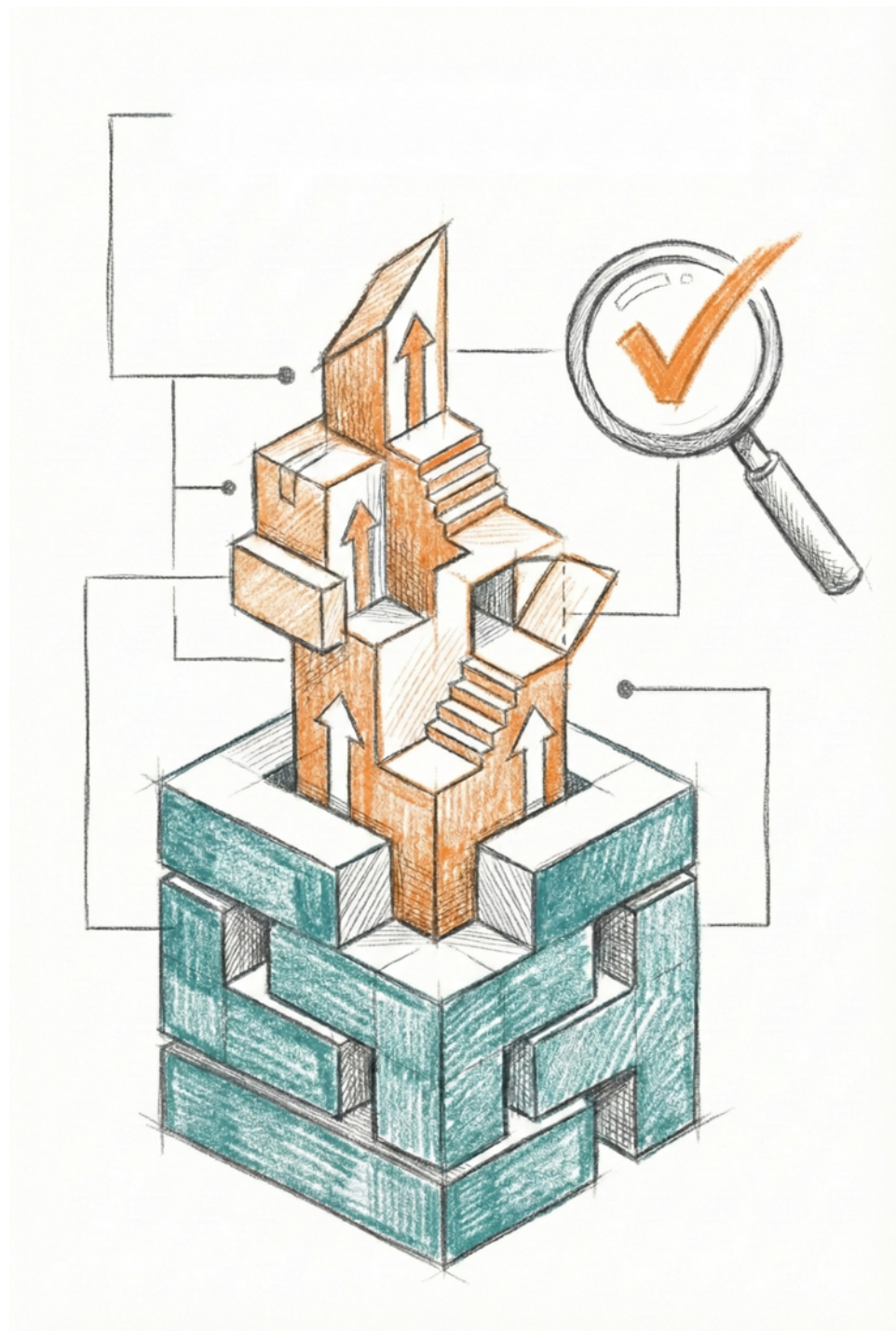




DOTYK TROSKI

Standardy jakości

Niniejszy materiał został opracowany w ramach projektu „**Generator Innowacji. Sieci Wsparcia 3**”, dofinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+.

Lider i partner wiodący: PCG Polska Sp. z o. o., ul. Fabryczna 17, 90-344 Łódź,
www.pcgpolska.pl

Partner projektu: Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e”, ul. Hoża 35, 00-681 Warszawa,
www.e.org.pl

Autor tekstu: Agnieszka Kawula

Opracowanie graficzne i redakcja: Rafał Grądzki

Licencja:



Teksty, układ, ilustracje i grafiki wykorzystane w tej publikacji są objęte licencją Creative Commons Uznanie Autorstwa 4.0. Treść licencji można znaleźć na portalu creativecommons.org **pod tym adresem**. Ilustracje i infografiki zostały wygenerowane w aplikacji Gemini na podstawie autorskich promptów.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Spis treści:

Spis treści:	3
Metryczka	4
Cel i uzasadnienie standardu	5
Zakres i definicje operacyjne	6
Zasady nadrzędne	8
Standard 1	10
Standard 2	12
Standard 3	14
Standard 4	16
Standard 5	18
Standard 6	20
Standard 7	22
Standard 8	24
Kompetencje personelu i warunki organizacyjne	26
Wdrażanie i współtworzenie standardu w placówce	28
Pomiar jakości i audyt	29
Załącznik A	31
Załącznik B	32
Załącznik C	34
Załącznik D	35
Załącznik E	36
Wnioski i dalsze kroki	38

Metryczka

Dokument:

Standard jakości opieki – "Dotyk troski"

Wersja:

1.0 Pilotażowa

Data opracowania:

Styczeń 2026

Autor:

Agnieszka Kawula

Zakres obowiązywania:

- Placówki medyczne i opiekuńcze,
- Domy opieki dla seniorów,
- Hospicja,
- Środowiskowa i długoterminowa opieka w domu pacjenta

Plan przeglądu:

Co 6–12 miesięcy (na podstawie doświadczeń pilotażowych)

Charakter dokumentu:

Standard projektu pilotażowego i materiał do dalszej iteracji. Opracowany w dialogu z praktykami zajmującymi się opieką nad seniorami, na podstawie badań międzynarodowych oraz doświadczeń opiekunów i seniorów. Jest zaproszeniem do zmian jakości opieki.

Cel i uzasadnienie standardu

Po co powstał standard?

Problem wyjściowy:

Dotyk jest nierozdzielnie związany z każdą czynnością opiekuńczą (mycie, ubieranie, zmiana pozycji, przemieszczanie się, karmienie), jednak jego jakość nie jest standaryzowana w istniejących obecnie systemach opieki.

Jakie są skutki braku jasnych wytycznych?

Z raportu „Dotyk troski” 2025 wynika, że 62,9% opiekunów nigdy nie było uczonych, jak dotykać osobę chorą w sposób wspierający.

-  Opiekunowie chcą okazywać swoim podopiecznym wsparcie, ale obawiają się przekroczeń i oceny.
-  Codzienne procedury często wykonywane są mechanicznie, bez świadomości oddziaływania na układ nerwowy i emocjonalny seniora.
-  Seniorzy doświadczają dehumanizacji kontaktu fizycznego, co prowadzi do izolacji, oporu i eskalacji zachowań uznawanych przez opiekunów za trudne.

Do jakich koncepcji odwołują się standardy?

Standard "Dotyk troski" jest spójny z czterema międzynarodowymi filarami opieki nad seniorami:

-  **Person-centred Care** – Opieka zorientowana na osobę koncentruje się na indywidualnych potrzebach każdego człowieka. Jej zasady wzmacniają sprawczość personelu i umożliwiają dostosowanie działań oraz procedur w sposób, który zapewnia opiekę adekwatną do potrzeb konkretnego pacjenta.
-  **Compassionate Care** – Holistyczna forma opieki opartej na współczuciu. Koncentruje się na zapewnieniu podopiecznym dobrostanu fizycznego, emocjonalnego, społecznego i duchowego.
-  **Human Rights Based Approach to Health** – Podejście oparte na prawach człowieka w opiece medycznej jest sposobem organizacji i świadczenia usług zdrowotnych, w którym prawa człowieka stanowią fundament polityki, programów oraz codziennej pracy placówek opieki medycznej.
-  **Wellbeing** – Holistyczna koncepcja opieki łącząca w sobie cztery filary opisujące całość doświadczeń człowieka (fizyczny, emocjonalny, społeczny i duchowy).

Utrzymywanie równowagi pomiędzy tymi filarami podnosi jakość życia, sprzyja zapobieganiu wypaleniu, wzmocnieniu relacji międzyludzkich oraz poczuciu stabilności.

Zakres i definicje operacyjne

Podopieczni

Seniorzy w wieku 65+ w różnych stanach: sprawni umysłowo, z demencją, z zaburzeniami poznawczymi, po udarach, w delirium, przewlekle chorzy i niesamodzielni.

Osoby starsze w trakcie opieki paliatywnej i u schyłku życia.

Osoby starsze z historią traum, przemocy lub nadwrażliwości sensorycznej.

Konteksty opieki

-  czynności pielęgnacyjne i higieniczne;
-  ubieranie, karmienie, toaleta, zmiana pozycji;
-  transfery i mobilizacja;
-  procedury i interwencje medyczne;
-  komunikacja, regulacja emocji, współpraca w sytuacjach trudnych;
-  kontakt z rodziną i opiekunami nieformalnymi.

Miejsca, w których można wykorzystać standard

-  Oddziały szpitalne (geriatria, neurologia, medycyna paliatywna);
-  Domy pomocy społecznej (DPS);
-  Domy seniora;
-  Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze (ZOL);
-  Hospicja stacjonarne i domowe;
-  Opieka domowa (środowiskowa i długoterminowa).

Kluczowe Definicje



Dotyk Troski - to świadomy, uważny i uzgodniony kontakt fizyczny, poprzez który opiekun wspiera poczucie bezpieczeństwa, godności i bycia w relacji u osoby chorującej lub niesamodzielnej. Jest integralną częścią opieki, obecną w codziennych czynnościach pielęgnacyjnych i komunikacyjnych, a nie dodatkiem do istniejących procedur. Opiera się na neurobiologii empatii, rozumianej jako zdolność układów nerwowych do wzajemnego dostrajania się. Jego jakość, tempo i intencja umożliwiają współregulacji napięcia, łagodzenie lęku i bólu oraz wzmacnianie poczucia kontroli i autonomii. Dotyk troski zakłada szacunek dla granic i historii ciała, a jego celem jest przywracanie człowieczeństwa tam, gdzie choroba lub zależność je nadwyreżają.



Zgoda - Proces o charakterze dynamicznym, (może się zmienić w każdej chwili), obejmujący zarówno wyrażenie werbalne, jak i sygnały pozawerbalne. Zmienia się w trakcie procedury i musi być stale monitorowana.



Dostosowanie się - Zdolność opiekuna do czytania sygnałów wysyłanych przez ciało (napięcie, grymas, oddech, cofnięcie) i reagowania na nie w czasie rzeczywistym.



Moment zatrzymania - Krótka pauza (15–30 sekund) w procedurze, w której opiekun utrzymuje spokojny kontakt i obserwuje sygnały.



Współregulacja - Proces, w którym stabilny, spokojny opiekun „pożycza” swoją stabilność podopiecznemu; układ nerwowy seniora kalibruje się na spokój opiekuna.



Komunikacja niewerbalna - sygnały płynące bezpośrednio z ciała podopiecznego – napięcia, grymasy, zmiany oddechu, wycofanie.

Zasady nadrzędne

Standard opiera się na **10 zasadach**, które powinny być częścią każdej decyzji i podejmowanego na jej podstawie działania:

Godność i prywatność

Każda osoba, niezależnie od wieku, stanu zdrowia lub zależności, ma prawo do poszanowania godności i prywatności. Dotyk nigdy nie może być narzędziem upokorzenia; zawsze chroni integralność osoby.

Opieka skoncentrowana na osobie

Każdy senior ma indywidualną historię, preferencje, doświadczenia i granice. Procedury oparte są na tym, czego senior w danym momencie potrzebuje i jakie ma w tym zakresie potrzeby.

Opieka oparta na współczuciu

Współczucie przejawia się w sposobie działania: spokojne tempo, stabilny chwyt, przewidywalność, uwaga na sygnały. Dzięki takiemu podejściu, doświadczenie opieki jest dla seniora bardziej akceptowalne, szczególnie w sytuacjach braku pogodzenia się z sytuacją utraty autonomii lub jej ograniczenia.

Prawa człowieka

Prawo do informacji (co się będzie dziać), prawo do odmowy (w miarę możliwości medycznych), prawo do wyboru, prawo do bycia wysłuchanym.

Inkluzywność i dostępność komunikacji

Nie wszyscy seniorzy mogą porozumiewać się słowami. Dotyk, gesty, obrazki – to alternatywne kanały komunikacji. Każdy człowiek zasługuje na bycie zrozumianym.

Dostosowanie się

Ciało mówi szybciej niż myśl. Opiekun, który czyta sygnały i reaguje na nie, pokazuje seniorowi, że jego doświadczenie ma znaczenie. To buduje zaufanie.

Bezpieczeństwo kliniczne i emocjonalne

Procedury medyczne muszą być wykonane poprawnie. Jednocześnie senior musi czuć się psychicznie bezpiecznie. Te dwa wymiary są nierozdzielne.

Współdecydowanie

Senior i rodzina nie mogą jedynie biernymi odbiorcami opieki. Ich doświadczenie i preferencje powinny być włączone w plan opieki.

Ciągłość i spójność zespołu

Każdy opiekun dotyka inaczej. Senior odczuwa to przy każdej zmianie osoby, która się nim zajmuje. Spójne, konsekwentne działania zmniejszają nieprzewidywalność i lęk. Ciągłość opieki obejmuje ciągłość relacji, informacji i preferencji dotyku, przekazywanych między zmianami oraz między zespołami.

Odpowiedzialność i wsparcie systemowe

Opiekun ma prawo do superwizji, wsparcia, edukacji. Równocześnie ma obowiązek zgłaszać praktyki naruszające godność lub bezpieczeństwo seniora.





Standard 1

Przygotowanie kontaktu

Wymaganie minimalne:

Przed każdym dotykem opiekun zapowiada co się będzie dziać, nawiązuje kontakt wzrokowy lub werbalny z podopiecznym, czeka na sygnał gotowości i dostosowuje tempo do reakcji seniora.

Uzasadnienie:

Pierwsze sekundy determinują przebieg całej procedury. Bez informacji jakie czynności będą przy podopiecznym wykonywane, senior uruchamia mechanizm obronny („walcz lub uciekaj”), który później jest trudny do wyciszenia. Natomiast kilka sekund przygotowania i komunikacji – potwierdza bezpieczeństwo i znacznie zmniejsza napięcie i potencjalny opór.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  Opiekun nawiązuje kontakt wzrokowy lub werbalny PRZED rozpoczęciem procedury;
-  Informuje seniora o tym, co za chwilę się stanie (np. „Zaraz umyję pani ręce”);
-  Czeką na sygnał gotowości – zarówno słowny, jak i cielesny (rozluźnienie, spokojniejszy oddech);
-  Nie wykonuje gwałtownych ruchów – tempo ruchów jest wolne i czytelne;
-  Dostosowuje formę zapowiedzi do stanu poznawczego (krótko dla demencji; bardziej szczegółowo dla pełnej świadomości);
-  Po procedurze potwierdza jej zakończenie (np. „Gotowe, teraz pomogę pani się ubrać”).

Przykładowe scenariusze praktyczne:

Scenariusz 1 – Pan Zbigniew, przemieszczenie z łóżka po udarze

Pan Zbigniew, 82 lata, ma trudności z komunikacją werbalną po udarze. Opiekun Katarzyna, zamiast od razu podejść i rozpocząć przemieszczenie, najpierw siada obok niego na łóżku. Mówi spokojnym tonem: „Panie Zbigniewie, zaraz pomogę Panu

przejąć się na wózek. Najpierw wstaniemy razem. Powoli." Czekają kilka sekund, obserwują reakcję pacjenta. Dopiero gdy widzi zmianę postawy (barki się rozluźniają, oddech zmienia się), rozpoczyna działanie. Przeniesienie jest spokojne, szybsze, bez oporu.

Scenariusz 2 - Pani Maria, mycie z demencją zaawansowaną

Pani Maria, 87 lat, z zaawansowaną chorobą Alzheimera, zawsze się denerwuje, kiedy ktoś coś przy nim robi. Opiekun Piotr postanawia zmienić swoje podejście. Zamiast mówić „teraz panią myję”, podchodzi od przodu (nie od tyłu), czeka, aż spojrzy mu w oczy. Pokazuje jej myjkę, dotyka jej ręki myjką (sygnał: „patrz, coś spokojnego”). Potem zapowiada każdy etap używając gestów i dotyku. Ta forma uprzedzającej komunikacji niewerbalnej zmniejsza lęk pani Marii o połowę.

Scenariusz 3 - Pan Roman, procedura zmiany pozycji powiązana z bólem pleców

Pan Roman, 78 lat, ma chroniczny ból pleców i zawsze się wzdryga, kiedy musi się ruszać. Opiekun, zamiast dotykać go bez ostrzeżenia, najpierw pyta: „Panie Romanie, dziś bołą Pana plecy bardziej czy mniej niż wczoraj?” Ta krótka rozmowa daje mu szansę zaaklimatyzować się na dotyk i sprawia, że gdy opiekun przechodzi do trudniejszego obszaru, ciało seniora jest mniej zaskoczone. Opiekun sprawdza, czy nowa pozycja jest bardziej komfortowa, zadając odpowiednie pytania. Słucha pana Romana i dokonuje ewentualnych poprawek.

Protokół postępowania (45–60 sekund):

-  Podejść tak, żeby nawiązać kontakt wzrokowy.
-  Wypowiedz jedno zdanie o czynności.
-  Zapytaj o zgodę lub sprawdź sygnał.
-  Połóż dłoń stabilnie na przedramieniu lub dłoni.
-  Weź 2 oddechy i obserwuj napięcia w ciele podopiecznego.
-  Rozpocznij czynność w spokojnym tempie.
-  Domknij kontakt krótkim komunikatem: „gotowe”.

Czego unikać?

-  Dotykania bez uprzedzenia lub od tyłu – narusza poczucie bezpieczeństwa
-  Ignorowania sygnałów płynących z ciała podopiecznego
-  Szybkiego tempa od samego początku – eskaluje napięcie
-  Brak potwierdzenia czy wszystko jest w porządku po wykonaniu procedury – senior czuje się wówczas porzucony.



Standard 2

Zgoda, autonomia i współdecydowanie

Wymaganie minimalne:

Opiekun aktywnie uzyskuje i bieżąco sprawdza zgodę seniora na każdym etapie procedury, dostosowując sposób pytania do jego stanu poznawczego, szanując i respektując prawo do odmowy.

Uzasadnienie:

Zgoda nie jest procedurą jednorazową. To ciągły proces, który zmienia się z minuty na minutę w zależności od tego, jak czuje się ciało seniora. Senior ma prawo do odmowy, prawo do wyboru. Nawet gdy procedura jest medycznie konieczna, sposób jej wykonania musi być negocjowany. Autonomia – nawet częściowa – jest fundamentem godności.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  Opiekun formułuje pytania w zrozumiały dla seniora sposób;
-  Przed KAŻDYM etapem procedury sprawdza, czy senior się zgadza – nie tylko na początku;
-  Obserwuje sygnały ciała (napięcie, cofnięcie, grymas) i traktuje je jako równoważne głosowi;
-  Szanuje prawo do odmowy i szuka alternatywnych sposobów;
-  Daje seniorowi możliwości wyboru (np. „Chce Pan żeby najpierw umyć rękę czy nogę?”);
-  Dokumentuje preferencje seniora i przekazuje je na zebraniach zespołu.

Scenariusze Praktyczne:

Scenariusz 1 – Pani Krystyna, intymna toaleta

Pani Krystyna ma demencję i nie komunikuje się werbalnie. Opiekun, zamiast przystąpić do procedury, najpierw obserwuje jej zachowanie. Gdy zbliża się z mokrym ręcznikiem, ciało pani Krystyny reaguje sztywnieniem się. Opiekun zatrzymuje się, oddycha

spokojnie, czeka. Po kilku sekundach pani Krystyna się rozluźnia. Dopiero wtedy opiekun zaczyna mycie. W połowie procedury ponownie sprawdza zakres zgody – jeśli pojawi się napięcie, zatrzymuje się, zmienia sposób (wolniejsze tempo, inne miejsce dotyku, temperatura otoczenia/wody/rąk). Procedura trwa dłużej, ale jest wykonana bez przemocy i z zachowaniem godności.

Scenariusz 2 - Pan Andrzej, prawo do odmowy

Pan Andrzej kategorycznie nie chce się myć dziś rano. Opiekun, zamiast nalegać, pyta dlaczego. Okazuje się, że pana Andrzeja boli głowa. Opiekun proponuje: „Mogę umyć Panu tylko ręce i twarz. Resztę ciała zrobię, gdy będzie się Pan czuł lepiej.” Pan Andrzej wyraża zgodę. Autonomia i godność zostają zachowane.

Scenariusz 3 - Pan Marek, zmiana preferencji

Pan Marek zwykle wyraża zgodę na pomoc przy wstawaniu. Dziś jednak ciało mu się bardzo usztywniło. Opiekun zauważa to, zatrzymuje się. „Panie Marku, czy dziś to boli bardziej?” Pan Marek kiwa głową. Opiekun zmienia procedurę – przemieszcza ciało do pozycji półleżącej, asekurować cały proces swoim ciałem. Transfer trwa 5 minut dłużej, ale poczucie kontroli seniora zostaje zachowane.

Protokół postępowania (30–45 sekund):

-  Powiedz, co zamierzasz zrobić.
-  Zadaj pytanie o zgodę w formie zrozumiałej dla seniora.
-  Sprawdź sygnały płynące z ciała podopiecznego po pierwszym kontakcie dłoni.
-  Kontynuuj tylko po uzyskaniu akceptacji.
-  Zatrzymaj się przy sprzeciwie i stwórz seniorowi możliwość dokonania wyboru, co dalej.

Czego unikać?

-  Ignorowania sygnałów ciała – takie postępowanie narusza autonomię;
-  Braku poszukiwania alternatyw w sytuacji oporu – takie postępowanie promuje wymuszenie zamiast wsparcia;
-  Traktowania zgody jako aktu jednorazowego – opiekun nie dostosowuje się do potrzeb pacjenta;
-  Braku dokumentowania reakcji podopiecznego – inni opiekunowie mogą działać niespójnie z optymalnym trybem postępowania wobec tego konkretnego podopiecznego.



Standard 3

Dotyk troski w codziennych czynnościach

Wymaganie minimalne:

Opiekun wykonuje codzienne czynności pielęgnacyjne (mycie, ubieranie, transfer, zmiana pozycji, karmienie) używając stabilnego chwytu, spokojnego tempa i przewidywalności ruchów, które wzmacniają poczucie bycia zaopiekowanym.

Uzasadnienie:

Mycie, ubieranie czy transfer nie należą do zadań o charakterze neutralnym. Podczas ich wykonywania senior musi mieć świadomość, że znajduje się w dobrych rękach. Dotyk łączący precyzję z uważnością i miękkością wpływa zasadniczo na komfort podopiecznego, jego samopoczucie, zaufanie do opiekuna i w efekcie na przebieg całego zdarzenia. Każda procedura, nawet jeśli jest dla podopiecznego uciążliwa lub bolesna ma wówczas spokojniejszy przebieg. Obie strony (opiekun i pacjent) odbierają je jako coś dobrego.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  Opiekun używa całej dłoni jako źródła wsparcia;
-  Tempo ruchów jest spokojne i łatwe do przewidzenia;
-  Kontakt fizyczny jest ciągły – nie znika nagle, dezorientując podopiecznego;
-  Opiekun obserwuje napięcie mięśni i dostosowuje nacisk do reakcji ciała seniora;
-  Procedura zawiera krótkie momenty zatrzymania (15–30 sekund) w celu dokonania kolejnych obserwacji dotyczących reakcji pacjenta;
-  Po każdym etapie danej czynności, opiekun potwierdza jego zakończenie i przejście do następnego fragmentu.

Scenariusze:

Scenariusz 1 - Pani Zofia, mycie i ból kolan

Pani Zofia, 84 lata, zawsze broni się przed myciem, ponieważ w tym czasie nasila się ból kolan, który i bez tego jest dojmujący. Opiekun zmienia strategię. Zamiast szybkiego wykonania kluczowych czynności higienicznych, robi to spokojnie i uważnie. Do rozprowadzania mydła używa całej dłoni – miękko, równomiernie, używając delikatnej strony myjki. Nie szarpie, nie pogania. Dotyka swojej podopiecznej w stałym tempie. Po kilku minutach napięcie pani Zofii spada. Razem z nim zmniejsza się również częstotliwość skarg na ból kolan. Procedura zajmuje tyle samo czasu, ale jest dla obu stron zupełnie innym doświadczeniem.

Scenariusz 2 - Pan Jerzy, transfer z podziałem na etapy

Pan Jerzy jest osłabiony po operacji i bardzo boi się upadku. Opiekun oferuje podparcie obiema rękami (nie jedną). Mówi: „Jestem tutaj, Panie Jerzy. Zrobimy to razem.” W trakcie przemieszczania się opiekun utrzymuje stały, spokojny kontakt. Pan Jerzy, choć słaby, czuje się bezpiecznie.

Scenariusz 3 - Pani Renata, karmienie z uwagą na tempo

Pani Renata ma trudności z przełykaniem. Opiekun siada obok niej. Przed podaniem do ust kolejnej porcji kładzie delikatnie rękę na jej ramieniu, dając sygnał, który mówi: „przygotuj się”. Tempo karmienia wyznacza oddech podopiecznej. Posiłek staje się w ten sposób momentem bliskości.

Czego unikać?

-  Szarpania, ciągnięcia za dłonie – narusza poczucie bezpieczeństwa;
-  Zbyt szybkiego tempa – senior nie może się wówczas dostosować;
-  Przerywania kontaktu – senior czuje wówczas się dezorientowany i porzucony;
-  Ignorowania bolesnych obszarów – takie zachowanie oznacza brak empatii.



Standard 4

Dotyk kojący

Wymaganie minimalne:

Opiekun stosuje krótkie (30-120 sekund) interwencje dotykowe w sytuacjach wzmożonego napięcia, lęku lub pobudzenia, aby zmniejszyć poziom stresu i przywrócić poczucie bezpieczeństwa.

Uzasadnienie:

To niefarmakologiczna interwencja, która wprost wpływa na układ nerwowy seniora. Spokojny, stabilny, przewidywalny kontakt aktywuje nerw błędny i obniża poziom kortyzolu. Senior czuje się bezpieczniej, oddycha spokojniej, spada napięcie mięśni. Dotyk przynosi ukojenie, zanim pacjent zdąży zastanowić się nad tym, co się z nim dzieje albo nazwać swoje emocje.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  W sytuacji pobudzenia opiekun przerywa pracę i używa dotyku, żeby uspokoić swojego podopiecznego;
-  Dotyk jest w miejscu bezpiecznym (unikanie stref intymnych lub bolesnych);
-  Opiekun utrzymuje kontakt przez 30-120 sekund nie zmieniając pozycji;
-  Opiekun kontroluje własny oddech (spokój musi być autentyczny);
-  Po interwencji można zaobserwować zmianę (mniejsze napięcie, spokojniejszy oddech);
-  Interwencja jest dokumentowana, a zespół poinformowany.

Scenariusze:

Scenariusz 1 - Pan Stefan, budzi się nocą w panice

Pan Stefan, 79 lat, budzi się nocą z uczuciem paniki, nie orientując się, gdzie jest i dlaczego się tu znalazł. Opiekun - zamiast włączać światło i logicznie wszystko tłumaczyć pacjentowi - siada przy jego łóżku, kładzie dłoń na jego ręce i mówi cicho, spokojnym monotonnym głosem: „Panie Stefanie, jestem tutaj. Nic się nie stało. Jest Pan w bezpiecznym miejscu.” Utrzymuje dotyk przez minutę. Po 60 sekundach oddech

podopiecznego prawdopodobnie się uspokoi, mięśnie rozluźnią, a poziom lęku wyraźnie spadnie. Podanie leków uspokajających prawdopodobnie okaże się niepotrzebne. Dotykać można też przez kołdrę, nie zawsze musi to być dłoń czy odkryte ramię.

Scenariusz 2 - Pani Halina, agresja obronna

Pani Halina, 81 lat, z demencją, wybucha z przyczyn, które nie do końca są zrozumiałe. Opiekun rezygnuje z logicznych wyjaśnień. Delikatnie, bardzo powoli, dotyka jej policzka lub ramienia. Stabilny dotyk w bezpiecznym miejscu trwa 20-30 sekund. Agresja powoli ustępuje. U pacjentki mogą pojawić się inne, równie intensywne emocje. Nie kojarzę się je już jednak z agresją.

Scenariusz 3 - Pan Tadeusz, ból i pobudzenie

Pan Tadeusz 83 lata, cierpi na chroniczny ból i jest bardzo pobudzony. Zamiast czekać na podanie leku, opiekun kładzie dłoń na miejscu bólu (jeśli to bezpieczne) i utrzymuje spokojny kontakt przez następne 60-90 sekund. Gdy zaczyna procedurę mycia, pan Tadeusz jest wyraźnie mniej napięty i lepiej współpracuje.

Czego unikać?



Dotyku, który może być odbierany jako nerwowy - oznacza to przenoszenie napięcia z opiekuna na podopiecznego;



Dotyku trwającego zbyt krótko (5-10 sekund) - czas jest niewystarczający do uzyskania pożądanego efektu;



Dotyku w miejscach po operacji, bolących albo źle kojarzących się podopiecznemu - poziom napięcia może się w takim wypadku zwiększyć;



Braku obserwacji efektu - brakuje wówczas informacji, czy interwencja przyniosła rezultaty.



Standard 5

Komunikacja niewerbalna i dostosowanie się

Wymaganie minimalne:

Opiekun aktywnie odczytuje i reaguje na sygnały wysyłane przez ciało seniora (napięcie, grymas, cofnięcie, przyspieszony oddech, zamrożenie), dostosowując tempo, natężenie i obszar dotyku w trakcie wykonywania danej czynności.

Uzasadnienie:

Zazwyczaj ciało reaguje szybciej niż senior jest w stanie zwerbalizować swoje odczucia. W sytuacjach, gdzie kontakt werbalny jest ograniczony (demencja, afazja, delirium), dotyk i sygnały somatyczne są głównym kanałem komunikacji. Opiekun, który potrafi je czytać i reagować, zmienia dynamikę procedury. Dostosowanie się do aktualnej sytuacji buduje zaufanie podopiecznego do opiekuna.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  Opiekun obserwuje mimikę seniora (grymas = ból; zamknięte oczy = dyskomfort);
-  Zauważa zmiany w rytmie oddechu podopiecznego (przyspieszony = lęk; wstrzymany = napięcie);
-  Czyta napięcie mięśni (sztywnienie szyi, zaciśnięte szczęki, napięte dłonie);
-  Dostrzega subtelne sygnały (cofnięcie o milimetr, unikanie wzroku) zanim dojdzie do jawnego oporu;
-  Reaguje aktywnie: zwalnia tempo, zmienia obszar dotyku, robi krótkie pauzy;
-  Po dostrojeniu się sprawdza efekt – czy senior się rozluźnił?

Scenariusze:

Scenariusz 1 - Pani Agnieszka, afazja po udarze

Pani Agnieszka nie mówi (ma afazję), ale z jej twarzy można wiele wyczytać. Gdy opiekun zaczyna myć jej plecy, widzi lekki grymas – znak, że panią Agnieszkę coś boli. Zamiast kontynuować swoją pracę, opiekun czeka. W końcu pani Agnieszka nieznacznie kiwa

głową. Opiekun zmienia miejsce dotyku, łagodzi nacisk na skórę. Grymas znika. Dzięki dostosowaniu się procedura przebiega bez dalszych perturbacji.

Scenariusz 2 - Pan Krzysztof, obserwacja oddechu

Pan Krzysztof ma zaburzenia poznawcze i jest niespokojny. Gdy opiekun podchodzi, żeby pomóc mu przejść do innego pomieszczenia, obserwuje jego oddech. Zauważa, że jest płytki i wolny. To sygnał lęku. Opiekun siada obok pana Krzysztofa i kładzie mu dłoń na ramieniu. Taki dotyk może trwać nawet dwie minuty. Kiedy oddech podopiecznego uspokaja się przejście do pokoju przebiega sprawniej.

Czego unikać?

-  Ignorowania sygnałów płynących z ciała – jest to naruszenie poczucia autonomii;
-  Niezauważania subtelnych sygnałów – grozi wywołaniem jawnego oporu;
-  Braku reakcji na informacje płynące od podopiecznego (dostosowania się) – działanie może rozminąć się z oczekiwaniem podopiecznego;
-  Niezadowolenia wobec sygnałów oporu – senior czuje się osądzany, mimo że tak naprawdę potrzebuje wsparcia.



Standard 6

Prywatność, intymność, granice

Wymaganie minimalne:

Opiekun chroni prywatność i intymność seniora poprzez osłanianie ciała ręcznikiem lub prześcieradłem, odkrywanie tylko tego, co aktualnie wymaga interwencji, każdorazowo zapowiada przejście do higieny stref intymnych, respektuje prawo do samodzielności tam, gdzie jest to możliwe.

Uzasadnienie:

Utrata kontroli nad ciałem jest jednym z najtrudniejszych doświadczeń starości. Czynności higieniczne dotyczące obszarów intymnych, są zawsze trudnym doświadczeniem, szczególnie dla osób wychowanych w środowiskach konserwatywnych. Każda ekspozycja poza niezbędnym minimum, każdy brak uprzedzenia, każde traktowanie procedury jako rutynowej – w ocenie seniorów uchybiają ich godności.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  Ciało seniora jest osłonięte; odkrywane są tylko części aktualnie myte;
-  Przed przejściem do higieny stref intymnych opiekun zapowiada, co za chwilę będzie robił;
-  Opiekun pyta, czy senior chce wykonać tę część toalety samodzielnie (jeśli to możliwe);
-  W strefach intymnych opiekun pracuje szybko i delikatnie;
-  Seniora nie oglądają inni – drzwi są zamknięte, żadne inne rozmowy nie mają miejsca;
-  Po wykonaniu toalety, senior jest natychmiast zasłonięty i otulony.

Scenariusze:

Scenariusz 1 - Pani Joanna, prawo do samodzielności

Pani Joanna (75 lat) jest sprawna umysłowo. Gdy opiekun proponuje mycie całego ciała, pani Joanna się denerwuje. Opiekun odczytuje jej obawy. Proponuje: „Mogę umyć Pani plecy, nogi i klatkę piersiową. Resztę Pani umyje sama?” Pani Joanna odczuwa ulgę. Zachowuje poczucie kontroli.

Scenariusz 2 - Pan Włodzimierz, zapowiedź i delikatność

Pan Włodzimierz (83 lata) miał niedawno operację prostaty i jest wrażliwy na dotyk. Opiekun najpierw zapowiada: „Panie Włodzimierzu, zaraz umyję Panu okolice intymne. Będę bardzo ostrożny i szybki. Jeśli będzie boleć, proszę dać mi znać.” Pracuje szybko (ale bez pośpiechu), dotyk jest delikatny. Rozmowa uprzedzająca zmniejsza lęk.

Scenariusz 3 - Pani Stanisława, osłonięcie ciała

Pani Stanisława, (79 lat) jest w głębokiej demencji. Ma silną niechęć do odsłaniania się. Opiekun pracuje sekwencjami, kawałek po kawałku, osłaniając resztę ciała ręcznikiem. To zajmuje pół minuty dłużej, ale pani Stanisława jest spokojniejsza, a procedura przebiega bez większego oporu.

Czego unikać?



Odsłaniania całego ciała bez potrzeby – takie działanie narusza godność drugiego człowieka



Braku zapowiedzi, że zamierza się przejść do toalety sfer intymnych – senior może czuć opór i niechęć;



Mówienia o seniorze lub żartów podczas toalety sfer intymnych – takie zachowanie może być odebrane jako upokorzenie;



Narzucania toalety, bez możliwości dokonania wyboru – powoduje poczucie ubezwłasnowolnienia.



Standard 7

Dotyk w chorobach neurodegeneracyjnych

Wymaganie minimalne:

W pracy z osobami np. z demencją, chorobą Alzheimera, Parkinsona czy w delirium opiekun stosuje dotyk przewidywalny (nigdy zaskakujący), wspierający orientację i poczucie bezpieczeństwa. Ma na względzie znacznie ograniczoną możliwość (lub jej brak) komunikacji werbalnej.

Uzasadnienie:

Demencja zmienia sposób przetwarzania informacji. Słowa mogą zwiększać dezorientację; dotyk pozostaje jedynym kanałem komunikacji, który ciało rozumie. W demencji opiekun nie może polegać na wyjaśnieniach; musi opierać się na przewidywalności, spójności dotyku i poczuciu bezpieczeństwa podopiecznego budowanym przez nawyki.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  Opiekun zbliża się zawsze od przodu, nigdy od tyłu;
-  Dotyk jest regularny i powtarzalny – senior uczy się schematu;
-  Ruchy są wolne i czytelne – senior może je przewidzieć;
-  Komunikacja to głównie dotyk i gesty, rzadko słowa;
-  Każda zmiana miejsca dotyku jest zapowiadana tzw. „dotykiem informującym”
-  Procedury odbywają się zawsze w ten sam, powtarzalny sposób i w podobnym porządku.

Scenariusze:

Scenariusz 1 – Pani Urszula, przewidywalny dotyk

Pani Urszula, 88 lat, zaawansowana demencja, ma w sobie dużo lęku. Wiedzą o tym, opiekun zmienia taktykę. Zawsze podchodzi od przodu, zawsze zaczyna swoją pracę od

tego samego miejsca (lewa ręka), zawsze robi to, co jest do zrobienia w tym samym tempie. Po kilku dniach pani Urszula uczy się schematu; poziom lęku spada. Pani Urszula wie, co za chwilę się wydarzy. Dotyk przestaje być zagrożeniem, a zaczyna być traktowany jako punkt orientacyjny w nowej rzeczywistości.

Scenariusz 2 – Pan Stanisław, delirium po operacji

Pan Stanisław po operacji jest w delirium – nie wie, gdzie jest. Słowa jeszcze bardziej go dezorientują. Opiekun zastępuje słowa dotykiem. Kładzie rękę na jego ramieniu, potem powoli przeciąga dłoń do nogi – pokazując całe ciało. Następnie każde przejście z jednego obszaru do drugiego jest zapowiadane dotykiem. Ten dotyk to mapa ruchu. Pan Stanisław, choć zdezorientowany, czuje strukturę i powtarzalność.

Czego unikać?

-  Zbliżania się od tyłu lub zaskakującego dotyku – taki nagły bodziec uruchamia zwykle reakcję obronną;
-  Szybkich, nieczytelnych ruchów – w takiej sytuacji senior nie jest w stanie się dostosować do sytuacji;
-  Bezustannego tłumaczenia słowami – to dezorientuje, zamiast uspokajać;
-  Zmian porządku procedur – senior traci wtedy orientację.



Standard 8

Dotyk w opiece paliatywnej i u schyłku życia

Wymaganie minimalne:

W opiece paliatywnej i u kresu życia opiekun stosuje dotyk mając świadomość, że bliskość, obecność fizyczna i wypowiedziane z czułością słowa mogą być ważniejsze niż sama procedura medyczna.

Uzasadnienie:

U schyłku życia rola dotyku zmienia się fundamentalnie. Chodzi o bliskość, towarzyszenie, potwierdzenie, że „nie jest się samemu”. Dotyk staje się rytuałem, komunikacją serca, gestem, który komunikuje: „widzę Cię, dbam o Ciebie, jesteś ważny do ostatniego tchnienia”.

Wskaźniki, które dają się obserwować:

-  Opiekun spędza czas przy łóżku seniora, nawet bez wykonywania konkretnych czynności;
-  Dotyk ma charakter emocjonalny (trzymanie za rękę, głaskanie po policzku);
-  Procedury (mycie, zmiana pozycji) są wykonywane delikatnie, z zadbanie o minimalizację bólu
-  Opiekun obserwuje oznaki dyskomfortu i reaguje (zmiana pozycji dla polepszenia komfortu, łagodzenie bólu);
-  Rozmowy z rodziną odbywają się poza percepcją seniora lub z poszanowaniem jego obecności;
-  Rytuały (modlitwa, muzyka, obecność bliskich) są wspierane i honorowane.

Scenariusze:

Scenariusz 1 - Pan Zbigniew, dotyk w bólu

Pan Zbigniew, 87 lat, w hospicjum, umiera. Środki uśmierzające ból praktycznie przestały działać. Opiekun skupia się na minimalnym dotyku dającym komfort. Zmiana pozycji

odbywa się wolniej, delikatniej, z większym wsparciem. Zależy mu na tym, żeby nie powodować dodatkowych dolegliwości.

Scenariusz 2 - Pani Krystyna, pożegnanie dotykiem

Pani Krystyna, 92 lata, umiera; rodzina siedzi przy jej łóżku. Opiekun nie przerywa tej chwili. Pozostaje, dyskretnie obserwując znaki. Gdy rodzina odchodzi, opiekun siada przy jej łóżku, trzyma ją za rękę, czasem głaszcze np. czoło. W ten sposób daje chorej odrobinę ciepła i szacunku.

Scenariusz 3 - Pan Tadeusz, minimalizacja bodźców w ostatnich godzinach

Pan Tadeusz 84 lata, jest już nieświadomy, ale jego ciało wciąż reaguje na bodźce. Opiekun ogranicza wykonywane czynności do niezbędnego minimum. Dotyk jest delikatny, pełen szacunku do zniszczonego wiekiem i chorobą ciała.

Czego unikać?

-  Kontynuowania agresywnych procedur, gdy senior umiera – należy wtedy skupić się na towarzyszeniu;
-  Braku wsparcia dla rytuałów rodzinnych – takie zachowanie to ignorowanie potrzeb duchowych;
-  Braku dostrzegania dyskomfortu i bólu – jeśli tak się dzieje, to znak, że procedury są wykonywane mechanicznie;
-  Braku informacji o preferencjach dotyczących ostatnich chwil – albo podopieczny albo i on i rodzina czują się zaniedbani.



Kompetencje personelu i warunki organizacyjne

Minimalne kompetencje opiekunów

By wdrażać Standard "Dotyk troski", opiekun musi wiedzieć i potrafić:

Wymagania kompetencyjne

Kompetencja	Opis	Jak ją rozwijać?
Komunikacja i empatia	Umiejętność słuchania, obserwacji sygnałów niewerbalnych, dostosowania się do indywidualnych potrzeb	Szkolenia z komunikacji, superwizja.
Świadomość demencji	Podstawowa wiedza o tym, jak funkcjonuje mózg w demencji, i jak w związku z tym musi adaptować się dotyk.	Moduły szkoleniowe, literatura, case studies.
Praca z bólem	Umiejętność rozpoznawania bólu w jego różnych formach i zastosowania dotyku regulującego jego poziom.	Szkolenia z zarządzania bólem, obserwacja eksperta.
Świadomość traum	Zrozumienie, że ciała mogą nosić w sobie pamięć przemocy i że dotyk może te wspomnienia uruchamiać.	Szkolenia z psychotraumatologii, superwizja, samorefleksja
Refleksja i samowiedza	Zdolność do refleksji nad własnymi emocjami, granicami, wpływem na wykonywane zadania.	Superwizja regularna, dziennik refleksyjny, grupy samopomocowe
Technika medyczna	Procedury bezpieczeństwa medycznego (obowiązkowe)	Szkolenia z higieny, protokoły, audyty.

Tabela 1 - Minimalne wymagania kompetencyjne opiekunów

Superwizja i wsparcie emocjonalne

-  **Regularna superwizja (najlepiej raz w miesiącu):** spotkania zespołu do omawiania trudnych sytuacji, wymiany doświadczeń, refleksji nad dotykem;
-  **Wsparcie psychologiczne:** dostęp do psychologa lub superwizora do omawiania emocjonalnego obciążenia pracy;
-  **Uczenie się od siebie nawzajem:** opiekunowie dzielą się dobrymi praktykami;
-  **Grupy wsparcia:** dla opiekunów pracujących w opiece paliatywnej i opiekującymi się osobami u kresu życia.

Standard środowiska pracy

By dotyk troski był praktykowany, muszą go wspierać warunki organizacyjne:

Minimalne standardy środowiska pracy

Element	Standard	Dlaczego to ważne?
Hałas i tempo	Zmniejszony hałas, realistyczne grafiki (nieprzeciążone dyżury)	Spokój sprzyja dotykowi troski
Planowanie procedur	Czas realistyczny - brak nagłych, chaotycznych działań i zmian.	Opiekun może się przygotować
Komunikacja w zespole	Codienne przekazywanie informacji o preferencjach seniora.	Spójność - każdy zna preferencje.
Dostęp do narzędzi	Sprzęt i materiały (niezbędne do realizacji procedur) łatwo dostępne.	Brak pośpiechu i frustracji.
Przestrzeń i prywatność	Możliwość zamknięcia drzwi, osłonięcia okna.	Poczucie bezpieczeństwa seniora.
Personel	Odpowiednia liczba pracowników na zmianie.	Dotyk troski jest niemożliwy do wdrożenia w przypadku chronicznego przeciążenia i zmęczenia personelu.

Tabela 2 - standardy środowiska pracy

Wdrażanie i współtworzenie standardu w placówce

Wymiana informacji: preferencje dotyku troski

Wymaganie minimalne

Przy przekazywaniu zmiany zespół dzieli się krótką informacją o aktualnych preferencjach dotyku wśród podopiecznych i o tym, co działa regulująco u danego seniora.

Zakres informacji (20–40 sekund na osobę):

1. preferowany punkt kontaktu i forma dotyku (np. dłoń, przedramię, plecy przez ubranie);
2. to, co wyraźnie obniża lęk lub opór (np. krótka pauza przed zmianą pozycji);
3. czego unikać w konkretnych przypadkach (np. nie dotykać od tyłu, unikać dotyku stóp, nie budzić gwałtownie);
4. jedna mała rzecz (jeśli jest), która wzmacnia współpracę (np. możliwość decyzji o kolejności działań, albo jedno zdanie zapowiedzi).

Forma przekazu:



ustnie w raporcie zmianowym



oraz w dokumentacji w stałym miejscu: „preferencje dotyku troski”

Minimalny zapis do dokumentacji (1–2 linie):

„Preferuje kontakt dłoni na przedramieniu”. „Unikać dotyku od tyłu i pośpiechu.”

Faza I: Mały pilotaż (2–3 tygodnie)

1. **Wybór zespołu:** Identyfikacja jednego zespołu (3–5 opiekunów) zainteresowanego pilotażem;
2. **Szkolenie:** Zapoznanie z dokumentem, dyskusja o dotyku, prezentacja najważniejszych założeń;
3. **Praktyka:** Zespół zaczyna wdrażać standardy w swojej codziennej pracy;
4. **Obserwacja:** Koordynator zbiera notatki, wspiera zespół, identyfikuje pojawiające się wyzwania.

Faza II: Współtworzenie nowych zasad wspólnie z seniorami i ich rodzinami (3–5 tygodni)

1. **Konsultacje:** Rozmowy z seniorami (w dostępny dla nich sposób) i rodzinami – co myślą o dotyku, co jest dla nich ważne?
2. **Krótkie ankiety:** Proste pytania (2-3) o preferencjach – „Jak Pani lubi być dotykana?” (delikatnie, mocniej, szybko, wolniej?)
3. **Rozmowy jakościowe:** Głębsze rozmowy z osobami, które chcą podzielić się swoimi przemyśleniami.

Faza III: Plan komunikacji wewnętrznej

1. **Lider zmian:** Osoba (pielęgniarka, kierownik, dedykowany opiekun), która czuwa nad procesem wdrożenia.
2. **Wymiana informacji:** Co tydzień 15 minut – co idzie dobrze, co trudne, jakie obserwacje?
3. **Komunikacja werbalna:** Dzielenie się historiami sukcesu, realnymi przykładami zmian u konkretnego seniora.
4. **Dokumentacja:** Zebranie opinii, obserwacji, zmian – do analizy i uczenia się na podstawie doświadczeń.

Pomiar jakości i audyt

Narzędzia pomiaru

10-punktowa lista obserwacji (do krótkiego audytu każdej procedury):

-  Opiekun nawiązuje kontakt wzrokowy/werbalny przed wykonaniem procedury;
-  Zapowiada, co się będzie działo;
-  Czeki na sygnał gotowości seniora;
-  Używa stabilnego, miękkiego chwytu (nie szarpie);
-  Utrzymuje spokojne tempo (nie śpieszy się);
-  Obserwuje napięcie i dostosowuje się do aktualnego stanu psychofizycznego seniora;
-  Osłania ciało rękami (chroni intymność);
-  Mówi DO seniora, nie nad nim;
-  Robi mini pauzy i sprawdza sygnały płynące ze strony seniora;
-  Potwierdza zakończenie realizowanej przez siebie procedury.

Samooocena personelu (po dyżurze, 60 sekund):

-  Jak dziś poszły procedury pielęgnacyjne? (1-5);
-  Która procedura poszła najlepiej i dlaczego?
-  Która była trudna – co mogę następnym razem zmienić?

Wskaźniki dobrostanu seniora (do zbierania obserwacji):

-  Spadek oporu przy czynnościach;
-  Łatwiejsza współpraca;
-  Mniej zachowań agresywnych;
-  Lepszy sen podopiecznych;
-  Mniej wydawanych leków uspokajających;
-  Więcej kontaktu wzrokowego.

Rejestr sytuacji trudnych (dokumentacja i uczenie się):

-  Data i godzina;
-  Senior (inicjały);
-  Co się stało?
-  Jak się odpowiedziało?
-  Co zrobić inaczej następnym razem?

Wnioski zespołu

Audyt wewnętrzny i zewnętrzny

Audyt wewnętrzny (co miesiąc, koordynator):

Zaobserwuj kilka procedur z różnymi opiekunami.

-  Użyj listy 10-punktowej;
-  Zbierz opinie seniorów (poprzez obserwację, pytania rodziny);
-  Raportuj wyniki zespołowi (co poszło dobrze, nad czym trzeba popracować).

Audyt zewnętrzny (co 4-6 miesięcy, inspektor, menedżer jakości):

-  Całościowa ocena implementacji standardu;
-  Rozmowy z opiekunami, seniorami, rodzinami;
-  Przegląd dokumentacji;
-  Ocena efektów (zmniejszona liczba incydentów, zmniejszona liczba upadków, większa satysfakcja seniora).



Załącznik A

Karta „Dotyku troski” dla personelu

Przed wykonaniem danej czynności

-  Czy mam ciepłe dłonie i spokojny oddech?
-  Czy wiem, jakie preferencje w zakresie dotyku ma senior, z którym zaraz się spotkam (z jego karty, historii)?
-  Czy jestem świadomy swoich własnych emocji?

W trakcie wykonywania czynności

-  Czy zapowiadam każdy ruch, który zamierzam wykonać?
-  Czy obserwuję mimikę i napięcie ciała swojego podopiecznego – czy on czuje się komfortowo?
-  Czy tempo mojej pracy jest spokojne i przewidywalne?
-  Czy mój dotyk jest stabilny – używam całej dłoni i unikam szarpania?
-  Czy robię mini pauzy i sprawdzam jakie sygnały daje mi mój podopieczny?
-  Czy mówię DO seniora, a nie nad nim (do kogoś innego, albo do samego siebie)?
-  Czy osłaniam jego ciało i szanuję jego intymność?

Po wykonaniu czynności

-  Czy potwierdzam zakończenie swojej pracy – słownie lub gestem?
-  Czy pamiętam, co poszło dobrze, a co mogę następnym razem zmienić na lepsze?



Załącznik B

Karta komunikacji w przypadkach demencji

Karta komunikacji

Sytuacja	Co robić?	Czego unikać?
Senior jest zdezorientowany	Dotyk jako informacja: Dotknij miejsca, którym będziesz za chwilę się zajmować. Poinformujesz w ten sposób podopiecznego, co za chwilę będziesz robić. Postaw na rutynę: Zawsze zaczynaj czynności od tej samej strony ciała i wykonuj je w tej samej kolejności.	Nadmiaru słów: Długie tłumaczenia i logiczne argumenty tylko zwiększają chaos w głowie podopiecznego Zmienności: Zmiana kolejności czynności burzy poczucie bezpieczeństwa i orientację
Senior boi się	Podejdź od przodu: Nawiąż kontakt wzrokowy, zanim dotkniesz podopiecznego. „Moment zatrzymania”: Połóż dłoń w bezpiecznym miejscu (ramię) i czekaj na sygnał gotowości (spokojny oddech, rozluźnienie mięśni). Pokaż rekwizyt: Pokaż myjkę/ubranie i dotknij nimi najpierw swojej ręki, by pokazać intencję.	Zaskakiwania: Nagły dotyk lub podejście od tyłu uruchamia atawistyczną reakcję „walcz lub uciekaj”. Ignorowania napięcia: Kontynuowanie pracy, gdy ciało jest sztywne, utrwala lęk, który następnym razem może objawić się ze zdwojoną siłą.

Senior jest agresywny	Zastosuj technikę „kojącego dotyku”: Przerwij wykonywaną czynność. Połóż dłoń na ciele seniora w wybranym wcześniej bezpiecznym miejscu (np. bark) na 30–60 sekund. Wyreguluj własny oddech: Oddychaj głęboko i wolno – układ nerwowy seniora „dostroi się” do Twojego spokoju (współregulacja). Zredukuj bodźce: Wyłącz radio, przygaś ostre światło, przestań mówić	Konfrontacji siłowej: Próba przełamania oporu siłą fizyczną eskaluje agresję. Podnoszenia głosu: Krzyk (nawet uspokajający w swojej intencji) jest odbierany jako atak. Nerwowych ruchów: Szybki, niepewny dotyk przenosi Twój stres na seniora.
Senior wycofuje się	Wycofaj się i daj przestrzeń: Zabierz ręce na chwilę, ale pozostań w pobliżu. Zacznij od stref neutralnych: Spróbuj nawiązać kontakt dotykając dłoni leżącej na kołdrze lub ramienia przez ubranie. Obserwuj pojawiające się mikrosygnały: Szukaj najmniejszej zmiany (grymas, ruch powieki) jako odpowiedzi.	Forsowania bliskości: Zmuszania do kontaktu fizycznego, gdy senior się "zamyka", to naruszenie granic. Pośpiechu: Próba szybkiego „załatwienia sprawy” w tym stanie zostanie odebrana jako przedmiotowe traktowanie.
Senior nie rozumie poleceń	Uczyn z dotyku formę komunikacji (swoistego języka): Zamiast mówić „umyjemy rękę”, delikatnie unieś dłoń seniora i pokaż myjkę. Nadaj rytm: Wykonywanie czynności w spokojnym, miarowym rytmie pomaga seniorowi przewidzieć kolejny ruch. Stosuj komunikację 1:1: Jeden gest = jeden komunikat.	Powtarzania głośniej: Jeśli senior nie rozumie znaczenia słów, krzyk w niczym nie pomoże. Sprzecznych sygnałów: Mówienie miłym tonem przy jednoczesnym gwałtownym, szarpiącym dotyku.

Tabela 3 - Karta komunikacji w sytuacji występowania schorzeń o charakterze dementywnym



Załącznik C

Mini protokół dotyku regulującego

Krok 1 (5–10 sekund) – Przygotowanie

-  Zatrzymaj się na chwilę. Weź kilka głębokich oddechów;
-  Usiądź lub stań obok seniora;
-  Wybierz bezpieczne miejsce dotyku (ramię, dłoń, górna część pleców).

Krok 2 (15–30 sekund) – Początek kontaktu

-  Powoli połóż dłoń w wybranym wcześniej miejscu;
-  Utrzymuj kontakt starając się pozostać w tej samej pozycji;
-  Obserwuj ewentualne zmiany w oddechu i poziomie napięcia mięśni podopiecznego.

Krok 3 (30–60 sekund) – Utrzymanie

-  Pozostań w tej samej pozycji przez następną minutę;
-  Kontroluj swój oddech – Twój spokój oddziałuje na podopiecznego;
-  Jeśli senior rozluźnia się, możesz delikatnie dodać drugą dłoń (np. nad mostkiem).

Krok 4 (10–15 sekund) – Zakończenie

-  Powoli wycofaj się;
-  Zrób pauzę – pozostań blisko przez następnych kilka sekund;
-  Obserwuj efekty swoich działań - czy senior jest już spokojniejszy?



Załącznik D

Karta możliwości wyborów i zgody

Dla seniorów w pełnym kontakcie:

-  „Co chciałaby Pani (Pan), żeby umyć najpierw? Ręce czy nogi?”
-  „Czy woli pan zimniejszą czy cieplejszą wodę?”
-  „Chciałby Pan siedzieć wyżej, czy taka pozycja jest dobra?”

Dla seniorów z ograniczonym kontaktem:

-  Pokaż dwie możliwości (np. dwa rodzaje myjek, dwa ubrania);
-  Obserwuj, którą senior "bierze" lub na którą patrzy;
-  Zaakceptuj jego wybór.

Dla seniorów w demencji:

-  Oferuj maksymalnie dwa proste wybory;
-  Używaj obrazków, gdy to możliwe;
-  Akceptuj zmianę decyzji (senior dziś chce inaczej niż wczoraj).



Załącznik E

Krótką informacja dla rodziny seniora

Szanowni Państwo, rodziny i bliscy naszych podopiecznych,

W naszej placówce wdrażamy pilotażowy standard jakości w opiece opieki o nazwie „Dotyk troski”. Chcemy, abyście wiedzieli, na czym on polega i jak wpłynie na codzienność Waszych bliskich.

Z badań i praktyki wiemy, że dotyk jest nierozdzielnie związany z każdą czynnością opiekuńczą – myciem, ubieraniem czy podawaniem posiłków. „Dotyk troski” to sposób postępowania, który zmienia te rutynowe czynności w świadomy kontakt, budujący poczucie bezpieczeństwa i godności Seniora.

Dlaczego to robimy?

Zależy nam, żeby Wasi bliscy a nasi podopieczni czuli się w naszej placówce komfortowo. Chcemy maksymalnie obniżyć normalny w takich sytuacjach lęk, opór, a nawet poczucie zagrożenia. Kierujemy się w naszej pracy podstawowymi zasadami empatii. Chcemy, aby kontakt fizyczny nie tylko służył higienie czy leczeniu, ale także łagodził lęk i ból oraz wzmacniał poczucie, że Senior jest ważny i szanowany.

Najważniejsze zasady, które stosujemy

Standard opiera się na konkretnych działaniach personelu, które możecie Państwo zaobserwować:

Zawsze uprzedzamy o tym, co zamierzamy zrobić. Nasi opiekunowie nie dotykają Seniora zaskoczenia. Przed każdą czynnością nawiązują kontakt wzrokowy i informują, co się wydarzy (np. „Zaraz umyję pani ręce”). Czekamy na sygnał gotowości ze strony podopiecznego. Taka „zapowiedź” pozwala uniknąć reakcji obronnej organizmu („walcz lub uciekaj”) i buduje zaufanie.

Pytamy o zgodę i szanujemy „NIE”. Traktujemy zgodę jako proces ciągły. Nawet w trakcie mycia czy ubierania sprawdzamy, czy Senior czuje się komfortowo. Jeśli widzimy opór, zatrzymujemy się i szukamy innego sposobu wykonania czynności. Respektujemy prawo do odmowy i wyboru (np. kolejności wykonywanych czynności) w miarę możliwości medycznych.

Dbamy o stabilność i spokój. Wykonując codzienne czynności, używamy stabilnych, pewnych chwytów oraz staramy się nie wykonywać naszej pracy w pośpiechu. Dzięki temu Senior czuje się „zaopiekowany”. Opiekunowie dbają o przewidywalność swoich działań, co jest ważne szczególnie dla osób z ograniczonym kontaktem, z objawami chorób neurodegeneracyjnych lub bardzo zestresowanych nową dla nich sytuacją.

Słuchamy ciała, gdy senior z jakiegoś powodu nie może mówić. Wielu naszych podopiecznych (np. z demencją lub afazją) nie może powiedzieć, co czuje. Dlatego personel jest szkolony w „czytaniu” sygnałów z ciała: napięcia mięśni, grymasów twarzy czy zmiany oddechu. Traktujemy te sygnały jako pełnoprawną komunikację i dostosowujemy do nich nasze działania.

Chronimy intymność naszych podopiecznych. Toaleta i czynności higieniczne są dla Seniorów momentami trudnymi. Dbamy o to, by ciało było osłonięte ręcznikiem lub prześcieradłem, odkrywając tylko te fragmenty, które aktualnie wymagają pielęgnacji. Szanujemy wstyd i granice naszych podopiecznych.

W sytuacjach dużego stresu, lęku lub pobudzenia (np. w nocy lub przy bólu), stosujemy tzw. „Dotyk kojący”. Traktujemy go jako niefarmakologiczną metodę wsparcia – spokojne, nieruchome przyłożenie dłoni w bezpiecznym miejscu (np. na ramieniu), które pomaga wyciszyć układ nerwowy i przywrócić równowagę emocjonalną.

W przypadku podopiecznych z demencją, dla których słowa bywają niezrozumiałe, dotyk staje się głównym językiem. Stosujemy wtedy zasady stałości i powtarzalności – zawsze podchodzimy od przodu i używamy przewidywalnych gestów, co pomaga Seniorom orientować się w rzeczywistości i redukuje ich lęk.

„Dotyk troski” to zaproszenie do budowania relacji opartej na szacunku. Jeśli macie Państwo pytania dotyczące tego, jak opiekujemy się Waszym bliskim, serdecznie zapraszamy do rozmowy z personelem.

Wnioski i dalsze kroki

Standard "Dotyk troski" stanowi **próbę usystematyzowania wiedzy**, która do tej pory funkcjonowała głównie intuicyjnie. Nie należy traktować tego materiału jak regulacji administracyjnej raczej jako próbę zebrania w jedną całość dobrych praktyk w zakresie dotyku.

Wdrożenie wymaga:

Czasu na edukację i zaangażowanie zespołu

Gotowości na zmianę perspektywy - z "zrobić szybko swoją robotę" na "wykonać zadanie w sposób wspiera podopiecznego".

Wsparcia koordynatorów - liderzy zmian w placówce muszą wykazać zaangażowanie

Słuchania seniorów i ich rodzin - ich doświadczenia powinny kształtować kolejne wersje standardu

Systemowego wsparcia dla opiekunów - poprzez superwizję, edukację i odpowiednie warunki pracy.

Ten dokument jest żywy

Ulega zmianie na podstawie doświadczeń zespołów, które go wdrażają. Zapraszamy do uwag, propozycji i dzielenia się własnymi doświadczeniami.

Kontakt: Email: kontakt@agnieszkakawula.pl

Media społecznościowe:

