

Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku



Ks. dr Paweł Brudek
Katedra Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii KUL

Tytułem wstępu

- Sprawność funkcjonalna osoby starszej może być rozumiana jako **zdolność do wykonywania normalnych codziennych życiowych zadań bezpiecznie i samodzielnie, bez nadmiernego wysiłku**
- Jej ocena w chwili obecnej stała się nie tylko podstawowym wyzwaniem, lecz także głównym celem geriatry i gerontologii, dlatego stanowi istotny komponent całościowej oceny geriatrycznej
- Jest to o tyle istotne, że wyższy poziom sprawności funkcjonalnej może oddziaływać pozytywnie na samopoczucie seniora, jakość jego życia, a przez to wtórnie wydłużać długość życia.

- Istotne jej obniżenie może w konsekwencji doprowadzić do wielu powikłań, a nawet przyspieszyć kres życia.
- Należy również pamiętać, że zmiany fizjologiczne i patologiczne zachodzące w organizmie człowieka w tym okresie nieuchronnie prowadzą do pojawiania się początkowo niewielkich niedoborów w sprawności funkcjonalnej, które z czasem stają się coraz bardziej uciążliwe dla jednostki, niejednokrotnie doprowadzając do całkowitego **uzależnienia od opiekunów**
- **Ocena sprawności funkcjonalnej jest zatem ważna z punktu widzenia wypalenia sił opiekunów pacjentów (osób) geriatrycznych.**

- Ograniczenia te najczęściej dotyczą czynności złożonych, np. związanych z wykonywaniem prac domowych, aktywnością intelektualną, zawodową, obsługą nowoczesnych technologii.
- Z upływem czasu stopniowo wkraczają one również w obszar czynności podstawowych związanych z samodzielnością seniora w najbliższym otoczeniu – łóżku, łazience, domu.
- Istnieją również czynniki utrudniające ocenę sprawności funkcjonalnej osoby starszej, np. przebyte urazy, styl życia, uwarunkowania psychospołeczne, aktualne choroby

- Z powodu niepowtarzalności przebiegu procesu starzenia ocena sprawności funkcjonalnej często jest procesem bardzo trudnym.
- Należy pamiętać, aby była ona wielopłaszczyznowa, aby jej podstawą była wnikliwa obserwacja, a nie udzielane przez seniora odpowiedzi.
- Może on próbować ukryć istniejące ograniczenia w zakresie sprawności funkcjonalnej.
- Wynik oceny zawsze powinien obejmować holistyczne postrzeganie jednostki, a nie stanowić tylko sumę punktów stosowanego narzędzia badawczego.

- Niemniej jednak duża liczba narzędzi, ich konstrukcja, analizowane parametry i przeznaczenie utrudniają jednolity odbiór uzyskanych wyników.
- Ponieważ dąży się do uproszczenia oceny sprawności funkcjonalnej, niejednokrotnie kluczową rolę odgrywa ocena parametrów kondycji fizycznej, np. siły mięśniowej, które zwykle decydują o zdolności podejmowania określonych zachowań związanych z czynnościami samoobsługowymi.

Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego Katza (ADL – Activities of Daily Living)

- Narzędzie to zostało opracowane w 1970 roku przez amerykańskiego gerontologa Sidneya Katza i wsp.
- Zawiera ono sześć pytań dotyczących stopnia samodzielności.
- Niski wynik uzyskany w ocenie świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania oraz konieczności pomocy ze strony innych osób w poszczególnych jej zakresach

Skala funkcjonowania codziennego – ADL [wg 2]

Czynność	Pkt	Stopień samodzielności
Kąpiel (natrysk lub wanna)	1	Całkowita samodzielność, nie potrzebuje pomocy (nawet jeżeli korzysta z pomocy przy wchodzeniu lub wychodzeniu z wanny)
	0,5	Niewielka pomoc, np. przy myciu niektórych części ciała
	0	Znaczna pomoc – potrzebuje pomocy przy kąpielach
Ubieranie się (wkładanie i zdejmowanie bielizny, wyjmowanie ubrań z szafy, używanie suwaka i guzików)	1	Całkowita samodzielność – dobór odzieży, ubieranie się bez pomocy
	0,5	Częściowa pomoc – samodzielne dobieranie odzieży, ale potrzebna pomoc przy suwakach i guzikach
	0	Brak samodzielności – potrzebna pomoc przy przygotowaniu odzieży i ubieraniu się
Toaleta (samodzielne pójście do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się i porządkowanie odzieży)	1	Całkowita samodzielność – pacjent sam chodzi do łazienki załatwia potrzeby fizjologiczne, porządkuje odzież (może używać laski, balkonika, wózka inwalidzkiego, może w nocy używać basenu i opróżniać go rano)
	0,5	Potrzebuje pomocy – w toalecie, podmywaniu się, porządkowaniu odzieży lub w korzystaniu z basenu
	0	Niezdolny do samodzielnego dbania o toaletę i załatwiania potrzeb fizjologicznych
Kontrolowanie zwieraczy (trzymanie moczu i stolca)	1	Całkowite kontrolowanie zwieraczy
	0,5	Częściowy brak kontroli – przypadki braku kontroli zdarzają się „od czasu do czasu”
	0	Całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika

Spożywanie posiłków	1	Całkowita samodzielność – je bez pomocy
	0,5	Częściowa pomoc, np. w krojeniu mięsa, smarowaniu masłem chleba
	0	Brak samodzielności – potrzeba karmienia lub konieczność założenia sondy
Poruszanie się	1	Całkowita samodzielność (kładzenie się i wstawanie z łóżka oraz siadanie i wstawanie z krzesła bez pomocy lub za pomocą laski)
	0,5	Kładzenie się lub wstawanie z łóżka bądź krzesła tylko przy pomocy
	0	Stałe przebywanie w łóżku
Wynik końcowy		

Zaznaczamy jedną odpowiedź w każdym z kryteriów.

Interpretacja:

5–6 pkt: osoba sprawna

3–4 pkt: osoba umiarkowanie niesprawna

≤ 2 pkt: osoba bardzo niesprawna wymagająca opieki przez całą dobę (często oznacza konieczność instytucjonalizacji opieki)

Skala Barther

Skala Barthel [wg 4]

Lp.	Czynność	Wynik (liczba pkt)
1.	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielnie, niezależnie	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie): 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc (fizyczna, jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielnie	

Lp.	Czynność	Wynik (liczba pkt)
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny 5 – potrzebuje niewielkiej pomocy, ale może pewne rzeczy zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie	
5.	Mycie/kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny (lub pod prysznicem)	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich): 0 – nie porusza się lub dystans < 50 m 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski, dystans > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia) 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie*	

	10 – samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatywy) 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje/utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i na skutek tego niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje/utrzymuje mocz	
Suma punktów		

Należy wybrać z każdej czynności jedną odpowiedź najtrafniej charakteryzującą stan osoby starszej i wpisać przypisaną jej wartość liczbową w kolumnie **wynik**. W wierszu **suma punktów** sumujemy punkty uzyskane w poszczególnych czynnościach.

Interpretacja uzyskanego wyniku: Grupa I 86–100 pkt: pacjent „lekki”

II 71–85 pkt: pacjent „średniociężki”

III 0–70 pkt: pacjent „ciężki”

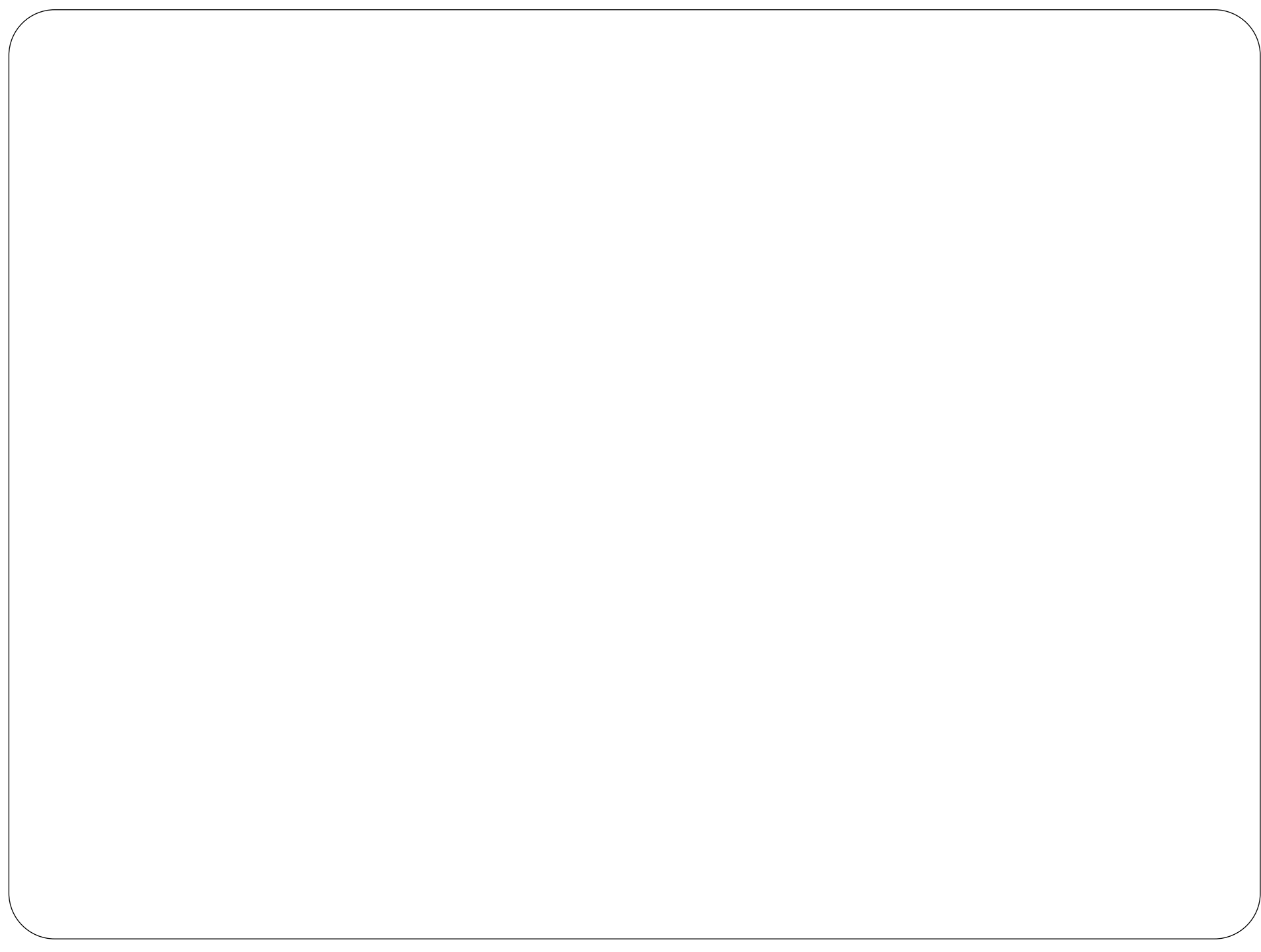
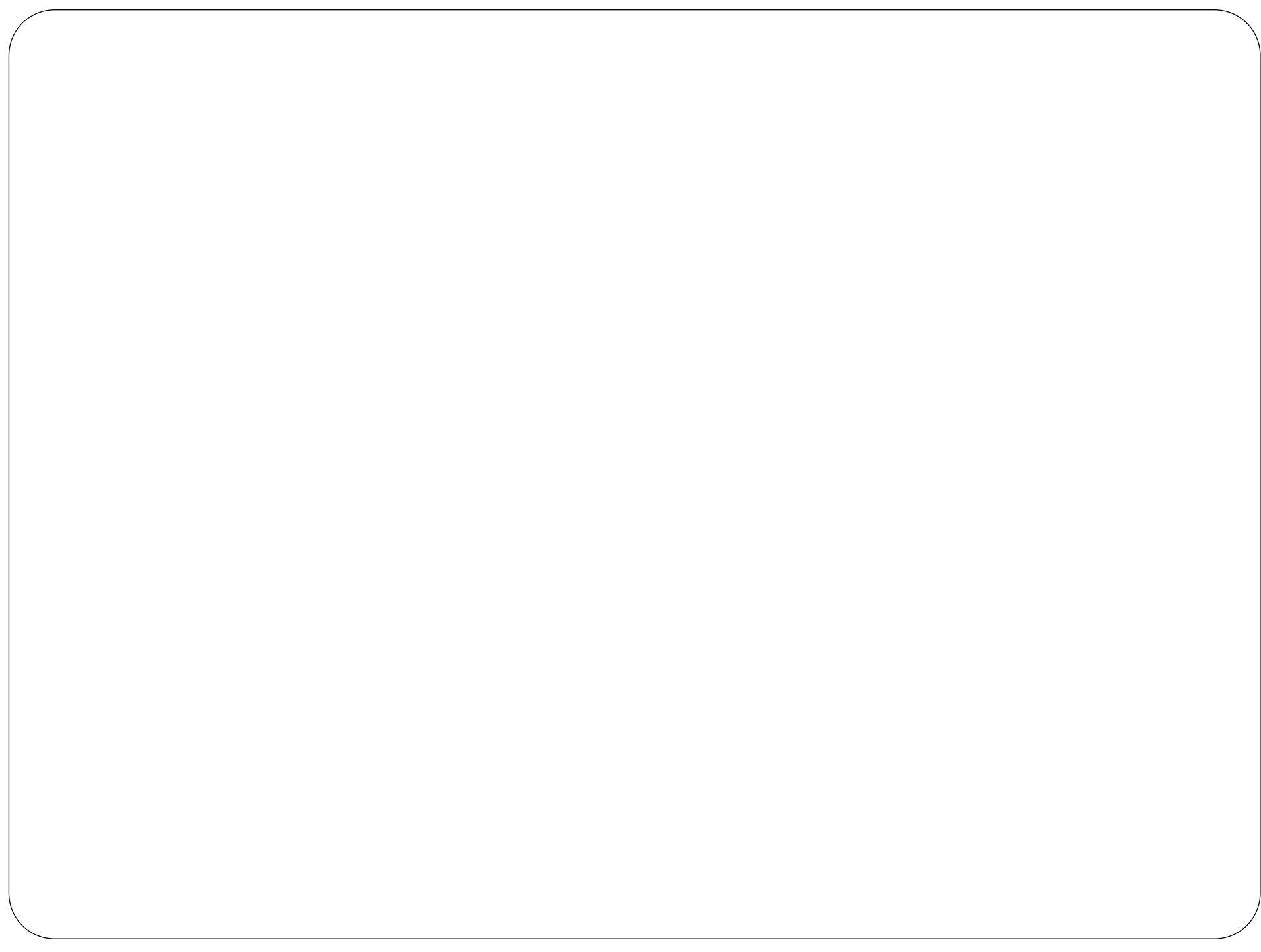


TABELA 4.3.

Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego – Skala Lawtona (IADL)

Oceniany parametr	Bez pomocy (3 punkty)	Z niewielką pomocą (2 punkty)	Zupełnie nie jest w stanie korzystać (1 punkt)
Czy potrafisz korzystać z telefonu?			
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsca poza odległością spaceru?			
Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?			
Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki?			
Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?			
Czy możesz samodzielnie majsterkować/wyprać swoje rzeczy?			
Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki?			
Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?			
Wynik końcowy/24 punkty		

Maksymalnie można uzyskać 24 punkty. Ogólna liczba punktów ma znaczenie nie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogorszeniu się stanu ogólnego.



Skala FIM [wg 4]

Czynność	Stopień samodzielności	Wynik
Samoobsługa	Spożywanie posiłków	
	Dbłość o wygląd zewnętrzny	
	Kąpiel	
	Ubieranie górnej części ciała	
	Ubieranie dolnej części ciała	
	Toaleta	
Kontrola zwieraczy	Oddawanie moczu	
	Oddawanie stolca	
Mobilność	Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki	
	Siadanie na muszli klozetowej	
	Wchodzenie pod prysznic lub do wanny	
Lokomocja	Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim	
	Schody	
Komunikacja	Zrozumienie	
	Wypowiadanie się	
Świadomość społeczna	Kontakty międzyludzkie	
	Rozwiązywanie problemów	
	Pamięć	
Suma		

Maksymalny wynik w tej skali to 126 punktów, minimalny – 18.

