

Wiesław Fidecki¹, Mariusz Wysokiński¹, Irena Wrońska¹, Robert Ślusarz²

Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarskiej

Elements of a complex geriatric assessment in a nursing practice

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum UMK
w Bydgoszczy

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Kompleksowa ocena geriatryczna jest wielowymiarowym i interdyscyplinarnym procesem diagnostycznym mającym na celu określenie problemów medycznych, psychicznych, fizycznych oraz potencjału czynnościowego osób starszych.

Cel: Celem pracy była ocena stanu biopsychospołecznego osób starszych za pomocą skali NOSGER.

Materiał i metody: Badania przeprowadzone zostały wśród 202 osób w podeszłym wieku objętych opieką długoterminową w województwie podkarpackim. Materiał badawczy zebrano za pomocą skali NOSGER – Pielęgniarskiej Skali Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych. Skala składa się z 30 pytań zawartych w sześciu obszarach: pamięć, instrumentalne aktywności codziennego życia, aktywności codziennego życia, nastroje i emocje, zachowania zakłócające, zachowania socjalne. Pacjent może uzyskać od 30 do 150 punktów, im więcej punktów uzyskanych w obserwacji, tym stan pacjenta jest gorszy. Narzędzie to umożliwi opiekunom osoby starszej szybką i łatwą ocenę stanu fizycznego, psychicznego i socjalnego pacjenta.

Wyniki: Ogólna ocena pacjentów przy pomocy skali NOSGER kształtowała się na poziomie średniej 71,04. Najlepiej badani funkcjonowali w zakresie zachowań zakłócających (7,83), pamięci (10,22) oraz nastrojów i emocji (11,31). Gorsze funkcjonowanie było w zakresie aktywności codziennego życia (12,20) i zachowań społecznych (13,38). Zdecydowanie najgorzej seniorzy funkcjonowali w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (16,08).

Wnioski: Badana grupa osób w podeszłym wieku odznaczała

ABSTRACT

Introduction: A complex geriatric assessment is a multi-dimensional and interdisciplinary diagnostic process aimed at specifying medical, mental, and physical problems as well as functional potential of elderly people.

Aim: The work aimed at assessing biological, psychological and social state of elderly people by means of the NOSGER scale.

Material and methods: The research involved 202 elderly people provided with long-term care in the podkarpackie voivodeship. The research material was collected by means of the NOSGER scale (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). The scale consists of 30 questions comprising six spheres: memory, instrumental activities of everyday life, everyday life activities, moods and emotions, disrupting behaviours, and social behaviours. A patient may score from 30 to 150 points, the more points they score throughout their observation, the worse their state. The tool facilitates caregivers to assess an elderly person's physical, mental and social state promptly and easily.

Results: A general state of patients by means of the NOSGER scale averaged out at the level of 71.04. Investigated patients functioned best within the scope of disrupting behaviours (7.83), memory (10.22), moods and emotions (11.31). They functioned slightly worse within the scope of everyday life (12.20) and social behaviours (13.38). Elderly patients functioned considerably worst within the scope of instrumental everyday life activities (16.08).

Conclusions: The investigated cohort of elderly people proved to have a low level of biological, psychological and

się obniżoną sprawnością biopsychospołeczną. Największy deficyt stwierdzono w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia. Rodzaj schorzenia oraz zakładu opieki długoterminowej istotnie wpływały na sprawność badanych.

Słowa kluczowe: kompleksowa ocena geriatryczna, skala NOSGER, osoby starsze

Wstęp

Starość stanowi ostatni etap w rozwoju człowieka. Ten okres może być dla osób starszych odbierany pozytywnie lub stanowić powód do rozpacz. Zależy to od przebiegu dotychczasowych doświadczeń życiowych i psychologicznych właściwości człowieka. W okresie starzenia pojawiają się problemy zdrowotne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, psychologiczne, społeczne i wiele innych. Głównym celem opieki geriatrycznej jest podejmowanie działań w kierunku utrzymania niezależności w każdym wymiarze życia. Ważnym zadaniem jest wczesne wykrywanie czynników wpływających na obniżenie i ograniczenie samodzielności, za pomocą programów profilaktycznych, promocji zdrowia, leczenia przyczynowego schorzeń oraz działań rehabilitacyjnych [1].

Kompleksowa ocena geriatryczna jest wielowymiarowym i interdyscyplinarnym procesem diagnostycznym mającym na celu określenie problemów medycznych, psychicznych, fizycznych oraz potencjału czynnościowego osób starszych. Proces ten obejmuje cztery główne dziedziny: ocenę stanu czynnościowego, ocenę stanu zdrowia fizycznego, ocenę stanu psychicznego oraz ocenę stanu socjalnego. Ocena ta prowadzona jest także w celu stworzenia kompleksowego planu opieki pielęgniarstwa. Całościowy proces diagnozowania pacjenta geriatrycznego daje szansę osiągnięcia celu, jakim jest poprawa stanu funkcjonowania i jakości życia w wieku podeszłym [2].

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród 202 osób w podeszłym wieku objętych opieką długoterminową w województwie podkarpackim. W grupie badanej było 68,3% kobiet oraz 31,7% mężczyzn. Wiek badanych zawierał się w przedziałach: 65–74 lat (29,20%); 75–89 lat (61,38%); 90 i więcej lat (9,42%). 47,00% badanych przebywało w zakładach opiekuńczo-leczniczych, a 53,00% to pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

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

Materiał badawczy zebrano za pomocą skali NOSGER (*Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*), czyli Pielęgniarskiej Skali Obserwacji Pacjentów Geriatrycz-

social fitness. The greatest deficit was found within the scope of instrumental everyday life activities. A type of patient's condition and a type of long-term care institution where they stayed considerably affected investigated patients' fitness.

Key words: complex geriatric assessment, NOSGER scale, elderly

Introduction

Old age is the last stage in human development. This period may be perceived positively by elderly people or become a reason for despair. It depends on the course of experiences gathered in life and psychological properties of a human. In ageing period appear problems of many kinds, like health problems, care and nursing, psychological, social and many others. Geriatric care is mainly aimed at taking actions towards staying independent in each sphere of life. An important task is to detect factors which influence the decrease and limitations to independence at an early stage, by means of preventive programmes, promotion of health, casual treatment of conditions and rehabilitation activities [1].

A complex geriatric assessment is a multidimensional and interdisciplinary diagnostic process aimed at specifying medical, mental and physical problems and functional potential of elderly people. This process includes four main fields: assessment of a functional state, assessment of the state of physical health as well as the assessment of mental and social states. This assessment is also made to create a complex plan of nursing care. A comprehensive process of diagnosing a geriatric patient creates an opportunity to reach the aim of improving the functioning state and the quality of life of old age [2].

Material and methods

The research was carried out among 202 people in old age provided with long-term care in the podkarpackie voivodeship. The investigated group included 68.3% women and 31.7% men. The participants were divided according to their age: 65–74 years of age (29.20%), 75–89 years of age (61.38%), 90 years of age and more (9.42%). 47.00 % of the investigated were staying in care and treatment institutions, whereas 53.00 % were patients of nursing homes.

In order to carry out the research an agreement of Bioethical Commission of the Medical University in Lublin was obtained. Taking part in the research was voluntary and was preceded with patients' agreement. The assessment of patients was made by the nurses taking care of them, who were instructed how to fill in the research tool.

The research material was collected by means of the NOSGER scale (*Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*). This scale enables professional and non-professional caregivers of senior people a prompt

nych. Skala ta umożliwia profesjonalnym, jak i nieprofesjonalnym opiekunom seniora 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 bardzo przydatna w sprawowaniu opieki nad większą liczbą podopiecznych. Z tej skali korzystać można przy określaniu pierwotnego stanu pacjenta, jak również przy stwierdzaniu stopnia efektywności terapeutycznej i pielęgniarstwa. 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 [3–7].

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

Wyniki

Oceny pacjentów dokonano według takich zmiennych jak: płeć, wiek, schorzenie oraz rodzaj zakładu opieki długoterminowej, w jakim przebywali. Otrzymane wyniki przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych oraz odchylenia standardowego. Analizy dokonano na podstawie oceny całościowej skalą NOSGER oraz jej poszczególnych obszarów składowych.

Ogólna ocena pacjentów przy pomocy skali NOSGER kształtowała się na poziomie średniej $71,04 \pm 18,14$ pkt. Najlepiej badani funkcjonowali w zakresie zachowań zakłócających ($7,83 \pm 2,55$ pkt), pamięci ($10,22 \pm 3,67$ pkt) oraz nastrojów i emocji ($11,31 \pm 3,67$ pkt). Gorsze funkcjonowanie było w zakresie aktywności codziennego życia ($12,20 \pm 4,71$ pkt) i zachowań społecznych ($13,38 \pm 4,39$ pkt). Zdecydowanie najgorzej seniorzy funkcjonowali w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia ($16,08 \pm 4,56$ pkt).

Dokonując oceny skalą NOSGER stanu pacjentów w zależności od płci stwierdzono, że lepiej funkcjonowały kobiety (średnia $70,65 \pm 18,47$ pkt) w porównaniu z mężczyznami ($71,89 \pm 17,52$ pkt). Rozkład wyników

and easy assessment of physical, mental and social states of the patient. The scale consists of six questions comprising six spheres: memory [M], instrumental activities of everyday life [IAEL], everyday life activities [ELA], moods and emotions [ME], social behaviours [S], disrupting, destructive, asocial behaviours [D]. The values of the scale are ranked from 1 (always) to 5 (never). A patient may score from the minimum of 30 points to the maximum of 150 points. In each individual area of the scale a patient may score from 5 to 25 points. The more points they score throughout the observation the worse their state. A patient who stays in a care institution is considered healthy if he or she scores not more than 75 points, while a healthy patient living independently should score not more than 60 points. NOSGER scale is very useful for taking care of a greater number of patients. This scale can be used to determine the initial state of the patient as well as to assess the degree of therapeutic and nursing efficiency. The assessment of the patient by means of NOSGER scale should be made by persons who contact the patients intensively. The reason for this is the possibility of overseeing certain facts or insufficient knowledge of the senior's behaviour [3-7].

Collected material was analysed statistically by means of a statistical package Statistica 8.0. The tests of Mann-Whitney and Kruskal-Wallis were used in calculations. An inferential error of 5 % and statistical significance $p < 0.05$ related to it, pointing at the existence of statistically significant differences or dependences, were adopted.

Results

The assessment of the patients was made according to variables such as: sex, age, condition and the type of long-term care institution where they stayed. The results were presented in the form of arithmetic averages and standard deviation. The analysis was made on the basis of a comprehensive assessment by means of NOSGER scale and its individual component areas.

A general assessment of the patients by means of NOSGER scale proved to be at an average of 71.04 ± 18.14 points. The investigated patients functioned best in the scope of disrupting behaviours (7.83 ± 2.55 pts), memory (10.22 ± 3.67 pts), as well as moods and emotions (11.31 ± 3.67 pts). They functioned worse in the scope of everyday life activities (12.20 ± 4.71 pts) and social behaviours (13.38 ± 4.39 pts). The seniors' results in functioning in the scope of instrumental everyday life activities were definitely the worst (16.08 ± 4.56 pts).

While making assessment of patients' state depending on their sex, by means of NOSGER scale, it was found out that women functioned better (average 70.65 ± 18.47 pts) in comparison with men (71.89 ± 17.52 pts). The distribution of results in individual scopes in the group of women

w poszczególnych zakresach w grupie kobiet przedstawiał się następująco: zachowania zakłócające (7,62±2,39 pkt), pamięć (10,31±3,76 pkt), nastroje/emocje (11,00±3,70 pkt), aktywności codziennego życia (12,49±4,80 pkt), zachowania społeczne (13,00±4,46 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (16,22±4,54 pkt). Mężczyźni najlepiej funkcjonowali w zakresie zachowań zakłócających (8,28±2,82) oraz w zakresie pamięci (10,03±3,48 pkt). Gorsze wyniki uzyskano w zakresie aktywności codziennego życia (11,59±4,46 pkt), nastrojów/emocji (11,96±3,54 pkt), zachowań socjalnych (14,21±4,14 pkt) oraz instrumentalnych aktywności codziennego życia (15,79±4,61 pkt). Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istnienia istotnej różnicy pomiędzy analizowanymi grupami.

Kolejną analizowaną zmienną był wiek badanych. Osoby z przedziału wiekowego 65–74 lat uzyskały wynik na poziomie średniej 69,62±18,08 pkt. Najlepsze wyniki odnotowano w obszarze zachowań zakłócających (8,11±2,69 pkt), następnie w zakresie pamięci (9,74±3,54 pkt). Na podobnym poziomie kształtował się obszar aktywności codziennego życia (11,66±4,98 pkt) oraz nastroje/emocje (11,83±3,54 pkt). W zakresie zachowań społecznych uzyskano wynik na poziomie średniej 12,93±4,54 pkt), a instrumentalne czynności codziennego życia wypadły najgorzej (15,33±5,01 pkt). W grupie badanych w wieku 75–89 lat średni wynik oceny skalą NOSGER wyniósł 70,56±17,74 pkt. Wartości średnie wyników w poszczególnych obszarach NOSGER przedstawiały się następująco: zachowania zakłócające (7,59±2,48 pkt), pamięć (10,18±3,65 pkt), nastroje/emocje (10,91±3,63 pkt), aktywności codziennego życia (12,27±4,57 pkt), zachowania socjalne (13,35±4,18 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (16,23±4,35). Trzecią grupę stanowili badani w wieku 90 i więcej lat, gdzie ocena była na poziomie średniej 78,63±20,08 pkt. Również w tej grupie najlepsze wyniki uzyskano w zakresie zachowań zakłócających (8,47±2,45 pkt) oraz pamięci (11,94±3,87 pkt). Gorsze funkcjonowanie stwierdzono w zakresie nastrojów/emocji (12,26±4,14 pkt), aktywności codziennego życia (13,47±4,69 pkt), zachowań społecznych (15,00±5,06 pkt) oraz w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (17,47±4,22 pkt). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy analizowanymi grupami.

Kolejnym badanym zagadnieniem było określenie stanu pacjentów w zależności od rodzaju schorzenia. Dla potrzeb pracy schorzenia zakwalifikowano do czterech grup: kostno-stawowe (38,60%), sercowo-naczyniowe (22,78%), neurologiczne (22,78%) oraz grupy schorzeń określonych jako „inne” (15,84%). Badani ze schorzeniami kostno-stawowymi uzyskali ocenę na poziomie średniej 69,16±17,91 pkt w skali NOSGER. Poszczególne obszary oceniono następująco: zachowania zakłócające

was the following: disrupting behaviours (7.62±2.39 pts), memory (10.31±3.76 pts), moods/emotions (11.00±3.70 pts), everyday life activities (12.49±4.80 pts), social behaviours (13.00±4.46 pts) and instrumental activities of everyday life (16.22±4.54 pts). Men functioned best in the scope of disrupting behaviours (8.28±2.82 pts) and memory (10.03±3.48 pts). Worse results were obtained in the scope of everyday life activities (11.59±4.46 pts), moods/emotions (11.96±3.54 pts), social behaviours (14.21±4.14 pts) and instrumental activities of everyday life (15.79±4.61 pts). The statistical analysis carried out did not prove the existence of a significant difference between analysed groups.

The next variable subjected to analysis was the age of investigated patients. Persons in the age group 65–74 years averaged out at the level of 69.62±18.08 points. The best results were obtained in the area of disrupting behaviours (8.11±2.69 pts), then in the scope of memory (9.74±3.54 pts). The areas of everyday life activities (11.66±4.98 pts) and moods/emotions (11.83±3.54 pts) proved to be at the similar level. In the scope of social behaviours the result obtained was at the level of an average (12.93±4.54 pts), and instrumental everyday life activities turned out to be worst (15.33±5.01 pts). In the age group 75–89 years an average score by means of NOSGER scale amounted to 70.56±17.74 points. Average values of the results in individual areas of NOSGER were the following: disrupting behaviours (7.59±2.48 pts), memory (10.18±3.65 pts), moods/emotions (10.91±3.63 pts), everyday life activities (12.27±4.57 pts), social behaviours (13.35±4.18 pts), instrumental everyday life activities (16.23±4.35 pts). The third group consisted of investigated patients at the age of 90 and more where the assessment averaged out at the level of 78.63±20.08 points. Also in this group the best results were obtained in the scope of disrupting behaviours (8.47±2.45 pts) and memory (11.94±3.87 pts). Worse functioning was observed in the scope of moods/emotions (12.26±4.14 pts), everyday life activities (13.47±4.69 pts), social behaviours (15.00±5.06 pts) as well as in the scope of instrumental everyday life activities (17.47±4.22 pts). There was not any statistically significant difference between analysed groups.

Another researched issue was to determine the state of the patients depending on the kind of condition. For the needs of the research these conditions were divided into four groups: osteoarticular (38.60%), cardiac-vascular (22.78%), neurological (22.78%) and the groups of conditions called as “others” (15.84%). The investigated patients with osteoarticular conditions averaged out at the level of 69.16±17.91 points in NOSGER scale. Individual areas were assessed as follows: disrupting behaviours (8.01±2.67 pts), memory (10.24±3.38 pts), moods/emotions (10.79±3.63 pts), everyday life activities (11.78±4.72 pts), social behaviours (12.69±4.28 pts), instrumental everyday

(8,01±2,67 pkt), pamięć (10,24±3,38 pkt), nastroje/emocje (10,79±3,63 pkt), aktywności codziennego życia (11,78±4,72 pkt), zachowania społeczne (12,69±4,28 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (15,64±4,72 pkt). Grupa osób ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi wykazywała nieco niższą sprawność i wynik oceny skalą NOSGER wyniósł średnio 69,89±18,15 pkt. Również w tej grupie najlepsze wyniki uzyskano w zakresie zachowań zakłócających (7,54±2,15 pkt) oraz pamięci (9,50±3,47 pkt). Gorzej badani funkcjonowali w zakresie; nastrojów/emocji (10,95±3,06 pkt), aktywności codziennego życia (11,91±5,04 pkt), zachowań społecznych (13,97±4,33 pkt), oraz instrumentalnych aktywności codziennego życia (16,00±4,32 pkt). W grupie pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi ocena kształtowała się na poziomie średniej 79,26±5,12 pkt. Szczegółowy rozkład średnich w poszczególnych obszarach NOSGER przedstawiał się następująco: zachowania zakłócające (7,97±2,57 pkt), pamięć (11,56±4,00 pkt), nastroje/emocje (13,06±3,36 pkt), aktywności codziennego życia (13,76±4,26 pkt), zachowania społeczne (14,78±3,99 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (18,10±3,84 pkt). Czwartą grupę stanowiły osoby ze schorzeniami pozostałych narządów i układów określone jako schorzenia „inne”. W tej grupie ocena była najlepsza i kształtowała się na poziomie średniej 65,50±19,61 pkt. Najlepsze wyniki uzyskano w zakresie zachowań zakłócających (7,59±2,79 pkt) oraz w zakresie pamięci (9,28±3,72 pkt). Niżej oceniono pacjentów w zakresie nastrojów/emocji (10,56±4,33 pkt), aktywności codziennego życia (11,43±4,52 pkt) i zachowań społecznych (12,21±4,78 pkt). Najsłabiej badani funkcjonowali w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (14,40±4,62 pkt). Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła na stwierdzenie istotnej różnicy pomiędzy badanymi grupami osób.

Ostatnim analizowanym zagadnieniem był rodzaj zakładu opieki długoterminowej. Pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych ocenieni zostali na poziomie średniej 67,14±16,35 pkt. Rozkład średnich w poszczególnych zakresach przedstawiał się następująco: zachowania zakłócające (7,17±2,09 pkt), pamięć (9,45±3,04 pkt), nastroje/emocje (10,41±3,43 pkt), aktywności codziennego życia (11,74±4,39 pkt), zachowania społeczne (13,01±4,47), instrumentalne aktywności codziennego życia (15,34±4,32 pkt). Osoby przebywające w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych wykazywały mniejszą sprawność i ich ocena kształtowała się na poziomie średniej 74,51±19,01 pkt. Najlepiej oceniono zachowania zakłócające (8,41±2,77 pkt), nieco niżej pamięć (10,90±4,04 pkt), nastroje/emocje (12,11±3,70 pkt), aktywności codziennego życia (12,61±4,95 pkt), zachowania społeczne (13,71±4,30 pkt). Najgorszej oceny dokonano w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (16,74±4,68 pkt). Stwierdzono istotną

life activities (15.64±4.72 pts). The group of people with cardiac-vascular conditions showed a slightly lower fitness and the score of their assessment by means of NOSGER scale amounted to 69.89±18.15 points on average. Also in this group the best results were obtained in the scope of disrupting behaviours (7.54±2.15 pts), memory (9.50±3.47 pts). The investigated functioned worse in the scope of moods/emotions (10.95±3.06 pts), everyday life activities (11.91±5.04 pts), social behaviours (13.97±4.33 pts) and instrumental everyday life activities (16.00±4.32 pts). In the group of patients with neurological conditions the assessment averaged out at the level of 79.26±5.12 points. A detailed distribution of the averages in individual areas of NOSGER was the following: disrupting behaviours (7.97±2.57 pts), memory (11.56±4.00 pts), moods/emotions (13.06±3.36 pts), everyday life activities (13.76±4.26 pts), social behaviours (14.78±3.99 pts), instrumental everyday life activities (18.10±3.84 pts). The fourth group consisted of people with the conditions of remaining organs and systems described as “other conditions”. In this group the assessment was the best and averaged out at the level of 65.50±19.61 pts. The best scores were obtained in the scope of disrupting behaviours (7.59±2.79 pts) and memory (9.28±3.72 pts). The patients were assessed lower in the scope of moods/emotions (10.56±4.3 pts), everyday life activities (11.43±4.52 pts), social behaviours (12.21±4.78 pts). The investigated patients functioned worst in the scope of instrumental everyday life activities (14.40±4.62 pts). The statistical analysis carried out facilitated to notice a significant difference between investigated groups of people.

The last analysed issue was the type of a long-term care institution. The patients of care and treatment institutions were assessed at the level of an average of 67.14±16.35 points. The distribution of averages in individual scopes can be presented as follows: disrupting behaviours (7.17±2.09 pts), memory (9.45±3.04 pts), moods/emotions (10.41±3.43 pts), everyday life activities (11.74±4.39 points), social behaviours (13.01±4.47), instrumental everyday life activities (15.34±4.32 pts). Patients staying in nursing homes proved to be less fit and their assessment averaged out at the level of 74.51±19.01 pts. Disrupting behaviours were assessed best (8.41±2.77 pts), slightly worse were memory (10.90±4.04 pts), moods/emotions (12.11±3.70 pts), everyday life activities (12.61±4.95 pts) and social behaviours (13.71±4.30 pts). The worst assessment was made in the scope of instrumental everyday life activities (16.74±4.68 points). A statistically significant difference was observed in the assessment of patients depending on the type of a long-term care institution.

Discussion

The degree of fitness of elderly people depends on ageing process, the occurrence of conditions, lifestyle and socio-

statystycznie różnicę w ocenie pacjentów w zależności od rodzaju zakładu opieki długoterminowej.

Dyskusja

Stopień sprawności osób w podeszłym wieku zależy od procesu starzenia, występowania schorzeń, stylu życia oraz czynników społeczno-środowiskowych i psychicznych działających w ciągu życia. Zmniejszająca się z wiekiem zdolność do samoopieki powoduje wzrost zapotrzebowania na różne formy opieki. Starsze i niepełnosprawne osoby wymagają szczególnej opieki pielęgniarskiej. Opieka nad tymi osobami obejmuje pomoc w utrzymaniu niezależności od innych, wsparcie, opiekę w chorobie [8]. Zdolność do samoopieki, czyli sprawność czynnościową należy utożsamiać z niezależnością od innych w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Do potrzeb tych zaliczyć można: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych oraz utrzymanie higieny osobistej [9].

Dokonując oceny pacjentów za pomocą skali NOSGER wykazano, że ich funkcjonowanie w zakresie biopsychospołecznym kształtowało się na obniżonym poziomie.

W badaniach własnych wykazano również, że rodzaj zakładu opieki długoterminowej istotnie wpływał na ocenę funkcjonowania psychospołecznego badanych. Pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych uzyskali lepsze wyniki w porównaniu do pacjentów przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, różnica ta widoczna była w ocenie całościowej, jak też w poszczególnych zakresach skali NOSGER. Badania prowadzone przez Lee i Choi 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 [10].

W badaniach Zielińskiej i wsp. zdecydowanie niższy poziom sprawności czynnościowej wykazywali seniorzy w ramach aktywności związanej z umiejętnością chodzenia i przemieszczania się [11]. Szczerbińska 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 [12]. Wyniki badań przeprowadzonych przez Bońkowskiego i Klich-Rączkę wykazały, że osoby wymagające całodobowej opieki to głównie kobiety po 80 roku życia. Główną przyczyną długotrwałej niesprawności osób w podeszłym wieku były następstwa udarów mózgu i zespoły otępienne [13]. Pruszyński i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, że 77% pacjentów przyjmowanych do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego wykazywało ciężką niesprawność funkcjonalną, 19,7% kwalifikowało

environmental and psychological factors acting during the day. Ability to care for oneself, which decreases with age, causes an increase of a need for various forms of care. Elderly and disabled people need a special nursing care. Taking care of these people includes assistance in maintaining their independence from others, support and care when they are ill [8]. Ability to self care, i.e. functional ability, should be associated with independence from others in satisfying basic needs in life. These needs include: moving, eating, controlling physiological functions and maintaining personal hygiene [9].

Making assessment of the patients by means of NOSGER scale it was proved that their functioning was at the lower level. In the self-study it was also proved that the type of a long-term care institution had a significant influence on the assessment of psychosocial functioning of the investigated. The patients of care and treatment institutions scored better results in comparison to the patients staying in nursing homes. This difference was visible in a comprehensive assessment as well as in individual scopes of NOSGER scale. The research carried out by Lee and Choi within a cohort of 1000 people in old age in Korea proved that the majority of patients staying in long-term care institutions are infirm to a large extent. These people were unfit in the scope of at least three everyday life activities. Elderly women after strokes turned out to be the most unfit [10].

In the study of Zielińska and co-authors the seniors showed a much lower level of functional ability within the confines of activities connected with the ability of walking and moving [11]. Szczerbińska proved in her study that elderly people, as their unfitness deepens in the scope everyday life activities, more often see the need for nursing and care services and social assistance [12]. The results of the study carried out by Bońkowski and Klich-Rączka proved that people who needed a twenty-four-hour -a -day care were mostly women after 80. The main reason for long-term unfitness of elderly people were the consequences of strokes and dementia syndromes [13]. In the study of Pruszyński and co-authors it was proved that 77% of patients admitted to nursing homes showed a severe functional disability, 19.7% could be qualified to a group with a moderate disability, and only 3.3% did not show any disabilities [14].

The growth of the number of elderly people, especially in the late old age causes a higher demand for nursing and health care. Ageing of society gives rise to numerous problems of medical, social, economic and organisational nature. WHO takes note of the necessity to support actions taken in order to maintain multidimensional activity of elderly people, which could protect this population against a bad psychosocial condition [15].

się do grupy umiarkowanej niesprawności, a tylko 3,3% nie wykazywało niesprawności [14].

Wzrost liczby osób w podeszłym wieku, a zwłaszcza w okresie późnej starości, powoduje zwiększone zapotrzebowanie w zakresie opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej. Starzenie się społeczeństwa rodzi wiele problemów natury medycznej, społecznej i ekonomiczno-organizacyjnej. WHO zwraca uwagę na konieczność wsparcia działań podejmowanych w celu utrzymania wielokierunkowej aktywności osób w podeszłym wieku, która mogłaby zabezpieczyć tę populację przed złą kondycją psycho-społeczną [15].

Wnioski

1. Badana grupa osób w podeszłym wieku odznaczała się obniżoną sprawnością biopsychospołeczną. Największy deficyt stwierdzono w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia.
2. Rodzaj schorzenia oraz zakładu opieki długoterminowej istotnie wpływały na sprawność badanych.

Conclusions

1. The investigated cohort of elderly people proved to have a low level of biological, psychological and social fitness. The greatest deficit was found within the scope of instrumental everyday life activities.
2. A type of patient's condition and a type of long-term care institution where they stayed considerably affected investigated patients' fitness.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Wiesław Fidecki
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
al. Raławickie 1, 20-095 Lublin
tel. 81 538 88 96, e-mail: fidecki@interia.pl

Piśmiennictwo / References

1. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. *Problemy zdrowotne i opiekuńcze osób w starszym wieku oraz formy opieki geriatrycznej w Polsce*. W: Bartuzi Z. (red.). *Wybrane aspekty opieki zdrowotnej*. CM UMK, Bydgoszcz 2007;333–338.
2. Bień B, Wojszel B. *Kompleksowa ocena geriatryczna*. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M. (red.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007;89–96.
3. Brunner C, Spiegel R. *Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1990;19:3:211–229.
4. Spiegel R, Brunner M, Ermini-Fünsschilling D. i wsp. *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*. *International Journal of 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*. *International Psychogeriatrics* 1996;8(4):525–547.
7. Liszewska M. *Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)*. *Wspólne tematy* 2005;1:3–9.
8. Strugała M, Talarska D. *Ocena sprawności podstawowej osoby w wieku podeszłym z wykorzystaniem katalogu czynności życia codziennego*. *Family Medicine & Care Review* 2006;8:2:332–335.
9. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R, Cegła B, Faleńczyk K. *Ocena wydolności czynnościowej osób w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych i społecznych*. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 1/2 (10/11): 39–45.
10. Lee Y, Choi K. *Functional disability of older persons in long-term care facilities in Korea*. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002;34:93–106.
11. 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*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007;88(2):216–220.
12. Szczerbińska K. *Ocena czynności życia codziennego*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2005;4:17.
13. Bońkowski K, Klich-Rączka A. *Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej*. *Gerontologia Polska* 2007;15:3:97–103.
14. Pruszyński JJ, Cicha-Mikołajczyk A, Gębska-Kuczerowska A. *Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgniarstwa domu opieki w Polsce*. *Przegląd Epidemiologiczny* 2006;60:331–338.
15. Worach-Kardas H. *Starzenie się populacji jako wyznacznik potrzeb zdrowotnych i wyzwaniem dla zdrowia publicznego*. *Zdrowie Publiczne* 2006;116 1):128–131.