

Iwona Markiewicz^{1,2}, Marta Cebulak³

¹Wydział Zarządzania Medyczo-Humanistycznego, Wyższa Szkoła Zarządzania, Częstochowa

²Wyższa Szkoła Medyczna, Sosnowiec

³Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna, Jarosław

Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską

Functional ability of patients provided with the nursing long-term domiciliary care

STRESZCZENIE

Wstęp. Domowa długoterminowa opieka pielęgniarska jest jedną z form świadczeń udzielanych w ramach opieki długoterminowej. Tego rodzaju świadczeniami, finansowanymi ze środków publicznych, mogą być objęci pacjenci, którzy w ocenie skali Barthel otrzymali od 0 do 40 punktów i posiadają skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Cel. Celem pracy była ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską.

Material i metody. Badaniem objęto 190 pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej dwóch niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie śląskim. Badania przeprowadzono w okresie od marca do kwietnia 2013 roku. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziami badawczymi były kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji oraz skala Barthel.

Wyniki. Badani pacjenci to osoby w wieku 44–100 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 81,99 lat. Sprawność funkcjonalna osób badanych oceniana w skali Barthel średnio wynosiła 17 punktów. Prawie dwie trzecie badanych – 64,21%, to pacjenci z liczbą punktów w skali Barthel 0–20, wymagający dużego zakresu pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych lub niezdolni do samoopieki. Pozostałe osoby – 35,79%, to pacjenci z liczbą punktów w skali Barthel 21–40, wymagający umiarkowanego zakresu pomocy. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i chorobami układu nerwowego uzyskali najniższą punktację w skali Barthel.

Wnioski.

Średnia wieku badanych pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej to 81,99 lat.

Poziom sprawności funkcjonalnej badanych osób nie był zależny od czynników, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło utrzymania oraz czas objęcia domową opieką długoterminową.

Na poziom sprawności funkcjonalnej badanych miał wpływ rodzaj występującej choroby.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 42–51

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska; opieka długoterminowa; sprawność funkcjonalna

ABSTRACT

Introduction. Nursing long-term domiciliary care is a service provided within long-term care. This service can be delivered to patients, who have been assigned 0–40 points on the Barthel scale and are in receipt of a care referral from any doctor, who has a contract with NHF.

Aim. The aim of the work was to assess the functional ability of the patients provided with the nursing long-term domiciliary care.

Material and methods. 190 patients receiving the nursing long-term domiciliary care from two self-governing health centres in the Slask District were chosen for the study, which was conducted in March and April 2013. In the study the authors applied a diagnostic survey, their own questionnaire and the Barthel scale.

Adres do korespondencji: dr n. med. Iwona Markiewicz, NZOZ I-MED., ul. Kopernika 10/12, 42–200 Częstochowa, tel./faks: 34 322 22 33, e-mail: iwona.markiewicz@interia.pl

Results. The patients were between 44–100 years old. The functional ability was rated average 17 points on the Barthel scale. About 64% of the patients were rated with 0–20 points and were defined as needing assistance in activities of daily living. The remaining group – 35,79% were rated with 25–40 points and needing moderate care. The patients with a severe impairment of mental ability and neurological disorders were rated with the smallest amount of points.

Conclusions.

The average age of the patients provided with the nursing long-term domiciliary care was 81,99.

The level of functional ability does not depend on age, sex, place of abode, education, source of income or the length of domiciliary care.

The kind of disease in a given patient influences the level of functional ability.

Nursing Topics 2013; 21 (4): 42–51

Key words: nursing care; long-term care; functional ability

Wstęp

Zdolność człowieka do samoopieki w głównej mierze zależy od sprawności funkcjonalnej i umysłowej. Sprawność funkcjonalna jest to zdolność do bycia samodzielnym w czynnościach życiowych. Czynności te można podzielić na podstawowe i złożone. Do podstawowych czynności życiowych zalicza się: odżywanie, poruszanie się, kontrolowanie fizjologicznych czynności organizmu oraz utrzymanie higieny osobistej. Z kolei do czynności złożonych należą takie umiejętności, jak: używanie telefonu, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprząkanie, pranie, samodzielne korzystanie ze środków transportu, samodzielne zażywanie leków oraz umiejętność posługiwanie się pieniędzmi [1–3].

Do oceny sprawności funkcjonalnej najczęściej stosowane są następujące skale: skala Katza (ADL, *Activities of Daily Living*) lub skala Barthel, oceniające możliwość zaspokajania podstawowych czynności życiowych oraz skala Lawtona (IADL, *Instrumental Activities of Daily Living*) oceniająca złożone czynności życiowe, których wykonywanie jest konieczne do samodzielnego funkcjonowania [2, 3].

Skala Barthel, nazywana również indeksem Barthel jest narzędziem, które w Polsce ma między innymi zastosowanie w kwalifikowaniu pacjentów do objęcia domową długoterminową opieką pielęgniarską.

Skala Barthel została opublikowana w 1965 roku. Po raz pierwszy została zastosowana w klinice w Rochester do oceny pacjentów z niedowładem połowicznym. Skala ta była wielokrotnie modyfikowana i w różnych wersjach jest używana do chwili obecnej [2, 4–7].

Skala Barthel ocenia dziesięć podstawowych czynności codziennych, takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na wózek i z powrotem, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie/kąpiel całego ciała, poruszanie się po płaskim terenie, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie i rozbieranie się, kontrola oddawania stolca oraz kontrola oddawania moczu. Na podstawie dokonanej oceny można określić zakres wymaganej

przez pacjenta pomocy, koniecznej w zaspokajaniu podstawowych czynności życiowych. Zgodnie z uzyskaną liczbą punktów kwalifikuje się pacjenta do jednej z trzech kategorii opieki, w zależności od stopnia samodzielności:

- kategoria I — dotyczy pacjentów z liczbą punktów 85–100, którzy wymagają małego zakresu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych;
- kategoria II — to pacjenci z liczbą punktów 21–84, wymagający umiarkowanego zakresu pomocy;
- kategoria III — to pacjenci z liczbą punktów 0–20, wymagający dużego zakresu pomocy w realizacji podstawowych czynności życiowych lub niezdolni do samoopieki [7, 8].

W Polsce świadczenia z zakresu pielęgniarskiej domowej opieki długoterminowej są udzielane pacjentom, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali 0–40 punktów i posiadają skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres świadczeń tej formy opieki obejmuje: świadczenia pielęgniarskie, przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością, świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania, edukację zdrowotną pacjenta i jego rodziny, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji pacjenta w domu [8].

Cel

Celem pracy była ocena stopnia sprawności funkcjonalnej pacjentów objętych długoterminową domową opieką pielęgniarską.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 190 pacjentów (148 kobiet i 42 mężczyzn) domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej dwóch niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie śląskim,

w okresie od marca do kwietnia 2013 roku. W badaniu wzięło udział 45 pielęgniarek, które oceniały sprawność funkcjonalną badanych pacjentów. Badania przeprowadzono jako dodatkowe badania poziomu sprawności funkcjonalnej, poza rutynowymi comiesięcznymi badaniami wymaganymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę pacjentów lub w przypadku zaburzeń sprawności umysłowej zgodę rodziny lub opiekunów. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z technikami obserwacji i wywiadu. Podczas badań zastosowano kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji oraz skalę Barthel. W czasie realizacji badań przestrzegano zasad etyki zgodnych z Deklaracją Helsińską [9].

Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej za pomocą programu SPSS 17.0 [10]. W obliczeniach korzystano z testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto 5-procentowy błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności (p) mniejszy od 0,05.

Wyniki

Badani pacjenci to osoby w wieku 44–100 lat. Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 81,99 lata, dla kobiet 83,48 lat, dla mężczyzn 78,76 lat. Wśród badanych pacjentów 148 osób to kobiety, co stanowi 77,89% ogółu badanych, natomiast 42 osoby to mężczyźni, co stanowi 22,11% ogółu badanych.

Ponad połowę badanych (55,26%; 105 osób) stanowili pacjenci w wieku 75–89 lat, prawie jedną czwartą — 24,21% (46 osób) pacjenci w wieku 90 lat i więcej. Kolejną grupą byli pacjenci w wieku 60–74 lata, których było 15,26% (29 osób) ogółu badanych. Najmniej liczną grupę badanych stanowili pacjenci w wieku 41–59 lat, których było jedynie 5,26% (10 pacjentów) ogółu badanych.

Zdecydowana większość badanych to mieszkańcy miasta — 97,89% (186 osób), jedynie 2,11% (4 osoby) to mieszkańcy wsi.

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem podstawowym, których było 44,74% (85 osób) ogółu badanych, kolejną grupę stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym, których było 23,16% (44 osoby) ogółu badanych, następnie pacjenci z wykształceniem średnim, których było 20,53% (39 osób) ogółu badanych, najmniej liczną grupą byli pacjenci z wykształceniem wyższym, których było 8,95% (17 osób) ogółu badanych. Od 2,63% badanych (5 osób) nie uzyskano odpowiedzi.

Dla dwóch trzecich badanych — 66,84% (127 osób) źródłem utrzymania była emerytura, dla 27,37% (52 osoby) renta, natomiast dla 4,74% (9 osób) zasiłek chorobowy, od 1,05% (2 osób) badanych nie uzyskano odpowiedzi.

U ponad połowy badanych — 54,21% (103 osób) codzienną opiekę sprawowały dzieci i/lub wnuki, nad 17,37% (33 osoby) badanych inne osoby, z kolei u 16,32% (31 osób) badanych opiekę pełnił współmałżonek i u takiej samej liczby badanych — 16,32% (31 osób) opiekę sprawowali krewni.

Najliczniejszą grupę — 62,11% (118 osób) stanowili pacjenci, którzy pozostawali pod długoterminową domową opieką pielęgniarską dłużej niż jeden rok, 17,37% (33 osób) badanych to pacjenci objęci tą formą opieki od 31 dni do pół roku, 16,32% (31 osób) badanych to pacjenci, których czas objęcia opieką wynosił powyżej pół roku do roku. Najmniej liczną grupę — 3,16% (6 osób) stanowili badani, których czasookres objęcia opieką długoterminową domową wynosił do 30 dni, u 1,05% (2 osoby) badanych stwierdzono brak danych.

Badana grupa pacjentów była także zróżnicowana pod względem rozpoznania lekarskiego. Grupując główne rozpoznania badanych pacjentów według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD, *International Classification of Diseases and Related Health Problems*), stwierdzono, że najczęstszymi chorobami występującymi wśród badanych pacjentów były choroby układu krążenia, choroby układu nerwowego oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (tab. 1). U części badanych oprócz głównego rozpoznania lekarskiego występowały choroby współistniejące. Liczba chorób występujących u osób badanych wynosiła od 1 do 7, średnio 2,55.

Zdecydowana większość badanych pacjentów — 75,26% (143 osoby) korzystała z zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, w tym 43,36% (62 osób) z tej grupy korzystało z więcej niż jednego środka zaopatrzenia ortopedycznego. Spośród środków ortopedycznych badani pacjenci najczęściej korzystali z wózka inwalidzkiego, balkonika do chodzenia oraz łóżka ortopedycznego. Z kolei 96,32% (183 osoby) badanych korzystało z zaopatrzenia w środki pomocnicze, w tym prawie dwie trzecie (63,39%; 116 osób) korzystało z więcej niż jednego środka pomocniczego. Najczęściej używanymi środkami pomocniczymi były: pieluchomajtki, okulary, materac przeciwoleżynowy. Szczegółowe dane dotyczące korzystania ze środków ortopedycznych i pomocniczych przez badanych pacjentów przedstawiono w tabeli 2.

Osoby objęte domową długoterminową opieką pielęgniarską to osoby, które otrzymały w skali Barthel 0–40 punktów. Średnia liczba punktów u badanych pacjentów w tej sali wynosiła 17. Prawie dwie trzecie badanych — 64,21% (122 osoby) stanowili chorzy, którzy otrzymali w skali Barthel 0–20 punktów i byli niezdolni do samoopieki lub wymagali znacznej pomocy w zaspokajaniu podstawowych czynności życiowych. Nieco ponad jedna trzecia badanych —

Tabela 1. Rozpoznanie główne osób badanych a liczba punktów w skali Barthel**Table 1.** General identification of patients vs. the amount of points on the Barthel's scale

Lp.	Grupa chorób i problemów zdrowotnych według ICD-10	Liczba pacjentów	Średnia liczba punktów w skali Barthel	Minimalna liczba punktów w skali Barthel	Maksymalna liczba punktów w skali Barthel	Odchylenie standardowe
1.	Choroby układu krążenia	87	18,10	0	40	12,99
2.	Choroby układu nerwowego	45	13,56	0	35	11,36
3.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	17	14,12	0	25	7,55
4.	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	14	18,57	0	40	14,06
5.	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	11	10	0	30	9,75
6.	Choroby skóry i tkanki podskórnej	10	26	0	40	11,97
7.	Nowotwory	2	32,50	30	35	3,54
8.	Zaburzenia wydzielania wewnętrzznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	2	35,00	30	40	7,07
9.	Choroby oka i przydatków oka	1	30	30	30	–
10.	Choroby układu moczowo-płciowego	1	10	10	10	–
11.	Ogółem	190	17,00	0	40	12,49
p Kruskala Wallisa				p = 0,01		

35,79% (68 osób) to pacjenci, którzy otrzymali 21–40 punktów w skali Barthel, wymagający umiarkowanego zakresu pomocy w samoopiece.

U 15,79% (30 osób) badanych pacjentów liczba punktów w skali Barthel wynosiła 0 punktów, 12,63% (24 osoby) chorych to osoby, które otrzymały 5 punktów, u 14,21% (27 osób) liczba punktów w skali Barthel wynosiła 10 punktów, 11,05% (21 osób) to pacjenci, którzy otrzymali 15 punktów w skali Barthel, 10,53% (20 osób) badanych to pacjenci z 20 punktami w tej skali. Mniej liczną grupę stanowili pacjenci, którzy otrzymali w skali Barthel 21–40 punktów, i tak: 11,58% (22 osoby) to badani, którzy otrzymali 25 punktów w skali Barthel, 9,47% (18 osób) to pacjenci z 30 punktami, 8,95% (17 osób) to badani z 35 punktami oraz 5,79% (11 osób) to badani z 40 punktami w skali Barthel.

Badani pacjenci według skali Barthel najczęściej byli zależni w myciu, kąpieli całego ciała, w ubieraniu i rozbieraniu się, korzystaniu z toalety, nie panowali nad oddawaniem moczu lub byli cewnikowani oraz nie panowali nad oddawaniem stolca lub występowała u nich konieczność wykonywania lewatywy, nie byli również w stanie wchodzić i schodzić po schodach.

Osoby badane potrzebowały pomocy w zakresie spożywania posiłków na przykład rozdrobnienia posiłku lub wymagali zmodyfikowanej diety. W zakresie poruszania się po powierzchniach płaskich najczęściej nie poruszali się lub poruszali się na odległość mniejszą niż 50 m lub poruszali się na wózku. W zakresie przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadania chorzy najczęściej wymagali pomocy fizycznej jednej lub dwóch osób. W zakresie utrzymania higieny osobistej chorzy najczęściej potrzebowali

Tabela 2. Korzystanie ze środków ortopedycznych i pomocniczych przez badanych pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej

Table 2. The utilization of orthopedic and auxiliary materials by the examined patients provided with the long term domiciliary care

Lp.	Nazwa	Liczba badanych	Odsetek (%)
Środki ortopedyczne			
1.	Wózek inwalidzki	88	46,32
2.	Balkonik do chodzenia	61	32,11
3.	Łóżko ortopedyczne	27	14,21
4.	Laski inwalidzkie	20	10,53
5.	Kule	17	8,95
6.	Protezy kończyn dolnych	2	1,05
7.	Trójnóg	1	0,53
8.	Czwórnoóg	1	0,53
Środki pomocnicze			
9.	Pieluchomajtki	166	87,37
10.	Okulary	79	41,58
11.	Materac przeciwoleżynowy	62	32,63
12.	Aparat słuchowy	10	5,26
13.	Cewnik urologiczny	10	5,26
14.	Pieluchy anatomiczne	9	4,74
15.	Sprzęt stomijny	7	3,68
16.	Proteza piersi	2	1,05
17.	Cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych	1	0,53
18.	Przenośna toaleta	1	0,53
19.	Podnośnik	1	0,53

pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 3.

Z analizy statystycznej zebranego materiału badawczego wynika, że cechy społeczno-demograficzne badanej grupy pacjentów objętych długoterminową domową opieką pielęgniarską, takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło utrzymania, nie wpływały na poziom sprawności funkcjonalnej (tab. 4).

Podobnie dzień objęcia domową długoterminową opieką pielęgniarską nie miał wpływu na poziom sprawności funkcjonalnej badanych pacjentów (tab. 5).

Z kolei na podstawie analizy przeprowadzonej testem Kruskala Wallisa stwierdzono związek istotny statystycznie pomiędzy rodzajem choroby a sprawnością funkcjonalną badanych pacjentów. Najczęściej najmniej punktów w skali Barthel otrzymali pacjenci, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz pacjenci z chorobami

układu nerwowego. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

Dyskusja

Domowa długoterminowa opieka pielęgniarska w Polsce to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu, nie wymagającymi leczenia w warunkach stacjonarnych. Pacjenci pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej opieki realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Ta forma opieki jest znacznie tańsza w porównaniu z zakładami stacjonarnymi opieki długoterminowej [11, 12]. Poza korzyściami finansowymi, opieka domowa ma również pozytywny aspekt psychospołeczny, przekładający się na lepsze samopoczucie pacjentów pozostających w domu oraz wpływ na więzi rodzinne.

Tabela 3. Sprawność funkcjonalna badanych pacjentów opieki długoterminowej domowej według skali Barthel
Table 3. Functional ability of the examined patients provided with the long-term domiciliary care according to the Barthel scale

Lp.	Nazwa czynności	Liczba badanych	Odsetek (%)
1.	Spożywanie posiłków		
	0 = Nie jest w stanie samodzielnie jeść	43	22,63
	5 = Potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety	146	76,84
	10 = Samodzielny, niezależny	1	0,53
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie		
	0 = Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu	55	28,95
	5 = Większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)	121	63,68
	10 = Mniejsza pomoc słowna lub fizyczna	14	7,37
	15 = Samodzielny	0	0,00
3.	Utrzymanie higieny osobistej		
	0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych	150	78,95
	5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	40	21,05
4.	Korzystanie z toalety		
	0 = Zależny	136	71,58
	5 = Potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam	53	27,89
	10 = Niezależny w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby, podcieraniu się	1	0,53
5.	Mycie, kąpiel całego ciała		
	0 = Zależny	190	100,00
	5 = Niezależny lub pod prysznicem	0	0,00
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich		
	0 = Nie porusza się lub < 50 m, zależny na wózku	158	83,16
	5 = Niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m	15	7,89
	10 = Spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m	16	8,42
	15 = Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	1	0,53
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach		
	0 = Nie jest w stanie	183	96,32
	5 = Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenia	7	3,68
	10 = Samodzielny	0	0,00
8.	Ubieranie się i rozbieranie		
	0 = Zależny	135	71,05
	5 = Potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy	55	28,95
	10 = Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	0	0,00

Tabela 3. C.d.

9. Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu			
0 =	Nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność wykonania lewatywy	109	57,37
5 =	Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca	67	35,26
10 =	Kontroluje oddawanie stolca	14	7,37
10. Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego			
0 =	Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny	144	75,79
5 =	Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu	45	23,68
10 =	Kontroluje oddawanie moczu	1	0,53

Zadania realizowane w opiece długoterminowej, w tym w opiece domowej są przewidziane dla wszystkich grup wiekowych [13]. Jednak najczęściej pacjentami opieki długoterminowej są osoby w wieku podeszłym [14], co potwierdziły również badania własne.

Zapotrzebowanie pacjentów na domową opiekę długoterminową określa się na podstawie potrzeb pacjentów, a nie kryterium czasu. Narzędziem oceniającym potrzeby pacjentów w zakresie czynności życia codziennego jest skala Barthel [8, 11].

Z badań własnych wynika, że sprawność funkcjonalna osób badanych objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową oceniana w skali Barthel średnio wynosiła 17 punktów. U kobiet średnia punktów wynosiła 16,69, natomiast u mężczyzn niewiele więcej bo 18,10 punktu ($p > 0,05$). Prawie dwie trzecie badanych — 64,21% (122 osób) to pacjenci z liczbą punktów w skali Barthel 0–20 punktów z brakiem zdolności do samoopieki lub wymagający dużego zakresu pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Pozostałe osoby — 35,79%, to pacjenci z liczbą punktów w skali Barthel od 21 do 40 wymagający umiarkowanego zakresu pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

Autorzy badań przedstawionych w niniejszym artykule nie znaleźli badań innych autorów, które odnosiłyby się do oceny sprawności funkcjonalnej pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarstwą. Badania, do których udało się dotrzeć autorom artykułu odnosiły się do badanych w podeszłym wieku przebywających w placówkach stacjonarnych, pacjentów korzystających z opieki ambulatoryjnej oraz starszych mieszkańców wsi.

W badaniach przeprowadzonych przez Fideckiego i wsp. w grupie 130 pacjentów w podeszłym wieku przebywających w zakładach opieki długoterminowej we wschodniej części Polski średnia liczba punktów

w skali Barthel wynosiła 31,11. U kobiet stwierdzono mniejszą liczbę punktów — średnio 25,94 i związaną z tym większą niesprawność funkcjonalną, a u mężczyzn średnio 39,11 punktu. W badanej grupie najwięcej osób zakwalifikowano do II kategorii sprawności (51,53%) wymagających umiarkowanego zakresu pomocy, w kategorii III było 44,61% pacjentów, a najmniej osób było samodzielnych — tylko 3,86%. Na podstawie analizy statystycznej stwierdzono zależność między płcią badanych, wiekiem, rodzajem zakładu opieki długoterminowej, w którym przebywali a stopniem ich sprawności. Natomiast stan cywilny oraz miejsce zamieszkania nie wpływały istotnie statystycznie na stopień sprawności funkcjonalnej badanych. Kobiety miały obniżoną sprawność w porównaniu z mężczyznami i wykazywały większe zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwą. Zdecydowanie niższą ocenę według skali Barthel uzyskały osoby owdowiałe i po rozwodzie. Potrzebowały one znacznej lub całkowitej pomocy w zakresie podstawowych czynności, a przez to wykazywały duże zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwą [15].

Muszalik i wsp., prowadząc badania nad wpływem czynników socjodemograficznych na sprawność funkcjonalną oraz jakość życia pacjentów w starszym wieku, hospitalizowanych w Klinice Geriatrii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, stwierdzili, że poziom funkcjonowania badanych osób oraz ich jakość życia nie były zależne od czynników socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna oraz wykształcenie. Według cytowanych autorów na poziom funkcjonowania osób badanych miały wpływ czynniki medyczne i zdrowotne, czyli: ryzyko narażenia na odleżyny, występowanie odleżyn, samoocena stanu zdrowia, wskaźnik masy ciała, rodzaj schorzenia, wskaźnik ADL i IADL [16].

Z badań własnych wynikają podobne wnioski jak wyżej wymienionych autorów dotyczące braku

Tabela 4. Cechy społeczno-demograficzne badanej grupy pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej a liczba punktów w skali Barthel**Table 4.** Social-demographic features of the examined patients provided with the long-term domiciliary care vs. the amount of points on the Barthel's scale

Cecha	Liczba pacjentów	Średnia liczba punktów w skali Barthel	Minimalna liczba punktów w skali Barthel	Maksymalna liczba punktów w skali Barthel	Odchylenie standardowe
1. Płeć					
Kobieta	148	16,69	0	40	12,60
Mężczyzna	42	18,10	0	40	12,20
Ogółem	190	17,00	0	40	12,49
p Kruskala Wallisa	p > 0,05				
2. Wiek					
41–59 lat	10	16,00	0	30	9,37
60–74 lat	29	22,24	0	40	11,85
75–89 lat	105	16,67	0	40	12,72
≥ 90 lat	46	14,67	0	40	12,36
Ogółem	190	17,00	0	40	12,49
p Kruskala Wallisa	p > 0,05				
3. Miejsce zamieszkania					
Miasto	186	16,96	0	40	12,51
Wieś	4	18,75	5	30	13,15
Ogółem	190	17,00	0	40	12,49
p Kruskala Wallisa	p > 0,05				
4. Wykształcenie					
Podstawowe	85	14,71	0	40	12,04
Zawodowe	44	18,98	0	40	12,60
Średnie	39	18,72	0	40	13,70
Wyższe	17	19,41	0	40	11,44
Brak odpowiedzi	5	–	–	–	–
Ogółem	190	17,00	0	40	12,57
p Kruskala Wallisa	p > 0,05				
5. Źródło utrzymania					
Zasiłek chorobowy	9	11,67	0	30	10,90
Renta	52	16,25	0	40	11,28
Emerytura	127	17,95	0	40	11,28
Brak odpowiedzi	2	–	–	–	–
Ogółem	190	17,18	0	40	12,43
p Kruskala Wallisa	p > 0,05				

wpływu na stan funkcjonalny pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską takich czynników, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania,

wykształcenie, źródło utrzymania, czasookres objęcia opieką domową (p > 0,05). W badaniach własnych stwierdzono wpływ rodzaju schorzenia występującego

Tabela 5. Dzień objęcia domową długoterminową opieką pielęgniarską a liczba punktów w skali Barthel
Table 5. Time of starting the long-term domiciliary care vs. the amount of points on the Barthel's scale

Lp.	Dzień objęcia opieką	Liczba pacjentów	Średnia liczba punktów w skali Barthel	Minimalna liczba punktów w skali Barthel	Maksymalna liczba punktów w skali Barthel	Odchylenie standardowe
1.	Do 30 dni	6	24,17	15	40	8,61
2.	Od 31 dni do pół roku	33	16,97	0	40	12,50
3.	Powyżej pół roku do 1 roku	31	15,65	0	40	11,46
4.	Powyżej 1 roku	118	17,08	0	40	12,96
5.	Brak odpowiedzi	2	–	–	–	–
6.	Ogółem	190	17,05	0	40	12,53

p Kruskala Wallisa p > 0,05

u pacjentów na poziom sprawności funkcjonalnej ($p = 0,01$).

Lewko i wsp. przeprowadzili badania wśród 100 osób powyżej 65. roku życia, którzy byli pacjentami przychodni rejonowej w Białymstoku. Celem badań było określenie zapotrzebowania na profesjonalną opiekę pielęgniarską w środowisku domowym oraz określenie współczynnika niepełnosprawności u tych pacjentów. Spośród ogółu badanych 37% uzyskało od 0 do 40 punktów w skali Barthel i ci pacjenci kwalifikowali się do objęcia domową długoterminową opieką pielęgniarską. Badacze podkreślają, że liczba osób kwalifikujących się do domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej wzrasta wraz z wiekiem. Pacjentami domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej są osoby z ograniczoną sprawnością psychofizyczną, najczęściej osoby w podeszłym wieku [14]. Stwierdzenia cytowanych autorów potwierdzają badania własne, w których zdecydowaną większość badanych (79,47%) stanowili pacjenci w wieku 75 lat i więcej. Najmniej liczną grupą (5,26%) byli pacjenci w wieku 41–59 lat.

Lewko i wsp. podkreślają, że samo rozpoznanie jednostki chorobowej nie określa stanu psychoruchowego chorego i jego zapotrzebowania na profesjonalną opiekę. Podstawą objęcia pacjenta domową długoterminową opieką pielęgniarską jest ocena jego zdolności do samoopieki [8, 14].

Dziechciaż i wsp., prowadząc badania dotyczące oceny zapotrzebowania na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi województwa podkarpackiego, u 41,6% badanych stwierdzili za-

potrzebowanie na ten rodzaj opieki. Zaledwie 30,3% badanych w wieku 60–92 lat było w pełni sprawnych według skali Barthel. Na podstawie analizy statystycznej autorzy stwierdzili, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową zwiększało się wraz z wiekiem, osoby potrzebujące tej formy opieki częściej były osobami samotnymi, miały nieprawidłowy wzrok i słuch oraz gorszą sprawność umysłową [17].

Z danych szacunkowych wynika, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w Polsce wzrosło z 2,2 mln w 2002 roku do niemal 4 mln za blisko 25 lat [18].

Jak podkreśla Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie pielęgniarstwo na świecie staje przed ogromnym wyzwaniem znaczącego wzrostu niepełnosprawności i zgonów spowodowanych chorobami o charakterze przewlekłym, zwłaszcza osób w starszym wieku i/lub słabych fizycznie, których dotyczy wielochorobowość [11, 19].

Zdaniem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego „dla pielęgniarek ważne jest nie tylko zrozumienie rozmiaru problemu, ale świadomość wyzwań jakie stoją przed pielęgniarstwem w przyszłości. By zapobiec narastającemu zjawisku zapotrzebowania na opiekę profesjonalną, konieczne jest podjęcie zdecydowanych działań, przede wszystkim z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Działania te pomogą zapobiec wystąpieniu wielu chorób przewlekłych. Natomiast w przypadku zaistnienia problemu zdrowotnego o przewlekłym charakterze, konieczne jest zapewnienie właściwej opieki i zarządzanie nią wobec tych, którzy jej potrzebują” [19].

Pielęgniarki coraz częściej, jako samodzielni świadczeniodawcy podejmują działania z zakresu

świadczenia opieki długoterminowej, szczególnie w środowisku pacjenta. Dzięki posiadanej wiedzy i umiejętnościom stają się liderkami opieki długoterminowej [11, 19].

Wnioski

Średnia wieku badanych pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej to 81,99 lat.

Poziom sprawności funkcjonalnej badanych osób nie był zależny od czynników, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło utrzymania oraz czas objęcia opieką domową długoterminową.

Na poziom sprawności funkcjonalnej badanych miał wpływ rodzaj choroby. Najczęściej pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i chorobami układu nerwowego uzyskali najniższą punktację w skali Barthel.

Piśmiennictwo

1. Borowicz A.M. Testy służące do oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych. W: Kostka T., Borowicz A. (red.). Fizjoterapia w geriatrici. Wyd. PZWL, Warszawa 2011: 45–49.
2. Karabanowicz A., Panas A., Ślusarz R., Beuth W., Grzelak L., Szrajda J. Ocena sprawności funkcjonalnej w chorobach układu nerwowego. *Ann. UMCS Sect. D* 2005; 60 (supl. 16) 190: 352–354.
3. Płaszewska-Żywko L., Brzuzan P., Malinowska-Lipień I., Gabryś T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89: 62–66.
4. Opara J. Klinimetria w parkinsonizmie. *Neur. Neurochir. Pol.* 1998; 32 (6): 1497–1511.
5. Opara J. Klinimetryczna ocena stanu chorego po udarze mózgu. *Udar Mózgu* 1999; 1: 39–43.
6. Broła W., Czernicki J., Węgrzyn W. Ocena porównawcza wskaźnika Barthel przez lekarza i fizjoterapeutę u pacjentów po udarze mózgu. *Postępy Rehabilitacji* 1997; 3: 29–36.
7. Ślusarska B., Zarzycka D. Podstawy działań opiekuńczych pielęgniarki. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Tom II. Wyd. Czelej, Lublin 2008: 35–52.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2013, poz. 1480).
9. Poznańska S.: Przewodnik etyczny w pielęgniarstwie. Wyd. OVO, Warszawa 1998.
10. Malarska A. Statystyczna analiza danych wspomaganą programem SPSS. Wyd. SPSS, Kraków 2005.
11. Kilańska D. Pielęgniarki liderkami opieki długoterminowej. *Probl. Piel.* 2010;18 (1): 72–78.
12. Murkowski M., Koronkiewicz A., Chlipalski A. Szpital opieki długoterminowej — organizacja, projektowanie, wyposażenie. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Zakład Szpitalnictwa. Warszawa–Kraków 1993.
13. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Opieka Długoterminowa i Opieka Paliatywno-Hospicyjna. W: Krajowy program „Zabezpieczenie społeczne i interwencja społeczna na lata 2006–2008”. Warszawa 2006.
14. Lewko J., Szymańska L., Sierakowska M., Nowodworska B., Krajewska-Kułak E. Współczynnik niepełnosprawności wśród osób starszych a zapotrzebowanie na domową opiekę pielęgniarską. *Probl. Piel.* 2006; 3–4: 111–114.
15. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R. Niepełnosprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej. *Probl. Piel.* 2011; 19 (1): 1–4.
16. Muszaliński M., Ćwikła A., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. Ocena wpływu czynników socjodemograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 1–2: 30–31.
17. Dziechciaż M., Guty E., Wojtowicz A., Schabowski J. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Now. Lek.* 2012; 81 (1): 26–30.
18. Bień B., Doroszkiewicz H. Opieka długoterminowa w geriatrici: dom czy zakład opieki? *Przew. Lek.* 2006; 10: 48–57.
19. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Informacja prasowa w sprawie obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w dniu 12 maja 2012 r. <http://www.szpital.com.pl/ptp/2010/20100414.pdf>; data pobrania: 04.07.20