

Funkcjonowanie społeczne starszych osób niepełnosprawnych na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji

Elżbieta Kamusińska¹, Aleksandra Słopiecka²

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

² Pracownia Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kamusińska E, Słopiecka A. Funkcjonowanie społeczne starszych osób niepełnosprawnych na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 219-224.

Streszczenie

Wprowadzenie: Na zakres funkcjonowania społecznego osoby starszej wpływa wiele czynników, m.in. zmiany stanu zdrowia, aktywność zawodowa lub wycofanie się z niej, status ekonomiczny, stresujące wydarzenia życiowe, zawężenie stosunków międzyludzkich, utrata pozycji społecznej, bilans własnego życia, poziom wykonywanego wysiłku fizycznego, stopień zaangażowania w życie. Proces starzenia się bywa przyspieszany przez choroby, które mogą zaburzać sprawność funkcjonalną i prowadzić do utrwalonej niepełnosprawności.

Cel pracy: Celem pracy była analiza funkcjonowania społecznego (w obszarach wykonywania podstawowych i złożonych czynności życiowych, poruszania się w przestrzeni, zaangażowania w życie środowiska lokalnego oraz wykorzystania czasu wolnego) starszych osób niepełnosprawnych, hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji.

Materiał i metody: Badaniem objęto 122 osoby w wieku powyżej 65 lat hospitalizowane z powodu przebytego udaru mózgu (68,9%) lub protezoplastyki stawu (31,1%). Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu autorskiego kwestionariusza wywiadu.

Wnioski: 1. Funkcjonowanie społeczne badanych osób było znacznie ograniczone w zakresie wykonywania złożonych czynności życiowych, możliwości lokomocyjnych, korzystania z komunikacji publicznej oraz aktywności społecznej i spędzania czasu wolnego. 2. Stwierdzono niższą samodzielność pacjentów po przebytych udarze mózgu aniżeli pacjentów po protezoplastyce stawu. 3. Istnieje pilna potrzeba reaktywizacji starszych osób niepełnosprawnych, z uwzględnieniem wytycznych WHO dotyczących promocji aktywności fizycznej dostosowanej do indywidualnych możliwości i zainteresowań.

Słowa kluczowe

udar mózgu, protezoplastyka stawu, osoby starsze, osoby niepełnosprawne, funkcjonowanie społeczne

WPROWADZENIE

Punktem wyjściowym przy podejmowaniu problematyki funkcjonowania społecznego osób starszych (a dodatkowo niepełnosprawnych) powinno być zdefiniowanie terminu *funkcjonowanie*. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Działania i Uczestnictwa, pojęcie funkcjonowania zawiera w sobie działalność człowieka na trzech płaszczyznach: biologicznej, osobistej (personal activities) i społecznej (participation in society) [1]. Kryterium oceny stopnia i zakresu funkcjonowania osoby jest jej uczestnictwo w różnych sytuacjach w środowisku, czyli: czynności samoobsługowe, poruszanie się w przestrzeni, wymiana informacji, kontakty społeczne, edukacja, praca, zajęcia w czasie wolnym, życie ekonomiczne, życie obywatelskie i środowiska lokalnego [1].

Na zakres funkcjonowania społecznego osoby starszej wpływa wiele istotnych czynników, którymi są: zmiany w stanie zdrowia (samoocena stanu zdrowia), aktywność

zawodowa lub wycofanie się z niej, status ekonomiczny, stresujące wydarzenia życiowe, zawężenie stosunków międzyludzkich, utrata pozycji społecznej (degradacja społeczna), bilans własnego życia, poziom wykonywanego wysiłku fizycznego, stopień zaangażowania w życie [2, 3]. Proces starzenia, zwłaszcza u seniorów, może być przyspieszony przez choroby zaburzające sprawność funkcjonalną i prowadzące do utrwalonej niepełnosprawności.

Diagnoza sytuacji społecznej osób starszych z niepełnosprawnością pozwoli na opracowanie nowych lub modyfikowanie istniejących wytycznych dla systemów opieki, wsparcia i zabezpieczenia potrzeb tej grupy obywateli.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza funkcjonowania społecznego (w obszarach wykonywania podstawowych i złożonych czynności życiowych, poruszania się w przestrzeni, zaangażowania w życie środowiska lokalnego oraz wykorzystania czasu wolnego) starszych osób, niepełnosprawnych z powodu przebytego udaru mózgu i/lub protezoplastyki stawu.

Adres do korespondencji: Elżbieta Kamusińska, Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 19, 25-317 Kielce.

E-mail: elzbietakamusinska@gmail.com

Nadesłano: 4 maja 2011; zaakceptowano do druku: 22 czerwca 2012



MATERIAŁ I METODA

Anonimowymi badaniami objęto 122 osoby niepełnosprawne w wieku 65 lat i powyżej z dwóch grup: 1/ po przebytym udarze mózgu – 84 badanych (68,9%) oraz 2/ po przebytej operacji protezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego – 38 osób (31,1%). Miejszem badań były cztery oddziały rehabilitacji na terenie województwa świętokrzyskiego. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, techniki wywiadu i analizy danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów. Badania przeprowadzono w oparciu o autorski kwestionariusz wywiadu (informacje środowiskowo-społeczne i zagadnienia stanu zdrowia osób niepełnosprawnych).

W celu oceny różnic między średnimi wynikami w dwóch badanych grupach, w analizach statystycznych wykorzystano test t dla prób niezależnych. Wszystkie zmienne użyte w badaniach posiadały rozkład normalny lub wywodziły się bezpośrednio z rozkładu normalnego, zatem założenie o normalności rozkładu zmiennych zostało spełnione.

Do badań przyjęto hipotezę zerową o równości średnich poziomów samodzielności osób po przebytej protezoplastyce stawu i po przebytym udarze. Jako poziom krytyczny orzekania o istotności różnic przyjęto prawdopodobieństwo błędu I rodzaju $p = 0,05$. Za istotne statystycznie uznawano wartości statystyki dla $p < 0,05$.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka demograficzno-społeczna badanej populacji

Badana populacja liczyła 122 osoby. Wśród nich większy był udział kobiet (58,2%) aniżeli mężczyzn (41,8%).

Wiek badanych osób wahał się od 65 do 87 lat; średnia wieku dla ogółu populacji wynosiła 71,18 (dla kobiet – 71,34; dla mężczyzn – 70,95). Ponad połowa badanych mieszkała w mieście (54,6%), natomiast na wsi żyło 43,4% seniorów.

Większość osób była w związku małżeńskim (59,8%), przy czym znamienne częściej mężczyźni (84,3%) aniżeli kobiety (42,3%). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Stan cywilny osób niepełnosprawnych – badani ogółem i wg płci

Stan cywilny	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni		N	%
	N	%	N	%		
Panna/kawaler	2	2,8	4	7,8	6	4,9
Mężatka/zonaty	30	42,3	43	84,3	73	59,8
Rozwiedziona(y)	1	1,4	1	2,0	2	1,6
Wdowa/wdowiec	38	53,5	3	5,9	41	33,6
Razem	71	100,0	51	100,0	122	100,0

Ponad połowa seniorów, tj. 56,6%, miała najniższe wykształcenie – niepełne podstawowe lub podstawowe, w analizowanej grupie więcej było kobiet (63,4%) niż mężczyzn (47,1%) – Tab. 2.

Na podstawie analizy danych zawartych w Tabeli 3 stwierdzono, że nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Jednocześnie przyjęto, że nie występowały istotne statystycznie różnice w stanie cywilnym oraz poziomie wykształcenia między osobami po protezoplastyce i po udarze mózgu.

Tabela 2. Wykształcenie osób niepełnosprawnych – badani ogółem i wg płci

Wykształcenie	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni		N	%
	N	%	N	%		
Brak, niepełne podstawowe lub podstawowe	45	63,4	24	47,1	69	56,6
Zasadnicze zawodowe	6	8,5	8	15,7	14	11,5
Średnie lub średnie policealne	15	21,1	13	25,5	28	23,0
Wyższe (także licencjat)	5	7,0	6	11,8	11	9,0
Razem	71	100,0	51	100,0	122	100,0

Tabela 3. Wyniki testu t dla zmiennych płęć, stan cywilny i wykształcenie

Zmienna	Średnia wartość		t-value	Df	p
	Przyczyna niepełnosprawności				
	Protezoplastyka	Udar mózgu			
Płeć	1,184	1,524	-3,685	120	0,000
Stan cywilny	2,842	2,548	1,507	120	0,134
Wykształcenie	2,737	2,583	0,606	120	0,546

Pogrubiona czcionka obrazuje istotne statystycznie zależności

W przypadku zmiennej płęć, przy zastosowaniu testu jednorodności Browna i Forsythe'a, stwierdzono, że próbka jest niejednorodna, dlatego podano poziom prawdopodobieństwa testu t dla niejednorodnych wariancji (p 2-sided = 0,0001; $df = 90,04$). Na podstawie wartości średnich stwierdzono, że protezoplastykę przebyły częściej kobiety niż mężczyźni ($X_{\text{sr}} = 0,393$), natomiast w przypadku udaru mózgu było odwrotnie ($X_{\text{sr}} = 0,502$) – Tab. 4. Tę zależność potwierdzają również wyniki testu t zaprezentowane w Tab. 3. oraz dane z Tab. 4.

Tabela 4. Rodzaj niepełnosprawności wg płci badanych osób

Rodzaj niepełnosprawności	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni		N	%
	N	%	N	%		
Protezoplastyka	31	43,7	7	13,7	38	31,1
Udar mózgu	40	56,3	44	86,3	84	68,9
Razem	71	100,0	51	100,0	122	100,0

Zakresy wykonywania czynności życia codziennego

W badanej populacji rozpoznano sprawność funkcjonalną (ang. *functional ability*) osób w wykonywaniu czynności codziennych. Do czynności podstawowych człowieka zaliczono: ubieranie się, mycie, kąpiel w wannie. Natomiast czynności złożone obejmowały: przygotowywanie posiłków – śniadania, obiadu; sprzątanie mieszkania codzienne, sprzątanie gruntowne; czynność prania, robienie zakupów oraz załatwianie spraw w urzędzie. Respondenci mogli określić własny poziom samodzielności w jednej z pięciu kategorii oznaczających następujące zakresy wykonania czynności: 1. sam, bez pomocy; 2. z częściową pomocą; 3. z dużą pomocą; 4. nie mogą tego wykonać; 5. tych prac nie wykonuje. Analizę danych prowadzono z uwzględnieniem przyczyn niepełnosprawności.

W zakresie różnicowania poziomu samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (z uwzględnieniem przyczyny niepełnosprawności) nie odnotowano



istotnej statystycznie zależności ($p > 0,05$), wartości średnie poziomu samodzielności również to potwierdzają. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Sprawność funkcjonalna w wykonywaniu czynności podstawowych i złożonych - badane osoby wg przyczyny niepełnosprawności

Zmienna	Przyczyna niepełnosprawności		t-value	Df	p
	Protezooplastyka	Udar mózgu			
Średni poziom samodzielności					
Czynności podstawowe					
Ubranie rano	1,789	2,130	-1,705	120	0,091
Mycie	1,921	2,226	-1,605	120	0,111
Kąpiel w wannie	2,605	2,250	1,025	120	0,307
Czynności złożone					
Sprzątanie codzienne	3,368	4,083	-3,323	120	0,001
Sprzątanie gruntowne	3,973	4,428	-3,249	120	0,002
Zakupy	3,815	4,011	-1,084	120	0,280
Sprawy w urzędzie	3,631	4,190	-3,166	120	0,002
Przygotowanie śniadania	2,736	3,630	-3,588	120	0,000
Przygotowanie obiadu	3,631	4,107	-2,183	120	0,031
Pranie	3,894	4,476	-3,462	120	0,001

Pogrubiona czcionka obrazuje istotne statystycznie zależności

*11 osób nie miało wanny

Przy ustalonym poziomie istotności $p < 0,05$, na podstawie wyników testu t, odrzucono hipotezę zerową o równości średnich poziomu samodzielności dla zmiennych: sprzątanie codzienne mieszkania ($p = 0,001$), sprzątanie gruntowne ($p = 0,002$), załatwianie spraw w urzędzie ($p = 0,002$), przygotowywanie śniadania ($p = 0,001$), przygotowywanie obiadu ($p = 0,031$) oraz wykonywanie prania ($p = 0,001$). Oznaczało to, że istotny statystycznie poziom samodzielności w wykonywaniu ww złożonych czynności codziennych jest różny dla starszych osób niepełnosprawnych z powodu przebytego udaru mózgu i z powodu protezooplastyki dużego stawu. W pozostałych przypadkach nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, przyjęto zatem, że nie występowały znaczne różnice w samodzielnym wykonywaniu czynności – robienie zakupów – między osobami przy uwzględnieniu przyczyny ich niepełnosprawności (Tab. 5).

Na podstawie wartości średnich poziomów samodzielności z uwzględnieniem przyczyny niepełnosprawności (Tab. 5.) stwierdzono, że w przypadku codziennego sprzątania mieszkania osoby po udarze mózgu nie potrafiły wykonywać tego zadania ($X\bar{s} = 4,083$). Natomiast osoby po protezooplastyce stawu ($X\bar{s} = 3,368$) potrafiły porządkować mieszkanie, ale tylko z czyją pomocą (im wyższa średnia tym mniejsza samodzielność osób). Podobne wnioski sformułowano na podstawie wyników badania cechy: sprzątanie gruntowne mieszkania. Osoby po udarze mózgu ($X\bar{s} = 4,428$) nie mogły i nie wykonywały gruntownego sprzątania, a osoby po protezooplastyce nie mogły tej czynności wykonać ($X\bar{s} = 3,974$).

W przypadku załatwiania spraw w urzędach stwierdzono, że pacjenci po przebyciu udaru ($X\bar{s} = 4,190$) nie mogli załatwiać spraw w urzędzie, natomiast niepełnosprawni po protezooplastyce radzili sobie tylko z pomocą innych ($X\bar{s} = 3,631$).

Pacjenci po udarze ($X\bar{s} = 3,631$) potrafili przyrządzić śniadanie wyłącznie z pomocą innych osób, natomiast badani po operacji stawu ($X\bar{s} = 2,737$) mogli tę czynność wykonać samodzielnie lub z pomocą innych osób.

Przygotowanie samodzielnie obiadu było zadaniem nie do wykonania dla niepełnosprawnych po udarze mózgu ($X\bar{s} = 4,107$), a osoby po protezooplastyce ($X\bar{s} = 3,632$) potrafiły przygotować obiad, ale tylko z pomocą innych.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że osoby po udarze nie mogły lub nie wykonywały samodzielnie prania ($X\bar{s} = 4,476$), natomiast pacjenci po protezooplastyce ($X\bar{s} = 3,895$) mogli wykonać tę pracę, ale tylko z pomocą innych osób.

Szczegółowe dane na temat zakresu wykonywania podstawowych i złożonych czynności życiowych zawarto w Tabelach 6. i 7.

Tabela 6. Zakresy wykonywania czynności podstawowych przez osoby niepełnosprawne – badane osoby ogółem

Kategoria samodzielności	Kategoria czynności		
	Ubranie	Mycie się	Kąpiel w wannie*
Sam, bez pomocy	N 54	43	13
	% 44,3	35,2	11,9
Z częściową pomocą	N 23	29	19
	% 18,9	23,8	17,4
Z dużą pomocą	N 35	42	46
	% 28,7	34,4	42,2
Nie mogę tego wykonać	N 10	8	31
	% 8,2	6,6	28,4
Razem	N 122	122	109
	% 100,0	100,0	100

* 11 osób nie miało wanny

Tabela 7. Zakresy wykonywania czynności złożonych przez osoby niepełnosprawne – badane osoby ogółem

Kategoria samodzielności	Kategoria czynności						
	Przygotowywanie śniadania	Przygotowywanie obiadu	Sprzątanie mieszkania codzienne	Sprzątanie mieszkania gruntowne	Pranie	Zakupy	Załatwianie spraw w urzędzie
Sam, bez pomocy	N 19	8	10	1	4	6	5
	% 15,6	6,6	8,2	0,8	3,3	4,9	4,1
Z częściową pomocą	N 14	7	7	3	2	3	4
	% 11,5	5,7	5,7	2,5	1,6	2,5	3,3
Z dużą pomocą	N 17	11	8	6	6	10	10
	% 13,9	9,0	6,6	4,9	4,9	8,2	8,2
Nie mogę tego wykonać	N 49	52	63	63	53	75	68
	% 40,2	42,6	51,6	51,6	43,4	61,5	55,7
Tych prac nie wykonuję	N 23	44	34	49	57	28	35
	% 18,9	36,1	27,9	40,2	46,7	23,0	28,7
Razem	N 122	122	122	122	122	122	122
	% 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Możliwości lokomocyjne

W następnej kolejności analizie poddano dane na temat możliwości lokomocyjnych respondentów.

Cała badana populacja wskazywała na trudności w chodzeniu, przy czym u 88,5% osób trudności te utrzymywały się stale, a w grupie 11,5% – okresowo. Stwierdzono, że

pacjenci do czynności lokomocyjnych najczęściej wykorzystywali jedną kulę łokciową lub laskę (48,4%). Pozostałe osoby potrzebowały asekuracji przy chodzeniu (21,3%), wózka inwalidzkiego (17,2%), dwóch kul łokciowych (17,2%), balkonika, podpórki (12,3%). Samodzielnie poruszało się (chodziło) 10,7% badanych, a stale w łóżku przebywało 4 pacjentów (3,3%).

Nieliczne osoby, tj. 3,3% badanych, były zdolne chodzić po mieszkaniu i swobodnie (bez ograniczeń) poza nim. Pozostali seniorzy prezentowali ograniczenia w zasięgu lokomocji, które przedstawiono w Tabeli 8. W poziomie samodzielności lokomocyjnej pacjentów po przebytych udarach mózgu ($X\bar{s} = 2,714$) i osób po protezoplastyce stawu ($X\bar{s} = 2,737$) nie odnotowano istotnej statystycznie zależności ($p = 0,884$).

Tabela 8. Zasięg poruszania się osób niepełnosprawnych – badani ogółem i według przyczyny niepełnosprawności

Zasięg poruszania się osoby niepełnosprawnej	Przyczyna niepełnosprawności				Ogółem	
	Udar mózgu		Protezo-plastyka		N	%
	N	%	N	%		
Chodzi po mieszkaniu i swobodnie poza nim	3	3,6	1	2,6	4	3,3
Chodzi po mieszkaniu i z trudnością poza nim	31	36,9	10	26,3	41	33,6
Chodzi po mieszkaniu, ale sam(a) nie może poruszać się poza mieszkaniem	33	39,3	25	65,8	58	47,5
Stale przebywa w łóżku, fotelu, wózku inwalidzkim itp.	17	20,2	2	5,3	19	15,6
Razem	84	100,0	38	100,0	122	100,0

Funkcjonowanie poza mieszkaniem

Wszystkich pacjentów zapytano, czy korzystają ze środków komunikacji publicznej (Tab. 9.). 18,9% badanych korzystało

Tabela 9. Korzystanie ze środków komunikacji publicznej – badani według przyczyny niepełnosprawności

Korzystanie ze środków komunikacji publicznej	Przyczyna niepełnosprawności				Ogółem	
	Udar mózgu		Protezo-plastyka		N	%
	N	%	N	%		
Tak, samodzielnie	2	5,3	2	2,4	4	3,3
Tak, z pomocą drugiej osoby	-	-	5	6,0	5	4,1
Tak, przy pomocy przedmiotów ortopedycznych	1	2,6	1	1,2	2	1,6
Tak, przy pomocy drugiej osoby i sprzętu ortopedycznego	4	10,5	7	8,3	11	9,0
Tak, korzystam tylko z autobusu przystosowanego dla osób niepełnosprawnych	-	-	1	1,2	1	0,8
Nie, nie korzystam, gdyż nie mam takich potrzeb	5	13,2	18	21,4	23	18,9
Nie, nie korzystam, ponieważ mam własny środek transportu	5	13,2	14	16,7	19	15,6
Nie, ze względu na ograniczenia fizyczne i ogólnie zły stan zdrowia	21	55,2	36	42,9	57	46,7
Razem	38	100,0	84	100,0	122	100,0

z transportu publicznego w różnym zakresie samodzielności. Pozostałe osoby (81,2%) nie korzystały z takiego transportu.

Na podstawie analizy wyników testu t wykazano, że nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, tzn. poziom samodzielności badanych nie był zróżnicowany istotnie statystycznie ($p = 0,3154$) przy uwzględnieniu przyczyny niepełnosprawności. Średni poziom samodzielności dla pacjentów po udarze był równy 7,452, natomiast dla badanych po operacji stawu – 7,947.

Udział w życiu społecznym

Ponad połowa niepełnosprawnych (51,7%) stwierdziła, że w obecnej sytuacji zdrowotnej może uczestniczyć w życiu społecznym, w tym 40,2% po pokonaniu szeregu barier, a 11,5% w pełni. Aktywnymi w tej dziedzinie życia nie mogło być 48,4% respondentów z powodu: trudności w czynnościach lokomocyjnych (40,7%), zaburzeń stanu zdrowia (32,2%), ograniczenia samodzielności (20,3%); nie podało przyczyny 6,8% badanych. Interpretacja danych statystycznych potwierdziła podobny poziom samodzielności niepełnosprawnych po udarze mózgu ($X\bar{s} = 1,440$) i po protezoplastyce ($X\bar{s} = 1,553$), przy czym nie wystąpiły istotne zależności ($p = 0,386$).

Czas wolny

Ponad połowa badanej populacji (52,5%) preferowała bierne formy wypoczynku w czasie wolnym, a pozostała grupa osób (47,5%) aktywnie wypoczywała. W wyniku ograniczeń spowodowanych chorobą, operacją 91,0% seniorów zmieniło formy spędzania czasu wolnego, w tym: zdecydowanie – 61,5%, w wybranych zakresach – 29,5%. Natomiast 9,0% pacjentów uznało, że sposoby spędzania przez nich wolnego czasu nie uległy zmianie. Pomimo różnic w wartościach średnich poziomów samodzielności (udar mózgu – $X\bar{s} = 54,275$; protezoplastyka – $X\bar{s} = 44,711$) nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej ($p = 0,376$).

Osoby starsze czas wolny najchętniej spędzały z członkami rodziny (77,9%). Samotność w czasie wolnym wybierało 11,5% badanych, a 10,7% lubiło przebywać z przyjaciółmi.

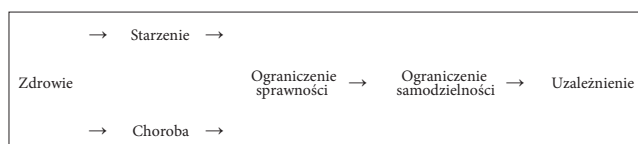
OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Okres starzenia wiąże się z wieloma następstwami w płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej oraz społeczno-socjalnej człowieka [4]. Zachodzące zmiany w różnych sferach są jednakowo ważne, wpływają na sprawność funkcjonalną osoby i determinują jakość życia. Wyznacznikiem przystosowania się osoby do okresu starości jest jej funkcjonowanie w środowisku rodzinnym, społeczności lokalnej, środowisku zawodowym oraz w makrośrodku.

Dość często proces starzenia się, który ma przebieg zwykle kilkudziesięcioletni, zostaje powikłany lub przyspieszony przez przewlekłe procesy chorobowe prowadzące do niepełnosprawności. Istnieje, wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), pewien ciąg procesów, które determinują funkcjonowanie człowieka w przebiegu starzenia i mogą doprowadzić go do znacznej i trwałej niepełnosprawności – Rycina 1 [5].

W prezentowanym materiale badaną populację stanowiły osoby niepełnosprawne w wyniku przebycia chorób i ich konsekwencji charakterystycznych dla okresu starości, tj. udaru mózgu oraz protezoplastyki stawu. Udary mózgu są najczęstszą przyczyną długotrwałej lub trwałej niepełnosprawności





Rycina 1. Ciąg przyczynowy: zdrowie – starzenie, choroba – niepełnosprawność – uzależnienie. Źródło: Pędich W. Gerontologia i geriatria. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Wyd. Via Media, Gdańsk 2007, 2

u osób powyżej 45 roku życia [6]. Współczynnik niepełnosprawności chorych, którzy przeżyli udar mózgu w Polsce wynosi 70%, w krajach wysoko rozwiniętych – ok. 50% [7]. Natomiast protezoplastyka stawu jest standardem leczenia w przypadkach zniszczenia stawu w wyniku zaawansowanych postaci chorób oraz ciężkich, nieodwracalnych uszkodzeń urazowych [8]. Niektórzy chorzy, m.in. w starszym wieku, pomimo leczenia i stosowanej rehabilitacji nie powracają do pełnej sprawności funkcjonalnej. Potrzebują oni sprzętu lokomocyjno-pomocniczego, przystosowania warunków życia do występujących dysfunkcji organizmu [9, 10, 11].

Wielu autorów prezentuje w swoich pracach różne narzędzia do oceny funkcjonalnej (ang. *functional assessment*) osób po przebytych udarach mózgu [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24]. W badaniach wykorzystano autorskie narzędzie, które sondało zakres sprawności czynnościowej badanych oraz funkcjonowania społecznego.

Przeprowadzone analizy wykazały, że zakres samodzielności starszych osób w wykonywaniu codziennych zadań był ograniczony, przy czym całkowicie u 51,6% niepełnosprawnych; znacznie u 36,9%; nieznacznie u 9,8% pacjentów. Pełną samodzielność posiadały tylko 2 osoby (1,6%). Badania innych autorów potwierdzają, że wśród osób, które przeżyły udar mózgu ok. 30- 50% jest niesamodzielnych, 22% nie chodzi samodzielnie, a 24-53% wymaga całkowitej lub częściowej pomocy w codziennych czynnościach [25]. Tak duży współczynnik niepełnosprawności w Polsce związany jest głównie z niskim stopniem wczesnego rozpoznawania i brakiem szybkiej diagnostyki, która pozwoliłaby skutecznie leczyć ostrą fazę choroby oraz wprowadzać zasady profilaktyki wtórnej [25].

Respondentów charakteryzował ograniczony całkowicie lub znacznie zakres poruszania się poza mieszkaniem. Duże znaczenie dla funkcjonowania osób niepełnosprawnych ma ich aktywność i samodzielność, których wyznacznikami są m.in. możliwości i zasięg poruszania się. To, czy osoba może poruszać się w obrębie mieszkania, czy również poza domem wpływa na jej kontakty ze światem zewnętrznym, wzbogaca doznania, daje poczucie większej swobody i niezależności [26]. Badania polskich autorów wskazują, że ponad 1/3 osób w wieku powyżej 75 lat nie jest w stanie samodzielnie wychodzić z domu ani wykonywać złożonych prac domowych i osobistych zabiegów higienicznych [5, 27].

Znacząca większość badanych uznała się za osoby niepełnosprawne (80,3%). Do głównych przyczyn poczucia niepełnosprawności, w opinii osób starszych, należały: trudności w lokomocji (poruszaniu się) – 48,0%, zaburzenia stanu zdrowia (24,5%) oraz ograniczenia samodzielności, zależność od innych (10,2%).

Ponad połowa osób niepełnosprawnych (51,7%) określała pozytywnie możliwość własnego uczestnictwa w życiu społecznym. Natomiast pozostałe osoby reprezentowały typ uczestnictwa określane jako całkowita bierność społeczna, której główne przyczyny leżały w trudnościach lokomo-

cyjnych (40,7%) i zaburzeniach stanu zdrowia (32,2%). A. Ostrowska twierdzi, że „społeczeństwo polskie akceptuje niepełnosprawność dość powierzchownie, w sferze (...) deklaratywnej” [28].

Kolejnym wymiarem funkcjonowania społecznego seniorów jest spędzanie wolnego czasu, sposób wykorzystania którego uległ zmianie u większości osób (91,0%) w wyniku ich niepełnosprawności. Badaną populację charakteryzował typ uczestnictwa w życiu społecznym wewnątrz rodziny; respondenci w czasie wolnym najchętniej przebywali z członkami rodziny (77,9%). Z doniesień zawartych w piśmiennictwie wynika, że emeryci przeznaczali czas wolny głównie na pomoc w codziennych obowiązkach dzieciom i wnukom, na uprawianie działki, oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie książek [29, 30]. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) osoby niepełnosprawne oraz sprawne spędzały czas wolny na czytaniu, oglądaniu telewizji, słuchaniu radia lub innych czynnościach niewymagających ruchu i wysiłku [31]. U większości osób w starszym wieku obserwuje się wyraźny spadek aktywności fizycznej, która ogranicza się do codziennych czynności, takich jak: zakupy, gotowanie, sprząatanie, praca. Tymczasem istotnym elementem pomyślnego starzenia się i poprawy jakości życia seniorów jest aktywność fizyczna indywidualnie dostosowana do stanu i możliwości osoby starszej [32, 33].

Ograniczenia starszych osób niepełnosprawnych w pełnieniu ról społecznych wpływają negatywnie na proces pomyślnego starzenia. Zdaniem A. Tobiasz-Adamczyk szansą społecznej reaktywacji osób starszych są uniwersytety trzeciego wieku, przynależność do klubów seniorów, wspólnot religijnych jako grup wsparcia, działalność w klubach nastawionych na wspólną organizację wolnego czasu, działanie w grupach samopomocy dla bardziej potrzebujących [3]. Osoby starsze, pomimo utrwalonej niepełnosprawności, dla poprawy jakości ich życia oraz zwalniania procesów starzenia się mogą uczestniczyć w wybranych i/lub dostosowanych do ich możliwości formach kontaktów społecznych.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych analiz na temat funkcjonowania społecznego starszych osób niepełnosprawnych z powodu przebytego udaru mózgu lub protezoplastyki stawu biodrowego/kolanowego sformułowano następujące wnioski:

1. Funkcjonowanie społeczne badanych osób było znacznie ograniczone w zakresie wykonywania złożonych czynności życiowych, możliwości lokomocyjnych, korzystania z komunikacji publicznej oraz aktywności społecznej i spędzania czasu wolnego.
2. Stwierdzono niższą samodzielność pacjentów po przebytych udarach mózgu aniżeli po protezoplastyce stawu.
3. Istnieje pilna potrzeba reaktywacji starszych osób niepełnosprawnych z uwzględnieniem wytycznych WHO dotyczących promocji aktywności fizycznej dostosowanej do indywidualnych możliwości i zainteresowań.

PIŚMIENNICTWO

1. Kiwerski J. Współczesne poglądy na rehabilitację. W: Kiwerski J. red. Rehabilitacja medyczna. Warszawa: Wyd Lek. PZWL; 2005: 26-37.



2. Ossowski R. Funkcjonowanie społeczne osób starszych w okresie późnej dorosłości. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, red. Kompendium pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. Lublin: Wyd. Czelej; 2007: 28-35.
3. Tobiasz-Adamczyk B. Społeczne aspekty starzenia się i starości. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A, red. Geriatria z elementami gerontologii. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2007: 37-41.
4. Kocemba J. Starzenie się człowieka. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A, red. Geriatria z elementami gerontologii. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2007: 6-13.
5. Pędich W. Gerontologia i geriatria. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A, red. Geriatria z elementami gerontologii. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 1996: 2-5.
6. World Health Organization. The world health report. Geneva: WHO; 2000.
7. Kobayashi A, Niewada M, Członkowska A. Udar mózgu – wybrane aspekty epidemiologiczne. www.udarmozgu.pl/dla_lekarzy/poglady_aspekty.html. (dostęp: 2011.01.06.).
8. Włodarczyk R, Kiciński A. Wymienna plastyka stawów. W: Dega W, Senger A, red. Ortopedia i rehabilitacja. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 1996: 192-199.
9. Informacje o wynikach kontroli realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie wszczepiania endoprotez stawu biodrowego. Kraków: NIK; listopad 2004.
10. Krasuski A. Zmiany zwyrodnieniowo-przeciążeniowe dużych stawów. W: Kiwerski J, red. Rehabilitacja medyczna. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2005: 560-564.
11. Modrzewski K. Wstęp. W: Modrzewski K, red. Protezoplastyka rewizyjna stawów biodrowych. Lublin: Wyd. Foliu; 2000: 6.
12. Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Ocena czynnościowa chorych z krwotokiem podpajęczynówkowym. Udar Mózgu 2008; 10(2): 55-60.
13. Szczygielska D, Pop T, Maciejczak A. Ocena postępów rehabilitacji prowadzonej w domu pacjenta z rozpoznaniem udarem mózgu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2009; 2: 174-179.
14. Macheta A, Pryjma J, Andres J. Systemy punktowe do oceny świadomości u chorych z urazami ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Folia Medica Cracoviensia 2001; 4: 65-72.
15. Broła W, Czernicki J. Porównanie skal uszkodzenia stosowanych w ocenie pacjentów po udarze mózgu. Post Rehab. 1999; 13: 37-43.
16. Opara J.: Skale udarów. Opole: Oficyna Wydaw. Politechnika Opolska; 1999.
17. Opara J. Klimetria w spastyczności. Post Psychiatr Neurol. 2004; supl. 2(18): 13-16.
18. Pierson S. H. Outcome measures in spasticity management. Muscle & Nerve 1997; supl 6: 36-40.
19. Morris S. Ashworth and Tardieu scales: their clinical relevance for measuring spasticity in adult and paediatric neurological populations. Physic Ther Rev. 2002; 7: 53-62.
20. Granger C V, Hamilton B B, Keith R A Zielesny M, Sherwin FS. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. Top Geriat Rehabil. 1986; 1: 59-74.
21. Opara J, Szeliga-Cetnarska M, Chromy M, Dmytyk J, Ickowicz T. Skale udarów „Repty”. Wskaźnik funkcjonalny „Repty” dla oceny czynności życia codziennego u chorych z niedowładem połowicznym po udarze mózgowym. Neurol Neurochir Pol. 1998; 32: 803-812.
22. Wade D T. Measurement in Neurological Rehabilitation. Oxford: Oxford University Press; 1992.
23. Carr J H, Shepherd R B, Nordholm L. Investigation of a new motor assessment scale for stroke patients. Physic Ther. 1985; 65: 175-180.
24. Lincoln N, Leadbitter D. Assessment of motor function in stroke patients. Physiotherapy 1979; 65: 48-51.
25. Chydziański W. Techniki kinezyterapeutyczne stosowane w rehabilitacji. W: Kiwerski J, red. Rehabilitacja medyczna. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2005: 70-93.
26. Bulenda T, Zabłocki J. Ludzie niepełnosprawni a państwo. Wyd. Instytutu Filozofii i Socjol. Warszawa: PAN; 1994.
27. Strugała M, Talarska D. Evaluation of functional independence of stroke patients covered by institutional care with the use of the functional independence scale. Probl Hig Epidemiol 2009; supl.1(90): 47-52.
28. Brzeziński J, Siuta J, red. Metodyczne i statystyczne problemy psychologii. Poznań: Wyd. Zyski i S-ka; 2006: 47-75.
29. Koprowiak E, Nowak B. Style życia ludzi starszych. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin: Wyd. Neurocentrum; 2007: 372-375.
30. Kamusińska E, Lelonek B. Analysis of leisure activities for disabled people aged ≥65 as a basis for planning health education diagnosis. Zdr Pub. 2011; 121(4): 382-386.
31. Czogała M. Formy spędzania wolnego czasu 2004. <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/18238> (dostęp: 2012.06.12).
32. Kaczmarczyk M, Trafiałek E. Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. Gerontologia Polska. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2007: 15(4): 116-118.
33. Wizner B. Promocja zdrowia i aktywności prozdrowotnej. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A, red. Geriatria z elementami gerontologii. Gdańsk: Wyd. Via Medica; 2007: 53-61.

Social functioning of disabled elderly on example of patients hospitalized in a rehabilitation department

Abstract

Introduction: The areas of social functioning of the elderly are influenced by a number of factors, such as changes in health status, occupational activity or retirement, economic status, stressful experiences, shrinking of interpersonal relations, loss of social position, balance of life achievements, level of physical effort, and degree of involvement in life affairs. The process of ageing may be accelerated by diseases which may disturb functional fitness and lead to permanent disability.

Objective: The objective of the presented study was analysis of social functioning of elderly disabled patients hospitalized in a rehabilitation department from the aspect of performing basic and complex life functions, moving around, involvement in the life of the local community, and leisure activities.

Material and methods: The research covered a group of 122 disabled aged > 65, hospitalized due to cerebral stroke (68.9%) or prosthesoplasty of a joint (31.1%). The study was carried out using a self-designed questionnaire.

Conclusions: 1. Social functioning of the respondents was largely limited with respect to performing complex life functions, locomotor abilities, use of public transport, as well as social activity and spending free time. 2. It was found that patients who had undergone cerebral stroke were less self-reliant than those after prosthesoplasty of a joint. 3. There is an urgent need to reactivate the disabled elderly with consideration of the WHO directives concerning promotion of physical activities adjusted to individual capabilities and interests.

Key words

cerebral stroke, prosthesoplasty of a joint, the elderly, the disabled, social functioning

