

# Ocena stanu psychofizycznego osób starszych ze schorzeniami narządu ruchu

## Evaluation of mental and physical state in elderly people with motor organ conditions

MARIUSZ WYSOKIŃSKI<sup>1/</sup>, WIESŁAW FIDECKI<sup>1/</sup>, IRENA WROŃSKA<sup>1/</sup>, ROBERT ŚLUSARZ<sup>2/</sup>, ZOFIA SIENKIEWICZ<sup>3/</sup>

<sup>1/</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2/</sup> Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>3/</sup> Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

**Wprowadzenie.** Utrudnieniem w opiece nad człowiekiem w podeszłym wieku jest współwystępowanie schorzeń somatycznych i zaburzeń poznawczych. Częstymi schorzeniami występującymi u tej grupy osób są choroby przewlekłe, które ograniczają codzienne funkcjonowanie jednostki. Najczęstszym powikłaniem choroby w wieku podeszłym jest upośledzenie sprawności motorycznej, co prowadzi do utraty niezależności w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego.

**Cel pracy.** Określenie stanu psychofizycznego osób starszych ze schorzeniami narządu ruchu objętych opieką długoterminową.

**Materiał i metoda.** Badania przeprowadzono w grupie 137 osób w wieku podeszłym przebywających w zakładach opieki długoterminowej wschodniej Polski. Badani byli w wieku 65 i więcej lat. Kobiety stanowiły 74,46% badanych, natomiast mężczyźni 25,54%. Materiał badawczy zebrano za pomocą skali NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) – Pielęgniarskiej Skali Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych.

**Wyniki.** Ocena badanych osób kształtowała się na poziomie  $73,95 \pm 19,64$ . Wyniki oceny poszczególnych obszarów przedstawiały się następująco: zachowania zakłócające (8,08), pamięć (10,86), nastroje/emocje (11,79), aktywności codziennego życia (12,82), zachowania społeczne (14,22), instrumentalne aktywności codziennego życia (16,15). Kobiety uzyskały wynik na poziomie  $74,06 \pm 18,71$ , a mężczyźni  $73,62 \pm 22,43$ . Najlepszą sprawność wykazywały osoby w związku małżeńskim ( $66,05 \pm 16,53$ ), nieco gorszą stanu wolnego ( $72,54 \pm 21,69$ ) i owdowiałe ( $75,64 \pm 18,83$ ), a najgorzej funkcjonowały osoby rozwiedzione ( $79,00 \pm 22,30$ ).

**Wnioski.** Badana grupa osób starszych odznaczała się obniżonym stopniem sprawności psychofizycznej. Największe deficyty występowały w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia. Gorzej funkcjonowały osoby najstarsze, rozwiedzione oraz ze środowiska wiejskiego.

**Słowa kluczowe:** osoby starsze, schorzenia narządu ruchu, opieka długoterminowa

**Introduction.** A simultaneous occurrence of multiple somatic conditions and cognitive disorders is a considerable impediment in taking care of an elderly person. Chronic diseases which restrict everyday functioning of an individual are very frequently diagnosed in this group of people. An impediment to motor faculties is the most common complication of diseases occurring in old age, which leads to losing independence in basic everyday life activities.

**Aim.** To assess mental and physical state of elderly people who suffer from motor organ conditions and are under long-term care.

**Material & method.** The research comprised a group of 137 elderly people staying in long-term care institutions of eastern Poland. The patients of the investigated cohort were 65 years of age and older. Females comprised 74.46% of the total number, consequently males comprised the further 25.54%. The research material was collected by means of the NOSGER scale (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients).

**Results.** The evaluation of investigated patients averaged out at  $73.95 \pm 19.64$ . Findings for individual domains were as follows: disruptive behaviours (8.08), memory (10.86), moods/ emotions (11.79), everyday life activities (12.82), social behaviours (14.22), instrumental everyday life activities (16.15). Females averagely scored at the level of  $74.06 \pm 18.71$  while males scored at  $73.62 \pm 22.43$ . Married people were the fittest ( $66.05 \pm 16.53$ ), slightly worse results were obtained by the singles ( $72.54 \pm 21.69$ ) and the widowed ( $75.64 \pm 18.83$ ), and the worst functioning was reported for the divorced ( $79.00 \pm 22.30$ ).

**Conclusions.** The investigated cohort suffered from a decreased level of mental and physical fitness. Greatest deficits were found within the scope of basic everyday life activities. Oldest people, divorced people and people coming from rural environments functioned the worst.

**Key words:** elderly people, motor organ conditions, long-term care

## Wprowadzenie

Utrudnieniem w opiece nad człowiekiem w podeszłym wieku jest współwystępowanie schorzeń somatycznych i zaburzeń poznawczych. Częstymi schorzeniami występującymi u tej grupy osób są choroby przewlekłe, które ograniczają codzienne funkcjonowanie jednostki. Najczęstszym powikłaniem choroby w wieku podeszłym jest upośledzenie sprawności motorycznej, co prowadzi do utraty niezależności w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego. Sprawując opiekę nad takim pacjentem kładzie się duży nacisk na ocenę sprawności psychofizycznej i określenie deficytów w badanych obszarach oceny [1].

## Cel pracy

Określenie stanu psychofizycznego osób starszych ze schorzeniami narządu ruchu objętych opieką długoterminową.

## Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w grupie 137 osób w podeszłym wieku przebywających w zakładach opieki długoterminowej wschodniej Polski (województwa: podlaskie, lubelskie, podkarpackie). Kobiety stanowiły 74,46% badanych, natomiast mężczyźni 25,54%. Badani byli w wieku 65 i więcej lat, z czego: 31,40% było z przedziału wieku 65-74 lat; 54,00% z przedziału 75-89 lat oraz 14,60% miało 90 i więcej lat. 24,08% pacjentów było stanu wolnego, 12,40% pozostawało w związku małżeńskim, 7,30% było rozwiedzionych, a owdowiałych było 56,22% osób. Ze środowiska wiejskiego pochodziło 70,00% badanych, a z miejskiego 30,00%. Osoby przebywające w zakładach opiekuńczo-leczniczych stanowiły 46,00% badanych, a 54,00% było w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Materiał badawczy zebrano za pomocą skali NOSGER (*Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*), czyli Pielęgniarskiej Skali Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych. Skala ta umożliwia profesjonalnym, jak i nieprofesjonalnym opiekunom szybkie i łatwe dokonanie oceny fizycznego, umysłowego i socjalnego stanu pacjenta. Skala składa się z 30 pytań i obejmuje sześć obszarów: pamięć (P); instrumentalne aktywności codziennego życia (IACŻ); aktywności codziennego życia (ACŻ); nastroje i emocje (NE); zachowania socjalne (S); zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne (Z). Wartości skali określane są cyframi od 1 (zawsze) do 5 (nigdy). Pacjent może minimalnie uzyskać 30 punktów, maksymalnie 150 punktów. W każdym z poszczególnych obszarów skali pacjent może uzyskać od 5 do 25 punktów. Im większa liczba punktów uzyskana w obserwacji, tym stan pacjenta

jest gorszy. Pacjent przebywający w zakładach opiekuńczych uważany jest za zdrowego, jeżeli uzyskał nie więcej niż 75 punktów, a mieszkający samodzielnie – mniej niż 60 punktów. Skala NOSGER jest przydatna w sprawowaniu opieki nad większą liczbą podopiecznych. Ze skali korzystać można przy określaniu pierwotnego stanu pacjenta, jak również przy stwierdzaniu stopnia efektywności terapeutycznej i pielęgnarskiej. Oceny pacjenta przy pomocy skali NOSGER powinny dokonywać osoby, które mają intensywny kontakt z pacjentem, ze względu na możliwość przeoczenia pewnych faktów lub niedostatecznej znajomości zachowania seniora [2-6].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 8.0. W obliczeniach korzystano z testu Shapiro-Wilka, testu Manna-Whitney'a oraz testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności  $p=0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Biotycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Udział w badaniu był dobrowolny i poprzedzony uzyskaniem zgody od pacjentów. Oceny pacjentów dokonały pielęgniarki, które zostały poinformowane o technice wypełniania narzędzia badawczego.

## Wyniki

W pracy dokonano oceny osób starszych za pomocą skali NOSGER. Określono ich sprawność w sześciu składowych zakresach: pamięć, czynności codziennego życia, instrumentalne czynności codziennego życia, nastroje/emocje, zachowania socjalne oraz zachowania zakłócające. Otrzymane wyniki przedstawiono w postaci wartości średnich arytmetycznych i odchylenia standardowego.

Średnia oceny za pomocą skali NOSGER dla badanej grupy osób w podeszłym wieku wyniosła  $73,95 \pm 19,64$ . Wartości średnie w poszczególnych obszarach przedstawiały się następująco: zachowania zakłócające ( $8,08 \pm 2,63$ ), pamięć ( $10,86 \pm 3,89$ ), nastroje/emocje ( $11,79 \pm 4,12$ ), aktywności codziennego życia ( $12,82 \pm 4,82$ ), zachowania społeczne ( $14,22 \pm 4,90$ ), instrumentalne aktywności codziennego życia ( $16,15 \pm 4,78$ ).

Oceniono również sprawność badanych w zależności od płci. Kobiety uzyskały wynik na poziomie średniej  $74,06 \pm 18,71$ , a u mężczyzn ocena kształtowała się na poziomie  $73,62 \pm 22,43$ . W grupie mężczyzn rozkład średnich w poszczególnych obszarach przedstawiał się następująco: zachowania zakłócające ( $8,85 \pm 2,72$ ), pamięć ( $11,14 \pm 3,99$ ), aktywności codziennego życia ( $11,97 \pm 5,39$ ), nastroje/emocje ( $12,05 \pm 4,19$ ), zachowania społeczne ( $14,48 \pm 5,63$ ),

instrumentalne aktywności codziennego życia ( $15,11 \pm 5,73$ ). Kobiety uzyskały następujące wyniki: zachowania zakłócające ( $7,82 \pm 2,56$ ), pamięć ( $10,77 \pm 3,87$ ), nastoje/emocje ( $11,70 \pm 4,12$ ), aktywności codziennego życia ( $13,11 \pm 4,60$ ), zachowania społeczne ( $14,13 \pm 4,65$ ), instrumentalne aktywności codziennego życia ( $16,50 \pm 4,37$ ). Istotną statystycznie różnicę ( $p=0,03$ ) stwierdzono jedynie w zakresie zachowań zakłócających.

Kolejnym etapem badań było określenie sprawności w zależności od wieku badanych osób. Grupa pacjentów z przedziału wiekowego 65-74 lat uzyskała wynik na poziomie średniej  $71,62 \pm 21,41$ . Najlepsze wyniki uzyskano w zakresie zachowań zakłócających ( $8,23 \pm 2,85$ ), pamięci ( $11,18 \pm 4,31$ ), nastrojów/emocji ( $11,60 \pm 3,94$ ) oraz aktywności codziennego życia ( $11,79 \pm 5,29$ ). Gorsze wyniki były w zakresie zachowań społecznych ( $13,67 \pm 5,54$ ) i instrumentalnych aktywności codziennego życia ( $15,13 \pm 5,36$ ). Osoby z przedziału 75-89 lat uzyskały wynik na poziomie  $73,13 \pm 18,10$ . Rozkład średnich w poszczególnych zakresach był następujący: zachowania zakłócające ( $7,62 \pm 2,26$ ), pamięć ( $10,24 \pm 3,50$ ), nastoje/emocje ( $11,60 \pm 3,94$ ), aktywności codziennego życia ( $12,97 \pm 4,56$ ), zachowania społeczne ( $14,2 \pm 4,44$ ), instrumentalne aktywności codziennego życia ( $16,44 \pm 4,50$ ). Trzecią grupę stanowili badani z przedziału 90 i więcej lat, u których ocena kształtowała się na poziomie  $82,00 \pm 20,14$ . Najlepiej ta grupa funkcjonowała w zakresie zachowań zakłócających ( $9,50 \pm 3,01$ ), pamięci ( $12,50 \pm 3,99$ ) i nastrojów/emocji ( $12,90 \pm 5,11$ ). Największe deficyty stwierdzono w zakresie aktywności codziennego życia ( $14,50 \pm 4,37$ ), zachowań społecznych ( $15,35 \pm 5,11$ ) oraz instrumentalnych aktywności codziennego życia ( $17,25 \pm 4,25$ ). Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istnienia istotnych różnic w badanych grupach.

W pracy próbowano również określić jak kształtowała się sprawność pacjentów w zależności od ich stanu cywilnego. Osoby wolne uzyskały wynik na poziomie średniej  $72,54 \pm 21,69$ . Rozkład średnich w poszczególnych zakresach przedstawiał się następująco: zachowania zakłócające ( $8,18 \pm 2,81$ ), nastoje/emocje ( $11,21 \pm 4,15$ ), pamięć ( $11,54 \pm 4,29$ ), aktywności codziennego życia ( $12,12 \pm 5,66$ ), zachowania społeczne ( $13,69 \pm 4,66$ ), instrumentalne aktywności codziennego życia ( $15,78 \pm 5,17$ ). Badani pozostający w związkach małżeńskich uzyskali wynik  $66,05 \pm 16,53$ . Najlepiej oceniono obszar zachowań zakłócających ( $8,29 \pm 2,41$ ) i pamięć ( $9,41 \pm 3,39$ ). Nie co gorzej wypadły nastoje/emocje ( $11,00 \pm 4,15$ ), aktywności codziennego życia ( $11,35 \pm 4,07$ ) oraz zachowania społeczne ( $11,58 \pm 4,93$ ). Największe deficyty stwierdzono w zakresie instrumentalnych

aktywności codziennego życia ( $14,41 \pm 4,16$ ). Wśród osób owdowiałych ocena całościowa wyniosła średnio  $75,64 \pm 18,83$ . Poszczególne zakresy oceniono następująco: zachowania zakłócające ( $7,76 \pm 2,44$ ), pamięć ( $10,77 \pm 3,71$ ), nastoje/emocje ( $12,01 \pm 4,05$ ), aktywności codziennego życia ( $13,45 \pm 4,49$ ), zachowania społeczne ( $14,92 \pm 4,81$ ), instrumentalne aktywności codziennego życia ( $16,71 \pm 4,61$ ). Najgorzej funkcjonowały osoby rozwiedzione ( $79,00 \pm 22,30$ ). W zakresie zachowań zakłócających ocena wyniosła  $9,90 \pm 3,34$ , pamięć  $11,80 \pm 4,51$ , aktywności codziennego życia  $12,80 \pm 5,37$ , nastoje/emocje  $13,40 \pm 4,59$ , zachowania społeczne  $15,10 \pm 5,27$  oraz instrumentalne aktywności codziennego życia  $16,00 \pm 5,55$ . Nie stwierdzono istnienia statystycznie istotnej różnicy pomiędzy badanymi grupami ( $p>0,05$ ).

Ostatnim analizowanym zagadnieniem była ocena pacjentów w zależności od środowiska zamieszkania z jakiego pochodzili. Badani ze środowiska miejskiego uzyskali wynik na poziomie  $71,67 \pm 17,92$ . Najlepszą sprawność badani wykazywali w zakresie zachowań zakłócających ( $8,07 \pm 2,50$ ), następnie były pamięć ( $10,35 \pm 3,86$ ), nastoje/emocje ( $10,95 \pm 3,77$ ), aktywności codziennego życia ( $12,75 \pm 4,48$ ) oraz zachowania społeczne ( $13,62 \pm 3,98$ ). Najgorsza ocena dokonana została w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia ( $15,92 \pm 4,86$ ). Grupę osób ze środowiska wiejskiego oceniono na niższym poziomie ( $74,89 \pm 20,32$ ). Rozkład wyników oceny w poszczególnych zakresach był następujący: zachowania zakłócające ( $8,09 \pm 2,70$ ), pamięć ( $11,08 \pm 3,91$ ), nastoje/emocje ( $12,14 \pm 4,23$ ), aktywności codziennego życia ( $12,85 \pm 4,98$ ), zachowania społeczne ( $14,47 \pm 5,23$ ), instrumentalne aktywności codziennego życia ( $16,24 \pm 4,76$ ). Analiza statystyczna wykazała istnienie różnicy istotnej statystycznie ( $p=0,001$ ) pomiędzy badanymi grupami.

## Dyskusja

Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że duża grupa osób wykazywała braki w zakresie możliwości samodzielnego funkcjonowania i samoopieki. Niewątpliwie przyczyna tego stanu była niepełnosprawność fizyczna, starcze obniżenie procesów poznawczych, schorzenia przewlekłe wymagające długiej rekonwalescencji i usprawniania [7]. Dominującymi schorzeniami u badanej grupy pacjentów były choroby narządu ruchu. Najniższa sprawność w tej grupie badanych przejawiała się w obniżeniu sprawności w zakresie funkcjonowania fizycznego. Jak wykazują badania innych autorów [8, 9] obniżeniu wydolności w zakresie podstawowych aktywności codziennego życia sprzyjają schorzenia min. narządu ruchu. Również badania Wojszel i Bień [10] dowodzą, że zaburzenia mobilności obniżają jakość osób starszych przez ogra-



niczenie ich przestrzeni życiowej i powodują zależność od innych osób.

Duże deficyty w zakresie samoopieki i samodzielności były często przyczyną umieszczenia osób w podeszłym wieku w zakładach opiekuńczych, gdzie istniała możliwość zapewnienia stałej pielęgnacji i rehabilitacji; podkreśla to w swoich badaniach m.in. Głowacka [11].

Badania prowadzone przez Lee i Choi [12] na grupie 1000 osób w podeszłym wieku w Korei, wykazały, że większość pacjentów pozostających w zakładach opieki długoterminowej, to osoby w znacznym stopniu niedołążne. Osoby te wykazywały się niesprawnością w zakresie, co najmniej trzech czynności codziennego życia. Najbardziej zagrożone niesprawnością okazały się kobiety w podeszłym wieku po udarach mózgu. Pruszyński i wsp. [13] w swoich badaniach stwierdzili, że 77% pacjentów przyjmowanych do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego wykazywało ciężką niesprawność funkcjonalną, 19,7% kwalifikowało się do grupy umiarkowanej niesprawności, a tylko 3,3% nie wykazywało niesprawności. Stwierdzili również, w przeciwieństwie do wyników otrzymanych

w naszych badaniach, że większą samodzielnością wykazywały się kobiety w porównaniu z mężczyznami. W badaniach własnych stwierdzono również istotną różnicę w ocenie sprawności starszych pacjentów w zależności od miejsca zamieszkania. Lepszą sprawnością odznaczały się osoby ze środowiska miejskiego, zarówno w ocenie całościowej NOSGER, jak i w obszarach składowych skali. W badaniach Zielińskiej i wsp. [14] zdecydowanie niższy poziom sprawności czynnościowej wykazywali seniorzy w ramach aktywności związanej z umiejętnością chodzenia i przemieszczania się. Szczerbińska [15] w swoich badaniach stwierdziła, że osoby starsze w miarę pogłębiania się niesprawności w zakresie aktywności codziennego życia częściej zgłaszają zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i pomoc społeczną.

## Wnioski

1. Badana grupa osób starszych odznaczała się obniżonym stopniem sprawności psychofizycznej. Największe deficyty występowały w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia.
2. Gorzej funkcjonowały osoby najstarsze, rozwiedzione oraz ze środowiska wiejskiego.

## Piśmiennictwo / References

1. Strugała M, Talarska D. Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa nad seniorem w warunkach domu pomocy społecznej z uwzględnieniem funkcjonowania poznawczego i ryzyka rozwoju odleżyn. *Family Med Care Rev* 2006, 8(2): 336-340.
2. Brunner C, Spiegel R. Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. *Zeitschrift Klin Psychol* 1990, 19(3): 211-229.
3. Liszewska M. Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Wspólne Tematy* 2005, 1: 3-9.
4. Spiegel R, Brunner M, Ermini-Fünschilling 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): 339-347.
5. Tremmel L, Spiegel R. Clinical experience with the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): tentative normative data and sensitivity to change. *Int J Geriatric Psychiatry* 1993, 8: 311-317.
6. Wahle M, Häller S, Spiegel R. Validation of the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): reliability and validity of a caregiver rating instrument. *Int Psychogeriatrics* 1996, 8, 4: 525-547.
7. Strugała M, Talarska D. Ocena sprawności podstawowej osoby w wieku podeszłym z wykorzystaniem katalogu czynności życia codziennego. *Family Med Care Rev* 2006, 8, 2: 332-335.
8. Gębska-Kuczerowska A, Miller M, Wysocki MJ. Niepełnosprawność osób w wieku 65 lat i więcej. Materiały konferencyjne. PTG, Warszawa 2004: 47-52.
9. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R i wsp. Ocena wydolności czynnościowej osób w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych i społecznych. *Pielęgn XXI* w 2005, 1/2(10/11): 39-45.
10. Wojszel B, Bień B. Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. *Gerontol Pol* 2001, 2: 32-38.
11. Głowacka M. Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych. *Pol Med Rodz* 2004, 6(supl.1): 13-19.
12. Lee Y, Choi K. Functional disability of older persons in long-term care facilities in Korea. *Arch Gerontol Geriatrics* 2002, 34, 93-106.
13. Pruszyński JJ, Cicha-Mikołajczyk A, Gębska-Kuczerowska A. Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgniarstwa domu opieki w Polsce. *Prz Epidemiol* 2006, 60: 331-338.
14. Zielińska A, Strugała M, Stachowska M. Ocena funkcjonowania czynnościowego, poznawczego oraz ryzyka rozwoju odleżyn, jako zasadniczych elementów w planowaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa u pacjentów w wieku podeszłym. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(2): 216-220.
15. Szczerbińska K. Ocena czynności życia codziennego. *Mag Pielęgn Położn* 2005, 4: 17.