

Analiza czynników określających poziom wydolności samoobsługowej pacjentów oddziału neurologii

Agnieszka Bartoszek¹, Ewelina Siemko², Hanna Kachaniuk¹, Katarzyna Kocka¹, Andrzej Stanisławek¹

¹ Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Beskidzkie Centrum Medyczne Spółka z o.o. w Bielsku-Białej

Bartoszek A, Siemko E, Kachaniuk H, Kocka K, Stanisławek A. Analiza czynników określających poziom wydolności samoobsługowej pacjentów oddziału neurologii. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(2): 147–152.

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroby neurologiczne są jedną z przyczyn obniżających wydolność samoobsługową, powodując trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.

Cel pracy. Analiza czynników zdrowotnych i socjalno-demograficznych wpływających na wydolność samoobsługową pacjentów oddziału neurologii.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w SPSK w Lublinie, w grupie 115 chorych oddziału neurologii. Wydolność funkcjonalną określono za pomocą skali wydolności samoobsługowej, wpływ czynników zdrowotnych i socjalno-demograficznych za pomocą kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Ponad połowa chorych (58%) to osoby o pełnej wydolności samoobsługowej. Pacjenci po udarze mózgu mieli niższy poziom wydolności samoobsługowej niż osoby przyjęte z innych przyczyn. Choroby układu krążenia, metaboliczne, układu oddechowego, pokarmowego i narządu ruchu istotnie wpływają na poziom sprawności funkcjonalnej, podobnie większość zaburzeń wyższych czynności nerwowych. Wraz z wiekiem obniża się wydolność funkcjonalna. Osoby utrzymujące się z emerytury posiadają niższy poziom wydolności niż badani utrzymujący się z innych źródeł. Wraz z pogorszeniem się warunków mieszkaniowych spada poziom wydolności samoobsługowej. Osoby z niższym wykształceniem mają niższy poziom wydolności niż badani posiadający wykształcenie średnie/wyższe.

Wnioski: Wydolność samoobsługowa badanych zależy od przyczyny przyjęcia do szpitala, chorób współistniejących, zaburzeń wyższych czynności nerwowych oraz wieku, wykształcenia, źródła utrzymania i warunków mieszkaniowych. Największą grupę stanowiły osoby z pełnym poziomem sprawności.

Słowa kluczowe

wydolność samoobsługowa, czynniki społeczno-demograficzne, pacjent neurologiczny

WPROWADZENIE

Pomimo ogromnego rozwoju medycyny i nakładów finansowych na działania profilaktyczne częstość występowania chorób neurologicznych nadal rośnie. Przyczyn takiego stanu jest wiele, np. wydłużający się średni okres życia człowieka, powodujący zwiększenie zachorowalności na choroby zwyrodnieniowe (choroba Alzheimera, choroba Parkinsona), czy negatywne zachowania zdrowotne, prowadzące do powstania chorób neurologicznych, głównie udarów mózgu. Wpływ może mieć również wzrost wypadków drogowych będących czynnikami ryzyka schorzeń neurologicznych [1].

W literaturze przedmiotu wydolność samoobsługowa, jak i czynniki wpływające na nią opisywane są w odniesieniu do osób starszych [2, 3, 4, 5]. Wydolność samoobsługowa utożsamiana jest ze zdolnością do bycia samodzielnym w wykonywaniu podstawowych potrzeb życiowych takich jak: poruszanie się, odżywianie, kontrola funkcji zwieraczy i utrzymanie higieny osobistej [6]. Wydolność pacjentów oddziału neurologii zależy nie tylko od czynników zdrowotnych takich jak: przyczyna hospitalizacji, faza choroby, zaburzenia neurologiczne jej towarzyszące i choroby współistniejące

[5, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Na wydolność czynnościową mogą wpływać czynniki socjalno-demograficzne, tj. płeć, wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny, sytuacja finansowa, źródła utrzymania, warunki mieszkaniowe i osoby, z którymi mieszka badany [13, 14, 15, 16].

CEL PRACY

Analiza czynników zdrowotnych i socjalno-demograficznych wpływających na wydolność samoobsługową pacjentów oddziału neurologii.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Specjalistycznym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Lublinie wśród 115 osób przebywających na oddziale neurologii z powodu różnych schorzeń neurologicznych lub w okresie diagnozowania choroby. Przebadano 69 kobiet i 49 mężczyzn w wieku od 18–84 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale 35–50 r.ż. (33%). Praca została wykonana w oparciu o skalę wydolności samoobsługowej pacjenta oddziału neurologii (autorstwa K. Adamczyk) oraz kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania odnoszące się do analizowanych

Adres do korespondencji: Agnieszka Bartoszek, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, ul. Staszica 4, 20-081 Lublin
e-mail: agabartoszek@wp.pl

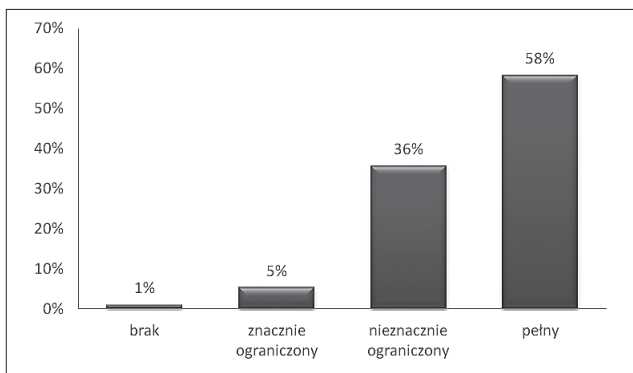
Nadesłano: 23 września 2012; zaakceptowano do druku: 11 grudnia 2012

czynników zdrowotnych (przyczyn hospitalizacji, faz choroby, chorób współistniejących i zaburzeń wyższych czynności życiowych) oraz socjalno-demograficznych (płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, osób, z którymi badani mieszkają, warunków mieszkaniowych, źródła utrzymania i sytuacji finansowej) [7].

W analizie statystycznej wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic pomiędzy porównywanymi grupami użyto testu Chi². Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, zaś dla więcej niż dwóch grup test Kruskala-Wallis. Do sprawdzenia zależności pomiędzy niektórymi zmiennymi wykorzystano także korelację rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1.

WYNIKI

W analizowanej grupie według skali wydolności samoobsługowej pacjenta neurologicznego najwięcej osób zakwalifikowano do grupy z pełną wydolnością samoobsługową – 58%. Średni poziom wydolności pacjentów oddziału neurologii wynosi 25 punktów, co oznacza pełną wydolność samoobsługową (Ryc. 1).

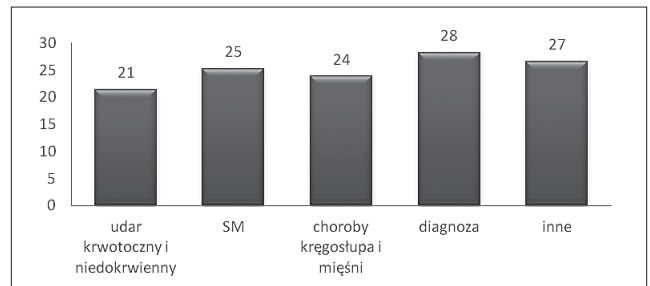


Rycina 1. Stopień wydolności samoobsługowej pacjentów oddziału neurologii

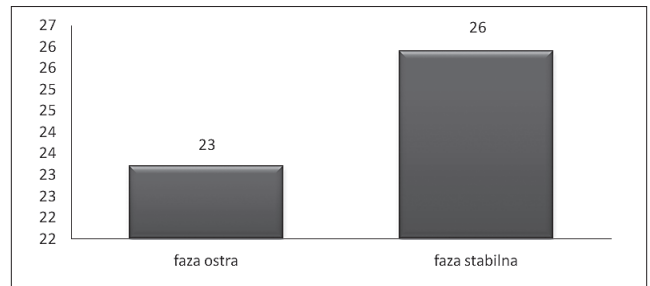
Celem określenia czynników zdrowotnych i socjalno-demograficznych, mających wpływ na poziom wydolności samoobsługowej pacjentów oddziału neurologii, wzięto pod uwagę średni poziom wydolności respondentów, bez uwzględnienia podziału na stopnie wydolności (M_{PW} – średni poziom wydolności badanych).

Przyczyna przyjęcia do szpitala ma istotny wpływ na poziom wydolności badanych ($H=19,91$, $p=0,0005$). Najwyższy poziom sprawności mają osoby diagnozowane ($M_{PW}=28$ pkt.), zaś najmniejszy osoby przyjęte z powodu udaru mózgu krwotocznego i niedokrwiennego ($M_{PW}=21$ pkt.) (Ryc. 2).

Pacjenci oddziału neurologii wykazują zróżnicowany stopień wydolności samoobsługowej w zależności od fazy choroby, w jakiej się znajdują. Osoby będące w fazie ostrej mają niższą wydolność ($M_{PW}=23$ pkt.) niż osoby będące w stabilnej fazie choroby ($M_{PW}=26$ pkt.). Pomimo tego nie stwierdzono związku między badanymi zmiennymi ($p=0,059523$) (Ryc. 3).

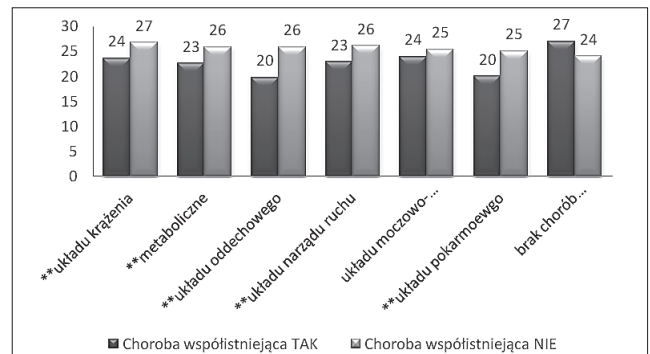


Rycina 2. Średni poziom wydolności samoobsługowej badanych a przyczyna przyjęcia na oddział ($p=0,0005$)



Rycina 3. Średni poziom wydolności samoobsługowej respondentów a faza choroby ($p=0,059523$)

Następnym czynnikiem zdrowotnym istotnie wpływającym na poziom sprawności funkcjonalnej były choroby współistniejące. Osoby, u których występują choroby układu krążenia, metaboliczne, układu oddechowego, narządu ruchu, układu pokarmowego mają niższą wydolność niż osoby u których dane schorzenia nie występują ($p < 0,05$) (Ryc. 4).



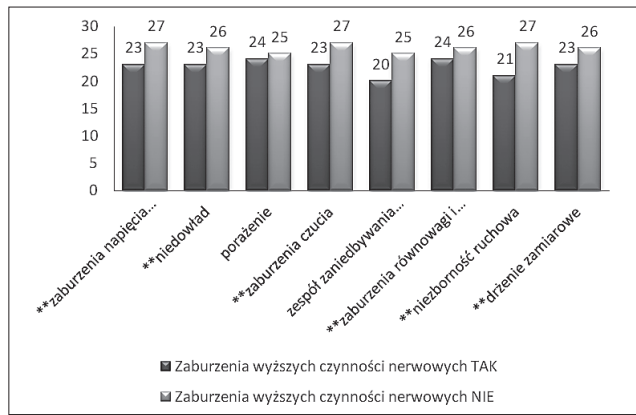
Rycina 4. Średni poziom wydolności samoobsługowej a występowanie chorób współistniejących

*pytania wielokrotnego wyboru, suma nie równa się 100%

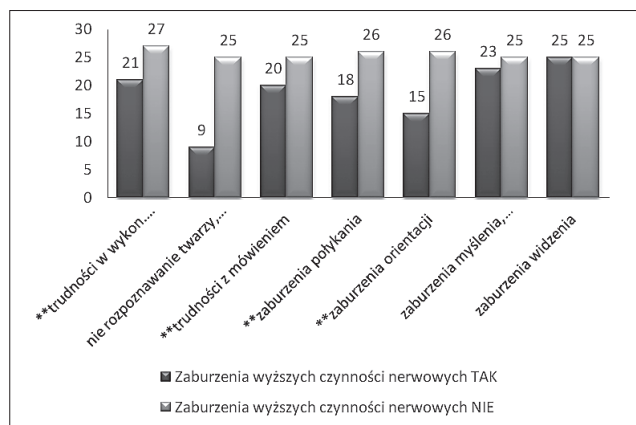
**istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Zaburzeniami wyższych czynności nerwowych istotnie wpływającymi na poziom wydolności samoobsługowej okazały się (Ryc. 5, Ryc. 6):

- zaburzenia napięcia mięśniowego ($p=0,00003$),
- niedowłady ($p=0,0015$),
- zaburzenia czucia ($p=0,0005$),
- zaburzenia równowagi i koordynacji ($p=0,035$),
- niezdolność ruchowa ($p=0,000001$),
- drżenie zamiarowe ($p=0,023$),
- trudności w wykonywaniu wyuczonych czynności ($p=0,000001$),
- trudności z mówieniem ($p=0,0018$),
- zaburzenia połykania ($p=0,00007$),
- zaburzenia orientacji ($p=0,0057$).



Rycina 5. Średni poziom wydolności samoobsługowej a występowanie zaburzeń wyższych czynności nerwowych
 *pytania wielokrotnego wyboru, suma nie równa się 100%
 **istotne statystycznie (p<0,05)



Rycina 6. Średni poziom wydolności samoobsługowej a występowanie zaburzeń wyższych czynności nerwowych
 *pytania wielokrotnego wyboru, suma nie równa się 100%
 **istotne statystycznie (p<0,05)

Istnieje korelacja między wiekiem a poziomem wydolności samoobsługowej (Tab. 1), co oznacza, że wraz z wiekiem obniża się poziom sprawności badanych (p=0,000000). Pełna wydolność samoobsługowa dotyczyła osób między 18–34 r.ż., osoby po 64 r.ż. mają najniższy poziom wydolności wśród wszystkich badanych grup. Dane te są istotne statystycznie (p= 0,00003). Analizując uwarunkowania poziomu wydolności samoobsługowej badanych w zależności od płci, można zauważyć, że kobiety mają wyższy poziom wydolności samoobsługowej (26 pkt.) niż mężczyźni (24 pkt.) (Tab. 2). Wśród badanych kobiet aż 67% posiadało pełną wydolność funkcjonalną, podczas gdy mężczyzn z takim poziomem było 47%.

Analiza statystyczna nie potwierdziła związku między stanem cywilnym a poziomem wydolności samoobsługowej (p=0,5219) (Tab. 2). Zarówno osoby zamężne, jak i samotne biorące udział w badaniu uzyskały taki sam średni poziom sprawności funkcjonalnej. Wśród samotnych więcej osób miało pełną wydolność samoobsługową w porównaniu z osobami będącymi w związku.

W przeprowadzonych badaniach wynika, że osoby o niższym poziomie wykształcenia mają niższy średni poziom sprawności (M_{PW}=22 pkt.) niż osoby z wykształceniem średnim/wyższym (M_{PW} = 26 pkt.) (Tab. 2). Uzyskane różnice są istotne statystycznie (p=0,0056). Występuje również korelacja

Tabela 1. Wydolność samoobsługowa a czynniki socjalno-demograficzne

Korelacje między przyjętymi zmiennymi	Współczynnik korelacji (R)	Poziom istotności (p)
wydolność samoobsługowa a wiek	-0,481	0,0000
wydolność samoobsługowa a wykształcenie	0,265	0,0040
wydolność samoobsługowa a warunki mieszkaniowe	-0,47	0,0000
wydolność samoobsługowa a sytuacja finansowa	-0,19	0,0391

Tabela 2. Średni poziom wydolności samoobsługowej, a czynniki socjalno-demograficzne

Czynniki socjalno-demograficzne	Średni poziom wydolności	Poziom istotności
Płeć	Kobiety	26
	Mężczyźni	24
Stan cywilny	wolny/wolna	25
	w związku	25
wykształcenie	podstawowe/ zawodowe	22
	średnie/ wyższe	26
miejsce zamieszkania	miasto	26
	wieś	24
osoby mieszkające z badanym	samotne	26
	rodzina wielopokoleniowa	23
	małżonek i dzieci	26
	współmałżonek	24
	inne	28
źródła utrzymania	praca zawodowa	27
	emerytura	21
	renta i inne	27
sytuacja finansowa	bardzo dobra/ dobra	26
	średnia/ zła	25

między poziomem wydolności samoobsługowej a wykształceniem (Tab. 1). Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta poziom wydolności samoobsługowej. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym częściej kwalifikowano do grupy z ograniczoną wydolnością, zaś osoby z wykształceniem średnim i wyższym do grupy osób samodzielnych w samoobsłudze.

Badania własne nie potwierdziły związku między miejscem zamieszkania a poziomem wydolności samoobsługowej (p=0,1969), pomimo iż osoby mieszkające w mieście otrzymały średnio więcej punktów oznaczających pełną wydolność czynnościową niż osoby mieszkające na wsi (Tab. 2). Analizując wpływ osób, które mieszkają z badanym na poziom wydolności samoobsługowej, można zauważyć, że najniższy poziom wydolności mają osoby mieszkające w rodzinie wielopokoleniowej (M_{PW}=23pkt.), jak i mieszkający ze współmałżonkiem (M_{PW}=24 pkt.). Osoby mieszkające na stacji ze znajomymi, z rodzeństwem, jak i z rodzicami uzyskali najwyższy średni poziom wydolności funkcjonalnej. Pomimo to nie istnienie taka zależność (p=0,1373) (Tab. 2).

Na poziom sprawności respondentów wpływ mają warunki mieszkaniowe. Im gorsze warunki tym niższy poziom wydolności samoobsługowej (Tab.1).

Analizując uwarunkowania poziomu wydolności samoobsługowej badanych w zależności od źródła utrzymania,

można zauważyć, że osoby utrzymujące się z emerytury mają niższy poziom wydolności samoobsługowej ($M_{pw}=21$ pkt.) niż utrzymujący się z pracy zawodowej i renty ($M_{pw}=27$ pkt.) (Tab. 2). Jest to zależność istotna statystycznie ($p=0,000000$).

Analiza statystyczna ukazuje istnienie korelacji między poziomem wydolności samoobsługowej a sytuacją finansową badanych (Tab. 1). Osoby z zadowalającą sytuacją finansową mają wyższy poziom wydolności samoobsługowej niż osoby, które oceniły swoją sytuację jako średnią/złą (Tab. 2). Różnice są istotne statystycznie ($p=0,074$).

DYSKUSJA

Jedną z głównych przyczyn ograniczonej sprawności funkcjonalnej są schorzenia, często przewlekłe. Każda choroba, a zwłaszcza taka, która powoduje nagłe lub postępujące ograniczenie możliwości wykonywania czynności samoobsługowych jest przyczyną zmian w sferze psychicznej, społecznej i duchowej człowieka.

Wraz z wiekiem sprawność funkcjonalna człowieka obniża się, dlatego większość badań tego obszaru bierze pod uwagę starsze grupy wiekowe. Badaniem sprawności funkcjonalnej zajmowali się już wcześniej inni autorzy, gdzie grupami badanymi były osoby starsze. Do oceny poziomu sprawności funkcjonalnej wykorzystywali różne narzędzia badawcze. W analizie Biercewicz i wsp., badających wydolność samoobsługową osób starszych przy użyciu skali Katza ADL, większość osób (85%) została zakwalifikowanych do grupy I ADL, co oznacza ich pełną wydolność [5].

Podobnie w badaniach własnych, osoby z pełną wydolnością stanowiły największy odsetek badanych (58%). Być może wyniki te są podobne w obu badaniach, gdyż pierwsza grupa to pacjenci w dniu wypisu ze szpitala, a w badaniach własnych najwięcej osób było w okresie diagnozowania. Natomiast w badaniach Ślusarskiej i wsp., przeprowadzonych z wykorzystaniem skali Bartel, większość chorych przebywających w szpitalu została zakwalifikowana do grupy I (pacjenci o średnim stopniu sprawności funkcjonalnej) [14].

Czynnikami mającymi istotny wpływ na poziom wydolności samoobsługowej są: przyczyna przyjęcia do szpitala, występowanie chorób współistniejących i zaburzenia wyższych czynności nerwowych.

Wyniki przeprowadzonej analizy na temat wpływu przyczyny przyjęcia do szpitala na poziom wydolności samoobsługowej wskazują na to, że największe zróżnicowanie statystyczne mają udary mózgu. Widać tutaj wyraźny wpływ przebitego udaru mózgu na obniżenie sprawności. Badania epidemiologiczne potwierdzają wyniki uzyskane w badaniach własnych, gdyż spośród osób, które przeżyły udar, około 30–50% jest niesamodzielnymi, 22% nie chodzi samodzielnie, a 24–53% wymaga całkowitej lub częściowej pomocy przy wykonywaniu czynności samoobsługowych [16]. Z kolei Adamczyk podaje, że połowa chorych, która przeżyje udar jest unieruchomiona i zależna od innych, co za tym idzie – wydolność funkcjonalna pacjentów po udarze jest obniżona [7].

Wśród badanych grup osób przyjętych na oddział najwyższy poziom wydolności samoobsługowej miały osoby diagnozowane. Zatem należałoby przypuszczać, że zaburzenia, jakie dotykały te osoby (często pojedyncze objawy chorobowe), nie powodowały większych problemów z funkcjonowaniem czynnościowym.

W badaniach własnych nad występowaniem chorób współistniejących największy odsetek stanowią choroby układu krążenia (48%) i choroby narządu ruchu (28%). Na choroby układu krążenia wskazuje nieco większy odsetek respondentów (54%) w badaniach Biercewicz i wsp. [5].

Radziszewski podaje, że choroby współistniejące mogą mieć również wpływ na poziom wydolności samoobsługowej [13]. Badania własne potwierdziły te przypuszczenia, istotny statystycznie wpływ mają choroby współistniejące, tj: układu krążenia, metaboliczne, układu oddechowego, narządu ruchu, układu pokarmowego, gdzie największy wpływ mają choroby układu oddechowego i pokarmowego.

Choroby narządu ruchu, co potwierdzono zarówno w badaniach własnych, jak i Biercewicz i wsp., mają wpływ na wydolność samoobsługową, odnośnie do chorób układu moczowo-płciowego nie wystąpiła ta zależność w badaniach własnych, natomiast potwierdziły to badania Biercewicz i wsp. [5].

Wielu autorów [8, 10, 11, 15] podkreśla wpływ zaburzeń neurologicznych na obniżenie wydolności samoobsługowej, powodujących ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. W badaniach własnych większość z wymienionych zaburzeń (10 z 16 zaburzeń) miała istotny wpływ na obniżenie sprawności. Największy mają zaburzenia związane z przebytym udarem, tj. trudności z mówieniem, zaburzenia połykania i zaburzenia orientacji. Należy jednak zaznaczyć, że osoby, u których występuje dane zaburzenie, mają również inne dolegliwości, które wpływają na poziom wydolności, przez co nie da się określić, które zaburzenia mają większy wpływ na jej poziom.

Analiza statystyczna wykazała zależność między wiekiem, wykształceniem, sytuacją finansową, źródłem utrzymania i warunkami mieszkaniowymi a średnim poziomem wydolności funkcjonalnej pacjentów oddziału neurologii.

Wiek jest znaczącą zmienną niezależną obniżającą wydolność samoobsługową [5]. Wyniki badań własnych potwierdzają istnienie korelacji między wiekiem a poziomem wydolności czynnościowej, gdyż najwyższy poziom wydolności samoobsługowej mają badane osoby między 18–34 r.ż. (pełną wydolność ma 86% badanych), zaś osoby po 64 r.ż. mają najniższy poziom wydolności wśród wszystkich grup. Potwierdziły to również badania Wawrzyniak S. i Wawrzyniak K. badających wpływ wieku na wydolność samoobsługową chorych po przebytym udarze mózgu [16]. Co prawda, w badaniach własnych nie badano tylko osób po przebytym udarze, a różne jednostki neurologiczne, jednak potwierdza się, że wiek jest zmienną różnicującą poziom sprawności pacjentów.

Badania własne potwierdzają występowanie korelacji pomiędzy poziomem wykształcenia a stopniem wydolności czynnościowej. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym mają najniższy poziom wydolności samoobsługowej, zaś posiadający średnie bądź wyższe wykształcenie mają zbliżony poziom wydolności samoobsługowej. Podobne wyniki otrzymali w swoich badaniach Biercewicz i wsp., z tym, że badali oni tylko osoby starsze [5].

Warunki mieszkaniowe, głównie przystosowanie mieszkania do funkcjonowania w nim osoby z dysfunkcjami neurologicznymi, wpływa na poziom wydolności samoobsługowej. W domu przystosowanym do ograniczeń funkcjonalnych chorego łatwiej jest wykonywać podstawowe czynności dnia codziennego. Badania własne potwierdziły występowanie korelacji między warunkami mieszkaniowymi a poziomem

wydolności samoobsługowej ($R=-0,47$; $p<0,05$). Wraz z pogarszającymi się warunkami mieszkaniowymi obniża się poziom sprawności czynnościowej.

Osoby badane utrzymujące się z emerytury mają sprawność najniższą spośród wszystkich badanych o innych źródłach utrzymania, gdzie średni poziom wydolności w innych grupach jest porównywalny. Wyniki powyższych badań mogłyby sugerować, iż niski poziom wydolności samoobsługowej osób utrzymujących się z emerytury związany jest w dużej mierze z wiekiem, gdyż na emeryturę przechodzi się po 60 r.ż. (kobiety) i po 65 r.ż. (mężczyźni). Jest to wiek, w którym obniża się wydolność czynnościowa.

Badania własne potwierdziły korelację między sytuacją finansową a poziomem sprawności funkcjonalnej pacjentów oddziału neurologii. Wraz z pogorszeniem się samooceny sytuacji finansowej dochodzi do obniżenia wydolności. Można przypuszczać, że gorszą sytuację finansową mają osoby utrzymujące się z emerytury – głównie osoby starsze, u których występują większe ograniczenia w sprawności czynnościowej.

Płeć okazała się czynnikiem niemającym istotnego wpływu na poziom wydolności czynnościowej, pomimo że kobiety mają wyższy poziom wydolności. Tych wyników nie potwierdziły badania Wawrzyniaka S. i Wawrzyniak K., którzy badali wpływ czynników socjalno-demograficznych na przebieg udaru: mężczyźni po przebytym udarze mózgu mają wyższy poziom wydolności czynnościowej niż kobiety [16].

Przeprowadzone badania własne nie potwierdziły wystąpienia korelacji między osobami mieszkającymi w rodzinie a poziomem wydolności funkcjonalnej. Warto jednak zauważyć, że najniższy poziom osiągnęły osoby mieszkające w rodzinie wielopokoleniowej, zaś najwyższy mieszkające z rodzicami, rodzicami i rodzeństwem lub z przyjaciółmi. Zatem należałoby przypuszczać, że osoby mieszkające w rodzinie wielopokoleniowej są jej najstarszymi członkami. Być może badani wyręczeni są w wykonywaniu podstawowych czynności przez współdomowników, co powoduje zmniejszenie ich wydolności. Do odmiennych wniosków doszedł Wawrzyniak i wsp., stwierdzając, że osoby samotne mają niższy poziom wydolności czynnościowej niż osoby mieszkające z rodziną [16]. Pomimo to korelacje te nie były istotne.

WNIOSKI

1. Największą grupę pacjentów oddziału neurologii (58%) stanowili pacjenci z pełnym poziomem wydolności samoobsługowej.
2. Poziom wydolności samoobsługowej badanych osób zależy od takich czynników zdrowotnych jak: przyczyna przyjęcia do szpitala, choroby współistniejące i zaburzenia wyższych czynności nerwowych.

3. Czynniki socjalno-demograficzne takie jak: wiek, wykształcenie, źródło utrzymania, warunki mieszkaniowe istotnie wpływają na sprawność funkcjonalną pacjentów oddziału neurologii.

PIŚMIENNICTWO

1. Wasilewski TP. Subiektywna ocena przewlekłego zmęczenia i wsparcia społecznego pacjentów z uszkodzeniami prawej i lewej półkuli mózgu. W: Wiktor H, (red.). Dobrostan i wsparcie w zdrowiu i chorobie. Lublin: NeuroCentrum; 2009: 277–287.
2. Bień B, Wojszel B, Wilmańska J, Polityńska B. Epidemiologiczna ocena rozpowszechniania niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. Gerontol Pol. 1999; 2: 42–47.
3. Jaracz K, Wołowicka L, Bączek G. Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej. Gerontol Pol. 2001; 1: 26–30.
4. Muszalik M, Cwikła A, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Ocena wpływu czynników socjodemograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych. Pielęg XXI w. 2010; 1–2(30–31): 9–15.
5. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R, Cegła B, Faleńczyk K. Ocena wydolności czynnościowej osób w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych i społecznych. Pielęg XXI w. 2005; 1–2: 39–45.
6. Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Ocena czynnościowa chorych z krwotokiem podpajęczynówkowym. Udar Mózgu. 2008; 10(2): 55–60.
7. Adamczyk K. Pielęgniarstwo neurologiczne. Lublin: Wyd. Czelej; 2000.
8. Filipowska J, Drozdowski W, Kucharska U. Stopień samodzielności pacjentów po udarach mózgu a wyniki badania odruchu mrugania. Post Rehab. 1999; XIII: 45–55.
9. Ochojska D. Stwardnienie rozsiane i rodzina. Psychologiczna analiza sytuacji w rodzinach osób dorosłych chorych na stwardnienie rozsiane. Rzeszów: Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej; 2000.
10. Szawłowski K. Rehabilitacja podstawy diagnostyki funkcjonalnej, usprawniania leczniczego i reintegracji społecznej. Gdańsk: Wyd. Gdańskie; 1998.
11. Ślusarz R, Biercewicz M. Ocena czynnościowa chorego z dysfunkcją układu nerwowego w opiece długoterminowej – praktyczne narzędzia oceny. W: Kachaniuk H, (red.). Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi, Warszawa: Raabe; 2010; 7: 56–75.
12. Pasek J, Opara J, Pasek T, Sieroń A. Ocena czynności życia codziennego w zależności od podtypu przebitego udaru niedokrwiennego mózgu i przeprowadzonej wczesnej rehabilitacji. Udar Mózgu. 2009; 11(2): 41–49.
13. Radziszewski KR. Stan funkcjonalny pacjentów z dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. Wiad Lek. 2008; LXI: 23–29.
14. Ślusarska B, Zarzycka D, Sadurska A. Wydolność samoobsługowa miernikiem stanu zdrowia pacjentów w wieku podeszłym. Now Lek. 2008; 77(3): 209–213.
15. Talarcka D, Wieczorowska-Tobis K, Szałkiewicz E. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2009.
16. Wawrzyniak S, Wawrzyniak K. Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych na przebieg udaru niedokrwiennego mózgu. Udar Mózgu. 2006; 8(1): 22–27.

Analysis of factors determining the level of self-care efficiency of patients in a neurological ward

Abstract

Introduction. Neurological diseases are among the factors lowering self-care efficiency by causing difficulties in performing basic activities of daily living.

The objective of the study. Analysis of health and socio-demographic factors influencing the self-sufficiency of patients in a neurological ward.

The material and the method. The survey was carried out in Independent Public Clinical Hospital No. 4 in Lublin, on a group of 115 patients hospitalized in the neurological ward. Functional capacity was defined on the basis of self-care efficiency scale, and the effect of health-related and socio-demographic factors by using a questionnaire.

Results. More than a half, i.e. 58% of patients, were fully efficient. Patients after stroke had a lower level of self-care efficiency than those admitted for other reasons. Diseases of the cardiovascular, respiratory and digestive system, as well as motor organs and metabolic diseases have a considerable influence on the level of functional capacity, similar to most of the disorders in higher nervous activity. Functional capacity decreases with age. Patients who receive retirement benefits are characterised by a lower level of self-care efficiency than the respondents who maintain themselves on other sources. Along with declining housing conditions, the level of self-care efficiency decreases. People with lower education level are less efficient than those with secondary or university education.

Conclusions: The respondents' self-care efficiency depends on the cause of admittance to the hospital, co-morbidity, disorders of higher nervous activity, age, education, source of income and housing conditions. Persons with complete self-care efficiency constituted the largest group.

Key words

self-care efficiency, socio-demographic factors, neurological patient