

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

KATARZYNA CIERZNIAKOWSKA<sup>1</sup> | MARIA T. SZEWCZYK<sup>2</sup> | ALEKSANDRA POPOW<sup>1</sup> | ANNA BURAK<sup>3</sup>

## ANALIZA PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH CHORYCH BEZDOMNYCH Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ NA PODSTAWIE OPISU PRZYPADKU

THE ANALYSIS OF HEALTH PROBLEMS OF HOMELESS PATIENTS WITH A CHRONIC WOUND BASED ON A CASE REPORT

**STRESZCZENIE:** W pracy przedstawiono opis przypadku chorego bezdomnego z zakażoną raną goleni lewej, która powstała w wyniku złego gojenia po wypadku komunikacyjnym. Podczas pierwszej hospitalizacji podejmowane czynności pielęgnacyjne doprowadziły do oczyszczenia rany oraz zainicjowania procesu gojenia. Po wypisie ze szpitala chory wrócił do swego wcześniejszego miejsca pobytu. Złe warunki życia doprowadziły do ponownego zakażenia rany i martwicy lewego podudzia. Podczas kolejnej hospitalizacji wykonano amputację kończyny. Postępowanie terapeutyczno-opiekuńcze w przypadku pacjenta bezdomnego wykracza poza standardowe procedury kliniczne i wymaga współpracy zespołowej, szczególnie w zakresie rozwiązywania złożonych problemów socjalno-bytowych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** bezdomny, leczenie, opieka pielęgniarska, zakażona rana

**ABSTRACT:** In this article was presented a case of a patient with an infected wound of the left shin which resulted from poor healing after a traffic accident. The patient was a homeless person. During the first hospitalization the provided care led to the cleaning of the wound and initiating of the healing process. After hospital discharge the patient returned to his place of stay. The patient's poor living conditions led to reinfection of the wound and necrosis of the left shin. During subsequent hospitalization an amputation of the leg was performed. The scope of therapeutic care over a homeless patient exceeds standard clinical procedures and requires team cooperation, especially when dealing with complex socioeconomic problems.

**KEY WORDS:** homeless, infected wound, nursing care, treatment

- 1 Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy
- 2 Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
- 3 Katedra Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

✉ KATARZYNA CIERZNIAKOWSKA  
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela,  
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz,  
Tel.: (52) 365 56 76, Fax: (52) 365 57 82,  
e-mail: katarzyna.cierzniakowska@cmumk.pl

Wpłynęło: 15.02.2015

Zaakceptowano: 10.03.2015

DOI: dx.doi.org/10.15374/LR2015003

### WSTĘP

Według różnych źródeł zjawisko bezdomności w Polsce dotyczy 30–70 tysięcy osób [1–3]. Bezdomni są postrzegani w społeczeństwie jako osoby schorowane. Ich stan zdrowia nie jest dobry, choć sami uważają się za ludzi zdrowych [3]. Wśród najczęstszych problemów zdrowotnych osób bezdomnych, z powodu których udzielana jest im pomoc medyczna, wymieniane są: anemia, niedożywienie, owrzodzenia podudzi, choroby skóry (świerzb, wszawica, zaniedbana łuszczyca), cukrzyca, stany po amputacjach i złamaniach, choroby psychiczne, a nawet choroby nowotworowe [4, 5].

W grupie bezdomnych mieszkańców Monaru u co drugiej osoby stwierdzono marskość wątroby, natomiast u 20% owrzodzenia, choroby skóry i choroby płuc [3].

W 2013 roku w Oddziale Klinicznym Medycyny Ratunkowej (OKMR) Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy kompleksowej pomocy medycznej udzielono 254 bezdomnym, co stanowiło 0,8% ogółu pacjentów zgłaszających się do OKMR [6]. Z dokumentacji medycznej wynika, że niektórym chorym świadczenia były udzielane wielokrotnie. Ogółem na 426 osób bezdomnych, które otrzymały pomoc medyczną, w 50 przypadkach (11,7%) pacjenci ci wymagali dalszego leczenia i byli

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

przyjmowani do specjalistycznych oddziałów szpitalnych. W tej grupie był 64-letni mężczyzna przyjęty do Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej w czerwcu 2013 roku.

Celem pracy była analiza problemów zdrowotnych występujących u chorych bezdomnych hospitalizowanych z powodu ran przewlekłych, w oparciu o przedstawiony opis przypadku.

## OPIS PRZYPADKU

Sześćdziesięcioletni pacjent został przyjęty do Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej w trybie pilnym z powodu zakażonych owrzodzeń goleni lewej z naciekiem zapalnym goleni i stopy lewej.

Mężczyzna nie posiadał stałego zameldowania ani rodziny, mieszkał w parku w centrum miasta. Wywiad z bezdomnym był utrudniony; niechętnie podejmował współpracę z personelem szpitalnym. Pacjent podawał, iż około dwa lata wcześniej został potrącony przez samochód, a w wyniku wypadku doznał złamania w obrębie lewej nogi. Złamanie zostało zaopatrzone operacyjnie, jednak rana nie wygoiła się. Chory nie pamiętał wszystkich faktów, nie dysponował też żadną dokumentacją medyczną. Posiłki i płyny przyjmował nieregularnie, żywił się nieodpowiednio (jedzenie otrzymywał od innych ludzi lub odżywił się resztkami). Na pytania o stosowanie używek odpowiadał, że nie spożywa alkoholu od siedmiu miesięcy, a papierosy pali „kiedy je posiada”. Chory był zaniedbany i brudny. Ze względów epidemiologicznych jego odzież została oddana do utylizacji.

W dniu przyjęcia ogólny stan pacjenta był dość dobry. Ciśnienie tętnicze o wartości 110/70–120/80 mmHg, tętno miarowe, dobrze wyczuwalne, o wartości 72 uderzeń/minutę; oddech przez nos, bez odkrztuszania płwociny, regularny (18/minutę); temperatura ciała 36,7°C. Wskaźnik masy ciała (ang. body mass index – BMI) był prawidłowy i wynosił 23,9. Ból kończyny dolnej chory oceniał na 6–7 punktów w skali NRS (ang. Numerical Rating Scale).

W badaniu klinicznym stwierdzono owrzodzenie z typowymi cechami zakażenia w obrębie kończyny dolnej lewej. Rana miała kształt owalny, posiadała duży odczyn zapalny oraz obrzęk przechodzący na stopę. Łóżysko owrzodzenia było wklęsłe, głęboko drażące, koloru żółtoszarego. Skóra bardzo sucha, połyskująca. W ranie i na powierzchni goleni stwierdzono obecność larw owadów. Tętno na kończynie dolnej lewej wyczuwalne do obwodu. Stan rany w obrębie goleni w dniu przyjęcia na oddział przedstawiono na Ryc. 1–3.

Mężczyzna był mało samodzielny, słabo poruszał się o własnych siłach. W warunkach szpitalnych korzystał z kul ortopedycznych, aby odciążać chorobowo zmienioną kończynę.

Podczas hospitalizacji chorego przeprowadzono badania fizykalne, laboratoryjne (morfologię, parametry układu krzepnięcia, biochemię i profil dobowy glukozy) oraz

radiologiczne (RTG kończyny dolnej lewej). Podczas badania RTG w uwidocznionym zakresie nie wykazano cech ostitis, zaobserwowano natomiast cechy osteoporozy z nasilonym zanikiem kostnym w obrębie przynasady dalszej kości piszczelowej. Stan po złamaniu kości piszczelowej i strzałkowej – widoczny w badaniu gwóźdź śródszpikowy w kości piszczelowej po zaopatrzeniu ortopedycznym.

Na podstawie obserwacji chorego, codziennych badań klinicznych, wartości parametrów życiowych oraz wyników badań zdiagnozowano wiele problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych. Poniżej przedstawiono najistotniejsze.

### 1. ZAKAŻONA RANA GOLENI

Wygląd rany w dniu hospitalizacji chorego przedstawiono na Ryc. 1–3. Plan opieki nad raną zakładał systematyczne oczyszczanie powierzchni ubytku oraz zmianę opatrunków wraz z miejscową pielęgnacją skóry. Cały proces gojenia odbywał się zgodnie ze strategią TIME (ang. tissue debridement; infection and inflammatory control; moisture balance; edge/epidermization stimulation).

W zakresie postępowania miejscowego stosowano płukanie rany fizjologicznym roztworem NaCl, a następnie antyseptyk Octenisept® (przymoczeki 10-minutowe na ranę) i opatrunek Bactigras™. Skóra wokół rany była natłuszczana maścią wieloskładnikową z zawartością witamin A, D i E.

Z wymazu pobranego z rany wyhodowano drobnoustroje: *Morganella morganii* (+++) i *Streptococcus* beta-hemolizujący grupy G+++ . Na podstawie antybiogramu wdrożono antybiotykoterapię dożylną. Na Ryc. 4–6 przedstawiono poprawę stanu rany goleni (5. doba hospitalizacji).

### 2. BÓL GOLENI OBJĘTEJ STANEM CHOROBYM

W celu określenia natężenia bólu zastosowano skalę NRS, według której pacjent oceniał ból na 6–7 punktów (gdzie 0 – brak bólu, a 10 – najsilniejszy ból). Zmniejszenie



Ryc. 1. Stan rany w obrębie goleni w dniu przyjęcia na oddział.

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.



Ryc. 2A–B. Stan rany w obrębie goleni w dniu przyjęcia na oddział.



Ryc. 3. Stan rany w obrębie goleni w dniu przyjęcia na oddział.



Ryc. 4. Wygląd rany goleni – 5. doba hospitalizacji.



Ryc. 5. Wygląd rany goleni – 5. doba hospitalizacji.



Ryc. 6. Wygląd rany goleni – 5. doba hospitalizacji.

bólu i okresową całkowitą eliminację dolegliwości uzyskano po zastosowaniu leków przeciwbólowych zleconych przez lekarza. Przez cztery pierwsze dni były to leki podawane drogą dożylną, później zastosowano farmakoterapię doustną. Nie zaobserwowano negatywnych reakcji organizmu chorego na preparaty przeciwbólowe.

### 3. NIEUFNOŚĆ WZGLĘDEM PERSONELU ORAZ NIECHĘĆ DO WSPÓŁPRACY

Pacjent nie wykazywał większego zainteresowania tym, co się wokół niego dzieje. Niechętnie odpowiadał na pytania, a jego odpowiedzi były krótkie, niewyczerpujące,

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

czasem niejednoznaczne i sprzeczne. Wykazywał wyraźne zdenerwowanie lub odwracał się plecami do rozmówcy, kiedy podejmowano kwestię wypisu ze szpitala i propozycję umieszczenia go w schronisku dla bezdomnych.

Najbardziej był zadowolony z faktu, że przebywał w łóżku, mógł zjeść ciepłe posiłki i wyspać się.

#### 4. BRAK SAMODZIELNOŚCI I ZARADNOŚCI ŻYCIOWEJ CHOREGO

Stosując skalę Barthel, u pacjenta oceniono zdolności samopielęgnacyjne. Na skalę tę składa się dziesięć czynności dnia codziennego, w tym: ubieranie, rozbieranie, higiena osobista, spożywanie posiłków, poruszanie się, korzystanie z toalety czy kontrolowanie czynności fizjologicznych (suma – 100 punktów). Po podsumowaniu wyników pacjent otrzymał 50 punktów.

##### TOALETA CIAŁA I UBIERANIE SIĘ

Chory nie posiadał nawyków higienicznych. Nie odczuwał potrzeby mycia rąk i wykonywania toalety ciała. Skóra mężczyzny była bardzo brudna, stąd niezbędna pomoc w wykonywaniu toalety całego ciała u chorego w łóżku. Pacjent został przebrany w bieliznę szpitalną, wyposażono go również w środki czystości i ręcznik. Pomimo wielu wysiłków i nakłaniania chorego do chociażby częściowej samodzielnej toalety ciała, nie udało się u niego wzbudzić potrzeby higieny.

##### SPOŻYWANIE POSIŁKÓW

U chorego wprowadzono dietę bogatobiałkową. Dodatkowo otrzymywał doustne preparaty odżywcze (Protifar™, Nutridrink®). Posiłki były podawane na stoliku obok łóżka. Mężczyzna miał wyostrzony apetyt, domagał się dodatkowych porcji poza głównymi porami posiłków.

##### AKTYWNOŚĆ RUCHOWA

Pacjent podczas poruszania się potrzebował asysty pielęgniarki. W celu uzyskania jak najwyższej zdolności do samoobsługi wdrożono codzienne ćwiczenia z rehabilitantem. Przy łóżku chorego zawsze znajdował się sprzęt wspomagający przemieszczanie się po oddziale (kule i wózek), ale mężczyzna niechętnie opuszczał łóżko. Niekiedy wymuszał na personelu umożliwienie zaspokajania potrzeb fizjologicznych w obrębie łóżka.

#### 5. BRAK MOŻLIWOŚCI UMIESZCZENIA CHOREGO W PLACÓWCE OPIEKUŃCZO-LECZNICZEJ

Po tygodniowej hospitalizacji pacjenta, podczas której zastosowano leczenie zachowawcze oraz przeprowadzono

konsultacje lekarzy specjalistów (angiologa i ortopedy), jego stan ogólny i miejscowy uległy poprawie. Chory kwalifikował się do wypisu ze szpitala. Pomimo tego, że sytuacja mężczyzny (brak miejsca zamieszkania, konieczność dalszego pielęgnowania rany, zmiany opatrunków i prowadzenia właściwego żywienia), wskazywała na konieczność zapewnienia mu dalszej opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL), umieszczenie chorego w takiej placówce było niemożliwe ze względu na brak dochodów.

Wobec statusu bezdomności, jaki posiadał pacjent hospitalizowany w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, po dopełnieniu wszystkich formalności (procedura czasowego ubezpieczenia zdrowotnego, zgłoszenia wniosków dotyczących orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) oraz wyposażeniu mężczyzny w rzeczy codziennego użytku i ubranie, został on skierowany do Centrum Pomocy dla Bezdomnych Mężczyzn w Bydgoszczy. Do miejsca docelowego miał zostać przewieziony transportem sanitarnym. Pomimo wielu próśb i omawiania korzyści wynikających z przebywania w tym ośrodku – w tym: pomocy socjalnej, całodobowego nadzoru nad chorym, zapewnienia posiłków, miejsca do spania oraz możliwości uzyskania środków finansowych (pomoc pracowników socjalnych w wypełnieniu stosownych dokumentów, wniosków o zasiłek/rentę) – pacjent nie wyraził zgody na pobyt w schronisku i w związku z tym po zakończonej hospitalizacji samodzielnie opuścił szpital, deklarując powrót do miejsca wcześniejszego pobytu.

#### 6. WYSOKIE RYZYKO REHOSPITALIZACJI

Choremu zalecono stosowanie lekkostrawnej diety, pielęgnację rany i zmianę opatrunków zgodnie z instruktażem, a ponadto kontrolę w poradni chirurgicznej oraz dalsze leczenie w poradni ortopedycznej. Dodatkowo wydano mężczyźnie receptę na antybiotyk i leki przeciwbólowe.

W związku z tym, że chory zdecydował o powrocie do miejsca wcześniejszego pobytu oraz wobec braku zabezpieczenia socjalnego było bardzo prawdopodobne, że mężczyzna nie zastosuje się do żadnego z powyższych pohospitalizacyjnych zaleceń.

Dokładnie rok później, w czerwcu 2014 roku, chory został ponownie hospitalizowany w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej. Powodem przyjęcia w trybie pilnym była martwica podudzia lewego, spowodowana przewlekłym, zakażonym owrzodzeniem. W badaniu przedmiotowym mężczyzna był w dość dobrym stanie ogólnym; świadomość pełna, parametry życiowe w granicach normy. Na lewym podudziu masywne, zakażone, głębokie owrzodzenie penetrujące do tkanki mięśniowej, obejmujące całą powierzchnię podudzia od kostek do kolana. W dniu przyjęcia do szpitala chory został zakwalifikowany w trybie pilnym do amputacji na poziomie uda lewego. Zabieg przeprowadzono w późnych godzinach wieczornych. Po operacji podano

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

płyny infuzyjne i zastosowano leczenie przeciwbólowe. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym u mężczyzny obserwowano obniżone wartości ciśnienia tętniczego krwi (do 80/50 mmHg) oraz przyspieszoną akcję serca (90 uderzeń/minutę). Chory nie gorączkował, zgłaszał jednak ból fantomowy po usuniętej kończynie. Z uwagi na niskie stężenie hemoglobiny (7,2 g/d) pacjentowi przetoczono dwie jednostki KKCz (koncentrat krwinek czerwonych). Od drugiej doby chory wyrażał poprawę samopoczucia. Dolegliwości bólowe opanowano do wartości 1–3 w skali NRS. Proces gojenia rany kikuta był prawidłowy. W trzeciej dobie usunięto dren z rany. Rana była czysta, sucha, zaopatrzona opatrunkiem z gazy. Rozpoczęto usprawnianie ruchowe. W wyniku codziennej rehabilitacji, w siódmej dobie po operacji uzyskano względną samodzielność chorego w zakresie przesiadania się na wózek inwalidzki i poruszania po oddziale.

Ponownie – we współpracy z pielęgniarką społeczną i pracownikiem socjalnym – dopełniono formalności związanych z wystąpieniem o czasowe ubezpieczenie chorego oraz przygotowano wnioski o orzeczeniu stopnia niepełnosprawności i przyznaniu choremu świadczeń finansowych. Kolejnym problemem, jaki powtórzył się podczas drugiej hospitalizacji, był brak możliwości umieszczenia chorego w ZOL, pomimo ewidentnych wskazań i potrzeby dalszej opieki nad chorym po zakończeniu leczenia chirurgicznego. Tym razem (po wielu długich rozmowach) chory wyraził zgodę na pobyt w Centrum Pomocy dla Bezdomnych Mężczyzn w Bydgoszczy. Dzięki staraniom pracowników oddziału mężczyzna otrzymał wózek inwalidzki (brak własnych środków finansowych i długi proces uzyskiwania ubezpieczenia uniemożliwił uzyskanie wózka w ramach refundacji NFZ), co znacznie ułatwiło mu funkcjonowanie – wymaganą w schroniskach dla bezdomnych zdolność do samoobsługi.

## OMÓWIENIE

Leczenie chorego z raną przewlekłą, w tym miejscowe postępowanie z raną, zmieniało się na przestrzeni wieków dzięki rozwojowi medycyny i techniki. Obecnie do dyspozycji są nie tylko odpowiednie narzędzia do zaopatrywania ran (w tym: bardzo dobrej jakości opatrunki, antyseptyki, preparaty enzymatyczne i środki pielęgnacyjne do skóry), lecz także rozległa wiedza na temat mechanizmów gojenia ran czy stosowania różnorodnych metod leczenia, poparta licznymi badaniami naukowymi. W procesie gojenia ran przewlekłych należy opierać się na wypracowanych przez zespoły ekspertów zaleceniach, wytycznych i algorytmach postępowania [7]. Owrzodzenia kończyn dolnych stanowią jedno z najczęstszych schorzeń wymagających zaopatrzenia chirurgicznego u bezdomnych [5]. W odniesieniu do przedstawionego opisu przypadku chorego bezdomnego z trudno gojącym się owrzodzeniem, zasady zaopatrywania rany oraz

technika wykonywania poszczególnych czynności (pobierania wymazu, eradykacji infekcji, oczyszczania rany, doboru opatrunku oraz jego aplikacji) nie różniły się od tych, które stosuje się u pozostałych chorych z ranami przewlekłymi, posiadających stałe miejsce zamieszkania. Niemal wszyscy pacjenci z raną przewlekłą doświadczają bólu o różnym stopniu nasilenia [8]. Nie jest to problem występujący wyłącznie u chorych bezdomnych. Jednak pobyt w szpitalu pacjentów bezdomnych jest zazwyczaj znacznie dłuższy niż w przypadku osób posiadających własne lokum, hospitalizowanych z tych samych przyczyn [9].

Główną intencją Autorów niniejszej pracy, poza identyfikacją problemów zdrowotnych wymagających opieki specjalistycznej, było zwrócenie uwagi na powtarzalność i złożoność innych problemów, w tym socjalno-bytowych chorych bezdomnych.

Brak rozwiązań systemowych, a tym samym brak możliwości kompleksowego leczenia i opieki nad osobami bezdomnymi po wypisie ze szpitala, staje się często przyczyną pogorszenia stanu chorego, nawrotu dolegliwości i zwiększenia ryzyka kolejnej hospitalizacji. Do niepowodzenia w utrzymaniu efektów leczenia pacjentów bezdomnych i ich całkowitego powrotu do zdrowia przyczyniają się różnorodne czynniki (Tabela 1) [4, 10, 11]. Postępowanie terapeutyczno-opiekuńcze w przypadku bezdomnego wykracza znacznie poza standardowe procedury kliniczne i wymaga współpracy z pielęgniarką społeczną i pracownikami socjalnymi w zakresie ubezpieczenia, zabezpieczenia ekonomicznego (wnioskowanie o zasiłki/rentę), a niekiedy interwencji społecznych (np. w sytuacji rozpadu więzi rodzinnych). Zawsze wymaga zaangażowania personelu medycznego odnośnie wyposażenia w przybory higieniczne, ręcznik, czyste ubrania i obuwie [4, 11].

Problemy natury psychicznej (agresja, zespół zależności alkoholowej) i kulturowej (wykluczenie społeczne) nie powinny negatywnie wpływać na relacje personelu w stosunku do chorego, przeciwnie – wymagają one wyjątkowych umiejętności komunikacji z bezdomnym, interwencji psychologa i nierzadko leczenia psychiatrycznego [10, 12].

Zupełnie odrębnym problemem dotyczącym leczenia bezdomnych – ale nie mniej istotnym i także często poruszanym w środowisku ochrony zdrowia – jest kwestia wysokich kosztów leczenia szpitalnego. Bezdomność jest częstą przyczyną przedłużonej hospitalizacji, a wieloczynnikowa etiologia chorób i współwystępowanie zakażeń grzybiczych oraz chorób pasożytniczych skóry wpływają na wzrost kosztów diagnostyki, wysokospecjalistycznych konsultacji i terapii.

## WNIOSKI

Skrajnie złe warunki życia, doraźne zaspokajanie podstawowych potrzeb ludzkich w zakresie żywienia, snu oraz

! *Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.*

Tabela 1. Przyczyny utraty efektów leczenia chorych bezdomnych (w tym nawrót choroby/pogorszenie stanu zdrowia po wypisie).

Diagnoza/Stany	Cel	Zalecane postępowanie	Przeszkody w realizacji celu
Zakażona rana przewlekła	Wygojenie rany	Miejscowe gojenie rany zgodnie ze strategią TIME oraz według zaleceń i wytycznych towarzystw naukowych Podczas przygotowywania chorego do wypisu dobrane opatrunku łatwego do aplikacji i efektywnego (wymienianego co kilka dni – możliwość zmiany w poradni), jeżeli to możliwe najtańszego i refundowanego Edukacja chorego, udzielanie informacji i wskazówek na temat higieny oraz miejscowego postępowania z raną, a także możliwości uzyskiwania pomocy (instytucje oraz specjalistyczne poradnie dla bezdomnych, schroniska, wolontariusze)	Samowolne opuszczenie oddziału przed zakończeniem procesu leczenia Po osiągnięciu optymalnego stanu gojenia i wyeliminowaniu klinicznych cech zakażenia, z uwagi na długotrwały proces gojenia, leczenie rany jest kontynuowane w warunkach pozaszpitalnych – dla chorego oznacza to często powrót do parku, altanki działkowej, na klatkę, dworzec itp. Czynniki pogarszające stan rany, na które ma wpływ osoba bezdomna: • brak elementarnych podstaw higieny (w zakresie wiedzy, nawyków i miejsca pobytu), • niski stopień/brak samodzielności, • brak środków finansowych na zakup materiałów opatrunkowych, • brak ubezpieczenia, uniemożliwiający korzystanie z opieki ambulatoryjnej, • styl życia prowadzący do niedożywienia, nadużywanie alkoholu; upadki, dodatkowe urazy, zakażenia
Ból	Wyeliminowanie bólu	Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi: • stosowanie leków przeciwbólowych, • ocena bólu i monitorowanie leczenia bólu	Chory nie realizuje recepty na środki przeciwbólowe i inne leki
Niski stopień samodzielności/brak samodzielności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego	Osiągnięcie względnej samodzielności	Usprawnianie ruchowe dostosowane do stanu chorego i jego możliwości Angażowanie chorego do samodzielnej toalety, zmiany bielizny i odzieży oraz spożywania posiłków	W schronisku dla bezdomnych mogą przebywać jedynie osoby zdolne do samoobsługi Brak stałej pomocy medycznej i opieki wolontariuszy nad osobami przebywającymi w schroniskach i noclegowniach
Niewłaściwe odżywianie	Prawidłowe parametry odżywienia	Dobór diety pod względem kalorycznym i suplementacja białka oraz witamin (w warunkach szpitalnych) Ocena apetytu	Powrót do niepełnowartościowego i nieregularnego odżywiania Stan chorego pogarsza zazwyczaj spożywanie alkoholu i nikotynizm
Brak chęci współpracy ze strony chorego	Nawiązanie kontaktu z chorym	Wsparcie psychologiczne Motywowanie do współpracy Udzielanie informacji i konstruktywnej pomocy	Deprywacja potrzeb na wszystkich poziomach, stres, lęk, zaburzone poczucie tożsamości uniemożliwiają osiągnięcie celu Choremu nie zawsze zależy na współpracy i powrocie do zdrowia, ponieważ w szpitalu czuje się bezpiecznie (szczególnie w okresie jesienno-zimowym), a koncepcja wypisu „donikąd” budzi poczucie zagrożenia
Brak ubezpieczenia zdrowotnego i (często) dokumentu tożsamości	Ubezpieczenie tzw. prezydenckie	Współpraca z pracownikiem socjalnym, wypełnienie i złożenie odpowiednich formularzy	Ubezpieczenie jest ważne tylko przez określony czas, później chory ponownie traci uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych Najlepsze rozwiązanie dla chorego stanowi orzeczenie stopnia niepełnosprawności lub osiągnięcie wieku emerytalnego skutkujące przyznaniem stałego zasiłku, renty lub emerytury Brak dokumentów tożsamości, stan nieprzytomności, utrata świadomości przez chorego lub opuszczenie szpitala w trakcie leczenia uniemożliwiają wszczęcie procedury przyznania ubezpieczenia

schronienia przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi, a także nadużywanie alkoholu stanowią częste przyczyny chorób u osób bezdomnych. Brak dokumentu tożsamości, ubezpieczenia zdrowotnego, pieniędzy i możliwości transportu to podstawowe blokady w dostępie do ambulatoryjnej opieki medycznej. Uraz lub nagłe pogorszenie stanu zdrowia stanowią przesłanki do poszukiwania pomocy w szpitalu.

W przypadku chorych bezdomnych plan leczenia i opieki pielęgniarskiej, poza standardowo podejmowanymi czynnościami wynikającymi z choroby podstawowej, obejmuje

zazwyczaj także wiele innych problemów natury biopsychospołecznej. Postępowanie niwelujące długotrwałe zaniechania higieniczne (toaleta i pielęgnacja skóry, stosowanie środków przeciwwszawicych, przeciwświerzbowych, przeciwgrzybiczych) nierzadko jest przyczyną izolacji tych chorych w oddziale szpitalnym. Podstawę wszelkich działań w stosunku do pacjentów bezdomnych stanowi prawidłowa komunikacja, wsparcie psychospołeczne i edukacja (niekiedy elementarna).

KONFLIKT INTERESÓW: nie zgłoszono.

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

## PIŚMIENNICTWO

- Olech P. Wykluczenie mieszkaniowe – zarys głównych problemów mieszkaniowych w Polsce oraz rekomendacje dla całościowej polityki społecznej. Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej”. EAPN Polska (online); <http://www.eapn.org.pl/expert/files/Wykluczenie%20mieszkaniowe%20%E2%80%93%20zarys%20g%C5%82%C3%B3wnych%20problem%C3%B3w%20mieszkaniowych%20w%20Polsce.pdf>
- Dębski M. Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty. Diagnoza zespołu badawczego działającego w ramach projektu „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”. Stowarzyszenie Monar (online) 2010; [http://www.monar.pl/content/zdjecia/Diagnoza\\_Zesp%C3%B3%C5%82%20Badawczy.pdf](http://www.monar.pl/content/zdjecia/Diagnoza_Zesp%C3%B3%C5%82%20Badawczy.pdf), pp. 96–127.
- Pospiszyl I. Patologie Społeczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010, pp. 294–304.
- Porowska A, Wygnańska J. Leczenie ludzi chorych w sytuacji bezdomności. Raport Zespołu ds. Zdrowia Warszawskiej Rady Opiekuńczej. Bezdomność (online) 2012; <http://www.bezdomnosc.edu.pl>, pp. 1–13.
- Witkiewicz W, Gnus JJ, Stankiewicz Z, Kocot M, Rasiewicz M. Problemy chirurgiczne ludzi bezdomnych. Pol Merk Lek 2013;35(207):154–158.
- Burak A, Mućka J, Ferenc A, Koreleska E. Skala zjawiska bezdomności w szpitalnych oddziałach ratunkowych w oparciu o analizę przeprowadzoną w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy. In: Cipora E, Jakubowski K (eds). Materiały zjazdowe III Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Współdziałanie Fundamentem Skutecznego Ratownictwa”. 16–17 października 2014 r., Arłamów. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka, Sanok, pp. 16–17.
- Jawień A, Bartoszewicz M, Przondo-Mordarska A et al. Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. Leczenie Ran 2012;9(3):59–75.
- Mościcka P, Szewczyk MT, Hancke E, Cwajda-Białasiak J, Cierzniańska K, Jawień A. Kompleksowa opieka nad chorym z raną przewlekłą kończyny dolnej, zagrożonej i objętej procesem infekcji – analiza czterech przypadków. Leczenie Ran 2014;11(2):67–77.
- Kowalska M, Bołdys S, Zaniewski M, Majewski E. Problemy zdrowotne bezdomnych pacjentów na oddziale chirurgii ogólnej. Ann Acad Med Siles 2006;60(6):482–486.
- Wound care difficult for homeless patients and providers. Healing Hands 2004;8(3). National Health Care for the Homeless Council (online) 2004; <http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/03/June2004HealingHands.pdf>
- Stodolska A, Szewczyk MT, Banaszkiwicz Z, Cwajda J, Frelichowska S. Bezdomność a problemy zdrowotne – analiza przypadku. In: Bartuzi Z (ed.). Interdyscyplinarny Wymiar Nauk o Zdrowiu. Wydawnictwo Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu Collegium Medicum, Bydgoszcz, 2007, pp. 406–411.
- Baran P, Krzyżmińska A, Kamińska K, Kawecki M. Problemy chorych bezdomnych leczonych z powodu oparzeń w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich – studium przypadku. 17. Sympozjum „Oparzenia 2014”, 29–31 maja 2014 r., Poznań. Chirurgia Plastyczna i Oparzenia 2014;2(1):49. Abstract.