

Interdyscyplinarny model opieki
nad osobami starszymi

cz. 2



PAŃSTWOWA WYŻSZA
SZKOŁA ZAWODOWA W NYSIE

Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi

cz. 2

pod redakcją
Alicji Różyk-Myrty

Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie
Nysa 2015

RECENZENT
dr hab. n. med. Ewa Nowakowska-Zajdel

SKŁAD I KOREKTA
Joanna Rogowska

PROJEKT OKŁADKI
Ryszard Szymończyk

SEKRETARZ OFICYNY
doc. dr Tomasz Drewniak

© Copyright
by Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie
Nysa 2015

ISBN 978-83-60081-86-0

OFICYNA WYDAWNICZA PWSZ W NYSIE
48-300 Nysa, ul. Armii Krajowej 7
tel.: 77 4091170
e-mail: oficyna@pwsz.nysa.pl
www.pwsz.nysa.pl/oficyna

Wydanie I

Druk i oprawa:
MAZOWIECKIE CENTRUM POLIGRAFII
www.c-p.com.pl
+48 22 889 00 60

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	7
<i>Anna Jaros, Barbara Czerny</i> Stary człowiek w obliczu choroby	9
<i>Agata Przewłoka, Magdalena Roś, Estera Kołat</i> „Starzej się z głową” – ocena poziomu wiedzy i podejmowanych działań dotyczących profilaktyki chorób neurologicznych wśród osób w podeszłym wieku	21
<i>Paulina Równicka, Barbara Białkowska</i> Najczęstsze choroby kardiologiczne osób w wieku geriatrycznym	32
<i>Elżbieta Różanowska, Lucyna Frihauf</i> Opieka i rekonwalescencja starszego pacjenta po zabiegu operacyjnym	43
<i>Magdalena Roś, Agata Przewłoka, Estera Kołat</i> Choroby neurologiczne wieku podeszłego	54
<i>Emilia Kościelna, Estera Kołat</i> Ocena geriatryczna mieszkańców domu pomocy społecznej za pomocą skali Nosger	65
<i>Maja Lewandowska, Anna Zylińska, Edyta Letka-Paralusz</i> Opieka nad pacjentem z przewlekłym, miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych – studium przypadku	75
<i>Anna Komarow-Kuźmińska, Edyta Letka-Paralusz, Lucyna Szefczyk-Polowczyk</i> Próba oceny jakości życia osób w wieku podeszłym – pensjonariuszy wybranych domów pomocy społecznej w województwie śląskim	84
<i>Jolanta Hanuszewska, Alicja Różyk-Myrta</i> Wpływ hospitalizacji na zachowania prozdrowotne, oszacowany u pacjentów szpitala w Nysie	95
<i>Damian Wolanin, Agnieszka Wolińska</i> Występowanie udarów mózgowych u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Jugowie i Domu Pomocy Społecznej w Nowej Rudzie	100

WPROWADZENIE

Dane statystyczne informują o wydłużaniu się średniej długości ludzkiego życia. Tym samym ulega zmianie czas trwania końcowej fazy życia – starości. We współczesnym społeczeństwie pojawiają się nowe problemy dotyczące egzystencji osób w podeszłym wieku.

Starzenie się polskiej populacji powoduje, że pielęgniarce, lekarze, fizjoterapeuci oraz inni specjaliści pracujący w ochronie zdrowia w swojej praktyce zawodowej spotykają osoby starsze z wielochorobowością, złożoną niepełnosprawnością, potrzebami opiekuńczymi i pielęgnacyjnymi.

Zarówno starzenie się per se, jak i choroby charakterystyczne dla wieku podeszłego prowadzą do mniej lub bardziej zaznaczonej niepełnosprawności i jej redukcja powinna stanowić podstawę wypracowania takich modeli opieki, aby uciążliwość towarzysząca starości nie były tak dotkliwe.

Pod względem jakościowym starzenie, które przebiega jako proces fizjologiczny bez powikłań chorobowych, określa się jako starzenie prawidłowe. Przebieg starzenia fizjologicznego wykazuje znaczne różnice osobnicze i w istotnym stopniu zależy od rodzinnych predyspozycji. Biorąc pod uwagę przeważnie kilkudziesięcioletni przebieg procesu starzenia się, trudno oczekiwać, aby mogło ono być w pełni fizjologiczne. Najczęściej starzenie zostaje powikłane lub przyśpieszone przez przewlekłe procesy chorobowe i mówi się wówczas o starzeniu patologicznym. Jednym z ważnych wyzwań geriatry jest profilaktyka geriatryczna, której celem jest ograniczenie wpływu chorób lub niekorzystnych zachowań na przebieg starzenia, a przez to zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia pomyślnej starości (successful ageing).

Nawet najbardziej prawidłowe starzenie w miarę upływu lat ogranicza sprawność starego człowieka i jego zdolność do samodzielnego życia. Większość osób w zaawansowanej starości wymaga większej lub mniejszej pomocy ze strony innych osób, staje się więc w pewnym stopniu od nich uzależniona. Badania polskich autorów wykazują, że ponad 1/3 osób w wieku powyżej 75 lat nie jest w stanie samodzielnie wychodzić z domu ani wykonywać bardziej złożonych prac domowych i osobistych zabiegów higienicznych. Światowa Organizacja Zdrowia już w latach 60. XX wieku wskazywała na istnienie pewnego ciągu wydarzeń, które determinują los człowieka w przebiegu starzenia i mogą go doprowadzić do znacznej i utrwalonej niepełnosprawności.

Zapobieganie tym procesom i utrzymanie osób w podeszłym wieku w stanie jak największej niezależności – jest jednym z priorytetowych zadań stojących przed gerontologią XXI wieku.

Pacjent geriatryczny manifestuje fenotypowe zmiany zależne od wieku, które maskują objawy zależne od chorób. Prezentacja choroby w starości staje się niewyraźna i nietypowa, co utrudnia wczesne jej wykrywanie i leczenie. Złożone problemy zdrowotne zależne od wieku, przy spadku rezerw ustroju, prowadzą do licznych dysfunkcji narządowych. Prezentują się one jako tzw. wielkie zespoły geriatryczne, z zespołem słabości (frailty), z niedożywieniem, majaczeniem, ośpieniem, depresją, upadkami, nietrzymaniem moczu, etc.

Stworzenie interdyscyplinarnego modelu opieki nad osobami starszymi stało się potrzebą i inspiracją do przygotowania niniejszej monografii, która przybliży różne aspekty opieki nad osobami starszymi.

Alicja Różyk-Myrta

Anna Jaros, Barbara Czerny

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

STARY CZŁOWIEK W OBLICZU CHOROBY ***OLD PERSON IN THE FACE OF DISEASE***

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje spójne, wielowątkowe spojrzenie na proces starzenia się w aspekcie involucyjnych zmian organizmu: morfologicznych, fizjologicznych, cyto-fizjologicznych, psycho-fizycznych, psycho-fizjologicznych oraz psychicznych w obliczu choroby jednostki.

Człowiek, jako jednostka bio-psycho-społeczna, wymaga opieki holistycznej, co w praktyce wymusza traktowanie pacjenta jako całości emocjonalnej, intelektualnej, społecznej, duchowej i fizycznej. W rozwiązywaniu problemów zdrowotno-pielęgnacyjnych w kontekście społeczno-ekonomicznym i ekologicznym szczególną rolę odgrywa środowisko pielęgniarstwa.

Wiedza dotycząca patologii chorób towarzyszących, mechanizmy starzenia się i strategie radzenia sobie ze zmianami starczymi pozwalają na wczesne przygotowanie się do osiągnięcia starości i poprawę jakości życia seniorów tak, aby starość była jak najdłuższym okresem aktywnej niezależności.

Słowa kluczowe: proces starzenia się, choroba, problemy pielęgnacyjne

ABSTRACT

This research presents coherent, multithreaded consideration aging process in the aspect of involucional changes in human body: morphological, physiological, cell physiological, psychophysical, psychophysiological and psychological in the face of the individual's illness.

Man as a biopsychosocial individual requires holistic care, which in practice forces the treatment of the patient as a emotional, intellectual, social, spiritual and physical integrity. In solving health and care problems in the socio-economic and ecological context particular role plays nursery environment.

Knowledge regarding pathology of age related diseases, mechanics of getting old and strategies of coping with age related changes allows to prepare for reaching the old age in advance and improve the quality of life of seniors so as period of the independent activity in the older age was as long as possible.

Keywords: aging, illness, nursing problems

Wstęp

Nieśmiertelność, a nawet jej namiastka, czyli długowieczność, stanowiły częsty temat mitów, rozważań i pragnień od zarania ludzkości. Starość, jako uosobienie mądrości i dobrej rady popartej wieloletnim doświadczeniem, zawsze była ceniona i szanowana. Sędziwy wiek oglądany z tej perspektywy był odbierany jako wartość pozytywna najwyższej rangi, a wieszanie komuś dożycia późnej starości jest do dziś częstą formą wyrażania szacunku i przywiązania. Zachowania takie wynikają z tradycji, a ukształtowały się w czasach, gdy starość nie była tak powszechnym zjawiskiem jak dziś. W czasach prehistorycznych podeszły wiek stanowił fenomen. Starożytni, siwogłowi mędrcy o wyjątkowych umysłach nie przekraczali prawdopodobnie 50. roku życia.

Dziś człowiek 50-letni uważany jest za osobę w sile wieku, aczkolwiek pierwsze objawy starości pojawiają się między 35. a 45. rokiem życia. Według WHO starość dzieli się na trzy okresy: wiek podeszły (60.-75. r.ż.), wiek starczy (75.-90. r.ż.) oraz wiek sędziwy, tzw. długowieczność (powyżej 90. r.ż.). W medycynie za osobę w wieku podeszłym uznaje się osobę powyżej 65. r.ż., jednak starzenie się jest procesem o bardzo indywidualnym przebiegu i nie da się jednoznacznie powiedzieć, kiedy człowiek zaczyna być stary.

Prawdopodobieństwo dożycia 100 lat przez obecne pokolenia jest 20-krotnie wyższe, niż pokoleń urodzonych na początku XX wieku. Przewidywana średnia długość życia współczesnych pokoleń wynosi około 80 lat, a wiek powyżej 80 lat osiągnie nawet ponad 40% populacji cywilizacji zachodniej. Dzieje się tak ze względu na poprawę warunków socjo-ekonomicznych, rozwój medycyny, farmakologii, dostępności do opieki medycznej, jak i pomocy społecznej. Wydłużenie życia sprawiło, że problem starości dotyczy wszystkich, bo nawet jeśli ktoś nie dożyje starczego wieku, na pewno spotka się ze starością w swoim otoczeniu.

Aktualnym problemem nie jest osiągnięcie starości, a zachowanie sprawności i aktywności życiowej. Dziś, kiedy zjawisko starzenia i charakter zmian zachodzących w organizmie są już dość dobrze znane, należy skupić się na tym, jak tę wiedzę wykorzystać do poprawy jakości życia osób starszych oraz jak przygotować do starości osoby, u których proces starzenia jeszcze się nie zaczął.

Wraz z wiekiem organizm ludzki się zmienia. Zmiany nie pojawiają się jednak równocześnie, ale w różnym czasie i nasileniu w różnych narządach, największe nasilenie osiągają właśnie w okresie starości. Oprócz zmian w wyglądzie zewnętrznym, takich jak utrata barwnika włosów, wiotczenie skóry, zachodzą zmiany we wzroście i masie ciała, budowie i funkcjonowaniu narządów.

W okresie starości organizm ludzki wchodzi w etap rozwoju charakteryzujący się zmianami inwolucyjnymi. Możemy je podzielić na:

- 1) zmiany morfologiczne (np. w tkankach i narządach),
- 2) zmiany fizjologiczne (np. w ciśnieniu krwi, pojemności życiowej płuc),
- 3) cyto-fizjologiczne (w przemianie materii),
- 4) psycho-fizyczne (w funkcjonowaniu narządów zmysłów),
- 5) psycho-fizjologiczne (reakcje senso-motoryczne),
- 6) psychiczne (intelektu).

Większość z nich, a także uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, kulturowe czy osobowościowe, nie pozostaje bez wpływu na aktywność starzejącej się osoby. Pierwotnym źródłem są jednak procesy wpływające na obniżenie poziomu energii i zmniejszenie wydolności organizmu oraz sprawności fizycznej i manualnej. Ważnym czynnikiem ograniczającym zakres podejmowanej aktywności są zmiany zachodzące w narządach zmysłów, dotyczy to zwłaszcza telepercepcji.

Zmiany zachodzące w mózgu i układzie nerwowym

Badacze są zgodni, że w procesie starzenia zmniejsza się masa mózgu. Wielkość ubytku jest szacowana na 10-15% jego wagi. Inne źródła podają, że różnica masy mózgu w wieku 80 lat w porównaniu z jego maksymalną masą wynosi 14-17% dla ciężaru mokrego i 20-21% dla suchej masy. Tkanka nerwowa zbudowana jest z komórek swoistych (neuronów) oraz komórek nieswoistych – gleju i tkanki łącznej. W procesie starzenia się tkanek zmniejsza się w nich procentowy udział komórek swoistych. Zmniejsza się też ogólna liczba komórek w tkance, ze względu na ich niezdolność do podziału. Ponadto neurony mózgu tworzą mniej dendrytów, co skutkuje zmniejszeniem liczby połączeń nerwowych. Utratę neuronów tłumaczy się zmniejszeniem dopływu krwi do mózgu, co prowadzi do niedotlenienia neuronów i ich obumierania. Innymi powodami są udary (zawały), czyli zanik mikroskopijnych fragmentów tkanki spowodowany miejscowym odcięciem dopływu krwi. Kolejny powód to osłabienie bariery krew–mózg, która zabezpiecza mózg przed dostaniem się doń potencjalnie szkodliwych substancji, przez co jest on narażony na działanie toksyn. Utrata neuronów dotyczy najczęściej takich obszarów mózgu, jak: hipokamp, kora mózgowa (szczególnie płaty skroniowe), częściowo podwzgórze i pień mózgu. Atrofia ośrodkowego układu nerwowego może prowadzić do demencji. Jej objawy ujmowane są jako deterioracja aktywności psychicznej i są odzwierciedleniem patologicznych, progresywnych zmian w mózgu. Zmiany te najczęściej przejawiają się dezorganizacją: pamięci, mowy, myślenia, uwagi czy kontroli zachowania. Demencja może przybierać różne postaci, a każda z nich przedstawia własny niepowtarzalny wzór dysfunkcji i ma różną etiologię. Podstawowe postaci demencji to demencja typu Alzheimera i demencja naczyniowa. Inne występują w przebiegu odrębnych zespołów chorobowych, takich jak: choroba Picka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, choroba Parkinsona, płasawica Huntingtona, jak również nowotworów mózgu, AIDS czy długotrwałej ekspozycji na substancje toksyczne (np. alkohol). Demencje można też klasyfikować według struktur, które zostały objęte atrofią. Istnieje tu podział na demencje korową i podkorową. Kora mózgowa zawiaduje funkcjami poznawczymi. W obrazie demencji korowej właśnie te funkcje wykazują największy ubytek (zaburzenia języka, pamięci, toku myślenia). Struktury podkorowe są związane m. in. z kontrolą motoryki i emocjami. Demencja podkorowa objawia się najczęściej zaburzeniami motoryki, równowagi czy napędu. Zmiany starcze dotyczą także obwodowego układu nerwowego. Reakcje organizmu na bodźce stają się z wiekiem wolniejsze, a czas reakcji prostej

ulega wydłużeniu. Neurony wraz z wiekiem wolniej przewodzą bodźce, a osłabieniu ulegają zarówno procesy pobudzania, jak i hamowania. Im bardziej złożony proces, tym wyraźniej zaznaczają się różnice w funkcjonowaniu młodego i starzejącego się układu nerwowego. Wolniejsze działanie układu nerwowego jest widoczne między innymi w wydłużaniu się czasu reakcji złożonej czy przedłużaniu się okresu wytwarzania odruchów warunkowych.

Zmiany zachodzące w starzejącym się organizmie

Wysokość ciała ludzkiego zmienia się w ciągu całego życia. Wyniki badań, prowadzonych na przestrzeni dziesięcioleci przez różnych badaczy, przedstawiają różne wartości przyrostu dla określonych grup wiekowych. Można wnioskować, że zależą one od warunków socjo-ekonomicznych, kulturowych, genetycznych i innych. Wspólny jest jednak podział na okres dużych przyrostów, okres stagnacji i okres regresji.

Według I.I. Schmalhausena w wieku 30-50 lat wzrost pozostaje na niezmiennym poziomie, po czym zmniejsza się przez kolejne dekady o kolejno 1 cm, 1,6 cm, 2,4 cm. Podobną charakterystyką cechuje się zmiana wagi ciała. Cytując dalej Schmalhausena, ubytek wagi ciała w 6. dekadzie życia wynosi 1,6 kg, w 7. 2,4 kg i 1,7 kg w 8. dekadzie. Grimm wskazał ponadto, że wraz z wiekiem w ogólnej wadze ciała zwiększa się udział masy tkanki tłuszczowej.

Zmiany zachodzą również w mięśniach, a nieodwracalne zmiany można zaobserwować już po 50. roku życia. Włókna mięśni prążkowanych ulegają sarkolizie, czyli rozpadowi na różnej wielkości odcinki o nieregularnym przebiegu, w wyniku czego siła mięśni słabnie. Innym zjawiskiem osłabiającym mięśnie wraz z wiekiem jest wakuolizacja – obumieranie kurczliwych elementów tkanki mięśniowej. Zmiany morfologiczne w mięśniach i nerwach obwodowych przebiegają niemal równolegle. Degradacja dotyka więc w podobnym czasie struktur anatomicznych odpowiedzialnych za sprawność narządu ruchu. W następnej dekadzie życia dochodzą do tego zmiany w układzie kostnym. Zmniejsza się wysokość kręgow, następuje zmiękczenie kości, zmienia się stosunek między średnicą kości a średnicą jej substancji gąbczastej. Należy też wspomnieć o pojawieniu się zmian zwyrodnieniowych w stawach czy działających na pograniczu układu mięśniowego i kostnego procesów reumatycznych. Podsumowując, zmniejsza się siła i precyzja ruchów, a wzrasta bolesność i podatność na uszkodzenia. Układ krwionośny działa mniej sprawnie. Serce pracuje z mniejszą wydajnością, a zmniejszona elastyczność tętnic zwiększa opory toczenia krwi, zwiększając tym samym ilość energii potrzebnej do utrzymania krążenia. Wydolność sercowo-naczyniowa 70-latką wynosi około 70% wydolności 30-latką. Jego tętno spoczynkowe wzrasta, a maksymalne wysiłkowe znacząco opada, co oznacza obniżenie granicy adaptacji wysiłkowej. Zmniejsza się też zdolność serca do zwiększania objętości wyrzutowej, niezbędnej podczas długotrwałego wysiłku. Pojemność życiowa płuc zmniejsza się systematycznie wraz z wiekiem i w wieku 65 lat jest już mniejsza o 20-22% od maksymalnej osiąganą około 25. roku życia, czyli do poziomu 12-14-letniego dziecka. W połączeniu ze zwiększeniem się ilości powietrza

zalegającego w płucach prowadzi to do upośledzenia czynności oddechowej, która obniża wydolność fizyczną. W układzie pokarmowym zmniejsza się odczyn i ilość soków trawiennych, słabnie perystaltyka przełyku i jelit. Obniża się efektywność wchłaniania substancji odżywczych. Ściany jelit tracą elastyczność, co w połączeniu ze słabą perystaltyką prowadzi do zaparć i powstawania uchyłków. W skrajnych wypadkach może dojść do niedrożności jelit. Zmiany w układzie moczowym – polegające na zmniejszeniu przesączania kłębuszkowego, oczyszczania i absorpcji zwrotnej – powodują podwyższenie poziomu toksyn w organizmie i zaburzenia wodno-elektrolitowe. Na podwyższenie poziomu toksyn ma wpływ również mniej wydajna praca wątroby.

Podsumowując zmiany w podstawowych układach czynnościowych starzejącego się organizmu, można zauważyć, że większość z nich ma wpływ na poziom energii starszej osoby. Pogorszona wentylacja i absorpcja tlenu skutkuje dostarczaniem mniejszej jego ilości do tkanek. Obniżona wydajność układu pokarmowego powoduje mniej efektywne wykorzystanie wartości odżywczej pokarmów. Mniej wydolny układ krążenia potęguje słabsze działanie obu tych układów, co przekłada się na gorsze zaopatrzenie komórek w tlen i substancje odżywcze, które w komórkowych mitochondriach przetwarzane są na energię. Należy tu wspomnieć, że mitochondria również wykazują spadek wydolności wraz z wiekiem. Według J.D. Robertsona i D.D. Rieda podstawowa przemiana materii człowieka w wieku 70 lat jest mniejsza o ponad 15% w porównaniu z 20-latką. Ponadto podwyższony poziom toksyn niekorzystnie wpływa na cały organizm. Na niższy niż w młodości poziom energii nakłada się upośledzenie narządu ruchu. Mięśnie są słabsze, a ruchliwość stawów ograniczona. Pogarsza się precyzja ruchów i sprawność manualna. Ruch często związany jest z bólem.

Przyglądając się tym zmianom, łatwo można zrozumieć tak często obniżoną aktywność ruchową osób starszych. Działa tu niekoniernie uświadomiony proces oszczędzania energii, który jest zrozumiały ze względu na pogorszony stan organizmu. Proces ten nie jest jednak skuteczną strategią radzenia sobie z brakiem sił, gdyż wprawia w ruch błędne koło coraz to gorszego zaopatrzenia komórek w tlen. Osoba odczuwająca częstsze i szybsze zmęczenie zaczyna częściej i więcej odpoczywać – oszczędzać energię poprzez mniejsze jej zużywanie na aktywność ruchową. Ruch stymuluje układ krążenia i oddechowy, co poprawia zaopatrzenie tkanek w tlen, a w konsekwencji zwiększa produkcję energii w komórkach. Obniżenie aktywności ruchowej wywołuje zmiany odwrotne: osoba oszczędzająca energię w konsekwencji zaczyna jej mniej produkować. Niższy poziom produkcji energii niekorzystnie wpływa na wydolność, skłaniając do intensywniejszego oszczędzania energii. Podobnie ma się to do sprawności układu kostno-mięśniowego. Brak ruchu powoduje wiotczenie mięśni i ograniczanie ruchliwości stawów. Oznacza to zwiększenie trudności z poruszaniem się, więc skłania do obniżenia poziomu aktywności ruchowej.

Zmiany starcze w narządach zmysłów

Wiele osób starszych cierpi z powodu gorzej działającego wzroku. Widzenie pogarsza się wraz z wiekiem z różnorodnych powodów. Są to zarówno zmiany starcze w narządzie wzroku, przewodnictwie nerwowym, jak i w funkcjonowaniu analizatora, czyli kory wzrokowej, oraz nakładające się na nie choroby niekoniecznie związane z wiekiem, ale charakterystyczne dla tej grupy wiekowej. Obniża się zdolność akomodacji, czyli dostosowywania ostrości widzenia przedmiotów znajdujących się w różnych odległościach. Powodem jest częściowa utrata elastyczności soczewki, przez co możliwość ogniskowania ma ograniczony zakres. Większość osób starszych boryka się z problemem widzenia nieostrego, a w życiu codziennym rozpoznawanie obrazów, np. twarzy, jest mniej sprawne. Utrata ostrości widzenia jest większa dla przedmiotów znajdujących się w ruchu. Wydaje się, że jest to związane z wydłużeniem się czasu przetwarzania bodźców wzrokowych, przy czym wydłuża się zarówno czas recepcji, przesyłania sygnału nerwem wzrokowym, jak i analizy bodźca w korze mózgowej. Negatywnym zmianom ulegają także inne cechy widzenia. Podnosi się próg widzenia – najśłabsze widzialne światło ma większe natężenie. Przyczyn tego zjawiska należy szukać w zmniejszeniu się maksymalnej średnicy źrenicy i zmniejszonym metabolizmie komórek światłoczułych siatkówki. Wydłuża się czas przystosowania do słabego światła, jak i czas potrzebny do odzyskania widzenia po ekspozycji na silne światło. Zmienia się percepcja kolorów, zwłaszcza u osób będących w okresie późnej starości. Po osiemdziesiątce lepiej widziane są kolory zbliżone do żółtego krańca widma, jak żółty, pomarańczowy, czerwony; natomiast kolory niebieski, zielony i purpurowy są gorzej rozróżniane. Zmiany te są tłumaczone żółknięciem soczewki oraz zmianami w systemie nerwowym. Pole widzenia ulega zwężeniu, zwłaszcza po 75. roku życia. Choroby wzroku, z którymi często spotkać się można u osób starszych, to katarakta (mętnienie soczewek), jaskra (nadmierne ciśnienie w gałce ocznej prowadzące do uszkodzenia nerwu wzrokowego), zwyrodnienie plamki (plamka żółta to punkt najostrzejszego widzenia) oraz retinopatia cukrzycowa (uszkodzenie naczyń krwionośnych siatkówki spowodowane cukrzycą).

Narząd słuchu jest podatny na uszkodzenia przez wpływy środowiskowe, np. długotrwałe przebywanie w hałasie bądź ekspozycję na dźwięki o bardzo dużym natężeniu. Wrażliwość ta przekłada się na fakt, że część ubytku słuchu osób starych należy przypisać determinantom środowiskowym, aczkolwiek pogorszenie słuchu jest również związane z procesem starzenia się. Kostki słuchowe ucha środkowego sztywnieją wskutek wapnienia lub procesów zapalnych, co przekłada się na pogorszoną transmisję drgań z błony bębenkowej do błędniaka. Cierpi na tym głównie przekazywanie dźwięków o wysokiej częstotliwości. Ucho wewnętrzne również wykazuje największe zmiany w zakresie odbierania dźwięków o wysokiej częstotliwości, gdyż ubytek komórek jest największy w receptorach tych właśnie dźwięków. W każdym zakresie częstotliwości znacznie podwyższają się wartości progu słyszalności. Rozrost kości czaszki ograniczający światło kanału nerwowego oraz pogorszenie ukrwienia sprzyjają degradacji nerwu słuchowego.

Niedosłyszenie starcze nie jest więc tylko prostym osłabieniem słuchu, lecz jest również zmianą jakościową. Ograniczenie słyszenia pewnych częstotliwości czasem łączy się z różnicą w odbiorze głośności dźwięków o różnych wysokościach, niektóre bodźce słuchowe mogą być odbierane jako bolesne, inne mogą być zniekształcone. Powoduje to utrudnienie rozumienia mowy, gdyż mowa operuje dźwiękami o szerokim zakresie częstotliwości, a dzięki jej wysokim wartościom rozróżniane są samogłoski. Inną przypadłością występującą często w starości jest szumienie w uszach. Osoby starsze mają trudności w wyodrębnianiu dźwięków z tła, np. odbierania dźwięków w hałasie, gorsza jest też umiejętność lokalizowania sygnału dźwiękowego.

Zmiany starcze wzroku i słuchu odgrywają ważną rolę w obniżeniu aktywności osób starszych, zwłaszcza gdy ubytek jest znaczny. Słaby wzrok uniemożliwia podjęcie aktywności w wielu zakresach, eliminuje możliwość wykonywania pewnych czynności. Powoduje problemy z zagospodarowaniem czasu, często sprawia, że osoba staje się zależna od innych. Słaby słuch, zależnie od nasilenia wady, w mniejszym lub większym stopniu izoluje społecznie osobę nią dotkniętą. Osoba dotknięta dużym ubytkiem wzroku czy słuchu odbiera życie jako mniej ciekawe i satysfakcjonujące. Świadomość, że bodźce docierają w ograniczonej, zniekształconej formie i są mniej efektywnie przetwarzane, negatywnie wpływa na samoocenę. Brak możliwości podjęcia aktywności i zależność od innych powoduje kumulowanie napięcia emocjonalnego, a w konsekwencji drażliwość i trudności we współżyciu z otoczeniem. Pozostałe zmysły nie mają bezpośredniego wpływu na podejmowanie aktywności, a zmiany pojawiające w nich wraz z wiekiem są mniej specyficzne. W zakresie węchu i smaku również pojawiają się zmiany, lecz badacze odnotowują różne, czasem sprzeczne i niejednoznaczne wyniki. Zgadza się jednak w kwestii stopienia tych zmysłów. Zmiany zmysłu dotyku wykazują podwyższony próg odczuwania bodźców dotykowych i zmniejszoną wrażliwość w odczuwaniu bodźców cieplnych. Pogorszenie jakości i różnorodności odbieranych bodźców obniża jakość życia i zmniejsza doznania przyjemności.

Starość – kłopoty ze zdrowiem

Często u ludzi starszych trudno ustalić granicę między zdrowiem a chorobą. Powszechne jest występowanie wielu chorób jednocześnie, a z wiekiem ich lista staje się coraz dłuższa. Choroby ograniczają możliwość poruszania się i kontakty z ludźmi, zwiększają zależność seniorów od otoczenia, przysparzają cierpienie. Następuje zmiana obrazu własnego ciała, które zaczyna być postrzegane jako źródło coraz to nowych kłopotów.

Nawet najbardziej prawidłowe starzenie się, w miarę upływu lat ogranicza sprawność i zdolność do samodzielnego życia. Starzenie się jest procesem postępującym i nieodwracalnym, a starość jest kolejnym okresem życia wymagającym zapewnienia zwyczajnych, ludzkich potrzeb. W sytuacji choroby seniorzy wymagają pomocy ze strony bliskich, pracowników służby zdrowia, wsparcia ze strony specjalistów z zakresu geriatry, w tym personelu pielęgniarskiego.

Poczucie utraty niezależności jest bardzo bolesne i w oferowanej pomocy nie można zawężać autonomii seniora. Pielęgniarka powinna pamiętać o potrzebie szacunku oraz możliwości podejmowania przez niego samodzielnych decyzji.

Szczególnego nadzoru pielęgniarstwa i specyficznego podejścia zawodowego wymagają pacjenci: w wieku 85 lat i więcej, świeżo owdowiali, uzależnieni od benzodiazepin, stosujący leczenie wieloma lekami, po świeżym udarze, z zaburzeniami chodu, równowagi, z niesprawnością ruchową kończyn, upadający, z otępieniem i depresją bez nadzoru lub leczenia, ubodzy w izolacji społecznej, z zespołem niedożywienia, z dużymi ubytkami wzroku i słuchu.

Szczególne problemy pielęgnacyjne wiążą się z hospitalizacją osób w wieku podeszłym. Wynikają one głównie z trudności w adaptacji do warunków szpitalnych. Starsi ludzie źle znoszą oddalenie od domu i rodziny. Występujące wówczas często poczucie zagrożenia wynika z postrzegania przez nich szpitala jako miejsca umierania, niż miejsca pozwalającego powrócić do zdrowia.

Problemy opieki bezpośredniej nad seniorami to: upadki, zaburzenia funkcji zwieraczy, zmiany w narządach zmysłów, zespoły demencyjne, depresja, zaburzenia snu, spowodowane lękiem, żalobą, samotnością czy ogólnym brakiem zadowolenia z życia. Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek konieczna jest ciągłość opieki nad seniorami i koordynacja w zakresie hospitalizacji, wypisu ze szpitala, przygotowania środowiska domowego do przejęcia opieki nad seniorem przez rodzinę i pielęgniarkę środowiskową oraz współpraca z ośrodkami wsparcia społecznego i pomocy społecznej.

Podobnym problemem na starość jest konieczność zmiany zamieszkania wynikająca z pogarszającej się sprawności i deficytów w samoopiece. Przeprowadzka powoduje stres zbliżony do utraty bliskiej osoby, a zmniejszenie zdolności adaptacji do nowych warunków rodzi poczucie wyobcowania i samotności w nowym otoczeniu, tym samym determinuje zachowanie starszego człowieka. Domy pomocy społecznej postrzegane są, zwłaszcza na wsi, jako „przytułki”. Adaptacja jest długa i nie zawsze możliwa. Pobyt w nich to dla wielu starszych ludzi ostateczność i czekanie na odejście.

Starość i choroba nie chroni także przed różnymi formami przemocy. Przyczyny przemocy to: izolacja społeczna, obniżenie intelektu, brak wsparcia rodzinnego, ubóstwo, brak sił, by zwrócić się o pomoc, poczucie winy za agresywne zachowanie dzieci, rola „kozła ofiarnego w rodzinie”, często trudne warunki mieszkaniowe i materialne rodziny seniora. Podatność na przemoc wzrasta wraz z wiekiem. Kobiety częściej doświadczają przemocy, głównie fizycznej, psychicznej i finansowej, natomiast mężczyźni częściej zostają opuszczani, pozostawiani w miejscach publicznych (centrum handlowe, lotnisko), a także nieodbierani po zakończonym leczeniu szpitalnym. Formy przemocy takie jak: kontrolowanie, poniżanie, pozbawianie godności, nieodpowiednia opieka występują także w instytucjach opiekuńczo-leczniczych. Seniorzy doświadczający przemocy minimalizują jej przejawy i zgłaszanie jej przypadków ma miejsce 1 raz na 11 przypadków.

Tak więc pielęgniarki powinny być szczególnie uczulone na wszelkie oznaki przemocy i zaniedbywania swoich pacjentów: złe odżywienie, odwodnienie, nieleczone odleżyny, zaniedbania w higienie osobistej, itp. Uniwersalnym prawem człowieka w Planie Narodów Zjednoczonych jest ochrona osób starszych przed przemocą.

Człowiek, niezależnie od wieku, jest jednością bio-psycho-społeczną. Holistyczna opieka oznacza traktowanie pacjenta jako całości emocjonalnej i intelektualnej, społecznej, duchowej i fizycznej. W rozwiązywaniu problemów zdrowotno-pielęgnacyjnych wymaga uwzględnienia kontekstu społecznego, ekonomicznego i ekologicznego.

Style życia jako strategię radzenia sobie ze zmianami starczymi

To, jak osoby starzejące się przyjmują swoją starość, jest rzeczą tak zależną od czynników indywidualnych, jak sam przebieg procesu starzenia się. Każdy przyjmuje ją zgodnie z własną osobowością, wymaganiami wobec siebie i innych, a także preferowanym obrazem siebie. Jednych cechuje brak krytycyzmu wobec własnej niesprawności, obniżonej wydolności i przecenianie swoich sił, innych nadwrażliwość na sygnały docierające z organizmu i skupienie uwagi na wyszukiwaniu chorób we własnym ciele. Sposób odbierania siebie i starości przejawia się w różnych postawach wobec interakcji ze środowiskiem – stylach życia.

Pozwolę sobie przedstawić dwie odmienne koncepcje preferowanych przez osoby starsze stylów życia. Pierwsza ze strategii przyjmowanych przez osoby starsze wiąże się z traktowaniem starości jako okresu wyczekiwania na śmierć. Przedstawia ją m. in. *teoria wyłączenia się* Cumminga i Henry'ego. Wiąże się ona z przyjmowaniem ograniczeń starości i poddaniem się im. Zakłada, że wraz ze starzeniem się osłabia się kontakt osoby ze światem na różnych poziomach. Więzy ze środowiskiem społecznym osłabiają się między innymi poprzez degradację zmysłów, utratę współmałżonka, przyjaciół, przejście na emeryturę. Proces ten jest według Cumminga i Henry'ego inicjowany przez same osoby starsze i utrzymuje się wspierany przez konwencje społeczne.

Druga ze strategii, zwana *teorią aktywności*, wiąże się z utrzymaniem przez starzejących się ludzi jak największej aktywności. Badacze promujący tę koncepcję argumentowali, że osoby starsze chcą pozostać aktywne jak najdłużej, a aktywny tryb życia sprawia większą satysfakcję.

Obie teorie w skrajnych postaciach są niezbyt atrakcyjne. W pierwszym przypadku możemy wyobrazić sobie osobę, która nie wykazując żadnej inicjatywy, oczekuje śmierci. W drugim osobę usilnie trzymającą się swych dawnych obowiązków, mimo że stan zdrowia uniemożliwia ich dobre i odpowiedzialne wykonanie, bądź staruszka przymuszanego przez opiekuna do wykonywania ćwiczeń czy innych zadań.

Współcześnie sygnalizuje się, że wybór przez osobę starszą stylu życia (według *teorii wyłączenia się* czy *teorii aktywności*), a właściwie stylu pośredniego spolaryzowanego w jedną bądź drugą stronę, zależy od wielu czynników. Warunki finansowe, sytuacja zdrowotna czy typ osobowości wpływają na to, jaki styl życia okaże się trafniejszy dla danej osoby.

Przygotowanie się do starości

Przedstawiony „katalog zmian starczych” może wywrzeć przytłaczające wrażenie. Zmiany dotyczą praktycznie wszystkich układów, a ich zakres prowokuje do zadania sobie pytania: jak to możliwe, że organizm potrafi funkcjonować mimo tak znacznych ubytków? Dzieje się tak dzięki temu, że budowę ludzkiego ciała cechuje pewna nadmiarowość. Oznacza to, że wydolność poszczególnych układów znacznie przewyższa wartość, która jest potrzebna do podtrzymania funkcji życiowych. Ludzie zwykle zaczynają myśleć o tym, że starość dotyka ich wtedy, gdy ów „nadmiar” znacznie się już skurczy i dają o sobie znać różne dolegliwości (pomijając uwarunkowania środowiskowe i kulturowe, jak np. emerytura). Zwracają uwagę na ciało i docierające zeń sygnały. Zaczynają się leczyć, szukać „cudownych środków”, diet czy innych recept na długowieczność, które wiążą się zwykle ze zwiększeniem aktywności fizycznej. Są to kroki w dobrym kierunku i często przynoszą one oczekiwane efekty. Wydaje się jednak, że gdyby zostały podjęte wcześniej, zanim pojawiły się dolegliwości, efekty byłyby jeszcze lepsze. Starość jest w dzisiejszych czasach na tyle powszechna, że brak przygotowania do niej może być odebrany jako brak odpowiedzialności. Zmiany ubytkowe zaczynają pojawiać się w organizmie już w 3., 4. dekadzie życia. Właśnie wtedy dobrze byłoby pomyśleć o przyszłości.

Kultura Zachodu odsuwa wizerunek starości, promując młodość, produktywność, energię, spychając starość na margines. W mediach starszków widuje się najczęściej w reklamach leków czy preparatów witaminowych. Odzwierciedla to sposób, w jaki spostrzegana jest starość: starość to zbiór chorób i dolegliwości. Starość jest odsuwana, bo starość to choroby. Aby zmienić tę sytuację i poprawić status osób starszych, należałoby uświadomić społeczeństwu różnicę między chorobą a niesprawnością czy niedorozwojem. Dotychczas wszystko to jest wrzucane do jednego worka z napisem „choroba”. Drugi krok, który mógłby zmienić spojrzenie na starość, to zwrócenie uwagi, że jest ona etapem rozwoju związanym z niesprawnością (a nie chorobą) pewnych narządów i układów. Świadomość tych dwóch zjawisk może się odzwierciedlić w tym, że myśl o starości nie będzie odkładana na ostatnią chwilę i pozwoli lepiej się do niej przygotować. Aktywność osób starszych jest ograniczona w dużej mierze przez obniżenie poziomu energii, niesprawność układu kostno-mięśniowego oraz układu oddechowego i krążenia. Dbanie o utrzymanie ich w sprawności poprzez regularną, lecz nie przesadnie forsującą aktywność fizyczną powinno odbywać się przez całe życie. Aby przyszłe pokolenia starszków mogły być aktywniejsze, ważna jest więc odpowiednia promocja kultury fizycznej. Chodzi o kulturę fizyczną jako utrzymanie ruchliwości stawów, odpowiedniego napięcia mięśniowego czy wydolności wysiłkowej.

Starość to również problemy z dobraniem form spędzania czasu do aktualnej sprawności osoby starszej, ze względu na ograniczenia ruchowe, jak i niesprawność narządów zmysłów. Przygotowanie do starości w tym aspekcie to rozwijanie zainteresowań. Nie możemy przewidzieć, jakiego rodzaju niesprawność czeka

danego człowieka. Przykładowo osobę, która założyła, że na starość będzie czytać książki, może dotknąć utrata wzroku bądź zaburzenia koncentracji uwagi. Nie mając innych zainteresowań, będzie miała problemy ze znalezieniem zajęcia dającego satysfakcję.

Zakończenie

Starość – starzenie się to zjawisko nieuniknione, niosące ze sobą szereg problemów i wyzwań. Posiadając wiedzę na temat zmian zachodzących w organizmie człowieka (morfologicznych, psychicznych i psycho-fizycznych), jak również będąc świadomym wpływu czynników społeczno-ekonomicznych i demograficznych na życie ludzkie, a także mechanizmów nimi rządzących, możemy przygotować się do starości, starając się ją opóźnić. Jest to możliwe poprzez eliminację czynników wpływających na procesy starzenia się, czy też je przyspieszających, jak również poprzez podejmowanie działań zmierzających do radzenia sobie z zachodzącymi zmianami – zarówno w organizmie, jak i poza nim. Sprostanie tym wyzwaniom wpłynie nie tylko na poprawę jakości życia seniora, ale przede wszystkim sprawi, że starość jak najdłużej będzie okresem aktywnej niezależności.

Starcy to nie ONI, ale MY w przyszłości.

Piśmiennictwo

- [1]. Bee H.: *Psychologia rozwoju człowieka*. Zysk i S-ka, Poznań 2004.
- [2]. *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie: wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*. / pod red. nauk. Fabiś A., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005.
- [3]. Hill R. D.: *Pozytywne starzenie się: młodzi duchem w jesieni życia*. „Laurum”, Warszawa 2009.
- [4]. *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*. /pod red. Kowaleski J. T., Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- [5]. Leszczyńska-Rejchert A.: *Człowiek starszy i jego wspomaganie: w stronę pedagogiki starości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006.
- [6]. *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*. /pod red. Malec M., Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2001.
- [7]. Niezabitowski M.: *Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej: problemy uczestnictwa społecznego*. „Śląsk”, Katowice 2007.
- [8]. Nowicka A.: *Wybrane problemy osób starszych*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

- [9]. *Zrozumieć starość.* /pod red. Panek A. i Szaroty Z., „Text”, Kraków 2000.
- [10]. Steuden S.: *Psychologia starzenia się i starości.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- [11]. *Starzenie się a satysfakcja z życia.* /pod red. Steuden S., Marczuk M., Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- [12]. *Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność.* /pod red. Stopińskiej-Pająk A., Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009.
- [13]. Stuart-Hamilton I.: *Psychologia starzenia się.* Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- [14]. Susułowska M.: *Psychologia starzenia się i starości.* PWN, Warszawa 1989.
- [15]. Szarota Z.: *Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki.* Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
- [16]. *Trzeci wiek: szanse, możliwości, ograniczenia.* /pod red. Tchorzewskiego A. M., Chrapowskiej-Zielińskiej A., Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000.
- [17]. Wawrzyniak J.: *Oblicza starości: biografia jako źródło czynników adaptacyjnych.* Wydawnictwo WSHE, Łódź 2009.
- [18]. Zych A. A.: *Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej.* „Śląsk”, Katowice 1999.

Agata Przewłoka, Magdalena Roś, Estera Kołat
Instytutu Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

**„STARZEJ SIĘ Z GŁOWĄ” – OCENA POZIOMU WIEDZY
I PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI
CHOROÓB NEUROLOGICZNYCH WŚRÓD OSÓB W PODESZŁYM WIEKU**

**„GETTING OLD WISELY” – KNOWLEDGE LEVEL AND ACTIONS TAKEN
ASSESSMENT CONSIDERING NEUROLOGICAL DISORDERS
PREVENTION AMONG ELDERLY PEOPLE**

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Choroby neurologiczne to schorzenia związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Praca dotyczy profilaktyki tych chorób wśród ankietowanych w dwóch grupach wiekowych.

Cel pracy: Ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób neurologicznych wśród ankietowanych w dwóch grupach wiekowych oraz porównanie uzyskanych wyników.

Material i metody: Ankieta zawierająca 36 pytań została przeprowadzona wśród 200 osób w wieku 50-90 lat. Pytania dotyczyły bio-psycho-społecznego zakresu życia badanych.

Wyniki: Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że mimo większego dostępu do wiedzy świadomość na temat czynników chorobotwórczych jest niepokojąco niska. Wśród ankietowanych występuje duża grupa osób potencjalnie zagrożonych wystąpieniem dolegliwości ze strony układu nerwowego.

Wnioski: Ważny wpływ na zdrowie ma odpowiednia wiedza na temat choroby i jej zapobiegania. Wśród ankietowanych w obydwu grupach wiekowych ponad połowa badanych osób nie potrafi wymienić przyczyn chorób neurologicznych.

Słowa kluczowe: choroby neurologiczne, profilaktyka, osoby starsze, osoby w średnim wieku, czynniki chorobotwórcze.

ABSTRACT

Introduction: Neurological disorders are disorders related to the central and peripheral nervous system disfunctions. This thesis considers the prevention of these disorders among the respondents in the two age groups.

Aim of the study: Knowledge level assessment on the prevention of neurological disorders among the respondents in the two age groups and the results comparison.

Material and methods: A questionnaire including 36 questions conducted among 200 people at the age of 50 to 90.

Results: On the basis of the questionnaire results it can be concluded that despite increased access to knowledge, awareness of pathogens is alarmingly low. There is a large group of people among the respondents potentially at risk for ailments of the nervous system.

Conclusions: The adequate knowledge about the disorders and their prevention has an important effect on health. More than a half of respondents in both age groups cannot name the causes of neurological disorders.

Keywords: neurological disorders, prevention, elderly people, people in middle age, pathogens

WPROWADZENIE

Zgodnie z definicją WHO: człowiek przekraczając 60. rok życia, wchodzi w okres nazywany wiekiem podeszłym. Według definicji Głównego Urzędu Statystycznego: za osoby starsze uważa się ludność w wieku 60 lub 65 lat i więcej [1].

Starzenie się jest naturalnym procesem fizjologicznym, związanym ze zmianami zachodzącymi we wszystkich układach i narządach w organizmie człowieka. Okres starzenia w ujęciu biologicznym rozpoczyna się już między 30. a 40. rokiem życia. Dochodzi do stopniowego pogarszania się funkcji życiowych w sferze psychofizycznej. Zmniejszeniu ulegają rezerwy fizjologiczne wszystkich narządów i układów, co wpływa niekorzystnie na komfort życia i funkcjonowanie w życiu codziennym. Współwystępowanie wielu chorób oraz wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe są zjawiskami często towarzyszącymi starości. W odniesieniu do chorób neurologicznych, występujących w wieku podeszłym, mówi się o dziedzinie, jaką jest neurogeriatria [2, 3].

Choroby neurologiczne wieku podeszłego to przede wszystkim schorzenia, dla których wiek jest głównym czynnikiem ryzyka. Choroby te stanowią poważny problem medyczny XXI wieku. Z każdym rokiem zwiększa się ilość pacjentów z problemami neurologicznymi, takimi jak: udar mózgu, choroby otępienne czy nowotwory ośrodkowego układu nerwowego. Przyczyną tego zjawiska niewątpliwie jest ciągły wzrost liczby osób w wieku starszym, jednakże wyniki badań gerontologicznych wskazują na styl życia jako istotny czynnik zapadalności na choroby układu nerwowego. Każdy kolejny czynnik – jak np. zbyt duża masa ciała, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia czy mała aktywność fizyczna – zwiększa ryzyko wystąpienia dolegliwości neurologicznych [1, 2, 3].

Prowadząc działania prozdrowotne i profilaktyczno-edukacyjne można korzystnie wpłynąć na częstotliwość zapadalności na choroby neurologiczne oraz na opóźnienie procesu starzenia się [4].

CELE PRACY

Głównym celem pracy była ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób neurologicznych wśród populacji osób w wieku średnim i w wieku podeszłym oraz porównanie uzyskanych wyników. Kolejnym celem było poznanie dolegliwości ankietowanych, a także ich przyzwyczajzeń, które mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia chorób neurologicznych.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu ankietowym wzięło udział 200 osób, w tym 126 kobiet i 74 mężczyzn. W celu sprawdzenia jak wiek pacjentów wpływa na ich zdrowie i samoocenę, osoby te zostały podzielone na dwie grupy wiekowe. Obie grupy liczyły po 100 osób. Pierwsza z nich obejmowała osoby starsze (od 65. roku życia), zaś druga – osoby w średnim wieku (50.-64. rok życia). Przeciętny wiek w pierwszej grupie badanych wyniósł 79 lat, a w drugiej 55 lat. Ankiety przeprowadzono wśród mieszkańców wsi (95 osób) oraz miast (105 osób); w czasie od marca do maja 2014 roku; w województwach opolskim i dolnośląskim. Ankieta zawierała metryczkę oraz 36 pytań wielokrotnego wyboru.

Zgromadzone dane opracowano i zanalizowano przy użyciu programu Microsoft Office Excel 2008. Wyniki przedstawiono w formie tabel i rycin oraz opisowej.

WYNIKI

Stan zdrowia

Tabela 1 przedstawia wyniki samooceny stanu zdrowia.

W grupie osób powyżej 65. r.ż. nieznacznie ponad połowa badanych oceniła swój stan zdrowia jako zły (52%), 45 osób określiło swój stan zdrowia jako dobry, a jedynie 3 osoby (3%) uważało swój stan zdrowia za bardzo dobry.

Inaczej wyglądają wyniki wśród osób w wieku średnim, gdzie zdecydowana większość respondentów (75%) określiła swój stan zdrowia jako dobry, a 11 osób (11%) jako bardzo dobry.

Tabela 1. Subiektywna ocena stanu zdrowia respondentów

Stan zdrowia	Osoby starsze		Osoby w średnim wieku	
	N = 100	%	N = 100	%
Bardzo dobry	3	3	11	11
Dobry	45	45	75	75
Zły	52	52	14	14

Źródło: Opracowanie własne

Masa ciała ankietowanych

Prawidłową wartość wskaźnika BMI posiadało 55% badanych z grupy osób starszych i 63% respondentów z grupy osób w wieku średnim. Nadwaga występowała u 40 badanych z grupy osób starszych, co stanowiło 40% ogółu tej grupy. W grupie osób w wieku średnim nadwagę stwierdzono u 35 respondentów (35%). Wśród uczestników badania niedowaga występowała u 5 osób w wieku starszym (5%) i 2 osób (2%) w wieku średnim.

Poziom cholesterolu

Według danych uzyskanych od ankietowanych 63 osoby (63%) w wieku starszym kontrolowało poziom cholesterolu we krwi. Dalsza analiza wykazała, że prawidłowe wyniki stwierdzono u 40 osób, co stanowi 63% ogółu tej grupy. Porównywalne dane odnotowano dla grupy osób w wieku średnim. W tej grupie 71 ankietowanych (71%) kontrolowało poziom cholesterolu we krwi, z czego u 43 badanych (60%) zanotowano prawidłowe wyniki.

Choroby przewlekłe

W grupie osób starszych najczęściej występującą chorobą było nadciśnienie tętnicze, dotyczyło 57 badanych (57%), natomiast najmniejszą zachorowalność wykazano dla chorób nowotworowych (4%) i chorób układu oddechowego (4%).

W grupie osób w wieku średnim największa zapadalność dotyczyła nadciśnienia tętniczego (29%) oraz innych chorób przewlekłych (25%).

Zachorowalność na cukrzycę występowała ponad czterokrotnie częściej u osób starszych (23%).

Brak chorób przewlekłych wykazano w zdecydowanej większości, bo aż 43% w grupie osób w wieku średnim. W grupie osób starszych odsetek braku chorób przewlekłych dotyczył 18 (18%) ankietowanych.

Wielochorobowość

W grupie osób starszych ze stwierdzoną nadwagą 26 ankietowanych (65%) chorowało na nadciśnienie tętnicze, 11 badanych (28%) chorowało na cukrzycę, a u 13 osób (33%) wykazano hipercholesterolemię. Dalsza analiza dotycząca osób starszych wykazała, że u 9 osób (23%) występowały co najmniej 3 czynniki chorobotwórcze jednocześnie.

W grupie osób w średnim wieku ze stwierdzoną nadwagą zdecydowanie mniej osób chorowało na nadciśnienie, bo tylko 11 (31%). Cukrzyca występowała tylko u 3 osób (9%), natomiast odsetek badanych z hipercholesterolemią był wyższy niż u osób po 65. r.ż., wynosił 40% badanej grupy. Występowanie kilku czynników ryzyka jednocześnie stwierdzono u 3 osób, co stanowi 9% z badanej grupy. Dane dotyczące wielochorobowości przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wielochorobowość wśród respondentów

Wielochorobowość	Osoby starsze z nadwagą		Osoby w średnim wieku z nadwagą	
	N = 40	%	N = 35	%
Nadwaga + nadciśnienie tętnicze	26	65	11	31
Nadwaga + cukrzyca	11	28	3	9
Nadwaga + nieprawidłowy poziom cholesterolu	13	33	14	40
Nadciśnienie tętnicze + nadwaga + nieprawidłowy poziom cholesterolu	9	23	3	9
Cukrzyca + nadwaga + nieprawidłowy poziom cholesterolu	2	5	1	3
Nadciśnienie tętnicze + cukrzyca + nadwaga + nieprawidłowy poziom cholesterolu	2	5	1	3

Źródło: Opracowanie własne

Stosowane używki

Wśród ankietowanych 17% ludzi starszych i 16% w średnim wieku przyznało, że pali papierosy. Na pytanie dotyczące częstego spożycia alkoholu twierdząco odpowiedziały 3 osoby starsze (3%) i tyle samo ankietowanych z grupy osób w wieku średnim. Okazyjnie alkohol spożywało 46% badanych z grupy osób starszych i zdecydowanie więcej respondentów z grupy osób w średnim wieku, bo aż 74 osoby (74%).

Aktywność fizyczna

Rozpatrując zagadnienie dotyczące aktywności fizycznej, badanych podzielono na trzy grupy: bardzo i przeciętnie aktywnych oraz z siedzącym trybem życia.

Przeciętną aktywność fizyczną w życiu codziennym zadeklarowało $\frac{3}{4}$ ogółu badanej grupy. Na prowadzenie aktywnego trybu życia wskazało 12 badanych (12%) z grupy osób starszych oraz 21 respondentów (21%) w wieku średnim. Siedzący tryb życia deklaruje 20% osób starszych i 9% osób w średnim wieku.

Badając częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej przyjęto podział na: codzienną, 2-3 razy w tygodniu i wcale. 84% ankietowanych w grupie osób starszych i 91% badanych z drugiej grupy zadeklarowało, że prowadzą aktywność fizyczną co najmniej 2-3 razy w tygodniu. Codzienną aktywność fizyczną podejmowało 59 osób (59%) w podeszłym wieku i 49 badanych (49%) z młodszej grupy wiekowej.

Aktywność umysłowa

W ocenie aktywności umysłowej wzięto pod uwagę rozwiązywanie krzyżówek i/lub zagadek logicznych oraz czytanie książek i/lub prasy. Większy odsetek aktywności umysłowej stwierdzono u ankietowanych z grupy w wieku średnim, gdzie 87 osób (87%) zadeklarowało, że czyta książki i/lub prasę oraz 60 respondentów (60%) rozwiązuje krzyżówki i/lub zagadki logiczne. W analizie grupy osób starszych wykazano, że 66 badanych (66%) czyta książki i/lub prasę, natomiast rozwiązywaniem krzyżówek zajmuje się 36 osób (36%).

Wpływ stylu życia na zdrowie

Wyniki przedstawione w tabeli 3 przedstawiają zależność między trybem życia prowadzonym przez respondentów a czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych.

W analizie osób z siedzącym trybem życia zauważono największą zależność z nieprawidłowym poziomem cholesterolu, dotyczy 65 osób (65%) w wieku podeszłym i 56 badanych (56%) z grupy osób w wieku średnim. Wykazano także znaczną zależność między osobami prowadzącymi siedzący tryb życia a nadwagą. Zjawisko to stwierdzono u 45 badanych w grupie osób starszych (45%) i 44 respondentów (44%) z grupy młodszej.

Tabela 3. Zależność między trybem życia a czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród respondentów

	Siedzący tryb życia				Aktywny tryb życia			
	Osoby starsze		Osoby w średnim wieku		Osoby starsze		Osoby w średnim wieku	
	N = 100	%	N = 100	%	N = 100	%	N = 100	%
Cukrzyca	45	45	0	0	41	41	0	0
Nieprawidłowy poziom cholesterolu	65	65	56	56	17	17	14	14
Nadciśnienie tętnicze	45	45	33	33	50	50	36	36
Nadwaga	45	45	44	44	16	16	23	23

Źródło: Opracowanie własne

Znajomość czynników ryzyka chorób neurologicznych wieku podeszłego

Badając wiedzę respondentów na temat znajomości czynników ryzyka chorób neurologicznych wieku podeszłego, pytano przede wszystkim o udar mózgu. Analiza wykazała, że w obu grupach niemal połowa badanych (46%) znała minimum 2 czynniki ryzyka powstawania udaru mózgu.

DYSKUSJA

Na podstawie zebranych danych zaobserwowano, że wraz z wiekiem zwiększa się częstość negatywnego postrzegania swojego stanu zdrowia, co ma odzwierciedlenie w rzeczywistości. Badania wykazały, że 85% osób w wieku podeszłym wymaga stałego leczenia z powodu różnorodnych dolegliwości i schorzeń. Zdecydowana większość tej grupy (60%) korzystała z wizyty u lekarza pierwszego kontaktu raz w miesiącu lub częściej. W przypadku młodszych respondentów, do częstych wizyt w poradni lekarza rodzinnego przyznało się 21 ankietowanych, co stanowi 21% odsetka grupy osób w wieku średnim.

Fizjologiczny proces starzenia się jest uwarunkowany przez czynniki genetyczne, choroby współistniejące oraz przez styl życia i wpływy środowiskowe. Wiele chorób przewlekłych, m.in.: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nadwaga i otyłość uznane są jako modyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu nerwowego. Współwystępowanie kilku jednostek chorobowych równocześnie oraz wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe są zjawiskami często towarzyszącymi starości [3, 5, 6].

Z procesem starzenia najbardziej związane są choroby układu krążenia [7].

W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano większą zachorowalność z powodu chorób przewlekłych, jak i wielochorobowość w grupie osób starszych. Dominującym schorzeniem w obu badanych grupach wiekowych było nadciśnienie tętnicze, jednakże większy odsetek – 57% dotyczył grupy osób w wieku podeszłym; w grupie osób w wieku średnim zachorowalność wynosiła 29%. Cukrzyca to choroba, która zwykle dotyczyła osób starszych, jednak ze względu na epidemię otyłości wiek zachorowania obniżył się. Według doniesień naukowych na cukrzycę chorują osoby między 50. a 70. rokiem życia. W badaniach własnych wykazano czterokrotnie większą zachorowalność na cukrzycę u osób starszych. Jak wynika z badań Krzemienieckiego [8] ponad połowa nowych zachorowań na nowotwory dotyczy populacji osób starszych, co ma odzwierciedlenie także w naszych badaniach: w grupie osób w wieku podeszłym – 4 zachorowania, w grupie młodszej – brak zachorowań.

Badając problemy zdrowotne ankietowanych w kierunku czynników ryzyka niektórych chorób neurologicznych, zwrócono także uwagę na masę ciała, stężenie poziomu cholesterolu we krwi oraz stosowanie używek.

Zbyt duża masa ciała jest jednym z ważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Warto wspomnieć, że otyłość 1,75-2,37-krotnie zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu [5, 6]. Analizując uzyskane wyniki w zakresie masy ciała, wykazano prawidłową wartość wskaźnika BMI u 55 badanych w wieku podeszłym i 66 osób z grupy w wieku średnim. Nadwagę stwierdzono u 40 respondentów (40%) z grupy osób starszych i 35 badanych (35%) w wieku średnim. Jak wynika z licznych badań częstość występowania nadwagi i otyłości wzrasta wraz z wiekiem. Wysoki odsetek nadwagi i otyłości u osób starszych potwierdzają również badania międzynarodowe [9, 10].

Jednym z głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych jest podwyższone stężenie cholesterolu we krwi (hipercholesterolemia). Statystyki dotyczące tego problemu odnotowują, iż hipercholesterolemia zwiększa 1,8-2,6-krotnie ryzyko wystąpienia udaru mózgu [5, 6]. W przeprowadzonych badaniach wykazano, że ponad połowa objętych badaniem osób kontroluje poziom cholesterolu we krwi. Odsetek badanych w grupie osób starszych wynosił 63%, natomiast w grupie młodszych respondentów odnotowano odsetek o 8% wyższy. Jak wykazały dalsze analizy, prawidłowe wyniki stężenia cholesterolu we krwi stwierdzono u 63% osób w wieku podeszłym i 60% badanych w wieku średnim.

Kolejnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, a tym samym udaru mózgu – są używki. Literatura przedmiotu donosi, iż palenie tytoniu i nadmierne spożywanie alkoholu zwiększają o ok. 1,8 razy ryzyko powstania udaru mózgu [11]. Częstość palenia papierosów wśród osób w wieku podeszłym jest mniejsza niż u młodszych, ale nadal znacząca [12]. W badaniach własnych palenie tytoniu stwierdzono u co 6. respondenta zarówno w grupie osób starszych, jak i w grupie w wieku średnim.

Mało jest badań epidemiologicznych dotyczących spożywania alkoholu przez osoby starsze. Pomimo, że picie alkoholu zmniejsza się z wiekiem, to nadal jest częstym zjawiskiem w grupie seniorów [13]. W badaniach własnych odnotowano niewielki odsetek osób często spożywających alkohol, wynosił on 3% w grupie osób starszych i tyle samo w grupie młodszej. Natomiast do okazynego picia alkoholu przyznało się 46% badanych z grupy osób w wieku podeszłym i ponad 2/3 respondentów z grupy osób w średnim wieku (74%).

Aktywność fizyczna jest jednym z wyznaczników stylu życia, który istotnie wpływa na zdrowie każdego człowieka, a w szczególności osób starszych. Regularna aktywność ruchowa umożliwia tzw. pozytywne starzenie się. Ćwiczenia fizyczne wykonywane regularnie poprawiają nie tylko kondycję fizyczną, ale również psychiczną [14]. Niedobór czy też całkowity brak ruchu w życiu człowieka ma niekorzystny wpływ na większość układów i funkcji organizmu [15]. Siedzący tryb życia prowadzi do występowania chorób cywilizacyjnych, takich jak: nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, choroby narządu ruchu, choroby nowotworowe, miażdżycy, zaburzenia lipidowe oraz depresja [16]. Jak wynika z licznych badań, u większości osób w wieku podeszłym obserwuje się znaczny spadek aktywności fizycznej, która ogranicza się do codziennych czynności, takich jak: sprzątanie, zakupy, gotowanie, czy też opiekowanie się wnukami [17].

W przeprowadzonych badaniach własnych mniejszą aktywność fizyczną stwierdzono w grupie osób starszych, w której do siedzącego trybu życia przyznało się 20 osób, co stanowi 20% tej grupy. W grupie osób w wieku średnim siedzący tryb życia zadeklarowało o połowę mniej respondentów. Analizując częstotliwość aktywności fizycznej, wykazano, iż osoby w wieku podeszłym podejmowały ją codziennie w większym odsetku, niż ankietowani w wieku średnim (59% vs. 49%). Dalsza analiza wykazała częstszą aktywność fizyczną wśród kobiet, szczególnie

mieszkających w mieście, w średniej wieku 74 lata. Najczęściej wybieranym rodzajem aktywności fizycznej były: prace domowe lub na działce, spacer, jazda na rowerze.

Obok aktywności fizycznej ogromny wpływ na stan zdrowia i jakość życia osób starszych ma również aktywność umysłowa. Literatura przedmiotu donosi, iż podejmowanie regularnej aktywności umysłowej poprawia funkcjonowanie mózgu i jego wydolność. U osób regularnie ćwiczących mózg obserwuje się poprawę pamięci, koncentracji i uwagi. Systematyczne ćwiczenia umysłowe sprzyjają również zdolności przyswajania nowych informacji [14]. Istnieją także doniesienia świadczące o tym, iż wysiłek umysłowy w znaczny sposób ogranicza rozwój chorób otępiennych [5, 6, 11].

W badaniach własnych większy odsetek aktywności umysłowej stwierdzono u ankietowanych z grupy w wieku średnim, gdzie 87 osób (87%) zadeklarowało, że czyta książki i/lub prasę, a 60 respondentów (60%) rozwiązuje krzyżówki i/lub zagadki logiczne. W grupie osób w wieku podeszłym wykazano, iż 2/3 badanych (66%) czyta książki i/lub prasę, natomiast ćwiczenia umysłowe, polegające na rozwiązywaniu krzyżówek i/lub zagadek logicznych podejmuje 36 osób (36%).

Aby móc prowadzić zdrowy styl życia oraz profilaktykę zdrowotną, należy posiadać wiedzę na temat czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i społecznych.

W przeprowadzonych badaniach własnych, oceniających wiedzę respondentów na temat czynników ryzyka chorób neurologicznych wieku podeszłego, wykazano, iż niemal połowa populacji osób starszych i tyle samo respondentów w grupie w wieku średnim zna przyczyny zwiększające prawdopodobieństwo występowania chorób neurologicznych, a w szczególności udaru mózgu.

Proces starzenia jest nieuchronny, jednakże człowiek może wpływać na jego przebieg przez dokonywanie wyborów dotyczących stylu życia. Aby starzenie się było piękne, a przede wszystkim pomyślne, należy się do niego mądrze przygotować. „Starzejmy się z głową”.

WNIOSKI

1. W przeprowadzonych badaniach wykazano większą zachorowalność z powodu chorób przewlekłych oraz częściej występującą wielochorobowość u osób w wieku podeszłym. Wszystkie czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych częściej występowały w populacji osób starszych.
2. Wykazano znaczną zależność między siedzącym trybem życia a nieprawidłowym poziomem cholesterolu i zbyt dużą masą ciała.
3. Osoby w średnim wieku są bardziej aktywne umysłowo oraz fizycznie, przez co mniej narażone na występowanie chorób neurologicznych.
4. Nieznacznie ponad połowa badanych osób starszych i tyle samo osób w wieku średnim nie posiada wiedzy dotyczącej czynników ryzyka udaru mózgu.
5. Konieczne jest rozpowszechnienie programów i akcji edukacyjnych dotyczących profilaktyki udaru mózgu i innych chorób cywilizacyjnych.

Piśmiennictwo

- [1] Błędowski P.: *Wprowadzenie. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035*, [W:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
<http://polsenior.iimcb.gov.pl/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/rodzialy/Wprowadzenie.pdf> [dostęp wielokrotnie: 2014]
- [2] Siuda J., Boczarska-Jedynak M., Krzystanek E. [i inn.]: *Rozpowszechnienie wybranych chorób neurologicznych w wieku podeszłym*, [W:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
<http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> [dostęp wielokrotnie: 2014]
- [3] Prusiński A.: *Neurogeriatria: praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- [4] Gębka D., Kędziora-Kornatowska K.: *Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku*. Probl. Hig. Epidemiol. 2012, 93(2): 256-259.
- [5] Prusiński A.: *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- [6] Głabiński A., Klimek A., Adamkiewicz B.: *Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Polska 2010.
- [7] Główny Urząd Statystyczny. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*. Warszawa, listopad 2014.
- [8] Krzemieniecki K.: *Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii - systematyczny przegląd piśmiennictwa*. Gerontol. Pol. 2009; 17(1): 1-6.
- [9] Alska E., Sysakiewicz M., Buda K., Mazur E., Sielski G., Ciesielska N., Żukow W.: *Otyłość u osób starszych – mierniki, przyczyny. Zasady żywienia osób starszych*. Journal of Health Sciences. Tom: 4, Zeszyt: 16, Strony: 144-154. Data publikacji: 2014-12-31.
- [10] Wasiluk A., Saczuk J., Szyszka P., Chazan Z.: *Nadwaga i otyłość w populacji 60-letnich i starszych mieszkańców Białej Podlaskiej*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015, Tom 21, Nr 2, 227-232.

- [11] Kozubski W.: *Choroby naczyniowe układu nerwowego*. Praca zbiorowa pod redakcją Kozubski W., Liberski P.: Neurologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- [12] Gryglewska B.: *Czy w starszym wieku warto zerwać z nałogiem palenia?* [W:] Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki pod redakcją prof. dr. hab. Piotra Podolca, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
- [13] Szpringer M., Czerwiak G., Czerwiak A.: *Uzależnienia wieku podeszłego*. Pielęgniarstwo Polskie 2013, 4 (50), 324-328.
- [14] Grzanka-Tykwińska A., Kędziora-Kornatowska K.: *Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku*. Gerontologia Polska 2010, tom 18, nr 1.
- [15] Kostka T.: *Aktywność fizyczna u osób w podeszłym wieku*, [W:] Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki pod redakcją prof. dr. hab. Piotra Podolca, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
- [16] Dmowska I., Kozak-Szkopek E.: *Znajomość roli aktywności fizycznej w etiologii chorób cywilizacyjnych u osób w starszym wieku*. Nursing Topics 2010; 18 (3): 272-278.
- [17] Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*. Gerontologia Polska 2007, tom 15, nr 4.

Paulina Równicka, Barbara Białkowska

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

NAJCZĘSTSZE CHOROBY KARDIOLOGICZNE OSÓB W WIEKU GERIATRYCZNYM

MOST FREQUENT ILLNESSES PEOPLE IN GERIATRICS AGE

STRESZCZENIE

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego (kardiologiczne) to nadal jeden z głównych problemów zdrowotnych osób w wieku podeszłym. Charakterystyczną cechą tego okresu jest wielochorobowość i wielolekowość, co stwarza wiele dodatkowych problemów zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych. Sytuacja ta wymaga wielodyscyplinarnego podejścia, mającego poprawić jakość życia osób starszych i przyczynić się do wydłużenia okresu samowystarczalności, a przez to do zmniejszenia zapotrzebowania na kosztowne procedury medyczne.

Celem pracy jest weryfikacja częstości występowania schorzeń układu sercowo-naczyniowego, chorób im współtowarzyszących oraz oszacowanie występowania ich czynników ryzyka wśród osób w podeszłym wieku w powiecie nyskim.

Wykonano badanie pilotażowe w marcu 2014 r., na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjentów przebywających na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Powiatowym im. Błogosławionej Marii Merket w Nysie. Przebadano 100 osób (50 kobiet i 50 mężczyzn) w wieku 65-97 lat. Badanych podzielono na trzy grupy wiekowe: I gr. (65-75 lat) – 43, w tym 15 kobiet i 28 mężczyzn; II gr. (76-86 lat) – 46, w tym 28 kobiet i 18 mężczyzn; III gr. (87-97 lat) – 11, w tym 7 kobiet i 4 mężczyzn.

Dominującą jednostką w schorzeniach układu sercowo-naczyniowego wśród badanych jest nadciśnienie tętnicze (aż 75%). Na kolejnych miejscach uplasowały się: choroba niedokrwienna serca (43%), niewydolność serca (30%), migotanie przedsionków (28%), nadciśnienie płucne (15%), wady zastawkowe (12%), żylaki podudzi (7%), duszność (7%). Wraz z wiekiem występuje znaczny wzrost hospitalizacji z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych u kobiet. I tak w I gr. wiekowej (K 30% / M 56%) schorzenia te częściej występowały u mężczyzn. Natomiast w II gr. (K 56% / M 36%) i III gr. (K 14% / M 10%) zdecydowaną większość zachorowań stwierdzono u kobiet.

Wśród chorób przewlekłe towarzyszących schorzeniom sercowo-naczyniowym najczęściej występują: cukrzyca typu II (33%) i hiperlipidemia (33%), dyslipidemie (25%), otyłość (16%), przewlekła obturacyjna choroba płuc (18%) i miażdżycy (15%). Zaobserwowano u znacznej większości badanych (68%) występowanie podwyższonego czynnika BMI, sprzyjającego rozwijaniu się schorzeń sercowo-naczyniowych, w tym 52% z nadwagą, a 16% z otyłością. Co ciekawe zauważono, że w wieku podeszłym nadwaga i otyłość częściej występuje w środowisku wiejskim, niż miejskim i w równym stopniu u obu płci. Zjawisko nikotynizmu w badanej grupie stwierdzono u 5 osób, co stanowi 5% badanych: 2 kobiety (4%): I gr. – 1/2%; II gr. – 1/2%; III gr. – 0 oraz w I gr. – 3/6% mężczyzn, natomiast w II i III grupie wiekowej u mężczyzn palenia tytoniu nie stwierdzono.

Wraz z wiekiem zwiększa się zachorowalność i potrzeba częstych hospitalizacji z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych wśród badanych osób.

Nadciśnienie tętnicze i choroba niedokrwienna to najczęściej występujące jednostki układu sercowo-naczyniowego wśród badanej grupy, podobnie jak w całym kraju i Unii Europejskiej, dając liczne powikłania, będące drugą po nowotworach przyczyną zgonów [1]. Dlatego zasadne jest w profilaktyce dążenie do utrzymania ciśnienia o wartości 140/90 mmHg, a u chorych na cukrzycę 130/80 mmHg [2]. Późne rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca w wieku podeszłym związane jest ze zmianami w obrazie klinicznym choroby (ból zamostkowy często w ogóle nie występuje) [2]. Zwiększona zachorowalność kobiet (obserwowana po 75. roku życia) jest związana z wygaśnięciem działania ochronnego estrogenów (hormonów płciowych żeńskich) [3].

Wobec tego, że duży odsetek osób w wieku starszym cierpi z powodu nadwagi, wydaje się bardzo zasadną konieczność wprowadzenie programów zdrowotnych w zakresie sposobu odżywiania się, propagowania aktywności fizycznej, czyli zachęcania do modyfikacji dotychczasowego stylu życia [4].

Najczęściej występującymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego wśród pacjentów geriatrycznych, leczonych w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym Szpitala Powiatowego w Nysie, są: nadciśnienie tętnicze, następnie choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, napadowe migotanie przedsionków, nadciśnienie płucne, wady zastawkowe serca, żylaki podudzi i duszność. Natomiast czynnikami sprzyjającymi ich rozwojowi są w głównej mierze wiek i niewłaściwy styl życia: błędy dietetyczne, mała aktywność fizyczna, nikotynizm. W przebadanej grupie u każdej z osób występowały przewlekłe schorzenia towarzyszące. Do najczęściej występujących należały: choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, hiperlipidemia, niewydolność serca, dyslipidemie, otyłość, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP).

Słowa kluczowe: choroby układu krążenia, problemy osób starszych, nadciśnienie tętnicze, otyłość

ABSTRACT

Diseases of cardio-vascular is still one of the major health problems in the elderly. A characteristic feature of this period is multidisease and a need to take a lot of drugs, which creates many health problems, economic and social. This situation requires a multidisciplinary approach, aims to improve the quality of life of older people and help to extend the period of self-sufficiency and thereby reduce demand for costly medical procedures.

The aim of the study was to verify the incidence of cardio-vascular diseases concomitant to them and to estimate the prevalence of risk factors among the elderly in the district of Nysa.

We performed a pilot study in March 2014., Based on the analysis of medical records of patients in the Department of Internal Medicine at the District Hospital. Blessed Mary Merket Nysa. Studied 100 people (50 women and 50 men) aged 65-97 years. Patients were divided into three age groups: I gr. (65-75 years) – 43, including 15 women and 28 men; II gr. (76-86 years) – 46, including 28 women 18 men; III gr. (87-97 years) – 11, including 7 women and 4 men.

The dominant unit in diseases of the cardiovascular system among respondents hypertension (75%). The following positions were taken by ischemic heart disease (43%), heart failure (30%), atrial fibrillation (28%), pulmonary hypertension (15%), valvular (12%), varicose leg (7%), dyspnea (7%). With age there is a significant increase in hospitalization due to cardiovascular diseases in women. And so in the game. age (30% K / M 56%) of these disorders occurred more frequently in men. While in the second game. (K 56% / M 36%) and III gr. (K 14% / M 10%) the vast majority of cancers found in women.

Among the chronic disease associated with disorders of cardiovascular most common diabetes Type II (33%) and hiperlipidemia (33%), dyslipidemias (25%), obesity (16%), chronic obstructive pulmonary disease (18%) and atherosclerosis (15%). It was observed in the vast majority of patients (68%) of elevated BMI factor conducive to the development of cardiovascular disease, including 52% overweight, and 16% with obesity. Interestingly it was observed that the elderly overweight and obesity often present in rural areas than urban and equally in both sexes. The phenomenon of nicotine addiction in the study group were found in 5 patients, representing 5% of the respondents: 2 women (4%): I gr. – 1/2%; II gr. – 1/2%; III gr. – 0 women; and I gr. 3 men (6%), the second and third age group in men, there was no smoking.

With age increases the morbidity and the need for frequent hospitalization due to cardiovascular diseases in among the subjects.

Hypertension and coronary artery disease is the most common cardiovascular unit, among the study group as well as throughout the country and the European Union, giving numerous complications after cancer being the second leading cause of death [1]. Therefore it is in the prevention striving to maintain a pressure of 140/90 mmHg, and in patients with diabetes than 130/80 mmHg [2]. Delayed diagnosis of coronary heart disease in the elderly is associated with

changes in the clinical picture of the disease (chest pain often do not exist) [2]. Increased incidence of women observed after the age of 75 is associated with the expiry of the protective effect of estrogen (female sex hormones) [3]. Given that a large percentage of elderly persons suffer from overweight seems very reasonable need for the introduction of health programs in their diet, promotion of physical activity, which is to encourage the modification of the existing lifestyle [4].

The most common cardiovascular disease among geriatric patients treated at in the department of internal diseases Hospital the district in Nysa is hypertension, followed by ischemic heart disease, heart failure, fibrillation atrial paroxysmal, pulmonary hypertension, valvular heart varicose veins subhuman and shortness of breath. In contrast, factors contributing to the development are mainly age and improper lifestyle: errors diet, low physical activity, and smoking. The group surveyed in each of those experienced chronic morbidities. The most common were: coronary heart disease, diabetes, Hyperlipidemia, heart failure, dyslipidemie, obesity, chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Keywords: cardiovascular diseases, problems of the elderly, arterial hypertension, obesity

Wprowadzenie

Starzenie jest procesem nieodwracalnym i dla każdego człowieka zachodzi w kilku obszarach: czasu, wymiarze biologiczno-psychicznym i społecznym [1, 5, 6]. Z perspektywy człowieka i społeczeństwa starzenie bardziej kojarzone jest z przekroczeniem pewnej ustalonej granicy wieku. Przyjęto, że starość rozpoczyna się po 60. lub 65. roku życia. Podział taki wyznacza mechanizmy funkcjonowania społeczności, jednak może stygmatyzować oraz sprawiać, że kryterium takiego podziału „polaryzuje” społeczność ludzi na młodych i starych [5].

Patrząc na kryterium wieku trudno nie dostrzec faktu, że ilość przeżytych lat nie decyduje o tym, czy czujemy moment nadejścia starości. Każdy starzeje się w odmiennym tempie, inaczej. Rówieśnicy okresu wieku podeszłego nie muszą wykazywać takiego samego zaawansowania i dynamiki procesu starzenia. Innymi słowy starzenie w wymiarze biologicznym i psychicznym jest bardzo zindywidualizowane. W Polsce sukcesywnie wydłuża się średnia długość życia, coraz mniejsza różnica lat dzieli nas od innych krajów Unii Europejskiej [5].

Proces starzenia powoduje utratę równowagi wewnętrznej organizmu, co zwiększa ryzyko wystąpienia różnych chorób. Dochodzi wówczas do upośledzenia funkcjonowania komórek, tkanek, narządów i układów, zwiększa się podatność na choroby, aż wreszcie prowadzi do śmierci [1]. Śmiało można powiedzieć, że jedną z głównych cech pacjentów w wieku podeszłym jest wielochorobowość. Według statystyk GUS w Polsce starsze osoby cierpią przeciętnie na prawie 4 przewlekłe stany chorobowe jednocześnie, a to wiąże się z koniecznością stosowania kilku leków jednocześnie (tzw. wielolekowość) [8]. W Polsce średnio pacjent geriatryczny spożywa około 6 leków [8] zleczanych przez różnych specjalistów.

Przy wielolekowości, zwłaszcza w wieku podeszłym, należy uwzględnić hemodynamikę i hemokinetykę stosowanych leków, by nie doprowadzić do powikłań groźnych dla życia. Najlepiej byłoby, gdyby osoby te mogły korzystać z świadczeń lekarza specjalisty geriatry w poradni, czy też w oddziale geriatrycznym. Ideą podejścia geriatrycznego jest zespołowa i interdyscyplinarna współpraca wszystkich praktyków geriatrycznych: lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, pracownika socjalnego, dietetyka, a w razie potrzeby również logopedy, farmaceuty lub księdza.

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego obejmują: nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, udary mózgu, choroby naczyń obwodowych, przewlekłą niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca.

Nadciśnienie tętnicze krwi to podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego powyżej uznawanych aktualnie za normę (140/90 mmHg) [4]. Nadciśnienie tętnicze dzielimy na pierwotne i wtórne, często przebiega bezobjawowo. Jednak przy wysokim nadciśnieniu mogą pojawić się bóle i zawroty głowy. W przypadku długo trwającej choroby mogą pojawić się objawy powikłań narządowych: ślepotą, utrata ostrości widzenia, cienie przed oczami, okresowe osłabienie, ból w klatce piersiowej, zadyszka. Nadciśnienie wtórne należy podejrzewać, jeśli pacjent zgłasza się z osłabieniem mięśni, bólem w bocznej okolicy jamy brzusznej, ścieńczeniem skóry, napadową tachykardią, potami, drżeniem i obrzękami stóp. Do czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia zaliczamy: spożywanie dużej ilości sodu, nadmiar alkoholu, spożywanie tłuszczów nasyconych, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, cukrzycę, dyslipidemie, leczenie hormonalne i czynniki psychologiczne, włączając stres i problemy rodzinne. Jest ono potencjalnie odwracalne i występuje rzadziej. Nadciśnienie pierwotne występuje najczęściej (90% pacjentów), przede wszystkim u pacjentów z tą chorobą w wywiadzie rodzinnym. Spotykane jest głównie w społeczeństwach, w których dobowe spożycie soli przekracza 2,3 g sodu. Ponadto występuje szczególnie często u osób otyłych i związane jest z zespołem metabolicznym i cukrzycą. Nadciśnienie tętnicze u starszych pacjentów zwiększa obciążenie mięśnia sercowego, powodując przerost lewej komory serca, co wiąże się z niewydolnością serca, komorowymi zaburzeniami rytmu, zawałem mięśnia sercowego i nagłą śmiercią sercową. Nadciśnienie tętnicze stanowi najczęstszy czynnik ryzyka udaru i krwotoku śródmózgowego, a ich częstość się zmniejsza przez skuteczne leczenie przeciwnadciśnieniowe [7].

Tabela 1. Klasyfikacja ciśnienia tętniczego wg 7. Raportu JNC, 2003 r.

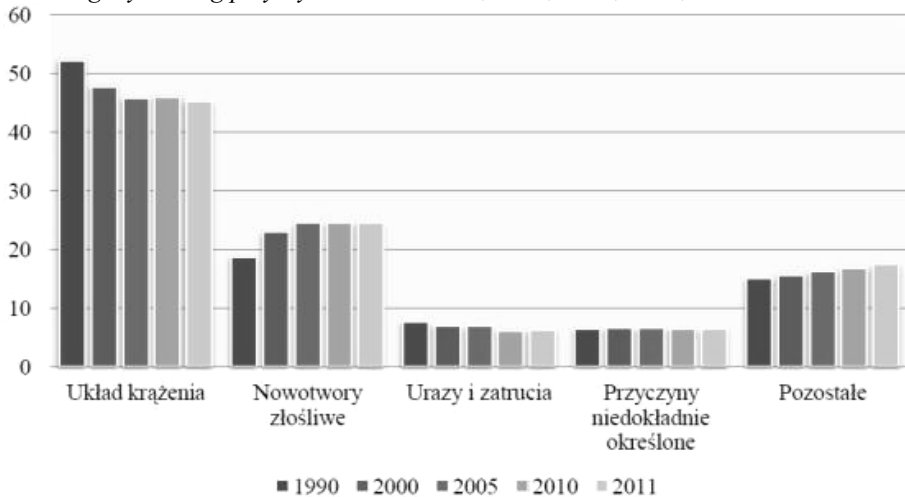
Podział nadciśnienia tętniczego	Ciśnienie skurczowe w mmHg	Ciśnienie rozkurczowe w mmHg
Prawidłowe ciśnienie tętnicze krwi	< 120	i <80
Stan przednadciśnieniowy	120- 139	lub 80-89
Nadciśnienie tętnicze stopnia 1	140-159	lub 90-99
Nadciśnienie tętnicze stopnia 2	≥160	≥100

Źródło: L. Pączek, K. Mucha, B. Foroniewicz: *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa.* 2009

Wskazane jest uzyskanie docelowych wartości ciśnienia tętniczego krwi u wszystkich chorych < 140/90 mmHg, a u cukrzyków lub przy niewydolności nerek < 130/80 mmHg [4].

Choroby układu krążenia stanowią zarówno w Polsce, jak i na świecie duży problem społeczny i ekonomiczny. Mimo, że w ostatnich latach zachorowalność na choroby układu krążenia zaczęła spadać, szacuje się, iż będą one nadal najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie w XXI wieku. W Polsce od wielu lat są one przyczyną ok. 50% wszystkich zgonów i stanowią główne zagrożenie zdrowia Polaków.

Rycina 1. Zgony według przyczyn w latach 1990, 2000, 2005, 2010, 2011



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

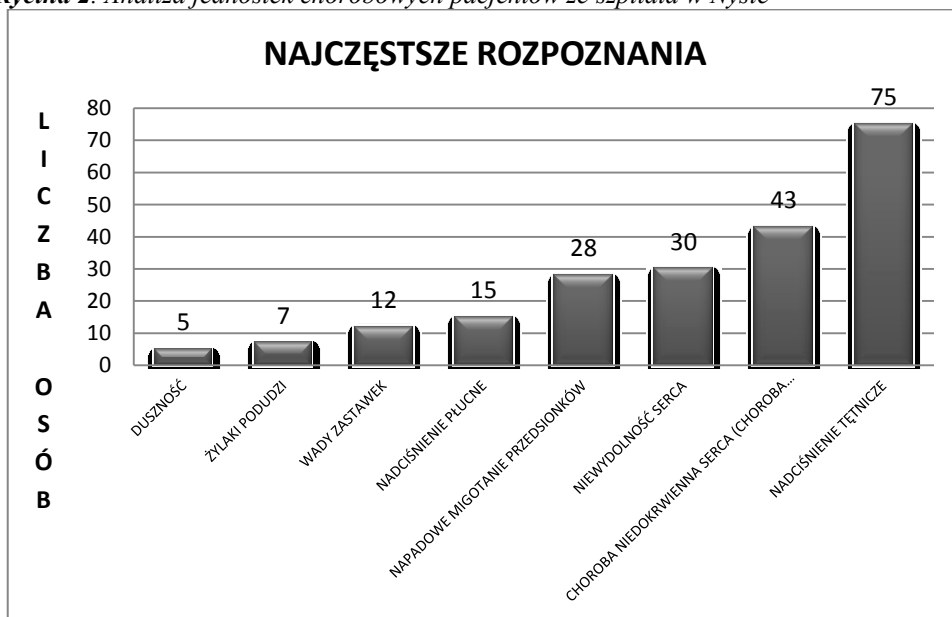
W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia od kilku lat obserwuje się istotną poprawę. W 2011 r. były one przyczyną 45% wszystkich zgonów, podczas gdy w pierwszej połowie lat 90. stanowiły około 52% ogółu, zaś na początku tego stulecia – prawie 48%. Niekorzystnym zjawiskiem jest bardzo szybki wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań.

Wraz z wiekiem istnieje tendencja do ujawniania się chorób mięśnia serca, zastawek serca i tętnic wieńcowych. Odpowiadające za pracę serca komórki ulegają nacieczeniu przez tkankę łączną i tłuszczową. Z wiekiem związane jest zmniejszenie kurczliwości serca, jak i zmniejszenie jego elastyczności. Dochodzi również do zmian w naczyniach krwionośnych. Komórki, które je wyściełają, stają się zróżnicowane w zakresie wielkości i kształtu, pogrubieniu ulega także tkanka łączna pokrywająca naczynia. Pogrubieniu i wydłużeniu ulegają również duże tętnice. Przepływ krwi w narządach ulega zróżnicowaniu: w nerkach może zmniejszyć się o 50%, a w mózgu o 15% [6].

Wyniki badań

Po przeprowadzonej analizie 100 kartotek pacjentów internistycznych nyskiego szpitala wynika, iż najczęstszym schorzeniem było nadciśnienie tętnicze, na które cierpi aż 75 badanych, pokazuje to poniższy wykres (ryc. 2). Kolejnymi schorzeniami są: choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, napadowe migotanie przedsionków, nadciśnienie płucne, wady zastawek, żylaki podudzi oraz duszność.

Rycina 2. Analiza jednostek chorobowych pacjentów ze szpitala w Nysie

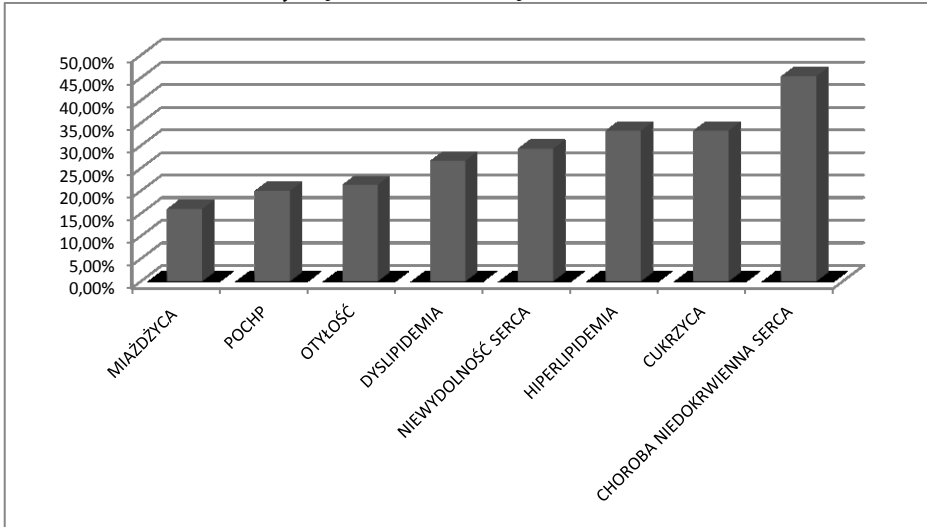


Źródło: Opracowanie własne

Wśród osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze jest 16 osób otyłych. Najważniejszym czynnikiem predysponującym do wystąpienia nadciśnienia tętniczego jest właśnie otyłość. U osób starszych może zaostriżyć związany ze starzeniem spadek sprawności ruchowej, przyczyniając się do zniezdolnienia. Zarówno starzenie, jak i otyłość powodują postępujący ubytek siły i wytrzymałości mięśni.

Proces starzenia się jest związany ze zwiększoną częstością występowania nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca i zmniejszonej tolerancji wysiłku. Wiodącą jednostką chorobową wśród osób badanych było nadciśnienie tętnicze. U pacjentów tych występują również dodatkowe schorzenia. Blisko połowa z nich zmagają się z chorobą niedokrwienną serca. U 33% wystąpiła cukrzyca oraz hiperlipidemia, nieco poniżej niewydolność serca. Dyslipidemie ma 25% badanych. Na dalszych miejscach jest otyłość, przewlekła obturacyjna choroba płuc i miażdżyca.

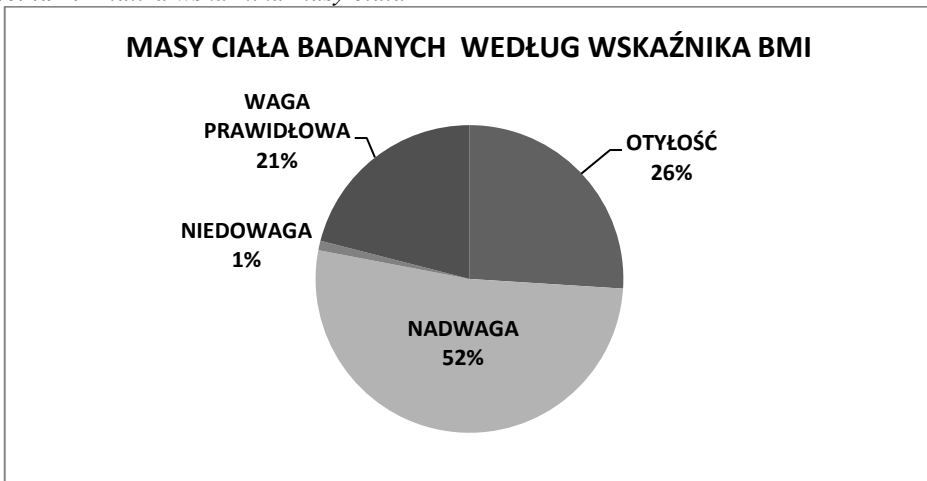
Rycina 3. Schorzenia towarzyszące nadciśnieniu tętniczemu



Źródło: Opracowanie własne

Wśród 100 przebadanych pacjentów internistycznych nyskiego szpitala w wieku od 65. do 97. roku życia jest 16 osób otyłych, natomiast z nadwagą ponad połowa badanych. Wszystkie te osoby mają nadciśnienie tętnicze, co jest dowodem na to, że nadwaga jest jedną z przyczyn tego schorzenia.

Rycina 4. Analiza wskaźnika masy ciała



Źródło: Opracowanie własne

Problematyka stanu odżywienia i odżywania seniorów należy do najważniejszych problemów opieki nad osobami w podeszłym wieku [9]. Otyłość staje się zjawiskiem coraz bardziej powszechnym, również wśród osób starszych. Z przeprowadzonych badań wynika, że większa ilość osób otyłych, niezależnie od płci, mieszka na wsi. Mieszkańcy wsi mają znacznie trudniejszy dostęp do służby zdrowia oraz do informacji dotyczących zapobiegania otyłości i prowadzenia zdrowego trybu życia. Wieś wiąże się również z brakiem klubów fitness, ośrodków sportowych, co ma wpływ na aktywność mieszkańców. Życie na wsi nie było dotychczas uważane za czynnik sprzyjający otyłości i gorszej kondycji, ale według przeprowadzonych badań powinno nim być.

Rycina 5. Ilość osób otyłych mieszkających na wsi i w mieście



Źródło: Opracowanie własne

Warto pamiętać, że niejednokrotnie zachorowalność na choroby serca zależy od nas samych. Częstość ich występowania możemy zmniejszyć poprzez właściwą dietę. Istotne jest również rzucenie palenia, gdyż z każdym wypalonym papierosem rozwój miażdżycy się nasila. Należy ograniczyć alkohol i zwiększyć swoją aktywność fizyczną. Wysiłek fizyczny związany z rekreacją usprawnia pracę serca, poprawia przepływ krwi w naczyniach wieńcowych, ułatwia zwalczanie zaburzeń lipidowych, zapobiega otyłości, a więc działa antymiażdżycowo. Osoby w podeszłym wieku powinny pamiętać o kontroli wartości ciśnienia tętniczego, poziomu cholesterolu i poziomu glikemii. Ponieważ częstym współistniejącym schorzeniem w chorobach układu krążenia jest cukrzyca, w przebiegu której dochodzi do zaburzeń gospodarki cholesterolowej, która ułatwia rozwój miażdżycy tętnic. W profilaktyce chorób układu krążenia istotne jest zmniejszenie skłonności do powstawania zakrzepów, dzięki stosowaniu kwasu acetylosalicylowego jako popularnego środka antyagregacyjnego.

Dyskusja

Wraz z wiekiem zwiększa się zachorowalność i potrzeba częstych hospitalizacji z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych wśród badanych osób.

Nadciśnienie tętnicze i choroba niedokrwienna to najczęściej występujące jednostki układu sercowo-naczyniowego wśród badanej grupy, podobnie jak w całym kraju i Unii Europejskiej, dając liczne powikłania, będące drugą – po nowotworach – przyczyną zgonów [1]. Dlatego zasadne jest w profilaktyce dążenie do utrzymania ciśnienia o wartości 140/90 mmHg, a u chorych na cukrzycę 130/80 mmHg [2]. Późne rozpoznanie choroby niedokrwiennej serca w wieku podeszłym związane jest ze zmianami w obrazie klinicznym choroby (ból zamostkowy często w ogóle nie występuje) [2]. Zwiększona zachorowalność kobiet (obserwowana po 75. roku życia) jest związana z wygaśnięciem działania ochronnego estrogenów (hormonów płciowych żeńskich) [3].

Wobec tego, że duży odsetek osób w wieku starszym cierpi z powodu nadwagi, wydaje się bardzo zasadną konieczność wprowadzenie programów zdrowotnych w zakresie sposobu odżywiania się, propagowania aktywności fizycznej, czyli zachęcania do modyfikacji dotychczasowego stylu życia [4].

Podsumowanie

Wiek jest istotnym czynnikiem ryzyka występowania schorzeń układu sercowo-naczyniowego i w konsekwencji pogorszenia jakości życia osób starszych. Utrzymanie na właściwym poziomie jakości życia osób starszych to jeden z najważniejszych problemów geriatрії.

Zmian związanych ze starzeniem nie można uniknąć, możliwe jest jednak ich złagodzenie przez stosowanie odpowiednich działań leczniczych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i socjalnych.

Najważniejsza w walce z chorobami układu krążenia jest prewencja pierwotna, zmniejszająca ryzyko wystąpienia chorób i pozwalająca jak najdłużej zachować sprawność fizyczną, psychiczną, jak i społeczną.

W związku z narastającym zjawiskiem starzenia się naszego społeczeństwa wzrasta zapotrzebowanie na specjalistów w dziedzinie geriatрії: lekarzy, rehabilitantów, dietetyczki, pielęgniarce, opiekunki osób starszych.

Rozwijanie interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej nad osobą w starszym wieku przynosi wymierne korzyści społeczno-ekonomiczne w perspektywie czasu.

Piśmiennictwo

- [1]. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwałkiewicz E.: *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, Wydanie I, Wyd. PZWL, Warszawa 2009; 118-122.
- [2]. Kurpesa M., Krzemińska-Pakuła M.: *Choroby układu krążenia, odrębność wieku podeszłego*, Polski Przegląd Kardiologiczny, 2008, 4, 326-331.

- [3]. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.: *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- [4]. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M.: *Choroby wieku podeszłego*, Wydanie I.: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 174-176.
- [5]. Wieczorowska-Tobis K.: *Zmiany narządowe w okresie starzenia*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 2008, 118.
- [6]. Smoliński B., Raciborski F.: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013.
- [7]. Rosenthal T., Naughton B., Williams M.: *Geriatrics*, Wydanie I, Wyd. Czelej, Lublin 2009; 393-395.
- [8]. Cielecka-Piontek J., Rajska-Neumann A., Wieczorowska-Tobiś K.: *Wielolekowość w populacji geriatrycznej*, Nowiny Lekarskie 2006, 75, 13-17.
- [9]. Grochowska-Niedworak E., Złoteńka-Synowiec M.: *Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi*, Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie 2013, 31.

Elżbieta Rózanowska, Lucyna Frihauf

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

***OPIEKA I REKONWALESCENCJA
STARSZEGO PACJENTA PO ZABIEGU OPERACYJNYM***

***CARE AND CONVALESCENCE
ELDERLY PATIENT AFTER SURGICAL PROCEDURE***

STRESZCZENIE

Wydłużenie życia i lepsze rozumienie procesów fizjologicznych jest przyczyną, że przestaje się mówić o osobach w wieku podeszłym jako o jednorodnej grupie wiekowej. Szybkie i stałe starzenie się naszego społeczeństwa doprowadza do zwiększonej liczby hospitalizacji i przeprowadzenia wielu zabiegów operacyjnych. W mojej pracy przedstawiam wyniki badań, które przeprowadziłam w miesiącu marcu 2014 roku, na podstawie analizy dokumentacji medycznej, w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Nysie i Brzeskiego Centrum Medycznego. Postanowiłam przeanalizować pobyt pacjenta w wieku 65+ w Oddziale Chirurgii Ogólnej. Zwróciłam uwagę na rodzaj wykonywanego zabiegu, rodzaj i ilość powikłań po zabiegach operacyjnych. Badaniami objęłam 68 pacjentów operowanych w szpitalu w Nysie oraz 22 pacjentów Brzeskiego Centrum Medycznego. Zabieg operacyjny pociąga za sobą możliwości powikłań, które mogą pojawić się w czasie operacji lub w okresie pooperacyjnym, które czasami zagrażają życiu chorego.

Słowa kluczowe: życie, chirurgia, wiek, osoby starsze, pacjent

ABSTRACT

Prolongation of life and a better understanding of the physiological processes is the reason that stops people talk about the elderly as a homogeneous age group. Fast and steady aging of our society leads to an increased number of hospitalizations and perform multiple surgeries. In my work, I present the results of research that I conducted in the month of March 2014 based on the analysis of medical records department of General Surgery at the District Hospital in Nysa and Brest Medical Center. I decided to analyze the patient's stay in the 65+ in general surgery ward. I paid attention to the type of surgery performed, the type and number of complications after surgery. The study embraced 68 patients operated on in a hospital in Nysa, and 22 patients Brest Medical Center. Surgery entails the possibility of complications that can occur during surgery or in the postoperative period, which sometimes threaten the lives of patients.

Keywords: life, surgery, age, the elderly, the patient

Wstęp

Mechanizmy starzenia od zawsze budziły zainteresowanie ludzkości, między innymi dlatego są przedmiotem wielu badań naukowych. Starzenie organizmu należy rozpatrywać w aspekcie biologicznym, psychologicznym oraz społecznym.

W podeszłym wieku drastycznie zwiększa się ilość schorzeń, jakimi obciążony jest pacjent. Z badań wynika, że u pacjenta 60-letniego występuje tylko jedno schorzenie wymagające leczenia, podczas gdy u 80-latka będzie ich już co najmniej trzy. Nietrudno się domyślić, że taki bagaż dźwigany przez każdego seniora doprowadza niejednokrotnie do konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Wiąże się to ze znaczną zmianą w dotychczasowym życiu pacjenta, nie tylko przejściową na czas pobytu w szpitalu, ale również późniejszą, kiedy wymagana jest modyfikacja stylu życia, dawnych przyzwyczajzeń i upodobań.

Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego u starszego pacjenta wiąże się z zajściem zmian w dotychczasowym życiu starszego człowieka. Często sytuacja seniora zmienia się diametralnie. Dotychczas sprawny podopieczny może zmienić się w osobę leżącą, która korzysta z pampersów, potrzebuje stałej pomocy osoby trzeciej. Dlatego bardzo ważna jest pomoc i wsparcie rodziny, najbliższych, aby przez ten okres pobytu w szpitalu, jak i pooperacyjny przejść jak najmniej boleśnie [1, 13].

Cel pracy

1. Zwrócenie uwagi na problemy pielęgnacyjne ludzi mających więcej niż 65 lat, poddawanych zabiegom operacyjnym w Oddziale Chirurgii Ogólnej.
2. Przedstawienie specyfiki pooperacyjnej opieki pielęgniarstwiej nad pacjentem starszym.
3. Oszacowanie ilości i jakości zabiegów operacyjnych wykonywanych u seniorów w Oddziale Chirurgii Ogólnej.

Material i metody

W pracy wykorzystałam wiedzę i doświadczenie zdobyte w czasie wykładów, zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nysie na kierunku Pielęgniarstwo, a także informacje zawarte w dostępnej fachowej literaturze z dziedziny medycyny, w publikacjach medycznych oraz witrynach internetowych.

W części badawczej dokonałam analizy i przeglądu dokumentacji Oddziału Chirurgii Ogólnej udostępnionej przez Szpital Powiatowej w Nysie i Brzeskie Centrum Medyczne, dotyczącej zabiegów operacyjnych ludzi powyżej 65. roku życia. Badania zostały przeprowadzone w miesiącu marcu 2014 roku. Zwróciłam uwagę na rodzaj wykonywanego zabiegu, rodzaj i ilość powikłań po zabiegach operacyjnych oraz śmiertelność badanej populacji. Badaniami objęłam pacjentów powyżej 65. roku życia operowanych w Szpitalu Powiatowym w Nysie oraz Brzeskim Centrum Medycznym. Dokonałam również analizy porównawczej obu placówek.

Wyniki i wnioski

W marcu 2014 roku w szpitalu w Nysie zostało przeprowadzonych 68 zabiegów operacyjnych u pacjentów w wieku 65+, natomiast w szpitalu w Brzegu tych zabiegów wykonano 22. Na ilość wykonywanych zabiegów prawdopodobnie wpływa liczba ludności, która w powiecie nyskim wynosi 142 119, natomiast w powiecie brzeskim 92 455. Najczęściej wykonywanym zabiegiem operacyjnym w obu szpitalach był zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego, następnie operacja przepukliny brzusznej, zabieg usunięcia martwicy tkanek, operacja żyłaków kończyn dolnych oraz wyrostka robaczkowego, co przedstawia tabela 1 i 2.

Tab. 1. Pacjenci w starszym wieku hospitalizowani (operowani) w Szpitalu Powiatowym w Nysie

LP.	WIEK	PLEĆ	JEDNOSTKA CHOROBOWA
1	65 lat	K	Żyłaki kończyny dolnej prawej
2	65 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
3	66 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
4	66 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
5	66 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
6	66 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
7	66 lat	M	Zapalenie wyrostka robaczkowego
8	66 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
9	66 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
10	66 lat	M	Przepuklina brzuszna
11	67 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
12	67 lat	M	Martwica palucha prawego - amputacja
13	67 lat	M	Przepuklina pępkowa
14	68 lat	K	Przepuklina brzuszna
15	68 lat	K	Żyłaki kończyny dolnej prawej
16	68 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
17	68 lat	M	Martwica palców stopy prawej - amputacja
18	68 lat	M	Żyłaki kończyny dolej prawej
19	68 lat	M	Martwica palców stopy prawej - amputacja
20	68 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
21	68 lat	M	Przepuklina pachwinowa lewostronna
22	70 lat	K	Żyłaki kończyny dolnej prawej
23	70 lat	M	Przepuklina pępkowa
24	70 lat	M	Martwica stopy prawej - amputacja
25	71 lat	K	Żyłaki kończyny dolnej prawej
26	71 lat	M	Żyłaki kończyny dolnej prawej
27	72 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
28	72 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
29	73 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
30	74 lat	M	Przepuklina pachwinowa lewostronna
31	74 lat	K	Zapalenie wyrostka robaczkowego
32	74 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
33	74 lat	M	Martwica przodostopia - amputacja
34	75 lat	K	Zapalenie wyrostka robaczkowego
35	75 lat	K	Przepuklina pępkowa
36	75 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego

37	75 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
38	76 lat	M	Martwica stopy prawej - amputacja
39	77 lat	M	Przepuklina mosznowa obustronna
40	78 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
41	78 lat	M	Przepuklina mosznowa
42	78 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
43	78 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
44	78 lat	K	Martwica kończyny dolnej prawej - amputacja
45	78 lat	M	Zapalenie wyrostka robaczkowego
46	79 lat	K	Przepuklina pępkowa
47	80 lat	M	Martwica podudzia lewego - amputacja
48	80 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
49	81 lat	K	Martwica podudzia
50	81 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
51	81 lat	K	Przepuklina brzuszna
52	81 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
53	82 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
54	82 lat	M	Przepuklina pachwinowa lewostronna
55	83 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
56	83 lat	K	Przepuklina brzuszna
57	83 lat	M	Zapalenie wyrostka robaczkowego
58	84 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
59	84 lat	M	Martwica nogi lewej - amputacja
60	84 lat	K	Martwica przodostopia lewego - amputacja
61	84 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
62	85 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
63	86 lat	M	Przepuklina pępkowa
64	87 lat	M	Przepuklina brzuszna
65	89 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
66	90 lat	K	Martwica stopy lewej - amputacja
67	92 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
68	92 lat	M	Przepuklina pachwinowa lewostronna

Zródło: Opracowanie własne

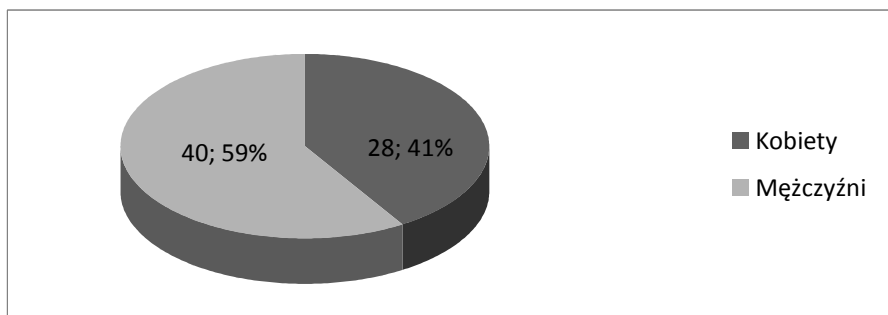
Tab. 2. Pacjenci w starszym wieku hospitalizowani (operowani)
w Brzeskim Centrum Medycznym

LP.	WIEK	PLEĆ	JEDNOSTKA CHOROBY
1	65 lat	K	Przepuklina pępkowa
2	65 lat	M	Żylaki kończyny dolnej prawej
3	65 lat	K	Przepuklina pępkowa
4	65 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
5	67 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
6	67 lat	M	Martwica palca V stopy prawej - amputacja
7	67 lat	M	Żylaki kończyny dolnej prawej
8	66 lat	K	Miażdżycza niedokrwienna kończyny dolnej prawej - amputacja
9	69 lat	M	Przepuklina mosznowa prawostronna
10	69 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
11	69 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
12	70 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
13	72 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego

14	75 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
15	75 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
16	76 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
17	80 lat	M	Przepuklina brzuszna
18	80 lat	M	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
19	68 lat	M	Żylaki kończyny dolnej prawej
20	84 lat	M	Przepuklina pachwinowa prawostronna
21	86 lat	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
22	80 lat	M	Przepuklina pachwinowa

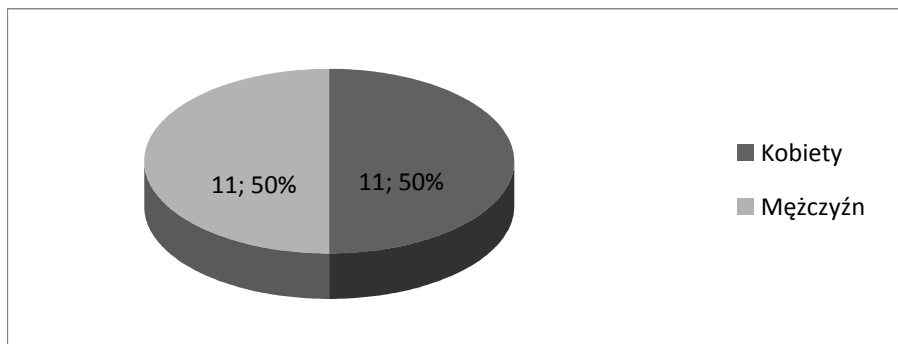
Źródło: Opracowanie własne

W Nysie częściej zabiegom operacyjnym poddawani byli mężczyźni (59%), natomiast w Brzegu ilość operowanych mężczyzn i kobiet była jednakowa, pokazuje to rys. 1, 2, 3.



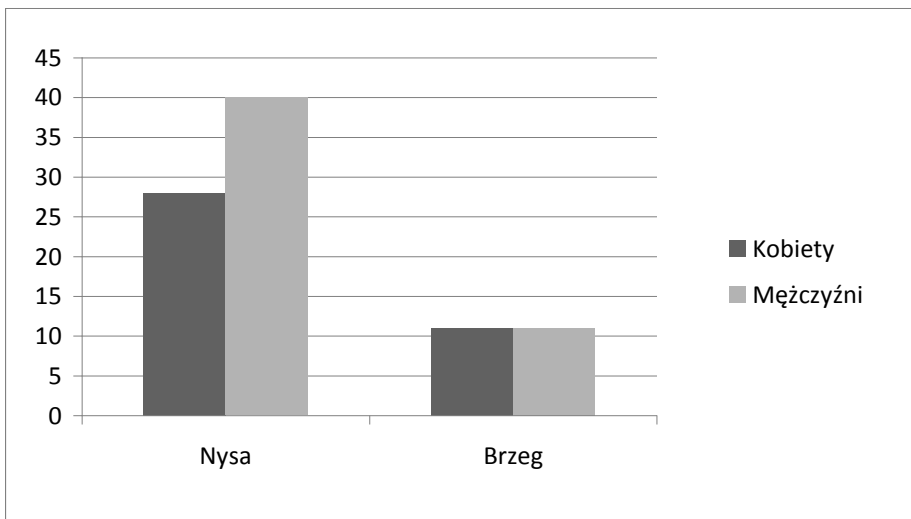
Rys. 1. Płeć badanych osób starszych w Szpitalu Powiatowym w Nysie

Źródło: Opracowanie własne



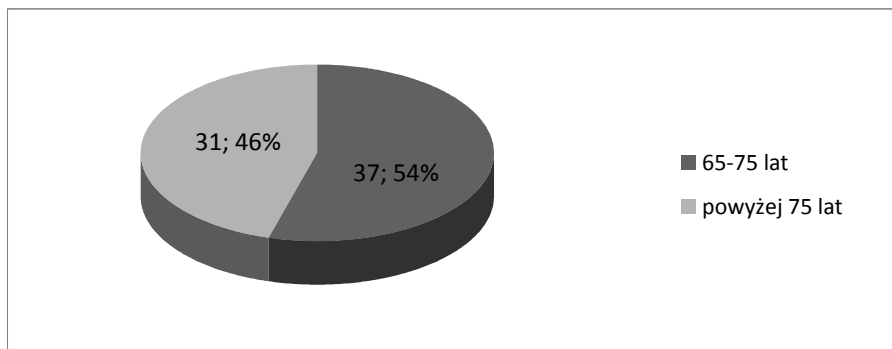
Rys. 2. Płeć badanych osób starszych w Brzeskim Centrum Medycznym

Źródło: Opracowanie własne

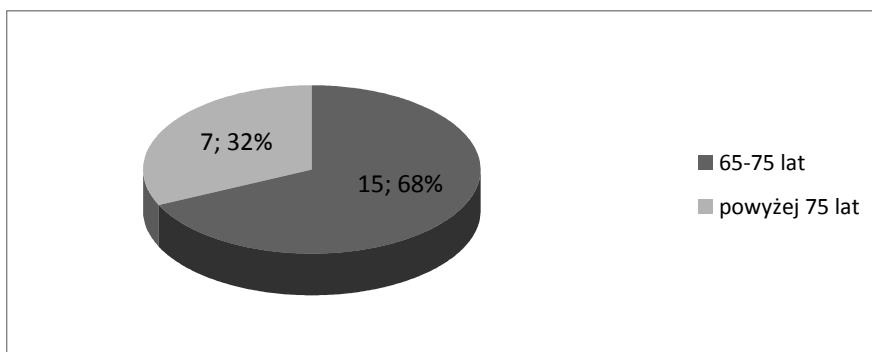


Rys. 3. *Płeć badanych osób starszych w Szpitalu Powiatowym w Nysie i Brzeskim Centrum Medycznym*
Źródło: Opracowanie własne

Najwięcej operacji w obu badanych placówkach przeprowadzono w grupie wiekowej 65-75 lat. W Nysie ta grupa wiekowa stanowiła 54% ogółu badanych, a w Brzegu aż 68%, co ilustruje rysunek 4, 5 i 6.

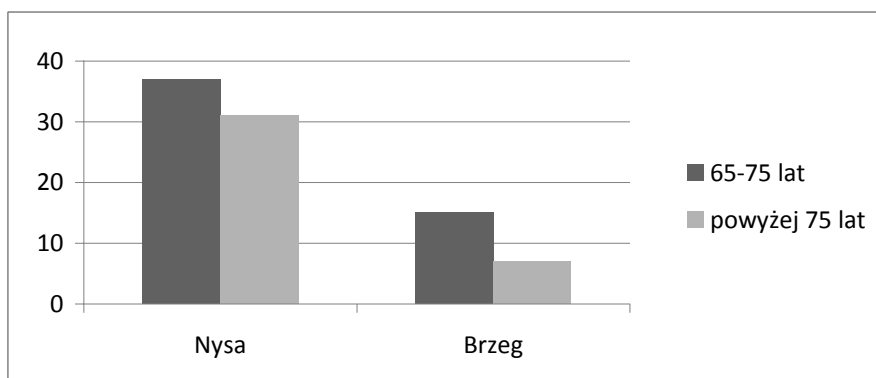


Rys. 4. *Wiek badanych osób starszych w Szpitalu Powiatowym w Nysie*
Źródło: Opracowanie własne



Rys. 5. Wiek badanych osób starszych w Brzeskim Centrum Medycznym

Źródło: Opracowanie własne



Rys. 6. Wiek badanych osób starszych w Szpitalu Powiatowym w Nysie i Brzeskim Centrum Medycznym

Źródło: Opracowanie własne

Najczęstszymi powikłaniami pooperacyjnymi spotkanymi u badanych seniorów są: zakażenie rany pooperacyjnej, powikłania ze strony układu krążenia, powikłania ze strony układu moczowego, co przedstawia tabela 3.

Tab. 3. Powikłania do których doszło wśród osób starszych po zabiegu operacyjnym w Szpitalu Powiatowym w Nysie i Brzeskim Centrum Medycznym

RODZAJ POWIKŁANIA PO ZABIEGU OPERACYJNYM	NYSA	BRZEG
Zakażenie rany operacyjnej	8	1
Układ krążenia	3	0
Układ moczowy	1	1
Razem	12	2

Źródło: Opracowanie własne

Czas hospitalizacji seniora wynosił od 3 do 14 dni. Najkrócej w szpitalu przebywali chorzy operowani z powodu żylaków kończyn dolnych i przepukliny brzusznej. Najdłużej seniorzy operowani w związku z krwawieniem z przewodu pokarmowego. Wyniki w tabeli 4.

Tab. 4. Czas hospitalizacji seniora po zabiegu operacyjnym

LP.	ZABIEG OPERACYJNY Z POWODU:	Czas hospitalizacji na Oddziale Chirurgii Ogólnej
1.	Żylaki kończyny dolnych	3-4 dni
2.	Zapalenie pęcherzyka żółciowego	4-12 dni
3.	Przepuklina brzuszna	3-8 dni
4.	Krwawienie z dolnego przewodu pokarmowego	5-14 dni
5.	Krwawienie z górnego przewodu pokarmowego	7-13 dni
6.	Zapalenie wyrostka robaczkowego	5-8 dni
7.	Martwica tkanek	7-14 dni

Źródło: Opracowanie własne

Zabieg operacyjny może wywoływać w organizmie człowieka mniejsze lub większe zmiany chorobowe. Zmiany te mogą doprowadzić nawet do śmierci, bez dodatkowych obciążeń w najbardziej niekorzystnych sytuacjach. Istotnym czynnikiem wpływającym na rokowanie głównie u osób w starszym wieku jest czas trwania operacji i zakres urazu operacyjnego. Do zgonu po zabiegu operacyjnym, przeprowadzonym w Oddziale Chirurgii Ogólnej w miesiącu marcu 2014 roku, doszło u 6 operowanych seniorów w szpitalu w Nysie oraz u 1 seniora operowanego w Brzegu. Cztery zejścia śmiertelne w Nysie i jedno w Brzegu nastąpiły w wyniku amputacji w zakresie kończyny dolnej. Pięć z siedmiu badanych miało więcej niż 75 lat, szczegółowe dane w tabeli 5.

Tab. 5. Zejścia śmiertelne operowanych seniorów w Szpitalu Powiatowym w Nysie i Brzeskim Centrum Medycznym

NYSA		
WIEK	PLEĆ	JEDNOSTKA CHOROBY
70	M	Martwica stopy prawej - amputacja
75	K	Zapalenie pęcherzyka żółciowego
80	M	Martwica podudzia lewego - amputacja
81	K	Martwica podudzia lewego
84	K	Martwica przodostopia lewego - amputacja
92	M	Przepuklina pachwinowa lewostronna
BRZEG		
90	K	Martwica stopy lewej - amputacja

Źródło: Opracowanie własne

Leczenie operacyjne niesie ze sobą poważny bagaż konsekwencji nie tylko somatycznych, ale również psychologicznych. Stres, jakiemu podlega pacjent zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i pooperacyjnym, jest źródłem jego dyskomfortu, ale również jest czynnikiem potencjalnie negatywnie wpływającym na rezultat operacji [1].

Stworzenie warunków psychologicznych, umożliwiających powstanie prawidłowej relacji między pielęgniarką a pacjentem, zależy zarówno od umiejętności interpersonalnych – przede wszystkim umiejętności aktywnego słuchania, jak również od elementów postawy – ciepło, empatia, naturalność, asertywność. Pielęgniarka pracująca na oddziale opiekuje się zróżnicowaną pod względem wieku i rodzaju schorzenia grupą pacjentów. Różnią się one także poziomem odporności psychicznej na niektóre informacje, stąd też sposób informowania pacjentów nie powinien być jednakowy. Umiejętność porozumiewania się jest bardzo ważnym narzędziem w opiece nad osobami starszymi [2, 9].

Oddziaływanie to ma na celu zmniejszenie lęku pacjentów i wytworzenie gotowości do podejmowania zalecanych zachowań. Pielęgniarka musi umieć ocenić jakość relacji z pacjentem. Rozpoznanie czynników sprzyjających lub utrudniających tę relację jest podstawą do: określenia problemów i potrzeb pacjenta, wczucia się w sytuację chorego, zmiany nastawienia do pacjenta i jego osobowości, dopasowania sposobów komunikacji. Pacjenci nieobawiający się zabiegu mają problemy z przystosowaniem się do warunków po operacji, szczególnie z uruchomieniem. Prezentują postawę roszczeniową, są niezadowoleni z opieki. Pacjenci z silnym lękiem przedoperacyjnym zachowują się bojaźliwie również po operacji, wszelkie zabiegi wzbudzają u nich obawy, ale stosunek do pielęgniarek jest przychylny [3, 4].

Obniżająca się samodzielność i narastająca zależność od innych ludzi (pielęgniarki, rodziny, przyjaciół, znajomych), która dotyczy zwłaszcza osób w późnej starości, stanowi ogromną trudność dla wielu seniorów. Istnieje także ryzyko utraty zdolności do samodzielnego funkcjonowania i ryzyko zniedołężnienia znacznie wcześniej, w efekcie niektórych chorób centralnego układu nerwowego, udarów mózgu, uszkodzenia narządu ruchu, chorób nowotworowych i innych. W związku z tym coraz częściej pojawia się zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie. W zakresie relacji interpersonalnych pojawiają się nowe problemy i nowe wyzwania dla obu stron – ludzi starych i młodych. Starszy człowiek przechodzi z pozycji osoby niezależnej, zaradnej, pomocnej na pozycję osoby zależnej, potrzebującej wsparcia. Na nową sytuację może reagować lękiem, niepewnością, poczuciem zagrożenia. Pojawia się konieczność wypracowania innych, niż dotychczasowe, mechanizmów adaptacyjnych.

Natomiast jedną z pozytywnych cech starzenia się jest to, że osoby starsze łatwiej przyjmują przeciwności losu pomimo doświadczanych trudności i są zdolne do radości, pogody ducha. Rzadziej niż osoby młodsze zaprzeczają trudnościom i są mniej skłonne do oszukiwania samych siebie [7, 8, 9, 12].

Zabieg operacyjny pociąga za sobą możliwości powikłań, które mogą się pojawić w czasie operacji lub w okresie pooperacyjnym, które czasami zagrażają życiu chorego.

Opieka pielęgniarska nad osobą we wczesnym okresie pooperacyjnym obejmuje monitorowanie podstawowych parametrów życiowych jak: ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, a także kontrolę temperatury ciała i ilości wydalanego moczu. Bardzo ważna jest obserwacja rany operacyjnej, uwolnienie pacjenta od bólu i dbanie o ogólny komfort.

Pacjenci w starszym wieku, w porównaniu z chorymi w pozostałych grupach wiekowych, w większym stopniu narażeni są na występowanie pozabiegowych powikłań płucnych (zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli). Po każdym zabiegu operacyjnym, przeprowadzonym w znieczuleniu ogólnym u osób starszych może wystąpić zaleganie płwociny i ogniska niedodmy, co predysponuje do powstania odczynu zapalnego płuc. Proces zapalny tkanki płucnej często dotyczy osób po 70. r.ż. – zapalenie płuc u osób w wieku podeszłym, leczonych w szpitalu, w porównaniu z pacjentami młodszymi występuje 3 razy częściej. Śmiertelność pooperacyjna osób po 70. r.ż. jest wysoka i sięga 20-40%. Występowanie powikłań ze strony układu oddechowego można zredukować poprzez wykonywanie ćwiczeń oddechowych oraz wczesne uruchamianie chorego po zabiegu operacyjnym [4, 5, 6, 7, 10, 11].

Podjęcie działań pielęgniarskich w zapobieganiu powikłaniom pooperacyjnym po różnych zabiegach operacyjnych, wykonywanych u seniorów, ma ogromne znaczenie w szybkim powrocie do samodzielności i sprawności. Pooperacyjna edukacja starszego pacjenta jest trudna, wymaga niejednokrotnie dużej cierpliwości i wiele czasu. Edukacja powinna także, a może przede wszystkim, docierać do rodziny seniora lub jego opiekunów.

Czas, w którym mogą jeszcze być widoczne skutki przebytej operacji w postaci upośledzenia czynności ruchowych oraz zaburzeń funkcjonowania, u osób starszych często ulega znacznemu wydłużeniu. Dzieje się tak, ponieważ organizm seniora nie ma już takich możliwości regeneracyjnych i adaptacyjnych jak organizm osoby młodej. Wszelkie procesy gojenia i zablizniania zachodzą wolniej, a utracone funkcje ruchowe mogą powracać dopiero po dłuższym okresie lub wcale. Funkcjonuje bliskie prawdy przekonanie, że jeden dzień unieruchomienia osoby starszej w łóżku wymaga kolejnych trzech dni na jej ponowną reaktywację. Dlatego też jednym z większych zagrożeń okresu rekonwalescencji jest trwałe pozostanie chorego w łóżku. Ruch w wieku podeszłym odgrywa wciąż niedocenianą rolę. Tymczasem nawet niewielka aktywność chorego pobudza jego układ krążenia, zapobiega zakrzepicy, poprawia gospodarkę metaboliczną i węglowodanową oraz ma niebagatelny wpływ na psychikę seniora. Jeśli nasz podopieczny ma szansę poruszać się, nawet z laską, chodzikiem lub innymi pomocami, należy dążyć do jego uruchomienia jak najwcześniej po operacji (o ile lekarz nie zaleci inaczej) [13].

Piśmiennictwo

- [1]. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
- [2]. Zboina B.: *Jakość życia osób starszych*, Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”, Ostrowiec Świętokrzyski 2008.
- [3]. Zych A.: *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999.
- [4]. Walewska E.: *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
- [5]. Kapała W.: *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarstwa chirurgii ogólnej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
- [6]. Rosenthal T., Williams M., Naughton B.: *Geriatrics*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.
- [7]. Steuden S.: *Psychologia starzenia się i starości*, WN PWN, Warszawa 2011.
- [8]. Steuden S., Marczuk M. (red.): *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- [9]. Mötzing G., Schwarz S.: *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
- [10]. Kapała W.: *Rehabilitacja oddechowa pacjentów po operacjach. Zapobieganie powikłaniom*, „Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa” 2001, 9.
- [11]. Brońkowski K.: *Zapalenie płuc w starości*, „Gerontologia Polska”, 2000, 8.
- [12]. <http://wiedzaiedukacja.eu/archives/53527>
- [13]. <http://www.opiekadlaseniora.pl/porady/opieka-i-rekonwalescencja-starszego-pacjenta-po-operacjach/>

CHOROBY NEUROLOGICZNE WIEKU PODESZŁEGO

NEUROLOGICAL DISEASES IN ELDERLY PATIENTS

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Przyczyn powstawania chorób neurologicznych u osób starszych jest wiele, może to być np. uszkodzenie: naczyniowe, metaboliczne, endokrynologiczne czy genetyczne. Praca porusza problematykę występowania chorób neurologicznych wśród pacjentów po 65. r.ż.

Cele pracy: Celem pracy było oszacowanie, jakie są najczęściej występujące choroby neurologiczne u pacjentów po 65. r.ż. Równie ważnym celem było określenie wpływu płci i wieku na częstość ich występowania oraz ustalenie, czy w analizowanym okresie wystąpiła tendencja zwyżkowa, bądź spadkowa w poszczególnych chorobach neurologicznych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 3 678 chorych w wieku od 65. r.ż. W analizie uwzględniono takie wskaźniki jak: płeć, wiek w chwili zachorowania, rodzaj choroby neurologicznej oraz częstość występowania wymienionych chorób.

Wyniki: Analiza statystyczna wykazała, że najczęściej występującą chorobą neurologiczną wśród pacjentów po 65. r.ż. był udar mózgu. Stwierdzono, że schorzenia neurologiczne częściej pojawiały się wśród kobiet. Najliczniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby pomiędzy 70. a 80. r.ż.

Wnioski: Płeć oraz wiek należą do czynników wpływających na częstość występowania chorób neurologicznych.

Słowa kluczowe: choroby neurologiczne, osoby starsze, wpływ wieku, wpływ płci, częstość zachorowań.

ABSTRACT

Introduction: There are many reasons of neurological diseases development between the elderly people, eg. vascular, metabolic, endocrine or genetic damages. The study concerns the issues of neurological diseases occurrence amongst patients over 65 years of age.

Aim of the study: The main purpose of this study was to estimate what the most common neurological diseases amongst patients of 65 and more are. Not less important was to define an impact of sex and age on the frequency of their occurrence and analysis of the trend in occurrence of particular diseases.

Materials and methods: The research covered 3678 patients over 65 years of age. The analysis considered such indicators as: sex, age of illness, type of neurological disease as well as incidence of listed diseases.

Results: The statistical analysis showed that the most common neurological disease amongst patients over 65 years of age was stroke. Furthermore, it has been found that women were the more often afflicted by neurological diseases group. The largest group of patients were persons between 70 and 80 years of age.

Conclusions: Sex and age are amongst the factors having impact on the incidence of neurological diseases.

Keywords: neurological diseases, the elderly, effects of age, effects of sex, sickness rate

WPROWADZENIE

Starzenie się to normalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów, w tym także człowieka. Powoduje wiele stopniowo postępujących zmian w strukturze i funkcji organizmu ludzkiego. Starzenie się dotyczy nie tylko wyglądu, ale także całego naszego organizmu, w tym mózgu i układu nerwowego.

Choroby neurologiczne to wszystkie schorzenia związane z nieprawidłowym, organicznym funkcjonowaniem zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego układu nerwowego. Są to schorzenia, które mogą wpłynąć na funkcjonowanie organizmu, zachowanie człowieka, a nawet prowadzić do śmierci. Zaburzenia te obejmują: choroby naczyniowo-mózgowe, padaczki, migreny i inne bóle głowy, stwardnienie rozsiane, chorobę Parkinsona, choroby otępienne, a w szczególności chorobę Alzheimera, nowotwory mózgu, neuroinfekcje, zaburzenia urazowe układu nerwowego, choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz inne zaburzenia układu nerwowego [1, 2, 3].

Na całym świecie setki milionów ludzi dotkniętych jest chorobami układu nerwowego. Wnikliwe i aktualne oszacowanie liczby osób z zaburzeniami neurologicznymi oraz ustalenie częstości ich występowania w populacji ma istotne znaczenie dla zaplanowania badań nad ich przyczynami i leczeniem [1, 4].

Pomimo znaczącego rozwoju medycyny i coraz większych nakładów finansowych, przeznaczonych na działania profilaktyczne, wciąż mamy do czynienia ze wzrostem liczby zapadalności na choroby neurologiczne, szczególnie wśród osób starszych. Jedną z głównych przyczyn tego stanu jest wydłużający się średni okres życia człowieka. Obecnie mężczyzna w Polsce żyje średnio do 72. r.ż., a kobieta do 80. r.ż. [1, 5].

CELE

Głównym celem pracy było określenie, jakie są najczęściej występujące choroby neurologiczne u pacjentów po 65. r.ż. na podstawie badania statystycznego przeprowadzonego w wybranych placówkach medycznych. Równie ważnym celem było określenie wpływu płci i wieku na częstość ich występowania oraz ustalenie, czy w analizowanym okresie wystąpiła tendencja zwykła, bądź spadkowa w poszczególnych chorobach neurologicznych.

MATERIAŁ I METODY

Dane uzyskano na podstawie statystyki, utworzonej w oparciu o dokumentację z oddziałów neurologii (dotyczą one dwóch placówek medycznych: jednej z woj. opolskiego, drugiej z woj. dolnośląskiego). W przeciągu trzech lat w okresie 2011-2013 roku leczono tam łącznie 3 687 osób po 65. roku życia. 51% respondentów stanowiły osoby hospitalizowane w województwie dolnośląskim, 49% natomiast chorzy ze szpitala w województwie opolskim.

Kobiety stanowiły 59% badanej grupy, mężczyźni 41%.

Pacjenci zostali podzieleni na trzy grupy wiekowe: poniżej 70. roku życia (25%), pomiędzy 70.-80. rokiem życia (45%) oraz na osoby powyżej 80. roku życia (30%) w celu określenia wpływu wieku na częstość występowania chorób neurologicznych.

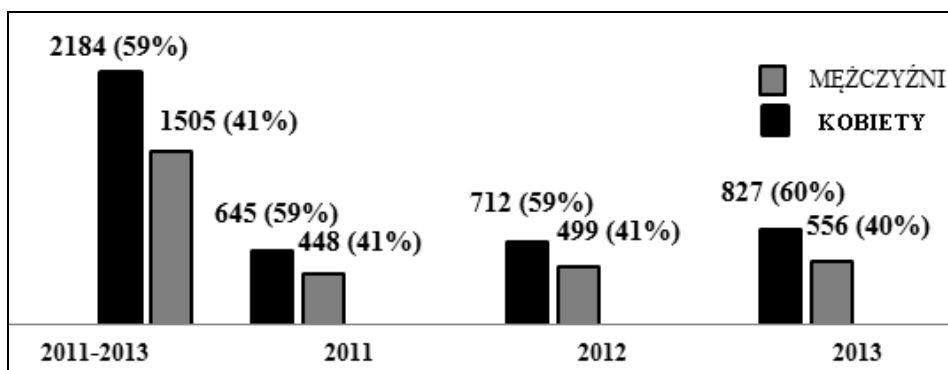
Aby możliwie najdokładniej oszacować zapadalność na choroby neurologiczne, zostały one podzielone na dziewięć głównych grup, które utworzono na podstawie międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10). Są to schorzenia często spotykane przez neurologów, które nie tylko są przyczyną licznych powikłań, ale także są obciążone dużą śmiertelnością. Wyszczególnione grupy to: udary, zaburzenia okresowe i napadowe, zawroty głowy i odurzenie, inne zaburzenia układu nerwowego, choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, choroby otępienne, zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i sploty nerwowe, nowotwory i choroba Parkinsona.

Zgromadzone dane opracowano i zanalizowano przy użyciu programu Microsoft Office Excel 2008.

WYNIKI BADAŃ

Poniższy wykres przedstawia ilość pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych latach z uwzględnieniem podziału na płeć. W każdym okresie czasowym dominującą grupą pacjentów były osoby płci żeńskiej. Łącznie w okresie 2011-2013 roku hospitalizowano 2 184 kobiety (59%) oraz 1 505 mężczyzn (41%).

Z każdym rokiem wzrastała ilość hospitalizowanych pacjentów z powodu chorób neurologicznych. W roku 2011 przyjęto 1 093 pacjentów, w następnym roku liczba chorych wynosiła 1 211, a w roku 2013 hospitalizowano 1 383 osoby w wieku starszym.



Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem ilości hospitalizacji, przedziałów czasowych oraz płci

Źródło: Opracowanie własne

Udary mózgu

W oparciu o dane statystyczne, uzyskane na podstawie analizy dokumentacji medycznej, określono, że w okresie lat 2011-2013 udar mózgu wystąpił u 1 492 osób powyżej 65. roku życia. Uwzględnione zostały zarówno zmiany niedokrwienne, jak i krwawienie wewnątrzczaszkowe niezwiązane z urazem.

Podział na poszczególne lata obrazuje, iż częstość występowania udarów sukcesywnie wzrasta wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego i opolskiego. Najmniejsza ich liczba, czyli 473 – miała miejsce w roku 2011, a największa 547 – w roku 2013. Liczba pacjentów zwiększyła się o około 14% w przeciągu trzech lat. Utworzono także statystykę obrazującą wpływ płci na częstość występowania tego zjawiska. Mężczyzn zachorowało łącznie w tym okresie 671 (45%), kobiet 821 (55%).

Kolejnym aspektem, który wzięto pod uwagę, był wpływ wieku. Na podstawie uzyskanych informacji określono, iż największa zapadalność wystąpiła wśród pacjentów po 80. roku życia, stanowią oni aż 40% wszystkich chorych.

W oparciu o dokumentację medyczną dolnośląskich pacjentów neurologicznych utworzono statystykę, obrazującą śmiertelność przy tym schorzeniu. W okresie 2011-2013 liczba zgonów stanowiła 4%.

Uzyskane z obliczeń dane, dotyczące liczby osób hospitalizowanych z powodu udaru mózgu z uwzględnieniem wieku i płci, przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Udział procentowy wieku i płci hospitalizowanych z powodu udaru mózgu

UDARY	Rok	Udział procentowy płci				Udział procentowy wieku hospitalizowanych					
		Kobiety		Mężczyźni		< 70. r.ż.		70.-80. r.ż.		> 80. r.ż.	
		Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
	2011	254	54%	219	46%	85	19%	169	38%	194	43%
	2012	266	55%	206	45%	142	25%	220	38%	210	37%
	2013	301	59%	246	41%	123	25%	161	33%	188	42%
Podsumowanie	2011-2013	821	55%	671	45%	350	23%	550	37%	592	40%

Źródło: Opracowanie własne

Zaburzenia okresowe i napadowe

W placówkach poddanych analizie wyszczególniono 721 przypadków hospitalizacji z rozpoznaniem „Zaburzenia okresowe i napadowe” w przeciągu 3 lat. Liczba ta stanowi 20% wszystkich pacjentów poddanych badaniu. Wśród hospitalizowanych dominowały przemijające mózgowo napady niedokrwienia, które stanowią 47% badanych oraz padaczka (29%). Z powodu zaburzeń okresowych i napadowych przyjęte zostały w tym okresie 444 kobiety (62%) oraz 277 mężczyzn (38%).

Przy uwzględnieniu takich zmiennych jak: podział na poszczególne lata oraz dwie odrębne placówki medyczne zaobserwowano, że liczba chorujących kobiet była zawsze większa niż mężczyzn.

Największą liczbę pacjentów stanowiły osoby pomiędzy 70.-80. rokiem życia (45%). Osoby w tym przedziale wiekowym dominują, niezależnie od roku, który był analizowany, ani placówki medycznej. Drugą grupą były osoby powyżej 80. roku życia (30%), pacjenci poniżej 70. roku stanowią 25%.

Zaobserwowano, że częstość występowania zaburzeń okresowych i napadowych wzrasta. Liczba pacjentów zwiększyła się o około 26% w przeciągu trzech lat.

Poniższa tabela przedstawia dane dotyczące liczby osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń okresowych i napadowych z uwzględnieniem wieku i płci.

Tabela 2. *Udział procentowy wieku i płci hospitalizowanych z powodu zaburzeń okresowych i napadowych*

Zaburzenia okresowe i napadowe	Rok	Udział procentowy płci				Udział procentowy wieku hospitalizowanych					
		Kobiety		Mężczyźni		< 70. r.ż.		70.-80. r.ż.		> 80. r.ż.	
	2011	132	63%	79	37%	52	25%	103	49%	56	26%
	2012	161	62%	99	38%	63	24%	115	44%	82	32%
	2013	151	60%	99	40%	46	20%	108	47%	74	33%
Podsumowanie	2011-2013	444	62%	277	38%	183	25%	326	45%	212	30%

Źródło: Opracowanie własne

Zawroty głowy i odurzenie

Z powodu zawrotów głowy i odurzenia na oddziały neurologii zgłosiły się 332 osoby, co stanowi 9% wszystkich pacjentów. Ustalono, że w tej grupie chorych znajdowały się 272 kobiety (71%) oraz 95 mężczyzn (29%). Pacjenci zgłaszający się z tą dolegliwością to przede wszystkim osoby starsze między 70.-80. rokiem życia, było ich 144, co stanowi 43% wszystkich badanych.

Po dokładnym przeanalizowaniu danych zaobserwowano, że największa liczba zachorowań w tym przedziale wiekowym miała miejsce w roku 2012. To zjawisko powtarza się w obu badanych placówkach medycznych. Chorych poniżej 70. roku życia było 32%, pacjentów po 80. roku życia 25%.

W przypadku zawrotów głowy mamy do czynienia z tendencją spadkową. Największa liczba zachorowań miała miejsce w roku 2012 i stanowiła aż 41%, w roku 2013 liczba hospitalizowanych zmniejszyła się o około 17%.

Inne zaburzenia układu nerwowego

W okresie poddanym analizie w zakresie tzw. innych zaburzeń układu nerwowego odnotowano 276 hospitalizacji, co stanowi 7% wszystkich chorych. Wśród nich było 156 kobiet (57% pacjentów z tą przypadłością) oraz 120 mężczyzn (43%).

Po przeanalizowaniu dokumentacji, określono, że największa liczba pacjentów (78%) to chorzy z placówki na Dolnym Śląsku.

Przy podziale na poszczególne lata dostrzeżono wyraźną tendencję zwykłą przy tych dolegliwościach, niezależnie od płci. Pomiedzy rokiem 2011 a 2013 liczba hospitalizowanych zwiększyła się o około 18%. Większość stanowiły osoby pomiędzy 70.-80. r.ż., było ich 146 (53%). Porównano także częstość występowania tego zjawiska w innych przedziałach wiekowych. Osób poniżej 70. r.ż. było 75 (27%), powyżej 80. r.ż. odnotowano 20%.

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej

Wyszczególniona grupa dolegliwości była przyczyną hospitalizacji 214 osób po 65. roku życia, co stanowi 6% badanych. Przy bezpośrednim podziale na dwie odrębne placówki wykazano, że ilość pacjentów w woj. dolnośląskim sukcesywnie maleje; w przeciągu trzech lat zmniejszyła się o około 45%. W woj. opolskim mamy do czynienia z tendencją zwykłą. Liczba pacjentów zwiększyła się tam o około 29%.

Wśród chorych było 135 kobiet (63%) oraz 79 mężczyzn (37%). Osoby uskarżające się na te dolegliwości to przede wszystkim pacjenci z placówki w woj. opolskim, stanowią oni 67%.

Pacjenci hospitalizowani z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego to przede wszystkim osoby pomiędzy 70.-80. rokiem życia (46%).

Otępienie

W latach 2011-2013 na oddziały neurologii przyjęto 211 osób z tej grupy chorób, co stanowi około 6%. Wśród pacjentów było 137 kobiet (65%) oraz 74 mężczyzn (35%).

Z grupy wiekowej poniżej 70. r.ż. odnotowano 15% badanych. Chorzy z grupy 70.-80. r.ż. stanowią 40%, natomiast w grupie osób powyżej 80. r.ż. stwierdzono 45% pacjentów.

Liczba hospitalizowanych między rokiem 2011 a 2013 zwiększyła się dwukrotnie.

Zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i spłoty nerwowe

Wśród osób poddanych analizie często występowały zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych lędźwiowo-krzyżowych, niesklasyfikowane gdzie indziej, które objawiały się u pacjentów głównie silnym utrzymującym się bólem kręgosłupa. Stosunkowo często wśród rozpoznań pojawiało się porażenie Bella (8%). Drugą powtarzającą się dolegliwością były zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych szyjnych, uskarżało się na tą dolegliwość około 15% chorych z tej grupy.

Choroby w obrębie nerwów czaszkowych stanowią podobnie jak porażenie Bella tylko około 8%, mononeuropatie kończyny oraz neuralgia nerwu trójdzielnego obejmują 6% przypadków. Z powodu tej właśnie grupy chorób na oddziały neurologii zostały przyjęte łącznie 204 osoby, co stanowi 6%. Wśród nich było 117 kobiet (57%) oraz 87 mężczyzn (43%). Ta grupa chorób występuje przede wszystkim u pacjentów pomiędzy 70.-80. r.ż. (53%).

Drugą dominującą grupę stanowią osoby poniżej 70. r.ż. (29%). Osób powyżej 80. r.ż. odnotowano 18%.

W analizowanym okresie liczba osób hospitalizowanych na Dolnym Śląsku zwiększyła się o około 8%, natomiast w woj. opolskim wystąpił 25% spadek zachorowalności.

Nowotwory

W analizowanym okresie z powodu nowotworów przyjętych zostało 115 pacjentów (3%). Wśród nich kobiety stanowiły 52%, natomiast mężczyźni 48%. Najczęściej nowotwory występowały u pacjentów w grupie pomiędzy 70.-80. r.ż. (47%). Zapadalność na nowotwory w tej grupie wiekowej była dominująca każdego roku, niezależnie od placówki. Drugą grupę pod względem ilości zachorowań stanowią osoby poniżej 70. r.ż. (30%).

Choroba Parkinsona

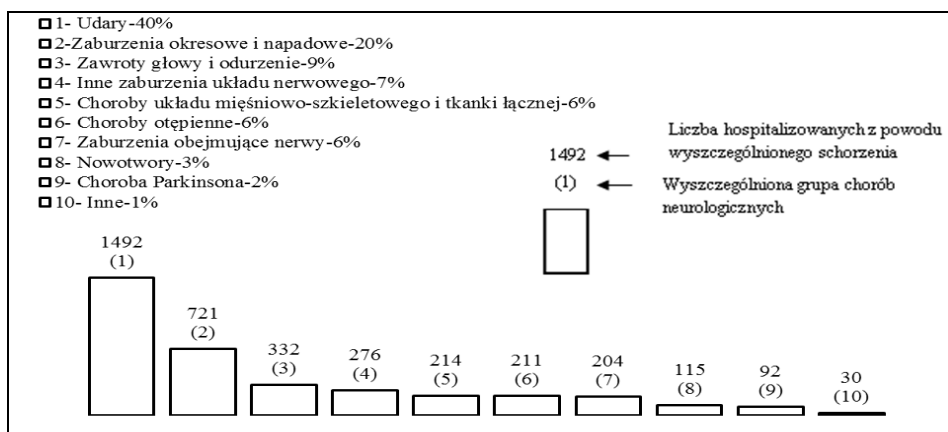
Z powodu tego schorzenia w analizowanym czasie przyjęto 92 osoby, co stanowi 2% badanych. Większość z nich stanowili chorzy ze szpitala w woj. opolskim (71%).

Rozpatrując ilość pacjentów hospitalizowanych z podziałem na płeć, odnotowano przewagę kobiet (64%).

Chorzy to przede wszystkim osoby pomiędzy 70.-80. r.ż. (50%). Pacjentów poniżej 70. r.ż. było najmniej, tylko 9%. Najstarsza grupa wiekowa obejmuje 41% przypadków.

Zapadalność na choroby neurologiczne

Częstość występowania poszczególnych zaburzeń neurologicznych wśród badanej grupy pacjentów przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem ilości hospitalizacji, przedziałów czasowych oraz płci

Źródło: Opracowanie własne

Najwięcej hospitalizacji spośród wyszczególnionych chorób neurologicznych było spowodowanych udarem mózgu (40%). Kolejną jednostką chorobową, z powodu której odnotowano znaczną ilość przyjęć na oddziały neurologiczne, były zaburzenia okresowe i napadowe (20%). Najmniejszą grupę osób hospitalizowanych spośród omawianych zaburzeń neurologicznych stanowiły osoby z chorobą Parkinsona (2%).

Ostatnią pozycję zajmują jednostki chorobowe pod nazwą „inne” (1%). Są to choroby nieujęte w wyszczególnionej grupie najczęściej rozpoznawanych i leczonych przez neurologów chorób układu nerwowego.

DYSKUSJA

Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że z powodu chorób neurologicznych zdecydowanie częściej hospitalizowane były osoby płci żeńskiej. Przewagą liczebną kobiet nad mężczyznami odnotowano nie tylko w poszczególnych przedziałach czasowych, ale również w obu placówkach. Świadczyć to może o większej podatności płci żeńskiej na schorzenia neurologiczne. Wydaje się w tym miejscu godny zauważenia fakt, iż wg analiz hospitalizacji ludności częściej do szpitali przyjmowani są mężczyźni [Syt. zdrow.].

Jak wynika z badań, najwięcej pacjentów stanowiły osoby z grupy wiekowej 70-80 lat (45%). Badani z grupy wiekowej poniżej 70. r.ż. byli niemal o połowę rzadziej hospitalizowani z powodu schorzeń układu nerwowego, co wskazuje na fakt, że wraz z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia chorób neurologicznych.

Dominującym schorzeniem u badanej grupy pacjentów był udar mózgu. Zapadalność wśród kobiet była większa niż wśród mężczyzn, niezależnie od placówki oraz od analizowanego roku. Otrzymany wynik w naszych badaniach ukazuje, że w tym przypadku kobiety chorują częściej niż mężczyźni, mimo, że ogólnopolskie statystyki mówią nam o odwrotnej tendencji [2, 3].

Zaburzenia okresowe i napadowe to grupa chorób obejmująca takie schorzenia jak: padaczka, migrena, przemijające napady niedokrwienia mózgu i zespoły pokrewne, zespoły naczyniowe w przebiegu chorób naczyń mózgowych oraz zaburzenia snu [6, 7].

W placówkach poddanych analizie uzyskano dane wskazujące na drugą (po udarach) najczęstszą przyczynę hospitalizacji u pacjentów po 65. roku życia.

Na trzecim miejscu pod względem częstości hospitalizacji pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi klasyfikują się zawroty głowy. Są to subiektywne odczucia wirowania lub braku równowagi. W przypadku chorób neurologicznych mają najczęściej charakter napadowy [8]. Wyniki badań jednoznacznie dowodzą, że kobiety trzykrotnie częściej były przyjmowane na oddziały neurologiczne z powodu zawrotów głowy. Jak wykazały dalsze analizy, największa liczba zachorowań miała miejsce w roku 2012. Zjawisko to powtarza się w obu placówkach medycznych. W przeciwieństwie do wszystkich chorób neurologicznych ujętych w badaniu, w przypadku zawrotów głowy mamy do czynienia z tendencją spadkową.

Kolejnym schorzeniem w klasyfikacji częstości hospitalizacji z powodu chorób układu nerwowego jest grupa dolegliwości pod nazwą „Inne zaburzenia układu nerwowego” obejmująca: określone, jak i nieokreślone zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia układu nerwowego wegetatywnego, pozabiegowe zaburzenia układu nerwowego, wodogłowie, torbiele mózgu, encefalopatię toksyczną czy wyciek płynu mózgowo rdzeniowego [4]. Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że ta grupa zaburzeń neurologicznych dotyczyła przede wszystkim chorych z placówki na Dolnym Śląsku.

Podobnie jak w innych schorzeniach – zauważono wyraźną tendencję zwykłą zachorowań.

Hospitalizacje pacjentów po 65. r.ż. z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej nie należą do rzadkich. Badania wskazują, że największa zachorowalność dotyczy kobiet. Porównując dane zapadalności na choroby układu mięśniowo-szkieletowego w obu województwach, uzyskano liczebną przewagę pacjentów z placówki w województwie opolskim. Jak wykazały dalsze analizy, w przypadku osób hospitalizowanych w województwie opolskim mamy do czynienia z tendencją wzrostową, w przeciwieństwie do pacjentów z województwa dolnośląskiego.

Otepienie, a w szczególności choroba Alzheimera, to równie często występujące zaburzenia neurologiczne w populacji. Według doniesień statystycznych na świecie na chorobę Alzheimera choruje 15-21 mln ludzi, w Polsce około 25 tys. [9, 10]. Ogólne statystyki mówią nam o tym, że płeć jest jednym z ważnych czynników ryzyka zachorowania na choroby otępienne. U kobiet występuje większe prawdopodobieństwo wystąpienia np. choroby Alzheimera niż u mężczyzn, co potwierdziły wyniki naszych badań – pacjentów płci żeńskiej było dwukrotnie więcej. Wskaźniki dotyczące częstości występowania otępienia podwajają się co każde 5 lat. Powoduje to, że po 85. r.ż. otępienie występuje już u około 40% populacji [2, 9, 10, 11]. Dane te pokrywają się z uzyskanymi przez nas wynikami. Najmniej pacjentów hospitalizowanych z powodu otępienia odnotowano w grupie

osób poniżej 70. r.ż. Natomiast chorzy z grupy wiekowej 70-80 lat przyjmowani byli do oddziałów dwukrotnie częściej. Statystyki dotyczące tego problemu odnotowują, iż częstość zachorowalności na choroby otępienne wzrasta wraz z wiekiem, co potwierdza się także w uzyskanych przez nas wynikach. W przeprowadzonych badaniach wykazano największy odsetek pacjentów powyżej 80. r.ż. W analizie wyników zaobserwowano także bardzo niepokojącą tendencję zwykłą dotyczącą chorób otępiennych.

W badaniach własnych stwierdzono również, że pacjenci hospitalizowani z powodu zaburzeń obejmujących nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i sploty nerwowe stanowią porównywalną liczebnie grupę do chorych z otępieniem. Jak wykazały badania, nieznacznie częściej hospitalizowane były kobiety. Natomiast rozpatrując wiek badanych stwierdzono, iż najwięcej chorych znajduje się w grupie wiekowej 70.-80. r.ż. Trend zachorowalności w tej grupie zaburzeń neurologicznych wykazuje tendencję wzrostową dla pacjentów hospitalizowanych na Dolnym Śląsku, w przeciwieństwie do pacjentów z województwa opolskiego, gdzie odnotowano spadek zachorowalności.

Według doniesień w piśmiennictwie nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (OUN) są dziesiątą, co do częstości, przyczyną zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn i dziewiątą u kobiet [9, 10]. Ogólnopolskie statystyki mówią nam, że na nowotwory OUN częściej chorują mężczyźni niż kobiety, natomiast na podstawie uzyskanych danych ustalono, że liczba pacjentów obu płci w badanym okresie była podobna, a ostatecznie kobiet przyjęto więcej. Zaobserwowano także, że liczba pacjentów w tej grupie chorób sukcesywnie wzrasta. W obu placówkach medycznych wystąpiła tendencja zwykła. W ocenianym okresie czasu liczba hospitalizowanych zwiększyła się o około 33%. Najczęściej nowotwory występowały u pacjentów w grupie wiekowej 70.-80. r.ż. Wzrost zachorowalności na nowotwory miał miejsce każdego roku w obu placówkach.

Najrzadziej występującym zaburzeniem neurologicznym wśród badanych osób była choroba Parkinsona. Jak wykazały badania, ponad dwukrotnie więcej pacjentów odnotowano w województwie opolskim. Ogólne dane donoszą, że na chorobę Parkinsona częściej chorują mężczyźni, niż kobiety w stosunku 3:2. Uzyskane przez nas wyniki bardzo odbiegają od tej normy, gdyż w naszych badaniach wykazano, że kobiety niemal dwukrotnie częściej były hospitalizowane z powodu choroby Parkinsona. 50% pacjentów to osoby w wieku pomiędzy 70.-80. r.ż.

WNIOSKI

1. Udar mózgu był najczęściej powtarzającą się diagnozą wśród pacjentów neurologicznych. Niepokojąca jest jego znaczna dominacja nad pozostałymi grupami chorób, gdyż prawie połowa hospitalizowanych w okresie 2011-2013 roku to osoby, u których wystąpił udar.
2. Częstość występowania chorób neurologicznych sukcesywnie wzrasta i jest to wzrost miarowy. Każdego analizowanego roku przybywało około 3% hospitalizowanych, co dało niepokojący wynik zwiększenia się pacjentów o 8%.

3. Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że płeć oraz wiek należą do czynników wpływających na częstość występowania chorób neurologicznych, co można zaobserwować na podstawie przeprowadzonej analizy.

PIŚMIENNICTWO

- [1]. Prusiński A.: *Neurogeriatria: praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2004.
- [2]. Prusiński A.: *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
- [3]. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne, tom II*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 2014.
- [4]. WHO. What are neurological disorders? [<http://www.who.int/features/qa/55/en/>] Dostęp: 09.03.2015.
- [5]. Główny Urząd Statystyczny: *Trwanie życia w 2013 r.*
- [6]. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
- [7]. Jaracz K., Kozubski W.: *Pielęgniarstwo Neurologiczne*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2008.
- [8]. Latkowski B., Prusiński A.: *Zawroty głowy (krótkie kompendium)*, Wydawnictwo Termedia, Poznań, 2009.
- [9]. Berlit P.: *Neurologia – kompendium*, Red. wyd. pol. Prusiński A., Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2008.
- [10]. Podemski R.: *Kompendium neurologii*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2014.
- [11]. Baumann M., Buraczyk M., Knaś R., Przedpelska-Ober E., Rossa A.: *Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera*, Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, Poznań, 2008.

Emilia Kościelna, Estera Kołat

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

***OCENA GERIATRYCZNA MIESZKAŃCÓW DOMU POMOCY
SPOŁECZNEJ ZA POMOCĄ SKALI NOSGER***

***GERIATRIC EVALUATION OF OCCUPANTS IN A NURSING HOME
BY MEANS OF THE NOSGER SCALE***

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Z procesem starzenia się związane jest pojawianie się licznych problemów zdrowotnych. Do ich określenia należy wykonać analizę stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego. Całościowa ocena geriatryczna jest wielokierunkowym procesem diagnostycznym niezbędnym do oceny sytuacji bio-psycho-społecznej seniora, który przebywa w środowisku domowym lub objęty jest opieką instytucjonalną. Obejmuje ocenę stanu czynnościowego, stanu zdrowia fizycznego, stanu psychicznego oraz sytuacji socjalnej.

Cel pracy: Celem pracy była ocena stanu bio-psycho-społecznego osób starszych zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej.

Material i metody: Badaniem objęto 96 mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Zabkowicach Śląskich, w tym 61 kobiet (64%) i 35 mężczyzn (36%). Kryterium wyboru stanowił wiek powyżej 65. roku życia. W obu grupach średnia wieku wyniosła 81 lat. Narzędzie badawcze stanowiła skala NOSGER.

Wnioski: Skala NOSGER jest dobrym narzędziem do wykonania całościowej oceny geriatrycznej. Sprawność bio-psycho-społeczna mieszkańców Domu Pomocy Społecznej była na średnim poziomie, nieco gorzej wypadły kobiety. Badane osoby najgorzej funkcjonowały w zakresie instrumentalnych aktywności życia codziennego. Najmniej patologii stwierdzono w obszarze dotyczącym zachowań destrukcyjnych, zakłócających. Spadek sprawności funkcjonalnej był związany ze zwiększającym się wiekiem badanych.

Słowa kluczowe: pacjent geriatryczny, dom pomocy społecznej, ocena geriatryczna, skala NOSGER

ABSTRACT

Introduction: The process of obsolescence is followed by numerous health problems. In order to define them it is necessary to examine geriatric patient's condition. Complete geriatric evaluation is a complex diagnostic process which is indispensable to estimate a biopsychosocial state of a senior who resides in domestic environment or institutional care. The evaluation includes the level of functionality, physical and mental health as well as social situation.

Goal: The paper's goal is to evaluate the biopsychosocial state of the elderly living in a nursing home.

Materials and method: 96 occupants of the nursing home in Zabkowice Śląskie took part in the research: 61 women (61%) and 35 men (36%). The criterion of choice was the age above 65. The average age in both groups was 81. The NOSGER scale was used as a research tool.

Conclusions: The NOSGER scale is a great tool when it comes to the geriatric evaluation. The biopsychosocial condition of the elderly in the nursing home was on the average level with slightly inferior result among women. What is more, the worst functionality appeared within the area of instrumental activities of everyday life. The least pathology was stated within the area of destructive behaviour. The higher the age of the elderly the lower their condition of functionality.

Keywords: geriatric patient, nursing home, geriatric evaluation, the NOSGER scale

Wprowadzenie

Starość jest naturalnym etapem w życiu człowieka. Umownie za jej początek ustala się 65. rok życia, a kończy ją śmierć. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w końcu 2013 roku liczba ludności w Polsce w wieku 65 lat i więcej wyniosła ponad 7 mln osób, co daje 18,2% osób w ogólnej populacji. Główny Urząd Statystyczny wskazuje również, że liczba osób w wieku powyżej 65. roku życia z roku na rok wzrasta. Badania te przemawiają za koniecznością dalszego rozwoju geriatry, a co za tym idzie – ulepszeniem opieki nad pacjentem geriatrycznym [1].

Z procesem starzenia się związane jest pojawianie się licznych problemów zdrowotnych. Do ich określenia należy wykonać analizę stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego. Niezbędne jest stworzenie zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarz, pracownik socjalny, psycholog, terapeuta zajęciowy lub fizjoterapeuta. Czasami do zespołu zalicza się również dietetyk. Zespół ten posługuje się narzędziami, które razem tworzą kompleksową ocenę geriatryczną, zwaną również całościową [2, 3].

Całościowa ocena geriatryczna jest wielokierunkowym procesem diagnostycznym, niezbędnym do oceny sytuacji bio-psycho-społecznej seniora, który przebywa w środowisku domowym lub objęty jest opieką instytucjonalną. Obejmuje ocenę stanu czynnościowego, stanu zdrowia fizycznego, stanu psychicznego oraz sytuacji socjalnej. Ocena ta pozwala na opracowanie interdyscyplinarnego planu opieki pielęgniarzkiej, dzięki czemu będzie można osiągnąć główny cel, jakim jest utrzymanie i wzmocnienie sprawności funkcjonalnej, a co za tym idzie – poprawę jakości życia osób starszych [2, 4, 5, 6, 7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena stanu bio-psycho-społecznego osób starszych zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej.

Material i metody

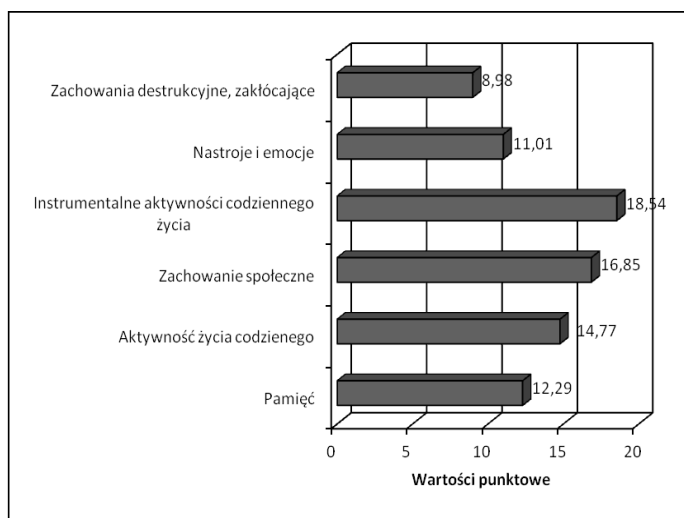
Badaniem objęto 96 mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Ząbkowicach Śląskich, w tym 61 kobiet (64%) i 35 mężczyzn (36%). Kryterium wyboru stanowił wiek powyżej 65. roku życia. W obu grupach średnia wieku wyniosła 81 lat.

Przeprowadzenie badań obejmowało kilka etapów: uzyskanie zgody na wykorzystanie skali NOSGER, przeprowadzenie badania, opracowanie i analiza uzyskanych wyników. Test przeprowadzono w lipcu 2014 roku.

Narzędzie badawcze stanowiła skala NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), czyli Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych, składa się z 30 pytań. Dotyczą one 6 obszarów życia, z których każdy posiada pięć pytań. Za każde pytanie można otrzymać od 1 do 5 punktów. Wartości punktowe przypisane są do następujących odpowiedzi: nigdy, często, czasami, najczęściej, zawsze. Minimalna ilość punktów do uzyskania to 30, a maksymalna 150. Zgromadzone dane opracowano i zanalizowano przy użyciu programu Microsoft Excel 2010.

Wyniki

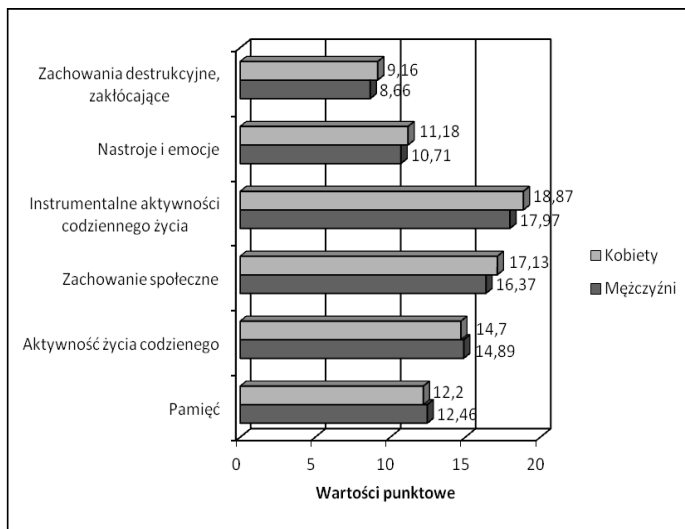
Pierwszy wykres ukazuje średnie wartości punktowe otrzymane w każdym z branych pod uwagę obszarów. Mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej najmniej patologii wykazują w obszarze zachowań destrukcyjnych, zakłócających (8,98 pkt). Nieco słabiej funkcjonują w obszarach dotyczących nastrojów i emocji (11,01 pkt) oraz pamięci (12,29 pkt). Najgorsze funkcjonowanie stwierdzono w aktywnościach życia codziennego (14,77 pkt), zachowaniach społecznych (16,85 pkt) oraz instrumentalnych aktywnościach codziennego życia (18,54 pkt).



Ryc. 1. Średnia ilość punktów otrzymana przez badanych mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w każdym z obszarów

Źródło: Opracowanie własne

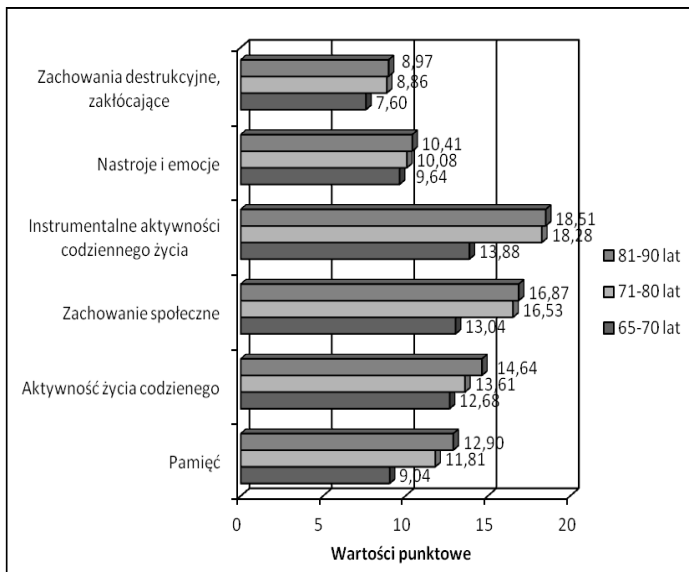
Poniższy wykres przedstawia średnią wartość punktową uzyskaną przez badane osoby z podziałem na płeć. W grupie mężczyzn rozkład średnich przedstawiał się następująco: zachowania destrukcyjne, zakłócające (8,66 pkt), nastroje i emocje (10,71 pkt), pamięć (12,46 pkt), aktywność codziennego życia (14,89 pkt), zachowanie społeczne (16,37 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (17,97 pkt). Wśród kobiet kolejność średnich była taka sama: zachowania destrukcyjne, zakłócające (9,16 pkt), nastroje i emocje (11,18 pkt), pamięć (12,2 pkt), aktywność codziennego życia (14,7 pkt), zachowanie społeczne (17,13 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (18,87 pkt).



Ryc. 2. Średnia ilość punktów otrzymana w każdym z obszarów z podziałem na płeć badanych mieszkańców Domu Pomocy Społecznej

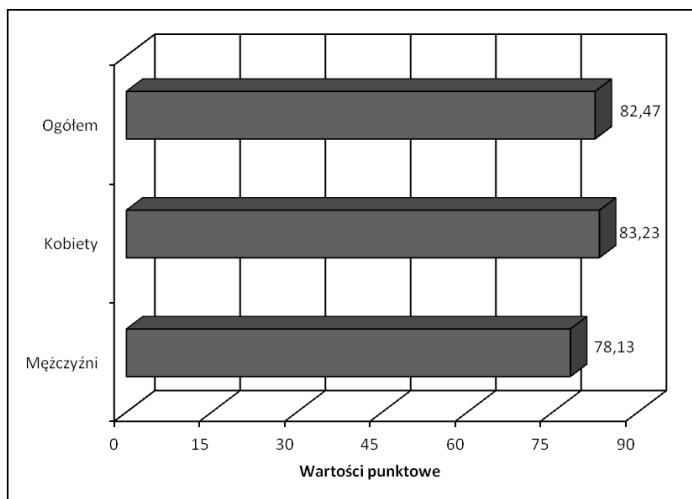
Źródło: Opracowanie własne

Oceniono również sprawność badanych w zależności od wieku. Podzielono badanych na 3 grupy: 65-70 lat, 71-80 lat, 81-90 lat. W pierwszej grupie średnie punktowe rozkładały się następująco: zachowania destrukcyjne, zakłócające (7,60 pkt), pamięć (9,04 pkt), nastroje i emocje (9,64 pkt), aktywność codziennego życia (12,68 pkt), zachowanie społeczne (13,04 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (13,88 pkt). Druga grupa uzyskała następujące średnie: zachowania destrukcyjne, zakłócające (8,86 pkt), nastroje i emocje (10,08 pkt), pamięć (11,81 pkt), aktywność codziennego życia (13,61 pkt), zachowanie społeczne (16,53 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (18,28 pkt). W trzeciej grupie najlepsze wyniki uzyskano w zakresie zachowań destrukcyjnych, zakłócających (8,97 pkt). Następnie kolejno nastroje i emocje (10,41 pkt), pamięć (12,90 pkt), aktywność codziennego życia (14,64 pkt), zachowanie społeczne (16,87 pkt), instrumentalne aktywności codziennego życia (18,51 pkt).



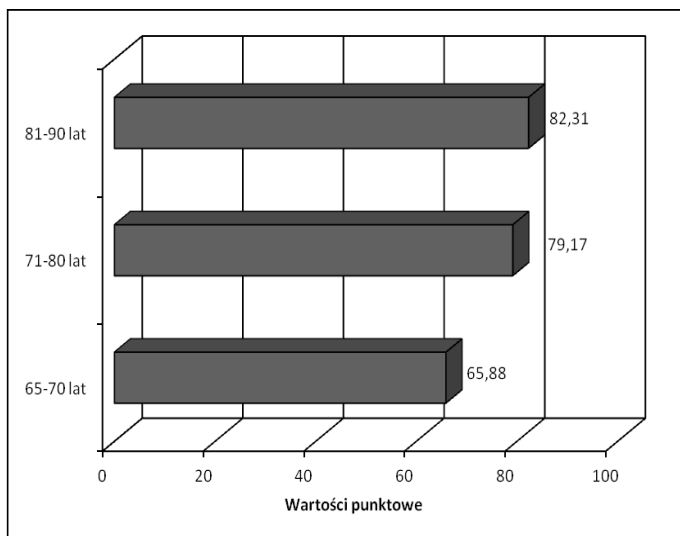
Ryc. 3. Średnia ilość punktów otrzymana w każdym z obszarów z podziałem na wiek badanych mieszkańców Domu Pomocy Społecznej
 Źródło: Opracowanie własne

Badani mieszkańcy uzyskali średnio 82,47 pkt. Mężczyźni zdobyli średnio 78,13 pkt. Nieco gorzej wypadły kobiety, które otrzymały średnio 83,23 pkt.



Ryc. 4. Średnia punktów uzyskana łącznie przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej
 Źródło: Opracowanie własne

Ostatni wykres przedstawia średnią punktową ze względu na wiek. Wraz z wiekiem rosła średnia liczba punktów. W grupie 65-70 lat było to średnio 65,88 pkt; w grupie 71-80 lat 79,17 pkt; a w grupie 81-90 lat 82,31 pkt.



Ryc. 5. Średnia punktów uzyskana łącznie przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej z podziałem na grupy wiekowe

Źródło: Opracowanie własne

Dyskusja

Faktem niezaprzeczalnym jest, że wraz z procesem starzenia się, oprócz pojawiania się chorób, związane jest stopniowe ograniczanie sprawności fizycznej i psychicznej. Jednakże należy podkreślić, że grupa ludzi starszych jest dość zróżnicowana pod względem sprawności funkcjonalnej. Obniżanie sprawności funkcjonalnej rozpoczyna się od dysfunkcji w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego, np. posługiwanie się pieniędzmi przy dokonywaniu zakupów, korzystanie z komunikacji miejskiej, przygotowywanie posiłków. Później pojawia się bezradność w aktywnościach życia codziennego, takich jak: utrzymanie higieny osobistej, kontrolowanie czynności fizjologicznych, odżywianie. Skutkuje to wzrostem zapotrzebowania na różne postacie opieki. Uniezależnienie od innych osób jest czynnikiem potęgującym złe samopoczucie starszych ludzi [8, 9].

Oceniając pacjentów za pomocą skali NOSGER, można określić ich stan w 6 obszarach: aktywność codziennego życia, pamięć, instrumentalne aktywności codziennego życia, zachowanie socjalne, nastroje i emocje oraz zachowania destrukcyjne, zakłócające. Im mniejsza ilość zdobytych punktów, tym funkcjonalność badanej osoby jest lepsza. Osoba starsza jest uznawana za zdrową, gdy uzyskała mniej niż 60 punktów. Jeśli senior przebywa w instytucji opieki stacjonarnej, to uważa się go za zdrowego, gdy nie przekroczył 75 punktów [10].

Test według NOSGER jest nowym narzędziem, dlatego też nie ma wielu publikacji traktujących to zagadnienie.

Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej funkcjonowali na średnim poziomie, uzyskując średnio 82,47 punktów na maksymalne 150 punktów. Nieco inne wyniki uzyskał M. Wysokiński i wsp., gdzie średnia liczba punktów badanej grupy wyniosła 73,95 punktów [11]. W. Fidecki i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów oddziałów internistycznych otrzymał średnią 57,23 punktów [12]. Ten sam autor, gdy realizował test skalą NOSGER w instytucjach opieki długoterminowej, uzyskał średnią 71,04 punktów i ocenił, że funkcjonalność badanych była na obniżonym poziomie [13]. Według przeprowadzonej analizy własnych wyników stwierdzono, że lepiej od kobiet funkcjonowali mężczyźni. U Fideckiego w pierwszym z wymienionych badań lepiej funkcjonowali mężczyźni, jednak w instytucjach opieki długoterminowej były to kobiety [12, 13]. Również wiek miał wpływ na ogólną ocenę stanu funkcjonalnego. Stwierdzono, że wraz ze wzrostem wieku rośnie średnia punktowa otrzymana w teście. Takie same wnioski wysnuł Wysokiński i Fidecki [11, 12, 13].

W sferze emocjonalnej seniorów można zauważyć pewne zmiany. Mogą dotyczyć uczuć i nastrojów. Osłabieniu może ulec reaktywność emocjonalna, a także uczuciowość. Seniorzy bardzo rzadko miewają ataki złości oraz agresji. Wszystkie niepożądane zmiany osobowości oraz zachowania należy raczej wiązać z procesem chorobowym [4, 14, 15, 16]. Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej najlepiej funkcjonowali w obszarze zachowań destrukcyjnych oraz nastrojów i emocji. Fidecki i Wysokiński otrzymali takie same wyniki [11, 12, 13].

Z wiekiem zmniejsza się tkanka naszego mózgu. Redukcji ulega liczba neuronów, a w korze mózgowej zwiększa się ilość komórek gleju. Oprócz zmian anatomicznych układu nerwowego obserwuje się również zmiany neurochemiczne. Zmniejsza się aktywność noradrenaliny. Przepływ dopaminy ulega zmianom, a obniżenie stężenia acetylocholiny wpływa na sprawność pamięciową. Wszystkie te zmiany pokazują, że starzeniu się organizmu towarzyszą zaburzenia pamięci. Zaburzenia pamięci najczęściej objawiają się zaburzeniami pamięci krótkotrwałej [15, 16, 17, 18]. Wykonana analiza pokazuje, że pamięć badanych osób była na średnim poziomie (12,29 punktów). W badaniach Fideckiego i wsp. ankietowani w obszarze pamięci uzyskali średnio 10,22 i 11,14 punktów [12, 13].

Człowiek w podeszłym wieku bardzo często wycofuje się do własnego świata, co spowodowane jest znacznym osłabieniem relacji społecznych. Kontakty te stają się dla ludzi starszych mało satysfakcjonujące, a przy tym obciążające. Konsekwencją tego jest samotność, czyli brak więzi emocjonalnych z rodziną, brak przyjaźni i towarzystwa [19]. Przeprowadzone badania pokazały, że mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej w zakresie zachowań społecznych funkcjonowali na dość niskim poziomie. Średnio otrzymali 16,85 punktów. Fidecki i wsp. uzyskał w swoich testach nieco lepsze wyniki. Były one na poziomie średniej 13,38-14,22 [12, 13].

Na uczestnictwo w życiu społecznym, jak również na ogólną jakość życia, w dużej mierze wpływa sprawność fizyczna. Jej zmniejszenie spowodowane jest pogłębianiem się zmian patofizjologicznych związanych ze starzeniem, występowaniem przewlekłych schorzeń, urazami oraz negatywnym wpływem środowiska i trybu życia. Obniżenie sprawności fizycznej wpływa na pojawienie się dysfunkcji w obszarze instrumentalnych czynności życia codziennego, a z czasem wpływa na czynności z zakresu samoobsługi [20]. Badani z Domu Pomocy Społecznej najgorzej funkcjonowali właśnie w obszarze instrumentalnych czynnościach codziennego życia. Aktywności codziennego życia również były na niskim poziomie. Wykazano również, że wzrost dysfunkcji w tych obszarach był kompatybilny ze zwiększającym się wiekiem mieszkańców. W obszarze instrumentalnych aktywności codziennego życia mieszkańcy otrzymali średnio 18,54 punktów. Takie same wyniki uzyskał Fidecki i wsp., jednakże średnia punktowa była na poziomie nieco powyżej 16 punktów. Wysokiński i wsp. również wskazał, że badani najgorzej funkcjonowali w zakresie instrumentalnych aktywności życia codziennego [11, 12, 13].

Zebrane dane ukazują, że ocena pacjenta geriatrycznego musi być wielopłaszczyznowa, aby jak najlepiej ocenić jego sprawność funkcjonalną, od której zależna jest jakość życia seniorów. Ocena ta jest szczególnie istotna dla opiekunów ludzi starszych, a zatem również dla pielęgniarek. Pozwala to opracować szczegółowy proces pielęgnowania pacjenta geriatrycznego oraz osiągnąć cel, jakim jest dłuższe utrzymanie jego samodzielności i niezależności.

Wnioski

1. Sprawność bio-psycho-społeczna badanej grupy osób była na średnim poziomie.
2. Mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej najgorzej funkcjonowali w zakresie instrumentalnych aktywności życia codziennego.
3. Najmniej patologii stwierdzono w obszarze dotyczącym zachowań destrukcyjnych, zakłócających.
4. Wśród badanych gorzej funkcjonowały kobiety.
5. Spadek sprawności funkcjonalnej był związany wraz ze zwiększającym się wiekiem badanych.
6. Test skalą NOSGER jest dobrym narzędziem do wykonania całościowej oceny geriatrycznej.

Piśmiennictwo

- [1] Główny Urząd Statystyczny: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku*.
- [2] Bień B., Wojszel Z. B.: *Kompleksowa ocena geriatryczna*. [W:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. [Red.] Kędzióra-Kornatowska K., Muszalik M., Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2007.

- [3] Wieczorowska-Tobis K.: *Ocena pacjenta starszego*. Geriatria. 2010, 4, 247-251.
- [4] Abrams W. B., Beers M. H., Berkow R.: *MSD Podręcznik Geriatrii*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław, 1999.
- [5] Kostka T.: *Jakość życia osób starszych*. [W:] Choroby wieku podeszłego. [Red.:] Kostka T., Koziarska-Rościszewska M. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
- [6] Mikołajewska E.: *Całościowa ocena geriatryczna w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku*. Wydawnictwo Raabe, Warszawa, 2014.
- [7] Skalska A.: *Kompleksowa ocena geriatryczna*. [W:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. [Red.:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2006.
- [8] Borowiak E., Kostka T.: *Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym*. [W:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. [Red.:] Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
- [9] Leszczyńska-Rejchert A.: *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn, 2010.
- [10] Liszewska M.: *Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER*. Wspólne tematy. 2005,1, 3-9.
- [11] Wysokiński M., Fidecki W., Gębała S.: *Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych*. Gerontologia Polska. 2013, 21, 3, 89-97.
- [12] Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R., Sienkiewicz Z.: *Ocena stanu psycho-fizycznego osób starszych ze schorzeniami narządu ruchu*. Hygeia Public Health. 2012, 47 (3), 350-353.
- [13] Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R.: *Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarstwa*. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. Rzeszów, 2011, 2, 205-211.
- [14] Parnowski T.: *Psychologiczne starzenie się człowieka*. [W:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. [Red.:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2006.
- [15] Polak A., Porzych K.: *Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób starszych*. [W:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. [Red.:] Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2007.
- [16] Schiefele J., Staudt I., Dach M.: *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław, 1998.
- [17] Kołodziej W.: *Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości*. [W:] Wybrane problemy osób starszych. [Red.:] Nowicka A. Wydawnictwo Impuls, Kraków, 2006.

- [18] Rosenthal T.: *Przewlekłe zaburzenia pamięci*. [W:] Geriatria. [Red.:] Rosenthal T., Naughton B., Williams M. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2009.
- [19] Tobiasz-Adamczyk B.: *Spoleczne aspekty starzenia się i starości*. [W:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. [Red.:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2006.
- [20] Skalska A.: *Niesprawność ruchowa. Upadki i zaburzenia chodu*. [W:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. [Red.:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2006.

Maja Lewandowska, Anna Zylińska

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

Edyta Letka-Paralusz

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie, Instytut Pielęgniarstwa
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Zdrowia Publicznego,
Zakład Zdrowia Publicznego

***OPIEKA NAD PACJENTEM Z PRZEWLEKŁYM,
MIAŻDŻYCOWYM NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH –
STUDIUM PRZYPADKU***

***CARE OF THE PATIENT WITH PERIPHERAL ARTERIAL
DISEASE – CASE STUDY***

STRESZCZENIE

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych stanowi powszechny problem zdrowotny, którego podłożem jest zmniejszenie przepływu krwi tętniczej w naczyniach w obrębie kończyn dolnych. Schorzenie występuje u około 3-8% ogółu populacji. 98% przypadków zachorowań jest spowodowanych miażdżycą zarostową tętnic. Wiek podeszły jest czynnikiem sprzyjającym występowaniu miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych.

Niniejsza praca ukazuje przebieg oraz efekty leczenia i opieki pielęgniarskiej nad pacjentką w IV stadium przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg skali Fontaine'a [1].

Słowa kluczowe: Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych, miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych, studium przypadku

ABSTRACT

Chronic lower limb ischemia is a common health problem, which is caused by the substrate arterial blood flow in the vessels of the lower limbs. The disease occurs in about 3-8% of the total population. 98% of cases are caused by arterial occlusive disease. Old age is a factor in the occurrence of atherosclerotic occlusive disease of the lower limbs. This study shows the progress and effects of treatment and nursing care of the patient in stage IV chronic lower limb ischemia measured by Fontaine scale.

Keywords: Peripheral arterial disease, atherosclerosis, case study

Wstęp

Przewlekłe niedokrwienie tętnic kończyn dolnych jest stanem w którym stwierdza się niewystarczającą podaż tlenu do tkanek kończyn dolnych. Stan ten jest wynikiem upośledzenia przepływu krwi w tętnicach. Objawowe niedokrwienie tętnic kończyn dolnych dotyczy 20% mieszkańców Europy i Ameryki Północnej powyżej 55 roku życia. Czynnikiem zwiększającym częstość występowania choroby jest wiek podeszły. Wśród populacji po 70. roku życia częstość występowania dochodzi do 60%.

Przyczynę ponad 97% przypadków zachorowań na przewlekłe niedokrwienie tętnic kończyn dolnych stanowi miażdżycza zarostowa [2].

Do głównych czynników ryzyka miażdżycy należy zaliczyć: palenie tytoniu, które 2,5-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania; występowanie cukrzycy, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii. Wśród niemodyfikowalnych czynników ryzyka wymienić należy płeć – mężczyźni dwukrotnie częściej zapadają na miażdżycę tętnic kończyn dolnych niż kobiety. Należy zwrócić uwagę na fakt, że u osób po 70. roku życia oraz chorujących na cukrzycę płeć nie stanowi czynnika ryzyka występowania schorzenia.

Choroba niedokrwienne kończyn dolnych w początkowym etapie objawia się występowaniem bólu spoczynkowego w porach nocnych, ustępującego pod wpływem mało intensywnego wysiłku marszowego, bądź opuszczenia kończyny. Charakterystyczny ból kończyn nasila się wraz z narastaniem zwężeń i niedrożności w naczyniach. W późniejszym etapie choroby pojawia się w ciągu dnia i nie ustępuje pod wpływem aktywności ruchowej chorego. Innym charakterystycznym objawem schorzenia jest chromanie przestankowe. Chromaniem przestankowym określa się występujący podczas wysiłku fizycznego, lecz ustępujący w spoczynku ból obejmujący chorą kończynę, występujący zazwyczaj obwodowo od zwężenia lub niedrożności tętnicy [3].

Wyrazem skrajnego niedokrwienia jest wystąpienie martwicy tkanek oraz bolesnego owrzodzenia. Najczęściej dotyczy to palucha oraz V palca. W sytuacji wystąpienia martwicy oraz owrzodzeń może dojść do zakażenia miejsc objętych ww. zmianami. Przyczyną ponad połowy przypadków martwicy i owrzodzeń jest uraz, w tym mikrouraz, bądź grzybicze zakażenie stóp. Martwica występująca w obrębie palców stopy pozwala przypuszczać, że na skutek rewaskularyzacji zostanie zachowana czynność kończyny, natomiast zmiany martwicze umiejscowione w obrębie pięty, grzbietu stopy bądź śródstopia rokują niepomyślnie i najczęściej kończą się pierwotną amputacją kończyny [2].

Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie przebiegu oraz efektów leczenia i opieki pielęgniarskiej nad pacjentką w IV stadium przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych wg skali Fontaine'a.

Metodologia

W pracy posłużono się dokonanym przeglądem literatury światowej na temat przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Ponadto, ze względu na charakter metodologiczny pracy kazuistycznej podstawą do opracowania naukowego była dostępna dokumentacja medyczna pacjentki oraz przeprowadzony wywiad pielęgniarstwa, związany z aspektami choroby opisanej w niniejszym artykule.

Opis przypadku

Kobieta w wieku 72 lat przywieziona do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego 26 lutego 2014 roku przez Zespół Ratownictwa Medycznego z powodu dolegliwości bólowych kończyn dolnych. Pacjentka przytomna, w kontakcie logicznym. W badaniu lekarskim stwierdzono rozległe owrzodzenia obu podudzi z ropną wydzieliną, naciek zapalny tkanki podskórnej podudzi oraz zaawansowane zmiany martwicze w obrębie lewej stopy. Parametry życiowe w momencie przyjęcia: RR – 120/80 mmHg, tętno 76 uderzeń/minutę, temperatura ciała: 37,9⁰C. Po wykonanych badaniach laboratoryjnych pacjentka została przekazana na Oddział Chirurgiczny w celu wykonania amputacji kończyny lewej.

Kobieta w chwili przyjęcia na Oddział Chirurgiczny wykazywała cechy zaniedbania. Na podstawie wywiadu lekarskiego stwierdzono, że bóle kończyn dolnych narastały stopniowo od kilku miesięcy. Pierwszym objawem choroby zauważonym przez pacjentkę było chromanie przestankowe, które ustępowało kilka minut po zaprzestaniu wysiłku. Kolejnym etapem choroby było pojawienie się bólu kończyn nieustępującego pod wpływem odpoczynku. Pacjentka odczuwała również objaw ziębnięcia palców kończyn dolnych. Chora potwierdziła, że nie stosowała leczenia w stosunku do pojawiających się objawów. Alergii ani nałogów nie podała. Badanie pomiaru glikemii wykazało podwyższony poziom glukozy – 173,7 mg/dL.

Po uzyskaniu od pacjentki zgody oraz przygotowaniu do zabiegu 27 lutego wykonano amputację kończyny lewej na wysokości ½ uda oraz debridement ran podudzia prawego. Kilka dni po wykonanym zabiegu kikut wykazywał cechy prawidłowego procesu gojenia. Pacjentka w dniu 5 marca została wypisana z Oddziału Chirurgii i przekazana do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Gorzdzach z zaleceniami kontynuacji leczenia poprzez wykonywanie codziennej toalety ran podudzia prawego przy zastosowaniu okładów z Paraffinetu. Wszelkie czynności związane ze zmianą opatrunków były wykonywane z zachowaniem jałowości. Zgodnie ze zaleceniami lekarskimi kikut po amputacji był pielęgnowany z użyciem Octenilinu w płynie. Ponadto u chorej zostało zastosowane następujące leczenie farmakologiczne: Fraxiparine 0,3 ampułkostrzykawką 21 sztuk, 1x1, Doreta 75mg 1x1 doraźnie. Zalecono również kontrolę w poradni chirurgicznej po upływie 10 dni od uzyskania wypisu w celu oceny gojenia się kikuta oraz zakwalifikowaniu pacjentki do amputacji kończyny prawej.

Od 5 marca do 15 października pacjentka przebywa w ZOL w Gorążdżach, gdzie została przyjęta z ustalonym rozpoznaniem miażdżycy ogólnej, miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych, owrzodzenia podudzia prawego po opracowaniu chirurgicznym oraz stanie po amputacji kończyny lewej. – Ryc. 1.



Ryc. 1. Owrzodzenie podudzia prawego – 12 marca 2014 – 7 doba leczenia
Źródło: materiały własne

Pacjentka została zakwalifikowana zgodnie z procedurami do III kategorii pielęgnowania. W skali Barthel uzyskała 10 punktów, w skali Norton 10 punktów. Chora wymaga obserwacji pod kątem występowania cukrzycy – incydenty hiperglikemii. W wyniku dalszej diagnostyki cukrzyca została wykluczona – poziom glikemii został wyrównany. U pacjentki została rozpoznana odleżyna I⁰ wg skali Torrance'a na kości ogonowej.

W czasie od przyjęcia pacjentki do ZOL do wizyty w poradni chirurgicznej chora była pielęgnowana zgodnie z zaleceniami lekarskimi uzyskanymi z Oddziału Chirurgicznego. Po kilkunastu dniach stosowania leczenia zauważono znaczny postęp w gojeniu się owrzodzeń prawego podudzia. – Ryc. 2.



Ryc. 2. Owrzodzenie podudzia prawego – 19 marca 2014 – 14 doba leczenia
Źródło: materiały własne

24 marca 2014 roku pacjentka została przewieziona na Oddział Chirurgii w celu kontynuacji leczenia zabiegowego w obrębie kończyny dolnej prawej. Wobec cech zapoczątkowanego procesu gojenia zmian o charakterze owrzodzeń odstąpiono od planowanej amputacji kończyny. – Ryc. 3.

W dniu następnym zostało przeprowadzone chirurgiczne wycięcie zmian martwiczych obecnych na podudziu prawym. Zabieg przebiegł prawidłowo, wobec braku powikłań pacjentka została przekazana do ZOL z zaleceniem kontynuacji leczenia na dotychczasowych warunkach.



Ryc. 3. Owrzodzenie podudzia prawego – 06 kwietnia 2014 – 32 doba leczenia
Źródło: materiały własne

U pacjentki do 15 października 2014 roku stosowane jest leczenie zgodne z zaleceniami zespołu chirurgicznego. Obserwowana jest stała poprawa stanu pacjentki. Niemalże całkowicie wygojeniu uległy owrzodzenia zlokalizowane na palcach oraz grzbiecie kończyny dolnej. – Ryc. 4.



Ryc. 4. Proces gojenia owrzodzenie stopy prawej – 30 kwietnia 2014 – 56 doba leczenia
Źródło: materiały własne

Proces gojenia owrzodzeń dotyczy również podudzia zarówno strony zewnętrznej, jak i wewnętrznej. – Ryc. 5.



Ryc. 5. Proces gojenia owrzodzenie podudzia prawego – 30 kwietnia 2014 – 56 doba leczenia
Źródło: materiały własne



Ryc. 6. Proces gojenia podudzia prawego – 17 maja 2014 – 73 doba leczenia
Źródło: materiały własne

Porównanie stanu pacjentki:



Ryc. 7. Stopa – 12 marca, 17 maja, 25 września 2014
Źródło: materiały własne



Ryc. 8. Zewnętrzna strona podudzia – 19 marca, 17 maja, 25 września 2014
Źródło: materiały własne



Ryc. 9. Wewnętrzna strona podudzia – 19 marca, 17 maja, 25 września 2014
Źródło: materiały własne

W trakcie pobytu i leczenia pacjentki w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy jej stan emocjonalny był wyrównany, nie zauważono spadków nastroju, ani objawów depresyjnych.

Podsumowanie

W Polsce każdego roku około 40 tysięcy pacjentów zgłasza się do lekarza rodzinnego z objawami przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w późnym stadium choroby. Większość z nich to ludzie w podeszłym wieku. W przypadku niedokrwienia kończyn dolnych niezwykle istotne jest wczesne rozpoznanie choroby, które umożliwi jak najszybsze wprowadzenie leczenia zachowawczego. Skuteczność tego rodzaju leczenia sięga 80%. Polega ono na: eliminowaniu czynników ryzyka schorzenia (ze szczególnym uwzględnieniem bezwzględnego zakazu palenia tytoniu); wprowadzeniu rehabilitacji ruchowej (zwłaszcza treningów marszowych); leczeniu chorób współistniejących (wpływających na powstanie przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych); zastosowaniu farmakoterapii. Wśród pacjentów z III i IV stopniem zaawansowania choroby, zgodnie z klasyfikacją Fontaine'a, rozważa się przeprowadzenie zabiegu rewaskularyzacji. W przypadku pacjentki opisaney w niniejszym artykule ze względu na stopień zaawansowania niedokrwienia oraz stan naczyń podudzia zdecydowano o konieczności przeprowadzenia amputacji kończyny lewej oraz rozważenie amputacji kończyny prawej.

Przy terapii owrzodzeń bardzo ważna jest odpowiednia pielęgnacja i zaopatrywanie ran. Konieczne jest codzienne mycie ran wybranym środkiem – może to być: 0,9% NaCl, płyn Ringera, PWE lub Octenilin w płynie oraz zastosowanie lawaseptyki i antyseptyki. Lawaseptyka to aseptyczne przemywanie rany, fizyczne usuwanie zanieczyszczeń wraz z bakteryjnym biofilmem z jej powierzchni przy pomocy wybranego środka. W dzisiejszych czasach szereg firm oferuje obszerną gamę środków antyseptyków i specjalistycznych opatrunków, które można ze sobą komponować oraz aktywować ich odpowiednie działanie. Środki takie jak Octenisept, Octenilin (Schulke) w żelu lub w płynie to jedne z nowocześniejszych na bazie oktenidyny (indeks biozgodności 1,73-2,11). Może być łączony z innymi opatrunkami, także tymi zawierającymi srebro (np. AtraumanAg). Używany przy leczeniu opisywanego przypadku owrzodzeń Paraffinet firmy ZARYS International Group sp. z o.o. to jałowy, hipoalergiczny opatrunek siatkowy nasączony parafiną. Dzięki parafinie nie przylega do rany, utrzymując odpowiednią wilgotność w ranie, nie macerując naskórka, a zapobiegając jego wysuszeniu. Wymaga opatrunku wtórnego, najlepiej typu Zetuvit (Hartmann), który będzie wchłaniał wydzielinę [4].

Warto zauważyć, że prawidłowo prowadzone leczenie oraz opieka pielęgnarska, ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki, przyczyniła się do postępującego procesu gojenia oraz odstąpienia od zabiegu amputacji kończyny, co w znacznym stopniu przyczyni się do poprawy jakości życia pacjentki.

Piśmiennictwo

- [1]. Szczeklik A. (red.): *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2010.
- [2]. Szczeklik A.: *Medycyna Praktyczna 2006/05WS - 2006/02*.
- [3]. Weitz J.I., Byrne J. i wsp. *Diagnosis and treatment of chronic arterial insufficiency of the lower extremities: a critical review*. *Circulation* 1996; 94: 3026-3049.
- [4]. Szkiler E.: *Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych*. Wyd. Evereth, Warszawa 2012, 13-24.

Anna Komarow-Kuźmińska

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

Edyta Letka-Paralusz

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Zdrowia Publicznego,
Zakład Zdrowia Publicznego

Lucyna Szefczyk-Polowczyk

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Zdrowia Publicznego

***PRÓBA OCENY JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB W WIEKU PODESZŁYM –
PENSJONARIUSZY WYBRANYCH DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ
W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM***

***EVALUATION OF LIFE QUALITY OF ELDERLY PEOPLE –
RESIDENTS OF SELECTED SOCIAL HOMES
IN THE REGION OF SILESIA***

STRESZCZENIE

Jakość życia jest pojęciem bardzo szerokim, wg definicji WHO to sposób postrzegania przez człowieka jego pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do jego zadań, oczekiwań i wyznaczonych standardów. Jakość życia ocenia się przez pryzmat wielu obszarów życia, m.in. stanu fizycznego, stanu psychicznego, relacji społecznych.

Celem głównym artykułu jest próba oceny jakości życia osób starszych – pensjonariuszy wybranych Domów Pomocy Społecznej w województwie śląskim. Badanie kwestionariuszowe przeprowadzono w 2014 r. wśród 55 pensjonariuszy w Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Zabrze oraz Domu Pomocy Społecznej „Nasz Dom” w Gliwicach.

W badaniu zastosowano metodę wywiadu bezpośredniego. Jako narzędzie pomiarowe wykorzystano kwestionariusz badawczy WHOQOL-BREF.

Stwierdzono, że jakość życia osób w wieku podeszłym – pensjonariuszy wybranych Domów Pomocy Społecznej w województwie śląskim jest niska.

Słowa kluczowe: jakość życia, osoby starsze, dom pomocy społecznej

ABSTRACT

Quality of life is a complex issue. According to the WHO definition it is the way of human perception of its life position in the context of culture and value system in which it lives and in relation to its mandate, expectations and set of standards. Quality of life is assessed from the perspective of many areas of life, including physical and mental status and social relations.

The main objective of this article is an attempt to assess the quality of life of older people – residents of selected Social Homes in the region of Silesia.

Questionnaire survey was conducted in 2014 among 55 residents of Social Home number 3 in Zabrze and Social Home “Our Home” in Gliwice. The method used in the study was direct interview and a measurement tool – WHOQOL-BREF questionnaire.

The quality of life in elderly people- residents of selected Social Homes in the region of Silesia is low.

Keywords: life quality, elderly people

WSTĘP

XX wiek przyniósł znaczny wzrost liczby ludności na świecie. W minionym stuleciu istotnie wydłużyła się również średnia długość życia, która w Polsce u mężczyzn wynosi obecnie 72,7 lat, natomiast u kobiet – 81 lat. Skutkiem tego zjawiska jest stały wzrost liczby osób w podeszłym wieku w Polsce i na świecie. Starzenie się społeczeństwa polskiego stanowi poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej i społecznej. Do wzrostu liczby osób w wieku podeszłym przyczyniają się m.in. rozwój medycyny, zwłaszcza w zakresie ratowania życia; działania z zakresu profilaktyki chorób zakaźnych oraz lepsza jakość życia i postęp cywilizacyjny [1].

W dobie XXI wieku badania nad jakością życia stanowią przedmiot zainteresowania naukowców wielu dyscyplin, a pojęcie jakości życia definiowane jest w różnorodny sposób. Wg Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to „*sposób postrzegania przez jednostki swoich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami*”. Niejednokrotnie zmiany związane ze starzeniem się organizmu prowadzą do powstania ograniczenia samodzielności osób starszych, co w niewątpliwy sposób obniża jakość życia tych osób [2]. W miarę starzenia się następuje stałe, powolne zmniejszenie wydolności organizmu, mobilności, aktywności oraz niezależności. Często konsekwencjami takich zmian jest konieczność korzystania z pomocy innych, utrata pozycji społecznej, samotność i funkcjonowanie na marginesie życia społecznego, co prowadzi do obniżenia jakości życia [3, 4].

ZAŁOŻENIA PRACY

Na podstawie przeprowadzonej kwerendy źródłowej i badań empirycznych autorzy niniejszego opracowania przyjęli założenie, że jakość życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej jest niska.

CEL PRACY

Celem artykułu jest próba oceny jakości życia osób starszych – pensjonariuszy domów pomocy społecznej w województwie śląskim.

MATERIAŁ

Badanie kwestionariuszowe przeprowadzono wśród 55 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Zabrzu oraz Domu Pomocy Społecznej w Gliwicach.

Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom” w Gliwicach stanowi miejsce stałego pobytu dla 122 pensjonariuszy. Jest to jednostka o zasięgu ponadgminnym. Dom Pomocy nr 3 w Zabrze również stanowi jednostkę o zasięgu ponadgminnym. Jest miejscem przeznaczonym dla osób przewlekle somatycznie chorych.

METODA

W badaniu zastosowano metodę wywiadu bezpośredniego. Jako narzędzie pomiarowe wykorzystano kwestionariusz badawczy WHOQOL-BREF, który stanowi skróconą wersję kwestionariusza WHO QOL 100, oceniającego jakość życia. Kwestionariusz WHOQOL-BREF składa się z 26 pytań, na które osoba badana samodzielnie udziela odpowiedzi w 5-stopniowych skalach. Ocena dotyczy funkcjonowania osoby w ostatnich 2 tygodniach przed wykonanym badaniem. Kwestionariusz zawiera dwa oddzielnie analizowane pytania dotyczące zadowolenia z życia (pytanie 1) oraz zdrowia (pytanie 2). Pozostałe 24 pytania umożliwiają ocenę jakości życia w czterech aspektach: psychologicznym, zdrowia fizycznego, relacji społecznych i środowiskowych [5].

Wyniki badania zostały zgromadzone w komputerowej bazie danych, a następnie poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem miar opisowych.

WYNIKI

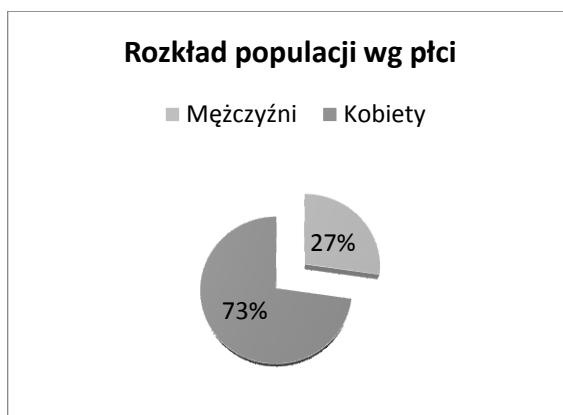
Charakterystyka populacji

Badanie kwestionariuszowe zostało przeprowadzone wśród 55 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Zabrze oraz Domu Pomocy Społecznej „Nasz Dom” w Gliwicach. Średnia wieku badanej populacji wyniosła 76,1 lat $\pm 8,7$. – Tab. 1. Kobiety stanowiły 73%, mężczyźni 27%. – Ryc. 1.

Tab. 1. *Wiek badanej populacji*

Wiek badanej populacji	
Minimum	55
Maximum	93
Średnia	76,12
Odchylenie standardowe	76,1 \pm 8,7

Źródło: Opracowanie własne



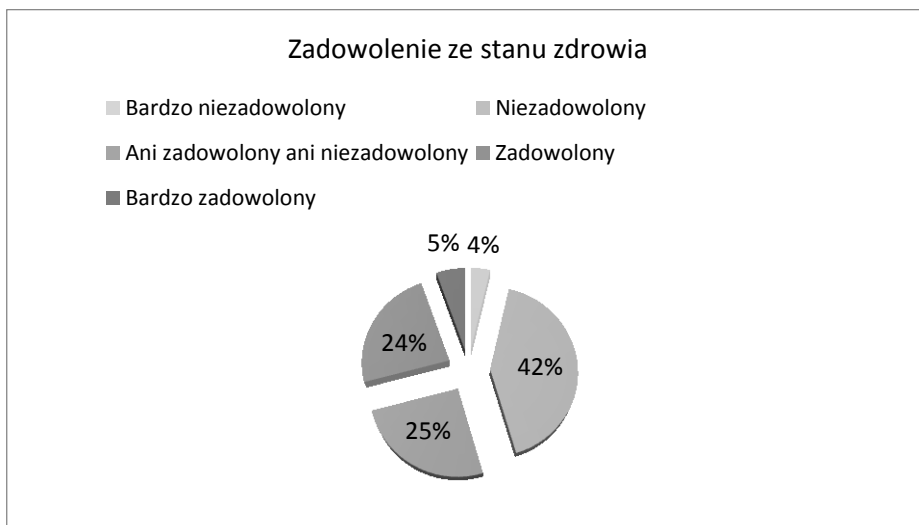
Ryc. 1. Rozkład populacji ze względu na wiek

Źródło: Opracowanie własne

Zadowolenie z życia i zdrowia

Zadowolenie z życia i zdrowia wśród badanej populacji zostało ocenione na podstawie odpowiedzi na pytanie o określenie stopnia zadowolenia zarówno z aktualnego stanu zdrowia, jak również poziomu życia. Wśród badanej populacji 42% osób deklaruje niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia, 25% badanych podaje, że nie są ani zadowoleni, ani niezadowoleni ze swojego stanu zdrowia. 24% pensjonariuszy DPS jest zadowolonych ze swojego zdrowia. – Ryc. 2.

44% badanych osób deklaruje zadowolenie z życia. 40% ankietowanych osób deklaruje, że nie są ani zadowoleni ani niezadowoleni ze swojego życia. 6% badanych osób przyznaje, że są bardzo niezadowolone ze swojego obecnego życia. – Ryc. 3.



Ryc. 2. Stopień zadowolenia ze swojego stanu zdrowia

Źródło: Opracowanie własne

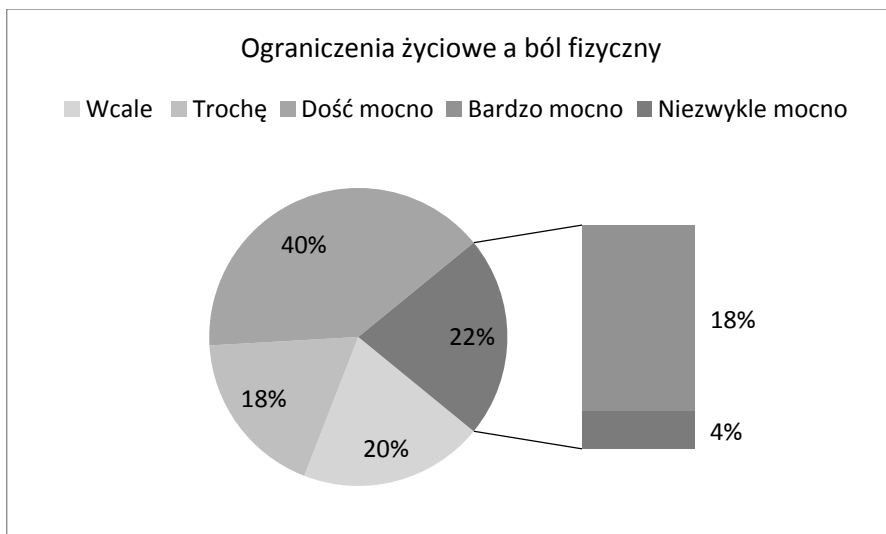


Ryc. 3. Zadowolenia ze swojego życia

Źródło: Opracowanie własne

Ograniczenia życia codziennego spowodowane bólem fizycznym

Wśród badanych osób 18% pensjonariuszy przyznaje, że ból fizyczny bardzo mocno ogranicza ich życie codzienne. 40% ankietowanych osób określa, że ból fizyczny dość mocno wpływa na występowanie różnych ograniczeń podczas czynności dnia codziennego. – Ryc. 4.

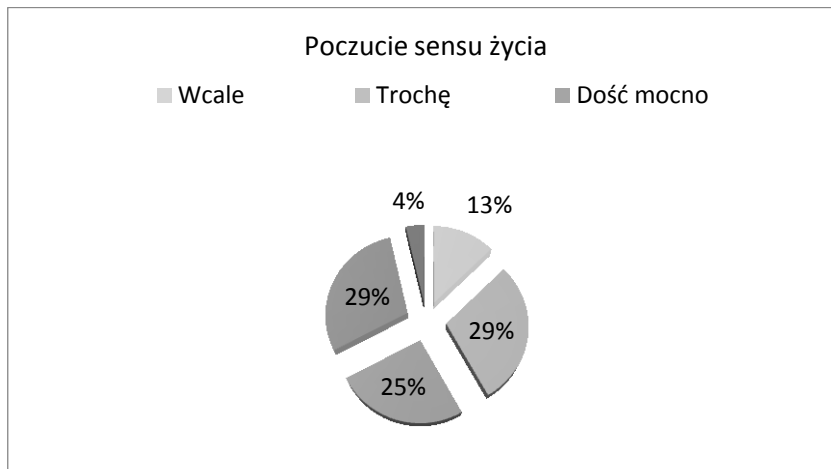


Ryc. 4. Wpływ bólu fizycznego na ograniczenia czynności dnia codziennego

Źródło: Opracowanie własne

Poczucie sensu życia

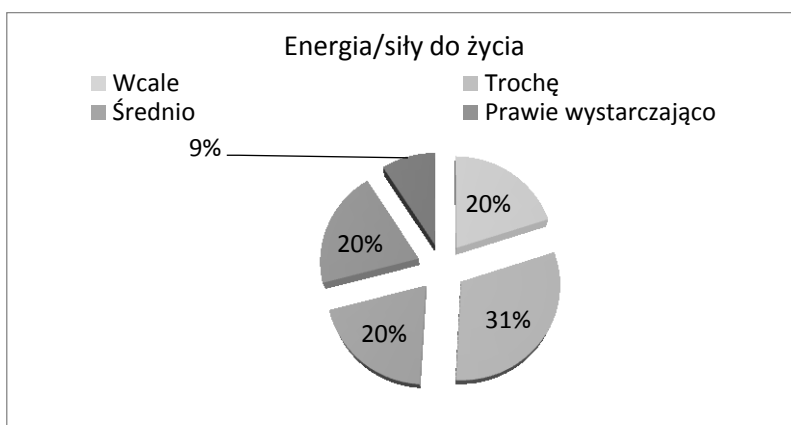
Na pytanie: w jakim stopniu odczuwasz, że Twoje życie ma sens – 29% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „trochę”. Warto zwrócić uwagę, że kolejne 29% ankietowanych określiło, że odczuwają bardzo mocno, że ich życie ma sens. – Ryc. 5.



Ryc. 5. Poczucie sensu życia
Źródło: Opracowanie własne

Energia/siły do życia

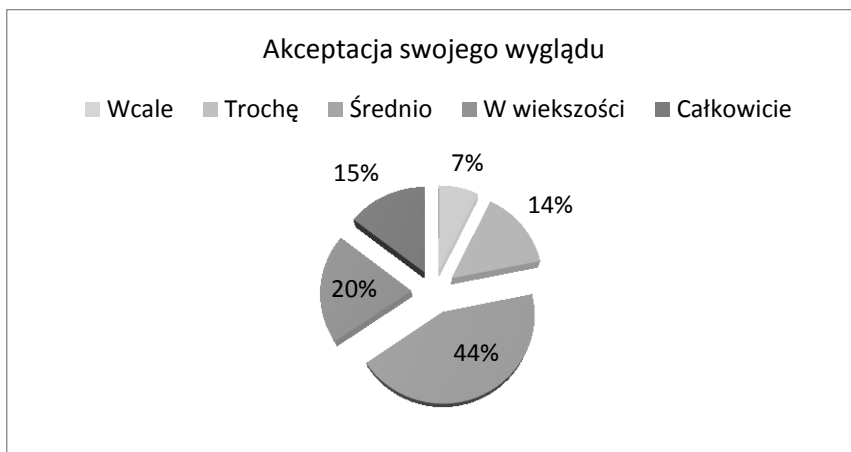
Na pytanie: czy masz wystarczająco dużo sił/energii do prowadzenia normalnego życia – 31% ankietowanych deklaruje, że posiada „trochę sił/energii”, 20% osób podkreśla, że posiada prawie wystarczająco dużo sił/energii do prowadzenia normalnego życia. Jedynie 9% badanych ma całkowicie wystarczająco sił do życia. – Ryc. 6.



Ryc. 6. Posiadanie energii/sił do życia
Źródło: Opracowanie własne

Akceptacja swojego wyglądu

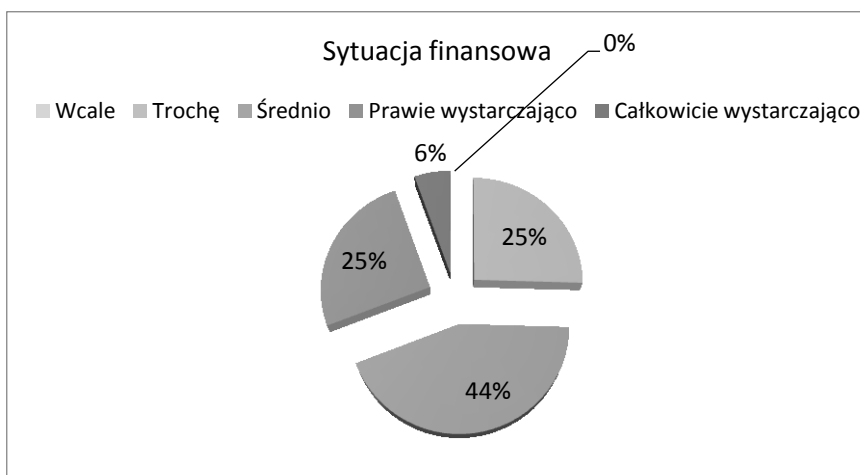
Spośród badanych pensjonariuszy DPS 44% określa, że średnio akceptuje swój wygląd. 35% badanych akceptuje całkowicie lub w większości swój wygląd. 7% ankietowanych osób wcale nie akceptuje swojego aktualnego wyglądu. – Ryc. 7.



Ryc. 7. Akceptacja swojego wyglądu
Źródło: Opracowanie własne

Sytuacja finansowa

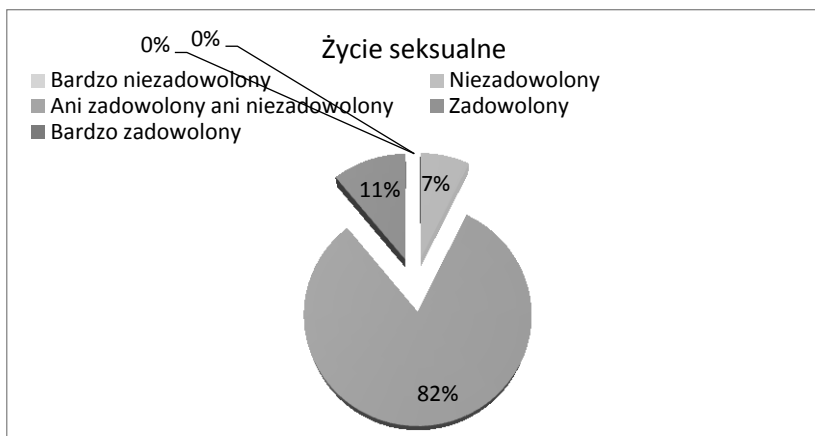
Spośród badanych osób 44% pensjonariuszy podkreśla, że posiada średnie zasoby finansowe, by zaspokoić swoje potrzeby. 25% ankietowanych deklaruje, że posiada prawie wystarczająco dużo środków do zaspokojenia swoich potrzeb życiowych. 6% badanych deklaruje posiadanie całkowicie wystarczających zasobów finansowych do zaspokojenia swoich potrzeb życiowych. – Ryc. 8.



Ryc. 8. Sytuacja finansowa ankietowanych
Źródło: Opracowanie własne

Życie seksualne

Spośród 55 badanych pensjonariuszy DPS 82% deklaruje, że nie jest ani zadowolona ani niezadowolona ze swojego życia seksualnego. 11% ankietowanych podkreśla zadowolenie w tej sferze życia. 7% badanej populacji wykazuje ze swojego życia seksualnego niezadowolenie. – Ryc. 9.

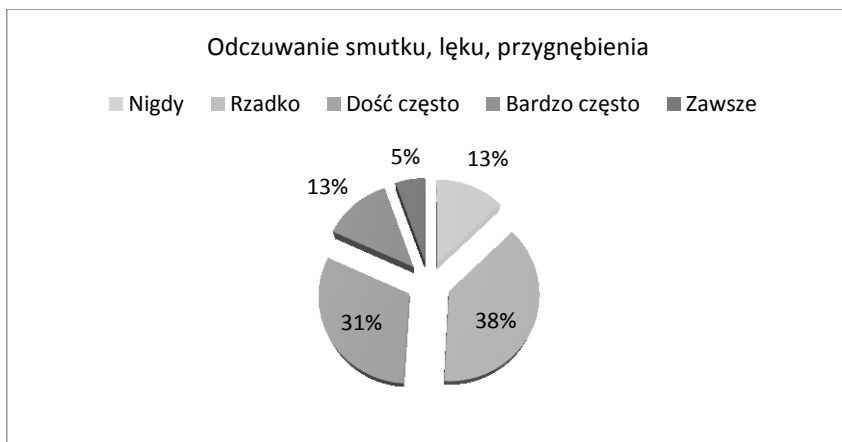


Ryc. 9. Zadowolenie z życia seksualnego

Źródło: Opracowanie własne

Odczuwanie lęku, smutku, przygnębienia

Na pytanie: jak często przeżywasz nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie – 38% ankietowanych odpowiedziało, że rzadko odczuwa wymienione nieprzyjemne nastroje. 31% deklaruje, że dość często odczuwa lęk, chandrę, przygnębienie. 5% badanych pensjonariuszy podkreśla, że zawsze towarzyszą im nieprzyjemne nastroje. – Ryc. 10.



Ryc. 10. Odczuwanie nieprzyjemnych nastrojów takich jak: lęk, przygnębienie, smutek

Źródło: Opracowanie własne

Podsumowanie

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Główny Urząd Statystyczny, w 2013 roku osoby starsze stanowiły 14,3% ogólnej populacji. Dla porównania w 2000 roku ich udział wynosił 12,4%, a w 1990 roku – 10,2%. Dzięki postępowi medycyny i warunków socjalnych wzrasta średnia długość życia. Nie zawsze jednak długiemu życiu towarzyszy upragnione zdrowie i szczęście. Wśród badanych pensjonariuszy zasadniczą większość stanowiły kobiety. Płeć żeńska dominowała również w pracach dotyczących mieszkańców DPS przedstawionych m.in. przez Grzegorzycyk oraz Ostrowiec i wsp. [6, 7].

Z badań przeprowadzonych przez Kurowską wynika, iż poziom zadowolenia z własnego zdrowia koreluje z odczuwaniem dolegliwości bólowych na co dzień [8]. Do podobnych wniosków doszli również Wdowiak i wsp. [9]. Ból fizyczny bardzo często towarzyszy procesowi starzenia się, powodując występowanie ograniczeń w życiu codziennym. Najczęściej konsekwencjami bólu są trudności w samodzielnym funkcjonowaniu (dbałość o własną higienę, ubieranie, chodzenie) [10]. Ponad połowa badanych odczuwa ból dość często lub bardzo często (58%).

Zarówno ból fizyczny jak i psychiczny (np. utrata współmałżonka, brak wsparcia ze strony rodziny) mają wpływ na jakość życia osób starszych [11]. W przypadku mieszkańców Domów Pomocy Społecznej, poczucie osamotnienia wydaje się być bardziej naznaczone (mieszkanie z dala od rodziny), z drugiej strony życie we wspólnocie osób z podobnymi problemami pod opieką wykwalifikowanego personelu dla wielu ludzi stanowi nową perspektywę przeżywania okresu starości. Badania Grzegorzycyk J. dowodzą, że istnieje zależność pomiędzy stanem cywilnym a odczuwaniem radości z życia [6]. Wszyscy badani pensjonariusze byli osobami samotnymi. Co piąta osoba (20%) wcale nie odczuwa energii i siły do życia. Jedynie 9% badanych ma całkowicie wystarczająco sił do życia.

Starość to czas, w którym ciało człowieka diametralnie się zmienia. Dodatkowo dolegliwości bólowe lub niepełnosprawność i „brak siły do życia” sprawiają, że dbałość o wygląd nie jest działaniem priorytetowym, a wręcz bardzo często całkowicie pomijanym. Wśród badanych żadna z osób nie akceptuje w pełni swojego wyglądu. Najczęściej ankietowani odpowiadali, że średnio akceptują swój wygląd (44%), pozostałe osoby trochę lub w ogóle go nie akceptowały. Analizując odpowiedzi dotyczące sfery seksualnej badanych, zauważa się, że aż 82% osób nie jest z niej ani zadowolona ani niezadowolona. Z rozmów z pensjonariuszami wynikało, że trudno im oceniać tę sferę życia, gdyż od wielu lat nie podejmowali współżycia seksualnego.

Pomimo rozstania z rodziną, odczuwania bólu i braku akceptacji własnego wyglądu 51% ankietowanych rzadko lub wcale nie odczuwało smutku i przygnębienia w badanym okresie czasu. Niestety, pozostałe osoby często lub bardzo często odczuwały ten stan. Ponadto na uwagę zasługuje fakt, iż 33% respondentów bardzo mocno lub dość mocno odczuwa sens swojego życia. Niepokój budzą odpowiedzi 13% badanych, którzy w ogóle nie widzą sensu swojego życia. Analizując odpowiedzi ankietowanych dotyczące zadowolenia z życia, zauważa

się, że 44% badanych jest zadowolonych z życia, natomiast aż 40% nie jest w stanie określić, czy jest zadowolona, co może wskazywać na poczucie życiowego wypalenia i stagnacji.

Badania naukowe dowodzą, iż pensjonariusze Domów Pomocy Społecznej częściej niż osoby mieszkające z rodzinami postrzegają jakość swojego życia jako niższą [12].

Pomimo ciągłych starań prowadzonych w badanych Domach Pomocy Społecznej, polegających na aktywizacji osób starszych (np. śpiew w chórze, rehabilitacje, konkursy recytatorskie, wieczorki literackie, możliwości spacerów i spotkań z rodziną), wiele osób w podeszłym wieku nie odczuwa radości w okresie jesieni swojego życia. Ważne jest zatem, by dopełnić wszelkich starań, które poprawiłyby jakość życia pensjonariuszy zarówno w sferze emocjonalnej, jak i fizycznej.

WNIOSKI

Najniżej oceniane obszary życia pensjonariuszy wybranych Domów Pomocy Społecznej, wpływające na jego jakość, to:

- niezadowolenie ze zdrowia,
- ból fizyczny towarzyszący chorobie, ograniczający codzienne życie,
- trudności w akceptacji własnego wyglądu.

PIŚMIENNICTWO

- [1]. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: *Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku*. Gerontologia Polska, 2006 14[4], s. 185-189.
- [2]. Grzegorzczak J., Kwolek A., Bazarnik K. i wsp.: *Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku*. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2007, 3, 225-233.
- [3]. Kocemba J.: *Starzenie się człowieka*. [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, pod red. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., Via Medica, Gdańsk 2006; 6-12.
- [4]. Trafiałek E.: *Polska starość w dobie przemian*. Wydawca „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2003; 90-101.
- [5]. Letka-Paralusz E., Brożyna M., Szefczyk-Polowczyk L.: *Próba oceny jakości życia osób w podeszłym wieku – słuchaczy uniwersytetów III wieku w województwie opolskim i śląskim*, [w:] Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi, pod red. Grochowska-Niedworok E., Złoteńka-Synowiec M., Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie, Nysa 2013; 106-121.

- [6]. Grzegorzcyk J., Kwolek A., Bazarnik K., Szeliga E., Wolan A.: *Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2007, 3, 225-233.
- [7]. Zboina B.: *Jakość życia osób starszych*. Wydawca Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój, Ostrowiec Świętokrzyski 2008.
- [8]. Kurowska K., Kajut A.: *Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS)*. Psychogeriatrya Polska 2011: 55-62.
- [9]. Wdowiak L., Stanisławek D., Stanisławek A.: *Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej*, Medycyna Rodzinna 04/2009; 49-63.
- [10]. Jachimowicz V., Kostka T.: *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy DPS*. Gerontologia Polska, 2009, 17[1], 23-31.
- [11]. Jaracz K., Wołowicka L., Baczyk G.: *Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej*. Gerontologia Polska, 2001, 9(1): 26.
- [12]. Zych A.: *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*. Śląsk Spółka z o.o. Wydawnictwo Naukowe. Katowice 2009. 128-146.
- [13]. Jaracz K., Wołowicka L., Baczyk G.: *Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej*. Gerontologia Polska, 2001, 9(1): 26.

Jolanta Hanuszewska, Alicja Różyk-Myrta

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

WPLYW HOSPITALIZACJI NA ZACHOWANIA PROZDROWOTNE OSZACOWANY U PACJENTÓW SZPITALA W NYSIE

INFLUENCE OF HOSPITALIZATION FOR HEALTH-CONSCIOUS BEHAVIOUR ASSESSED AMONG PATIENTS OF HOSPITAL IN NYSIA

STRESZCZENIE

Wielokrotność hospitalizacji przekłada się na zachowania prozdrowotne. Pacjenci, dzięki fachowym wskazówkom personelu medycznego, zaczynają wdrażać w swoje życie zachowania służące zdrowiu.

Wiedza pacjentów pierwszy raz przebywających w szpitalu nie zawsze przekłada się na ich zachowania prozdrowotne. Natomiast pacjenci kolejny raz przebywający w szpitalu w większości przypadków odżywiają się prawidłowo, mają właściwy stosunek do używek i aktywniej spędzają czas wolny.

Motywowanie i wspieranie pacjentów jest najskuteczniejszą metodą wdrażania zachowań prozdrowotnych. Hospitalizacja jest odpowiednim momentem, kiedy przekazywać można właściwą wiedzę i motywować do prozdrowotnych zachowań, a pielęgniarki posiadają odpowiednią wiedzę i umiejętności, aby oddziaływać prozdrowotnie na swoich pacjentów.

Słowa kluczowe: pacjent, zdrowie, zachowania prozdrowotne, hospitalizacja

ABSTRACT

Multiple hospitalization translates into health-conscious behavior. Due to technical tips of medical staff the patients begin to show in their lives behaviours which are conducive to their health.

The knowledge of first-time hospital patients doesn't always translate into their health-conscious behaviours. On the other hand, patients staying in hospital for the second time in most cases eat properly, display an appropriate attitude to alcohol consumption and smoking and spend free time more actively.

Motivating and supporting patients is the most effective method of reinforcing health-conscious behavior. Hospitalization is a good moment to transmit knowledge and motivate health-conscious behavior, and the nurses have proper knowledge and skills to promote pro-health attitudes in their patients.

Keywords: patient, health, health-conscious behavior, hospitalization

Wstęp

Zdrowie jest nieocenioną wartością, którą każdy człowiek chciałby się cieszyć jak najdłużej w swoim życiu, najlepiej wiecznie. Jednak to jaki będzie nasz stan zdrowia, w dłuższej mierze zależy od nas – od naszego stylu życia.

Zbilansowana dieta oraz aktywne spędzanie wolnego czasu, unikanie używek przynosi wiele korzyści dla naszego organizmu, czujemy się bardziej wypoczęci, dotlenieni, dłużej zachowujemy młodość, jesteśmy sprawniejsi fizycznie i umysłowo.

Pacjenci trafiają do szpitala z różnych przyczyn. Rozmawiają z lekarzami, pielęgniarkami i innymi członkami zespołu terapeutycznego na temat zdrowia. Znając czynniki ryzyka chorobowego oraz zasady prozdrowotnego stylu życia, można uniknąć wielu schorzeniom, szczególnie tych, które nazywane są chorobami „na życzenie”, zależnymi od naszych wyborów [1].

Pobyt w szpitalu powinien skłaniać do refleksji oraz weryfikacji dotychczasowych zachowań prozdrowotnych. Pobyt w szpitalu może być okolicznością i okazją do zdobycia wiedzy na temat właściwych zachowań, pogłębiania i zdobywania wiedzy na temat zachowania i umacniania zdrowia [2].

Znajomość determinant zdrowia jest wiedzą nie do przecenienia, a świadomość tego, jak istotne znaczenie dla zdrowia ma styl życia, powinna skłaniać i motywować do wdrażania w życia zasad, które pozwolą na utrzymanie, wzmacnianie i potęgowanie zdrowia [3].

Cele pracy

1. Zbadanie czy częstotliwość hospitalizacji wpływa na świadomość i zachowania prozdrowotne pacjentów przebywających w wybranych oddziałach szpitalnych.
2. Zwrócenie uwagi na prozdrowotny styl życia – jako wykładnik jakości życia.

Badania własne

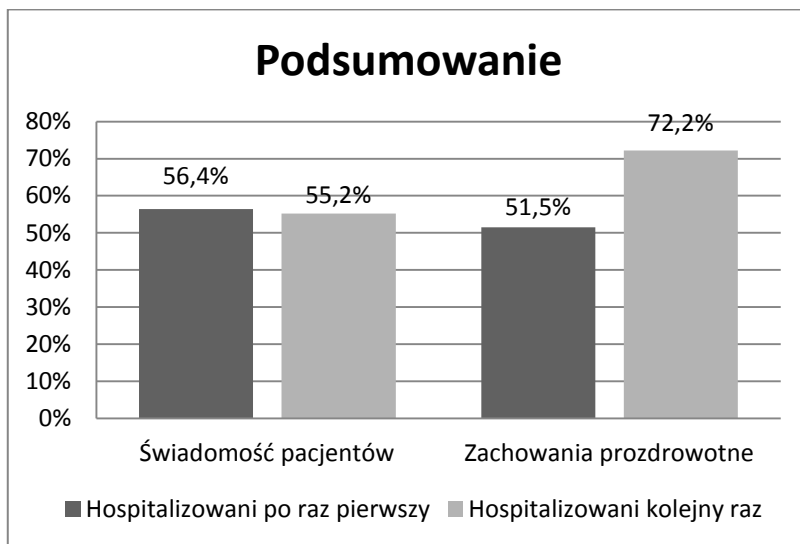
Każdy człowiek powinien się interesować własnym zdrowiem i dążyć w miarę swoich możliwości do jego poprawy. Zachowania sprzyjające zdrowiu powinny być nawykiem. Niestety, niejednokrotnie widać, że tak nie jest, dlatego bardzo ważne jest, aby o zdrowiu mówić, dyskutować, a przede wszystkim znać determinanty zdrowia. Pacjent przebywający w szpitalu powinien otrzymywać informację o tym, jak należy zdrowie pielęgnować i jak o nie dbać.

Metodologia i miejsce badań

Badania przeprowadzono w styczniu 2014 roku, wśród 100 pacjentów przebywających w oddziałach Szpitala Powiatowego w Nysie. Poddało się badaniu 37 kobiet i 63 mężczyzn. W przedziałach wiekowych 20-35 lat (27 pacjentów), 36-50 lat (19 pacjentów), 51-75 lat (34 pacjentów) oraz powyżej 76 lat (20 pacjentów). W tym 59 pacjentów mieszkających w mieście i 41 pacjentów

mieszkających na wsi. Wśród ankietowanych było 40 pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy oraz 60 pacjentów kolejny raz. Pacjenci przebywali w oddziałach: chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznym, internistyczno-kardiologicznym oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Badania zostały przeprowadzane za pomocą ankiety własnego autorstwa. Ankieta zawierała 23 pytania, w tym 18 pytań zamkniętych oraz 5 pytań otwartych.



Rysunek 1. Świadomość pacjentów dotycząca zachowań prozdrowotnych
Źródło: Opracowanie własne

Świadomość dotyczącą zdrowia, chorób i zachowań prozdrowotnych ma 23 pacjentów (56,4%) hospitalizowanych po raz pierwszy i 33 pacjentów (55,2%) hospitalizowanych kolejny raz. Zachowania prozdrowotne są wcielane w życie przez 21 osób (51,5%) hospitalizowanych po raz pierwszy i 43 respondentów (72,2%) hospitalizowanych kolejny raz. Zdecydowanie częściej zachowania prozdrowotne wcielane są w życie przez hospitalizowanych po raz kolejny.

Wyniki badań własnych

W badaniach wzięło udział 24 mężczyzn (60%) hospitalizowanych po raz pierwszy oraz 39 mężczyzn (65%) kolejny raz hospitalizowanych.

Wśród pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy największą grupę stanowili badani w przedziale wieku 20-35 lat – 18 ankietowanych (45%), a wśród kolejny raz hospitalizowanych w przedziale wieku 51-75 lat – 27 ankietowanych (45%).

Stan swojego zdrowia 22 pacjentów (55%) hospitalizowanych po raz pierwszy ocenia jako dobry. Z kolei 24 badanych (55%) ocenia swój stan zdrowia jako zły. Wynika z tego fakt, że pacjenci kolejny raz hospitalizowani chorują na więcej chorób przewlekłe, a pacjenci pierwszy raz hospitalizowani cieszą się lepszym stanem zdrowia.

Na choroby przewlekłe wśród hospitalizowanych po raz pierwszy nie choruje 22 badanych (55%). Natomiast wśród hospitalizowanych kolejny raz aż 45 badanych (75%) choruje co najmniej na jedną chorobę przewlekłą.

Hospitalizowani po raz pierwszy rzadko korzystają z usług służby zdrowia. Z badań wynika, że 20 pacjentów przebywających po raz pierwszy w szpitalu (50%) chodzi do lekarza raz do roku. Z kolei hospitalizowani kolejny raz częściej kontrolują swój stan zdrowia, z czego wynika, że 18 respondentów (30%) chodzi do lekarza co pół roku. Dzięki temu pacjenci kolejny raz hospitalizowani mają większą świadomość swojego stanu zdrowia.

Wiedzę na temat zdrowia pacjenci hospitalizowani po raz pierwszy czerpią najczęściej z telewizji, o czym świadczą wyniki – tak odpowiedziało 24 respondentów (60%) pierwszy raz hospitalizowanych. Natomiast 42 hospitalizowanych (70%) kolejny raz wiedzę uzyskuje od lekarza.

Edukacyjna rola pielęgniarki, wynikająca z jej funkcji zawodowych, staje się coraz bardziej istotna i doceniana w skutecznym przekazywaniu wiedzy oraz motywowaniu do służących zdrowiu zachowań. Okazja hospitalizacji stwarza możliwość takiego bezpośredniego oddziaływania na podopiecznych, które jak wynika z zasad kontaktu terapeutycznego, jest najbardziej pożądaną formą oddziaływania prozdrowotnego, przynoszącego najlepsze oczekiwane efekty edukacyjne. Z przeprowadzonych badań wynika, że najbardziej skuteczną i pożądaną formą edukacji jest indywidualna rozmowa edukacyjna.

Wnioski

1. Częstotliwość hospitalizacji ma wpływ na sposób odżywiania, co potwierdzają przeprowadzone badania. Pacjenci kolejny raz przebywający w szpitalu odżywiają się właściwiej, mają właściwy stosunek do używek i aktywniej spędzają czas wolny.
2. Jak wynika z przeprowadzonych badań, świadomość i wiedza pacjentów pierwszy raz przebywających w szpitalu nie zawsze przekłada się na ich zachowania prozdrowotne. Wiedzą, jak powinni postępować, jednak nie potrafią swojej wiedzy wcielić w życie.
3. Wiedza i wskazówki pozyskane od personelu medycznego są częściej wykorzystywane w życiu przez ludzi (bezpośrednio przez lekarzy i pielęgniarki) niż porady pozyskane z innych źródeł.
4. W edukacji pacjentów przebywających w szpitalu wiodącą rolę odgrywiają pielęgniarki. To one przekazują swoim podopiecznym rzetelną wiedzę popartą faktami naukowymi oraz odpowiednio ich motywują, aby chcieli zmienić swój styl życia na bardziej prozdrowotny.
5. Obecność pacjentów w szpitalu stwarza okazję, aby móc oddziaływać na nich, przekazywać im wiedzę i motywować do prozdrowotnego stylu życia, co w efekcie przyczyni się do poprawy jakości ich życia.

Piśmiennictwo

- [1]. Karski J.B.: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa, 2008, s. 9, 93-94, 39, 76.
- [2]. Pod. red. Kolarzyk E.: *Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2008, s. 311, 312-313, 314, 321-322, 320.
- [3]. Woynarowska B.: *Edukacja Zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2012.
- [4]. Białek E. D.: *Edukacja Zdrowotna w Praktyce*. Instytut Psychosyntezy, 2012.

Damian Wolanin, Agnieszka Wolińska

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

***WYSTĘPOWANIE UDARÓW MÓZGOWYCH U PENSJONARIUSZY
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W JUGOWIE
I DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W NOWEJ RUDZIE***

***OCCURRENCE OF STROKES IN RESIDENTS AT ASSISTED
LIVING HOMES IN JUGOW AND NOWA RUDA***

STRESZCZENIE

Jednym z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny są choroby naczyń mózgu. Wyróżniamy udary przebiegające z utratą przytomności oraz takie z zachowaniem przytomności. Wśród udarów krwotocznych rozpoznano krwotoki śródmózgowe oraz podpajęczynówkowe, natomiast wśród udarów niedokrwiennych udary zakrzepowe i zatorowe.

W związku z tym, że zapadalność na udar mózgu dotyczy przede wszystkim ludzi starszych, najczęściej między 50. a 80. rokiem życia, zdecydowano się przeanalizować występowanie udarów mózgowych u pensjonariuszy wybranych domów pomocy społecznej. Zbadano grupę 160 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Jugowie i Nowej Rudzie, a do analiz w pracy wybrano 30 osób.

Celem niniejszej pracy, oprócz analizy występowania udarów, była również ocena wpływu czynników demograficznych na wydolność psycho-fizyczną u pacjentów po udarach mózgowych. Dane uzyskano w wyniku przeglądu dokumentacji: procesów pielęgnowania prowadzonych w domach pomocy społecznej, kart informacyjnych z wypisów ze szpitala. Analizowano: wiek pensjonariuszy, płeć, wcześniejsze miejsce zamieszkania, typ udaru i jego lokalizację, choroby towarzyszące. W ocenie wydolności psycho-fizycznej posługiwano się skalą Barthel.

Wyniki badań zostały wprowadzone do systemu Excel i w tym systemie dokonano obliczeń. Dla lepszego zobrazowania wniosków, wyniki przedstawiono w tabelach i za pomocą rycin.

Wszelkie badania oraz działania potrzebne do napisania pracy zostały skonsultowane z dyrektorami Domu Pomocy Społecznej w Nowej Rudzie i Domu Pomocy Społecznej w Jugowie, którzy wyrazili swoją akceptację.

Słowa kluczowe: udar krwotoczny, udar niedokrwienny, wydolność psycho-fizyczna, skala Barthel, czynniki demograficzne

ABSTRACT

Vascular brain disease is one of the most serious problems in modern medicine. The distinction is made between those strokes in which one loses consciousness and in which one does not. Hemorrhagic strokes are distinguished between intracerebral hemorrhages and subarachnoid hemorrhages. Ischemic strokes are those generally caused by blood clots.

Since strokes most often affect older individuals (particularly those aged 50 to 80) a sample of residents from assisted living facilities was used to analyze the occurrence of strokes. 160 residents from Assisted Living Homes in Jugow and Nowa Ruda were considered. From this, 30 individuals were chosen for the study.

The goal of this study, apart from the analysis of the occurrence of strokes, was to determine the effects of demographic factors on psychophysical efficiency in patients post-stroke. Information was collected through nursing documentation at the assisted living homes as well as from hospital charts. Factors including the age and sex of the individuals, the type and location of the strokes, associated illnesses, and the individuals' previous residences were considered in order to determine psychophysical efficiency according to the Barthel scale.

The data was entered into Excel and calculated. For better visual representation the results are presented in tables and charts.

All the research and methods were explained to and approved by the directors of the Assisted Living Facilities in Nowa Ruda and Jugow.

Keywords: hemorrhagic stroke, ischemic stroke, psychophysical efficiency, Barthel scale, demographic factors

Wstęp

Domy pomocy społecznej, zgodnie z celami określonymi w ustawie o pomocy społecznej, świadczą całodobową opiekę medyczną i socjalną osobom, które – z powodu choroby lub wieku – nie mogą otrzymać niezbędnej opieki w miejscu ich zamieszkania, a nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego.

Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku mogą, lecz nie muszą, być prowadzone jako odrębne placówki. Dopuszcza się łączenie w jedną instytucję domu dla przewlekle somatycznie chorych i domu dla osób w podeszłym wieku. W jednej placówce mogą znajdować się również osoby starsze oraz osoby niepełnosprawne fizycznie. W takich przypadkach wśród pensjonariuszy występuje różnicowanie pod względem wieku oraz chorób towarzyszących.

Według obowiązujących przepisów domy pomocy społecznej mogą być prowadzone nie tylko przez organy jednostek samorządu terytorialnego. Po uzyskaniu zezwolenia wojewody zarządzać nimi mogą również organizacje i stowarzyszenia społeczne, kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe, fundacje oraz osoby fizyczne i prawne.

W niniejszej pracy przedstawiono analizę występowania udarów mózgowych u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Jugowie oraz Domu Pomocy Społecznej w Nowej Rudzie.

Choroby naczyniowe mózgu tworzą najobszerniejszy dział neurologii i jeden z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny.

Udar mózgu to zespół kliniczny o podłożu zaburzeń naczyniowych, charakteryzujący się nagłym wystąpieniem, tzw. objawów ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, które utrzymują się dłużej niż 24 godziny [1, 2].

Niedrożności naczynia, spowodowane przez zakrzep lub zator albo pęknięcia ściany naczynia to zmiany patologiczne w naczyniach, które kwalifikują się do grupy chorób naczyniowych mózgu [2, 3].

Udar może przebiegać z utratą lub bez utraty przytomności, a jego podłożem jest krwotok mózgowy lub zakrzep bądź zator tętnic mózgowych.

Wyróżniamy udar krwotoczny (wywołany wylewem krwi do mózgu) oraz niedokrwienny (spowodowany zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu). Udar niedokrwienny może być również wtórnie ukrwotoczony, natomiast do udarów krwotocznych można zaliczyć również krwotoki śródmózgowe i podpajęczynówkowe [1, 2].

Najnowsza definicja udaru mózgu (*stroke*), przedstawiona w 2013 roku przez American Heart Association i American Stroke Association (AHA/ASA), podaje, że „*udar*” to pojęcie o szerokim znaczeniu i obejmuje szereg przypadków, między innymi: udar niedokrwienny spowodowany ogniskowym zawałem mózgu, rdzenia kręgowego lub siatkówki, udar spowodowany wewnątrzmożgowym krwotokiem, udar mózgu spowodowany krwotokiem podpajęczynówkowym, udar spowodowany zakrzepicą naczyń żylnych, udar nieokreślony [4, 5].

10-12% wszystkich udarów obejmuje krwotoczny udar mózgu, spowodowany wylewem krwi z pękniętego naczynia, która natychmiast niszczy część dróg i ośrodków w ośrodkowym układzie nerwowym. Najczęstszym czynnikiem ryzyka krwotoku mózgowego jest nadciśnienie tętnicze, a także wiek. Są one niezaprzeczalnie ze sobą związane, obserwuje się stały wzrost częstości nadciśnienia z wiekiem [6, 7].

Malformacje naczyniowe również mogą być przyczyną krwotoku mózgowego. Jeden z rodzajów udaru krwotocznego to wylew śródmózgowy, do którego dochodzi w momencie, gdy krew zlokalizowana jest w pobliżu struktur położonych w głębi mózgowia. Do najbardziej typowych miejsc jego występowania należą: okolica skorupowo-torebkowa, obręb istoty białej jednego z płatów mózgu, mózdzek. Stanowi on 70-80% przypadków krwotoków mózgowych [3].

Przypadkiem, który zaliczamy do udarów krwotocznych, jest krwotok podpajęczynówkowy, charakteryzowany jako nagłe krwawienie do zewnętrznych przestrzeni płynowych – między oponą pajęczynówkową a oponą miękką. Najczęstszą jego przyczyną jest pęknięcie tętniaka, połączone z wynaczynieniem z jednej z tętnic zaopatrujących ośrodkowy układ nerwowy – często z koła tętniczego mózgu do przestrzeni podpajęczynówkowej [1].

Udar niedokrwienny mózgu może być wynikiem zwężenia lub całkowitego zamknięcia światła naczyń tętniczych i stanowi 85-90% wszystkich udarów. Najczęstszymi jego przyczynami są: miażdżyca, nadciśnienie i zatory pochodzenia sercowego [1, 2, 6, 8, 9].

Istotną rolę w powstawaniu udarów odgrywają również tzw. czynniki ryzyka udaru, które są bardzo liczne i w praktyce działanie zapobiegawcze może być bardzo trudne. Jednakże wyróżniono kilka najważniejszych czynników ryzyka, które powinny być aktywnie zwalczane: choroby serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, niktynizm, alkoholizm, uzależnienie lekowe, mała aktywność fizyczna, niewłaściwy sposób odżywiania [2, 7, 9].

Pod względem patogenetycznym udary niedokrwienne dzieli się na: zakrzepowe, zakrzepowo-miażdżycowe, zatorowe, zatokowe. Natomiast pod względem dynamiki na 4 typy: przejściowy atak niedokrwienny, odwracalny lub mały udar, udar postępujący, udar dokonany [1, 3].

Również stany przelotnego, krótkotrwałego niedokrwienia różnych okolic mózgu, z przemijającymi objawami ogniskowymi, należą do grupy chorób naczyniowych. Ich charakter zależy od miejsca niedokrwienia. Wyróżnia się napady niedokrwienne w dorzeczu tętnicy szyjnej oraz w obrębie układu tętniczego kręgowo-podstawnego [3].

Większość epizodów trwa od kilku do kilkunastu minut, rzadko przekraczając godzinę. Według wielu danych średni wiek najczęstszego występowania TIA wynosi około 72 lata.

Udar mózgu należy do najczęstszych chorób układu nerwowego, pozostawia szereg następstw i poważnych problemów medycznych oraz społeczno-ekonomicznych.

Jest jedną z głównych przyczyn: chorobowości, niepełnosprawności psychofizycznej oraz umieralności znacznej grupy ludności współczesnego świata. Pod względem częstości nadal stanowi on trzecią (po chorobach układu sercowo-naczyniowego i chorobach nowotworowych) przyczynę zgonów na całym świecie oraz pierwszą pod względem częstości przyczynę trwałego inwalidztwa. Szacuje się, że rocznie na udar mózgu zapada 15 mln osób, a umiera z jego powodu około 5 mln [2, 6, 9, 10].

Częstość udarów zarówno w Polsce, jak i na świecie jest bardzo duża i narasta z wiekiem.

Wyniki badań przeprowadzonych w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu wskazują, że w Polsce rocznie na udar mózgu zapada około 60 tys. osób.

Współczynnik zachorowalności w naszym kraju wynosi 1,3-1,8 na 1000 mieszkańców i jest porównywalny ze współczynnikiem wyliczonym dla wszystkich krajów Unii Europejskiej, który wynosi 1,5 na 1000 mieszkańców [8, 9].

Chorzy po przebytych udarze stanowią szczególną grupę pacjentów wymagającą postępowania interdyscyplinarnego. Połowa chorych, którzy przeżyją ostrą fazę udaru mózgu, nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego i jest zależna od pomocy innych osób.

Jakość życia tych chorych istotnie się pogarsza w wyniku dodatkowych następstw, takich jak: padaczka poudarowa, depresja, ośpienie, obrażenia spowodowane upadkami.

Niepełnosprawność chorych po udarach mózgowych jest problemem bardzo złożonym ze względu na konsekwencje nie tylko kliniczne, ale także socjalne i ekonomiczne [2, 10].

Chorzy po udarach mózgowych często trafiają do domów opieki społecznej, gdzie objęci są całodobową profesjonalną opieką, co wpływa na poprawę jakości ich życia.

Cele

Analiza występowania udarów mózgowych u pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej w Jugowie i Nowej Rudzie.

Ocena wpływu czynników demograficznych na wydolność psycho-fizyczną u pacjentów po udarach mózgowych w badanej populacji.

Material i metody

Badania przeprowadzono na 160 pensjonariuszach Domów Pomocy Społecznej w Jugowie oraz Nowej Rudzie i z tej grupy wybrano 30 osób do pracy, podjętej w bieżącym roku. Badani pensjonariusze byli przyjmowali do domów pomocy społecznej w latach 2001-2014. Przed rozpoczęciem pracy uzyskano zgodę dyrektorów tych placówek oraz pensjonariuszy do rozpoczęcia badań.

Wszystkie dane były wprowadzane do programu Excel i również tam wyliczane. Pod uwagę brano: wiek pensjonariuszy, płeć, typ udaru (jaki przeszli), jego lokalizację, choroby towarzyszące (na jakie cierpią). Badano także wydolność psycho-fizyczną i w tym celu posłużono się skalą Barthel. W czasie badań posługiwano się dokumentacją procesów pielęgnowania w domach pomocy społecznej oraz kartami informacyjnymi wypisów ze szpitala.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Badaną grupę stanowiło 30 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Jugowie oraz Domu Pomocy Społecznej w Nowej Rudzie. W celu określenia wieku badanych osób zastosowano podział na grupy wiekowe. Przedstawiły się one następująco:

- 40-50 lat,
- 51-60 lat,
- 61-70 lat,
- 71-80 lat,
- powyżej 80 lat.

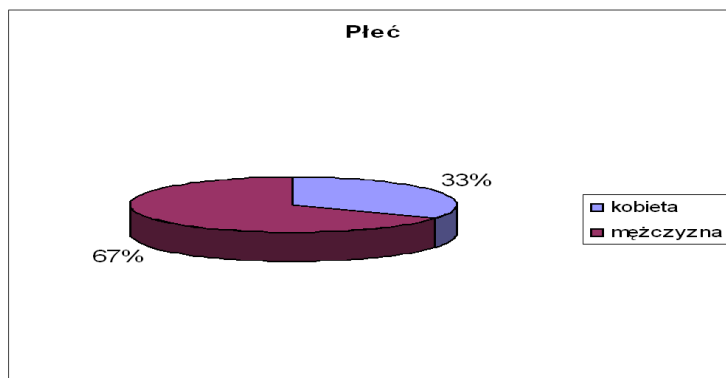
W toku badań stwierdzono, że wśród pensjonariuszy nie odnotowano nikogo z grupy wiekowej 40-50 lat. 26,6% całości (8) stanowiła grupa wiekowa 51-60, natomiast grupa wiekowa 61-70 stanowiła 13,3% (4). Następnie grupa 71-80 lat stanowiła 26,6% (8), a najwięcej, bo 33,3% (10) całości wynosiła grupa wiekowa powyżej 80. roku życia.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy: wiek pensjonariuszy

wiek	kobiety		mężczyźni		łącznie	%
	liczba	% w stosunku do całości	liczba	% w stosunku do całości		
40-50	0	0	0	0	0	0
51-60	1	3	7	23,33	8	26,60
61-70	0	0	4	13,33	4	13,30
71-80	3	10	5	16,66	8	26,60
powyżej 80	6	20	4	13,33	10	33,30
Razem	10	33,33	20	66,66	30	100

Źródło: Opracowanie własne

Podział wiekowy badanej grupy był zróżnicowany ze względu na płeć. Kobiety w przedziale wiekowym 51-60 stanowiły 3% (1) ogółu, a mężczyźni 23,33% (7). Kobiet w przedziale wiekowym 61-70 nie odnotowano, natomiast mężczyźni stanowili 13,3% (4) badanej grupy. W przedziale 71-80 kobiety stanowiły 10% (3) ogółu, a mężczyźni 16,66% (8). W grupie powyżej 80. roku życia kobiety stanowiły najwyższy procent, bo 20% (6), natomiast mężczyźni 13,33% (4).

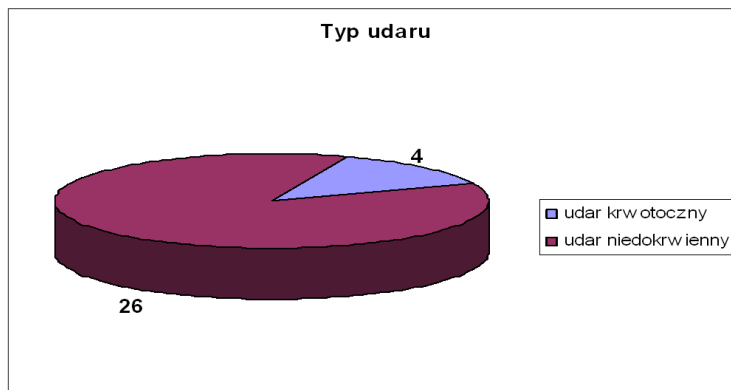


Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy: podział ze względu na płeć

Źródło: Opracowanie własne

33% (10) pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej w Jugowie i w Nowej Rudzie stanowią kobiety, natomiast 67% (20) stanowią mężczyźni.

Stwierdzono, że wśród 30 przypadków: 26 to udary niedokrwienne, a tylko 4 przypadki to udary krwotoczne.



Rycina 2. Charakterystyka badanej grupy: podział udarów

Źródło: Opracowanie własne

Pod uwagę wzięto również zróżnicowanie płciowe i odnotowano, że żadna spośród 10 badanych kobiet nie przeszła udaru krwotocznego. Natomiast spośród 20 mężczyzn to 4 przeszło udar krwotoczny, a 16 udar niedokrwienny. Pozostając przy podziale na udar krwotoczny oraz niedokrwienny, zauważono, że średnia wieku kobiet wynosiła 79,5, natomiast u mężczyzn po udarze krwotocznym było to 62, a u mężczyzn po udarze niedokrwiennym - 69.

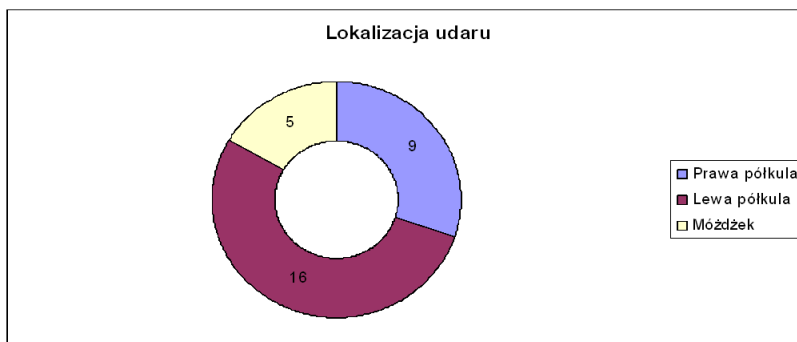
Następnie wzięto pod uwagę mężczyzn i kobiety łącznie oraz stwierdzono, że w przypadku udaru krwotocznego wiek minimalny wynosił 55, natomiast wiek maksymalny 75. W przypadku udaru niedokrwiennego wiek minimalny to 52, a wiek maksymalny 89.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy: podział ze względu na rodzaje udarów

postać udaru	liczba	%	kobieta	mężczyzna	średni wiek kobiet	średni wiek mężczyzn	wiek min.	wiek max.
krwotoczny	4	20	0	4	0	62	55	75
niedokrwienny	26	80	10	16	79,5	69	52	89

Źródło: Opracowanie własne

Wśród badanych przypadków zaobserwowano niejednorodną lokalizację udarów. 16 pensjonariuszy z 30 przeszło udar mózgu, którego miejsce powstania udaru stanowiła lewa półkula. 9 pensjonariuszy miało udar mózgu zlokalizowany w prawej półkuli, natomiast u 5 pensjonariuszy wystąpił udar mózdzku.



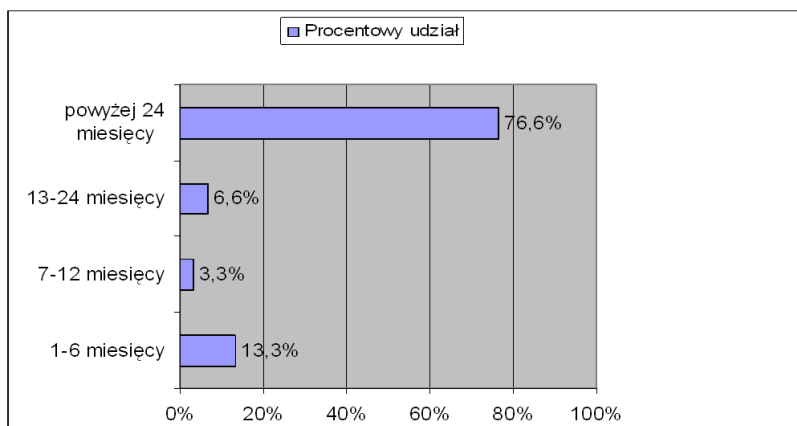
Rycina 3. Charakterystyka badanej grupy: lokalizacja udarów

Źródło: Opracowanie własne

W momencie prowadzenia badań podzielono pensjonariuszy na grupy w celu określenia czasu, jaki minął od udaru. Grupy kształtowały się następująco:

- 1-6 miesięcy,
- 7-12 miesięcy,
- 13-24 miesiące,
- powyżej 24 miesięcy.

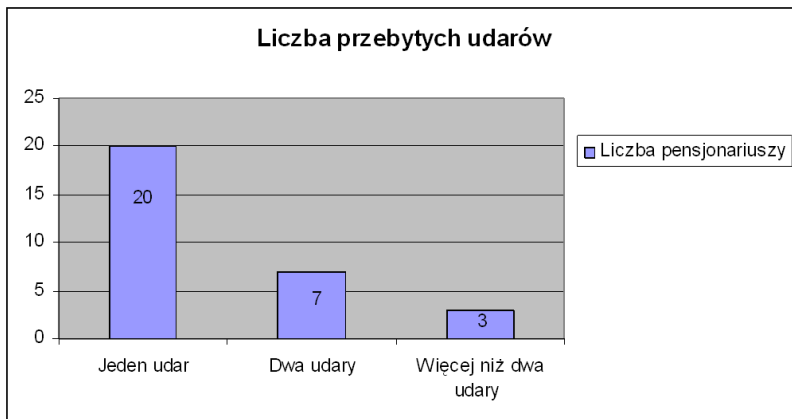
Ustalono, że do grupy, która przeszła udar 1-6 miesięcy wcześniej, należy 13,3% wszystkich pensjonariuszy. Do drugiej grupy 7-12 miesięcy należy 3,3%. Do grupy 13-24 miesiące należy 6,6%. Natomiast najwięcej pensjonariuszy 76,6% przeszło udar powyżej 24 miesięcy od momentu przeprowadzonego badania.



Rycina 4. Charakterystyka badanej grupy: czas, jaki minął od udaru

Źródło: Opracowanie własne

W toku badań ustalono również, że 20 pensjonariuszy przeszło udar mózgu jeden raz, natomiast 7 pensjonariuszy dwukrotnie, a 3 pensjonariuszy więcej niż dwukrotnie.



Rycina 5. Charakterystyka badanej grupy: liczba przebytych udarów
Źródło: Opracowanie własne

W trakcie badań przeprowadzono wywiad, który dotyczył wcześniejszego miejsca zamieszkania pensjonariuszy. Stwierdzono, że w przypadku kobiet nie ma zróżnicowania: 16,6% (5) mieszkało wcześniej na wsi, tyle samo w mieście. Jeżeli chodzi natomiast o mężczyzn, to na wsi mieszkało 40% (12), a w mieście 26,66% (8). Łącznie na wsi mieszkało 56,66% (17), natomiast w mieście 43,33% (13).

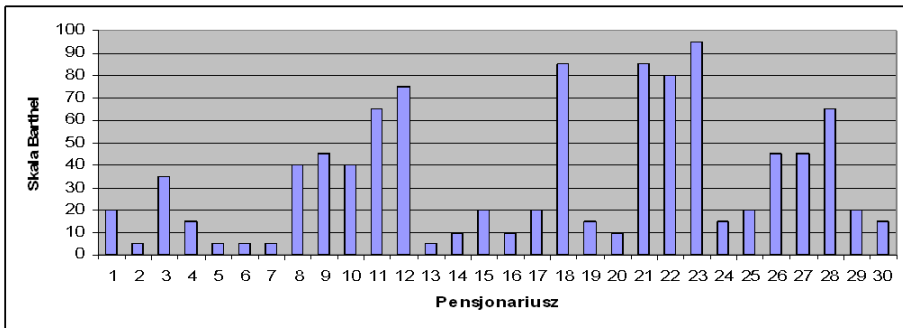
Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy: miejsce zamieszkania

miejsce zamieszkania	kobiety		mężczyźni		łącznie	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
wieś	5	16,66	12	40	17	56,66
miasto	5	16,66	8	26,66	13	43,33
razem	10	33,33	20	66,66	30	100

Źródło: Opracowanie własne

Podczas przeprowadzania badań niezbędna okazała się skala kliniczna Barthel, której stosowanie dało jasne wyniki dotyczące stanu psycho-fizycznego pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Jugowie oraz Domu Pomocy Społecznej w Nowej Rudzie. Pozwoliła ustalić sposób postępowania z chorym.

U badanej populacji zauważono duże zróżnicowanie w ocenie, jaką daje skala Barthel. 5 pensjonariuszy wyróżniało się pięcioma punktami w ocenie, co stanowi 17,5% wszystkich badanych. Kolejną wartość to 20 punktów w skali, którymi wyróżnia się 14,2%. Trzecią z najczęstszych ocen stanowią punkty 10, 15 i 45 przyznane przez aż 10,7% pensjonariuszy. Oznacza to, że procentowo największy odsetek mieszkańców stanowią osoby mające duże problemy z poruszaniem się, normalnym funkcjonowaniem i utrzymaniem higieny osobistej.



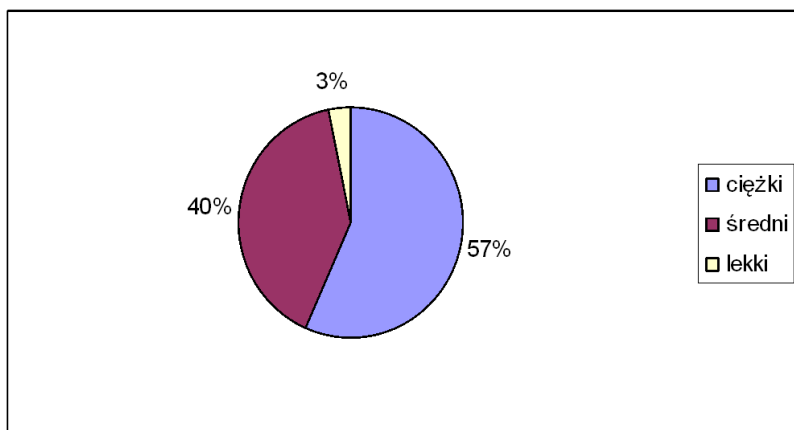
Rycina 6. Charakterystyka badanej grupy: skala Barthel

Źródło: Opracowanie własne

Stan pensjonariusza można określić według punktów przyznanych w skali Barthel. W badaniach wzięto pod uwagę następujący podział:

- 86-100 pkt – stan pacjenta „lekki”,
- 21-85 pkt – stan pacjenta „średnio ciężki”,
- 0-20 pkt – stan pacjenta „bardzo ciężki”.

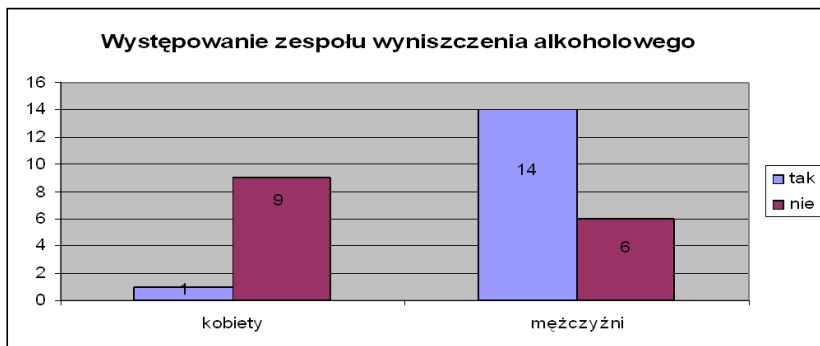
57% (17) wszystkich pensjonariuszy znajduje się w stanie ciężkim, co oznacza, że nie są oni w stanie spożywać samodzielnie posiłków, nie są samodzielni w przemieszczaniu się, nie są w stanie wykonać czynności higienicznych, mogą mieć problemy z ubieraniem się, poruszaniem po powierzchniach płaskich, kontrolowaniem moczu/stolca. 40% (12) pensjonariuszy jest w stanie średnim i potrzebuje pomocy przy większości czynności życia codziennego, jednak najczęściej panuje nad czynnościami fizjologicznymi. 3% (1) pensjonariuszy znajduje się w stanie lekkim i nie wymaga pomocy innych osób, np. przy przemieszczaniu się, spożywaniu posiłków, utrzymaniu higieny osobistej, poruszaniu się po powierzchniach płaskich.



Rycina 7. Charakterystyka badanej grupy: podział na stany psycho-fizyczne pensjonariuszy

Źródło: Opracowanie własne

Podczas przeprowadzania badań wzięto pod uwagę również wpływ alkoholu na stan pensjonariuszy. Stwierdzono, że nadużywanie alkoholu stanowiło jeden z czynników wywołujących udar. U części pensjonariuszy odnotowano występowanie zespołu wyniszczenia alkoholowego.



Rycina 8. Charakterystyka badanej grupy: występowanie zespołu wyniszczenia alkoholowego
Źródło: Opracowanie własne

Podczas obserwacji stwierdzono, że spośród 10 kobiet 1 cierpi na zespół wyniszczenia alkoholowego, natomiast u mężczyzn proporcja kształtuje się odmiennie. Wśród 20 mężczyzn u 14 występuje zespół wyniszczenia alkoholowego. Łącznie daje to wynik 15, czyli 50% pensjonariuszy.

Podsumowanie

W niniejszej pracy zbadano częstość występowania udarów mózgowych w populacji pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Jugowie oraz Domu Pomocy Społecznej w Nowej Rudzie. Ustalono, że spośród 160 osób, 30 zapadło na udar mózgu. Wybraną grupę poddano analizie ilościowej i jakościowej pod względem zachorowań na udar mózgu oraz dokonano oceny wpływu wskaźników demograficznych na występowanie udarów mózgu w badanej populacji.

Stwierdzono, że na udar krwotoczny zapadły 4 osoby, natomiast na niedokrwienny 26 osób. Ustalono, że wśród 4 osób, które przeszły udar krwotoczny, nie było kobiet.

Badaną grupę scharakteryzowano również biorąc pod uwagę czas, jaki minął od udaru, częstotliwość jego występowania oraz jego lokalizację.

Z badań wynika, że 16 pensjonariuszy miało lewostronny udar, 9 udar prawostronny, a 5 udar mózdzku. Najwięcej pensjonariuszy przeszło udar więcej niż 24 miesiące temu – 76,6%. Określono również, czy pensjonariusze przeszli udar raz, czy dwu- lub kilkakrotnie. Większa ich część, bo aż 20 osób przeszła jeden udar. 7 osób przeszło dwa udary, a 3 więcej niż dwa.

Podczas badań pod uwagę brano wcześniejsze zamieszkanie pensjonariuszy i podzielono ich na dwie grupy: osoby mieszkające na wsi oraz osoby mieszkające w mieście. Pierwsza grupa liczyła 17 osób, czyli 56,66%, natomiast druga 13,

co dawało udział 43,33%. Dla uzyskania dokładnych wyników podczas badań zastosowano skalę kliniczną Barthel. Po przeprowadzeniu dokładnej analizy stwierdzono, że 57% pensjonariuszy znajduje się w stanie określanym jako ciężki, 40% w stanie średnim, a 3% w stanie lekkim. Badano również występowanie wśród pensjonariuszy zespołu wyniszczenia alkoholowego i odnotowano, że 50% pensjonariuszy cierpi na tę chorobę współistniejącą.

Wnioski

1. W grupie badanych pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Jugowie i Domu Pomocy Społecznej w Nowej Rudzie mężczyźni dwa razy częściej zapadali na udar mózgu niż kobiety.
2. Większy odsetek zachorowań stanowiły udary niedokrwienne zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.
3. W badanej grupie pensjonariuszy zachorowalności na udar mózgu wzrasta wraz z wiekiem, przy czym średni wiek mężczyzn po przebytych udarach mózgowym jest niższy o 14 lat w stosunku do kobiet.
4. Większość badanych pensjonariuszy przeszła udar ponad 24 miesiące temu i u znacznej większości tych chorych nie wystąpiło ponowne zachorowanie.
5. Pensjonariusze mieszkający w przeszłości na wsi częściej zapadali na udary mózgu, niż pensjonariusze pochodzący z miast.
6. Chorobę alkoholową, jako jeden z czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu, rozpoznano u połowy pensjonariuszy.
7. Stan psycho-fizyczny u większości pensjonariuszy po przebytych udarach mózgu jest ciężki i podopieczni wymagają ciągłej opieki medycznej.

Piśmiennictwo

- [1]. Prusiński A.: *Neurologia praktyczna*, PZWL, Warszawa, 2003.
- [2]. Strepikowska A, Buciński A.: *Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka*. Post Farmakoter 2009; 65: 46-50.
- [3]. Victor M. i Ropper A.: *Neurologia Adamsa i Victora*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003.
- [4]. Członkowska A.: *Nowa definicja udaru. Stanowisko American Heart Association i American Stroke Association 2013*. Med Prakt 2014; 1: 42-47 i 60.
- [5]. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP et al.: *An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke 2013; 44: 2064- 2089.
- [6]. Zurru MC, Orzuza G.: *Epidemiological aspects of stroke in very old patients*. Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets 2011; 11: 2-5.

- [7]. Łukasik M., Kozubski W.: *Zespół metaboliczny jako czynnik ryzyka niedokrwiennego udaru mózgu*. Neurol Neuroch Pol 2012; 46: 271-278.
- [8]. Ryglewicz D., Hler DB, Wiszniewska M.: *Ischemic strokes are more severe in Poland than in the United States*. Neurology 2000; 54: 513-515.
- [9]. Nowacki P., Bajer-Czajkowska B.: *Profilaktyka wtórna niedokrwiennego udaru mózgu w świetle medycyny opartej na dowodach*. Pol. Prz. Neurol. 2008; 4: 147-152.
- [10]. Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J., Karewicz E., Zalewska H.: *Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Uczelni Łazarskiego; 2013.