

Agnieszka Kieliszek<sup>1</sup>, Dorota Maciąg<sup>1,2</sup>, Małgorzata Cichońska<sup>1,2</sup>,  
Monika Borek<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

<sup>2</sup> Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Koło przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

## Wydolność funkcjonalna i poznawcza pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym

### Streszczenie

#### Wprowadzenie

Wydolnością fizyczną organizmu człowieka jest jego zdolność do podejmowania oraz wykonywania pracy fizycznej zarówno długotrwałej jak też ciężkiej, która nie spowoduje ani głębokiego zmęczenia ani też wyraźnych zmian wewnętrznych w organizmie. Wydolność pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego zależy zarówno od posiadanych przez nich stanów chorobowych, jak też tempa zachodzącego procesu starzenia się organizmu.

#### Cel pracy

Celem pracy jest określenie wydolności funkcjonalnej i poznawczej pacjentów w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym.

#### Materia i metody

Zastosowaną metodą badawczą była analiza treści. Wykorzystaną techniką jest badanie dokumentów i materiałów. Narzędziami badawczymi wykorzystanymi do oceny poziomu wydolności była karta demograficzna oraz skale: Barthel, Lawtona Tinetti, Mini – mental.

#### Wyniki

Badanie wykazało, że w zakresie samoopieki 70,18% pacjentów jest całkowicie niesamodzielna, zaś 19,38% musi korzystać z pomocy innych osób. Stwierdzono również, iż w obszarze wydolności fizycznej 100% pacjentów nie może poruszać się samodzielnie. Znaczemu pogorszeniu ulega także wydolność poznawcza, 67,32% badanych pacjentów cechuje głębokie otępienie, 13,26% posiada otępienie średniego stopnia 6,12% osób zaburzenia poznawcze bez występującego otępienia. W sferze funkcjonowania społecznego stwierdzono, iż 59,16% pacjentów nie jest zdolnych samodzielnych relacji a pozostałe 40,84% może funkcjonować społecznie z pomocą innych osób.

#### Wnioski

1. Wydolność pacjentów w zakresie samoopieki jest na poziomie niskim,
2. Wydolność fizyczna pacjentów jest na poziomie niskim,
3. Wydolność poznawcza pacjentów jest na poziomie niskim,
4. Wydolność społeczna pacjentów jest na poziomie niskim.

**Słowa kluczz:** wydolność, pacjent, zakład pielęgnacyjno - opiekuńczy

## **Functional and cognitive capacity of patients staying in the Nursing and Nursing Institution**

### **Summary**

#### **Introduction**

Physical efficiency human organism is his abilities to take up long and hard physical work who don't cause heart tiredness and interior exchange in organism. Efficiency patients in Nursing Institute to depend on state of health and old age process.

#### **Aim**

In order to work was define patients functionally and cognitive efficiency in Nursing Institute.

#### **Material and methods**

Scientific work methods are analysis contents. Work technique applications are documents research. Device scientific research was: demographic cart, Barthel scale, Lewtona scale, Tinetti scale and Mini - mental scale. In the work to use adapt variable were: age, sex, permanent inhabit and marital status.

#### **Results**

The study showed that 70.18% of patients in self-care are completely dependent, while 19.38% have to use the help of other people. It was also found that in the area of physical fitness 100% of patients cannot move independently. Cognitive performance also deteriorates significantly, 67.32% of the patients surveyed are characterized by deep dementia, 13.26% have moderate dementia, 6.12% of people have cognitive impairment without dementia. In the sphere of social functioning, it was found that 59.16% of patients are not capable of independent relationships and the remaining 40.84% can function socially with the help of other people.

#### **Conclusions**

1. Patient efficiency in self-care is at a low level,
2. Patients' physical fitness is at a low level,
3. Patient's cognitive performance is at a low level,
4. Patient social performance is at a low level.

**Key word:** efficiency, patients, nursing institute

### **Wprowadzenie**

Wydolność funkcjonalna definiowana jako zdolność do bycia niezależnym od innych osób w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Wydolność samoobsługowa utożsamiana jest ze zdolnością do bycia samodzielnym w realizowaniu podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: poruszanie się, odżywianie, kontrola funkcji zwieraczy i utrzymanie higieny osobistej. Wydolność funkcjonalna mierzona jest przy użyciu odpowiednich skal, dzięki którym można uzyskać wiedzę dotyczącą funkcji poznawczych, fizycznych, społecznych jak również psychicznych. Determinuje je szereg czynników. Wydolność pacjentów Zakładu

Pielęgnacyjno–Opiekuńczego zależy od stanów chorobowych, na które cierpią oraz od tempa procesu starzenia się organizmu.

Występowanie wielochorobowości znacznie upośledza sprawność fizyczną i psychiczną. W konsekwencji doprowadza to do utraty przez pacjenta zdolności samodzielnego funkcjonowania. Ocena sprawności osób chorych dokonywana jest poprzez określenie posiadanych przez nich stanów: czynnościowego, fizycznego, a także umysłowego oraz socjalnego. Pomaga to stwierdzić na ile osoba chora jest zdolna do czynności samoobsługowych w życiu codziennym a także funkcjonowania we własnym środowisku [1].

Badanie zdolności samoobsługowych dokonywane jest z użyciem skali Katza (ADL – ang. *Activities of Daily Living*). Umożliwia ona stwierdzenie na ile osoba badana jest zdolna samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego, takie jak: kąpiel ciała, ubieranie, spożywanie posiłków, korzystanie z toalety, zdolność do przemieszczania się, a także kontrolowanie oddawania moczu oraz stolca [2].

Samodzielne funkcjonowanie pacjenta w środowisku ocenia się wykorzystując skalę Lawtona (IADL- ang. *Instrumental Activities of Daily Living*). Skala ta pozwala określić na ile pacjent może wykonywać określone czynności dnia codziennego jak: korzystanie z telefonu, docieranie do miejsc, które są poza odległością spaceru, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, majsterkowanie oraz sprząatanie, odpowiednie przyjmowanie leków, samodzielne gospodarowanie pieniędzmi [3].

Skala Barthel pozwala określić oraz opisać czynności jakie powinny być samodzielnie wykonywane przez pacjenta. Kwestionariusz skali Barthel wypełniany jest zarówno przez lekarzy, jak też pielęgniarki. Zawiera ocenę czynności, tj.: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z miejsca na miejsce, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel, przemieszczanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie oraz schodzenie po schodach, ubieranie oraz rozbieranie, kontrola zwieraczy. Do każdej czynności przyporządkowana jest określona liczba punktów. Są one zliczane po wypełnieniu kwestionariusza. Im większą liczbę punktów uzyska pacjent, tym większa jest jego samodzielność. Pacjent może maksymalnie uzyskać 100 pkt.

W warunkach zakładów Pielęgnacyjno–Opiekuńczych znajduje często zastosowanie zmodyfikowana skala Barthel. Zamieszcza się w niej czynności jakie są niezbędne w pielęgnowaniu oraz utrzymaniu zdrowia

pacjenta. Należy zauważyć, że w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych często przebywają osoby, które nie osiągają 40 pkt. w skali Barthel. Są to pensjonariusze unieruchomieni w łóżku, na wózku inwalidzkim bądź z zaburzoną świadomością. Taka sytuacja sprawia, że u osób tych istnieje ryzyko rozwoju odleżyn [4]. Do oceny ryzyka wystąpienia odleżyn wykorzystywane są różne skale, m.in. Norton, Douglas, Braden, Waterlow [5,6,7].

Skala Tinetti znajduje zastosowanie w dokonywaniu oceny stanu fizycznego w zakresie utrzymania równowagi oraz chodu [8].

Oprócz oceny wydolności funkcjonalnej i ryzyka wystąpienia odleżyn w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych przeprowadza się ocenę funkcji psychicznych pensjonariuszy. W tym celu wykorzystywana jest skala MMSE „Mini – Mental” (ang. *Mini-Mental State Examination*) służąca do oceny poziomu otępienia. Po uzyskaniu przez pacjenta punktacji poniżej wartości odcięcia, należy wykonać dalsze badania diagnostyczne. Dzięki nim można potwierdzić bądź wykluczyć otępienie [9,10].

Badanie stanu psychicznego pacjenta może być przeprowadzone z zastosowaniem skali GDS – Geriatrycznej Skali Depresji. Wykorzystywana jest ona jako narzędzie przesiewowe, dzięki któremu można ocenić natężenie symptomów wskazujących na depresję osób w starszym wieku.

Opieka nad pacjentem w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym wymaga zaangażowania całego zespołu terapeutycznego. W zespole tym uczestniczą specjaliści medyczni, jak: lekarz prowadzący, lekarz neurolog, lekarz psychiatra, psycholog, terapeuta zajęciowy, logopeda, rehabilitanci, pielęgniarki oraz opiekunowie. Ich zadania związane są nie tylko z hamowaniem postępu procesu chorobowego, ale też przeciwdziałaniem różnego rodzaju powikłaniom, jak również działania zmierzające do poprawy jakości życia pacjenta. Ważne jest zwłaszcza zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa i adekwatnej do stanu zdrowia opieki [11].

Zakres opieki pielęgniarskiej determinowany jest stanem klinicznym pacjenta oraz postępującym procesem chorobowym. Problemy pielęgnacyjne dotyczą nie tylko sfery fizycznej, ale także funkcji psychicznych oraz trudności komunikacyjnych. Dość często towarzyszą jej zaburzenia zachowania przechodzące w całkowitą bierność. Sprawując opiekę nad pacjentami pielęgniarka każdego dnia musi diagnozować ich stan kliniczny oraz, adekwatnie do potrzeb, dobierać metody pracy [11].

## **Cele pracy**

Określenie poziomu wydolności funkcjonalnej i poznawczej pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.

## **Material i metody**

W celu prowadzenia badań wykorzystano analizę dokumentacji medycznej pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno–Opiekuńczego w Koźienicach. Narzędziami badawczymi były skale: Barthel, Latinetti, Mini – mental, oraz skala Lawtona. Badania przeprowadzono od 12 kwietnia do 21 października 2019 r.

Wyniki badania przedstawiono z wykorzystaniem danych jakościowych: liczności i odsetka oraz ilościowych: średniej, odchylenia standardowego, mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej. W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystycznie zależności, przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych. Przyjęto, iż „p” o wartości niższej niż 0,05 wskazuje na występowanie związku istotnego statystycznie.

## **Wyniki**

Przeprowadzono analizę dokumentacji medycznej 98 pacjentów. W badanej grupie było 16,32 % osób poniżej 70 lat, pozostałe 83,64% miało powyżej 70 lat. Badana grupa składała się z 54 kobiet (55,08%) i 44 (44,88%) mężczyzn. Wdowy i wdowcy stanowili 58,14% badanych, w związkach małżeńskich było 23,46%, pozostałe 10,32% to osoby stany wolnego.

Badani przebywają w ZPO z powodu schorzeń uniemożliwiających lub w znacznym stopniu utrudniających samodzielne funkcjonowanie. Wśród chorób pojawia się: uogólniona miażdżycy 36,72%, stany po złamaniu szyjki kości udowej 6,12%, przewlekłe choroby układu krążenia 8,16% choroby degeneracyjne centralnego układu nerwowego (otępienie, choroba Alzheimera i Parkinsona SM) 29,28%, choroby naczyń mózgowych, w tym stany po udarach 18,06% oraz inne choroby przewlekłe.

W trakcie badania ustalono, iż pacjenci ZPO otrzymują wsparcie od członków rodziny. Jako osoby wspierające chorzy podali: rodziców 3,06%, dzieci 83,64%, wnuki 5,1%, współmałżonków 8,20%.

W chwili przyjęcia do ZPO, każdy pacjent zostaje oceniony z wykorzystaniem skali Barthel. W badanej grupie wyniki układały się w następujący sposób: 7,14% - 0 pkt., 10,2% - 5 pkt., 27,54% - 10 pkt., 19,38% - 15 pkt., natomiast 20 pkt. otrzymało 7,14% pacjentów, 25 pkt.

uzyskało 15,3% pacjentów, zaś 30 pkt. 5,1%, 35 pkt. otrzymało 4,08% badanych. Pozostałe 4,15 % otrzymało 40 pkt. w skali Bartel.

Po sześciu miesiącach od przyjęcia przeprowadzono kolejną ocenę wydolności funkcjonalnej badanych pacjentów ZPO, której wyniki prezentowały się następująco: 0 pkt. - 7,14%, 5 pkt. - 33,66 %, 10 pkt. - 18,36%, 15 pkt. - 13,26%, natomiast 20 pkt. 8,16% badanych, 25 pkt. - 9,18%, 30 pkt. - 7,14%. 35 pkt. - 2,02%, zaś 40 pkt. - 1,02% osób.

Zaobserwowano, że w czasie sześciomiesięcznego pobytu w placówce wydolność funkcjonalna pacjentów uległa niewielkiej poprawie. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności między wydolnością funkcjonalną zależną od płci badanych o okresie od chwili przyjęcia i po sześciu miesiącach. Wyniki prezentuje tab. 1.

**Tab. 1. Wydolność badanych w skali Barthel według płci**

Lp.	Wyszczególnienie	Punkty	Kobiety		Mężczyźni		Stat (Chi <sup>2</sup> ), <i>p</i>
			n	%	n	%	
1	Przy przyjęciu do zakładu	0	1	1,02	6	6,12	p=,189342
		5	5	5,1	5	5,1	p=,13936
		10	15	15,3	12	12,24	p=,33132
		15	16	16,32	3	3,06	p=,33934
		20	7	7,14	4	4,08	p=,15933
		25	9	9,18	6	6,12	p=,14637
		30	0	0	5	5,1	p=,37137
		35	1	1,02	3	3,06	p=,37821
2	Po 6 miesiącach	0	1	1,02	6	6,12	p=,20946
		5	17	17,34	16	16,32	p=,21413
		10	14	14,28	4	4,08	p=,32135
		15	7	7,14	6	6,12	p=,34332
		20	6	6,12	2	2,04	p=,21242
		25	5	5,1	4	4,08	p=,29613
		30	4	4,08	3	3,06	p=,33125
		35	0	0	2	2,04	p=,34731
		40	0	0	1	1,02	p=,39832

Oceniana wydolność funkcjonalna badanych w okresie sześciomiesięcznej obserwacji nie wykazywała także istotnych statystycznie różnic w zależności od wieku pacjentów. Wyniki prezentuje tab. 2.

**Tab. 2. Wydolność badanych w skali Barthel według wieku**

Lp.	Wyszczególnienie	Punkty	<70.r.życia		>70.r.życia		Stat (Chi <sup>2</sup> ), p
			n	%	n	%	
1	Przy przyjęciu do zakładu	0	1	1,02	6	6,12	p=,18934
		5	2	2,04	31	31,62	p=,13936
		10	2	2,04	16	16,32	p=,33432
		15	1	1,02	12	12,24	p=,33934
		20	4	4,08	4	4,08	p=,15933
		25	3	3,06	6	6,12	p=,14637
		30	3	3,06	4	4,08	p=,15732
		35	0	0	4	4,08	p=,37821
2	Po 6 miesiącach	0	0	0	1	1,02	p=,20942
		5	4	4,08	29	29,58	p=,21413
		10	2	2,04	16	16,32	p=,31134
		15	5	5,1	11	11,22	p=,34532
		20	2	2,04	6	6,12	p=,21842
		25	1	1,02	8	8,16	p=,29613
		30	4	4,08	3	3,06	p=,30634
		35	0	0	2	2,04	p=,37632
		40	0	0	1	1,02	p=,39832

Pozostałe cechy demograficzne, podobnie jak płeć i wiek, nie różnicowały w znaczący sposób wydolności funkcjonalnej badanych.

W trakcie badania dokonano oceny objętych badaniem pensjonariuszy stosując skalę Lawtona (IADL), która mierzy niezależność życiową osoby niepełnosprawnej na podstawie jej zdolności do radzenia sobie w środowisku zewnętrznym (poza domem) lub ze złożoną czynnością jaką jest np. korzystanie z telefonu, przygotowanie posiłku, gospodarzenie pieniędzmi.

Podczas przyjęcia do oddziału 8 pkt. uzyskało 58,14% badanych, 9 pkt. otrzymało 18,36%, 11 pkt. 15,3%, 12 pkt. 6,12%, 14 pkt. 9,18% oraz 16 pkt. 4,08% pacjentów.

Po sześciu miesiącach ponownie przeprowadzono ocenę badanych z zastosowaniem skali IADL, uzyskane wyniki nie różniły się znacząco od oceny przeprowadzonej pół roku wcześniej i prezentowały się następująco: 8 pkt. uzyskało 59,16% badanych, 9 pkt. - 19,38%, 11 pkt. - 5,1%, 12 pkt. - 7,14%, 14 pkt. - 5,1% oraz 16 pkt. - 4,08% pacjentów.

Analiza wyników uzyskanych w skali IADL w dwóch ocenach przeprowadzonych w odstępie pół roku w odniesieniu do cech

socjodemograficznych nie różnicowała badanych w sposób znaczący. Uzyskane wyniki w odniesieniu do płci prezentuje tab. 3.

**Tab. 3. Wydolność badanych w skali Lawton według płci**

Lp.	Wyszczególnienie	Punkty	Kobieta		Mężczyzna		Stat (Chi <sup>2</sup> ), p
			n	%	n	%	
1	Przy przyjęciu do zakładu	8	14	14,28	26	26,52	p=,189342
		9	15	15,3	7	7,14	p=,13936
		11	12	12,24	3	3,06	p=,33132
		12	4	4,08	2	2,04	p=,33934
		14	7	7,14	2	2,04	p=,15933
		16	2	2,04	2	2,04	p=,14637
2	Po 6 miesiącach	8	31	31,62	27	27,54	p=,20942
		9	16	16,32	3	3,06	p=,21413
		11	1	1,02	4	4,08	p=,31134
		12	4	4,08	3	3,06	p=,34532
		14	1	1,02	4	4,08	p=,21242
		16	1	1,02	3	3,06	p=,29613

Następne do oceny stanu funkcjonalnego pacjentów wykorzystano skalę Tinetti, badającą możliwość utrzymania równowagi i chodu. W trakcie oceny stwierdzono, iż przy przyjęciu do oddziału 0 pkt. uzyskało 18,36% pacjentów, 1 pkt uzyskało 38,76%, 2 pkt. - 16,32%, 4 pkt. - 15,3% natomiast 6 pkt. - 11,22% pacjentów.

Ponowna ocena przeprowadzona po sześciu miesiącach prezentowała się następująco: 0 pkt. uzyskało - 22,44%, 1 pkt - 35,7% pacjentów, 2 pkt. - 15,3%, 4 pkt. - 13,26% oraz 6 pkt. 13,26% badanych pacjentów.

Analiza wyników uzyskanych w skali Tinetti w dwóch ocenach przeprowadzonych w odstępie pół roku, w odniesieniu do cech socjodemograficznych nie różnicowała badanych w sposób znaczący. Uzyskane wyniki w odniesieniu do płci prezentuje tab. 4.

**Tab. 4. Wydolność badanych w skali Tinetti według płci**

Lp.	Wyszczególnienie	Punkty	Kobieta		Mężczyzna		Stat (Chi <sup>2</sup> ), p
			n	%	n	%	
1	Przy przyjęciu do zakładu	0	8	8,16	10	10,2	p=,189342
		1	2	23,46	15	15,3	p=,13936



			3				
		2	7	7,14	9	9,18	p=,33132
		4	1	13,26	2	2,04	p=,33934
			3				
		6	3	3,06	8	8,16	p=,15933
2	Po 6 miesiącach	0	9	9,18	13	13,26	p=,20942
		1	2	21,42	14	14,28	p=,21413
			1				
		2	9	9,18	6	6,12	p=,31134
		4	7	7,14	6	6,12	p=,34532
		6	8	8,16	5	5,1	p=,21242

W trakcie procedury badawczej, przeprowadzono także ocenę pensjonariuszy DPS w zakresie stopnia sprawności umysłowej, a dokładnie mówiąc poziomu otępienia. Podobnie jak przy ocenie czynnościowej, badanie przeprowadzono w odstępie sześciu miesięcy. W chwili przyjęcia do oddziału badani uzyskali następujące wyniki: 0 pkt. uzyskało - 32,64%, 1 pkt - 13,26%, 2 pkt. - 9, 18%, 3 pkt. - 11,22%, 5 pkt. 9,18% pacjentów, 11 pkt. - 2,04%, 12 pkt. - 8,16%, 15 pkt. - 3,06%, 18 pkt. - 2,04%, 20 pkt. 4,08%, 21 pkt. - 2,04%, 24 pkt. - 1,02%, 25 pkt. - 2,04% pacjentów.

Ponowne badanie sprawności umysłowej przeprowadzone po sześciu miesiącach od przyjęcia od oddziału wykazało niewielką poprawę stanu mentalnego badanych i tak: 0 pkt. otrzymało - 30,6%, 1 pkt - 11,21%, 2 pkt. - 10,2%, 3 pkt. - 10,2%, 5 pkt. - 5,1%, 11 pkt. - 3,06%, 12 pkt. - 4,08%, 15 pkt. - 2,04%, 18 pkt. - 4,08%, 20 pkt -3,06%, 24 pkt. - 2,04%, 25 pkt. - 4,08% pacjentów.

Wyniki ocen przeprowadzonych z wykorzystaniem skali Mini – mental w odstępach sześciu miesięcy przeanalizowano w odniesieniu do cech socjodemograficznych. Uzyskane wyniki nie różnicowały badanych w sposób znaczący. Zestawienie wyników w odniesieniu do płci i wieku prezentują tabele 5 i 6.

**Tab. 5. Wydolność badanych w skali Mini – Mental według płci**

Lp.	Wyszczególnienie	Punkty	Kobieta		Mężczyzna		Stat (Chi <sup>2</sup> ), p
			n	%	n	%	
1	Przy przyjęciu do zakładu	0	17	17,34	15	15,3	p=,11914
		1	8	8,16	5	5,1	p=,13531
		2	6	6,12	3	3,06	p=,33132
		3	5	5,1	6	6,12	p=,31334

		5	4	4,08	5	5,1	p=,15933
		11	2	2,04	0	0	p=,28637
		12	5	5,1	3	3,06	p=,13936
		15	2	2,04	1	1,02	p=,23132
		18	1	1,02	1	1,02	p=,33131
		20	2	2,04	2	2,04	p=,15933
		21	1	1,02	1	1,02	p=,33132
		24	0	0	1	1,02	p=,34936
		25	1	1,02	1	1,02	p=,15933
2	Po 6 miesiącach	0	22	22,44	18	18,36	p=,20942
		1	5	5,1	6	6,12	p=,31483
		2	7	7,14	3	3,06	p=,21934
		3	6	6,12	4	4,08	p=,34532
		5	3	3,06	2	2,04	p=,27242
		11	2	2,04	1	1,02	p=,21619
		12	3	3,06	1	1,02	p=,34135
		15	2	2,04	0	0	p=,31582
		18	1	1,02	3	3,06	p=,27611
		20	1	1,02	2	2,04	p=,38135
		24	1	1,02	1	1,02	p=,31286
		25	1	1,02	3	3,06	p=,39832

Tab. 6. Wydolność badanych w skali Mini – Mental według wieku

Lp.	Wyszczególnienie	Punkty	<70.r.życia		>70.r.życia		Stat (Chi <sup>2</sup> ), p
			n	%	n	%	
1	Przy przyjęciu do zakładu	0	1	1,02	31	31,62	p=,28939
		1	2	2,04	11	11,22	p=,23931
		2	1	1,02	8	8,16	p=,33132
		3	1	1,02	10	10,2	p=,33934
		5	1	1,02	8	8,16	p=,35933
		11	1	1,02	1	1,02	p=,34637
		12	2	2,04	6	6,12	p=,23934
		15	2	2,04	1	1,02	p=,34532
		18	1	1,02	1	1,02	p=,27242
		20	2	2,04	2	2,04	p=,26619
		21	1	1,02	1	1,02	p=,34135
		24	0	0	1	1,02	p=,31582
		25	1	1,02	1	1,02	p=,37821
2	Po 6 miesiącach	0	1	1,02	39	39,78	p=,20942
		1	2	2,04	9	9,18	p=,21413
		2	2	2,04	8	8,16	p=,31134
		3	1	1,02	9	9,18	p=,34532
		5	1	1,02	4	4,08	p=,21242

		11	1	1,02	2	2,04	p=,38931
		15	1	1,02	3	3,06	p=,23937
		18	1	1,02	1	1,02	p=,33132
		10	3	3,06	1	1,02	p=,33934
		21	1	1,02	2	2,04	p=,29613
		24	1	1,02	1	1,02	p=,33134
		25	1	1,02	3	3,06	p=,34532

Pozostałe cechy demograficzne, takie jak: miejsce zamieszkania oraz stan cywilny nie różnicowały badanych w sposób istotny statystycznie.

### **Wnioski**

Wyniki prowadzonych badań pozwoliły stwierdzić, że stan funkcjonalny i mentalny pensjonariuszy ZPO, oceniany w odstępie sześciu miesięcy nie ulega znaczącej poprawie, co może być warunkowane przyczynami klinicznymi.

1. Wydolność pacjentów w zakresie samoopieki jest na poziomie niskim,
2. Wydolność fizyczna pacjentów jest na poziomie niskim,
3. Wydolność poznawcza pacjentów jest na poziomie niskim,
4. Wydolność społeczna pacjentów jest na poziomie niskim.

### **Dyskusja**

Wydolność funkcjonalna i poznawcza pacjentów przebywających w domach opieki społecznej jest przedmiotem analiz prowadzonych przez wielu badaczy.

W badaniu przeprowadzonym przez A. Bartoszek, E. Siemko, H. Kachaniuk, K. Kocką oraz A. Stanisławka wykazano, że osoby znajdujące się w zakładzie opiekuńczo-leczniczym po przebytych incydentach mózgowych (udarach), zawałach mięśnia sercowego, z powodu stwardnienia rozsianego, chorób kręgosłupa oraz mięśni posiadają średni poziom wydolności funkcjonalno-poznawczej. Na poziom wydolności osób badanych wpływ miały również schorzenia współistniejące związane z chorobami układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego oraz schorzeniami metabolicznymi. U 25% badanych stwierdzono zaburzenia napięcia mięśni, 23% niedowład, 23% zaburzenia czucia, 23% zaburzenia równowagi i koordynacji, 21% niezborność ruchową oraz 27% zaburzenia orientacji [12].

Z badania prowadzonego przez J. Lewko, K. Kamińską, H. Doroszkiewicz, D. Talarską, M. Sierakowską oraz E. Krajewską – Kulak wynika, że u osób starszych > 65 roku życia zmniejsza się z wiekiem wydolność funkcjonalna oraz poznawcza. U 83% badanych pacjentów rozpoznano nadciśnienie tętnicze, 67% choroby serca, 38% choroby stawów, 36% cukrzycę, 9% otępienie oraz 8% osteoporozę. U 53% badanych stwierdzono stan lekki niewydolności funkcjonalnej, u 43% stan ciężki, natomiast u 4% stan bardzo ciężki. Brak symptomów niewydolności poznawczej stwierdzono u 63% badanych osób. U 30% badanych osób została stwierdzona umiarkowana niewydolność poznawcza. U 4% spośród badanej populacji zdiagnozowano ciężką niewydolność poznawczą. Badanie wydolności fizycznej wykazało, że 17% badanych potrzebuje pomocy drugiej osoby, 32% potrzebuje pomocy laski, natomiast samodzielnie porusza się 51% badanych osób [13].

Sprawność funkcjonalna osób w podeszłym wieku znajdujących się w domach pomocy społecznej stanowiła przedmiot badań L. Płaszewskiej–Żywko, P. Brzuzana, I. Malinowskiej – Lipień oraz T. Gabryś. Badaniu poddane zostały osoby > 65 r. ż. U 22% osób stwierdzono niską wydolność fizyczną oraz tendencję do upadków. Z kolei u 18% badanych stwierdzono średnią wydolność fizyczną. U 60% badanych została stwierdzona pełna sprawność fizyczna. U badanych dokonano też oceny sprawności poznawczej. Badanie wykazało u 48% pacjentów prawidłowy stan wydolności poznawczej, zaś u 43% umiarkowaną niewydolność poznawczą. U 9% badanych została stwierdzona ciężka niewydolność poznawcza [14].

Badanie przeprowadzone przez J. Twardowską – Woźniakowską oraz M. Głowacką wśród pacjentów > 65 r. ż. oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej wykazało, że w dniu przyjęcia do oddziału brak ryzyka znacznego pogorszenia występował jedynie u 31,3% badanych, natomiast w dniu wypisu brak ryzyka znacznego pogorszenia występował u 45% badanych osób. W dniu przyjęcia na oddział 7,5% badanych przemieszczało się z pomocą jednej albo dwóch osób. Z mniejszej pomocy słownej bądź fizycznej korzystało podczas przyjęcia do oddziału 32,5% badanych, zaś przy wypisie 12,5% badanych osób. Samodzielnych podczas przyjęcia do oddziału było 60% badanych, natomiast podczas wypisu 87,5% badanych [15].

W badaniach własnych stwierdzono, że wydolność poznawcza oraz funkcjonalna pacjentów Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego podczas

przyjęcia na oddział oraz po upływie sześciu miesięcy była na poziomie niskim. Całkowitą niesamodzielnością wykazywało się podczas przyjęcia do oddziału 71,42% badanych, natomiast po upływie 6 miesięcy 70,18%. Badanie wykazało przy tym, iż 100% badanych nie może poruszać się samodzielnie i obarczone jest wysokim zagrożeniem upadku. Podczas przyjęcia do oddziału głębokie otępienie stwierdzono u 75,48% pacjentów, zaś po upływie 6 miesięcy u 67,32% badanych pacjentów. Otępienie średniego stopnia po przyjęciu na oddział posiadało 15,3% badanych, zaś po upływie sześciu miesięcy 13,26% badanych. Otępienie lekkiego stopnia podczas przyjęcia na oddział posiadało 6,12% badanych, zaś po upływie sześciu miesięcy 3,06% badanych. W zakresie funkcjonowania społecznego podczas przyjęcia na oddział było 58,16% badanych, zaś po upływie sześciu miesięcy 59,16%.

Ocena stanu funkcjonalno–poznawczego pensjonariuszy ZOP stanowi nierozłączny i ważny element pracy pielęgniarki. Wyniki oceny determinują zakres opieki pielęgniarskiej jaką należy otoczyć pacjentów. Powinno to przekładać się na rzetelne ustalenie obsad pielęgniarskich, niezbędnych dla zapewnienia pacjentom usług pielęgniarskich o najwyższym poziomie jakościowym.

### **Piśmiennictwo**

1. Żołądź J., Starzenie się a wydolność organizmu człowieka, *Gerontologia* 2016, 6, 195-197.
2. Strzęciwilk – Rucińska A., Skala Katza w praktyce, *Opiekun Medyczny* 2018, 3, 22-23.
3. Sobolewska A., ocena pacjenta według skali Lawtona, *Vital Medic* 2016, 4, 36-38.
4. Bień B., Kompleksowa ocena geriatryczna, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2015, 4, 73-74
5. Kędziora – Kornatowska, K., *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, PZWL, Warszawa 2016, 109-111.
6. Zych A., *Leksykon gerontologii*, Impuls, Kraków 2014, 197.
7. Budaj A., *Metody oceny wydolności fizycznej*, *Postępy Nauk Medycznych* 2015, 11, 79-82.
8. Kędziora – Kornatowska, K., *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, PZWL, Warszawa 2016, 109-111

9. Perkin G.D., Neurologia w praktyce lekarza ogólnego, Via Medica, Gdańsk 2015, 78-79.
10. Żak M., Rehabilitacja jako element programu terapeutycznego dla pacjentów z otępieniem, Problemy opieki długoterminowej 2015, 7, 45-49.
11. Lewandowska A., Opieka długoterminowa, Magazyn Pacjenta Opieki Długoterminowej 2015, 5, 32-33.
12. Bartoszek A., Siemko E., Kachaniuk H., Kocka K., Stanisławek A., Analiza czynników określających poziom wydolności samoobsługowej pacjentów oddziału neurologii, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015, 2, 147-152.
13. Lewko J., Kamińska K., Goroszkiewicz H., Talarska D., Sierakowska M., Krajewska; – Kulak E., Ocena narażenia na upadki a wydolność funkcjonalna wśród osób starszych w środowisku zamieszkania, Via Medica 2015, 2, 159 -164.
14. Płaszewska – Żywko L., Brzuzan P., Malinowska – Lipień I., Gabryś T., Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej, Problemy Higieniczno – Epidemiologiczne 2017, 3, 62-66.
15. Twardowska – Woźniakowska J., Głowacka M., Ocena wydolności funkcjonalnej pacjentów w wieku 65+ oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej, Medycyna Praktyczna 2017, 7, 56-62.

Tekst złożony w redakcji: 24.02.2021 r.

Przyjęto do druku: 15.03.2021 r.