

Osoby starsze objęte pielęgniarstwem domowym opieką długoterminową

The elderly under the long-term home-based nursing care

Tomasz Irzyniec^{1,2}, Zofia Nowak-Kapusta¹, Grażyna Franek¹, Beata Drzazga¹

¹ Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Nefrologii ze Stacją Dializ, Szpital MSWiA w Katowicach

Streszczenie

Wprowadzenie. Pielęgniarstwo domowe długoterminowe przeznaczone jest dla przewlekle, obłożnie chorych. Wymagają one stałej opieki, pielęgnacji, kontroli leczenia i rehabilitacji. **Cel pracy.** Celem pracy jest charakterystyka stanu zdrowotnego osób objętych pielęgniarstwem domowym w własnym środowisku domowym w aglomeracji górnośląskiej. **Material i metody:** Metodą sondażu diagnostycznego przebadano 296 (198 kobiet i 98 mężczyzn) osób objętych pielęgniarstwem domowym długoterminowym, pod kątem przyczyny niesamodzielności, sprawności funkcjonalnej (skale: ADL i Barthel), odczuwania bólu (numeryczna skala bólu), stopnia depresji (geriatryczna skala depresji) oraz osób sprawujących opiekę. **Wyniki.** W 2/3 odbiorcami tego świadczenia byli chorzy po udarach mózgu (35,2%) oraz z zespołem otępiennym (33,5%). Ciężkie upośledzenie czynnościowe (ADL) stwierdzono u 81,4% respondentów, zróżnicowane w zależności od płci i wieku. Przeciętna skala Barthel wynosiła: $Me = 10$ ($Q1 = 3$, $Q3 = 25$). Niesprawność dotyczyła m. in. przemieszczania się (94%), korzystania ze schodów (96%), ubierania się (81%), kontroli oddawania stolca i moczu (63% i 69%). Prawie 80%, najczęściej starsze kobiety, zgłaszało dolegliwości bólowe. Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy odczuciem bólu i sprawnością (skala Barthel) – $R = 0,11$, $p = 0,005$. Objawy depresji, ocenione u 2/3 respondentów, występują u 1/3, znamienne częściej w najmłodszej grupie. Opiekę nad niesamodzielnymi osobami sprawują w połowie – dzieci, w 1/5 współmałżonek. **Wnioski.** Odbiorcami opieki długoterminowej są najczęściej osoby po udarach mózgu oraz z demencją. Sprawność funkcjonalna jest znacznie ograniczona. Objawy depresji występują u 1/3 badanych. Opiekę nad niesamodzielnymi osobami sprawują najczęściej członkowie rodziny. Pakiet świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych i rozwój zawodowy pielęgniarek powinny być ukierunkowane na osobę niesamodzielną, z demencją o obniżonym nastroju i utrudnionym kontakcie. (Gerontol Pol 2016, 24, 207-213)

Słowa kluczowe: osoby starsze, opieka długoterminowa domowa, stan zdrowia

Abstract

Introduction. The long-term home-based nursing care is provided for the chronically bedridden ill. They require constant care, nursing, treatment monitoring and rehabilitation. **Aim of the article.** The paper is a characteristic of the health of the long-term home-based nursing care patients in their domestic environment in the Upper Silesian Agglomeration. **Material and methods.** 296 patients under the long-term home-based nursing care (198 women and 98 men) were surveyed with diagnostic poll questions about their disability cause, functional ability (scales: ADL, Barthel), pain intensity (numerical pain scale), depression level (geriatric depression scale) and questions about people caring for them. **Results.** Two thirds of the respondents were patients after ischemic stroke (35.2%) or suffering from Lewy body syndrome (33.5%). 81.4% of respondents were diagnosed with heavy functional disability (ADL) depending on sex and age. The average on the Barthel scale was: $Me = 10$ ($Q1 = 3$, $Q3 = 25$). The respondents were disabled among others while moving (94%), using the stairs (96%), dressing (81%), a bladder and bowel controlling (63% and 69%). Almost 80% of respondents, most often older women, reported pain. Positive correlation was discovered between pain feeling and efficiency (Barthel scale) – $R = 0.11$, $p = 0.005$. Depressive symptoms, evaluated in 2/3 of respondents, were noticed in 1/3 of them, more often in the youngest group. A spouse was the person providing care for a patient in 1/5 of the cases and their offspring in of the cohort. **Conclusions.** Patients under the long-term home-based nursing care were most often suffering from ischemic stroke and dementia. Functional efficiency was substantially restricted. One third of the respondents had depressive symptoms. A spouse

was the person providing care for a patient or members of their immediate family. Hence, a care service package and professional nurse development should be focused on an incapacitated person; with dementia and low mood and with contact difficulties. (Gerontol Pol 2016, 24, 207-213)

Key words: *the elderly, long-term home-based nursing care, health*

Wstęp

Zgodnie z prognozami demograficznymi w populacji Polski przewiduje się znaczące zwiększenie liczby osób starszych, w tym zwiększenie odsetka osób w starości późnej. W 2035 roku co czwarty mieszkaniec naszego kraju będzie liczył co najmniej 65, a co czternasty – 80 lat. W 2050 roku osoby co najmniej 80-letnie będą stanowiły 10,4% mieszkańców Polski (w 2013 r. było to niecałe 4%). Spośród 3,5 mln mieszkańców, którzy w 2013 roku liczyli więcej niż 80 lat, w 2035 prawie 60 tysięcy przekroczy 100 [1]. Niezależnie od liczby, wzrasta odsetek osób niesamodzielnych zwłaszcza w starości późnej. Skalę zapotrzebowania na opiekę dla osób niesamodzielnych determinuje liczba osób w wieku 80 i więcej lat, bowiem w grupie osób pomiędzy 80-85 rokiem życia prawie 20% stanowią osoby niesamodzielne, w grupie 85-90 lat ponad 30%, a powyżej 90 lat ponad połowę [2]. Prognozowane starzenie się zwiększa popyt na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Wiele państw, w tym Polska, tak kształtuje politykę społeczną, aby sprzyjała ona starzejącemu się społeczeństwu i wpływała na poprawę jakości życia [3].

W Polsce długoterminowa opieka pielęgnarska jest dyscypliną stosunkowo młodą. Dopiero w roku 1999 pojawiły się stacjonarne zakłady: pielęgnacyjno- i leczniczo- opiekuńcze dla niesamodzielnych, przewlekle chorych osób [4,5]. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w 2009 r. na każde 100 tys. mieszkańców, przypadały 234 miejsca w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej, podczas gdy np. w Szwecji było ich 1423, a w Czechach 660. Niewystarczającej liczbie miejsc w placówkach stacjonarnych nadal towarzyszy niedostateczna liczba osób z wykształceniem medycznym. W Polsce w roku 2010 przypadało średnio 2,1 lekarza na 1000 osób. Współczynnik ten sytuował nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Z kolei średnia liczba 4,87 pielęgniarek na 1000 osób była blisko o 1/3 mniejsza niż średnia dla państw Unii Europejskiej [6].

Od 2004 roku rozpoczęto kontraktowanie świadczeń realizowanych w domu pacjenta pod nazwą pielęgnarska domowa opieka długoterminowa. Obecnie świadczenie to regulują: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.09.2015 (Dz. U, poz. 1658), oraz Zarządzenie Pre-

zesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 60/2016/DSOZ z 29.06.2016. Opieka długoterminowa przeznaczona jest dla przewlekle i obłożnie chorych, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale z powodu istotnych deficytów w samoopiece, potrzebują całodobowej opieki, pielęgnacji, a także kontynuowania leczenia i rehabilitacji. Należy jednoznacznie odróżnić świadczenie tej usługi od typowej opieki sprawowanej przez pielęgniarzkę środowiskową. Pielęgniarską opieką długoterminową domową bowiem może być objęty chory, który w ocenie skalą Barthel uzyska nie więcej niż 40 punktów. Świadczenia gwarantowane wykonywane w domu chorego polegają nie tylko na pielęgnacji zgodnej z zasadami sztuki pielęgnarskiej, ale również pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z samodzielnym funkcjonowaniem, pozyskiwaniem sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, jak również edukację i przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji [4,5]. Jak wiadać kompetentna pielęgniarka musi być nie tylko dobrze wykształcona medycznie, ale powinna charakteryzować się takimi cechami jak sumienność, odpowiedzialność, rzetelność, konsekwencja w wykonywaniu czynności, czy komunikatywność. Biorąc pod uwagę obawy przed tak dużym zakresem obowiązków, lęk przed stanem fizycznym i psychicznym chorych, z którymi trzeba będzie spędzić wiele czasu i podjąć obowiązków w pojedynkę, a także uwzględniając kontakty z członkami rodzin, często roszczeniowo usposobionych, zainteresowanie tym rodzajem aktywności pielęgnarskiej może nie być wystarczające w stosunku do zapotrzebowania. Duży niedobór kadr medycznych w tym zakresie jest pogłębiany nie tylko niewielkimi zarobkami, ale przede wszystkim niewiedzą na temat rzeczywistego stanu populacji, będącej odbiorcą świadczeń pielęgnarskiej domowej opieki długoterminowej. Określenie typowych cech odbiorców tych świadczeń widać fakt, że zarówno rozmieszczenie stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej jak i lokalne zapotrzebowanie na ten rodzaj usług są zróżnicowane w zależności od regionu kraju, gęstości zaludnienia, odległości od placówki ochrony zdrowia, a także tradycji rodzinnych. Niniejsze opracowanie skupia się na populacji aglomeracji górnośląskiej, której cechy nie zawsze są tożsame z mieszkańcami innych regionów Polski.

Cel pracy

Celem pracy jest charakterystyka sytuacji zdrowotnej osób starszych objętych pielęgniarską opieką długoterminową w ich własnym środowisku domowym w aglomeracji górnośląskiej.

Jak widać praca ma nie tylko aspekt naukowy tj. wielowymiarową ocenę populacji odbiorców domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej, ale także praktyczny. Wyniki naszych badań pozwolą na orientację co do rzeczywistych potrzeb chorych, z drugiej zaś strony zezwólą na dokonywanie świadomych wyborów i ukierunkowanie rozwoju zawodowego pielęgniarek pracujących, lub chcących podjąć pracę w opiece długoterminowej.

Materiał i metoda

Podmiotem badań było 296 (198 kobiet i 98 mężczyzn) starszych mieszkańców aglomeracji górnośląskiej objętych pielęgniarską domową opieką długoterminową. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z przedziału wiekowego starości późnej 76-90 lat – 176 osób (59,5%), następnie 65-75 lata – 78 osób (26,3%) i wieku 91 lat i więcej – 42 osoby (14,2%). Podział według płci i poszczególnych przedziałów wiekowych przedstawia tabela I.

Tabela I. Podział według płci i przedziałów wiekowych 296 starszych mieszkańców aglomeracji górnośląskiej objętych długoterminową pielęgniarską opieką domową

Table I. Division of 296 elderly patients under the long-term home-based nursing care living in the Upper Silesian Agglomeration according to sex and age

Wiek	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%
65-75	42	21,2	36	36,7
76-90	119	60,1	57	58,2
91 lat i więcej	37	18,7	5	5,1
Razem	198	100	98	100

Jak to uwidoczniło w badanym materiale większość (2/3) stanowiły kobiety i były one starsze niż mężczyźni ($\chi^2 = 14,6$, $df = 2$, $p = 0,001$). Osoby te zostały przebadane metodą sondażu diagnostycznego pod kątem przyczyny niesamodzielności, aktualnej sprawności funkcjonalnej (skale: ADL według Katza i Barthel), odczuwania bólu (Numeryczna Skala Bólu-NRS), stopnia depresji (Geriatryczna Skala Depresji, 4 pytania – GDS-4), oraz osób sprawujących opiekę. Zmienne liczbowe o rozkładach normalnych opisano za pomocą średniej (\bar{x}) i odchylenia standar-

dowego (SD), gdy różniły się od rozkładu normalnego, z użyciem mediany (Me) i kwartyli (Q1, Q3). Istnienie zależności między zmiennymi jakościowymi oceniano za pomocą testów χ^2 , Fiszera i stosunku prawdopodobieństwa. Porównanie wartości średnich zmiennych o rozkładach różnych od normalnego wykonano, między dwoma grupami, testem U-Manna-Whitneya dla zmiennych interwałowych oraz Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennych porządkowych, a w przypadku większej liczby grup – testem Kruskala-Wallisa. Oczekiwane korelacje w przypadku zmiennych niespełniających kryteriów rozkładu normalnego badano z użyciem współczynnika Rho Spermmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Przyczyny objęcia opieką długoterminową.

Głównymi przyczynami objęcia opieką długoterminową były: udar mózgu – 35,2%, otępienie – 33,5% oraz inne schorzenia – 31,3%, m. in.: zawał mięśnia sercowego, stan po złamaniu szyjki kości udowej, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona.

Sprawność funkcjonalna (skala ADL).

Sprawność funkcjonalna z użyciem skali ADL przedstawiała się następująco: 0 punktów uzyskało 40,5% ankietowanych, 1 – 31,1%, 2 – 9,8%, 3 – 7,4%, 4 – 5,1%, 5 – 4,4%, 6 punktów – 1,7%. Me = 1, Q1 = 0 i Q3 = 2. Ciężkie upośledzenie czynnościowe (0-2 pkt) stwierdzono u ponad 80% a średniego stopnia (3-4 pkt) u około 10% (tabela II).

Jak widać, około 9 na 10 kobiet i 8 na 10 mężczyzn w przedziale wiekowym 65-75 lat było w stanie wykonać maksymalnie dwie proste czynności. Mimo, iż mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki niż kobiety ($U = 8269$, $z = 2,122$, $p = 0,034$) to sprawność funkcjonalna była u nich znamienne większa tylko w przedziale 76-90 lat (tabela III).

Skala Barthel

Kryterium objęcia opieką długoterminową był wynik nieprzekraczający 40 punktów. Osoby o małym stopniu sprawności uzyskują mniej niż 20 pkt. W badanej grupie uzyskano: Me = 10 (Q1 = 3, Q3 = 25). Zero punktów uzyskało 21,3%, 5-35 pkt – 74,7% a 40 punktów 4% badanych. Odsetek kobiet i mężczyzn, którzy uzyskali wynik mniejszy od 20 pkt wyniósł odpowiednio 81% i 67,9% ($p = 0,0116$). W poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawiał się następująco: w grupie 65-75 lat – 81% kobiet i 72,2% mężczyzn,

Tabela II. Sprawność funkcjonalna (Skala ADL) 296 osób objętych długoterminową pielęgniarstwą opieką domową w podziale na płeć i przedziały wiekowe

Table II. Functional efficiency (ADL scale) of 296 elderly patients under the long-term home-based nursing care according to sex and age

Skala ADL N		6-5 pkt		4-3 pkt		2-0 pkt	
		%	N	%	N	%	N
Kobiety	65-75	2	4,8	3	7,1	37	88,1
	76-90	9	7,6	14	11,8	96	80,7
	91 i powyżej	2	5,4	5	13,5	30	81,1
Mężczyźni	65-75	1	2,8	7	19,4	28	77,8
	76-90	4	7,0	7	12,3	46	80,7
	91 i więcej	0	0	1	20,0	4	80,0

Tabela III. Sprawność funkcjonalna (Skala ADL) – Mediana i kwartyle – 198 kobiet (K) i 98 mężczyzn (M) objętych długoterminową pielęgniarstwą opieką domową w poszczególnych przedziałach wiekowych

Table III. Functional efficiency (ADL scale) – median and quartils – 198 women (F) and 98 men (M) under the long-term home-based nursing care living according to age categories

Wiek	Ogółem	K	M	K vs. M
65-75lat (A)	ME = 1, Q1 = 0, Q3 = 2	ME = 1, Q1 = 0, Q3 = 1	ME = 1, Q1 = 0, Q3 = 2	U = 657, z = 1,021, p = 0,307 NS
76-90 lat (B)	ME = 1, Q1 = 0, Q3 = 2	ME = 1, Q1 = 0, Q3 = 2	ME = 1, Q1 = 0, Q3 = 2	U = 2769, z = 2,017, p = 0,044
91 lat i więcej (C)	ME = 0, Q1 = 0, Q3 = 2	ME = 0, Q1 = 0, Q3 = 2	ME = 0, Q1 = 0, Q3 = 1,5	U = 69,5, z = 0,936, p = 0,349 NS
A-B-C	H = 2,142, df = 2, p = 0,343 NS	H = 0,357, df = 2, p = 0,837 NS	H = 3,045, df = 2, p = 0,218 NS	

NS niewystępowanie znamienności statystycznej.

Tabela IV. Sprawność funkcjonalna (Skala Barthel) – Mediana i kwartyle – 198 kobiet (K) i 98 mężczyzn (M) objętych długoterminową pielęgniarstwą opieką domową w poszczególnych przedziałach wiekowych

Table IV. Functional efficiency (Barthel scale) – median and quartils – 198 women (F) and 98 men (M) under the long-term home-based nursing care living according to age categories

Wiek	Ogółem	K	M	K vs. M
65-75lat (A)	ME = 10, Q1 = 5, Q3 = 20	ME = 10, Q1 = 5, Q3 = 20	ME = 15, Q1 = 5, Q3 = 25	U = 663,5, z = 0,933, p = 0,351
76-90 lat (B)	ME = 15, Q1 = 5, Q3 = 25	ME = 10, Q1 = 0, Q3 = 25	ME = 15, Q1 = 10, Q3 = 25	U = 2826, z = 1,798, p = 0,072
91lat i więcej (C)	ME = 7,5, Q1 = 0, Q3 = 15	ME = 10, Q1 = 0, Q3 = 17,5	ME = 0, Q1 = 0, Q3 = 10	U = 54, z = 1,512, p = 0,131
A-B	NS	NS	U = 949, z = 0,61, p = 0,542*	
A-C	NS	NS	U = 35,5, z = 2,187, p = 0,087*	
B-C	NS	NS	U = 50, z = 2,407, p = 0,048*	
A-B-C	H = 4,387, df = 2, p = 0,112	H = 0,825, df = 2, p = 0,662	H = 6,106, df = 2, p = 0,047	

NS – niewystępowanie znamienności statystycznej. *Porównania parami z poprawką Bonferroniego

w przedziale 76-90 lat – odpowiednio 72,3% i 71,9%, a w najstarszej 91 lat i więcej – 78,34% kobiet i 90% mężczyzn. Tylko w przedziale 76-90 lat obserwowano, na pograniczu znamienności statystycznej ($p = 0,072$ -trend), wyższe wyniki skali Barthel u mężczyzn, niż u kobiet (Tabela IV). Analiza wyników tej skali w aspekcie indywidualnych zdolności (umiejętności)

pozwoiliła na kolejne spostrzeżenia. I tak 93,9% ankietowanych uzyskało 0 punktów w aspekcie poruszania się po powierzchniach płaskich, po schodach nie było w stanie poruszać się 96,3% badanych, 63,2% nie kontrolowało oddawania stolca, a 70% moczu. Ponad 81% respondentów nie było w stanie samodzielnie się ubrać, prawie wszystkie osoby (98,7%) kąpane były przez

opiekunów lub pielęgniarki. Ankietowane osoby najlepiej radziły sobie ze spożywaniem posiłków, ale i tak tylko około 2/3 (70,3%) spożywała je samodzielnie. Kobiety od mężczyzn różnił mniejszy odsetek kontrolujących oddawanie stolca – odpowiednio 32,8% vs. 44,9% ($\chi^2 = 4,1$, $df = 1$, $p = 0,043$) oraz mniejsza sprawność w korzystaniu ze schodów „wchodzenie i schodzenie po schodach” ($p = 0,047$).

W odróżnieniu od kobiet u mężczyzn zaobserwowano w miarę zwiększającego się wieku, niższe wyniki skali Barthel, co obrazuje tabela IV.

Numeryczna skala bólu (NRS)

Wyniki NRS całej grupy były następujące: $Me = 5$, $Q1 = 1$, $Q3 = 5$. Wartość 0 zaznaczyło 21,6% ankietowanych. Ból w przedziale 1-5 pkt określiło 65,5% a pozostali w przedziale 6-9. Nikt nie zaznaczył 10. Dolegliwości w przedziale 0-5 pkt w grupie wiekowej 65-75 lat zaznaczyło po 50% kobiet i mężczyzn, w przedziale 76-90 lat 68% i 32%, a w grupie 91 lat i więcej 87,2% kobiet i 12,8% mężczyzn. Jak widać dolegliwości bólowe częściej zgłaszają kobiety, a ich odsetek zwiększa się z wiekiem. Stwierdzono występowanie dodatniej korelacji pomiędzy odczuciem bólu i sprawnością wg skali Barthel ($R = 0,11$, $p = 0,005$).

Skala depresji (GDS4).

Wykonanie tego badania było możliwe tylko u 196 osób. U co trzeciej z nich (36,7%) występowały objawy depresji. Średnie wyniki były następujące: $x = 2,0$, $SD = 1,3$, u kobiet ($n = 121$) $x = 2,0$, $SD = 1,3$ i mężczyzn ($n = 75$) $x = 1,9$, $SD = 1,4$. Objawy depresji w poszczególnych grupach wiekowych występowały u 50% ankietowanych z przedziału 65-75 lat, u 34,4% w grupie 76-90 lat i w najstarszej – 91 lat i więcej – u 20% ankietowanych. Obserwowano znamienne zmniejszenie odsetka osób z depresją w miarę starzenia w badanej grupie kobiet i mężczyzn łącznie ($\chi^2 = 7,2$, $df = 2$, $p = 0,027$) i tylko kobiet ($\chi^2 = 7,28$, $df = 2$, $p = 0,026$).

Omówienie

Jak to wspomniano we wstępie w Polsce długoterminowa opieka pielęgniarska jest dyscypliną młodą. Załedwie od 2004 roku rozpoczęto kontraktowanie świadczeń przeznaczonych dla przewlekle i obłożnie chorych w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji. Biorąc pod uwagę mnogość przyczyn, które mogą doprowadzić do niepełnosprawności, jak również inne czynniki zewnętrzne, o których już była mowa,

określenie typowej populacji odbiorców tego rodzaju opieki jest jak najbardziej uzasadnione. Przebadano 198 kobiet i 98 mężczyzn, mieszkańców aglomeracji górnośląskiej objętych świadczeniem. Takich proporcji w polskich warunkach można było oczekiwać. Jest to związane z mimo wszystko krótszym przeżyciem mężczyzn spowodowanym nadumieralnością w okresie piątej i szóstej dekady [1]. Praktyka kliniczna potwierdzona licznymi publikacjami wskazuje, że określenie sprawności funkcjonalnej osoby starszej ma nieocenione znaczenie w kompleksowej ocenie geriatrycznej oraz przewidywaniu zakresu opieki [7,8]. Jak to wynika z badań dominującymi przyczynami niesprawności chorych korzystających z tej formy opieki były w porównywalnej ilości: udary mózgu (stany nagłe) oraz zespół otępienny (choroba przewlekła). Roczna zapadalność na udar mózgu w Polsce wynosi ok. 126 na 100 tys. osób. Liczba ta wzrasta wraz ze starzeniem się społeczeństwa [9]. W badaniu PolSenior na 5666 badanych udar mózgu przeżyło 439 osób (tj. 7,7%) [10]. Postęp w medycynie prowadzi do skuteczniejszego przeciwdziałania stanom nagłym, również do zmniejszenia częstości powikłań poudarowych. Z drugiej strony powszechnie wiadomo, że w miarę wydłużania ludzkiego życia wzrasta liczba ludzi z zespołem otępiennym. Przewiduje się, że w 2030 roku liczba osób z demencją na świecie wzrośnie do 60 mln, a w 2050 do 114 mln [11]. Zróżnicowanie odbiorców omawianego świadczenia z uwzględnieniem przyczyny niesprawności jest uzasadnione. Inna jest bowiem opieka nad osobą niesprawną, która swoje zdolności utraciła w skutek nagłego incydentu np. udaru, a inna kiedy niesprawność powstała wskutek choroby przewlekłej. Dodatkowo należy pamiętać, że osoby w starszym wieku mają często znacznie więcej niż trzy schorzenia, które wymagają leczenia i często systematycznej rehabilitacji [3].

Analiza wyników skali ADL wykazała znaczną niepełnosprawność badanej grupy. Ponad 80% ankietowanych w skali ADL uzyskała wynik w przedziale 0-2, określane jako ciężkie upośledzenie czynnościowe. W grupie podopiecznych pielęgniarki środowiskowej znaczną niesprawnością charakteryzowało się niecałe 20% [12]. W skali Barthel 0 punktów uzyskało 21% ankietowanych, od 5 do 20 punktów ponad 53%. W stacjonarnym zakładzie opieki długoterminowej w Rzeszowie wyniki podopiecznych ukazały większy stopień niesprawności: 0 pkt – 59%, a 5-20 – 31,5% badanych [13]. Z kolei w zakładzie leczniczo – opiekuńczym w Krakowie, spośród osób w wieku $82,5 \pm 7,2$ – 15% uzyskało 0 pkt a 14% – 40 punktów [14]. Były to jednak placówki stacjonarne. Wyniki wskazują na zróżnicowanie populacji ludzi z niesprawnością, potencjalnych odbiorców

domowej opieki długoterminowej. W innych badaniach wśród osób, które były przyjmowane do oddziału opieki długoterminowej i poddane rehabilitacji (średnia wieku 74,8 lat) w badaniu skalą Barthel mediana wynosiła na początku badania 30 (dla kobiet 25 a dla mężczyzn 30) natomiast po 150 dniach hospitalizacji i rehabilitacji wyniki poprawiły się i mediana wynosiła 35 (mężczyźni 40, kobiety 39) [15]. Wskazuje to, iż istotna jest rola procesu aktywnej opieki dla procesu usprawniania. Tezę tę potwierdza występowanie dodatniej korelacji pomiędzy sprawnością, a bólem u naszych pacjentów. Inaczej mówiąc, osoby zrehabilitowane mają mniejsze odczucie bólu, co idzie w parze z większą ich sprawnością. Sprawność naszych podopiecznych była mała, $Me = 10$. Ciężkie upośledzenie czynnościowe stwierdzono u ponad 4/5 respondentów. Analizując uzyskane wyniki skali ADL i Barthel łącznie, jak również w aspekcie indywidualnych zdolności (umiejętności), zwracała uwagę pewna prawidłowość, iż kobiety w starości wczesnej są mniej sprawne od mężczyzn, natomiast mężczyźni z najstarszej grupy wiekowej uzyskiwali niższe wyniki od kobiet. Obserwacja ta jest trudna do wyjaśnienia. Z badań B. Ślusarskiej przeprowadzonych wśród osób powyżej 60 r. ż. w grupach korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej, hospitalizowanych i mieszkających w domu pomocy społecznej wynika, że najmniej punktów w skali Barthel uzyskali mieszkańcy DPS – średnia 45 pkt, następnie osoby hospitalizowane 59 pkt. Najwięcej punktów uzyskały osoby, które korzystały z wiejskiego ośrodka opieki zdrowotnej – 93 pkt w skali Barthel [16]. Powyższe wyniki utwierdzają nas w przekonaniu, że grupy osób niesprawnych są zróżnicowane. Miejsce opieki, sposób postępowania z osobami niesprawnymi może wpływać na proces usprawniania, a obserwowane przez nas prawidłowości mogą mieć przypadkowy charakter. Prawie 80% ankietowanych zgłaszało dolegliwości bólowe. Nie był to jednak zbyt silny ból skoro 2/3 badanych umieściło go w przedziale 1-5 w dziesięciostopniowej skali NRS. Na dolegliwości bólowe skarżyły się przede wszystkim starsze kobiety. Literatura zagadnienia wskazuje na istnienie różnic płciowych w zakresie odczuwanego bólu. Z badań epidemiologicznych wynika, iż kobiety częściej deklarują występowanie zespołów bólowych oraz konsultują te dolegliwości z lekarzem [17]. W miarę wieku odsetek zgłaszających występowanie bólu wzrasta, co znajduje potwierdzenie w świetle naszych obserwacji. Zgodnie z wynikami naszych badań odczucie bólu było odwrotnie proporcjonalne do sprawności fizycznej. Zależności takiej można było oczekiwać. Jak to wyżej wspomniano konieczne jest u niesprawnych osób prowadzenie rehabilitacji, któ-

rej celem jest nie tylko usprawnienie, ale i redukcja bólu. Objawy depresji możliwe do oceny tylko u 2/3 z respondentów, występują średnio u 1/3 z nich, znamienne częściej w najmłodszej grupie. To, że nie można w wszystkich wykonać tego badania wynika ze stanu populacji. Z drugiej strony u 1/3 występują objawy depresji. Wraz z wiekiem objawy ustępują. Wy tłumaczenie jest proste. Młodsze osoby teoretycznie mając większe perspektywy długiego życia w większym odsetku mogą rozwinąć objawy depresji. Poczucie niesprawności sprzyja depresji. Warto nadmienić, że objawy depresji w grupie objętych opieką długoterminową występują u co trzeciej, podczas gdy u odbiorców opieki sprawowanej przez pielęgniarkę środowiskową u co piątej osoby [12]. Różnica ta nie jest jednak tak duża jak pomiędzy odsetkami osób z niesprawnością w obu grupach.

Jak to już wcześniej wspomniano, inna jest opieka nad osobą niesprawną, która swoje zdolności utraciła wskutek nagłego incydentu np. udaru, a inna kiedy niesprawność powstała wskutek choroby przewlekłej. Ocenia się, że ponad 2/3 osób po ostrej fazie wraca do domu pod opiekę bardzo często niepotrafiącym im pomóc współmałżonków i dzieci [9]. W badaniach własnych opiekę nad ankietowanymi najczęściej sprawowali członkowie najbliższej rodziny, w 1/5 współmałżonek, w połowie dzieci, a tylko u około 1/6 opiekę sprawowały osoby obce. Świadczy to dobrze o więzach rodzinnych i pomocy członkowi rodziny, co być może jest typowe dla śląskich rodzin. Tym większa jest tutaj rola wykwalifikowanego, ale i w pełni oddanego swej misji personelu medycznego. Zróżnicowanie populacji starszych podopiecznych pielęgniarki środowiskowej [12] oraz odbiorców długoterminowej domowej opieki pielęgniarskiej jest ważne. Dzięki uświadomieniu różnic pomiędzy potencjalnymi przyszłymi podopiecznymi pielęgniarka może rozważniej pokierować swoim rozwojem zawodowym.

Wnioski

Wyniki badań uzasadniają przedstawienie następujących wniosków:

1. Odbiorcami długoterminowej domowej opieki pielęgniarskiej w aglomeracji górnośląskiej są osoby po 65 roku życia najczęściej po udarach mózgu oraz z zespołem otępiennym.
2. Ciężkiego upośledzenia czynnościowego należy oczekiwać u 4/5 odbiorców opieki, chociaż zróżnicowanego w zależności od płci i przedziału wiekowego.
3. Ból zgłaszany przez 80 procent populacji, częściej przez kobiety, jest w większości przypadków umiar-

- kowany, a jego nasilenie jest odwrotnie proporcjonalne do sprawności fizycznej.
4. Objawy depresji występują u 1/3 badanych, częściej u młodszych w porównaniu z pozostałymi.
 5. Opiekę nad starszymi niesamodzielnymi osobami najczęściej sprawują członkowie najbliższej rodziny w połowie – dzieci, w 1/5 współmałżonek.
 6. Odsetek osób niesamodzielnych oraz stopień niepełnosprawności mogłyby ulec zmniejszeniu gdyby położono większy nacisk na ćwiczenia usprawniające.
 7. Pakiet świadczeń opiekuńczo–pielęgnacyjnych, kształcenie personelu pielęgniarskiego i jego rozwój zawodowy powinny być ukierunkowane na osoby z ciężkim upośledzeniem czynnościowym, z demencją, o obniżonym nastroju i utrudnionym kontakcie.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014. Dostępny na [www.http://stat.gov.pl](http://stat.gov.pl).
2. Augustyn M, Błędowski P, Wyrwicka K i wsp. Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Warszawa: 2010.
3. Hrynkiewicz J (red.). O sytuacji ludzi starszych. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012.
4. Kułagowska E, Kosińska M. Opieka długoterminowa w Polsce. Potrzeby, organizacja, bezpieczeństwo, jakość. Sosnowiec: Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego; 2014.
5. Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Skolmowska E. (red.). Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
6. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2012:336-9.
7. Wizner B, Skalska A, Klich-Rączka A i wsp. Ocena stanu funkcjonalnego osób w starszym wieku. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012. ss. 81-95.
8. Fidecki W, Wysokiński M, Skupiński K i wsp. Elementy całościowej oceny geriatrycznej seniorów w domach pomocy społecznej. Gerontol Pol. 2016;24(1):26-31.
9. Mikołajewska E. Kierunki wsparcia opiekunów pacjentów po przebytych udarze mózgu w opiece domowej. Udar Mózgu. 2011;13(1-2):12-7.
10. Siuda J, Boczarska-Jedynak M, Krzystanek E i wsp. Rozpowszechnienie wybranych chorób neurologicznych w wieku podeszłym. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012. ss. 137-154.
11. Durda M. Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się. Gerontol Pol. 2010;18(2):76-85.
12. Ślusarska B, Nowicki GJ, Bartoszek A, Wittwer S i wsp. Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne osób starszych w wieku 65-75 lat objętych opieką pielęgniarki środowiskowej. Gerontol Pol. 2016;24(1):17-25.
13. Bońkowski K, Klich-Rączka A. Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. Gerontol Pol. 2007;15(3):97-103.
14. Kuźmich I, Brzostek T, Górkiewicz M. Zmiany sprawności ruchowej pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych długoterminową opieką stacjonarną w Polsce. Probl Pielęg. 2014;22(2):154-8.
15. Ostrzyżek A. Ocena jakości życia osób w podeszłym wieku, rehabilitowanych w oddziale opieki długoterminowej. Probl Hig Epidemiol. 2010;91(4):659-66.
16. Ślusarska B, Zarzycka D, Sadurska A. Wydolność samoobsługowa miernikiem stanu Zdrowia pacjentów w wieku podeszłym. Now Lek. 2008;77(3):209-13.
17. Kozak-Szkopek E, Mossakowska M, Ślusarczyk P, Broczek K i wsp. Analiza występowania bólu przewlekłego u osób starszych w Polsce. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012. ss. 295-306.