dobrze, 17% bardzo dobrze, 13% dostatecznie, a 7% niedostatecznie. Pielęgniarka oceniła, że 20% opiekunów posiadało dostateczną wiedzę, po 17% badanych bardzo dobrą i dobrą, a 7% opiekunów niedostateczną.

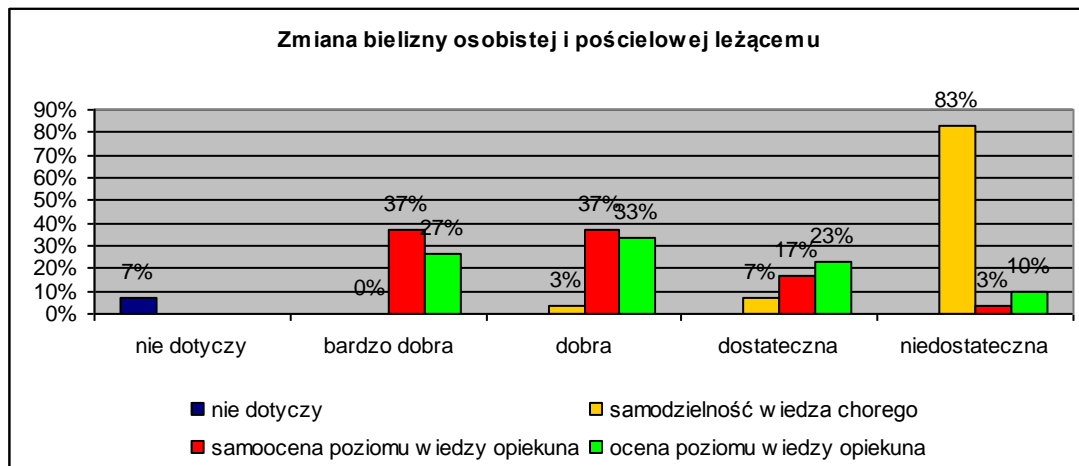
Przyjmowanie leków doustnych

Większość (80%) chorych nie było samodzielnych przy zażywaniu leków doustnych, 7% chorych bardzo dobrze dawkowało sobie leki, tyle samo chorych czynność wykonywało dobrze (7%) i dostatecznie (7%). W grupie badanych opiekunów ponad połowa (57%) uznało, że potrafią bardzo dobrze podawać podopiecznemu leki, 37% twierdziło, że robi to dobrze, 7% oceniło swoje umiejętności dostatecznie, nikt nie ocenił się niedostatecznie. Według pielęgniarskiej oceny 53% opiekunów czynność wykonywało bardzo dobrze, 23% dobrze, 17% dostatecznie, a 7% opiekunów niedostatecznie.

Higiena ciała chorego

Zdecydowana większość (83%) chorych nie było w stanie wykonać żadnej czynności przy toalecie, tylko 7% chorych dobrze radziło sobie z czynnościami higienicznymi, a 3% bardzo dobrze. Nikt wśród chorych nie wykonywał czynności dostatecznie. Jedynie 7% chorych problem wykonania toalety ciała w łóżku nie dotyczył, bo były to osoby chodzące. Z kolei 33% opiekunów oceniało się, że bardzo dobrze radzi sobie z wykonaniem toalety u leżącego, 30% uważało, że wykonuje czynności dobrze, 27% przyznało, że nie potrafi wykonać toalety choremu w łóżku, a 7% oceniało swoje umiejętności dostatecznie. W ocenie pielęgniarskiej 37% opiekunów czynność wykonywało bardzo dobrze, 27% niedostatecznie, 20% dobrze, a 13% opiekunów dostatecznie.

Problem zmiany bielizny osobistej i pościelowej choremu przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Zmiana bielizny osobistej i pościelowej leżącemu.

Niewielkiej grupy badanych chorych (7%) problem zmiany pampersa nie dotyczył. Wśród pozostałych badanych 87% pacjentów nie jest w stanie samodzielnie zmieniać sobie pampersa, a tylko po 3% chorych czynność potrafiło wykonać dobrze i dostatecznie. Z analizy samooceny opiekunów można stwierdzić, że prawie połowa 43% ocenia swoje umiejętności bardzo dobrze, 30% dobrze, 7% dostatecznie, a 13% niedostatecznie.

Według oceny pielęgniarskiej 37% opiekunów potrafi zmieniać pampersa bardzo dobrze, 23% dobrze, 20% dobrze, a 13% niedostatecznie.

Pielęgnacja ran, zapobieganie odleżynom

W badanej grupie tylko 3% chorych nie wymagało zmiany opatrunku. Wśród pozostałych chorych większość (93%) nie była samodzielna i nie potrafiła zmienić sobie opatrunku. Tylko 3% badanych chorych dobrze radziło sobie ze zmianą opatrunku. Biorąc pod uwagę samoocenę opiekunów 33% uznało, że dobrze potrafi zmienić choremu opatrunek, również 33% przyznało, że posiada niedostateczne umiejętności, 27% oceniało się bardzo dobrze, a 3% dostatecznie. Według pielęgniarskiej oceny 33% opiekunów posiadało niedostateczne umiejętności, 30% dobre, 27% bardzo dobre, a 7% dostateczne.

Większość chorych (87%) posiadało niedostateczną wiedzę odnośnie postępowania ze użytym materiałem opatrunkowym, 10% posiadało dostateczną wiedzę. W grupie badanych opiekunów prawie połowa (47%) oceniła się, że dobrze postępuje ze użytym materiałem opatrunkowym, 27% twierdziło, że czynność tę wykonuje bardzo dobrze, a nieco mniej (23%) oceniło swoją wiedzę dostatecznie. Nikt z opiekunów nie ocenił się niedostatecznie. Z oceny pielęgniarskiej wynika, że 37% opiekunów czynność wykonywało dobrze, 33% dostatecznie, 23% bardzo dobrze, a 3% opiekunów nie wiedziało jak postępować ze użytym materiałem opatrunkowym.

Tylko 3% badanych chorych nie dotyczył problem zapobiegania odleżynom. Znaczna grupa pacjentów (87%) nie była w stanie samodzielnie zapobiegać powstawaniu odleżyn, 3%

chorych potrafiło dostatecznie zapobiegać odleżynom. Z kolei 37% opiekunów oceniło, że dobrze zapobiega odleżynom, 23% bardzo dobrze, 17% niedostatecznie, a 13% dostatecznie. Natomiast pielęgniarka oceniła, że 30% opiekunów dobrze zapobiegało powstawaniu odleżyn, 23 % bardzo dobrze, 20% dostatecznie i 17% niedostatecznie.

Jednej trzeciej badanych (33%) chorych nie dotyczyło wykonywanie ćwiczeń biernych. Ponad połowa pozostałych chorych 63% miała niedostateczną wiedzę odnośnie wykonywania ćwiczeń, tylko 3% chorych posiadało dostateczną wiedzę w tym zakresie. Wśród opiekunów 23% oceniło swoje umiejętności dobrze, 17% bardzo dobrze, również 17% posiadało niedostateczną wiedzę, a 10% dostateczną. Z kolei pielęgniarka oceniła, że 20% opiekunów dobrze wykonywało ćwiczenia, 13% dostatecznie, 17% bardzo dobrze i również 17% niedostatecznie.

Ostatnie pytanie ankiety dotyczyło zakresu w jakim odczuwa opiekun potrzebę uzupełnienia swojej wiedzy lub umiejętności (Tabela 1).

Tab.1 Zakres czynności/ umiejętności wymagających uzupełnienia wiedzy opiekunów w ocenie opiekunów (n=30)

Zakres czynności wymagających uzupełnienia wiedzy opiekunów	N	%
Pomiar ciśnienia tętniczego	4	13
Pomiar glikemii	2	7
Pielęgnacja cewnika Foley'a	4	13
Wykonanie toalety ciała u leżącego	8	27
Pielęgnacja ran i zmiana opatrunków	10	33
Zmiana pampersa leżącemu	4	13
Zapobieganie powstawaniu odleżynom	5	17
Wykonywanie ćwiczeń biernych	5	17
Przestrzeganie diety w cukrzycy	2	7
Przestrzeganie diety w zaparciach	2	7
Komunikacja z chorym	1	3
Współpraca z lekarzem POZ oraz pielęgniarką	3	10
Zaopatrzenie w środki higieniczne	2	7
Zapewnienie choremu kontaktu z rodziną	2	7
Pielęgnacja chorego z chorobą Alzheimer'a	2	7
Nie odczuwa potrzeby uzupełnienia wiedzy	10	33

*Respondenci udzielali kilku odpowiedzi

Dyskusja

W badanej populacji chorymi opiekowały się osoby w różnym wieku, jednak przeważającą grupę stanowili opiekunowie w przedziale wiekowym 36 – 59 lat (47%). Jest to

bardzo ważne, ponieważ młodszy ludzie są bardziej wydolni psychicznie i fizycznie w opiece nad chorym człowiekiem. Warto podkreślić, że ponad połowa respondentów (60%) to dzieci podopiecznych. Ma to ogromne znaczenie w prowadzeniu procesu pielęgnowania, zarówno dla chorych, którzy nie czują się odrzuceni przez swoich bliskich jak i dla opiekunów. Z całą pewnością można stwierdzić, że rodzina jest jednym z najważniejszych środowisk wspierających oraz stanowi system zabezpieczający w sytuacji choroby i trudności. Do podobnych wniosków doszła Alicja Palczewska z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego badając metodą sondażu diagnostycznego pacjentów i ich opiekunów przebywających w środowisku domowym, a zamieszkujących na północno – wschodnim Mazowszu [5]. Należy również zaznaczyć, że prawie wszyscy chorzy w badaniach własnych nie byli samodzielni przy wykonywaniu różnych czynności dnia codziennego, a tym samym uzależnieni od pomocy innych osób. Najczęściej wynikało to z ich podeszłego wieku, co wiąże się z ograniczeniem sprawności psychofizycznej oraz współistnienia wielu chorób będących przyczyną wielorakich problemów pielęgnacyjnych.

Przeprowadzone badania własne umożliwiły wyszczególnienie najczęstszych problemów pielęgnacyjnych, z którymi spotykają się opiekunowie pielęgnując chorych w warunkach domowych. Najwięcej opiekunów miało problem z pielęgnacją ran i zmianą opatrunków (33%). Najprawdopodobniej wynikało to z nieumiejętności wykonania opatrunku i strachu przed widokiem ran, ponieważ w większości były to rozległe trudno gojące się rany owrzodzeniowe i odleżyny. Niejednokrotnie respondenci nie są obecni przy zmianie opatrunku i nie potrafią go wykonać. Dlatego należałoby zwrócić uwagę i zachęcić opiekunów, aby obserwowali w jaki sposób pielęgniarka wykonuje opatrunek i próbowali pod jej nadzorem samodzielnie go zmienić.

Innym problemem dla opiekunów (27%) okazało się być wykonanie toalety ciała u leżącego. Najczęściej wiązało się to z brakiem umiejętności odwracania chorego w łóżku. Czasem też respondentów krępowała sytuacja, jeżeli chora osoba była płci przeciwnej. Wydaje się, że problem ten byłby mniejszy, gdyby opiekunowie współpracowali z pielęgniarką podczas wykonywania toalety ciała u chorego, a tym samym nabywaliby umiejętności praktycznych.

Dla 17% opiekunów trudność sprawiała zapobieganie odleżynom. Prawdopodobnie wynikało to z braku odpowiedniej wiedzy i umiejętności. Respondenci nie wiedzieli, jakie są następstwa długotrwałego leżenia w łóżku w jednej pozycji ciała, ich podopieczni nie posiadali odpowiedniego łóżka czy materaca przeciw odleżynowego. W tej sytuacji konieczna jest edukacja opiekunów w zakresie zapobiegania odleżynom i stosowania udogodnień.

Należałoby wskazać miejsca, gdzie można zakupić, bądź wypożyczyć odpowiedni sprzęt rehabilitacyjny. Również 17% respondentów miało problem z wykonywaniem ćwiczeń biernych u podopiecznych z przykurczami. Było to związane z brakiem umiejętności opiekunów w zakresie wykonywania ćwiczeń biernych i obawą przed zrobieniem choremu krzywdy. Najprawdopodobniej sytuacja wyglądałaby lepiej gdyby każdy pacjent miał zapewnioną w domu opiekę rehabilitanta, wówczas opiekunowie obserwując wykonywane przez niego ćwiczenia nabieraliby większych umiejętności i pewności siebie w ich wykonywaniu.

Z przeprowadzonych badań wynika, że dla 13% opiekunów problemem był pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz zmiana pampersa. Mogło wynikać to z tego, że nikt nie próbował nauczyć opiekunów wykonywania tych czynności, albo oni sami nie byli tym zainteresowani, bądź też nie posiadają aparatu w przypadku pomiaru ciśnienia tętniczego. Należałoby podczas każdej wizyty pielęgniarskiej mobilizować opiekunów i włączać do współpracy przy wykonywaniu powyższych czynności. Nieco inne wyniki uzyskała Hanna Kachaniuk z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie badając opiekunów osób starszych metodą sondażu diagnostycznego. W badaniach tych uzyskano większy odsetek respondentów, którzy nie potrafią wykonać toalety ciała, zmienić pozycji ciała czy pampersa u chorego leżącego [6]. Z kolei w badaniach przeprowadzonych wśród zawodowych opiekunów oraz młodzieży przygotowującej się do zawodu opiekuna medycznego dotyczących m.in. przekonania na temat problemów, na jakie natrafiają opiekunowie osób starszych najczęściej wymieniano brak wsparcia rodziny, brak możliwości zastąpienia w opiece, braki medyczne oraz brak wsparcia grup samopomocowych. [7]

U 7% respondentów pojawiły się problemy związane z kontrolą poziomu glikemii we krwi u podopiecznego, co z reguły wiązało się z brakiem aparatu do wykonania pomiaru i strachem przed ukłuciem chorego. Należałoby pomóc respondentom w zaopatrzeniu w odpowiedni sprzęt oraz nauczyć techniki dokonywania pomiaru glikemii. Również 7% miało kłopot z przestrzeganiem diety w cukrzycy. Najpewniej wynikało to z tego, że opiekunowie nie wiedzieli, jakie produkty można spożywać chorując na cukrzycę, nie znali wymienników węglowodanowych i nie korzystali z porady diabetologa. Wydaje się, że problem poprawiłaby edukacja opiekunów z zakresu stosowania diety i pielęgnacji chorego z cukrzycą przeprowadzona w formie prelekcji, zostawienie ulotek przedstawiających przykładowy jadłospis oraz tabeli z wymiennikami węglowodanowymi. Powinno się także nakłaniać opiekunów do korzystania z kontrolnych wizyt u diabetologa. Także 7% respondentów nie radziło sobie z przestrzeganiem diety w zaparciach. Najczęstszym błędem opiekunów było

podawanie podopiecznemu zbyt małej ilości płynów do picia i dieta uboga w błonnik. W tym przypadku sytuację również poprawiłaby edukacja opiekunów w zakresie stosowania diety w zaparciach, wdrożenie ruchu na ile jest to możliwe i stan chorego pozwala oraz stosowania ziołowych środków regulujących wypróżnienia, aby nie doprowadzać do przewlekłych zaparć. Tyle samo 7% miało kłopoty z zaopatrzeniem chorego w środki higieniczne, sprzęt medyczny i rehabilitacyjny. Jak się okazało nie zawsze wynikało to z braku funduszy w środowisku, często rodziny nie były informowane przez lekarzy o możliwości refundacji niektórych środków oraz o miejscach, w których można dokonać zakupu czy wypożyczenia sprzętu. Nie ulega wątpliwości, że opiekunowie powinni być informowani podczas wizyty w gabinecie lekarskim o tego typu rzeczach, ponieważ jest to niezbędne w sprawowaniu opieki nad chorym.

Wśród badanych była również grupa opiekunów, która w większym lub mniejszym stopniu radziła sobie z pielęgnacją chorej osoby. Wśród nich 33% w momencie przeprowadzania badań nie wymagało uzupełnienia wiedzy i umiejętności w opiece nad chorym. Byli to respondenci w młodszym przedziale wiekowym, którzy systematycznie kontaktują się z lekarzem i współpracują z pielęgniarką podczas wykonywania czynności pielęgnacyjno – higienicznych.

Podsumowując powyższe umiejętności można stwierdzić, że większą wiedzę posiadali opiekunowie w młodszym przedziale wiekowym, a w badanej grupie to oni przeważali oraz ci, którzy regularnie korzystali z pomocy pielęgniarskiej i współpracowali z lekarzem POZ.

Wnioski

Zapotrzebowanie na edukację wśród badanych opiekunów dotyczyło:

1. Pielęgnacji ran i zmiany opatrunków.
2. Wykonywania toalety ciała u leżącego, zmiany pampersa.
3. Zapobiegania powstawaniu odleżynom i wykonywania ćwiczeń biernych u chorych.
4. Dokonywania pomiaru podstawowych parametrów życiowych.

Piśmiennictwo

1. Wdowiak L., Budzyńska – Kauczuk A., Siwińska V.: „Rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej jako element strategii zmian w ochronie zdrowia”, *Zdrowie Publiczne* 2005; 115 (1) s.82 – 83.
2. Głowacka M.: „Obszary interwencji pielęgniarskiej w opiece nad człowiekiem starym i przewlekle chorym”, *Polska Medycyna Rodzinna*; Wrocław 2004, 6 (1)

3. Cylkowska – Nowak M.: „Edukacja Zdrowotna – możliwości, problemy, ograniczenia”, Poznań 2008,
4. Kulik T., Latański M.: „Zdrowie publiczne”, Wyd. Czelej; Lublin 2002
5. Palczewska A.: „System opieki długoterminowej a zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń”, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18 (2) s. 198 – 206.
6. Kachaniuk H., Wilusz A., Wysokiński M., Fidecki W., Walas L.: „Zakres działań podejmowanych przez opiekunów na rzecz osób starszych”, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16 (3): 255-258.
7. Brzezińska A., Łazar M., Wójcik S.: Wizerunek późnej dorosłości a problemy opieki długoterminowej i wsparcie potrzebne opiekunom. *Gerontol. Pol.* 2011; 19, 3–4: 181–189