

Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską mieszkańców wybranego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Assessment of requirements of residents selected chronic medical care homes for nursing care

Lurka Alina¹, Szewieczek Jan²

¹ ZOZ w Świętochłowicach

² Katedra Pielęgniarstwa Wydziału Opieki Zdrowotnej Wyższej Szkoły Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej

Streszczenie

W połowie XX wieku powstało pojęcie ageisun (geriatrizm) oznaczające dyskryminację ze względu na wiek, zwrócono uwagę na gorsze traktowanie osób w podeszłym wieku. Obecne czasy zdominowane przez kult młodości powodują traktowanie starych osób jako „balastu” społecznego. Większość starych ludzi godzi się z takimi zachowaniami, a często zachowania te usprawiedliwia. Taki obraz starości to konsekwencja utrwalonych wzorców kulturowych, w których starość to czas wycofywania się i bierności. Dawno już przestał istnieć kult starca — mędrca, którego doświadczenie i wiedza były przekazywane młodemu pokoleniu.

Celem badania była próba kompleksowej oceny pacjentów przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Świętochłowicach. Zastosowano kwestionariusz obserwacji i wywiadu oraz kwestionariusze Całościowej Oceny Geriatrycznej. Badaniami objęto 30 podopiecznych w wieku 63+ ze znacznym upośledzeniem funkcji życiowych tak podstawowych jak i złożonych. U badanych występowała wielochorobowość o charakterze przewlekłym, dominowały zespoły otępienno-depresyjne, demencyjne, stany po przebytych udarach mózgu z niedowładami i porażeniami, stany po złamaniach szyjki kości udowej oraz owrzodzenia podudzi. Przyczyną zaburzeń świadomości w tej grupie były zespoły otępienne i urojeniowe, zaburzenia lękowe i depresje. W grupie starszej (80+) występowały częściej stany demencyjne i otępienne oraz zawroty głowy i urazy. Lepszą aktywnością ruchową wykazywała się starsza grupa podopiecznych po 85 roku życia. Poziom aktywności dnia codziennego oceniano w skali ADL i kształtował się on na niskim i średnim poziomie. Skala złożonych czynności życia codziennego IADL wykazała małą zdolność do wykonywania określonych czynności samoobsługi. Skala Barthel wykazała ciężką niepełnosprawność funkcjonalną wśród całej grupy badanych. W celu oceny sprawności równowagi i chodu zastosowano skalę Tinetti, to badanie wykazało znacznie większe obciążenie ryzykiem upadku w grupie kobiet. Podobnie większe zagrożenie występujące u kobiet stwierdzono na podstawie oceny skalą Norton oceniającej zwiększone ryzyko powstania odleżyn.

Większość pielęgniarek opiekujących się badanymi to osoby z długoletnim stażem pracy w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego, legitymujące się kursami i szkoleniami podyplomowymi z zakresu opieki długoterminowej, a część specjalizacją w tej dziedzinie. Większość badanych pielęgniarek świadomie wybrała pracę z ludźmi starymi doskonaląc się w zakresie opieki nad nimi i wykazując się dużą wiedzą w tym zakresie.

Summary

Development and introduction of the basic principles of conduct in the Department of Caring - Therapeutic standards-based, allows the detection of many clinical disorders, psychological and social services that would often go unnoticed at the standard received nursing. A comprehensive assessment of patients made

an analysis of the needs and deficits can make the most reasonable and necessary standards that allow direct identification of direct nursing care problems and needs of patients. Even the most normal aging, over the years reduces efficiency and the ability to live independently. Senility increases dependence on others. This situation puts us as health professionals from a variety of challenges that must be addressed to the needs of patients are appropriately recognized and accommodated. It is desirable for the appropriate development of positive attitudes in society through the promotion of gerontological policy, as old men, they did not, but WE in the future.

Wstęp

Starzenie się społeczeństw jest faktem niezaprzeczalnym. Pociąga ono za sobą konieczność zmian w sektorze ochrony zdrowia [1]. Osobnicza zmienność procesu starzenia wynika z nakładania się różnorodnych przyczyn należących do dwóch głównych grup: czynników indukujących (genotyp, metabolizm, czynniki psychologiczne) oraz czynników modyfikujących (środowisko życia, choroby, niekorzystne sytuacje społeczno-socjalne, styl życia). Starzenie się przebiega na trzech podstawowych płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i społecznej [2]. Coraz więcej osób wymaga i będzie wymagać stałej opieki, jaką między innymi zapewniają zakłady opiekuńcze. Realizacja tego zadania wymaga właściwego oszacowania stanu wydolności czynnościowej oraz sprawności motorycznej starzejącej się populacji, co pozwoli przewidzieć przed jakim wyzwaniem staną zarówno agencje opiekuńcze, jak również system opieki zdrowotnej i socjalnej w najbliższym okresie [3]. W krajach Europy Zachodniej geriatria staje się standardem nauczania na kierunku lekarskim, na pielęgniarstwie, fizjoterapii i zdrowiu publicznym. Uniwersyteckie kształcenie w dziedzinie geriatrii jest prowadzone w prężnie działających ośrodkach. W Polsce jednak docenianie znaczenia problematyki osób starszych w nauczaniu pozostawia niestety wiele do życzenia [4]. Proces starzenia się człowieka trudno jest uogólniać, ma on wymiar wybitnie jednostkowy. Niezależnie od przebiegu okres starości jest najtrudniejszym etapem życia. Trudne zmagania z nieodwracalnym i postępującym procesem starzenia stają się wyzwaniem dla jednostki na nowe zadania rozwojowe.

Zachodzące zmiany biologiczne i stopniowa utrata zdrowia, sprawności ruchowej, percepcji zmysłowej oraz pojawienie się wielu schorzeń, dolegliwości i zmian w wyglądzie zewnętrznym, są źródłem poważnego dyskomfortu psychicznego. Pogorszenie funkcji pamięciowych, spowolnienie procesów psychicznych, wrażliwość emocjonalna i zmiany charakterologiczne, zaburzają kontakty z otoczeniem. Na poczucie lęku i osamotnienia wpływa częste w tej grupie wdowieństwo, oddalenie od rodziny, śmierć oraz zmniejszenie się grona przyjaciół. Stresujące wydarzenia życiowe, mają znaczący wpływ na zmiany funkcjonowania w sferze społecznej. Formą dominacji jest sentymentalny protekcjonizm – traktowanie seniorów jak dzieci, wyręczania ich nawet w prostych czynnościach, co pogłębia ich zależność od otoczenia. Negatywne postawy wynikają z braku odpowiedniego przygotowania do pracy z seniorami, a to z kolei powoduje szybkie wypalenie zawodowe [5].

Jakość starości wyznaczają czynniki ekonomiczno-socjalne, sytuacja psychospołeczna, wartość otrzymywanych świadczeń leczniczo-opiekuńczych oraz czynniki duchowe. Wchodzenie w okres starości z bagażem negatywnych doświadczeń i wyobrażeń skutkuje frustracją i depresją [6]. Prof. M. Berthel sformułował twierdzenie, że „prawdziwie profesjonalnym narzędziem w geriatrii nie jest skaner czy endoskop, ale jakość zespołu wielodyscyplinarnego”[7]. Podejmując pracę w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym

pielęgniarki powinny mieć szczególne predyspozycje do pracy z pacjentami w podeszłym wieku. Pogarszający się stan chorego fizyczny i psychiczny wymaga kompleksowej opieki, a także edukacji rodziny w tym zakresie. Pielęgniarka powinna być świadoma tego, że nie specjalistyczne procedury medyczne są wyznacznikiem jakości życia pacjentów, lecz własna ocena chorego (uwzględniająca wpływ choroby) i działania odpowiadające na indywidualne potrzeby pacjentów. Komunikowanie to jedna z podstawowych potrzeb każdego człowieka, kształtuje pozytywne bądź negatywne relacje. W kontakcie z ludźmi starszymi odgrywa bardzo ważną rolę. Umiejętne prowadzenie rozmowy, powinno zmierzać do zdobycia zaufania oraz nawiązania pozytywnych relacji. W praktyce komunikacji z pacjentem pielęgniarka powinna umiejętnie odczytać informacje niewerbalne, pacjentów starszych, którzy są prawdziwym „przeciekaniem emocji”. Starsi ludzie wykazują przejawy chwiejności emocjonalnej. Negatywne odczucia lub działania są bardzo częste. Ograniczenie zdolności postrzegania, przekory, uporu, przejawy agresji i zazdrości często nasilają się z wiekiem.

Jednocześnie wykazują objawy bierności, zubożenia, stanów lękowych i depresyjnych. Negatywne odczucia ukazują proces starzenia, jako czas sprzeczności. Negatywne działania i odczucia bywają formą reakcji obronnych, często uwarunkowane zmianą otoczenia. Dla personelu pielęgniarskiego są trudne do zrozumienia, dlatego wiedza i odpowiednie przygotowanie zawodowe do opieki nad pacjentami w placówkach geriatrycznych jest niezbędna, aby zahamować i pomóc przezwyciężyć negatywne emocje. Indywidualny proces pielęgnowania może służyć rozwiązaniu problemu. Odzwierciedleniem lęku i bezradności, z którymi starszy człowiek sobie nie radzi, jest agresja, odbierana jak starcza złośliwość. Medyczną przyczyną zachowań agresywnych jest często ból. Ból będąc objawem wielu chorób somatycznych, może zmieniać zachowania człowieka [8].

Problemy pielęgnacyjne powinny wynikać z fachowej wiedzy, doświadczenia w zbieraniu informacji i obserwacji pacjenta. Definiując problem pielęgniarski należy rozpatrzyć ocenę skali problemów, identyfikację problemów, ich rozwiązanie oraz skuteczność zastosowanych działań. Jest to proces wieloaspektowy i trudny, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych u pacjentów w podeszłym wieku [9]. Holistyczne pojmowanie osoby podopiecznego wymaga świadczenia pomocy w rozwiązywaniu różnych problemów pacjenta przez różnych specjalistów. Holizm w pielęgniarstwie oznacza traktowanie pacjenta jako całości emocjonalnej, intelektualnej, społecznej, duchowej i fizycznej. Wymaga od pielęgniarki zainteresowania całą osobą podopiecznego w całym jej otoczeniu. Kładzie nacisk na jakość życia. Im bardziej medycyna dąży do węższej specjalizacji, tym pielęgnowanie powinno być bardziej integrujące i całościowe. Istotne problemy pielęgnacyjne wynikają z utraty niezależności i kontroli nad prawidłowym funkcjonowaniem i są określane jako Wielkie Problemy Geriatryczne - WPG (Comprehensive Geriatric Assessment). Charakteryzują się przewlekłym przebiegiem i licznymi przyczynami oraz wymagają szczególnego nadzoru pielęgniarskiego. Wielkie Problemy Geriatryczne określają: upadki, zaburzenia poruszania się (mobilność), nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia intelektualne, zaburzenia wzroku i słuchu, depresję, demencję [10].

Cel pracy

Celem badania była próba kompleksowego rozpoznania problemów podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, pod kątem podniesienia poziomu dalszej opieki pielęgniarskiej.

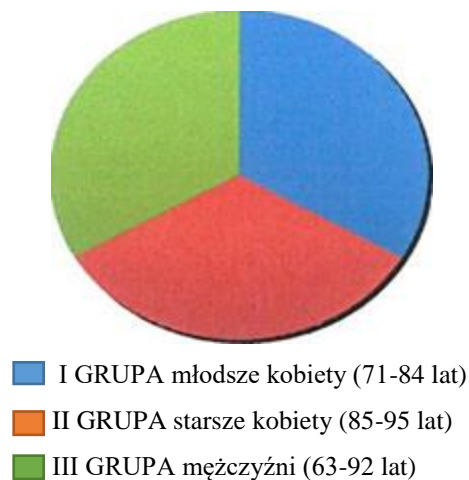
Material i metody badawcze

Badania własne przeprowadzono w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym, który świadczy usługi o profilu ogólnym, to z kolei uniemożliwia przyjęcia pacjentów, z zdiagnozowaną chorobą psychiczną oraz w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Zakład udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i dietetyki, jak również problemów socjalnych i psychologicznych. W celu uzyskania wyników empirycznych zastosowano metodę badawczą w postaci kwestionariusza obserwacji i wywiadu własnego opracowania. Kwestionariusz poza klasycznym badaniem fizykalnym, wywiadem i obserwacją, obejmował całościową ocenę geriatryczną, która jest zintegrowanym, wielokierunkowym procesem diagnostycznym. Poza klasycznym badaniem podmiotowym i przedmiotowym obejmuje zawsze analizę sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. Pozwala określić zdolność osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania oraz ułatwia ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości pacjenta w ustalaniu dalszego leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji oraz opieki.

Badaniami objęto 30 pacjentów, przebywających w ZOL, w tym 20 kobiet i 10 mężczyzn, w wieku od 63-95 lat. Ponad połowa seniorów chorowała przewlekłe od 10 lat, 8 osób od 5 lat, tylko u 3 osób stan zdrowia uległ pogorszeniu w przeciągu 0,5-1 roku. Dobór pacjentów do badań przeprowadzono według następujących kryteriów: uzyskania pisemnej zgody Dyrektora, któremu Zakład Opiekuńczo-Leczniczy bezpośrednio podlega, wyrażenia ustnej zgody pacjentów lub ich rodzin na udział w badaniu, które było pełni anonimowe. Pacjentów do badań dobierano celowo uwzględniając: pobyt w ZOL dłuższy niż 4 miesiące oraz występowanie schorzenia o charakterze przewlekłym, z zaburzeniami sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych.

Wyniki badań i ich omówienie

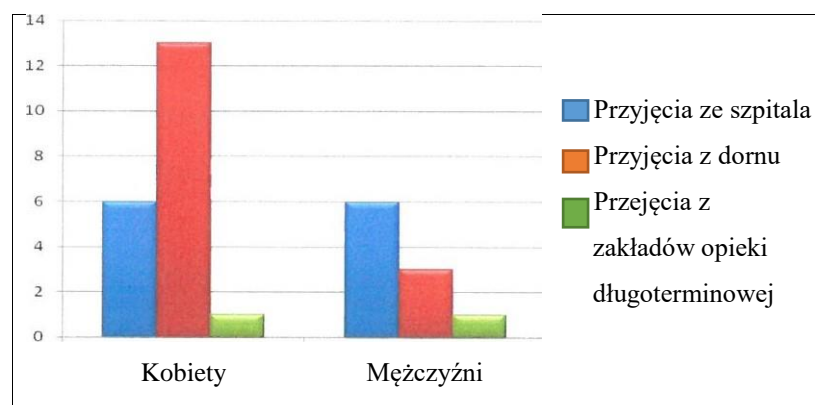
Wśród kobiet wyodrębniono dwie grupy wiekowe 71-84 i 85-95 lat. Trzecią grupę stanowili mężczyźni w wieku 63-92 lat. Wiek poszczególnych grup wiekowych przedstawiono w Rycinie 1.



Rycina 1. Wiek badanej grupy (n=30).

Wśród badanych nieznacznie większość stanowiły osoby poniżej 85 roku życia (16 badanych), natomiast pozostałych (14 badanych), to osoby powyżej 85 roku życia. Najmłodszych pacjentów zanotowano w

grupie mężczyzn (63 i 67 lat), najstarsze były pacjentki w wieku 93- 95 lat. Przyjęcia do ZOL odbywały się najczęściej na wniosek rodziny/opiekuna lub były zalecaną kontynuacją leczenia szpitalnego.



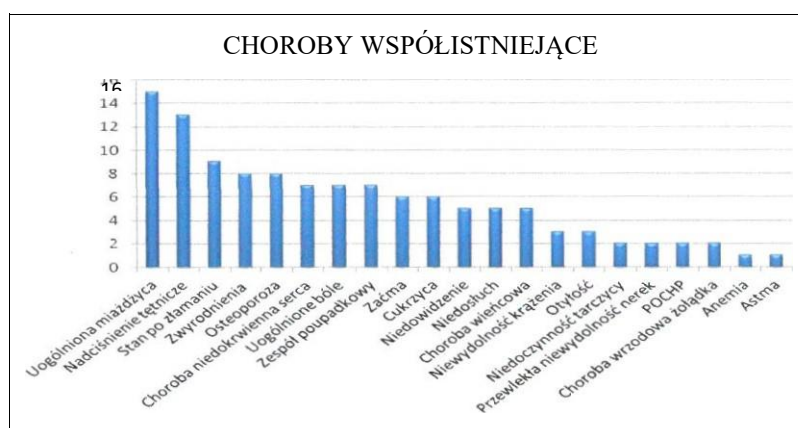
Rycina 2. Przyjęcia kobiet do ZOL (n=20); Przyjęcia mężczyzn do ZOL (n=10)

Najczęstsze rozpoznania kliniczne będące powodem przyjęcia do ZOL, w dwóch grupach badawczych kobiet 71-84 i 85-95 lat przedstawiono w Tabeli I.

Tabela I. Główne rozpoznania kliniczne w grupie kobiet przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (n=20)

ROZPOZNANIE ZASADNICZE	Liczba pacjentek n=20	Przyjęcie z domu do ZOL	Przyjęcie z szpitala do ZOL	Grupa I od 71- 84 roku życia	Grupa II od 85-95 roku życia
Stan o udarze mózgu	4	1	3	3	1
Stan o złamaniu szyjki	4	1	3	3	1
Choroba Alzheimera	1	1	-	-	1
Choroba Parkinsona	1	1	-	-	1
Zespoły otępienno-depresyjne	4	3	1	3	1
Upadki i zawroty głowy	1	1	-	-	1
Demencja starcza	4	4	-	-	4
Owrodzenia podudzi	1	1	-	1	-
OGÓŁEM	20	13	7	10	10

W zakresie analizy głównych rozpoznań klinicznych wykazano, że przyczyną niepełnosprawności w młodszej grupie kobiet (71-84 lat) były stany po przebytych udarach mózgu, z połowicznym niedowładem lub/i porażeniem, stany po złamaniu szyjki kości udowej oraz owrodzenia podudzi. Przyczyną zaburzeń świadomości, w tej grupie wiekowej były: zespoły otępienne i urojeniowe, zaburzenia lękowe i depresje. Natomiast w starszej grupie kobiet (85-95 lat) dominowały stany demencyjne i otępienne, upadki, zawroty głowy oraz urazy i złamania. W jednym tylko przypadku wykazano stan po udarze mózgu, z nieznacznym deficytem neurologicznym.



Rycina 3. Liczbowy udział chorób wśród kobiet (n=20)

Przeanalizowano także zależności między występowaniem bólu i zaburzeń snu, a czasem trwania choroby przewlekłej i jej rodzaju wśród respondentek dwóch grup wiekowych. Rozpoznania poszczególnych stanów chorobowych, które mają bezpośredni związek z występowaniem bólu i zaburzeniami snu przedstawiono w Tabeli II.

Tabela II. Zespoły bólowe i zaburzenia snu, w zależności od wieku i rodzaju choroby przewlekłej w dwóch grupach wiekowych kobiet (n=20)

CHOROBA PRZEWLEKŁA	Ból przewlekły n=20	Ból okresowy	Ból zgłaszany silny	Zaburzenia snu	Leki p/ból.
Nie dolność naczyń żylnych	-	2	-	1	1
Osteoporoza	3	-	-	1	3
Stan o udarze mózgu	-	2	1	3	3
Nadciśnienie tętnicze	-	-	-	1	-
Owrzodzenia podudzi rany	-	-	2	1	1
Zmiany zwyrodnieniowe	5	-	-	1	3
Urazy złamanie	3	2	-	4	3
OGÓLEM	11	6	3	12	14

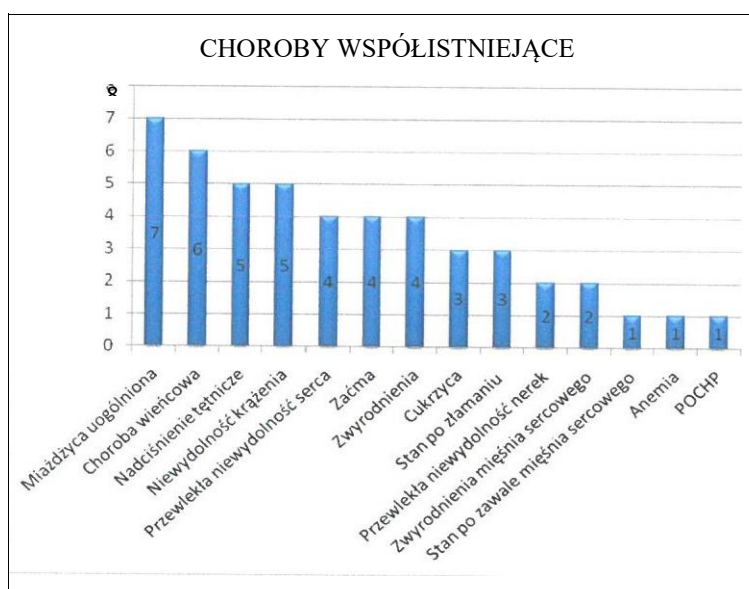
W badanej grupie wykazano, że istnieje zależność pomiędzy występowaniem bólu, a zaburzeniami snu szczególnie u pacjentek z obciążeniem neurologicznym i długotrwale unieruchomionych, z powodu schorzeń narządu ruchu. W tabeli uwzględniono tylko te leki przeciw bólowe, które były zlecone na stałe podczas przeprowadzania badań.

Główne rozpoznania kliniczne w grupie mężczyzn stanowiły stany po udarze mózgu z deficytem neurologicznym o różnym nasileniu. Występowały zarówno porażenia połowicze z afazją jak również niedowłady i przykurcze upośledzające sprawność motoryczną znacząco bądź częściowo. Kolejnym rozpoznaniem były zespoły psychoorganiczne i otępienne typu Alzheimerowskiego choroba Parkinsona oraz marskość wątroby. Poszczególne schorzenia przedstawiono w Tabeli III.

Tabela III. Kliniczna charakterystyka badanej grupy mężczyzn (n=10)

CHOROBA ZASADNICZA	Liczba chorych	Przyjęcie z domu do ZOL	Przyjęcie ze szpitala do ZOL	Porażenie połowicze	Niedowład połowiczny
Stan o udarze mózgu	5	-	5	3	2
Marskość wątroby	1	-	1	-	-
Zespoły psychoorganiczne	2	2	-	-	-
Choroba Alzheimera	1	-	1	-	-
Choroba Parkinsona	1	1	-	-	-
OGÓLEM	10	3	7	3	2

Analiza chorób zasadniczych wśród wszystkich respondentów wykazała, że dominowały stany po udarach mózgu zwłaszcza u mężczyzn. Kolejno znajdowały się stany po złamaniu szyjki kości udowej i zespoły otępienno-depresyjne, z wyraźną przewagą w młodszej grupie kobiet. U najstarszych kobiet dominowały zwyrodnienia i demencja typu starczego. W grupie mężczyzn wśród chorób współistniejących dominowały schorzenia układu krążenia, zaćma, cukrzyca, zmiany zwyrodnieniowe i stany po złamaniach. Natomiast u małego odsetka stwierdzono anemię, przewlekłą niewydolność nerek i POCHP.

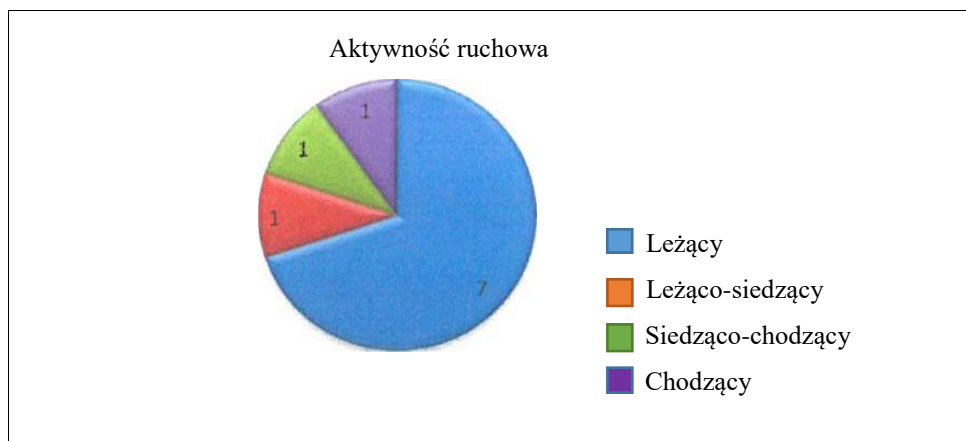


Rycina 4. Liczbowy udział chorób współistniejących w grupie mężczyzn (n=10)

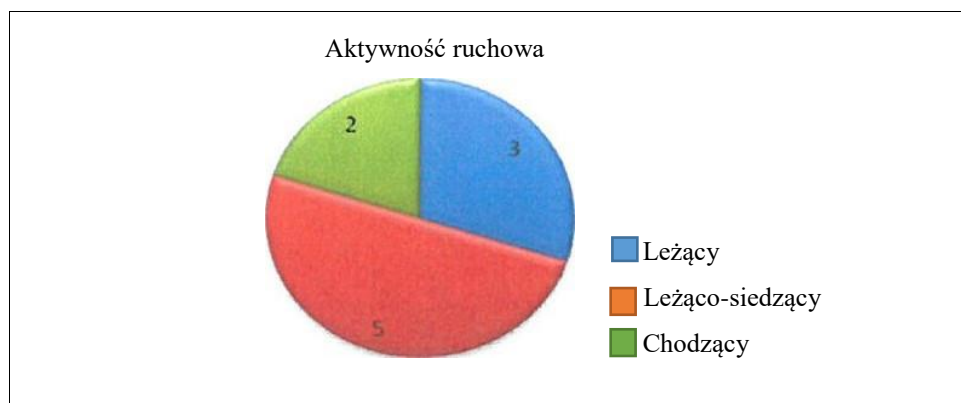
Przedstawione wyniki wykazały dominację chorób układu krążenia, jednak szczególnie znaczną przewagę tych schorzeń, widzimy wśród najmłodszych mężczyzn badanej grupy (63-78 lat). W starszym przedziale wiekowym (86-92), dominowały stany po złamaniach szyjki kości udowej, zwyrodnienia stawów z obecną bolesnością tych okolic. Przebyte udary mózgu nie przyczyniły się do znaczących ograniczeń ruchowych. Miażdżyca, zaćma, przewlekła niewydolność serca i nerek również przeważała w starszej populacji seniorów.

Aktywność ruchowa badanej grupy

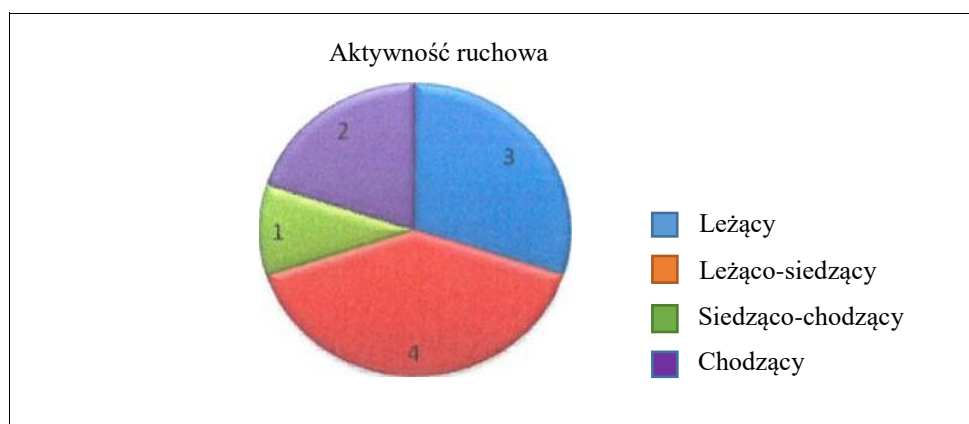
Ocena aktywności ruchowej przeprowadzona za pomocą kwestionariusza, wykazała zakres możliwości motorycznych wszystkich uczestników badań. Analizę wyników pierwszej grupy kobiet przedstawiono w rycinie 5, wyniki drugiej grupy kobiet przedstawiono w rycinie 6. Zakres aktywności ruchowej mężczyzn, przedstawiono w rycinie 7.



Rycina 5. Charakterystyka aktywności ruchowej wśród młodszych kobiet (n=10)



Rycina 6. Charakterystyka aktywności ruchowej wśród starszych kobiet (n=10)



Rycina 7. Charakterystyka aktywności ruchowej wśród mężczyzn (n=10)

Wyniki jednoznacznie wykazały dominującą przewagę aktywności ruchowej wśród kobiet po 85 roku życia oraz w grupie mężczyzn, pomimo ich znacznego obciążenia licznymi schorzeniami układu krążenia i przeważającą liczbą incydentów mózgowych. Największy deficyt w tym zakresie wykazano u kobiet młodszych, wskazując na liczne ograniczenia funkcji sprawności psychofizycznej i obciążenia kliniczne, które odegrały znaczący wpływ na ograniczenie aktywności ruchowej.

Wyniki Całościowej Oceny Geriatrycznej

Stan czynnościowy Skala ADL, IADL

W poszczególnych grupach badawczych oceniono poziom aktywności dnia codziennego w skali ADL, który kształtował się na niskim i średnim poziomie. Dokonana ocena stopnia funkcjonowania i zależności przeprowadzona za pomocą Testu Złożonych Czynności Życia Codziennego - IADL LI II, wykazała małą zdolność do wykonywania określonych czynności. Szczegółowe wyniki uzyskane wśród respondentek i respondentów przedstawiono w (Tabeli IV).

Tabela IV. Stan funkcjonalny dwóch grup wiekowych kobiet i mężczyzn wg skali ADL i IADL (n=30)

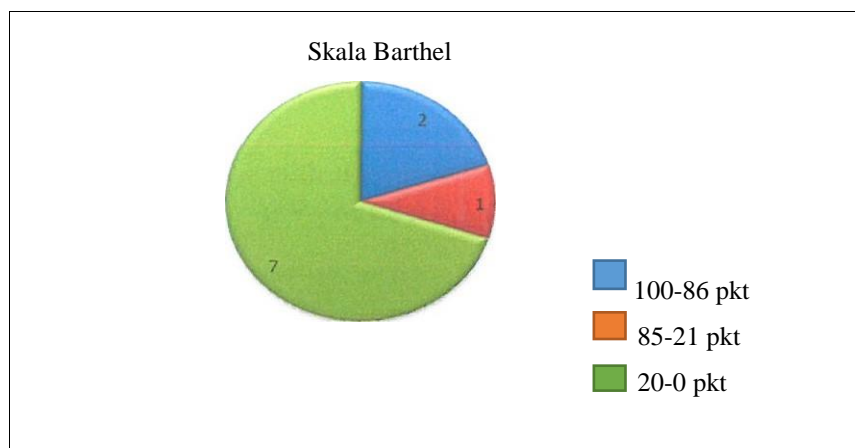
Wartość ADL	Grupa kobiet w wieku (71-84) n=10	Grupa kobiet w wieku (85-95) n=10	Grupa mężczyzn w wieku (63-92) n=10
6 punktów	1	-	2
4 punkty	1	1	-
3 punkty	1	2	2
0,5 punktów	-	1	2
0 punktów	7	6	4
Ogół	10	10	10
Wartość IADL			
6 punktów	2	1	1
5 punktów	-	1	-
2 punk	-	1	2
1 punkt	1	-	1
0 punktów	7	7	6
Ogół	10	10	10

W tabeli zamieszczono wyniki, w których zaprezentowano następujące wartości dla badanej skali ADL: osoba sprawna fizycznie otrzymywała (5 - 6 pkt.), umiarkowanie niesprawna (3 - 4 pkt.), w znacznym stopniu niesprawna (<2 pkt.). Uzyskane wyniki na niskim poziomie (<2 pkt.) u 20 badanych określały niską jakość życia na poziomie aktywności dnia codziennego. Pełną niezależność wykazały 3 osoby, natomiast u 7 badanych występowały znaczne trudności w wykonywaniu najprostszych czynności dnia codziennego.

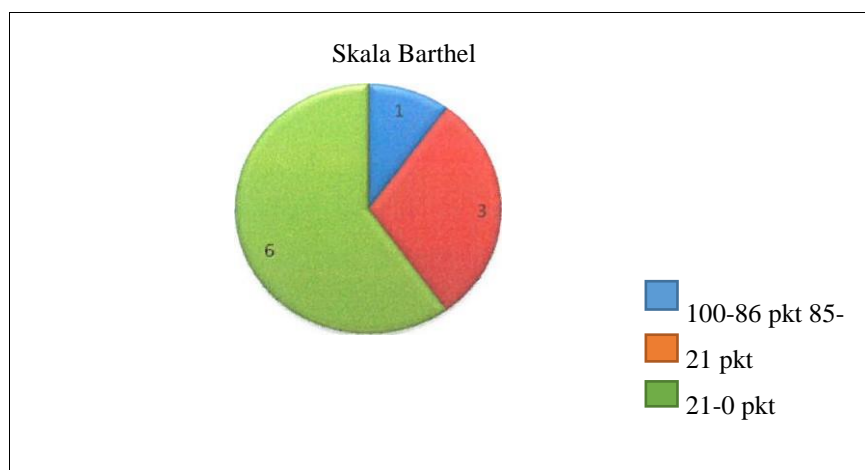
Oceniane czynności za pomocą testu IADL, wykazały zdolność do samodzielnego funkcjonowania tylko u 5 pacjentów. Pozostałe 25 osób znajdowały się w pełnej zależności w zakresie podstawowego funkcjonowania w środowisku domowym.

Skala Barthel

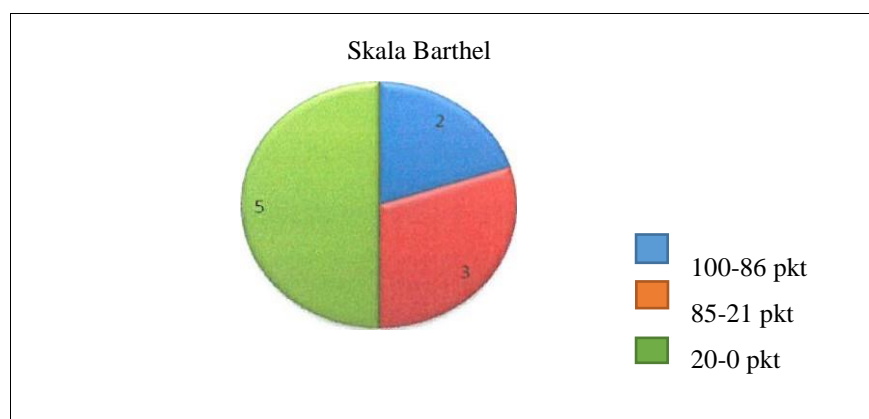
Analizując poziom sprawności czynnościowej oraz zakres podstawowych potrzeb w zakresie samoobsługi, określono ciężką niesprawność funkcjonalną wśród wszystkich respondentów, na podstawie zmodyfikowanej skali Barthel. Niska punktacja (0-20 pkt) definiuje stan pacjenta jako „bardzo ciężki”, (21-85 pkt) „średnio ciężki”, (86-100 pkt) jako „lekki”.



Rycina 8. Stopień niepełnosprawności wg skali Barthel w młodszej grupie kobiet (n=10)



Rycina 9. Stopień niepełnosprawności wg skali Barthel w starszej grupie kobiet (n=10)



Rycina 10. Stopień niepełnosprawności wg skali Barthel w grupie mężczyzn (n=10)

Jak pokazały wyniki respondenci charakteryzowali się ciężką niesprawnością czynnościową. Ponad połowę (18 osób) stanowili pacjenci całkowicie zależni, trwale unieruchomieni (0-20 punktów w skali Barthel), u których zmiany pozycji ciała i przemieszczanie się z łóżka na wózek było możliwe tylko, przy pomocy dwóch osób. Kolejne 7 osób uzyskało punktację wskazującą na stan średni, z nieznaczną przewagą u mężczyzn i w starszej grupie kobiet. Tylko u 5 badanych, wykazano pełną sprawność funkcjonalną.

Stan zdrowia fizycznego - Skala Tinetti

W celu oceny sprawności równowagi i chodu zastosowano pełną skalę Tinetti, punktowaną maksymalnie 28 punktami, przy wyniku poniżej 19 punktów ryzyko upadku wzrasta 5-krotnie. Ze względu na małą liczbę pacjentów w grupie małego i średniego ryzyka upadków, kobiety połączono w jedną grupę (20 osób).

Analiza wyników wykazała pełny zakres aktywności fizycznej u 3 osób. Kolejne 4 osoby poruszały się samodzielnie ale tylko przy pomocy laski i balkonika. Pozostałych 9 respondentów z trudem wykonało maksymalnie od 5 - 6 czynności ze skali Tinetti, w zakresie równowagi posiłkując się przyrządami lub osobami drugimi. Większość badanych z trudem wykonywała od 3 do 6 czynności ze skali Tinetti. Pozostałe 14 osób wykluczono z oceny ze względu na ciężką niesprawność fizyczną. Oszacowanie ryzyka upadków w ocenie chodu za pomocą skali Tinetti było możliwe do przeprowadzenia tylko wśród 9 osób z spośród 30 respondentów. Pozostałe 21 osób nie zostało zakwalifikowane do badania ze względu na niemożliwość do wykonania próby pionizacji.

Uzyskane wyniki oceny chodu ujawniły pełną zależność i ciężką niesprawność fizyczną u 24 badanych. Tylko 2 osoby odznaczyły się dobrą sprawnością ruchową bez ryzyka upadku, 3 osoby uzyskały wynik małego ryzyka natomiast 1 osoba uzyskała wynik dużego ryzyka upadków.

Skala Norton

Do oceny ryzyka rozwoju odleżyn wykorzystano skalę Norton. W grupie badawczej nie stwierdzono dużej ilości odleżyn, jednak znaczące ryzyko ich powstania, zwłaszcza wśród kobiet. Oszacowanie skali Nortona wykazało, że 14 kobiet znajdowało się w grupie dużego ryzyka wystąpienia odleżyn. W trakcie badań u 3 respondentek w młodszej grupie (71-84 roku życia) i 1 respondentki w starszej grupie (85-95 roku życia) stwierdzono obecność odleżyn III oraz IV stopnia. Ryzyko powstania odleżyn wykazano u 5 mężczyzn, tylko u 1 pacjenta stwierdzono obecność odleżyn III stopnia.

Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia NINA

Ocena stanu odżywienia i jednocześnie sprawności funkcjonalnej kobiet i mężczyzn nie wykazała statystycznie istotnej różnicy pomiędzy tymi grupami. Z tego względu badanych połączono w jedną grupę. U wszystkich respondentów niezależnie od wieku i płci wystąpiło ryzyko niedożywienia i ujawnione niedożywienie. Wyniki uzyskano analizując stan fizyczny respondentów (mobilność, obecność odleżyn i owrzodzeń, pomiar łydki, ramienia) oraz stan neuropsychologiczny. Szczegółowo oceniano ilość przyjmowanych leków i posiłków oraz sposób i jakość odżywienia. U przeważającej liczby pacjentów nie był możliwy pomiar masy ciała (chorzy unieruchomieni) co uniemożliwiło dokonania prawidłowego oznaczenia wskaźnika BMI. W tych przypadkach określenie masy ciała poddano ocenie wizualnej i wnikliwej obserwacji.

Wyniki Całościowej Oceny Geriatrycznej

Ocena stanu umysłowego

Dokonując badań w tym obszarze posługiwano się standaryzowanymi skalami ale również dokonano analizy problemów indywidualnych, w zakresie przyczyn powstawania lęków, zaburzeń pamięci złego samopoczucia, narastającej depresji, potrzeb emocjonalnych i tłumienia negatywnych emocji związanych z chorobą przewlekłą.

Skala MMSE, AMTS ocena stanu psychicznego i sprawności umysłowej

W ocenie stanu umysłowego i funkcji poznawczych określono stan prawidłowy u 7 badanych (najczęściej u mężczyzn). Średnie uzyskanych wyników w ocenie procesów poznawczych wykazały u 13 pacjentów minimalne otępienie. U 17 pacjentów, przeprowadzenie zadań sprawdzających nie było możliwe, ze względu na znaczną utratę zdolności myślenia. Szczegółowe dane wszystkich respondentów z zakresu oceny stanu psychicznego i sprawności umysłowej zamieszczono w Tabeli V.

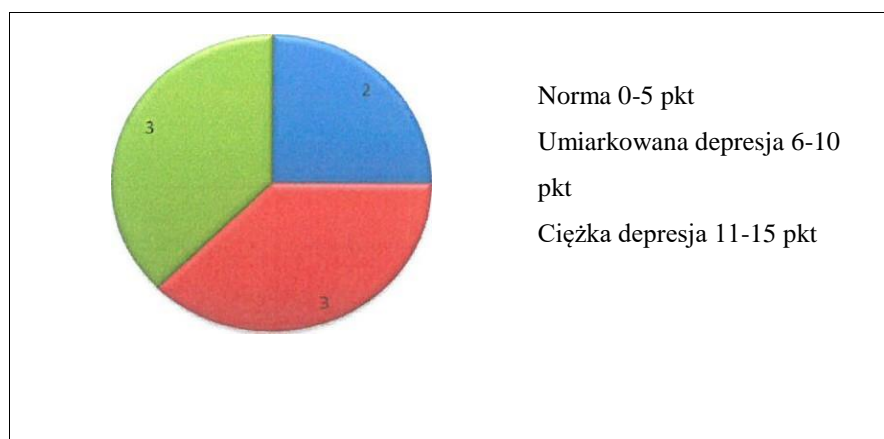
Tabela V. Ocena funkcji pamięci i czynności poznawczych całej grupy badanej (n=13)

Skala oceny stanu psychicznego MMSE	Liczba pacjentów
Stan prawidłowy	6
Otępienie w stopniu lekkim	2
Otępienie w stopniu średnim	5
SUMA	13
Test sprawności umysłowej AMTS	
Stan prawidłowy	7
Upośledzenie w stopniu umiarkowanym	6
SUMA	13

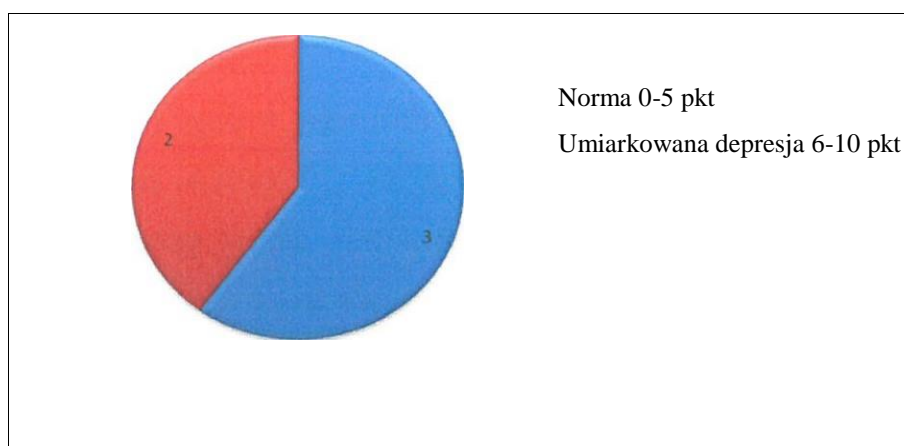
Geriatryczna skala oceny depresji GDS

Do oceny samopoczucia i komfortu psychicznego, w ciągu ostatnich dwóch tygodni wykorzystano skalę GDS. Użycie skali u pacjentów (17 osób) ze znacznymi zaburzeniami funkcji poznawczych nie było

możliwe, podobnie jak w przypadku oceny pamięci i sprawności umysłowej. Samopoczucie badanych osób dotyczyło oceny stanu emocjonalnego (zadowolenie, radość, obawy, smutek), gdzie u niemal połowy badanych osób częściej występowały negatywne reakcje emocjonalne (smutek, nerwowość), a stan poczucia zadowolenia częściej spostrzegano u mężczyzn. W odpowiedzi na pytanie o samoocenę stanu zdrowia, większość respondentów określiła go jako średni lub zły co wskazywało na obniżenie subiektywnej oceny zdrowia, zwłaszcza u kobiet. Po dokonaniu oceny respondentów skalą GDS, uzyskane wyniki kobiet przedstawiono w rycinie 11, natomiast mężczyzn w rycinie 12.



Rycina 11. Występowanie depresji wśród kobiet zdolnych do oceny wg skali GDS (n=8)



Rycina 12. Występowanie depresji w grupie mężczyzn zdolnych do oceny wg skali GDS

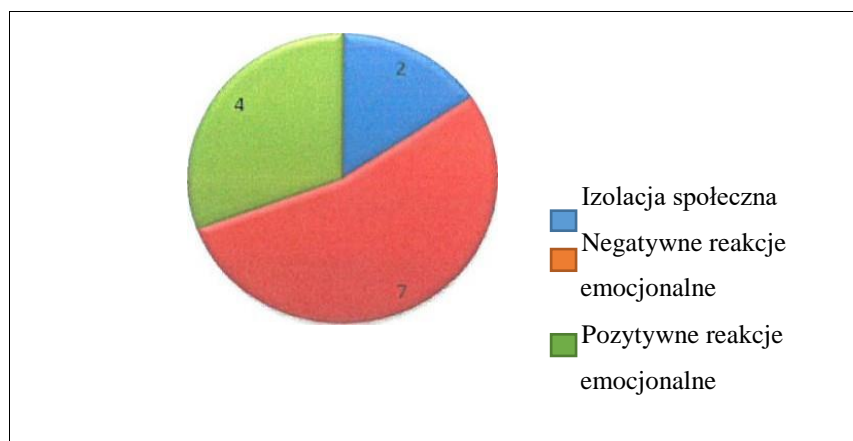
Wyniki wykazały u 5 osób pozytywne odczucia i zadowolenie z jakości życia. U 5 badanych zaobserwowano objawy nastroju depresyjnego w stopniu umiarkowanym, u 3 kobiet stwierdzono nasilone objawy depresji. Badania własne wykazały, że spostrzegana jakość życia i ogólnego zadowolenia była wyższa u pacjentów, którzy wykazywali się samodzielnością w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych. Stwierdzono zależność pomiędzy większą liczbą objawów depresji a znacznym ograniczeniem ruchowym, brakiem możliwości wykonywania codziennych zadań i częstszym odczuwaniem bólu czy niepokoju.

Ocena socjalno—środowiskowa

Jak wykazały wcześniejsze analizy respondenci najczęściej byli umieszczani w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym na wniosek rodziny.

Dla rodzin i opiekunów największym obciążeniem było zapewnienie należytej opieki, liczne choroby i niepełnosprawności, zaburzenia funkcji poznawczych oraz obawy o następstwa i powikłania wynikające z nieumiejętnej pielęgnacji.

Poddając ocenie zależność pomiędzy umieszczeniem pacjentów w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy, a brakiem opieki i niepełnego zaangażowania rodziny na odczuwaną jakość życia wykazano pełną zależność. Pełne informacje uzyskano tylko od 13 pacjentów (u 17 badanych nie do oceny).



Rycina 13. Zależność pomiędzy jakością życia i pobytami (n=13)

Znacząca większość badanych osób zgłaszała nieprawidłowości w zakresie energii życiowej, w postaci smutku. Negatywne odczucia były związane z utrudnioną komunikacją z rodziną, albo jej brakiem oraz trudnościami w samopielęgnacji i aktywności.

Dyskusja

Pacjenci niejednokrotnie, dawali mi do zrozumienia, że nie specjalistyczne procedury są wyznacznikiem dobrostanu, lecz zwykła obecność drugiej osoby. Te stwierdzenia ukazują dogłębnie i wystarczająco specyfikę geriatry i wyzwania dla personelu tej trudnej, a zarazem fascynującej dziedziny medycyny. Zdaniem H. Lenartowicz w sytuacji społecznej „pielęgniarka-pacjent” nie ma to być perspektywa nauki, nie punkt widzenia profesjonalisty, ale człowieka, który odczuwa lęk, ból, niepokój i skutki różnych interwencji medycznych. Badania jakościowe polegają na systematycznym poszukiwaniu informacji pozwalających zrozumieć unikatową naturę człowieka, jego zachowania, transakcje i negocjacje z samym sobą i swoim otoczeniem w zróżnicowanych warunkach życia. Cel tych badań polega na wnikiwaniu w głąb badanego fenomenu, odkrywaniu, odsłanianiu nowego wnętrza, nowego znaczenia i nowego zrozumienia. Według Lenartowicz ważne jest, aby zainteresować i zachęcić pielęgniarki zajmujące się badaniami do tej drogi studiowania fenomenu pielęgnowania [12].

Wstępna analiza poszczególnych czynników samooceny zdrowia (ogólny stan zdrowia, stan psychiczny, stan funkcjonalny) wykazała statystyczny związek pomiędzy płcią czy wiekiem, a poszczególnymi aspektami jakości życia.

Proces starzenia oraz obecność i czas trwania wielu chorób przewlekłych predysponują do powstania zaburzeń snu i występowania bólu. Spadek aktywności, długotrwałe unieruchomienie oraz ból wpływają na powstanie negatywnych emocji i zaburzeń snu.

Bezpośrednią przyczyną silnego bólu, były ograniczenia ruchowe, zwłaszcza u osób leżących po incydentach neurologicznych i złamaniach. Wpływ wieku nie odegrał znaczącej roli jednak wykazał, że w grupie starszej ból najczęściej miał charakter przewlekły i był związany z chorobami narządu ruchu (zwyrodnienia, urazy i osteoporoza). Mężczyzn nie uwzględniono w tym zakresie badań ze względu na małą ilość przyjmowanych leków nasennych i przeciwbólowych w zleceniach stałych, najczęściej były dawkowane doraźnie.

Własna analiza wyników badań w tym zakresie potwierdziła, że ciężka niesprawność funkcjonalna jest skutkiem współistnienia wielu chorób przewlekłych, które powodują pogorszenie stanu ogólnego oraz przyczyniają się do narastania problemu niepełnosprawności wśród pacjentów w podeszłym wieku. To z kolei skutkuje koniecznością korzystania z opieki długoterminowej wśród coraz większej grupy pacjentów.

U wszystkich respondentów niezależnie od wieku i płci wystąpiło ryzyko niedożywienia i ujawnione niedożywienie. Czynnikiem najbardziej wpływającym na stan prawidłowego odżywiania był ogólny zły stan zdrowia, długotrwałe unieruchomienie i towarzyszące dolegliwości bólowe. Następnie zaburzenia świadomości, zespoły depresyjne i otępienne, które wpływały na utratę apetytu i pełną zależność tych pacjentów, od podaży ilościowej i jakościowej produktów żywnościowych. W trakcie badań stwierdzono również, że zaburzenia trawienia, brak użębienia, mała aktywność fizyczna i brak rodziny mają znaczący wpływ na powstanie czynników ryzyka niedożywienia.

Dysponując pełnym zakresem wiedzy, na temat jednostek chorobowych wszystkich respondentów określono, że zaburzenia psychiczne, poznawcze, zespoły depresyjne i otępienne dotyczyły znacznej liczby badanych osób i wywierały bezpośredni wpływ, na aktualny stan zdrowia.

Analiza własnych wyników badań, w ocenie występowania i nasilenia negatywnych odczuć wykazała, że jakość życia zależna jest od płci, rodzaju schorzenia, czasu trwania choroby, miejsca pobytu oraz zaangażowania rodziny i jej obecności. Kolejnym czynnikiem determinującym subiektywną ocenę zdrowia były ograniczenia związane z liczbą występujących schorzeń.

Określając zakres wsparcia rodzinnego na podstawie informacji od pacjentów (sprawnych umysłowo) ustalono, że priorytetem dla prawie każdego badanego respondenta była rodzina. Rodzinę wskazywali jako największą „instytucję” opieki długoterminowej i oczekiwali od nich pełnego zaangażowania. Niechętnie respondenci przyjmowali wiadomość o umieszczeniu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym, oczekując na zamieszkanie z rodziną. Większość badanych do czasu pobytu w ZOL zamieszkiwała samotnie. Analizując wypowiedzi respondentów zauważono dwie sprzeczności. Z jednej strony obwiniali rodzinę, mając poczucie odstawienia na boczny tor, odczuwali odrzucenie i niechęć do działania, a nieraz do dalszego życia. Z drugiej strony godzili się z tą sytuacją, obwiniając siebie mówiąc, że tak już musi być, jednocześnie usprawiedliwiając decyzje rodziny. Poczucie bezradności i beznadziejności sprzyjały nasileniu negatywnych emocji, zwłaszcza przygnębienia. W niniejszej ocenie stwierdzono, że pacjenci Zakładu Opiekuńczo – Lecznym, mający regularny tryb życia, utracili bodziec konieczny do podjęcia działania. Jedynie płeć w sposób znaczący wpływała na poziom funkcjonowania i znacząco przeważała w kierunku mężczyzn. Tak, więc wiele czynników wpływa na występowanie problemów zdrowotnych i opiekuńczych u osób w starszym wieku. Do najważniejszych należą zmiany fizjologiczne, postępujące z wiekiem procesy osłabienia sprawności funkcjonalnej i zdrowotnej. Należy jednak dążyć do tego, aby wydłużający się okres życia był traktowany jako nagroda – nie jako kara za postępy w medycynie [13].

Niepełnosprawność jest naturalną konsekwencją wielu chorób przewlekłych, obniżających jakość życia. Konsekwencje tego stanu nasilają się, w przypadku współistnienia dodatkowych uwarunkowań środowiskowych, demograficznych i społeczno-ekonomicznych. Jak wykazały badania u osób starszych, w znacznym stopniu dochodzi do obniżenia procesów poznawczych, zmian emocjonalnych i występowania lęku, napięcia i objawów depresji. Najbardziej widoczne zmiany starcze dotyczą narządu ruchu oraz zmysłów. Osoby w starszym wieku szybko utożsamiają się z negatywnym stereotypem starości. Wchodzenie w okres starości z poczuciem bezradności skutkuje frustracją i depresją.

Własne środowisko jest najlepszym i najbardziej pożądanym zapleczem bezpieczeństwa dla starszych osób, pod warunkiem zapewnienia sobie prawidłowych warunków. Rodzina z różnych przyczyn nie może lub nie chce podjąć tych działań. Główne problemy zdrowotne osób starszych, leczenie i pielęgnacja będą wyzwaniem dla Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych.

Wnioski

Na podstawie analizy badań wysunięto następujące wnioski:

1. Wśród badanej grupy kobiet najczęstszą przyczyną przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego były: stany po udarze mózgu, po złamaniu szyjki kości udowej, zespoły otępienno –depresyjne i stany demencji. W grupie mężczyzn przyczyną były stany po udarze mózgu i zespoły psychoorganiczne
2. Zaburzenia snu towarzyszyły głównie chorym po udarach i po urazach (złamaniach)
3. Większość badanych przy pomocy skali ADL uzyskała ilość punktów klasyfikującą do grupy o niskiej jakości życia związanej z aktywnością ruchową
4. Skala IADL wykazała zdolność do samodzielnego funkcjonowania jedynie ponad 16% badanych
5. Badanie przy pomocy skali Barthel wykazało niepełnosprawność funkcjonalną wśród wszystkich badanych
6. Analiza badania przy pomocy skali Tinetti wykazała pełny zakres aktywności fizycznej jedynie u 10% badanych
7. Badanie kwestionariuszem MNA wskazuje na ryzyko niedożywienia lub niedożywienie całej badanej grupy
8. Lepszą kondycją stanu umysłowego ocenianego skalą MMSE i AMTS wykazali się mężczyźni
9. Stwierdzono zależność między większą ilością objawów depresji a ograniczeniem ruchowym

Piśmiennictwo

1. Tobis-Wieczorkowska K.: Ocena pacjenta starszego. *Geriatrya*, 2010; 4: 247-248.
2. Prokopowicz D. i wsp.: Kliniczno społeczne aspekty zakażeń wieku podeszłego. *Medycyna po Dyplomie*, 2007; Vol. 16 / Nr 3 (132): 96-97.
3. Pruszyński J. i wsp.: Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgniarskiego domu opieki w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2006; 60: 331-332.
4. Kostka T. i wsp.: Całościowa ocena geriatryczna. *Lekarz Rodzinny*, Rok XII, Marzec 2007, Dodatek: 3.
5. Niechwiadowicz-Czapka T. i wsp.: Problemy zdrowotne i psychospołeczne osób w starszym wieku. W: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Red. Kuźma J. Continuo, Wrocław, 2010: 7-13.
6. Zielińska-Więczkowska H. i wsp.: Starość jako wyzwanie. *Gerontologia Polska* 2008, 16, 3: 131-136.

7. Tobis-Wieczorkowska K.: Ocena pacjenta starszego. *Geriatrya*, 2010; 4: 247-248
8. Niechwiadowicz-Czapka T. i wsp.: Wielkie Problemy Geriatryczne. W: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Red. Kuźma J. Continuo, Wrocław, 2010: 17-30.
9. Niechwiadowicz-Czapka T. i wsp.: Specyfika komunikacji pielęgniarki z osobami w podeszłym wieku. W: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Red. Kuźma J. Continuo, Wrocław, 2010: 33-40.
10. Niechwiadowicz-Czapka T. i wsp.: Rola pielęgniarki w rozpoznawaniu stanów nagłych w geriatryi. W: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Red. Kuźma J. Continuo, Wrocław, 2010: 113-117.
11. Kostka T. i wsp.: Całościowa ocena geriatryczna. *Lekarz Rodzinny*, Rok XII, Marzec 2007, Dodatek: 3.
12. Lenartowicz H. i wsp.: Istota badań w pielęgniarstwie. W: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Red.: Plewa A. i inni. PZWL, Warszawa, 2010: 47.
13. Larson E.B., Langa KM. The rising tide of dementia worldwiwe. *Lancet* 2008; published online July 28, DOI:10.1016/S0140-6736(08)61002-X