

**Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej**  
**Kwartalnik międzynarodowy**

LONG-TERM CARE NURSING  
INTERNATIONAL QUARTERLY

ISSN 2450-8624

tom 5, rok 2020, numer 2, s. 131-146

e-ISSN 2544-2538

vol. 5, year 2020, issue 2, p. 131-146

DOI: 10.19251/pwod/2020.2(4)

**Agnieszka Barbara Bartoszek<sup>1</sup>, A-B, D, Katarzyna Halina Kocka<sup>1</sup>, A-B, D, Marcin Rząca<sup>2</sup>, B-D, Grzegorz Józef Nowicki<sup>1</sup>, A-B, E, Barbara Janina Ślusarska<sup>1</sup>, A, E-F**

**ZAKRES I CZĘSTOŚĆ PODEJMOWANIA  
INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH W GRUPIE  
PACJENTÓW Z DEFICYTEM SPRAWNOŚCI  
FUNKCJONALNEJ W OPIECE DOMOWEJ**

**Range and frequency of nursing interventions undertaken  
in patients with functional performance deficits in home care**

<sup>1</sup>Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

<sup>2</sup>Zakład Onkologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

**Streszczenie (j. polski):**

**Cel pracy**

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa (PODD) realizowana jest w środowisku zamieszkania pacjenta. Celem pracy było określenie zakresu i częstości podejmowanych interwencji pielęgniarskich w grupie pacjentów z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej pozostających w środowisku zamieszkania w zależności od stanu pacjenta (sprawności funkcjonalnej, sprawności umysłowej, ryzyka

wystąpienia depresji oraz ryzyka wystąpienia odleżyn).

### **Material i metody**

Badaniami objęto 138 pacjentów z deficytami w zakresie sprawności funkcjonalnej, z czego 108 osób objętych było pielęgniarską opieką długoterminową domową. Dla celów badań stworzono kwestionariusz ankiety składający się z standaryzowanych narzędzi badawczych (Skali Barthel do oceny sprawności funkcjonalnej, Skróconego Testu Sprawności Umysłowej AMTS, Geriatrycznej Skali Oceny Depresji GDS-SF, Skali Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn), narzędzi własnego autorstwa oraz pytań metryczkowych. Ponadto, analizowano dokumentację medyczną pacjenta objętego opieką pielęgniarską w domu.

### **Wyniki**

Analiza korelacji częstości podejmowania interwencji pielęgniarskich w zależności od sprawności funkcjonalnej pacjenta ocenianą skalą Barthel, sprawności umysłowej pacjenta oceniana za pomocą testu AMTS, ryzykiem wystąpienia objawów depresji w skali GDS-SF oraz ryzykiem wystąpienia odleżyn wg skali Northon wykazała istotne ujemne korelacje.

### **Wnioski**

Najczęściej podejmowanymi interwencjami pielęgniarskimi wobec pacjentów były: czynności higieniczne związane z czesaniem, goleniem i obcinaniem paznokci, wykonywanie i interpretacja testów diagnostycznych za pomocą testów paskowych, podawanie leków drogą podskórną, pielęgnacja zgłębnika/sondy, profilaktykę przykurczy oraz zmiana pozycji ułożeniowej.

### **Streszczenie (j. angielski):**

#### **Aim**

Long-term nursing home care (LNHC) is provided in a patient's home environment. The aim of this study was determining the range and frequency of nursing interventions undertaken in a group of patients with functional performance deficits and being under home care depending on the patients' condition (functional performance, intellectual performance, risks of depressive symptoms and risks of decubitus ulcers).

#### **Material and methods**

The study encompassed 138 patients with functional performance deficits; 108 of them were provided with LNHC and the rest of them were under IHC's care. To perform the study, the following standardised tools were used: the Barthel Scale, Abbreviated Mental Test Score (AMTS), Geriatric-Depression Scale-Short Form (GDS-SF) and Norton Scale) along with the authors'own and sociodemographic questionnaires. Moreover, the patients' medical documents were analysed.

#### **Results**

Considerable negative correlations were found in frequency of nursing interventions undertaken depending on patients' functional performance deficits assessed by means of the Barthel Scale, intellectual performance assessed with the AMTS, risks of depressive symptoms checked by means of the GDS-SF and risks of decubitus ulcers assessed with the Norton Scale.

#### **Conclusions**

The most frequently undertaken nursing home care interventions were hygienic activities associated with combing, shaving and trimming nails, performing and interpreting diagnostic tests by means of test strips, subcutaneous administration of drugs, taking care of a probe, prevention of contractures and changing the positions of the patients' body.

**Słowa kluczowe (j. polski):**

pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, interwencje pielęgniarskie, opieka środowiskowa.

**Słowa kluczowe (j. angielski):**

long-term nursing home care, nursing interventions, home care.

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.03.2020

Poprawiono: 23.03.2020

Zaakceptowano do druku: 16.06.2020

Data ostatniej recenzji: 23.03.2020

**Krótki tytuł**

Interwencje pielęgniarskie w opiece domowej

**Autor do korespondencji**

Agnieszka Barbara Bartoszek

email: agabartoszek@wp.pl

**Skrócona lista autorów**

A. Bartoszek et al.

## WSTĘP

Demograficzne starzenie się społeczeństwa stało się jedną z najważniejszych przyczyn konieczności rozwoju opieki długoterminowej. W Polsce, w przeciwieństwie do krajów Europy Zachodniej, procesy demograficzne związane ze starzeniem się populacji przebiegają gwałtownie. W związku z powyższym rozwiązania instytucjonalne, które pomagałyby osobom starszym w codziennej egzystencji, nie nadążają za zapotrzebowaniem na taką pomoc. Jedną z form świadczenia opieki nad osobami niepełnosprawnymi w podeszłym wieku jest opieka długoterminowa [Kujawska,2015]. Według definicji WHO opieka długoterminowa to „system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) i/lub formalnych (medycznych, społecznych) mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowych, utrzymania najwyższej jakości życia, zgodnie z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej. Uważa się, że połączenie świadczeń pielęgniarskich i usług opiekuńczych w jeden kompleks koordynowany przez pielęgniarkę – specjalistę, daje szansę na rozwój dobrej jakościowo opieki długoterminowej [Zdziebło, Stępień i Skrzypek,2016].

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa (PODD) realizowana jest w środowisku zamieszkania pacjenta. Świadczeniodawcą tej opieki jest pielęgniarka, która podejmuje interwencje w zakresie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych czy diagnostycznych. Rodzaj oraz zakres podejmowanych czynności jest uzależniony w głównej mierze od sprawności funkcjonalnej pacjenta. U podopiecznych objętych opieką domową długoterminową diagnozuje się deficyty funkcjonalne dotyczące zarówno sfery biologicznej jak i psychospołecznej. W sferze biologicznej najczęściej występują ograniczenia mobilności, samodzielności dotyczącej wykonywania czynności codziennych, występowania dysfunkcji zwieraczy, ryzyka wystąpienia odleżyn. W sferze psychicznej obserwuje się występowanie stanów depresyjnych, zaburzeń nastroju, pamięci oraz koncentracji uwagi. Do powyższych dysfunkcji dołącza się poczucie samotności i osamotnienia oraz wyobcowania społecznego [Brudzińska, 2017].

W Polsce PODD jest młodą dyscypliną. W 1999r. pojawiły się stacjonarne zakłady: opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) dla niesamodzielnych, przewlekle chorych osób, a od 2004 roku rozpoczęto kontraktowanie świadczeń realizowanych w domu pacjenta. Opieka długoterminowa

przeznaczona jest dla przewlekle i obłożnie chorych, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale z powodu istotnych deficytów w samoopiece, potrzebują całodobowej opieki, pielęgnacji, a także kontynuowania leczenia i rehabilitacji. Należy jednoznacznie odróżnić świadczenie tej usługi od opieki sprawowanej przez pielęgniarkę rodzinną, bowiem pielęgniarską opieką długoterminową domową może być objęty chory, który w ocenie skalą Barthel uzyska nie więcej niż 40 punktów [Irzyniec i in., 2016].

Podstawową zasadą w opiece domowej długoterminowej, ze względu na mnogość i różnorodność problemów zdrowotnych występujących u podopiecznych jest indywidualne, holistyczne podejście do pacjenta oparte na opiece skoncentrowanej na osobie (ang. person-centered care, PCC). Zgodnie z założeniami PCC pacjent jest uważany za niezależną osobę, posiadającą określone umiejętności i możliwości podejmowania świadomych decyzji. PCC obejmuje również zdolności danej osoby, jej zasoby, życzenia, samopoczucie, a także czynniki społeczne i kulturowe. Autonomia podopiecznego i jego rodziny powinna być uznawana i szanowana przez personel medyczny sprawujący opiekę nad pacjentem w środowisku domowym. Powyższe założenie stwarza możliwość zaangażowania pacjenta i jego rodziny w sprawowanie opieki oraz ponoszenie odpowiedzialności za własne zdrowie i proces pielęgnacyjno-terapeutyczny. Pielęgniarkom opieki domowej długoterminowej oraz pozostałym członkom zespołu terapeutycznego, PCC umożliwia planowanie i sprawowanie opieki, zgodnie z potrzebami danej osoby oraz formułowanie celów i strategii interwencji pielęgniarstwa z uwzględnieniem krótko – i długoterminowego monitorowania stanu zdrowia [Behrens, 2019]. W praktyce powyższa koncepcja przekłada się na dostosowanie zakresu czynności pielęgniarstwa do stanu funkcjonalnego podopiecznego i wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej jego rodziny. Stan funkcjonalny pacjenta determinuje zakres czynności pielęgniarstwa, które najczęściej dotyczą:

- przygotowania świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowania umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
- świadczeń higieniczno-pielęgnacyjnych,
- świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych,
- świadczeń diagnostycznych,
- świadczeń o charakterze psychoterapeutycznym, edukacji zdrowotnej podopiecznego oraz członków jego rodziny,
- pomocy w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym oraz w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu [Czajka i Czekala, 2013; Mitura, 2017].

## **CEL**

Określenie zakresu i częstości podejmowanych interwencji pielęgniarstwa w grupie pacjentów z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej pozostających w środowisku zamieszkania w zależności od stanu pacjenta (sprawności funkcjonalnej, sprawności umysłowej, ryzyka wystąpienia depresji oraz ryzyka wystąpienia odleżyn).

## **MATERIAŁ I METODY**

Badania zostały przeprowadzone w pięciu Niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej w województwie lubelskim. Trzy z nich świadczyły usługi w ramach PODD, dwa w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Czasookres zbierania materiału obejmował od września 2016 do lutego 2017 roku. Dane zostały zebrane od 138 pacjentów z deficytami w zakresie sprawności funkcjonalnej, z czego 108 osób

objętych było PODD. Kwestionariusz ankiety uzupełniały także pielęgniarki (n=18), które pełniły funkcję opiekunów formalnych. Dane od pacjentów w wywiadzie bezpośrednim kolekcjonowały pielęgniarki podczas wizyt domowych, a następnie uzupełniały ankietę dotyczącą zakresu i częstości podejmowania interwencji pielęgniarskich u każdego pacjenta. Pielęgniarki przed przystąpieniem do zbierania danych zostały zapoznane z projektem badania oraz przygotowane do zbierania danych zgodnie z przyjętą procedurą. Kryterium doboru pacjentów do badań były: deficyt sprawności funkcjonalnej chorego wg. skali Barthel – 0-85 pkt., prawidłowy stan umysłowy wg Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS – powyżej 6 pkt.), brak współistniejącej choroby nowotworowej i niewydolności nerek, dobrowolnie pisemnie wyrażona zgoda na udział w badaniu.

Na prowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę menedżerów i dyrektorów poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, w których pracowały pielęgniarki opieki długoterminowej. Wszyscy uczestnicy badania wyrazili świadomą pisemną zgodę. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (Nr KE-0254/13/2016) i zgodnie z wymaganiami Deklaracji Helsińskiej.

### **Narzędzie badawcze**

Dla celów badań stworzono kwestionariusz ankiety składający się z narzędzi standaryzowanych, narzędzi własnego autorstwa oraz pytań metryczkowych. Ponadto, pielęgniarki zbierające materiał badawczy analizowały dokumentację pacjenta.

**Skala Barthel** służy do oceny podstawowych czynności życia codziennego. W zależności od zakresu samodzielności pacjentowi przyznaje się 0-100 punktów. Ilość uzyskanych punktów świadczy o stopniu deficytu sprawności i określa jego stan oraz zapotrzebowanie na opiekę. Sprawność podopiecznych można różnicować w zależności od przedziałów punktowych: 100-86 punktów – pacjent dobrze radzi sobie z czynnościami życia codziennego; 21-85 punktów – pacjent częściowo nie radzi sobie z czynnościami życia codziennego; 0-20 punktów – pacjent nie potrafi samodzielnie wykonać większości czynności życia codziennego [Mahoney i Barthel, 1965.]. Oceny przydatności kwestionariusza Barthel w warunkach polskiej opieki zdrowotnej jako wiarygodnego narzędzia (współczynnik  $\alpha$ -Cronbacha = 0,78÷0,89; współczynnik korelacji test-retest R= 0,93÷0,95) do mierzenia zakresu samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego przez osoby starsze zostały potwierdzone w badaniach [Kuźmich, Brzostek i Górkiewicz, 2008].

**Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS)**, składa się z 10 pytań. Użycie tego narzędzia pozwala na określenie zaburzeń funkcji poznawczych oraz stopnia ich nasilenia. Maksymalna liczba możliwych do uzyskania punktów wynosi 10, minimalna – 0. Na podstawie uzyskanego wyniku, klasyfikuje się pacjentów do jednego z trzech stopni sprawności umysłowej. Wynik w zakresie 7-10 punktów oznacza stan prawidłowy, wynik 4-6 punktów – zaburzenia w stopniu umiarkowanym, a wynik od 0 do 3 punktów – poważne zaburzenia sprawności funkcji poznawczych [Romanik i Łazarewicz, 2017].

**Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS-SF)** w wersji polskiej [Albiński, Kleszczewska-Albińska i Bedyńska, 2011] służy do oceny wystąpienia symptomów depresji [Yesavage, 1982]. Skalę w wersji skróconej tworzy 15 stwierdzeń opisujących podstawowe symptomy depresji, zadaniem badanego jest zaprzeczyć lub potwierdzić ich występowanie (Tak/Nie) w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Interpretacja wersji skróconej oparta jest na liczbie uzyskanych punktów: 0 – 5 brak ryzyka depresji, 6 – 15 występuje ryzyko depresji. Rzetelność skali została zmierzona za pomocą wskaźnika alfa Cronbacha i miała wartość 0.86.

**Skala Norton** służy do oceny ryzyka występowania odleżyn. Narzędzie ocenia następujące obszary: stan fizyczny, stan świadomości, aktywność, stopień samodzielności, czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej (zakres oceny w każdym z obszarów mieści się w granicach od 1 do 4 pkt.). Liczba punktów poniżej 14 świadczy o ryzyku powstania odleżyn [Norton, McLaren i Exton-Smith, 1975].

Narzędzie oceniające zakres i częstość wykonywania interwencji pielęgniarskich. Narzędzie własnego autorstwa składało się z 19 pytań (interwencji pielęgniarskich) dotyczących zakresu pielęgnacji wykonywanej u pacjenta. Poproszono opiekunów formalnych (pielęgniarki) pacjentów z deficytami w zakresie sprawności funkcjonalnej o określenie, które z czynności wykonywane są u pacjenta oraz z jaką częstotliwością. Częstość wykonywanych interwencji pielęgniarskich została określona numerycznie: 4-codziennie, 3-kilka razy w tygodniu, 2-kilka razy w miesiącu, 1-wcale. Do dalszych analiz czynności pielęgniarskie zostały pogrupowane według następujących kategorii:

- czynności higieniczne [CZH] – pielęgnacja skóry i błon śluzowych, toaleta jamy ustnej, ciała, kąpiel, mycie głowy, zmiana pieluchomajtek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, zapewnienie temperatury oraz wilgotności w pomieszczeniu chorego;
- świadczenia diagnostyczne, pomiary parametrów [DP] – pomiary ciśnienia, tętna, temperatury, oddechu, wykonanie i interpretacja testów diagnostycznych za pomocą testów paskowych;
- podawanie leków różnymi drogami/świadczenie terapeutyczne [ST] – podawanie leków: podskórnie, domięśniowo, na skórę, na błony śluzowe oraz stosowanie zabiegów przeciwzapalnych (okłady, kompresy);
- świadczenia pielęgnacyjne [SP] – pielęgnacja stomii, zgłębnika/sondy, rurki tracheostomijnej, cewnika moczowego;
- karmienie i nawadnianie różnymi drogami [KN] – karmienie i nawadnianie chorego doustnie, sondą, przy użyciu przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG);
- profilaktyka następstw długotrwałego unieruchomienia [PU] – profilaktyka zaparc i kontrola wypróżnień, odleżyn, odparzeń, przykurczy, żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej;
- rehabilitacja elementarna [RE] – prowadzenie gimnastyki oddechowej, zmiana pozycji ułożeniowej, stosowanie udogodnień (wałki, kliny, poduszki), prowadzenie usprawniania ruchowego, aktywizacja w zakresie czynności samoobsługowych;
- edukacja [ED] – wiedza i umiejętności przekazywane członkom rodziny i pacjentowi.

Kwestionariusza ankiety zakończony był pytaniami metryczkowymi zbierającymi dane socjodemograficzne od pacjenta: płeć, wiek. Zakres analizowanej dokumentacji medycznej pacjenta obejmował: choroby współistniejące wg ICD-10, ilość przyjmowanych leków oraz okres korzystania z pomocy opiekuna formalnego.

Rozkład cech ilościowych opisano poprzez podanie wartości średniej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnych i maksymalnych, a dla jakościowych przy pomocy liczności i odsetka. Normalność rozkładu zmiennych sprawdzono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Do określenia zależności pomiędzy badanymi zmiennymi zastosowano korelacje rang – Spearmana. Przyjęto poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Wszystkie analizy zostały przeprowadzone przez Statistica 10.0, StatSoft, Polska.

## WYNIKI

### Charakterystyka badanej grupy

Średnia wieku pacjentów objętych opieką długoterminową domową wynosił 74,91 lat (SD=9,1). Najmłodszy pacjent miał 58 lat, natomiast najstarszy – 104 lat. 76,5% badanych stanowiły kobiety. Średnie ocen sprawności funkcjonalnej w skali Barthel wynosiła 43,2 pkt. (SD=27,06). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z niską (45,7%) oraz bardzo niską (32,6%) sprawnością funkcjonalną. Średni wynik sprawności umysłowej oceniany skalą AMTS wynosił 7,78 pkt. (SD=2,64). W ocenie stopnia zagrożenia wystąpienia symptomów depresji wg. GDS-SF średnia w grupie badanych pacjentów wynosiła 7,34 (SD=3,1). Badana grupa charakteryzowała się wielochorobowością, dominującymi chorobami były: zwyrodnienia wielosta-

wowe (77,9%), choroby narządów zmysłu (65,1%) oraz cukrzyca (45%). Średnia ilość przyjmowanych leków wynosiła 7,9 (SD=2,8), a średni czas korzystania z opieki pielęgniarskiej w domu to 3,59 roku (SD=2,68). Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawia Tabela 1.

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów**  
**Table 1. Characteristics of the study group**

| Zmienna   | N = 138      |
|---|--------------|
| <b>Płeć</b>   |              |
| Mężczyźni   | 32 (23,5) a  |
| Kobiety   | 106 (76,5) a |
| <b>Wiek (lata); zakres 58-104 lata</b>                          | 74,91±9,1 b  |
| <b>Wydolność samoobsługowa</b>                                  |              |
| <b>Skala Barthel</b>  | 43,2±27,6 b  |
| 0-20 pkt.   | 45 (32,6) a  |
| 21-40 pkt.  | 63 (45,7) a  |
| 41- 85 pkt.   | 30 (21,7) a  |
| <b>Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS)</b>                | 7,78±2,64 b  |
| > 6 pkt.  | 138 (100) a  |
| <b>Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS-SF)</b>               | 7,34±3,1 b   |
| 0-5 pkt.  | 61 (44,2) a  |
| 6-15 pkt.   | 77 (55,8) a  |
| <b>Skala Norton</b>   |              |
| ≥ 14 pkt.   | 59 (42,8) a  |
| < 14 pkt.   | 77 (55,8) a  |
| <b>Choroby współistniejące (wg ICD) #</b>                       |              |
| Choroba nadciśnieniowa (I10 – I15)                              | 57 (41,3) a  |
| Niedokrwienna choroba serca (I25)                               | 23 (16,8) a  |
| Miażdżycy (I70)   | 58 (42,5) a  |
| Cukrzyca (E10, E11, E13, E14)                                   | 62 (45) a    |
| Choroby naczyń mózgowych (I64-I66, I69)                         | 15 (10,9) a  |
| Zwyrodnienia wielostawowe (M15-M19)                             | 107 (77,9) a |
| Choroby narządów zmysłu (H25, H53, H80, H90)                    | 89 (65,1) a  |
| <b>Ilość przyjmowanych leków</b>                                | 7,9±2,8 b    |
| <b>Czas korzystania z pielęgniarskiej opieki domowej (lata)</b> | 3,59±2,68 b  |

Legenda: dane przedstawiono jako: a n (%); b średnia ± odchylenie standardowe (SD); #wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Skróty: I10 – Samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze; I11 – Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca; I12

- Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek; I13 - Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek; I15 - Nadciśnienie wtórne; I25 - Przewlekła choroba niedokrwienna serca; I70 - Miażdżycza; E10 - Cukrzyca insulinozależna; E11 - Cukrzyca insulinoniezależna; E13 - Inne określone postaci cukrzycy; E14 - Cukrzyca nieokreślona; I64 - Udar, nie określony jako krwotoczny lub zawałowy; I65 - Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu; I66 - Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych nie powodujące zawału mózgu; I69 - Następstwa chorób naczyń mózgowych; M15 - Zwyródnienie wielostawowe; M16 - Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [Koksartroza]; M17 - Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [Gonartroza]; M18 - Choroba zwyrodnieniowa pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego; M19 - Inne choroby zwyrodnieniowe; H25 - Zaćma starcza; H53 - Upośledzenie widzenia; H80 - Otoskleroza; H90 - Głuchota przewodzeniowa i czuciowo-nerwowa (odbiorcza);

### Częstość wykonywania interwencji pielęgniarских w grupie badanych pacjentów

W Tabeli 2 przedstawiono częstotliwość podejmowanych interwencji pielęgniarских wobec pacjentów z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej. Spośród czynności higienicznych najczęściej podejmowanymi były czynności higieniczne związane z czesaniem, goleniem i obcinaniem paznokci ( $M=3,34$ ;  $SD=1$ ). Najczęściej podejmowanymi czynnościami diagnostycznymi wobec pacjentów było wykonywanie i interpretacja testów diagnostycznych za pomocą testów paskowych ( $M=3,01$ ;  $SD=0,735$ ). Natomiast podawanie leków drogą podskórną ( $M=3,74$ ;  $SD=0,766$ ) było czynnością najczęściej wykonywaną spośród czynności zakwalifikowanych do kategorii podawanie leków różnymi drogami/świadczania terapeutyczne. Spośród świadczeń pielęgnacyjnych, najczęściej wykonywaną interwencją była pielęgnacja zgłębnika/sondy ( $M=3,97$ ;  $SD=0,236$ ), natomiast z zakresu profilaktyki następstw długotrwałego unieruchomienia pielęgniarški najczęściej wykonywały profilaktykę przykurczy ( $M=3,08$ ;  $SD=1,06$ ). Zmiana pozycji ułożeniowej ( $M=3,26$ ;  $SD=1,063$ ) było interwencją najczęściej wykonywaną z zakresu rehabilitacji elementarna. Zwraca uwagę niska ocena częstości wykonywania edukacji rodziny i pacjenta która otrzymała średnią 2,59 ( $SD=0,789$ ).

**Tabela 2. Czynności i częstość wykonywania interwencji pielęgniarских w badanej grupie pacjentów**

**Table 2. Activities and frequency of nursing interventions undertaken in the group of patients**

| Interwencja pielęgniarška   | M    | SD    | Me   | Min. | Maks. |
|---|------|-------|------|------|-------|
| <b>Czynności higieniczne [CZH]</b>  |      |       |      |      |       |
| Pielęgnacja skóry i błon śluzowych  | 2,97 | 1,118 | 3,00 | 1    | 4     |
| Czynności higieniczne (czesanie, golenie, obcinanie paznokci)                       | 3,34 | 1,0   | 4,00 | 1    | 4     |
| Toaleta jamy ustnej, całego ciała, kąpiel, mycie głowy                              | 3,19 | 0,961 | 3,00 | 1    | 4     |
| Zmiana pieluchomajtek   | 3,31 | 1,073 | 4,00 | 1    | 4     |
| Zmiana bielizny osobistej i pościelowej   | 3,31 | 0,854 | 4,00 | 1    | 4     |
| Zapewnienie odpowiednich warunków w pomieszczeniu chorego (temperatura, wilgotność) | 2,81 | 1,091 | 3,00 | 1    | 4     |
| <b>Świadczenia diagnostyczne, pomiary parametrów [DP]</b>                           |      |       |      |      |       |
| Pomiary (ciśnienie, tętno, temperatura, oddech)                                     | 2,43 | 0,922 | 3,00 | 1    | 4     |

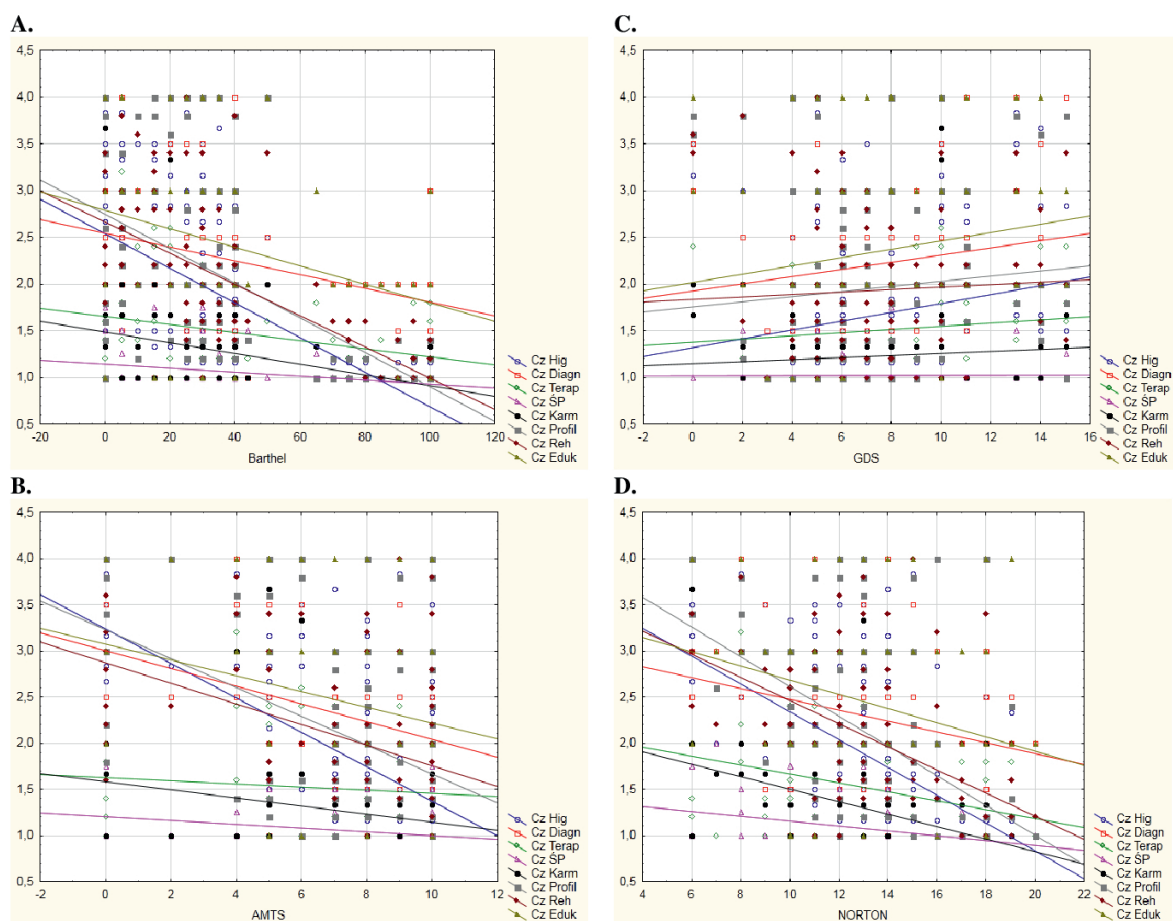


|   |      |       |      |   |   |
|---|------|-------|------|---|---|
| Wykonywanie i interpretacja testów diagnostycznych za pomocą testów paskowych (np. pomiar glikemii) | 3,01 | 0,735 | 3,00 | 1 | 4 |
| <b>Podawanie leków różnymi drogami/świadczania terapeutyczne [ST]</b>                               |      |       |      |   |   |
| Podawanie leków podskórnie  | 3,74 | 0,766 | 4,00 | 1 | 4 |
| Podawanie leków domięśniowo   | 3,40 | 0,863 | 4,00 | 1 | 4 |
| Podawanie leków na skórę  | 3,41 | 0,850 | 4,00 | 1 | 4 |
| Podawanie leków na błony śluzowe  | 3,65 | 0,724 | 4,00 | 1 | 4 |
| Stosowanie zabiegów p/zapalnych (okłady, kompresy)  | 3,28 | 0,809 | 3,0  | 1 | 4 |
| <b>Świadczenia pielęgnacyjne [SP]</b>   |      |       |      |   |   |
| Pielęgnacja stomii  | 3,28 | 0,276 | 4,00 | 1 | 4 |
| Pielęgnacja zgłębnika/sondy   | 3,97 | 0,236 | 4,00 | 2 | 4 |
| Pielęgnacja rurki tracheotomijnej   | 3,95 | 0,320 | 4,00 | 1 | 4 |
| Pielęgnacja cewnika moczowego   | 3,82 | 0,633 | 4,00 | 1 | 4 |
| <b>Karmienie i nawadnianie różnymi drogami [KN]</b>   |      |       |      |   |   |
| Karmienie i nawadnianie – doustnie  | 3,45 | 1,039 | 4,00 | 1 | 4 |
| Karmienie i nawadnianie – sonda   | 3,90 | 0,469 | 4,00 | 1 | 4 |
| Karmienie i nawadnianie – PEG   | 3,82 | 0,611 | 4,00 | 1 | 4 |
| <b>Profilaktyka następstw długotrwałego unieruchomienia [PU]</b>                                    |      |       |      |   |   |
| Profilaktyka zaparć i kontrola wypróżnień   | 2,82 | 0,855 | 3,00 | 1 | 4 |
| Profilaktyka przeciwodleżynowa  | 2,99 | 1,119 | 3,00 | 1 | 4 |
| Profilaktyka odparzeń   | 3,04 | 1,105 | 3,00 | 1 | 4 |
| Profilaktyka przykurczy   | 3,08 | 1,06  | 3,50 | 1 | 4 |
| Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej  | 2,94 | 1,119 | 3,00 | 1 | 4 |
| <b>Rehabilitacja elementarna [RE]</b>   |      |       |      |   |   |
| Gimnastyka oddechowa  | 2,86 | 0,870 | 3,00 | 1 | 4 |
| Zmiana pozycji ułożeniowej  | 3,26 | 1,063 | 4,00 | 1 | 4 |
| Stosowanie udogodnień (wałki, kliny, poduszki)  | 3,11 | 1,106 | 4,00 | 1 | 4 |
| Prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja)   | 2,78 | 0,993 | 3,00 | 1 | 4 |
| Aktywizacja chorego w zakresie czynności samoobsługowych)   | 2,68 | 0,910 | 3,00 | 1 | 4 |
| <b>Edukacja [ED]</b>  |      |       |      |   |   |
| Edukacja członków rodziny i pacjenta  | 2,59 | 0,789 | 3,00 | 1 | 4 |

**Legenda:** M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min. – minimum; Maks. – maksimum;

## Ocena związku częstotliwości podejmowanych interwencji pielęgniarskich ze stanem pacjentów

Analiza statystyczna związku między częstotliwością podejmowania interwencji pielęgniarskich a sprawnością funkcjonalną pacjenta ocenianą skalą Barthel wykazała istotną ujemną korelację. Wraz ze spadkiem sprawności funkcjonalnej pacjenta, rośnie liczba podejmowanych interwencji pielęgniarskich wobec podopiecznego we wszystkich ocenianych domenach (Tab. 3 i Ryc. 1A).



Rycina 1. Analiza korelacji wpływu stanu pacjenta na częstość podejmowania interwencji pielęgniarskich w badanej grupie pacjentów w zależności od: A – oceny sprawności funkcjonalnej (Skala Barthel), B – oceny sprawności umysłowej (AMTS), C – ryzyka wystąpienia objawów depresji (GDS-SF) oraz D – ryzyka wystąpienia odleżyn (Skala Norton).

Figure 1. Analysis of the correlation of the patient's influence on the frequency of nursing interventions in the study group depending on: A - functional assessment (Barthel's Scale), B - mental performance (AMTS), C - risk of depression (GDS-SF) and D - risk of pressure ulcers (Norton Scale).

**Tabela 3. Analiza korelacji związku częstości podejmowania interwencji pielęgniarских w zależności od stanu pacjenta (sprawności funkcjonalnej, sprawności umysłowej, ryzyka wystąpienia objawów depresji oraz ryzyka wystąpienia odleżyn).**

**Table 3. Analysis of correlations of the frequency of nursing interventions undertaken depending on the patients' condition (of functional performance, intellectual performance, risks of depressive symptoms and risks of decubitus ulcers).**

| Interwencje pielęgniarские |     | Skala Barthel | AMTS   | GDS-SF | Skala Norton |
|----------------------------|-----|---------------|--------|--------|--------------|
| CZH                        | Rho | -0,70         | -0,55  | 0,24   | -0,57        |
|                            | p   | <0,001        | <0,001 | 0,009  | <0,001       |
| DP                         | Rho | -0,38         | -0,31  | 0,20   | -0,23        |
|                            | p   | <0,001        | <0,001 | 0,026  | 0,007        |
| ST                         | Rho | -0,24         | -0,11  | 0,17   | -0,27        |
|                            | p   | 0,004         | 0,202  | 0,059  | 0,001        |
| SP                         | Rho | -0,30         | -0,19  | 0,02   | -0,25        |
|                            | p   | <0,001        | 0,025  | 0,844  | 0,003        |
| KN                         | Rho | -0,32         | -0,23  | 0,04   | -0,28        |
|                            | p   | <0,001        | 0,006  | 0,625  | 0,001        |
| PU                         | Rho | -0,61         | -0,34  | 0,13   | -0,55        |
|                            | p   | <0,001        | <0,001 | 0,160  | <0,001       |
| RE                         | Rho | -0,71         | -0,45  | 0,16   | -0,54        |
|                            | p   | <0,001        | <0,001 | 0,085  | <0,001       |
| ED                         | Rho | -0,37         | -0,25  | 0,24   | -0,28        |
|                            | p   | <0,001        | 0,003  | 0,009  | 0,001        |

**Legenda:** CZH – czynności higieniczne; DP – świadczenia diagnostyczne, pomiary parametrów; ST – podawanie leków różnymi drogami/świadczenia terapeutyczne; SP – świadczenia pielęgnacyjne; KN – karmienie i nawadnianie różnymi drogami; PU – profilaktyka następstw długotrwałego unieruchomienia; RE – rehabilitacja elementarna; ED – edukacja; AMTS – Skrócony Test Sprawności Umysłowej; GDS-SF – Geriatryczna Skala Oceny Depresji;

Analiza korelacji częstości podejmowania interwencji pielęgniarskich w zależności od sprawności umysłowej pacjenta oceniana za pomocą testu AMTS wykazała istotną ujemną korelację ze wszystkimi ocenianymi grupami czynności pielęgniarskich oprócz podawanie leków różnymi drogami/świadczenia terapeutyczne. Wraz ze wzrostem sprawności umysłowej pacjenta wg. AMTS zmniejszało się istotnie zaangażowanie w opiekę pielęgniarską w każdej analizowanej grupie czynności ( $p < 0,05$ ), z wyjątkiem podawanie leków różnymi drogami/świadczenia terapeutyczne, w przypadku której kierunek zależności był ten sam, ale zależność nie była istotna statystycznie (Tab. 3 i Ryc. 1B).

Ocena korelacji ryzyka wystąpienia objawów depresji w skali GDS-SF z częstością podejmowania interwencji pielęgniarskich w grupie pacjentów z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej wykazała, istotnie ujemną korelację z częstością podejmowania interwencji pielęgniarskich z trzech grup: czynności higieniczne, świadczenia diagnostyczne, pomiary parametrów oraz edukacja (Tab. 3 i Ryc. 1C).

Korelacja częstości podejmowania interwencji pielęgniarskich w badanej grupie pacjentów z ryzykiem wystąpienia odleżyn ocenianym skalą Norton wykazał istotną ujemną korelację. Wraz ze wzrostem ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjenta zwiększało się istotnie zaangażowanie w opiekę pielęgniarską wobec pacjenta w każdej analizowanej grupie interwencji (Tab. 3 i Ryc. 1D).

## DYSKUSJA

Przedstawione powyżej wyniki badań własnych, pokazują zakres, częstość oraz związek stanu zdrowia pacjenta z podejmowaniem interwencji pielęgniarskich wobec pacjentów z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej pozostających w środowisku domowym. W literaturze przedmiotu niewiele jest prac analizujących tę tematykę. Głównym celem działania pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej jest ustalenie obszaru świadczeń, częstości ich podejmowania, w zależności od zapotrzebowania podmiotu opieki. Zapotrzebowanie to uzależnione od stanu zdrowia podopiecznego ale także od wydolności opiekuńczej opiekunów nieformalnych. Ponadto, pielęgniarka koordynuje i monitoruje działania wobec osoby przewlekle chorej i niepełnosprawnej. Udzielanie świadczeń przez pielęgniarkę opieki długoterminowej polega m.in. na ocenie stanu zdrowia w kontekście ustalenie stopnia niesamodzielności, kompensowaniu utraconej sprawności w zakresie samopielęgnacji oraz współuczestniczenie w procesie leczenia [www1].

Jednym z wyznaczników zakresu i częstości podejmowania interwencji pielęgniarskich wobec pacjentów z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej, objętych PODD jest stan zdrowia podmiotu opieki. Jak pokazują wyniki badań własnych oraz Markiewicz i wsp. [Markiewicz i Cebulak, 2014] pacjenci objęci PODD charakteryzują się wielochorobowością. W cytowanych badaniach w grupie 190 pacjentów objętych PODD pod względem częstości występowania na pierwszym miejscu były choroby układu krążenia, następnie choroby układu nerwowego oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Autorzy wskazują, że liczba jednostek chorobowych występujących u osób badanych wynosiła od 1 do 7, średnio 2,55. Podobne wyniki oceny występowania wielochorobowości otrzymała Kuźmicz i wsp. [Kuźmicz, Brzostek i Górkiewicz, 2014] w grupie 80 pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i 80 mieszkańców domu pomocy społecznej. Z perspektywy świadczenia opieki pacjentom objętym PODD główne rozpoznanie chorobowe jak i choroby współistniejące stają się wyznacznikiem zakresu i częstości interwencji pielęgniarskich. Dużą grupą pacjentów objętych PODD są to pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi oraz osoby z powikłaniami w przebiegu chorób naczyniowych, metabolicznych lub urazów. Interwencje pielęgniarskie wobec pacjentów z wyżej wymienionymi jednostkami chorobowymi przede wszystkim będą dotyczyły profilaktyki długotrwałego unieruchomienia, pomocy w samoobsłudze, rozwiązywaniu problemów wynikających z deficytu w sferze aktywności ruchowej oraz pomocy w adaptacji

do życia z chorobą przewlekłą. Odrębnie należy traktować pacjentów po urazie rdzenia kręgowego, ze względu na specyficzne objawy występujące u nich jak np. zaburzenia sprawności seksualnej, zaburzenia emocjonalne spowodowane długotrwałym unieruchomieniem, ale także trudności wynikające z bolesnej i długotrwałej rehabilitacji czy pogorszenie się kontaktów społecznych. Oprócz tego, do urazów rdzenia kręgowego dochodzi u osób w różnym wieku, często młodych, w różnych sytuacjach rodzinnych i osobistych, co powoduje skrajne wyczerpanie fizyczne i psychiczne, a nawet pojawienie się zaburzeń psychicznych w tym depresji. Interwencje pielęgniarskie w przypadku pacjenta objętego PODD u których dominującą jednostką chorobową jest stan po urazie rdzenia kręgowego powinny skupiać się na zapobieganiu takim powikłaniom jak odleżyny, odparzenia, spastyczność, infekcje układu moczowego i oddechowego. Nie mniej jednak, zakres całościowej opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta po urazie rdzenia kręgowego jest szeroki i w pierwszej kolejności powinien uwzględniać interwencje mające na celu poprawę codziennego funkcjonowania, jak m.in. czynności higieniczne, zmianę pozycji itd. W przypadku tej specyficznej grupy pacjentów, ważną interwencją jest także zachęcanie podopiecznego do podejmowania trudu aktywności w zakresie rehabilitacji i usprawniania czy korzystanie ze sprzętu pomocowego ale także pomoc o charakterze psychoterapeutycznym. Inną grupą schorzeń dominujących wśród pacjentów objętych PODD są schorzenia narządu ruchu, które wiążą się ze stałym przyjmowaniem leków, występowaniem obrzęków i dolegliwości bólach, co w znacznej mierze ogranicza aktywność, w tym zabiegi z zakresu rehabilitacji. Wśród tych pacjentów, interwencje pielęgniarskie będą obejmować zwalczanie bólu różnymi technikami i usprawnianie pacjenta. Nieco odmienne interwencje pielęgniarskie będą dotyczyły pacjentów z niepełnosprawnością fizyczną, u których czasowo lub trwale występują uszkodzenia narządu ruchu, zaburzenia mowy, z niepełnosprawnością sensoryczną czy z chorobami narządów zmysłu (niewidomych, niesłyszących itd.). Wśród wielu zadań pielęgniarki opieki długoterminowej, w tej grupie pacjentów na pierwsze miejsce wyłaniają się interwencje związane z zapobieganiem pogłębiania się wszelkich deficytów i/lub powstaniu nowych, wzmacnianie sił i zasobów biologicznych, usprawnianie zaburzonych i uszkodzonych funkcji intelektualnych i fizycznych, stymulowanie rozwoju, usprawnianie ruchowe i psychoruchowe oraz dążenie do osiągnięcia przez pacjenta optymalnego stopnia samodzielności [Bielawska, 2015].

Kolejnym kryterium, zaraz po zapoznaniu się z jednostkami chorobowymi pacjenta objętego PODD, jest rozpoznanie wydolności funkcjonalnej pacjenta i zakresów deficytów w tym obszarze. Skalą służącą do kwalifikacji pacjenta do objęcia PODD jest skala Barthel, która służy do oceny podstawowych czynności życia codziennego. W naszym badaniu najliczniejszą grupę osób stanowili pacjenci z niską oraz bardzo niską sprawnością funkcjonalną. Jak pokazują badania własne wraz ze spadkiem oceny w skali Barthel, rośnie zapotrzebowanie na interwencje pielęgniarskie w badanej grupie pacjentów. Z analizy kart kwalifikacji pielęgniarskiej do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową 575 pacjentów przyjętych do PODD w latach 2004-2008 w jednym z NZOZ w Białymstoku, dokonanej przez Mojsę i wsp. [Mojsa, Chlabicz i Małyшко, 2013] wynika, że biorąc pod uwagę ocenę w skali Barthel w poszczególnych w skali kategoriach czynności najczęściej badanych było całkowicie niesamodzielnych w zakresie mycia/kąpieli ciała (99,5%), chodzenia po schodach (93,2%), higieny osobistej (92,7%). Wysoki odsetek osób niesamodzielnych odnotowano również w zakresie: korzystania z toalety (85,9%), ubierania się i rozbierania (84,6%) oraz poruszania się po powierzchniach płaskich (81,1%). Najmniej deficytów odnotowano w zakresie spożywania posiłków (54,5%) i przemieszczania się z łóżka na krzesło/siadania (61,1%). Autorzy w dyskusji pracy zwracają uwagę, że przytoczone wyżej czynności obejmują zakres usług opiekuńczych, które mieszczą się w kompetencjach opiekuna środowiskowego. Zatem pielęgniarka opieki długoterminowej domowej powinna koordynować i nadzorować świadczenie usług opiekuńczych przez opiekuna środowiskowego, tak aby opieka była kompleksowa i spełniała potrzeby i oczekiwania pacjenta. Natomiast spośród interwencji pielęgniarskich w analizowanym okresie Autorzy wymieniają: wykonanie opatrunków

na odleżyny i inne rany (69,6%), cewnikowanie pęcherza moczowego (56,7%) oraz dożylny wlewy kroplowe (18,2%). U niewielu pacjentów wykonywano pielęgnację rurki tracheostomijnej (1,4%) i pielęgnację przetoki (1,4%). Rzadko pacjenci byli karmieni przez zgłębnik (3,0%) i przetokę (0,9%). W badanej grupie podobnie jak w badaniach własnych zaobserwowano, ujemną korelację wartości punktowej skali Barthel z liczbą wykonywanych interwencji pielęgniarских.

Wśród specyficznej grupy pacjentów objętych PODD, wynik oceny funkcji poznawczych stanowi także kryterium zakresu i częstości podejmowanych interwencji pielęgniarских. W badaniach własnych, ocena funkcji poznawczych ujemnie korelował z częstością większości podejmowanych interwencji przez pielęgniarzkę. W swoich badaniach Cebulak i wsp. [Cebulak, Markiewicz i Guta, 2014] przeprowadzonych w grupie 190 pacjentów PODD, wskazują, na istnienie istotnej zależności pomiędzy sprawnością umysła ocenianą skalą AMTS a sprawnością funkcjonalną ocenianą skalą Barthel. Badania Wu i wsp. [Wu, 2014] przeprowadzone na Tajwanie wśród osób w wieku 65 lat i starszych wykazały, że zasadniczymi determinantami opieki długoterminowej było m.in. upośledzenie funkcji poznawczych. Do podobnych wniosków na gruncie polskim doszli Dziechciaż i wsp. [Dziechciaż i in., 2012].

Kolejnym ważnym kryterium oceny pacjenta a jednocześnie wyznacznikiem zakresu i częstości podejmowania interwencji pielęgniarских jest ocena podopiecznego pod kątem ryzyka wystąpienia objawów depresji. W badaniach własnych ocena ryzyka wystąpienia objawów depresji wykonana za pomocą skali GDS-SF korelowała ujemnie z częstością podejmowania niektórych interwencji pielęgniarских, jakkolwiek z najmniejszą ich liczbą spośród innych analizowanych zmiennych.

Każdy pacjent w momencie przyjęcia do PODD powinien zostać poddany ocenie pod kątem ryzyka wystąpienia odleżyn, po której niezbędne jest podjęcie interwencji pielęgniarских mających na celu zapobieganie powstaniu odleżyn m.in. częstą zmianę pozycji ciała, oklepywanie, masaż miejsca narażonego na długotrwały ucisk, pielęgnacja skóry itd. Natomiast jeśli pacjent już ma odleżyny, interwencje oprócz powyższych powinny dotyczyć także leczenia ich we współpracy z lekarzem, farmaceutą, mikrobiologiem, dietetykiem i fizjoterapeutą [Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska (red.), 2010]. Badania własne wykazały, że częstość podejmowania interwencji pielęgniarских istotnie ujemnie koreluje z oceną ryzyka wystąpienia odleżyn w skali Norton.

Jak pokazują wyniki badań własnych, zakres interwencji pielęgniarских podejmowanych wobec pacjenta z deficytami w zakresie sprawności funkcjonalnej pozostającego w środowisku zamieszkania zmienia się, w zależności od stopnia sprawności funkcjonalnej, sprawności umysłowej, ryzyka wystąpienia depresji oraz ryzyka wystąpienia odleżyn. Ważnym aspektem w zakresie podejmowanych interwencji pielęgniarских staje się także choroba podstawowa oraz choroby współistniejące u pacjenta. Pacjenci oczekują od pielęgniarki rozwiązywania problemów zdrowotnych i wynikających z ich stanu na jak najwyższym poziomie, a satysfakcja pacjenta będzie zależeć od tego, w jakim stopniu podejmowane interwencje pielęgniarские są oczekiwane przez pacjenta i zgodne z modelem PCC [Glińska i in., 2012].

## WNIOSKI

Wyniki badań pozwalają stwierdzić:

1. Najczęściej podejmowanymi interwencjami pielęgniarскими wobec pacjentów z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej pozostającymi w środowisku zamieszkania były: czynności higieniczne związane z czesaniem, goleniem i obcinaniem paznokci, wykonywanie i interpretacja testów diagnostycznych za pomocą testów paskowych, podawanie leków drogą podskórną, pielęgnacja zgłębnika/sondy, profilaktykę przykurczy oraz zmiana pozycji ułożeniowej.

2. Zwraca uwagę niska ocena częstości wykonywania interwencji pielęgniarskich z zakresu edukacji rodziny i pacjenta.
3. Stopień sprawności funkcjonalnej pacjenta, ale także sprawności umysłowej, ryzyka wystąpienia objawów depresji oraz ryzyka wystąpienia odleżyn są determinantami częstości podejmowania interwencji pielęgniarskich.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kujawska J. Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego* 2015;74(1):709-722.
2. Zdziebło K, Stępień R, Skrzypek J. Jakość świadczeń pielęgniarskich w ocenie pacjentów opieki długoterminowej. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2016; 1: 15-21.
3. Brudzińska I. Zakres wydolności funkcjonalnej seniorów wg skali Barthel. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2017;4: 24-34.
4. Irzyniec T, Nowak-Kapusta Z, Franek G, Drzazga B. Osoby starsze objęte pielęgniarską opieką długoterminową. *Gerontol Pol* 2016;24: 207-213.
5. Behrens LL, McGhan G, Abbott KM, et al. Mapping core concepts of person-centered care in long-term services and supports. *J Gerontol Nurs* 2018;45(2): 7-13.
6. Czajka D, Czekala B. Standardy domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis; 2013.
7. Mitura K. Pacjent w opiece długoterminowej. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2017;4:54-60.
8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J* 1965;14: 56-61.
9. Kuźmicz I, Brzostek T, Górkiewicz M. Kwestionariusz Barthel jako narzędzie pomiaru zakresu samodzielności fizycznej osób w podeszłym wieku. *Stud Med* 2008; 12: 17-21.
10. Romanik W, Łazarewicz M. Wersja polska Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS) – problemy metodologiczne. *Psychiatr Psychol Klin* 2017; 17(3): 203-207.
11. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań, *Psychiatr Pol* 2011; 45(4): 555-562.
12. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1), 37-49.
13. Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Edinburgh; Churchill Livingstone 1975.
14. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydział Taryfikacji. Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Dostępny w Internecie: [http://www.aotm.gov.pl/www/wp\\_content/uploads/taryfikacja/2017/projekty\\_taryf/raporty/016/WT.541.49.2016\\_ZOL\\_raport.pdf](http://www.aotm.gov.pl/www/wp_content/uploads/taryfikacja/2017/projekty_taryf/raporty/016/WT.541.49.2016_ZOL_raport.pdf) (14.07.2019).
15. Markiewicz I, Cebulak M. Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych długoterminową opieką pielęgniarską. *Probl Pielęg* 2014; 22(1): 42-51.
16. Kuźmicz I, Brzostek T, Górkiewicz M. Występowanie odleżyn a sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce. *Probl Pielęg* 2014; 22(2): 307-311.

17. Bielawska J. Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy* 2015;15(2): 7-20.
18. Mojsa W, Chlabicz S, Małyшко J. Charakterystyka pacjentów pielęgniarskiej opieki długoterminowej w latach 2004-2008 w województwie podlaskim. *Gerontol Pol* 2013; 21(1): 18-24.
19. Cebulak M, Markiewicz I, Guta E. Ocena funkcji poznawczych u chorych objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. *Probl Pielęg* 2014; 22(1): 20-26.
20. Wu CY, Hu HY, Huang N, et al. Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PLoS One* 2014; 9(2): 89213.
21. Dziechciaż M, Guty E, Wojtowicz A, i in. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Now Lek* 2012; 81(1): 26-30.
22. Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Skolmowska E. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Warszawa; PZWL: 2010.
23. Glińska J, Bednarska A, Brosowska B, i in. Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek i pacjentów. *Pielęg Chir Angiol* 2012;4: 151-160.