

## XIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

Streszczenia zakwalifikowane do prezentacji posterowych

### Wpływ bólu przewlekłego na samoocenę nasilenia objawów depresji u osób starszych

Grażyna Puto, Iwona Repka, Klaudia Rybarska; Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

**Wstęp.** Przewlekłe dolegliwości bólowe stanowiące negatywne symptomy zdrowotne występujące u osób starszych, mogą przyczynić się do pogorszenia stanu funkcjonalnego, narastania niesprawności, zwiększonego ryzyka upadków i ich groźnych następstw. Doświadczenie bólu przewlekłego, wiąże się z emocjami i cierpieniem ujemnie wpływającym na stan psychiczny prowadzący do zaburzeń nastroju i reakcji wycofania a nawet depresji, a zatem przyspiesza uzależnienie osób starszych od pomocy innych. **Cel.** Ocena wpływu bólu przewlekłego na samoocenę nasilenia objawów depresji. **Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono wśród 181 osób po 65. roku życia z bólem przewlekłym (czas trwania > 6 miesięcy, brak choroby nowotworowej). Ocenę natężenia bólu przeprowadzono przy pomocy Brief Pain Inventory – Short Form – (BPI-SF) a poczuciem depresji Geriatryczną Skalą Oceny Depresji 15-punktową. **Wyniki.** Samoocena nasilenia objawów depresji wykazała u ponad połowy badanych (54%) umiarkowane poczucie depresji, ciężkie u 10% osób, wynik prawidłowy uzyskano 36% badanych. Średnia najsilniejszego natężenia bólu w badanej grupie wynosiła 6,6 ( $\pm$  1,7), najsłabszego 2,4 ( $\pm$  2,1) a w chwili badania 3,5 ( $\pm$  1,8). Analiza współczynnika Rho Spearmana wykazała istotnie: ujemną korelację między ulgą w bólu a samooceną nasilenia objawów depresji ( $R = -0,380$ ;  $p = 0,000$ ) oraz dodatnią między natężeniem bólu najsłabszym ( $R = 0,361$ ;  $p = 0,000$ ), średnim ( $R = 0,151$ ;  $p = 0,042$ ) oraz stopniem natężenia w chwili badania ( $R = 0,349$ ;  $p = 0,000$ ) a samooceną nasilenia objawów depresji. **Wnioski.** Ból przewlekły u osób starszych wpływa na samoocenę nasilenia objawów depresji, powodując wzrost jego natężenia. Ocena bólu przewlekłego powinna stanowić podstawę współpracy zespołu terapeutycznego z osobą starszą.

### Ocena ilościowa i jakościowa bólu przewlekłego u osób starszych przy pomocy kwestionariusza McGill-Melzack – badania wstępne

Grażyna Puto, Iwona Repka, Lucyna Ścisło, Elżbieta Walewska; Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

**Wstęp.** Znajomość istoty bólu przewlekłego u osób starszych, wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa postrzeganego jako wyzwanie dla XXI wieku, nabrała szczególnego znaczenia nie tylko w aspekcie negatywnego subiektywnego odczucia, ale również ze względu na konsekwencje społeczne. W piśmiennictwie istnieje niewiele doniesień na temat badań oceny ilościowej i jakościowej bólu przewlekłego u osób starszych. Większość prowadzonych dotychczas badań ma charakter selektywny i dotyczy młodszej populacji osób. **Cel.** Ocena ilościowa i jakościowa bólu przewlekłego u osób starszych. **Materiał i metody.** Wśród 181 osób po 65. roku życia z bólem przewlekłym (czas trwania > 6 miesięcy, brak rozpoznanej choroby nowotworowej) odsetek badanych kobiet był większy niż mężczyzn (61,9% vs. 38,1%). Ocenę ilościową i jakościową doznań bólowych uwzględniającą aspekty: sensoryczne dotyczące siły, dynamiki i jakości, emocjonalne, mieszane oraz dotyczące intensywności bólu przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza McGill-Melzack. Obliczenia wykonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 24 for Windows. Za istotne statystycznie przyjęto efekty, dla których wartość  $p < 0,05$ . **Wyniki.** Ocena jakościowa doznań bólowych wykazała, iż kobiety osiągnęły wyższe średnie wartości niż mężczyźni w sferze emocjonalnej zawierającej uczuciowy stosunek do przeżytych doświadczeń bólowych ( $1,9 \pm 1,8$  vs.  $1,7 \pm 2,3$ ;  $p = 0,00$ ) oraz w mieszanej weryfikacji różnorodnych aspektów bólu ( $3,4 \pm 2,2$  vs.  $2,6 \pm 2,0$ ;  $p = 0,02$ ). Wskaźnik oceny bólu, czyli średnia ilości wybranych słów (przymiotników) kobiet była wyższa niż mężczyzn ( $18,4 \pm 7,8$  vs.  $17,2 \pm 9,7$   $p = 0,04$ ). Ilościowa (średnia) ocena aktualnej intensywności bólu w chwili badania u kobiet wynosiła 3,3 ( $\pm$  0,6), u mężczyzn 3,2 ( $\pm$  0,6),  $p > 0,05$ . Wśród badanych dominowały kobiety i mężczyźni z bólem napadowym (42% vs. 49,3%), mniejszą grupę stanowiły kobiety i mężczyźni z bólem przerywanym (35,7% vs. 33,3%) i ciągłym (22,3% vs. 17,4%). **Wnioski.** W ocenie ilościowo – jakościowej bólu przewlekłego u osób starszych warto uwzględnić płeć chorych (kobiety inaczej odczuwają ból niż mężczyźni). Włączenie oceny ilościowo – jakościowej bólu przewlekłego w codzienną praktykę zespołu terapeutycznego powinno być podstawą współpracy z osobą starszą.

### Zmiany umieralności z powodu zawału serca i zawału mózgu u osób po 65. roku życia w okresie 2010-2014

Alicja Cicha-Mikołajczyk, Aleksandra Piwońska, Maria Polakowska; Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii, Warszawa

**Wstęp.** W latach 2010-2014 zgony z powodu zawału serca (ZS) i zawału mózgu (ZM) stanowiły przeciętnie 3,93% oraz 4,03% wszystkich zgonów w grupie wieku 65 lat i powyżej. W 2014 r. z powodu ZS zmarło 9,1 tys. osób w wieku 65+, natomiast z powodu CI 10,0 tys. osób. **Cel.** Ocena zmian umieralności z powodu zawału serca i zawału mózgu u osób w wieku 65+ w okresie 2010-2014 w Polsce. **Materiał i metody.** Analizowano uzyskane z GUS zbiory danych o zgonach z powodu zawału serca (I21I23) i zawału mózgu (I63) za lata 2010-2014. Obliczono: standaryzowane współczynniki umieralności (SMR) w przedziale wieku 65+ w oparciu o standardową strukturę populacji europejskiej z 2013 r., specyficzne współczynniki umieralności w przedziałach wieku 65-74 i 75+ oraz analizowano ich zmiany w czasie. **Wyniki.** W latach 2010-2014 standaryzowane współczynniki umieralności z powodu ZS i ZM w Polsce w przedziale wieku 65+ zmalały odpowiednio o przeszło 30% i 20%.  $SMR_{65+}$  z powodu ZS zmniejszył się z 341,7 do 231,5 [1/100 000] dla mężczyzn oraz z 173,5 do 119,7 [1/100 000] dla kobiet, natomiast  $SMR_{65+}$  z powodu ZM zmniejszył się z 251,6 do 196,8 [1/100 000] dla mężczyzn oraz z 217,1 do 168,5 [1/100 000] dla kobiet. Największe spadki umieralności odnotowano w grupie wieku 65-74 (ZS: kobiety 35,15%, mężczyźni 34,67%; ZM: kobiety 36,05%, mężczyźni 27,71%). W grupie wieku 75+ spadki umieralności były niższe (ZS: kobiety 27,43%, mężczyźni 30,47%; ZM: kobiety 16,56%, mężczyźni 18,59%). Zmiany wszystkich współczynników umieralności były istotne statystycznie. **Wnioski.** W latach 2010-2014 u osób w wieku 65+ zaobserwowano większy spadek umieralności z powodu zawału serca niż zawału mózgu. Mężczyźni w wieku 65-74 umierali częściej niż kobiety (ZS: 2,84 razy, ZM: 1,77 razy), a w wieku 75+ częściej tylko z powodu ZS (ZS: 1,56 razy, ZM: 0,95 razy).

## „Wstydę się, panie doktorze”. Poszukiwanie profesjonalnej pomocy w problemach natury seksualnej u starszych dorosłych w Polsce

Gabriela Gore-Gorszewska; Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Psychologia Stosowana

**Wstęp.** Występowanie dysfunkcji seksualnych nasila się wraz z wiekiem. Niestety, starsi dorośli stosunkowo rzadko szukają pomocy specjalistycznej. Skrępowanie i poczucie „niestosowności” w obliczu rozmowy z lekarzem często owocuje wycofywaniem się z kontaktu. Część przedstawicieli służby zdrowia niechętnie podejmuje tematykę zdrowia seksualnego ze starszymi pacjentami. **Cel.** Celem badania było ustalenie, czy osoby starsze w Polsce, doświadczające problemów seksualnych, poszukują fachowej pomocy lekarskiej, oraz ustalenie, do jakich specjalistów Polscy seniorzy najchętniej zwracaliby się po pomoc. **Materiały i metody.** Opracowany na podstawie literatury autorski kwestionariusz zawierał pytania dotyczące kontaktu z lekarzem w sytuacji wystąpienia problemów natury seksualnej, a także preferowanego specjalisty, który miałby zająć się tymi problemami. Grupę respondentów utworzyło 67 osób w wieku 60-89 lat, które zgodziły się na udział w badaniu. Kobiety stanowiły 64% ogółu, mężczyźni 36%. Badanie przeprowadzono w ośrodku sanatoryjnym, z zapewnieniem prywatności i pełnej anonimowości. **Wyniki.** Zdecydowana większość badanych (82%) nigdy nie szukała fachowej pomocy lekarskiej w zakresie dysfunkcji seksualnych. W przypadku 87% respondentów lekarz nigdy nie zainicjował rozmowy z pacjentem na temat ewentualnych problemów seksualnych. Najwłaściwszą według badanych osobą, która powinna dostarczać pomocy w zakresie problemów seksualnych, jest lekarz specjalista (ginekolog, urolog, seksuolog), zaledwie co piąty respondent oczekiwałby pomocy ze strony lekarza rodzinnego. Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami okazały się nieistotne statystycznie. **Wnioski.** Odsetek starszych Polaków konsultujących z lekarzem ich stan zdrowia seksualnego jest znikomy, co niesie ze sobą ryzyko występowania w tej populacji wielu niezdiagnozowanych dysfunkcji seksualnych. Seniorzy nie są skłonni postrzegać lekarza pierwszego kontaktu jako profesjonalisty, który mógłby udzielić pomocy w tym zakresie. Przekonanie o konieczności wizyty u specjalisty może w znaczący sposób ograniczać liczbę starszych dorosłych gotowych do podjęcia rozmowy o problemach natury seksualnej.

## Motywy uczestnictwa osób po 60. roku życia w projekcie Medycznego Uniwersytetu Seniora przy Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie (Mus Pum) w roku akademickim 2016/2017

Magdalena Sylwia Kamińska<sup>1</sup>, Monika Wałowska<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, <sup>2</sup>Oddział Geriatrii i Przewlekłe Chorych, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie

**Wstęp.** Współcześnie obserwuje się pozytywne zmiany postrzegania starości i roli człowieka starszego w społeczeństwie. Okres starości dla wielu seniorów jest okresem trudnym ze względu na zmianę życiowych ról oraz utratę pełnej sprawności fizycznej oraz intelektualnej. Jest jednocześnie okresem życia o szczególnym potencjale, w którym seniorzy, chcąc osiągnąć pełnię człowieczeństwa, mogą podejmować różne formy kształcenia ustawicznego. Pierwszy w Polsce Medyczny Uniwersytet Seniora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (MUS PUM) powstał, wychodząc naprzeciw potrzebom podejmowania działań ułatwiających i stymulujących aktywność coraz większej liczbie osób starszych. **Cel.** Celem pracy było poznanie motywów uczestnictwa osób po 60. r.ż. w projekcie MUS PUM. **Materiał i metody.** W badaniu wzięły udział 94 osoby. Kobiety stanowiły 87,2% badanej grupy, mężczyźni – 12,8%. Wybraną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny w oparciu o kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Analizę statystyczną przeprowadzono stosując test niezależności chi-kwadrat Pearsona. **Wyniki.** W badaniu wzięło udział 45,2% osób z wyższym wykształceniem, 52,7% – z wykształceniem średnim. Ponad 43% badanych żyło w gospodarstwach domowych jednoosobowych, a ponad 46% – w dwuosobowych jednopokoleniowych. Prawie 80% osób nie podejmowało już pracy zawodowej, 5,3% – nadal pracowało w pełnym wymiarze godzin. Ponad 68% badanych wykonywało pracę umysłową, a 5,4% – fizyczną. Dla odpowiednio 89,25%, 87,10%, 84,78%, 77,42% respondentów bardzo duży wpływ na wybór MUS miała chęć poszerzenia wiedzy medycznej i podniesienia świadomości odnośnie zdrowego stylu życia, ciekawość, chęć aktywnego spędzania czasu wolnego oraz chęć aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Wykazano statystycznie istotną zależność między wiekiem ( $p = 0,048$ ), płcią ( $p = 0,020$ ) i rodzajem wykonywanej pracy zarobkowej ( $p = 0,015$ ) a chęcią poszerzenia wiedzy medycznej jako motywem uczestnictwa w MUS. **Wnioski.** Badani najczęściej wybierają uczestnictwo w MUS celem poszerzenia swojej wiedzy medycznej, a także podniesienia świadomości odnośnie zdrowego stylu życia a zmienna ta korelowała wraz z wiekiem, płcią i rodzajem wykonywanej pracy zarobkowej ankietowanych.

## Częstość występowania zespołu słabości wśród pacjentów w wieku podeszłym hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym – badanie retrospektywne

Agnieszka Kasiukiewicz<sup>1,2</sup>, Zyta Beata Wojszel<sup>1,2</sup>, Katarzyna Klimiuk<sup>2</sup>, Bartłomiej Kuprjanowicz<sup>1,2</sup>, Barbara Bień<sup>1,2</sup>;

<sup>1</sup>Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Geriatrii, <sup>2</sup>Szpital ZOZ MSW w Białymstoku, Oddział Geriatrii

**Wstęp.** Zespół słabości (*frailty syndrome*, FS), stanowi fenotypowy obraz wyczerpywania się fizjologicznych rezerw narządowych wskutek starzenia i współistniejących chorób. Rozwija się zazwyczaj ze stadium krzepkości (*robustness*), poprzez częściową niewydolność rezerw ustroju (*pre-frailty*) do pełnoobjawowego obrazu słabości (*frailty*). Mimo iż FS jest uważany za odwracalny do pewnego stopnia, zazwyczaj prognozuje śmierć, zatem jest sygnałem do podjęcia szczególnej opieki nad seniorem. **Cel.** Celem pracy była ocena rozpowszechnienia FS u pacjentów geriatrycznych wg kryteriów Fried i klinicznej skali słabości wg Rockwood'a. **Materiał i metody.** Do badania włączono 416 pacjentów w wieku 81,2; + 6,9 lat hospitalizowanych w 2015 r. w Klinice Geriatrii UMB. Na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Fried (osłabienie siły uścisku dłoni, spowolnienie chodu, wyczerpanie zgłaszane w skali GDS, spadek masy ciała i niska aktywność fizyczna w skali Grimby), pacjentów kwalifikowano do grupy *robust*, *pre-frail* i *frail*. FS klasyfikowano również w 7-stopniowej klinicznej skali słabości: bardzo krzepki, krzepki, krzepki mimo chorób, podatny na FS, łagodnie, umiarkowanie i poważnie osłabiony. **Wyniki.** Z powodu głębokiej niesprawności lub trudności technicznych rozpoznanie zespołu słabości wg kryteriów Fried było możliwe do oceny u 332 (80%) pacjentów, zaś u wszystkich osób wg klinicznej skali słabości. Wg Fried 72,6% badanych spełniało kryterium niskiej aktywności fizycznej, 64,5% – osłabionej siły uścisku dłoni, 60,8% – wyczerpania, 47,9% – spowolnienia chodu, a 20,2% – spadku masy ciała. 28 pacjentów (8,4%) zakwalifikowano jako *robust*, 111 pacjentów (33,4%) *pre-frail*, a 193 (58,2%) *frail*. W klinicznej skali słabości nie stwierdzono b. krzepkich, a kolejne kategorie rozkładały się następująco: 2,4%; 13,9%; 33,1%; 58,2%, 12,7% i 4,5%. **Wnioski.** Znakomita większość pacjentów oddziału geriatrii prezentuje fenotypowy obraz łagodnej lub pełnoobjawowej słabości. Mimo iż obie skale identyfikują FS lub ryzyko tego zespołu, to klasyfikację kliniczną wyróżnia łatwiejsza wykonalność i większe spektrum zróżnicowania. Identyfikacja osób z FS i modyfikacja ich terapii stanowi wyzwanie dla klinicystów opiekujących się starszymi pacjentami, niezależnie od profilu ich specjalizacji.

## Wykorzystanie skal do oceny funkcjonalnej podstawowych oraz złożonych czynności życiowych w badaniach naukowych

Paulina Zabielska<sup>1</sup>, Mariola Głowacka<sup>2</sup>, Beata Haor<sup>3</sup>, Beata Karakiewicz<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego w Katedrze Medycyny Społecznej, <sup>2</sup>Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku, <sup>3</sup>Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego

**Wstęp.** Poprawa warunków społeczno-gospodarczych, podniesienie poziomu jakości opieki zdrowotnej oraz poprawa warunków środowiskowych spowodowały, że w ciągu ostatnich 50. lat oczekiwana długość życia w chwili urodzenia wzrosła w całej UE, średnio o około 10 lat. Ważną kwestią w procesie starzenia się jest zachowanie niezależności w każdym aspekcie życia, szczególnie w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. Autorzy na całym świecie podejmują tematykę dotyczącą funkcjonalności osób starszych, dlatego zasadnym jest sprawdzenie narzędzi wykorzystywanych w procesach badawczych, w tym standaryzowanych skal ADL i IADL. **Cel.** Ocena zastosowania skal do oceny funkcjonalnej podstawowych oraz złożonych czynności życiowych wśród osób w wieku 80+, w badaniach europejskich. **Materiał i metody.** Analizie poddano artykuły, w których zastosowano skale ADL i/lub IADL. Potencjalnie istotne artykuły uzyskano w wyniku przeglądu i przeanalizowania bazy danych PUBMED (MEDLINE) poprzez wpisanie haseł przedmiotowych: „ocena czynności życiowych”, „ADL”, „IADL”, „złożone czynności życiowe”, „podstawowe czynności życiowe”. Wybór artykułów opierał się na kryteriach włączenia ustalonych przez autorów i powołanego gremium doradczego. **Wyniki.** W procesie badawczym przeanalizowano polskojęzyczne i anglojęzyczne artykuły opublikowane w latach 1997-2017, w których wykorzystano skale oceny podstawowych czynności życia codziennego i/lub skali złożonych czynności życia codziennego w grupie osób 80+. Wśród 132 przeanalizowanych artykułów, warunki spełniło jedynie 10, w tym 7 badań polskich i 3 europejskie (wyłączając polskie). Autorzy w przeprowadzanych procesach badawczych wykorzystali zróżnicowane metody analityczne skal ADL i IADL. Odmienność badań przejawiała się również w zastosowaniu zróżnicowanej punktacji oraz w wektorze zmian, a także czasie trwania badań. **Wnioski.** Stosowanie innej metodyki w badaniach nad funkcjonalnością osób starszych utrudnia interpretację wyników, ich porównanie oraz praktyczne zastosowanie. Ujednolicenie metod badawczych stosowanych do oceny podstawowych oraz złożonych czynności życiowych osób 80+ umożliwiłoby porównanie ze sobą uzyskanych danych w perspektywie interdyscyplinarnej.

## Zastosowanie metody bioimpedancji elektrycznej w ocenie stanu odżywienia osób starszych

Renata Markiewicz-Żukowska, Joanna Bielecka, Sylwia K. Naliwajko, Elżbieta Karpińska, Anna Puścion-Jakubik, Maria H. Borawska; Zakład Bromatologii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wstęp.** Wraz ze starzeniem się organizmu dochodzi do wielu zmian w składzie ciała. Zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej, głównie w obrębie jamy brzusznej, podwyższa ryzyko chorób metabolicznych i układu sercowo-naczyniowego. U osób starszych może dochodzić także do utraty masy ciała, w tym tkanki mięśniowej. Osłabienie odczuwania głodu i pragnienia oraz zaburzenia wchłaniania mogą skutkować niedożywieniem, które zwiększa ryzyko infekcji, osteoporozy czy niedokrwistości oraz utrudnia gojenie się ran i procesy rekonwalescencji. **Cel.** Ocena stanu odżywienia osób starszych z wykorzystaniem metody bioimpedancji elektrycznej (BIA). **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 95 osób z Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku – DPS (48 kobiet, 47 mężczyzn) w wieku 60-90 lat. Każda osoba wyraziła zgodę na udział w badaniach, które uzyskały również zgodę Komisji Bioetycznej UMB nr R-I-002/259/2008. Metodą BIA z użyciem aparatu InBody 720 oceniono masę ciała, masę mięśni szkieletowych (SMM) oraz procentową zawartość tkanki tłuszczowej (PBF), zawartość tkanki tłuszczowej wewnątrzbrzusznej (VFA), proporcje ciała (zawartość tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała w kończynach górnych, dolnych i w tułowiu), wskaźnik fitness (FS), a także indeks masy ciała (BMI). Wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica 12.0. **Wyniki.** Wykazano nadwagę u 45%, a otyłość u 35%, natomiast niedowagę u 1% badanych. Nadmierny PBF odnotowano u ponad 70% kobiet i 80% mężczyzn. Tkanka tłuszczowa zgromadzona była głównie w obrębie tułowia. VFA przekraczała normę u ponad 70% osób. Wraz z wiekiem obserwowano mniejszą SMM, a większą masę tkanki tłuszczowej w kończynach górnych, dolnych i tułowiu. Ponad 80% kobiet i 70% mężczyzn charakteryzowało się FS < 70. **Wnioski.** Masa tkanki tłuszczowej zwiększała się wraz z wiekiem, a masa mięśni szkieletowych zmniejszała się, zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Nadwaga i otyłość dotyczyły większości badanych. Uzasadnione jest monitorowanie stanu odżywienia oraz prowadzenie działań profilaktycznych dotyczących prawidłowego żywienia wśród osób starszych. Ocena stanu odżywienia jest kluczowym elementem w całościowej ocenie geriatrycznej.

## Ocena funkcji poznawczych u pacjentów opieki długoterminowej w Polsce – porównanie zakładów opieki długoterminowej i domów pomocy społecznej

Violetta Kijowska, Katarzyna Szczerbińska; Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

**Wstęp.** W Polsce rozpowszechnienie deficytów poznawczych w populacji ogólnej wzrasta wraz z wiekiem. Brakuje natomiast danych na temat występowania tych zaburzeń wśród pacjentów w reprezentatywnej próbie zakładów opieki długoterminowej (ZOL/ZPO) i domów pomocy społecznej (DPS). **Cel.** Celem badania było ustalenie częstości występowania deficytów poznawczych w populacji osób starszych przebywających w reprezentatywnej próbie placówek opiekuńczych typu ZOL/ZPO i DPS w Polsce, w tym szczegółowa ocena funkcji poznawczych i ustalenie różnic w charakterystyce tych pacjentów, zależnie od typu placówki. **Materiał i metody.** W latach 2015-2016 wykonano przesiewowe badanie pacjentów w reprezentatywnej próbie 23 placówek opiekuńczych w Polsce (pod względem typu, regionu, wielkości, formy prawnej). Grupę badaną stanowiło 1587 osób, w tym 626 pacjentów z 11 ZOL/ZPO i 961 mieszkańców z 12 DPS. Do oceny występowania deficytów poznawczych użyto skali *Funkcjonowania w Zakresie Funkcji Poznawczych* (CPS – *Cognitive Performance Scale*). **Wyniki.** Średni wiek osób badanych wynosił 80 lat, z czego 67,7% stanowiły kobiety. Odsetek osób w śpiączce wynosił 7,8% pacjentów ZOL/ZPO i 4,6% mieszkańców DPS. Ustalono, że częstość występowania zaburzeń poznawczych (CPS  $\geq$  2) wśród pacjentów placówek opiekuńczych w Polsce jest wysoka (ogółem 65,2%, n = 1035; bez osób w śpiączce) i wynosi od 74,5% w ZOL/ZPO do 59,2% w DPS. Ciężkie deficyty poznawcze (CPS = 5-6) zaobserwowano u 41,2% pacjentów ZOL/ZPO i 20,5% mieszkańców DPS (p < 0,001). U pacjentów ZOL/ZPO statystycznie istotnie częściej niż u mieszkańców DPS występowały także nasilone objawy zaburzeń pamięci proceduralnej (72,3% vs. 55,2%), pamięci długotrwałej (56,5% vs. 32,1%), pamięci krótkotrwałej (46,8% vs. 33,4%), pamięci sytuacyjnej (40,2% vs. 26,4%) oraz brak zdolności podejmowania codziennych decyzji (44,7% vs. 21,5%) i istotne problemy ze zrozumiałym wyrażaniem się (44,6% vs. 24,7%). **Wnioski.** Wykazano dużą częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w placówkach opiekuńczych w Polsce. Istnieje potrzeba dostosowania podejścia w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym u pacjentów z otępieniem w obu typach tych placówek, w celu zapewnienia odpowiedniej opieki.

### Zaparcia u osób starszych – rola diety i farmaceuty

Monika Grabia, Joanna Bielecka, Patryk Nowakowski, Anna Puścion-Jakubik, Renata Markiewicz-Żukowska, Maria H. Borawska; Zakład Bromatologii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wstęp.** Zaparcie jest stanem patologicznym objawiającym się oddawaniem stolca rzadziej niż 3 razy w tygodniu lub zmianą jego konsystencji. Częstotliwość występowania zaparć po 65. roku życia wynosi od 30 do 40%; dwukrotnie częściej dotyczy to kobiet. Osoby w wieku podeszłym prowadzą mniej aktywny tryb życia oraz następuje u nich osłabienie czynności układu cholinergicznego, regulującego funkcje trawienne, co sprzyja powstawaniu zaparć. Innymi przyczynami występowania zaparć mogą być zmiany czynnościowe lub anatomiczne odbytnicy oraz dna miednicy. **Cel.** Przedstawienie roli diety i farmaceuty w profilaktyce i terapii zaparć. **Materiał i metody.** Praca powstała w oparciu o przegląd najnowszych publikacji naukowych oraz rynku suplementów diety. **Wyniki.** Powstawaniu zaparć sprzyja dieta uboga w błonnik a bogata w produkty zapierające. Nieprawidłowe nawodnienie organizmu i niedostateczne pokrycie zapotrzebowania energetycznego znacznie wydłuża czas pasażu jelitowego. Dodatkowym czynnikiem jest przyjmowanie leków, które hamują perystaltykę jelit. Ze względu na często występującą w starszym wieku polipragmatyzę, początkowo należy, po konsultacji z dietetykiem, wdrożyć leczenie żywieniowe mające na celu unormowanie rytmu wypróżnień. Modyfikacja diety powinna polegać na zwiększeniu udziału w diecie pełnoziarnistych produktów zbożowych, otrąb, warzyw i owoców. Dobowa zawartość błonnika pokarmowego w diecie nie powinna być mniejsza niż 25g, optymalne zwiększanie tego składnika nie powinno przekraczać 5g na tydzień. Należy ograniczyć węglowodany proste oraz wyeliminować produkty, które spowalniają pracę jelit. W przypadku, gdy postępowanie dietetyczne nie przynosi oczekiwanej poprawy potrzebna jest konsultacja z farmaceutą, który pomoże dobrać odpowiedni preparat. Na rynku dostępne są suplementy diety zawierające m.in.: ekstrakt z liści senesu oraz korzenia cykorii, pędy młodego zielonego jęczmienia, liofilizaty bakterii, odtuszczone nasiona lnu oraz łuski babki jajowatej. W przypadku braku ich skuteczności, zaleca się krótkotrwałe stosowanie preparatów zawierających sproszkowany sok z liści aloesu, wyciąg suchy z kory kruszyny, korzeń rzewienia, bisakodyl, laktulozę, czy też makrogol. **Wnioski.** Odpowiednie zmiany nawyków żywieniowych i wdrożenie zasad opieki farmaceutycznej umożliwiają przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień.

### Znaczenie żywienia w terapii nadciśnienia tętniczego u osób starszych

Joanna Bielecka, Patryk Nowakowski, Sylwia K. Naliwajko, Anna Puścion-Jakubik, Monika Grabia, Renata Markiewicz-Żukowska, Maria H. Borawska; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Zakład Bromatologii

**Wstęp.** Choroby układu krążenia są dominującą przyczyną zgonów Polaków, a nadciśnienie tętnicze jest głównym czynnikiem predysponującym. Częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrasta z wiekiem. Nielezione bądź niewłaściwie leczone nadciśnienie zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca czy przewlekłej choroby nerek. Według danych WHO w 2015 r. na nadciśnienie wśród osób dorosłych chorowało 24% mężczyzn oraz 20% kobiet na świecie. W Polsce wg badań Pol-Senior i NATPOL w grupie wiekowej > 65 lat powszechność występowania nadciśnienia wynosiła od 66% do 79%. **Cel.** Przedstawienie roli żywienia w leczeniu nadciśnienia tętniczego. **Materiał i metody.** Praca powstała w oparciu o przegląd najnowszych, aktualnie dostępnych publikacji naukowych. **Wyniki.** Z badań wynika, że ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego jest 3-krotnie wyższe u osób otyłych, a przyrost masy ciała koreluje ze wzrostem ciśnienia krwi. Modyfikacja sposobu żywienia i włączenie aerobowej aktywności fizycznej niejednokrotnie pozwalają zmniejszyć masę ciała i wystarczają, żeby ciśnienie powróciło do wartości prawidłowych. Dieta osób starszych chorych na nadciśnienie powinna być dostosowana do współistniejących schorzeń i jednocześnie spełniać najważniejsze zalecenia Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Rekomendowane jest zwłaszcza obniżenie spożycia sodu a zwiększenie podaży potasu oraz ograniczenie spożycia produktów o wysokiej zawartości nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu na korzyść wprowadzenia produktów z wielonienasyconymi kw. tłuszczowymi, głównie omega-3. Ponadto wskazane jest wzbogacenie jadłospisu w produkty dostarczające związków o działaniu antyoksydacyjnym. Zaleca się także ograniczenie palenia tytoniu oraz zminimalizowanie spożywania alkoholu do dawek uznanych za bezpieczne. Wg danych literaturowych, zastosowanie diety uwzględniającej powyższe rekomendacje (np. diety DASH lub śródziemnomorskiej) może zmniejszyć ciśnienie o 11 mmHg. **Wnioski.** Modyfikacja stylu życia (odpowiednio dobrana dieta i aktywność fizyczna) stanowi bardzo ważny element terapii nadciśnienia tętniczego.

### Epidemiologia i przebieg kliniczny ostrego zapalenia trzustki u osób starszych

Dorota Koziel<sup>1</sup>, Stanisław Głuszek<sup>1,2</sup>; <sup>1</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, <sup>2</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

**Wstęp.** Dane epidemiologiczne z ostatnich kilkudziesięciu lat z różnych krajów wskazują na wzrost częstości występowania zarówno ostrego jak i przewlekłego zapalenia trzustki. Osoby w starszym wieku tworzą coraz częściej grupę chorych na zapalenie trzustki w tym ostre zapalenie trzustki (OZT). W Polsce brak jest opracowań prospektywnych danych epidemiologicznych dotyczących zachorowania na OZT. **Celem** podjętych badań była ocena częstości występowania, przyczyn i przebiegu klinicznego ostrego zapalenia trzustki u osób starszych. **Materiał i metody.** Retrospektywnej analizie poddano dokumentację 963 kolejnych chorych leczonych z powodu OZT w jednym roku we wszystkich oddziałach województwa świętokrzyskiego. Analizowano przyczynę zachorowania, przebieg kliniczny, wyniki badań radiologicznych i laboratoryjnych, czas hospitalizacji w zależności od grup wiekowych ( $\geq 65$  lat vs.  $< 65$  lat). **Wyniki.** Chorzy w wieku  $\geq 65$  lat stanowili 32,5% wszystkich chorych na OZT (313 osób). W tej grupie było 117 chorych  $\geq 80$  lat (37,4% starszych chorych). W grupie starszych dominowały kobiety 59,9% vs. 27,6%. Średnia wieku starszych pacjentów wynosiła 76,9 lat vs. 44 lata w młodszej grupie. Główną przyczyną zachorowania była kamica żółciowa 55,6% vs. 22,5% ( $p < 0,001$ ). Większość chorych w obydwu grupach miało łagodny przebieg choroby 80,3% vs. 80,1%. Umiarkowanie ciężkie OZT dotyczyło 6,9% starszych i 10,3% młodszych chorych. Ciężkie OZT występowało istotnie częściej u starszych chorych 10,22% vs. 6,31% ( $p < 0,05$ ) i częściej kończył się zgonem chorego 7,35% vs. 2,31% ( $p < 0,000$ ). Średni czas hospitalizacji nie różnił się w obydwu grupach i wynosił 8,9 vs. 8,7 dni. **Wnioski.** Ostre zapalenie trzustki u osób starszych częściej niż u młodszych chorych ma ciężki przebieg kliniczny z wyższym wskaźnikiem śmiertelności.

## Majaczenie w oddziale internistycznym – częstość występowania oraz czynniki ryzyka u pacjentów po 65. roku życia

Karol Wierzbą<sup>1</sup>, Adam Hajduk<sup>1</sup>, Hanna Kujawska-Danecka<sup>1</sup>, Katarzyna Serafin<sup>2</sup>, Zbigniew Zdrojewski<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii, <sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii

**Wstęp.** Majaczenie jest złożonym zespołem neuropsychiatrycznym o wieloczynnikowej etiologii, którego głównymi cechami są zaburzenia w zakresie czynności poznawczych, uwagi oraz rytmu sen–czuwanie. Jego wystąpienie zwiększa ryzyko zgonu, pogorszenia funkcji poznawczych, instytucjonalizacji oraz wydłużenia czasu hospitalizacji. **Cel.** Ocena częstości majaczenia oraz czynników ryzyka jego wystąpienia w warunkach oddziału internistycznego u pacjentów powyżej 65 r. życia. **Materiał i metody.** Badanie miało charakter prospektywny, obserwacyjny; było prowadzone w latach 2014–2015 w Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii UCK. Do badania włączono 117 chorych w wieku  $\geq 65$  lat, przyjętych w trybie nagłym. W trakcie hospitalizacji u każdego pacjenta dwukrotnie oceniano funkcje poznawcze za pomocą testu Abbreviated Mental Test Score. W przypadku stwierdzenia zaburzeń funkcji poznawczych poszerzano diagnostykę w kierunku majaczenia (algorytm CAM-ICU). Dodatkowo wykonano badania przesiewowe w kierunku depresji (Geriatric Depression Scale) i otępienia (test zegara, Mini–Mental State Examination) oraz oceniono sprawność chorego w skali Barthel. Każdy pacjent z podejrzeniem majaczenia był dodatkowo konsultowany przez psychiatrę. **Wyniki.** Majaczenie rozpoznano u 21,3% chorych. W porównaniu do chorych bez majaczenia, pacjenci z majaczeniem byli znamienne starsi, w gorszym stanie funkcjonalnym oraz z bardziej nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych. Majaczenie częściej rozpoznawano u chorych z otępieniem, odleżynami, hipotonią, odwodnieniem, z założonym cewnikiem Foleya oraz u pacjentów wymagających monitorowania parametrów życiowych. W grupie chorych z majaczeniem śmiertelność wynosiła 12%, w grupie bez majaczenia 4,3% pacjentów. **Wnioski.** Częstość majaczenia u chorych w wieku podeszłym hospitalizowanych z przyczyn nagłych wynosiła ponad 20%. Czynnikiami predysponującymi do rozwinięcia zespołu majaczeniowego były m.in. otępienie, odleżyny, hipotonia, odwodnienie, założenie cewnika Foleya czy stosowanie kardiomonitora. Śmiertelność chorych z majaczeniem wynosiła 12% i była prawie 3-krotnie wyższa niż u chorych bez majaczenia.

## Ocena przyczyn i okoliczności upadków pacjentów SPWSZ w Szczecinie hospitalizowanych w latach 2012–2016

Magdalena Sylwia Kamińska<sup>1</sup>, Karolina Bartnicka<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, <sup>2</sup>Blok Operacyjny Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

**Wstęp.** Upadki hospitalizowanych pacjentów stanowią ogromny problem społeczny i ekonomiczny, gdyż zwykle skutkują poważnymi konsekwencjami klinicznymi, przyczyniającymi się do zaburzenia dotychczasowej sprawności funkcjonalnej. **Cel.** Celem pracy była ocena przyczyn i okoliczności upadków pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie (SPWSZ) hospitalizowanych w latach 2012–2016. **Materiał i metody.** Metodą badawczą była analiza dokumentacji medycznej w postaci *Protokołu zgłoszenia wypadku pacjenta podczas pobytu w SPWSZ*. Do badania wykorzystano dane procentowe i liczbowe ze sprawozdań zbiorczych. **Wyniki.** W przeciągu ostatnich pięciu lat w SPWSZ doszło łącznie do 1149 incydentów upadkowych. Ponad połowa (53,4%) omawianych zdarzeń dotyczyła mężczyzn aniżeli kobiet. Najliczniejszą grupę wiekową doświadczającą upadków stanowiły osoby powyżej 65. r.ż. (60,7%). Do 290 upadków doszło wiosną, 306 – latem, 277 – jesienią i 276 – zimą. Omawiane zdarzenia w 778 przypadkach miały miejsce w sali chorego, w 121 – w łazience, a w 59 – w toalecie. W trakcie hospitalizacji 21,7% wszystkich zdarzeń niepożądanych miało charakter osunięcia, najczęściej z kózka. Najwięcej upadków nastąpiło podczas chodzenia (33,2%). Do 209 upadków doszło w godzinach wczesno-porannych, do 138 – w godzinach przedpołudniowych, do 192 – w godzinach popołudniowych, a do 576- w godzinach nocnych. Wśród najczęstszych przyczyn upadków badanych tylko w 2016 r. wskazano brak ostrożności chorego z uwzględnieniem gwałtownej zmiany pozycji ciała (28,7%), brak obuwia lub obuwi niestabilne (20,7%), a także dążenie do samodzielności (17,5%). W niektórych przypadkach wystąpienie upadku korelowało ze stanem zdrowia chorego (osłabieniem, zawrotami głowy, zaburzeniami równowagi, splątaniem czy współwystępowaniem zespołów otępiennych). **Wnioski.** Występowanie upadków wśród hospitalizowanych pacjentów koreluje z płcią i wiekiem. Grupę szczególnie zagrożoną wystąpieniem upadku stanowią mężczyźni po 65. r.ż. Hospitalizowani pacjenci upadali zazwyczaj podczas chodzenia, w sali chorych, w godzinach nocnych, porą letnią. Do przyczyn zaistnienia epizodów upadkowych pacjentów hospitalizowanych zaliczyć można czynniki zewnętrzne, modyfikowalne i wewnętrzne, powiązane bezpośrednio ze stanem zdrowia chorych.

## Wpływ wybranych czynników na funkcje poznawcze i depresję wśród pacjentów powyżej 60. roku życia

Patrycja Iwan<sup>1</sup>, Paweł Kozarzewski<sup>1</sup>, Grzegorz Kardas<sup>1</sup>, Małgorzata Koziarska-Rościszewska<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <sup>2</sup>Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Wstęp.** Demencja to kategoria chorób mózgu określana jako stopniowa i postępująca utrata funkcji poznawczych i możliwości intelektualnych. Wczesna diagnoza połączona z farmakoterapią może spowolnić jej progresję. Większość seniorów wymaga równoległe codziennego stosowania leków o różnych porach dnia. Wraz z występującą w grupie pacjentów 60+ demencją i możliwą depresją, stwarza to ryzyko niewystarczającego przestrzegania zaleceń lekarskich. **Cel.** Zbadanie częstości występowania zaburzeń poznawczych (demencji i depresji) wśród pacjentów powyżej 60. roku życia oraz analiza czynników mogących zwiększać ryzyko występowania tych zaburzeń. **Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 115 pacjentów powyżej 60. roku życia – hospitalizowanych na Oddziale Geriatrii USK-WAM lub leczonych w Poradni Lekarzy Rodzinnych Vitaplus w Łodzi. Pacjenci odpowiedzieli na testy MMSE (Mini-Mental State Examination), GDS o 30 pytaniach (Geriatric Depression Scale, Geriatryczna skala oceny depresji) i CDT (Clock-Drawing Test; Test rysowania zegara) oraz wypełnili kwestionariusz dotyczący danych socjo-ekonomicznych, historii chorób w rodzinie, chorób przewlekłych i przyjmowanych leków. **Wyniki.** Wyższy wynik testu GDS korelował z gorszym wynikiem MMSE ( $p < 0,05$ ). Wiek był istotnym czynnikiem, ponieważ wpływał zarówno na wynik testu MMSE (niższy) oraz CDT (wyższy) w grupie z wykształceniem podstawowym. Mężczyźni uzyskiwali wyższy wynik testu MMSE ( $p = 0,0399$ ) i niższy testu CDT ( $p = 0,0345$ ). Pacjenci w związku małżeńskim uzyskali wyższy wynik testu MMSE ( $p = 0,0454$ ) i niższy wynik testu CDT ( $p = 0,0230$ ). **Wnioski.** Najbardziej podatnymi na występowanie demencji były starsze kobiety, pacjenci z podstawowym wykształceniem oraz niebędący w związku małżeńskim. Lekarze leczący grupę pacjentów 60+ powinni zwracać szczególną uwagę na wszystkie symptomy demencji by zdiagnozować ją na jak najwcześniejszym etapie. Poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest szczególnie istotna ze względu na konieczność codziennego monitorowania stanu zdrowia pacjentów w starszym wieku.

**Wielolekowość wśród pacjentów geriatrycznych – czy geriatrzy redukują leki?**

Barbara Bień<sup>1,2</sup>, Agnieszka Kasiukiewicz<sup>1,2</sup>, Ewelina Łukaszyk<sup>2</sup>, Natalia Kilisińska<sup>1,2</sup>, Halina Doroszkiewicz<sup>1</sup>, Katarzyna Bień-Barkowska<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Klinika Geriatrii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, <sup>2</sup>Oddział Geriatrii SPZOZ MSWiA w Białymstoku, <sup>3</sup>Instytut Ekonometrii Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

**Wstęp.** Wielolekowość rozumiana jako przewlekłe zażywanie przynajmniej 5 lub większej liczby leków uważana jest za problem geriatryczny stanowiąc niezależny czynnik ryzyka upadków i innych negatywnych skutków zdrowotnych, hospitalizacji i zgonów. Wobec wielochorobowości redukcja liczby przyjmowanych leków przez osoby starsze jest ogromnym wyzwaniem. **Celem** badania było porównanie wielolekowości u pacjentów geriatrycznych przed i po hospitalizacji w oddziale geriatrii pod względem ilościowym i jakościowym. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 296 pacjentów (w wieku 82,3 lat,  $\pm$  6,7) kolejno wypisywanych z oddziału geriatrii w 2017 roku. Rejestrowano dane kliniczne, wyniki testów oraz leki zażywane przewlekłe przed hospitalizacją (T1) oraz przy wypisie ze szpitala (T2), które porównano między sobą. 71 rodzajów leków pogrupowano wg wskazań do ich stosowania: kardiologiczne, diabetologiczne, gastrologiczne, neurologiczne (leki naczyniowe, prokognitywne, p-parkinsonowskie, p-drgawkowe, benzodwuzepiny, etc.), psychiatryczne (neuroleptyki, p-depresyjne) i inne. **Wyniki i omówienie.** Średnia liczba leków w próbie w T1 wynosiła  $7,6 \pm 3,4$ , zaś w T2  $6,3 \pm 2,1$ . Wyjściowo 81% pacjentów przyjmowało przewlekłe 5+ leków, średnio  $8,6; \pm 2,9$ , a w T2 ta grupa zmniejszyła się o 1,3% ze średnią  $6,6; \pm 1,8$  leków (spadek o 2 pozycje). 70% pacjentów z wielolekowością wypisanych zostało z wielolekowością. W T1 bez wielolekowości przeważały osoby (67%), u których wzrosła liczba leków w T2, zapewne w wyniku ustalenia nowych diagnoz. W grupie T1 z wielolekowością dominowały osoby, którym zredukowano liczbę leków w czasie hospitalizacji. Przewaga redukcji nad wzrostem liczby leków dotyczyła głównie preparatów kardiologicznych (w tym statyn), gastrologicznych (w tym IPP) i neurologicznych (tzw. leki naczyniowe, jak winpocetyna, betahistydyna, etc.), mimo częstszego włączania leków prokognitywnych. Przewaga wzrostu liczby leków nad ich redukcją dotyczyła grupy osób ze schorzeniami natury psychicznej, głównie depresji. **Wnioski.** Mimo iż geriatra *per saldo* redukuje liczbę leków, to zasadnicze jego działanie polega na gruntownej zmianie struktury przyjmowanych leków zgodnie profilem złożonej chorobowości i nowych diagnoz geriatrycznych.

**Występowanie chorób przewlekłych i wielkich problemów geriatrycznych u pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych w Polsce – porównanie zakładów opieki długoterminowej i domów pomocy społecznej**

Violetta Kijowska, Katarzyna Szczerbińska; Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

**Wstęp.** Narastająca wraz z wiekiem wielochorobowość oraz postępująca niesprawność psychofizyczna stwarzają częstą w starości potrzebę korzystania z opieki instytucjonalnej, świadczonej przez zakłady opieki długoterminowej (ZOL/ZPO) oraz domy pomocy społecznej (DPS). Osoby z deficytami poznawczymi stanowią szczególną grupę tych pacjentów. **Cel.** Celem badania było określenie spektrum problemów pielęgnacyjnych i opiekuńczych u pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych w reprezentatywnej próbie placówek opiekuńczych w Polsce, z rozróżnieniem typu placówki. **Materiał i metody.** Zebrane dane w latach 2015-2016 dotyczą losowej próby 455 z 1035 osób z zaburzeniami funkcji poznawczych (wynik skali CPS  $\geq 2$ ) w reprezentatywnej próbie 23 placówek opiekuńczych z całego kraju. W badaniu użyto Kwestionariusza Oceny Stanu Zdrowia i Potrzeb Zdrowotnych Osób Przebywających w Zakładach Opieki Długoterminowej – InterRAI-LTCF. **Wyniki.** Pacjenci ZOL/ZPO byli starsi niż mieszkańcy DPS (Me: 81 vs. 79;  $p = 0,032$ ). Kobiety stanowiły 70,1% badanych. Mieszkańcy DPS częściej niż pacjenci ZOL/ZPO mieli zdiagnozowaną chorobę nowotworową (4,1% vs. 0,9%). Natomiast u pacjentów ZOL/ZPO statystycznie istotnie częściej występowały infekcje dróg oddechowych (24,4% vs. 12,9%) oraz objawy chorobowe tj. zaburzenia równowagi (62,1% vs. 44,4%), problemy z chodzeniem (57,7% vs. 34,9%), zaburzenia snu (39,9% vs. 30,7%), urojenia (28,9% vs. 20,4%), halucynacje (25,5% vs. 7,9%), zaburzenia połykania (19,8% vs. 10,0%), aspiracje (11,3% vs. 6,2%) oraz odwodnienie (6,1% vs. 1,2%). U tych pacjentów obserwowano także cięższe upośledzenie funkcji poznawczych (CPS = 5-6), większą niesamodzielność w zakresie ADL, częstsze występowanie problemów geriatrycznych (tj. silny ból 3,3% vs. 0,8%; całkowite nietrzymanie moczu 71,8% vs. 43,6% i stolca 61,0% vs. 37,9%; niedowaga 16,4% vs. 9,5%; odleżyny 16,2% vs. 4,2%) i dwukrotnie wyższe ryzyko odleżyn niż u mieszkańców DPS. **Wnioski.** Wykazano istotne różnice w stanie funkcjonalnym, występowaniu objawów chorobowych i geriatrycznych u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych w placówkach opiekuńczych w Polsce. Z uwagi na różnice organizacyjne i ekonomiczne występujące w tych placówkach, istnieje potrzeba dostosowania opieki długoterminowej do wymagań pacjentów.

**Zaburzenia seksualne u kobiet w wyniku procesu starzenia się**

Sebastian Artur Zdończyk; Akademia Pomorska w Słupsku, Wydział Nauk Społecznych, Pracownia Bioetyki

**Wstęp.** Seksualność jakkolwiek zdefiniowana, jest ważna przez całe życie kobiety. Natura problemów seksualnych jest często złożona i zmienia się w zależności od poszczególnych okresów życia. Etiologia zaburzeń seksualnych u kobiet jest wieloczynnikowa, podejrzewana a niekiedy nieznaną. Wśród czynników powodujących zaburzenia seksualne uwzględnia się czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczno-kulturowe i interpersonalne. Dane szacunkowe pokazują, że u około 40-50% kobiet występuje przynajmniej jedno z zaburzeń seksualnych, a ich występowanie przejawia tendencję wzrostową wraz z wiekiem. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości uznaje 60 rok życia. Zaburzenia seksualne kobiet zostały zdefiniowane w 4 kategoriach: zaburzenia pożądania, podniecenia, orgazmu i związane z bólem. Terapia obejmuje metody biologiczne, fizykalne i psychologiczne oraz metody uzupełniające stosowane samodzielnie lub w połączeniu z innymi. **Cel.** Analiza zaburzeń seksualnych u kobiet w wyniku procesu starzenia się w okresie wczesnej starości. **Materiał i metody.** Do anonimowych i dobrowolnych badań zostało włączonych 180 kobiet w wieku wczesnej starości, tj. od 60. do 75. roku życia. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz Indeks Funkcji Seksualnej Kobiety (ang. Female Sexual Function Index) w polskiej adaptacji K. Nowosielskiego i współpracowników. Skala FSFI ocenia funkcjonowanie seksualne kobiet w zakresie: pożądania, podniecenia, lubyrykacji, orgazmu, satysfakcji seksualnej i dolegliwości bólowych. **Wyniki.** Analiza występowania zaburzeń seksualnych pokazała, że postępujący wraz z wiekiem proces starzenia się jest istotnym modyfikatorem seksualności kobiet. Wśród przyczyn występowania zaburzeń seksualnych u kobiet znalazły się: ogólny stan zdrowia, cukrzyca, choroby nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego i moczowo-płciowego, depresja oraz czynniki psychospołeczne. U 68% respondentek stwierdzono obecność znamiennej klinicznych zaburzeń seksualnych. Najwyższy poziom zaburzeń seksualnych dotyczył obszaru pożądania, a najniższy orgazmu. **Wnioski.** Starzenie się i związane z nim procesy są czynnikiem nasilającym występowanie zaburzeń seksualnych u kobiet.

### Zaburzenia węchu a funkcje poznawcze u pacjentów geriatrycznych

Natalia Kilisińska<sup>1,2</sup>, Ewelina Łukaszyk<sup>1,2</sup>, Halina Doroszkiewicz<sup>2</sup>, Julita Sitkiewicz<sup>2</sup>, Barbara Bień<sup>1,2</sup>; <sup>1</sup>Oddział Geriatrii, SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, <sup>2</sup>Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wstęp.** Upośledzenie sprawności zmysłu węchu i smaku jest częstym problemem populacji osób w wieku podeszłym. Czynniki mające wpływ na pogorszenie wrażliwości węchu to m.in. związane z wiekiem zmiany zachodzące w liczbie receptorów węchowych oraz procesy neurodegeneracyjne. Licznymi badaniami udowodniono związek pomiędzy hipoosmią a występowaniem łagodnych zaburzeń poznawczych, choroby Alzheimera i choroby Parkinsona. **Cel pracy.** Rozpowszechnienie hipoosmii i jej związku z zaburzeniami funkcji poznawczych pacjentów geriatrycznych. **Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 61 osób hospitalizowanych w Klinice Geriatrii, a grupę kontrolną 61 osób młodych, tj. u szczytu percepcji węchu. Badanie węchu oceniano Sniffin' Sticks Testem (SST) 12 zapachów. Funkcje poznawcze oceniono za pomocą MMSE i dychotomizowano wg mediany (27 pkt): sprawne poznawczo vs. zaburzenie funkcji poznawczych (ZFP) o rosnącym nasileniu. Stosowano analizę korelacji Pearsona oraz Spearmana do oceny związku między skalą Sniffin' Testu a porównywanymi zmiennymi. Zmienne o rozkładzie normalnym oceniano testem t-Studenta, zmienne o rozkładzie innym niż normalny - testem Mann-Whitney'a. Do porównania zmiennych skategoryzowanych stosowano test Chi2. **Wyniki.** Średnia punktacja SST w grupie badanej wynosiła  $5,37 \pm 2,6$  vs.  $11,0 \pm 0,9$  w grupie kontrolnej ( $p < 0,0001$ ), przy czym grupy nie różniły się paleniem tytoniu ani poczuciem osłabienia węchu. Średnia punktacja SST u pacjentów sprawnych poznawczo wynosiła  $4,35 \pm 2,5$ , zaś u osób z ZFP odpowiednio  $6,4 \pm 2,3$  pkt ( $p < 0,0015$ ). Największą trudność sprawiała detekcja zapachu anyżu i skóry (67% i 64% błędnych odpowiedzi). Ponadto zaobserwowano dodatnią korelację między stopniem zaburzenia węchu a sprawnością w I-ADL ( $p < 0,05$ ) oraz stanem odżywienia ( $p < 0,05$ ). **Wnioski.** Osłabienie węchu pogarsza się z wiekiem pacjentów, jednak w sposób istotny dopiero po 60. roku życia. Deficyt powonienia jest bardzo silnie skorelowany z deficytem funkcji poznawczych. Przesiewowa ocena węchu może stanowić proste narzędzie przesiewowe do oceny ryzyka zaburzeń poznawczych u starszych wiekiem pacjentów.

### Ocena funkcji poznawczych u pacjentów geriatrycznych w okresie okołoperacyjnym

Janina Kokoszka-Paszkot<sup>1</sup> Anna Kantor-Filip<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Oddział Geriatrii Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza, Gorlice IOZ PWSZ Tarnów, <sup>2</sup>Oddział Chirurgii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im Św. Łukasza Tarnów

**Wstęp.** Wydłużanie się czasu trwania życia oraz wzrastający odsetek ludzi starszych w Polsce wpływa na coraz większy udział osób po 65. roku życia w strukturach oddziałów szpitalnych. Hospitalizacja pacjentów geriatrycznych, a także przeprowadzanie zabiegów operacyjnych w tej grupie nie jest obecnie rzadkością. Wiek chorego, pomimo że nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego, stanowi istotny czynnik ryzyka powikłań pooperacyjnych oraz 2-4 krotnie zwiększa śmiertelność okołoperacyjną w przypadku zabiegów wykonywanych w trybie nagłym. Ocena stanu funkcji poznawczych jest bardzo istotna zarówno w trakcie przygotowania do zabiegu operacyjnego, ale także w procesie rehabilitacji i powrotu do funkcjonowania po zabiegu. Występowanie zaburzeń funkcji poznawczych destrukcyjnie wpływa na proces terapeutyczny u pacjentów w wieku starszym. **Cel pracy.** Celem pracy była ocena funkcji poznawczych u pacjentów geriatrycznych w okresie przed- i pooperacyjnym. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 86 pacjentów w wieku 60 i więcej, leczonych operacyjnie na Oddziale Chirurgii Ogólnej w tarnowskim szpitalu. Badania przeprowadzono od grudnia 2016 do lipca 2017. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem narzędzi – Test Rysowania Zegara oraz kwestionariusz wywiadu konstrukcji własnej. **Wyniki i wnioski.** Średnia wieku badanych wynosiła 73 lata, zaś najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 66-75 lat. Na podstawie analizy statystycznej wykazano korelacje pomiędzy wiekiem, wykształceniem badanych, długością, ciężkością i czasem trwania zabiegu, ilością przebytych zabiegów oraz chorobami współistniejącymi a upośledzeniem funkcji poznawczych u pacjentów geriatrycznych. Zaburzenia funkcji poznawczych wzrastają wraz z wiekiem pacjentów. Wśród pacjentów z wykształceniem podstawowym i zawodowym (69%) występowały najniższe wartości testu zegara zarówno przed jak i po zabiegu. Wykształcenie wyższe okazało się ochronne dla funkcji poznawczych. Każdy kolejny zabieg obniża funkcje poznawcze. Test Rysowania Zegara (CDT) może być szybkim, prostym testem przesiewowym służącym do oceny funkcji poznawczych u pacjentów geriatrycznych w okresie okołoperacyjnym.

### Jakość życia pacjentów geriatrycznych chorych na cukrzycę będących pod opieką pielęgniarki rodzinnej

Renata Nestoruk<sup>1</sup>, Janina Kokoszka-Paszkot<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Grupowa Praktyka Pielęgniarek Rodziny Re-Med. s.c. Renata Nestoruk, Maria Golec, Radomyśl Wielki, <sup>2</sup>Oddział Geriatrii Szpital Specjalistyczny im H. Klimontowicza Gorlice IOZ PWSZ Tarnów

**Wstęp.** Starzenie się człowieka to proces postępujący, w konsekwencji zmniejszania się sprawności psychofizycznej. W tym okresie wzrasta zapadalność na rozmaite choroby somatyczne i psychiczne. Cukrzyca jest jedną z chorób występujących u osób w wieku podeszłym. Dzięki ocenie jakości życia pacjenta można wyznaczyć kierunek oraz optymalny zakres postępowania terapeutycznego oraz socjalnego. **Cel.** Celem prezentowanej pracy była próba określenia subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia pacjentów geriatrycznych chorych na cukrzycę będących pod opieką pielęgniarki rodzinnej. **Materiał i metody.** Materiał badawczy stanowiła wybrana grupa 50 pacjentów chorujących na cukrzycę, którzy przekroczyli 65 lat życia oraz byli objęci opieką Grupowej Praktyki Pielęgniarek Rodziny Re-med. s.c. Renata Nestoruk, Maria Golec działającej na terenie Miasta i Gminy Radomyśl Wielki. Badania przeprowadzono używając najpierw testu przesiewowego MMSE jest to krótka skala oceny stanu psychicznego oraz testu rysowania zegara według ceny Shulmana. W zebraniu danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający 6 pytań własnych oraz standaryzowanego kwestionariusza ankiety WHOQOL-bref. Materiał badawczy zebrano również z wykorzystaniem skali NOSGER jest to Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych. **Wyniki.** Oceniając pacjentów geriatrycznych chorych na cukrzycę za pomocą testu przesiewowego MMSE 84% badanych uzyskało wynik nieprawidłowy, a za pomocą testu Zegara stwierdzono, że 40% pacjentów geriatrycznych z cukrzycą ma otępienie różnego stopnia. Na podstawie skali WHOQOL-bref stwierdzono, że najwyższą jakość życia pacjenci z cukrzycą mieli na skali Środowisko, najniższą jakość życia badani mieli w Dziedzinie fizycznej. Według oceny za pomocą skali NOSGER wykazano 58% osób wymagających celowanej opieki pielęgniarskiej. **Wnioski.** Pacjenci geriatryczni z cukrzycą posiadają niską jakość życia w dziedzinie fizycznej. Największe ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu związane były z instrumentalną aktywnością codziennego życia, nastrojami i emocjami oraz zachowaniami socjalnymi. Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu istotnie obniżały jakość życia pacjentów geriatrycznych. Pacjenci w gorszym stanie psychicznym posiadali jednocześnie niższą jakość życia.

### Hipowitaminoza D jako czynnik ryzyka otępienia i majaczenia

Ewelina Łukaszyk<sup>1</sup>, Katarzyna Bieć-Barkowska<sup>2</sup>, Natalia Kilińska<sup>1</sup>, Barbara Bieć<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, <sup>2</sup>Instytut Ekonometrii, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

**Wstęp.** Niedobór witaminy D jest powszechny w populacji osób starszych, zaś jej plejotropowe efekty mają implikacje nie tylko w rozwoju chorób związanych z układem kostno-szkieletowym, ale także sercowo-naczyniowym, nowotworami i chorobami ośrodkowego układu nerwowego. Obecność receptorów dla witaminy D wykazano w komórkach Purkiniego, a także neuronach kory mózgowej i hipokampie, a biologicznie aktywny metabolit witaminy D zwiększa ekspresję neurotrofin w hipokampie, którym przypisuje się efekty neuroprotektoryjne. Dotychczasowe wyniki badań prowadzą do sprzecznych wniosków dotyczących wpływu witaminy D na funkcje poznawcze i ryzyko majaczenia, stąd podejmowanie kolejnych prób wyjaśnienia związku hipowitaminozy D z funkcją ośrodkowego układu nerwowego jest uzasadnione. **Cel.** Celem badania była ocena wpływu wyjściowego stężenia witaminy D na obecność otępienia i majaczenia przy uwzględnieniu wieku, płci, wykształcenia, sprawności, wielochorobowości, parametrów biochemicznych i klinicznych. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 289 kolejnych pacjentów Kliniki Geriatrii UMB hospitalizowanych w 2017 roku. Wyjściowy poziom witaminy D zdychotomizowano i porównano za pomocą analiz jednowymiarowych z parametrami demograficznymi, klinicznymi, biochemicznymi, chorobowością i wynikami testów sprawności. Do modeli wielowymiarowej regresji logistycznej objaśniających otępienie oraz majaczenie włączono te zmienne, które w analizach jednowymiarowych wykazywały istotność statyczną  $p < 0,2$ . Wyniki. Średnie stężenie witaminy D wynosiło 22,04 ng/mL w całej próbie, zaś u osób z otępieniem oraz z majaczeniem po około 20,1 ng/mL. Niższy poziom witaminy D korelował z wielolekowością, wielochorobowością, otępieniem, majaczeniem, niedożywieniem i gorszą sprawnością fizyczną. Wyniki analizy wielowymiarowej wskazują, że po uwzględnieniu kontrolnych zmiennych objaśniających, niedobór witaminy D3 miał niezależny istotny statystycznie związek z otępieniem oraz majaczeniem. **Wnioski.** Hipowitaminoza D u pacjentów geriatrycznych ma istotny związek zarówno z obecnością otępienia oraz ryzykiem majaczenia.

### Częstość występowania objawów wybranych zaburzeń psychicznych wśród pacjentów po 65. roku życia w badaniu przesiewowym w populacji wiejskiej

Hanna Kujawska-Danecka<sup>1</sup>, Katarzyna Nowicka-Sauer<sup>2</sup>, Adam Hajduk<sup>1</sup>, Karol Wierzbę<sup>1</sup>, Wojciech Krzemiński<sup>3</sup>, Zbigniew Zdrojewski<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, <sup>2</sup>Katedra Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, <sup>3</sup>Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

**Wstęp.** Zaburzenia psychiczne, w tym głównie depresja, stanowią częsty problem wśród osób w wieku podeszłym. **Cel.** Ocena częstości występowania objawów zaburzeń psychicznych ze szczególnym uwzględnieniem objawów zaburzeń depresyjnych wśród osób w wieku 65 lat i powyżej. **Materiał i metody.** W badaniu wzięły udział 93 osoby (59 kobiet; mediana wieku 70 lat). Rozpowszechnienie objawów zaburzeń psychicznych oceniono za pomocą Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta (PRIME-MD), a nasilenie objawów depresyjnych używając testu PHQ-9. **Wyniki.** Objawy zaburzeń psychicznych stwierdzono u 59 osób (63,4%). Objawy zaburzeń depresyjnych stwierdzono u 36 osób (42,3%), zaburzeń lękowych u 13 (14%), nadużywanie alkoholu u 3 osób (3,2%). Zaburzenia snu zgłaszało 62% badanych (58 osób). W grupie osób z objawami zaburzeń depresyjnych znamienne częściej występowały skargi somatyczne. Wykazano dodatnią korelację liczby tych skarg oraz ich nasilenia z nasileniem objawów depresyjnych. Ponadto w grupie pacjentów z objawami zaburzeń depresyjnych znamienne częściej występowały zaburzenia snu i objawy zaburzeń lękowych. Spośród 59 osób prezentujących objawy zaburzeń psychicznych 18 badanych (30,5%) przyjmowało z tego powodu leki. Sześciu pacjentów (10,2%) deklarowało myśli samobójcze. 19,3% (18) pacjentów twierdząco odpowiedziało na przesiewowe pytania dotyczące zespołu stresu pourazowego. **Wnioski.** Wśród badanych osób w wieku podeszłym najczęściej stwierdzano objawy zaburzeń snu i zaburzeń depresyjnych. Nasilenie objawów depresyjnych korelowało z liczbą i nasileniem skarg somatycznych. Jedynie 1/3 chorych z objawami zaburzeń psychicznych z tego powodu otrzymywała leczenie farmakologiczne. Pacjenci w wieku podeszłym z zaburzeniami snu lub dolegliwościami somatycznymi powinni być diagnozowani w kierunku depresji.

### Rola diety w ograniczaniu działań niepożądanych wybranych leków przyjmowanych przez osoby starsze

Patryk Nowakowski, Anna Puścion-Jakubik, Joanna Bielecka, Krystyna J. Gromkowska-Kępką, Renata Markiewicz-Żukowska, Maria H. Borawska; Zakład Bromatologii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wstęp.** Niepożądane działania leków (NDL, *ang. adverse drug reactions – ADR*) są to niezamierzone i często szkodliwe reakcje występujące po zażyciu preparatu leczniczego i dotyczą około 10-40% wszystkich pacjentów. Najczęściej raportowane NDL występują u osób po 45. roku (w szczególności u kobiet). Działania niepożądane mogą być potęgowane przez współwystępowanie kilku przewlekłych chorób wymagających stosowania wielu preparatów jednocześnie. Niektóre działania można zminimalizować przez zastosowanie odpowiedniej diety. **Cel.** Przedstawienie roli składników diety w ograniczaniu działań niepożądanych wybranych leków. **Materiał i metody.** Praca powstała w oparciu o przegląd najnowszych publikacji naukowych. **Wyniki.** Dieta może pełnić zarówno funkcję prewencyjną, jak i minimalizującą występujące u pacjenta działania niepożądane. Rola prewencyjna może przejawiać się spożywaniem posiłków o właściwej zawartości tłuszczu w przypadku terapii m.in. trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi oraz teofiliną. Niezwykle istotną rolę pełni również prawidłowa zawartość witaminy K w diecie pacjentów stosujących preparaty przeciwkrzepliwie – osłabienie działania występuje już przy spożyciu 250 g produktów takich jak szpinak, brokuły czy brukselka. Minimalizowanie działań niepożądanych można zaobserwować m.in. w przypadku pacjentów leczonych NLPZ oraz diuretykami pętlowymi. Podczas przewlekłego przyjmowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) dochodzi do wzrostu przepuszczalności błon komórkowych i zmniejszenia produkcji śluzu, co skutkować może wystąpieniem u pacjenta nadżerek i krwawień w obrębie przewodu pokarmowego. Składnikiem diety, który może ograniczyć powyższe działania może być siemię lniane. Poprzez wysoką zawartość śluzów działa powlekającą na błony śluzowe m.in. żółądka. NLPZ powinny być stosowane po spożyciu posiłku, który pełni funkcję ochronną. Drugą grupą preparatów stosowaną przez osoby starsze są diuretyki pętlowe (furosemid, torasemid), które mogą zwiększać wydalanie potasu i w konsekwencji prowadzić do hipokaliemii. Deficyt potasu objawia się osłabieniem mięśniowym, poliurią, przemęczeniem oraz zaburzeniami rytmu serca. Niedobory te można zredukować poprzez zwiększenie spożycia produktów będących jego źródłem np. ziemniaków, pomidorów, botwiny, jarmużu, bananów, kaszy gryczanej. **Wnioski.** Prawidłowo dobrana dieta pozwala zarówno na zapobieganie jak i łagodzenie działań niepożądanych występujących u starszych osób.



## Kompleksowa walidacja narzędzi wykorzystywanych w screeningu oraz diagnostyce zespołu kruchości w różnych warunkach klinicznych i socjalnych – badanie frailtools

Agnieszka Parnicka<sup>1</sup>, Barbara Wizner<sup>1</sup>, Anna Kańtoch<sup>1</sup>, Barbara Gryglewska<sup>1</sup>, Tomasz Grodzicki<sup>1</sup>, Marta Checa<sup>2</sup>, Jose Carnicero<sup>2</sup>, Nicholas Seare<sup>3</sup>, Strikanth Bellary<sup>3</sup>, Bruno Vellas<sup>4</sup>, Matteo Cesari<sup>4</sup>, Roberto Bernabei<sup>5</sup>, Francesco Landi<sup>5</sup>, Leocadio Rodríguez Mañas<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CM UJ, Polska; <sup>2</sup>Servicio Madrilerio de Salud, Hospital Universitario de Gatafe, Hiszpania, <sup>3</sup>Aston University, Wielka Brytania, <sup>4</sup>Hopitaux de Toulouse, Francja, <sup>5</sup>Universita Cattolica del Sacro Cuore, Włochy

**Wstęp.** Zespół kruchości (ZK) rozpoznawany jest u ok. 27% osób z populacji generalnej powyżej 65. roku życia. W domach opieki częstość występowania zespołu słabości jest dwukrotnie większa. Nadal brakuje uniwersalnego algorytmu diagnostycznego i narzędzi przesiewowych do rozpoznawania ZK. **Cel.** Głównym celem badania FRAILTOOLS jest ocena przydatności różnych narzędzi do wykrywania ZK zarówno w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych. Cele drugorzędowe obejmują: (1) ustalenie, która z dostępnych skal, wiąże się z największą wartością predykcyjną w odniesieniu do występowania najczęstszych działań niepożądanych u osób z ZK; (2) opracowanie algorytmu diagnostycznego ZK w różnych warunkach klinicznych. **Materiał i metody.** Uczestnicy badania są rekrutowani w 5 krajach europejskich: Hiszpania, Włochy, Francja, Wielka Brytania, Polska. Zaplanowana wielkość próby wynosi 1940 osób. Każdy ośrodek jest zobowiązany do zrekrutowania 388 osób, po około 97 osób z każdego z czterech różnych obszarów opieki medycznej: (1) podstawowej opiece zdrowotnej, (2) geriatrycznej poradni specjalistycznej, (3) oddziale geriatrycznym, (4) jednostce opieki długoterminowej. Badanie ma charakter obserwacji prospektywnej. Wszystkie osoby zrekrutowane do projektu mają wykonane wyjściowo szereg skal stosowanych do rozpoznawania zespołu kruchości (kryteria Fried; wskaźnik FRAIL; wskaźnik frailty wg Rockwooda; Clinical Frailty Scale; SHARE-Frailty Instrument; Gerontopole Frailty Screening Tool). Badanie obejmuje 3 wizyty kontrolne (po upływie 6 miesięcy rozmowa telefoniczna, a po 12 i 18 miesiącach wizyta w ramach konsultacji ambulatoryjnej i/lub w domu opieki) z ponowną oceną ZK z wykorzystaniem skal. **Wyniki.** Badanie rozpoczęło się w 2016 roku. Rekrutacja uczestników projektu będzie prowadzona do 30.09.2017 roku. Wstępne wyniki badań są oczekiwane w październiku 2017. **Oczekiwane wnioski.** Projekt FRAILTOOLS ma przyczynić się do opracowania metod przesiewowych oraz narzędzi diagnostycznych do wykrywania zespołu kruchości w różnych warunkach klinicznych. Badanie FRAILTOOLS może przyczynić się także do opracowania działań prewencyjnych zespołu kruchości.

## Czy wielochorobowość jest zjawiskiem “domina”? – wyniki badania PolSenior

Karolina Piotrowicz<sup>1</sup>, Anna Skalska<sup>1</sup>, Agnieszka Pac<sup>2</sup>, Magorzata Mossakowska<sup>3</sup>, Jerzy Chudek<sup>4,5</sup>, Andrzej Więcek<sup>6</sup>, Tomasz Zdrojewski<sup>7</sup>, Tomasz Grodzicki<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, <sup>2</sup>Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, <sup>3</sup>Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej, Warszawa, <sup>4</sup>Katedra Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, <sup>5</sup>Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, <sup>6</sup>Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Śląski Uniwersytet Medyczny, <sup>7</sup>Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

**Wstęp.** Wielochorobowość jest istotnym problemem współczesnej medycyny geriatrycznej. Pacjenci z wielochorobowością wymagają szczególnej uwagi i doświadczenia ze strony klinicystów, częściej korzystają z zasobów opieki zdrowotnej, a także doświadczają znacznie gorszych wyników krótko- i długoterminowych. **Celem** analizy było określenie częstości występowania wielochorobowości oraz profilu i chorób występujących najczęściej. **Materiał i metody.** Dane dotyczące 17 przewlekłych chorób oraz grup chorób i problemów medycznych uzyskano na podstawie kwestionariusza oraz analizy wyników badań laboratoryjnych przeprowadzonych u uczestników projektu PolSenior – ogólnokrajowego, przekrojowego badania dotyczącego medycznych, psychologicznych, socjologicznych i ekonomicznych aspektów starzenia się polskiej populacji. Wielochorobowość zdefiniowano jako współwystępowanie 2 lub więcej chorób przewlekłych. Dane zważono ze względu na wiek i płeć. **Wyniki.** Wielochorobowość częściej występowała w zaawansowanym wieku, u 88,4% osób w wieku 65-79 lat i u blisko 94% uczestników w wieku 80 lat i więcej. Najczęściej występującymi u ankietowanych chorobami przewlekłymi były nadciśnienie tętnicze, choroby metaboliczne i otyłość, choć z wiekiem ulegało to zmianie, wśród osób po 80. roku życia najczęstszymi schorzeniami i problemami medycznymi były: nadciśnienie tętnicze, choroby oczu i upośledzenie funkcji poznawczych. Największe ryzyko wielochorobowości stwierdzono u osób w wieku 65-79 lat po przebytych udarach mózgu oraz wśród ankietowanych z najstarszej grupie wiekowej po przebytych w przeszłości udarach mózgu lub z niewydolnością serca. Najczęstszą pojedynczo występującą chorobą było nadciśnienie tętnicze, stwierdzone jako izolowane odpowiednio u 4,1% i u 2% osób w wieku 65-79 i 80 i więcej lat. **Wnioski.** W starości choroby przewlekłe zwykle współistnieją tworząc wzorzec wielochorobowości, która wpływać może na sposób diagnozowania i leczenia starszych pacjentów.

## Objawy kliniczne a wartość wskaźnika kostka-ramię w starszej populacji – wyniki badania PolSenior

Anna Skalska<sup>1</sup>, Jerzy Gąsowski<sup>1</sup>, Karolina Piotrowicz<sup>1</sup>, Jarosław Królczyk<sup>1</sup>, Małgorzata Mossakowska<sup>2</sup>, Monika Puzianowska-Kuźnicka<sup>3</sup>, Aleksandra Szybalska<sup>2</sup>, Jerzy Chudek<sup>4</sup>, Tomasz Grodzicki<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, <sup>2</sup>Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej, Warszawa, <sup>3</sup>Zespół Kliniczno-Badawczy Epigenetyki Człowieka, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN, Zakład Geriatrii i Gerontologii Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, <sup>4</sup>Katedra Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny

**Wstęp.** Choroba tętnic obwodowych (PAD) jest trzecią po chorobie niedokrwiennej serca (CAD) i udarze mózgu postacią miażdżycy. **Celem badania** była ocena częstości występowania nieprawidłowej wartości wskaźnika kostka-ramię (ABI) wśród osób starszych oraz ocena zależności między objawami klinicznymi a wartością ABI. **Materiał i metody.** Populację badaną stanowili uczestnicy badania PolSenior. Dane socjo-demograficzne, dotyczące palenia oraz chorób przewlekłych uzyskano na podstawie kwestionariusza. Pomiar ABI wykonywano przy użyciu dopplera naczyniowego Bidop ES-100VX. ABI < 0,9 traktowano jako obecność PAD, ABI > 1,4 odpowiadał sztywności naczyń. Krew pobierano celem oznaczeń biochemicznych. **Wyniki.** Średni wiek 860 uczestników (53,5% mężczyzn) wynosił 74,7 ± 10,6 lat. ABI < 0,9 stwierdzono u 21,7%, ABI > 1,4 u 11,9% badanych. ABI < 0,9 był związany z zaawansowanym wiekiem (p < 0,0001), paleniem tytoniu (p = 0,004), wyższym ciśnieniem tętniczym (p < 0,0001), Nieprawidłowy ABI częściej stwierdzano u mężczyzn (p = 0,002), osoby z ABI > 1,4 miały niższe ciśnienie skurczowe i rozkurczowe (p = 0,0002). U uczestników z ABI < 0,9 częściej występowały: zawał serca (MI) (p = 0,0035), CAD+ MI (p = 0,019), przewlekła choroba nerek (p = 0,008). Udar

mózgu częściej podawały osoby z niskim i wysokim ABI ( $p = 0,045$ ), a cukrzycę uczestnicy z ABI  $> 1,4$  ( $p = 0,02$ ). U osób z ABI  $< 0,9$  stwierdzono wyższe stężenia kreatyniny i IL-6 oraz najniższe stężenia albumin i HDL cholesterolu, osoby te częściej zgłaszały trudności z przejściem 200 m i dwukrotnie częściej nie były zdolne do pokonania tego dystansu. Chociaż u ponad 60% osób z ABI  $< 0,9$  obecne było tętno na tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej, jednak stwierdzono liniowy trend między średnią wartością ABI i liczbą nieprawidłowości (brak tętna lub szmer) w badaniu fizykalnym tętnic i rosnąca ich liczba dodatnio korelowała z rosnącym odsetkiem osób z ABI  $< 0,9$ , od 0 u osób bez odchyleń do 62% u osób z 6 i więcej nieprawidłowościami w badaniu tętnic. **Wnioski.** Dokładne badanie fizykalne tętnic wraz z oceną występujących schorzeń, ryzyka sercowo-naczyniowego i mobilności może selekcjonować osoby z podejrzeniem miażdżycy tętnic obwodowych.

### Funkcjonowanie pacjentów w wieku 65+ po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego

Lucyna Ścisło<sup>1</sup>, Elżbieta Walewska<sup>1</sup>, Grażyna Puto<sup>1</sup>, Iwona Repka<sup>1</sup>, Szymon Pietruszka<sup>2</sup>, Antoni, M. Szczepanik<sup>2</sup>; <sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, <sup>2</sup>I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

**Wstęp.** Aktywność człowieka wraz z upływem lat ulega stopniowemu ograniczaniu. W Polsce około 8 mln osób leczy się z powodu zwyrodnienia stawów. Leczenie operacyjne jest skuteczną metodą poprawiającą jakość życia pacjenta ze zwyrodnieniem stawu biodrowego. **Cel.** Ocena funkcjonowania pacjentów w wieku 65+ po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów powyżej 65. r.ż., w oddziale chirurgii ortopedyczno-urazowej. Wszystkie osoby miały wykonany po raz pierwszy zabieg alloplastyki stawu biodrowego z powodu choroby zwyrodnieniowej. Wśród nich było 61 kobiet i 39 mężczyzn. Kryterium wyłączenia z badania była ustna odmowa współpracy. W pracy wykorzystano skrócony test sprawności umysłowej – AMTS, skalę KATZA, klasyfikację BMI, oraz skalę wzrokowo-analogową. Badania przeprowadzono w dniu przyjęcia pacjenta, oraz w 8 dniu po zabiegu. **Wyniki.** Przed zabiegiem operacyjnym tylko 15% pacjentów było wg skali Katz sprawnych, a 98% wykazało stan prawidłowy wg testu AMTS. Średni stopień natężenia bólu wg VAS wynosił 6,15, a odchylenie standardowe 1,438, połowa ankietowanych odczuwała nie mniejszy ból niż na poziomie 6. Po zabiegu operacyjnym w 8 dniu 58% badanych skalą Katza znalazło się w grupie sprawnych, wszyscy wykazali stan prawidłowy wg testu AMTS. Średni stopień natężenia bólu wg VAS wynosił 2,85, a odchylenie standardowe 0,968, połowa ankietowanych odczuwała nie mniejszy ból niż na poziomie 3. Stopień natężenia bólu po zabiegu operacyjnym był u pacjentów zdecydowanie mniejszy. Pacjenci znacznie niesprawni przed zabiegiem zgodnie ze skalą Katza istotnie najczęściej byli umiarkowanie niesprawni po zabiegu. Jednocześnie pacjenci umiarkowanie niesprawni przed zabiegiem w zdecydowanej większości byli w pełni sprawni po zabiegu operacyjnym. Masa ciała pacjentów nie miała związku z wynikiem skali Katza przed i po zabiegu operacyjnym. **Wnioski.** Zabieg alloplastyki stawu biodrowego poprawia jakość funkcjonowania pacjenta. Zdecydowanie większa połowa respondentów była zadowolona ze stanu swojego zdrowia, samodzielności w dniu wypisu do domu.

### Przydatność kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 w ocenie zapotrzebowania na wsparcie i stanu funkcjonalnego osób starszych

Dorota Talarska<sup>1</sup>, Renata Pacholska<sup>2</sup>, Magdalena Strugała<sup>1</sup>, Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>3</sup>; <sup>1</sup>Katedra Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, <sup>2</sup>Poradnia Chirurgii Onkologicznej, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu, <sup>3</sup>Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wstęp.** Duże zróżnicowanie sprawności u osób starszych, powoduje poszukiwanie dogodnego narzędzia dla określenia niezbędnego wsparcia. **Celem** pracy było sprawdzenie zakresu samodzielnego funkcjonowania i niezbędnego wsparcia u osób w wieku podeszłym za pomocą podstawowych narzędzi KOG oraz narzędzia EASY-Care Standard 2010. **Materiał i metody.** Do analizy statystycznej zakwalifikowano 101 ankiet pacjentów z poradni chirurgii onkologicznej, ukierunkowanej na diagnostykę zmian skórnych. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: The Barthel Index, The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, The Geriatric Depression Scale (GDS), Timed Up and Go test (TUG), kwestionariusz EASY-Care Standard 2010. Kwestionariusz ocenia samodzielną osobę starszą w zakresie 7 obszarów: 1. Widzenie, słyszenie, komunikowanie się, 2. Dbanie o siebie, 3. Poruszanie się, 4. Bezpieczeństwo osobiste, 5. Warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa, 6. Dbałość o zdrowie, 7. Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie oraz 3 skal ryzyka: utraty niezależności (Independence score), 24-godz. opieki, upadków (Risk of Falls). **Wyniki.** W badanej grupie przeważały kobiety (79,2%). Średni wiek dla całej grupy wynosił  $74,7 \pm 7,5$  lat. W zakresie ADL 75,2% seniorów było w większości samodzielnych. W skali Lawton IADL mediana wyniosła 25 pkt. Depresja umiarkowana (skala GDS) występowała u 37,6% seniorów. Prawie połowa (44,6%) grupy poruszała się wolno, ale pewnie. Spośród 7 analizowanych obszarów kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 największe zapotrzebowanie na opiekę, seniorzy wykazali w zakresie: Dbałość o zdrowie (99,0%), Zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie (100%) oraz widzenie, słyszenie, komunikowanie się (47,52%). Wykazano wpływ wieku, wykształcenia, sposobu poruszania się oraz sprawności w zakresie ADL, IADL, GDS na wyniki 3 skal kwestionariusza EASY-Care Standard 2010: Ryzyko utraty niezależności, Ryzyko 24-godz. opieki, Ryzyko upadków. **Wnioski.** Badana grupa osób starszych cechowała się dobrym poziomem sprawności w ramach podstawowych i złożonych czynności życia codziennego. Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 umożliwia planowanie opieki uwzględniającej zaburzenia funkcjonalne seniorów.

### Aktywność fizyczna jako jeden z determinantów pomyślnego starzenia w opinii mieszkańców województwa podkarpackiego

Agnieszka Kijowska<sup>1</sup>, Hanna Kachaniuk<sup>2</sup>, Natalia Frodyma-Stefanik<sup>1</sup>; <sup>1</sup>Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Pigionia w Krośnie, Instytut Zdrowia i Gospodarki, Zakład Pielęgniarstwa, Krosno, <sup>2</sup>Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Wstęp.** W starzejącym się społeczeństwie XXI wieku coraz większą uwagę zwraca się na kompleksowość wielokierunkowej opieki nad seniorem, która staje się istotnym elementem gerontologii społecznej. Opieka ta koncentrując się na przygotowaniu człowieka do pomyślnego procesu starzenia, na który stawia się coraz większy nacisk, obejmuje działania medyczne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, profilaktyczne oraz związane z promocją zdrowia. Wynikiem tych działań jest podejmowana przez seniorów aktywność fizyczna, która zapewnia utrzymanie sprawności fizycznej oraz prawidłowe funkcjonowanie organizmu u osób starszych. **Cel.** Poznanie opinii seniorów

rów, mieszkańców województwa podkarpackiego, w zakresie znaczenia aktywności fizycznej, jako czynnika determinującego proces pomyślnego starzenia. **Materiał i metody.** Badanie przeprowadzone w miesiącach styczeń – luty 2017 r. obejmujące grupę 150 mieszkańców województwa podkarpackiego wybranych losowo. Sondaż diagnostyczny z autorskim kwestionariuszem ankiety składającym się z części ogólnej i właściwej zawierających wspólnie 33 pytania zamknięte jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. **Wyniki.** Popularność aktywności fizycznej wśród seniorów województwa podkarpackiego, jako elementu przygotowania się do starości badani (45, 33%) oceniają na poziomie dostatecznym. Jednakże w większości (72,0%) wskazują na duże znaczenie różnych form aktywności dla utrzymania i poprawy zdrowia oraz sprawności funkcjonalnej. Aktywność fizyczna według badanych, jako czynnik pozytywnie wpływający na pomyślność starzenia znajduje się na trzecim miejscu (28,67%) wśród wskazywanych przez ankietowanych czynników oddziałujących na przebieg procesu starzenia. Badani seniorzy podkreślają, że aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na prewencję zachorowania na nadciśnienie tętnicze (40, 67%), zapobieganie zachorowania na cukrzycę typu II (37,33%) czy też pozostawanie narządu ruchu w dobrym stanie mimo upływu lat (34,67%). **Wnioski.** W opinii badanych seniorów aktywność fizyczna niepodważalnie jest determinantem pomyślnego procesu starzenia się, dzięki czemu można ją definiować, jako element gerontologii społecznej w zakresie wymaganej promocji zdrowia wśród seniorów.

### **Nauczanie geriatryi poprzez praktykę – doświadczenia własne**

Julia Suwalska, Jakub Maciejewski, Aleksandra Kaluźniak, Arkadiusz Styszyński, Ewa Deskur-Śmielecka E, Marta Lewandowicz, Roma Krzymińska-Siemaszk, Agnieszka Neumann-Podczaska, Katarzyna Wiczorowska-Tobis;  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Uczenie w oparciu o praktykę jest innowacyjną metodą, w której studenci nabywają nowe umiejętności i doświadczenie w pracy z pacjentem. Metoda ta wymaga małych grup studenckich, co jest jednym z ograniczeń dla jej szerszego zastosowania w praktyce. Pracownia Geriatrii Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu we współpracy ze Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu zorganizowały badania przesiewowe osób starszych w ramach Białych Sobót pod hasłem *Uniwersytet Medyczny: Studenci-Seniorom*. Badania były prowadzone przez studentów kół naukowych (2-3 osobowe grupy dedykowane wyznaczonym zadaniom) działających przy Pracowni (Studenckie Koło Naukowe [SKN] Geriatrii i Medycyny Paliatywnej oraz SKN Dietetyki Gerontologicznej) we współpracy z innymi Kołami Naukowymi pod okiem nauczycieli akademickich. Osobom starszym zaproponowano: ocenę funkcji poznawczych, ocenę ryzyka upadków, ocenę stanu odżywiania uzupełnioną oceną składu ciała oraz ocenę poprawności stosowanej farmakoterapii. Bardzo pozytywna ocena inicjatywy przez studentów spowodowała, że zaproponowali oni stworzenie Studenckiego Punktu Konsultacyjnego, w którym studenci medycyny i farmacji wspólnie dokonują rewizji leków osobom starszym zgłaszającym się z problemami lekowymi; porady są udzielane przez studentów pod okiem lekarza geriatry. Równolegle studenci dietetyki udzielają porad dietetycznych. Taki model nauczania jest nie tylko odpowiedzią na zapotrzebowanie nauczania poprzez praktykę, ale także na potrzebę interdyscyplinarnego współdziałania w ramach zespołów geriatrycznych. Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniom zgłaszanym przez studentów planowane jest połączenie obydwu inicjatyw.