

# Wydolność funkcjonalna pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry

## Functional capacity of hospitalized patients in the psychogeriatry department

Mariola Głowacka, Justyna Karwowska

Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku

### Streszczenie

**Wstęp.** Starość to jeden z nieuchronnych elementów cyklu życia, który czeka każdego człowieka. Jednakże może przebiegać w różny sposób, który może charakteryzować się różnym poziomem wydolności funkcjonalnej. **Cel.** Celem pracy jest przedstawienie wydolności funkcjonalnej pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry. **Material i metody.** Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem następujących narzędzi: skali NOSGER, skali Yesavage'a oraz autorskiej metryczki służącej do zebrania podstawowych danych o pacjencie. Do badań została wybrana placówka, która świadczy całodobową opiekę nad pacjentami po 60 roku życia, obciążonymi schorzeniami psychicznymi-pacjentów przebywających na oddziale psychogeriatrycznym. **Wyniki.** Dokonując oceny skalą NOSGER stwierdzono, że największemu obniżeniu uległ obszar instrumentalnych aktywności życia codziennego, uzyskując wynik 16,70, kolejny obszar to pamięć z wynikiem 15,00 oraz zachowania socjalne 14,73. Następujące obszary uległy mniejszej degradacji i uzyskały wyniki: obszar nastojów i emocji – 12,98, zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne – 12,79. Najmniejszemu zubożeniu uległ obszar aktywności życia codziennego (12,72). **Wnioski.** U pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry największemu obniżeniu uległ obszar instrumentalnych aktywności życia codziennego. Chorzy z rozpoznaną depresją charakteryzowali się gorszym poziomem funkcjonowania we wszystkich sześciu rozpatrywanych obszarach. Czynniki determinujące poziom wydolności funkcjonalnej to wiek, wykształcenie oraz czas obecnej hospitalizacji. Natomiast płeć oraz miejsce zamieszkania nie miały wpływu na badany poziom. (Gerontol Pol 2020; 28; 210-217)

Słowa kluczowe: poziom funkcjonowania, pacjenci, osoby starsze, aktywności życia codziennego, depresja

### Abstract

**Introduction.** Old age is one of the inevitable elements of the life cycle, waiting for every human being. However, it can run in different ways and have different levels of functional capacity. **Aim.** The aim of the study was to determine the functional capacity of patients hospitalized in the psychogeriatric ward. **Material and methods.** The research was carried out using the diagnostic survey method using the following tools: the NOSGER scale, the Yesavage scale and the author's metric used to collect basic patient data. A facility was selected for the study that meets the necessary requirements, provides 24-hour care for patients over 60 years of age, burdened with mental illnesses. The studies were anonymous, with 100 patients in the ward participating in them. **Results.** When assessing with the NOSGER scale it was found that the area of instrumental activities of everyday life decreased the most, obtaining a result of 16.7000, the next area is memory with a result of 15.0000 and social behavior 14.700. The following areas have already been less degraded and have obtained results: the area of moods and emotions – 12.9800, destructive, disturbing, and associative behavior – 12.7900. The area of everyday life activity was the least impoverished (12.7200). **Conclusions.** In patients hospitalized in the psychogeriatric ward, the area of instrumental activities of everyday life decreased the most. Patients with diagnosed depression have a worse level of functioning than the others in all six areas considered. Factors determining the level of functional capacity are age, education and the time of current hospitalization. However, gender and place of residence do not affect the level tested. (Gerontol Pol 2020; 28; 210-217)

Keywords: level of functioning, patients, elder people, daily activities, depression

## Wstęp

Szybki postęp medycyny znacznie wydłużył czas przeżycia człowieka, a także przesunął początki starości osób zdrowych. Jest bardzo wiele teorii starzenia się, wszystkie próbują wyjaśnić przebieg tego procesu, mając nadzieję, że uda się go powstrzymać lub chociażby spowolnić jeszcze bardziej. Medycyna w znaczny sposób poprawiła jakość większości okresów życia, ale także bardzo skomplikowała jego zakończenie. Wzrost długowieczności prowadzi do negatywnych skutków w płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej, jak i socjalno-społecznej [1].

## Cel

Celem pracy jest przedstawienie wydolności funkcjonalnej pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry.

## Material i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem skali NOSGER (Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych), skali Yesavage'a (Geriatryczna Skala Oceny Depresji) oraz autorskiej metryczki. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2019 roku do lutego 2020 roku w oddziale psychogeriatry Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gostyninie. Ocenie poddano 100 pacjentów przebywających w wymienionym przedziale czasowym w oddziale. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki przy Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku.

Kobiety w badanej grupie stanowiły 56%, a mężczyźni 44%. Przedział wiekowy ankietowanych był różnorodny, najmłodszy respondent miał 63 lata, najstarszy zaś 88 lat. Średnia wieku badanych osób wynosiła 74,81 lat. Najbardziej liczną grupę 35% stanowiły oso-

by w wieku 81 lat i więcej, badani w przedziale wiekowym 60-70 lat – 33%, najmniej liczna grupa badanych – 32% to osoby w wieku 71-80 lat. Różnice procentowe pomiędzy wymienionymi grupami wiekowymi były niewielkie, rzędu 1-2%.

## Wyniki

Na podstawie oceny skali NOSGER stwierdzono, że im niższy średni wynik, tym pacjent cieszył się lepszym stanem zdrowia (Tabela I).

U pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry największemu obniżeniu uległ obszar instrumentalnych aktywności życia codziennego (IACŻ) uzyskując średni wynik 16,7900. Obszar ten obejmuje wykonywanie takich czynności, jak oglądanie telewizji, słuchanie radia, zachowanie porządku wokół siebie, robienie zakupów, orientacja w otoczeniu, w którym się przebywa czy posiadanie hobby. Następne obszary które uległy znacznemu obniżeniu to pamięć (P) z wynikiem 15,00; zachowania socjalne (S) – 14,73 (branie udziału w aktywnościach rozgrywających się w najbliższym otoczeniu, pomoc innym w miarę własnych możliwości, nawiązywanie kontaktów z innymi osobami czy utrzymywanie kontaktów z rodziną i znajomymi). Pozostałe obszary charakteryzowały się już mniejszym poziomem zubożenia. Były to: obszar obejmujący nastroje i emocje (NE) z wynikiem 12,98, obszar zachowań destrukcyjnych, zakłócających, asocjalnych (Z), obejmujący zachowania agresywne, nerwowość, drażliwość, niedostosowanie do panujących zasad i ucieczki. Ten obszar uzyskał wynik 12,77. Najmniejszemu zubożeniu uległ obszar aktywności życia codziennego (ACŻ), w tym głównie golenie, czesanie, kontrola oddawania moczu i stolca oraz ubieranie przed opuszczeniem pomieszczenia. Ten obszar uzyskał wynik 12,72.

Do oceny skali depresji u pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry użyto geriatrycznej skali oceny depresji Yesavage'a. Z przeprowadzonych

Tabela I. Analiza skali NOSGER z podziałem na poszczególne obszary

Table I. Analysis of the NOSGER scale with division into individual areas

	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
pamięć (P)	6,00	24,00	15,00	5,65
instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ)	5,00	26,00	16,79	5,52
aktywności codziennego życia (ACŻ)	5,00	24,00	12,72	5,37
nastroje i emocje (NE)	5,00	23,00	12,98	4,17
zachowania socjalne [S]	5,00	24,00	14,73	5,36
zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].	5,00	24,00	12,77	5,24

badania wynika, iż 50% badanych wykazywało stan prawidłowy, byli to pacjenci bez objawów depresyjnych, hospitalizowani z powodu innych rozpoznań. Depresję umiarkowaną i wyniki w przedziale 6-10 punktów uzyskało 46% badanej grupy, natomiast depresję ciężką, wynik poniżej 5 punktów, stwierdzono u 4% respondentów (Tabela II).

Tabela II. Struktura badanych wg poziomu depresji

Table II. The structure of the respondents according to the level of depression

Geriatryczna skala oceny depresji Yesavage'a	%
Depresja ciężka	4
Depresja umiarkowana	46
Stan prawidłowy	50
Ogółem	100

Badania wykazały, że pacjenci z rozpoznaną depresją, hospitalizowani w oddziale psychogeriatry, charakteryzowali się gorszym poziomem funkcjonowania, we wszystkich sześciu rozpatrywanych obszarach. Depresja miała negatywny wpływ na nastrój i emocje, wykonywanie instrumentalnych aktywności codziennego życia i aktywności życia codziennego, zachowania socjalne oraz pamięć respondentów. W najmniejszym stopniu wpływała na zachowania destrukcyjne i asocjalne badanej grupy (Tabela III).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy poziomem depresji u badanych, a ich funkcjonowaniem w poszczególnych obszarach aktywności.

Wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry, zarówno ci z rozpoznaną depresją umiarkowaną, jak i ciężką wykazywali porównywalny poziom obniżenia funkcjonowania w zakresie wszystkich sześciu rozpatrywanych obszarów (Tabela IV).

Założono, że do czynników determinujących wydolność funkcjonalną pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry należą: płeć, wiek, czas obecnej hospitalizacji, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania.

Nie wykazano istotnej zależności pomiędzy płcią badanych, a ich funkcjonowaniem. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni charakteryzowali się porównywalną wydolnością funkcjonalną we wszystkich rozpatrywanych obszarach (Tabela V).

W toku przeprowadzonej analizy statystycznej wykazano istotną zależność pomiędzy wiekiem badanych a ich funkcjonowaniem w każdym z rozpatrywanych obszarów. Im byli starsi, tym wykazywali większe obniżenie wydolności funkcjonalnej (Tabela VI).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy czasem obecnej hospitalizacji a poprawą funkcjonowania pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry. Im dłuższy czas hospitalizacji tym lepsze funkcjonowanie badanych we wszystkich omawianych obszarach (Tabela VII).

Wykazano istotną zależność pomiędzy wykształceniem badanych a ich funkcjonowaniem w każdym z rozpatrywanych obszarów. Badani z wykształceniem wyższym wykazywali najlepsze wyniki w zakresie obszarów aktywności życia codziennego, instrumentalnych

Tabela III. Różnice wydolności funkcjonalnej pacjentów z depresją i innymi rozpoznaniem

Table III. Differences in functional capacity of patients with depression and other diagnoses

Rozpoznanie		pamięć (P)	instrumentalne aktywności codziennego życia (IACZ)	aktywności codziennego życia (ACZ)	nastroje i emocje (NE)	zachowania socjalne [S]	zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].
Depresja	Średnia	16,1000	18,1800	14,0000	15,3800	16,4600	13,1000
	SD	5,91177	5,06565	5,74279	3,41001	5,46309	5,54849
	Wariancja	34,949	25,661	32,980	11,628	29,845	30,786
Inne	Średnia	13,9000	15,4000	11,4400	10,5800	13,0000	12,4400
	SD	5,20694	5,66046	4,69980	3,42911	4,71212	4,95762
	Wariancja	27,112	32,041	22,088	11,759	22,204	24,578
Ogółem	Średnia	15,0000	16,7900	12,7200	12,9800	14,7300	12,7700
	SD	5,65149	5,52368	5,37687	4,17056	5,36516	5,24521
	Wariancja	31,939	30,511	28,911	17,394	28,785	27,512
<b>F</b>		<b>3,899</b>	<b>6,697</b>	<b>5,950</b>	<b>49,258</b>	<b>11,500</b>	<b>0,393</b>
<b>p</b>		<b>0,051</b>	<b>0,011</b>	<b>0,017</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,532</b>

n – liczba obserwacji ; p – poziom istotności statystycznej; F – wynik testu ANOVA; SD – odchylenie standardowe

Tabela IV. Porównanie wydolności funkcjonalnej pomiędzy pacjentami z depresją umiarkowaną i ciężką

Table IV. Comparison of functional capacity between patients with moderate and severe depression

Geriatryczna skala oceny depresji Yesavage'a		pamięć (P)	instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ)	aktywności codziennego życia (ACŻ)	nastroje i emocje (NE)	zachowania społeczne [S]	zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].
depresja ciężka	Średnia	12,0000	17,0000	8,7500	18,7500	14,7500	7,5000
	SD	6,05530	4,96655	3,77492	2,36291	6,29153	2,51661
	Wariancja	36,667	24,667	14,250	5,583	39,583	6,333
depresja umiarkowana	Średnia	16,4565	18,2826	14,4565	15,0870	16,6087	13,5870
	SD	5,82983	5,11496	5,68314	3,34549	5,43846	5,48362
	Wariancja	33,987	26,163	32,298	11,192	29,577	30,070
stan prawidłowy	Średnia	13,9000	15,4000	11,4400	10,5800	13,0000	12,4400
	SD	5,20694	5,66046	4,69980	3,42911	4,71212	4,95762
	Wariancja	27,112	32,041	22,088	11,759	22,204	24,578
Ogółem	Średnia	15,0000	16,7900	12,7200	12,9800	14,7300	12,7700
	SD	5,65149	5,52368	5,37687	4,17056	5,36516	5,24521
	Wariancja	31,939	30,511	28,911	17,394	28,785	27,512
<b>F</b>		<b>3,103</b>	<b>2,843</b>	<b>3,099</b>	<b>2,699</b>	<b>2,810</b>	<b>2,625</b>
<b>p</b>		<b>0,736</b>	<b>0,875</b>	<b>0,403</b>	<b>0,682</b>	<b>0,265</b>	<b>0,542</b>

n – liczba obserwacji ; p – poziom istotności statystycznej; F – wynik testu ANOVA; SD – odchylenie standardowe

Tabela V. Korelacje płci i funkcjonowania pacjentów

Table V. Correlations of gender and patient functioning

Płeć		pamięć (P)	instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ)	aktywności codziennego życia (ACŻ)	nastroje i emocje (NE)	zachowania społeczne [S]	zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].
Kobieta	Średnia	15,3571	16,9464	12,9464	13,4286	14,7321	12,8750
	SD	6,38016	6,08551	6,07355	4,36456	5,78239	5,67310
	Wariancja	40,706	37,033	36,888	19,049	33,436	32,184
Mężczyzna	Średnia	14,5455	16,5909	12,4318	12,4091	14,7273	12,6364
	SD	4,59248	4,77551	4,38495	3,88389	4,84822	4,70572
	Wariancja	21,091	22,805	19,228	15,085	23,505	22,144
Ogółem	Średnia	15,0000	16,7900	12,7200	12,9800	14,7300	12,7700
	SD	5,65149	5,52368	5,37687	4,17056	5,36516	5,24521
	Wariancja	31,939	30,511	28,911	17,394	28,785	27,512
<b>F</b>		<b>0,506</b>	<b>0,101</b>	<b>0,224</b>	<b>1,479</b>	<b>0,000</b>	<b>0,051</b>
<b>p</b>		<b>0,479</b>	<b>0,751</b>	<b>0,637</b>	<b>0,227</b>	<b>0,996</b>	<b>0,823</b>

n – liczba obserwacji ; p – poziom istotności statystycznej; F – wynik testu ANOVA; SD – odchylenie standardowe

Tabela VI. Wpływ wieku na funkcjonowanie pacjentów

Table VI. The influence of age on the functioning of patients

		pamięć (P)	instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ)	aktywności codziennego życia (ACŻ)	nastroje i emocje (NE)	zachowania społeczne [S]	zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].
Wiek	Korelacja Pearsona	0,522**	0,513**	0,560**	0,384**	0,423**	0,377**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

n- liczba obserwacji ; p- poziom istotności statystycznej;

Tabela VII. Wpływ czasu obecnej hospitalizacji na funkcjonowanie pacjentów

Table VII. The impact of the current hospitalization time on the functioning of patients

okres aktualnej hospitalizacji		pamięć (P)	instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ)	aktywności codziennego życia (ACŻ)	nastroje i emocje (NE)	zachowania socjalne [S]	zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].
1-2 tyg.	Średnia	15,9259	18,0370	13,3333	14,7407	15,9630	13,3333
	SD	6,41468	5,54341	5,88348	4,48581	5,23657	5,60220
	Wariancja	41,148	30,729	34,615	20,123	27,422	31,385
2-4 tyg.	Średnia	14,9667	16,7667	12,6000	13,1000	14,1333	11,8000
	SD	5,30116	5,67926	5,39220	4,07135	5,68563	5,17554
	Wariancja	28,102	32,254	29,076	16,576	32,326	26,786
powyżej 4 tyg.	Średnia	14,4419	16,0233	12,4186	11,7907	14,3721	13,0930
	SD	5,43491	5,38732	5,12804	3,69400	5,21455	5,09348
	Wariancja	29,538	29,023	26,297	13,646	27,192	25,944
Ogółem	Średnia	15,0000	16,7900	12,7200	12,9800	14,7300	12,7700
	SD	5,65149	5,52368	5,37687	4,17056	5,36516	5,24521
	Wariancja	31,939	30,511	28,911	17,394	28,785	27,512
<b>F</b>		<b>0,568</b>	<b>1,105</b>	<b>0,247</b>	<b>4,458</b>	<b>0,994</b>	<b>0,746</b>
<b>p</b>		<b>0,569</b>	<b>0,335</b>	<b>0,782</b>	<b>0,014</b>	<b>0,374</b>	<b>0,477</b>

n- liczba obserwacji; p- poziom istotności statystycznej; F- wynik testu ANOVA; SD-odchylenie standardowe

Tabela VIII. Wpływ wykształcenia na funkcjonowanie pacjentów

Table VIII. The influence of education on the functioning of patients

wykształcenie		pamięć (P)	instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ)	aktywności codziennego życia (ACŻ)	nastroje i emocje (NE)	zachowania socjalne [S]	zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].
podstawowe	Średnia	14,6471	15,5882	11,3529	9,4706	12,7059	13,2353
	SD	4,91097	5,05048	4,83401	3,04380	4,66054	5,14210
	Wariancja	24,118	25,507	23,368	9,265	21,721	26,441
średnie	Średnia	14,6098	16,4634	11,7317	13,9512	14,1707	12,0732
	SD	6,26848	5,59508	5,52732	4,55495	5,38935	5,46530
	Wariancja	39,294	31,305	30,551	20,748	29,045	29,870
wyższe	Średnia	15,1875	17,4375	14,4375	13,3125	15,6875	13,3750
	SD	6,02460	6,40800	6,28192	3,40037	5,47380	5,58420
	Wariancja	36,296	41,063	39,463	11,563	29,963	31,183
zawodowe	Średnia	15,7308	17,6923	14,1154	13,5385	16,3462	13,1923
	SD	5,04823	5,24419	4,49290	3,53532	5,38845	4,91544
	Wariancja	25,485	27,502	20,186	12,498	29,035	24,162
Ogółem	Średnia	15,0000	16,7900	12,7200	12,9800	14,7300	12,7700
	SD	5,65149	5,52368	5,37687	4,17056	5,36516	5,24521
	Wariancja	31,939	30,511	28,911	17,394	28,785	27,512
<b>F</b>		<b>0,233</b>	<b>0,613</b>	<b>2,016</b>	<b>5,638</b>	<b>1,967</b>	<b>0,405</b>
<b>p</b>		<b>0,874</b>	<b>0,608</b>	<b>0,117</b>	<b>0,001</b>	<b>0,124</b>	<b>0,749</b>

n- liczba obserwacji ; p- poziom istotności statystycznej; F- wynik testu ANOVA; SD-odchylenie standardowe

Tabela IX. Korelacje miejsca zamieszkania i funkcjonowania pacjentów

Table IX. Correlations of the place of residence and functioning of patients

Miejsce zamieszkania		pamięć (P)	instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ)	aktywności codziennego życia (ACŻ)	nastroje i emocje (NE)	zachowania socjalne [S]	zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne [Z].
miasto	Średnia	14,3462	16,0769	12,0192	13,5000	14,2885	11,9038
	SD	6,11615	5,92716	5,52176	4,38133	5,24811	5,49245
	Wariancja	37,407	35,131	30,490	19,196	27,543	30,167
wieś	Średnia	15,7083	17,5625	13,4792	12,4167	15,2083	13,7083
	SD	5,06955	4,99747	5,16531	3,89672	5,50419	4,84640
	Wariancja	25,700	24,975	26,680	15,184	30,296	23,488
Ogółem	Średnia	15,0000	16,7900	12,7200	12,9800	14,7300	12,7700
	SD	5,65149	5,52368	5,37687	4,17056	5,36516	5,24521
	Wariancja	31,939	30,511	28,911	17,394	28,785	27,512
<b>F</b>		<b>1,457</b>	<b>1,820</b>	<b>1,856</b>	<b>1,696</b>	<b>0,732</b>	<b>3,014</b>
<b>p</b>		<b>0,230</b>	<b>0,180</b>	<b>0,176</b>	<b>0,196</b>	<b>0,394</b>	<b>0,086</b>

n- liczba obserwacji ; p- poziom istotności statystycznej; F- wynik testu ANOVA; SD-odchylenie standardowe

czynności, zachowań socjalnych oraz zachowań destrukcyjnych. Natomiast w pozostałych dwóch obszarach, tj. pamięć oraz nastroje i emocje najlepszą wydolnością funkcjonalną wykazywali się pacjenci ze średnim wykształceniem (Tabela VIII).

Nie wykazano istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania badanych a ich funkcjonowaniem. Zarówno mieszkańcy wsi, jak i miast charakteryzowali się porównywalną wydolnością funkcjonalną we wszystkich rozpatrywanych obszarach (Tabela IX).

## Dyskusja

Starzenie się powoduje liczne zmiany w organizmie człowieka. Zmiany te w nieuchronny sposób prowadzą do ograniczenia wydolności funkcjonalnej. Sprawność funkcjonalna to wypadkowa różnych deficytów. Aspektem, który dodatkowo wpływa na zubożenie samodzielności jest występowanie schorzeń psychicznych u seniorów.

Badania przeprowadzono w grupie 100 osób hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry. Wybrano jednostkę, w której świadczeniami leczniczymi i opiekuńczymi obejmowane są osoby po 60 roku życia, z zaburzeniami psychicznymi.

W celu oceny wydolności funkcjonalnej użyto skali NOSGER, w skład której wchodzi sześć obszarów: pamięć (P), instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ), aktywności codziennego życia (ACŻ), nastroje i emocje (NE), zachowania socjalne (S) oraz zachowania

destrukcyjne zakłócające, asocjalne (Z). Przeprowadzone badania miały wskazać, który z tych sześciu obszarów uległ największemu obniżeniu. W toku analizy statystycznej wykazano, że największemu obniżeniu uległ obszar instrumentalnych aktywności życia codziennego (IACŻ), obejmujący takie czynności, jak: oglądanie telewizji, słuchanie radia, zachowanie porządku wokół siebie, robienie zakupów, orientację w otoczeniu, w którym się przebywa czy posiadanie hobby. Podobnymi narzędziami standaryzowanymi posłużyli się w swojej pracy Wysokiński, Fidecki, Gębala [2]. Użyli również skali NOSGER. Autorzy doszli do wniosku, że wraz ze zwiększającą się niesprawnością w złożonych czynnościach pogarsza się ocena w poszczególnych obszarach skali NOSGER. Wykazali, że największemu zaburzeniu uległ obszar instrumentalnych aktywności życia codziennego oraz zachowań socjalnych. Tak więc, w zakresie tego pierwszego obszaru, cytowane wyniki były spójne z wynikami zamieszczonymi w tej pracy. Ponadto badania własne korespondują z wynikami Fideckiego i wsp., którzy w swojej pracy [3], również najniżej ocenili obszar instrumentalnych aktywności codziennego życia. Dodatkowo Staszczak-Gawęda i wsp. [4], którzy swoimi badaniami objęli osoby starsze z zaburzeniami psychicznymi i wyciągnęli podobne wnioski. Autorzy wykazali, że największe braki w samodzielności dotyczą złożonych czynności codziennych.

Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy wykazały również, że pacjenci z rozpoznaną depresją, hospitalizowani w oddziale psychogeriatry, charakteryzowali się gorszym poziomem funkcjonowania niż

pozostali we wszystkich sześciu rozpatrywanych obszarach. Podobne wnioski zamieścili w swoim artykule Dudzińska-Griszek i wsp. [5]. Autorzy uznali, że depresja była głównym czynnikiem obniżającym aktywność pacjentów skierowanych na oddział geriatryczny. Dodatkowo Płaszewska-Żywko i wsp. [6], którzy badali sprawność funkcjonalną seniorów w innej jednostce opieki instytucjonalnej – w DPS; W ich ocenie depresja u osób w wieku podeszłym zmniejsza ich sprawność funkcjonalną. Ponadto Brudzińska [7] wykazała w swojej pracy, że występowanie m.in. stanów depresyjnych prowadzi do deficytów funkcjonalnych osób starszych. Autorka przeprowadziła badania w środowiskach domowych osób powyżej 75 roku życia, ale wyniki jakie otrzymała korespondowały z zamieszczonymi w tej pracy.

W badaniach własnych stwierdzono, że czynnikami determinującymi poziom wydolności funkcjonalnej u pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry były: wiek, wykształcenie oraz czas obecnej hospitalizacji. Zaawansowany wiek to jeden z najbardziej charakterystycznych czynników określających wydolność funkcjonalną seniorów. Wyniki własne w tym zakresie korelowały z badaniami Fideckiego i wsp. [8]. Wymienieni autorzy udowodnili pogorszenie wydolności funkcjonalnej seniorów wraz z wiekiem. Porównywalne wyniki swoich badań uzyskali Głowacka i wsp. [9], którzy dokonali oceny seniorów w miejscu zamieszkania. Autorzy stwierdzili, że osoby młodsze wykazywały się lepszą sprawnością, we wszystkich obszarach skali NOSGER. Również badania innych autorów wskazywały wiek jako jeden z głównych determinantów wydolności funkcjonalnej seniorów [10].

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań własnych wykazała wykształcenie jako drugi, główny czynnik determinujący wydolność funkcjonalną pacjentów, hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry. Badani z wykształceniem wyższym uzyskali najlepsze wyniki w zakresie obszarów aktywności życia codziennego, instrumentalnych czynności, zachowań socjalnych oraz zachowań destrukcyjnych. Natomiast w pozostałych dwóch obszarach, tj. pamięć oraz nastroje i emocje, najlepsze wyniki uzyskali pacjenci z wykształceniem średnim. Tak więc, pacjenci lepiej wykształceni statystycznie funkcjonują lepiej. Wniosek ten jest spójny z wynikami uzyskanymi przez wielu autorów. Badania Rybki, Rozmerskiej, Hoar [11] wykazały istotny wpływ wykształcenia na stopień sprawności. Ponadto Wysockiński, Fidecki, Gębala [2] udowodnili w swojej pracy, że pacjenci z wykształceniem zawodowym i podstawowym mieli statystycznie gorszą sprawność w większości obszarów skali NOSGER, w porównaniu do badanych

z wykształceniem wyższym i średnim. Jednakże w literaturze można również znaleźć prace z innymi wnioskami. We wspomnianym już wcześniej artykule Fideckiego i wsp. [8] nie dowiedli jednoznacznego wpływu wykształcenia, na poziom sprawności badanych osób.

W toku przeprowadzonej analizy statystycznej nie wykazano istotnej zależności pomiędzy płcią badanych a ich funkcjonowaniem. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni charakteryzowali się porównywalną wydolnością funkcjonalną we wszystkich rozpatrywanych obszarach. Nie wykazano również istotnego związku statystycznego pomiędzy miejscem zamieszkania a poziomem wydolności funkcjonalnej wśród badanej grupy. Mieszkańcy wsi i miast charakteryzowali się podobnym poziomem wydolności funkcjonalnej, we wszystkich rozpatrywanych obszarach. Wnioski te korespondują z wynikami uzyskanymi przez Tadrowską-Woźniakowską, Głowacką [12], które również nie odnotowały w swojej pracy zależności wynikającej z miejsca zamieszkania oraz płci. Ponadto, w zakresie płci podobne wyniki otrzymali Dziechciaż, Płaszewska-Żywko, Guty [13]. Autorzy wykazali brak istotnych różnic pomiędzy oboma płciami. Jednakże uzyskane wyniki nie były zgodne z wynikami Wysokińskiego, Fideckiego, Gębali [2], którzy stwierdzili, we wspomnianej już wcześniej pracy, że mężczyźni charakteryzowali się większą niesprawnością niż kobiety. Różnice co do miejsca zamieszkania, jako determinanty wydolności funkcjonalnej wykazali również w swojej pracy Fidecki i wsp. [3,8]. Osoby zamieszkujące obszary wiejskie prezentowały tam większy stopień sprawności funkcjonalnej niż mieszkańcy miast.

## Wnioski

1. U pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry największemu obniżeniu uległ obszar instrumentalnych aktywności życia codziennego.
2. Pacjenci z rozpoznaną depresją, hospitalizowani w oddziale psychogeriatry, charakteryzowali się gorszym poziomem funkcjonowania niż pozostali, we wszystkich sześciu rozpatrywanych obszarach.
3. Czynniki determinującymi poziom wydolności funkcjonalnej u pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychogeriatry były: wiek, wykształcenie oraz czas obecnej hospitalizacji. Natomiast płeć oraz miejsce zamieszkania nie miały wpływu na badany poziom.

Konflikt interesów/conflict of interest

Brak/none

**Piśmiennictwo/References**

1. Kocemba J. Starzenie się człowieka. [w:] Grodzicki Tomasz, Kocemba Józef, Skalska Anna (red.) Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2006
2. Wysokiński M, Fidecki W, Gębala S. Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. *Gerontol Pol.* 2013; 21(3): 89–97.
3. Fidecki W, Rola A, Wysokiński M, Wrońska I, Kędziora – Kornatowska K, Ślusarz R, Sienkiewicz Z, Kulina D, Ruczyńska M. Ocena geriatryczna osób starszych mieszkających na wsi. *Geriatria* 2017; 11: 247-52.
4. Staszczak – Gawęda I, Szczygielska – Bobiuch A, Puzio G, Krupnik Sz, Stopa A, Czesak J. Ocena sprawności funkcjonalnej osób starszych z lekkim otępieniem. *Gerontol Pol.* 2013; 4:127-32.
5. Dudzińska-Griszek J, Szuster K, Francuz T, Szewieczek J. Depresja jako ważny czynnik wpływający na aktywność fizyczną u pacjentów oddziału geriatrycznego. *Gerontol Pol.* 2017; 25: 229-34.
6. Płaszewska–Żywko L, Brzuzan P, Malinowska–Lipień I, Gabryś T. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Probl. High. Epidemiol* 2008; 89(1): 62-66.
7. Brudzińska I. Zakres wydolności funkcjonalnej seniorów wg skali Barthel. DOI: 10.19251/pwod/2017.4(3). Dostępny w Internecie: [www.pwod.pwsplock.pl](http://www.pwod.pwsplock.pl)
8. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Kędziora–Kornatowska K, Książkiewicz–Cwyl A, Misiarz J, Kornatowski M. Wybrane elementy sprawności funkcjonalnej osób starszych. *Geriatria* 2018; 12:69-73.
9. Głowacka M, Brudzińska I, Kornatowski T, Zabielska P, Hoar B, Jurczak A, Karakiewicz B. Functional ability of elderly people living in their home environment according to the NOSGER. *Gerontol Pol.* 2017; 25: 242-47.
10. Bujanowska–Fedak M, Kumięga P, Sapilak B. Ocena sprawności osób starszych w praktyce lekarza rodzinnego w oparciu o wybrane skale testowe. *Fam Med. Primary Care Rev* 2013;15(2):76-9.
11. Rybka M, Rozmerska L, Hoar B. Ocena sprawności osób w wieku podeszłym. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej* 2016; 4(2):4-12.
12. Tadrowska–Woźniakowska J, Głowacka M. Ocena wydolności funkcjonalnej pacjentów w wieku 65+ oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej. DOI:10.19251/pod/2019.2(4). Dostępny w Internecie: [www.pwod.pwsplock.pl](http://www.pwod.pwsplock.pl)
13. Dziechciaż M, Płaszewska-Żywko L, Guty E. Samodzielność osób starszych mieszkających na wsi w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. *Zdrowie Publiczne* 2010; 4:346-50