

Milena Cieślak^{1,2}

Krzysztof Wasiak^{1,3}

¹ Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

² Dom Pomocy Społecznej św. Józefa w Woli Gułowskiej

³ Szpital im. Prof. M. Weissa Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER Sp. z o.o. w Konstancinie Jeziornej

Próba zastosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) do oceny skuteczności postępowania usprawniającego zastosowanego wobec pensjonariuszy domu pomocy społecznej

Streszczenie

Cel: Ocena z zastosowaniem ICF zmiany nasilenia problemów funkcjonalnych pensjonariuszy domu pomocy społecznej w zakresie „aktywności” i „uczestnictwa” po zastosowaniu fizjoterapii i zaopatrzenia ortopedycznego oraz analiza wzajemnych korelacji zmian nasilenia poszczególnych problemów funkcjonalnych.

Materiał kliniczny: 38-osobowa grupa pensjonariuszy domu pomocy społecznej. Średnia wieku badanych wyniosła $77,5 \pm 10,2$ lata.

Metody badawcze: Porównywano w poszczególnych kategoriach nasilenie problemów funkcjonalnych przed interwencją i po interwencji środowiskowej. Poziom istotności statystycznej obliczano metodą rangowanych znaków. Współczynnik korelacji (r) pomiędzy analizowanymi parametrami obliczano metodą Spearmana.

Wyniki: W kategoriach opisujących kwalifikatory „aktywność” i „uczestnictwo” w trakcie analizowanego okresu zaobserwowano redukcję problemów w 56,2%. Brak zmiany nasilenia problemu zaobserwowano w 41,6%. Tylko u jednego pensjonariusza w jednej kategorii (pielęgnacja ciała) zaobserwowano nasilenie problemu, czyli pogorszenie funkcji (2,6%). Poziom istotności tego rozkładu wyników wyniósł $p \leq 0,0001$. Analiza korelacji zmiany nasilenia problemów funkcjonalnych z wiekiem pensjonariuszy wykazała istotność statystyczną jedynie dla kategorii „poruszanie się” ($r = 0,30$, $p \leq 0,05$). Analiza korelacji zmiany nasilenia występowania problemu funkcjonalnego pomiędzy poszczególnymi kategoriami udowodniła, że wyniki 50% korelacji wykazały znamienność statystyczną.

Wnioski: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia może być narzędziem do oceny zmian stanu funkcjonalnego pensjonariuszy domu pomocy. Postępowanie usprawniające stwarza szansę na poprawę stanu funkcjonalnego lub na zatrzymanie jego pogorszenia się.

Słowa kluczowe: ICF, pensjonariusz domu pomocy społecznej, postępowanie usprawniające, zmiana stanu funkcjonalnego

Evaluation of the use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as an effective assessment of improving processes concerning the inmates of nursing home

Summary

Aim: Evaluation of the change of intensity of functional problems of the inmates of nursing home, using ICF, applying to „activity” and „participation” after the use of physiotherapy and orthopedic equipment as well as an analysis of correlation of the changes of intensity of particular functional problems between each other.

Clinical material: The group of 38 inmates of nursing home. An average age of the examined people was $77,5 \pm 10,2$.

Research method: Comparison of intensity of functional problems in particular categories before and after environmental intervention. The statistics level of significance was measured by a signed-ranks test. Correlation rate (r) between two ranked variables was measured by Spearman's rank correlation.

Results: During an analysed period in categories described by „activity” and „participation” qualifiers reduction of problems up to 56,2% was observed. The lack of the change of intensity of functional problem occurred in 41,6%. There was only one person who experienced the intensity of the problem, only in one category (body care), which means taking a turn for the worse in this function (2,6%). The significance level of these results was $p \leq 0,00001$. The analysis of correlation between the change of intensity of functional problems and the age of inmates showed the statistics significance only for a category „moving” ($r=0,30$, $p=0,05$). The analysis of correlation of the change of intensity of functional problem between particular categories showed that 50% of correlation results were statistically significant.

Conclusion: The International Classification of Functioning, Disability and Health may be used as a tool for evaluation of the changes of functional state of the inmates of nursing home. Improving processes give a chance for betterment of functional state or the stop of the change for the worse.

Keywords: ICF, inmate of nursing home, improving processes, change of functional state

Wstęp

Proces starzenia się ludności jest zjawiskiem powszechnym, dotyczącym wszystkich krajów, zarówno wysoko uprzemysłowionych, jak i słabiej rozwijających się ekonomicznie, socjalnie czy przemysłowo¹. Opieka w rodzinie jest coraz częściej zastępowana przez opiekę sprawowaną w instytucjach specjalnie do

¹ Zob. S. Kropińska, K. Wieczorkowska-Tobis, *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*, „Geriatrics” 2009, Nr 3, s. 12–16

tego powołanych, np. domach pomocy społecznej. Instytucje te, rozwijając swoją działalność, dostosowują się do potrzeb klientów. Jedną część pensjonariuszy przebywających w domach opieki chce jak najdłużej zachować samodzielność i aktywność ruchową. Drugą natomiast trzeba do aktywności i samodzielności mobilizować. Obie grupy wymagają zazwyczaj usprawnienia ruchowego i zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny oraz środki pomocnicze. Obie te grupy charakteryzuje również wielochorobowość. Jest to cecha, która stanowi wyzwanie dla osób planujących proces rehabilitacji, ponieważ w przypadku każdej z chorób należy uwzględnić wskazania i przeciwwskazania do koniecznych działań. Kolejnym wyzwaniem wśród osób starszych są problemy psychiczne, często objawiające się jako różne postaci demencji.

W 2001 r. powstała Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), która jest dokumentem proponującym odejście od postrzegania stanu chorobowego jedynie w perspektywie medycznej, dotyczącej zaburzenia struktur i funkcji ciała, ale zwraca też uwagę na funkcjonowanie i aktywność osoby w konkretnym środowisku². Na podstawie ICF powstały zestawy kategorii, według których można ocenić i zaplanować rehabilitację w przypadku osób o zbliżonych problemach funkcjonalnych, np: stany po urazach rdzenia kręgowego czy problemy osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. W literaturze znane są próby opracowania zestawów ICF dla osób po 75. roku życia bez demencji³. Mniej powszechne są natomiast możliwości zastosowania ICF dla oceny osób starszych, wśród których rozpoznano demencję lub wprost odwrotnie, mimo występujących wyraźnych zaburzeń poznawczych diagnoza nie została postawiona. W polskich warunkach grupę pensjonariuszy domów pomocy społecznej w znacznej mierze stanowią osoby o zróżnicowanych problemach zdrowotnych.

Cel badania

Celem badania była ocena z zastosowaniem ICF zmiany nasilenia problemów funkcjonalnych pensjonariuszy domu pomocy społecznej w zakresie „aktywności” i „uczestnictwa” po zastosowaniu fizjoterapii i zaopatrzenia ortopedycznego oraz sprzętu pomocniczego. Ponadto dokonano analizy korelacji zmian nasilenia poszczególnych problemów funkcjonalnych pomiędzy sobą po zastosowaniu fizjoterapii oraz zaopatrzenia ortopedycznego i sprzętu pomocniczego.

² Zob. R. Jagodziński, *Materiał szkoleniowy z zakresu Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF)*, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji

³ Zob. S. L. Spoorenberg, S. A. Reijneveld, B. Middel, R. J. Uittenbroek, H. P. Kremer, K. Wynia, *The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: development and validation*, „Disabil Rehabil” 2015, Nr 26, s. 1–7

Materiał

Materiał badawczy stanowiła grupa pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej św. Józefa w Woli Gułowskiej (DPSśJ). Placówka posiada osobowość prawną i działa na podstawie Ustawy o pomocy społecznej⁴ oraz Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej⁵. DPSśJ jest domem niepublicznym, wpisanym do Rejestru Wojewody na podstawie Decyzji S.III.9013/10/01 z dnia 28 maja 2001 r. pod nr 21, powstałym z inicjatywy i prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Karmelitanek Instytut Naszej Pani z Karmelu od dnia 29 listopada 1999 r.

Charakterystyka pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej św. Józefa w Woli Gułowskiej

DPSśJ jest przeznaczony dla osób starszych, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Ma za zadanie zapewnienie całodobowej opieki przez zaspokojenie niezbędnych potrzeb bytowych, zdrowotnych, społecznych, religijnych, itp.⁶.

Badania dla potrzeb pracy zostały przeprowadzone w okresie od stycznia do listopada 2014 r. W tym czasie w DPSśJ przebywało 43 osoby w wieku od 55. do 95. lat, w tym 12. mężczyzn i 31 kobiet.

U osób przebywających w czasie prowadzonych badań występowały schorzenia, które podzielono według kodów ICD10⁷ na podstawie rozpoznania chorób w kartach informacyjnych pensjonariuszy po leczeniu szpitalnym.

Najczęściej występującymi chorobami u pensjonariuszy były schorzenia układu krążenia: nadciśnienie tętnicze, miażdżyca uogólniona, przewlekła choroba niedokrwienna serca, przebyty udar mózgu, niewydolność serca oraz migotanie przedsionków.

Na drugim miejscu pod względem częstości występowania stwierdzano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym różnego pochodzenia otępienia oraz upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym.

Na trzecim miejscu znajdowały się choroby układu nerwowego: choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, porażenie połowicze, przemijające epizody niedokrwienia mózgu (TIA).

Ponadto u pensjonariuszy były zdiagnozowane: cukrzyca insulinozależna (typ II), choroby oczu, takie jak ślepotą wtórna czy jaskra, schorzenia układu

⁴ Zob. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 175 z 2009 r., poz. 1362 z późn. zm.

⁵ Zob. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy, Dz. U. Nr 217, poz. 964

⁶ Tamże; zob. Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej św. Józefa w Woli Gułowskiej przy Zgromadzeniu Sióstr Karmelitanek Instytutu Naszej Pani z Karmelu, 1 października 2013 r.

⁷ Zob. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD10, X Rewizja, Vol. 1, 2008

oddechowego, takie jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), astma oskrzelowa, niewydolność nerek, choroby układu mięśniowo-szkieletowego, takie jak reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) czy zwyrodnienia wielostawowe. Obserwowano także stany po amputacjach w wyniku odmrożeń oraz złamania szyjki kości udowej.

Rozpoznanie chorób pensjonariuszy zostały opracowane według kategorii trzyznakowej ICD10 i przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Rodzaje rozpoznanych chorób u wszystkich pensjonariuszy DPSóJ na podstawie kategorii trzyznakowej ICD10

ICD10 według kategorii trzyznakowej	C00–D48	E00–E90	F00–F99	G00–G99	H00–H59	I00–I99	J00–J99	M00–M99	N00–N99	S00–T98
ICD10 – opis kategorii trzyznakowej	Nowotwory	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	Choroby układu nerwowego	Choroby oka i przydatków oka	Choroby układu krążenia	Choroby układu oddechowego	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	Choroby układu moczowo-płciowego	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych
Liczba występujących chorób	1	4	14	10	2	49	5	4	2	6

Źródło: badania własne

Kryteria kwalifikacji do badania

Kryteriami włączającymi do badania, jakimi się posłużono, są:

1. Pobyt pensjonariusza w DPSóJ nie krótszy niż 2 tygodnie.
2. Stabilny ogólny stan zdrowia pensjonariusza.
3. Chęć i możliwość nawiązania współpracy z badaczem.

Kryteria, które wyłączały z badania, to:

1. Krótki czas pobytu pensjonariusza w DPSóJ (krócej niż 2 tygodnie).
2. Niestabilny ogólny stan zdrowia pensjonariusza.
3. Brak chęci lub możliwości nawiązania współpracy.

Charakterystyka badanego materiału

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria, spośród 43. przebywających w DPSŚJ osób badania przeprowadzono wśród 38. pensjonariuszy. Wśród badanych było 30 kobiet i 8. mężczyzn. Tabela 2 przedstawia charakterystykę wieku w grupie badanej.

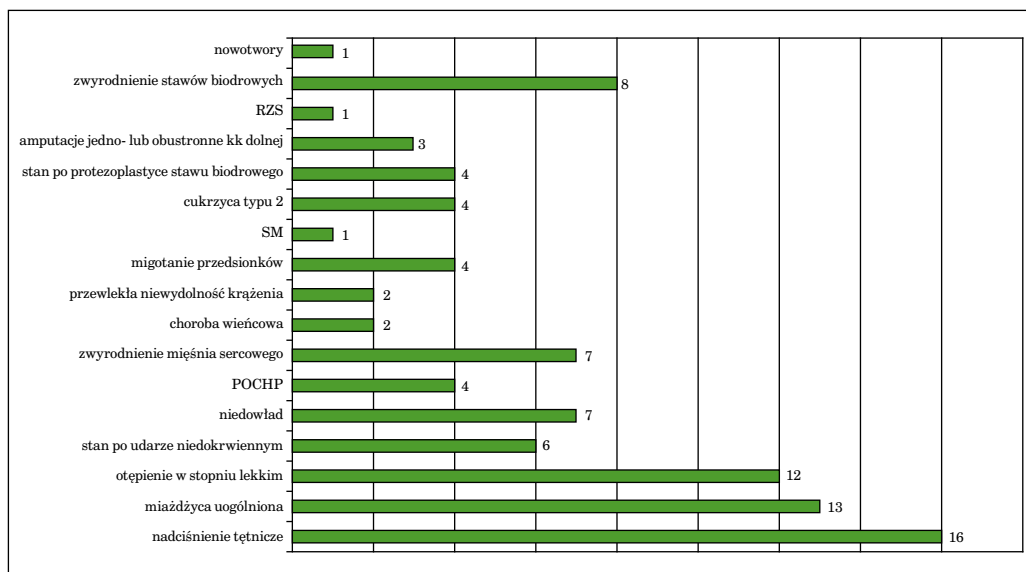
Tabela 2. Charakterystyka wieku w grupie badanej

	N	Średnia	Odch. std.	MIN	Mediana	MAX
Grupa badana	38	77,5	10,2	58	80	95

Źródło: badania własne

W badanej grupie najczęściej występującymi chorobami były skorelowane ze sobą nadciśnienie tętnicze i uogólniony proces miażdżycowy. Występowały one u 16. osób. Nadciśnienie, miażdżycy uogólniona oraz otępienie w stopniu lekkim zdiagnozowane były u 12. osób. U 6. osób zwężenie się światła naczyń spowodowane wyżej wymienionymi chorobami wywołało wystąpienie udaru niedokrwinnego, którego powikłaniem były niedowłady prawo- lub lewostronne.

U pozostałych osób zdiagnozowane były choroby, jak: POCHP, zwyrodnienia mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność krążenia, migotanie przedsionków, stwardnienie rozsiane, cukrzyca typu II, stany po protezoplastyce stawu biodrowego, amputacje jedno- lub obustronne kończyn dolnych, RZS i zwyrodnienie stawów biodrowych, nowotwory.



Rycina 1. Rodzaje występujących chorób w badanej grupie pensjonariuszy

Źródło: badania własne

Metody badawcze

Analizie poddano dokumentację medyczną, w szczególności karty informacyjne leczenia szpitalnego poszczególnych pensjonariuszy z ostatnich dwóch lat (2013–2014). Jeśli pensjonariusz nie przebywał w tym czasie w szpitalu, przeprowadzono wywiad zawierający szczegółowe pytania dotyczące schorzeń oraz posiadanego zaopatrzenia ortopedycznego.

Dla potrzeb tej pracy opracowano Profil Kategorialny Pensjonariusza DPS św. Józefa (PKP), opierając się na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)⁸. Stworzony dla potrzeb tego badania PKP miał w sposób precyzyjny i wieloaspektowy ocenić nie samą osobę, lecz jej funkcjonowanie w środowisku.

Na podstawie doświadczeń z wielu lat pracy z osobami starszymi wybrano do PKP z całej klasyfikacji ICF najczęstsze problemy funkcjonalne w zakresie „aktywności” i „uczestnictwa”. W analizie pominięty został cały rozdział dotyczący struktur ciała, ponieważ dane na ten temat zostały już zawarte w rozpoznaniach chorób sklasyfikowanych według ICD10.

Profil Kategorialny Pensjonariusza DPS św. Józefa												
Nazwisko i imię:												
Wiek												
Wykształcenie												
Miejsce pochodzenia												
Diagnoza według ICD10												
Cel ogólny (CO): Utrzymanie sprawności i wydolności organizmu										CO	tak	
Cele programu aktywizacji:												
Cel 1 (CP1): Utrzymanie funkcji organizmu										CP1	tak	
Cel 2 (CP2): Nauka samoobsługi										CP2	tak	
Cel 3 (CP3): Usprawnianie ruchowe										CP3	tak	
Cel 4 (CP4): Zaopatrzenie w sprzęty pomocnicze i zaopatrzenie ortopedyczne										CP4	tak	
Kategorie ICF		Kwalifikator ICF										
		wykonanie					zdolność					
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
d4100	Leżenie (Le)											
d415	Utrzymywanie pozycji ciała (Up)											
d450	Chodzenie (Ch)											
d460	Poruszanie się w różnych miejscach (Pr)											
d465	Poruszanie się przy pomocy sprzętu (Ps)											
d520	Pielęgnowanie poszczególnych części ciała (Pi)											
d540	Ubieranie się (Ub)											

Rycina 2. Zastosowane narzędzie badawcze – Profil Kategorialny Pensjonariusza DPSŚJ

⁸ Zob. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), WHO, 2001

W pracy zastosowano Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych ICD-9 PL (5.22)⁹, zgodnie z którą zlecano konkretne zabiegi rehabilitacyjne.

W grupie pensjonariuszy włączonych do badania zastosowano ćwiczenia bierne wykonywane z udziałem terapeuty (ICD9 93.11), czynno-bierne, samowspomagane, w odciążeniu (ICD9 93.12), czynne z oporem (ICD9 93.13), ćwiczenia i gry zespołowe, koordynacyjno-równoważne (ICD9 93.19). W indywidualnych zabiegach fizjoterapeutycznych posługiwano się wybranymi ćwiczeniami z grupy metod neurofizjologicznych typu NDT-Bobath czy PNF (ICD9 93.38).

W grupie z zaburzoną siłą mięśniową zastosowano indywidualnie dobrane ćwiczenia z zakresu usprawniania biernego (ICD9 93.11) i czynnego (ICD9 93.12).

Wśród pensjonariuszy z problemem zaburzonego napięcia mięśniowego korzystano z ćwiczeń biernych (ICD9 93.17), samowspomaganych, czynnych oraz w odciążeniu z oporem (ICD9 93.13). Ponadto stosowano ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, jak PNF, NDT-Bobath oraz metody reedukacji nerwowo-mięśniowej (ICD9 93.38).

W grupie osób narażonych na problemy skóry w postaci otarć, owrzodzeń czy odleżyn ważna była profilaktyka poprzez utrzymywanie prawidłowo suchej, czystej skóry. Stosowano częste zmiany pozycji siedzącej lub pozycji ułożeniowych w łóżku chorego. W miarę potrzeb stosowano sprzęt pomocniczy w postaci poduszek czy też materaców przeciwoodleżynowych.

Według klasyfikacji ICF 9 zasadne było użycie w tej grupie pensjonariuszy zabiegów z grupy reedukacji chodu (93.22), począwszy od pionizacji biernej lub czynnej, przygotowań do chodzenia, nauki czynności lokomocyjnych, uczestniczenia w dopasowywaniu potrzebnych aparatów ortopedycznych (93.23), nauki posługiwania się protezą lub aparatem ortopedycznym (93.24) typu kule lub inne sprzęty pomocnicze.

Potrzeby mieszkańców co do zaopatrzenia w wyroby medyczne i środki pomocnicze określano według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie¹⁰.

W trakcie rehabilitacji pensjonariuszy zaopatrzone w odpowiednio, indywidualnie dobrane pomoce ortopedyczne tego typu, jak różne wózki inwalidzkie (P127, P129, P130), kule łokciowe (P118, P119). Przy utrwalonej dysfunkcji chodu stosowano trójnogi, czworonogi (P121), balkoniki lub podpórki (P123). Ponadto pensjonariuszy zaopatrywano w pionizatory (P125), protezy kończyn dolnych (podudzia lub uda, czyli protezy z grupy B lub C), poduszki przeciwoodleżynowe (P116) oraz materace przeciwoodleżynowe (P117).

Pensjonariuszy, u których było to konieczne, zaopatrzone w: pieluchomajtki, wkłady anatomiczne, podkłady (P101). Warto także wspomnieć o dodatkowych przedmiotach i środkach pomocniczych nier refundowanych przez NFZ,

⁹ Zob. Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL, (Wersja 5.22)

¹⁰ Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, Dz. U., poz. 1565

a ułatwiających w znacznym stopniu funkcjonowanie w środowisku. Należą do nich: łóżka rehabilitacyjne, wózki czy krzesła toaletowe, poręcze montowane na ścianach w łazienkach, nakładki podwyższające siedziska, nakładki wannowe. Ponadto niezastąpioną rolę pełnią osoby wspomagające chorych: personel opiekuńczy, pielęgniarz czy pracownicy socjalni.

Opis zastosowanych kwalifikatorów

„Aktywności” i „uczestnictwo” pensjonariuszy badano za pomocą skali Barthel i Tinetti. Uzyskane wyniki oceniano za pomocą kwalifikatorów wskazujących poziom ograniczenia w funkcjonowaniu w skali od 0 do 4. 0 – oznaczało brak problemu (0–4%), 1 – nieznaczny problem (5–24%), 2 – umiarkowany problem (25–49%), 3 – znaczny problem (50–95%), a 4 – skrajnie duży problem (96–100%).

Zmianę poziomu „aktywności” i „uczestnictwa” opisywano poprzez porównywanie wartości dwóch kwalifikatorów: „zdolności” i „wykonania”. Kwalifikator „zdolność” określał poziom problemu funkcjonalnego pacjenta w standardowym dla niego środowisku. Za takie standardowe środowisko przyjęto warunki domowe, w jakich pacjent przebywał przed przyjęciem do DPSŚJ. Kwalifikator „wykonanie” określał poziom problemu funkcjonalnego pacjenta już jako pensjonariusza DPSŚJ, który poddany został środowiskowemu oddziaływaniu terapeutycznemu (usprawnianiu).

W zakresie kwalifikatorów „zdolność” i „wykonanie” badano następujące kategorie: leżenie (Le), utrzymywanie pozycji ciała (Up), chodzenie (Ch), poruszanie się w różnych miejscach (Pr), poruszanie się przy pomocy sprzętu (Ps), pielęgnowanie poszczególnych części ciała (Pi), ubieranie się (Ub). W zakresie kategorii Ps analizie poddano 27. pensjonariuszy, gdyż tylu korzystało z zaopatrzenia ortopedycznego.

Skuteczność środowiskowego oddziaływania terapeutycznego wobec pensjonariuszy oceniono różnicą pomiędzy nasileniem problemu funkcjonalnego obydwu kwalifikatorów. Ponieważ najmniejszemu problemowi funkcjonalnemu przypisano wartość równą 0, a największemu równą 4, ujemny wynik zmiany przedstawiał redukcję opisywanego problemu, czyli poprawę stanu funkcjonalnego pensjonariusza. Wynik dodatni przedstawiał pogorszenie. Brak zmiany oznaczał brak redukcji problemu, a co za tym idzie, brak zmiany w stanie funkcjonalnym pensjonariusza.

Analiza statystyczna

Analizie statystycznej poddano:

1. Zmianę nasilenia występowania problemu funkcjonalnego w każdej z analizowanych kategorii kwalifikatorów „zdolność” i „wykonanie”, związaną z oddziaływaniem środowiskowym DPSŚJ.

2. Korelację zmian nasilenia występowania problemów funkcjonalnych w analizowanych kategoriach z wiekiem pensjonariuszy.
3. Korelację zmian nasilenia występowania problemu funkcjonalnego pomiędzy wszystkimi analizowanymi kategoriami.

Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,005$ obliczany metodą rangowanych znaków. Współczynnik korelacji (r) pomiędzy analizowanymi parametrami obliczano metodą Spearmana. Do obliczeń statystycznych zastosowano system SAS¹¹.

Wyniki

W zakresie analizy zmiany nasilenia występowania problemów funkcjonalnych uzyskano następujące wyniki. W kategoriach opisujących kwalifikatory „aktywność” i „uczestnictwo” w trakcie analizowanego okresu zaobserwowano nieznaczną poprawę średnio w 36,6%, poprawę umiarkowaną średnio w 16,8% oraz poprawę znaczną średnio w 2,8%. Nie zaobserwowano zmiany średnio w 41,6%. Pogorszenie zaobserwowano tylko u jednego pacjenta w jednej kategorii – pielęgnowania poszczególnych części ciała (2,6%). Poziom istotności statystycznej rozkładu powyższych wyników wyniósł $p \leq 0,0001$.

Tak więc redukcję problemu funkcjonalnego uzyskano w 56,2% przypadków, brak zmian zaobserwowano w 41,56% przypadków, natomiast pogorszenie zaobserwowano tylko u jednego pensjonariusza w jednej kategorii (2,6%). Szczegółowe wyniki tej analizy przedstawia tabela 3.

Analiza korelacji zmiany nasilenia problemów funkcjonalnych z wiekiem pensjonariuszy wykazała istotność statystyczną jedynie dla kategorii „poruszanie się”. Im pensjonariusz był starszy, tym redukcja problemu w czasie badania była mniejsza ($r=0,320$; $p \leq 0,05$).

Analiza korelacji zmiany nasilenia występowania problemu funkcjonalnego pomiędzy poszczególnymi kategoriami udowodniła, że wynik 21 korelacji wykazał statystyczną znamienność (natomiast pozostałe 21 tego nie wykazały). Wszystkie statystycznie znamienne korelacje miały wartość dodatnią, co przemawia za tym, że poprawie w jednej kategorii towarzyszyła poprawa w drugiej. Tabela 4 przedstawia szczegółowe wyniki powyższej analizy.

¹¹ SAS/STAT 9.4, User's Guide, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2014

Tabela 3. Analiza zmiany nasilenia występowania problemu funkcjonalnego. Poziom istotności statystycznej rozkładu wszystkich wyników w tabeli $p \leq 0,0001$

Zmiana nasilenia problemu funkcjonalnego	Le	Up	Ch	Pr	Ps N=27	Pi	Ub	średni % zmiany
Skrajne pogorszenie (4)	-	-	-	-	-	-	-	-
Znaczne pogorszenie (3)	-	-	-	-	-	-	-	-
Pogorszenie umiarkowane (2)	-	-	-	-	-	-	-	-
Nieznaczne pogorszenie (1)	-	-	-	-	-	1 (2,63%)	-	2,63%
Bez zmiany (0)	27 (71,05%)	13 (34,21%)	21 (55,26%)	1 (2,63%)	9 (33,33%)	15 (39,47%)	21 (55,26%)	41,6%
Nieznaczną poprawę (-1)	7 (18,42%)	20 (52,63%)	12 (31,58%)	13 (34,21%)	11 (40,74%)	18 (47,37%)	12 (31,58%)	36,6%
Poprawa umiarkowana (-2)	4 (10,53%)	4 (10,53%)	4 (10,53%)	19 (50%)	4 (14,81%)	4 (10,53%)	3 (7,89%)	16,8%
Poprawa znaczna (-3)	-	1 (2,63%)	1 (2,63%)	-	3 (11,11%)	-	2 (5,26%)	2,8%
Eliminacja problemu (-4)	-	-	-	-	-	-	-	-

Le – leżenie; Up – utrzymywanie pozycji ciała; Ch – chodzenie; Pr – poruszanie się w różnych miejscach; Ps – poruszanie się przy pomocy sprzętu; Pi – pielęgnowanie poszczególnych części ciała; Ub – ubieranie się

Źródło: badania własne

Tabela 4. Wynik analizy statystycznej korelacji zmiany nasilenia występowania problemu funkcjonalnego pomiędzy poszczególnymi kategoriami

Zmiana stopnia nasilenia problemu	Le	Up	Ch	Pr	Ps	Pi	Ub
Le	1,00	NS	NS	r=0,38 p≤0,0192	NS	r=0,42 p≤0,0095	r=0,41 p≤0,0117
Up	r=0,56 p≤0,0003	1,00	NS	r=0,39 p≤0,017	NS	r=0,45 p≤0,0045	r=0,34 p≤0,0351
Ch	r=0,34 p≤0,0375	NS	1,00	NS	NS	NS	NS
Pr	r=0,38 p≤0,0192	r=0,38 p≤0,017	NS	1,00	NS	r=0,55 p≤0,0004	r=0,35 p≤0,0311
Ps	r=0,15 p≤0,4609	NS	NS	NS	1,00	NS	NS
Pi	r=0,42 p≤0,0095	r=0,45 p≤0,0045	NS	r=0,55 p≤0,0004	NS	1,00	r=0,38 p≤0,0189
Ub	r=0,4 p≤0,0117	r=0,34 p≤0,0351	NS	r=0,35 p≤0,0311	NS	r=0,38 p≤0,0189	1,00

Le – leżenie; Up – utrzymywanie pozycji ciała; Ch – chodzenie; Pr – poruszanie się w różnych miejscach; Ps – poruszanie się przy pomocy sprzętu; Pi – pielęgnowanie poszczególnych części ciała; Ub – ubieranie się

Źródło: badania własne

Dyskusja

W pracy została wykorzystana Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, która z założenia ma być narzędziem diagnozy, planowania i ewaluacji stanu funkcjonalnego osób m.in. niepełnosprawnych ruchowo. Do takiej grupy osób można zaliczyć osoby starsze¹². Według założeń ICF celem pracy z osobą niepełnosprawną jest udzielenie efektywnego wsparcia, które ma pomóc przezwyciężyć ograniczenia wynikające z wieku lub ułatwić zmaganie się z nimi przez m.in. zaopatrzenie ortopedyczne lub pomoc innych osób¹³. ICF została wybrana do pracy jako narzędzie badawcze, ponieważ dostarcza uniwersalnego języka oraz zapewnia spójny system kodowania problemów funkcjonalnych, który pozwala także na wzajemne komunikowanie specjalistów różnych dziedzin, zaangażowanych w działania nad poprawą jakości życia osób niepełnosprawnych. Klasyfikacja umożliwia również dokładną ocenę obciążenia chorobą oraz bada otoczenie osoby niepełnosprawnej. Postawienie precyzyjnej diagnozy pozwala stworzyć i zastosować programy interwencji oraz porównać efekty realizowanych programów dotyczących wsparcia osób niepełnosprawnych¹⁴. W piśmiennictwie istniały próby opracowania zestawu ICF dla osób starszych (75+) bez demencji¹⁵. Badanie¹⁶ miało za zadanie opracowanie prawidłowego zestawu ICF, który odzwierciedlałby najbardziej istotne problemy zdrowotne osób starszych oraz pokazywałby kierunki zaradzenia występującym problemom¹⁷.

Ponieważ w badanej grupie pensjonariuszy DPSsJ znajdowały się osoby bez demencji, jak i z demencją, dlatego też dla celów pracy stworzony został własny Profil Kategorialny Pensjonariusza DPSsJ. Według ICF funkcjonowanie osoby i jej niepełnosprawność nie są jedynie efektem stanu chorobowego, ale zależą od wielu czynników: stanu zdrowia, czynników osobowych oraz czynników środowiskowych¹⁸. Pełna diagnoza funkcjonowania jest możliwa tylko z uwzględnieniem

¹² Zob. *Dlaczego boimy się starości?*, „Geriatrya” 2013, Nr 7, s. 19–23; R. Jagodziński, *Zastosowanie ICF jako narzędzia diagnozy, planowania i ewaluacji w programie aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, Nr II(7), s. 67–104

¹³ Zob. R. Jagodziński, *Zastosowanie ICF jako narzędzia diagnozy, planowania i ewaluacji w programie aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, Nr II(7), s. 67–104

¹⁴ Zob. R. Jagodziński, *Materiał szkoleniowy z zakresu Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF)*, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji

¹⁵ Zob. S. L. Spoorenberg, S. A. Reijneveld, B. Middel, R. J. Uittenbroek, H. P. Kremer, K. Wynia, *The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: development and validation*, „Disabil Rehabil” 2015, Nr 26, s. 1–7

¹⁶ Tamże

¹⁷ Tamże

¹⁸ Zob. R. Jagodziński, *Materiał szkoleniowy z zakresu Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF)*, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji

bio-psycho-społecznego modelu, czyli w odniesieniu do każdego ze składników klasyfikacji: funkcji i struktur ciała, aktywności i uczestniczenia oraz czynników środowiskowych¹⁹.

Wyniki badań przeprowadzonych w Domu Pomocy Społecznej św. Józefa wskazują, że schorzenia, jakie występowały wśród pensjonariuszy, nie dyskwalifikowały z aktywności. Wprost przeciwnie, możliwy jest dobór działań rehabilitacyjnych przynoszących pożądany pozytywny efekt funkcjonalny²⁰. W kontekście zaawansowanego wieku, aktywności funkcjonalne w życiu codziennym, np. wchodzenie po schodach czy spacer mogą być nawet ważniejsze niż zestaw innych działań, np. zajęć sportowych u ludzi młodszych. Działania te podtrzymują niezależność osoby starszej od otoczenia tak potrzebnej dla utrzymania przynajmniej zadowalającej jakości życia²¹.

Wyniki te, biorąc pod uwagę ich istotność statystyczną, wykazały, że w badanym materiale w 97,8% wystąpiła poprawa stanu funkcjonalnego pensjonariuszy lub zatrzymanie procesu pogarszania się tego stanu. Wykazały też, że wiele problemów funkcjonalnych, oprócz problemu „poruszanie się”, zmniejszyło swoje nasilenie niezależnie od wieku pacjenta. Może to przemawiać za tym, że usprawnianie pensjonariuszy było na tyle silnym, pozytywnym czynnikiem, że okazał się on silniejszy niż czynnik wieku pacjenta. Badanie przedstawiło w analizowanym materiale, że bez względu na wiek pensjonariusza warto było podejmować usprawnianie.

Wyniki analizy korelacji zmiany nasilenia występowania problemu funkcjonalnego pomiędzy poszczególnymi kategoriami dowodzą, że połowa tych korelacji wykazała znamienność statystyczną, a wszystkie korelacje miały wartość dodatnią. Wynik ten pokazuje, jak poprawa stanu funkcjonalnego była wielokierunkowa. Poprawa w połowie kategorii skorelowana była z poprawą w innych kategoriach. Pokazuje to, że osiągając poprawę w zakresie jednej kategorii (funkcji), mamy realną szansę na poprawę także innych funkcji pensjonariusza.

Podsumowując, wyniki powyższych badań przemawiają za tym, że ICF, zastosowana wraz z adekwatnymi metodami statystycznymi, może być narzędziem do oceny zmiany stanu funkcjonalnego pacjentów z wielochorobowością, jakimi są zazwyczaj pensjonariusze domów pomocy społecznej. Oczywiście badania nad tym zagadnieniem powinno się prowadzić dalej, na większych grupach pensjonariuszy, co może dać większą wiarygodność wyników i rozszerzyć naszą wiedzę na ten temat.

¹⁹ Tamże

²⁰ Zob. K. G. Eckert, M. A. Lange, *Comparison of physical activity questionnaires for the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – an analysis of content*, „BMC Public Health” 2015, Nr 15, s. 249

²¹ Tamże; zob. K. E. Powell, A. E. Paluch, S. N. Blair, *Physical activity for health: what kind? How much? How intense? On top of what?*, „Annu Rev Public Health” 2011, Nr 32(1), s. 349–65; M. P. Buman, E. B. Hekler, W. L. Haskell, L. Pruitt, T. L. Conway, K. L. Cain, et al., *Objective light-intensity physical activity associations with rated health in older adults*, „Am J Epidemiol” 2010, Nr 172(10), s. 1155–65

Wnioski

1. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia może być narzędziem do oceny zmian stanu funkcjonalnego pensjonariuszy domu pomocy społecznej występujących po zastosowaniu postępowania usprawniającego.
2. Zastosowanie postępowania usprawniającego u pensjonariuszy domu pomocy społecznej stwarza szansę na poprawę ich stanu funkcjonalnego lub zatrzymanie procesu pogorszenia tego stanu.
3. Wśród wielu problemów funkcjonalnych występujących u pensjonariuszy domu pomocy społecznej jedynie redukcja problemów związanych z poruszaniem się była uzależniona od wieku pensjonariuszy. U pacjentów starszych uzyskiwano mniejszą poprawę. W zakresie innych problemów funkcjonalnych starszy wiek pacjenta nie miał wpływu na osiągnięcie poprawy funkcjonalnej.

Bibliografia

- Buman M. P., Hekler E. B., Haskell W. L., Pruitt L., Conway T. L., Cain K. L., et al., *Objective light-intensity physical activity associations with rated health in older adults*, „Am J Epidemiol” 2010, Nr 172(10)
- Eckert K. G., Lange M. A., *Comparison of physical activity questionnaires for the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – an analysis of content*, „BMC Public Health” 2015, Nr 15
- Jagodziński R., *Materiał szkoleniowy z zakresu Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF)*, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji
- Jagodziński R., *Zastosowanie ICF jako narzędzia diagnozy, planowania i ewaluacji w programie aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, Nr II(7)
- Kropińska S., Tobis S., Jakrzewska-Sawińska A., Wieczorowska-Tobis K., *Dlaczego boimy się starości?*, „Geriatrics” 2013, Nr 7
- Kropińska S., Wieczorkowska-Tobis K., *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*, „Geriatrics” 2009, Nr 3
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), WHO, 2001
- Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL, (Wersja 5.22)
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD10, X Rewizja, Vol. 1, 2008
- Powell K. E., Paluch A. E., Blair S. N., *Physical activity for health: what kind? How much? How intense? On top of what?*, „Annu Rev Public Health” 2011, Nr 32(1)
- Spoorenberg S. L., Reijneveld S. A., Middel B., Uittenbroek R. J., Kremer H. P., Wynia K., *The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: development and validation*, „Disabil Rehabil” 2015, Nr 26

Akty prawne:

Regulamin Organizacyjny Domu Pomocy Społecznej św. Józefa w Woli Gułowskiej przy Zgromadzeniu Sióstr Karmelitanek Instytutu Naszej Pani z Karmelu, 1 października 2013 r.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy, Dz. U. Nr 217, poz. 964

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, Dz. U., poz. 1565

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 175 z 2009 r., poz. 1362 z późn. zm.