

Kornelia Kędziora-Kornatowska¹, Kamilla Mitura²

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku, Wydział Nauk o Zdrowiu

² Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

ANALIZA SPRAWNOŚCI PACJENTÓW WEDŁUG SKALI BARTHEL NA PRZYKŁADZIE OSÓB STARSZYCH W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM

Analysis of the fitness of patients up according to the Barthel scale on the example seniors of nursing home residents

Streszczenie

Wstęp

Podstawą zakwalifikowania chorego do opieki długoterminowej jest ocena według zmodyfikowanej skali Barthel, która określa sprawność pacjenta, a co za tym idzie jego zapotrzebowanie na opiekę.

Cel

Celem przeprowadzonego badania była analiza sprawności seniorów przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Material i metody

Badaniem objęto 94 pacjentów. Średnia wieku seniorów wynosiła 78 lat, a wiek maksymalny-98 lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i metodę szacowania, technikę ankietową z wykorzystaniem skali Barthel.

Wyniki

U pacjentów objętych opieką długoterminową 86% badanych zostało zakwalifikowanych jako „chory w stanie bardzo ciężkim” uzyskując od 0 do 20 pkt. w skali Barthel.

Wnioski

Pacjentów opieki długoterminowej charakteryzuje deficyt samoopieki i samopielęgnacji oraz złożoność problemów pielęgnacyjnych.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, pacjent, Skala Barthel.

Summary

Introduction

For the long-term care an evaluation is a base of categorising the sick person according to the modified Barthel scale which determines the fitness of the patient, and consequently his demand for the care.

The aim

Evaluation of the fitness of seniors of nursing home residents was an aim of the conducted examination.

Material and methods

94 patients were provided with the examination. The average of the age of seniors amounted to 78 years, but the maks. 98 age of years. A method of the diagnostic survey and a method of estimating were applied, survey technique with exploiting the Barthel Scale.

Results

At patients provided with the long-term care of the 86% examined stayed categorised as the sick person in the very heavy state getting from 0 to 20 in the Barthel scale.

Conclusions

A deficit of the self-care and a complexity of nursing problems are characteristic of patients of the long-term care.

Key words: long-term care, patient, Barthel scale

Wstęp

Osoby, które korzystają z opieki długoterminowej, to pacjenci, u których proces diagnozowania i leczenia w warunkach szpitalnych został zakończony, jednakże wymagają oni dalszej profesjonalnej i systematycznej opieki pielęgniarstwa w warunkach

stacjonarnych lub w środowisku domowym. Podstawą zakwalifikowania chorego do opieki długoterminowej jest ocena według zmodyfikowanej skali Barthel, która określa sprawność pacjenta, a co za tym idzie jego zapotrzebowanie na opiekę. Skala ta składa się z dziesięciu czynności dnia codziennego takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach oraz ubieranie i rozbieranie. Ocenia się zdolność chorego do samodzielnego wykonania powyższych czynności, a co za tym idzie deficyt w zakresie samoopieki i samopielegnacji. Pacjent oceniony za pomocą skali Barthel może otrzymać od 0 do 100 punktów. Do objęcia opieką długoterminową zarówno stacjonarną jak i domową kwalifikuje się świadczeniobiorca, który uzyska od 0 do 40 punktów, co oznacza, że pacjent potrzebuje stałej pomocy. Wyjątek stanowi chory, u którego podstawowym wskazaniem jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie w takim przypadku nie może być on objęty opieką długoterminową. [Dziennik Ustaw 2013; Strugała i Talarska 2013; Ciechaniewicz i wsp., 2012] Istnieją trzy przedziały punktowe w powyższej skali: uzyskanie od 0 do 20 punktów oznacza całkowitą niesamodzielną chorego, od 20 do 80 oznacza, że pacjent potrzebuje pomocy w jakimś stopniu, a od 80 do 100, że przy niewielkiej pomocy może on funkcjonować samodzielnie. Oceny skalą Barthel dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wraz z pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego przed objęciem pacjenta opieką długoterminową, a po umieszczeniu w placówce pielęgniarka zakładu w dniu przyjęcia i wypisu, a także, gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy ulegnie zmianie w trakcie pobytu. Decyzję o przyjęciu pacjenta do zakładu opiekuńczego podejmuje kierownik placówki we współpracy z lekarzem zakładu. Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej oceny świadczeniobiorcy za pomocą skali Barthel dokonuje na koniec każdego miesiąca. Przeciwskazaniem do objęcia tą formą opieki chorego jest ostra faza choroby psychicznej. Przekrój pacjentów objętych opieką długoterminową jest bardzo zróżnicowany. Pacjent opieki długoterminowej to pacjent niepełnosprawny. Niepełnosprawność ogranicza chorego w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, co doprowadza do uzależnienia od innych i pociąga za sobą konsekwencje zdrowotne. [Cebulak, Markiewicz i Guty, 2014; Iwański, 2015]

Cel

Celem przeprowadzonego badania była analiza sprawności seniorów przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Material i metody

Badaniem objęto w 2017 r., po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, 94 pacjentów zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego Średnia wieku seniorów wynosiła 78 lat, a wiek maksymalny-98 lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i metodę szacowania, technikę ankietową z wykorzystaniem skali Barthel. Skala Barthel pozwala ocenić sprawność chorego. Wskazuje jakie czynności pacjent może wykonać samodzielnie, jakie z pomocą, a przy jakich uzależniony jest całkowicie od innych osób. Wg skali Barthel maksymalnie pacjent może otrzymać 100 pkt, a min. 0 pkt. Według skali Barthel pacjentów można podzielić na trzy grupy w zależności od ich stanu psychoruchowego:

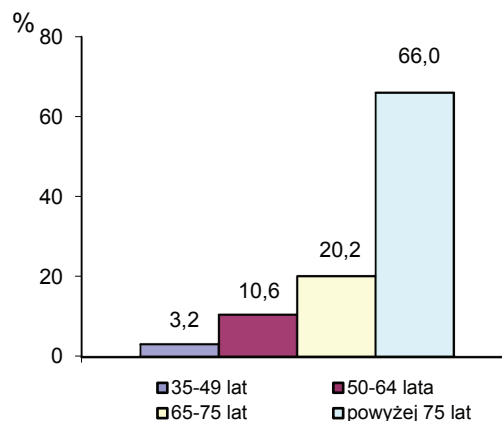
- I grupa – pacjent lekki – 86 – 100 pkt.,
- II grupa – pacjent średnio ciężki – 21 – 85 pkt.,
- III grupa – pacjent bardzo ciężki – 0 – 20 pkt.

Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R Spearmana.

W badanej grupie dominowały kobiety – 72 osoby (76,6%).

Najliczniejszą grupę stanowili badani z wykształceniem zawodowym – 36 osób (38,3%) oraz wykształceniem podstawowym – 32 osoby (34,0%), następnie z wykształceniem średnim 22 osoby (23,4%), a najmniej liczną z wykształceniem wyższym – 4 osoby (4,3%). Do celów dalszej analizy badani z wykształceniem wyższym ze względu na liczebność zostali połączeni z grupą wykształcenia średniego.

Wśród badanych dominowały osoby w wieku powyżej 75 lat - 62 osoby (66,0%). Najsłabiej reprezentowana była grupa wiekowa 35-49 lat – 3 osoby (3,2%). Do celów dalszej analizy badani tej grupy ze względu na liczebność, zostali połączeni z grupą wiekową 50-64 lata (Ryc. 1).



Ryc. 1 Rozkład grup wiekowych
Fig. 1 Disintegration of age groups

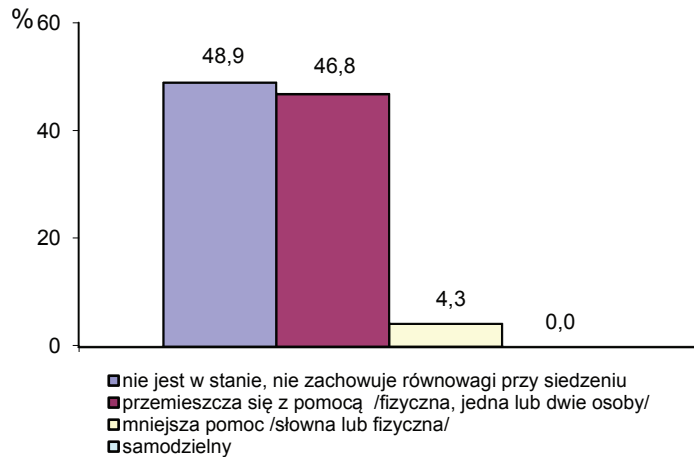
Pacjentów objętych badaniem ankietowym charakteryzuje wielochorobowość.

Wyniki

Ocena według Skali Barthel

Największa liczba badanych była niesamodzielną w spożywaniu posiłków - potrzebowała pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymagała zmodyfikowanej diety – 60 osób (63,8%). Następnie 32 osoby (34%) są samodzielne. Najmniejsza liczba to osoby samodzielne – 2 osoby (2,2%).

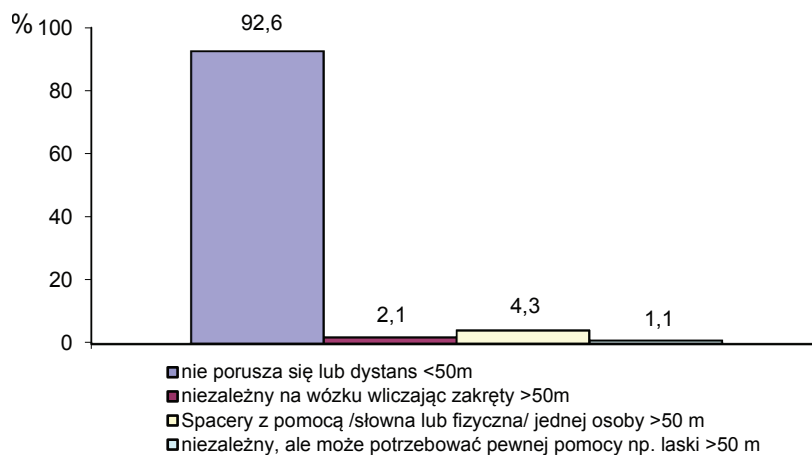
Najwięcej osób nie była samodzielna w przemieszczaniu się, nie zachowywała równowagi przy siadaniu – 46 osób (49,9%). Najmniej badanych wymagało mniejszej pomocy słownej lub fizycznej – 4 osoby (4,3%) (Ryc. 2).



Ryc. 2 Rozkład przemieszczania się z łóżka
Fig. 2 Schedule of the migration off the bed

Przy czynnościach higieny osobistej, większość badanych to osoby potrzebujące pomocy – 83 osoby (88,3%). Najwięcej osób było zależnych w korzystaniu z toalety – 85 osób (90,4%). Pozostali potrzebowali częściowo pomocy – 9 osób (9,6%). Wszyscy badani, to osoby zależne w kwestii mycia, kąpieli całego ciała – 94 osoby (100,0%).

Największa grupa osób była zależna w poruszaniu się, nie poruszała się <50 m lub zależna na wózku – 87 osób (92,6%). Najmniej badanych, to osoby niezależne, ale mogące potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m – 1 osoba (1,1%) (Ryc. 3).



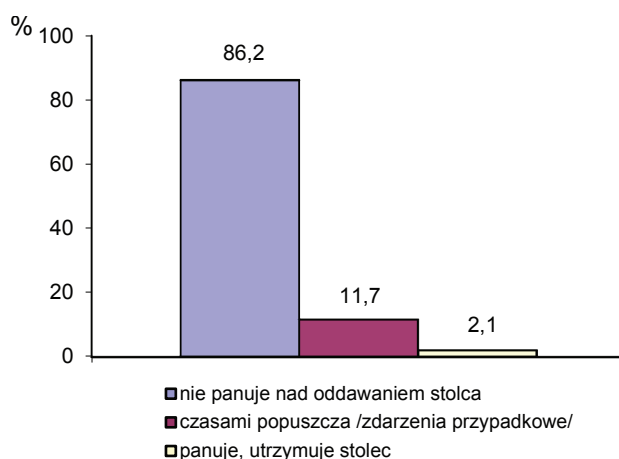
Ryc. 3 Rozkład poruszania się
Fig. 3 Schedule of moving

Najwięcej badanych, to osoby niebędące w stanie wstać i wejść po schodach – 93 osoby (98,9%).

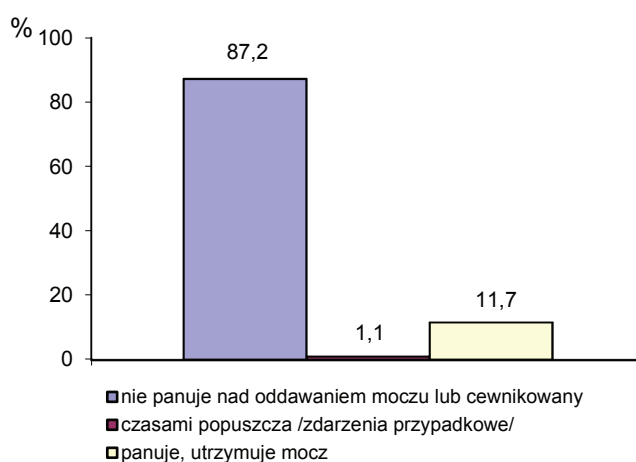
Najwięcej badanych, to osoby całkowicie zależne w ubieraniu się i rozbieraniu – 86 osób (91,5%). Pozostali byli zdani na częściową pomoc innej osoby – 8 osób (8,5%).

Większość z badanych nie panowała nad oddawaniem stolca – 81 osób (86,2%), a najmniejsza liczba badanych – 2 osoby (2,1%) kontrolowała oddawanie stolca (Ryc. 4).

Większość z badanych nie kontrolowała oddawania moczu – 82 osoby (87,2%). Najmniej czasami popuszczało mocz – 1 osoba (1,1%) (Ryc. 5).



Ryc. 4 Rozkład kontrolowania stolca/ zwieraczy odbytu
Fig. 4 Schedule of controlling the seat/ of anal sphincters



Ryc. 5 Rozkład kontrolowania moczu/ zwieraczy pęcherza moczowego
Fig. 5 Schedule of controlling the urine/ of sphincters of the bladder

Największa liczba badanych zakwalifikowana według Skali Barthel została jako pacjent bardzo ciężki – 81 osób (86,2%). Pozostali, jako pacjent średnio ciężki – 13 osób (13,8%).

Średni wynik punktowy skali Barthel wyniósł – 9,83 punktu, co klasyfikowało analizowaną grupę, jako pacjent bardzo ciężki. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 107% wartości średniej, co świadczy o ogromnym zróżnicowaniu wyników. Wynik minimalny wyniósł 0 punktów i uzyskało go 28 osób, maksymalny wyniósł 45 punktów i uzyskała go – 1 osoba.

W związku z różnym zakresem punktowym poszczególnych pozycji skali Barthel, wprowadzono wskaźnik procentowy. Z analizowanych pozycji, najwyższe wskaźniki procentowe uzyskano w pozycjach: spożywanie posiłków – 34,0% oraz przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie) – 18,4% i utrzymanie higieny osobistej – 11,7%. Powyższe świadczy o tym, że w tych czynnościach badani mieli najmniejsze problemy. Najniższe z kolei wskaźniki procentowe osiągnęli badani w pozycjach: ubieranie i rozbieranie się – 4,3% oraz wchodzenie i schodzenie po schodach – 0,5% i mycie, kąpiel całego ciała – 0,0%, co świadczy, że te czynności powodują u badanych największe trudności lub są wręcz nie do wykonania (Tab. 1).

Ze względu na poziom istotności - $p > 0,05$, nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczącej wyników skali Barthel ($p = 0,469$).

Wyższą średnią punktową skali Barthel odnotowano w grupie kobiet – 10,06 punktu. W grupie mężczyzn – 9,09 punktu. Kobiety uzyskały wyższe wyniki w większości pozycji z wyjątkiem: spożywania posiłków, przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie) i kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu (Tab. 2).

Nieznacznie lepiej w zakresie skali Barthel oceniono kobiety. Wyższy wskaźnik pacjentów średnio ciężkich – 11 osób (15,3%). W grupie mężczyzn – 2 osoby (9,1%) (Ryc. 6).

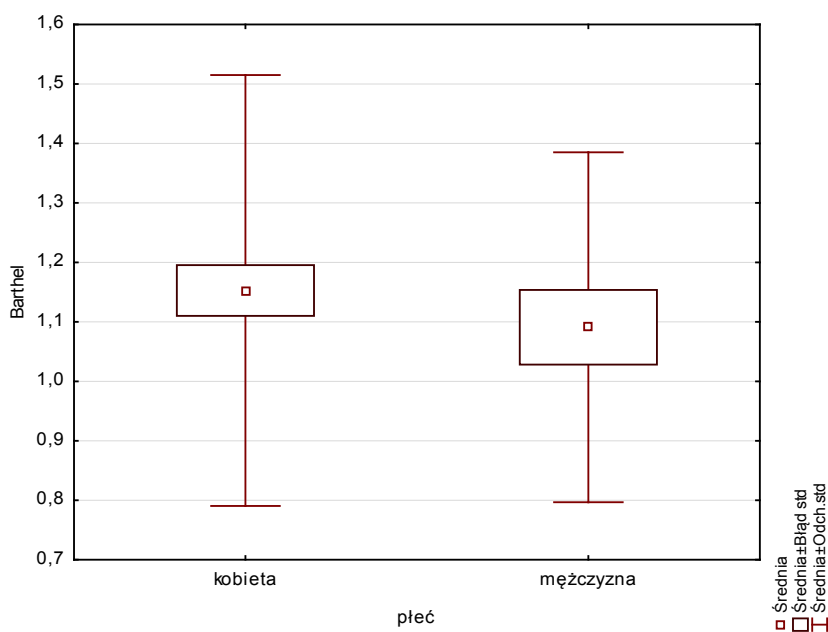
Wykształcenie badanych, pozostawało w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami skali Barthel - $p < 0,05$ ($p = 0,028$).

Tab. 1. Średnie z pozycji skali Barthel
Tbl. 1. Averages from the position of the Barthel scale

Lp.	pozycja	średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Wskaźnik %
1	spożywanie posiłków	3,40	2,562	2,88	3,93	34,0
2	przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie)	2,77	2,898	2,17	3,36	18,4
3	utrzymanie higieny osobistej	0,59	1,616	0,25	0,92	11,7
4	korzystanie z toalety (WC)	0,48	1,479	0,18	0,78	4,8
5	mycie, kąpiel całego ciała	0,00	0,000	-	-	0,0
6	poruszanie się (po powierzchniach płaskich)	0,69	2,603	0,16	1,22	4,6
7	wchodzenie i schodzenie po schodach	0,05	0,516	-0,05	0,16	0,5
8	ubieranie i rozbieranie się	0,43	1,403	0,14	0,71	4,3
9	kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	0,80	2,113	0,37	1,23	8,0
10	kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego	0,63	1,653	0,29	0,97	6,3

Tab. 2 Średnie wartości punktowe skali Barthel w grupach płci
Tbl. 2 Mean of the Barthel scale in groups of the sex

płeć	kobieta		mężczyzna	
	średnia	SD	średnia	SD
spożywanie posiłków	3,40	2,63	3,41	2,38
przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie)	2,71	2,78	2,95	3,33
utrzymanie higieny osobistej	0,63	1,67	0,45	1,47
korzystanie z toalety (WC)	0,56	1,58	0,23	1,07
mycie, kąpiel całego ciała	0,00	0,00	0,00	0,00
poruszanie się (po powierzchniach płaskich)	0,76	2,74	0,45	2,13
wchodzenie i schodzenie po schodach	0,07	0,59	0,00	0,00
ubieranie i rozbieranie się	0,49	1,49	0,23	1,07
kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	0,69	1,74	1,14	3,06
kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego	0,75	1,78	0,23	1,07
Razem	10,06	10,56	9,09	10,98



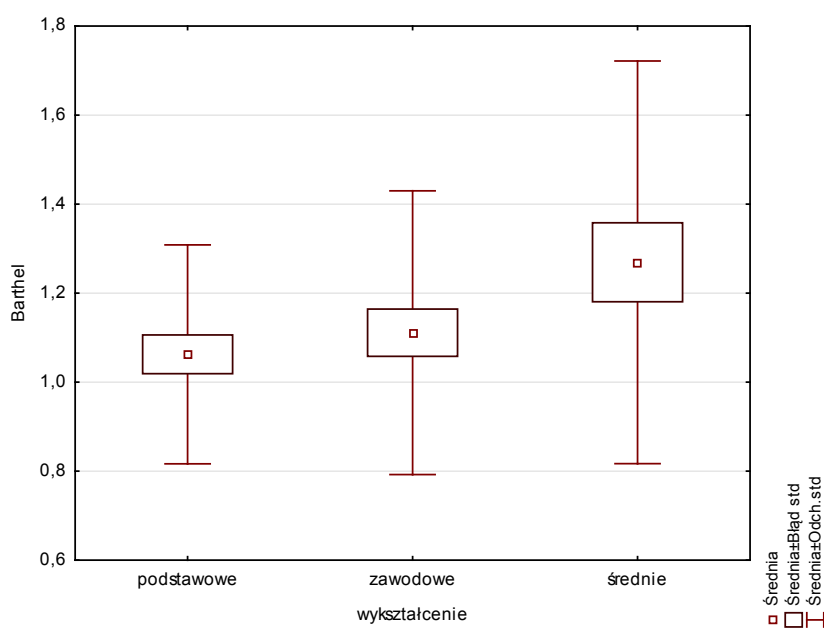
Ryc. 6 Rozkład średnich wyników skali Barthel w grupach płci
Fig. 6 Disintegration of average conclusions of the Barthel scale in groups of the sex

Najwyższą średnią punktową skali Barthel odnotowano w grupie wykształcenia średniego – 12,31 punktu. Najniższą w grupie wykształcenia zawodowego – 8,86 punktu (Tab. 3).

Tab. 3 Średnie wartości punktowe skali Barthel w grupach wykształcenia
Tbl. 3 Mean of the Barthel scale in groups of the education

wykształcenie pozycja	podstawowe		zawodowe		średnie	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
spożywanie posiłków	3,75	2,20	3,33	2,93	3,08	2,48
przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie)	3,28	2,41	2,36	3,04	2,69	3,23
utrzymanie higieny osobistej	0,31	1,23	0,56	1,59	0,96	2,01
korzystanie z toalety (WC)	0,47	1,48	0,56	1,59	0,38	1,36
mycie, kąpiel całego ciała	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
poruszanie się (po powierzchniach płaskich)	0,63	2,46	0,42	1,84	1,15	3,55
wchodzenie i schodzenie po schodach	0,00	0,00	0,14	0,83	0,00	0,00
ubieranie i rozbieranie się	0,00	0,00	0,42	1,40	0,96	2,01
kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	0,31	1,23	0,56	1,59	1,73	3,14
kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego	0,16	0,88	0,53	1,52	1,35	2,26
Razem	8,91	6,69	8,86	10,41	12,31	14,23

Najlepiej w zakresie skali Barthel oceniono pacjentów z wykształceniem średnim, największy wskaźnik pacjentów średnio ciężkich – 7 osób (26,9%). Najgorzej oceniono badanych z wykształceniem podstawowym, pacjent średnio ciężki – 2 osoby (6,3%). (Ryc. 7).



Ryc. 7 Rozkład średnich wyników skali Barthel w grupach wykształcenia
Fig. 7 Disintegration of average conclusions of the Barthel scale in groups of the education

Wiek badanych nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami skali Barthel - $p > 0,05$ ($p = 0,856$)

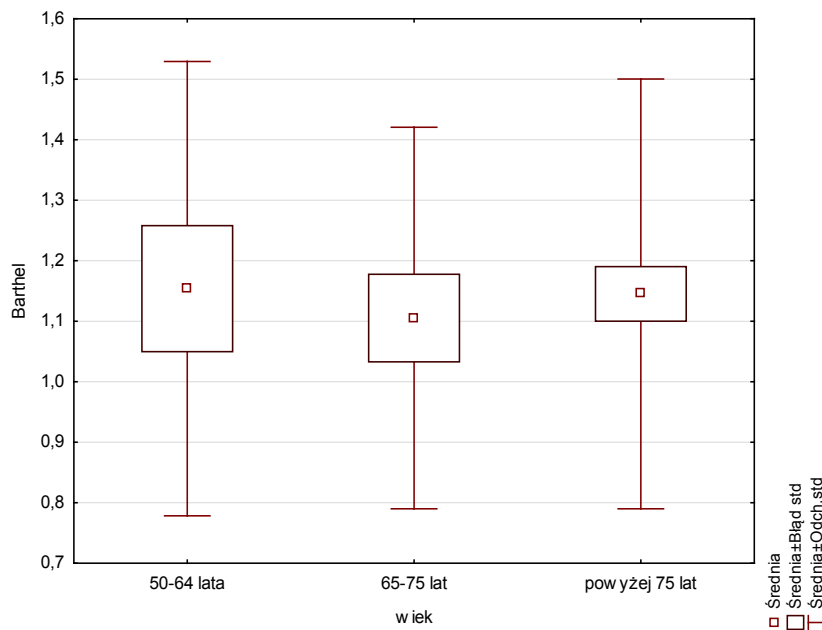
Analizując korelacje wieku i wyników skali Barthel najwyższą średnią punktową odnotowano w grupie wiekowej powyżej 75 lat – 10,31 punktu. Najniższą w wieku 50-64 lata – 8,46 punktu (Tab. 4).

Tab. 4 Średnie wartości punktowe skali Barthel w grupach wiekowych
Tbl. 4 Mean of the Barthel scale in age groups

wiek pozycja	50-64 lata		65-75 lat		powyżej 75 lat	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
spożywanie posiłków	2,31	2,59	3,95	2,09	3,47	2,65
przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie)	1,54	3,15	3,16	2,99	2,90	2,80
utrzymanie higieny osobistej	0,77	1,88	0,26	1,15	0,65	1,69
korzystanie z toalety (WC)	0,00	0,00	0,26	1,15	0,65	1,69
mycie, kąpiel całego ciała	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

poruszanie się (po powierzchniach płaskich)	0,77	2,77	0,00	0,00	0,89	2,94
wchodzenie i schodzenie po schodach	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,64
ubieranie i rozbieranie się	0,77	1,88	0,53	1,58	0,32	1,24
kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	1,54	3,15	0,79	2,51	0,65	1,69
kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego	0,77	1,88	0,26	1,15	0,71	1,74
Razem	8,46	12,14	9,21	9,47	10,31	10,74

W podziałach na grupy wiekowe najlepszy wynik osiągnęli pacjenci w wieku 50-64 lata, największy wskaźnik pacjentów średnio ciężkich – 2 osoby (15,4%). Najgorzej oceniono badanych w wieku 65-75 lat, pacjent średnio ciężki – 2 osoby (10,5%) (Ryc. 8).



Ryc. 8 Rozkład średnich wyników skali Barthel w grupach wiekowych
Fig. 8 Disintegration of average conclusions of the Barthel scale in age groups

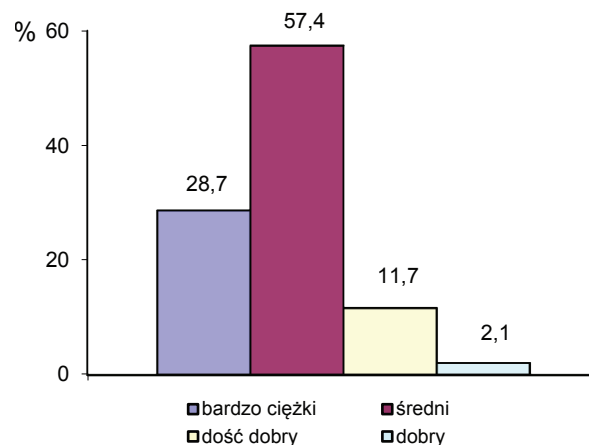
Ocena według Skali Norton

Ryzyko powstania odleżyn – oceniane powinno być na początku leczenia lub w momencie pogorszenia się stanu pacjenta. Przykładem używanej w takim przypadku skali jest skala Norton:

Interpretacja:

- 4 punkty w każdej kategorii oznaczają brak określonych zaburzeń
- 1 punkt w każdej kategorii oznacza największe nasilenie zmian
- pacjent maksymalnie może otrzymać 20 punktów
- 14 punktów stanowi wartość graniczną i oznacza zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn
- im mniej punktów, począwszy od 14 pkt, tym większe ryzyko rozwoju odleżyn

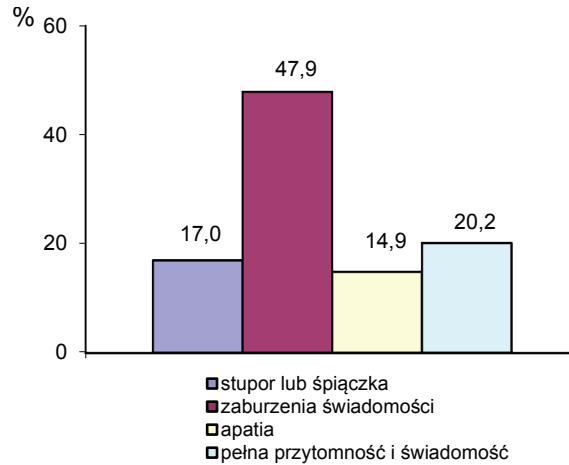
Stan fizyczny w przypadku największej liczby pacjentów tj. 54 osoby (57,4) oceniony został jako średni. Najmniejsza liczba badanych otrzymała ocenę – dobry – 2 osoby (2,1%) (Ryc. 9).



Ryc. 9 Rozkład oceny stanu fizycznego
Fig. 9 Schedule of evaluations of a mental state

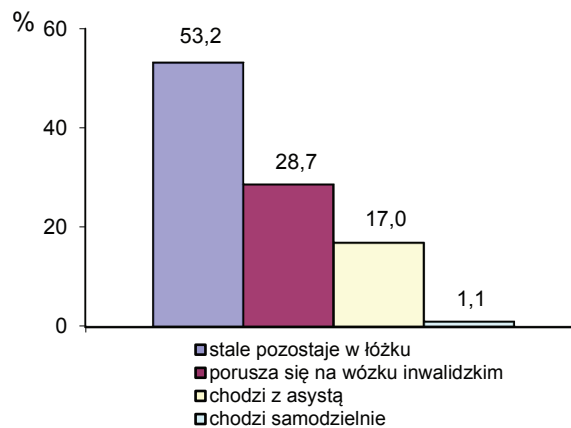
W przypadku największej liczby pacjentów, stan psychiczny oceniony został jako zaburzenia świadomości – 45 osób (47,9%). Najmniej pacjentów oceniono jako apatia – 14 osób (14,9%) (Ryc. 9).

Największą liczbę pacjentów, stanowiły osoby na stałe przebywające w łóżku – 50 osób (53,2%). Najmniej pacjentów, to osoby chodzące samodzielnie – 1 osoba (1,1%) (Ryc. 10).



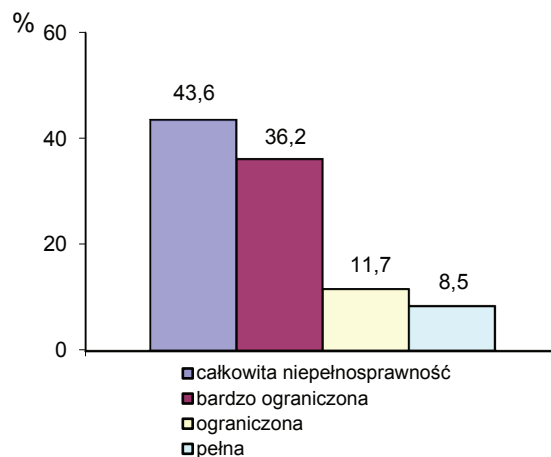
Ryc. 10 Rozkład ocen stanu psychicznego
Fig. 10 Schedule of evaluations of the physical activity

W przypadku największej liczby pacjentów odnotowano całkowitą niepełnosprawność przy zmianie pozycji – 41 osób (43,6%). Najmniej pacjentów, to osoby z pełną samodzielnością – 8 osób (8,5%) (Ryc. 11).



Ryc. 11 Rozkład ocen aktywności fizycznej
Fig. 11 Schedule of evaluations of the physical activity

Ponad połowa pacjentów całkowicie nie trzymała zarówno moczu i stolca – 69 osób (73,4%). Najmniej pacjentów, to osoby z pełną sprawnością zwieraczy – 1 osoba (1,1%) (Ryc. 12).

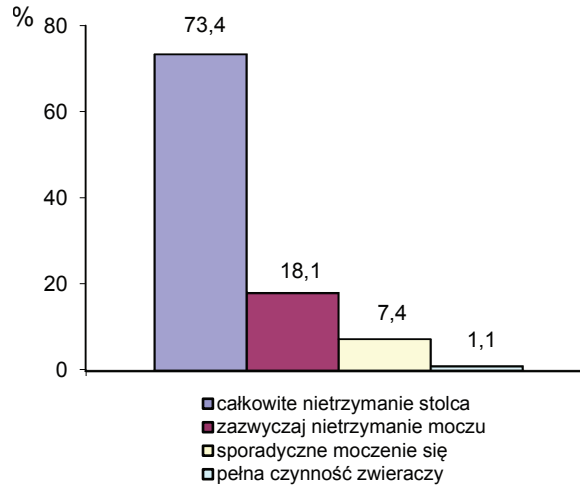


Ryc. 12 Rozkład ocen samodzielności przy zmianie pozycji
Fig. 12 Schedule of evaluations of the self-reliance at the change of the position

Tylko w przypadku – 10 osób (10,6%) nie odnotowano ryzyka powstania odleżyn.

Średni wynik punktowy skali Norton wyniósł – 9,13 punktu, co świadczy, że badani jako grupa to osoby z ryzykiem powstania odleżyn. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 34,3% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Wynik minimalny wyniósł 5 punktów, maksymalny 18 punktów.

Ze wszystkich pozycji skali Norton, największe zagrożenie powstania odleżyn odnotowano w przypadku: trzymania moczu i stolca – średnia 1,36 punktu oraz aktywności, zdolności do poruszania się – średnia 1,66 punktu. Najmniejsze zagrożenie w przypadku: stanu fizycznego – średnia 1,87 punktu oraz stanu świadomości – średnia 2,38 punktu (Ryc. 13).



Ryc. 13 Rozkład ocen trzymania moczu i stolca
Fig. 13 Decomposition of evaluations of holding urine and stool

Ze względu na poziom istotności - $p > 0,05$ nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami płci dotyczącej wyników skali Norton ($p = 0,195$). Nieznacznie wyższą średnią punktową odnotowano w grupie mężczyzn – 9,68 punktu. W grupie kobiet – 8,96 punktu (Tab. 5).

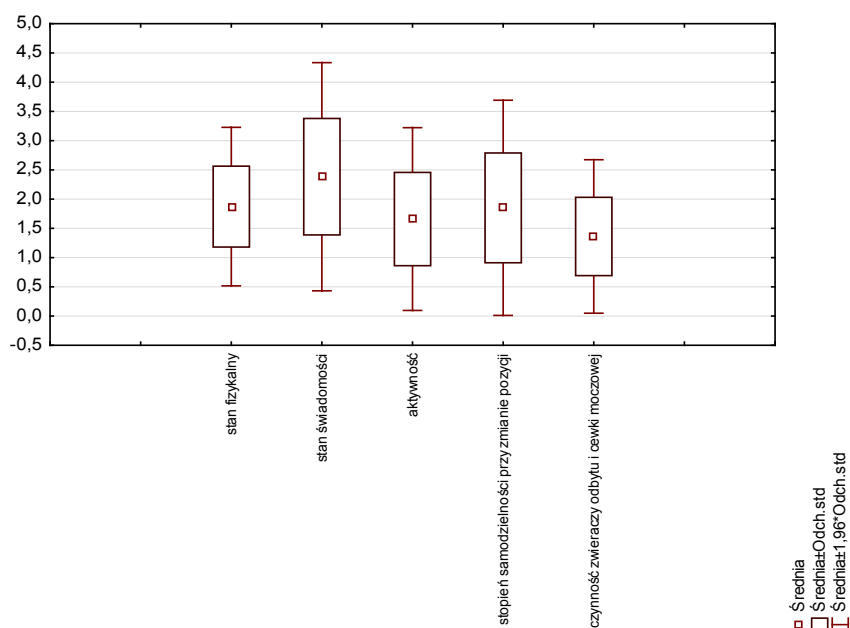
Tab. 5 Średnie wartości punktowe skali Norton w grupach płci
Tbl. 5 Mean of the scale Norton in groups of the sex

płeć	kobieta		mężczyzna	
	średnia	SD	średnia	SD
stan fizyczny	1,83	0,61	2,00	0,93
stan świadomości	2,33	0,92	2,55	1,22
aktywność	1,64	0,77	1,73	0,88
stopień samodzielności przy zmianie pozycji	1,76	0,86	2,14	1,13
czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	1,39	0,66	1,27	0,70
NORTON	8,96	2,84	9,68	3,98

Tab. 6 Średnie wartości punktowe skali Norton w grupach wykształcenia
Tbl. 6 Mean of the scale Norton in groups of the education

wykształcenie	podstawowe		zawodowe		średnie	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
stan fizyczny	1,97	0,69	1,81	0,58	1,85	0,83
stan świadomości	2,16	0,85	2,47	0,97	2,54	1,17
aktywność	1,47	0,62	1,69	0,86	1,85	0,88
stopień samodzielności przy zmianie pozycji	1,81	0,93	1,81	0,79	1,96	1,15
czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	1,28	0,58	1,28	0,57	1,58	0,86
NORTON	8,69	2,76	9,06	2,69	9,77	4,02

Wyższy wskaźnik braku ryzyka powstania odleżyn odnotowano w grupie mężczyzn – 4 osoby (18,2%). W grupie kobiet – 6 osób (8,3%) (Ryc. 14).

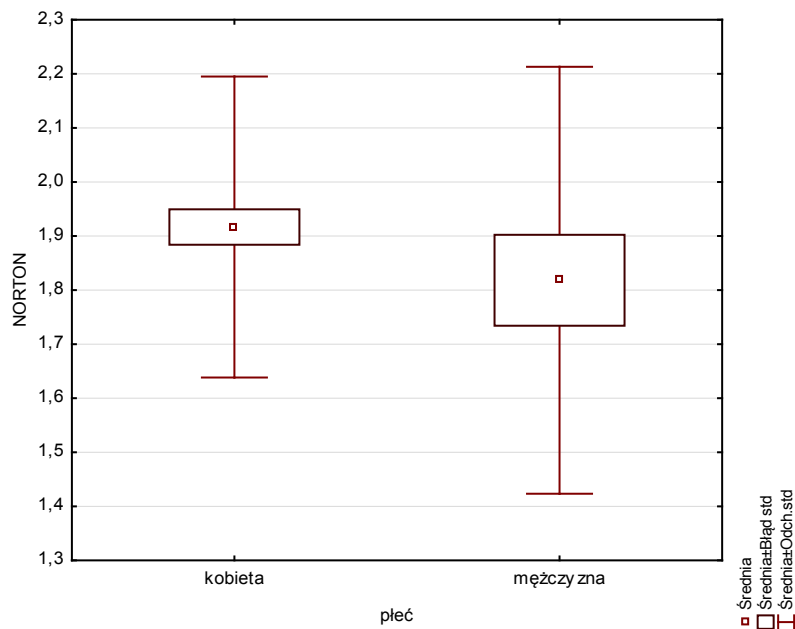


Ryc. 14 Rozkład średnich pozycji skali Norton
Fig. 14 Disintegration of average positions of the scale Norton

Nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji wykształcenia i wyników skali Norton - $p > 0,05$ ($p = 0,281$).

W grupie wykształcenia średniego odnotowano najwyższą średnią punktową skali Norton – 9,77 punktu. Najniższą w grupie wykształcenia podstawowego – 8,69 punktu (Tab. 6).

Najwyższy wskaźnik braku ryzyka powstania odleżyn odnotowano w grupie wykształcenia średniego – 5 osób (19,2%). Najniższy w grupie wykształcenia zawodowego – 2 osoby (5,6%) (Ryc. 15).



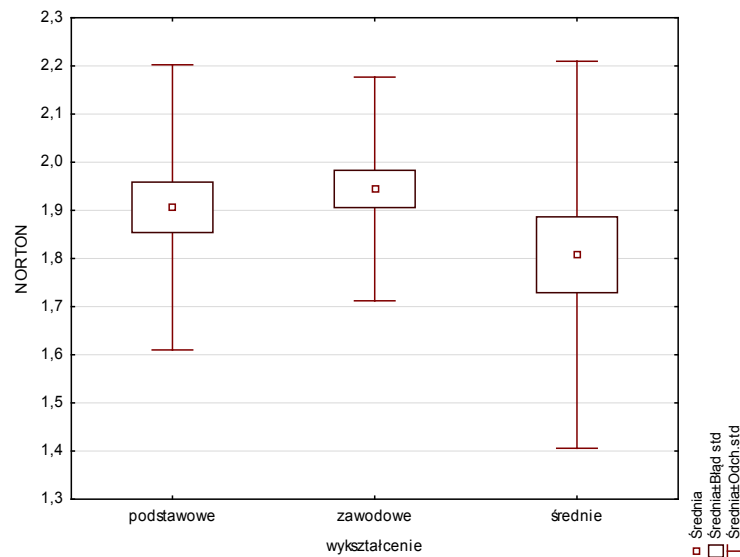
Ryc. 15 Rozkład średnich skali Norton w grupach płci
Fig. 15 Disintegration of averages of the scale Norton in groups of the sex

Nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji wieku i wyników skali Norton - $p > 0,05$ ($p = 0,744$).

Biorąc pod uwagę wskaźnik braku ryzyka powstania odleżyn najwyższy odnotowano w grupie wiekowej powyżej 75 lat – 7 osób (11,3%), najniższy zaś w grupie wiekowej 50-64 lata – 1 osoba (7,7%) (Tab. 7).

Tab. 7 Wyniki skali Norton w grupach wiekowych
Tbl. 7 Conclusions of the scale Norton in age groups

wiek	50-64 lata		65-75 lat		powyżej 75 lat	
	N	%	N	%	N	%
brak ryzyka	1	7,7	2	10,5	7	11,3
ryzyko powstania odleżyn	12	92,3	17	89,5	55	88,7
Razem	13	100,0	19	100,0	62	100,0



Ryc. 16 Rozkład średnich skali Norton w grupach wykształcenia
Fig. 16 Disintegration of averages of the scale Norton in groups of the education

Odnotowano istotną statystycznie korelację wyników Skali Barthel i wyników skali Norton – $p < 0,05$ ($p = 0,000$).

Wyższy wskaźnik braku ryzyka powstania odleżyn odnotowano wśród pacjentów sklasyfikowanych jako pacjent średnio ciężki według skali Barthel – 7 osób (53,8%). W grupie sklasyfikowanych jako pacjent bardzo ciężki – 3 osoby (3,7%).

Tab. 8 Zestawienie wyników skali NORTON w grupach wyników skali Barthel
Tbl. 8 Conclusions of the scale Norton in groups of conclusions of the Barthel scale

Barthel	pacjent bardzo ciężki		pacjent średnio ciężki	
	N	%	N	%
Norton				
brak ryzyka	3	3,7	7	53,8
ryzyko powstania odleżyn	78	96,3	6	46,2
Razem	81	100,0	13	100,0

Występowanie odleżyn odnotowano w przypadku – 8 osób (8,5%). W jednym przypadku były to odleżyny 1 i 3 stopnia, w kolejnym 2 stopnia. W dwóch przypadkach 2 i 3 stopnia oraz w czterech przypadkach 3 stopnia.

Dyskusja

Opieka długoterminowa z podziałem na stacjonarną i niestacjonarną staje się kompleksowym i spójnym systemem opieki odpowiadającym potrzebom osób z deficytem samoopieki i samopielegnacji. Starzenie się społeczeństwa, spowodowane wydłużeniem się przeciętnego trwania życia, życia z codziennymi problemami związanymi z wielochorobowością, a co za tym idzie częstą niepełnosprawnością stają się wyzwaniem dla polityki zdrowotnej państwa [Błędowski i Maciejasz, 2013].

Coraz częściej zdarza się, że rodzina chorego nie podejmuje sprawowania opieki nad osobą bliską, bądź potrzebuje czasowej pomocy w tych czynnościach. Pokolenie osób w wieku 45-65 lat i odnoszące się do nich zjawisko „sandwich generation” wyrażające „ściśnięcie” pomiędzy obowiązkami zawodowymi, wsparciem własnych dzieci, pomocą w opiece nad wnukami i troską o starzejących się rodziców rodzi wyczerpanie psychiczne, jak i fizyczne oraz ogranicza możliwość sprawowania opieki nad rodzicami [Pabiś i Kuncewicz, 2016.; Fidecki, Wysokiński i Wrońska i wsp.; 2011].

Potwierdzają ten fakt wyniki badań własnych, z których wynika, że 73 (77,7%) osoby, które zostały objęte opieką długoterminową posiadają dzieci, w tym 37 (50,7%) dwoje. Mimo to średni czas pobytu w zakładzie wynosi 14,7 miesiąca. Pacjenta opieki długoterminowej charakteryzuje wielochorobowość oraz deficyty w każdej sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Z badania przeprowadzonego przez Iwonę Markiewicz, Martę Cebulak pt. „Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską” wynika, że 122 (64,21%) z pośród 190 badanych to pacjenci z liczbą punktów w skali Barthel mieszczącej się w przedziale 0-20 co sugeruje bardzo ciężki stan chorego. U 30 (15,79%) osób liczba punktów w skali Barthel wynosiła 0. Średni wynik punktowy wyniósł 17. Pacjenci najczęściej zależni byli w myciu, kąpieli całego ciała, w ubieraniu i rozbieraniu, korzystaniu z toalety, nie panowali nad oddawaniem moczu i stolca, nie byli w stanie wchodzić i schodzić ze schodów [Markiewicz i Cebulak, 2014].

Wyniki przedstawione w prezentowanej pracy nie odbiegają od powyższych wyników, a raczej potwierdzają fakt dużego deficytu w sferze samoopieki i samopielęgnacji u pacjentów objętych opieką długoterminową. 81(86,20%) z pośród 94 badanych zostało zakwalifikowanych jako chory w stanie bardzo ciężkim uzyskując od 0 do 20 pkt. w skali Barthel. Średni wynik punktowy skali Barthel wyniósł – 9,83 punktu. 60 (63,8%) pacjentów wykazało się brakiem samodzielności w spożywaniu posiłków, 83 (88,3%) osoby wymagały pomocy przy czynnościach higienicznych, a 85 (90,4%) chorych była całkowicie zależna w korzystaniu z toalety. 100% badanych była zależna w myciu, kąpieli całego ciała. 93 (93,8%) pacjentów nie było w stanie wchodzić i schodzić ze schodów, a 86 (91,5%) to osoby zależne podczas rozbierania i ubierania. 81(86,2%) chorych nie panowało nad zwieraczem odbytu, natomiast 82 (87,2%) osoby bezwiednie oddawały mocz. Przy tym nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, wiekiem pacjentów, ich miejscem zamieszkania – wieś lub miasto, posiadaniem dzieci. Odnotowano istotną statystycznie niską korelację między wykształceniem badanych, a wynikami skali Barthel. Najwyższą średnią punktową w skali Barthel otrzymali pacjenci z wykształceniem wyższym i średnim. Wyciągnąć można wnioski, iż wykształcenie, praca zawodowa i jej jakość, styl życia mają wpływ na stan fizyczny w wieku podeszłym. Analizując kolejne wyniki badania własnego – skalę Norton określającą ryzyko powstania odleżyn u pacjenta, u 54(57,4%) osób badanych stan fizyczny został określony jako średni, a u 27(28,7%) jako bardzo ciężki. W ocenie stanu psychicznego w tej samej skali u 45 (47,9%) stwierdzono zaburzenia świadomości, a 16 (17%) badanych określono stan psychiczny jako stupor lub śpiączkę. Oceniając aktywność fizyczną ankietowanych stwierdzono, że ponad połowa z nich tj. 50 (53,2%) osób stale pozostaje w łóżku. U 41(43,6%) pacjentów stwierdzono całkowitą niepełnosprawność podczas samodzielnej zmiany pozycji, a u 69 (73,4%) chorych całkowite nietrzymanie stolca. Podsumowując wyniki uzyskane w skali Norton u 84 (89,4%) pacjentów z 94 ankietowanych stwierdzone zostało ryzyko powstania odleżyn. Wystąpienie odleżyn odnotowano u 8 (8,5%) pacjentów. Nie znaleziono innych badań związanych z analizą wyników ryzyka powstania odleżyn w opiece długoterminowej.

Wnioski

1. Większość pacjentów opieki długoterminowej stanowią chorzy w wieku podeszłym, głównie kobiety zamieszkujące miasta.
2. Pacjentów opieki długoterminowej charakteryzuje deficyt samoopieki i samopielęgnacji oraz złożoność problemów pielęgnacyjnych.
3. U pacjentów objętych opieką długoterminową 86% badanych zostało zakwalifikowanych jako „chory w stanie bardzo ciężkim” uzyskując od 0 do 20 pkt. w skali Barthel.

Piśmiennictwo

1. Błędowski Piotr, Maciejasz Magdalena. 2013. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie*, 82,1: 61-69.
2. Cebulak Marta, Markiewicz Iwona, Guty Edyta. 2014. Ocena funkcji poznawczych u chorych objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. *Problemy pielęgniarstwa*, tom 22, zeszyt 1. Via Medica: 20-26.
3. Ciechaniewicz Wiesława i wsp. 2012. *Czynniki warunkujące występowanie potrzeb*. [w:] Talarska Dorota, Wieczorowska-Tobis Katarzyna, Szwałkiewicz Elżbieta. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL: 248-269.
4. Dziennik Ustaw 2013 poz. 1480 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.
5. Fidecki Wiesław, Wysokiński Mariusz, Wrońska Irena i wsp. 2011. Nieprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarstwiej. *Problemy Pielęgniarstwa*. tom 17, zeszyt nr 1: 1-4.
6. Iwański Rafał. 2015. *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
7. Markiewicz Iwona, Cebulak Marta. 2014. Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. *Problemy pielęgniarstwa*, tom 22, zeszyt 1. Via Medica: 42-51.
8. Pabiś Małgorzata, Kuncewicz Dorota, 2016. Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej – konteksty. *Pielęgniarstwo XXI wieku*; vol. 15, nr 4(57): 53-59.
9. Strugała Magdalena, Talarska Dorota. 2013. *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych.*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL.