

Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki, Sylwia Gębala
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych

Evaluation of independence in elderly people hospitalised in internal medicine units

Abstract

Introduction. An increase in the number of elderly people triggers a demand for nursing and care. Evaluation of the functional independence of such people is key for solving emerging medical, social, economic and even organizational problems, which determine directions of actions to be undertaken. This work aimed at attempting to evaluate, on the basis of ADL, IADL and NOSGER scales, elderly people's functioning when hospitalised in an internal medicine unit.

Material and methods. The work employed the diagnostic poll method and a survey form as the research technique. ADL, IADL and NOSGER scales were used as research tools. The investigated cohort comprised 150 patients aged over 65 hospitalised in four internal medicine units of Lublin hospitals.

Results. Patients typically had difficulty in bathing, controlling urination and defecation as far as evaluating basic everyday activities was concerned. Patients averaged out at 17.99 points (SD = 5.97) based on the IADL scale. Taking account of the respective criteria of the NOSGER scale, it was found that interrogated patients functioned worst within the realm of social behaviours and instrumental activity of everyday life. An analysis of the findings revealed significant differences between respective age groups in evaluating individual aspects of the NOSGER scale as well as in general evaluation.

Conclusions. With age, the scope of autonomy of patients hospitalized in internal wards decreases. Gender, marital status and education level considerably influenced the functioning of hospitalised patients.

Gerontologia Polska 2013; 21, 3: 89–97

Key words: elderly people, internal medicine unit, evaluation of independence

Wstęp

Każdy chory geriatryczny z polipatologią, do leczenia którego wykorzystuje się wiele leków, powinien mieć wykonaną analizę stanu funkcjonalnego [1]. Musi ona obejmować analizę stanu fizycznego (na podstawie wyników badań podmiotowego i przedmiotowego ze szczególnym zwróceniem uwagi na przyjmowane leki, ocenę hipotonii ortostatycznej), stanu psychicznego

(ukierunkowanej na funkcje poznawcze, depresję) oraz sprawności w zakresie czynności dnia codziennego podstawowych i złożonych [2, 3]. Analiza ta może być pogłębiona w kierunku oceny równowagi i chodu, stanu odżywienia i ryzyka niedożywienia, bólu i sytuacji socjoekonomicznej pacjenta [2, 4]. W całościowej ocenie geriatrycznej najczęściej wykorzystywanymi narzędziami do oceny funkcjonalnej pacjentów są skale: oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL, *Activities of Daily Living*), oceny złożonych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania instrumentalnego (IADL, *Instrumental Activities of Daily Living*). Ciekawą propozycją, którą można wykorzystać również w tym celu, jest Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geria-

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Mariusz Wysokiński
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
al. Raclawickie 1, 20–059 Lublin
e-mail: mariuszwysokinski@interia.pl

trycznych (NOSGER, *Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*). Jest ona propozycją kompleksową, łączącą różne aspekty życia seniora, która obejmuje sześć obszarów: pamięć, instrumentalne aktywności codziennego życia, aktywności codziennego życia, nastroje i emocje, zachowania socjalne oraz zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne [5, 6].

W oddziałach internistycznych liczną grupę pacjentów stanowią osoby w podeszłym wieku. Są to najczęściej osoby, u których oprócz schorzenia zasadniczego stwierdza się również choroby współistniejące, z których każda ma już cechy procesu przewlekłego, a więc istotnie wpływającego na sprawność funkcjonalną tych chorych [7]. Dlatego niezwykle istotnym elementem prawidłowo sprawowanej opieki nad takim chorym staje się umiejętność oceny stanu funkcjonalnego tych chorych.

W dostępnych bazach danych nie znaleziono żadnych prac poruszających prezentowaną tematykę. Istniejące nawiązują do oceny samodzielności pacjentów w podeszłym wieku z wykorzystaniem skal ADL i IADL, z tym że odnoszą się one przykładowo do pacjentów z depresją, nowotworami, poddawanych chemioterapii, niewydolnością serca, cukrzycą [8–11]. Atutem pracy jest też skala NOSGER, którą rzadko wykorzystuje się do oceny samodzielności pacjentów geriatrycznych, a może stanowić uzupełnienie lub wręcz ciekawą alternatywę wymienionych wcześniej narzędzi badawczych. Celem niniejszej pracy była próba oceny funkcjonowania osób starszych hospitalizowanych w oddziale internistycznym za pomocą skal ADL, IADL i NOSGER.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w marcu i kwietniu 2011 roku. Badaniami objęto 150 pacjentów powyżej 65. roku życia, hospitalizowanych w czterech oddziałach internistycznych lubelskich szpitali. Kryteriami wykluczenia z badań były potwierdzone w dokumentacji pacjenta zaburzenia poznawcze i terminalny stan pacjenta. Ocenę stanu chorego przeprowadzono w trzecim dniu hospitalizacji. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Pacjenci zostali poinformowani o celu badań i wyrazili świadomą zgodę na ich przeprowadzenie.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta. Za narzędzia badawcze posłużyły skale ADL, IADL i NOSGER. Oceny pacjentów za pomocą wyżej wymienionych narzędzi dokonywali autorzy pracy na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

Skale ADL i IADL są powszechnie stosowane w kompleksowej ocenie geriatrycznej. Pierwsza z nich

zawiera sześć 6 pytań dotyczących samodzielności, a druga ocenia 8 parametrów funkcjonowania instrumentalnego [12]. W skali ADL chory może otrzymać maksymalnie 24 punkty [13].

Do miarodajnej oceny sprawności psychofizycznej pacjenta geriatrycznego służy skala NOSGER [14–16]. Skala ta umożliwi opiekunom seniora szybkie i łatwe dokonanie oceny psychicznego, umysłowego i socjalnego stanu pacjenta. Składa się z 30 pytań i obejmuje 6 obszarów: pamięć, instrumentalne aktywności codziennego życia, aktywności codziennego życia, nastroje i emocje, zachowania socjalne, zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne. Wartości skali określane są cyframi od 1 do 5. Pacjent może minimalnie uzyskać 30 punktów, a maksymalnie 150 punktów. Im większa liczba punktów, tym stan pacjenta jest gorszy. Pacjent przebywający w zakładach opiekuńczych uważany jest za sprawnego w ocenianych aspektach, jeśli uzyskał nie więcej niż 75 punktów, a mieszkający samodzielnie – mniej niż 60. W każdym z poszczególnych obszarów skali pacjent może uzyskać od 5 do 25 punktów. Skala NOSGER jest bardzo przydatna w sprawowaniu opieki nad większą liczbą podopiecznych. Można z niej korzystać zarówno przy określaniu stanu pierwotnego pacjenta, jak i przy stwierdzaniu stopnia efektywności terapeutycznej i pielęgniarstwa [17–19].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych — za pomocą liczności i odsetka.

Testem Kołmogorowa–Smirnowa sprawdzono, czy dane liczbowe podlegają rozkładowi normalnemu. Ponieważ test ten nie wykazał normalności rozkładu, do dalszych badań w celu porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya, natomiast dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do oceny związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację rang Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 .

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica wersja 9.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1. Średnia wieku badanej grupy wynosiła $78,02 \pm 7,89$ roku. Najczęściej występującymi scho-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy oraz ocena sprawności za pomocą skali ADL w badanej grupie
Table 1. Characteristics of the research group and evaluation of functional activity (ADL) in the research group

	Ogółem n (%)	Ocena sprawności w skali ADL n (%)			Poziom istotności*
		Grupa I	Grupa II	Grupa III	
Płeć					
Kobiety	94 (62,2%)	13 (13,8%)	12 (12,8%)	69 (73,4%)	p = 0,000
Mężczyźni	56 (37,3%)	26 (46,4%)	10 (17,9%)	20 (35,7%)	
Miejsce zamieszkania					
Miasto	96 (64%)	25 (26,0%)	16 (16,7%)	55 (57,3%)	p = 0,631
Wieś	54 (36,0%)	14 (25,9%)	6 (11,1%)	34 (62,9%)	
Wykształcenie					
Podstawowe	59 (39,3%)	15 (25,4%)	6 (10,2%)	38 (64,4%)	p = 0,352
Zawodowe	31 (20,7%)	10 (32,3%)	8 (25,8%)	13 (41,9%)	
Średnie	54 (36,0%)	12 (22,2%)	7 (12,9%)	35 (64,8%)	
Wyższe	6 (4,0%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	3 (50,0%)	
Stan cywilny					
Mężatka/żonaty	60 (40,0%)	24 (40,0%)	7 (11,7%)	29 (48,3%)	p = 0,003
Wdowa/wdowiec	81 (54,0%)	14 (17,3%)	11 (13,6%)	56 (69,1%)	
Wolny ¹	9 (3,3%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)	4 (44,4%)	
Liczba schorzeń					
Jedno	37 (24,7%)	1 (27,0%)	4 (10,8%)	23 (62,2%)	p = 0,614
Dwa	65 (43,3%)	20 (30,8%)	10 (15,4%)	35 (53,8%)	
Trzy lub więcej	48 (32,0%)	9 (18,7%)	8 (16,7%)	31 (64,6%)	

Grupa I: od 0 do 2 punktów w skali ADL. Grupa II: od 3 do 4 punktów w skali ADL. Grupa III: od 5 do 6 punktów w skali ADL.

¹Do analizy statystycznej ze względu na małe licznosci połączono stan cywilny: rozwiedziony i panna/kawaler i przyjęto nazwę „wolny”

*test χ^2

zrzeniami było nadciśnienie tętnicze (39,3%), choroba niedokrwienna serca (26,0%), przewlekła niewydolność serca (24,6%), migotanie przedsionków (18,6%) i miażdżyca (15,3%).

Ocena podstawowych czynności w życiu codziennym (ADL)

Otrzymane wyniki w zakresie podstawowych czynności w życiu codziennym przedstawia tabela 1. Z przeprowadzonych badań wynika, że w badanej grupie chorych najczęściej występującymi trudnościami były: kąpanie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie i wydalanie moczu i stolca oraz wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel. Natomiast rzadziej

trudności dotyczyły ubierania się i rozbierania i samodzielnego jedzenia.

Na podstawie oceny skali ADL stwierdzono, że blisko 60% badanych było sprawnych, ponad jedna czwarta znacznie niesprawnych, a pozostałe osoby zakwalifikowano do grupy umiarkowanie niesprawnych.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że mężczyźni istotnie częściej mieli znaczną niesprawność niż kobiety (tab. 1). Okazało się również, że ankietowani, którzy byli w związku małżeńskim, istotnie częściej mieli znaczną niesprawność niż badani owdowiali lub stanu wolnego. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała natomiast istotnego związku pomiędzy oceną sprawności a mie-

Tabela 2. Ocena sprawności w badanej grupie za pomocą skali IADL
Table 2. Evaluation of functional activity (IADL) in the research cohort

		Ocena sprawności				Poziom istotności
		Średnia	SD	Min.	Max.	
Płeć	Kobiety	17,2	6,2	8,0	24,0	p = 0,063*
	Mężczyźni	19,1	5,3	8,0	24,0	
Miejsce zamieszkania	Miasto	18,4	5,9	8,0	24,0	p = 0,162*
	Wieś	17,3	5,9	8,0	24,0	
Wykształcenie	Podstawowe	15,3	5,6	8,0	24,0	p < 0,001**
	Zawodowe	18,8	5,9	8,0	24,0	
	Średnie	20,1	5,4	8,0	24,0	
	Wyższe	20,8	4,7	12,0	24,0	
Stan cywilny	Mężatka/żonaty	21,8	3,9	8,0	24,0	p < 0,001**
	Wdowa/wdowiec	15,8	6,1	8,0	24,0	
	Wolny ¹	21,3	5,4	8,0	24,0	
Liczba schorzeń	Jedno	21,0	4,3	24,0	23,0	p = 0,002**
	Dwa	17,5	5,9	24,0	18,0	
	Trzy lub więcej	16,2	6,2	24,0	16,0	

Testy statystyczne zastosowane w analizie: *test U Manna-Whitneya, **test Kruskala-Wallis; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe, Min. — minimum, Max. — maksimum

¹Do analizy statystycznej ze względu na małe licznosci połączono stan cywilny rozwiedziony z panna/kawaler i przyjęto nazwę „wolny”

schem zamieszkania oraz pomiędzy oceną sprawności a wykształceniem. Ankietowani z wykształceniem zawodowym i wyższym nieznacznie częściej mieli znaczną niesprawność w porównaniu z badanymi z wykształceniem podstawowym i średnim. Nie stwierdzono również występowania istotnych statystycznie różnic pomiędzy stopniem niesprawności a liczbą występujących schorzeń.

Ocena złożonych czynności życia codziennego (skala IADL)

Otrzymane wyniki w zakresie oceny złożonych czynności życia codziennego przedstawiono w tabelach 2 i 3. Średnia ocena punktowa pacjentów za pomocą skali IADL wyniosła blisko 18 punktów. Analiza statystyczna wykazała, że mężczyźni powyżej 65. roku życia mieli nieznacznie wyższą średnią ocenę punktową w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego niż kobiety. Okazało się również, że pacjenci mieszkający w mieście mieli nieznacznie wyższą średnią ocenę punktową sprawności w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego w porównaniu z badanymi ze wsi. W obu przypadkach stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie. Istotnie

statystyczne różnice występowały natomiast w przypadku oceny złożonych czynności życia codziennego w odniesieniu do poziomu wykształcenia, stanu cywilnego i liczby występujących schorzeń. Badani z wykształceniem średnim i wyższym mieli istotnie lepszą sprawność w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego niż badani z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Podobnie ankietowani, którzy byli w związku oraz stanu wolnego w porównaniu do wdów i wdowców. Sprawność w wykonywaniu czynności instrumentalnych była istotnie lepsza u badanych z jednym schorzeniem niż w grupie z dwoma lub trzema i więcej schorzeniami.

Pielęgniarska obserwacja pacjentów geriatrycznych (skala NOSGER)

Wyniki uzyskane grupy ocenianej za pomocą skali NOSGER przedstawiono w tabelach 3 i 4. Średnia ocena funkcjonowania osób starszych powyżej 65. roku życia wyniosła 57,23 punktu na maksymalnie 150 punktów. W wyniku przeprowadzonych analiz korelacji w grupie wiekowej powyżej 65 lat stwierdzono istotny związek pomiędzy oceną funkcjonowania w skali NOSGER a wiekiem, z wyjątkiem podskali nastroje i emocje

Tabela 3. Ocena związku pomiędzy poszczególnymi obszarami (w skali NOSGER) a wiekiem oraz wynikami w skali IADL w badanej grupie**Table 3.** Evaluation of correlations between individual spheres (NOSGER) and age and IADL in the research cohort

Podskale NOSGER	Wiek		IADL	
	R	p	R	p
Pamięć (P)	0,44	< 0,001	-0,67	< 0,001
Aktywność codziennego życia (ACŻ)	0,43	< 0,001	-0,81	< 0,001
Zachowania socjalne (S)	0,36	< 0,001	-0,75	< 0,001
Instrumentalne aktywności codzienności życia (IACŻ)	0,44	< 0,001	-0,78	< 0,001
Nastroje i emocje (NE)	0,24	0,003	-0,59	< 0,001
Zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne (N)	0,14	0,091	-0,51	< 0,001
Ogólna ocena w skali NOSGER	0,41	< 0,001	-0,80	< 0,001

IADL (Instrumental Activities of Daily Living) — skala oceny złożonych czynności życia codziennego; R — współczynnik korelacji; p — poziom istotności

(tab. 3). Współczynniki korelacji przyjmowały wartości od 0,44 do 0,24. Wraz ze wzrostem wieku pogarsza się funkcjonowanie ankietowanych w poszczególnych podskalach.

Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotny związek pomiędzy oceną funkcjonowania w skali NOSGER a oceną złożonych czynności życia codziennego (IADL) (tab. 3). Współczynniki korelacji przyjmowały wartości od -0,81 do -0,51.

Wraz z większą niesprawnością w wykonywaniu złożonych czynności pogarsza się ocena w poszczególnych podskalach NOSGER. Biorąc pod uwagę poszczególne podskale, stwierdzono, że najgorzej ankietowani funkcjonowali w zakresie zachowań socjalnych i instrumentalnej aktywności życia codziennego, natomiast nieznacznie lepiej w obszarze aktywności codziennego życia i nastrojach i emocjach, zaś nieco lepiej w podskali pamięć, zachowania destrukcyjne i zakłócające (tab. 4). W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że ankietowani mężczyźni w wieku powyżej 65 lat istotnie lepiej funkcjonowali niż kobiety w podskali aktywność codziennego życia (tab. 4). Stwierdzono także, że mężczyźni mieli nieznacznie wyższą średnią ocenę punktową w pozostałych podskalach w porównaniu z kobietami, różnice te nie były jednak istotne statystycznie. Podobnie również sytuacja kształtowała się w zależności od miejsca zamieszkania badanych. Ankietowani z miasta uzyskali nieznacznie wyższą średnią ocenę punktową w poszczególnych podskalach NOSGER niż mieszkańcy wsi. Pacjenci z wykształceniem podstawowym i zawodowym mieli natomiast istotnie statystycznie gorszą sprawność prawie we wszystkich podskalach NOSGER w porównaniu z osobami z wykształceniem wyższym

i średnim. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w ocenie funkcjonowania w zakresie pamięci, aktywności codziennego życia, zachowań socjalnych, instrumentalnej aktywności codzienności życia, nastrojach i emocjach oraz ogólnej ocenie NOSGER. Nie stwierdzono istotnych różnic jedynie w ocenie zachowań destrukcyjnych. Stwierdzono również, że wdowy i wdowcy w wieku powyżej 65 lat oraz ankietowani stanu wolnego funkcjonowali istotnie gorzej niż badani, którzy pozostawali w związku. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami we wszystkich podskalach z wyjątkiem zachowań destrukcyjnych. W przypadku liczby schorzeń okazało się, że osoby, które cierpiały na tylko jedno schorzenie, istotnie lepiej funkcjonowały w poszczególnych podskalach NOSGER niż badani z dwoma lub większą liczbą schorzeń. Stwierdzono istotne różnice w ocenie wszystkich dziedzin z wyjątkiem zachowań destrukcyjnych, natomiast w podskali nastroje i emocje różnice były bliskie istotności.

Dyskusja

Stopień sprawności osób w podeszłym wieku zależy od przebiegu samego procesu starzenia się, a także od współwystępowania schorzeń, stylu życia oraz czynników społeczno-środowiskowych i psychicznych, które działają w ciągu życia. Zmniejszająca się wraz z wiekiem zdolność do samoopieki powoduje wzrost zapotrzebowania na różne formy pomocy i opieki. Dlatego niezbędne jest dokonywanie kompleksowej oceny geriatrycznej, która pozwoli między innymi na wykrywanie istniejących i szacowanie potencjalnych problemów zdrowotnych [20], skrócenie czasu hospitalizacji oraz prawidłową dystrybucję opieki instytucjonalnej oraz nieprofesjonalnej [11]. W badaniach

Tabela 4. Ocena pacjentów w poszczególnych aspektach (NOSGER)
Table 4. Evaluation of patients in individual aspects (NOSGER)

	Podskale skali NOSGER (średnia liczba punktów ± SD)						NOSGER ogółem
	P	ACZ	S	IACZ	NE	Z	
Płeć							
Kobiety	8,3 ± 5,5	10,8 ± 6,1	12,7 ± 5,7	12,8 ± 6,4	8,8 ± 4,2	7,0 ± 2,3	60,68
Mężczyźni	6,2 ± 2,9	8,2 ± 4,9	11,5 ± 5,4	11,1 ± 5,0	7,5 ± 2,9	6,6 ± 2,1	51,45 ± 19,74
p	0,09	0,01*	0,18	0,22	0,09	0,29	0,09
Miejsce zamieszkania							
Wieś	7,8 ± 5,3	10,2 ± 5,4	13,1 ± 5,9	12,8 ± 6,0	8,8 ± 4,2	7,1 ± 2,3	60,22 ± 25,90
Miasto	7,4 ± 4,6	9,7 ± 6,0	11,8 ± 5,4	11,7 ± 5,9	8,0 ± 3,6	6,7 ± 2,2	55,55 ± 24,45
p	0,39	0,26	0,18	0,24	0,20	0,12	0,18
Wykształcenie							
Podstawowe	8,7 ± 5,3	11,9 ± 5,9	14,3 ± 5,7	14,1 ± 6,29	9,0 ± 3,5	6,9 ± 2,1	65,14 ± 26,01
Zawodowe	7,4 ± 4,1	9,0 ± 5,4	12,5 ± 5,0	11,8 ± 5,4	8,5 ± 3,6	7,1 ± 2,5	56,52 ± 23,03
Średnie	6,6 ± 4,3	8,4 ± 5,3	10,4 ± 5,1	10,7 ± 5,5	7,7 ± 4,2	6,7 ± 2,2	50,81 ± 23,63
Wyższe	5,5 ± 0,8	7,3 ± 5,7	7,8 ± 1,9	7,8 ± 2,7	6,1 ± 1,4	6,3 ± 1,5	41,00 ± 10,51
p	0,008*	0,002*	0,0002*	0,005*	0,01*	0,68	0,001*
Stan cywilny							
Mężatka/żonaty	5,7 ± 1,9	7,0 ± 3,6	9,9 ± 4,9	9,2 ± 4,3	7,2 ± 2,9	6,4 ± 2,0	45,65 ± 16,41
Wdowa/wdowiec	9,2 ± 5,9	12,2 ± 6,2	14,0 ± 5,6	14,3 ± 6,2	9,3 ± 4,2	7,2 ± 2,4	66,49 ± 27,41
Wolny	5,4 ± 1,0	7,7 ± 3,9	12,2 ± 4,6	12,3 ± 4,4	7,0 ± 2,6	6,3 ± 1,4	51,11 ± 14,84
p	0,0001*	< 0,0001*	< 0,0001*	< 0,0001*	0,002*	0,10	< 0,0001*
Liczba schorzeń							
Jedno	5,6 ± 1,5	6,95 ± 2,91	10,0 ± 4,0	9,4 ± 4,1	7,0 ± 2,3	6,3 ± 1,6	45,38 ± 13,67
Dwa	7,9 ± 5,2	10,43 ± 6,20	12,4 ± 5,6	12,7 ± 6,0	8,3 ± 3,6	7,1 ± 2,7	59,03 ± 25,69
Trzy lub więcej	8,5 ± 5,6	11,50 ± 6,24	13,8 ± 6,1	13,6 ± 6,4	9,4 ± 4,7	7,0 ± 1,9	63,94 ± 27,89
p	0,03*	0,002*	0,01*	0,007*	0,05	0,17	0,006*

P — pamięć; ACZ — aktywność codziennego życia; S — zachowania społeczne; IACZ — instrumentalne aktywności codziennego życia; NE — nastroje, emocje; Z — zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe
 Testy statystyczne użyte do otrzymania wartości p: *test U Manna-Whitneya, pozostałe zmienne test Kruskal-Wallis; p — poziom istotności

przeprowadzonych na terenie Szwajcarii okazało się bowiem, że blisko 10% pacjentów w podeszłym wieku przebywających na oddziałach internistycznych nie wymagało tej hospitalizacji, a blisko 35% przebywało na nim przynajmniej jeden dzień dłużej niż wymagał to stan ich zdrowia [21]. Wyniki przeprowadzonych przy użyciu skal ADL i IADL badań w Tajwanie wykazały, że ponad 40% pacjentów w podeszłym wieku zadeklarowało pogorszenie sprawności czynnościowej na zakończenie hospitalizacji [22]. Odmienne sytuacja wygląda na oddziałach psychiatrycznych, gdzie prowadzona terapia przeciwdepresyjna u pacjentów w podeszłym wieku wpływa na wzrost wydolności funkcjonalnej tych chorych [8].

Opieka nad starszymi chorymi obejmuje pomoc w utrzymaniu niezależności od innych, wsparcie oraz opiekę w chorobie. Niezależność od innych w zaspakajaniu podstawowych życiowych potrzeb należy utożsamiać ze zdolnością do samoopieki, czyli sprawnością czynnościową. Do tych potrzeb można zaliczyć: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych oraz utrzymanie higieny osobistej [23].

Charakterystyka badanej grupy jest zbliżona do innych badań obejmujących populację osób starszych [7, 21–26].

Na podstawie oceny według skali ADL stwierdzono, że w badanej grupie większość, to jest 59,33%, stanowiły osoby sprawne. Wyniki te zdecydowanie różnią się od wyników badań przeprowadzonych przez Pruszyńskiego i wsp. w pielęgniarskim domu opieki, gdzie większość stanowią pacjenci znacznie niesprawni (77%) [27]. Różnią się też od wyników uzyskiwanych przez osoby starsze poddawane chemioterapii, wśród których ograniczenie sprawności w oparciu o skalę ADL stwierdza się u od 28% do 34% badanych [11, 20]. Zbliżone są natomiast do badań Bogowolskiej-Wępsiej w których seniorzy zamieszkujący w domu charakteryzują się dużą sprawnością [7] oraz Płaszewskiej-Żywko i wsp. na pensjonariuszach domów pomocy społecznej, w których aż 89% z nich było również sprawnych w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego [28].

Na podstawie badań stwierdzono również, że mężczyźni mieli istotnie częściej znaczną niesprawność w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (46,4%) niż kobiety (13,8%). Wyniki te nie są zgodne z wynikami badań Dziechciaż i wsp., którzy wykazali, że nie ma istotnych różnic w wykonywaniu prostych czynności życiowych między obiema płciami [29].

Odnosząc się do wyników uzyskanych przez pacjentów w ocenie złożonych czynności dnia codziennego

(IADL), należy stwierdzić, iż uzyskana średnia liczba punktów była niższa niż u innych autorów [30–32], według których wartości te kształtowały się na poziomie od 21,9 do 27 punktów. Okazało się również, że w przypadku oceny funkcjonowania osób w podeszłym wieku w zakresie złożonych czynności dnia codziennego w odróżnieniu od czynności podstawowych lepiej funkcjonują mężczyźni. Badania Dziechciaż nie wykazały takiej różnicy pomiędzy grupami płci [29]. Z badań wynika, że ankietowani, którzy uzyskali 5–6 punktów a skali ADL i byli sprawni w zakresie podstawowych czynności życiowych (średnia w IADL — 20,0), mieli również nieznacznie lepszą sprawność w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego niż badani z umiarkowaną (19,1) i znaczną niesprawnością (17,5).

Wyniki te różnią się od wyników badań Dziechciaż i wsp., w których większość badanej grupy była sprawna w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych — ADL (90,2%), natomiast w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego — IADL, wykazywała znaczną niesprawność (66,7% badanych) [29].

Skala NOSGER jest nowym narzędziem, które stosunkowo niedawno zostało wprowadzone do oceny funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. Stąd w dostępnej literaturze przedmiotu brak dostatecznej liczby publikacji mogących stanowić podstawę do przeprowadzenia dyskusji.

W wyniku przeprowadzonej analizy pacjentów w podeszłym wieku stwierdzono, że ocena funkcjonowania według skali NOSGER mieściła się na poziomie średniej $57,23 \pm 25$ punktów, co oznacza wartości średnie. Uzyskane wyniki są lepsze niż w badaniach innych autorów obejmujących osoby w podeszłym wieku hospitalizowane w innych placówkach opieki zdrowotnej, na przykład w zakładach opieki długoterminowej (średnia $73,95 \pm 19,64$) [33].

Z badań wynika, że pacjenci hospitalizowani na oddziałach wewnętrznych zdobyli mniejszą liczbę punktów, a co za tym idzie, są w lepszej kondycji funkcjonalnej. Bardzo podobnie rozłożyły się wyniki w poszczególnych obszarach. Tak samo jak w innych badaniach ankietowani mieli największe trudności z instrumentalnymi aktywnościami codziennego życia oraz zachowaniami socjalnymi [33].

Stwierdzono istotny związek pomiędzy oceną funkcjonowania w skali NOSGER a wiekiem. Wraz ze wzrostem wieku pogarsza się funkcjonowanie ankietowanych w poszczególnych obszarach. Podobny wynik uzyskano wśród kobiet w podeszłym wieku przebywających w środowisku domowym. Kobiety

z przedziału wiekowego 65–74 lat uzyskały średnią 51,23, natomiast starsze (75–89 lat) uzyskały ocenę na poziomie średniej 54,28, co wskazywało na ich gorsze funkcjonowanie [19, 34].

Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotny związek pomiędzy oceną funkcjonowania w skali NOSGER a oceną złożonych czynności życia codziennego (IADL). Wraz z powiększającą się niesprawnością w wykonywaniu złożonych czynności w życiu codziennym pogarszała się ocena ogólna oraz ocena w poszczególnych obszarach skali NOSGER.

Autorzy są świadomi ograniczeń wniosków uzyskanych z przeprowadzonych badań, wynikających głównie z liczebności grupy badawczej oraz zasięgu terytorialnego. Mają jednak nadzieję, że uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do dalszych badań, których celem jest wyłonienie specyfiki opieki nad osobami starszymi hospitalizowanymi w różnego typu zakładach opieki zdrowotnej, i przede wszystkim potwierdzą konieczność tworzenia i funkcjonowania oddziałów geriatrycznych na terenie Polski.

Wnioski

Schorzenia kardiologiczne są najczęstszą przyczyną hospitalizacji osób starszych w oddziałach wewnętrznych. Wraz z wiekiem pogarsza się zdolność funkcjonalna pacjentów hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych. Osoby starsze mają najwięcej trudności

z utrzymaniem higieny osobistej, przemieszczaniem się, kontaktami społecznymi oraz organizacją czasu wolnego w szpitalu.

Kobiety lepiej radzą sobie z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych, mężczyźni mają mniejsze niż kobiety trudności z wykonywaniem bardziej złożonych czynności dnia codziennego.

Osoby pozostające w związku małżeńskim lepiej funkcjonują w zakresie wykonywania złożonych czynności życia codziennego.

Im wyższe wykształcenie posiada pacjent w podeszłym wieku, tym lepszy jest jego zakres funkcjonowania.

Miejsce zamieszkania nie wpływa istotnie na zakres funkcjonowania osoby w podeszłym wieku.

Wraz ze zwiększającą się liczbą schorzeń, pacjenci starsi mają większe kłopoty ze sprawnością funkcjonalną.

Analiza zebranego materiału pozwala na sformułowanie tezy, że ocena samodzielności osób starszych jest procesem wielopłaszczyznowym, dlatego powinna być dokonywana za pomocą wystandaryzowanych narzędzi, na przykład skali NOSGER.

Ponieważ stopień samodzielności osób starszych może ulegać dynamicznym zmianom, należy ją prowadzić w sposób systematyczny.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Streszczenie

Wstęp. Wzrost liczby osób w podeszłym wieku powoduje zwiększone zapotrzebowanie w zakresie opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej. Kluczowym elementem w rozwiązywaniu pojawiających się problemów natury medycznej, społecznej, ekonomicznej a nawet organizacyjnej a zarazem determinujących kierunek podejmowanych działań jest ocena zakresu samodzielności funkcjonalnej tych ludzi. Celem prezentowanej pracy była próba oceny funkcjonowania osób starszych hospitalizowanych w oddziale internistycznym w oparciu o skale ADL, IADL, NOSGER.

Materiał i metody. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta. Jako narzędzia badawcze zastosowano skale ADL, IADL, NOSGER. Badaniami objęto 150 pacjentów powyżej 65 roku życia hospitalizowanych w czterech oddziałach internistycznych lubelskich szpitali.

Wyniki. W ocenie podstawowych czynności dnia codziennego pacjenci najczęściej mieli trudności w zakresie kąpieli oraz kontrolowania i wydalania moczu i stolca. Średnia ocena punktowa pacjentów w oparciu o skalę IADL wyniosła 17,99 punktów ($SD = 5,97$). Biorąc pod uwagę poszczególne kryteria skali NOSGER stwierdzono, że najgorzej ankietowani funkcjonowali w zakresie zachowań socjalnych i instrumentalnej aktywności życia codziennego. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono istotne różnice w ocenie poszczególnych aspektów skali NOSGER oraz w ogólnej ocenie pomiędzy grupami wiekowymi.

Wnioski. Wraz z wiekiem zmniejsza się zakres samodzielności pacjentów hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych. Funkcjonowanie starszych pacjentów hospitalizowanych w oddziałach internistycznych było uzależnione od płci, stanu cywilnego i wykształcenia.

Gerontologia Polska 2013; 21, 3: 89–97

Słowa kluczowe: osoby w podeszłym wieku, oddział wewnętrzny, ocena samodzielności

Piśmiennictwo

- Barylski M., Rysz J., Banach M. Hipotonia ortostatyczna u osób w wieku podeszłym — rozpoznawanie i leczenie. *Geriatrya* 2008; 2: 334–343.
- Baumann K. Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontol. Pol.* 2008; 16: 80–88.
- Wieczorkowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Styszyński A., Józwiak A. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatrya Pol.* 2006; 2: 38–40.
- Bidzan L. Różnicowanie przyczyn zaburzeń funkcji poznawczych w wieku podeszłym. *Geriatrya* 2010; 4: 279–283.
- Bielak E., Doroszkiewicz H. Zadania dla pielęgniarki. Upadki — wielki problem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 5: 16–17.
- Bień B., Doroszkiewicz H., Wojszel Z.B. Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. *Gerontol. Pol.* 2008; 16: 101–110.
- Bogowolska-Wępsięć M., Dąbrowska G., Klakoczar J. i wsp. Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań. Część II. Analiza wyników badań. Wrocław 2008.
- Tatarczuk J., Galus K., Kozak-Szkopek E., Kowalczyk A. Influence of antidepressant therapy on psychic state and functional and cognitive abilities elderly patients treated in psychiatric ward. *Pol. Merk. Lek.* 2012; 33: 20–24.
- Miki E., Kataoka T., Okamura H. Clinical usefulness of the front al assessment battery at bedside (FAB) for elderly cancer patients. *Supp. Care in Cancer* 2013; 21: 857–862.
- Basile G., Crucitti A., Cucinotta M.D. i wsp. Impact of diabetes on cognitive impairment and disability in elderly hospitalized patients with heart failure. *Geriatrics & Gerontology Int.* 2013; 13: 1035–1042.
- Aparicio T., Jouve J.L., Teillet L. i wsp. Geriatric factors predict chemotherapy feasibility: ancillary results of FFCO 2001-02 Phase III study in first line chemotherapy for metastatic colorectal cancer in. *J. Clin. Oncol.* 2013; 113: 1464–1470.
- Karwat E., Wizner B. Związek między wiekiem a zmianami patologicznymi w układzie nerwowym i ośpieniem. *Gerontol. Pol.* 2010; 18: 100–101.
- Borowiak E., Kostka T. Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym. W: *Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (red.). Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. PZWL, Warszawa 2008, 81–95.
- Spiegel R., Brunner C., Ermini-Fünfschiling D. i wsp. A new behavioural assessment scale for geriatric out- and in- patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J. Am. Geriatr. Soc.* 1991; 39: 339–347.
- Tremmel L., Spiegel R. Clinical experience with the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): tentative normative data and sensitivity to change. *Int. J. Geriatr. Psych.* 1993; 8: 311–317.
- Liszewska M. Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Wspólne Tematy* 2005; 1: 3–9.
- Dzięgielewska S. Postępowanie w wieku starszym — pytania i kontrowersje. *Przewodnik Lekarza* 2010; 1: 32–34.
- Dziuban A. Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. *Przegląd piśmiennictwa. Gerontol. Pol.* 2010; 18: 140–147.
- Fidecki W., Wysokiński M. Zastosowanie skali NOSGER w praktyce pielęgniarskiej. W: *Kachaniuk H. (red.). Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*. Wyd. Raabe, Warszawa 2008, 13–21.
- Roehrig B., Hoeffken K., Pientka L., Wedding U. How many and which items of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) are necessary for screening. *Crit. Rev. Oncol. Hemat.* 2007; 62: 164–171.
- Ingold B.B., Yersin B., Wietlisbach V., Burckhard P., Bumand B., Büla C.J. Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service. *Aging* 2000; 12: 430–438.
- Chang H.H., Tsai S.L., Chen C.Y., Liu W.J. Outcomes of hospitalized elderly patients with geriatric syndrome: report of a community hospital reform plan in Taiwan. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2010; 50: 30–33.
- Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Walas L., Sienkiewicz Z. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową. *Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne* 2011; 2: 221–225.
- Szydłarska D., Czady K., Ryczer T., Grzesiuk W., Bar-Andziak E. Pacjenci długowieczni w oddziale chorób wewnętrznych. *Geriatrya* 2008; 2: 324–328.
- Szydłarska D., Grzesiuk W., Dębski M., Pragacz A., Sierdziński J. Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków u osób powyżej 65. roku życia. *Geriatrya* 2010; 4: 165–169.
- Fojt E., Krzemiński M., Strzałkowska D., i wsp. Chorobowość osób w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych. *Gerontol. Pol.* 1996; 4: 4–11.
- Pruszyński J. J., Cicha-Mikołajczyk A., Gębska-Kuczerowska A. Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgniarskiego domu opieki w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny* 2006; 60: 331–338.
- Plaszewska-Żywko L., Brzuzan P., Malinowska-Lipień I., Gabnyś T. sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne* 2008; 1: 62–66.
- Dziechciaż M., Plaszewska-Żywko L., Guty E. Samodzielność osób starszych mieszkających na wsi w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. *Zdrowie Publiczne* 2010; 4: 346–350.
- Bosacka M., Józwiak A., Wieczorkowska-Tobis. Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych w oddziale dziennym psychogeriatrycznym. *Geriatrya* 2010; 4: 81–85.
- Pupek-Musiałik D., Kujawska-Łuczak M. Odrębności postępowania medycznego u osób w podeszłym wieku chorujących na cukrzycę. *Medycyna Metaboliczna* 2006; 10: 34–39.
- Szkopek-Kozak E., Baraniak J., Mieczkowska J. Rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia. *Gerontol. Pol.* 2006; 14: 18–24.
- Wysokiński M., Fidecki W., Wrońska I., Ślusarz R., Sienkiewicz Z. Ocena stanu psychofizycznego osób starszych z chorobami narządu ruchu. *Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne* 2010; 3: 1: 27–28.
- Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską wśród kobiet w podeszłym wieku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 277–282.