

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Ilona Kuźmicz

**Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami
funkcji poznawczych objętych stacjonarną opieką
długoterminową w Polsce**

Praca doktorska

Promotor: prof. dr hab. med. Tomasz Brzostek

Pracę wykonano w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego

Kierownik jednostki: prof. dr hab. med. Tomasz Brzostek

Kraków, 2012

*Serdeczne podziękowania składam
Panu prof. dr hab. med. Tomaszowi Brzostek
za inspirację, twórczą pomoc i wsparcie w trakcie pisania pracy.*

*Dziękuję statystykom:
Pani mgr Ewie Wójtowicz
oraz Panu dr Maciejowi Górkiwicz
za cenne wskazówki oraz pomoc
w statystycznym opracowaniu wyników badań.*

*Dziękuję mojemu mężowi oraz synkom za
wrozumiałość, cierpliwość oraz wsparcie podczas pisania pracy.*

Dziękuję wszystkim osobom, które przyczyniły się do powstania tej pracy.

SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| Wstęp..... | 5 |
| ROZDZIAŁ 1. PROFIL ODBIORCY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE | 7 |
| ROZDZIAŁ 2. FUNKCJONOWANIE STACJONARNEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE (NA PRZYKŁADZIE ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO I DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ) | 14 |
| 2.1 Zmiany w organizacji opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej w Polsce od 1990 roku..... | 14 |
| 2.2 Rozwój zakładów opieki długoterminowej..... | 16 |
| 2.2.1 Zakład opiekuńczo – leczniczy: definicja, ogólne zasady funkcjonowania..... | 18 |
| 2.2.2 Dom pomocy społecznej: definicja, ogólne zasady funkcjonowania..... | 19 |
| ROZDZIAŁ 3. METODOLOGICZNE PODSTAWY PRACY | 21 |
| 3.1 Cel badań..... | 21 |
| 3.2 Problemy i hipotezy badawcze..... | 21 |
| 3.3 Plan i realizacja badań własnych..... | 24 |
| 3.3.1 Plan badań własnych..... | 24 |
| 3.3.2 Realizacja badań własnych..... | 26 |
| 3.4 Metody i narzędzia badawcze..... | 27 |
| 3.4.1 Uwagi wstępne – uzasadnienie doboru metod i narzędzi badawczych..... | 27 |
| 3.4.2 Skala Oceny Poznawczej - Cognitive Assessment Scale (CAS)..... | 28 |
| 3.4.3 Skala Barthel..... | 29 |
| 3.4.4 Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej - Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)..... | 30 |
| 3.4.5 Skala Obserwacyjna Przygnębienia i Lęku (SOPL)..... | 30 |
| 3.5 Statystyczne opracowanie danych..... | 32 |
| ROZDZIAŁ 4. WYNIKI..... | 33 |
| 4.1 Charakterystyka badanej grupy..... | 33 |
| 4.2 Zakres sprawności psychofizycznej badanych w trzech kolejnych pomiarach..... | 38 |
| 4.2.1 Sprawność funkcji poznawczych według Skali Oceny Poznawczej - Cognitive Assessment Scale (CAS)..... | 38 |
| 4.2.2 Sprawność ruchowa według skali Barthel..... | 40 |
| 4.2.3 Stan funkcjonalny według Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej - Edmonton Functional Assesment Tool (EFAT)..... | 46 |

| | |
|---|-----|
| 4.2.4 Stan psychiczny (w zakresie objawów napięcia, lęku oraz depresji) według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku (SOPL). | 47 |
| 4.3 Dynamika zmian poziomu sprawności psychofizycznej w okresie sześciomiesięcznej obserwacji..... | 53 |
| 4.3.1 Dynamika zmian funkcji poznawczych. | 53 |
| 4.3.2 Dynamika zmian sprawności ruchowej..... | 56 |
| 4.3.3 Dynamika zmian stanu funkcjonalnego. | 59 |
| 4.3.4 Dynamika zmian stanu psychicznego w zakresie nasilenia objawów napięcia, lęku oraz depresji. | 62 |
| 4.5 Związki sprawności psychofizycznej badanych z wiekiem, płcią, okresem pobytu w danym zakładzie oraz grupami rozpoznań. | 68 |
| 4.5.1 Związki funkcji poznawczych badanych (według Skali Oceny Poznawczej - CAS) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznań. | 68 |
| 4.5.2 Związki sprawności ruchowej (według Skali Barthel) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznań. | 71 |
| 4.5.3 Związki stanu funkcjonalnego badanych (według Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej - EFAT) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznań. | 75 |
| 4.5.4 Związki stanu psychicznego (według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku – SOPL) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznań. | 76 |
| DYSKUSJA | 79 |
| WNIOSKI..... | 90 |
| STRESZCZENIE | 91 |
| ABSTRACT | 94 |
| Spis tabel | 97 |
| Spis schematów | 100 |
| Spis wykresów..... | 101 |
| Bibliografia..... | 102 |
| Aneks. Narzędzia badawcze..... | 115 |

Wstęp

Zachodzące zmiany demograficzne w Polsce, których skutkiem jest starzenie się społeczeństwa, a w związku z tym także zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych doprowadziły do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze [1; 2]. Od ponad 10 lat obserwowany jest rozwój różnych form stacjonarnej opieki długoterminowej [1; 3; 4]. Z uwagi na duże zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej i nadal niewystarczające możliwości jej realizacji przez sektor ochrony zdrowia, udzielanie świadczeń opiekuńczo – zdrowotnych podejmuje także sektor pomocy społecznej [5]. Ważną rolę w opiece nad osobami niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi odgrywają działające w ramach systemu pomocy społecznej domy pomocy społecznej [1].

Obserwacje i analizy działalności zakładów opieki długoterminowej wykazały niewielkie różnice pomiędzy pacjentami przebywającymi w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno – opiekuńczym oraz domu pomocy społecznej dla przewlekle somatycznie chorych [6]. W zakładach tych przebywają chorzy o podobnym stanie zdrowia i wieku, a wielu mieszkańców domów pomocy społecznej dla przewlekle chorych kwalifikuje się do leczenia i opieki w zakładach opieki długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia [6].

Z jednej strony większość osób objętych opieką długoterminową wykazuje problemy funkcjonalne, w wyniku których osoby te są niepełnosprawne i zależne od otoczenia [7; 8; 9], a wykonanie prostych czynności stanowi dla nich często barierę niemożliwą do pokonania [10]. Z drugiej strony istnieje wiele czynników utrudniających utrzymanie lub odzyskanie sprawności funkcjonalnej, wśród których można wymienić brak motywacji, depresję, lęk, otępienie, niedożywienie, zmniejszenie siły mięśniowej, upośledzenie koordynacji i równowagi oraz choroby wielonarządowe [10; 11]. W konsekwencji, obserwuje się u części pacjentów objętych opieką długoterminową stopniowe ograniczanie aktywności fizycznej, eliminowanie wysiłków fizycznych, co wpływa na postępujące zmniejszenie sprawności nie tylko fizycznej [10; 11].

Badania naukowe przeprowadzone w krajach rozwiniętych zwracają uwagę na znaczący deficyt informacji dotyczących rzeczywistych potrzeb osób w podeszłym wieku, zwłaszcza ze współwystępującymi zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych opieką długoterminową [12].

Wieloletnie doświadczenia w pracy z osobami z zaburzeniami funkcji poznawczych i towarzyszenie w pokonywaniu przez nie codziennych trudności stanowiły inspirację do napisania niniejszej pracy. Podjęte przeze mnie badania zmierzają od uzupełnienia wiedzy

dotyczącej oceny sprawności psychofizycznej osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych opieką długoterminową w Polsce. Poznanie poziomu oraz dynamiki zmian sprawności psychofizycznej osób z zaburzeniami funkcji poznawczych jest istotne zarówno z punktu widzenia pacjentów jak i organizacji i funkcjonowania zakładów opieki długoterminowej.

ROZDZIAŁ 1. PROFIL ODBIORCY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

Starzenie się społeczeństwa to problemem o zasięgu światowym, ale najwyższa dynamika tego procesu dotyczy krajów rozwiniętych [13; 14; 15]. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje „społeczeństwa starzejące” jako te, w których odsetek ludności w wieku ponad 60 lat przekroczył 12% [16]. W Europie, proces starzenia się ludności jest dynamiczny, prognozowany jest 30-krotny wzrost liczby osób w wieku powyżej 60 roku życia w kolejnych latach. Prognozy wskazują, że do 2050 roku może on osiągnąć poziom 37% populacji Europy [16]. Najszybciej wzrasta populacja osób w wieku powyżej 80 roku życia [16].

W literaturze przedmiotu można znaleźć różne rozumienie pojęcia wieku podeszłego. Według niektórych autorów dolna granica wieku podeszłego to 60 lat, inni przyjęli granicę 65 lub 70 lat [17]. Według Światowej Organizacji Zdrowia 60 – 75 lat uznaje się za wiek podeszły, 76-90 lat za starczy, powyżej 90 – tego roku życia za długowieczność [18; 19]. W Polsce rośnie liczba osób w wieku emerytalnym. W 2010 roku odsetek tej grupy ludności w ogólnej populacji wyniósł około 16,9%, czyli o 1,9% więcej niż w roku 2000 [20]. Prognozy ludności Polski podają, że w roku 2020 liczba osób po 65 roku życia wzrośnie o ponad 1/3 [21; 22]. W 2009 roku przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło 71,5 lat, a dla kobiet – 80,1 lat. W porównaniu do początku lat 90-tych trwanie życia wydłużyło się o 5 lat dla mężczyzn oraz 4,6 dla kobiet [20]. Również wydłużyła się przeciętna liczba lat dalszego trwania życia, w tym także dla osób starszych [21; 23]. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2010 przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku 60 lat wyniosła 18,3 dla mężczyzn oraz 23,5 dla kobiet [24]. Była ona dłuższa niż w roku 2005, kiedy przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku 60 lat wyniosła 17,5 dla mężczyzn oraz 22,7 dla kobiet, a także niż w roku 1995, kiedy odpowiednie wartości wynosiły: 15,8 i 20,5 [23].

Zmiany demograficzne zachodzące w Polsce, a także zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych doprowadziły do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze [1; 2], różne formy opieki zdrowotnej oraz stałą pomoc rodzinną [25]. W 2005 roku w sektorze ochrony zdrowia opieką w zakładach opiekuńczo – leczniczych zostało objętych 27986 pacjentów, w tym 4759 osób nieopuszczających łóżka [26]. W stosunku do roku 2005 liczba pacjentów leczonych w zakładach opiekuńczo – leczniczych w roku 2009 wzrosła o 5057 i wyniosła 33043 [26; 27]. Wzrosła także liczba osób

nieopuszczających łóżek (w roku 2009 odnotowano 9332 takie osoby, czyli o 870 więcej niż w roku poprzednim) i jest ona różna w poszczególnych województwach. W 2009 roku najwięcej takich osób przebywało w zakładach opiekuńczo – leczniczych na terenie województwa mazowieckiego (1683), śląskiego (1264) oraz dolnośląskiego (1024)¹. Największą liczbę stanowili pacjenci w wieku powyżej 75 lat oraz w przedziale: 61-74 lat (odpowiednio: 12503, 4951)², [27].

Starość, samotność, lęk, brak poczucia bezpieczeństwa oraz możliwości zaspokojenia swoich potrzeb należą do najczęstszych przyczyn przebywania osób w domach pomocy społecznej [7]. W 2005 roku w sektorze pomocy społecznej opieką w zakładach dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych zostało objętych ogółem 40037 mieszkańców [26]. W 2009 roku liczba ta nie uległa istotnej zmianie, 18322 osób przebywało w domach dla osób w podeszłym wieku, równocześnie 20297 osób mieszkało w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych. Ponad połowa tych mieszkańców była w wieku powyżej 75 lat, a 1/5 stanowiły osoby nieopuszczające łóżka [28].

Reasumując, osoby korzystające ze świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej to głównie pacjenci w wieku podeszłym i w znacznej części ze względu na stan zdrowia nieopuszczający łóżka [26; 27; 28]. Osoby te, w zależności od miejsca pobytu, otrzymują inaczej refundowany i teoretycznie różny zakres świadczeń [6].

Obserwacje i analizy działalności zakładów opieki długoterminowej wykazały niewielkie różnice pomiędzy pacjentami przebywającymi w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno – opiekuńczym oraz w domu pomocy społecznej dla przewlekle somatycznie chorych. W zakładach tych przebywają chorzy o podobnym stanie zdrowia i wieku, a wielu mieszkańców domów pomocy społecznej dla przewlekle chorych kwalifikuje się do leczenia i opieki w zakładach opieki długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia [6].

Starzenie się to fizjologiczny, nieuchronny proces, który dotyczy każdego człowieka. Wiąże się z nim stałe zmniejszanie aktywności biologicznej organizmu, które prowadzi do pogorszenia zdolności do regeneracji i adaptacji do nowych warunków. Pojawia się również wiele trudności w zakresie funkcjonowania psychofizycznego [19; 29].

Współwystępowanie wielu chorób oraz wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe są zjawiskami często towarzyszącym starości [8; 9; 18; 25; 30; 31; 32; 33; 34; 35].

¹ Łącznie z zakładami opiekuńczo – leczniczymi, pielęgnacyjno – opiekuńczymi typu psychiatrycznego oraz hospicjami

² Jw.

Wzrasta zapadalność na nieuleczalne choroby wymagające stałej opieki (np. schorzenia układu krążenia, cukrzycę, choroby nowotworowe, schorzenia układu ruchu, otępienie, chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona), [22; 36; 37]. Współwystępowanie niektórych schorzeń (np. depresji, otępienia i choroby somatycznej) znacznie pogarsza funkcjonowanie osób w podeszłym wieku [8; 38].

Jakkolwiek, wydolność czynnościowa narządów zmniejsza się w przebiegu naturalnego starzenia [39], tym niemniej zmiany w zakresie aktywności i zachowania powinny być potencjalnie rozważane jako skutek choroby, nawet jeśli pacjent aktualnie nie zgłasza problemów związanych ze stanem zdrowia [40].

Wśród najważniejszych funkcji poznawczych umożliwiających człowiekowi prawidłową adaptację do zmieniających się warunków otoczenia należy zaliczyć: uwagę (czujność, ciągłość uwagi, selektywność, podzielność uwagi), pamięć (krótkotrwała i długotrwała: deklaratywna i proceduralna), uczenie się, umiejętność rozwiązywania problemów, funkcje przestrzenne oraz umiejętność posługiwania się mową [41].

Upośledzenie funkcji poznawczych jest jednym z głównych problemów zdrowotnych osób w podeszłym wieku [42; 43; 44; 45].

Bilikiewicz i Matkowska – Biało wyróżniają psychospołeczne, somatyczne oraz neurologiczne czynniki pogarszające aktywność poznawczą osób w podeszłym wieku. Czynniki psychospołeczne to: śmierć lub odejście współmałżonka, odejście dzieci z domu, pobyty w szpitalu lub w stacjonarnym domu opieki, ujemny bilans życiowy. Zaburzenie funkcjonowania poznawczego może stanowić maskę różnych procesów chorobowych i zaburzeń równowagi wewnątrzustrojowej. Do somatycznych przyczyn okresowego zaburzenia pamięci należy między innymi zaliczyć: zaburzenia wodno – elektrolitowe, zaburzenia metaboliczne (cukrzyca), infekcje bakteryjne i wirusowe, zaburzenia hormonalne (niedoczynność i nadczynność tarczycy), chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze. Natomiast do czynników neurologicznych należy zaliczyć między innymi: ogniskowe uszkodzenia mózgu (krwiaki, guzy), uogólnione lub ogniskowe zaburzenia krążenia mózgowego [46].

Osoby w podeszłym wieku, z podejrzeniem łagodnych zaburzeń poznawczych, najczęściej mają trudności z przypominaniem nazwisk, nazw przedmiotów, numerów telefonów. Zdarza się, że nie mogą przypomnieć sobie miejsca położenia przedmiotów, zapominają o umówionych spotkaniach lub o ostatnich wydarzeniach [47]. Coraz więcej dowodów wskazuje na związek pomiędzy poziomem funkcji poznawczych a sprawnością

ruchową osób w wieku podeszłym [48]. Badania naukowe wskazują, że nawet u osób z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych występują trudności w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego [49], a osoby z ciężkimi zaburzeniami poznawczymi potrzebują pomocy niemal w każdym aspekcie codziennego życia [50].

Zaburzenia funkcji poznawczych mogą być również związane z naturalnym procesem starzenia się [42]. Wraz z wiekiem rośnie liczba pacjentów, u których występują zaburzenia funkcji poznawczych [51]. Szacuje się, że łagodne zaburzenia poznawcze występują u 15–30% osób powyżej 60 roku życia [42]. Według danych statystycznych opublikowanych w *Journal of American Geriatric Society* [52], 20% osób w wieku powyżej 70 lat nie objętych opieką stacjonarną, wymaga pomocy w realizacji co najmniej jednej czynności życia codziennego jak np. w zakresie kąpieli, ubierania się, spożywania posiłków, korzystania z toalety oraz poruszania się. Z drugiej strony, osoby z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na otępienie [47]. W świetle najnowszych badań łagodne zaburzenia funkcji poznawczych mogą stanowić etap przejściowy od zdrowia do otępienia [53].

Osoby z otępieniem często korzystają z usług stacjonarnej opieki długoterminowej [54; 55], co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na usługi instytucjonalne [50]. Ich potrzeby mają wielopłaszczyznowy charakter i ze względu na złożoność zachowań, czy też problemy z ekspresją mogą pozostać niezdiagnozowane [54]. Osoby cierpiące z powodu otępienia mogą być niezdolne do komunikowania swego położenia, nawet gdy stają wobec doświadczenia dolegliwości somatycznych np. bólu [56; 57]. Badania naukowe potwierdzają, że pacjenci z większym upośledzeniem komunikacji otrzymywali mniej leków przeciwbólowych [57]. Rozpowszechnienie otępienia szacuje się na 3-5% populacji osób w wieku powyżej 65 roku życia i wzrasta do 20% w populacji osób w wieku po 80 roku życia [58].

Według Światowej Organizacji Zdrowia otępienie to zespół spowodowany zwykle chorobą mózgu, o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym obserwuje się zaburzenie istotnych funkcji korowych obejmujących pamięć, myślenie, orientację, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się i oceniania. Nie dochodzi natomiast do zaburzenia świadomości. Osłabienie funkcji poznawczych w okresie starzenia ma charakter dynamiczny i może poprzedzać wystąpienie otępienia [56]. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pierwsze kryterium otępienia to występowanie: zaburzeń funkcji poznawczych pod postacią upośledzenia pamięci (utrudnione zapamiętywanie nowych

informacji oraz odtwarzanie faktów z niedawnej przeszłości); obecność jednej lub więcej z następujących dysfunkcji: afazji (zaburzenia mowy), apraksji (zaburzenia zdolności wykonywana czynności ruchowych pomimo sprawnego układu ruchu), agnozji (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów, zjawisk pomimo prawidłowo funkcjonujących narządów zmysłu) oraz zaburzeń w organizowaniu działania. Zaburzenia zdolności zapamiętywania prowadzą do zaburzeń orientacji we wszystkich kierunkach, a luki pamięciowe mogą zostać wypełnione konfabulacjami [58; 59]. W wyniku zaburzeń funkcji poznawczych dochodzi do znacznego upośledzenia w sferze życia społecznego oraz zawodowego, powodując istotne obniżenie poziomu funkcjonowania w porównaniu z poprzednim okresem [58]. W otępieniu właściwym dochodzi do utraty aktywności poznawczej, zaburzeń krytycyzmu oraz pamięci proceduralnej [60]. Otępienie wpływa niekorzystnie na sprawność fizyczną, powodując uzależnienie w codziennych czynnościach [25; 61; 62]. Można również zaobserwować zmiany nastroju, który jest tępy, ale czasami z odcieniem euforycznym. Nierzadko występuje przygnębienie. Dochodzi do zaniku uczuciowości wyższej i dominacji powierzchownej z uczuciami chwiejnymi. W obliczu powyższych objawów konieczne jest różnicowanie otępienia od depresji. Może się jednak zdarzyć współwystępowanie obydwu tych zespołów u jednego chorego [51; 58].

Za występowaniem depresji przemawia większy spadek aktywności, większe nasilenie zaburzeń snu i łaknienia, niska samoocena oraz gorsza ocena zaburzeń pamięci niż odpowiadałoby to stanowi faktycznemu [58]. W depresji, inaczej niż w otępieniu, nie stwierdza się zaburzenia struktury i treści wypowiedzi, zdolność uczenia się jest zachowana, a towarzyszące zaburzenia funkcji poznawczych są odwracalne [46]. Depresja wywiera istotny wpływ na aktywność złożoną w aspekcie funkcjonowania intelektualnego, fizycznego [8; 40; 63] oraz społecznego [40]. W ogólnej populacji depresja występuje u 6% mężczyzn i 18% kobiet [31]. Częściej rozwija się u osób w wieku podeszłym niż u osób młodych [64], jakkolwiek mniejszą zapadalność na zespoły depresyjne stwierdza się u kobiet po 80 roku życia i u mężczyzn po 70 roku życia [38].

W wieku podeszłym depresja rzadko jest chorobą afektywną, częściej pojawia się na skutek trudnej sytuacji socjalnej (samotność, brak wsparcia), egzystencjalnej (brak sensu życia). Poza czynnikami psychospołecznymi przyczyną depresji mogą być choroby neurologiczne (Parkinsona, Alzheimer, udar, padaczka) oraz narastanie dolegliwości związanych z chorobą somatyczną [64; 65]. W odróżnieniu od depresji występującej u osób młodszych, depresja w wieku podeszłym charakteryzuje się wzmożoną liczbą skarg na

dolegliwości somatyczne, spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia procesów poznawczych, zaburzenia rytmów biologicznych, uczucie osłabienia fizycznego, brak zainteresowań [65], a także występowaniem następujących objawów: płaczliwość, drażliwość, lęk, poczucie winy, myśli i zamiary samobójcze, urojenia [46]. Obniżony nastój, pesymistyczna ocena własnej sytuacji oraz przyszłości często doprowadzają do niewłaściwego interpretowania sytuacji życiowych [65].

Częstym zjawiskiem w populacji geriatrycznej są również zaburzenia lękowe. Jakkolwiek, lęk jest nierzadkim objawem współwystępującym w depresji tego okresu [65]. Różnicowanie lęku i depresji jest w wieku podeszłym trudne, ponieważ objawy lęku i depresji mogą być maskowane przez stan somatyczny [66]. Lęk w depresji może ujawniać się jako niepokój manipulacyjny, drażliwość, prośby o pomoc, skargi na dolegliwości somatyczne z jednoczesnym spowolnieniem psychoruchowym i nadmierną sennością [65]. W grupie pacjentów w wieku podeszłym, z depresją o umiarkowanym nasileniu, charakterystyczny jest związek lęku z obecnością zaburzeń funkcji poznawczych [67].

Innym bardzo ważnym problemem zdrowotnym osób starszych są upadki, które prowadzą lub nasilają istniejącą uprzednio niepełnosprawność [68]. Upadki pociągają za sobą poważne skutki zarówno medyczne jak i ekonomiczne [68]. Stanowią też istotną pierwotną przyczynę zgonów [25; 69]. W Polsce szacuje się, że w populacji powyżej 65 roku życia, z powodu urazu odniesionego na skutek upadków rocznie umiera około 66 osób na 100 tysięcy [25]. Stwierdza się, iż około 2/3 mieszkańców domów opieki doświadcza upadków, a śmiertelność kobiet spowodowana upadkami mieści się w granicach 10-20% [69]. Urazy prowadzą do zmniejszenia wydolności fizycznej do poziomu, w którym znacznie utrudnione lub wręcz niemożliwe staje się samodzielne wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego, a w konsekwencji wzrasta uzależnienie od innych osób [70]. Głównymi czynnikami predysponującymi do upadków są: zaburzenia równowagi, chodu, zawroty głowy, chwiejność postawy, osłabienie siły, pogorszenie zdolności poznawczych i spostrzegawczych [69].

Należy również wspomnieć o innych bardzo istotnych problemach zdrowotnych charakterystycznych dla wieku podeszłego jak: osteoporoza, zaburzenia oddawania moczu, owrzodzenia o różnej etiologii (w tym odleżyny), [25; 34].

Problematyka dysfunkcji osób starszych, z zaburzeniami psychofizycznymi, które stanowią znaczny odsetek osób korzystających z opieki długoterminowej, jest zagadnieniem złożonym, wymagającym wielopłaszczyznowej oceny stanu psychicznego, fizycznego,

społecznego [71; 72; 73]. W obliczu często stwierdzanego obniżenia stanu psychofizycznego i ograniczonej sprawności osób starszych [9; 11; 45; 74] konieczna jest świadomość istoty problemów [54] oraz trudności z jakimi zmierzają się te osoby i ich opiekunowie [32]. Określenie charakteru i tempa zmian sprawności psychofizycznej jest ważne z punktu widzenia możliwości minimalizowania skutków w tym zakresie [75]. Stwarza ono podstawę do wdrażania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej działań zmierzających do zapewnienia wysokiej jakości usług medycznych, adekwatnych do rodzaju i struktury potrzeb zdrowotnych pacjentów [74].

Z uwagi na stałą rozbudowę systemu opieki nad osobami przewlekle chorymi należy rozważać nie tylko zwiększanie liczby zakładów, ale przede wszystkim wdrażanie optymalnych rozwiązań organizacyjnych i strukturalnych. Należy pamiętać, że pacjent z zaburzeniami czynności poznawczych to często pacjent geriatryczny, który wymaga nie tylko kompleksowych świadczeń medycznych, ale również zindywidualizowanego i holistycznego podejścia [17].

ROZDZIAŁ 2. FUNKCJONOWANIE STACJONARNEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE (NA PRZYKŁADZIE ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO I DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ)

2.1 Zmiany w organizacji opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej w Polsce od 1990 roku

W Polsce na początku lat dziewięćdziesiątych powszechnym zjawiskiem było przedłużanie hospitalizacji osób wymagających opieki długoterminowej, zwłaszcza osób starszych lub hospitalizowanie ich z powodów socjalnych. Prowadziło to do zajmowania łóżek szpitalnych przeznaczonych do leczenia stanów ostrych przez osoby wymagające świadczeń długoterminowych [1]. Jedną z przyczyn tej sytuacji była niedostateczna opieka środowiskowa oraz zakłócenia we współpracy obu sektorów, szczególnie przy nieostrych granicach pomiędzy zakładem opiekuńczo – leczniczym i domem pomocy społecznej, w zakresie kwalifikacji i kierowania pacjentów [76].

W zakresie opieki zdrowotnej znaczące zmiany zapoczątkowała ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, która umożliwiła udzielanie świadczeń zdrowotnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone i prowadzone przez organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego oraz przez niepubliczne zakłady, których założycielami mogły zostać różnego rodzaju podmioty prywatne.

Ważnym etapem zmian w organizacji opieki zdrowotnej było opracowanie na początku lat dziewięćdziesiątych w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia koncepcji restrukturyzacji szpitali. Zaplanowano dokonanie zmian istniejącej struktury organizacyjnej i wprowadzenie podziału na: szpitale z łózkami ostrymi, szpitale i oddziały dzienne, zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze i opiekuńczo – lecznicze oraz oddziały szpitalnej opieki paliatywnej [77]. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 20 czerwca 1997 roku wyróżniła zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze oraz opiekuńczo – lecznicze [78; 79]. Kolejna ustawa regulująca zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z roku 2011, podtrzymała udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładach opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych [80].

W latach dziewięćdziesiątych nastąpiły także istotne zmiany w organizacji i funkcjonowaniu pomocy społecznej. Do roku 1990 zadania pomocy społecznej realizowane były w ramach Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, poprzez wydzielenie równoległego do lecznictwa pionu opieki społecznej. W roku 1990 nastąpiła reorganizacja zarządzania na szczeblu ministerstw. Podstawę prawną tychże zmian stanowiły dwa akty prawne: ustawa z dnia 23.10.1987r. o utworzeniu Urzędu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej (Dz.U.Nr33, poz. 175 z 1987r) oraz ustawa z dnia 11.04. 1990 o przekazaniu Ministrowi Pracy i Polityki Socjalnej zakresu działań Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczącego pomocy społecznej (Dz.U.Nr.29, poz. 172 z 1990r.). Nastąpiło wówczas instytucjonalne oddzielenie kompetencji w zakresie pomocy społecznej od służby zdrowia [81; 82]. Wytyczne dotyczące zakresu zadań instytucji pomocy społecznej zostały określone w ustawie z dnia 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej (Dz. U., 1990, Nr 87, poz. 506, z późn. zm.). Jakkolwiek zasadnicze postanowienia nawiązywały do głównych idei zawartych w ustawie o opiece społecznej z 1923 roku [78; 81].

Ważnym elementem reorganizacji było także rozdzielenie zadań z zakresu pomocy społecznej oraz promocji i ochrony zdrowia między administrację rządową i samorządową oraz zaakcentowanie konieczności ich współpracy z organizacjami społecznymi, związkami wyznaniowymi, osobami fizycznymi, fundacjami [78]. W ustawie o samorządzie gminy [83], powiatu [84] oraz o samorządzie województwa [85] zadania te zostały określone jako priorytetowe.

W 2004 roku uchwalono nową ustawę o pomocy społecznej [86], która reguluje zakres zadań, rodzaj świadczeń, zasady i tryb ich udzielania, a także zasady i tryb postępowania kontrolnego [78]. Nowa ustawa, obciążając kosztami pobytu rodzinę mieszkańca domu pomocy społecznej, skutkowała między innymi, skróceniem list oczekujących na przyjęcie do tego typu zakładów. Jednocześnie zaobserwowano przerzucanie kosztów leczenia przewlekle chorych na zakłady opiekuńczo - lecznicze, zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze i oddziały dla przewlekle chorych [6].

Obowiązujące akty prawne wprowadziły istotne ograniczenia w dostępności do świadczeń wskazując, że opieką długoterminową w sektorze ochrony zdrowia mogą być objęte tylko osoby, które w ocenie Skali Barthel uzyskały 40 punktów lub mniej [87; 88].

2.2 Rozwój zakładów opieki długoterminowej

Zachodzące zmiany demograficzne w Polsce, które skutkują starzeniem się społeczeństwa oraz zwiększeniem liczby osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, doprowadziły do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze [1]. Początkowo najbardziej zbliżoną formę do zakładów opieki długoterminowej stanowiły sanatoria leczenia gruźlicy i chorób płuc, sanatoria rehabilitacyjne, ośrodki leczenia odwykowego, oddziały geriatryczne, dla przewlekle chorych i reumatologiczne [89].

Wraz z rozwojem opieki długoterminowej zmieniło się rozumienie tego terminu. Obecnie, pod pojęciem „opieka długoterminowa” należy rozumieć przewlekłą opiekę [1], obejmującą ciągłą pielęgnację, rehabilitację oraz kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego realizowaną w formie stacjonarnej lub domowej [90; 91]. Celem tej opieki jest podtrzymanie zdrowia, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego i rehabilitacji chorym lub niepełnosprawnym niekwalifikującym się do leczenia szpitalnego, przy uwzględnieniu występujących deficytów w zakresie samoopieki i samopielęgnacji [90]. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że opieka długoterminowa obejmuje działania podejmowane zarówno przez opiekunów nieformalnych np. przez rodzinę, przyjaciół jak i przez profesjonalistów medycznych, społecznych i innych. Działania te mają na celu zapewnienie podopiecznym optymalnie możliwej jakości życia i co bardzo istotne, zgodnej z osobistymi preferencjami, przy równoczesnym zachowaniu najwyższego, możliwego poziomu niezależności, autonomii uczestnictwa oraz godności osobistej pacjentów [92].

Opieka długoterminowa w Polsce dotyczy dwóch obszarów: ochrony zdrowia i pomocy społecznej [93; 94]. Przed rokiem 1990 opieka długoterminowa realizowana była przede wszystkim przez pielęgniarki środowiskowe oraz domy pomocy społecznej [1]. Obecnie, zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 roku, świadczenia w warunkach stacjonarnych z zakresu opieki długoterminowej realizowane są w formie: zakładów opiekuńczo – leczniczych, zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych [87]. Z uwagi na duże zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej i niewystarczające możliwości jej realizacji w ramach sektora ochrony zdrowia, udzielanie świadczeń opiekuńczo – zdrowotnych podejmuje także sektor pomocy społecznej [5].

W różnych opracowaniach statystycznych dotyczących liczby zakładów i łóżek opieki długoterminowej istnieje wiele sprzeczności. Brak zgodności informacji może być związany

z dużą dynamiką powstawania nowych placówek oraz częstych zmian w raportowanych danych, dowolności w nazewnictwie oddziałów szpitalnych i zakładów opieki oraz braku jednolitego systemu gromadzenia dokładnie zdefiniowanych danych i zarządzania nimi [1]. Tym niemniej, od ponad 10 lat obserwowany jest rozwój różnych form stacjonarnej opieki długoterminowej [1; 3; 4]. Znacznie zwiększyły się możliwości w zakresie przyjmowanych pacjentów do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych [6; 94; 95; 96].

W Polsce w roku 2000 istniało 126 zakładów opiekuńczo – leczniczych [23], w roku 2004 ich liczba wzrosła do 221, w roku 2005 było ich 225 [26], a w roku 2009 - 284³ [27]. Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zasób oferowanych przez nie łóżek wzrosła we wszystkich regionach Polski, ale rozmieszczenie pomiędzy województwami jest nierównomierne [1]. Najwięcej zakładów opiekuńczo – leczniczych było zarejestrowanych w województwie mazowieckim (38 zakładów) oraz dolnośląskim (30 zakładów); najmniej w województwie zachodniopomorskim (7 zakładów) oraz warmińsko – mazurskim (8 zakładów), [27; 96]. Największą liczbę łóżek w zakładach opiekuńczo - leczniczych odnotowano w województwie mazowieckim (2580) oraz małopolskim (1881); najmniej w województwie podlaskim (215) oraz warmińsko – mazurskim (243), [27]. Wzrosła także liczba zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych. W roku 2009 istniało 121 zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych, czyli o 61 zakładów więcej niż w roku 2000 [23; 27].

Zgodnie z kryteriami przyjętymi dla Polski liczba łóżek długoterminowych powinna wynosić 14/10 tys. ludności [1]. W roku 2009 wskaźnik łóżek opieki długoterminowej, uwzględniając liczbę łóżek w zakładach opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych wyniósł 4,9/10 tys. ludności, a w roku 2010 – 5,2/10 tys. ludności⁴.

Przeprowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) analiza dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wykazała, że czas oczekiwania na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej generalnie wydłuża się. Jakkolwiek, w poszczególnych regionach kraju jest on zróżnicowany i zawiera się w przedziale od 22 dni (Oddział Warmińsko – Mazurski) do 259 dni (Oddział Małopolski), [94].

³ Bez zakładów opiekuńczo – leczniczych typu psychiatrycznego

⁴ Obliczenia własne na podstawie: Rocznik demograficzny. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2011. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rs_rocznik_demograficzny_2011.pdf [dostęp: 06.05.2012]; Zdrowie i ochrona w 2010 roku. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012.

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2010.pdf

[dostęp: 06.05.2012]

W ramach systemu pomocy społecznej działają domy pomocy społecznej, które odgrywają ważną rolę w opiece nad ludźmi niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi [1].

Wzrasta liczba zakładów stacjonarnej pomocy społecznej, w tym dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych. W roku 2005 było zarejestrowanych łącznie 509 zakładów, tj. o 93 zakłady więcej niż w roku 2000 [23]. W roku 2008 odnotowano ogółem 343 zakłady dla osób w podeszłym wieku, w roku 2009 było ich już 369 oraz 255 dla osób przewlekle somatycznie chorych [28; 96]. Mimo zwiększenia liczby zakładów nadal nie pokrywają one zapotrzebowania na tego rodzaju usługi. W Polsce ogółem w 2005 roku było 6960 osób oczekujących na przyjęcie do domu pomocy społecznej [26]; w 2008 roku liczba ta wzrosła do 9606 osób [96].

Istnieje zróżnicowanie pomiędzy województwami w zakresie dostępności miejsc w domach pomocy społecznej. W 2009 roku najwięcej miejsc w domach pomocy społecznej na 10 tysięcy ludności uzyskało województwo opolskie (28,3), świętokrzyskie (26,2) oraz warmińsko-mazurskie (25,5). Najniższy wskaźnik liczby miejsc na 10 tysięcy ludności uzyskało województwo śląskie oraz pomorskie (odpowiednio: 17,6; 17,8), [28].

2.2.1 Zakład opiekuńczo – leczniczy: definicja, ogólne zasady funkcjonowania

Zgodnie z Ustawą o Działalności Leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Art. 9,12) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą zostać udzielone między innymi w zakładzie opiekuńczo – leczniczym. Świadczenia te obejmują pielęgnację, rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji przy zapewnieniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych [80]. Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania

w środowisku domowym, wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji [87].

Sposób i tryb kierowania osób do zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach publicznych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz 1265), [97].

Do zakładu opiekuńczego może zostać przyjęty świadczeniobiorca, który w ocenie skali Barthel uzyskał 40 lub mniej punktów. W przypadku, gdy ocena świadczeniobiorcy, dokonywana przez lekarza lub pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca jest wyższa niż 40 punktów w skali Barthel, NFZ zaprzestaje finansowania świadczeń na koniec kolejnego miesiąca kalendarzowego. Ponowne skierowanie do zakładu jest możliwe w przypadku pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy [87]. Do zakładu opiekuńczego nie może zostać przyjęty świadczeniobiorca, w sytuacji gdy podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie [88]. Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo – leczniczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania [98].

2.2.2 Dom pomocy społecznej: definicja, ogólne zasady funkcjonowania

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, której celem jest umożliwienie osobom i rodzinom pokonanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są oni w stanie przezwyciężyć, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby oraz możliwości [86].

Sposób funkcjonowania określonych typów domów pomocy społecznej, standard podstawowych usług, tryb kierowania i przyjmowania osób ubiegających się o pobyt w domu określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej [99]. Domy pomocy dzielą się na domy przeznaczone dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie [86]. Dom pomocy społecznej jest przeznaczony dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym

życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej osoba, która wymaga wzmoczonej opieki medycznej kierowana jest do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej. Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, zwanych „mieszkańcami domu”. Świadczenia bytowe polegają na zapewnieniu miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży i obuwia oraz na utrzymaniu czystości. Do zadań opiekuńczych domu należy zapewnienie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacja, opieka higieniczna, niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych oraz umożliwienie kontaktów z otoczeniem. Z kolei świadczenia wspomagające polegają na umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców, umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców, stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i środowiskiem. Powyższe działania zmierzają do usamodzielnienia mieszkańca, a w miarę jego możliwości pomocy w podjęciu pracy - szczególnie mającej charakter terapeutyczny. Równie istotnym jest zapewnienie bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, a także w miarę możliwości, pokryciu mieszkańcowi nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku. Zakład ma też zapewnić przestrzeganie praw mieszkańców oraz dostępności do informacji o tych prawach, sprawnym załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców [86; 99].

Osoba ubiegająca się jest przyjmowana do domu na czas nieokreślony, chyba, że wystąpi ona lub jej przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny z wnioskiem o pobyt w domu na czas określony [99]. Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny, a zasady odpłatności określa Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej [86].

ROZDZIAŁ 3. METODOLOGICZNE PODSTAWY PRACY

3.1 Cel badań

Celem badań było oszacowanie zmian poziomu sprawności psychofizycznej osób powyżej 60 roku życia, z występującymi zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych stacjonarną opieką długoterminową w zakładzie opiekuńczo - leczniczym lub będących mieszkańcami domu pomocy społecznej w Polsce.

3.2 Problemy i hipotezy badawcze

Problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom sprawności psychofizycznej badanej grupy w zakresie:
 - a) funkcji poznawczych;
 - b) sprawności ruchowej (w zakresie wykonywania czynności życia codziennego);
 - c) stanu funkcjonalnego (w zakresie sprawności podstawowych funkcji fizjologicznych oraz doznań somatycznych);
 - d) stanu psychicznego (w zakresie objawów napięcia, lęku oraz depresji)?
2. Czy sprawność psychofizyczna pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym oraz mieszkańców domu pomocy społecznej uległa zmianie w okresie 6 – miesięcznej obserwacji?
3. Czy istnieje związek pomiędzy zakresem sprawności psychofizycznej badanych a takimi zmiennymi jak: wiek, płeć, okres pobytu, grupa rozpoznania?

Hipotezy szczegółowe:

1. Pacjenci powyżej 60 roku życia z zaburzeniami funkcji poznawczych objęci stacjonarną opieką długoterminową wykazują zróżnicowany poziom sprawności psychofizycznej.

2. Sprawność psychofizyczna pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym oraz mieszkańców domu pomocy społecznej nie uległa zmianie w okresie 6 – miesięcznej obserwacji.
3. Istnieje związek pomiędzy zakresem sprawności psychofizycznej badanej grupy a wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznań.

Na podstawie przedstawionych założeń metodologicznych ustalono i sprecyzowano zmienne zależne oraz niezależne (Tabela 1), [100].

1. Zmienne zależne:

Sprawność psychofizyczna w zakresie:

- a) funkcji poznawczych;
- b) sprawności ruchowej (w zakresie wykonywania czynności życia codziennego);
- c) stanu funkcjonalnego (w zakresie sprawności podstawowych funkcji fizjologicznych oraz doznań somatycznych);
- d) stanu psychicznego (w zakresie objawów napięcia, lęku oraz depresji).?

2. Zmienne niezależne:

- a) wiek
- b) płeć
- c) okres pobytu
- d) grupy rozpoznań

Diagnozy lekarskie zostały pogrupowane w oparciu o zalecenia Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [101]. Uzyskano 10 grup rozpoznań: grupa 1 - choroby układu krążenia, grupa 2 - zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej, grupa 3 - zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania, grupa 4 - choroby układu nerwowego, grupa 5 – odleżyny, grupa 6 – choroby układu kostno – stawowego, grupa 7 – urazy, grupa 8 – choroby oka, grupa 9 – choroby uszu, grupa 10 – inne.

Tabela 1. Zmienne zastosowane w badaniu oraz metody pomiaru zmiennych.

| ZMIENNE | | METODA POMIARU ZMIENNYCH |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| ZMIENNE ZALEŻNE | Sprawność funkcji poznawczych | Cognitive Assessment Scale (CAS) - Skala Oceny Poznawczej |
| | Sprawność ruchowa | Skala Barthel |
| | Stan funkcjonalny | Edmonton Functional Assesment Tool (EFAT) - Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej |
| | Stan psychiczny | Obserwacyjna Skala Przygnębienia i Lęku |
| ZMIENNE NIEZALEŻNE | Wiek | Dane metrykalne |
| | Płeć | Dane metrykalne |
| | Okres pobytu | Analiza dokumentacji |
| | Grupy rozpoznań | Analiza dokumentacji |

3.3 Plan i realizacja badań własnych

3.3.1 Plan badań własnych

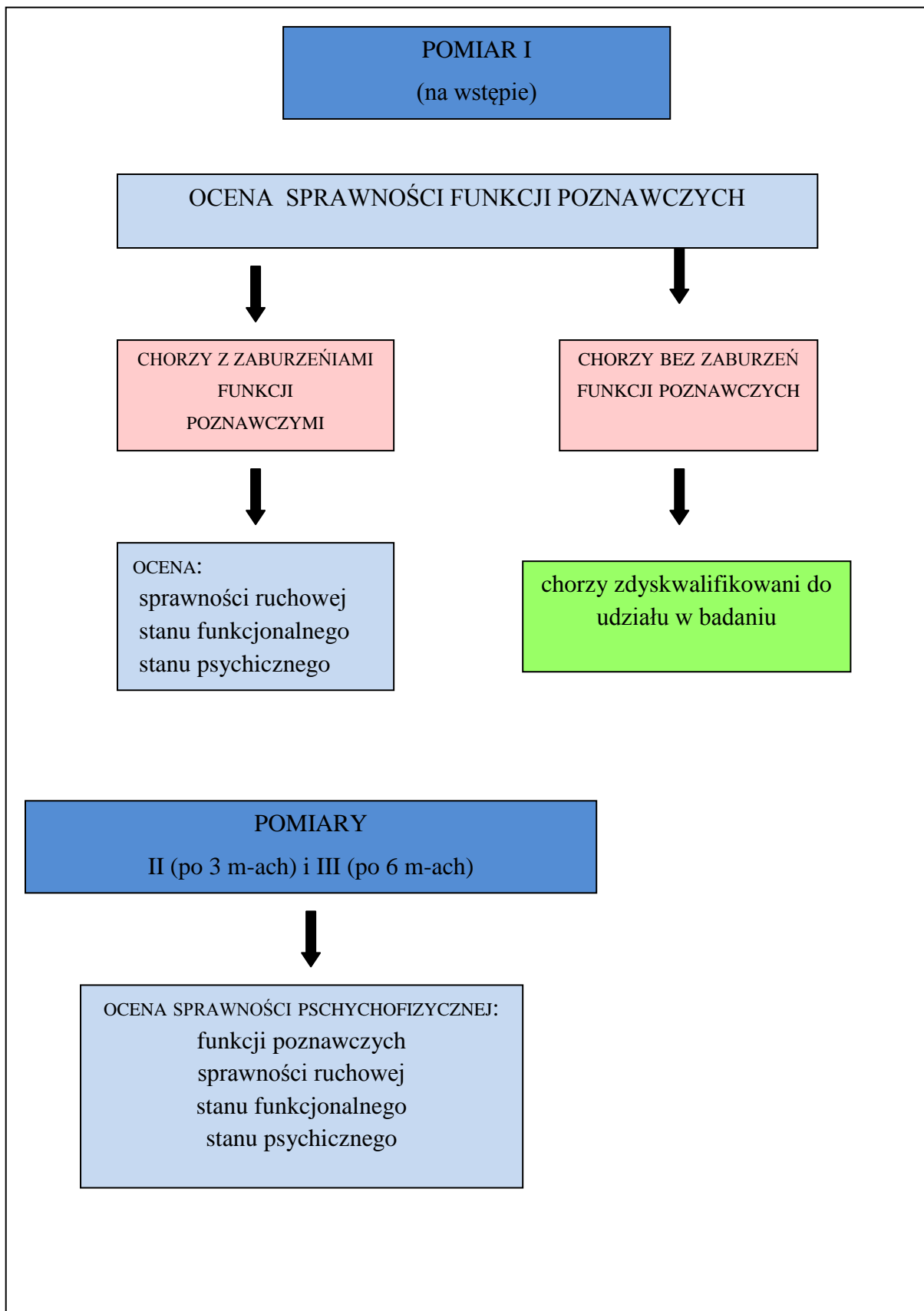
Zaplanowano dwa etapy badań. Pierwszy etap miały stanowić badania pilotażowe, a drugi badania właściwe.

Prace wykonane w pierwszym etapie miały na celu weryfikację przydatności zastosowanych narzędzi badawczych. W badaniu właściwym zaplanowano trzykrotne pomiary (na tej samej grupie osób, z użyciem tych samych narzędzi badawczych) tj.: w chwili rozpoczęcia badań, po 3 i 6 miesiącach pobytu badanych w danym zakładzie (Schemat 1.). Powtórzenie badań po 6 miesiącach było podyktowane przyjętym przez Narodowy Fundusz Zdrowia okresem pobytu pacjentów w zakładzie opiekuńczo – leczniczym wynoszącym 6 miesięcy. W badaniu zaplanowano udział około 160 osób: 80 pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym i 80 mieszkańców domu pomocy społecznej.

W przypadku domu pomocy społecznej do badania zostały wybrane osoby, które były porównywalne pod względem wieku (± 5 lat), płci oraz stopnia zaburzeń funkcji poznawczych do pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Do badania zostały włączone osoby przebywające w zakładzie opiekuńczo –leczniczym lub domu pomocy społecznej, powyżej 60 roku życia, u których wykazano (przed włączeniem do badania) występowanie zaburzeń funkcji poznawczych. Kryterium wyłączenia z badania stanowił zgon chorego, zakończenie hospitalizacji oraz brak możliwości przeprowadzenia pomiaru przed opuszczeniem danego zakładu przez chorego. W związku z przewidywanym zmniejszaniem liczby badanych, zaplanowano możliwość dobierania kolejnych badanych w trakcie trwania badań [102; 103]. Osoby te były kwalifikowane do badań zgodnie z przyjętymi kryteriami włączającymi.

Realizację badań zaplanowano w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i domu pomocy społecznej. Są to typowe zakłady, różniące się pod względem zakresu udzielanych świadczeń; pierwszy funkcjonujący w sektorze opieki zdrowotnej, a drugi w sektorze pomocy społecznej. Na przeprowadzenie badań Komisja Biotyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego wyraziła pozytywną opinię (opinia nr KBET/43/B/2005 z dnia 24 lutego 2005 roku).

Schemat 1. Projekt badań własnych.



3.3.2 Realizacja badań własnych

Badania zrealizowano w wybranym zakładzie opiekuńczo – leczniczym i domu pomocy społecznej na terenie miasta Kraków, których dyrekcje wyraziły zgodę na prowadzenie badań.

W ramach badania właściwego wykonano trzy pomiary: na wstępie oraz po 3 i 6 miesiącach. Każdy badany miał przypisany numer identyfikacyjny (w kolejności włączenia) niezmienny w trakcie badań. Umożliwiło to analizę dynamiki zmian sprawności psychofizycznej u poszczególnych osób, przy równoczesnym zachowaniu anonimowości pacjentów podczas analizy danych.

Po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej i dyrektorów poszczególnych zakładów na realizację badań, przeprowadzono rozmowy z pielęgniarkami oddziałowymi, mające na celu wyjaśnienie celu i sposób realizacji badań. Wszyscy badani zostali poinformowani o celu i problematyce badania, a udział w nim był dobrowolny i anonimowy. Udział w badaniu poprzedzony był uzyskaniem zgody chorego, jego rodziny i/lub opiekuna. Na początku każdego z trzech kolejnych pomiarów oceniano stopień zaburzeń funkcji poznawczych za pomocą Skali Oceny Poznawczej. Skala wypełniana była z pomocą osoby przeprowadzającej badania. Wypełnienie skali trwało około 10 minut. Następne obszary sprawności psychofizycznej były oceniane na podstawie obserwacji. W sytuacjach wątpliwych oceny badacza były weryfikowane z personelem sprawującym bezpośrednio opiekę nad chorym. Na terenie placówek, w których przeprowadzono badania, spotkały się one z przychylnością, życzliwością i zrozumieniem intencji zarówno ze strony pacjentów i ich rodzin, opiekunów oraz dyrekcji i personelu zakładów.

W badaniu wzięło udział 80 pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym oraz 80 mieszkańców domu pomocy społecznej. Obie grupy badanych były w badaniu wejściowym porównywalne pod względem wieku, płci oraz stopnia zaburzeń funkcji poznawczych. Badania przebiegały bez interwencji w proces leczenia, pielęgnacji oraz rehabilitacji chorych.

3.4 Metody i narzędzia badawcze

3.4.1 Uwagi wstępne – uzasadnienie doboru metod i narzędzi badawczych

Praca oparta jest na analizie dokumentacji medycznej, wielokierunkowej obserwacji oraz na metodzie szacowania, w której wykorzystano zweryfikowane narzędzia badawcze.

Analiza dokumentacji polegała na uporządkowaniu i interpretacji zawartych w dokumentach treści pod kątem problemów badawczych i sformułowanych hipotez [100].

Analizie poddano dokumentację medyczną stosowaną w zakładzie opiekuńczo – leczniczym (historia choroby, karta przyjęcia, zeszyt raportów pielęgniarskich, karta oceny stanu chorego według skali Barthel, karta rehabilitacji) i domu pomocy społecznej (historia choroby, karta zleceń lekarskich, książka raportów pielęgniarskich, indywidualny plan opieki).

Drugą metodą wykorzystaną w prezentowanych badaniach była obserwacja.

Przez obserwację należy rozumieć celowe tzn. ukierunkowane, zamierzone oraz systematyczne postrzeganie badanego podmiotu, przedmiotu, procesu lub zjawiska [104], które pozwala badaczowi uzyskać informacje o różnych obszarach oceny [105].

Miejsce obserwacji stanowiły oddziały zakładu opiekuńczo – leczniczego i domu pomocy społecznej, na których przebywały badane osoby. Każda badana osoba była oceniana trzykrotnie: na wstępie, po trzech i sześciu miesiącach pobytu w danym zakładzie. Obserwacja była skoncentrowana na wybranych obszarach sprawności psychofizycznej badanych. W prezentowanej pracy ocena poszczególnych obszarów sprawności psychofizycznej była dokonana przez badacza oraz w sytuacjach wątpliwych weryfikowana z personelem medycznym, który bezpośrednio sprawował opiekę nad osobami biorącymi udział w badaniu.

W ramach prowadzonych badań zastosowano technikę obserwacji skategoryzowanej [100] z zastosowaniem następujących narzędzi badawczych:

- 1) Cognitive Assessment Scale (CAS) - Skala Oceny Poznawczej;
- 2) Skala Barthel;
- 3) Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) - Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej;
- 4) Skala Obserwacyjna Przygnębienia i Lęku (SOPL).

Przez metodę szacowania rozumie się ocenianie osób badanych pod względem określonych cech zachowania się według ściśle określonych kryteriów [100].

W odniesieniu do osób o obniżonej sprawności fizycznej pojawiają się wątpliwości czy zdołają samodzielnie zaznaczyć w kwestionariuszu wybrane przez siebie odpowiedzi [106] oraz czy bez pomocy osoby przeprowadzającej wywiad dobrze zrozumieją pytania i objaśnienia kwestionariusza [107]. Osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych powinny być oceniane przez wykwalifikowany personel medyczny [64]. Oparcie pomiaru jakości życia na zasadzie subiektywnej oceny oznaczałoby wyłączenie bardzo istotnej grupy osób [108], którzy utracili zdolność samooceny [108; 109]. Obserwacja natomiast jest możliwa do zastosowania w odniesieniu do wszystkich osób, nawet jeśli ich stan uległ pogorszeniu w trakcie badania i utrudnia samoocenę [108]. Zastosowanie obserwacji jest uzasadnione w sytuacji, gdy osoby badane nie potrafią sformułować odpowiedzi słownej, sensownie opowiadać o sobie, gdy wykazują zaburzenia pamięci, które mogą wpłynąć na ich wypowiedzi [110]. Niektórzy autorzy zwracają uwagę, iż najważniejszym wymogiem uzyskania wiarygodnych danych od osób starszych z zaburzeniami poznawczymi jest nie tylko ogólny poziom zaburzeń funkcji poznawczych, lecz także ocena stopnia orientacji, uwagi oraz umiejętności językowych [111]. Przeprowadzone przez innych autorów badania w grupie osób z otępieniem potwierdzają, iż oceny w oparciu o obserwację są bardziej wiarygodne [61] i obiektywne niż opinie uzyskane od samego pacjenta (self-report) lub jego opiekuna, bliskiego krewnego (proxy-report), [112]. Ocena zewnętrzna może być bardziej obiektywna od samooceny badanego szczególnie w sytuacji, w której przedmiotem oceny nie są subiektywne wyobrażenia badanej osoby o sobie, lecz dająca się bezpośrednio zaobserwować sprawność psychofizyczna [113].

3.4.2 Skala Oceny Poznawczej - Cognitive Assessment Scale (CAS)

Skala Oceny Poznawczej (Aneks1.) - Cognitive Assessment Scale (CAS) stanowi część Skali Clifton Assessment Procedure for the Elderly (CAPE), [64], która została opublikowana w 1979 roku przez Pattie i Gilleard [114]. Skala ta ocenia poziom orientacji w otoczeniu i ogólną sprawność funkcji poznawczych [64; 115] i jest przeznaczona dla osób w podeszłym wieku [114]. Z punktu widzenia moich badań skala ta jest najbardziej właściwa, nie tylko ze względu na obszar jaki ocenia, ale również ze względu na możliwość oceny w grupie osób, które mają problemy ze wzrokiem lub duże deficyty w zakresie sprawności ruchowej, co uniemożliwiłoby dokonanie oceny przy użyciu innych narzędzi badawczych.

Skala Oceny Poznawczej składa się z 12 pytań. Za każdą prawidłową odpowiedź jest przyznany 1 punkt, odpowiedź nieprawidłowa to 0 punktów. Suma punktów daje wynik testu. Uzyskanie 11 lub 12 punktów oznacza brak zaburzeń poznawczych. Uzyskanie 8 do 10 punktów wskazuje na łagodne zaburzenia, a wartości równe 7 punktów i poniżej świadczą o ciężkich zaburzeniach poznawczych [64].

3.4.3 Skala Barthel

Skala Barthel (Aneks1.) po raz pierwszy została zastosowana w 1955 roku w Chronic Disease Hospitals w Maryland w grupie osób z chorobami neurologicznymi [116].

Została sporządzona jako narzędzie do oszacowania fizycznej niepełnosprawności u osób przewlekle chorych [117], pomiaru sprawności czynnościowej [118; 119] przed i po leczeniu oraz wymaganego nakładu opieki pielęgniarstwa w zakładach opieki stacjonarnej. Skala Barthel nie uwzględnia sprawności w zakresie czynności koniecznych do funkcjonowania w środowisku domowym [118].

Skala Barthel składa się z 10 podlegających ocenie obszarów [116]. Są to: 1) spożywanie posiłków (gdy badany nie może posługiwać się nożem), 2) przechodzenie z łóżka na wózek i z powrotem (siadanie), 3) osobista higiena (mycie, czesanie, golenie), 4) korzystanie z toalety (zapinanie i rozpinanie bielizny, ubrania), 5) kąpiel, 6) poruszanie się po płaskim terenie (gdy osoba nie chodzi lecz korzysta z wózka), 7) wchodzenie i schodzenie po schodach, 8) ubieranie się łącznie ze sznurowaniem obuwia, 9) kontrola zwieracza odbytu oraz 10) kontrola zwieracza pęcherza moczowego [120]. Oryginalna wersja Skali Barthel była wielokrotnie zmodyfikowana [120; 121; 122; 123].

W prezentowanej pracy pozycję 6 wersji oryginalnej „poruszanie się po płaskim terenie” poszerzono o „przejście powyżej 50 m” [122]. Zmiana ta umożliwia ocenę osób chodzących samodzielnie jak i wymagających sprzętu pomocniczego np. laski lub wózka inwalidzkiego.

Zakres punktów możliwych do przypisania w poszczególnych obszarach mieści się w przedziale od 0 do 15 (od zależności do samodzielności) lecz jest on różny dla kolejnych obszarów oceny [116]. W obszarze utrzymania higieny osobistej, kąpieli możliwa jest ocena w zakresie 0 i 5 punktów. Obszar spożywania posiłków, korzystania z toalety, ubierania się, wchodzenia/schodzenia po schodach, kontroli zwieracza odbytu i pęcherza moczowego możliwy jest w ocenie 0, 5, 10 punktów. Przechodzenie z łóżka na wózek i z powrotem oraz

przejsięcie dystansu powyżej 50m oceniane jest według punktacji 0, 5, 10, 15 punktów [122]. Ogółem w ocenie skali Barthel można uzyskać od 0 do 100 punktów. Wyższy wynik oznacza lepszą pozycję funkcjonalną [121; 124].

3.4.4 Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej - Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)

Wszechstronna ocena stanu funkcjonalnego pozwala określić nie tylko zakres czynności wykonywanych przez chorych, ale również ocenić skuteczność stosowanej terapii i rehabilitacji [125; 126]. Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej (Aneks 1.) - Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) ocenia zasięg, w jakim stopniu pacjent jest w stanie oddziaływać na siebie i mobilizować się w sytuacji ograniczeń wynikających z choroby [126]. Skala umożliwia ocenę komunikacji, występowanie bólu i duszności, stanu umysłowego, zdolności utrzymania równowagi w pozycji siedzącej i stojącej, ruchliwości i zdolności chodzenia lub poruszania się na wózku, aktywności dziennej, zmęczenia, motywacji oraz ocenę ogólnej sprawności [64; 125; 126].

Każdy obszar oceniany jest w skali czteropunktowej od 0 do 3, gdzie 0 = brak dysfunkcji, 1= nieznaczna dysfunkcja, 2 = średnia dysfunkcja, 3 = znaczna dysfunkcja [64]. Dla poszczególnych obszarów ocena w skali od 0 do 3 jest podparta opisem danego zachowania, aktywności. Narzędzie to nadaje się do badania i kontroli objawów u osób z ograniczoną sprawnością ruchową oraz umysłową [64]. Interpretacja wyników polega na analizie dynamiki zmian w poszczególnych obszarach stanowiących przedmiot obserwacji, podczas sprawowania opieki.

3.4.5 Skala Obserwacyjna Przygnębienia i Lęku (SOPL)

Ocena stanu emocjonalnego u osób w podeszłym wieku oraz u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych jest często niemożliwa do przeprowadzenia na podstawie samooceny, a w ciężkich zaburzeniach poznawczych niemożliwe jest również przeprowadzenie wywiadu. Wskazane jest wówczas zastosowanie metod, które oparte są na obserwacji zachowania

pacjenta. Skala Obserwacyjna Przygnębienia i Lęku (Aneks 1.) służy ocenie stanu emocjonalnego u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych [64].

Skala ta została opracowana na podstawie następujących narzędzi: Skala zespołu pozytywnego i negatywnego (Positive and Negative Syndrome Scale), Skala depresji Hamiltona (Hamilton Depression Scale) oraz Skala depresji MADRS (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale) [64]. Ocena skali wskazała, że jest ona rzetelnym narzędziem a jej przydatność w ocenie stanu psychicznego została potwierdzona w innych badaniach [115]. Dla potrzeb mojego badania skala SOPL została zmodyfikowana. Adaptacja polegała na wykorzystaniu dwóch obszarów stanowiących przedmiot oceny (1 – napięcie, lęk, 2 – depresja).

Każdy obszar oceniany był w skali od 1 do 7 [1(nie występuje), 2 (minimalne), 3 (łagodne), 4 (umiarkowane), 5 (umiarkowanie ciężkie), 6 (ciężkie), 7 (krańcowe)] i zawierał również opis danego zachowania pacjenta. Według de Walden-Gałuszko interpretacja wyników polega na analizie dynamiki w poszczególnych obszarach, stanowiących przedmiot obserwacji [64].

3.5 Statystyczne opracowanie danych

W warunkach zastosowanej w badaniu metody pomiaru (ocena na podstawie obserwacji badanej osoby) w zgromadzonych danych nie stwierdzono ani jednego przypadku odmowy oceniania. Nie stwierdzono także ani jednego braku danej, ani jednego błędu formalnego [113]. Wyniki badań zostały opracowane przy użyciu programu *Statistica*.

W opisie struktury badanej populacji wykorzystano liczebności i odsetki osób charakteryzujących się daną cechą (zmienne kategoryczne: przedział wiekowy, płeć, grupy rozpoznania). Cechy ilościowe (wiek w latach, okres pobytu w danym zakładzie opieki w miesiącach) natomiast przedstawiono za pomocą średniej, odchylenia standardowego oraz mediany. Analizując różnice w zakresie cech ilościowych pomiędzy zakładem opiekuńczo – leczniczym i domem pomocy społecznej zastosowano test t Studenta, a dla cech jakościowych test Chi².

Cechy ilościowe takie jak poziom stanu funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego, stanu psychicznego w zakresie napięcia, lęku oraz depresji zostały przedstawione za pomocą średniej, odchylenia standardowego oraz mediany. Dynamika zmian w zakresie sprawności psychofizycznej została określona na podstawie różnicy sum pomiędzy kolejnymi pomiarami, osobno dla pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego i mieszkańców domu pomocy społecznej.

Do oceny znamienności różnic wartości średnich pomiarów sprawności psychofizycznej (w zakresie: funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego) w trzech kolejnych pomiarach w grupie pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego i mieszkańców domu pomocy społecznej zastosowano analizę wariancji Manova.

Do oceny różnic sprawności psychofizycznej (w zakresie: funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego) badanych (łącznie pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego i mieszkańców domu pomocy społecznej) w zależności od płci oraz grup rozpoznania zastosowano parametryczny test t. Do określenia związku sprawności psychofizycznej z wiekiem i z okresem pobytu zastosowano korelację Pearsona. We wszystkich testach przyjęto wartość $p < 0,05$ za istotną statystycznie.

ROZDZIAŁ 4. WYNIKI

4.1 Charakterystyka badanej grupy

Do badania włączono łącznie 104 pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, spośród których 24 osoby zostały wyłączone w trakcie badań ze względu na wystąpienie kryteriów wykluczających. W domu pomocy społecznej zakwalifikowano 87 mieszkańców, spośród których 7 osób zostało wyłączonych w trakcie badań z dalszego udziału w pomiarach, ze względu na wystąpienie kryteriów wykluczających. Ostatecznie w analizach uwzględniono wyniki zebrane od 80 chorych przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i 80 mieszkańców domu pomocy społecznej, łącznie 160 badanych.

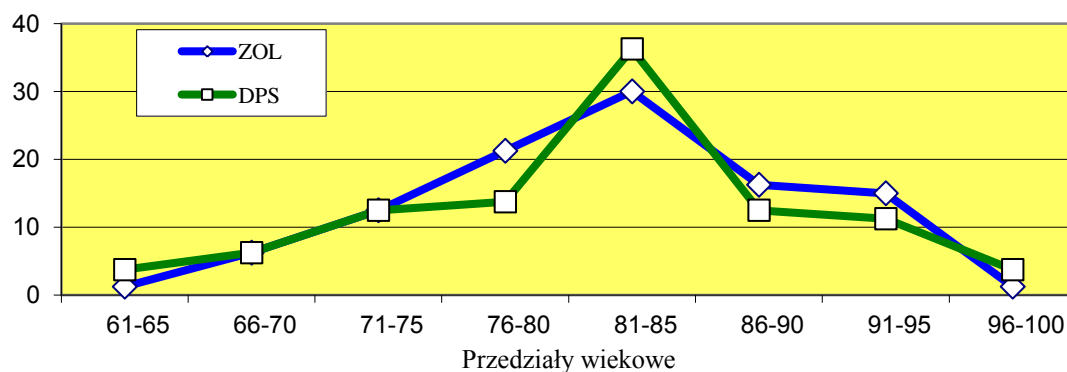
Pacjenci przebywający w zakładzie opiekuńczo – leczniczym w większości mieścili się w przedziale wieku 81-85 lat oraz 76-80 lat (odpowiednio: N=24; 30,0%; N=17; 21,3%). Najmniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 61-65 lat (N=1; 1,3%), 96-100 lat (N=1; 1,3%) oraz 66 – 70 lat (N=5; 6,3%). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej najwięcej osób również mieściło się w przedziale wieku 81-85 lat (N=29; 36,3%) oraz 76-80 lat (N=11; 13,7%). Najmniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 61-65 lata (N=3; 3,7%), 96-100 lata (N=3; 3,7%) oraz osoby w wieku 66 – 70 lat (N= 5; 6,3%). Wyniki zbiorcze przedstawia Tabela 2 i Wykres 1.

Tabela 2. Przedział wiekowy badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS).

| Przedziały wiekowe | ZOL N(%) | DPS N(%) | Razem N(%) |
|---------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 61-65 | 1 (1,3) | 3 (3,7) | 4 (2,5) |
| 66-70 | 5 (6,3) | 5 (6,3) | 10 (6,3) |
| 71-75 | 7 (12,5) | 10 (12,5) | 17 (10,6) |
| 76-80 | 17 (21,3) | 11 (13,7) | 28 (17,5) |
| 81-85 | 24 (30,0) | 29 (36,3) | 53 (33,2) |
| 86-90 | 13 (16,3) | 10 (12,5) | 23 (14,4) |
| 91-95 | 12 (15,0) | 9 (11,3) | 21 (13,2) |
| 96-100 | 1 (1,3) | 3 (3,7) | 4 (2,5) |
| Razem | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 160 (100,0) |

Legenda: N – liczba badanych; % - procent badanych

Wykres 1. Procentowy rozkład grup wiekowych badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS).



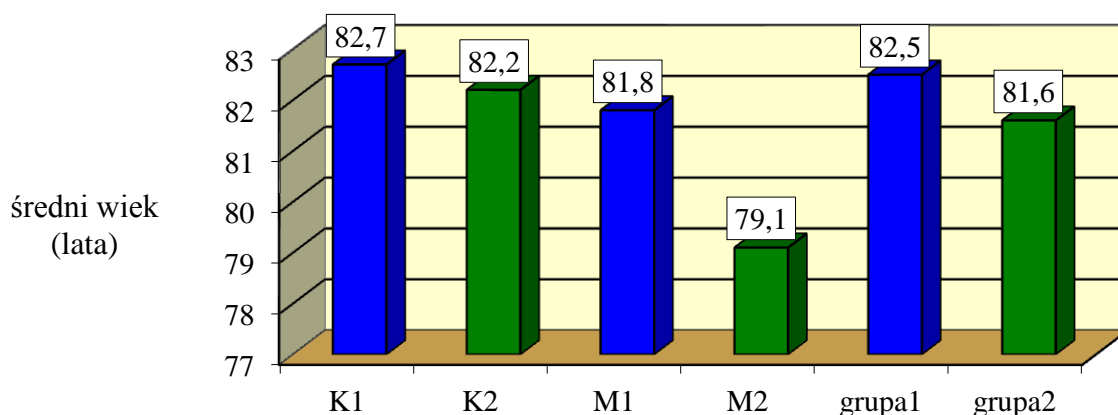
Średni wiek badanych w zakładzie opiekuńczo – leczniczym wyniósł 82,5 lata (SD =7,2) i był on podobny w grupie kobiet (82,7 lat; SD =7,6) i mężczyzn (81,8 lat; SD = 6,2). W domu pomocy społecznej średni wiek badanych wyniósł 81,6 lat (SD = 8,1) i był on podobny w grupie kobiet (82,2 lata; SD = 8,5) i mężczyzn (79,1 lat; SD = 5,9), (Tabela 3, Wykres 2). Porównywane grupy nie różniły się istotnie ze względu na wiek ($p = 0,46$).

Tabela 3. Wiek badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Wiek | ZOL | | DPS | | RAZEM | |
|----------------|------|------|------|------|-------|------|
| | K | M | K | M | ZOL | DPS |
| N | 61 | 19 | 64 | 16 | 80 | 80 |
| średnia | 82,7 | 81,8 | 82,2 | 79,1 | 82,5 | 81,6 |
| SD | 7,6 | 6,2 | 8,5 | 5,9 | 7,2 | 8,1 |
| Mediana | 82 | 81 | 82 | 80,5 | 82 | 82 |

Legenda: K – kobiety; M – mężczyźni; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykres 2. Średnie wieku badanych w latach.



Legenda: K1 / M1 – kobiety / mężczyźni przebywający w zakładzie opiekuńczo – leczniczym (grupa 1); K2 / M2 - kobiety / mężczyźni przebywający w domu pomocy społecznej (grupa 2)

W badanych zakładach zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety (odpowiednio: ZOL: N= 61; 76,3%; DPS: N=64; 80,0%), (Tabela 4). Badane grupy pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz mieszkańców domu pomocy społecznej nie różniły się istotnie pod względem płci ($p=0,57$).

Tabela 4. Płeć badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS).

| Płeć | ZOL N (%) | DPS N (%) | Razem N(%) |
|------------------|--------------|--------------|---------------|
| Kobiety | 61 (76,3) | 64 (80,0) | 125 (78,2) |
| Mężczyźni | 19 (23,7) | 16 (20,0) | 35 (21,8) |
| Razem | 80 (100) | 80 (100) | 160 (100) |

Średni okres pobytu badanych w zakładzie opiekuńczo – leczniczym wyniósł 19,3 m-ce (SD= 12,4) i był podobny w grupie kobiet (20 m-cy; SD= 13,0) i mężczyzn (17,1m-cy; SD= 10,6). Średni okres pobytu badanych w domu pomocy społecznej wyniósł 64,6 m-ce (SD= 72,5). U kobiet średni okres pobytu wyniósł 62,7 m-cy (SD=70,2), a u mężczyzn 72,1

m-cy (SD=83,0), (Tabela 5). Odnotowano istotną różnicę w okresach pobytu w obu zakładach opieki ($p<0,001$).

Tabela 5. Okres pobytu w zakładzie opiekuńczo - leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS), wyrażony w miesiącach - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Okres pobytu | ZOL | | DPS | | RAZEM | |
|----------------|------|------|------|------|-------|------|
| | K | M | K | M | ZOL | DPS |
| N | 61 | 19 | 64 | 16 | 80 | 80 |
| średnia | 20,0 | 17,1 | 62,7 | 72,1 | 19,3 | 64,6 |
| SD | 13,0 | 10,6 | 70,2 | 83,0 | 12,4 | 72,5 |
| Mediana | 18 | 18 | 38 | 47,5 | 18 | 38 |

Legenda: K – kobiety; M – mężczyźni; N- liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

W zakładzie opiekuńczo – leczniczym największą grupę badanych stanowiły osoby z chorobami mieszczącymi się w grupie schorzeń układu krążenia (N=66; 82,5%) oraz w grupie zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania (N=40; 50,0%). U około 1/3 badanych stwierdzono choroby z grupy schorzeń układu nerwowego (N=25; 31,3%), zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (N=23; 28,7%) oraz odleżyny (N=22; 27,5%). Najmniej liczną grupę badanych stanowiły osoby, u których rozpoznano choroby oka (N=6; 7,5%) oraz choroby ucha (N=3; 3,7%).

Wśród mieszkańców domu pomocy społecznej u 71 osób (88,75%) stwierdzono schorzenia mieszczące się w grupie zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, a u 58 badanych (72,5%) rozpoznano choroby z grupy schorzeń układu krążenia.

U około 1/3 badanych stwierdzono zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (N=24; 30,0%). Najmniej liczną grupę badanych stanowiły osoby, u których stwierdzono urazy (N=4; 5,0%), następnie osoby, u których występowały odleżyny (N=6; 7,5%) oraz choroby oka (N=6; 7,5%) oraz choroby ucha (N=4; 5,0%), (Tabela 6).

Tabela 6. Grupy rozpoznań u badanych pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS)⁵.

| GRUPY ROZPOZNAŃ | ZOL N (%) | DPS N (%) | Razem N (%) |
|--|----------------------|----------------------|------------------------|
| Choroby układu krążenia | 66 (82,5) | 58 (72,5) | 124 (77,5) |
| Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej. | 23 (28,7) | 24 (30,0) | 47 (29,4) |
| Zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania. | 40 (50,0) | 71 (88,7) | 111 (69,4) |
| Choroby układu nerwowego. | 25 (31,3) | 12 (15,0) | 37 (23,2) |
| Odleżyny. | 22 (27,5) | 6 (7,5) | 28 (17,5) |
| Choroby układu kostno – stawowego. | 7 (8,7) | 10(12,5) | 17 (10,6) |
| Urazy. | 13 (16,3) | 4 (5,0) | 17 (10,6) |
| Choroby oka. | 6 (7,5) | 6 (7,5) | 12 (7,5) |
| Choroby ucha. | 3 (3,7) | 4 (5,0) | 7 (4,4) |
| Inne. | 13 (16,3) | 18 (22,5) | 31 (19,4) |

Analiza liczby rozpoznań u jednej osoby wykazała, że najwięcej badanych w zakładzie opiekuńczo – leczniczym miało zdiagnozowanych trzy (N=25; 31,3%) oraz cztery (N=21; 26,3%) schorzenia. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z jednym schorzeniem (N=4; 5,0%). W domu pomocy społecznej najwięcej badanych miało zdiagnozowanych trzy (N=29; 36,3%) oraz dwa (N=21; 26,3%) schorzenia. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z jednym schorzeniem (N=5; 6,3%), (Tabela 7). Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem liczby rozpoznań u jednej osoby (p=0,20).

⁵ U badanych występowały diagnozy lekarskie z więcej niż jednej grupy rozpoznań.

Tabela 7. Liczba rozpoznań u jednej osoby będącej pacjentem zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) lub mieszkańcem domu pomocy społecznej (DPS).

| Grupa badanych | Liczba rozpoznań u jednej osoby | | | | |
|----------------|---------------------------------|----------|----------|----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 i więcej |
| | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) | N(%) |
| ZOL | 4(5,0) | 12(15,0) | 25(31,3) | 21(26,3) | 18(22,5) |
| DPS | 5(6,3) | 21(26,3) | 29(36,3) | 10(12,5) | 15(18,7) |

4.2 Zakres sprawności psychofizycznej badanych w trzech kolejnych pomiarach

4.2.1 Sprawność funkcji poznawczych według Skali Oceny Poznawczej - Cognitive Assessment Scale (CAS)

Ocena sprawności funkcji poznawczych na początku badań wykazała, iż ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen wyniosła 4,2 (SD = 3,2), u kobiet (N = 61) 4,0 (SD = 3,1), a u mężczyzn (N = 19) 4,9 (SD = 3,2). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 4,7 (SD = 2,8), u kobiet (N = 64) 4,7 (SD = 2,7), a u mężczyzn (N = 16) 4,8 (SD = 2,9).

Po trzech miesiącach ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen sprawności funkcji poznawczych wyniosła 3,9 (SD = 3,2), u kobiet 3,6 (SD = 3,2), a u mężczyzn 4,7 (SD = 3,1). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 4,3 (SD = 3,0) i była taka sama w grupie kobiet i mężczyzn (SD było odpowiednio równe: 3,0 i 3,3).

Po sześciu miesiącach ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen sprawności funkcji poznawczych wyniosła 3,5 (SD = 3,3), u kobiet 3,5 (SD = 3,2), a u mężczyzn 3,4 (SD = 3,6). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 3,8 (SD = 3,0), u kobiet 3,8 (SD = 3,0), a u mężczyzn 3,7 (SD = 3,1). Wyniki przedstawiają Tabela 8 i Tabela 9.

Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w kolejnych pomiarach przeprowadzonych u podopiecznych obu zakładów ($p=0,13$ dla pierwszego pomiaru, $p=0,21$ dla drugiego pomiaru i $p=0,27$ dla trzeciego pomiaru), że osoby przebywające w badanych zakładach opieki nie różniły się pod względem sprawności funkcji poznawczych.

Tabela 8. Sprawność funkcji poznawczych pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Sprawność funkcji poznawczych | ZOL | | | DPS | | |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | POMIAR 1 | POMIAR 2 | POMIAR 3 | POMIAR 1 | POMIAR 2 | POMIAR 3 |
| N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| średnia | 4,2 | 3,9 | 3,5 | 4,7 | 4,3 | 3,8 |
| SD | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 2,8 | 3,0 | 3,0 |
| Mediana | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; N - liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Tabela 9. Sprawność funkcji poznawczych w podgrupach z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Sprawność funkcji poznawczych | POMIAR 1 | | | | POMIAR 2 | | | | POMIAR 3 | | | |
|-------------------------------|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|
| | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | |
| | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| N | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 |
| średnia | 4,0 | 4,9 | 4,7 | 4,8 | 3,6 | 4,7 | 4,3 | 4,3 | 3,5 | 3,4 | 3,8 | 3,7 |
| SD | 3,1 | 3,2 | 2,7 | 2,9 | 3,2 | 3,1 | 3,0 | 3,3 | 3,2 | 3,6 | 3,0 | 3,1 |
| Mediana | 4 | 6 | 4 | 4,5 | 3 | 6 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3,5 | 2 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; K – kobiety; M – mężczyźni; N - liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

4.2.2 Sprawność ruchowa według skali Barthel

Ocena sprawności ruchowej na początku badań wykazała, iż ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen wyniosła 19,4 (SD = 14,1), u kobiet (N = 61) 18,9 (SD = 14), a u mężczyzn (N = 19) 20,8 (SD = 14,6).

W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 46,3 (SD = 28,3), u kobiet (N = 64) 46,1 (SD = 27,3), a u mężczyzn (N = 16) 46,9 (SD = 32,9).

Po trzech miesiącach ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen sprawności ruchowej wyniosła 18,7 (SD = 14,4), u kobiet 18,3 (SD = 14,2), a u mężczyzn 20,0 (SD = 15,2). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 43,5 (SD = 28,9), u kobiet 43,3 (SD = 28,0), a u mężczyzn 44,4 (SD = 33,2).

Po sześciu miesiącach ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen sprawności ruchowej wyniosła 17,8 (SD=14,7), u kobiet 17,6 (SD = 14,4), a u mężczyzn 18,4 (SD = 15,8). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 40,4 (SD = 28,6), u kobiet 39,9 (SD = 28,2), a u mężczyzn 42,2 (SD = 31,1). Wyniki przedstawia Tabela 10 i Tabela 11.

Wykazano istotną różnicę w sprawności ruchowej podopiecznych obu zakładów, zarówno na wstępie ($p < 0,001$), jak i w kolejnych pomiarach ($p < 0,001$ dla porównań po trzech i po sześciu miesiącach).

Tabela 10. Sprawność ruchowa pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Sprawność ruchowa | ZOL | | | DPS | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 |
| N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| średnia | 19,4 | 18,7 | 17,8 | 46,3 | 43,5 | 40,4 |
| SD | 14,1 | 14,4 | 14,7 | 28,3 | 28,9 | 28,6 |
| Mediana | 15 | 15 | 10 | 50 | 45 | 45 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; N - liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Tabela 11. Sprawność ruchowa pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Sprawność ruchowa | Pomiar 1 | | | | Pomiar 2 | | | | Pomiar 3 | | | |
|-------------------|----------|------|------|------|----------|------|------|------|----------|------|------|------|
| | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | |
| | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| N | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 |
| średnia | 18,9 | 20,8 | 46,1 | 46,9 | 18,3 | 20,0 | 43,3 | 44,4 | 17,6 | 18,4 | 39,9 | 42,2 |
| SD | 14,0 | 14,6 | 27,3 | 32,9 | 14,2 | 15,2 | 28,0 | 33,2 | 14,4 | 15,8 | 28,2 | 31,1 |
| Mediana | 15 | 15 | 52,5 | 40 | 15 | 15 | 50 | 35 | 10 | 10 | 45 | 35 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; K – kobiety; M – mężczyźni; N - liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Tabela 12 przedstawia zestawienie sum ocen uzyskanych w skali Barthel dla obu grup w trzech kolejnych pomiarach. Osoby przebywające w zakładzie opiekuńczo – leczniczym uzyskiwały od 0 do 40 punktów, natomiast mieszkańcy domu pomocy społecznej od 0 do 95 punktów. Żaden z badanych nie uzyskał maksymalnej sumy równej 100 punktów.

W grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, najwyższą sumę 40 punktów po pierwszym badaniu uzyskało 11 osób. W trakcie całego badania liczba ta nie ulegała zmianie; zmalała o 1 po trzech miesiącach i ponownie wzrosła o 1 po sześciu miesiącach. Natomiast najmniejszą wartość sumy punktów, równą 0, na początku badań uzyskało 12 osób i liczba ta zwiększała się z każdym następnym pomiarem. Po sześciu miesiącach u 16 osób sprawność ruchowa została oceniona na 0 punktów.

W badaniu wstępnym największa liczba badanych (N=18) uzyskała sumę ocen sprawności ruchowej równą 10 punktów. Jednak liczba ta zmniejszała się z każdym kolejnym pomiarem (pomiar drugi – 16 osób; pomiar trzeci – 15 osób).

W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej największą sumę 95 punktów w pierwszym, drugim i trzecim badaniu uzyskała tylko jedna osoba. Natomiast, najmniejszą sumę punktów (0 punktów) na początku badań uzyskało 7 osób i liczba ta zwiększała się z każdym następnym pomiarem. Po sześciu miesiącach u 15 osób sprawność ruchową oceniono na 0 punktów. Największa liczba badanych (N=11) uzyskała sumę oceny sprawności ruchowej równą 70 punktów. Jednak zaobserwowano, że liczba ta zmniejszała się z każdym kolejnym pomiarem (pomiar drugi – 9 osób; pomiar trzeci – 7 osób).

Tabela 12. Rozkład sum ocen skali Barthel w trzech kolejnych pomiarach.

| ZOL | | | | DPS | | | |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Suma ocen | Pomiar 1 N (%) | Pomiar 2 N (%) | Pomiar 3 N (%) | Suma ocen | Pomiar 1 N (%) | Pomiar 2 N (%) | Pomiar 3 N (%) |
| 0 | 12(15,0) | 14 (17,5) | 16 (20,0) | 0 | 7 (8,7) | 9 (11,3) | 15 (18,7) |
| 5 | 6 (7,5) | 8 (10,0) | 10 (12,5) | 5 | 7 (8,7) | 6 (7,5) | 3 (3,7) |
| 10 | 18 (22,5) | 16 (20,0) | 15 (18,7) | 10 | 2 (2,5) | 5 (6,3) | 3 (3,7) |
| 15 | 5 (6,3) | 3 (3,7) | 2 (2,5) | 15 | 3 (3,7) | 1 (1,3) | 2 (2,5) |
| 20 | 4 (5,0) | 5 (6,3) | 3 (3,7) | 20 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| 25 | 3 (3,7) | 5 (6,3) | 7 (8,7) | 25 | 4 (5,0) | 3 (3,7) | 3 (3,7) |
| 30 | 13 (16,3) | 8 (10,0) | 8 (10,0) | 30 | 2 (2,5) | 8 (10,0) | 6 (7,5) |
| 35 | 8 (10,0) | 11 (13,7) | 8 (10,0) | 35 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 40 | 11 (13,7) | 10 (12,5) | 11 (13,7) | 40 | 7 (8,7) | 5 (6,3) | 6 (7,5) |
| 45 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 45 | 5 (6,3) | 4 (5,0) | 5 (6,3) |
| 50 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 50 | 4 (5,0) | 3 (3,7) | 5 (6,3) |
| 55 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 55 | 5 (6,3) | 5 (6,3) | 4 (5,0) |
| 60 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 60 | 3 (3,7) | 4 (5,0) | 4 (5,0) |
| 65 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 65 | 6 (7,5) | 6 (7,5) | 6 (7,5) |
| 70 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 70 | 11 (13,7) | 9 (11,3) | 7 (8,7) |
| 75 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 75 | 3 (3,7) | 2 (2,5) | 1 (1,3) |
| 80 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 80 | 4 (5,0) | 4 (5,0) | 5 (6,3) |
| 85 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 85 | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| 90 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 90 | 4 (5,0) | 4 (5,0) | 2 (2,5) |
| 95 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 95 | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| 100 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 100 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Razem | 80 | 80 | 80 | Razem | 80 | 80 | 80 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; N - liczba badanych; % - procent badanych

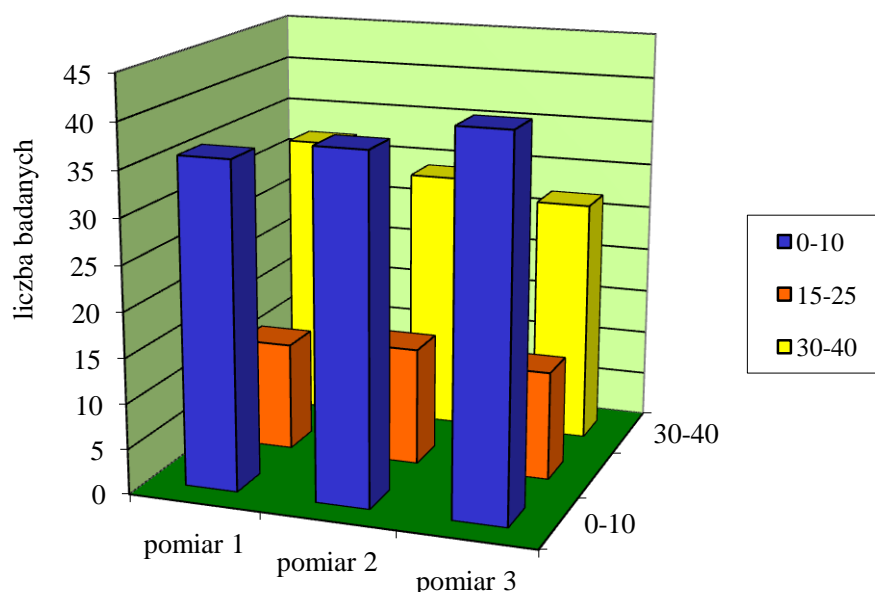
Badaną zmienną sumaryczną dla sprawności ruchowej podzielono na trzy przedziały, oddzielnie dla pacjentów zakładu opiekuńczo - leczniczego (przedziały: 0 - 15; 20 – 30; 35 – 40) oraz dla mieszkańców domu pomocy społecznej (przedziały: 0 – 30; 35 – 60; 65 – 95). Rozkład liczby badanych w poszczególnych przedziałach ocen przedstawia Wykres 3 i Tabela 13 oraz Wykres 4 i Tabela 14.

W trzech kolejnych pomiarach w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym największa liczba badanych uzyskała sumę punktów zawartą w przedziałach 0 do 10 punktów [w badaniu pierwszym: N = 36 (45,0%); w badaniu drugim:

N = 38 (47,5%); w badaniu trzecim: N = 41, (51,3%)] oraz 30 – 40 punktów [w badaniu pierwszym: N = 32 (40,0%); w badaniu drugim : N = 29 (36,3%); w badaniu trzecim: N = 27 (33,7%)].

Liczba osób, których suma wyników mieściła się w przedziale 30 – 40 pkt. w trakcie trzech kolejnych pomiarów zmniejszyła się z 32 badanych po pierwszym badaniu do 27 po trzecim badaniu. Z kolei liczba badanych, których suma punktów mieściła się w przedziale 0 do 10 punktów wzrosła z 36 po pierwszym badaniu do 41osób po trzecim badaniu. Liczba osób, których suma punktów mieściła się w przedziale 15 do 25 pkt. była taka sama po pierwszym i trzecim badaniu (po 12 badanych, 15,0%), w drugim badaniu w tym przedziale mieściło się 13 badanych (16,3%), (Wykres 3, Tabela 13).

Wykres 3. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych pacjentów zakładu opiekuńczo - leczniczego.



Legenda: pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach.

Tabela 13. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego - wartości podstawowych statystyk opisowych.

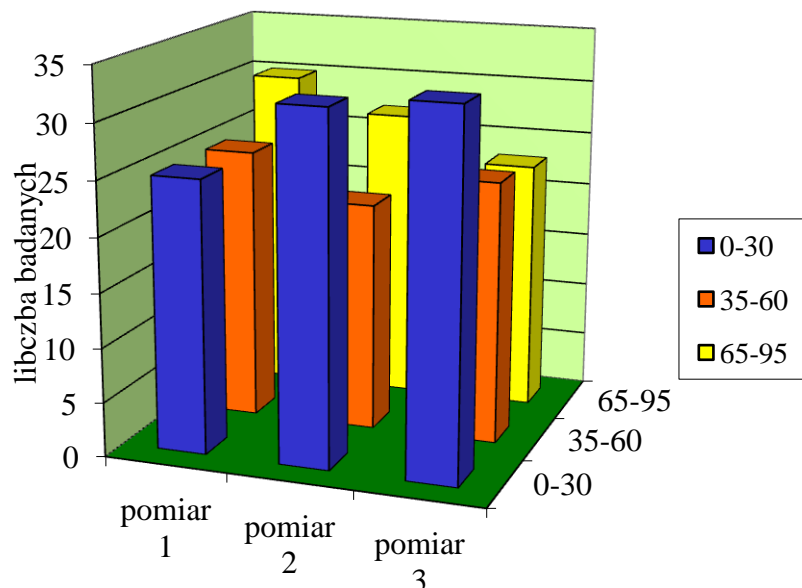
| Przedziały ocen | Pomiar 1 N(%) | Pomiar 2 N(%) | Pomiar 3 N(%) |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30 - 40 | 32(40,0) | 29(36,3) | 27(33,7) |
| 15 - 25 | 12(15,0) | 13(16,3) | 12(15,0) |
| 0 - 10 | 36(45,0) | 38(47,5) | 41(51,3) |
| Razem | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) |

Legenda: N- liczba badanych; % - procent badanych; Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach.

W trzech kolejnych pomiarach w grupie pacjentów przebywających w domu pomocy społecznej największa liczba badanych uzyskała sumę punktów zawartą w przedziale 0 do 30 punktów [w badaniu pierwszym: N = 25 (31,3%): w badaniu drugim: N = 32 (40,0%); w badaniu trzecim: N = 33, (41,3%)] oraz 65 do 95 punktów [w badaniu pierwszym: N = 30 (37,5%); w badaniu drugim: N = 27 (33,7%); w badaniu trzecim: N = 23 (28,7%)].

Liczba osób, u których suma punktów skali Barthel mieściła się w przedziale 65 do 95 punktów w trakcie trzech kolejnych pomiarów zmniejszyła się z 30 badanych w pierwszym badaniu do 23 w trzecim badaniu. Liczba badanych, których suma punktów mieściła się w przedziale 0 – 30 punktów wzrosła o 8 osób między pierwszym a trzecim badaniem. Natomiast grupa badanych, których suma punktów mieściła się w przedziale 35 – 60 punktów była podobna po pierwszym i trzecim badaniu (odpowiednio: N = 25, 31,3%: N = 24, 30,0%), w drugim badaniu liczba osób była mniejsza i wyniosła 21 badanych (26,3%), (Wykres 4, Tabela 14).

Wykres 4. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych mieszkańców domu pomocy społecznej.



Legenda: pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - sześciu miesiącach;

Tabela 14. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych mieszkańców domu pomocy społecznej - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Przedziały ocen | Pomiar 1 N(%) | Pomiar 2 N(%) | Pomiar 3 N(%) |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| 65 - 95 | 30(37,5) | 27(33,7) | 23(28,7) |
| 35 - 60 | 25(31,3) | 21(26,3) | 24(30,0) |
| 0 - 30 | 25(31,3) | 32(40,0) | 33(41,3) |
| Razem | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) |

Legenda: N- liczba badanych; % - procent badanych; Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach.

4.2.3 Stan funkcjonalny według Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej - Edmonton Functional Assesment Tool (EFAT)

Ocena stanu funkcjonalnego przeprowadzona na początku badań wykazała, iż ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen wyniosła 19,5 (SD = 4,9), u kobiet (N = 61) 19,6 (SD = 5,0), a u mężczyzn (N = 19) 18,9 (SD = 4,7). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 15,4 (SD = 5,9), u kobiet (N = 64) 15,5 (SD = 6,0), a u mężczyzn (N = 16) 15,3 (SD = 5,3).

Po trzech miesiącach ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen stanu funkcjonalnego wyniosła 20,3 (SD = 5,1), u kobiet 20,5 (SD = 5,1), a u mężczyzn 19,4 (SD = 5,1). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 16,7 (SD = 5,9), u kobiet 16,9 (SD = 5,9), a u mężczyzn 16,1 (SD = 5,7).

Po sześciu miesiącach ogółem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen stanu funkcjonalnego wyniosła 20,7 (SD = 5,5), u kobiet 20,6 (SD = 5,5), a u mężczyzn 21,2 (SD = 5,7). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 17,4 (SD = 6,1), u kobiet 17,2 (SD = 6,1), a u mężczyzn 18,0 (SD = 6,5). Wyniki przedstawia Tabela 15 i Tabela 16.

Wykazano istotną różnicę stanu funkcjonalnego podopiecznych obu zakładów, zarówno na wstępie ($p < 0,001$), jak i w kolejnych pomiarach ($p < 0,001$ dla porównań po trzech i po sześciu miesiącach).

Tabela 15. Stan funkcjonalny w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Stan funkcjonalny | ZOL | | | DPS | | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 |
| N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| średnia | 19,5 | 20,3 | 20,7 | 15,4 | 16,7 | 17,4 |
| SD | 4,9 | 5,1 | 5,5 | 5,9 | 5,9 | 6,1 |
| Mediana | 19 | 19 | 19 | 14,5 | 15,5 | 16 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; N - liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Tabela 16. Stan funkcjonalny pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Stan funkcjonalny | POMIAR 1 | | | | POMIAR 2 | | | | POMIAR 3 | | | |
|-------------------|----------|------|------|------|----------|------|------|------|----------|------|------|------|
| | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | |
| | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| N | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 |
| średnia | 19,6 | 18,9 | 15,5 | 15,3 | 20,5 | 19,4 | 16,9 | 16,1 | 20,6 | 21,2 | 17,2 | 18,0 |
| SD | 5,0 | 4,7 | 6,0 | 5,3 | 5,1 | 5,1 | 5,9 | 5,7 | 5,5 | 5,7 | 6,1 | 6,5 |
| Mediana | 19 | 19 | 14 | 15 | 19 | 20 | 15 | 16 | 19 | 21 | 16 | 17,5 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; K – kobiety; M – mężczyźni; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

4.2.4 Stan psychiczny (w zakresie objawów napięcia, lęku oraz depresji) według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku (SOPL)

Oceniając stan psychiczny pacjentów nie stwierdzono objawów napięcia, lęku na żadnym etapie badań (badanie wstępne, po 3 i po 6 miesiącach) u prawie $\frac{3}{4}$ badanych przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym. Objawy łagodne stwierdzono u 15,0% (N=12) badanych w pierwszym pomiarze, u 12,5% (N=10) badanych w drugim pomiarze i u 11,3% (N=9) badanych w trzecim pomiarze. Objawy umiarkowane stwierdzono u 2,5% (N=2) badanych w pierwszym pomiarze, u 3,7% (N=3) badanych w drugim pomiarze i u 6,3% (N=5) badanych w trzecim pomiarze.

Objawy umiarkowanie ciężkie stwierdzono jedynie w pierwszym pomiarze u 2,5% (N=2) badanych. Objawy ciężkie stwierdzono u 3,7% (N=3) badanych w pierwszym pomiarze i u 1,3% (N=1) w drugim pomiarze. U żadnego pacjenta przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym nie stwierdzono krańcowych objawów napięcia, lęku na żadnym etapie badań (Tabela 17).

W odniesieniu do mieszkańców domu pomocy społecznej nie wykazano objawów napięcia, lęku u zdecydowanej większości badanych (od 82,5% do 85,0%) na żadnym etapie badań. Objawy łagodne stwierdzono u 10,0% (N=8) badanych w pierwszym pomiarze i u 11,3% (N=9) badanych zarówno w drugim jak i w trzecim pomiarze. Objawy

umiarkowane stwierdzono u 3,7% (N=3) badanych w pierwszym pomiarze, u 2,5% (N=2) badanych w drugim pomiarze i u 1,3 (N=1) badanych w trzecim pomiarze. Objawy ciężkie stwierdzono tylko u jednej osoby (1,3%) w pierwszym, drugim i trzecim pomiarze. U żadnej osoby, przebywającej w domu pomocy społecznej, nie stwierdzono umiarkowanie ciężkich ani krańcowych objawów napięcia, lęku na żadnym etapie badań, (Tabela 17).

Tabela 17. Rozkład ocen napięcia, lęku według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS).

| Stopień nasilenia objawów napięcia, lęku | Pomiar 1 | | Pomiar 2 | | Pomiar 3 | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | ZOL N(%) | DPS N(%) | ZOL N(%) | DPS N(%) | ZOL N(%) | DPS N(%) |
| 1. Nie występuje | 58 (72,5) | 68 (85,0) | 58 (72,5) | 66 (82,5) | 66 (82,5) | 67 (83,7) |
| 2. Minimalne | 3 (3,7) | 0 (0,0) | 7 (8,7) | 2 (2,5) | 6 (7,5) | 2 (2,5) |
| 3. Łagodne | 12 (15,0) | 8 (10,0) | 10 (12,5) | 9 (11,3) | 3 (3,7) | 9 (11,3) |
| 4. Umiarkowane | 2 (2,5) | 3 (3,7) | 4 (5,0) | 2 (2,5) | 5 (6,3) | 1 (1,3) |
| 5. Umiarkowanie ciężkie | 2 (2,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 6. Ciężkie | 3 (3,7) | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| 7. Krańcowe | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Razem | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; N - liczba badanych; % - procent badanych

Podczas pierwszego pomiaru, w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen nasilenia objawów napięcia, lęku wyniosła 1,7 (SD = 1,3), u kobiet (N = 61) 1,6 (SD = 1,3), a u mężczyzn (N = 19) 2,0 (SD = 1,5). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 1,4 (SD = 1,0), u kobiet (N = 64) 1,4 (SD = 1,0), a u mężczyzn (N = 16) 1,2 (SD = 0,8).

Ocena nasilenia objawów napięcia, lęku dokonana po trzech miesiącach wykazała, iż w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen wyniosła 1,6 (SD = 1,0), u kobiet 1,5 (SD = 1,1), a u mężczyzn 1,6 (SD = 0,9). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 1,4 (SD = 0,9), u kobiet 1,4 (SD = 1,0), a u mężczyzn 1,2 (SD = 0,5).

Po sześciu miesiącach, w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen nasilenia objawów napięcia, lęku wyniosła 1,3 (SD = 0,8), u kobiet

1,3 (SD = 0,8), a u mężczyzn 1,4 (SD = 1,0). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 1,4 (SD = 0,9), u kobiet wyniosła 1,4 (SD = 1,0), a u mężczyzn 1,2 (SD = 0,5). Wyniki przedstawia Tabela 18 i Tabela 19.

Porównując stan psychiczny w zakresie nasilenia objawów napięcia, lęku w grupach badanych, przebywających w dwóch analizowanych zakładach, jedynie w badaniu wstępnym wykazano istotną różnicę ($p=0,03$). W kolejnych pomiarach nie odnotowano różnic istotnych statystycznie ($p=0,14$ dla drugiego pomiaru i $p=0,46$ dla trzeciego pomiaru).

Tabela 18. Nasilenie objawów napięcia, lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Napięcie, lęk | ZOL | | | DPS | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 |
| N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| średnia | 1,7 | 1,6 | 1,3 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| SD | 1,3 | 1,0 | 0,8 | 1,0 | 0,9 | 0,9 |
| Mediana | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Tabela 19. Nasilenie objawów napięcia, lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Napięcie, lęk | Pomiar 1 | | | | Pomiar 2 | | | | Pomiar 3 | | | |
|----------------|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|
| | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | |
| | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| N | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 |
| średnia | 1,6 | 2,0 | 1,4 | 1,2 | 1,5 | 1,6 | 1,4 | 1,2 | 1,3 | 1,4 | 1,4 | 1,2 |
| SD | 1,3 | 1,5 | 1,0 | 0,8 | 1,1 | 0,9 | 1,0 | 0,5 | 0,8 | 1,0 | 1,0 | 0,5 |
| Mediana | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; K – kobiety; M – mężczyźni; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Objawów depresji nie stwierdzono u ponad sześćdziesięciu procent badanych (od 60,0% do 67,5%) przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym na żadnym etapie badań. Łagodne objawy depresji stwierdzono u 15,0% (N=12) badanych w pierwszym pomiarze, u 22,5% (N=18) badanych w drugim pomiarze, u 18,7% (N=15) badanych w trzecim pomiarze. Objawy umiarkowane stwierdzono u 5,0% (N=4) badanych zarówno w pierwszym jak i w trzecim pomiarze oraz u 6,3% (N=5) badanych w drugim pomiarze. Objawy umiarkowanie ciężkie stwierdzono u 5,0% (N=4) badanych w pierwszym pomiarze i u 6,3% (N=5) badanych w drugim pomiarze i u 1,3% (N=1) badanych w trzecim pomiarze. Objawy ciężkie stwierdzono tylko u jednej osoby (1,3%) w pierwszym pomiarze. Krańcowe objawy depresji stwierdzono tylko u jednej osoby (1,3%) w trzecim pomiarze (Tabela 20).

W odniesieniu do mieszkańców domu pomocy społecznej nie wykazano objawów depresji u większości badanych (od 61,3% do 71,3%) na żadnym etapie badań. Objawy łagodne stwierdzono u 18,7% (N=15) badanych w pierwszym pomiarze, u 23,7% (N=19) badanych w drugim, a u 22,5% (N=18) w trzecim pomiarze. Objawy umiarkowane stwierdzono u 3,7% (N=3) badanych w pierwszym pomiarze, u 6,3% (N=5) badanych zarówno w drugim jak i w trzecim pomiarze. Objawy umiarkowanie ciężkie stwierdzono u jednej osoby (1,3%) w drugim i trzecim pomiarze. Na żadnym etapie pomiarów u nikogo z badanych osób nie stwierdzono ciężkich oraz krańcowych objawów depresji (Tabela 20).

Tabela 20. Rozkład ocen objawów depresji według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS).

| Stopień nasilenia objawów depresji | Pomiar 1 | | Pomiar 2 | | Pomiar 3 | |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | ZOL N(%) | DPS N(%) | ZOL N(%) | DPS N(%) | ZOL N(%) | DPS N(%) |
| 1. Nie występuje | 54(67,5) | 57(71,3) | 48(60,0) | 51(63,7) | 50(62,5) | 49(61,3) |
| 2. Minimalne | 5(6,3) | 5(6,3) | 4(5,0) | 4(5,0) | 9(11,3) | 7(8,7) |
| 3. Łagodne | 12(15,0) | 15(18,7) | 18(22,5) | 19(23,7) | 15(18,7) | 18(22,5) |
| 4. Umiarkowane | 4(5,0) | 3(3,7) | 5(6,3) | 5(6,3) | 4(5,0) | 5(6,3) |
| 5. Umiarkowanie ciężkie | 4(5,0) | 0(0,0) | 5(6,3) | 1(1,3) | 1(1,3) | 1(1,3) |
| 6. Ciężkie | 1(1,3) | 0(0,0) | 0(0,0) | 0(0,0) | 0(0,0) | 0(0,0) |
| 7. Krańcowe | 0(0,0) | 0(0,0) | 0(0,0) | 0(0,0) | 1(1,3) | 0(0,0) |
| Razem | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) | 80(100,0) |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - sześciu miesiącach; N – liczba badanych; % - procent badanych

Podczas pierwszego pomiaru w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen nasilenia objawów depresji wyniosła 1,8 (SD = 1,3), u kobiet (N = 61) wyniosła 1,6 (SD = 1,2), a u mężczyzn (N = 19) 2,3 (SD = 1,4). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 1,6 (SD = 0,9), u kobiet (N = 64) 1,5 (SD = 0,9), a u mężczyzn (N = 16) 1,9 (SD = 1,1).

Po trzech miesiącach w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym średnia ocen nasilenia objawów depresji wyniosła 1,9 (SD = 1,3), u kobiet 1,8 (SD = 1,2), a u mężczyzn 2,3 (SD = 1,4). W grupie mieszkańców domu pomocy społecznej analogiczna średnia ocen wyniosła 1,8 (SD = 1,1), u kobiet 1,7 (SD = 1,0), a u mężczyzn 2,2 (SD = 1,3).

Po sześciu miesiącach grupa pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym uzyskała średnią ocen nasilenia objawów depresji 1,8 (SD = 1,2), identyczną jak mieszkańcy domu pomocy społecznej 1,8 (SD = 1,1). W obydwu zakładach rozkład wartości średnich w podgrupach kobiet i mężczyzn był podobny; wartości średnie nasilenia objawów depresji wynosiły odpowiednio: 1,7 wśród kobiet i 2,1 wśród mężczyzn. Wyniki przedstawia Tabela 21 i Tabela 22.

Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w kolejnych pomiarach przeprowadzonych u podopiecznych obu zakładów (p=0,08 dla pierwszego pomiaru, p=0,17 dla drugiego pomiaru i p=0,47 dla trzeciego pomiaru), zatem można stwierdzić, że badane osoby nie różniły się pod względem nasilenia objawów depresji.

Tabela 21. Nasilenie objawów depresji w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Depresja | ZOL | | | DPS | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 | Pomiar 1 | Pomiar 2 | Pomiar 3 |
| N | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| średnia | 1,8 | 1,9 | 1,8 | 1,6 | 1,8 | 1,8 |
| SD | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 0,9 | 1,1 | 1,1 |
| Mediana | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

Tabela 22. Nasilenie objawów depresji w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Depresja | Pomiar 1 | | | | Pomiar 2 | | | | Pomiar 3 | | | |
|----------------|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|
| | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | | ZOL | | DPS | |
| | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M | K | M |
| N | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 | 61 | 19 | 64 | 16 |
| średnia | 1,6 | 2,3 | 1,5 | 1,9 | 1,8 | 2,3 | 1,7 | 2,2 | 1,7 | 2,1 | 1,7 | 2,1 |
| SD | 1,2 | 1,4 | 0,9 | 1,1 | 1,2 | 1,4 | 1,0 | 1,3 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,4 |
| Mediana | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |

Legenda: Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach; K – kobiety; M – mężczyźni; N – liczba badanych; SD – odchylenie standardowe

4.3 Dynamika zmian poziomu sprawności psychofizycznej w okresie sześciomiesięcznej obserwacji

Stwierdzono, iż w badanych grupach, w trzech kolejnych pomiarach, średnie wartości ocen sprawności funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego, zmierzonych za pomocą Skali Oceny Poznawczej, Skali Barthel, Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej oraz Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku nie różniły się statystycznie ($p > 0,05$). Zatem średnie poziomy funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego (w zakresie objawów napięcia, lęku i depresji) w trakcie sześciomiesięcznej obserwacji, w badanych dwóch grupach osób, przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz domu pomocy społecznej, nie uległy istotnej zmianie. Tym niemniej zaobserwowano przesunięcia poszczególnych pacjentów w ramach analizowanych grup.

4.3.1 Dynamika zmian funkcji poznawczych

W zakładzie opiekuńczo – leczniczym analiza dynamiki sprawności funkcji poznawczych wykazała, że u większości badanych nie stwierdzono zmian zarówno pomiędzy pierwszym a drugim ($N = 54$; 67,5%) oraz drugim a trzecim pomiarem ($N = 48$; 60,0%), (Tabela 23).

Pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem stwierdzono pogorszenie sprawności funkcji poznawczych u 21 badanych (26,3%), w tym u 14 osób o 1 punkt, u 4 badanych o 2 punkty i w 3 przypadkach o 3 punkty. W tym samym czasie nastąpiła poprawa sprawności funkcji poznawczych u 5 badanych (6,3%), z czego u 4 badanych o 1 punkt i u 1 osoby o 2 punkty.

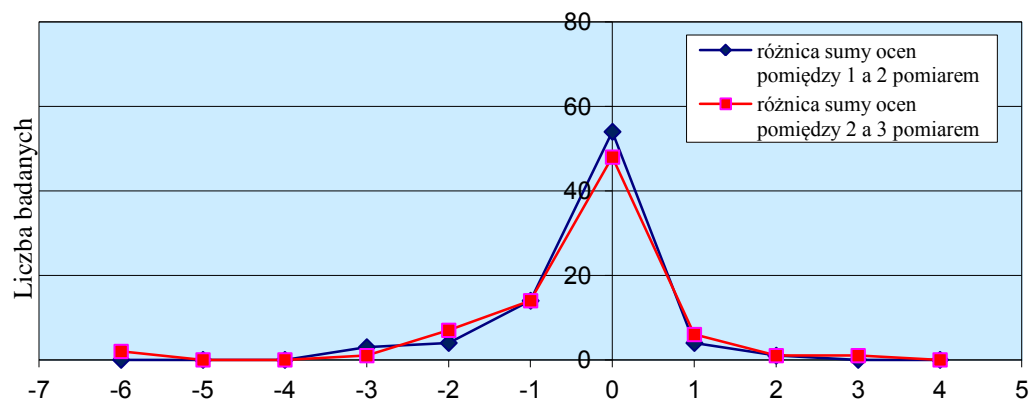
Pomiędzy drugim a trzecim pomiarem wykazano pogorszenie sprawności funkcji poznawczych u 24 badanych (30,0%), w tym w 14 przypadkach o 1 punkt, w 7 przypadkach o 2 punkty, w 2 przypadkach o 6 punktów, w 1 przypadku o 3 punkty. Równocześnie zaobserwowano poprawę sprawności funkcji poznawczych u 8 badanych (10,0%), w tym u 6 badanych o 1 punkt, a u pozostałych dwóch osób o 2 i 3 punkty (Tabela 23, Wykres 5).

Tabela 23. Rozkład zmian funkcji poznawczych pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS).

| Różnica wyników | | ZOL | | DPS | |
|-----------------|----|------------|------------|------------|------------|
| | | 1/2 | 2/3 | 1/2 | 2/3 |
| | | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| pogorszenie | -6 | 0 (0,0) | 2 (2,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -5 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| | -4 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (2,5) | 0 (0,0) |
| | -3 | 3 (3,7) | 1 (1,3) | 2 (2,5) | 5 (6,3) |
| | -2 | 4 (5,0) | 7 (8,7) | 11 (13,7) | 7 (8,7) |
| | -1 | 14 (17,5) | 14 (17,5) | 5 (6,3) | 18 (22,5) |
| brak zmian | 0 | 54 (67,5) | 48 (60,0) | 54 (67,5) | 41 (51,3) |
| poprawa | 1 | 4 (5,0) | 6 (7,5) | 5 (6,3) | 6 (7,5) |
| | 2 | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| | 3 | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 4 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| Razem | | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) |

Legenda: N – liczba badanych; % - procent badanych; 1/2 - różnica sum pomiarów pomiędzy pierwszym a drugim badaniem; 2/3 - różnica sum pomiarów pomiędzy drugim a trzecim badaniem

Wykres 5. Kierunek zmian funkcji poznawczych w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym.

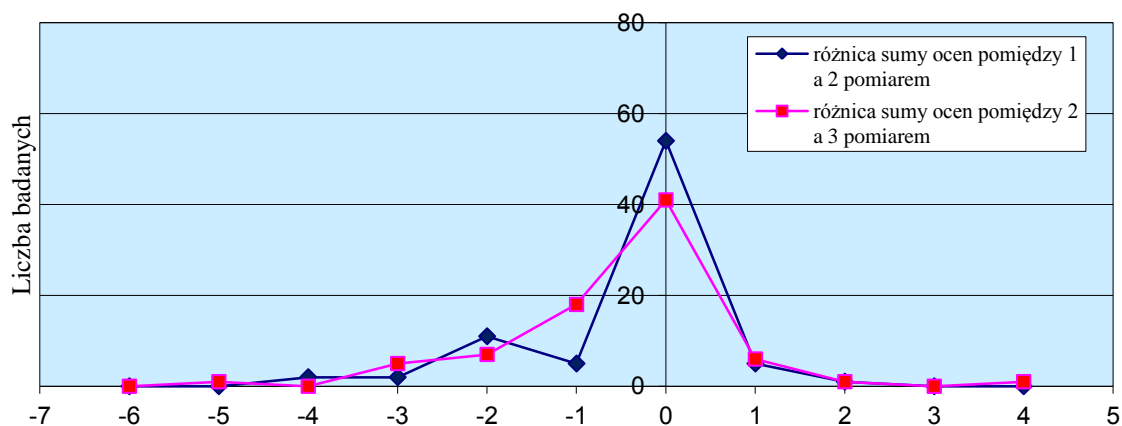


W domu pomocy społecznej analiza dynamiki zaburzeń funkcji poznawczych wykazała, że u większości badanych nie stwierdzono zmian zarówno pomiędzy pierwszym a drugim (N = 54; 67,5%) oraz drugim a trzecim pomiarem (N = 41; 51,3%).

Jednakże, pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem zmiany w kierunku pogorszenia sprawności funkcji poznawczych wykazano u 20 badanych (25,0%), w tym u 11 badanych o 2 punkty, u 5 osób o 1 punkt, a u pozostałych dwóch osób było to zmniejszenie sprawności funkcji poznawczych o 4 punkty oraz o 3 punkty. Równocześnie, poprawa sprawności funkcji poznawczych wystąpiła u 6 badanych (7,5%), z czego u 5 badanych o 1 punkt i u 1 osoby o 2 punkty.

Pomiędzy drugim a trzecim pomiarem wykazano pogorszenie sprawności funkcji poznawczych u 31 badanych (38,7%), w tym u 18 osób o 1 punkt, u 7 osób o 2 punkty, a u pozostałych 6 badanych w granicach od 3 do 5 punktów. W tym samym czasie sprawność funkcji poznawczych uległa poprawie u 8 badanych (10,0%), w tym u 6 osób o 1 punkt, u pozostałych dwóch osób o 2 i o 4 punkty. Wyniki przedstawia Tabela 23 i Wykres 6

Wykres 6. Kierunek zmian poziomu funkcji poznawczych w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej.



4.3.2 Dynamika zmian sprawności ruchowej

Analiza dynamiki zmian sprawności ruchowej w zakładzie opiekuńczo – leczniczym wykazała brak zmian u większości badanych pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem; liczba tych osób była taka sama w trakcie sześciomiesięcznej obserwacji (N = 57; 71,3%).

Natomiast, pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem pogorszenie sprawności ruchowej wystąpiło u 14 badanych (17,5%), w tym w 9 przypadkach było to zmniejszenie aktywności fizycznej o 5 punktów, u 2 badanych o 10 i o 15 punktów, a u 1 osoby o 20 punktów. W tym samym czasie zaobserwowano poprawę sprawności ruchowej u 9 badanych (11,3%), w tym w 7 przypadkach o 5 punktów, u pozostałych dwóch osób o 10 i o 15 punktów.

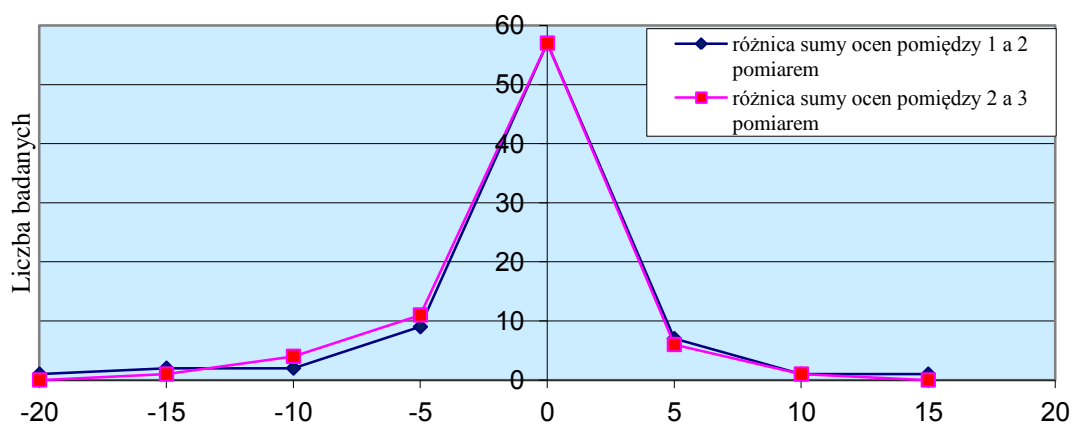
Analizując dynamikę zmian pomiędzy drugim a trzecim pomiarem wykazano pogorszenie sprawności ruchowej u 16 osób (20,0%), z czego u 11 badanych sprawność ruchowa zmniejszyła się o 5 punktów, u 4 badanych o 10 punktów, u 1 osoby o 15 punktów. Natomiast poprawa sprawności ruchowej wystąpiła u 7 badanych (8,7%), w tym u 6 osób o 5 punktów, a u jednej osoby o 10 punktów. Wyniki przedstawia Tabela 24 i Wykres 7.

Tabela 24. Rozkład zmian sprawności ruchowej pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS).

| Różnica wyników | | ZOL | | DPS | |
|-----------------|----------|------------|------------|------------|------------|
| | | 1/2 | 2/3 | 1/2 | 2/3 |
| | | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| pogorszenie | -60 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| | -55 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -50 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -45 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (2,5) | 0 (0,0) |
| | -40 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -35 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -30 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (2,5) | 3 (3,7) |
| | -25 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -20 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 4 (5,0) | 1 (1,3) |
| | -15 | 2 (2,5) | 1 (1,3) | 2 (2,5) | 3 (3,7) |
| | -10 | 2 (2,5) | 4 (5,0) | 3 (3,7) | 5 (6,3) |
| -5 | 9 (11,3) | 11 (13,7) | 12 (15,0) | 9 (11,3) | |
| brak zmian | 0 | 57 (71,3) | 57 (71,3) | 47 (58,7) | 54 (67,5) |
| poprawa | 5 | 7 (8,7) | 6 (7,5) | 3 (3,7) | 1 (1,3) |
| | 10 | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| | 15 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 2 (2,5) | 0 (0,0) |
| | 20 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| | 25 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 30 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| | 35 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 40 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 45 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 50 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 0 (0,0) |
| | 55 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 60 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | |
| Razem | | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) |

Legenda: N – liczba badanych; % - procent badanych; 1/2 - różnica sum pomiarów pomiędzy pierwszym a drugim badaniem; 2/3 - różnica sum pomiarów pomiędzy drugim a trzecim badaniem

Wykres 7. Kierunek zmian w zakresie sprawności ruchowej w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym.

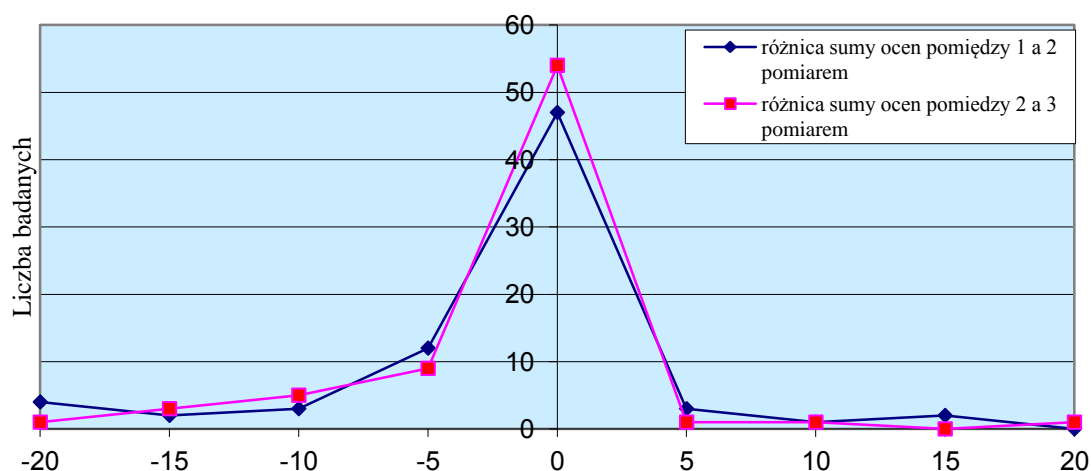


Także, u większości badanych mieszkańców domu pomocy społecznej u większości badanych nie zaobserwowano zmian zakresu sprawności ruchowej. Rozkład tej grupy badanych pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniósł 47 osób (58,7%), a pomiędzy drugim a trzecim pomiarem 54 osoby (67,5%).

Pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem pogorszenie sprawności ruchowej zaobserwowano u 25 badanych (31,3%). W przypadku 12 osób sprawność ruchowa zmniejszyła się o 5 punktów, u 4 osób o 20 punktów, u 3 osób o 10 punktów, a u pozostałych 6 badanych w granicach od 15 do 45 punktów. Równocześnie, poprawę sprawności ruchowej wykazano u 8 badanych (10,0%), z czego u 3 badanych o 5 punktów, u 2 badanych o 15 punktów, a pozostałych 3 osób o 10, 30 i 50 punktów.

Analizując dynamikę zmian zakresu sprawności ruchowej pomiędzy drugim a trzecim pomiarem wykazano pogorszenie sprawności ruchowej u 22 badanych (27,5%), w tym u 9 osób o 5 punktów, u 5 osób o 10 punktów, u 3 badanych o 15 punktów, a u pozostałych 5 osób w granicach od 20 do 60 punktów. Natomiast, poprawę sprawności ruchowej zaobserwowano u 4 badanych (5,0%), odpowiednio o 5, 10, 20 i 30 punktów. Wyniki przedstawia Tabela 24 i Wykres 8.

Wykres 8. Kierunek zmian w zakresie sprawności ruchowej w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej.



4.3.3 Dynamika zmian stanu funkcjonalnego

W zakładzie opiekuńczo – leczniczym analiza dynamiki zmian stanu funkcjonalnego wykazała brak zmian u 1/3 pacjentów, tj. u 27 badanych (33,7%) pomiędzy pierwszym a drugim i u 25 badanych (31,3%) pomiędzy drugim a trzecim pomiarem.

Pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem pogorszenie stanu funkcjonalnego wystąpiło u 39 badanych (48,7%), w tym u 17 osób o 1 punkt, u 10 osób o 2 punkty, a u pozostałych dwunastu osób od 3 do 9 punktów. W tym samym czasie, poprawa stanu funkcjonalnego wystąpiła u 14 badanych (17,5%), w tym u 7 pacjentów o 1 punkt, u 4 badanych o 2 punkty, a u pozostałych 3 osób o 3, o 4, oraz o 7 punktów.

Pomiędzy drugim a trzecim pomiarem, pogorszenie stanu funkcjonalnego stwierdzono u 30 badanych (37,5%), w tym u 13 badanych o 1 punkt, u 5 osób o 2 punkty, a u pozostałych 12 osób w granicach od 3 do 8 punktów. Równocześnie, poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono u 25 badanych (31,3%), w tym u 11 osób o 1 punkt, u 6 badanych o 2 punkty,

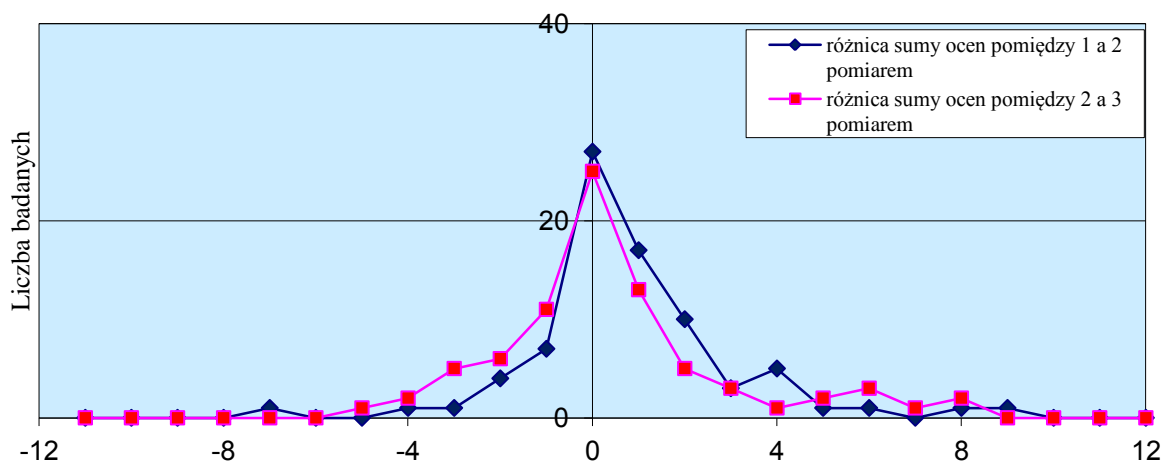
a u pozostałych 8 osób w granicach od 3 do 5 punktów. Wyniki przedstawia Tabela 25 i Wykres 9.

Tabela 25. Rozkład zmian stanu funkcjonalnego pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym (ZOL) i mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS).

| Różnica wyników | | ZOL | | DPS | |
|-----------------|-----|------------|------------|------------|------------|
| | | 1/3 | 2/3 | 1/2 | 2/3 |
| | | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| poprawa | -11 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1(1,3) | 0 (0,0) |
| | -10 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (2,5) |
| | -9 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -8 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1(1,3) | 0 (0,0) |
| | -7 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 1(1,3) | 0 (0,0) |
| | -6 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -5 | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -4 | 1 (1,3) | 2 (2,5) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -3 | 1 (1,3) | 5 (6,3) | 1 (1,3) | 4 (5,0) |
| | -2 | 4 (5,0) | 6 (7,5) | 2 (2,5) | 2 (2,5) |
| | -1 | 7 (8,7) | 11 (13,7) | 6 (7,5) | 8 (10,0) |
| brak zmian | 0 | 27 (33,7) | 25 (31,3) | 21 (26,3) | 38 (47,5) |
| pogorszenie | 1 | 17 (21,3) | 13 (16,3) | 17 (21,3) | 7 (8,7) |
| | 2 | 10 (12,5) | 5 (6,3) | 11 (13,7) | 7 (8,7) |
| | 3 | 3 (3,7) | 3 (3,7) | 6 (7,5) | 4 (5,0) |
| | 4 | 5 (6,3) | 1 (1,3) | 4 (5,0) | 3 (3,7) |
| | 5 | 1 (1,3) | 2 (2,5) | 2 (2,5) | 1 (1,3) |
| | 6 | 1 (1,3) | 3 (3,7) | 2 (2,5) | 0 (0,0) |
| | 7 | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 2 (2,5) | 0 (0,0) |
| | 8 | 1 (1,3) | 2 (2,5) | 0(0,0) | 0 (0,0) |
| | 9 | 1(1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (2,5) |
| | 10 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 0 (0,0) |
| | 11 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 0 (0,0) |
| | 12 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 13 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| | 14 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| Razem | | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) |

Legenda: N – liczba badanych; % - procent badanych; 1/2 - różnica sum pomiarów pomiędzy pierwszym a drugim badaniem; 2/3 - różnica sum pomiarów pomiędzy drugim a trzecim badaniem

Wykres 9. Kierunek zmian poziomu stanu funkcjonalnego w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym.

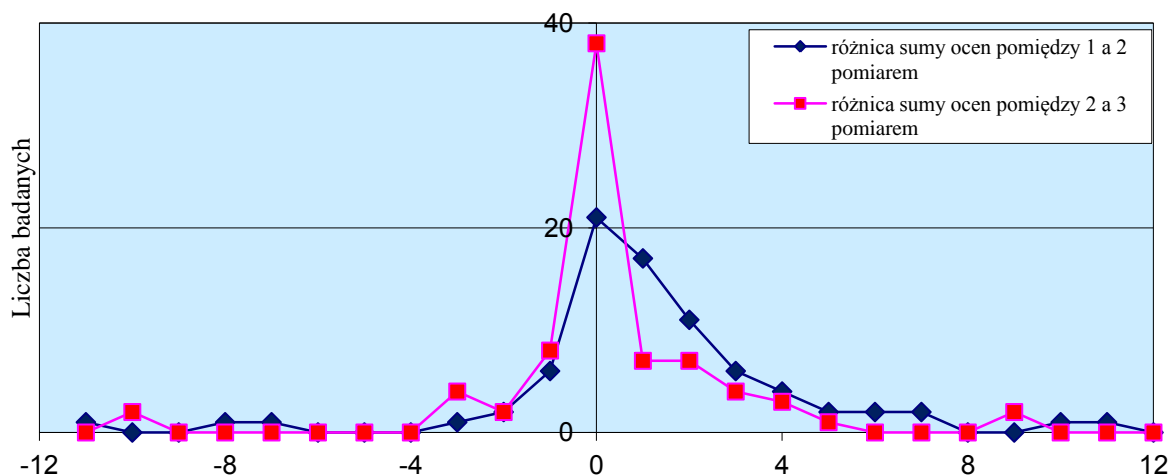


W domu pomocy społecznej analiza dynamiki zmian stanu funkcjonalnego wykazała brak zmian u 21 badanych (26,3%) pomiędzy pierwszym a drugim oraz u 38 badanych (47,5%) pomiędzy drugim a trzecim pomiarem.

Natomiast, pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem zmiany w kierunku pogorszenia stanu funkcjonalnego wystąpiły u 47 badanych (58,7%), w tym u 17 osób o 1 punkt, u 11 osób o 2 punkty, u 6 osób o 3 punkty, u 4 osób o 4 punkty, a u pozostałych jedenastu badanych w granicach od 5 do 13 punktów. Równocześnie, poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono u 12 badanych (15,0%), w tym w 6 przypadkach o 1 punkt, u 2 badanych o 2 punkty oraz u po 1 osobie o 3, 7, 8 i 11 punktów.

Pomiędzy drugim a trzecim pomiarem, pogorszenie stanu funkcjonalnego stwierdzono u 26 osób (32,5%), w tym u 7 osób o 1 i 2 punkty, u 4 osób o 3 punkty, u pozostałych 15 osób w granicach od 4 do 14 punktów. Równocześnie, poprawa stanu funkcjonalnego wystąpiła u 16 badanych (20,0%), w tym w 8 przypadkach o 1 punktów, u 2 badanych o 2 punkty, u 4 osób o 3 punkty i u 2 osób o 10 punktów. Wyniki przedstawia Tabela 25 i Wykres 10.

Wykres 10. Kierunek zmian poziomu stanu funkcjonalnego w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej.



4.3.4 Dynamika zmian stanu psychicznego w zakresie nasilenia objawów napięcia, lęku oraz depresji

W zakładzie opiekuńczo – leczniczym analiza dynamiki zmian nasilenia objawów napięcia, lęku wykazała, że u ponad 2/3 badanych nie stwierdzono zmian zarówno pomiędzy pierwszym a drugim (N = 58, 72,5%) oraz drugim a trzecim pomiarem (N = 57, 71,3%).

Natomiast, pomiędzy pierwszym a drugim badaniem, zmiany w kierunku nasilenia objawów napięcia, lęku wystąpiły u 8 badanych (10,0%), w tym u 4 osób o 3 punkty, u 3 osób o 2 punkty, u 1 osoby o 1 punkt. Równocześnie, obniżenie poziomu napięcia, lęku wystąpiło u 14 badanych (17,5%), w tym u 5 osób było to zmniejszenie o 1 punkt, u kolejnych 5 osób o 2 punkty, u 2 osób o 4 punkty i po jednej osobie o 3 i o 5 punktów.

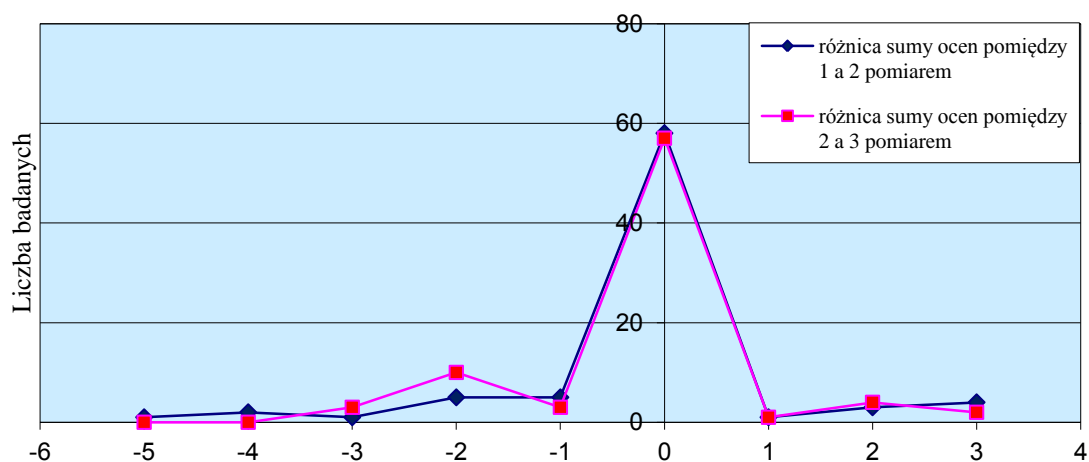
Pomiędzy drugim a trzecim pomiarem, zmiany w kierunku nasilenia objawów napięcia, lęku wystąpiły u 7 badanych (8,7%), w tym u 4 osób o 2 punkty, u 2 osób o 3 punkty oraz u 1 osoby o 1 punkt. Równocześnie, obniżenie poziomu napięcia, lęku wystąpiły u 16 badanych (20,0%), w tym u 10 osób o 2 punkty, u 3 badanych o 1 punkt i u kolejnych trzech o 3 punkty. Wyniki przedstawia Tabela 26 i Wykres 11.

Tabela 26. Rozkład zmian objawów napięcia, lęku pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS).

| Różnica wyników | | ZOL | | DPS | |
|-----------------|----|------------|------------|------------|------------|
| | | 1/2 | 2/3 | 1/2 | 2/3 |
| | | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| pogorszenie | 7 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 6 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 5 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 4 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 3 | 4 (5,0) | 2 (2,5) | 1 (1,3) | 0 (0,0) |
| | 2 | 3 (3,7) | 4 (5,0) | 7 (8,7) | 4 (5,0) |
| | 1 | 1 (1,3) | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| brak zmian | 0 | 58 (72,5) | 57 (71,3) | 65 (81,3) | 69 (86,3) |
| poprawa | -1 | 5 (6,3) | 3 (3,7) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| | -2 | 5 (6,3) | 10 (12,5) | 6 (7,5) | 4 (5,0) |
| | -3 | 1 (1,3) | 3 (3,7) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| | -4 | 2 (2,5) | 0 (0,0) | 1 (1,3) | 0 (0,0) |
| | -5 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -6 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -7 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Razem | | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) |

Legenda: N – liczba badanych; % - procent badanych; 1/2 - różnica sum pomiarów pomiędzy pierwszym a drugim badaniem; 2/3 - różnica sum pomiarów pomiędzy drugim a trzecim badaniem

Wykres 11. Kierunek zmian nasilenia objawów napięcia, lęku w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym.

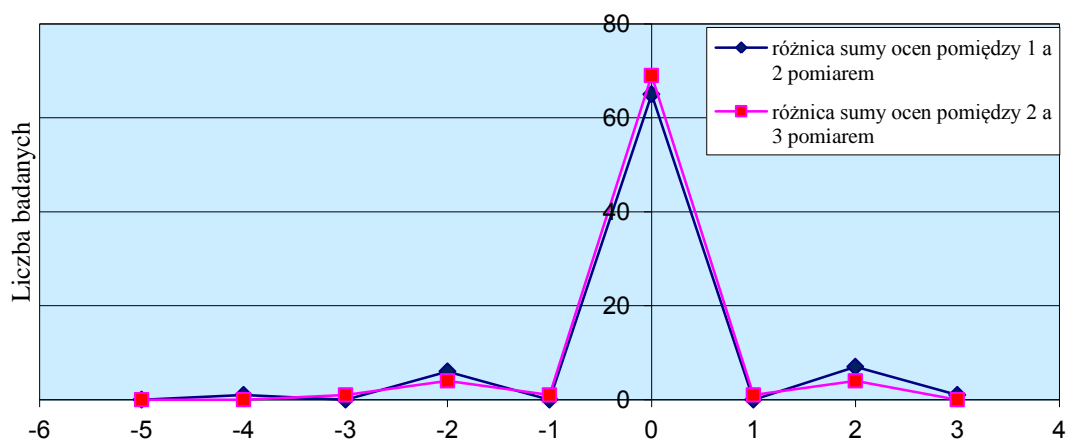


Także, u większości badanych mieszkańców domu pomocy społecznej nie wykazano zmian objawów napięcia, lęku. Rozkład dla tej grupy pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniósł 65 badanych (81,3%), a pomiędzy drugim i trzecim pomiarem 69 osób (86,3%).

Natomiast, pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem zmiany w kierunku nasilenia objawów napięcia, lęku wystąpiły u 8 badanych (10,0%), w tym w 7 przypadkach o 2 punkty, u 1 osoby o 3 punkty. Równocześnie, zmiany w kierunku obniżenia poziomu napięcia, lęku stwierdzono u 7 badanych (8,7%), w tym w 6 przypadkach było o 2 punkty oraz w 1 przypadku o 4 punkty.

Analizując dynamikę zmian pomiędzy drugim a trzecim pomiarem wykazano, że nasilenie objawów napięcia, lęku wystąpiło u 5 badanych (6,3%), w tym w 4 przypadkach o 2 punkty, u 1 osoby o 1 punkt. Równocześnie, zmiany w kierunku obniżenia poziomu napięcia, lęku wystąpiły u 6 badanych (7,5%), w tym w 4 przypadkach o 2 punkty oraz po jednej osobie o 4 i o 1 punkt. Wyniki przedstawia Tabela 26 i Wykres 12.

Wykres 12. Kierunek zmian nasilenia objawów napięcia, lęku w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej.



W zakładzie opiekuńczo – leczniczym analiza dynamiki objawów depresji wykazała brak zmian u 2/3 badanych pacjentów, tj. u 50 pacjentów (62,5%) pomiędzy pierwszym a drugim oraz u 51 pacjentów (63,7%) pomiędzy drugim a trzecim pomiarem.

Natomiast, pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem zmiany w kierunku nasilenia objawów depresji wystąpiły u 16 badanych (20,0%), w tym w 6 przypadkach o 2 punkty, u 4 osób o 1 punkt, u 3 badanych o 3 punkty oraz u po jednej 1 osoby o 4, 6 i 7 punktów. Równocześnie, obniżenie poziomu depresji u wykazano u 14 badanych (17,5%), w tym u 2 badanych o 1 punkt, u 5 osób o 2 punkty, u 3 osób o 4 punkty, u 1 osoby o 5 punktów i u trzech o 6 punktów.

Pomiędzy drugim a trzecim pomiarem stwierdzono, że zmiany w kierunku nasilenia objawów depresji wystąpiły u 17 badanych (21,3%), w tym u 4 osób o 1 punkt, u 10 osób o 2 punkty, u 3 badanych o 3 punkty. Równocześnie, obniżenie nasilenia objawów depresji wystąpiło u 12 badanych (15,0%), w tym w 5 przypadkach o 2 punkty, u 4 badanych o 3 punkty, u 2 badanych o 1 punkt i u jednej osoby o 4 punkty. Wyniki przedstawia Wykres 13 i Tabela 27.

Wykres 13. Kierunek zmian nasilenia objawów depresji w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym.

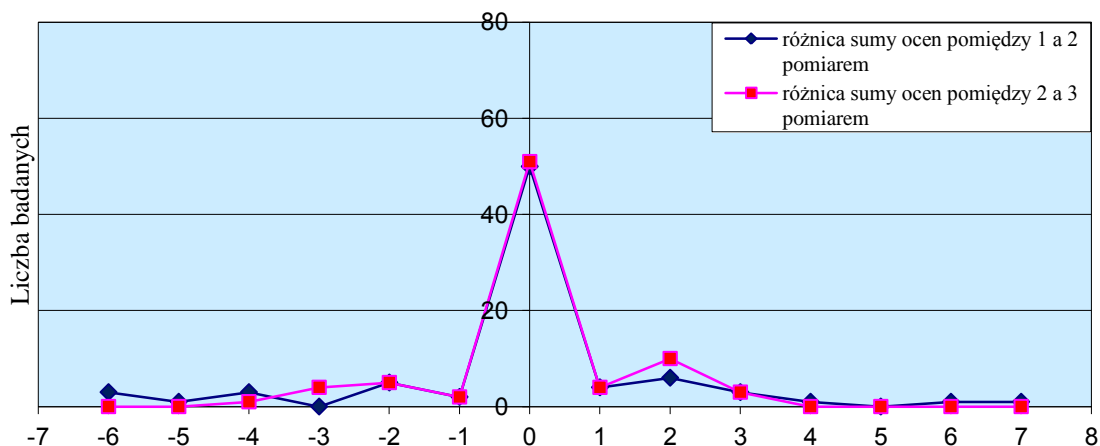


Tabela 27. Rozkład zmian nasilenia objawów depresji pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym i mieszkańców domu pomocy społecznej.

| Różnica wyników | | ZOL | | DPS | |
|-----------------|----|------------|------------|------------|------------|
| | | 1/2 | 2/3 | 1/2 | 2/3 |
| | | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| pogorszenie | 7 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 6 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 5 | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | 4 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 2 (2,5) | 0 (0,0) |
| | 3 | 3 (3,7) | 3 (3,7) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| | 2 | 6 (7,5) | 10 (12,5) | 8 (10,0) | 4 (5,0) |
| | 1 | 4 (5,0) | 4 (5,0) | 1 (1,3) | 1 (1,3) |
| brak zmian | 0 | 50 (62,5) | 51 (63,7) | 59 (73,7) | 69 (86,3) |
| poprawa | -1 | 2 (2,5) | 2 (2,5) | 0 (0,0) | 1 (1,3) |
| | -2 | 5 (6,3) | 5 (6,3) | 5 (6,3) | 4 (5,0) |
| | -3 | 0 (0,0) | 4 (5,0) | 1 (1,3) | 0 (0,0) |
| | -4 | 3 (3,7) | 1 (1,3) | 4 (5,0) | 0 (0,0) |
| | -5 | 1 (1,3) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| | -6 | 3 (3,7) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Razem | | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) | 80 (100,0) |

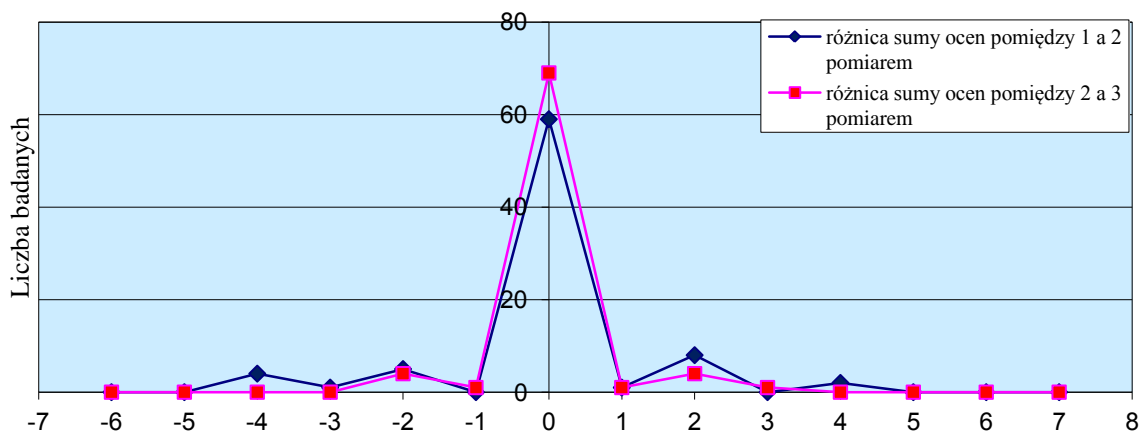
Legenda: N – liczba badanych; % - procent badanych; 1/2 - różnica sum pomiarów pomiędzy pierwszym a drugim badaniem; 2/3 - różnica sum pomiarów pomiędzy drugim a trzecim badaniem

W przypadku mieszkańców domu pomocy społecznej nie zaobserwowano zmian poziomu objawów depresji u ponad 2/3 badanych. Rozkład dla tej grupy badanych pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniósł 59 osób (73,7%), a pomiędzy drugim a trzecim badaniem 69 osób (86,3%).

Natomiast, pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem zmiany w kierunku nasilenia objawów depresji wystąpiły u 11 badanych (13,7%), w tym w 8 przypadkach o 2 punkty, u 2 osób o 4 punkty, u 1 osoby o 1 punkt. Równocześnie, obniżenie poziomu depresji stwierdzono u 10 badanych (12,5%), w tym u 5 osób o 2 punkty, u 4 badanych o 4 punkty oraz u 1 osoby o 3 punkty.

Analizując dynamikę zmian pomiędzy drugim a trzecim pomiarem nasilenie objawów depresji wystąpiło u 6 badanych (7,5%), w tym u 4 osób o 2 punkty, a u 2 osób o 1 i o 3 punkty. Natomiast, obniżenie poziomu depresji stwierdzono u 5 badanych (6,3%), w tym u 4 osób o 2 punkty oraz u 1 osoby o 1 punkt. Wyniki przedstawia Tabela 27 i Wykres 14.

Wykres 14. Kierunek zmian nasilenia objawów depresji w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej.



4.5 Związki sprawności psychofizycznej badanych z wiekiem, płcią, okresem pobytu w danym zakładzie oraz grupami rozpoznań

W poniższym rozdziale przedstawiono związki pomiędzy sprawnością psychofizyczną badanych w obszarze: sprawności funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego (w zakresie objawów napięcia, lęku i depresji) a wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznań.

4.5.1 Związki funkcji poznawczych badanych (według Skali Oceny Poznawczej - CAS) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznań

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego statystycznie związku sprawności funkcji poznawczych z wiekiem ($p>0,05$), z płcią badanych ($p>0,05$) ani z okresem pobytu ($p>0,05$).

W wyniku przeprowadzonej analizy wykryto istotny związek pomiędzy wartością sprawności funkcji poznawczych w pierwszym ($p<0,001$), drugim ($p=0,002$) oraz trzecim pomiarze ($p=0,012$) a występowaniem schorzeń z grupy chorób układu krążenia. Osoby, u których rozpoznano choroby układu krążenia ($N=124$; 77,5%) wykazywały średnie wartości sprawności funkcji poznawczych wyniosły odpowiednio: na wstępie: 4,8, po trzech miesiącach: 4,5 i po sześciu miesiącach obserwacji: 3,9. Wartości te były znamienne wyższe niż analogiczne w grupie osób, które nie miały rozpoznanych chorób układu krążenia. Analogiczne średnie wartości w grupie osób bez rozpoznań chorób układu krążenia wyniosły odpowiednio: na wstępie: 3,0, po trzech miesiącach: 2,6 i po sześciu miesiącach obserwacji: 2,5 (Tabela 28).

Tabela 28. Sprawność funkcji poznawczych badanych a występowanie chorób układu krążenia – wartości podstawowych statystyk opisowych.

| CAS | Choroby układu krążenia | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|-------------------------|---------|-----|-----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 124(77,5) | 4.8 | 3.1 | 36 (22,5) | 3,0 | 2,2 | t=3,43; p<0,001 |
| Pomiar2 | 124(77,5) | 4.5 | 3.2 | 36(22,5) | 2,6 | 2,4 | t=3,16; p=0,002 |
| Pomiar3 | 124(77,5) | 3.9 | 3.3 | 36(22,5) | 2,5 | 2,3 | t=2,53; p=0,012 |

Legenda: CAS- sprawność funkcji poznawczych zmierzonych za pomocą Skali Oceny Poznawczej; Pomiar 1,2,3 – odpowiednio: 1 – pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 – po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Zaobserwowano istotny statystycznie związek pomiędzy sprawnością funkcji poznawczych ocenionych po 6 miesiącach obserwacji a występowaniem schorzeń z grupy zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej ($p = 0,032$). U osób, które miały rozpoznane schorzenia z powyższej grupy rozpoznań ($N = 47$; 29,4%) średnia sprawności funkcji poznawczych wyniosła 4,4. Z kolei w grupie osób, u których nie rozpoznano schorzeń z powyższej grupy rozpoznań średnia sprawności funkcji poznawczych wyniosła 3,3 (Tabela 29).

Tabela 29. Sprawność funkcji poznawczych badanych a występowanie zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| CAS | Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|---|---------|-----|------------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 47 (29,4) | 5,2 | 3,1 | 113 (70,6) | 4,2 | 2,8 | t=-1,96; p=0,051 |
| Pomiar2 | 47 (29,4) | 4,6 | 3,4 | 113 (70,6) | 3,8 | 2,9 | t=-1,47; p=0,141 |
| Pomiar3 | 47 (29,4) | 4,4 | 3,4 | 113 (70,6) | 3,3 | 2,9 | t=-2,15; p=0,032 |

Legenda: CAS- sprawność funkcji poznawczych zmierzonych za pomocą Skali Oceny Poznawczej, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykazano również istotny statystycznie związek pomiędzy sprawnością funkcji poznawczych w pierwszym ($p = 0,004$), w drugim ($p = 0,003$) oraz w trzecim pomiarze ($p = 0,009$) a występowaniem chorób z grupy schorzeń układu nerwowego. U osób, które miały rozpoznane choroby układu nerwowego ($N = 37$; 23,2%) średnie wartości sprawności funkcji poznawczych wyniosły odpowiednio: na wstępie: 3,2, po trzech miesiącach: 2,7 i po sześciu miesiącach obserwacji: 2,5. Powyższe wartości były istotnie niższe niż w grupie osób, które nie miały rozpoznanych chorób układu nerwowego. Analogiczne średnie sprawności funkcji poznawczych wyniosły odpowiednio: na wstępie: 4,8, po trzech miesiącach: 4,5 i po sześciu miesiącach obserwacji: 3,9 (Tabela 30).

Tabela 30. Sprawność funkcji poznawczych badanych a występowanie chorób układu nerwowego - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| CAS | Choroby układu nerwowego | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|--------------------------|---------|-----|-----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 37 (23,2) | 3,2 | 2,9 | 123(76,8) | 4,8 | 2,8 | $t=-2,94$; $p=0,004$ |
| Pomiar2 | 37(23,2) | 2,7 | 3,0 | 123(76,8) | 4,5 | 3,1 | $t=-3,00$; $p=0,003$ |
| Pomiar3 | 37(23,2) | 2,5 | 2,9 | 123(76,8) | 3,9 | 3,2 | $t=-2,61$; $p=0,009$ |

Legenda: CAS - sprawność funkcji poznawczych zmierzonych za pomocą Skali Oceny Poznawczej, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykryto również istotny statystycznie związek pomiędzy sprawnością funkcji poznawczych w każdym z trzech kolejnych pomiarów a występowaniem odleżyn (odpowiednio dla kolejnych pomiarów: $p = 0,004$; $p = 0,003$; $p = 0,002$). U osób, które miały odleżyny ($N = 28$; 17,5%) średnia sprawności funkcji poznawczych wyniosła odpowiednio: na wstępie: 3,0, po trzech miesiącach: 2,5 i po sześciu miesiącach obserwacji: 1,9. Z kolei w grupie osób, które nie miały odleżyn średnia sprawności funkcji poznawczych wyniosła odpowiednio: na wstępie: 4,7, po trzech miesiącach: 4,4 i po sześciu miesiącach obserwacji: 3,9 (Tabela 31).

Tabela 31. Poziom funkcji poznawczych badanych a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| CAS | Odleżyny | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|----------|---------|-----|-----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 28(17,5) | 3,0 | 3,1 | 132(82,5) | 4,7 | 2,8 | t=-2,90; p=0,004 |
| Pomiar2 | 28(17,5) | 2,5 | 3,1 | 132(82,5) | 4,4 | 3,1 | t=-3,01; p=0,003 |
| Pomiar3 | 28(17,5) | 1,9 | 3,1 | 132(82,5) | 3,9 | 3,1 | t=-3,15; p=0,002 |

Legenda: CAS- sprawność funkcji poznawczych zmierzonych za pomocą Skali Oceny Poznawczej, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

4.5.2 Związki sprawności ruchowej (według Skali Barthel) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznania

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego związku sprawności ruchowej z płcią badanych ($p > 0,05$).

Stwierdzono natomiast na początku badań słaby, ale istotny współczynnik korelacji sprawności ruchowej z okresem pobytu ($r = 0,173$; $p = 0,028$). Pacjenci, którzy charakteryzowali się większą sprawnością ruchową wyróżniali się dłuższym okresem pobytu w zakładzie opieki.

Wykazano także słaby, ale istotny współczynnik korelacji zmian sprawności ruchowej (różnica sum pomiarów) pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem ($r = -0,225$; $p = 0,004$) oraz pierwszym a trzecim ($r = -0,182$; $p = 0,021$) pomiarem a wiekiem badanych. Pacjenci, u których nastąpiło pogorszenie byli starsi. Średnia wieku badanych, u których zaobserwowano pogorszenie się sprawności ruchowej pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniosła 84,3 lat, a pomiędzy pierwszym a trzecim badaniem 83,6 lat. Z kolei średnia wieku badanych, u których nastąpiła poprawa sprawności ruchowej pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniosła 79,9 lat, a pomiędzy pierwszym a trzecim badaniem 80,6 lat. Wyniki przedstawia Tabela 32.

Tabela 32. Zmiany sprawności ruchowej a wiek badanych - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Zmiany sprawności ruchowej pomiędzy 1 a 2 pomiarem | Wiek (średnia) | N(%) | Wiek (SD) |
|---|-----------------------|-------------|------------------|
| pogorszenie | 84,3 | 40 (25,0) | 7,3 |
| brak zmian | 81,5 | 103(64,4) | 7,8 |
| poprawa | 79,9 | 17(10,6) | 7,1 |
| Zmiany sprawności ruchowej pomiędzy 1 a 3 pomiarem | Wiek (średnia) | N(%) | Wiek (SD) |
| pogorszenie | 83,6 | 65(40,6) | 7,4 |
| brak zmian | 81,1 | 73(45,6) | 8,1 |
| poprawa | 80,6 | 22(13,7) | 6,4 |

Legenda: N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Przeprowadzone analizy związków wykazały zależność pomiędzy sprawnością ruchową zmierzoną w pierwszym ($p < 0,001$), drugim ($p < 0,001$) oraz w trzecim pomiarze ($p = 0,003$) a występowaniem u badanych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania. Osoby, które miały rozpoznane zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania ($N = 111$; 69,4%) uzyskały średnie wartości sprawności ruchowej na poziomie: 37,8 punktów - na wstępie, 35,5 punktów - po trzech miesiącach, i 33,1 punktów po sześciu miesiącach obserwacji. Z kolei w grupie osób, które nie miały takich rozpoznań analogiczne średnie wartości wyniosły odpowiednio: 21,5 na wstępie, 21,1 po trzech miesiącach i 20,1 po sześciu miesiącach obserwacji (Tabela 33).

Tabela 33. Sprawność ruchowa a występowanie zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Barthel | Zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|---|----------------|-----------|--------------|----------------|-----------|--|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 111(69,4) | 37,8 | 26,1 | 49(30,6) | 21,5 | 22,2 | $t=-3,79$; $p<0,001$ |
| Pomiar2 | 111(69,4) | 35,5 | 26,2 | 49(30,6) | 21,1 | 22,5 | $t=-3,36$; $p<0,001$ |
| Pomiar3 | 111(69,4) | 33,1 | 25,4 | 49(30,6) | 20,1 | 22,9 | $t=-3,05$; $p=0,003$ |

Legenda: Barthel- sprawność ruchowa zmierzona za pomocą Skali Barthel; Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykazano również związek pomiędzy poziomem sprawności ruchowej w pierwszym ($p = 0,008$), drugim ($p = 0,029$) oraz trzecim pomiarze ($p = 0,036$) a występowaniem chorób układu nerwowego. Osoby z chorobami układu nerwowego ($N = 37$; 23,2%) w pierwszym i drugim pomiarze uzyskały średnią sprawności ruchowej równą 22,9, zaś w trzecim pomiarze wartość ta wyniosła 21,5. W grupie osób, które nie miały rozpoznanych chorób układu nerwowego średnie wartości sprawności ruchowej wyniosły odpowiednio: na wstępie: 35,7, po trzech miesiącach: 33,5 i po sześciu miesiącach obserwacji: 31,4 (Tabela 34).

Tabela 34. Sprawność ruchowa a występowanie chorób układu nerwowego - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Barthel | Choroby układu nerwowego | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|--------------------------|---------|------|-----------|---------|------|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 37(23,2) | 22,9 | 20,2 | 123(76,8) | 35,7 | 26,8 | $t=-2,67$; $p=0,008$ |
| Pomiar2 | 37(23,2) | 22,9 | 20,9 | 123(76,8) | 33,5 | 26,8 | $t=-2,19$; $p=0,029$ |
| Pomiar3 | 37(23,2) | 21,5 | 21,5 | 123(76,8) | 31,4 | 26,1 | $t=-2,10$; $p=0,036$ |

Legenda: Barthel- sprawność ruchowa zmierzona za pomocą Skali Barthel, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykazano również związek pomiędzy poziomem sprawności ruchowej w pierwszym ($p<0,001$), drugim ($p<0,001$) oraz trzecim pomiarze ($p<0,001$) a występowaniem u badanych odleżyn. U osób, które miały odleżyny ($N = 28$; 17,5%) średnie wartości sprawności ruchowej wyniosły odpowiednio: na wstępie 13,2, po trzech miesiącach: 10,7 i po sześciu miesiącach obserwacji: 8,2. Z kolei w grupie osób, które nie miały odleżyn średnie wartości sprawności ruchowej były istotnie wyższe i wyniosły odpowiednio: na wstępie: 36,9, po trzech miesiącach: 35,4 i po sześciu miesiącach obserwacji: 33,5 (Tabela 35).

Tabela 35. Sprawność ruchowa a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Barthel | Odleżyny | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|----------|---------|------|-----------|---------|------|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 28(17,5) | 13,2 | 16,2 | 132(82,5) | 36,9 | 25,8 | t=-4,66; p<0,001 |
| Pomiar2 | 28(17,5) | 10,7 | 12,8 | 132(82,5) | 35,4 | 25,9 | t=-4,89; p<0,001 |
| Pomiar3 | 28(17,5) | 8,2 | 11,8 | 132(82,5) | 33,5 | 25,3 | t=-5,17; p<0,001 |

Legenda: Barthel- sprawność ruchowa zmierzona za pomocą Skali Barthel, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykazano również związek pomiędzy poziomem sprawności ruchowej w pierwszym ($p = 0,021$) oraz drugim ($p = 0,034$) pomiarze a występowaniem u badanych urazów. U osób, które doznały urazów ($N = 17$; 10,6%) średnie wartości sprawności ruchowej wyniosły odpowiednio: na wstępie: 19,1, a po trzech miesiącach obserwacji: 18,5. Z kolei w grupie osób, które nie doznały urazów analogiczne średnie wartości wyniosły odpowiednio: na wstępie: 34,4, a po trzech miesiącach obserwacji 32,6 (Tabela 36).

Tabela 36. Sprawność ruchowa a występowanie urazów - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Barthel | Urazy | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|----------|---------|------|-----------|---------|------|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 17(10,6) | 19,1 | 23,2 | 143(89,4) | 34,4 | 25,9 | t=2,32; p=0,021 |
| Pomiar2 | 17(10,6) | 18,5 | 23,2 | 143(89,4) | 32,6 | 25,9 | t=2,13; p=0,034 |
| Pomiar3 | 17(10,6) | 17,9 | 23,4 | 143(89,4) | 30,4 | 25,3 | t=1,93; p=0,054 |

Legenda: Barthel- sprawność ruchowa zmierzona za pomocą Skali Barthel, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji, N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

4.5.3 Związki stanu funkcjonalnego badanych (według Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej - EFAT) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznania

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego związku stanu funkcjonalnego ani z wiekiem ($p > 0,05$), ani z płcią badanych ($p > 0,05$).

Stwierdzono natomiast po sześciu miesiącach obserwacji słaby, ale istotny współczynnik korelacji stanu funkcjonalnego z okresem pobytu ($r = -0,157$; $p = 0,046$). Pacjenci, którzy charakteryzowali się lepszym stanem funkcjonalnym wyróżniali się dłuższym okresem pobytu w zakładzie opieki.

Wykazano związek stanu funkcjonalnego w pierwszym ($p = 0,026$) i w trzecim ($p = 0,038$) pomiarze z występowaniem u badanych zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania. Średnia stanu funkcjonalnego w pierwszym pomiarze w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania ($N = 111$; 69,4%) wyniosła 16,7, zaś w trzecim pomiarze 18,4. W grupie osób, u których nie występowały schorzenia z powyższej grupy rozpoznania średnia stanu funkcjonalnego w pierwszym pomiarze wyniosła 18,9, a w trzecim 20,5 (Tabela 37).

Tabela 37. Stan funkcjonalny badanych a występowanie zaburzeń psychicznych, zachowania - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| EFAT | Zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|--|---------|-----|----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 111(69,4) | 16,7 | 5,5 | 49(30,6) | 18,9 | 6,1 | $t=2,23$; $p=0,026$ |
| Pomiar2 | 111(69,4) | 17,9 | 5,5 | 49(30,6) | 19,7 | 6,2 | $t=1,78$; $p=0,076$ |
| Pomiar3 | 111(69,4) | 18,4 | 5,7 | 49(30,6) | 20,5 | 6,4 | $t=2,08$; $p=0,038$ |

Legenda: EFAT – stan funkcjonalny według Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykazano również związek pomiędzy poziomem stanu funkcjonalnego w pierwszym ($p < 0,001$), drugim ($p < 0,001$) oraz trzecim ($p < 0,001$) pomiarze a występowaniem odleżyn. U osób, które miały odleżyny ($N = 28$; 17,5%) średnie stanu funkcjonalnego wyniosły odpowiednio: na wstępie: 22,2, po trzech miesiącach obserwacji: 23,2 i po sześciu miesiącach

obserwacji: 24,1. Z kolei osoby, które nie miały odleżyn były w lepszym stanie funkcjonalnym i uzyskały średnie stanu funkcjonalnego odpowiednio: na wstępie: 16,7, po trzech miesiącach: 17,5 i po sześciu miesiącach obserwacji: 17,9 (Tabela 38).

Tabela 38. Stan funkcjonalny a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| EFAT | Odleżyny | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|----------|---------|-----|-----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 28(17,5) | 22,2 | 5,5 | 132(82,5) | 16,4 | 5,3 | t=5,20; p<0,001 |
| Pomiar2 | 28(17,5) | 23,2 | 5,2 | 132(82,5) | 17,5 | 5,4 | t=5,13; p<0,001 |
| Pomiar3 | 28(17,5) | 24,1 | 4,8 | 132(82,5) | 17,9 | 5,7 | t=5,19; p<0,001 |

Legenda: EFAT – stan funkcjonalny według Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

4.5.4 Związki stanu psychicznego (według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku – SOPL) z wiekiem, płcią, okresem pobytu oraz grupami rozpoznania

Przeprowadzona analiza korelacji nie wykazała istotnego związku pomiędzy stanem psychicznym (w zakresie objawów napięcia, lęku i depresji) a wiekiem ($p>0,05$), płcią badanych ($p>0,05$) oraz okresem pobytu ($p>0,05$).

Wykazano natomiast związek nasilenia objawów napięcia, lęku w drugim ($p = 0,018$) i w trzecim ($p = 0,023$) pomiarze z występowaniem u badanych schorzeń z grupy zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej. U osób, które miały diagnozy z tej grupy rozpoznania (N = 47; 29,4%) średnie wartości nasilenia objawów napięcia, lęku wyniosły 1,2 - zarówno w drugim jak i w trzecim pomiarze. Z kolei w grupie osób, które nie miały schorzeń z tej grupy rozpoznania średnie wartości nasilenia objawów napięcia, lęku wyniosły po trzech miesiącach obserwacji: 1,6, a po sześciu miesiącach: 1,4 (Tabela 39).

Tabela 39. Napięcie, lęk a występowanie zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej- wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Napięcie, lęk | Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|------------------|---|---------|-----|-----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 47(29,4) | 1,4 | 0,7 | 113(70,6) | 1,6 | 1,3 | t=1,39; p=0,166 |
| Pomiar2 | 47(29,4) | 1,2 | 0,6 | 113(70,6) | 1,6 | 1,1 | t=2,33; p=0,021 |
| Pomiar3 | 47(29,4) | 1,2 | 0,5 | 113(70,6) | 1,4 | 0,9 | t=2,08; p=0,038 |

Legenda: Napięcie, lęk – według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 – pomiar po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykazano również związek nasilenia objawów napięcia, lęku w drugim pomiarze ($p = 0,020$) z występowaniem u badanych odleżyn. Osoby z odleżynami ($N = 28$; 17,5%) uzyskały średnią nasilenia objawów napięcia, lęku równą 1,8, u osób bez odleżyn wartość ta wynosiła 1,4 (Tabela 40).

Tabela 40. Napięcie, lęk a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Napięcie, lęk | Odleżyny | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|------------------|----------|---------|-----|-----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 28(17,5) | 1,8 | 1,5 | 132(82,5) | 1,5 | 1,1 | t=1,24; p=0,213 |
| Pomiar2 | 28(17,5) | 1,8 | 1,4 | 132(82,5) | 1,4 | 0,8 | t=2,33; p=0,020 |
| Pomiar3 | 28(17,5) | 1,4 | 0,8 | 132(82,5) | 1,4 | 0,8 | t=0,09; p=0,927 |

Legenda: Napięcie, lęk – według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 – pomiar po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

Wykazano również związek pomiędzy nasileniem objawów depresji w drugim ($p = 0,039$) i trzecim pomiarze ($p = 0,033$) a występowaniem u badanych odleżyn. U osób z odleżynami ($N = 28$; 17,5%) wartości średnie nasilenia objawów depresji wyniosły 1,4

zarówno w drugim jak i w trzecim pomiarze. Z kolei w grupie osób, u których nie występowały odleżyny analogiczne wartości w drugim pomiarze wyniosły 1,9, a w trzecim pomiarze 1,8 (Tabela 41).

Tabela 41. Występowanie objawów depresja a obecność u badanych odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych.

| Depresja | Odleżyny | | | | | | Istotność różnic między średnimi (test t) |
|----------------|----------|---------|-----|-----------|---------|-----|---|
| | Obecne | | | Brak | | | |
| | N (%) | Średnia | SD | N (%) | Średnia | SD | |
| Pomiar1 | 28(17,5) | 1,5 | 1,3 | 132(82,5) | 1,7 | 1,1 | t=-0,72; p=0,472 |
| Pomiar2 | 28(17,5) | 1,4 | 1,3 | 132(82,5) | 1,9 | 1,2 | t=-2,07; p=0,039 |
| Pomiar3 | 28(17,5) | 1,4 | 0,9 | 132(82,5) | 1,8 | 1,2 | t=-2,14; p=0,033 |

Legenda: Depresja – według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku, Pomiar 1,2,3 - odpowiednio: 1 - pomiar na wstępie, 2 - po trzech i 3 - po sześciu miesiącach obserwacji; N - liczba badanych, % - procent badanych; SD – odchylenie standardowe

DYSKUSJA

Szeroko pojętym celem mojej pracy było zwrócenie uwagi na problemy osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych opieką stacjonarną w sektorze ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Uświadomienie konieczności systematycznej oceny stanu psychofizycznego tych osób oraz potrzebę dostosowania opieki do zindywidualizowanych potrzeb, zdiagnozowanych w oparciu o holistyczne i podmiotowe podejście do podopiecznych, oparte o uznane narzędzia badawcze. Podjęte przeze mnie badania zmierzają do uzupełnienia wiedzy w mało zbadanych obszarach zmian sprawności psychofizycznej osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych opieką długoterminową w Polsce.

We wstępie do niniejszej pracy skoncentrowałam się na charakterystyce opieki długoterminowej, biorąc pod uwagę realizację świadczeń w ramach systemu ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Wspólna analiza obu tych sektorów była konieczna ze względu na fakt iż w Polsce świadczenia z zakresu opieki długoterminowej realizowane są w zarówno przez system ochrony zdrowia jak i system pomocy społecznej [5].

Z własnego doświadczenia w pracy z osobami ciężko i przewlekle chorymi wiem, że zdarzają się sytuacje, w których kryterium przyjęcia do zakładu opieki długoterminowej jest nie tylko stan zdrowia chorego i jego potrzeby, ale posiadanie wolnego miejsca lub krótki czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu. Często względy ludzkie uwarunkowane, z jednej strony pogarszającym się stanem zdrowia, a z drugiej sytuacją, w której ani rodzina, ani opiekunowie nie mogą zapewnić opieki w warunkach domowych, implikują udzielenie opieki przez ośrodek który aktualnie dysponuje wolnym miejscem. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że obowiązujące przepisy prawne, poza określeniem wartości skali Barthel uprawniającej do przyjęcia do zakładu opiekuńczo- leczniczego, nie wprowadzają innych rygorystycznych rozróżnień pomiędzy różnymi formami opieki, sprawowanymi w obydwu sektorach, pozostawiając pewien margines swobody decyzyjnej [5; 127].

Indywidualne wyniki szeregu pacjentów wykazane w mojej pracy potwierdzają powyższe obserwacje, bowiem 41,3% mieszkańców domu pomocy społecznej uzyskało na wstępie 40 lub mniej punktów według Skali Barthel, co formalnie kwalifikowałoby ich do przyjęcia do zakładu opiekuńczo – leczniczego. Sytuacja ta wydaje się być zgodna ze stanem prawnym, gdyż nie określono minimalnej wartości punktowej przyjęcia, a prawo do zamieszkania w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej stałej, całodobowej opieki z powodu wieku, niepełnosprawności lub choroby, która nie może

samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku rodzinnym, a której w życiu codziennym nie można zapewnić niezbędnej pomocy i opieki [86].

Zasadniczym celem opieki zdrowotnej nad osobami starszymi jest dążenie do jak najdłuższego utrzymania sprawności umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania [128; 129]. Jednak ze względu na współwystępowanie wielu chorób [8; 9; 18; 25; 30; 31; 32] oraz wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe, które z czasem doprowadzają do pogorszenia funkcjonowania w życiu codziennym [30; 33; 34] osoby te zmuszone są do korzystania z usług opiekuńczych i leczniczych [9]. Z uwagi na trudności adaptacyjne występujące u osób starszych [39; 130], decyzja o opuszczeniu własnego domu i zamieszkaniu w zakładzie opieki jest często odczuwana jako dramatyczne i ostateczne rozwiązania [39; 139].

Zaburzenia funkcji poznawczych stanowią poważny problem u osób w wieku podeszłym, nie tylko ze względu na częstość ich występowania, ale również na trudności oceny rzeczywistego stanu psychofizycznego tych osób.

Ocena jakości życia osób starszych z upośledzeniem funkcji poznawczych stwarza trudne wyzwania. Różny stopień deficytu pamięci, uwagi, rozumienia, komunikacji wywiera wpływ na zdolność tych osób do zrozumienia pytań i komunikowania swoich potrzeb [112]. Warto również zaznaczyć, że osoby cierpiące z powodu otępienia mogą być niezdolne do komunikowania swego położenia, gdy stają wobec doświadczenia dolegliwości somatycznych [56; 57]. Nie bez znaczenia pozostaje także współwystępowanie objawów depresji [40], gdyż jakość życia u chorych cierpiących z powodu depresji jest w ich subiektywnym odczuciu znacznie bardziej zredukowana [31], aniżeli osób, u których występują schorzenia somatyczne [132].

Ocena jakości życia może być dokonana subiektywnie lub obiektywnie przez osoby postronne [64]. Obie te metody stanowią ważne źródło informacji [133], jakkolwiek mogą być obciążone błędem. Z jednej strony, niektórzy autorzy zwracają uwagę na fakt, że oceny dokonane przez osoby postronne mogą zawierać pewne zafałszowania [64]. Z drugiej jednak, pomiar jakości życia w oparciu o subiektywne oceny respondenta oznacza wyeliminowanie bardzo istotnej grupy osób [108], która utraciła pełną zdolność samooceny [108; 109].

W mojej pracy została zastosowana metoda obserwacji. Zastosowanie obserwacji jest uzasadnione w sytuacji, gdy osoby badane nie potrafią sformułować odpowiedzi słownej, sensownie opowiadać o sobie, gdy wykazują zaburzenia pamięci, które mogą wpłynąć na ich wypowiedzi [110]. Ocena zewnętrzna jest bardziej obiektywna od samooceny badanego

szczególnie w sytuacji, w której przedmiotem oceny nie są subiektywne wyobrażenia badanej osoby o sobie, lecz dająca się bezpośrednio zaobserwować sprawność psychofizyczna [113]. W prezentowanych badaniach sprawność psychofizyczna badanych została oceniona w wielu wymiarach przy użyciu standaryzowanych narzędzi. Sprawność funkcji poznawczych oceniono za pomocą Skali Oceny Poznawczej (CAS), sprawność ruchową za pomocą Skali Barthel, stan funkcjonalny za pomocą Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej (EFAT) oraz stan psychiczny w zakresie nasilenia objawów napięcia, lęku oraz depresji za pomocą Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku (SOPL).

Znajomość stanu funkcjonalnego umożliwia dobór odpowiedniej interwencji, która może doprowadzić do poprawy funkcjonalności oraz zachowania niezależności [49]. Uzależnienie od pomocy innych osób, bywa życiową koniecznością, jednak może być też przyczyną wielu problemów związanych z utratą autonomii, stąd zjawisko to powinno być rozpatrywane holistycznie [32]. Hancock i współautorzy zwrócili uwagę na fakt, iż brak znajomości złożonych potrzeb podopiecznych powoduje, że duży odsetek osób w domach opieki nie otrzymuje odpowiednich świadczeń [54]. Utrzymanie niezależności funkcjonalnej jest również ważne z punktu widzenia wzrostu obciążenia opiekuna jak i kosztów opieki zdrowotnej [52].

Jednym z podstawowych zadań opieki zdrowotnej jest wykrywanie czynników ryzyka wpływających na upośledzenie zdolności osób starszych do samodzielnego życia oraz podejmowanie działań profilaktyczno – leczniczych zapobiegających narastaniu niesprawności i uzależnienia od opiekunów lub pomocy instytucjonalnej [128; 134].

Według niektórych autorów model opieki długoterminowej powinien mieć na celu osiągnięcie optymalnego poziomu równowagi, między jakością a kosztami świadczeń realizowanych w ramach opieki zdrowotnej i opieki społecznej oraz utrzymanie możliwie najwyższego poziomu autonomii oraz niezależności w życiu społecznym i fizycznym funkcjonowaniu pacjenta. Organizacja systemu powinna zapewniać dostęp do zróżnicowanych usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Istotne jest również zapewnienie dostępu do wysokiej jakości usług dla wszystkich grup odbiorców np. niezależnie od miejsca zamieszkania [135].

Jak zaznaczyłam we wstępie, obserwacje innych autorów wskazują, że w zakładach opieki długoterminowej przebywają chorzy o podobnym wieku i stanie zdrowia, a wielu mieszkańców domów pomocy społecznej dla przewlekle chorych kwalifikuje się do leczenia

i opieki w zakładach opieki długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia [6]. Spostrzeżenia te zostały potwierdzone w badaniach własnych, które wykazały, że badane osoby nie różniły się ze względu na średnią wieku, która w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym wyniosła 82,5 lat, a w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej 81,6 lat. Wyżej wymienione dane są zgodne z tendencją w populacji osób korzystających z usług w ramach opieki długoterminowej w Polsce [27; 28].

Przeprowadzone przeze mnie badania wykazały, że ani na wstępie, ani w trakcie sześciomiesięcznej obserwacji, badane grupy nie różniły się pod względem średnich wartości sprawności funkcji poznawczych.

W odniesieniu do stanu psychicznego wykazano, że tylko na początku badań, obie grupy różniły się pod względem średniej nasilenia objawów napięcia, lęku. Większe nasilenie objawów napięcia, lęku u osób przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym potencjalnie mogło mieć związek z krótszym okresem pobytu w zakładzie w momencie rozpoczęcia badań.

Badane grupy nie różniły się ze względu na poziom nasilenia objawów depresji. Wskaźnik poziomu depresji nie był weryfikowany badaniem klinicznym. Uzyskane przeze mnie wyniki świadczą o objawach depresji, ale nie stwierdzają jej jednoznacznie klinicznie. Częstość występowania objawów depresji łącznie w badanych grupach wyniosła 24,4% i była zbliżona do częstości występowania w populacji osób powyżej 65 roku życia, w której rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych szacuje się na 10 – 30%, podczas gdy pojedyncze objawy depresyjne występują jeszcze częściej [66]. W badaniach przeprowadzonych przez Krzyżanowskiego i współautorów, wykonanych wśród 104 pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych opieką paliatywną obecność objawów depresji wykazano u około połowy badanych. Większość z nich (z wyjątkiem 3 osób) była w wieku powyżej 60 roku życia. Do oceny nasilenia objawów depresji badacze wykorzystali, podobnie jak w moich badaniach, Skalę Obserwacyjną Przygnębienia i Lęku [115]. Uzyskanie przez Krzyżanowskiego i współautorów dwukrotnie większego wskaźnika częstości występowania objawów depresji można tłumaczyć większym stopniem zaawansowania procesu chorobowego- wymagającego opieki paliatywnej oraz towarzyszącymi nasilonymi reakcjami psychicznymi badanych. Każdy pacjent radzi sobie z nieuleczalną chorobą w swoisty sposób, a proces zmagania się z nieuchronnością śmierci obarczony jest występowaniem reakcji psychicznych jak: zaprzeczenie, izolacja, gniew, depresja oraz akceptacja swojego stanu [136; 137]. Postęp zaawansowanej choroby doprowadza z czasem do narastania dolegliwości,

utruty samodzielności [138; 139] oraz wyzwała reakcje emocjonalne takie jak: smutek, przygnębienie, lęk i strach [137; 138; 139].

W odniesieniu do pozostałych ocenianych obszarów sprawności psychofizycznej stwierdzono znamienne różnice średnich wartości sprawności ruchowej oraz stanu funkcjonalnego badanych grup zarówno na wstępie jak i w kolejnym pomiarach. W grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym zaobserwowano zdecydowanie niższy poziom sprawności ruchowej niż w grupie osób przebywających w domu pomocy społecznej. Prawdopodobnie wynika to z kryterium przyjęcia do zakładu opiekuńczo – leczniczego. Zgodnie, z którym opieką w tego typie zakładach mogą zostać objęte osoby, które w ocenie Skali Barthel uzyskały 40 lub mniej punktów [87; 88]. Należy jednak podkreślić, że w domu pomocy społecznej po sześciu miesiącach obserwacji dwukrotnie wzrosła liczba osób (18,7%), które uzyskały 0 punktów, a blisko połowa badanych uzyskała 40 lub mniej punktów.

Pacjenci zakładu opiekuńczo – leczniczego charakteryzowali się również większymi dysfunkcjami w zakresie stanu funkcjonalnego niż mieszkańcy domu pomocy społecznej. Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej uwzględnia między innymi ocenę aktywności ruchowej i poruszania się, które wchodzi również w zakres oceny sprawności ruchowej. Stąd, powyższe wyniki są spójne z ocenami sprawności ruchowej według Skali Barthel.

Inni autorzy analizując sprawność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego u 92 pacjentów, po 65 roku życia, przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym w Rzeszowie wykazali, iż ponad połowę badanych stanowiły osoby całkowicie zależne, (0 punktów w Skali Barthel). Badania te zostały przeprowadzone w oparciu o metodę obserwacji, ale nie uwzględniono w nich stopnia zaburzeń funkcji poznawczych [9].

Z kolei badania przeprowadzone wśród 63 pacjentów w wieku pomiędzy 80 a 100 rokiem życia, hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Geriatrii w Krakowie wskazują, że znaczne ograniczenie sprawności ruchowej (od 0 do 20 punktów w Skali Barthel) stwierdzono u 1/5 badanych [140]. Stosunkowo niewielki odsetek badanych ze znacznym ograniczeniem sprawności ruchowej stwierdzony w materiale klinicznym, można tłumaczyć odmienną grupą badanych obejmującą pacjentów wymagających hospitalizacji i leczenia z powodu nagłego pogorszenia stanu zdrowia a nie przewlekłej opieki, jak w moich badaniach.

Dobrzyń i Marcisz przeprowadzili badania w Katowicach z udziałem osób po 64 roku życia. Do badań zostały włączone osoby, których stan psychiczny i fizyczny umożliwił przeprowadzenie wywiadu. Jedną z badanych grup stanowiły osoby przebywające w dwóch domach pomocy społecznej (75 osób) i zakładzie opiekuńczo – leczniczym (25 osób). Ogółem w badanej grupie, u około 1/3 osób wykazano problemy w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (w obszarze ubierania się, korzystania z toalety, przemieszczania się z łóżka na krzesło), [8]. Autorzy nie przedstawili jednak wyników badań z uwzględnieniem miejsca pobytu badanych. Uniemożliwia to odniesienie moich spostrzeżeń do rezultatów powyższych badań.

Inne publikacje, wykorzystujące wyniki subiektywnej oceny własnego zdrowia przeprowadzone wśród mieszkańców domów pomocy społecznej wskazują, iż około połowa podopiecznych wymagała pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego [7; 141].

Hancock i współautorzy przeprowadzili w Wielkiej Brytanii badania obserwacyjne na grupie 238 osób, w wieku powyżej 60 roku życia, przebywających w domach opieki (residential home). Ośrodki te przeznaczone są dla osób stosunkowo sprawnych i wymagających opieki w niewielkim zakresie [142]. Do badania zostały włączane osoby, u których podejrzewano otępienie. Większość badanych stanowiły kobiety, a średnia wieku wyniosła 86,5 lat. Średnia wartość sprawności ruchowej według Barthel wyniosła 63,8 a zakres ocen mieścił się w przedziale od 30 do 100 punktów [54]. W badaniach własnych uzyskano niższą średnią wartość sprawności ruchowej zarówno w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym jak i w domu pomocy społecznej. Odmiennie wartości sprawności ruchowej uzyskane w badaniach własnych i Hancocka można odnieść przede wszystkim do różnicy badanych grup, wynikającej z kryterium przyjęcia do „residential home”, gdzie przebywają osoby sprawne wymagające niewielkiego wsparcia i opieki [142].

W odniesieniu do analizy dynamiki zmian w zakresie ocenianych obszarów stwierdzono, że średnie wartości poziomu funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego w trzech kolejnych pomiarach, dokonanych w okresie sześciu miesięcy, za pomocą Skali Oceny Poznawczej, Skali Barthel, Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej oraz Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku, w obu typach zakładów nie różniły się istotnie ($p > 0,05$). Powyższe wyniki wskazują, że zmiany wartości średnich poziomu funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego

i psychicznego (w zakresie objawów napięcia, lęku i depresji) w trakcie sześciomiesięcznej obserwacji, w każdej z badanych grup nie uległy zmianie.

Zaobserwowano jednak indywidualną zmienność sprawności psychofizycznej w zakresie ocenianych obszarów. W odniesieniu do zmian sprawności funkcji poznawczych w okresie sześciomiesięcznej obserwacji w obu zakładach było zdecydowanie więcej przypadków pogorszenia niż poprawy funkcji poznawczych. Stwierdzono także, iż w domu pomocy społecznej było mniej niż w zakładzie opiekuńczo – leczniczym osób, u których w trakcie sześciu miesięcy nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego oraz psychicznego w zakresie napięcia, lęku oraz depresji.

W obu zakładach zaobserwowano z każdym następnym pomiarem coraz mniejszą liczbę badanych, u których nastąpiła poprawa sprawności ruchowej oraz coraz większą liczbę osób, które stawały się mniej sprawne ruchowo. W domu pomocy społecznej było więcej niż w zakładzie opiekuńczo – leczniczym osób, u których sprawność ruchowa uległa pogorszeniu. Stwierdzono również, że sprawność ruchowa u niektórych mieszkańców zmniejszyła się o 20, 30 a nawet 60 punktów. Podczas, gdy u pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym sprawność ruchowa zmniejszyła się maksymalnie o 15 punktów. Warto zaznaczyć, że deficyt kilku punktów może świadczyć o utracie samodzielności, a tak wyraźne pogorszenie sprawności ruchowej dowodzi o zróżnicowanym indywidualnie poziomie sprawności ruchowej. Fakt, że u niektórych badanych zaobserwowano wyraźne pogorszenia, natomiast u nielicznych znaczącą poprawę, wskazuje na potrzebę indywidualnej i systematycznej oceny poziomów sprawności, zmierzającej do dostosowania opieki do potrzeb pacjenta.

Na szczególną uwagę zasługują badania zrealizowane w Stanach Zjednoczonych, w których Carpenter i współautorzy dokonali wieloetapowej oceny zmian sprawności fizycznej. Pomiary dokonano w odstępach trzech miesięcy, co miało umożliwić ocenę dokładniejszego tempa i kierunku zmian. W badaniu wzięły udział osoby z otępieniem, bez współistniejących schorzeń, przebywające w domach pielęgnacyjnych (nursing homes). Na podstawie oceny zaburzeń funkcji poznawczych badanych podzielono na dwie grupy: o łagodnych i ciężkich zaburzeniach poznawczych. Średnia wieku badanych była podobna w obu grupach i wyniosła około 85 lat. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że sprawność ruchowa osób, u których wykazano łagodne zaburzenia funkcji poznawczych pogorszyła się nieznacznie bardziej w ciągu sześciu miesięcy niż u osób z ciężkimi zaburzeniami poznawczymi. Zaobserwowano, że w trakcie badań zwiększył się odsetek osób,

u których zaobserwowano pogorszenie sprawności ruchowej. U części badanych, podobnie jak w moich badaniach, stwierdzono jednak poprawę sprawności ruchowej [61]. Dominującą tendencją, do pogorszenia sprawności ruchowej w zakresie podstawowych czynności życia codziennego potwierdziły badania przeprowadzone także przez innych autorów [75].

W badaniach własnych nie wykazano związku pomiędzy płcią a sprawnością psychofizyczną badanych osób, w zakresie funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego oraz psychicznego. Niewykluczone, że brak zależności wynikał z liczebności badanej grupy, zwłaszcza małej liczby mężczyzn.

Badania innych autorów, na podobnie liczebnej grupie osób powyżej 60 roku życia hospitalizowanych na oddziałach chorób wewnętrznych, wykonane z użyciem Mini Mental State Examination (MMS) nie wykazały wpływu płci na poziom funkcji poznawczych [63]. Nie wykazano również związku pomiędzy płcią a nasileniem objawów lęku i depresji [66]. Autorzy argumentowali, iż w starszym wieku różnica płci traci znaczenie jako czynnik ryzyka wystąpienia badanych objawów [66].

W badaniach własnych, w trakcie sześciomiesięcznej obserwacji wykazano związek pomiędzy wiekiem a zmianami sprawności ruchowej ocenianymi według Skali Barthel. Średnia wieku badanych, u których stwierdzono zmiany w kierunku pogorszenia sprawności ruchowej była wyższa niż u osób, u których nie zaobserwowano zmian sprawności ruchowej albo stwierdzono poprawę w tym zakresie. Dostępne są wyniki badań, które potwierdzają powyższy związek [143; 144; 145]. Bidzan oraz Marcinkiewicz przeprowadzili badania u 58 osób z rozpoznaniem otępieniem, przebywających w domach opieki w Słupsku i Gdyni, w których wykazali związek wieku z zanikaniem aktywności [143]. Zależność ta została również potwierdzona w badaniach przeprowadzonych w klinice geriatrycznej oraz domach pomocy społecznej na terenie Bydgoszczy oraz Koronowa. Wykazano, że im starsza osoba, tym sprawność ruchowa w życiu codziennym ulegała pogorszeniu [144]. Również badania przeprowadzone wśród mieszkańców domu pomocy społecznej w Olsztynie, dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia, wykazały, że ograniczenia ruchowe częściej występują u osób starszych niż młodszych [145].

Jakkolwiek, dostępne są również pojedyncze prace, które nie potwierdzają związku wieku z pogarszaniem się sprawności ruchowej. Zostały one jednak przeprowadzone w grupie osób w wieku powyżej 55 lat (średnia wieku = 76,9 lat), u których wykluczono obecność poważnych chorób somatycznych, które potencjalnie mogły wpływać na pogorszenie sprawności ruchowej [40].

W badaniach własnych wykazano również istotny związek sprawności psychofizycznej w zakresie funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego z występowaniem niektórych grup rozpoznań.

Należy jednak najpierw zaznaczyć, że u zdecydowanej większości pacjentów rozpoznawano równocześnie więcej niż jedną chorobę. Część badanych, miała rozpoznane schorzenia z więcej niż jednej grupy rozpoznań. Występowanie wielochorobowości jest typowym zjawiskiem u osób w wieku powyżej 60 roku życia [8; 9; 18; 25; 30; 31; 32; 33].

W moich badaniach osoby, u których występowały odleżyny charakteryzowały się znacznie bardziej zaburzonymi funkcjami poznawczymi, mniejszą sprawnością ruchową, większymi dysfunkcjami w zakresie stanu funkcjonalnego oraz bardziej nasilonymi objawami napięcia, lęku niż osoby bez odleżyn. Paradoksalnie stwierdzono w tej grupie mniejsze nasilenie objawów depresji.

Z kolei badani, którzy mieli rozpoznane schorzenia z grupy zaburzeń psychicznych, lub zaburzeń zachowania byli bardziej sprawni ruchowo i wykazywali mniejsze dysfunkcje w zakresie stanu somatycznego niż osoby bez powyższych zaburzeń.

Natomiast osoby, u których występowały choroby układu krążenia miały mniej zaburzone funkcje poznawcze niż osoby bez powyższych schorzeń.

Badania Bidzana i Turczyńskiego przeprowadzone na grupie osób z zaburzeniami funkcji poznawczych nie potwierdziły moich wyników i sugerowały, że występowanie chorób sercowo–naczyniowych wiązało się z nasileniem zaburzeń poznawczych. W zacytowanych badaniach nie podano jednak informacji, czy zaobserwowana zależność osiągnęła znamienność statystyczną [146]. Podobne spostrzeżenia otrzymali również inni autorzy, którzy na podstawie analizy 371 dokumentacji hospitalizowanych w klinice geriatricznej pacjentów, w wieku od 65 do 93 roku życia stwierdzili, iż jednostkami chorobowymi najczęściej współwystępującymi z otępieniem były choroby układu sercowo – naczyniowego [147].

Z kolei badania przeprowadzone na grupie pacjentów kliniki chorób wewnętrznych i geriatricznej wykazały związek obecności depresji ze zwiększonym ryzykiem rozwoju odleżyn. W zacytowanych badaniach do oceny poziomu depresji zastosowano Geriatriczną Skalę Depresji [140].

W literaturze przedmiotu można natomiast napotkać na liczne badania jakości życia w różnych chorobach przewlekłych [112], z udziałem osób w podeszłym wieku [3].

Carpenter i współautorzy zwracają uwagę na fakt, iż otępienie jest szeroko rozpowszechnione u osób przebywających w domach opieki. Trudność związana z oceną stanu psychofizycznego osób w podeszłym wieku z zaburzeniami funkcji poznawczych powoduje, iż niewiele jest badań poświęconych tej grupie osób. Jedyne pojedyncze prace dotyczą zmian aktywności fizycznej w czasie, z uwzględnieniem nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych pacjentów [61; 112]

Próby określenia problemów chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych natrafiają na szereg przeszkód zarówno natury psychicznej ze strony badanych lub ich rodzin oraz praktycznych wynikających z prób obiektywnej oceny stanu pacjenta. Jedną z wymagających przewyciężenia trudności był dość długi okres trwania badań i w konsekwencji trudność utrzymania liczebności badanych grup. Progresja choroby, komplikacje zdrowotne, osobiste i rodzinne pacjentów spowodowały wyłączenie 31 osób pierwotnie zakwalifikowanych i konieczność uzupełniania grup w trakcie badania. Następnym problemem było znalezienie i zastosowanie poprawnej metodologii badań, tak aby można było wybrać schemat odpowiadający założonym celom. W Polsce, ale także i na świecie niewiele jest publikacji na temat równoczesnego zastosowania różnorodnych narzędzi badawczych do oceny osób z zaburzeniami funkcji poznawczych [9; 40; 54; 61; 63; 73; 115; 143; 146].

W zaprezentowanych badaniach zgodnie z zaleceniami autorów [64; 106; 107; 110; 113; 148] zastosowałam metodę obserwacji. Metoda ta umożliwiła uzyskanie informacji o faktycznym stanie psychofizycznym badanych. Spowodowała również, iż w zgromadzonych danych nie stwierdziłam ani jednego przypadku braku danej.

Dobór grup badawczych tak, aby nie różniły się one na wstępie ze względu na płeć, wiek i poziom funkcji poznawczych pozwolił na uzyskanie w pewnym stopniu jednorodności badanych grup.

Zaletą pracy jest wieloetapowość badań oraz wieloaspektowa ocena sprawności psychofizycznej badanych. Osoby w podeszłym wieku nie stanowią jednorodnej grupy, zarówno pod względem zdrowia a także sprawności fizycznej, psychicznej oraz sytuacji ekonomicznej i społecznej [129; 144; 149; 150]. Zostało to również częściowo potwierdzone w prezentowanej pracy. Przedstawione wyniki badań własnych świadczą, że badane osoby były zróżnicowane pod względem stopnia sprawności psychofizycznej nie tylko w obrębie danego zakładu, ale również między zakładami. Stąd wszelkie oparte na uśrednianiu danych uogólnienia, dotyczące potrzeb w ocenianych obszarach funkcjonowania, mogą być bardzo ryzykowne i nie spełniające potrzeb powierzonych opiece osób.

Uzyskane przez mnie wyniki badań wskazują, że wobec zróżnicowanej oraz indywidualnie zmieniającej się sprawności psychofizycznej części osób, objętych stacjonarną opieką długoterminową, istnieje konieczność systematycznie powtarzanej, wieloaspektowej oceny funkcjonowania osób z zaburzeniami funkcji poznawczych. Dopiero systematyczna weryfikacja ocen umożliwia dostosowania opieki do zindywidualizowanych potrzeb podopiecznych.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły na postawienie następujących wniosków:

- 1). Pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych objęci stacjonarną opieką długoterminową wykazują zróżnicowany poziom sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego oraz stanu psychicznego.
 - a) w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej ogólny poziom sprawności ruchowej wskazywał na znamienne większą samodzielność w zakresie wykonywania podstawowych czynności niż w grupie pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego;
 - b) w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej ogólny poziom stanu funkcjonalnego wskazywał na znamienne lepsze funkcjonowanie w tym zakresie niż w przypadku pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego;
 - c) pacjenci zakładu opiekuńczo – leczniczego charakteryzowali się znamienne bardziej nasilonymi objawami napięcia, lęku na początku badań niż mieszkańcy domu pomocy społecznej.
- 2) W okresie sześciomiesięcznej obserwacji pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego oraz mieszkańców domu pomocy społecznej nie uzyskano znamienności statystycznej zmian średnich wartości sprawności psychofizycznej. Wykazano jednak przypadki indywidualnego pogorszenia, rzadziej poprawy w zakresie funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego oraz psychicznego.
- 3) Wykazano słaby, ale znamienny statystycznie związek sprawności ruchowej z wiekiem badanych. Zaobserwowano słaby, ale znamienny statystycznie związek sprawności ruchowej i stanu funkcjonalnego badanych z okresem pobytu. Stwierdzono także znamienny związek sprawności psychofizycznej w zakresie funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego oraz psychicznego z występowaniem u badanych niektórych grup rozpoznań.
- 4) Wykazano potrzebę wieloaspektowej i systematycznej oceny sprawności psychofizycznej pacjentów objętych opieką długoterminową, zmierzającą do dostosowania opieki do indywidualizowanych potrzeb podopiecznych.

STRESZCZENIE

Uzasadnienie: Brak jest publikacji polskich i ograniczona liczba międzynarodowych dotyczących kompleksowej oceny potrzeb osób ze współwystępującymi zaburzeniami funkcji poznawczych objętych opieką długoterminową.

Cel: Celem pracy była ocena poziomu sprawności psychofizycznej pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych opieką długoterminową w Polsce.

Metodyka i grupa badana: Do badań zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Oceny Poznawczej (Cognitive Assessment Scale), Skalę Barthel, Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej (Edmonton Functional Assessment Tool) oraz Skalę Obserwacyjną Przygnębienia i Lęku. Oceny dokonywano trzykrotnie: na wstępie, po trzech i po sześciu miesiącach pobytu w danym zakładzie opieki. Badania przebiegały bez interwencji w proces leczenia, pielęgnacji oraz rehabilitacji.

Do badania były kwalifikowane osoby powyżej 60 roku życia, z zaburzeniami funkcji poznawczych. Zbadano 80 pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym oraz 80 mieszkańców domu pomocy społecznej. Badane grupy nie różniły się na wstępie ze względu na płeć i wiek. W obu grupach przeważały kobiety oraz osoby w przedziałach wieku od 76 do 85 lat. U zdecydowanej większości pacjentów rozpoznawano równoczesne występowanie kilku chorób. Największą grupę badanych, w obu zakładach, stanowiły osoby, które miały diagnozy lekarskie z grupy: chorób układu krążenia; zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania; chorób układu nerwowego; zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej oraz, u których występowały odleżyny. Średni okres pobytu badanych był zdecydowanie dłuższy w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej (64,6 miesięcy) niż w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym (19,3 miesięcy).

Wyniki: Badane grupy pacjentów zakładu opiekuńczo - leczniczego i mieszkańców domu pomocy społecznej nie różniły się pod względem wartości średnich sprawności funkcji poznawczych. W badaniu wstępnym średnie nasilenie objawów napięcia, lęku było znamienne wyższe wśród pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym. Stwierdzono znamienne różnicę wartości średnich ocen sprawności ruchowej oraz stanu funkcjonalnego pomiędzy badanymi grupami zarówno na wstępie jak i w okresie sześciomiesięcznej obserwacji. Poziom sprawności ruchowej był istotnie niższy w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym niż w domu pomocy społecznej.

Analiza dynamiki zmian w zakresie ocenianych obszarów wykazała, że średnie wartości, w trzech kolejnych pomiarach, dokonanych za pomocą Skali Oceny Poznawczej, Skali Barthel, Narzędzia do Badania Sprawności Funkcjonalnej oraz Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku, przeprowadzone oddzielnie w każdym z zakładów nie różniły się istotnie ($p > 0,05$). Generalnie, w trakcie sześciomiesięcznej obserwacji, w obu zakładach więcej było przypadków pogorszenia niż poprawy funkcji poznawczych. W domu pomocy społecznej mniej było osób, u których nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego oraz psychicznego w zakresie napięcia, lęku oraz depresji.

Po sześciu miesiącach obserwacji dwukrotnie wzrosła liczba mieszkańców domu pomocy społecznej, którzy uzyskali 0 punktów w skali Barthel, a blisko połowa badanych uzyskała 40 lub mniej punktów. Sprawność ruchowa u niektórych mieszkańców domu pomocy społecznej zmniejszyła się o 20, 30 a nawet 60 punktów. Podczas, gdy u pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym sprawność ruchowa zmniejszyła się maksymalnie o 15 punktów.

W badaniach nie wykazano związku pomiędzy płcią badanych a sprawnością psychofizyczną w zakresie funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego oraz psychicznego.

W trakcie sześciomiesięcznej obserwacji wykazano związek pomiędzy wiekiem badanych a zmianami sprawności ruchowej według Skali Barthel. Średnia wieku badanych, u których stwierdzono zmiany w kierunku pogorszenia się sprawności ruchowej była wyższa (pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniosła 84,3 lat, a pomiędzy pierwszym a trzecim badaniem 83,6 lat) niż u osób, u których nie zaobserwowano zmian sprawności ruchowej albo stwierdzono poprawę w tym zakresie (pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniosła 79,9 lat, a pomiędzy pierwszym a trzecim badaniem 80,6 lat).

Wykazano również istotny związek pomiędzy sprawnością psychofizycznej ocenianą w zakresie funkcji poznawczych, sprawności ruchowej, stanu funkcjonalnego i psychicznego a występowaniem niektórych grup rozpoznań. Badani, u których występowały odleżyny charakteryzowali się bardziej nasilonymi: zaburzeniami funkcjami poznawczych, dysfunkcjami w zakresie stanu funkcjonalnego oraz objawami napięcia, lęku oraz mniejszą sprawnością ruchową niż osoby bez odleżyn.

Z kolei badani, którzy mieli rozpoznane schorzenia z grupy zaburzeń psychicznych lub zachowania byli bardziej sprawni ruchowo i wykazywali mniejsze dysfunkcje w zakresie stanu funkcjonalnego niż osoby bez powyższych zaburzeń.

Osoby, u których występowały choroby układu krążenia miały mniej zaburzone funkcje poznawcze niż osoby bez powyższych schorzeń.

Wnioski: Przedstawione wyniki wskazują, że osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych, objęte długoterminową opieką stacjonarną, prezentują pod względem sprawności psychofizycznej zróżnicowany stan nie tylko między zakładami, ale i w obrębie danego zakładu. Sugerują, że uogólnienia oparte o uśrednione wyniki dotyczące obszarów funkcjonowania i planowanie, w oparciu o nie wymaganej opieki mogą być nieadekwatne do potrzeb tych osób. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność systematycznej oceny sprawności psychofizycznej osób z zaburzeniami funkcji poznawczych oraz dostosowanie stacjonarnej opieki długoterminowej do zindywidualizowanych potrzeb podopiecznych.

ABSTRACT

Background: There are no publications in Polish and limited in international literature dealing with complex evaluation of the needs of persons with cognitive function disorders and coexisting diseases who are involved in a long-term care.

Aim: The aim of this work was to assess the level of psychophysical efficiency in patients with disorders of cognitive functions who are included in a long-term care in Poland.

Method and study group: The following standardized research tools were used in this study: the Cognitive Assessment Scale, the Barthel Scale, the Edmonton Functional Assessment Tool and the Observational Scale of Depression and Anxiety. The assessment was performed three times: at the beginning of the care and after three and six months of the stay in a given care providing institution. The study proceeded without intervention in the process of treatment, care and rehabilitation.

The study included persons aged above 60 years with disorders of cognitive functions. The study group comprised 80 inhabitants of the long – term care institution and 80 inhabitants of the social welfare home. There were no differences between two studied groups of patients at the beginning of the study in terms of gender and age. In both groups females and persons aged between 76-85 prevailed. Coexistence of several diseases was diagnosed in the vast majority of studied patients. Cardiovascular system diseases, psychological disorders, behavioral disorders, nervous system diseases, endocrine disorders, nutritional and metabolic status and bedsores were often diagnosed in both groups of studied patients. The mean period of the patients' stay in the social welfare home was significantly longer (64.6 months) than that in the case of the patients in the long - term care institution (19.3 months).

Results: No differences were observed between the patients staying in the long – term care institution and in the social welfare home in terms of the mean capabilities of cognitive function. At the beginning of the study the intensity of tension and anxiety was considerably higher among the patients staying in long – term care institution. Significant differences in the mean values of movement capability and cognitive functions between the study groups were found both at the beginning of the study and during a 6-month observation. The level of physical mobility was markedly lower in the group of the patients in the long – term care institution than in the social welfare home.

The analysis of the dynamics of the changes in the assessed areas revealed that mean values in the three consecutive measurements with use of the Cognitive Assessment Scale, the

Barthel Scale, the Edmonton Functional Assessment Tool and the Observational Scale of Depression and Anxiety carried out separately for each of these institutions did not show significant differences ($p > 0.005$). Generally, a 6-month observation disclosed in both institutions more cases of deterioration than improvement of cognitive functions. In the social welfare home fewer persons depicted improvement of their functional and psychological state in terms of tension, anxiety and depression. Within a 6-month observation the number of inhabitants of the social welfare home who obtained 0 scores with the Barthel Scale doubled, and nearly half of the patients obtained 40 or less scores. Physical efficiency in some inhabitants of the social welfare home decreased by 20, 30 and even 60 scores while physical efficiency in the inhabitants of the long – term care institution decreased maximally by 15 scores.

The present study did not show any correlation between the patients' gender and their psychophysical efficiency in terms of cognitive functions, movement capability, and functional and psychological condition.

A 6-month observation showed a correlation between the patients' age and changes in movement capability with the use of the Barthel Scale. The mean age of the patients who showed decrease in physical efficacy was higher (84.3 years between the first and second measurement, and 83.6 years between the first and the third measurement) than of patients with no changes or improvement in physical efficacy (79.9 years between the first and second measurement and 80.6 year between the first and the third measurement).

There was a significant correlation between psychophysical efficiency assessed in terms of cognitive functions, movement capability, functional and psychological condition and occurrence of some coexisting disorders. The patients with bedsores had more intense impairment of cognitive function, dysfunction of functional condition, tension, anxiety and less movement capability than patients without bedsores.

The patients with psychological or behavioral disorders were generally more physically fitted and showed less impairment of functional condition than the patients without these disorders. Moreover, the patients with cardiovascular diseases had less impaired cognitive functions than the remaining patients.

Conclusions: The results presented above indicate that persons with disorders of cognitive functions involved in a long-term stationary care show diversified state in terms of psychophysical efficiency not only at different institutions but also within one institution. The results suggest that generalizations based on averaged values of functioning and planning of

the required care might be inadequate for the needs of the patients. The obtained results indicate the necessity of systematic assessment of psychophysical efficiency of the persons with disturbed cognitive functions and the adjustment of stationary long-term care to the individual needs of the patients.

Spis tabel

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Zmienne zastosowane w badaniu oraz metody pomiaru zmiennych. | 23 |
| Tabela 2. Przedział wiekowy badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). | 33 |
| Tabela 3. Wiek badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych..... | 34 |
| Tabela 4. Płeć badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). | 35 |
| Tabela 5. Okres pobytu w zakładzie opiekuńczo - leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS), wyrażony w miesiącach - wartości podstawowych statystyk opisowych. . | 36 |
| Tabela 6. Grupy rozpoznań u badanych pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). | 37 |
| Tabela 7. Liczba rozpoznań u jednej osoby będącej pacjentem zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) lub mieszkańcem domu pomocy społecznej (DPS). | 38 |
| Tabela 8. Sprawność funkcji poznawczych pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych..... | 39 |
| Tabela 9. Sprawność funkcji poznawczych w podgrupach z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 39 |
| Tabela 10. Sprawność ruchowa pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych..... | 40 |
| Tabela 11. Sprawność ruchowa pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 41 |
| Tabela 12. Rozkład sum ocen skali Barthel w trzech kolejnych pomiarach. | 42 |
| Tabela 13. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych pacjentów zakładu opiekuńczo – leczniczego - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 44 |
| Tabela 14. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych mieszkańców domu pomocy społecznej - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 45 |

| | |
|---|----|
| Tabela 15. Stan funkcjonalny w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 46 |
| Tabela 16. Stan funkcjonalny pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 47 |
| Tabela 17. Rozkład ocen napięcia, lęku według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). | 48 |
| Tabela 18. Nasilenie objawów napięcia, lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 49 |
| Tabela 19. Nasilenie objawów napięcia, lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 49 |
| Tabela 20. Rozkład ocen objawów depresji według Skali Obserwacyjnej Przygnębienia i Lęku w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). | 50 |
| Tabela 21. Nasilenie objawów depresji w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 51 |
| Tabela 22. Nasilenie objawów depresji w badanych grupach pacjentów zakładu opiekuńczo leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS) z uwzględnieniem płci badanych osób - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 52 |
| Tabela 23. Rozkład zmian funkcji poznawczych pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS). | 54 |
| Tabela 24. Rozkład zmian sprawności ruchowej pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS). | 57 |
| Tabela 25. Rozkład zmian stanu funkcjonalnego pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo – leczniczym (ZOL) i mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). | 60 |

| | |
|---|----|
| Tabela 26. Rozkład zmian objawów napięcia, lęku pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym (ZOL) i domu pomocy społecznej (DPS). | 63 |
| Tabela 27. Rozkład zmian nasilenia objawów depresji pomiędzy pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim pomiarem w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym i mieszkańców domu pomocy społecznej. | 66 |
| Tabela 28. Sprawność funkcji poznawczych badanych a występowanie chorób układu krążenia – wartości podstawowych statystyk opisowych. | 69 |
| Tabela 29. Sprawność funkcji poznawczych badanych a występowanie zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 69 |
| Tabela 30. Sprawność funkcji poznawczych badanych a występowanie chorób układu nerwowego - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 70 |
| Tabela 31. Poziom funkcji poznawczych badanych a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 71 |
| Tabela 32. Zmiany sprawności ruchowej a wiek badanych - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 72 |
| Tabela 33. Sprawność ruchowa a występowanie zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 72 |
| Tabela 34. Sprawność ruchowa a występowanie chorób układu nerwowego - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 73 |
| Tabela 35. Sprawność ruchowa a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 74 |
| Tabela 36. Sprawność ruchowa a występowanie urazów - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 74 |
| Tabela 37. Stan funkcjonalny badanych a występowanie zaburzeń psychicznych, zachowania - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 75 |
| Tabela 38. Stan funkcjonalny a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 76 |
| Tabela 39. Napięcie, lęk a występowanie zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej- wartości podstawowych statystyk opisowych. | 77 |
| Tabela 40. Napięcie, lęk a występowanie odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 77 |

| | |
|--|----|
| Tabela 41. Występowanie objawów depresja a obecność u badanych odleżyn - wartości podstawowych statystyk opisowych. | 78 |
|--|----|

Spis schematów

| | |
|---|----|
| Schemat 1. Projekt badań własnych. | 25 |
|---|----|

Spis wykresów

| | |
|--|----|
| Wykres 1. Procentowy rozkład grup wiekowych badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) oraz mieszkańców domu pomocy społecznej (DPS). | 34 |
| Wykres 2. Średnie wieku badanych w latach. | 35 |
| Wykres 3. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych pacjentów zakładu opiekuńczo - leczniczego. | 43 |
| Wykres 4. Rozkład ocen sprawności ruchowej w grupie badanych mieszkańców domu pomocy społecznej. | 45 |
| Wykres 5. Kierunek zmian funkcji poznawczych w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym. | 55 |
| Wykres 6. Kierunek zmian poziomu funkcji poznawczych w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej. | 56 |
| Wykres 7. Kierunek zmian w zakresie sprawności ruchowej w grupie osób przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym. | 58 |
| Wykres 8. Kierunek zmian w zakresie sprawności ruchowej w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej. | 59 |
| Wykres 9. Kierunek zmian poziomu stanu funkcjonalnego w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym. | 61 |
| Wykres 10. Kierunek zmian poziomu stanu funkcjonalnego w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej. | 62 |
| Wykres 11. Kierunek zmian nasilenia objawów napięcia, lęku w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym. | 64 |
| Wykres 12. Kierunek zmian nasilenia objawów napięcia, lęku w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej. | 65 |
| Wykres 13. Kierunek zmian nasilenia objawów depresji w grupie pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo - leczniczym. | 66 |
| Wykres 14. Kierunek zmian nasilenia objawów depresji w grupie mieszkańców domu pomocy społecznej. | 67 |

Bibliografia

1. Szczerbińska K., Czarniecka K.: Wpływ rozwoju stacjonarnej opieki długoterminowej na jej dostępność dla osób starszych. W: Szczerbińska K. [red.]. Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 227-249.
2. Siwińska V., Wdowiak L., Włoch K., Budzyńska-Kapczuk A., Majcher P.: Finansowanie świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych opieki długoterminowej na terenie województwa lubelskiego. *Zdrow Publiczne*, 2006; 116 (4): s. 653-657.
3. Szczerbińska K.: Systemowe działania w celu poprawy jakości opieki nad osobami starszymi - przykład InterRAI. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2006; 4(1): s. 83-97.
4. Kuźmich I., Brzostek T.: Wybrane aspekty funkcjonowania stacjonarnej opieki długoterminowej w Polsce. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005; 1/2 (10/11): s. 61-66.
5. Kuźmich I., Brzostek T., Poździejch S.: Wybrane aspekty prawne funkcjonowania zakładu opiekuńczo-leczniczego i domu pomocy społecznej. Analiza porównawcza. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2008; 2-3(23-24): s. 58-63.
6. Kozierkiewicz A., Szczerbińska K.: Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
7. Kurowska K.: Jakość życia seniora w domu pomocy społecznej. *Zdrow Publiczne*, 2002; 112(4): s. 501-504.
8. Dobrzyń D., Marcisz Cz.: Proste i złożone czynności dnia codziennego u starszych osób objętych opieką pomocy społecznej na Śląsku. W: Krajewska - Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. [red.]. *Problemy terapeutyczno - pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007*, s. 440-447.
9. Bońkowski K., Klich-Rączka A.: Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. *Gerontol Pol*, 2007; 15(3): s. 97-103.
10. Żak M.: Ocena sprawności funkcjonalnej w procesie rehabilitacji. Materiały konferencyjne. VII Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej, I Międzynarodowe Sympozjum Rehabilitacji w Opiece Długoterminowej,

- I Ogólnopolskie Sympozjum Profilaktyki, Edukacji i Leczenia Ran Przewlekłych, Toruń 2004: s. 25-26.
11. Kujawa W., Biercewicz M., Ślusarz R., Kędziora - Kornatowska K.: Wpływ wybranych chorób wieku podeszłego na wydolność funkcjonalną osób starszych. *Pięgniarnstwo XXI wieku*, 2005; 1/2(10/11): s. 99-104.
 12. Lee D.T., Woo J., Mackenzie A.E.: A review of older people's experiences with residential care placement. *J Adv Nurs*, 2002; 37(1): s. 19-27.
 13. Roszkowska H.: Wybrane elementy sytuacji zdrowotnej osób starszych w Polsce na tle krajów kandydujących do Unii Europejskiej i krajów członkowskich. *Gerontol Pol*, 2003; II(2): s. 63-71.
 14. Kocot E.: Przemiany demograficzne – świat, Europa, Polska. Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy i sektor ochrony zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2011; tom IX, 1: s. 5 – 24.
 15. Topór – Mądry R.: Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2011; tom IX, 1: s. 25-49.
 16. Marzec A., Muszaliak 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 terapeutyczno - pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom I. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, s. 411-421.
 17. Mianowany M.E., Maniecka - Bryła I., Drygas W.K.: Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno - ekonomiczny. *Gerontol Pol*, 2004; 12(4): s. 172-176.
 18. Klimak K.: Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku. *Pieleg Położna*, 2003; 9: s. 7-9.
 19. Ciosek A.: Starość i starzenie się człowieka w aspekcie bio-psycho-społecznym. W: Krajewska - Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. [red.]. *Problemy terapeutyczno - pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom I. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, s. 365-375.
 20. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000 – 2010. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl.pdf [dostęp: 05.05. 2012].

21. Bolesławski L., Marciniak G.: Prognoza ludności według województw na lata 1996-2020. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1997.
22. Kądalska E., Wójcik G.: Program rozwoju zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998.
23. Rocznik statystyczny 2006. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.
24. Trwanie życia w 2010r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011. <http://www.stat.gov.pl/> [dostęp: 04.05.2012].
25. Szczerbińska K.: Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. W: Szczerbińska K. [red.]. Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 29-43.
26. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.
27. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010. <http://www.stat.gov.pl/> [dostęp: 29.04 2012].
28. Pomoc społeczna - infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010. <http://www.stat.gov.pl/> [dostęp: 29.04 2012].
29. Skalska A.: Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2011; tom IX, 1: s. 50 – 59.
30. Bartyzel - Lechforowicz H., Kuźniar A.: Jakość życia osób w wieku geriatrycznym w aspekcie medycznym, psychologicznym i ekonomiczno - społecznym na terenie miasta Rzeszowa i okolic. W: Świderek Z., Wróbel W., Kryński A. [red.]. Zdrowie publiczne: współczesne uwarunkowania i trendy rozwoju. Wydawnictwo Akademii Polonijnej w Częstochowie "Educator", Częstochowa 2010, s. 279-285.
31. Puto G., Ocetkiewicz T., Zawisza K.: Wpływ depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po 80. roku życia. Gerontol Pol, 2007; (15) 3: s. 90-96.
32. Zaczyk I.: Social and psychological problems in functioning o the elderly people. W: Fidecki W., Wysokiński M. [red.]. Selected problems of the ageing population. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, s. 19-28.
33. Kaczmarczyk M.: Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. Studia Medyczne, 2008; 12: s. 29-33.

34. Muszalik M., Marzec A., Kędziora - Kornatowska K.: Rola pielęgniarki w profilaktyce upadków u osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2007; 1(18): s. 127-131.
35. Dubiel M., Klich – Rączka A.: Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatry jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2011; tom IX, 1: s. 101 – 109.
36. Wolska - Lipiec K.: Udział pielęgniarek w poprawie jakości życia seniorów. *Pielęg Położna*, 1999; 8: s. 4-6.
37. Kocemba J., Grodzicki T.: *Zarys gerontologii klinicznej*. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
38. Misztalski T.: Próba oceny współzależności między depresją, otępieniem a chorobą somatyczną u chorych w podeszłym wieku. *Gerontol Pol*, 2000; 8(1): s. 22-29.
39. Bień B., Doroszkiewicz H.: Opieka długoterminowa w geriatry: dom czy zakład opieki? *Przewodnik Lekarza*, 2006; 10/92: s. 48-57.
40. Bidzan L., Łapin I., Sołtys K., Turczyński J.: Wpływ poziomu funkcji poznawczych i depresji na aktywność złożoną osób w wieku podeszłym. *Gerontol Pol*, 2000; 8(4): s. 9-14.
41. Borkowska A.: Ocena neuropsychologiczna. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórki J. [red.]. *Psychiatria*. Tom I. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2002, s. 539-550.
42. Gabryelewicz T., Wasiak B.: Łagodne zaburzenia poznawcze. *Psychiatr Pol*, 2001; (35)4: s. 647-656.
43. Dobrzyń D., Marcisz Cz.: Depresja i zaburzenia funkcji poznawczych u starszych osób objętych opieką społeczną na Śląsku. W: Krajewska - Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J., [red.]. *Problemy terapeutyczno - pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom I. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, s. 460 - 468.
44. Kuncewicz E., Gajewska E., Sobieska M., Samborski W.: Istotne problemy rehabilitacji geriatrycznej. *Geriatr Pol*, 2006; 2: s. 136-140.
45. Marengoni A., Agüero-Torres H., Cossi S., Ghisla M.K., De Martinis M., Leonardi R. i wsp.: Poor mental and physical health differentially contributes to disability in hospitalized geriatric patients of different ages. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004; 19: s. 27-34.

46. Bilikiewicz A., Matkowska - Białko D.: Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja. *Udar Mózgu*, 2004; (6) 1: s. 27-37.
47. Gugala M., Łojek E., Lipczyńska – Łojkowska W., Bochyńska A., Sawicka B., Sienkiewicz – Jarosz H.: Przegląd metod neuropsychologicznych służących do diagnozy łagodnych zaburzeń poznawczych. *Postępy Psychiatr Neurol*, 2007; 16(1): s. 81-85.
48. Atkinson H.H., Rosano C., Simonsick E.M., Williamson J.D., Davis C., Ambrosius W.T. i wsp.: Cognitive function, gait speed decline and comorbidities: the health, aging and body composition study. *J Gerontol*, 2007; 62A(8): s. 844-850.
49. Bangen K.J., Jak A.J., Schiehser D.M., Delanowood L., Tuminello E., Han S.D. i wsp.: Complex activities of daily living vary by mild cognitive impairment subtype. *J Int Neuropsychol Soc*, 2010; 16(4): s. 630- 639.
50. Andersen Ch.K., Wittrup - Jensen K.U., Lolk A., Andersen K., Kragh-Sorensen P.: Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health and Quality of Life Outcome*, 2004; 2: 52. <http://www.hqlo.com/content/2/1/52> [dostęp: 10.06.2012].
51. Maciejuk A., Kędzierski Z.: Selected issues in the functioning of elderly persons. W: Saracen A. [red.]. *Holistic care of the elderly*. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, s. 109-119.
52. Mehta K.M., Yaffe K, Covinsky K.E.: Cognitive impairment, depressive symptoms and functional decline in older people. *J Am Geriatr Soc*, 2002; 50(6): s. 1045-1050.
53. Bidzan L., Bidzan M.: Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne w łagodnych zaburzeniach funkcji poznawczych. *Psychogeriatr Pol*, 2004; 1: s. 23-28.
54. Hancock G.A., Woods B., Challis D., Orrell M.: The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006; 21: s. 43-49.
55. Grabowski D.C., Aschbrenner K.A., Rome V.F., Bartels S.J.: Quality of Mental Health Care for Nursing Home Residents. A literature review. *Med Care Res Rev*, 2010; 67(6): s. 627-656.
56. Farrell M.J., Katz B., Helme R.D.: Wpływ otępienia na doświadczenie bólu. *Rehabil Med*, 1997; (1) 4: s. 34-43.
57. Mezinskis P.M., Keller A.W., Luggen A.: Assessment of pain in the cognitively impaired older adult in long-term care. *Geriatric Nursing*, 2004; 25(2): s. 107-112.
58. Grabiec U.: Otępienie - problem różnicowania. *Gerontol Pol*, 2000; 8(4): s. 16-21.

59. Humańska M.A., Kędziora-Kornatowska K., Beuth W.: Disorders of cognitive functions and quality of life of the elderly people. W: Fidecki W., Wysokiński M. [red.]. Selected problems of the ageing population. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, s. 207-217.
60. Kurowska K.: Otepienie. *Mag Piel Położn*, 2003; 7-8: s. 27.
61. Carpenter G.I., Hastie Ch.L., Morris J.N., Fries B.E., Ankri J.: Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatric*, 2006; 6: 7 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/7> [dostęp: 10.06.2012].
62. Gure T.R., Kabeto M.U., Plassman B.L., Piette J.D., Langa K.M.: Differences in functional impairment across subtypes of dementia. *J Gerontol a Biol Sci Med Sci*, 2010; 65A: s. 434-441.
63. Józwiak A., Wiśniewska J., Wieczorowska - Tobis K.: Zaburzenia pamięci u osób starszych oceniane testem Mini Mental Scale (MMS). *Gerontol Pol*, 2000; 8(1): s. 46-50.
64. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Akademia Medyczna, Gdańsk 2001.
65. Parnowski T.: Depresje i psychozy w wieku podeszłym. *Geriatr Pol*, 2005; 1(3): s. 54-62.
66. Sołtys K., Majkowicz M., Dejewska J., Pleskot J., Romanowski A.: Objawy lęku i depresji u osób w wieku podeszłym hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. *Gerontol Pol*, 2002; 10(1): s. 30-35.
67. Chodorowski Z.: Wybrane problemy medycyny geriatrycznej. Grupa Wydawnicza VM Group, Gdańsk 2005.
68. Walczewska J., Skalska A., Ocetkiewicz T.: Upadki stwierdzone w wywiadzie a wiek i stan zdrowia pacjentów hospitalizowanych. *Gerontol Pol*, 2003; II (2): s. 84-88.
69. Thornby M.A.: Równowaga i upadki u osłabionej starszej osoby: przegląd literatury. *Rehabil Med*, 1997; (1) 4: s. 11-18.
70. Żak M.: Rehabilitacja w procesie leczenia osób starszych. *Gerontol Pol*, 2000; 8(1): s. 12-18.
71. Wieczorowska - Tobis K., Rajska – Neuman A., Styszyński A., Józwiak A.: Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatr Pol*, 2006; 2: s. 38 – 40.

72. Wieczorowska - Tobis K.: Ocena pacjenta starszego. *Geriatrics*, 2010; 4: s. 247-251.
73. Zielińska A., Strugała M., Stachowska M.: Ocena funkcjonowania czynnościowego, poznawczego oraz ryzyka rozwoju odleżyn, jako zasadniczych elementów w planowaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską u pacjentów w podeszłym wieku. *Probl Hig Epidemiol*, 2007; 88(2): s. 216-220.
74. Kuźmich I., Brzostek T., Górkiewicz M.: Zróżnicowanie stanu funkcjonalnego pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce. W: Świderek Z., Wróbel W., Kryński A., [red.]. *Zdrowie publiczne: współczesne uwarunkowania i trendy rozwoju*. Wydawnictwo Akademii Polonijnej w Częstochowie "Educator", Częstochowa 2010, s. 269-277.
75. McConnell E.S., Pieper C.F., Sloane R.J., Branch L.G.: Effects of cognitive performance on change in physical function in long-stay nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002; 57 (12): s. 778-784.
76. Piróg M., Hylla A., Kozok A., Pisula M., Urbańczyk R.: Alternatywne formy stacjonarnej opieki długoterminowej w województwie opolskim. *Antidotum*, 1997; 6(12): s. 103-128.
77. Murkowski M., Koronkiewicz A., Cieślukowski Z.: Zasoby opieki zdrowotnej w Polsce w okresie 50-lecia 1945-1995 i perspektywa ich wykorzystania w latach 2002-2005. *Zdrow Publiczne*, 2000; Tom CX, 6: s. 222-227.
78. Poździoch S.: Nowe rozwiązania prawne w dziedzinie pomocy społecznej i opieki zdrowotnej przyjęte w latach 1990-2004 i ich wpływ na sytuację osób starszych. W: Szczerbińska K. [red.]. *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 294-305.
79. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.1991 Nr91 poz.408).
80. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U.2011 Nr 112 poz.654).
81. Mirewska E., Szczerbińska K.: Dostępność instytucji pomocy społecznej dla osób starszych w latach 1990-2004. W: Szczerbińska K. [red.]. *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 251-291.

82. Jurasz W.: Status prawny i zadania zakładu opiekuńczo - leczniczego. Analiza zagadnienia na przykładzie państwowego zakładu opiekuńczo - leczniczego w Rajczy [praca dyplomowa]. Szkoła Zdrowia Publicznego, Kraków 1997.
83. Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminy (DZ.U.,1990, Nr 16, poz.95).
84. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz.U.Nr 91, poz.578).
85. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz.U.Nr 210, poz.2135 z późn.zmn.).
86. Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz.593).
87. Zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
88. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
89. Murkowski M., Koronkiewicz A., Chlipalski A. Szpital opieki długoterminowej. Organizacja, projektowanie, wyposażenie. Centrum Organizacji i Ekonomii Ochrony Zdrowia, Warszawa – Kraków 1993.
90. Skolmowska E.: Zarządzanie opieką pielęgniarską nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym na przykładzie Centrum Pielęgnacyjnego "Niebieski Parasol" w Olsztynie. Zdrowie i Zarządzanie, 2001; (3)5: s. 67-76.
91. Szwalkiewicz E.: Jakość świadczeń w opiece długoterminowej. Mag Piel i Położn 2002; 07-08: s. 10-11.
92. Jurek Ł.: Sektory opieki długoterminowej - analiza kosztów. Gerontol Pol, 2007; (15) 4: s. 111-115.
93. Szwalkiewicz E.: Trudności w funkcjonowaniu i bariery w rozwoju opieki długoterminowej. <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=9&art=350> [dostęp: 02.02.2010].
94. Krajowy Program "Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008-2010". Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, grudzień 2008. http://www.emeryturypomostowe.gov.pl/sites/default/files/4/program_zabezpieczenie_spoleczne_2008-2010.pdf [dostęp:10.03.2012].

95. Rejestr zakładów opieki zdrowotnej: Liczba placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki na dzień 2008-03-25 w kraju.
<http://www.rejestr.gov.pl/RZOZ/raporty/raporty.do?rap=ilpozrj.html>. [dostęp: 10.04.2010].
96. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku. Warszawa : GUS, 2009.
97. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakłada. (Dz.U.1998 Nr166,poz.1265).
98. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135).
99. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. Nr 21 poz. 1837).
100. Łobocki M.: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2007.
101. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10.
102. Rosenbaum P.R.: Optimal matching for observational studies. J Am Stat Assoc, 1989; Tom 84, 408: s. 1024-1032.
103. Rosenbaum P.R.: A characterization of optimal designs for observational studies. J R Statist Soc, 1991; Tom 53, 3: s. 597-610.
104. Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych. "Śląsk" Sp. Z o.o. Wydawnictwo Naukowe, Katowice 1999.
105. Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2001.
106. Hobson J.P., Meara R.J.: Is the SF-36 health survey questionnaire suitable as a self-report measure of the status of older adults with Parkinson's disease. Qual Life Res, 1997; 6: s. 213-216.
107. Dowe M.C., Lawrence P.A., Carlson J., Keyserling TC.: Patients' use of health-teaching materials at three readability levels. Appl Nurs Res, 1997; 10(2): s. 86-93.
108. Gerritsen D.L., Steverink N., Frijters D.H.M., Ooms M.E., Ribbe M.W.: Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON-scale. J Clin Nurs, 2010; 19: s. 1243-1251.

109. Gerritsen D.L., Steverink N., Ooms M.E., de Vet H.C.W., Ribbe M.W.: Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Qual Life Res*, 2007; 16: s. 1029-1037.
110. Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D. *Metody badawcze w naukach społecznych*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Kraków 2000.
111. Ready R.E., Ott B.R.: Quality of life measure for dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003; 1:11 <http://www.hqlo.com/content/1/1/11> [dostęp: 10.06.2012].
112. Logsdon R.G., Gibbons L.E., McCurry S.M., Teri L.: Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychometric Medicine*, 2002; 64: s. 510-519.
113. Kuźmicz I., Brzostek T., Górkiewicz M.: Kwestionariusz Barthel jako narzędzie pomiaru zakresu samodzielności fizycznej osób w podeszłym wieku. *Studia Medyczne*, 2008; 12: s. 17-21.
114. Pattie AH.: A survey version of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE). *Br J Clin Psychol*, 1981; 20: s. 173-178.
115. Krzyżanowski D., Chybicka A., Fal A.M.: Ocena komfortu i stanu osób objętych opieką paliatywną z ciężkimi zaburzeniami poznawczymi. *Onkologia Polska*, 2008; 11,4: s. 141-144.
116. Mahoney F.I., Barthel D.W.: Functional Evaluation: The Barthel Index. *Matyland State Medical Journal*, 1965; 14: s. 61-65.
117. Wade D.T., Collin C.: The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability. *Int Disabil Studies*, 1988; 10(2): s. 64-67.
118. Szczerbińska K.: Ocena czynności życia codziennego. *Mag Piel Położn*, 2005; 4: s. 17.
119. Pott C.: Teoretyczne podstawy stosowania metod dokumentacji i oceny w rehabilitacji neurologicznej. *Rehabil Med*, 2001; 5,3: s. 45-51.
120. Radzik T., Prażmowska B.: Zastosowanie skal do oceny sprawności psychoruchowej w planowaniu opieki nad pacjentem w podeszłym w wieku. W: Szarota Z., Krobicki M. [red.]. *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku. Materiały konferencyjne*. III Galicyjskie Spotkania Medyczne. Kraków 2004, s. 47-60.

121. Nawotny J. [red.]: Podstawy fizjoterapii. Część 1. Podstawy teoretyczne i wybrane aspekty praktyczne. Wydawnictwo KASPER, Kraków 2004.
122. Budzyńska-Kapczuk A.: Nowe możliwości, nowe wyzwania. *Pielęg Położna*, 2004; 1: s. 8-11.
123. Collin C., Wade D.T., Davies S., Horne V.: The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*, 1988; 10: s. 61-66.
124. Brunherotti M.A., Sobreira C., Rodrigues - Junior A.L., e Assis M.R., Filho J.T., Martinez J.A.B.: Correlations of Egen Klassifikation and Barthel Index scores with pulmonary function parameters in Duchenne muscular dystrophy. *Heart and Lung*, 2007; 36,2: s. 132-139.
125. Kaasa T., Wessel J.: The Edmonton Functional Assessment Tool: further development and validation for use in palliative care. *J Palliat Care*, 2001; 17,1: s. 5-11.
126. Kaasa T., Wessel J., Darrah J., Bruera E.: Inter - rater reliability of formally trained and self - trained raters using the Edmonton Functional Assessment Tool. *Palliat Med*, 2000; 14: s. 509-517.
127. Kuźmicz I., Chmiel I., Górkiewicz M.: Organizacyjne i prawne aspekty działalności zakładów zdrowotnej opieki długoterminowej. W: Tokarska D., Iskra M. [red.]. *Przedsiębiorstwo XXI wieku. Szanse i zagrożenia*. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie, Stalowa Wola 2010, s. 135-148.
128. Doroszkiewicz H., Bień B.: Podstawowa opieka geriatryczna na świecie. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005; 1/2(10/11): s. 94-97.
129. Jakrzewska - Siwińska A., Sawiński K., Wieczorowska - Tobis K.: Opieka nad pacjentem w wieku podeszłym w zaawansowanym stadium choroby przewlekłej. *Nowiny Lek*, 2003; 72,4: s. 323-326.
130. Brzezicka A., Ślusarska B., Nowicki G.: Problems of old-age home residents in range of functional and psycho - social activity. W: Fidecki W., Wysokiński M. [red.]. *Selected problems of the ageing population*. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, s. 147-159.
131. Ostrzyżek A.: Ocena jakości życia osób w podeszłym wieku, rehabilitowanych w oddziale opieki długoterminowej. *Probl Hig Epidemiol*, 2010; 91(4): s. 659-666.

132. Majkowicz M., Zdun - Ryżewska A.: Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych - koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2009; 2,2: s. 100 - 114.
133. Kwapisz U.: Stan funkcjonalny pacjentów geriatrycznych w subiektywnej ocenie zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005; 1(19): s. 149 - 152.
134. Jachimowicz V., Kostka T.: Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Gerontol Pol*, 2009; Tom 17, 1: s. 23-31.
135. Wójcik G., Sienkiewicz Z., Cieslak H., Paszek T., Wrońska I., Fidecki W. i wsp.: Assumption for the model of care for the elderly and chronically ill in Poland. W: Saracen A. [red.]. *Holistic care of the elderly*. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, s. 17-29.
136. Kuźmicz I., Brzostek T., Cisek M.: Postawy chorych wobec choroby i śmierci. W: Krajewska - Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. [red.]. *W drodze do brzegu życia*. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, s. 391-397.
137. Motyka M.: *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
138. Banach M., Kuźmicz I.: Czas wolny a jakość życia pacjentów w opiece paliatywnej. W: Gierat W., Banach M. [red.]. *Czas wolny młodzieży szkolnej*. MTM-Levoča, . Levoča 2010, s. 227-237.
139. de Walden - Gałuszko K. *U kresu*. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000.
140. Klich - Rączka A., Dubiel M., Sulicka J., Życzkowska J., Pitucha M.: Kompleksowa ocena geriatryczna pacjentów hospitalizowanych po 80 roku życia. *Przegl Lek*, 2006; 63/3: s. 109-112.
141. Mazurkiewicz A., Konieczka J.: Poziom sprawności pensjonariuszy DPS w zakresie podstawowych czynności życia codziennego. W: Krajewska - Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C. [red.]. *Problemy terapeutyczno - pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom I. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, s. 435-439.
142. Wrońska I.: Stacjonarna opieka pielęgnacyjno - opiekuńcza (Nursing Home). *Pieleg Położn*, 1995; 9: s. 4-7.

143. Bidzan L., Marcinkiewicz M.: Ocena funkcjonowania osób z otępieniem zamieszkujących w domach opieki. *Psychiatr Pol*, 2005; 2(4): s. 349-360.
144. Humańska M.A., Kędziora - Kornatowska K., Wrońska I.: Age and functional efficiency of geriatric patients. W: Saracen A. [red.]. *Holistic care of the elderly*. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009, s. 247-256.
145. Loda M., Muszalik M.: Jakość życia związana ze zdrowiem osób w starszym wieku. W: Krajewska - Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., [red.]. *Problemy terapeutyczno - pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom I. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, s. 385-392.
146. Bidzan L., Turczyński J.: Wpływ wybranych zmiennych demograficzno - społecznych na poziom funkcji poznawczych w populacji osób powyżej 65 roku życia z województwa pomorskiego. *Gerontol Pol*, 2004; 12(1): s. 20-23.
147. Koczaj A., Królikowska A., Kędziora – Kornatowska K.: Analiza częstości występowanie chorób otępiennych u pacjentów hospitalizowanych w Klinice Geriatrii oraz ich współwystępowanie z innymi jednostkami chorobowymi. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005; 1(9): s. 59-63.
148. Kuhn D., Kosayka R.E., Lechner C.: Behavioral observations and quality of life among persons with dementia in 10 assisted living facilities. *Am J Alzheimer's Dis Other Demen*, 2002; 17: s. 291-298.
149. Krzemieniecki K.: Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii - systematyczny przegląd piśmiennictwa. *Gerontol Pol*, 2009; Tom 17, 1: s.1-6.
150. Muszalik M., Ćwikła A., Kędziora – Kornatowska K., Kornatowski T.: Ocena wpływu czynników socjodemograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2010; 1-2(30-31): s. 9 – 15.

Aneks. Narzędzia badawcze.

Cognitive Assessment Scale (CAS) - Skala Oceny Poznawczej

| Pytania | | Wyniki | |
|----------------|--|---------------|---|
| 1. | Proszę podać swoje nazwisko | 0 | 1 |
| 2. | Ile Pan (i) ma lat? | 0 | 1 |
| 3. | Proszę podać datę urodzenia | 0 | 1 |
| 4. | Jaką datę mamy dzisiaj? | 0 | 1 |
| 5. | Jaki jest adres miejsca, w którym jesteśmy? | 0 | 1 |
| 6. | Jak nazywa się miasto, w którym jesteśmy? | 0 | 1 |
| 7. | Kto jest Premierem Rządu w Polsce? | 0 | 1 |
| 8. | Kto jest Prezydentem Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej? | 0 | 1 |
| 9. | Jakie są kolory naszej flagi państwowej? | 0 | 1 |
| 10. | Jaki mamy dzisiaj dzień tygodnia? | 0 | 1 |
| 11. | Jaki mamy miesiąc? | 0 | 1 |
| 12. | Który mamy rok? | 0 | 1 |

Skala Barthel

| Lp. | Obszar oceny | Liczba punktów |
|---------------------|---|----------------|
| 1. | Spożywanie posiłków 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5- potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny | |
| 2. | Przechodzenie z łóżka na wózek i z powrotem 0 -nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 -większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10 - mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 - samodzielny | |
| 3. | Utrzymanie higieny osobistej 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu się (z zapewnionymi pomocami) | |
| 4. | Korzystanie z WC 0 – zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale pewne czynności wykonuje sam 10 - niezależny | |
| 5. | Mycie / kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 - niezależny | |
| 6. | Przejsięce powyżej 50m 0 - nie porusza się lub porusza się < 50 m 5 - niezależny na wózku wliczając zakręty 10 - spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby 15 - niezależny (może potrzebować np. laski) | |
| 7. | Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej) 10 - niezależny | |
| 8. | Ubieranie i rozbieranie się 0 – nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonywać bez pomocy 10 - niezależny | |
| 9. | Kontrola zwieracza odbytu 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatyw) 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje/utrzymuje stolec | |
| 10. | Kontrola zwieracza pęcherza moczowego 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje/utrzymuje mocz | |
| Suma punktów | | |

Narzędzie do Badania Sprawności Funkcjonalnej - Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)

| | 0 sprawny | 1 nieznaczna dysfunkcja | 2 średnia dysfunkcja | 3 znaczna dysfunkcja |
|---|--|---|--|--|
| Komunikacja | Niezależny – zachowane wszelkie formy komunikacji. | Wymaga okularów, aparatu słuchowego, pomocy w komunikacji. | Efektywna komunikacja < 50 % czasu. | Niezdolny do komunikacji. |
| Stan umysłowy | Dobra orientacja w 3 kierunkach (miejscu, czasie, własnej osobowości i pamięci). | Uszkodzenie 1/3 orientacji/pamięci, wypełnia proste polecenia. | Uszkodzenie 2/3 orientacji/pamięci, odpowiada mało zbornie, lub niespokojny, pobudzony, w lęku. | Uszkodzenie całkowite orientacji/pamięci, lub nie reaguje na polecenia słowne. |
| Ból | Nie ma bólu lub ból okazjonalny, nie naruszający sprawności. | Ból ogranicza częściowo aktywność, minimalnie hamuje aktywność. | Ból obecny cały czas, hamuje aktywność w stopniu średnim. | Niezdolny do aktywności z powodu bólu. |
| Duszność | Nie ma dysfunkcji. | Wysiłkowa, przzerwana. | Spoczynkowa, niewielka lub tlen przy 1-3 l/min. | Spoczynkowa znaczna lub tlen przy 4 l/min. |
| Równowaga - na siedząco - na stojąco | Normalna równowaga. | Osiąganie/utrzymywanie pozycji za pomocą przyrządów lub 1 osoby, zagrożenie bezpieczeństwa minimalne. | Zagrożona równowaga, utrzymywanie pozycji przy średniej pomocy 1 lub więcej osób. Ryzyko upadku. | Utrzymywanie pozycji z max. Pomocą 1-2 osób lub niemożliwa do oceny. |
| Ruchliwość, ogólna zdolność do ruchu | Ruchy dowolne wszystkich kończyn. Porusza się swobodnie i bezpiecznie. | Ruchy dowolne wszystkich kończyn ale z pewnym ograniczeniem. 1 osoba do bezpiecznego poruszania. | Potrzebna inna osoba do zapoczątkowania ruchu. Wymaga asekuracji 2 osób do bezpiecznego przemieszczania się. | Niezdolny do zmiany pozycji, przemieszczany za pomocą mechanicznych podnośników. |
| Poruszanie się - chodzenie - na wózku | Chodzi samodzielnie lub niezależny w jeżdżeniu i kierowaniu wózkiem. | Chodzi z asekuracją 1 osoby +/- chodzi ze sprzętem lub wymaga asekuracji przy jeżdżeniu wózkiem. | Chodzi przy pomocy 2 osób na „krótkim dystansie” lub wymaga pomocy przy prowadzeniu i kierowaniu wózkiem. | Niezdolny do chodzenia, wymaga pomocy w obsłudze WC i przy przemieszczaniu się. |
| Zmęczenie | Rzadko potrzebuje odpoczynku. | Odpoczywa <50 % czasu dnia. | Odpoczywa > 50 % czasu dnia. | Nie opuszcza łóżka z powodu zmęczenia. |
| Motywacja | Chce uczestniczyć we wszystkich czynnościach mimo ograniczeń. | Stosunek aktywnego do biernego uczestnictwa > 50% czasu dnia. | Stosunek aktywnego do biernego uczestnictwa < 50% czasu dnia. | Nie pragnie uczestniczyć w żadnej formie aktywności. |
| Aktywność dzienna | Niezależny – samodzielny. | Niezależny podczas używania sprzętu pomocniczego. | Manualna pomoc 1 osoby, werbalna, asekuracja przy wykonywaniu złożonych czynności. | Wymaga całkowitej pomocy. |
| Ocena ogólnej sprawności | Niezależny, samodzielny w pokoju lub na oddziale. | Niezależny, samodzielny z minimalnym udziałem 1 osoby. | Umiarkowany udział 1 osoby w pokoju/oddziale. | Pomoc 1-2 osób w pokoju. |

Obserwacyjna Skala Przygnębienia i Lęku (SOPL)

| Nr. | Opis zachowania chorego | Ocena słowna |
|-----|---|---|
| 1. | <p>Napięcie, lęk (widoczne przejawy strachu, lęku i podniecenia psychoruchowego)</p> <p>Określenie nie znajduje zastosowania</p> <p>Zaburzenie zachowania wątpliwe, może mieścić się w granicach normy.</p> <p>Postawa ciała i ruchy wskazują na lekkie zaniepokojenie; chwilowy niepokój; częste zmiany pozycji lub lekkie drżenie rąk</p> <p>Wyraźnie nerwowy wygląd, taki jak zniecierpliwione zachowanie, wyraźne drżenie rąk, nadmierne pocenie się, nerwowe ruchy.</p> <p>Nasilone napięcie przejawiające się przez nerwowe roztrzęsienie, obfite pocenie się i niepokój, ale zachowanie podczas obserwacji nieistotnie zaburzone.</p> <p>Nasilone napięcie w stopniu zaburzającym kontakty interpersonalne; pacjent może być np. przez cały czas niecierpliwy, niezdolny do dłuższego spokojnego siedzenia lub przejawiać hiperwentylację</p> <p>Znaczne napięcie wyrażające się w postaci paniki lub pobudzenia ruchowego, jak szybkie niespokojne chodzenie, niemożność siedzenia dłużej niż przez minutę.</p> | <p>1. Nie występuje</p> <p>2. Minimalne</p> <p>3. Łagodne</p> <p>4. Umiarkowane</p> <p>5. Umiarkowanie ciężkie</p> <p>6. Ciężkie</p> <p>7. Krańcowe</p> |
| 2. | <p>Depresja (uczucie smutku, zniechęcenia, bezradności i pesymizmu).</p> <p>Określenie nie znajduje zastosowania</p> <p>Zaburzenie zachowania wątpliwe, może mieścić się w granicach normy.</p> <p>Wyraża pewien smutek i zniechęcenie tylko w odpowiedzi na pytania, lecz bez cech obniżenia nastroju w ogólnej postawie i zachowaniu.</p> <p>Zdecydowanie uczucia smutku lub bezradności mogą być ujawniane spontanicznie, lecz obniżenie nastroju nie ma większego wpływu na zachowanie i zwykle można pacjenta rozweselić.</p> <p>Zdecydowanie obniżony nastrój, utrata zainteresowań, zahamowanie psychoruchowe, zaburzenia łaknienia i snu; pacjenta trudno rozweselić.</p> <p>Znaczne nasilenie obniżenia nastroju, przygnębienie, czasem rozpacz; zaburzenia łaknienia i snu oraz normalnego funkcjonowania ruchowego i społecznego, możliwe przejawy zaniedbania się (jeśli nie wynika to z ośpienia)</p> <p>Nastrój depresyjny poważnie zaburza większość funkcji życiowych, obserwuje się: częste rozpaczanie, zahamowanie psychomotoryczne, zupełny brak zainteresowania otoczeniem, zaniedbywanie się, próby samobójcze.</p> | <p>1. Nie występuje</p> <p>2. Minimalne</p> <p>3. Łagodne</p> <p>4. Umiarkowane</p> <p>5. Umiarkowanie ciężkie</p> <p>6. Ciężkie</p> <p>7. Krańcowe</p> |