

Problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne pacjentów oddziału geriatrycznego

Justyna Paszkiewicz¹, Irena Wrońska², Stanisława Spisacka¹, Mirosława Staniszevska³, Anna Ławnik¹

¹ Katedra Zdrowia, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny, Lublin

³ Oddział Geriatrii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Paszkiewicz J, Wrońska I, Spisacka S, Mirosława S, Anna Ł. Problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne pacjentów oddziału geriatrycznego. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(3): 320–324. doi: 10.5604/20834543.1124665

Streszczenie

Wprowadzenie. Prognoza demograficzna GUS zakłada, że pomiędzy rokiem 2010 a 2020 liczba osób w wieku 65 lat wzrośnie z 5,2 mln do 7 mln, a w 2030 osiągnie 8,2 mln.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjentów oddziału geriatrycznego.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono wśród 102 pacjentów obu płci w wieku 68–101 lat, hospitalizowanych w Oddziale Geriatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej oraz skala Barthel.

Wyniki. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów geriatrycznych było pogorszenie stanu zdrowia (100%) oraz brak możliwości opieki ze strony najbliższych. Ponad połowa badanych zgłaszała drżenie rąk, zaburzenia świadomości, kłopoty z pamięcią, zawroty oraz bóle głowy. Pacjenci zgłaszali również problemy w utrzymaniu higieny osobistej (70–80%). Chorzy lub ich rodziny informację dotyczące choroby oraz pielęgnacji najczęściej uzyskiwali od lekarza i/lub pielęgniarki (ok 70%). Jednak pacjenci i/lub ich opiekunowie najczęściej oczekują informacji dotyczących sposobu utrzymania higieny osobistej, poprawy sprawności fizycznej oraz zaleceń dietetycznych.

Wnioski. Przyczyną hospitalizacji pacjentów geriatrycznych jest pogorszenie stanu zdrowia oraz brak wydolności rodziny w zakresie opiekuńczo-pielęgnacyjnym. Problemami zgłaszanymi przez chorych są drżenia rąk, zaburzenia świadomości, kłopoty z pamięcią, oraz trudności w utrzymaniu higieny osobistej. Mimo że pacjenci i/lub ich rodziny uzyskują informacje dotyczące pielęgnowania chorego od lekarza i/lub pielęgniarki, chcieliby jeszcze uzyskać więcej informacji na temat poprawy sprawności fizycznej oraz diety chorego.

Słowa kluczowe

geriatria, pacjent geriatryczny, hospitalizacja, przyczyna, skala Barthel

WSTĘP

Prognoza demograficzna GUS zakłada, że pomiędzy rokiem 2010 a 2020 liczba osób w wieku 65 lat wzrośnie z 5,2 mln do 7 mln, a w 2030 osiągnie 8,2 mln. W szybkim tempie będzie wzrastać również liczba osób po 80. roku życia – z 1,3 mln do 1,6 mln w 2020 oraz do 2 mln w 2030 roku [1].

Wzrost liczby seniorów jest przyczyną generowania kosztów. Dotyczy to głównie trzech stref:

- emerytalno-rentowej,
- ochrony zdrowia,
- pomocy społecznej [1].

Zmiany wymagają integracji sieci usług diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i usługowo-pomocowych w sferze organizacyjnej. Dlatego też pożądanym jest rozwój geriatryi zarówno ze względów ekonomicznych, jak i etycznych. Zapewnienie pacjentom geriatrycznym kompleksowej opieki oraz oceny geriatrycznej spowoduje bardziej racjonalne wykorzystanie środków finansowych pozostających w dyspozycji podmiotów działających w ochronie zdrowia [2].

Dostępne wyniki badań z zakresu ekonomiki ochrony zdrowia wykazują, że specjalistyczna opieka zdrowotna nad pacjentami geriatrycznymi spowoduje wydłużenie okresu sprawności, co będzie miało wpływ na racjonalizację wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej i farmakoterapię [2].

Interdyscyplinarny zespół geriatryczny powinien składać się z lekarza geriatry, pielęgniarki i rehabilitanta/fizjoterapeuty oraz pracownika socjalnego, a także, w zależności od potrzeb zdrowotnych chorego, powinien być rozszerzany o psychologa, farmaceutę czy dietetyka, jak również niezbędnych konsultujących specjalistów. Podejście geriatryczne sprzyja redukcji polifarmakoterapii i redukcji środków w ochronie zdrowia [2, 3].

Jednak, jak podaje literatura, liczba łóżek geriatrycznych w Polsce w latach 1999–2006 zmalała z 511 w roku 1999 do 342 w roku 2006. W Austrii i Szwecji liczba lekarzy geriatrów przypadających na 10000 osób w wieku powyżej 65 lat wynosi odpowiednio 7,4 oraz 7,8, natomiast Polska ze wskaźnikiem 0,3 geriatry na 100000 mieszkańców zajmuje przedostatnie miejsce. W Polsce do grudnia 2006 wydano 174 dyplomy specjalizacji geriatryi, jednak nie wszyscy specjaliści praktykują jako geriatrzy. Liczba praktykujących geriatrów w Polsce wynosi 0,2% ogółu lekarzy [4].

Adres do korespondencji: Justyna Paszkiewicz, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Katedra Zdrowia, ul. Sidorska 95/97
E-mail: styska77@gmail.com

Nadesłano: 23 lutego 2014 roku; Zaakceptowano: 31 marca 2014 roku

CEL PRACY

Celem pracy jest:

- 1) określenie przyczyny hospitalizacji osób starszych w oddziale geriatrycznym;
- 2) wyodrębnienie najczęstszych dolegliwości występujących u pacjentów geriatrycznych ze schorzeniami neurologicznymi;
- 3) ocena poziomu samodzielności pacjentów hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym;
- 4) przedstawienie oczekiwań pacjentów hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym.

METODY BADAWCZE

Badania przeprowadzono w okresie 8 miesięcy w 2011 roku, wśród 102 pacjentów obu płci w wieku 68–101 lat ($81,25 \pm 6,23$ lat), wśród osób hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

Jedno z narzędzi badawczych stanowił kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej zawierający 10 pytań dotyczących stanu zdrowia, samopoczucia, zgłaszanych przez respondentów dolegliwości.

Drugie to skala Barthel służąca do określenia poziomu samodzielności oraz zapotrzebowania na opiekę osób drugich. Bierze się w niej pod uwagę czynności z życia codziennego, z uwzględnieniem stopnia samodzielności pacjenta. Na końcowym etapie oceny samodzielności pacjenta skala ta daje możliwość liczbowego przyporządkowania wartości punktowych. W wyniku takiej oceny pacjentów można zakwalifikować do jednej z trzech grup, w zależności od ich stanu zdrowia określanego skalą:

- 85–100 punktów – grupa I – mały zakres oczekiwanej przez pacjenta pomocy w czynnościach samoobsługowych (stan „lekki”);
- 21–84 punkty – grupa II – umiarkowany zakres oczekiwanej pomocy (stan „średnio ciężki”);
- 0–20 punktów – grupa III – duży zakres oczekiwanej pomocy (stan „bardzo ciężki”) [5].

WYNIKI

Badaniami objęto 102 osoby hospitalizowane w oddziale geriatrycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, w tym 48 (47,1%) mężczyzn i 54 (52,9%) kobiety.

Najczęściej zgłaszaną przyczyną hospitalizacji w oddziale geriatrycznym było pogorszenie stanu zdrowia, natomiast drugą był brak możliwości opieki ze strony najbliższych. Najbardziej wymienianą przyczyną hospitalizacji był brak możliwości leczenia w innym oddziale (Tab. 1).

Wśród respondentów z chorobą Parkinsona, zawałem mózgu, starczym zwyrodnieniem mózgu oraz stanem po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu, najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami było drżenie rąk, zaburzenia świadomości, kłopoty z pamięcią. Zawroty głowy występowały u 95,0% chorych z zaburzeniami krążenia mózgowego, natomiast bóle głowy występowały najczęściej wśród osób ze stanem po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu, a nudności i wymioty u 80,0% badanych z zawałem mózgu. Zaburzenia mikcji najczęściej (75,0%) występowały wśród osób z otępieniem typu alzheimerowskiego. Natomiast zaburzenia chodu (66,7%) oraz bóle kręgosłupa (66,7%) najczęściej występowały wśród osób ze starczym zwyrodnieniem mózgu. U ponad połowy badanych (60%) z udarem mózgu najczęściej występowały niedowłady (Tab. 2).

Tabela 1. Przyczyny pobytu badanych na oddziale geriatrycznym z uwzględnieniem rodzaju choroby

Przyczyna	ChP %	ZKM %	ZM %	SPUM %	UM %	SZM %	NNM %	OTA %	ChA %	SPNUM %
Pogorszenie stanu zdrowia	100,0	100,0	100,0	57,1	100,0	100,0	100,0	100,0	76,5	100,0
Brak możliwości leczenia na innym oddziale	-	10,0	-	21,4	-	-	9,1	-	-	-
Brak możliwości opieki	28,6	25,0	40,0	35,7	80,0	33,3	36,4	-	35,3	-

Legenda:

Choroba Parkinsona – ChP, Zaburzenia krążenia mózgowego – ZKM, Zawał mózgu – ZM, Stan po udarze mózgu – SPUM, Udar mózgu – UM, Starcze zwyrodnienie mózgu – SZM, Niewydolność naczyń mózgowych – NNM, Otępienie typu Alzheimerowskiego – OTA, Choroba Alzheimerera – ChA, Stan po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu – SPNUM

Tabela 2. Dolegliwości odczuwane przez badanych w trakcie hospitalizacji z uwzględnieniem rodzaju choroby

Rodzaj dolegliwości (%)	ChP	ZKM	ZM	SPUM	UM	SZM	NNM	OTA	ChA	SPNUM
Zawroty głowy	78,6	95,0	60,0	50,0	80,0	83,3	90,9	75,0	41,2	83,3
Zaburzenia widzenia	35,7	30,0	40,0	14,3	-	16,7	18,2	50,0	17,6	-
Bóle głowy	71,4	55,0	20,0	57,1	60,0	66,7	81,8	75,0	35,3	83,3
Nudności, wymioty	7,1	10,0	80,0	7,1	-	16,7	9,1	-	-	33,3
Ślinotok	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zaburzenia chodu	64,3	50,0	20,0	92,9	60,0	66,7	54,5	50,0	41,2	33,3
Drżenie rąk	100,0	25,0	60,0	14,2	60,0	50,0	54,5	-	11,8	33,3
Zaburzenia świadomości	14,2	30,0	100,0	21,4	80,0	16,7	18,2	50,0	29,4	33,3
Napady padaczkowe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kłopoty z pamięcią	100,0	50,0	60,0	50,0	60,0	100,0	81,8	75,0	76,5	100,0
Bóle kręgosłupa	42,9	25,0	-	21,4	-	66,7	54,5	25,0	29,4	-
Niedowłady	-	15,0	20,0	21,4	60,0	-	9,1	-	-	33,3
Zaburzenia oddawania moczu	42,9	60,0	40,0	35,7	40,0	50,0	45,5	75,0	52,9	50,0

Legenda:

Choroba Parkinsona – ChP, Zaburzenia krążenia mózgowego – ZKM, Zawał mózgu – ZM, Stan po udarze mózgu – SPUM, Udar mózgu – UM, Starcze zwyrodnienie mózgu – SZM, Niewydolność naczyń mózgowych – NNM, Otępienie typu Alzheimerowskiego – OTA, Choroba Alzheimerera – ChA, Stan po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu – SPNUM

Zawroty głowy zgłaszali wszyscy badani mężczyźni w wieku ≥ 90 lat (100%), natomiast bóle głowy najczęściej odczuwali również mężczyźni, jednak w wieku 81–90 lat (88,2%). Zaburzenia widzenia najczęściej występowały u osób ≥ 90 lat, zarówno mężczyzn, jak i kobiet (33,3% vs 33,3%). Zburzenia chodu występowały u wszystkich kobiet i 66,7% mężczyzn ≥ 90 lat, najczęściej (62,5%) wśród mężczyzn ≤ 80 lat. Kłopoty z pamięcią występowały u ponad 70% badanych, zarówno mężczyzn i kobiet (Tab. 3).

Problemy zgłaszane przez badanych z uwzględnieniem rodzaju choroby

Najczęściej zgłaszanym problemem utrudniającym funkcjonowanie w życiu codziennym wśród osób z zawałem mózgu (80,0%) i udarem mózgu (80,0%) było ograniczenie w utrzymaniu higieny. Natomiast ograniczenie kontaktu z innymi osobami najczęściej utrudniało funkcjonowanie w życiu codziennym

u 76,5% badanych z chorobą Alzheimera. Konieczność stosowania się do zaleceń lekarskich najczęściej utrudniała funkcjonowanie osób z chorobą Parkinsona (57,1%), a ograniczenia w załatwianiu spraw urzędowych osób z otępieniem typu alzheimerowskiego (50,0%) i stanem po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu (50,0%). Ograniczeniami utrudniającymi funkcjonowanie w życiu codziennym, które badani wymieniali w kategorii „inne”, były: brak samodzielności, ograniczenia ruchowe, zależność od innych osób (Tab. 4).

Źródła informacji o chorobie i oczekiwania badanych

Pacjenci i/lub opiekunowie pacjentów z chorobą Parkinsona, starczym zwyrodnieniem mózgu i otępieniem typu alzheimerowskiego jako źródła wiedzy podali lekarza i/lub pielęgniarkę. Innym, często wymienianym przez opiekunów/pacjentów, źródłem wiedzy były programy telewizyjne (60,0%) oraz programy radiowe (60,0%) (Tab. 5).

Tabela 3. Dolegliwości odczuwane przez badanych a ich płeć i wiek

Rodzaj dolegliwości	≤ 80 lat (%)		81-90 lat (%)		≥ 90 lat (%)		\bar{x} (%)	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Zawroty głowy	69,0	56,3	70,6	82,4	66,7	100,0	68,8	79,6
Zaburzenia widzenia	17,2	25,0	17,6	23,5	33,3	33,3	22,7	27,3
Bóle głowy	62,1	62,5	47,1	88,2	33,3	66,7	47,5	72,5
Nudności, wymioty	13,8	12,5	17,6	5,9	0,0	0,0	10,5	6,1
Zaburzenia chodu	62,1	62,5	35,3	52,9	100,0	66,7	65,8	60,7
Drżenie rąk	34,5	18,8	47,1	41,2	33,3	66,7	38,3	42,2
Zaburzenia świadomości	20,7	31,3	41,2	29,4	66,7	66,7	42,9	42,5
Kłopoty z pamięcią	79,3	100,0	70,6	58,8	66,7	66,7	72,2	75,2
Dolegliwości bólowe kręgosłupa	13,8	25,0	17,6	35,3	66,7	33,3	32,7	31,2
Niedowład	0,0	0,0	17,6	23,5	33,3	33,3	17,0	18,9
Zaburzenia oddawania moczu	55,2	43,58	35,3	64,7	66,7	66,7	52,4	58,3
Inne	3,4	6,3	11,8	5,9	0,0	0,0	5,1	4,1

Tabela 4. Problemy badanych osób wynikające z choroby a mające wpływ na codzienne funkcjonowanie z uwzględnieniem rodzaju choroby

Problem (%)	ChP	ZKM	ZM	SPUM	UM	SZM	NNM	OTA	ChA	SPNUM
Ograniczenia w utrzymaniu higieny ciała	71,4	75,0	80,0	92,7	80,0	50,0	72,7	25,0	64,7	66,7
Konieczność stosowania się do zaleceń lekarskich	57,1	30,0	-	42,9	20,0	50,0	54,5	50,0	47,1	50,0
Ograniczenia w załatwianiu spraw urzędowych	35,7	40,0	-	42,9	-	-	18,2	50,0	41,2	50,0
Ograniczenie kontaktu z innymi osobami	57,1	25,0	60,0	64,3	60,0	50,0	63,6	50,0	76,5	33,3

Legenda:

Choroba Parkinsona – ChP, Zaburzenia krążenia mózgowego – ZKM, Zawał mózgu – ZM, Stan po udarze mózgu – SPUM, Udar mózgu – UM, Starcze zwyrodnienie mózgu – SZM, Niewydolność naczyń mózgowych – NNM, Otępienie typu Alzheimerowskiego – OTA, Choroba Alzheimera – ChA, Stan po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu – SPNU

Tabela 5. Źródła wiedzy o swojej chorobie z uwzględnieniem rodzaju choroby

	ChP	ZKM	ZM	SPUM	UM	SZM	NNM	OTA	ChA	SPNUM
Czasopisma medyczne	-	-	-	14,3	-	-	-	-	-	-
Poradnik dla pacjentów	14,3	-	-	-	-	-	9,1	-	-	-
Internet	-	5,0	-	-	-	-	-	-	5,9	-
Programy telewizyjne	14,3	25,0	60,0	42,9	60,0	-	54,5	25,0	11,8	16,7
Programy radiowe	35,7	25,0	60,0	21,4	40,0	33,3	45,5	50,0	17,6	17,6
Czasopisma niemedyczne	-	-	-	-	-	-	9,1	25,0	11,8	17,6
Lekarz	100,0	75,0	60,0	64,3	60,0	50,0	72,7	100,0	94,1	66,7
Pielęgniarka	100,0	60,0	60,0	85,7	80,0	100,0	90,9	75,0	52,9	83,3

Legenda:

Choroba Parkinsona – ChP, Zaburzenia krążenia mózgowego – ZKM, Zawał mózgu – ZM, Stan po udarze mózgu – SPUM, Udar mózgu – UM, Starcze zwyrodnienie mózgu – SZM, Niewydolność naczyń mózgowych – NNM, Otępienie typu Alzheimerowskiego – OTA, Choroba Alzheimera – ChA, Stan po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu – SPNU

Źródłem informacji dla znacznej większości opiekunów pacjentów w stanie zdrowia ciężkim i średnio ciężkim (wg skali Barthel) był lekarz (65,7% vs 78,0%) lub pielęgniarka (71,4% vs 90,0%) (Tab. 6).

Wszyscy pacjenci/opiekunowie pacjentów w stanie po udarze mózgu i z udarem mózgu chcieliby uzyskać od pielęgniarki informacje na temat pielęgnacji. Także wszyscy pacjenci z chorobą Parkinsona, zawałem mózgu i starym zwyrodnieniem mózgu chcieliby uzyskać informacje o możliwości poprawy sprawności ruchowej. Informacje dotyczące zaleceń dietetycznych lub o możliwych powikłaniach chcieliby uzyskać pacjenci w stanie po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu (66,7%). Opiekunowie respondentów z otępieniem typu alzheimerowskiego w największym odsetku (50,0%) chcieliby uzyskać informacje o możliwości uzyskania pomocy i wsparcia. Natomiast pacjenci ze starym zwyrodnieniem mózgu chcieliby uzyskać informacje o czynnikach ryzyka choroby (50,0%) (Tab. 7).

Najwięcej pacjentów i/lub opiekunów pacjentów w stanie zdrowia ciężkim (oceny w skali Bartel) oczekiwali informacji o pielęgnacji (80,0%) i informacji o poprawie sprawności ruchowej (77,1%). Także najwięcej pacjentów w stanie średnio ciężkim (21–85 punktów) oczekiwało od pielęgniarki informacji o pielęgnacji (70,0%) i informacji o możliwości poprawy stanu zdrowia (72,0%). Pacjenci w stanie zdrowia ciężkim i średnio ciężkim równie często oczekiwali informacji o zaleceniach dietetycznych (25,7%

vs 42,0%), jak i informacji o możliwości uzyskania pomocy (25,7% vs 34,0%) (Tab. 8).

Zarówno kobiety (80,2%), jak i mężczyźni (81,8%) najczęściej chcieliby uzyskać informację o poprawie sprawności ruchowej. Także znaczny odsetek mężczyzn (67,9%) i kobiet (77,9%) oczekiwał informacji o pielęgnacji. Kobiety w znacznej większości (54,3%) chciałyby uzyskać informacje o możliwości uzyskania pomocy (Tab. 9).

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły na wysunięcie następujących wniosków:

1. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w oddziale geriatrycznym było pogorszenie stanu zdrowia oraz brak możliwości opieki ze strony najbliższych.
2. Najczęściej odczuwanymi dolegliwościami wśród badanych było drżenie rąk, zaburzenia świadomości, kłopoty z pamięcią. Respondenci z zaburzeniami krążenia mózgowego, naczyniopochodnym uszkodzeniem mózgu oraz zawałem mózgu najczęściej zgłaszali zawroty głowy, bóle głowy oraz nudności i wymioty. Zaburzenia mikcji najczęściej występowały wśród osób z otępieniem typu alzheimerowskiego. Natomiast zaburzenia chodu oraz bóle kręgosłupa najczęściej występowały wśród osób ze starym zwyrodnieniem mózgu. Niedowłady najczęściej

Tabela 6. Wydolność samoopiekuńcza badanych oceniany wg skali Barthel a ich źródła informacji badanych o chorobie

Poziom samoopieki wg skali Barthel	cz. medyczne	poradnik dla pacjentów	internet	telewizja	radio	cz. niemed.	lekarz	pielęgniarka	Inne
0-20 pkt – stan ciężki (%)	0,0	0,0	2,9	22,9	25,7	11,4	65,7	71,4	8,6
21-85pkt – stan średnio ciężki (%)	2,0	4,0	0,0	30,0	30,0	4,0	78,0	90,0	2,0

Tabela 7. Informacje o swojej chorobie, których badani oczekiwali od pielęgniarki z uwzględnieniem rodzaju choroby

Rodzaj informacji	ChP	ZKM	ZM	SPUM	UM	SZM	NNM	OTA	ChA	SPNUM
o pielęgnacji	57,1	60,0	80,0	100,0	100,0	83,3	81,8	75,0	88,2	83,3
poprawie sprawności ruchowej	100,0	80,0	100,0	92,9	75,0	100,0	72,7	75,0	82,4	17,6
zaleceniach dietetycznych	50,0	40,0	-	42,9	25,0	-	27,3	50,0	35,3	66,7
czynnikach ryzyka	28,6	10,0	-	7,1	-	33,3	9,1	25,0	-	-
możliwości uzyskania pomocy np. istniejących stowarzyszeń	28,6	35,0	25,0	21,4	-	33,3	45,5	50,0	47,1	33,3
możliwych powikłań	21,4	15,0	-	7,1	25,0	-	36,4	25,0	11,8	66,7

Legenda:

Choroba Parkinsona – **ChP**, Zaburzenia krążenia mózgowego – **ZKM**, Zawał mózgu – **ZM**, Stan po udarze mózgu – **SPUM**, Udar mózgu – **UM**, Starcze zwyrodnienie mózgu – **SZM**, Niewydolność naczyń mózgowych – **NNM**, Otępienie typu Alzheimerowskiego – **OTA**, Choroba Alzheimera – **ChA**, Stan po naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu – **SPNU**

Tabela 8. Oczekiwania badanych w zależności od ich sprawności (skala Barthel)

Oczekiwania badanych	Ocena wg skali Barthel	
	0-20 pkt stan ciężki (%)	21-85pkt Stan średnio ciężki (%)
informacje o pielęgnacji	80,0	70,0
poprawa sprawności ruchowej	77,1	72,0
zalecenia dietetyczne	25,7	42,0
poznanie czynników ryzyka nawrotu choroby	5,7	12,0
informacje o możliwości uzyskania pomocy np. istniejących stowarzyszeń	25,7	34,0
informacje o możliwych powikłaniach	11,4	22,0
inne	5,7	0,0

Tabela 9. Oczekiwania badanych w zależności od płci i wieku

Oczekiwania badanych	do 80 lat (%)		81-90 lat (%)		> 90 lat (%)		\bar{x} (%)	
	K	M	K	M	K	M	K	M
informacje o pielęgnacji	69,0	93,8	64,7	76,5	100,0	33,3	77,9	67,9
poprawa sprawności ruchowej	75,9	68,8	64,7	76,5	100,0	100,0	80,2	81,8
zalecenia dietetyczne	31,0	37,5	41,2	23,5	66,7	66,7	46,3	42,6
poznanie czynników ryzyka nawrotu choroby	10,3	6,3	0,0	17,6	33,3	0,0	14,5	8,0
informacje o możliwości uzyskania pomocy	27,6	50,0	35,3	0,0	100,0	33,3	54,3	27,8
informacje o możliwych powikłaniach	10,3	12,5	29,4	17,6	33,3	33,3	24,3	21,1
inne	0,0	0,0	5,9	5,9	0,0	0,0	2,0	2,0

- występowały wśród pacjentów z udarem mózgu. Najczęściej występującymi schorzeniami zarówno w grupie mężczyzn i kobiet były zaburzenia krążenia mózgowego.
- Ograniczenia w utrzymaniu higieny ciała były najczęściej występującym problemem utrudniającym codzienne funkcjonowanie osób z zawałem mózgu i udarem mózgu. Ograniczenie kontaktu z innymi osobami najczęściej utrudniało funkcjonowanie w życiu codziennym badanych z chorobą Alzheimerera. Ograniczeniami utrudniającymi funkcjonowanie w życiu codziennym, które badani wymieniali w kategorii „inne”, były: brak samodzielności, ograniczenia ruchowe, zależność od innych osób.
 - Najczęstszym źródłem informacji o chorobie był lekarz i pielęgniarka. Jednak badani najczęściej chcieliby uzyskać informację o pielęgnacji i możliwości poprawy sprawności ruchowej.

PIŚMIENNICTWO

- Szukalski P. Aktywne starzenie się. Bezbolesna recepta na starzenie się ludności, „Liberte!” z 12 września 2011 r. <http://liberte.pl/aktywne-starzenie-siebezbolesna-recepta-na-starzenie-sie-ludnosci/> (dostęp: 04 lipca 2013).
- Bień B, Błędowski P, Broczek K, Derejczyk J, Grodzicki T, Kędziora-Kornatowska K. i wsp. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Gerontol Pol. 2013;21(2): 33–47.
- Szwałkiewicz E. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorego i niepełnosprawnego dotyczące zakresu podstawowych świadczeń w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2003; 2: 14–16.
- Szczerbińska K, Pietryka A. Rozwój geriatry w krajach europejskich – historia i zasoby (część 1). Gerontol Pol. 2008; 16(2): 61–73.
- Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. t. II. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 47–48.

Problems of nursing and care of patients from geriatric departments

Abstract

Background: According to a demographic forecast by the Central Statistical Office, between 2010–2020 the number of population aged 65 and older will increase from 5.2–7 million, and will reach 8.2 million in 2030.

Objective: The aim of this study was to identify problems associated with nursing and care of patients from geriatric departments.

Material and method: The study included 102 male and female patients aged 68–101, hospitalized at the Department of Geriatrics of the Regional Specialist Hospital in Biała Podlaska. The research instrument was a questionnaire designed by the author and the Barthel scale.

Results: Deterioration of health (100%) and unavailability of care from close relatives turned out to be the most frequent causes of hospitalization in geriatric patients. More than a half of the respondents reported hand tremor, impaired consciousness, memory problems, dizziness, and headaches. Furthermore, the patients mentioned problems with the maintenance of personal hygiene (70–80%). Usually, the patients and their family members obtained information on medical condition and care from a physician and/or nurse (about 70%). However, most respondents and/or their caregivers expected additional recommendations regarding maintenance of personal hygiene, improvement of physical fitness, and diet.

Conclusions: Hospitalization of geriatric patients is usually caused by deterioration of their health and unavailability of care from their close relatives. Patients' concerns include hand tremor, impaired consciousness, memory problems, and problems with the maintenance of personal hygiene. Although patients and/or their family members obtain information on necessary care from physicians and/or nurses, they still expect additional recommendations regarding improvement of physical fitness and diet.

Key words

geriatrics, geriatric patient, hospitalization, cause, Barthel scale