

Ocena funkcjonowania czynnościowego, poznawczego oraz ryzyka rozwoju odleżyn, jako zasadniczych elementów w planowaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską u pacjentów w wieku podeszłym

Evaluate the functional and cognitive abilities and the risk of development of pressure ulcers as basic elements in planning the demand for nursing care in elderly patients

ALEKSANDRA ZIELIŃSKA, MAGDALENA STRUGAŁA, MARIA STACHOWSKA

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Introduction. A point of departure for planning the care for a senior person should be a thorough evaluation of the patient's functional status and cognitive abilities.

Aim. The aim of the research was to evaluate the functional and cognitive abilities and the risk of development of pressure ulcers as basic elements in planning the demand for nursing care in elderly patients.

Material and method. The research was conducted among 50 patients of the long-term care institution. The functional condition of the subjects was evaluated with the catalogue of everyday life activities. Mini-Mental State Examination (MMSE) test was used to evaluate intellectual abilities of senior patients, and the Norton scale was used to determine the risk of development of pressure ulcers.

Results. A small number of patients demonstrated independence in selected activities, such as moving around the house without a walking stick – 6 (12%) persons. More patients demonstrated independence in activities not connected with the walking ability, e.g. 40 persons (80%) were able to eat with spoon and fork. The MMSE test was used to establish that 24 (48%) of the examined residents had correct cognitive abilities, 9 (18%) were suffering from mild dementia, 8 (16%) from moderate dementia, 9 (18%) from severe dementia. There was a relationship between age and frequency of occurrence of dementia cases. Evaluation of the risk of bedsores with the use of the Norton scale revealed the occurrence of such risk in 17 persons (34%). That risk most frequently occurred in patients aged 75 or more – 11 (39.3%) persons.

Conclusions. 1. Senior patients demonstrate a considerably lower level of functional ability in activities connected with walking. 2. The risk of development of pressure ulceration and cognitive deficits increase with age.

Key words: *catalogue of everyday life activities, MMSE, Norton scale*

Wstęp. Punktem wyjścia w planowaniu opieki nad seniorem powinna być dokładna ocena stanu czynnościowego i funkcjonowania poznawczego podopiecznego.

Cel pracy. Ocena funkcjonowania czynnościowego, poznawczego oraz ryzyka rozwoju odleżyn, jako zasadniczych elementów w planowaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską u pacjentów w wieku podeszłym.

Materiał i metoda. W badaniu uczestniczyło 50 pensjonariuszy DPS. Do oceny stanu czynnościowego wykorzystano katalog czynności życia codziennego. Instrumentem oceniającym sprawność intelektualną seniora był test MMSE, natomiast do oceny ryzyka rozwoju odleżyn wykorzystano skalę Norton.

Wyniki. Niewielka liczba pacjentów wykazała niezależność w zakresie wybranych czynności, np.: poruszanie się po mieszkaniu bez pomocy laski 6 (12%) osób. Natomiast w zakresie aktywności niezwiązanych z umiejętnością chodzenia badani wykazali większą samodzielność w poszczególnych czynnościach, np.: jedzenie za pomocą łyżki i widelca 40 (80%) osób. Za pomocą testu MMSE wykazano, że 24 (48%) badanych posiadało prawidłowe zdolności poznawcze, 9 (18%) lekkie otępienie, 8 (16%) umiarkowane, 9 (18%) głębokie. Stwierdzono istnienie zależności pomiędzy wiekiem, a częstością występowania otępienia. Dokonując oceny ryzyka rozwoju odleżyn za pomocą skali Norton, stwierdzono je u 17 (34%) osób. Najczęściej ryzyko występowało u badanych w wieku 75 lat i więcej – 11 (39,3%) osób.

Wnioski. 1) Zdecydowanie niższy poziom sprawności czynnościowej seniorzy wykazują w ramach aktywności związanych z umiejętnością chodzenia. 2) Ryzyko rozwoju odleżyn oraz deficyty funkcji poznawczych rosną wraz z wiekiem.

Słowa kluczowe: *katalog czynności życia codziennego, MMSE, skala Norton*

© *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(2): 216-220

www.phie.pl

Nadesłano: 23.09.2006

Zakwalifikowano do druku: 26.06.2007

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Aleksandra Zielińska

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań, tel. (0-61) 86-12-230, tel. kom. 0-508-228-795, e-mail: abra@icpnet.pl

Wstęp

W obliczu starzenia się społeczeństwa wzrasta zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę pielęgniar-ską. Jak wynika z danych Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 r., osoby w wieku poprodukcyjnym stanowiły 15% społeczeństwa polskiego, z czego 1,5% przebywało w Domach Pomocy Społecznej (DPS) i Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych.

Punktem wyjścia w planowaniu opieki nad seniorem powinna być dokładna ocena stanu czynnościowego i funkcjonowania poznawczego podopiecznego. Ponieważ pacjenci geriatryczni często narażeni są na występowanie odleżyn, ważnym elementem oceny jest zastosowanie wybranej skali predykcji.

Podstawową sprawność pacjenta geriatrycznego pielęgniarzka może ocenić wykorzystując katalog czynności życia codziennego, który zawiera dwie grupy aktywności: związane i nie związane z umiejętnością chodzenia. W ramach każdej grupy aktywności zawarte są poszczególne czynności życia codziennego [1].

Instrumentem pomocnym w ocenie zdolności kognitywnych seniora jest skala *Mini Mental State Examinations*, która zawiera 11 pozycji. Służy do badania orientacji, zapamiętywania, umiejętności skupienia uwagi, liczenia i znajomości języka [2]. Uży-skany wynik równy lub mniejszy 24 punktom może wskazywać na obniżone zdolności poznawcze.

Monitorowanie ryzyka rozwoju odleżyn dokonywane jest najczęściej za pomocą skali Norton, która opiera się na analizie 5 następujących czynników ryzyka: 1) ogólna kondycja fizyczna (stan odżywienia, brak uszkodzeń tkanki, masa mięśni, kondycja skóry), 2) stan psychiczny (poziom świadomości i orientacji), 3) aktywność (zdolność samodzielnego poruszania się), 4) mobilność (stopień samodzielności przy zmianie pozycji, zdolność kontroli i poruszania kończynami), 5) nietrzymanie moczu, stolca (brak kontroli czynności zwieraczy). Ryzyko rozwoju odleżyn wzrasta wraz z obniżaniem się punktacji. Wynik o wartości 14 punktów lub poniżej wskazuje na istnienie stanu ryzyka.

Cel pracy

Ocena funkcjonowania czynnościowego, poznawczego oraz ryzyka rozwoju odleżyn – jako zasadniczych elementów w planowaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarzką w u osób w wieku podeszłym wieku.

Materiał i metoda

W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło 50 seniorów mieszkających w Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu. Najliczniejszą grupę stanowiły oso-

by w wieku powyżej 75 r.ż. (56%). W badanej populacji było 34 (68%) kobiet i 16 (32%) mężczyzn.

Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: katalog czynności życia codziennego, test MMSE oraz skalę Norton. W celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano test χ^2 , przyjmując współczynnik istotności statystycznej $p = 0,05$.

Wyniki

Oceniając poziom sprawności i niezależności człowieka starego zgodnie z katalogiem uzyskano poniższe wyniki.

W ramach aktywności „przemieszczanie się w domu” analizowano następujące czynności, w których samodzielność wykazała niewielka liczba pensjonariuszy: poruszanie się po mieszkaniu bez pomocy łaski – 6 (12%), poruszanie się po mieszkaniu z pomocą łaski – 14 (28%), otwieranie, zamykanie drzwi – 17 (34%).

Analizując umiejętność chodzenia po schodach wykazano, że 3 osoby (6%) wchodzi i schodzi po schodach bez pomocy, natomiast 6 (12%) pensjonariuszy wchodzi i schodzi po schodach z pomocą (tab. I, II).

Kolejną grupą aktywności było „poruszanie się poza domem”. W ramach tych aktywności 1 (2%) osoba posiadała umiejętność wsiadania i wysiadania z autobusu lub tramwaju.

Natomiast w obszarze aktywności nie związanych z umiejętnością chodzenia, niezależność pensjonariusze wykazywali w zakresie poszczególnych aktywności: sięganie przedmiotów na szafce nocnej 36 (72%), obracanie się na prawo i lewo 29 (58%), jedzenie za pomocą łyżki 42 (84%), jedzenie za pomocą widelca 40 (80%), picie z filiżanki 39 (78%), toalety jamy ustnej 36 (72%), mycia rąk 37 (74%), zapinania i rozpinania guzików 21 (42%), zdejmowania i zakładania podkoszulka 12 (24%), używania papieru toaletowego po wypróżnieniu 33 (66%), rozbierania się przed skorzystaniem z toalety 18 (36%) (tab. III, IV, V, VI, VII).

Za pomocą testu MMSE wykazano, że 24 (48%) badanych posiadało prawidłowe zdolności poznawcze, 9 (18%) lekkie otępienie, 8 (16%) umiarkowane i 9 (18%) głębokie. Stwierdzono istnienie zależności pomiędzy wiekiem, a częstością występowania otępienia ($p = 0,009$). Częstość występowania zaburzeń poznawczych rosła wraz z wiekiem.

Dokonując oceny ryzyka rozwoju odleżyn za pomocą skali Norton, stwierdzono je u 17 (34%) osób. Wykazano zależność pomiędzy wiekiem pensjonariuszy, a ryzykiem rozwoju odleżyn ($p = 0,004$). Najczęściej ryzyko występowało u badanych w wieku 75 lat i więcej – 11 (39%) osób.

Tabela I. Aktywności związane z chodzeniem: „Przemieszczanie się w domu”
Table I. Activities related to walking ability: “Moving around the house”

Przemieszczanie się w domu / Moving around the house	N=50	%
Porusza się po mieszkaniu bez pomocy (laski) / Moves around the house without a walking stick	6	12
Porusza się po mieszkaniu z pomocą (laski) / Moves around the house with a walking stick	14	24
Otwiera drzwi, przechodzi przez nie i zamyka drzwi / Opens the door, crosses the doorway and closes the door	17	34
Marsz do przodu / Walks forward	15	30
Marsz do tyłu / Walks backward	9	18
Chód bokiem / Walks sideward	9	18

Tabela II. Aktywności związane z chodzeniem: „Chodzenie po schodach”
Table II. Activities related to walking ability: “Using the stairs”

Chodzenie po schodach / Using the stairs	N=50	%
Wchodzi po schodach bez pomocy / Mounts the stairs without help	3	6
Schodzi po schodach bez pomocy / Goes down the stairs without help	3	6
Wchodzi po schodach z pomocą / Mounts the stairs with help	6	12
Schodzi po schodach z pomocą / Goes down the stairs with help	6	12

Tabela III. Aktywności nie związane z umiejętnością chodzenia: „aktywności w łóżku”
Table III. Activities not related to walking ability: “activities in bed”

Aktywności w łóżku / Activities in bed	N=50	%
Porusza się z miejsca na miejsce / Transfers in bed	21	42
Obraca się na prawo i na lewo / Turns to the right and left side	29	58
Obraca się na brzuch / Turns to prone position	24	48
Siada w łóżku (plecy wyprostowane) / Sits in bed (with extended back)	24	48
Kładzie się samodzielnie / Lays down without help	26	52
Sięga przedmiotów w szafce nocnej / Reaches for objects on a night drawer	36	72
Operuje sygnałem świetlnym / Operates light switch	41	82

Tabela IV. Aktywności nie związane umiejętnością chodzenia: „odżywianie”
Table IV. Activities not related to walking ability: “Eating”

Odżywianie / Eating	N=50	%
Je za pomocą łyżki / Eats with a spoon	42	84
Je za pomocą widelca / Eats with a fork	40	80
Pije przez słomki / Drinks with a straw	42	84
Pije z filiżanki / Drinks from a cup	39	78
Pije ze szklanki / Drinks from a glass	36	72
Kroi nożem / Cuts with a knife	27	54
Smaruje chleb / Spreads butter on bread	30	60
Miesza łyżeczką / Stirs with a teaspoon	42	84

Tabela V. Aktywności nie związane z umiejętnością chodzenia: „Toaleta osobista”
Table V. Activities not related to walking ability: “Personal hygiene”

Toaleta osobista / Personal hygiene	N=50	%
Czesze i szczotkuje włosy / Brushes hair	30	60
Myje zęby / Brushes teeth	36	72
Goli się lub robi makijaż / Shaves or puts on make-up	20	40
Myje ręce i wyciera je / Washes and dries hands	37	74
Myje twarz i wyciera ją / Washes and dries face	38	76
Używa chusteczki do nosa / Uses a handkerchief	42	84
Myje i wyciera nogi / Washes and dries feet	9	18

Tabela VI. Aktywności nie związane z umiejętnością chodzenia: „Kąpiel”
Table VI. Activities not related to walking ability: “Bathing”

Kąpiel / Bathing	N = 50	%
Bierze kąpiel w wannie / Bathes in a bathtub	4	8
Bierze kąpiel pod prysznicem / Takes a shower	4	8
Myje włosy / Washes hair	10	20
Używa bidetu / Uses a bidet	2	4

Tabela VII. Aktywności nie związane z umiejętnością chodzenia: „Ubieranie i rozbieranie”
Table VII. Activities not related to walking ability: “Dressing and undressing”

Ubieranie i rozbieranie / Dressing and undressing	N = 50	%
Zakłada bieliznę osobistą, spodnie / Puts on underwear, pants	10	20
Zdejmuje bieliznę osobistą, spodnie / Takes off underwear, pants	11	22
Zakłada podkoszulek, stanik / Puts on t-shirt, bra	12	24
Zdejmuje podkoszulek, stanik / Takes off t-shirt, bra	12	24
Zakłada koszulę, bluzkę / Puts on shirt, blouse	12	24
Zdejmuje koszulę, bluzkę / Takes off shirt, blouse	13	26
Zakłada luźną sukienkę / Puts on loose dress	11	22
Zdejmuje luźną sukienkę / Takes off loose dress	11	22
Zakłada skarpety, pończochy / Puts on socks, stockings	7	14
Zdejmuje skarpety, pończochy / Takes off socks, stockings	7	14
Zakłada szelki / Puts on braces (suspenders)	8	16
Zdejmuje szelki / Takes off braces (suspenders)	10	20
Zapina guziki / Buttons up	21	42
Rozpina guziki / Unbuttons	21	42
Wiąże krawat, kokardę / Ties necktie, knot	10	20
Wkłada buty / Puts on shoes	9	18
Sznuruje buty / Ties shoelaces	7	14
Wkłada płaszcz, kurtkę / Puts on coat, jacket	12	22
Zdejmuje płaszcz, kurtkę / Takes off coat, jacket	13	26
Wkłada aparat ortopedyczny / Puts on orthopedic device	5	10
Zdejmuje aparat ortopedyczny / Takes off orthopedic device	5	10

Dyskusja

Analizując uzyskane wyniki badań stwierdzono wysoki poziom niesprawności ruchowej pacjentów, co powodowało potrzebę pomocy w zakresie samoobsługi. *Wojczel* i *Bień* również podkreślą w swoich badaniach, że zaburzenia mobilności stają się główną przyczyną zależności od innych osób [3].

W badanej grupie stwierdzono istnienie deficytów w zakresie funkcjonowania poznawczego. Zdolności poznawcze obniżały się wraz z wiekiem. Zaburzenia w tym zakresie wykazano u 52% pensjonariuszy. Podobne spostrzeżenia można odnaleźć w pracach innych autorów, którzy podkreślają związek między wiekiem a nasilaniem się objawów otępienia [4]. Skala MMSE pozwala na wczesne zauważenie zaburzeń i wdrożenie skutecznego postępowania terapeutycznego.

Seniorzy przebywający w DPS wymagają różnych form aktywizacji, zarówno fizycznej jak i umysłowej, a rzetelna ocena pacjenta geriatrycznego pozwala na wczesne, właściwe reagowanie i kompensowanie niesprawności, a tym samym poprawę komfortu życia.

Ponieważ połowa badanej grupy to osoby powyżej 75 r.ż., z deficytami w zakresie mobilności i zdolności poznawczych istotnym elementem oceny jest zastosowanie wybranej skali predykcji. Posługując się skalą Norton wykazano ryzyko rozwoju odleżyn u 34% pensjonariuszy. W wielu pracach podkreśla się, że znaczącym czynnikiem ryzyka rozwoju odleżyn jest wiek [5, 6,]. W badanej grupie ryzyko rozwoju odleżyn najczęściej występowało u pensjonariuszy powyżej 75 r.ż.

Wnioski

1. Zdecydowanie niższy poziom sprawności czynnościowej seniorzy wykazują w ramach aktywności związanych z umiejętnością chodzenia.
2. Ryzyko rozwoju odleżyn oraz deficyty funkcji poznawczych rosną wraz z wiekiem.
3. Kompleksowa ocena pacjenta geriatrycznego pozwala na dostrzeganie braków w zakresie samodzielności podopiecznych i ułatwia określenie zaopieczowania na opiekę pielęgniarską.

Piśmiennictwo / References

1. Gniadek A. Ocena sprawności podstawowej pacjenta geriatrycznego – katalog czynności życia codziennego jako narzędzie badawcze. Materiały z konferencji “Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka”. Kraków 2000: 61-67.
2. Jura E. Przydatność skali Mini Mental State Examination w ocenie stanu funkcjonowania poznawczego u chorych z wieloogniskowym naczyniopochodnym uszkodzeniem mózgu. *Neurologia Neurochirurgia Polska* 1993, 27, 3: 293-301.
3. Wojszel Z, Bień B. Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. *Gerontologia Polska* 2001, 2: 32-38.
4. Bień. B, Wojszel Z, Wilmańska J i wsp. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontologia Polska* 1999, 2: 42-47.
5. Zielińska A, Strugała M, Stachowska M. Ocena czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów niepełnosprawnych i w wieku podeszłym na przykładzie wybranych skal. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sect. D* 2006; 60, suppl. 1648: 460-462.
6. Głowacka A, Kruk-Kupiec G, Kubica H i wsp. Profilaktyka, pielęgnacja i metody zapobiegania. Odleżyny. Zapobieganie i leczenie. Poradnik dla pielęgniarek i lekarzy. Wyd: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Włocławek 1996: 5-47.