

Zofia Sienkiewicz¹, Wiesława Korycińska², Donata Czekala³, Grażyna Dykowska⁴, Grażyna Wójcik¹, Jacek Imiela¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ DoMed, Warszawa

⁴ Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY W STACJONARNYM ZAKŁADZIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

A therapeutic team in a stationary long-term care institution

Streszczenie

Wstęp

W sektorze opieki długoterminowej obserwuje się funkcjonowanie zespołów terapeutycznych znacznie częściej, niż w innych dziedzinach medycyny.

Cel pracy

Analiza funkcjonowania zespołu terapeutycznego w codziennej pracy w zakładzie opiekuńczo–lecniczym.

Material i metody

Badanie przeprowadzono w czterech stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej na terenie woj. mazowieckiego. Badaniem objęto pracowników zatrudnionych w tych placówkach. Uzyskano 100 wypełnionych kwestionariuszy. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał 28 pytań zamkniętych.

Wyniki

Skład zespołu terapeutycznego: pielęgniarka (43%), opiekunka medyczna (19%), rehabilitant, terapeuta zajęciowy (po 11%), lekarz (7%), pracownik socjalny (4%) inni przedstawiciele, np. psycholog, ksiądz, logopeda, dietetyk stanowią 5%. Członkowie zespołu w 69% spotykają się codziennie. Najczęstsze formy współpracy to wspólna realizacja zadań (35%) oraz konsultowanie problemów (33%). Członkowie rodziny w 40% należą do zespołu terapeutycznego opieki długoterminowej.

Wnioski

Współpraca pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego najczęściej oceniana jest dobrze; rodzina najczęściej nie przynależy do zespołu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, pacjent, zespół terapeutyczny

Abstract

Introduction

Therapeutic teams are significantly more often present in the area of long-term care than in any other medical fields.

Aim

To analyze how therapeutic teams function during daily work at therapeutic and nursing institutions.

Materials and methods

The study was conducted in four stationary long-term care institutions in the province of Mazovia, Poland. The researchers obtained 100 self-designed questionnaires with 28 closed questions answered by the employees of those institutions.

Results

Therapeutic teams consist of the following: nurses (43%), medical caregivers (19%), physiotherapists and therapists (11% each), doctors (7%), social workers (4%), and, among others, psychologists, priests, speech therapists, dieticians (5%). Members of the teams meet on a daily basis (69%). The most common forms of cooperation are joint implementation of tasks (35%) and looking into problems (33%). Patients' family members belong to long-term care teams in 4 out of 10 cases.

Conclusion

The cooperation among members of therapeutic teams is mostly rated as good. Family, usually, is not part of the therapeutic team.

Key words: long-term care, patient, therapeutic team

Wstęp

Aktualna sytuacja społeczno-demograficzna stawia przed rządem naszego kraju szczególne wyzwanie. Liczba ludności systematycznie spada, co wpływa na zmiany w strukturze rodziny, która nadal odgrywa bardzo istotną rolę w utrzymaniu solidarności między pokoleniami. Ponadto w wyniku stałego postępu w medycynie, zmiany stylu życia oraz poprawy standardu materialnego ludzie żyją coraz dłużej. Rodziny składające się z czterech pokoleń nie są rzadkością [Szwankiewicz i Kaussen, 2006]. Do niedawna w wielu państwach za normę społeczną uważano wspieranie się i pomoc członków rodziny. Obecnie jest to coraz częściej niemożliwe z powodu migracji zarobkowej, dużego oddalenia miejsc zamieszkania oraz zwiększonej konkurencji na rynku pracy. W konsekwencji osoba chora, a także osoby za nią odpowiedzialne, w tym pracownicy pomocy społecznej i ochrony zdrowia, mają obowiązek znaleźć kompetentną pomoc i zabezpieczyć świadczenia zdrowotne. W związku z tym powinny być wdrażane takie działania, aby osoby przewlekle chore oraz w podeszłym wieku były przez jak najdłuższy czas samowystarczalne i mogły pozostać jak najdłużej we własnym domu. Jednak w przypadku, gdy pojawia się problem coraz większego zapotrzebowania na profesjonalną interwencję w stabilizację stanu zdrowia w związku z ograniczeniem samoopieki, powinny mieć możliwość skorzystania z placówki stacjonarnej opieki długoterminowej.

System opieki zdrowotnej próbowano dostosować do potrzeb ludności, wprowadzając w 1999 roku reformę służby zdrowia. Założono, że będzie ona wywierać pozytywny wpływ na optymalizację struktury organizacyjnej i zasobów opieki szpitalnej i pozaszpitalnej. Jednak działania te nie dały oczekiwanych rezultatów w polityce rozwoju systemu opieki długoterminowej. Nadal utrzymuje się niewłaściwa struktura sektora opieki długoterminowej, która prowadzi do dużych kolejek oczekujących na przyjęcie do stacjonarnych zakładów, jak również do zadłużenia sektora, wynikającego w znacznej mierze z nieekonomicznego wykorzystania dostępnych środków oraz zbyt niskiego nakładu na rozwój opieki długoterminowej. Niedostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do rzeczywistych potrzeb determinuje szereg problemów wpływających na ostateczną ocenę skuteczności i efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Pacjenci stacjonarnej opieki długoterminowej to bardzo wymagający chorzy, ponieważ wraz z wiekiem towarzyszy nasilenie zaburzeń zachowania, takich jak: agresja, objawy psychotyczne, pobudzenie. Często założenia poprawienia deficytu samoopieki u pacjenta poprzez rehabilitację, czy terapię zajęciową kończy się niepowodzeniem.

W trudnych merytorycznie i deontologicznie przypadkach schorzeń seniorów, paradygmat geriatryczny i wysokie kompetencje zawodowe pozwalają uniknąć zarówno uporczywej diagnostyki i terapii, jak i zaniedbania (zlekceważenia), polipragmazji, w kontekście najwyższych standardów etycznych.

Obecnie w Polsce system opieki długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia regulują ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm., Dz.U. z 1997 r. Nr 104, poz. 661) oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określające warunki zawierania umów na świadczenia opieki długoterminowej przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki długoterminowej. Na podstawie powyższych zapisów za „opiekę długoterminową” należy uznać system działań opiekunów nieformalnych lub formalnych, mający na celu utrzymanie najwyższej możliwej jakości życia osób niesamodzielnych.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza funkcjonowania zespołu terapeutycznego w codziennej pracy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Realizując cel, szukano odpowiedzi na pytanie: czy członkowie zespołu terapeutycznego współpracują ze sobą przy wykonywaniu obowiązków zawodowych podczas sprawowania opieki nad pacjentami w zakładzie opiekuńczo-leczniczym?

Material i metody

Badanie za zgodą dyrektorów placówek przeprowadzono w czterech stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej, zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie woj. mazowieckiego. Badaniem objęto grupę członków zespołów terapeutycznych, zróżnicowaną pod względem wieku, wykształcenia, stażu pracy i pełnionej funkcji. Łącznie w badaniu wykorzystano 100 wypełnionych kwestionariuszy.

W badaniu wykorzystano sondaż diagnostyczny z techniką ankiety audytoryjnej, a narzędziem wykonywania badań był kwestionariusz ankiety, który zawierał 28 pytań zamkniętych. Kwestionariusz ankiety wypełniany był anonimowo bez wskazania na miejsce pracy.

Wyniki

Struktura płci w badanej grupie wskazuje na znaczną przewagę kobiet (85%) wśród członków zespołu terapeutycznego. Jest to spowodowane tym, że najliczniejszą grupą zawodową pracującą w zakładach opiekuńczo-leczniczych są pielęgniarki i opiekunki medyczne.

Najliczniejszą grupę stanowi przedział pracowników w wieku 41-50 lat. Należy wnioskować, że są to osoby doświadczone, odpowiednio wykwalifikowane, profesjonalnie podchodzących do realizacji zadań. Prawie czwarta część całego zespołu terapeutycznego to młodzi ludzie w wieku 20-30 lat. Niejednokrotnie praca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest ich pierwszą pracą w karierze zawodowej. Bardzo ważną kwestią dla młodych pracowników jest odpowiednia postawa ich starszych kolegów i koleżanek.

Wykształcenie respondentów w 52% znajduje się na poziomie szkoły średniej, 26% – wyższe licencjackie i 20% – magisterskie/lekarskie. Należy podkreślić, że z roku na rok sytuacja ta będzie się poprawiać, gdyż niektórzy pracownicy są w trakcie podnoszenia poziomu swojego wykształcenia lub zamierzają w niedalekiej przyszłości podjąć studia.

Wśród członków zespołu terapeutycznego największą grupą zawodową stanowią pielęgniarki, 46% badanych. Spełniają one najwięcej zadań w codziennej opiece nad pacjentem i pełnią ważną rolę podczas jego terapii. Kolejną grupą wspierającą pielęgniarki w pielęgnacji pacjenta są opiekunki medyczne (20%), które w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej pracują po ukończeniu policealnej szkoły dla opiekunek medycznych. Głównym celem pielęgniarki i opiekunki jest dbanie o zdrowie mieszkańca zakładu i wspieranie jak najdłużej jego samodzielności nawet w prostych czynnościach. Na trzecim miejscu znajduje się grupa rehabilitantów (12%), którzy w zakładach opiekuńczo-leczniczych mają za zadanie zmierzyć się z niepełnosprawnością pacjentów. Wśród respondentów było 7% lekarzy, 6% terapeutów zajęciowych, 4% pracowników socjalnych i 5% pozostałych. W grupie pozostałych wymieniano takie dyscypliny jak: psycholog, logopeda, technik żywienia.

Staż pracowników jest zróżnicowany, ale liczba respondentów w poszczególnych przedziałach jest zbliżona. Najliczniejszą grupę (28%) stanowią pracownicy z krótkim stażem – od roku do pięciu lat. W przedziale od 5 do 10 lat mamy 15% badanych, od 10 do 20 lat – 22%. Dość liczną grupę (24%) stanowią pracownicy ze stażem w przedziale od 20 do 30 lat. W badaniu uczestniczyło 11% respondentów ze stażem powyżej 30 lat. Prawie połowa respondentów (48%) ma krótki staż pracy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (od 1 roku do 5 lat) i ten fakt może mieć pozytywne odzwierciedlenie w jakości opieki nad chorym. 32% badanych pracuje w przedziale od 5 do 10 lat, a 20% ankietowanych mieści się w przedziale od 10 do 20 lat. (Tabela 1)

Zakłady opiekuńczo-lecznicze, w których przeprowadzono badania są przygotowane pod względem technicznym i kadrowym do realizacji świadczeń zdrowotnych refundowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Dwa spośród czterech zakładów posiadają certyfikat jakości ISO, dwa pozostałe są w trakcie uzyskiwania go. Są to zakłady wyposażone w odpowiedni sprzęt pomocniczy, taki jak:

- łóżka wielofunkcyjne,
- materace przeciwodleżynowe,
- wózki inwalidzkie,
- balkoniki,
- różne rodzaje podnośników,
- krzesła sanitarne na kółkach,
- łatwoślizgi.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy.
Table 1. Characteristics of the examined group.

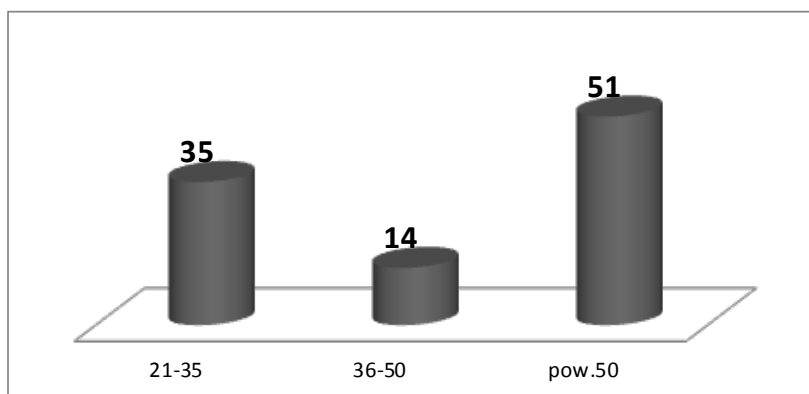
Czynnik charakteryzujący grupę	Badany czynnik	%
Płeć	Kobieta	85
	Mężczyzna	15
Wiek	20-30 lat	24
	31-40 lat	24
	41-50 lat	38
	pow. 50 lat	14
Wykształcenie	Średnie	52
	Wyższe licencjackie	26
	Mgr/lekarskie	22
Struktura zawodowa	Lekarz	7
	Pielęgniarka	43
	Opiekunka medyczna	19
	Rehabilitant	11
	Pracownik socjalny	4
	Terapeuta zajęciowy	11
	Pozostałe	5
Staż pracy ogółem	1-5 lat	28
	6-10 lat	15
	11-20 lat	22
	21-30 lat	24
	pow. 30 lat	11
Staż pracy w ZOL	1-5 lat	48
	6-10 lat	32
	11-20 lat	20

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Ponad połowa respondentów pracuje w zakładach opiekuńczo-leczniczych o wielkości powyżej 50 łóżek, około 35% badanych pracuje w zakładach obejmujących od 21 do 35 łóżek, a 14% – 36-50 łóżek. (Rycina 1)

Ryc. 1. Liczba chorych w poszczególnych placówkach.
Fig. 1. Number of sick persons at individual institutions.

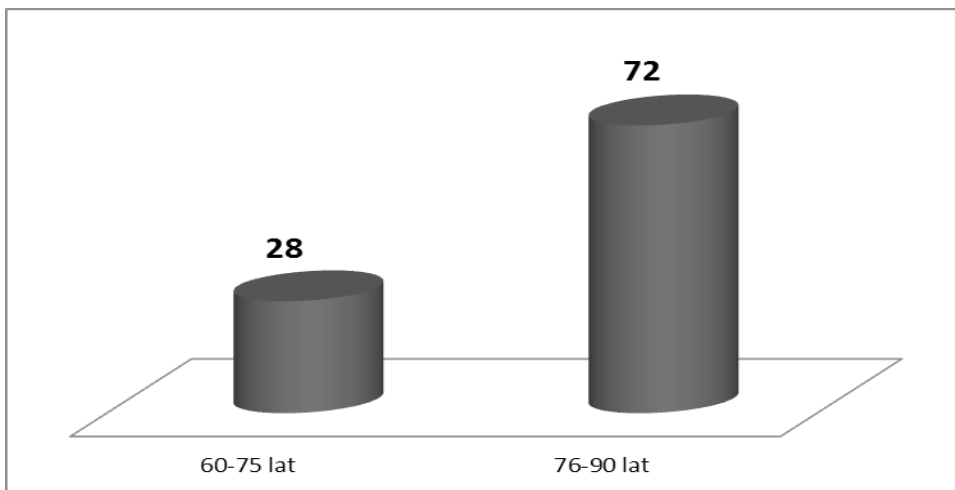


Źródło – opracowanie własne.

Source – own study

Uzyskane wyniki wskazują, że 72% respondentów pracuje w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w których najczęściej przebywają pacjenci w przedziale wiekowym 76-90 lat. Pozostałych 28% pracuje w zakładach, w których pacjenci mieszczą się w przedziale wiekowym 61-75 lat. (Rycina 2)

Ryc. 2. Przedział wiekowy pacjentów w ZOL-ach, w których przeprowadzono badania.
Fig. 2. Age bracket of patients in ZOL-ach, which they conducted research in.

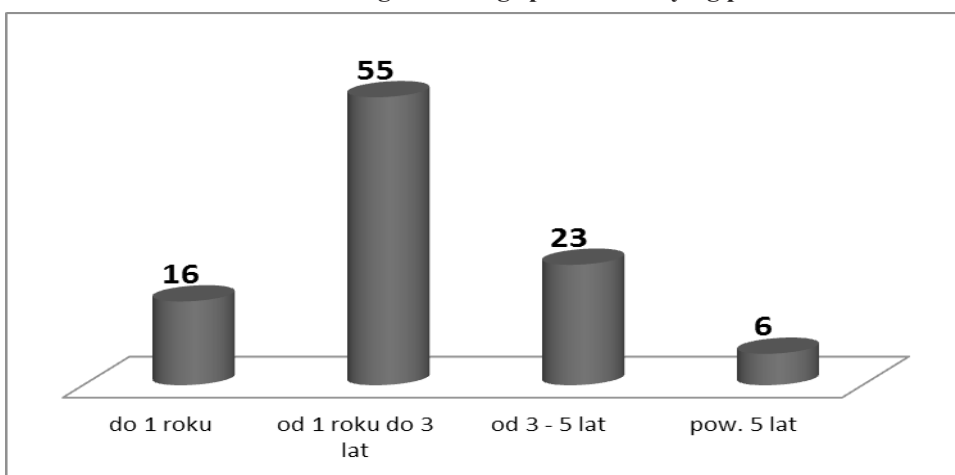


Źródło – opracowanie własne.

Source – own study.

Z wyników badań wynika fakt, że w zakładach opiekuńczo-leczniczych pacjenci najczęściej przebywają przez okres od 1 do 3 lat – odpowiedziało tak 55% ankietowanych. 23% odpowiedziało, że czas pobytu pacjenta to od 3 do 5 lat, 16% zaznaczyło okres do 1 roku, a 6% wskazało na odpowiedź – powyżej 5 lat. (Rycina 3)

Ryc. 3. Średni okres przebywania pacjentów w badanych placówkach.
Fig. 3. Average period of staying patients in examined institutions.



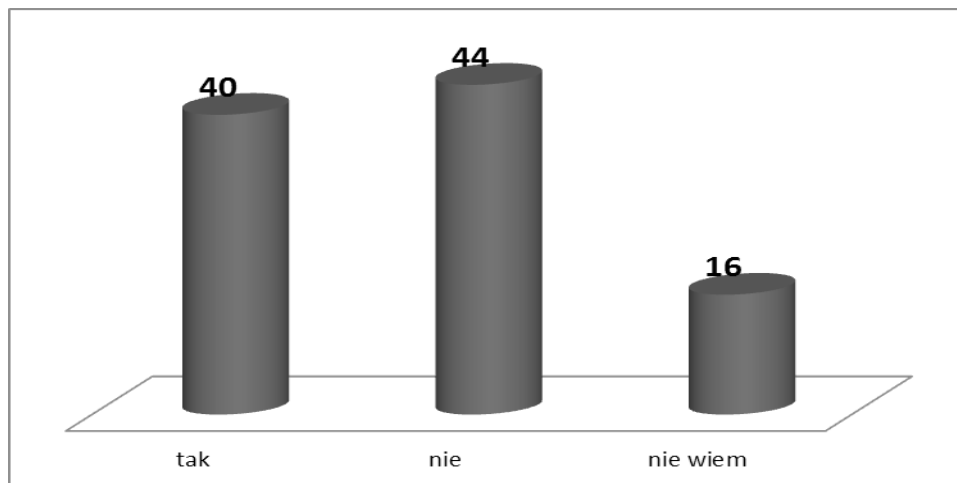
Źródło – opracowanie własne.

Source – own study.

Badania ukazują nam, że znaczna większość pacjentów przebywa w zakładach opiekuńczo-leczniczych dłużej niż przewidywał świadczeniodawca, czyli NFZ. ZOL staje się dla pacjentów domem, a członkowie zespołu terapeutycznego bliskimi.

Wiedza respondentów w zakresie przynależności rodziny do zespołu terapeutycznego jest zróżnicowana, 44% badanych uważa, że rodzina nie należy do zespołu, 40% uważa, że rodzina i opiekunowie należą do zespołu terapeutycznego a 16% badanych przyznaje się do niewiedzy na ten temat. (Rycina 4)

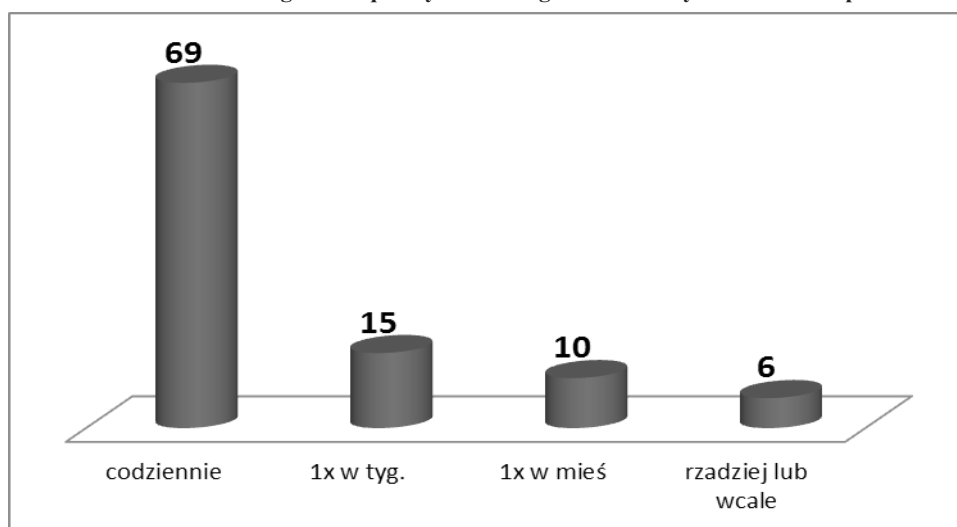
Ryc. 4. Przynależność rodziny i opiekunów pacjenta do zespołu terapeutycznego.
Fig. 4. Membership of the family and carers of the patient in the therapeutic team.



Źródło – opracowanie własne.
Source – own study.

Prawie 3/4 (69%) ankietowanych odbywa spotkania na początku dyżuru, każdego dnia pracy w celu omówienia problemów dotyczących pacjentów, 15% spotyka się raz w tygodniu, 10% respondentów raz w miesiącu, a 6% analizuje problemy z pacjentami rzadziej lub wcale. (Rycina 5)

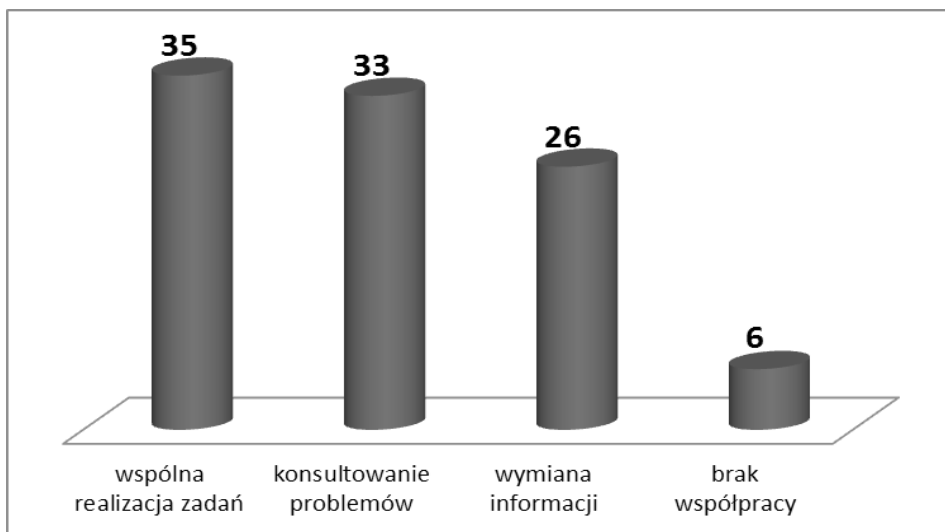
Ryc. 5. Częstotliwość spotkań rodziny z zespołem terapeutycznym, pacjentem.
Fig. 5. Frequency of meetings of the family with the therapeutic team, with patient.



Źródło – opracowanie własne.
Source – own study.

W badanej grupie 35% respondentów wspólnie z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego realizuje zadania, 33% opiera współpracę w zespole na konsultacjach i omawianiu problemu, 26% wymienia się informacjami, a 6% wskazało na brak współpracy. (Rycina 6)

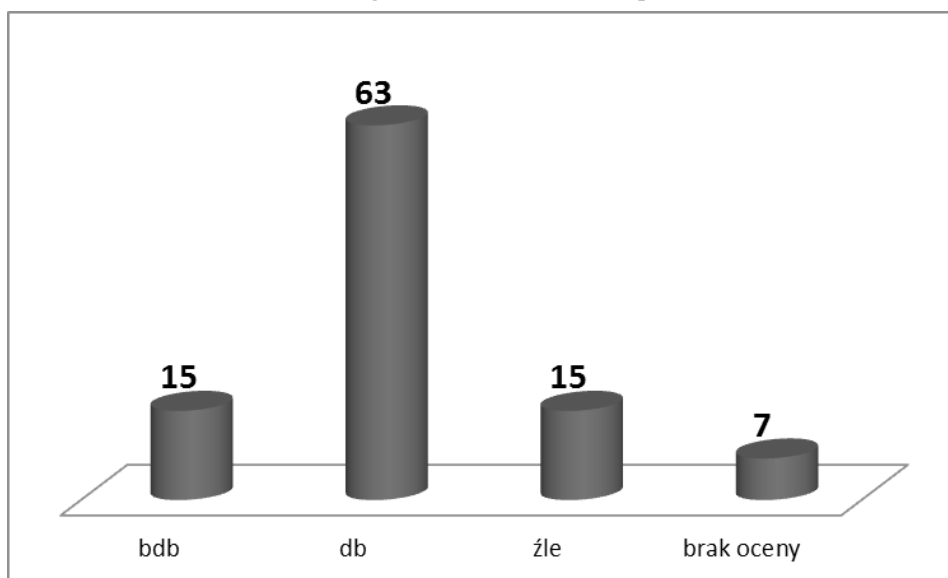
Ryc. 6. Formy współpracy w zespole terapeutycznym.
Fig. 6. Forms of cooperation in the therapeutic team.



Źródło – opracowanie własne.
Source – own study.

63% badanych dobrze ocenia współpracę w zespole terapeutycznym, 15% ocenia to współdziałanie bardzo dobrze, taki sam wynik ma odpowiedź źle oceniająca kooperację, a 7% wskazało na brak współpracy. (Rycina 7)

Ryc. 7. Ocena współpracy między członkami zespołu terapeutycznego.
Fig. 7. Assessment of the cooperation between team members therapeutic.



Źródło – opracowanie własne.
Source – own study.

Dyskusja

Często spotykamy się z przeświadczeniem, że chorzy trafiający do stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej to pacjenci w podeszłym wieku, schorowani, którzy przeszli już wszystkie fazy leczenia, usprawniania i nic więcej nie można już dla nich zrobić.

W rzeczywistości wygląda to inaczej, gdyż właściwa opieka, odpowiednia mobilizacja, prawidłowe żywienie, dobre relacje sprawiają, że pacjent odzyskuje pewne umiejętności, zaczyna samodzielnie jeść, staje przy balkoniku i sam porusza się na wózku. Świadome, zyczliwe, cierpliwe działania poprawiające jakość życia niepełnosprawnych pacjentów przynoszą spodziewane efekty. Znaczna grupa podopiecznych w ZOL-ach to pacjenci z polipatologią, która sprawia, że na ich niepełnosprawność wpływ ma wiele chorób. Deficyty nakładają się na siebie, co wskazuje, że chorym należy zajmować się holistycznie, czyli w jedności biopsychospołeczno-duchowej [Szwankiewicz i Kaussen, 2006].

Celem całego zespołu terapeutycznego w ZOL jest przede wszystkim utrzymanie chorego jak najdłużej w stabilnej kondycji psychicznej i fizycznej. Rozpoznanie tkwiących w człowieku niesprawnych, przewlekłe chorem, rezerw somatycznych i psychicznych, które mogą być wykorzystane do kompensowania utraconej sprawności oraz dobór technik pielęgnacyjnych, sprzętu wspomagającego i środków pomocniczych, a także motywowanie do samodzielności powinno być głównym zadaniem pielęgniarek oraz innych profesjonalistów świadczących opiekę długoterminową [Twardowska-Rajewska, 2007].

Czynnikiem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie placówki ochrony zdrowia w danym kraju jest wielkość i jakość jego kadry medycznej, wśród której pielęgniarce/pielęgniarki mają pełnić rolę szczególną. Od nich bowiem zależy jakość usług medycznych. Te dylematy są często przypomniane w wystąpieniach na konferencjach i sympozjach poświęconych opiece długoterminowej.

Domy pomocy społecznej czy zakłady opiekuńczo-lecznicze to szczególne rodzaje instytucji, w których przebywają osoby z wieloma chorobami przewlekłymi, różnymi zaburzeniami zdrowia fizycznego i psychicznego, często z zaburzonymi relacjami rodzinnymi, czy społecznymi. W pracy z pacjentem ważne jest przestrzeganie zasad ergonomii. Według tych zasad powinna być wyposażona placówka medyczna. Standardy ergonomii dotyczą również pracy zespołu terapeutycznego.

O sukcesie pielęgnowania decydują realizujący je ludzie, a przede wszystkim wartości, którymi się kierują i wiedza, jaką posiadają. Od zarządzających w pielęgniarstwie zależy natomiast, czy stworzą takie warunki pracy, w których pomysłowość, kreatywność i zaangażowanie pielęgniarek/pielęgniarzy będą zauważone, docenione i wykorzystane w pracy z pacjentem.

Najliczniejszą grupą zawodową w zespole terapeutycznym w opiece długoterminowej są pielęgniarki, to prawie połowa wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Zatem należy sobie odpowiedzieć na pytania: jaka kadra powinna być kadrą podstawową w opiece długoterminowej? Jaki powinien być podział kompetencji zawodowych wśród pracowników medycznych?

W kształceniu trafne jest organizowanie kursów dla opiekunów medycznych, z ukierunkowaniem na opiekę nad osobą niepełnosprawną. Tak przygotowana absolwentka lub absolwent mógłby wspólnie z pielęgniarką systematycznie, profesjonalnie dbać o pacjentów, a w szczególności o zachowanie jakości życia osoby starszej, niepełnosprawnej.

Z założenia, pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym powinien mieć charakter okresowy, a tylko w przypadkach umotywowanych stanem zdrowia może być stały. Powinno być to uzależnione od tego, czy pacjent już uzyskał ocenę powyżej 40 pkt. w zmodyfikowanej skali Barthel [Wdowiak, Budzyńska-Kapczuk i Siwińska, 2005]. Z badań własnych wynika jednak, że okres przebywania w ZOL-ach jest długi. Najczęściej trwa on aż do momentu śmierci pacjenta. Wynika to z niechęci rodziny do przejęcia opieki nad pacjentem.

Zjawiskiem społecznie pożądanym wydaje się deklaracja około 70% badanych kobiet i około 60% mężczyzn o gotowości do niesienia systematycznej pomocy ludziom starszym w trakcie opieki [Rogała, 2007]. Z badań tych wynika, że rodziny i opiekunowie powinni wykazywać znaczne zainteresowanie wsparciem oraz kontaktami ze swoimi bliskimi, którzy znajdują się w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Rzeczywistość jest jednak zupełnie inna. Z wypowiedzi wieloletniej kierowniczki jednego z zakładów w Opolu wynika, że zachowania rodzin i opiekunów możemy podzielić na cztery grupy. Pierwsza z tych grup to osoby związane emocjonalnie z pacjentami, mają duże poczucie winy, a zarazem świadomość słuszności swojej decyzji. Starają się odwiedzać swoich najbliższych codziennie. Drugą grupą są rodziny odwiedzające swoich bliskich dwa razy w miesiącu, sprawdzają, czy potrzeby seniora są zapewnione, mają niewielki wkład w terapię pacjenta. Trzecia grupa sporadycznie odwiedza swoich bliskich, średnio raz w miesiącu, termin

wizyty najczęściej pokrywa się z odbiorem świadczeń emerytalnych. Czwarta grupa nie odwiedza swoich bliskich w ogóle [Wdowiak, Budzyńska-Kapczuk i Siwińska, 2005].

Z własnych badań wynika, że około połowa pacjentów jest odwiedzana raz w tygodniu przez swoich bliskich, a odwiedziny raz w miesiącu stwierdziło około 40% badanych. Przygnębiającym jest również fakt, że 6% ankietowanych wskazała na całkowity brak odwiedzin ze strony rodzin i opiekunów.

Papież Jan Paweł II apelował w liście do młodych, by traktowali starość wielkodusznie i z miłością. Pisał, iż najbardziej naturalnym środowiskiem dla ludzi starszych, chorych, niepełnosprawnych jest to, w którym czuje się „u siebie” - wśród krewnych, znajomych, przyjaciół. Natomiast kiedy trzeba będzie umieścić taką osobę w placówce stacjonarnej, należy utrzymywać z nią stały kontakt, wspierać, ponieważ dla chorego najważniejsza jest rodzina [Kimber Dziwisz, 2003]. Wiele czynników powoduje, że mamy do czynienia z kryzysem rodziny polskiej. Coraz częściej występuje sytuacja, w której rodzina nie interesuje się osobą chorą lub czyni to w sposób wybiórczy (brak akceptacji osoby chorej, niepełnosprawnej lub brak akceptacji siebie w roli opiekunczo-usprawniającej) [Mielczarek, 2006].

Badania częstotliwości odwiedzin są istotne ze względu na rolę, jaką powinna odgrywać rodzina w procesie terapeutycznym. Jak twierdzi Gurycka, na zaspokajanie potrzeb starszego człowieka ogromny wpływ ma środowisko, w którym on przebywa, potwierdza to także ksiądz Dyczewski. Odizolowanie starszego człowieka od środowiska, w którym dotychczas żył, ograniczenie jego kontaktów z bliskimi, skierowanie aktywności na zupełnie inne tory, przyspiesza proces starzenia i śmierć. [Twardowska-Rajewska, 2007]

Zaangażowanie rodziny ma bezpośredni wpływ na stan zdrowia psychicznego, jak i fizycznego pacjenta. Zespół terapeutyczny nie jest świadomy roli, jaką może odgrywać rodzina i opiekunowie. Ponad 60% respondentów nie zalicza rodziny do grona terapeutycznego. Taki stan rzeczy wpływa na jakość opieki nad pacjentem zakładu opiekuńczo-leczniczego. Ponadto w kolejnym pytaniu respondenci wskazują niewielki procent rodzin i opiekunów (25%), którzy starają się aktywnie włączać w proces terapeutyczny. Dysfunkcja w opiece nad osobą starszą wynika nie tylko z niewiedzy zespołu terapeutycznego, ale także z niechęci rodzin i opiekunów do aktywnego uczestnictwa w terapii.

W każdym zakładzie pracy powinny być przestrzegane zasady ergonomii. Zwłaszcza w zakładach opieki długoterminowej jest to istotne ze względu na zadania, jakie stoją przed pracownikami.

Z przeprowadzonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych badań wynika, że respondenci zwracają uwagę na brak szkoleń z zakresu ergonomii, blisko 60% pracowników badanych zakładów nie uczestniczyło w szkoleniach na temat ergonomii.

Wnioski

Po analizie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Współpraca pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego najczęściej oceniana jest dobrze.
2. Rodzina najczęściej nie przynależy do zespołu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Kimber Dziwisz L. 2003. *Jak komunikować się z pacjentem*, Toruń: Wydawnictwo Medi Forum opieki długoterminowej: 12-13.
2. Mielczarek A. 2006. *Życie starszego człowieka w DPS*. Toruń: Wydawnictwo Medi Forum opieki długoterminowej: 18.
3. Rogala S. 2007. *Postrzeganie ludzi starych i ich oczekiwania*. Opole: Wydawnictwo: WSZiA: 111.
4. Szwaniewicz E., Kaussen J. 2006. *Opieka długoterminowa*. Toruń: 4.
5. Twardowska-Rajewska J. (red.). 2007. *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
6. Wdowiak L., Budzyńska-Kapczuk A., Siwińska W. 2005. *Rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej jako element strategii zmian w ochronie zdrowia*. *Zdrowie publiczne*, 115 (1): 82-87.