

Ocena stanu zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową w województwie śląskim i lubelskim na podstawie Skali Barthela i Skali Douglasa.

Elżbieta Stasiak<sup>1</sup>, Edyta Gałęziowska<sup>2</sup>, Renata Domżał-Drzewicka<sup>2</sup>, Ewa Humeniuk<sup>3</sup>, Antoni Niedzielski<sup>3</sup>, Przemysław Błaziak<sup>3</sup>, Karolina Stasiak, Andrzej Stanisławek<sup>1</sup>

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej<sup>1</sup>

Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego<sup>2</sup>

Zakład Rehabilitacji Patologii Mowy<sup>3</sup>

Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, WPi No Z AM Lublin

Słowa kluczowe: ocena stanu zdrowia, skala Barthela, skala Douglasa,

Wprowadzenie

Ocena stanu zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową głównie opiera się na zastosowanej skali Barthela, która powinna określić wskaźniki funkcjonalnej sprawności lub niepełnosprawności tych osób.

Skala Barthela określa stan pacjenta w zakresie sprawności fizycznej i stopnia samodzielności do wykonywania czynności życia codziennego, jak również określa sprawność zwieracza odbytu i cewki moczowej.

Natomiast skala Douglasa służy do określenia stanu ryzyka rozwoju odleżyn. Skala ta pozwala ocenić pacjenta w zakresie stanu odżywienia, uszkodzenia skóry, stanu świadomości, jak również odczuwanego bólu.

Cele pracy

1. Wykazanie celowości zastosowania skali Barthela i skali Douglasa w ocenie stanu zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową
2. Charakterystyka zdrowotna pacjenta zamieszkującego województwo śląskie i lubelskie

Materiał

Materiał badawczy został zgromadzony na podstawie badań pilotażowych przeprowadzonych u 40 osób objętych opieką domową długoterminową.

Badaniami objęto 20 pacjentów z województwa lubelskiego i 20 pacjentów z województwa śląskiego w okresie od września 2005r. do stycznia 2006r.

Wnioski

1. Stan zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową w obu województwach jest na podobnym poziomie.

2. Zauważalne są jednak większe deficyty zdrowotne u pacjentów zamieszkujących województwo śląskie, ponieważ u znacznej większości pacjentów występuje wielochorobowość.

Ocena stanu zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową w województwie śląskim i lubelskim na podstawie Skali Barthela i Skali Douglasa.

Elżbieta Stasiak<sup>1</sup>, Edyta Gałęziowska<sup>2</sup>, Renata Domżał-Drzewicka<sup>2</sup>, Ewa Humeniuk<sup>3</sup>, Antoni Niedzielski<sup>3</sup>, Przemysław Błaziak<sup>3</sup>, Karolina Stasiak, Andrzej Stanisławek<sup>1</sup>

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej<sup>1</sup>

Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego<sup>2</sup>

Zakład Rehabilitacji Patologii Mowy<sup>3</sup>

Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, WPi No Z AM Lublin

Populacja ludzi na świecie, a także w Polsce starzeje się, a proces ten rodzi pewne konsekwencje społeczne, ekonomiczne i polityczne.

Starzenie się społeczeństw często łączy się ze wzrostem niesprawności i chorób przewlekłych. Charakterystyczną cechą wieku geriatrycznego jest wielochorobowość, czyli częste współwystępowanie wielu chorób jednocześnie u jednej osoby.<sup>1,2,3</sup>

Osoby, które ukończyły 60 lat najczęściej cierpią z powodu chorób układu krążenia układu ruchu, układu oddechowego i pokarmowego. Bardzo często pojawiają się też problemy zdrowotne w wyniku doznanego urazu, otępienia starczego, zaburzonej koordynacji ruchowej, wiotkości zwieraczy czego konsekwencją jest nietrzymanie moczu i stolca.

Pacjenci objęci opieką domową długoterminową to w przeważającej większości osoby w wieku geriatrycznym przewlekle chore i z różnym stopniem niepełnosprawności.

Miarą konsekwencji choroby przewlekłej i niepełnosprawności jest:

- stopień aktywności (czyli samodzielności) w czynnościach dnia codziennego, do których należy samodzielne spożywanie posiłków, mycie się, ubieranie i poruszanie
- stopień aktywności w czynnościach związanych z samodzielną egzystencją w środowisku, czyli przyrządzanie posiłków, utrzymanie czystości, prowadzenie domu
- stopień ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, wywiązywaniu się z ról rodzinnych, zdolność do życia seksualnego, do uczestniczenia w życiu publicznym.<sup>5</sup>

Opieka zdrowotna realizowana w warunkach domowych przez pielęgniarki dyplomowane pozwala uzyskać dobre wyniki w realizacji świadczeń zdrowotnych przy stosunkowo niskich kosztach. Praca pielęgniarki z opieki domowej długoterminowej w domu pacjenta ma na celu poprawienie jakości życia osoby przewlekle chorej i niepełnosprawnej.<sup>4</sup>

Ocena stanu zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową głównie opiera się na zastosowanej skali Barthela, która powinna określić wskaźniki funkcjonalnej sprawności lub niepełnosprawności tych osób. Skala Barthela określa stan pacjenta w zakresie sprawności fizycznej i stopnia samodzielności do wykonywania czynności życia codziennego, jak również określa sprawność zwieracza odbytu i cewki moczowej.

Natomiast skala Douglasa służy do określenia stanu ryzyka rozwoju odleżyn. Skala ta pozwala ocenić pacjenta w zakresie stanu odżywienia, uszkodzenia skóry, stanu świadomości, jak również odczuwanego bólu.

#### Cele pracy

1. Wykazanie celowości zastosowania skali Barthela i skali Douglasa w ocenie stanu zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową
2. Charakterystyka zdrowotna pacjenta zamieszkującego województwo śląskie i lubelskie

#### Materiał

Materiał badawczy został zgromadzony na podstawie badań pilotażowych przeprowadzonych u 40 osób objętych opieką domową długoterminową.

Badaniami objęto 20 pacjentów z województwa lubelskiego i 20 pacjentów z województwa śląskiego w okresie od września 2005r. do stycznia 2006r.

#### Wyniki

Po przeprowadzonych badaniach pilotażowych wśród osób zamieszkujących województwo śląskie i lubelskie stwierdzono, że grupy badanych pacjentów wymieniają po kilka jednostek chorobowych, które występują u każdego badanego.

Te jednostki chorobowe( diagnozy lekarskie) wymieniane i zapisywane są tzw.

kodem ICD 10.

Kod ICD 10 to Narodowa klasyfikacja chorób, która obowiązuje przy wypisywaniu dokumentacji medycznej, takiej jak: wnioski do opieki domowej długoterminowej, zwolnienia lekarskie, orzeczenia lekarskie dotyczące stopnia niepełnosprawności osób chorych.

Ryc.1 Ilość jednostek chorobowych( wyrażonych kodem ICD 10) występujących w badanych grupach.

<b>Kod ICD 10</b>	<b>Lubelskie</b>	<b>Śląskie</b>
<b>I 61</b>	1	1
<b>I 64</b>	0	2
<b>I 69</b>	5	6
<b>I 70</b>	6	8
<b>I 10</b>	2	4
<b>I 11</b>	2	3
<b>I 44</b>	0	1
<b>I 50</b>	1	2
<b>G 20</b>	0	1
<b>G 35</b>	3	3

<b>G 83</b>	1	3
<b>F 01</b>	2	3
<b>E 10</b>	2	2
<b>E 24</b>	0	1
<b>L 89</b>	1	1
<b>L 97</b>	1	1
<b>M 05</b>	0	1
<b>M 06</b>	1	0
<b>M 47</b>	1	3
<b>M 80</b>	0	1
<b>M 81</b>	0	2
<b>S 79</b>	0	1

Rycina nr 1 przedstawia najczęściej występujące jednostki chorobowe u pacjentów objętych opieką domową długoterminową. Miażdżyca (I 70) to choroba którą najczęściej wymieniają respondenci z obu województw, w lubelskim 6 osób a w śląskim 8 osób.

Następna choroba najczęściej wymieniana przez badanych to ( I 69) czyli następstwa chorób naczyń mózgowych, 5 osób z województwa lubelskiego i 6 osób z województwa śląskiego zaznaczyło taką jednostkę chorobową.

W dalszej kolejności występowało stwardnienie rozsiane ( G 35), gdzie w obu badanych grupach wskazało po 3 osoby występowanie takiego schorzenia.

Natomiast wymienione jednostki chorobowe jako inne zespoły porażenne ( G 83) i zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa ( M 47) w województwie lubelskim wskazała tylko 1 osoba, a w województwie śląskim już 3 osoby.

Samoistne pierwotne nadciśnienie ( I 10) występuję częściej w województwie śląskim- 4 osoby wskazało tą chorobę, a w lubelskim tylko 2 osoby uskarża się na taką jednostkę chorobową. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca ( I 11) i ołępienie naczyniowe ( F01) dotyczy w lubelskim 2 osób badanych, natomiast w śląskim 3 osób.

Na cukrzycę insulinozależną ( E 10) choruje po 2 osoby w obu badanych grupach.

Osteoporoza bez złamania patologicznego ( M 81) i udar ( I 64)jako następstwo innych chorób zostały wymienione tylko w województwie śląskim przez 2 osoby.

Takie jednostki chorobowe jak: urazy biodra i uda ( S 79), osteoporoza ze złamaniem patologicznym ( M 80), inne reumatoidalne zapalenia stawów ( M 06), sero-dodatnie reumatoidalne zapalenia stawów ( M 05), owrzodzenia odleżynowe ( L 89), owrzodzenia kończyny dolnej ( L 97), Zespół Cushinga ( E 24), choroba Parkinsona ( G 20), blok przedsionkowo-komorowy ( I 44) zostały wymienione przez pojedynczych pacjentów lub w ogóle nie zostały wymienione w obu badanych grupach.

Osoby objęte opieką domowa długoterminową z powodu swojego stanu zdrowia są narażone na ryzyko rozwoju odleżyn. Aby zapobiec powstaniu odleżyn pielęgniarka realizująca świadczenia zdrowotne u każdego pacjenta ma obowiązek oceniać na podstawie Skali Douglasa ryzyko rozwoju odleżyn Skala ta pozwala ocenić pacjentów w zakresie stanu odżywienia, uszkodzenia skóry, stanu świadomości, jak również odczuwanego bólu.

Skala Douglasa stwierdza ryzyko rozwoju odleżyn u pacjentów z wynikiem równym 18 punktów lub wyższym.

Ryc. nr 2 Skala Douglasa stwierdza ryzyko rozwoju odleżyn u pacjentów z wynikiem równym 18 punktów lub wyższym.

Punkty w Skali Douglasa	Lubelskie		Śląskie	
	N	%	N	%
0-3	0	0,0	0	0,0
4-6	3	15,0	0	0,0
7-9	0	0,0	0	0,0
10-12	3	15,0	1	5,0
13-15	5	25,0	6	30,0
16-18	8	40,0	11	55,0
Powyżej 18	1	5,0	2	10,0
Razem	20	100,0	20	100,0

Po przeprowadzonej analizie wykonanych badań stwierdzono, że ryzyko rozwoju odleżyn do 18 punktów w województwie lubelskim (40%) jest mniejsze aniżeli w śląskim (55%) i powyżej 18 punktów analogicznie (5%) i (10%) te wartości procentowe wskazują, na to że pacjenci przebywający w domu i otoczeni opieką domową długoterminową mają duże problemy zdrowotne, są leżącymi osobami, mało sprawnymi fizycznie i tym samym są narażeni na powstawanie odleżyn. Problemy zdrowotne w obu badanych grupach są podobne, jednak zauważa się większe ryzyko wystąpienia odleżyn u osób mieszkających w województwie śląskim.

Ocena stanu zdrowia pacjentów objętych opieką domową długoterminową głównie opiera się na zastosowanej skali Barthela, która powinna określić wskaźniki funkcjonalnej sprawności lub niepełnosprawności tych osób.

Skala Barthela określa stan pacjenta w zakresie sprawności fizycznej i stopnia samodzielności do wykonywania czynności życia codziennego, jak również określa sprawność zwieracza odbytu i cewki moczowej.

Kwalifikacja pacjentów do opieki domowej długoterminowej odbywa się na podstawie skali Barthela, gdzie pacjent powinien spełniać kryteria następujące: od 0 pkt do 40 pkt, na podstawie wartości punktowej zawartej w skali, oceniając osoby chore w podskali 5 punktowej i w górę.

Ryc. nr 3 Skala Barthela kwalifikująca pacjentów do opieki domowej długoterminowej od 0 pkt do 40 pkt, na podstawie wartości punktowej zawartej w skali, oceniając osoby chore w podskali 5 punktowej

Punkty w Skali Barthela	Lubelskie		Śląskie	
	N	%	N	%
0	5	25,0	6	30,0
5	1	5,0	1	5,0
10	3	15,0	4	20,0
15	3	15,0	3	15,0
20	1	5,0	3	15,0
25	4	20,0	2	10,0
30	2	10,0	1	5,0

<b>35</b>	1	5,0	0	0,0
<b>40</b>	0	0,0	0	0,0
<b>Razem</b>	20	100,00	20	100,00

Przedstawiona rycina nr 3 określa stan zdrowia pacjenta w Skali Barthela 0 pkt u ( 25%) badanych z województwa lubelskiego i u (30%) badanych z województwa śląskiego.

Na 5 pkt. określa po (5%) respondentów z każdej grupy badanej.

Bardzo zbliżona ocena 10 i 15 punktów w dwóch badanych grupach, gdzie w lubelskim jest (15%) i (15%), natomiast w śląskim ( 20%) i (15%).

Dające zauważyć się różnice występują na poziomie 20 punktów, ponieważ grupa badanych z lubelskiego to tylko (5%), a z województwa śląskiego (15%).

Ilość 25 pkt w większym procencie uzyskały osoby z województwa lubelskiego (20%), a tylko (10%) osoby z województwa śląskiego.

Żaden z badanych pacjentów w obu grupach nie otrzymał 40 pkt.

Z uzyskanych wyników można stwierdzić, że u badanych osób występuje duże ubytki w zdrowiu fizycznym.

Pomiędzy badanymi grupami nie widać bardzo istotnych różnic zdrowotnych, jednak zauważa się, że pacjenci z województwa śląskiego są w większym stopniu obciążeni problemami zdrowotnymi.

Współczesny model opieki geriatrycznej zakłada jej ścisły związek z podstawową opieką zdrowotną. Przewiduje on rozwiązanie problemów medycznych i socjalnych ludzi starszych przede wszystkim w ich środowisku życiowym.

Rozwój opieki długoterminowej w naszym kraju staje się zatem priorytetowym celem polityki zdrowotnej państwa.6

#### Wnioski

1.Stan zdrowia pacjentów objętych opieką domowa długoterminową w obu województwach jest na podobnym poziomie.

2.Zauważalne są jednak większe deficyty zdrowotne u pacjentów zamieszkujących województwo śląskie, ponieważ u znacznej większości pacjentów występuje wielochorobowość.

#### Literatura:

1.Bień B.: Opieka geriatryczna w Polsce- diagnoza problemu. Materiał IV Konferencji Opieki Długoterminowej, Toruń 2003, s.6-10.

2.Kawczyńska-Butrym Z.: Pomoc osobom przewlekle chorym i ich rodzinom. MEDI Forum Opieki Długoterminowej nr 5 (10)/ 10.2001.

3.Szczerbińska K.: Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym.[W:] (red.) Czupryna A., Poździoch S., Włodarczyk C.: Zdrowie publiczne.Vesalius, Kraków 2001, s.417-421.

4.Szwałkiewicz E., Kaussen J.: Opieka długoterminowa. Wyd. TZMO, Toruń 2006, s.2-3.

5.Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.

6.Zysnarska M., Biskupska M.: Ocena sprawności mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w aspekcie skali Barthel.[W:] Zdrowie publiczne,t.116, nr 2, 2006.