

Ocena wpływu czynników socjo-demograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych

The influence assessment of the socio-demographic and medical factors on the level of the functionality skills of geriatric patients

Marta Muszalik¹, Anna Ćwikła², Kornelia Kędziora-Kornatowska^{1,3}, Tomasz Kornatowski^{3,4}

¹Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK Toruń

²Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

³Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa – Wydział Nauk o Zdrowiu w Kielcach

⁴Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK Toruń

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Marta Muszalik

Katedra i Klinika Geriatrii

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

Bydgoszcz 67-090

Tel. 52-585-40-21

fax: (0-52) 585 49 21

muszalik@cm.umk.pl

STRESZCZENIE

OCENA WPŁYWU CZYNNIKÓW SOCJO-DEMOGRAFICZNYCH I MEDYCZNYCH NA POZIOM SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ PACJENTÓW GERIATRYCZNYCH

Zmiany fizjopatologiczne następujące wraz z wiekiem oraz dołączające się schorzenia i dolegliwości prowadzą do stopniowego ograniczenia samodzielności, sprawności funkcjonalnej i niezależności w życiu codziennym, utraty poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego u osób starszych. W grupie osób w późnej dorosłości obniża się również globalna, a szczególnie związana ze zdrowiem jakość życia.

Cel badań. Celem badań było dokonanie analizy wpływu czynników socjo-demograficznych i medycznych na sprawność funkcjonalną oraz jakość życia pacjentów w starszym wieku przewlekłe chorych w świetle badania skalą ADL i kwestionariuszem FACIT-F.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu techniki ankiety. Do badań zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze, kwestionariusz ADL (Activity of Daily Living) na podstawie skali Katza i FACIT – F questionnaire (Version 4) – Functional Assessment of Chronic Illness Therapy.

Badaną grupę stanowili pacjenci w wieku powyżej 60 roku życia 122 osoby, hospitalizowane w Katedrze i Klinice Geriatrii CM w Bydgoszczy.

Wyniki. W badanej grupie było 70,5% osób z ADL powyżej 4 pkt. Wysokie ryzyko odleżyn zauważono u pacjentów z niskim wskaźnikiem FACIT. Pacjenci z niedowagą mieli istotnie niższy wynik FACIT-F niż pozostałe osoby (za wyjątkiem leżących). Z przeprowadzonych badań wynika, że FACIT-F koreluje z wybranymi schorzeniami, pacjenci z odwodnieniem uzyskali istotnie niższy poziom FACIT, niż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, utratą masy ciała i niedokrwistością. Wraz ze wzrostem ADL i IADL rośnie poziom FACIT. Wynik badania potwierdza analiza statystyczna w modelu regresji liniowej.

Wnioski. 1. Poziom sprawności funkcjonalnej i jakości życia badanej grupy pacjentów kształtował się w granicach wartości średnich. 2. Poziom funkcjonowania badanych osób oraz ich jakość życia nie była zależna od czynników socjodemograficznych takich jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna oraz wykształcenie. 3. Na poziom funkcjonowania badanych osób miały wpływ czynniki medyczne i zdrowotne jak: ryzyko narażenia na odleżyny, występowanie odleżyn, samoocena stanu zdrowia, wskaźnik masy ciała obliczany za pomocą skali BMI, rodzaj schorzenia, wskaźnik ADL i IADL. 4. Poziom sprawności funkcjonalnej badanych kwestionariuszem ADL i IADL koreluje ze wskaźnikiem FACIT-F.

Słowa kluczowe: stan funkcjonalny, choroby przewlekłe, pacjenci w starszym wieku, jakość życia

ABSTRACT

THE INFLUENCE ASSESSMENT OF THE SOCIO-DEMOGRAPHIC AND MEDICAL FACTORS ON THE LEVEL OF THE FUNCTIONALITY SKILLS OF GERIATRIC PATIENTS

The physiopathological changes occurring together with the age advance and joining ailments and discomforts lead to gradual independence limitation, also the one in everyday life, and to functionality skills limitation; lead to the loss of physical and mental safety sense as for the older people. In the group of people of late adulthood the global life quality decreases, especially the one associated with health.

The aim of the study. The aim of the examinations was to make an exact analysis of the influence of the socio-demographic and medical factors on the functionality skills and life quality of the older patients, ones who are chronic patients in the light of the ADL (Activity of Daily Living) scale and FACIT-F (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) questionnaire examination.

Material and methodology. The examination was carried out by means of diagnostic survey, with the use of survey technique. One used the standardized examination tool to the examinations, a tool that was ADL questionnaire on the basis of Katz scale and FACIT -F questionnaire (Version 4). In the group there were patients at the age of more than 60; 120 people hospitalized in the Geriatrics Chair and Clinic of the CM in Bydgoszcz.

Results. In the examined group there was 70.5% of people with ADL above 4 points. The high risk of bedsores was noticed at patients with low FACIT index. The underweight patients had lower FACIT -F result than the remaining people (except for the ones in a recumbent position). From the above examination it results that FACIT -F correlates with the chosen ailments, the patients suffering from dehydration achieved, in fact, lower FACIT level than the patients with hypertension, diabetes, body mass loss, and anaemia. Together with the increase of ADL and IADL the level of FACIT increases. The statistical analysis in the model of linear regression confirms the examination results.

Conclusions. The level of functional skills and life quality of the examined group were in the average value limits.

The level of functioning of the examined people and the life quality were not related to socio-demographic factors such as: age, gender, marital status, residence place, material status, and education. The level of functioning of the examined people related to medical and health factors, such as: risk to expose to bedsores, bedsores occurring, self-evaluation of the health state, body mass index – calculated with the help of BMI, type of ailment, ADL and IADL index. The ADL and IADL questionnaire correlated with the level of functional skills and the FACIT -F index.

Key words:

functional state, chronic illnesses, patients in older age, life quality

WPROWADZENIE

Życie ludzkie wydłuża się, a z tym wiąże się zwiększenie proporcji osób starszych w społeczeństwie. Sytuacja demograficzna, postęp nauk medycznych, rozwój gerontologii i geriatrii rozbudziły szersze zainteresowanie problematyką ludzi w podeszłym wieku.

W ostatnim stuleciu przyrost oczekiwanej długości życia wzrósł o blisko 20 lat i obecnie osiągnął średnio 66 lat. Prognozy demograficzne wskazują, że w ciągu najbliższych 50 lat liczba ludzi przekraczających 60 rok życia wzrośnie 5-krotnie, a obecnie żyje ich na świecie ponad 70 milionów oraz wzrośnie oczekiwana długość z 66 do 77 lat do końca I połowy XXI wieku. Obecnie w Polsce osoby powyżej 65 roku życia stanowią 13% całej populacji, a w latach 2020-2030 oczekuje się wzrostu do nawet 24% [1,2,3].

Wydolność to pojęcie biologiczne określające funkcjonalne zdolności do wykonywania wysiłków fizycznych przy rozwinięciu najbardziej ekonomicznych i efektywnych reakcji ustroju [4].

Wydolność fizyczna osiąga u człowieka najwyższy poziom około 20 roku życia, potem zaczyna się stopniowy spadek. Osoby 40-letnie oznaczają się zmniejszeniem wydolności, mierzonej poziomem pułapu tlenowego do 80-90%, osoby 50-letnie do 70-80%, 60-letnie do mniej niż 70%, a około 70-letnie do 50-55% [5].

O wydolności fizycznej i sprawności ludzi w starszym wieku decyduje wydolność fizyczna osiągnięta do 25 roku życia. Aktywność fizyczna w wieku dojrzałym, podlega zmianom organicznym i czynnościowym powstałym w wyniku przebytych chorób i działających na ustrój ujemnych wpływów rozwoju cywilizacji. Wydolność funk-

cjonalna u osób starszych oznacza zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych, a miernikiem jest stopień niezależności i samodzielności życiowej w środowisku [6]. Wieloaspektowe podejście do oceny stanu funkcjonalnego stanowi wskaźnik percepcji zdrowia w starszym wieku, który cechuje się dynamiką zmian starzejącego się ustroju.

Najbardziej obrazowo wydolność funkcjonalną osób starszych przedstawia całościowa ocena geriatryczna, w której stosowane są instrumenty oceny sprawności fizycznej, intelektualnej i oceniające stan emocjonalny [7]. Jako wskaźniki oceny sprawności funkcjonalnej stosowane są skale ADL oceniające sprawność w zakresie czynności dnia codziennego. Wyróżnia się skalę podstawowego ADL (Physical ADL - PADL albo standardowe ADL- Activities of Daily Living), uwzględniającą podstawowe czynności codzienne badanego oraz skalę instrumentalnego ADL (Instrumental ADL -IADL- Instrumental Activities Daily Living), uwzględniające czynności złożone, których wykonywanie jest niezbędne do samodzielnego funkcjonowania [7].

Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko problemów funkcjonalnych i pojawia się niepełnosprawność obniżająca jakość życia. Jednakże nie należy takiego stereotypu starzenia utożsamiać ze wszystkimi osobami starszymi, gdyż ta populacja jest niejednorodna ze względu na dużą sferę czynników subiektywnych, które wynikają z doświadczenia życiowego, warunków kulturowych i osobowości wpływających na kształtowanie postaw i opinii [8].

Jakość życia według definicji przyjętej przez WHO na Konferencji w Kopenhadze, wyraża się poczuciem satysfakcji jednostek lub grup społecznych, wynikających z za-

spokożenia własnych potrzeb oraz postrzegania możliwości rozwoju jednostkowego i społecznego. Zależy również ona od czynników pozazdrowotnych np. rodzaju opieki socjalnej. Część badaczy wyodrębnia jakość życia związaną ze zdrowiem jako istotny wskaźnik oceny procesu terapeutycznego [9]. Jakość życia jest zjawiskiem wielowymiarowym, zmiennym w czasie, zawierającym komponenty subiektywne i obiektywne. De Walden Gałuszko określa jakość życia jako ogólną ocenę położenia życiowego chorego w okresie choroby i leczenia. Jakość życia związana ze zdrowiem (HRQL) obejmuje cztery obszary: sprawność ruchową, stan somatyczny, stan psychiczny oraz stan społeczny. W najnowszych badaniach również aspekt duchowy [10].

Badania jakości życia związanej ze zdrowiem HRQL wyrażają subiektywną ocenę zdrowia, która stanowi uzupełnienie obiektywnie przeprowadzonych badań medycznych. Stwarzają indywidualnemu pacjentowi możliwość wypowiedzi [8,10]. Podejmowane badania wpływają na poszerzenie wiedzy dotyczącej subiektywnej oceny stanu zdrowia, pozwalają ocenić jakość życia osób chorych, jak również wytyczyć obszary i sfery życia sprawiające najwięcej problemów, a wynikające ze stanu zdrowia [10]. Jakość życia, szczególnie w wieku podeszłym, utożsamiana jest ze stanem zdrowia lub stanem sprawności funkcjonalnej, z uwarunkowaniami socjoekonomicznokulturowymi, statusem społecznym w tym okresie życia. Rodzaj uwarunkowań związanych z szeroko rozumianym stanem zdrowia dotyczy rodzaju i charakteru zmian w stanie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, co w wymiarze sprawności funkcjonalnej oznacza stopień samodzielności lub zależności od innych osób w wykonywaniu czynności dnia codziennego [10].

CEL BADAŃ

Celem badań było dokonanie analizy wpływu czynników socjo-demograficznych na sprawność funkcjonalną oraz jakości życia pacjentów w starszym wieku, przewlekle chorych w świetle badania skalą ADL i kwestionariuszem FACIT-F.

Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom sprawności funkcjonalnej i jakości życia pacjentów badanych kwestionariuszem ADL, IADL i FACIT-F?
2. Jakie czynniki zdrowotne i medyczne określają poziom funkcjonowania badanych osób?
3. Jakie czynniki socjodemograficzne mają wpływ na poziom sprawności funkcjonalnej badanych osób?
4. Czy poziom sprawności funkcjonalnej badanych pacjentów koreluje z badaniem poziomu sprawności codziennej ADL i IADL?

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniami objęto ogółem 122 pacjentów w stanie ogólnym średnim i dobrym, sprawnych intelektualnie, w tym 43 mężczyzn i 79 kobiet przebywających w Klinice Geriatrii CM w Bydgoszczy. Badani pacjenci byli w granicach wieku od 60-95 lat. Średni wiek badanych wynosił 77 lat,

dla mężczyzn 75,4 lat, dla kobiet 78,7 lat. Wykształcenie podstawowe posiadało 58 osób, zawodowe 21, średnie 31, wyższe 12 respondentów. Respondenci pochodzili głównie z miasta 113 osób, natomiast 9 badanych mieszkało na wsi. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy CM w Bydgoszczy. Badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankiety. Narzędziami badawczymi były: kwestionariusz FACIT-F, zawierający 5 części, które oceniają sfery życia pacjenta:

1. Stan fizyczny - 7 pytań
2. Życie rodzinne i towarzyskie - 7 pytań
3. Stan emocjonalny - 6 pytań
4. Funkcjonowanie w życiu codziennym (FWB) - 7 pytań
5. Podskala oceny zmęczenia - 13 pytań

Kwestionariusz Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)- można zastosować do oceny pacjentów przewlekle chorych, co jest bardzo istotne przy wielochorobowości w wieku starszym.

Kwestionariusze z grupy FACIT są często używane w badaniach narodowych i międzynarodowych. FACIT-F questionnaire (Version 4) służy do oceny czterech dziedzin życia pacjentów przewlekle chorych. Każde pytanie jest oceniane w pięciostopniowej skali Likerta. Każdy pacjent był oceniany w poszczególnych sferach życia, a następnie wyniki sumowano wg przyjętych wzorów. Wynik ogólny skali FACIT-F- Total i wyniki szczegółowe mają kierunek pozytywny, im większa wartość liczbową tym wyższa sprawność i jakość życia pacjentów.

Zastosowano również kwestionariusz oceny sprawności codziennej (ADL) na podstawie skali Katza oraz kwestionariusz oceny sprawności czynności złożonych dnia codziennego na podstawie skali Lawtona (IADL).

Do analizy statystycznej przeprowadzonych badań wykorzystano następujące sposoby oceny danych ilościowych:

1. Za pomocą statystyk opisowych (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum) opisano badane zmienne i scharakteryzowano ich rozkład.
2. Różnice między porównywanymi grupami oceniano na podstawie testu istotności dla zmiennych jakościowych (kategoryzowanych) – Chi-kwadrat Pearsona.
3. Zastosowano również współczynnik kontyngencji (oparta na wartościach chi-kwadrat, miara zależności między zmiennymi skategoryzowanymi, innymi słowy pokazuje nam siłę związku, podobnie jak współczynnik korelacji).
4. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki, spełniające istotność statystyczną: $p < 0,05$.

Model regresji wielokrotnej, który pozwala szacować siłę i związek pomiędzy zmiennymi oraz na predykcję jednej zmiennej bazującej na wiedzy o wartościach skorelowanych z nią innych zmiennych. Ponadto, model regresji stanowi podstawę ogólnego modelu liniowego oraz modelu równań strukturalnych.

Do obliczeń zastosowano program statystyczny: STATISTICA Data Miner + SAL 8.

Ocena wpływu czynników socjo-demograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych

■ Tabela 1. Ocena sprawności funkcjonalnej i jakości życia badanej grupy pacjentów skalą FACIT-F.

	STAN FIZYCZNY	ŻYCIE RODZINNE I TOWARZYSKIE	STAN EMOCJONALNY	FUNKCJONOWA NIE W ŻYCIU CODZIENNYM	STAN ZMĘCZENIA	
	Physical wellbeing (0-28)	Social/family well-being (0-28)	Emotional wellbeing (0-24)	Functional wellbeing (0-28)	Fatigue (0-52)	FACIT-F (0-160)
					subscale	
	PWB	SWB	EWB	FWB	FS	FACIT-F
N	124	124	124	124	124	124
MIN	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	9.00
MAX	28.00	28.00	24.00	28.00	52.00	158.00
ŚREDNIA	17.43	19.20	14.01	17.30	31.99	99.93
MEDIANA	18.0	20.0	14.0	18.5	32.5	102.0
SD	8.74	5.33	6.38	9.69	15.54	40.35

WYNIKI BADAŃ

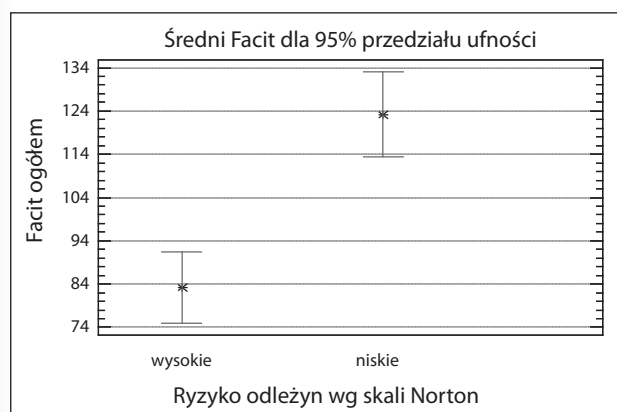
Badani respondenci byli hospitalizowani w większości do 3 razy. Swoje zdrowie 73 osoby oceniło jako złe, 49 badanych jako dobre, nikt nie określił go jako bardzo dobrego. BMI rozkładało się w następujący sposób: poniżej 18,5 kg/m² (niedowaga) - 3 osoby, 18,6 -24,9kg/m² (waga prawidłowa) - 29 osób, 25- 29,9 kg/m² (nadwaga) - 41 osób, powyżej 30 kg/m² (otyłość) - 24 osoby. U 14 spośród 20 leżących pacjentów występowały odleżyny, natomiast 51 badanych było w wysokim stopniu narażonych na występowanie odleżyn wg skali Norton. Większość responden-

■ Tabela 2. Stan funkcjonalny wg skal ADL i IADL.

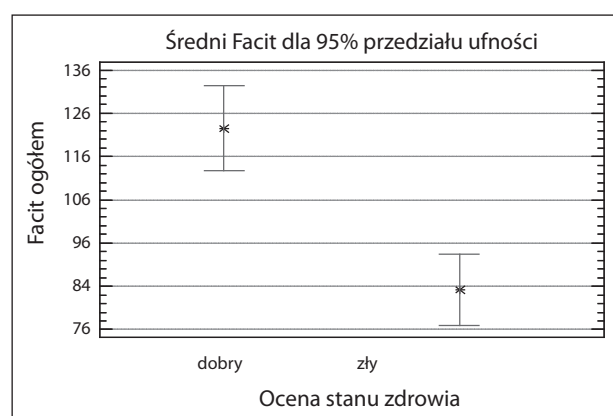
ADL	N	%
6-4 pkt	86	70,5%
3-0 pkt	36	29,5%
IADL		
27-13 pkt	92	75%
13-0 pkt	30	25%

tów przyjmowało powyżej 4 leków na dobę, oraz chorowało powyżej 15 lat.

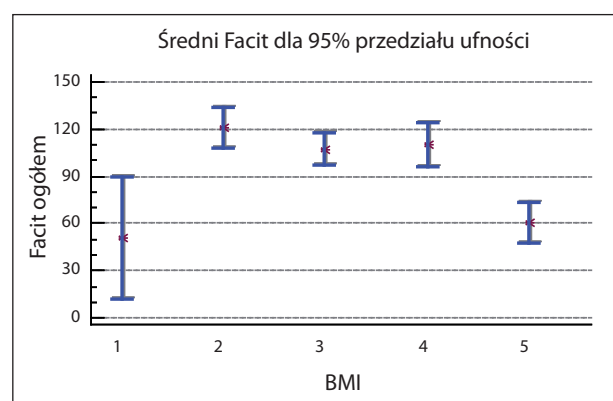
W grupie 122 badanych 53 osoby uzyskały globalnie 0-91 punktów w skali FACIT, czyli wartości poniżej śred-



■ Ryc. 1. Ryzyko odleżyn wg skali Norton w zależności od poziomu oceny w skali FACIT.



■ Ryc. 2. Samoocena stanu zdrowia w zależności od poziomu FACIT-F.



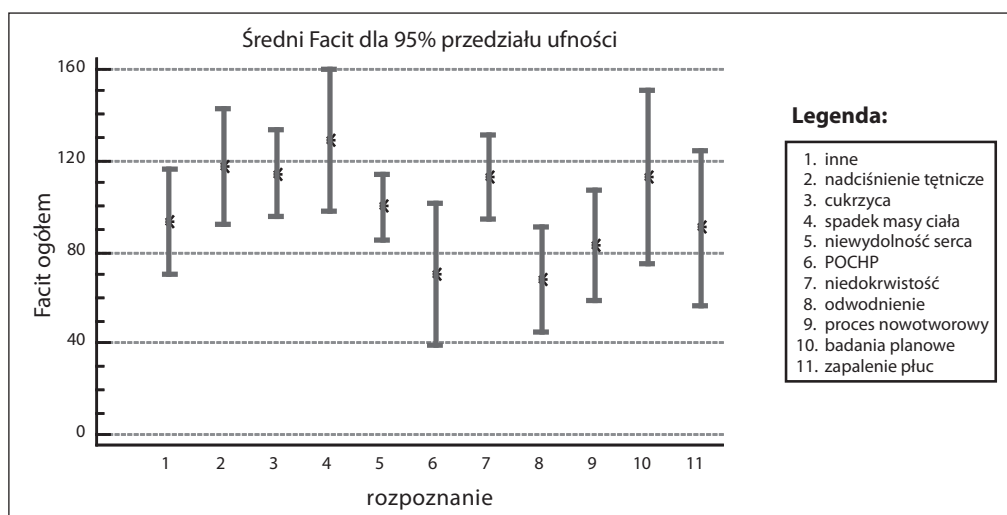
■ Ryc. 3. Zależność FACIT-F od wskaźnika BMI w badanej populacji. BMI- 1. Poniżej 18,5, 2. od 18,6 do 24,9, 3. od 25 do 29,9, 4. , powyżej 30, 5. leżący

niej referencyjnej. Natomiast 69 osób uzyskało 92-149 punktów, czyli wartości uznane za średnie i wysokie.

Poniższy wykres przedstawia ocenę wzrostu zagrożenia wystąpieniem odleżyn w zależności od poziomu FACIT.

Ogólna jakość życia i stan funkcjonalny badanych w skali FACIT-F w sposób istotny statystycznie zależały od samooceny zdrowia. Osoby oceniające swoje zdrowie jako dobre uzyskały wyższy poziom w tej skali .

■ Ryc. 4. Przedziały punktowe testu FACIT-F w zależności od jedno-
stek chorobowych.



Z przeprowadzonych badań wynika, że FACIT-F w sposób istotny statystycznie zależy od wskaźnika BMI badanych pacjentów. Pacjenci z niedowagą mieli istotnie niższy wynik F-F niż pozostałe osoby (za wyjątkiem leżących).

Z naszych badań wynika, że FACIT-F koreluje z wybranymi schorzeniami tzn. pacjenci z odwodnieniem uzyskali istotnie niższy poziom FACIT, niż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, utratą masy ciała i niedokrwistością.

Badanie FACIT-F koreluje z wynikiem ADL i IADL. Wraz ze wzrostem ADL i IADL rośnie poziom FACIT ($P < 0,05$). Wynik badania potwierdza analiza w modelu regresji liniowej.

Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość życia badanych pacjentów hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Geriatrii nie była zależna od miejsca zamieszkania, ilości przyjmowanych leków, płci, wieku, czasu trwania choroby oraz ilości pobytów w szpitalu.

OMÓWIENIE

Zjawisko starzenia się społeczeństwa stało się w ostatnich latach przyczyną licznych badań, które ukazują problemy zdrowotne i społeczne człowieka w podeszłym wieku. Kompleksowa ocena geriatryczna stosowana w geriatrii jest wielokierunkowym procesem diagnostycznym, mającym na celu określenie czynnościowej wydolności pacjenta w starszym wieku, jak również zdefiniowanie jego potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych. Taka ocena może służyć zarówno doraźnej interwencji, jak również działaniom długoterminowym [11, 12].

W literaturze zagranicznej nie znaleziono badań kwestionariuszem FACIT-F dotyczących pacjentów w starszym wieku. Badania światowe kwestionariuszami z grupy FACIT stosowane są przede wszystkim dla pacjentów onkologicznych poddanych długiej terapii. Ze względu na to, że pacjenci w starszym wieku oraz ze schorzeniami przewlekłymi poddawani są długotrwałej terapii, stąd zdecydowano się na użycie kwestionariusza FACIT –F za aprobatą jego twórców. Badania kwestionariuszami FACIT oceniają stan funkcjonalny oraz jakość życia pacjentów przewlekle chorych.

Poziom sprawności funkcjonalnej i jakości życia badanych kwestionariuszem FACIT-F kształtował się na poziomie średnim. W poszczególnych badanych sferach życia badani osiągnęli wyniki zbliżone do średniej lub nieco wyższe. Przypuszczalnie na powyższe wyniki mogło mieć wpływ to, iż do badań były kwalifikowane osoby sprawne intelektualnie, jak również w większości sprawne fizycznie. Czynniki pozwalającymi na utrzymanie wysokiej sprawności funkcjonalnej są m.in. jest aktywny tryb życia oraz sprawność intelektualna, które to występowały u badanych.

Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Kwapisz, której celem była również ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych oddziału rehabilitacyjnego, na podstawie oceny wyznaczników zawartych w kwestionariuszu FACIT- G, stwierdzono znacznie obniżoną ocenę stanu fizycznego u badanych kobiet oraz duży stopień trudności w realizacji czynności codziennych ogółu badanych. Większość badanych kobiet pomimo zaakceptowania własnej choroby, zgłaszała duże trudności odnośnie sytuacji rodzinnej i towarzyskiej [13]. Z naszych badań nie wynikają podobne wnioski, lecz spowodowane to jest prawdopodobnie specyfiką badanej grupy.

Na stan zmęczenia u osób starszych mogą mieć wpływ różne dolegliwości i schorzenia takie jak: niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia poziomu glikemii, unieruchomienie, oraz wpływ postępujących zmian inwolucyjnych procesu starzenia [14]. Uzyskany poziom w zakresie stanu zmęczenia w badanej grupie kształtował się w granicach średnich.

Z badań przeprowadzonych w Pracowni Zdrowia Publicznego, Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego wynika, iż częstsze zaburzenia emocjonalne występują u osób nieaktywnych fizycznie, jak również nie angażujących się społecznie. Objawiają się gorszym samopoczuciem lub depresją [15].

W badaniach własnych FACIT-F stan emocjonalny pacjentów oceniono jako zadawalający. Wnioskować można, iż faktycznie na powyższy wynik miał wpływ dobry stan fizyczny, funkcjonowanie codzienne oraz rodzinne i towarzyskie.

Z dostępnych publikacji wynika, iż problem odległy dotyczy w większości osób w wieku podeszłym (ok.60%

chorych po 70 roku życia). Wielu autorów do czynników ryzyka rozwoju odleżyn zalicza obniżenie ruchliwości i aktywności, podeszły wiek, czy złamania kości [15, 16]. Z badań naszych wynika, że u osób u których występowało wysokie ryzyko odleżyn ogólna jakość życia i sprawność była oceniana znacznie niżej, aniżeli u osób sprawnych fizycznie. Podobnie było wśród pacjentów już z występującymi odleżynami [17].

Wśród wielu wymiarów zdrowia szczególne znaczenie przypisuje się samoocenie zdrowia dokonywanej indywidualnie. Subiektywna ocena stanu zdrowia sprowadza się do percepcji tego stanu przez jednostkę w oparciu o doświadczenia związane z fizycznymi, psychicznymi i społecznymi doświadczeniami, które kształtują jej ogólne poczucie dobrostanu [18]. Subiektywna samoocena stanu zdrowia jest głównym „mediatorem” pomiędzy obiektywnymi uwarunkowaniami zdrowotnymi, a samopoczuciem psychicznym, kondycją społeczną i ogólną jakością życia. W zależności od subiektywnej oceny zdrowia, szczególnie w chorobach przewlekłych, konsekwencje w postaci ograniczeń psychosomatycznych są zróżnicowane [18]. Podobnie stwierdzono w badaniach własnych. Pacjenci oceniający swoje zdrowie jako dobre uzyskali wyższy poziom jakości życia i sprawności funkcjonalnej.

Zaburzenia odżywiania są poważnym problem u starszych osób. Zarówno zmiany związane z wiekiem, tj. zmniejszenie aktywności fizycznej, jak i liczne stany chorobowe występujące w tym okresie życia mogą prowadzić do niedoborów żywieniowych i wyniszczenia. Z drugiej strony częstym zjawiskiem jest obecność nadwagi i otyłości, które również mogą wynikać z ograniczenia aktywności fizycznej, zmian hormonalnych oraz schorzeń somatycznych i psychicznych. Otyłość i nadwaga są czynnikami licznych powikłań zdrowotnych, jak również wyniszczenie lub utrata masy ciała uznaje się za niepomysłny wskaźnik rokowniczy. Do oceny stanu odżywienia wykorzystuje się różne parametry antropometryczne między innymi wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Indeks) [18].

W badaniach własnych u pacjentów z BMI niskim (poniżej 18.5) stwierdzono istotnie niższy wskaźnik FACIT niż u pozostałych badanych. Może to wynikać z faktu, iż u tych pacjentów rozpoznano proces nowotworowy.

Swoistą cechą populacji osób starszych jest występowanie polipatologii. W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano u badanych od 2 do 6 schorzeń. Średnia ilość schorzeń współistniejących wynosiła 3. Dominującymi stanami patologicznymi w badanej grupie były: schorzenia układu krążenia, metaboliczne – cukrzyca, odwodnienie. Z przeprowadzonych badań wynika, że FACIT-F koreluje z wybranymi schorzeniami. Pacjenci z odwodnieniem uzyskali istotnie niższy poziom FACIT, niż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, utratą masy ciała i niedokrwistością

W populacji osób po 65 roku życia dominującym problemem stają się uciążliwości związane z wykonywaniem czynności dnia codziennego [19]. Uważa się, że upośledzenie czynności dnia codziennego, takich jak: samodzielne mycie się ubieranie, korzystanie z toalety, przemieszczanie po pomieszczeniu, kontrolowanie czynności wydalniczych i jedzenie posiłków, oznacza poważną niepełnosprawność,

która powoduje zależność od innych osób i całkowicie uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym, jak również obniża ich jakość życia [20]. W badaniach własnych również można zauważyć podobną prawidłowość osoby bardziej sprawne we wszystkich dziedzinach (FACIT-F) lepiej radzą sobie w życiu codziennym uzyskując wyższe wyniki w badaniu ADL i IADL.

WNIOSKI

1. Poziom sprawności funkcjonalnej i jakości życia badanej grupy pacjentów kształtował się w granicach wartości średnich.
2. Poziom funkcjonowania badanych osób oraz ich jakość życia nie była zależna od czynników socjodemograficznych takich jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna oraz wykształcenie.
3. Na poziom funkcjonowania badanych osób miały wpływ czynniki medyczne i zdrowotne jak: ryzyko narażenia na odleżyny, występowanie odleżyn, samoocena stanu zdrowia, wskaźnik BMI, rodzaj schorzenia, wskaźnik ADL i IADL.
4. Poziom sprawności funkcjonalnej badany kwestionariuszem FACIT- F koreluje ze wskaźnikiem ADL i IADL.

PIŚMIENNICTWO

1. Porzych K, Grześk G, i wsp. Aktywność ruchowa u osób w wieku podeszłym. *Kwartalnik Ortopedyczny*. 2003; 2: 210-213.
2. Prusiński A. *Neurogeriatria*. Lublin: Wyd. Czelej; 2004. 3.
3. Raniszewska E. Urazy u pacjentów geriatrycznych. *Anestezjologia Intensywna Terapia*. 2002; 34 (4): 285-289.
4. Karski J, Stońska Z, Wasielewski B. *Promocja Zdrowia*. Warszawa: Wyd. Sanmedia; 1991.
5. Bień B. Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. *Polska starość*. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego; 2003. 36-67.
6. Tobiasz-Adamczyk B. Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w starszym wieku na podstawie 12-letniej obserwacji. *Gerontologia Polska*. 2002; 10 (1): 23-28.
7. Kochanek-Jagielska K. Skale sprawności trzeciego wieku – instrumenty do pełnej oceny geriatrycznej. *Medi*. 2006; 4.
8. Halik J. *Starzy ludzie w Polsce*. Warszawa: Wyd. Instytut Spraw Publicznych; 2000. 83-99.
9. Pierzchała W, Farnik-Brodzińska M. Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. *Alergia Astma Immunologiczna*. 1997; 2 (4): 203-206.
10. De Walden Gałuszko K. Problemy jakości życia u chorych w stanie terminalnym. *Medipress. Medycyna Paliatywna*. 2003; 1: 4-6.
11. Klicz-Rączka A, Dubiel M. I wsp. Kompleksowa ocena geriatryczna pacjentów hospitalizowanych po 80 roku życia. *Przegląd Lekarski*. 2006; 63(3): 109-112.
12. Abrams W.B. i wsp. *Podręcznik geriatryi*. Wrocław: Wyd. Urban & Partner; 1999.
13. Kwapisz U. Stan funkcjonalny pacjentów geriatrycznych w subiektywnej ocenie zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2005; 1(19): 149-152.
14. Wagner R, Markuszewski L, i wsp. Choroby wieku podeszłego i rola leczenia usprawniającego w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej osób w podeszłym wieku, *Kwartalnik Ortopedyczny*. 2004; 4: 211-224.
15. Grzegorzczak J, Kowalek A, i wsp. Z Pracowni Zdrowia Publicznego, Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. 2008; 1: 27-33.
16. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P. Uwarunkowania zmian subiektywnej oceny stanu zdrowia w różnych okresach starości. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medyczne*. 2001; 8 (21): 159-171.
17. Kózka M. Odleżyny – występowanie, profilaktyka i leczenie. *Rehabilitacja Medyczna*. 2004; 4, 29-37.
18. Józwiak A, Guzik P. Wskaźnik masy ciała jako czynnik rokowniczy umieralności wewnątrzszpitalnej wśród pacjentów oddziału geriatrycznego. *Gerontologia Polska*, 2005; 13 (4): 266-270.

19. Gębska-Kuczerowska A. Charakterystyka grupy osób w podeszłym wieku uczestniczących w badaniu zależności między aktywnością a stanem zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2002; 56: 463-470.
20. Szczerbińska K. Ocena czynności życia codziennego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2005; 2: 17.

Praca przyjęta do druku: 21.12.2009

Praca zaakceptowana do druku: 18.02.2010

