

Udział pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym

The share of family nurses in the care of geriatric patients

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

KEY WORDS

family nurse, geriatric patient
patient's efficiency

SUMMARY

Continuous aging of the population, especially in the last decade is a challenge that must be tackled contemporary health care. The basic element of modern health care is basic health care, which is provided, inter alia, by the family nurse. It fulfills the functions and tasks to take the family, its members, the community, the environment they live in a situation of health, illness and disability. Includes care of patients of all ages.

Family nurse performs a wide range of nursing services especially towards elder people, who due to their inability to provide self-care or self-nursing cannot function independently in their home environment. Her actions are also directed towards the patient's guardian. It is also worth mentioning, that a patient in home environment is under family care, and the family nurse is coordinating this care, performs an advisory function.

The purpose of this study is to determine the role of the family nurse in patient care geriatric.

WSTĘP

Wraz ze zmianami demograficznymi, których efektem jest dynamiczny wzrost populacji osób starszych, coraz więcej uwagi poświęca się pacjentom w tej grupie wiekowej. Dostępne dane GUS wskazują, iż w Polsce w 2008 roku osoby po 65. roku życia będą stanowiły 13,5% całego społeczeństwa. Procent ten w 2030 roku ma wynieść aż 23,8%, co oznacza przyspieszenie procesu starzenia (1). Ta grupa chorych ze względu na swój wiek, stan zdrowia oraz występujące dolegliwości w wielu przypadkach wymaga wsparcia i pomocy najbliższego otoczenia.

Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad osobami w starszym wieku ze względu na wystąpienie złożonych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych jak i społeczno-psychologicznych jest wyzwaniem dla pielęgniarek. Opieka ta wymaga od personelu pielęgniarskiego znajomości procesu starzenia, cech charakterystycznych występujących w tej fazie życia, znajomości zagadnień z zakresu pedagogiki, psychologii jak również medycyny. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym ludzi starszych jest priorytetowym działaniem zapobiegającym zjawisku instytucjonalizacji lub przedwczesnej instytucjonalizacji ludzi starszych (2). Obejmuje ona szeroki zakres świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych chorych, którzy ze względu na nie-

możność zapewnienia sobie samoopieki i samopielęgnacji nie mogą samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku domowym. Opieka nad pacjentem geriatrycznym w warunkach domowych jest sprawowana, między innymi przez pielęgniarkę rodzinną. Pielęgniarka rodzinna to pielęgniarka pracująca w podstawowej opiece zdrowotnej, wypełniająca funkcje wobec rodziny, jej członków, społeczności lokalnej, w środowisku ich zamieszkania, w sytuacji zdrowia, choroby oraz niepełnosprawności. Swoją opieką obejmuje od 2500 do 2750 podopiecznych. Warunkiem udzielenia świadczeń przez pielęgniarkę rodzinną jest złożenie deklaracji jej wyboru. Opieka sprawowana przez pielęgniarkę rodzinną powinna się odbywać w sposób kompleksowy, ciągły, w oparciu o proces pielęgnowania. Pielęgniarka realizuje holistyczną opiekę nad pacjentem, jego rodziną i populacją lokalną w zakresie zgodnym z jej przygotowaniem zawodowym, obejmującym ocenę stanu zdrowia jak również działania pielęgniarstwa.

Pielęgniarki rodzinne z uwagi na charakter swojej pracy mają duży wgląd w codzienne życie zarówno chorego, jak i jego najbliższych. Ze względu na znajomość warunków mieszkaniowych, socjalnych, bytowych mogą określić

patologię rodzinną, uzależnienia. Znajomość powyższych warunków pozwala pielęgniarce rodzinnej ocenić również wydolność opiekuńczo-pielęgnacyjną rodziny, która warunkuje zapewnienie opieki nad podopiecznym.

Holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym ukierunkowana jest nie tylko na aspekty kliniczne (wystąpienie niepożądanych objawów), ale również na aspekty socjalne czy psychologiczne. Głównym celem opieki geriatrycznej jest podejmowanie działań w kierunku utrzymania niezależności w każdym wymiarze życia. Niezmiernie ważnym zadaniem jest wczesne wykrywanie czynników wpływających na obniżenie, czy ograniczenie samodzielności, za pomocą programów profilaktycznych, promocji zdrowia, leczenia przyczynowego schorzeń oraz działań rehabilitacyjnych (3). Podkreślenia wymaga fakt, iż całościowa opieka nad pacjentem w sposób istotny warunkuje wysoką jakość życia.

Do kompetencji pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentami geriatrycznymi należy: samodzielne diagnozowanie, planowanie i realizacja opieki pielęgniarstwa zgodnie z wybrany modelem pielęgnowania, samodzielne ustalanie sposobów, form i metod realizacji kompleksowej opieki pielęgniarstwa zgodnie ze standardami obowiązującymi w medycynie, kodeksem etyki zawodowej jak również aktami prawnymi regulującymi czynności podejmowane przez pielęgniarki czy położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (4-6). Wykonywanie niektórych świadczeń bez zlecenia lekarskiego uzależnione jest od odbycia kursu specjalistycznego lub uzyskania przez pielęgniarkę tytułu specjalisty. W sytuacji przekraczającej jej kompetencje pielęgniarka powinna niezwłocznie skierować podopiecznego do lekarza. Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2010 roku (7).

Świadczenia pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym/w wieku starszym

Świadczenia, które realizuje pielęgniarka rodzinna na rzecz podopiecznego obejmują świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Reguluje je Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2005 roku (8).

W opiece pielęgniarki rodzinnej nad pacjentem geriatrycznym istotne znaczenie odgrywają działania edukacyjne podejmowane zarówno wobec samego pacjenta, jak i jego rodziny. Działania te koncentrują się na edukacji zdrowotnej jako procesie przygotowującym pacjenta i jego rodzinę do samoopieki w różnych sytuacjach zdrowotnych. Edukacja zdrowotna kształtuje postawy wobec wartości zdrowia i zachowań zdrowotnych, jak również wyrabia umiejętność podejmowania właściwych decyzji służących rozwiązaniu problemów zdrowotnych (9).

Wśród świadczeń pielęgnacyjnych realizowanych przez pielęgniarkę rodzinną w ramach opieki nad pacjentem geriatrycznym są zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne, wynikające z procesu pielęgnowania i zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Pielęgniarka rodzinna przygotowuje i aktywizuje podopiecznego do samoopieki i samopielęgnacji. Realizuje ona opiekę pielęgnacyjną u podopiecznych w różnych

etapach choroby i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki.

Wśród świadczeń leczniczych realizowanych przez pielęgniarkę rodzinną w ramach opieki nad pacjentem geriatrycznym jest ustalanie między innymi diety. Żywienie i odżywianie ludzi w wieku starszym wiąże się z problemami zdrowotnymi, szczególnie ze strony układu pokarmowego. Zmniejsza się wydzielanie soków trawiennych i zwalnia perystaltyka jelit, co nasila niestrawność, występowanie naprzemienne biegunek czy zaparc, jak również utratę apetytu. Zarówno nieprawidłowości związane z wiekiem (zmniejszona ilość wydzielanej śliny, zanik kubków smakowych), niekorzystne uwarunkowania socjoekonomiczne, jak i schorzenia występujące u osób starszych, mogą prowadzić do niedoborów żywieniowych i w efekcie do wyniszczenia (10-12). Ustalając dietę należy pamiętać, iż wiek starszy jest wiekiem charakteryzującym się wielochorobowością.

Z uwagi na zaburzenia występujące u chorego wraz z wiekiem ważna jest ocena stanu odżywienia, którą może przeprowadzić pielęgniarka rodzinna przy użyciu skali NRS 2002 lub SGA. Powyższa ocena stanu odżywienia jest prowadzona u każdego hospitalizowanego pacjenta od stycznia 2012 roku. Ze względu na zaburzenia występujące u osób w starszym wieku dieta musi być tak zmodyfikowana, aby zapewnić z jednej strony odpowiednią podaż substancji odżywczych, a z drugiej nie dopuścić do rozwoju negatywnych skutków złego żywienia. Ważny jest tutaj nie tylko odpowiedni dobór produktów zaspokajających zapotrzebowanie osób żywionych, jakość tych produktów i ich prawidłowe rozłożenie na posiłki, ale również warunki przyrządzania, podawania i spożywania posiłków (13).

Pielęgniarka dostosowuje technikę karmienia pacjenta do aktualnego stanu zdrowia podopiecznego. Może ona zaobserwować nawyki żywieniowe chorego, czy są adekwatne do aktualnego stanu zdrowia, właściwie ukierunkować i podkreślić znaczenie przestrzegania diety w przebiegu chorób przewlekłych, takich jak np. cukrzyca czy przewlekła choroba nerek.

Pielęgniarka rodzinna podaje leki różnymi drogami zlecenymi przez lekarza, zakłada opatrunki na rany, odleżyny, oparzenia, zdejmuje szwy na zlecenie lekarza, wykonuje zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze w przetokach, stomiach i ranach trudno gojących się. W ramach zabiegów leczniczych pielęgniarka rodzinna wykonuje również inhalacje, wlewy/wlewki doodbytnicze, zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna, jak również udziela pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, nagłych zachorowaniach z prowadzeniem resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Wśród świadczeń diagnostycznych realizowanych przez pielęgniarkę rodzinną w ramach opieki nad chorym geriatrycznym pielęgniarka rodzinna przeprowadza wywiad środowiskowo-rodzinny ukierunkowany na rodzinne występowanie chorób, wykonuje badanie fizykalne metodami: obserwacji, palpacji, opukiwania, osłuchiwania, pomiarów za pomocą aparatury i sprzętu, wykonuje pomiary podstawowych parametrów życiowych, ocenia je i interpretuje, kontroluje obrzęki. Niezmiernie istotnym zadaniem pielęgniarki rodzinnej jest ocena wydolności chorego w zakresie samoobsługi (skala Barthel, ADL, IADL) jak również

ocena wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny. Konieczność korzystania z opieki rodziny w wykonywaniu podstawowych czy złożonych czynności dnia codziennego prowadzi do niekorzystnych obciążeń psychologicznych i fizycznych opiekunów, jak również nie pozostaje bez wpływu na podopiecznego (14). Pomoc w sprawowaniu opieki, zwłaszcza nad przewlekle chorym potrzebna jest zarówno w przypadku osób samotnych, jak i żyjących, mieszkających z dziećmi czy tylko ze współmałżonkiem (15). Opiekunowie sprawujący opiekę wobec chorego w wielu przypadkach są wyczerpani z sił fizycznych. Pielęgniarka może zastosować skalę do oceny obciążenia opiekuna (skala Robinson). Najbliżsi z uwagi na zaangażowanie związane z opieką nad podopiecznym czasami sami potrzebują wsparcia zarówno materialnego, informacyjnego, psychologicznego, jak i fizycznego, o czym już wcześniej wspomniano. Ważną rolą pielęgniarki jest wpłynięcie na zmianę w postrzeganiu osoby chorej. Trafnie to ujmują słowa Hemingway „teraz nie pora myśleć o tym, czego ci brak. Lepiej pomyśl co możesz zrobić z tym co masz”.

Pielęgniarka rodzinna bierze materiał do badań diagnostycznych, wykonuje testy diagnostyczne do oznaczania ciał ketonowych i glukozy we krwi i moczu. W przypadku pacjentów uskarżających się na dolegliwości bólowe ocenia i monitoruje ból. Pielęgniarka rodzinna opiekuje się pacjentem, pracuje w oparciu o proces pielęgnowania.

W ramach opieki nad pacjentem geriatrycznym pielęgniarka rodzinna udziela również świadczeń rehabilitacyjnych. Świadczenia rehabilitacyjne pielęgniarki obejmują współuczestniczenie i koordynowanie w rehabilitacji przyłóżkowej, w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym zarówno z procesu chorobowego, jak i długotrwałego unieruchomienia. Pielęgniarka rodzinna prowadzi usprawnianie ruchowe podopiecznego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi), gimnastykę oddechową, oklepywanie klatki piersiowej oraz stosuje drenaż ułożeniowy. Ważnym świadczeniem podejmowanym przez pielęgniarkę rodzinną jest aktywizowanie podopiecznych z wykorzystaniem terapii zajęciowej. Pacjenci w wieku starszym są grupą mało aktywną fizycznie, unikają systematycznych ćwiczeń, ale również niechętnie wykonują czynności życia codziennego (16). Pacjent w wieku starszym to chory z kilkoma jednostkami chorobowymi przewlekłymi. Wśród chorób najczęściej występujących u osób w wieku starszym są choroby układu sercowo-naczyniowego, schorzenia układu ruchu, jak również choroby metaboliczne. Zadaniem pielęgniarki jest nauczenie opiekuna asystowania choremu przy czynnościach, których pacjent nie jest w stanie wykonać samodzielnie. Ważnym elementem, na który zwraca się uwagę u pacjentów z udarem jest stymulowanie części ciała, która jest z niedowładem. W związku ze stymulacją ważne jest, aby podchodzić do pacjenta od strony chorej, ubieranie i rozbieranie rozpoczynać najpierw od kończyny chorej, a następnie zdrowej.

Ostatnią grupą świadczeń podejmowanych przez pielęgniarkę wobec podopiecznego w starszym wieku są świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. U osób starszych promocja zdrowia powinna dotyczyć określonych działań związanych z przystosowaniem ich do

przejścia na emeryturę, zachowaniem zdrowia psychicznego, jakości życia oraz postępowania zdrowotnego (17). W ramach tych świadczeń pielęgniarka rozpoznaje, ocenia i zapobiega zagrożeniom zdrowotnym u podopiecznych. Realizuje wobec ludzi starszych program profilaktyki gruźlicy. Programem tym obejmuje chorych, którzy nie mają w wywiadzie rozpoznanej gruźlicy.

Pielęgniarka rodzinna rozpoznaje potrzeby pielęgnacyjne i problemy zdrowotne u podopiecznych, prowadzi edukację zdrowotną, a także organizuje grupy wsparcia dla podopiecznego i jego rodziny.

W sytuacji, gdy stan ograniczonej zdolności do samoopieki pacjenta, który wg skali Barthel uzyskał od 0 do 40 punktów utrzymuje się oraz dodatkowo pacjent wymaga jednego z wymienionych niżej świadczeń pielęgniarstwa przez okres powyżej 2 tygodni:

- kroplowego wlewu dożylnego, wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
- wykonywania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach, odleżynach, troficznych owrzodzeniach podudzi i trudno gojących się ranach,
- karmienia przez zgłębnik i przez przetokę,
- płukania pęcherza moczowego,
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną,
- zakładania i usuwania cewnika (stałe zlecenie lekarskie), chory może zostać zakwalifikowany do pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Warunkiem objęcia chorego pielęgniarstwem jest skierowanie do objęcia pielęgniarstwem domowym wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz karta kwalifikacyjna pacjenta do objęcia pielęgniarstwem długoterminowym (zmodyfikowana skala Barthel). Czas objęcia chorego pielęgniarstwem długoterminowym jest uwarunkowany stanem zdrowia pacjenta. Ocena według zmodyfikowanej skali Barthel powinna się odbywać przez pielęgniarkę rodzinną co miesiąc. Po przekroczeniu 40 punktów Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje dalszej pielęgniarstwa opieki długoterminowej (18).

PODSUMOWANIE

Geriatryczna opieka domowa powinna być sprawowana przez zespół opieki domowej, który jest ściśle związany z poradnią geriatryczną. W obecnej sytuacji nie wszyscy pacjenci w wieku starszym mają możliwość korzystania z opieki geriatrycznej sprawowanej przez wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Z uwagi na ograniczoną dostępność do powyższych świadczeń wielu pacjentów korzysta ze świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę rodzinną. Przygotowuje ona pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji, jak również opiekuna do sprawowania opieki nad chorym. Zakres wiedzy, jak i umiejętności dotyczący pielęgnowania, który przekazuje chorym i opiekunom jest bardzo szeroki. Wymaga to ciągłego uzupełniania wiedzy, która szybko się rozwija w związku z licznymi badaniami naukowymi prowadzonymi zarówno w dziedzinie medycyny, jak i pielęgniarstwa.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Pluta
Zakład Pielęgniarstwa
Społecznego
ul. Techników 3,
85-801 Bydgoszcz
tel. +48 (69) 371-69-80
agnieszkapluta@poczta.onet.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS, Warszawa 2008.
2. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Ślusarz R: Nieśprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej. *Probl Pielęgn* 2011; 19(2): 239-243.
3. Muszaliak M, Kędziora-Kornatowska K: Problemy zdrowotne i opiekuńcze osób w starszym wieku oraz formy opieki geriatrycznej w Polsce. [W:] Bartuzi Z (red.): *Wybrane aspekty opieki zdrowotnej*. CM UMK Bydgoszcz 2007; 333-338.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).
5. Strzeciwo A: Wybrane problemy służby zdrowia w Polsce. [W:] *Medycyna Rodzinna*. Sloane PD, Slatt LM, Curtis P (red.). Urban&Partner, Wrocław 1998; 59-64.
6. Strzeciwo A: Zakres działań i najważniejszych kompetencji lekarza rodzinnego. [W:] Strzeciwo A (red.): *Praktyka lekarza rodzinnego*. Aspekty organizacyjne, prawne i finansowe. Wrocław, Wyd. Akademia Medyczna 1998; 15-28.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U.13.1248).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 20 października 2005 r. Na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
9. Ciechaniewicz W: Edukacja zdrowotna – zadania pielęgniarki w promocji zdrowia. [W:] Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M (red.): *Promocja zdrowia*. Tom I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Lublin, Wydawnictwo Czelej 2008.
10. Jurczak I, Barylski M, Irzmański R: Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? *Geriatrics* 2011; 5: 127-133.
11. Barrocas A, White JV, Gomez C, Smithwick L: Assessing health status in the elderly: the nutrition screening initiative. *J Health Care Poor Underserved* 1996; 7 (3): 210-218.
12. Rolls BJ, Drewnowski A: Diet and nutrition. [In:] Birren JE (editor): *Encyclopedia of Gerontology*. 1st ed. San Diego, Academic Press 1996; 1: 429-440.
13. Kwolek A: *Rehabilitacja Medyczna*. Tom II. Wrocław, Urban&Partner 2009; 541-547.
14. Faleńczyk K, Pluta A, Basińska H et al.: Analysis of problems and their determinants among family caregivers taking care of chronically ill people. *Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. XV-lecie Wydziału Nauk o Zdrowiu*. Bydgoszcz, 19-20 III 2012.
15. Muszaliak M, Biercewicz M: Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku. [W:] *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej: podręcznik dla studiów medycznych*. Red. nauk. Kornelia Kędziora-Kornatowska, Marta Muszaliak, E. Skolmowska. Warszawa, Wydaw. Lek. PZWL 2010; 131-139.
16. Knapik A, Rottermund J, Myśliwiec A et al.: Aktywność fizyczna a samoocena zdrowia osób w starszym wieku. *Rzeszów, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2011; 2: 195-204.
17. Gębka D, Kędziora-Kornatowska K: Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(2): 256-259.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

nadesłano: 11.01.2014

zaakceptowano do druku: 06.02.2014