

Ocena pacjentów opieki długoterminowej w zakresie występowania upadków oraz zagrożenia odleżynami związanymi z ich stanem funkcjonalnym

Assessment of falls and pressure ulcers risk of long-term care patients related to their functional condition

Dorota Pilch¹, Marlena Wojciechowska², Elżbieta Grochans¹, Joanna Owsianowska¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Streszczenie

Wstęp. Osoby starsze charakteryzuje obniżenie się sprawności fizycznej, często poznawczej, posiadają wiele chorób. Ocena stanu funkcjonalnego pomaga w ocenie zagrożenia i podjęciu profilaktyki odleżyn i upadków znacząco wpływając na jakość życia pacjentów i ich niezależność. Opiekę nad seniorami odbywa się często poza środowiskiem domowym w ośrodkach opieki długoterminowej jak zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo lecznicze oraz domy pomocy społecznej. **Celem badań** była ocena pacjentów opieki długoterminowej w zakresie ryzyka upadków oraz zagrożenia odleżynami związanymi z ich stanem funkcjonalnym. **Materiał i metody.** Badaną grupę stanowiło 126 osób powyżej 60 r.ż., przebywających w zakładach opieki długoterminowej (n = 77), pacjentów domu pomocy społecznej (n = 49). Do badań użyto skali ADL, oceny nietrzymania moczu, klasyfikacji stopnia odleżyn i ich liczby, występowanie upadków rekomendowanych przez ICNP oraz sondaż diagnostyczny obejmujący dane socjodemograficzne, choroby współistniejące i stan odżywienia. Analizy statystyczne dokonano współczynnikiem korelacji liniowej Pearsona, korelacji Tau Kendalla, testem Kruskala-Wallis. Poziom istotności testu (p) ustalono jako równy 0,05. **Wyniki.** Nie zaobserwowano istotnych związków między płcią, chorobami współistniejącymi, przyczyną hospitalizacji i miejscem opieki nad badanymi z występowaniem odleżyn i upadków (p > 0,05). Zaobserwowano istotne różnice między stanem funkcjonalnym pacjentów, a występowaniem odleżyn (p = 0,009). Mieszkańcy DPS posiadali lepszy stan funkcjonalny niż pacjenci ZPO, ale większe ryzyko upadków. **Wnioski.** Wyniki wskazują na potrzebę profilaktyki przeciw upadkom w DPS oraz systematycznej oceny stanu funkcjonalnego w celu zapobiegania odleżynom u pacjentów geriatrycznych oraz dostosowania opieki do zróżnicowanych potrzeb i deficytów tej grupy. (Gerontol Pol 2017; 25: 45-52)

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, stan funkcjonalny, odleżyny, upadki

Abstract

Introduction. The elderly are characterized by a reduction in physical and often cognitive fitness, they have multiple diseases. Assessment of functional condition helps in the prevention of pressure ulcers and falls occurrence that significantly affects the quality of life of patients and their independence. Taking care of seniors outside their home environment is performed in stationary long-term care centers, such as nursing care facilities and social welfare homes. **The aim of the study** was to evaluate the long-term care patients in terms of falls occurrence and pressure ulcers risk associated with their functional condition. **Material and methods.** The study included 126 people, aged 60 and over, residing in long-term care facilities, residing in nursing care facilities (n = 77) and in social welfare homes (n = 49). The study used standardized scales C-HOBIC, recommended by ICNP: ADL scale, evaluation of urinary incontinence, classification of the pressure ulcers' stage and number, falls occurrence and diagnostic survey for socio-demographic data, comorbidities, and nutritional condition of the patients. **Results.** No statistically significant correlation of gender, comorbidities, causes of hospitalization and kind of long-term care facility institution on the occurrence of pressure ulcers and falls were found. There are significant differences between the functional condition of patients and the occurrence of pressure ulcers (p = 0.009). Residents of DPS had better functional condition than patients of ZPO, but a greater falls occurrence. **Conclusions.** The results indi-

cate the need for increased prevention against falls in the DPS and the systematic evaluation of the functional condition in order to prevent pressure ulcers in geriatric care and also to adapt nursing care to the different needs and deficits of this group. (*Gerontol Pol* 2017; 25: 45-52)

Key words: long-term care, functional condition, pressure ulcers, falls

Wstęp

Celem współczesnej gerontologii jest zachowanie kreatywnej aktywności, sprawności i witalności osób starszych, natomiast opieka powinna być ukierunkowana na utrzymanie niezależności (*Independency*), co zbieżne jest z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) [1]. Niezbędne jest zabezpieczenie systemu opieki instytucjonalnej i dostępności do usług medycznych dla osób starszych [2].

Na sprawność pacjentów geriatrycznych składają się progresja procesu starzenia się, styl życia, choroby współistniejące, czynniki psychospołeczne, przebyte urazy [3]. Wielochorobowość (polipatologia) wiąże się często z wiekiem starszym.

Wielkie problemy (zespoły) geriatryczne, przewlekłe o wieloczynnikowej etiologii, powodują z czasem pogorszenie jakości życia przez obniżanie stopnia sprawności funkcjonalnej osób. Zalicza się do nich nietrzymanie moczu i stolca, upadki i zaburzenia lokomocji, otępienie i depresję [4,5].

Cel pracy

Celem badań była ocena pacjentów opieki długoterminowej w zakresie występowania upadków oraz zagrożenia odleżynami związanych z ich stanem funkcjonalnym.

Material i metoda

Badania przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej PUM. Grupę badaną stanowiło 126 osób powyżej 60 roku życia, przebywających w zakładach opieki długoterminowej, z czego 77 pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i 49 pacjentów domu pomocy społecznej. Do badań zastosowano autorski kwestionariusz ankiety zawierający dane socjodemograficzne: wiek, płeć, sytuacja życiowa pacjenta oraz dotyczące stanu odżywienia, chorób współistniejących, przyczyn unieruchomienia i pobytu w instytucji opieki długoterminowej oraz przejście udaru w przeszłości. Narzędzie badawcze zawierało również standaryzowane skale systemu C-HOBIC rekomendowane przez ICNP® [6]. Do oceny stanu funkcjonalnego i stopnia zależności pa-

cjenta posłużył zmodyfikowany Indeks ADL Katza. Im mniejsza liczba otrzymanych punktów, tym pacjent był sprawniejszy. Oceniono nietrzymanie moczu 4 stopniową skalą: 0 – utrzymywanie moczu, całkowita kontrola, 1 – utrzymywanie moczu, epizody nietrzymania występują raz w tygodniu lub rzadziej, 2 – utrzymywanie moczu, epizody nietrzymania występują raz w tygodniu lub częściej, 3 – częste nietrzymanie moczu oraz 4 – nietrzymanie moczu. Stopień i liczbę występujących odleżyn oceniono 5-stopniową skalą. Występowanie upadków oceniano skalą 3 stopniową rejestrującą ich brak, upadki w ciągu ostatnich 30, 181 dni.

Do analizy związków między zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji liniowej Pearsona, korelację Tau Kendalla oraz test Kruskala-Wallis.

Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Badani posiadali choroby współistniejące; większość cierpiała z powodu chorób układu krążenia (70%). Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i metabolizmu dotyczyły 41% badanych. Choroby układu nerwowego posiadało 33% badanych, a udar przeszło 32%. Zaburzenia psychiczne miało 30% spośród badanych (tabela I).

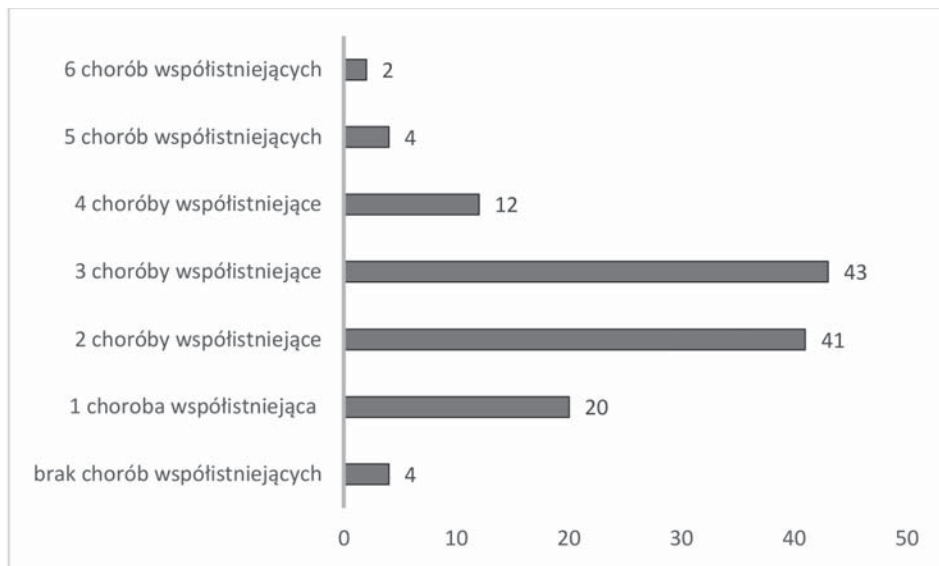
Badani najczęściej posiadali trzy choroby współistniejące (43 osoby) lub dwie (41 osób) oraz jedną (20) (rycina 1).

Tabela I. Choroby współistniejące badanych

Table I. Concomitant diseases

Choroby współistniejące	n	%**
Układ oddechowy	3	2
Choroby układu krążenia	88	70
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	52	41
Choroby układu nerwowego	41	33
Udar	40	32
Zaburzenia psychiczne, zachowania	38	30
Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	15	12
Inne	15	12
Choroby układu moczowo-płciowego	8	6
Choroby układu trawienia	5	4
Uraz	4	3
Nowotwory	2	2

n - liczebność; **odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru



Rycina 1. Rozkład chorób współistniejących
Figure 1. Distribution of concomitant diseases

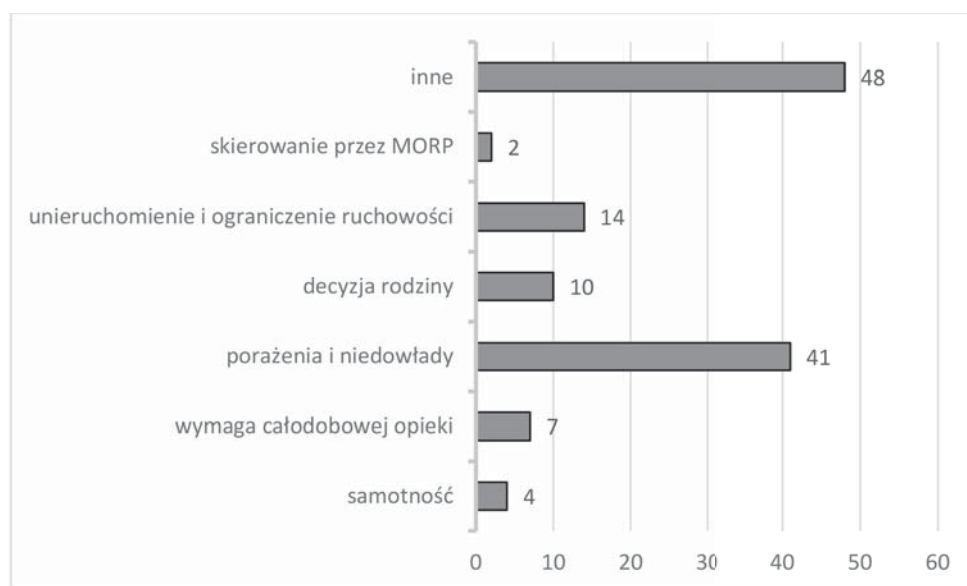
Przyczyny hospitalizacji dotyczące 48 osób były trudne do jednoznacznego określenia; porażenie i niedowład dla 41 osób było przeszkodą w samodzielnym funkcjonowaniu i zmusiło do zmiany środowiska życia; unieruchomienie, ograniczenie ruchomości bądź decyzja rodziny była powodem zmian dla 14 i 10 osób. Konieczność otoczenia całodobową opieką, brak rodziny, czy decyzja Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie zadecydowały o pobycie nielicznych pacjentów w placówkach opieki długoterminowej (rycina 2).

Ocena nietrzymania moczu badanych wykazała, że tylko 11% osób posiadało kontrolę w tym zakresie. Nietrzymanie moczu występowało u 46% badanych, częste

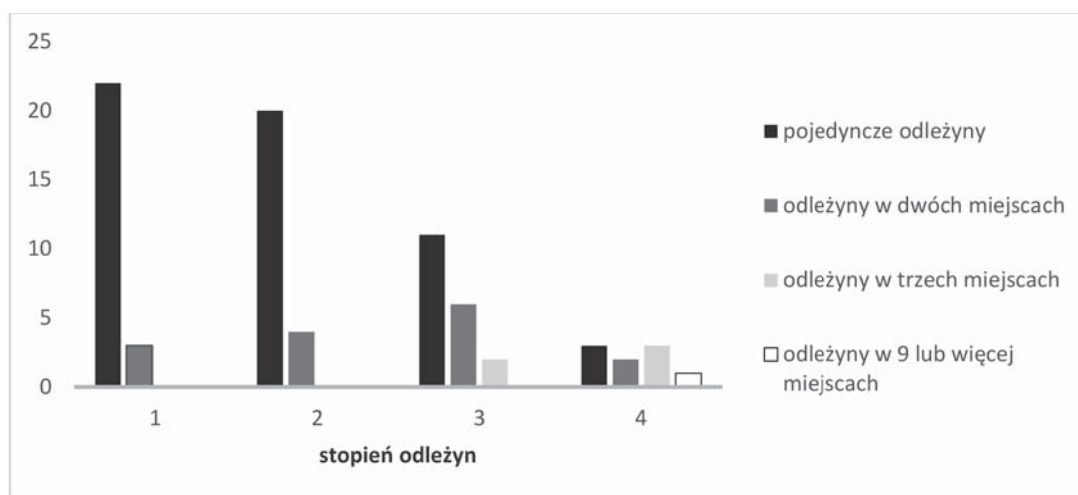
epizody utraty kontroli nad mikcją posiadało 20% osób, pozostali doświadczali deficytu w mniejszym zakresie.

Ocena częstości upadków wykazała, że większość badanych 78% (98 osób) nie miała takich epizodów. Upadek w ciągu ostatnich 30 dni wystąpił u 15% badanych, natomiast upadek do 180 dni wstecz dotyczył 7% ogółu.

Prawidłowy stan skóry występował u 51% badanych. Odleżyny pierwszego stopnia występowały u około 20% osób, a drugiego stopnia u 19%. Zaawansowany proces chorobowy występował u 15% pacjentów leżących (III^o). Pełna utrata grubości skóry i tkanki podskórnej, odsłaniająca mięśnie i kości wystąpiła u 7% badanych (IV^o).



Rycina 2. Przyczyny hospitalizacji
Figure 2. Causes of hospitalization



Rycina 3. Zaawansowanie odleżyn u badanych
Figure 3. The severity of the patients' bedsores

Odleżyny I° i II° występowały u badanych pojedynczo lub w wielu miejscach. Natomiast nasilenie rozwoju odleżyn III° i IV° wskazuje na obecność zmian w trzech i więcej miejscach (rycina 3).

Ocena podstawowych czynności dnia codziennego (ADL) w ciągu siedmiu ostatnich dni u pacjentów objętych kompleksową opieką ciągłą i opieką długoterminową została pokazana, że tylko 13% badanych mogło samodzielnie zmieniać sobie pozycję złożeniową w łóżku, a 10% z nadzorem opiekuna. Osoby całkowicie zależne od pomocy opiekuna stanowiły 38% badanych, a wymagających mniejszej lub większej pomocy było odpowiednio 7% i 33% (rycina 3).

Ocena możliwości przemieszczania się z jednego miejsca na drugie wskazała na niezależność 11% badanych oraz konieczność nadzoru nad 9% osób. Pomocy nieznacznej wymagało 8% badanych, a w większym zakresie 17%. Ponad połowa badanych (56%) to osoby całkowicie zależne od innych.

Chodzenie po pokoju w ocenie potencjału badanych pokazało, że 62% badanych było zależnych całkowicie od opiekunów i tylko 12% osób samodzielnych. Nadzoru wymagało 13% badanych oraz mniejszej lub większej pomocy pozostali badani (5 i 9%).

Możliwość samodzielnego chodzenia po korytarzu dotyczyła tylko 9% spośród badanych. Nadzoru opiekuna wymagało 14% osób, czy mniejszej lub większej pomocy 6 i 9%. Całkowicie zależnych od innych było 63%. Podobne wyniki uzyskali badani w zakresie

Możliwości samodzielnego chodzenia po oddziale. Niezależnych było 10% badanych, a całkowicie zależnych 63%. Pozostali wymagali nadzoru bądź pomocy. Częstość występowania samodzielności obniża się wraz z narastaniem wymagań od pensjonariusza/pacjenta, dlatego też samodzielne poruszanie się poza oddziałem do-

tyczyło 6% badanych, a całkowita zależność od opiekunów u 65%. Pozostali wymagali w mniejszym lub większym stopniu pomocy (12% i 13%).

Samodzielnie potrafiło się ubrać 10% badanych. Znaczna część osób objętych badaniem miała deficyty w zakresie motoryki drobnej i była zależna od osób drugich (60%), bądź wymagała dużej pomocy (15%). Pozostali wymagali nadzoru bądź pomocy w różnym zakresie.

Samodzielnie posiłki spożywało 15% badanych. Deficyty uniemożliwiające jedzenie występowały u 43% badanych. Pozostali wymagali nadzoru, bądź wsparcia instrumentalnego w mniejszym, bądź większym zakresie podczas posiłków.

Korzystanie z toalety wymaga koordynacji wielu umiejętności, tj. przemieszczanie, ubieranie. Tylko 6% spośród badanych wykazywało pełną niezależnością w zakresie korzystania z toalety. Nieliczne osoby (13%) wymagały uwagi podczas korzystania z toalety, czy pomocy osób trzecich w mniejszym zakresie (4%) i większym 15%. Ponad połowa pacjentów (62%) była całkowicie zależna od opiekunów. Badani posiadali deficyty w zakresie utrzymania higieny osobistej w podobnym zakresie jak z korzystaniem z toalety, czy ubieraniem. Osób niemogących nawet pomóc w utrzymaniu higieny osobistej opiekunowi było 65%, a jedynie 6% spośród nich było samodzielnych w tym zakresie. Pozostali wymagali pomocy w mniejszym lub większym zakresie (2% i 15%).

Analiza związków między wiekiem badanych a ryzykiem upadków wskazuje na istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) o niskiej, ale wyraźnej sile związku ($r = 0,23$). Wraz z wiekiem pacjentów i pensjonariuszy wzrastało ryzyko upadków (tabela II).

Tabela II. Wyniki testu Pearsona dla wieku i występowania upadków**Table II. Pearson's test results for the patients' age and falls occurrence**

Wiek a ryzyko upadku	SD	Współczynnik korelacji liniowej Pearsona
Wiek	10,07	r = 0,23
Ryzyko upadku	0,59	p = 0,009

SD - odchylenie standardowe; r - współczynnik korelacji; p - istotność statystyczna

Nie zaobserwowano także istotnych statystycznie różnic między płcią badanych osób a ryzykiem wystąpienia upadku w korelacji Tau Kendalla (r = 0,06) (p = 0,52).

Związki między chorobami współistniejącymi badanych a ryzykiem upadku wskazują na brak istotnych statystycznie różnic między zmiennymi (p = 0,63) (tabela III).

Tabela III. Wyniki testu Pearsona dla chorób współistniejących pacjentów i występowania upadków
Table III. Pearson's test results for the patients' comorbid diseases and falls occurrence

Choroby współistniejące a ryzyko upadku	SD	Współczynnik korelacji liniowej Pearsona
Choroby współistniejące	1,16	r = 0,04
Ryzyko upadku	0,59	p = 0,63

SD - odchylenie standardowe; r - współczynnik korelacji; p - istotność statystyczna

Zbadano wpływ miejsca pobytu badanych na ryzyko wystąpienia upadku. Zaobserwowano istotne różnice między miejscem pobytu badanego a ryzykiem wystąpienia upadku (p = 0,00001). Stwierdzono wysoce istotne różnice pomiędzy badanymi czynnikami mające charakter trendu (H = 18,44, Z = 4,29, p = 0,000009). Z wyników testu Kruskala-Wallis'a wynika, że ryzyko wystąpienia upadku jest wyższe dla osób przebywających w domu pomocy społecznej (tabela IV).

Tabela IV. Wyniki testu wariancji ANOVA Kruskala-Wallis'a dla wpływu miejsca pobytu pacjentów na ryzyko wystąpienia upadków**Table IV. Kruskal-Wallis ANOVA results for the influence of the place of the patients' stay on the falls**

Miejsce pobytu a wystąpienie upadków	ANOVA Kruskala-Wallis'a
Ryzyko upadków	H = 18,44
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	p = 0,00001
Dom pomocy społecznej	Z = 4,29; p = 0,000009

H - test ANOVA Kruskala-Wallis'a; Z - źródło zmienności; p - istotność statystyczna

Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów wykazała istotne statystycznie różnice z występowaniem odleżyn u badanych (p = 0,009). Współczynnik korelacji liniowej Pearsona wynosił r = 0,23, co oznacza niską, ale wyraźną korelację między zmiennymi. Wraz z pogarszaniem się stanu funkcjonalnego wzrastała częstość występowanie odleżyn i ich stopień (tabela V).

Tabela V. Wyniki testu Pearsona dla stanu funkcjonalnego pacjentów i występowania odleżyn**Table V. Pearson's test results for the patients' functional state and the occurrence of bedsores**

Stan funkcjonalny a odleżyny	SD	Współczynnik korelacji liniowej Pearsona
Stan funkcjonalny	13,71	r = 0,23
Występowanie odleżyn	4,28	p = 0,009

SD - odchylenie standardowe; r - współczynnik korelacji; p - istotność statystyczna

Zbadano związki między miejscem pobytu badanych a ich stanem funkcjonalnym. Zaobserwowano wysoce istotne różnice między badanymi czynnikami o charakterze trendu (H = 37,12, Z = 6,93). Wyniki testu Kruskala-Wallis'a wskazują na gorszy stan funkcjonalny osób przebywających w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym niż osób przebywających w domu pomocy społecznej (p < 0,000001) (tabela VI).

Tabela VI. Wyniki testu ANOVA Kruskala-Wallis'a dla wpływu miejsca pobytu pacjenta na jego stan funkcjonalny**Table VI. Kruskal-Wallis ANOVA results for the influence of the place of the patients' stay on their functional state**

Miejsce pobytu a stan funkcjonalny	ANOVA Kruskala-Wallis'a
Stan funkcjonalny	H = 37,11
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	p < 0,000001
Dom pomocy społecznej	Z = 6,91; p < 0,000001

H - test ANOVA Kruskala-Wallis'a; Z - źródło zmienności; p - istotność statystyczna

Omówienie

Ocena stanu funkcjonowania pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej stanowi bazę indywidualizacji opieki i utrzymania niezależności podopiecznych.

Wśród badanych przeważały kobiety (56%), co widoczne było także w badaniach Fideckiego i wsp., Boń-

kowskiego i wsp., Wysokińskiego i wsp., Płaszewskiej-Żywko i wsp. [7-12]. Z płcią żeńską wiąże się częstsze występowanie odleżyn [13]. Niedożywienie, może stanowić jeden z ważniejszych czynników determinujących wystąpienie odleżyn, osłabienie funkcji skóry oraz obniżenie aktywności fizycznej. Wśród szczecińskich seniorów zaobserwowano otyłość (23%), niedożywienie (27%), co może wiązać się z powikłaniami o różnym charakterze. Podobne zagrożenia obserwują Oliveira i wsp. podając, że 37,1% seniorów zagrożonych było niedożywieniem, czy wyniki Santomauro F., Olimpi N., Baggiani L. i wsp. (23,1% i 20,4%) [14,15].

Wyniki badań własnych nie wskazują na związki między wiekiem, płcią seniorów a występowaniem odleżyn. Wiadomo, że nowotwory, cukrzyca, otyłość, zakażenia ogólnoustrojowe, czy niedożywienie przyczyniają się do powstawania odleżyn [16]. Pomimo obecności wspomnianych chorób wśród szczecińskich badanych nie wykazano istotnych statystycznie zależności między zmiennymi ($p > 0,05$). Zaobserwowano natomiast związki między stanem funkcjonalnym badanych a występowaniem odleżyn. Liczba oraz stopień odleżyn pacjentów opieki długoterminowej wzrastały wraz z pogarszaniem się ich stanu funkcjonalnego. Potwierdzają to badania dotyczące pacjentów opieki długoterminowej Gronia i Mrówczyńskiej [17]. Muszalik i wsp. podkreśla, że niska punktacja w skali aktywności życia codziennego była głównym czynnikiem zagrożenia odleżynami [18].

Deficyty niezależności funkcjonalnej były powodem umieszczenia seniorów w placówkach opiekuńczych w celu zagwarantowania im całodobowej opieki oraz rehabilitacji [7,12]. Blisko połowa osób objętych badaniem cechowała się całkowitym nietrzymaniem moczu (46%), a zachowane funkcje fizjologiczne posiadało 11% badanych. Spośród mieszkańców DPS powyżej 60 roku życia 23,8% nie miało nietrzymania moczu, w tym 19% w przedziale wiekowym od 75-99 lat oraz 45,46% w grupie wiekowej od 63-74 lat [19]. Badania Płaszewskiej-Żywko i wsp. pokazują, że w DPS odsetek upadków wynosił około 45% [11]. Nie potwierdziły tego badania własne, gdzie upadki odnotowano u 22% badanych. Spośród upadków 7% zdarzyło się w ciągu ostatniego pół roku, a 15% w ciągu ostatniego miesiąca od momentu badania. Korespondują z tym badania przeprowadzone w DPS, gdzie 69% rezydentów nie doświadczyło takiego epizodu. Raz w roku upadek miało 18% osób, a raz w miesiącu 4% osób [11]. Uzyskane wyniki wskazują na wysoki poziom zależności i deficytów samoopieki, samopielęgnacji wśród pacjentów zakładów opieki długoterminowej w obszarze czynności codziennych (ADL). Najwięcej pacjentów było całkowicie zależnych pod względem możliwości utrzymania

higieny osobistej (65%), poruszania się poza oddziałem (65%). Spożywanie posiłków cechowała największa samodzielność (15%). Badania Lee i wsp. wśród 1000 podopiecznych zakładu opieki długoterminowej w Korei Południowej wykazały, że większa część badanych była w dużym stopniu niesprawna funkcjonalnie w trzech i więcej podstawowych czynnościach [20]. Potwierdził to Wysokiński i wsp. oceniając stan funkcjonalny pacjentów skalą NOSGER. Największe ograniczenia sprawności w zakresie instrumentalnych aktywności i podstawowych czynności codziennego życia występowały u najstarszych wiekiem (90 lat i więcej) [8,12]. Również Pruszyński i wsp. podaje, że 77% osób kierowanych do placówek opieki długoterminowej charakteryzowała niesprawność funkcjonalna, a ograniczenia dotyczyły 19,7% [20]. Udary mózgu i ich skutki oraz zespoły otępienne stanowią ważną przyczynę niedołączności seniorów wg Bońkowskiego i wsp., co potwierdziły badania własne [7].

Innym czynnikiem niemodyfikowalnym występowania upadków był wiek pacjentów. Badania dowodzą, że osoby z incydentami upadków były starsze niż z negatywnym wywiadem [21,22]. Potwierdzają to badania Ishimoto i wsp. [13]. Wyniki badań własnych wykazują korelację między wiekiem a występowaniem upadków wśród mieszkańców ZOD powyżej 60 r.ż.

W czasie analizy wyników badań autorskich, stwierdzono, że w domu pomocy społecznej wystąpiło więcej upadków niż w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, co może wiązać się z lepszym stanem funkcjonowania pacjentów, w tym mobilności. Wskazuje to na znamienne istotną zależność między miejscem pobytu badanych od ich stanu funkcjonalnego oraz występowania upadków. Badania Kuźmich potwierdziły niższy poziom sprawności funkcjonalnej u pacjentów ZOP niż u mieszkańców DPS [16].

Wnioski

1. Ryzyko wystąpienia upadków wzrasta wraz z wiekiem, co wymusza tworzenie bezpiecznego środowiska dla seniorów i podejmowania działań prewencyjnych ($p = 0,009$).
2. Czynniki takie jak wiek, płeć, jednoczesne występowanie kilku chorób czy przyczyna pobytu pacjentów w placówce opieki długoterminowej nie determinowały występowania u nich odleżyn ($p > 0,05$).
3. Stan funkcjonalny seniorów nie korelował z częstością występowania upadków w przedziale czasu ($p > 0,05$), natomiast zaobserwowano istotną statystycznie korelację między stanem funkcjonalnym a występowaniem odleżyn u seniorów ($p = 0,009$), co

powodowały deficyty w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji.

4. W domach pomocy społecznej istnieje większe ryzyko wystąpienia upadków niż w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym ($p = 0,000009$), co może wiązać się z lepszym stanem funkcjonalnym pacjentów ($p < 0,000001$), w tym mobilnością, w porównaniu do pacjentów ZPO, co wymaga wprowadzenia profilaktyki przeciw upadkom w DPS.
5. Konieczna jest regularna i całościowa ocena stanu funkcjonowania pacjentów stacjonarnej opieki długo-

terminowej w celu profilaktyki odleżyn i dostosowania opieki pielęgniarstwa do indywidualnych potrzeb w zróżnicowanej grupie pacjentów geriatrycznych, by zachować ich niezależność funkcjonalną.

Źródła finansowania

Praca została sfinansowana ze środków własnych autorów

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Marzec A, Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Grzeszak I. Problem zabezpieczenia świadczeń terapeutycznych i pielęgnacyjnych dla pacjentów w starszym wieku. W: Krajewska-Kułak E, Szczepański M, Łukaszuk C, Lewko J. (red.). Problemy terapeutyczne – pielęgnacyjne od początku do starości. Tom I. Białystok: Akademia Medyczna; 200. s. 411-421
2. Błędowski P. Aspekt socjoekonomiczny. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 35-42.
3. Borowiak E, Kostka T. Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 71-82
4. Kędziora-Kornatowska K, Biercewicz M. Upadki i zaburzenia lokomocji. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 247-254.
5. Styszyński A, Kwapisz U. Nietrzymanie moczu i stolca. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 237-246.
6. Andruszkiewicz A, Biercewicz M, Felsman M, Marzec A. Skale oceny stanu pacjenta/klienta według HOBIC i ich wykorzystanie w podstawowej ocenie tego stanu. W: Kilańska D. (red.). Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w praktyce pielęgniarskiej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014. s. 98-131.
7. Bońkowski K, Klich-Rączka A. Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. Gerontol Pol. 2007;15(3):97-103.
8. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Ślusarz R. Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarskiej. Rzeszów: Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków 2011;2:205-2011.
9. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Ślusarz R. Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej. Prob Pielęg. 2011;19(1):1-4.
10. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Walas L, Sienkiewicz Z. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową. Probl Hig Epidemiol. 2011;92(2):221-5.
11. Płaszewska-Żywko L, Brzuzan P, Malinowska-Lipień I, Gabryś T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. Probl Epidemiol. 2008;(89):62-6.
12. Wysokiński M, Fidecki W, Wrońska I i wsp. Ocena stanu psychofizycznego osób starszych ze schorzeniami narządu ruchu. Hygeia Public Health. 2012;47(3):350-3.
13. Ishimoto Y, Wada T, Hirosaki M i wsp. Age and sex significantly influence fall risk in community-dwelling elderly people in Japan. J AM Geriatr Soc. 2009(57):930-2.

14. Oliveira M, Fogaca K, Leonardo-Merhi Vania A. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutr J.* 2009(8):54-61.
15. Santomauro F, Olimpi N, Baggiani L i wsp. Bioelectrical Impedance Vector Analysis and Mini Nutritional Assesment in elderly nursing home residents. *J Nutr Health Aging.* 2011(15)163-7.
16. Krupińska E. Ocena ryzyka powstawania odleżyn przy użyciu dostępnych skal – opis przypadku. *Probl Pielęg.* 2012(20):380-4.
17. Groń A, Mrówczyńska E. Analiza czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów oddziału opieki paliatywnej. *Med Paliat.* 2012(1):24-32.
18. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Zielińska-Więczkowska H i wsp. The global risk of pressure ulcers among elderly patients: initial diagnosis. *Folia Med Copernicana.* 2013(1):31-6.
19. Pruszyński JJ, Cicha-Mikołajczyk A, Gębska-Kuczerowska A. Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgniarskiego domu opieki w Polsce. *Prz Epidemiol.* 2006(60):331-8.
20. Lee Y, Choi K. Functional disability of older persons in long-term care facilities in Korea. *Arch Geront Arch Gerontol Geriatr.* 2001(34):93-106.
21. Bosacka M, Józwiak A, Wieczorowska-Tobis K. Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych w oddziale dziennym psychogeriatrycznym. *Geriatrics.* 2010(4):81-5.
22. Otremba I. Epidemiologia, etiologia i konsekwencje zdrowotne upadków u chorych leczonych na Oddziale Geriatrycznym. *Probl Pielęg.* 2013(21):471-5.