

Ocena wybranych aspektów sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych

Assessment of selected aspects of functional fitness in elderly patients hospitalized in an internal medicine ward

Grażyna Dykowska^{1,4}, Klaudia J. Lewis², Zofia Sienkiewicz³, Aleksandra Czerw⁴,
Karol Florczak⁵, Beata Haor⁶, Mariola Głowacka⁵

¹Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie

²School of Nursing and Health Professions York College of Pennsylvania

³Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Studium Ekonomiki Zdrowia i Ubezpieczeń Centrum Nauk Humanistycznych i Społecznych Medycyny
Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁵Wydział Nauk o Zdrowiu Akademia Mazowiecka w Płocku

⁶Wydziału Nauk o Zdrowiu Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku

Streszczenie

Wprowadzenie. Sprawność funkcjonalna osoby starszej może być rozumiana jako zdolność do wykonywania normalnych codziennych życiowych zadań bezpiecznie i samodzielnie, bez nadmiernego wysiłku. Jej ocena stała się nie tylko podstawowym wyzwaniem, lecz także głównym celem geriatry i gerontologii, dlatego stanowi istotny komponent całościowej oceny geriatrycznej. Jest to o tyle istotne, że wyższy poziom sprawności funkcjonalnej może oddziaływać pozytywnie na samopoczucie seniora, jakość jego życia, a przez to wtórnie wydłużać długość życia. Istotne jej obniżenie może w konsekwencji doprowadzić do wielu powikłań, a nawet przyspieszyć kres życia. **Cel.** Celem badań była ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 100 pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych szpitala w Płocku. W badanej grupie kobiety stanowiły 53%, natomiast mężczyźni 47%. Materiał badawczy zebrano za pomocą skali NOSGER (Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych). **Wyniki.** Wynik w ocenie skalą NOSGER był na poziomie średniej 89,79 pkt. Największe deficyty stwierdzono u badanych w zakresie pamięci (15,32 pkt) oraz zachowań społecznych (15,22 pkt). Nieco mniejsze deficyty były w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (14,28 pkt) i aktywności codziennego życia (13,30 pkt). Z obszarów składowych skali NOSGER pacjenci najlepiej funkcjonowali w zakresie zachowań zaktóraczących (12,91 pkt) i emocji (12,98 pkt). **Wnioski.** Pacjenci w podeszłym wieku hospitalizowani w oddziale chorób wewnętrznych prezentowali obniżony poziom sprawności funkcjonalnej. Największe deficyty badani wykazywali w zakresie pamięci i zachowań społecznych. Analizowane zmienne socjodemograficzne nie wpływały istotnie na stopień sprawności funkcjonalnej pacjentów. (Gerontol Pol 2025; 33; 263-269) doi: 10.53139/GP.20253331

Słowa kluczowe: sprawność funkcjonalna, pacjenci w podeszłym wieku, oddział chorób wewnętrznych

Abstract

Introduction. Functional fitness in older adults may be understood as the ability to perform normal daily living activities safely and independently, without excessive effort. Its assessment has become not only a fundamental challenge but also a primary objective of geriatrics and gerontology; therefore, it constitutes an essential component of comprehensive geriatric assessment. This is particularly important because a higher level of functional fitness may positively influence the well-being of older adults and their quality of life and consequently may indirectly extend life expectancy. A significant decline in functional fitness may, in turn, lead to numerous complications and even accelerate the end of life. **Aim.** The aim of the study was to assess the functional fitness of elderly patients hospitalized in an internal medicine ward. **Mat-**

rial and Methods. The study was conducted among a group of 100 elderly patients hospitalized in the internal medicine ward of a hospital in Płock. Women constituted 53% of the study group, while men accounted for 47%. Research material was collected using the NOSGER scale (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). **Results.** The mean NOSGER score was 89.79 points. The greatest deficits were observed in the domains of memory (15.32 points) and social behavior (15.22 points). Slightly smaller deficits were noted in instrumental activities of daily living (14.28 points) and activities of daily living (13.30 points). Among the NOSGER subscales, patients functioned best in the domains of disturbing behaviors (12.91 points) and emotions (12.98 points). **Conclusions.** Elderly patients hospitalized in an internal medicine ward demonstrated a reduced level of functional fitness. The greatest deficits were identified in memory and social behavior. The analyzed sociodemographic variables did not significantly affect the level of patients' functional fitness. (*Gerontol Pol* 2025; 33; 263-269) doi: 10.53139/GP.20253331

Keywords: functional fitness, elderly patients, internal medicine ward

Wprowadzenie

Jednym ze składników pomyślnego starzenia się jest utrzymanie sprawności funkcjonalnej. Pełna sprawność funkcjonalna daje osobom starszym możliwość samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym, zdolność do samoobsługi wraz z zabezpieczeniem własnych potrzeb przy zachowaniu sprawności intelektualnej i fizycznej [1].

Sprawność funkcjonalna osoby starszej może być rozumiana jako zdolność do wykonywania normalnych codziennych życiowych zadań bezpiecznie i samodzielnie, bez nadmiernego wysiłku. Jej ocena stała się nie tylko podstawowym wyzwaniem, lecz także głównym celem geriatry i gerontologii, dlatego stanowi istotny komponent całościowej oceny geriatrycznej. Jest to o tyle istotne, że wyższy poziom sprawności funkcjonalnej może oddziaływać pozytywnie na samopoczucie seniora, jakość jego życia, a przez to wtórnie wydłużać długość życia. Istotne jej obniżenie może w konsekwencji doprowadzić do wielu powikłań, a nawet przyspieszyć kres życia [2].

Sprawność funkcjonalna jest wypadkową różnych deficytów, niezależnie od chorób je wywołujących i innych czynników. Ocena stanu funkcjonowania pozwala ukierunkować działania diagnostyczno-terapeutyczne i stanowi płaszczyznę porozumienia między stronami zaangażowanymi w opiekę geriatryczną [3]. Jeśli jednak sprawność funkcjonalna jest niska, różnica między oczekiwaną długością życia a oczekiwaną długością życia w zdrowiu wzrasta, co z kolei zwiększa ryzyko chorób przewlekłych i utrudnia niezależne życie [4].

Cel

Celem badań była ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie 100 pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych szpitala w Płocku.

Badania przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetyki działającej przy Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku.

W badanej grupie kobiety stanowiły 53%, natomiast mężczyźni 47%. Najwięcej respondentów posiadało wykształcenie zawodowe (34,00%) oraz średnie (33,00%). Większość badanych mieszkała na wsi (53,00%). Szczegółową charakterystykę badanych pacjentów przedstawia tabela I.

Tabela I. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych
Table I. Socio-demographic characteristics of the research pool

Cecha		%
Płeć	Kobiety	53,00
	Mężczyźni	47,00
Wykształcenie	Podstawowe	18,00
	Zawodowe	34,00
	Średnie	33,00
	Wyższe	15,00
Miejsce zamieszkania	Miasto	47,00
	Wieś	53,00
Długość hospitalizacji	Poniżej 1 tygodnia	47,00
	1-4 tygodni	52,00
	Powyżej 4 tygodni	1,00

Materiał badawczy zebrano za pomocą skali NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). Skala ta pozwala opiekunom seniora na szybkie i łatwe dokonanie oceny psychicznego, umysłowego i socjalnego stanu pacjenta. Skala obejmuje sześć obszarów: pamięć; instrumentalne aktywności codziennego życia; aktywności codziennego życia; nastroje i emocje; zachowania socjalne; zachowania destrukcyjne, zakłóca-

jące, asocjalne. Wartości skali określone zostały cyframi od 1 (zawsze) do 5 (nigdy). Pacjent mógł minimalnie uzyskać 30 punktów, maksymalnie 150 punktów. Im większa liczba punktów uzyskana w obserwacji, tym stan pacjenta oceniono jako gorszy. Badania walidacyjne przy zastosowaniu skali NOSGER wykazały, że jest narzędziem dobrze akceptowanym, na wysoką spójność wewnętrzną oraz rzetelność, a także wysoką korelację wyników we wszystkich 6 obszarach z wynikami uzyskanymi za pomocą innych narzędzi pomiarowych [5-7].

Obliczenia statystyczne dokonana za pomocą pakietu statystycznego Statistica 21.0. Wartość parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą średniej, odchylenia standardowego oraz minimum i maksimum. Wartości niemierzalne przedstawiono za pomocą liczności oraz odsetka. Test test t-Studenta został użyty do porównania dwóch grup niezależnych. Dla trzech i większej ilości grup zastosowano analizę wariancji (ANOVA). Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$, który wyznaczał istnienie statystycznie istotnych różnic lub zależności.

Wyniki

Dokonując oceny pacjentów skalą NOSGER uzyskano wynik ogólny na poziomie średniej 89,79 pkt. Najmniejsze deficyty stwierdzono w obszarze zachowań

destrukcyjnych (12,91 pkt) oraz w zakresie nastrojów i emocji (12,98 pkt). Badane osoby największe deficyty wykazywały w obszarze pamięci (15,32 pkt) oraz zachowań społecznych (15,22 pkt). W tabeli II zaprezentowano szczegółowe wyniki oceny pacjentów.

Przeanalizowano również poziom sprawności funkcjonalnej w zależności od płci pacjentów. Większe deficyty stwierdzono w grupie kobiet. Jedynie w obszarze zachowań destrukcyjnych/zakłócających mężczyźni odznaczali się niższą sprawnością (14,93 pkt). Na podstawie przeprowadzonej analizy nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy analizowanymi grupami (tabela III).

W ocenie sprawności pacjentów w zależności od ich poziomu wykształcenia stwierdzono, że najmniej sprawne były osoby z wykształceniem zawodowym. Ta grupa wykazywała największe deficyty w samodzielności w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (14,82 pkt), w zakresie aktywności codziennego życia (13,67 pkt) oraz w zakresie zachowań destrukcyjnych/zakłócających (13,29 pkt). W zakresie pamięcią najgorzej funkcjonowały osoby z wykształcenie średnim (15,72 pkt), a osoby z wykształceniem podstawowym największe deficyty miały w zakresie nastrojów i emocji (14,66 pkt). Różnica pomiędzy grupami nie była jednak istotna statystycznie (tabela IV).

Tabela II. Ocena skalą NOSGER

Table II. The NOSGER scale evaluation

	Średnia	Odchyl. stand.	Minimum	Maksimum
NOSGER	89,79	27,22	35	141
Pamięć	15,32	5,27	6	24
Instrumentalne aktywności codziennego życia	14,28	4,19	5	22
Aktywności codziennego życia	13,3	5,07	5	24
nastroje i emocje	12,98	4,07	5	23
Zachowania socjalne	15,22	5,05	5	26
Zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne	12,91	4,79	5	23

Tabela III. Płeć a ocena skalą NOSGER

Table III. Gender and NOSGER scale evaluation

Skala NOSGER	Płeć				Poziom istotności*
	Kobiety		Mężczyźni		
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	
Pamięć	15,79	5,31	14,78	5,22	p>0,05
Instrumentalne aktywności codziennego życia	14,49	4,00	14,04	4,41	p>0,05
Aktywności codziennego życia	13,79	5,05	12,74	5,07	p>0,05
Nastroje i emocje	13,47	3,79	12,42	4,34	p>0,05
Zachowania socjalne	15,47	4,98	12,85	5,16	p>0,05
Zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne	12,96	4,59	14,93	5,06	p>0,05

*test t-Studenta

Tabela IV. Wykształcenie a ocena skalą NOSGER

Table IV. Education and NOSGER scale evaluation

Skala NOSGER	Wykształcenie								Poziom istotności *
	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe		
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	
Pamięć	14,50	5,04	15,50	5,36	15,72	5,17	15,00	5,94	p>0,05
Instrumentalne aktywności codziennego życia	14,00	4,25	14,82	4,00	14,18	3,88	13,60	5,342	p>0,05
Aktywności codziennego życia	13,44	5,10	13,67	5,49	13,00	4,64	12,93	5,36	p>0,05
Nastroje i emocje	14,66	5,56	12,88	3,76	12,24	3,57	12,80	3,46	p>0,05
Zachowania socjalne	15,05	4,880	15,67	5,20	15,06	4,52	14,73	6,31	p>0,05
Zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne	11,61	5,32	13,29	4,53	13,18	4,25	13,00	5,96	p>0,05

*Analiza wariancji

Tabela V. Miejsce zamieszkania a ocena skalą NOSGER

Table V. Place of residence and NOSGER scale evaluation

Skala NOSGER	Miejsce zamieszkania				Poziom istotności*
	Miasto		Wieś		
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	
Pamięć	15,51	5,34	15,15	5,25	p>0,05
Instrumentalne aktywności codziennego życia	14,27	4,163	14,28	4,25	p>0,05
Aktywności codziennego życia	13,38	4,73	13,22	5,38	p>0,05
Nastroje i emocje	12,70	3,71	13,22	4,38	p>0,05
Zachowania socjalne	15,42	5,14	15,03	5,01	p>0,05
Zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne	13,63	4,89	12,26	4,65	p>0,05

*test t-Studenta

Tabela VI. Długość hospitalizacji a ocena skalą NOSGER

Table VI. Length of hospital stay and NOSGER scale evaluation

Skala NOSGER	Długość hospitalizacji						Poziom istotności *
	Poniżej 1 tyg.		1-4 tyg.		Powyżej 4 tyg.		
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	
Pamięć	15,85	5,13	14,98	5,36	14,64	5,73	p>0,05
Instrumentalne aktywności codziennego życia	13,97	4,23	14,53	4,21	14,58	4,30	p>0,05
Aktywności codziennego życia	13,61	5,17	13,09	5,01	13,70	5,30	p>0,05
Nastroje i emocje	12,93	3,49	12,82	4,37	13,58	5,23	p>0,05
Zachowania socjalne	15,04	4,90	15,28	5,22	16,64	4,44	p>0,05
Zachowania destrukcyjne zakłócające, asocjalne	13,25	4,54	12,69	5,03	12,41	4,66	p>0,05

*Analiza wariancji

W kolejnym etapie badań porównano sprawność mieszkańców miasta i wsi. W zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia wynik był prawie na takim samym poziomie: 14,28 pkt u mieszkańców wsi, a 14,27 pkt u osób z miasta. W pozostałych obszarach składowych skali NOSGER gorsze wyniki otrzymali mieszkańcy miasta. Tylko w obszarze nastrojów i emocji osoby ze wsi były mniej sprawne (13,22 pkt). Różnica pomiędzy grupami nie była jednak istotna statystycznie (tabela V).

Dokonując analizy sprawności funkcjonalnej pacjentów w zależności od długości hospitalizacji. Wykazano, że w zakresie pamięci (15,85 pkt) i zachowań destrukcyjnych/zakłócających (13,25 pkt) największe deficyty występowały u osób hospitalizowanych poniżej 1 tygodnia. W pozostałych obszarach oceny skalą NOSGER największe deficyty w zakresie sprawności funkcjonalnej stwierdzono u pacjentów hospitalizowanych powyżej 4 tygodni (tabela VI).

Dyskusja

Literatura przedmiotu podaje, że nie ma jednoznacznej daty początku starości i jej periodyzacji ze względu na rozbieżności związane z wydłużaniem się średniej długości życia człowieka. Za granicę umowną wieku podeszłego wskazuje się 65 rok życia. W rzeczywistości jednak dla każdego seniora ten okres będzie charakteryzował się innym przebiegiem ze względu na występowanie chorób oraz związaną z nimi wielolekowością. U osób starszych często występują problemy o kilku podłożach równocześnie: organicznym, psychologicznym, społecznym i poznawczym [8].

Do oceny stanu pacjenta konieczne jest dokonanie kompleksowej oceny geriatrycznej.

Aktualnie definiuje się kompleksową ocenę geriatryczną jako wielowymiarowy, multidyscyplinarny proces diagnostyczny i terapeutyczny mający na celu określenie medycznych, psychologicznych i funkcjonalnych możliwości osoby starszej oraz opracowanie skoordynowanego i zintegrowanego planu leczenia i opieki. To podejście do oceny osób starszych uwzględnia złożoną współzależność chorób fizycznych, zaburzeń psychicznych oraz wyzwań społecznych i środowiskowych w domu seniora. Ocena ta obejmuje powiązanie opieki medycznej i społecznej wokół diagnoz medycznych i podejmowania decyzji i może być prowadzone przez pielęgniarkę lub lekarza, szczególnie ze specjalizacją geriatryczną [9-13]. Kompleksowe narzędzia oceny geriatrycznej oceniają osoby starsze, w celu identyfikacji problemów zdrowotnych, formułowania skoordynowanych planów leczenia i poprawy stanu zdrowia. Ocena ta, umożliwia pracownikom opieki zdrowotnej skuteczne zajmowanie się potrzebami osób starszych, a ostatecznym celem jest wspieranie niezależnego życia [14,15]. Wykazano, że istnieje coraz więcej dowodów na to, że przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej i podjęcie adekwatnych interwencji, zmniejsza liczbę przyjęć do szpitala i rehospitalizacji [16,17]

Polski system opieki szpitalnej cierpi na deficyt oddziałów geriatrycznych. Brak stacjonarnej opieki geriatrycznej powoduje trudności w kompleksowej diagnostyce i leczeniu osób w podeszłym wieku. Osoby starsze, które potrzebują hospitalizacji najczęściej trafiają na oddziały chorób wewnętrznych. Często to te oddziały właśnie są alternatywą dla oddziałów geriatrycznych.

W badaniach własnych wykazano, że w ocenie skalą NOSGER pacjenci oddziałów chorób wewnętrznych wykazywali duże deficyty w zakresie sprawności funkcjonalnej, zarówno fizycznej jak i sprawności umysłowej. W podobnych badaniach, prowadzonych również w oddziałach chorób wewnętrznych przez Fideckiego

i wsp., uzyskano lepszy stopień sprawności pacjentów. Autorzy uzyskali wynik oceny skalą NOSGER na poziomie średniej 66.10 pkt. W cytowanych badaniach grupa pacjentów w podeszłym wieku wykazywała dość dobrą sprawność funkcjonalną. Największe deficyty sprawności stwierdzono w zakresie zachowań społecznych i instrumentalnych aktywności codziennego życia [18]. Natomiast w badaniach obejmujących pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych stopień sprawności był na jeszcze wyższym poziomie. W ocenie skalą NOSGER uzyskano wynik na poziomie średniej 54,43 pkt. Osoby starsze największe deficyty wykazywały w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia oraz relacji społecznych [19].

W badaniach własnych wykazano, że kobiety charakteryzowały się mniejszym stopniem sprawności funkcjonalnej. Podobne wyniki badań uzyskały Kościelna i Kołat [20]. Autorki stwierdziły, że lepszą sprawność wykazywali mężczyźni, kobiety nieco lepiej funkcjonowały tylko w obszarach: pamięć i aktywności codziennego życia. Również w badaniach Głowackiej i wsp. kobiety miały gorszą sprawność od mężczyzn (z wyjątkiem obszarów nastroje/emocje oraz zachowania zakłócające) [21].

W naszych badaniach nie wykazano istotnego wpływu poziomu wykształcenia na stopień sprawności funkcjonalnej seniorów. Najmniejszą sprawnością odznaczały się osoby z wykształceniem zawodowych, a najwyższą z wykształceniem wyższym. W badaniach Starczewskiej i wsp. wykazano, że osoby lepiej wykształcone miały wyższą sprawność funkcjonalną [22]. Wpływ wykształcenia na stopień sprawności osób starszych potwierdzają też wyniki badań Głowackiej i wsp. [21] oraz Ilcyszyn i wsp. [23].

W badaniach własnych stwierdzono, że miejsce zamieszkania nie różnicowało jednoznacznie stopień sprawności seniorów. Jednak nieznacznie większe deficyty w zakresie samodzielności występowały wśród mieszkańców miasta. Natomiast badania Wysokińskiego i wsp. wykazały, że miejsce zamieszkania istotnie różnicowało sprawność funkcjonalną pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w oddziałach chorób płuc. W cytowanych badaniach lepszą sprawnością odznaczały się osoby z miasta [24]. Również w badaniach Rybki i wsp. miejsce zamieszkania istotnie wpływało na sprawność seniorów w zakresie wykonywania czynności codziennego życia, a mieszkańcy miasta byli bardziej sprawni [25].

Długość pobytu w szpitalu u najstarszych pacjentów związana jest z rozpoznaniem przy przyjęciu i chorobami współistniejącymi. Świadomość czynników ryzyka prze-

dłużonego pobytu w szpitalu może przyczynić się do skrócenia czasu hospitalizacji i zmniejszenia związanych z nią negatywnych konsekwencji. Dokładne przewidywanie przedłużonego pobytu w szpitalu w tej grupie wiekowej pacjentów może być trudniejsze i wymagać uwzględnienia różnych czynników [26]. Hospitalizacja często powoduje pogorszenie funkcjonowania osób starszych z powodu wzajemnego oddziaływania czynników związanych ze starzeniem się, chorobą i pobytem w szpitalu. Wykazano, że długość pobytu w szpitalu pozwala przewidzieć pogorszenie funkcjonowania osób starszych, przy czym dłuższy pobyt wiąże się z większym

prawdopodobieństwem pogorszenia. Skrócenie hospitalizacji może być korzystne dla osób starszych, jeśli skraca się czas potrzebny na proces diagnostyczny i leczniczy, a spadek sprawności podczas pobytu w szpitalu jest mniej poważny [27]. W badaniach własnych nie stwierdzono istotnego wpływu długości hospitalizacji na sprawność biopsychospołeczną pacjentów, jednak największe deficyty występowały u badanych hospitalizowanych powyżej 4 tygodni. W tej grupie odnotowano największe deficyty w zakresie czterech obszarów składowych skali NOSGER. Również w badaniach van Vliet i wsp. większy odsetek pacjentów odnotował lepsze wyniki funkcjonalne i niższą śmiertelność związane z krótszym pobytem w szpitalu, co sugeruje korzyści

wynikające ze skrócenia czasu hospitalizacji [27]. Natomiast w badaniach Kózki i wsp. stwierdzono, że czas hospitalizacji istotnie koreluje z poziomem funkcjonowania poznawczego. Dłuższy czas hospitalizacji wpływa negatywnie na sprawność funkcji poznawczych [28].

Autorzy mają świadomość ograniczeń badania, do których należą: liczebność grupy badanej i dobór badanych tylko w jednym szpitalu. Jednak badanie potwierdziło wartość pomiaru sprawności funkcjonalnej oraz czynników ją warunkujących dla szeroko rozumianej opieki geriatrycznej. Istnieje równocześnie potrzeba rozszerzenia zakresu badań na większą liczbę pacjentów.

Wnioski

Pacjenci w podeszłym wieku hospitalizowani w oddziale chorób wewnętrznych prezentowali obniżony poziom sprawności funkcjonalnej. Największe deficyty badani wykazywali w zakresie pamięci i zachowań społecznych. Analizowane zmienne socjodemograficzne nie wpływały istotnie na stopień sprawności funkcjonalnej pacjentów.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Mikołajczyk M, Grochowska A, Kubik B, et al. Functional efficiency of the elderly hospitalized in the geriatric ward. *Long-Term Care Nursing International Quarterly*. 2021;6(3):31-44.
2. Osiński W. Gerokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. PZWŁ, Warszawa 2013.
3. Fedyk-Łukasik M. Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. *Geriatrya i opieka długoterminowa*. 2015;1:1-5.
4. Kang SJ, Ko KJ, Yoon JR, et al. Changes and differences in functional fitness among older adults over a four year period. *J Mens Health*. 2021;17(2):70-76.
5. Spiegel R, Brunner M, Ermini-Fünsschilling D, et al. A new behavioral Assessment Scale for Geriatric Out- and In Patients: the NOSGER(Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(4):339-47.
6. Liszewska M. Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Wspólne tematy*. 2005;1:3-9.
7. Fidecki W, Wysokiński M, Ślusarz R. Wybrane właściwości psychometryczne skali NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) w odniesieniu do polskiej populacji pacjentów geriatrycznych. *Gerontol Pol*. 2020;2(28):99-104.
8. Steuden S. Wybrane psychologiczne aspekty procesu starzenia się i starości. W: Cybulski M, Krajewska-Kułak E, Waszkiewicz N, Kędziora-Kornatowska K. (red.). *Psychogeriatrya*. Wyd. PWZL, Warszawa 2019:299-312.
9. Parker S, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing*. 2018;47(1):149-155.

10. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, et al. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(2):197–205.
11. Sum G, Nicholas SO, Nai ZL, et al. Health outcomes and implementation barriers and facilitators of comprehensive geriatric assessment in community settings: a systematic integrative review [PROSPERO registration no.: CRD42021229953]. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):379.
12. Panza F, Solfrizzi V, Lozupone M, et al. An Old Challenge with New Promises: A Systematic Review on Comprehensive Geriatric Assessment in Long-Term Care Facilities. *Rejuvenation Res*. 2018;21(1):3–14.
13. Fox S, Reid N, Gordon EH, et al. What do geriatricians think about Comprehensive Geriatric Assessment? A survey of Australian and New Zealand geriatricians. *Australas J Ageing*. 2023;42:127–139.
14. Stoop A, Lette M, van Gils PF, et al. Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(5):e549–e566.
15. Theou O, Park G, Garm A, et al. Reversing frailty levels in primary care using the CARES Model. *Can Geriatr J*. 2017;29(20):105–111.
16. Tikkanen P, Lönnroos E, Sipilä S, et al. Effects of comprehensive geriatric assessment based individually targeted interventions on mobility of pre frail and frail community-dwelling older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(1):80–88.
17. Dennehy K, Lynch A, Reddin C, et al. How comprehensive is our comprehensive geriatric assessment in clinical practice? An Irish perspective. *Eur Geriatr Med*. 2024;15:1007–1015.
18. Fidecki W, Wysokiński M, Książkiewicz-Cwyl A, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K, Hartwig R, Kornatowski M. Geriatric assessment of patients hospitalised in internal medicine units. *Gerontol Pol*. 2018;26(2):100–105.
19. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Kulina D, Weremkowicz I, Kędziora-Kornatowska K. i wsp. Functional efficiency of elderly patients hospitalized in neurological departments, *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*. 2017;6(3):102–106.
20. Kościelna E, Kołat E. Ocena geriatryczna mieszkańców domu pomocy społecznej za pomocą skali NOSGER. W: Różyk-Myrta A. (red.). *Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi*. Cz. 2. Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie. Nysa 2015:65–74.
21. Głowacka M, Brudzińska I, Kornatowski T, Zabielska P, Haor B., Jurczak A, et al. Functional ability of elderly people living in their home environment according to the NOSGER. *Gerontol Pol*. 2017;4(25):242–247.
22. Starczewska M, Prociak L, Markowska A, et al. Ocena sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Probl Pielęg*. 2018;26(3):222–227.
23. Ilczyszyn M, Fidecki W, Wysokiński M, Sienkiewicz Z, Dziedzic B, Lenartowicz H, i wsp. Wybrane aspekty oceny geriatrycznej. *Gerontol Pol*. 2024; 32(2):86–91.
24. Wysokiński M, Lenartowicz H, Fidecki W, Przylepa K, Jędrzejewska A. Assessment of functional capacity of elderly patients hospitalized in the departments of lung diseases. *J Educ Health Sport*. 2018;8(11):397–406.
25. Rybka M, Rezmerska L, Haor B. Ocena sprawności osób w wieku podeszłym. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. 2016;2:4–12.
26. Tal S. Length of hospital stay among oldest-old patients in acute geriatric ward. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;94:104352.
27. van Vliet M, Huisman M, Deeg DJH. Decreasing Hospital Length of Stay: Effects on Daily Functioning in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:1214–1221.
28. Kózka M, Gibadło E, Padykuła M. Uwarunkowania występowania zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2018;69:277–283.