

7. STRESZCZENIE

Wstęp

Zjawisko demograficznego starzenia się zwiększa zapotrzebowanie na opiekę medyczną i społeczną osób w wieku podeszłym, która związana jest z rosnącą liczbą osób dotkniętych niepełnosprawnością, a jednym z jej istotnych przyczyn jest występowanie ZS. Poprawa ciągłości usług i koordynacja opieki odgrywa kluczową rolę w zintegrowaniu opieki dla pacjentów w wieku podeszłym z ZS. Dążąc do ograniczenia instytucjonalizacji pacjentów należy zapewnić im właściwą i holistyczną opiekę w warunkach domowych. Określenie najlepiej działających czynników wpływających na zapobieganie występowania ZS oraz poprawę funkcjonowania pacjentów w warunkach domowych powinno być jednym z priorytetów systemu opieki zdrowotnej.

Cel pracy

Celem pracy było określenie najbardziej efektywnego modelu opieki środowiskowej nad pacjentami w wieku podeszłym z ZS. Celem szczegółowym było określenie wpływu interwencji żywieniowej, aktywności fizycznej oraz interwencji kompleksowej na poziom występowania ZS, jakość życia, poziom zachowań zdrowotnych, sprawność fizyczną i funkcjonalną, funkcjonowanie w sferze psychicznej, stan odżywienia osób w wieku podeszłym z ZS oraz dookreślenie elementów planowania skutecznej opieki nad pacjentami i wskazanie grupy ryzyka wśród pacjentów z ZS najbardziej narażonych na pogarszanie stanu zdrowia i występowanie deficytów.

Material i metody

Badaniami objęto 188 pacjentów podzielonych na trzy grupy interwencyjne oraz grupę kontrolną: grupę żywieniową (40 pacjentów), aktywności fizycznej (42 pacjentów), kompleksową (45 pacjentów) oraz kontrolną (61 pacjentów). Pacjenci byli słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku, pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej, uczestnikami klubów seniora, domów dziennego pobytu oraz pacjentami zakładu opiekuńczo-leczniczego. Badania przeprowadzono w okresie od maja 2017 r. do grudnia 2017 r. Badanie zostało przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej funkcjonującej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu (nr KB – 211/2017). Wykorzystano sondaż diagnostyczny wykonany techniką ankietowania przy zastosowaniu 12 narzędzi. Dane socjodemograficzne uzyskano na podstawie ankiety 267

własnej. Do badań wykorzystano narzędzia badawcze: skalę Cardiovascular Health Study (Skala Fried), w której wykorzystano skalę depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) oraz Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), Kwestionariusz World Health Organization Quality of Life Instrument Short Form (WHOQoL-Bref), Zmodyfikowaną Krótką Ocenę Potrzeb Camberwell, Geriatryczną Skalę Depresji (GDS-Geriatric Depression Scale), skalę ryzyka pogorszenia stanu zdrowia i zwiększenia ryzyka upadku VES-13 (Vulnerable Elders Survey), Montrealską Skalę Oceny Funkcji Poznawczych MoCA (Montreal Cognitive Assessment), skalę oceny podstawowych czynności życia codziennego ADL (Activities of Daily Living), skalę oceny złożonych czynności życia codziennego IADL (Instrumental activities of daily living), test Timed Up and Go (TUG), kwestionariusz oceny stanu odżywienia MNA (Mini Nutritional Assessment), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Wyniki

We wszystkich grupach badanych większość stanowiły kobiety, średnia wieku wynosiła G1 – 69,87, G2 – 69,38, G3 – 70,8, G4 – 79,13, w grupach G1 i G3 większość stanowili pacjenci ze średnim poziomem wykształcenia (52,5% i 40%), a w grupie G2 i G4 z niskim poziomem (42,9% i 53,3%). We wszystkich grupach badanych najczęstszą jednostką chorobową było nadciśnienie tętnicze, średnia liczba przyjmowanych przez pacjentów leków wynosiła G1 – M= 5,22, G2 – M=4,83, G3 – M=4,62, G4 – M=5,70, a średnia liczba upadków w ostatnim roku to w grupie G1 – M=0,70, G2 – M=1,00, G3 – M=2,11, G4 – M=1,13.

W wyniku podjęcia interwencji żywieniowej istotnie statystycznie: zmniejszyło się nasilenie ZS w grupie interwencyjnej żywieniowej G1 (T0 – M=2,00, T1 – M=1,94, T2 – M=1,95, p=0,022), zmniejszył się poziom aktywności fizycznej (T0 – M=1920,00, T1 – M=1348,00, T2 – M=784,00, p=0,005), wzrósł poziom zadowolenia z życia (T0 – M=3,55, T1 – M=3,83, T2 – M=3,65, p=0,021), wzrosła jakość życia w dziedzinie psychologicznej (T0 – M=14,52, T1 – M=14,94, T2 – M=15,4 p=0,018), wzrosła jakość życia w dziedzinie środowiskowej (T0 – M=14,01, T1 – M=14,35, T2 – M=15,74, p<0,001), wzrósł poziom zachowań zdrowotnych (T0 – M=91,34, T1 – M=92,33, T2 – M=91,73, p=0,026), wzrósł poziom prawidłowych nawyków żywieniowych (T0 – 268

M=3,68, T1 – M=3,89, T2 – M=3,75, p=0,013), zmniejszyła się liczba pacjentów z ryzykiem niedożywienia (T0 – 16,7%, T1 – 14,3%, T2 – 0%, p<0,001).

W wyniku podjęcia interwencji aktywności fizycznej istotnie statystycznie: zmniejszyła się siła uścisku dłoni lewej (T0 – M=17,99, T1 – M=16,67, T2 – M=17,82, p=0,001), wzrósł obwód mięśnia ramienia (T0 – M=29,18, T1 – M=30,74, T2 – M=31,50, p=0,047), zmniejszyło się nasilenie zaburzeń poznawczych (T0 – M=23,67, T1 – M=23,88, T2 – M=26,23, p<0,001), zmniejszył się poziom depresji (T0 – M=9,19, T1 – M=6,83, T2 – M=5,93, p=0,023), zwiększył poziom zaspokojenia potrzeb (T0 – M=0,84, T1 – M=0,89, T2 – M=0,90, p=0,019), zwiększył poziom jakości życia w dziedzinie psychologicznej (T0 – M=14,44, T1 – M=14,99, T2 – M=15,56, p=0,003) i dziedzinie środowiskowej (T0 – M=14,83, T1 – M=15,16, T2 – M=15,38, p=0,030).

W wyniku podjęcia interwencji kompleksowej istotnie statystycznie: wzrosła liczba pacjentów z niewystarczającym poziomem aktywności fizycznej (T0 – 19,0%, T1 – 21,9%, T2 – 26,7%, p<0,001), zwiększyła się liczba pacjentów z łagodną depresją (T0 – 25,7%, T1 – 25,9%, T2 – 28,6%), a zmniejszyła z umiarkowaną depresją (T0 – 48,6%, T1 – 51,9%, T2 – 42,9%) (p=0,008), zmniejszyła się masa ciała (T0 – M=76,24, T1 – M=76,22, T2 – M=76,12, p<0,001), zmniejszył się poziom BMI (T0 – M=28,92, T1 – M=29,73, T2 – M=28,71, p<0,001), zmniejszyło się nasilenie zaburzeń poznawczych (T0 – M=22,20, T1 – M=23,64, T2 – M=24,09, p=0,001), zmniejszyło się nasilenie depresji (T0 – M=12,42, T1 – M=9,79, T2 – M=9,44, p=0,004), zwiększył poziom zaspokojenia potrzeb (T0 – M=0,80, T1 – M=0,87, T2 – M=0,85, p=0,007), zwiększył poziom zadowolenia ze stanu zdrowia (T0 – M=3,02, T1 – M=3,21, T2 – M=3,44, p=0,032), zwiększyła jakość życia w dziedzinie psychologicznej (T0 – M=13,57, T1 – M=14,24, T2 – M=14,44, p=0,009) i środowiskowej (T0 – M=14,50, T1 – M=14,02, T2 – M=14,88, p=0,015), zwiększył poziom sprawności w zakresie złożonych czynności dnia codziennego (T0 – M=25,14, T1 – M=25,52, T2 – M=26,00, p=0,018), zmniejszył stopień ryzyka upadków i wzrosła sprawność funkcjonalna (T0 – M=11,52, T1 – M=10,69, T2 – M=9,38, p=0,004), wzrósł poziom zachowań zdrowotnych (T0 – M=86,78, T1 – M=95,30, T2 – M=95,72, p=0,011), wzrósł poziom prawidłowych nawyków żywieniowych (T0 – M=3,49, T1 – M=3,82, T2 – M=3,91, p=0,001), zachowań profilaktycznych (T0 – M=3,73, T1 – M=3,83, T2 – M=3,85, p=0,008), pozytywnego nastawienia psychicznego (T0 – M=3,61, T1 – M=3,85, T2 – M=3,96, p=0,013) oraz 269

poziom stanu odżywienia pacjentów (T0 – M=24,80, T1 – M=25,70, T2 – M=26,50, p=0,019).

Wnioski

Podjęcie interwencji żywieniowej jest skuteczne w zakresie zmniejszenia nasilenia ZS, zwiększenia satysfakcji z ogólnej jakości życia i z jakości życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej, zwiększenia poziomu zachowań zdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. Podjęcie aktywności fizycznej jest skuteczne w zakresie zmniejszenia nasilenia depresji, zwiększenia obwodu mięśnia ramienia, zmniejszenia nasilenia występowania zaburzeń poznawczych, zwiększenia poziomu zaspokojenia potrzeb oraz wzrostu satysfakcji z jakości życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej. Podjęcie interwencji kompleksowej, połączenia diety z aktywnością fizyczną, jest skuteczne w zakresie zmniejszenia nasilenia depresji, zmniejszenia nasilenia występowania zaburzeń poznawczych, zwiększenia poziomu zaspokojenia potrzeb, zwiększenia zadowolenia ze stanu zdrowia, zwiększenia satysfakcji z jakości życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej, poprawy stanu funkcjonalnego w zakresie złożonych czynności dnia codziennego, zmniejszenia stopnia ryzyka upadków i sprawności funkcjonalnej, zwiększenia poziomu zachowań zdrowotnych oraz poziomu prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz polepszenia stanu odżywienia. Pacjenci we wszystkich badanych grupach przejawiali zbyt wysokie nasilenie objawów depresyjnych oraz zaburzeń poznawczych. Istnieje konieczność przeprowadzenia przesiewowej oceny stanu odżywienia pacjentów z ZS. Elementami warunkującymi ogólną jakość życia były: poziom sprawności pacjentów, nasilenie objawów depresyjnych, umiejętność sprawnego funkcjonowania w codziennym życiu oraz ogólne postrzeganie zdrowia. Interwencje należy zaplanować w sposób indywidualny i wziąć pod uwagę zakres deficytów pacjenta, aktualne problemy zdrowotne i pielęgnacyjne, możliwości psychofizyczne i socjoekonomiczne pacjenta. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej należy zwiększyć świadczenia w zakresie rehabilitacji fizycznej, opieki dietetyka lub doradcy żywieniowego oraz wsparcia psychologicznego. Pacjentami najbardziej narażonymi na występowanie pogarszania się stanu zdrowia i występowania zaburzeń funkcjonowania są pacjenci ze złym stanem odżywienia, objawami depresyjnymi, niskim poziomem zachowań zdrowotnych,

wysokim nasileniem objawów depresyjnych i zaburzeń poznawczych, niską sprawnością funkcjonalną oraz niezaspokojonymi potrzebami.