

## **STRESZCZENIE**

Wzrost liczebności osób starszych nie tylko w Polsce ale również na całym świecie stwarza konieczność zapewnienia wsparcia środowiskowego i instytucjonalnego szczególnie najstarszym obywatelom, niesamodzielnym, a co raz częściej pozbawionym wsparcia ze strony najbliższego otoczenia. Aby zapewnić skuteczną pomoc, ograniczyć niesprawność narastającą wraz z wiekiem, wsparcie instytucjonalne powinno być rozpatrywane w wymiarze społeczno - ekonomicznym, demograficznym oraz kulturowym, ale przede wszystkim powinno być udzielone w odpowiednim czasie, w zależności od stanu zdrowia, sprawności oraz wieku seniora.

## **CEL PRACY:**

W pracy podjęto próbę oceny dynamiki zmian stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku w następstwie sześciomiesięcznej opieki w zakładach opiekuńczo - leczniczych, domach pomocy społecznej oraz pozostających pod opieką domową. Z realizacją tego celu były związane następujące zadania:

1. określenie sprawności, samodzielności i czynności dnia codziennego,
2. badanie ryzyka upadków,
3. ocena stanu odżywienia,
4. określenie stanu umysłowego,
5. badanie ryzyka wystąpienia odleżyn,
6. ocena stopnia niedokrwienia mózgu.

## **MATERIAŁ I METODY :**

Badania obejmowały łącznie 300 osób, które zostały przydzielone do 3 grup po 100 osób w każdej. Grupę I stanowili rezydenci zakładów opiekuńczo-leczniczych . Grupę II stanowili pensjonariusze domów pomocy społecznej. Grupę kontrolną (grupa K) stanowili pacjenci przebywający w środowisku domowym. U każdej osoby badania przeprowadzono dwukrotnie, w pierwszych 3 dniach od przyjęcia do ZOL-u lub DPS-u i powtórnie po 6 miesiącach przebywania w ośrodku. W takim samym przedziale czasowym były badane osoby przebywające w środowisku domowym. U każdej osoby przeprowadzono wywiad, na który składały się dane demograficzne i społeczno-ekonomiczne, występowanie chorób przewlekłych oraz liczba stosowanych leków. Następnie przeprowadzono badania z użyciem następujących skal i kwestionariuszy:

1. skala podstawowych czynności dnia codziennego (ADL),
2. skala złożonych czynności dnia codziennego (IADL),
3. skala podstawowych czynności Barthel,
4. skala stanu odżywienia (MNA = Mini Nutritional Assessment),
5. skala ryzyka wystąpienia odleżyn Norton
6. test oceny ryzyka upadków – skala równowagi i chodu Tinetti
7. wskaźnik ischemiczny Hachińskiego (HIS)
8. skrócony test sprawności umysłowej Hodgkinsona
9. krótka skala oceny stanu psychicznego (MMSE)
10. geriatryczna skala depresji (GDS = Geriatric Depression Scale)
11. test rysowania zegara (TRZ).

## **WYNIKI:**

W badaniu wstępnym grupa ZOL uzyskała najniższe wartości parametrów we wszystkich skalach, najmniej osób niesprawnych było w grupie DPS, wśród pacjentów opieki domowej przeważały osoby umiarkowanie niesprawne. W trakcie półrocznej obserwacji badanych, zmarło 34 chorych, w tym 22 w ZOL-ach i 12 przebywających w domu. Czynnikiem ryzyka zgonu był wiek i liczba współistniejących chorób przewlekłych. Podczas półrocznego pobytu w ZOL-u uzyskano zwiększenie wartości punktowych we wszystkich skalach określających sprawność czynnościową, wśród rezydentów DPS-u jedynie w skali Barthel uzyskano wzrost wartości punktowych. U osób przebywających w domu średnie wartości skal ADL, IADL, Barthel, uległy obniżeniu. Poprawę stanu odżywienia uzyskano w grupach ZOL i DPS. W grupie opieki domowej nastąpiło pogorszenie stanu odżywienia. Ryzyko wystąpienia odleżyn zmniejszyło się w grupie ZOL, w pozostałych grupach skala Norton nie wykazała istotnych zmian. Wartości punktowe w skali GDS uległy redukcji tylko w grupie ZOL, wśród osób przebywających w domu stan depresji pogłębił się. W grupie ZOL i DPS nie uzyskano istotnych różnic w zakresie funkcji poznawczych, w grupie kontrolnej wartości skal MMSE, Hodgkinson, TRZ, obniżyły się. W ocenie skali Hachińskiego nastąpiło zwiększenie wartości punktów w grupie ZOL oraz u osób przebywających w domu.

## **WNIOSKI:**

1. Zmiany sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku w następstwie sześciomiesięcznej opieki instytucjonalnej i domowej są zróżnicowane w zależności od miejsca pobytu, mianowicie: w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dochodzi do poprawy, przebywanie zaś w warunkach domowych prowadzi do pogorszenia sprawności funkcjonalnej.
2. Sześciomiesięczna opieka instytucjonalna i domowa nad osobami starszymi nie prowadzi u nich do zmian w zakresie ryzyka upadków.
3. W następstwie sześciomiesięcznej opieki instytucjonalnej i domowej nad osobami starszymi występuje poprawa stanu odżywienia osób przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i domu pomocy społecznej i pogorszenie - u osób przebywających w domu.
4. Poziom funkcji poznawczych i stopień nasilenia objawów depresji ulegają pogorszeniu u osób w podeszłym wieku przebywających w środowisku domowym, półroczna zaś opieka sprawowana w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i domu pomocy społecznej prowadzi do poprawy stanu depresji.
5. Podczas półrocznej opieki instytucjonalnej i domowej nad osobami starszymi nie dochodzi do zmian w zakresie ryzyka występowania odleżyn.
6. Półroczny pobyt starszych osób w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i środowisku domowym wpływa na poprawę wskaźnika ischemicznego mózgu

## **SUMMARY**

The increase in the number of older people not only in Poland but also all over the world makes it necessary to provide environmental and institutional support, especially to the oldest citizens, dependent, and more often without support from the immediate environment. In order to provide effective assistance, reduce disability increasing with age, institutional support should be considered in the socio-economic, demographic and cultural dimensions, but above all should be granted in a timely manner, depending on the state of health and efficiency and the senior's age.

### **OBJECTIVE OF THE WORK:**

The paper attempts to assess the dynamics of changes in health and functional capacity of elderly people following six months of care in care and treatment institutions, social welfare homes and those under home care. The following tasks were connected with the accomplishment of this goal:

1. determination of fitness, independence and everyday activities,
2. testing the risk of falls,
3. assessment of the nutritional status,
4. determination of the mental state,
5. research on the risk of pressure ulcers,
6. assessment of cerebral ischemia.

### **MATERIAL AND METHODS :**

The research included a total of 300 people who were assigned to 3 groups of 100 people in each. Group I were residents of care and treatment centers. Group II were residents of social welfare homes. The control group (group K) were patients in the home environment. In each person, the study was carried out twice, in the first 3 days of admission to ZOL or DPS, and again after 6 months in the center. In the same time interval people in the home environment were examined. Each person was interviewed, which included demographic and socio-economic data, the occurrence of chronic diseases and the number of medicines used. Then, tests were carried out using the following scales and questionnaires:

1. the scale of basic everyday activities (ADL),
2. the scale of complex daily activities (IADL),
3. the scale of Barthel's basic activities,
4. the scale of nutritional status (MNA = Mini Nutritional Assessment),
5. the scale of risk of developing Norton pressure ulcers
6. fall risk assessment test - Tinetti balance and gait scale
7. Hachinski's ischemic pointer (HIS)
8. shortened Hodgkinson's mental performance test
9. a short scale of mental health assessment (MMSE)
10. geriatric Depression Scale (GDS = Geriatric Depression Scale)
12. clock drawing test (TRZ).

## **RESULTS:**

In the preliminary study, the ZOL group obtained the lowest values of parameters at all scales, the fewest non-disabled were in the DPS group, among the patients of home care mostly moderately disabled persons. During the semi-annual observation of the subjects, 34 patients died, including 22 in ZOL and 12 staying at home. Risk factors for death were age and the number of concomitant chronic diseases. During the six-month stay at ZOL, there was an increase in point values in all scales defining functional efficiency, among the residents of the DPS only on the Barthel scale, an increase in point values was obtained. The average values of the ADL, IADL, Barthel scale decreased in people at home. The improvement of nutritional status was obtained in the ZOL and DPS groups. In the group of home care, the nutritional status worsened. The risk of pressure ulcers decreased in the ZOL group, in other groups the Norton scale showed no significant changes. Point values on the GDS scale were reduced only in the ZOL group, among the persons staying at home the state of depression deepened. In the ZOL and DPS group, no significant differences in cognitive functions were found, in the control group the values of MMSE, Hodgkinson, and TRZ scales decreased. In the Hachinski scale assessment, there was an increase in the value of points in the ZOL group and in people staying at home.

## **CONCLUSIONS:**

1. Changes in functional capacity of elderly people as a result of six-month institutional and home care are varied depending on the place of stay, namely: in the care and treatment institution there is improvement, while being in home conditions leads to deterioration of functional capacity.
2. Six months of institutional and home care for the elderly does not lead to changes in the risk of falls.
3. As a result of six months of institutional and home care for the elderly, there is an improvement in the nutritional status of people staying in a care and treatment institution and a social care home, and deterioration - in people staying at home.
4. The level of cognitive functions and the severity of depressive symptoms deteriorate in elderly people staying in the home environment, while half-year care performed in a care and treatment institution and a social care home leads to an improvement in the state of depression.
5. During the half-year institutional and home care over the elderly, there are no changes in the risk of pressure ulcers.
6. The six-month stay of older people in a care and treatment institution and in the home environment improves the brain's ischemic index.