

**Barbara Ślusarska, Anna Komosa,
Bożena Zboina**

**Zapotrzebowanie na działalność
opiekuńczą pielęgniarstwa pacjentów z
deficytem samoobsługi**

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 31, 93-98

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Barbara Ślusarska¹, Anna Komosa², Bożena Zboina³

ZAPOTRZEBOWANIE NA DZIAŁALNOŚĆ OPIEKUŃCZĄ PIELĘGNIARKI PACJENTÓW Z DEFICYTEM SAMOOBSŁUGI

Wstęp

Upowszechniające się zjawisko ograniczonej sprawności życiowej, dotykające osoby w różnym wieku sprawiło, że zagadnienie opieki pielęgniarskiej oraz określania zakresu potrzebnej w tym obszarze pomocy pacjentom jest problemem ciągle aktualnym. Sprawność życiowa jest określeniem szeroko rozumianym jako zdolność człowieka do radzenia sobie z czynnościami życiowymi we wszystkich aspektach funkcjonowania. Patrick i Chiang [1] sprawność życiową odnoszą do zdolności wykonywania ról społecznych i cenionych aktywności człowieka.

Opieka pielęgniarska koncentruje się na szukaniu uzasadnionych dowodów opartych na koncepcjach i teoriach weryfikowanych w praktyce opiekuńczej. W pielęgniarstwie sprawność życiowa człowieka, a raczej jej ograniczenie lub brak staje się podstawą działań opiekuńczych pielęgniarki. Bardziej wymiernym określeniem znajdującym zastosowanie w praktyce pielęgniarskiej jest sprawność czynnościowa (funkcjonalna) człowieka. W ujęciu historycznym pojęcie sprawność (stan) czynnościowy wywodzi się z praktyki rehabilitacyjnej stosowanej w celu ustalenia jasnych wyznaczników możliwości człowieka poprawy podstawowych zakresów czynności ruchowych człowieka. Pierwszym modelem sprawności czynnościowej, który został opisany, był model Katz'a [2], oparty na sześciu podstawowych czynnościach życia codziennego (ADL), takich jak: ubieranie się, spożywanie posiłków, mycie się, korzystanie z toalety, przemieszczanie się w obrębie łóżka, samodzielne przemieszczanie się w obrębie domu.

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny ul. Aleksandrowicza 5, Radom

³ Katedra Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Aktualny stan wiedzy, w zakresie powyższego obszaru pozwala na zdefiniowanie sprawności czynnościowej (stanu czynnościowego) jako wydajności czynności wykonywanych przez jednostkę w celu zaspokojenia codziennych potrzeb w wielu aspektach życia włączając fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe oraz intelektualne zakresy funkcjonowania człowieka [3].

Szczególną formą ograniczonej sprawności czynnościowej jest deficyt samoobsługi, który powstaje u pacjentów najczęściej w następstwie choroby przewlekłej, urazów i wypadków, czy też rozwija się wraz z upływem wieku człowieka.[4, 5] Upośledzona aktywność ruchowa chorego, rozumiana jako niemożność wykonywania "zwykłych czynności" wynikających z podstawowych potrzeb organizmu, często prowadzi do ograniczenia sprawności codziennego życia, aktywności społecznej, często jest przyczyną niezdolności do pracy, cierpienia psychicznego i duchowego oraz prowadzi nierzadko do osamotnienia. Częstość występowania problemów osób z dysfunkcją samoobsługi w społeczeństwie rzutuje na potrzebę profesjonalnej pomocy w ramach zadań zawodowych pielęgniarki.[6, 7]

Celem pracy jest określenie zapotrzebowania na działania opiekuńcze pielęgniarki w oparciu o stan wydolności samoobsługowej pacjentów i ich stan oczekiwań w tym zakresie.

Material i metoda badań

Badania przeprowadzono w grupie 100 pacjentów z ograniczoną wydolnością samoobsługową przebywających w oddziałach kardiologii, reumatologii, neurologii i ortopedii. Wśród badanych 25 osób zostało zakwalifikowanych do III-IV kategorii wg NYHA, 25 osób do III-IV kategorii wydolności czynnościowej w chorobach reumatycznych oraz 50 osób do II-III kategorii wg Barthela. W grupie badanych pacjentów 19 osób (19%) miało trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego od 5 do 10 lat, 18 osób (18%) od 2 do 5 lat, 17 osób (17%) od roku do 2 lat. Pozostałe osoby charakteryzowały się krótkim do roku lub długim powyżej 10 lat stażem deficytu samoobsługi.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki badań

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że ograniczona sprawność fizyczna w sposób znaczący wpływała na funkcjonowanie w aspekcie lokomocyjnym i funkcjonalnym badanych pacjentów.

W ocenie stopnia trudności jaki pacjenci odczuwają podczas wykonywania czynności dnia codziennego zastosowano skalę opisową określającą stopień trudności w kategoriach - "brak, łagodny, umiarkowany, silny, ekstremalny". Badani pacjenci ocenili ekstremalny stopień trudności odczuwany przy wykonywaniu takich czynności jak: chodzenie po schodach (48%), chodzenie po zakupy (64%), wykonywanie prac domowych (80%), korzystanie z wanny (62%), schylenie się do podłogi (45%). Zakres samoobsługi natomiast kształtował się następująco w analizowanych kategoriach:

- ubieranie się i dbanie o wygląd zewnętrzny - dla 41-46% osób było dużą trudnością, a dla 14-29% było niemożliwe do wykonania ;
- wstawanie w różnych odmianach jego stosowania - dla 35-42 osób było dużą trudnością, a dla 26-36% było niemożliwe do wykonania ;
- samodzielne spożywanie - dla 37-43% osób było dużą trudnością, a dla 16-21% było niemożliwe do wykonania ;
- -samodzielne utrzymanie higieny ciała i korzystanie z toalety - dla 26-37% osób było dużą trudnością, a dla 29-52% było niemożliwe do wykonania ;
- czynności związane z sięganiem i chwytnością - dla 24-42% osób było dużą trudnością, a dla 15-47% było niemożliwe do wykonania.

Spośród 100 badanych 32 osoby (32%) wskazywało, że przy czynnościach dnia codziennego stosuje chodzik, 29 osób (29%) używa laski, 28 osób (28%) wózek inwalidzki, 19 osób (19%) urządzenia ułatwiające poruszanie w obrębie i korzystanie z łazienki, 12 osób (12%) korzysta ze sztuców z grubymi i długimi uchwytnością, 11 osób (11%) używa łyżki do butów z długimi uchwytnością, 7 osób stosuje krzesło w wannie do kąpieli, 3 osoby korzysta z podwyższonego sedesu.

Trudności w samodzielności samoobsługowej rzutują najczęściej na funkcjonowanie psychiczne, stąd badaną grupę poproszono o samoocenę swojego samopoczucia emocjonalnego w odniesieniu do powyższych trudności. Uzyskane wyniki badań, wskazują, że w sytuacjach, w których respondenci mają trudności w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego najczęściej reagują: rozdrażnieniem lub złością - po 21 osób (po 21%), żalem - 19 pacjentów (19%) oraz lekiem, przygnębieniem, apatią - po 8 osób (po 18%). Natomiast w mniejszym odsetku występowały oceniane przez pacjentów emocje takie jak: niepokój (10%), agresja (10%), gniew (9%), wstyd (6%) czy poczucie winy (4%).

Przewlekłość stanu deficytu samoobsługi powoduje, że kształtują się zwykle określone sposoby radzenia sobie z trudnościami w wykonywaniu czynności samoobsługowych. W grupie badanych pacjentów przypierały one następujące formy: przeciwstawianie się i uleganie (walka/rezygnacja)- 51% badanych, stan rezygnacji - 32% pacjentów oraz walka - 17 % osób.

Pacjenci z deficytem samoobsługi w wykonywaniu codziennych czynności często potrzebują pomocy osób drugih. W analizie oczekiwań dotyczących pomocy w zakresie radzenia sobie z towarzyszącymi trudnościami, badani pacjenci określili następujące potrzeby:

- rozmowa i wsparcie psychiczne - 65 osób (65%),
- wykonywanie czynności, przez opiekuna, z którymi pacjent sobie nie radzi - 62 osoby (62%),
- wspólne spędzanie czasu wolnego, towarzyszenie - 43 osoby (43%),
- zdobywanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do sprawowania opieki nad sobą - 40 osób (40%),
- asystowanie, towarzyszenie przy wykonywaniu czynności dnia codziennego - 12 osób (12%)
- pomoc w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi, grupami wsparcia - 9 osób (9%)
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu, ułatwiającego codzienne funkcjonowanie - 3 osoby (3%).

Na pytanie: " Czy korzysta Pan/i z pomocy osób drugih?", 94 osób (94%) udzieliło odpowiedzi twierdzącej, wskazując w 81% na osoby z rodziny, w 72% na osoby z personelu medycznego w tym głównie pielęgniarki, w 24% na znajomych, w 4% na sąsiadów oraz w 3% na wolontariuszy*.

Omówienie wyników

Współcześnie pojmowana rola zawodowa pielęgniarki określana jest mianem profesjonalnego pielęgowania.[5] Zakres treści wypełniających w teorii i praktyce profesjonalne pielęgowanie podlega ciągłemu uszczegóławianiu i doprecyzowywaniu. Niewątpliwym jest jednak fakt, że znajomość podstaw budowania zakresów tych treści musi opierać się na rzeczywistym zapotrzebowaniu osób zainteresowanych, czyli pacjentów potrzebujących takiej pomocy.

* Uwaga ogólna: wyniki badań nie sumują się do 100%, gdyż badani mieli możliwość wskazania po kilka dystraktorów odpowiedzi w jednym pytaniu.

Z analizy uzyskanych wyników staje się czytelny ważny aspekt zagadnienia, że pomoc fizyczna w trudnościach pacjentów z deficytem samoobsługi musi być wzmocniona umiejętnością dawania wsparcia psychicznego. Powyższe spostrzeżenia znajdują odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu badanego obszaru.[6, 7, 8].

Działania opiekuńcze pielęgniarki polegają na dostarczaniu podopiecznemu przedmiotów jego potrzeb [9]. Treść pojęcia działania opiekuńcze jest znacznie zróżnicowana, bowiem obejmuje:

- fizyczne, wymierne i obserwowalne formy aktywności opiekuna, skierowane na zaspokajanie potrzeb podopiecznego,
- aktywność emocjonalną (przeżywanie różnych trosk, niepokojów, nadziei, oczekiwań, radości, zmartwień, empatii),
- aktywność intelektualną rozwiązywanie problemów opiekuńczych i planowanie działań w tym zakresie).

Wynika to z różnorodności i charakteru potrzeb ponadpodmiotowych podopiecznych, których zaspokojenie wymaga wielowymiarowych czynności, a także właściwości stosunku opiekuńczego (w jakim pozostaje pielęgniarka-pacjent), w którym szczególną rolę odgrywają więzi emocjonalne, poczucie odpowiedzialności kompensacyjnej opiekuna za podopiecznego [9].

Oczekiwania pomocy i wsparcia przez ludzi z deficytem samoobsługi kierowane są do różnych osób (rodziny, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego, znajomych, sąsiadów i wolontariuszy), co w pewnej mierze rzutuje także na określenie zakresu współpracy wymienionych osób w obszarze profesjonalnej i nieprofesjonalnej opieki.[10]

Wnioski

Analiza uzyskanych wyników badań wskazuje, że pacjenci w grupie badanej, z ograniczoną wydolnością samoobsługową warunkującą znaczne trudności z wykonywaniem czynności związanych z przemieszczaniem się, utrzymaniem higieny osobistej i otoczenia, spożywaniem i dbaniem o wygląd zewnętrzny, wskazują na współistnienie reakcji emocjonalnych w tych stanach typu: rozdrażnienie, złość, żal, lęk czy przygnębienie, które w znacznym stopniu determinują ogólny stan funkcjonowania człowieka.

Zapotrzebowanie na pomoc od opiekunów, badani pacjenci wyrażają w oczekiwaniach takich jak: rozmowa, wsparcie psychiczne, wspólne wykonywanie czynności, z którymi sobie nie radzą, towarzyszenie, wspólne spędzanie czasu wolnego oraz zdobywanie wiedzy i umiejętności potrzebnych w tym stanie.

Piśmiennictwo

1. Patrick D.L., Chiang Y.P.: *Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges*. Medical Care. 2000, 38, supl. 9, 14-25.
2. Katz S., Akpom C.A.: *Index of ADL*. Medical Care. 1976, 14, supl. 5, 116-121.
3. Wang T.J.: *Concept analysis of functional status*. International Journal of Nursing. 2004, 41, 457-462.
4. Wilmańska J.: *Przyczyny upośledzenia sprawności życiowej osób starszych i ich uzależnienie od opiekunów*. Zdrowie Publiczne. 1999, 109, 101-104.
5. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej. Lublin, 2004.
6. Kamińska I., Sierakowska M.: *Problemy pielęgnacyjne i zasady samoopieki w reumatoidalnym zapaleniu stawów*. Akademia Medyczna. Białystok, 2000.
7. Kawczyńska - Butrym Z.: *Opieka nad przewlekle chorym - problemy rodziny*. Medi -Forum. 2003, 4, 4-6.
8. Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wyd. Coll.Med. UJ, Kraków 2000.
9. Dąbrowski Z.: *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*. Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2000.
10. Kierenko J.: *Ocena życiowych możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych*. [w:] Rutkowska E.(red.): *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. Wyd. Czelej. Lublin 2002.