

KRYSZYNA MISIAK

## Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ujęciu gerontologicznym

### Tasks of a Primary Care Nurse from a Gerontological Perspective

Zakład Gerontologii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

#### Streszczenie

Zwiększanie się odsetka osób starszych w populacji oraz geriatryzacja podstawowej opieki zdrowotnej powoduje rosnące zapotrzebowanie na kwalifikowaną opiekę pielęgniarską nad starszymi ludźmi. Zadania pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej obejmują świadczenia z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne w odniesieniu do zdrowych i chorych w ich miejscu zamieszkania. Wynika stąd, że również starsze osoby, zadeklarowane do swojej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mają prawo oczekiwać wsparcia, pomocy, opieki, porady nie tylko w chorobie, ale i w zdrowiu. Konieczne jest, aby działania pielęgniarskie pobudzały do aktywności i utrzymywania swoich pacjentów, ludzi w starszym wieku, w sprawności i zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Konieczny jest również współudział pielęgniarki w tworzeniu warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych. Celem artykułu jest ukazanie zakresu działań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do specyficznych potrzeb zdrowotnych starszych ludzi. Przedstawione zestawienie zastosowania swoistych narzędzi geriatrycznych przez pielęgniarki to autorska propozycja, która może zapoczątkować dyskusję na ten temat, a w rezultacie przyczynić się do poprawy jakości życia starszych osób i ich najbliższego otoczenia (**Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 4, 359–366**).

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka rodzinna, pacjent w starszym wieku.

#### Abstract

The increase in the percentage of elderly people in population along with the geriatrization of primary health care results in a growing demand for qualified nursing care for elderly people. A primary care nurse may provide direct physical care to both healthy and sick elderly in the form of diagnostics, rehabilitation, administering medications, and handling other routine aspects of care in a home environment. They also provide health promotion and disease prevention. Older adults assigned to their primary care nurse have a right to expect support, assistance, care, and advice, in sickness and in health. It is necessary that nurses stimulate activity and physical function and maintain independent living in elderly people. They should also participate in creating a healthy and active way of living for them. The aim of this paper, based on a research analysis, is to show the range of primary care nursing tasks in the gerontological aspect of the field. The presented list of unique geriatric tools used by nurses is author's original proposition which will, hopefully, start a discussion and result in improving the quality of life of older adults and their families (**Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 4, 359–366**).

**Key words:** family nurse, elderly patient.

Zmiany demograficzne zachodzące we współczesnym świecie to m.in. zwiększanie się liczby osób starszych w populacji. Pociąga to za sobą geriatryzację podstawowej opieki zdrowotnej i rosnące zapotrzebowanie na kwalifikowaną opiekę pielęgniarską nad starszymi ludźmi. Zadania pielęgniarki obejmują świadczenia z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki chorób, świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne.

Zarówno praktyka, jak i teoria z dziedziny pielęgniarstwa środowiskowego, rodzinnego lub w podstawowej opiece zdrowotnej nakazują pielęgniarkę planować i realizować kompleksową opiekę nad osobą, rodziną i lokalną społecznością obejmującą zarówno osoby chore, jak i zdrowe. Wynika stąd, że również starsze osoby, zadeklarowane do swojej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mają prawo oczekiwać profesjonal-

nego wsparcia, pomocy, opieki, porady nie tylko w chorobie, ale i w zdrowiu. Konieczne jest, aby działania pielęgniarские zmierzały do pobudzania aktywności i utrzymywania ludzi w starszym wieku w sprawności i zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Konieczny jest również współdział pielęgniarki w tworzeniu warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych. Celem artykułu jest ukazanie zakresu możliwości pielęgniarki uwzględniającej specyficzne potrzeby zdrowotne starszych ludzi.

## Wybrane zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

### Rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u starszych ludzi

Wiedza o najczęstszych zagrożeniach zdrowotnych starszych ludzi odgrywa istotną rolę w skutecznym planowaniu działań pielęgniarских. Główne problemy zdrowotne występujące u starszych ludzi to: choroby układu krążenia (w tym: nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca, miażdżycy, choroby naczyń mózgowych), choroby nowotworowe, choroby układu pokarmowego (schorzenia wątroby, pęcherzyka żółciowego, przepukliny), cukrzyca, choroby układu oddechowego, moczowego, układu ruchu, obwodowego układu nerwowego [1]. Oprócz ww. problemów zdrowotnych jest konieczne uwzględnienie występowania u starszych ludzi, szczególnie po 75 r.ż., tzw. wielkich problemów geriatrycznych, do których m.in. należą: zaburzenia chodu i równowagi powodujące upadki, nietrzymanie moczu, otępienie, depresje czy geriatryczny zespół jatrogenny [2]. Działając zgodnie z zasadą Pareto, najlepsze efekty działań osiąga się, rozwiązując znane, najczęściej występujące problemy. Nie zwalnia jednak to pielęgniarek od rozpoznawania środowiska i problemów społecznych, epidemiologicznych i behawioralnych przed rozpoczęciem pracy nad kolejnymi etapami programów promocji zdrowia lub profilaktyki, kierowanych do środowisk ludzi starszych, ich rodzin i/lub opiekunów.

### Prowadzenie edukacji zdrowotnej

Zdarza się zaprzeczać możliwości zdobywania przez osoby starsze nowej wiedzy lub umiejętności, zakładając, że zarówno zmiany inwolucyjne dokonujące się w mózgu, jak i nakładające się na nie procesy chorobowe uniemożliwiają rozwój starszej osoby w zakresie poznawczym czy intelektualnym. Stereotypowo przypisuje się wszystkim starszym

osobom utratę pamięci, spowolnienie procesów umysłowych. Posługując się stereotypowymi opiniami na temat starości, ogranicza się możliwości, które daje praca w zakresie promowania zdrowia starszych pacjentów. Na nowe możliwości edukacyjne osób w starszym wieku wskazują specjaliści z dziedziny andragogiki czy gerontologii edukacyjnej [3]. Czym zatem jest edukacja zdrowotna i jak ją prowadzić w odniesieniu do starszych ludzi? *„Edukacja zdrowotna odnosi się (...) do jednostek i/lub rodzin, jest celowym procesem podnoszenia ich kompetencji w zmaganiu się z chorobami, zagrożeniami zdrowia. Nabywanie i podnoszenie kompetencji zależy (...) od ich wiedzy, umiejętności związanych z oczekiwanymi działaniami, jak również od emocjonalnego ustosunkowania się (postaw) do zdrowia, do problemów z nim związanych i możliwości ich rozwiązania”* [4].

Inaczej rzecz ujmując, można mówić o uczeniu się poznawczym, psychomotorycznym i emocjonalnym. Uczenie się poznawcze obejmuje proces myślenia, poznawania i wykorzystania uzyskanej informacji. Na przykład, program edukacji prowadzony w przychodni dla pacjentów w starszym wieku może skupiać się na zwiększeniu ich wiedzy na temat: środowiskowych czynników ryzyka upadków, czynników ryzyka osteoporozy, zwłaszcza tych podlegających modyfikacji. Metody właściwe do przekazywania informacji obejmują wykłady i pogadanki, polecanie lektury, filmy. Kształcenie umiejętności psychomotorycznych u pacjenta może odbywać się przez pokaz, warsztaty, treningi umiejętności, np. samodzielne badanie stężenia cukru we krwi za pomocą glukometru, posługiwanie się penem, pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Uczenie emocjonalne obejmuje nawiązanie do wartości, poglądów, przekonań, wierzeń osoby edukowanej. Metody nauczania, które mogą być skuteczne w sferze nauczania emocjonalnego to np.: grupowe dyskusje, odgrywanie ról, wszystkie metody interaktywne, które pozwalają analizować swoje poglądy i przekonania w odniesieniu do innych ludzi, a uczucia dzielić z akceptującą grupą.

Jest wiele metod wspomagających uczenie się. Gdy prowadzi się edukację w grupie starszych osób, wtedy, oprócz wspomnianych wyżej aktywizujących metod, doskonałe rezultaty przynosi metoda opowiadania własnych historii i dzielenia się doświadczeniami. Ludzie w starszym wieku chętnie również przyjmują edukację indywidualną, dlatego warto pamiętać, że każdy kontakt z pacjentem może być wykorzystany do edukacji zdrowotnej. Najskuteczniejsze jest podejście wykorzystujące wszystkie trzy typy uczenia, różne metody i środki dydaktyczne, jak również uwzględniające motywację do nauki [5]. Edukacja zdrowotna jest proce-

sem, musi spełniać więc wszystkie kryteria zorganizowanego działania. Wymaga ustalenia potrzeb edukacyjnych, ustalenia posiadanych zasobów, oszacowania możliwości realizacji programu, wybór właściwego modelu edukacji [6]. Precyzyjne sformułowanie celów pozwala na określenie narzędzi ewaluacyjnych. Dobry program edukacyjny powinien być zaplanowany przez wielodyscyplinarny zespół fachowców, z opisanymi celami, planem zajęć, harmonogramem i terminarzem oraz zawierać kryteria oceny postępów pacjenta (sprawdzian wiedzy i umiejętności praktycznych) [7].

### **Prowadzenie poradnictwa z zakresu zdrowego stylu życia**

Udowodniony jest wpływ stylu życia na zdrowie, zapadalność na choroby cywilizacyjne, przedwczesną śmierć, więc w programach promocji zdrowia kierowanych do młodych ludzi kładzie się duży nacisk na propagowanie zdrowego trybu życia. Trochę inaczej jest w przypadku starszych osób. Tu trudno jest oczekiwać radykalnej zmiany stylu życia, dlatego inne jest podejście do promocji zdrowia. W przypadku starszych ludzi programy promocji zdrowia będą dotyczyć: zachowania i zwiększania ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej, zachowania i poprawy samokontroli zdrowia, stymulowania tworzenia się więzi społecznych [8]. Niezależnie jednak od wyboru kierunku nie uniknie się działań wpływających na styl życia, na który składają się m.in. regularna aktywność fizyczna, prawidłowe odżywianie, niepalenie tytoniu, umiarkowane (jeśli w ogóle) picie alkoholu, dobre związki z innymi ludźmi, ciekawe spędzanie czasu, odpowiednia długość snu. Jednym z najbardziej istotnych elementów, na który należy zwrócić uwagę pracując ze starszymi ludźmi, jest ruch. O jego korzyściach dla każdego człowieka, w tym dla pacjentów w starszym wieku nie trzeba nikogo przekonywać. Oto kilka z nich:

- zmniejszenie ryzyka otyłości,
- zmniejszenie ryzyka chorób serca, lepsza kontrola ciśnienia tętniczego krwi,
- zmniejszenie ryzyka cukrzycy,
- zmniejszone ryzyko zachorowania na raka (płuc, piersi, okrężnicy),
- wzmocnienie mięśni, ścięgien, więzadeł i większej gęstości kości,
- prawidłowe funkcjonowanie umysłu,
- poprawa kondycji fizycznej,
- poprawa kondycji psychicznej i wzrost poczucia własnej wartości,
- zmniejszenie uczucia niepokoju i depresji.

Przed podjęciem aktywności fizycznej pielęgniarka powinna zaproponować starszej osobie wizytę u lekarza. Aktywność fizyczna u starszych osób powinna poprawiać wydolność tlenową,

wzmocniać siłę mięśni, poprawiać równowagę, gibkość i koordynację ruchów, czyli zawierać ćwiczenia wytrzymałościowe (marsz, bieg, jazda na rowerze z intensywnością na poziomie 40–60% rezerwy częstości skurczów serca), ćwiczenia siłowe (zestaw ćwiczeń oporowych angażujących najważniejsze grupy mięśniowe) i ćwiczenia rozciągające (gimnastyka, stretching) [9]. Podstawą do ustalenia programu ćwiczeń fizycznych uwzględniającego indywidualne uwarunkowania i ograniczenia powinna jednak być ocena stanu zdrowia i tolerancji wysiłku. Obecnie proponuje się starszym osobom umiarkowany, lecz systematyczny wysiłek fizyczny.

Odżywianie starszych osób jest istotnym problemem, wobec którego pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, odwiedzająca często swoich podopiecznych w domu, nie może pozostać obojętna. Oprócz otyłości u ludzi w podeszłym wieku występują niedobory pokarmowe, tj. niedostateczna ilość w diecie wysokoenergetycznego białka, niedobór witamin, soli mineralnych oraz płynów. Przyczyny są różnorodne, poczynając od ubóstwa, samotności, trudności w robieniu zakupów i przygotowaniu posiłków przez braki w uzębieniu, aż po poważne schorzenia somatyczne czy psychiczne. Właściwa ocena odżywiania u starszych ludzi jest trudna, jednak konieczna do przeprowadzenia, ponieważ niedobory pokarmowe mogą być przyczyną wielu chorób (np. niedokrwistość, zaburzenia świadomości, złamania kości szyjki udowej, odleżyny i wiele innych). Oprócz obserwacji, wywiadu, pomiaru można posłużyć się różnymi narzędziami, takimi jak: pomiary antropometryczne, obliczenie BMI, pomiar obwodu talii czy indeksami typu *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)* wg Guigoz X., Yellas B. et al. 1994 [10], test *SCALES* [11]. Leczeniem przyczyn i konsekwencji zaburzeń odżywiania zajmuje się naturalnie lekarz, jednak do pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej należy promowanie prawidłowego, zbilansowanego odżywiania, tak by starsi ludzie mogli cieszyć się dobrym zdrowiem (<http://www.izz.waw.pl/wwzz/eufic.html>).

### **Prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego**

Profilaktyka geriatryczna ma na celu przeciwdziałanie przedwczesnej starości, powikłanej chorobami, starczemu niedołęstwu. Dzieli się ją na pierwotną i wtórną. W profilaktyce pierwotnej chodzi o odsunięcie w czasie niekorzystnych zmian związanych ze starzeniem się. Jej działania są skierowane do ludzi zdrowych i obejmują higienę życia, styl życia, zmiany zachowań na prozdrowot-

ne. Profilaktyka wtórna ma na celu zapobieganie utracie sprawności po przebytych chorobach. Jest ukierunkowana na przywrócenie takiej sprawności i niezależności, jaka jest tylko możliwa. Profilaktyka wtórna u osób w starszym wieku jest równoznaczna z rehabilitacją leczniczą. Profilaktyka geriatryczna obejmuje również okresowe badania profilaktyczne prowadzone u starszych pacjentów w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej [12]. Mają one na celu rozpoznanie problemów, które mogą się pojawić. Starszym pacjentom powinno się badać słuch i wzrok, a regularne badania uwzględniać pomiary ciśnienia krwi i rejestrację wyników, pozwalając na wczesne zauważenie zwiększenia ciśnienia i wdrażanie odpowiedniego postępowania [13].

Działania profilaktyczne prowadzone na podstawie zgromadzonych informacji o pacjencie w starszym wieku wymagają dokumentowania, np. karty badań przesiewowych w postaci wkładek do dokumentacji medycznej. Jest to metoda łatwa i skuteczna, gdyż na podstawie tych kart można określić, jaki procent pacjentów wymaga dalszych działań wyprzedzających, np. systematycznych odwiedzin pielęgniarskich, ukierunkowanej obserwacji, monitorowania ciśnienia tętniczego krwi, edukacji opiekuna dotyczącej czynności pielęgnacyjnych i in. Przy prowadzeniu badań przesiewowych u pacjentów w starszym wieku należy pamiętać o wyodrębnieniu grup szczególnego ryzyka. Będą to osoby: niedawno owdowiałe, z przewlekłym kalectwem, wypisane ze szpitala, u których stwierdza się niedostateczną opiekę, które ostatnio zmieniły miejsce zamieszkania, przyjmujące stale leki, szczególnie psychotropowe, ludzie narażeni na ryzyko w miejscu zamieszkania (wandalizm, wysokie piętra bez windy, podejrzenie narażenia na przemoc). Aby badania przesiewowe miały sens, muszą być spełnione kryteria Wilsona: poszukiwana patologia musi mieć istotne znaczenie; musi istnieć powszechnie uznany sposób leczenia danej choroby; proste metody rozpoznawania i leczenia danej choroby powinny być szeroko dostępne; musi istnieć dobrze poznana faza bezobjawowa lub faza objawów wstępnych danej choroby; musi istnieć odpowiedni test lub sposób badania wykrywający chorobę w takim stadium; test lub sposób badania musi być akceptowany w danej społeczności; przebieg nieleczzonej choroby musi być dobrze poznany, łącznie z okresem przejścia od fazy utajonej w pełnoobjawową; należy zawczasu określić, kogo należy traktować jako pacjenta; koszt wykrycia przypadku (rozpoznania i następnie leczenia) musi być ekonomicznie wyważony w stosunku do całości wydatków na opiekę medyczną; powinien być to proces stały, a nie jednorazowa akcja [14]. Profilaktyczne badania przesiewowe muszą być

starannie przygotowane przez cały zespół podstawowej opieki zdrowotnej. Przy ich przygotowaniu warto wziąć pod uwagę możliwość zastosowania kwestionariusza EASY-CARE [15].

Przy inicjowaniu akcji profilaktycznych punktem wyjścia i odniesienia mogą być grupy dyspersyjne, które pozwalają na ukierunkowanie naszego postępowania w stronę pacjentów chorych na cukrzycę, choroby układu krążenia, układu oddechowego, układu pokarmowego, nowotwory bądź inne schorzenia kwalifikujące do grupy dyspersyjnej.

### **Organizacja grup wsparcia**

„Wsparcie jest określane jako szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami... W zależności od udzielanego wsparcia, dzielimy je na wsparcie: informacyjne, emocjonalne, materialne (rzeczowe, finansowe), przez świadczenie usług, w rozwoju” [16]. Pielęgniarka, organizując grupę wsparcia, bierze pod uwagę najistotniejsze problemy swoich pacjentów i ich rodzin. Modelem przykładem grupy wsparcia jest grupa dla opiekunów ludzi cierpiących na chorobę Alzheimera [17].

### **Rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych**

Rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych u starszych ludzi i ich rodzin jest naturalną funkcją wynikającą z kompetencji pielęgniarki rodzinnej [18]. W przypadku starszych osób diagnozę należy rozszerzyć o ocenę zagrożenia odleżynami za pomocą skali stosowanej w danej placówce, np. Norton, Douglas etc., ocenę zagrożenia upadkami za pomocą testu TUG (*timed up and go*), skali Tinnetti [11], ocenę czynności poznawczych za pomocą formularza MMSE (*Mini-Mental State Examination* [11]), skalę oceny depresji GDS (*Geriatric Depression Scale*).

Diagnostując problemy pielęgnacyjne u starszych ludzi, należy rozważyć nie tylko stan wydolności pacjenta, ale również opiekunów [19]. Opiekunowie to często tzw. ukryci pacjenci. Określa się ich tak ze względu na potencjalne problemy zdrowotne, związane ze stanem przewlekłego stresu, wynikającego z opiekowania się osobą bliską. Choroby, które mogą rozwinąć się na podłożu stresu związanego z opieką to: nadciśnienie, bóle krzyża, zespół nadwrażliwego jelita, migreny, choroby serca, wrzody i rak. Dodatkowo doświadczają zmienności nastrojów, bólów mięśni i stawów oraz pogorszenia się objawów choroby, na którą cier-

pielęgniarki przed rozpoczęciem pełnienia roli opiekuna. Naszym zadaniem jest zauważenie ich trudnej roli, edukowanie i wspieranie w zależności od rozpoznanych potrzeb [20].

### **Realizacja opieki pielęgniarstwa**

Realizacja opieki pielęgniarstwa u świadczeniobiorców w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarstwa oraz przygotowanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie niepełnosprawności to szeroki wachlarz czynności, które trudno omówić w krótkim artykule. Przykładowe działania pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej mogą obejmować, w zależności od stwierdzonych potrzeb: przygotowanie do zmiany opatrunków w przypadku długo gojących się ran podudzi, profilaktykę przeciwoleżynową czy naukę toalety ciała u pacjentów nie opuszczających łóżka.

### **Przeprowadzenie wywiadów środowiskowych**

Przeprowadzenie wywiadów środowiskowych przez pielęgniarstwo podstawowej opieki zdrowotnej określają standardy pielęgniarstwa rodzinnej [20]. W przypadku zbierania wywiadu geriatrycznego występują różnice, które dotyczą sposobu jego zbierania i interpretacji danych. Niekiedy uzyskanie danych od pacjenta jest trudniejsze z powodu barier wynikających z deficytów (osłabienie słuchu, wzroku, pamięci, czasami występują zaburzenia mowy). Można spodziewać się, że nie wszystkie dolegliwości zostaną zgłoszone przez starszego pacjenta, gdyż uzna je za cechy starości, a nie choroby i odwrotnie, zgłaszać będzie nieistotne objawy, przypisując im pierwszoplanowe znaczenie. Pacjent w starszym wieku będzie zgłaszać wiele dolegliwości i objawów, często usłyszymy nietypowe skargi. Jest to spowodowane wielonarządową patologią, zaburzeniami poznawczymi czy zmienionym przebiegiem chorób, a także rzutowaniem dolegliwości somatycznych na sferę emocjonalną i emocjonalnej na somatyczną. Czas konieczny do przeprowadzenia kompleksowego wywiadu geriatrycznego jest dłuższy nie tylko ze względu na obszerniejszy zakres (dodatkowo zbiera się informacje o dolegliwościach związanych ze starością, dotychczasowym leczeniu, odżywianiu, sytuacji rodzinnej i socjalnej) czy bariery w komunikacji [21]. Struktura i obszar diagnozy pielęgniarstwa na potrzeby pracy z osobą starszą, oprócz indywidualnej diagnozy osoby (jej sytuacji socjalno-zdrowotnej, możliwości i poziomu samoopieki), musi uwzględniać diagnozę rodzinną (oprócz sytuacji socjalno-zdrowotnej rodziny/opiekunów, możliwość i stopień pełnienia opieki nieprofesjonalnej) oraz

diagnozę lokalnego środowiska (możliwość uzyskania pomocy ze strony systemów wsparcia społecznego) [22].

### **Wykonanie badania fizykalnego**

Wykonanie badania fizykalnego w przypadku pacjenta w starszym wieku wymaga rozszerzenia go – w porównaniu z badaniem internistycznym – o dodatkowe elementy, takie jak: identyfikacja tzw. wielkich problemów geriatrycznych, uwzględnienie stanu psychicznego, ocena wydolności funkcjonalnej. Typową ocenę geriatryczną rozpoczyna się od określenia samodzielności dotyczącej podstawowych czynności życia codziennego (ADL) i złożonych czynności życia codziennego (IADL). Jest kilka narzędzi służących do wykrywania deficytów w zakresie czynności życia codziennego (a następnie ustalania zakresu potrzebnej pomocy), jednak najbardziej są rozpowszechnione: skala Katza i skala Lawtona [11]. Trzecim kryterium oceny sprawności życiowej starszych ludzi jest ocena sprawności lokomocyjnej, czyli zdolności do przemieszczania się w skali 4-stopniowej. Grupa I – seniorzy chodzący swobodnie poza domem, grupa II – chodzący z trudnością poza domem, grupa III – niewychodzący samodzielnie z domu, grupa IV – niewychodzący samodzielnie z łóżka (obłożnie, przewlekłe chorzy) [12]. Utrudnieniem w ocenie stanu pacjenta w starszym wieku jest współwystępowanie zaburzeń z różnych sfer, somatycznej, poznawczej, emocjonalnej. Aby więc ocenić stan starszego pacjenta prowadzi się tzw. kompleksową ocenę geriatryczną obejmującą ocenę czynnościową, ocenę stanu fizycznego, psychicznego i społecznego.

### **Ocena jakości życia i wydolności psychofizycznej świadczeniobiorcy**

Jakość życia jest ważnym pojęciem w gerontologii, wyznacznikiem funkcjonowania ludzi w podeszłym wieku. Jakość życia człowieka starszego analizuje się w kilku wymiarach. Są to: ogólny stan zdrowia i stan funkcjonalny, mierzony stopniem samodzielności, pozycja społeczno-ekonomiczna starszej osoby, a także zadowolenie i satysfakcja z życia oraz poczucie własnej godności, składające się na obraz samego siebie. Oznacza to, że do oceny jakości życia starszego pacjenta można użyć różnych narzędzi, jak: kryteria oceny dobrego samopoczucia u osób starszych, indeks satysfakcji z życia, skale izolacji społecznej i wiele innych [23]. Zmiany inwolucyjne i chorobowe zwykle prowadzą do coraz większego upośledzenia zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Jest to proces stopniowo przebiegający, często trudny do zauważenia przez rodzinę czy osoby pełniące opiekę.

Łatwym w użyciu, wszechstronnym narzędziem do oceny psychicznego i socjalnego stanu ludzi w starszym wieku jest skala NOSGER (*Nurses Observation Scale of Geriatric Patients*). Jej wyznaczniki obejmują ocenę pamięci, aktywności dnia codziennego, zachowań socjalnych i asocjalnych oraz nastroje i emocje. Zalety zastosowania skali NOSGER są wielorakie, ułatwiające pracę z człowiekiem starszym [24].

### **Ocena wydolności pielęgniacyjno-opiekuńczej rodziny**

Ocenę wydolności pielęgniacyjno-opiekuńczej rodziny można określić poprzez analizę kształtujących ją czynników, tj. struktury rodziny, jej funkcjonowania emocjonalnego, sytuacji bytowej, jej sprawności fizycznej i psychicznej, wiedzy i umiejętności członków, jak również ich funkcjonowania społecznego [20]. Inne czynniki kształtujące wydolność pielęgniacyjno-opiekuńczą rodziny to: dyspozycyjność, poziom wykształcenia opiekunów, motywacja do sprawowania opieki czy ew. dezorganizacja rodziny, a zwłaszcza alkoholizm i przemoc [25]. Oprócz ww. czynników wewnątrzrodzinnych na zakres wydolności pielęgniacyjno-opiekuńczej rodziny wpływają czynniki zewnętrzne, związane z lokalną społecznością. Chodzi tu zarówno o zasoby materialne (urządzenia, stołówki, świetlice, dzienne domy pomocy), jak i zasoby ludzkie, umiejscowione w obrębie lokalnej społeczności. Są to wszystkie znane systemy społecznego wsparcia; pierwotne (np. przyjaciele, sąsiedzi, znajomi, rodziny z podobnymi problemami) i wtórne, czyli grupy społeczne, których celem jest wzajemne wsparcie i pomoc (np. grupy samopomocy, stowarzyszenia, grupy wyznaniowe, grupy charytatywne) [16]. Dokonanie oceny wydolności pielęgniacyjno-opiekuńczej rodziny w przypadku planowania opieki nad człowiekiem w starszym wieku jest niezwykle ważne w pracy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, jednak nie zawiera elementów swoistych dla opieki geriatrycznej.

Pielęgniarka w podstawowej opiece zdrowotnej jest także zobowiązana do świadczeń diagnostycznych, leczniczych czy rehabilitacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami. Należą tu m.in.: pobieranie materiału do badań diagnostycznych (zgodnie z odrębnymi przepisami); wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium opartych na zestawach i aparaturze przeznaczonej do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy; udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej; wykonywanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę oraz interpreta-

cję; podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej nie tylko podaje leki na zlecenie lekarza prowadzącego, ale również, odwiedzając pacjenta w jego domu, ma możliwość oceny, na ile chory przestrzega zaleceń lekarskich. Zjawisko nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez starszych ludzi ma duży zasięg i poważne konsekwencje zdrowotne [26] określane obecnie mianem *geriatryczny zespół jatrogenny* (zespół objawów spowodowany niekontrolowanym przyjmowaniem leków przez starsze osoby), dlatego ścisła współpraca w tej dziedzinie w zespole podstawowej opieki zdrowotnej jest konieczna [27].

Ważnym zadaniem pielęgniarki jest ocena bólu zgłaszanego przez starszego pacjenta. Ból jest jednym z podstawowych objawów towarzyszących wielu schorzeniom podeszłego wieku: osteoartrozie, osteoporozie, neuropatii cukrzycowej, neuralgii popółpaścowej, nowotworom. Częściej jest to ból przewlekły, o umiejscowieniu w okolicy stawów, grzbietu i kończyn dolnych. Ból jest doświadczeniem subiektywnym, dlatego narzędzia do jego pomiaru (skale bólu) mogą być różne. Pacjent może przyznawać odczuciu intensywności bólu określoną liczbę punktów lub oceniać słownie. Oprócz intensywności ocenia się umiejscowienie, charakter bólu, przyczyny odnowienia się (problemy emocjonalne, pogoda, ruch, pora dnia/nocy). Obserwacja powinna być prowadzona co najmniej kilkanaście dni, a wyniki może zapisywać sam pacjent w przygotowanym dzienniczku. Inne gwarantowane świadczenia to: zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, oparzenia; cewnikowanie pęcherza u kobiet i płukanie pęcherza; wykonywanie wlewów/wlewk doodbytniczych; wykonywanie zabiegów pielęgniacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących się w porozumieniu z lekarzem; zdejmowanie szwów; wykonywanie inhalacji; wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna; stawianie baniek; ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych; dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego; doraźną modyfikację dawki leków przeciwbólowych, w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z wykazem leków, do podawania których jest uprawniona pielęgniarka; rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia; usprawnianie ruchowe; drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej; ćwiczenia ogólnousprawniające czy ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku.

## Podsumowanie

Analiza zadań pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w stosunku do pacjentów w starszym wieku wskazuje, że zakres jej kompetencji jest bardzo szeroki. Tym samym pielęgniarstwo podstawowej opieki zdrowotnej nie tylko musi opierać się na pielęgniarstwie wiedzy klinicznej czy posiadać zawodowe umiejętności, ale również szerszą wiedzę z zakresu geriatry, wzbogaconą o elementy demografii, psychologii, socjologii, geriatry, umiejętności negocjacji i organizacyjne. Musi być wyczulona na symptomy złego traktowania czy krzywdzenia ludzi starszych, znać opracowane procedury postępowania w takich przypadkach. Złożone problemy opieki nad ludźmi w podeszłym wieku wymagają dobrej, interaktywnej współpracy przede wszystkim w zespole medycznym, ale nie tylko; także z pracownikami socjalnymi, innymi ludźmi mogącymi pomóc w procesie zapobiegania przedwczesnej instytucjonalizacji i utrzymywaniu starszego człowie-

ka w dobrej kondycji. Starzenie się człowieka to proces naturalny, nieuchronny i nieodwracalny. Należy mu wyjść naprzeciw, wspierając starszych ludzi i ich rodziny, bowiem rodzina ciągle pozostaje trwałą instytucją i naszym największym sojusznikiem.

W procesie zmiany postaw wobec starości koniecznym działaniem jest także tworzenie pozytywnego obrazu tego okresu życia, który może być nie tylko długi, ale i radosny. Aktywność seniorów jest konieczna i możliwa w wielu dziedzinach, a działania pielęgniarstwa muszą zmierzać do pobudzania do aktywności i utrzymywania swoich pacjentów, ludzi w starszym wieku w sprawności i zdolności do samodzielnego funkcjonowania, dopóty, dopóki to możliwe.

Mając świadomość, że w wielu obszarach świadczeń nie ma szczegółowych uregulowań i norm dotyczących zakresu profesjonalnych działań pielęgniarstwa – przedstawione zestawienie jest autorską propozycją, która może zapoczątkować dyskusję na ten temat.

## Piśmiennictwo

- [1] Miller M., Gębska-Kuczerowska A.: Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce. *Gerontol. Pol.* 6, 1998, 18–23.
- [2] Wojszel B., Bień B.: Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji w późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przeg. Lek.* 59, 2002, 216–221.
- [3] Zych A.A.: Moderacja rozwoju – wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej. *Gerontol. Pol.* 12, 2004, 119–124.
- [4] Charońska E., Janus B.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. *Pielęgniarstwo* 2000, 3, 1999, 23.
- [5] Pike S., Forster D.: Promocja zdrowia dla wszystkich. Czelej, Lublin 1998, 137–155.
- [6] Karski J. (red.): Promocja zdrowia. Ignis, Warszawa 1999.
- [7] Szerbińska K.: Jak opracować skuteczny program edukacji zdrowotnej pacjentów. *Zdrowie i Zarządzanie* 2000, 6, 45.
- [8] Szerbińska K.: Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym. [W:] *Zdrowie Publiczne*. Red.: Krzanowski M., Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C. T. II. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
- [9] Brennan F.H.: Ćwiczenia dla aktywnych seniorów. *Medycyna po dyplomie* 2002, 5, 107–117.
- [10] Kocemba J., Grodzicki T.: Podstawy gerontologii klinicznej. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, Kraków 2000.
- [11] Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R.: MSD. Podręcznik geriatry. Red. wydania polskiego: Galus K., Kocemba J. Urban & Partner, Wrocław 1999.
- [12] Pędzich W., Wojszel B.: Higiena wieku podeszłego. [W:] *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*. Red.: Jethon Z., Grzybowski A. PZWL, Warszawa 2000.
- [13] Kocemba J.: Pierwotna prewencja przeciwnadciśnieniowa u osób w wieku podeszłym. *Gerontol. Pol.* 2000, 8, 29–34.
- [14] Favier M., Boland M.: Program poprawy jakości. Opieka nad ludźmi starszymi. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1997.
- [15] Informacje na ten temat można znaleźć w: Bień B., Wojszel B., Wilmańska J.: Kwestionariusz *Easy-care*: założenia i metodologia badań. *Gerontol. Pol.* 1999, 7, 37–41; Bień B., Wojszel B., Wilmańska J.: Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontol. Pol.* 1999, 7, 42–47; Wojszel B., Bień B., Wilmańska J.: Kwestionariusz *Easy-Care* jako system oceny ludzi starszych w praktyce leczenia podstawowego. *Gerontol. Pol.* 2000, 8, 49–53.
- [16] Kawczyńska-Butrym Z.: Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej. Wyd. Śląsk, Katowice 1981.
- [17] <http://www.alzheimer.pl/patients/pub.html?chapter=106&pub=1631> (data dostępu 10.10.2010).
- [18] Kawczyńska-Butrym Z.: Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. PZWL, Warszawa 1995, 59–80.
- [19] Zarzycka D.: Skala Pomiaru Wsparcia Społecznego. [W:] *Diagnoza pielęgniarstwa*. Red.: Kawczyńska-Butrym Z. PZWL, Warszawa 1999, 230–231.
- [20] Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina – zdrowie – choroba, koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Czelej, Lublin 2001.

- [21] **Wróblewski T.:** Odmienności diagnostyczno-lecznicze w medycynie geriatrycznej. [W:] Vademecum diagnostyki i terapii. PZWL, Warszawa 1993.
- [22] **Kochaniuk H.:** Diagnoza pielęgnarska w pracy z człowiekiem starszym. [W:] Diagnoza pielęgnarska. Red.: Kawczyńska-Butrym Z. PZWL, Warszawa 1999, 205–211.
- [23] **Adamczyk-Tobiasz B.:** Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo UJ, Kraków 1998.
- [24] **Wahle M., Häller S., Spiegel R.:** Validation of the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): reliability and validity of a caregiver rating instrument. *Int. Psychogeriatr.* 1996, vol. 8, 4, 525–547.
- [25] **Kawczyńska-Butrym Z.:** Diagnoza pielęgnarska w środowisku lokalnym. [W:] Diagnoza pielęgnarska. Red.: Kawczyńska-Butrym Z. PZWL, Warszawa 1999, 153–163.
- [26] **Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E.:** Nieprzestrzeganie zaleceń medycznych przez osoby starsze – problem medyczny i społeczny. *Gerontol. Pol.* 2000, 8, 11–18.
- [27] **Langlois J.P.:** Edukacja zdrowotna pacjenta. [W:] *Medycyna Rodzinna*. Red.: Steciwko A. Urban & Partner, Wrocław 1998, 163–171.

**Adres do korespondencji:**

Krystyna Misiak  
Zakład Gerontologii  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
e-mail: wp-14.4@am.wroc.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.09.2011 r.

Po recenzji: 26.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 26.09.2011 r.

Received: 21.09.2011

Revised: 26.09.2011

Accepted: 26.09.2011