

Grażyna Wójcik¹, Donata Czekala², Zofia Sienkiewicz¹

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

²NZOZ Domowa Opieka Medyczna Do-Med

P

roblemy zdrowia psychicznego pacjentów opieki długoterminowej jako wyzwanie dla pielęgniarek i opiekunów

Mental health problem among long term care patients as a challenge for nurses and caretakers

STRESZCZENIE

Wstęp. Dokonujące się zmiany w strukturze demograficznej i epidemiologicznej polskiego społeczeństwa tworzą zapotrzebowanie na nowe rozwiązania prawne i organizacyjne w systemie usług zdrowotnych realizowanych na rzecz osób w podeszłym wieku.

Cel pracy. Głównym celem badań była ocena problemów zdrowia psychicznego u pacjentów objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową (PODD).

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w populacji pacjentów od 60. roku życia objętych świadczeniami PODD, realizowanymi w systemie ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ), w wybranych czterech województwach w Polsce. W badaniu wzięło udział 297 pacjentów. Zastosowano międzynarodowe narzędzie badawcze *Resident Assessment Instrument-Home Care* (RAI/HC), czyli Kwestionariusz Oceny Pacjentów Opieki Domowej (KOP/OD).

Wyniki i wnioski. Przeprowadzona ocena wybranych problemów zdrowia psychicznego pacjentów PODD potwierdziła występowanie objawów depresji u 62,6% badanych oraz zaburzeń funkcji poznawczych u 79,2% badanych. Najwyższy wskaźnik objawów depresji zaobserwowano w najniższej grupie wiekowej (60–75 lat), natomiast upośledzenie funkcji poznawczych rosło wraz z wiekiem badanych. Analiza wyników przeprowadzonych badań stała się podstawą do zdefiniowania struktury potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych pacjentów długoterminowej opieki domowej, a także do sformułowania propozycji zmian w systemie kwalifikacji i oceny pacjentów PODD.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 257–263

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa; demencja; depresja; opieka pielęgniarstwa

ABSTRACT

Introduction. Changes occurring in demographic and epidemiological structure of the Polish society cause a demand for new legal and organizational solutions in the system of health services provided to elderly persons.

Objective. The aim of this study was to evaluate mental health problems and care needs among elderly patients receiving long-term nursing care at home.

Materials and methods. Survey was carried out on 297 patients receiving long-term nursing care within guaranteed health services in the national health insurance system in 4 Polish voivodships. Selection of the surveyed population was based on two criteria: age 60 or more and receiving long-term home nursing within the health care insurance. The survey was carried out with the use of a standardized questionnaire InterRAI-HC (Resident Assessment Instrument-Home Care) for assessment of health status and health needs of long-term home care patients.

Results and conclusions. Assessment of selected mental health problems confirmed occurrence of depression symptoms in 62.6% patients and cognitive function impairment in 79.2% patients. The highest index of depression symptoms was

Adres do korespondencji: dr n. o zdr. Grażyna Wójcik, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, ul. Erazma Ciołka 24, 01–455 Warszawa, tel. 22 877 35 97, e-mail: wojcik.grazyna@gmail.com

DOI: 10.5603/PP.2017.0043

observed in the youngest age group (60–75 years) and the level of cognitive function impairment index increased with age of the surveyed patients. The analysis of the research results gave a basis for defining the structure of nursing and care needs of home long-term care patients and also for development of a proposal for changes in the system of qualification and assessment of long-term home care patients.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 257–263

Key words: long term care; dementia; depression; nursing care

Wstęp

Dokonujące się zmiany w strukturze demograficznej i epidemiologicznej polskiego społeczeństwa tworzą zapotrzebowanie na nowe rozwiązania prawne, organizacyjne i profesjonalne w systemie usług zdrowotnych realizowanych na rzecz osób wymagających PODD [1–3]. W celu zagwarantowania wysokiej jakości świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla osób starszych i przewlekle chorych w większości krajów rozwiniętych wypracowano standardy świadczeń zdrowotnych gwarantujące całościowe podejście do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych tej grupy odbiorców. Niniejsza praca ma na celu poszerzenie znajomości problematyki wśród profesjonalistów realizujących świadczenia na rzecz pacjentów PODD.

Problemy zdrowia psychicznego w populacji pacjentów PODD są uwarunkowane dwoma grupami przyczyn: zaburzeniami współistniejącymi w przebiegu schorzeń somatycznych oraz związanymi z procesami starzenia organizmu [4, 5]. W opiece długoterminowej realizowanej w warunkach domowych i stacjonarnych największym wyzwaniem stają się pacjenci psychogeriatryczni, czyli podopieczni, u których występują okresowo lub chronicznie objawy czy zaburzenia psychiczne towarzyszące starości.

Cel pracy

Głównym celem badań była ocena problemów zdrowia psychicznego u pacjentów objętych PODD realizowaną w środowisku domowym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w populacji pacjentów od 60. roku życia objętych świadczeniami PODD w środowisku domowym, realizowanymi w systemie ubezpieczenia zdrowotnego w wybranych regionach w Polsce w latach 2013–2015.

Badaniem objęto 297 pacjentów. Kryteriami włączenia do grupy badawczej były: wiek 60 lat i więcej, zamieszkanie na terenie województw: mazowieckiego, łódzkiego, podkarpackiego i lubelskiego, korzystanie ze świadczeń PODD w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz uzyskane przez pacjenta wyniku w skali Barthel od 0 do 40 punktów. Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Do osiągnięcia celów badawczych zastosowano w badaniu KOP/OD, który zawiera poniższe skale do badania problemów związanych ze zdrowiem psychicznym.

Skala oceny funkcji poznawczych (CPS, *Cognitive Performance Scale*) służy do oceny zaburzeń funkcji poznawczych. Oparta jest na ocenie zdolności podejmowania codziennych decyzji, zrozumiałym wystawianiu się i przywoływaniu informacji z pamięci krótkotrwałej [6].

Nasilenie objawów depresji badano za pomocą Skali Oceny Depresji DRS (*Depression Rating Scale*). Skala DRS jest wiarygodna w zestawieniu ze skalami Hamiltona i Cornella oraz psychiatrycznym rozpoznaniem depresji [7].

Skala oceny zdolności komunikacji (*Communication scale*) — skala komunikacji stanowi proste narzędzie do analizy wyników pomiarów funkcji komunikacji wykonanych za pomocą Kwestionariusza InterRAI: oceny zdolności rozumiałego wystawiania się i oceny zdolności rozumienia, które istotnie wpływają na sposób porozumiewania się. Skala przyjmuje wartości od 0 do 8. Wyższe wyniki w skali odpowiadają gorszej zdolności komunikacji.

Wyniki

Badaniem objęto 297 osób. W badanej grupie 62,7% stanowiły kobiety, a 37,3% mężczyźni. Do analizy materiału badawczego przyjęto cztery przedziały wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 60–75 lat. Najmniej liczną grupą były osoby w wieku 76–80 lat. Najmłodsza osoba miała 60 lat, a najstarsza — 103 lata. Średnia wieku w badanej populacji pacjentów wynosiła 79,4 roku, SD — 8,9. W badanej grupie najliczniejszą grupę stanowiły osoby owdowiałe (52,2%) oraz pozostające w związku (39,1%). Dla potrzeb analizy wyników wyłoniono trzy kategorie miejsc zamieszkania badanych: wieś, małe miasto oraz duże miasto. Miejscem stałego zamieszkania badanych najczęściej było małe miasto (46,5%), następnie wieś (33%) i duże miasto (20,5%).

W populacji badanej podstawowym opiekunem nieformalnym były dzieci bądź ich małżonkowie; pełnili oni odpowiednio rolę pierwszego opiekuna w 52,2% badanych lub opiekuna drugiego w przypadku 25,6% badanych. Dla 33% badanych funkcje opiekunów nieformalnych pełnili współmałżonkowie,

Tabela 1. Występowanie objawów depresji**Table 1.** Occurrence of depressive symptoms

Wyniki według skali DRS	Liczba badanych	Badani (%)
1–2 pkt	87	29,3
3 pkt i więcej	186	62,6
Brak danych	24	8,1
Ogółem	297	100,0

a w przypadku 12,8% — osoby spokrewnione. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym sprawowanie opieki nieformalnej był wiek współmałżonków, którzy podobnie, jak osoby badane, znajdowali się w podeszłym wieku.

Bardzo duże ograniczenie sprawności ruchowej badanej grupy, w której aż 86,5% pacjentów było unieruchomionych bądź poruszało się wyłącznie po terenie pokoju lub mieszkania, może mieć istotny wpływ na stan psychiczny i emocjonalny badanych.

W badanej grupie prawie połowa, tj. 43,1% pacjentów czuło się osamotnionych. Stan psychiczny i emocjonalny osoby starszej lub chorej leczonej w domu jest między innymi zależny od możliwości otrzymania wsparcia i zapewnienia kontaktu ze środowiskiem najbliższych osób.

Jednym z ważnych problemów zdrowotnych osób w podeszłym wieku są stany depresyjne. W codziennej praktyce w zakładach OPD brakuje rozpowszechnionych standardów oceny w zakresie występowania depresji.

W badaniu zastosowano skale oceny depresji DRS. Zastosowana skala opierała się na analizie występowania u badanych takich objawów, jak: negatywne stwierdzenia, uporczywy gniew, wyrażanie nierozczynywanych lęków, powtarzające się skargi na stan zdrowia, powtarzające się uczucie niepokoju, smutny, bolesny, zmartwiony wyraz twarzy, płaczliwość. W celu interpretacji uzyskanych odpowiedzi w skali przyjęto zakres punktowy od 1 do 14 pkt., przy czym wartość 3 lub więcej oznacza możliwość wystąpienia depresji. Stan taki wymaga przeprowadzenia pełnej diagnostyki klinicznej. W badanej grupie u 62,6% badanych potwierdzono występowanie objawów depresyjnych, co oznacza, że powinni oni zostać skierowani do pełnej diagnostyki klinicznej (tab. 1).

Analiza uzyskanych wyników pozwala stwierdzić, iż występowanie depresji istotnie zmniejszyło się wraz z wiekiem badanych osób ($p < 0,000$). W wieku 60–75 lat objawy depresji występowały u 81,9% badanych, w grupie wiekowej 76–80 lat powyższe objawy zaobserwowano u 65,3% pacjentów. Zbliżone wyniki uzyskano w grupie pacjentów w wieku 81–85 lat

Tabela 2. Skala depresji a wiek pacjentów**Table 2.** Score on depression rating scale and age of patients

Wiek pacjentów	Mediana skali DRS	Q 1	Q 3
60–75 lat	6	3	7
76–80 lat	4	2	6
81–85 lat	4	2	7
86+ lat	3	2	6

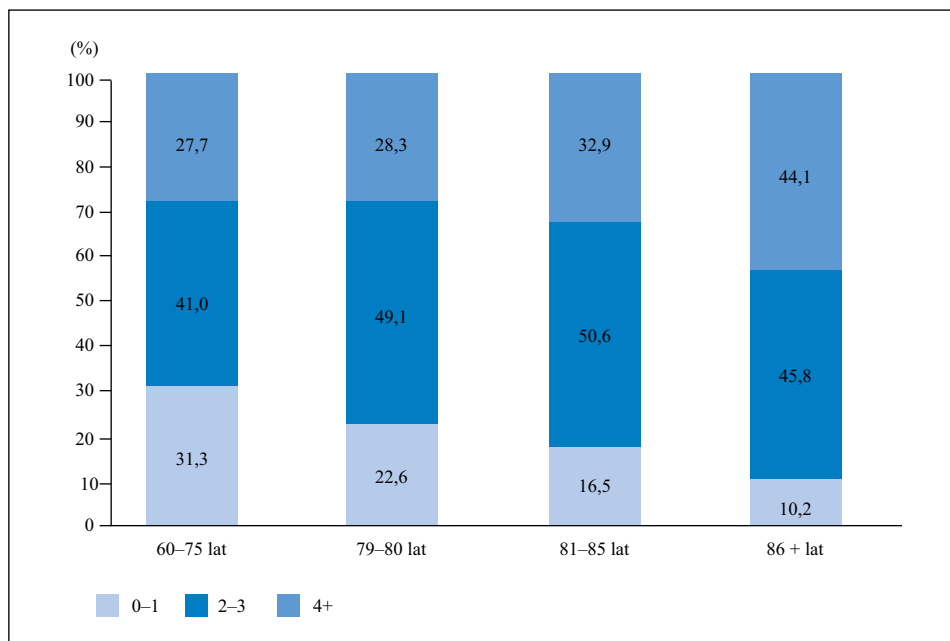
(68,4%), natomiast najmniejszy procent występowania objawów depresji stwierdzono w grupie badanych w wieku 86 lat i więcej. W tabeli 2 przedstawiono rozkład mediany wyników skali DRS w poszczególnych kategoriach wiekowych.

W populacji badanej nasilenie objawów depresji było najwyższe w wieku 60–75 lat ($Me = 6$) i zmniejszało się wraz z wiekiem (76–85 lat, $Me = 4$), natomiast w grupie 86 lat i więcej było najmniejsze ($Me = 3$). Na podstawie uzyskanych wyników występowania objawów depresji w analizie dotyczącej płci i sytuacji rodzinnej nie wykazano istotnych różnic statystycznych (tab. 2).

Ocenę sprawności funkcji poznawczych badanych dokonano na podstawie oceny zdolności podejmowania decyzji, funkcjonowania pamięci krótkotrwałej, zaburzeń myślenia oraz zmian w stanie psychicznym. W badanej grupie ocenę funkcji poznawczych przeprowadzono u 274 badanych, a 23 osoby zostały wyłączone z analizy ze względu na brak możliwości uzyskania pełnych odpowiedzi. Wśród 274 pacjentów tylko 20,8% uzyskało wyniki od 0 do 1 pkt, potwierdzające brak zaburzeń funkcji poznawczych. Największa grupa badanych (46,4%) znajdowała się w przedziale 2–3 pkt, czyli nieznacznego lub umiarkowanego upośledzenia, a 32,8% zostało zakwalifikowanych do grupy ciężkiego lub bardzo ciężkiego upośledzenia funkcji poznawczych.

Sprawność funkcji poznawczych w poszczególnych kategoriach wiekowych przedstawiono na rycinie 1. Uzyskane wyniki w skali CPS potwierdziły, że częstość występowania upośledzenia funkcji poznawczych wzrasta wraz z wiekiem. Odsetek pacjentów, którzy uzyskali wynik 0 lub 1, czyli potwierdzający brak zaburzeń poznawczych, był najwyższy w kategorii wiekowej 60–75 lat (31,3%) i wykazywał tendencję malejącą w starszych grupach wiekowych.

Zależność między wiekiem badanych osób a poziomem sprawności funkcji poznawczych była na pograniczu istotności $p = 0,05$. W starszych grupach wiekowych wzrastał odsetek osób o najwyższym poziomie ograniczeń, natomiast spadał odsetek osób o najmniejszych ograniczeniach lub ich całkowitym braku.

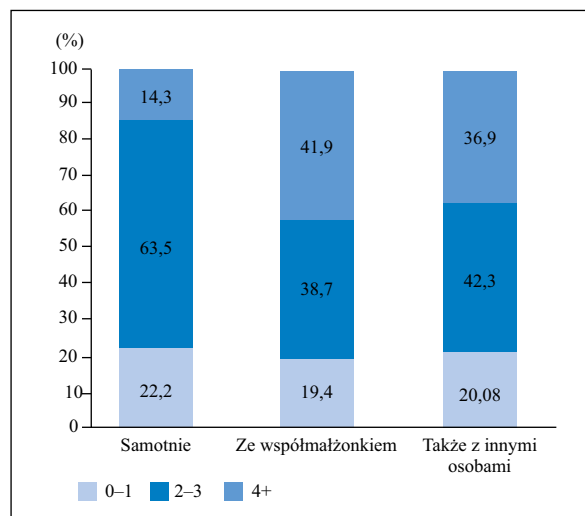


Rycina 1. Ocena funkcji poznawczych w skali CPS a wiek badanych

Figure 1. Evaluation of cognitive functions in the CPS scale and age of patients

Uzyskane wyniki w skali CPS pokazują, że wraz z zaawansowaniem wieku stopień upośledzenia funkcji poznawczych jest istotnie większy ($p = 0,000$), natomiast w porównaniach parami wynika, że grupa osób w wieku 60-75 lat różni się istotnie od dwóch najstarszych grup: 81-85 lat i 86+ lat (p odpowiednio: $p = 0,032$ i $p = 0,001$). Korelacja tau-b Kendalla wynosi 0,19 ($p = 0,000$).

Przeprowadzono także analizę uzyskanych wyników Skali CPS w porównaniu ze strukturą osób zamieszkujących z badanym, co przedstawiono na rycinie 2. Badani pacjenci zamieszkujący samotnie uzyskali najlepsze wyniki w zakresie sprawności funkcji poznawczych, w 63,5% uzyskali oni wynik nieznacznie lub umiarkowanie upośledzenia i ten poziom ograniczeń występował około 1,5 raza częściej niż wśród osób zamieszkujących z jakąkolwiek inną osobą. U osób zamieszkujących samotnie tylko w 14,3% wynik CPS wskazywał na ciężkie upośledzenie funkcji poznawczych, co jednak w przypadku samotnego zamieszkiwania tworzy bardzo trudną sytuację opiekuńczą pacjenta i zagraża jego bezpieczeństwu. Pozostała część badanych zamieszkująca ze współmałżonkiem lub innymi osobami uzyskała wyniki porównywalne do wyników uzyskanych w całości populacji badanej. Poziom ograniczeń funkcji poznawczych wykazywał istotny związek ze składem osobowym gospodarstwa domowego $p < 0,05$.



Rycina 2. Skala CPS a sytuacja rodzinna badanych

Figure 2. CPS scale results and family situation of the patients

Analiza wyników skali CPS w odniesieniu do miejsca zamieszkania badanych wykazała, że zaburzenia funkcji poznawczych istotnie częściej występowały u pacjentów mieszkających na wsi niż w mieście ($p < 0,05$). W tej grupie badanych 37% uzyskało wynik cztery lub więcej w Skali CPS, 53,3% znajdowało się w przedziale nieznacznie lub umiarkowanie

upośledzenia, a tylko u 9,8% nie stwierdzono objawów związanych z zaburzeniami funkcji poznawczych. Porównawczo wśród mieszkańców dużych miast w przedziale ciężkiego upośledzenia 4 punkty i więcej znajdowało się 29,4% badanych, a umiarkowane upośledzenie (wynik 2–3 pkt) występowało u 33,3% badanych. Natomiast największa grupa osób mieszkających w dużym mieście 37,3% uzyskała prawidłowe wyniki sprawności funkcji poznawczych.

Dyskusja

Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne populacji osób starszych to depresja i zaburzenia procesów poznawczych. Zaburzenia te niejednokrotnie występują równocześnie, co stanowi dodatkową trudność w procesie diagnozowania pacjenta [1, 8, 9]. Schorzenia te mają istotny wpływ na wydolność funkcjonalną pacjentów w podeszłym wieku oraz na subiektywną ocenę jakości życia. Pacjenci opieki długoterminowej są obciążeni niemal wszystkimi czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych, do których należą: wiek, przewlekłe choroby somatyczne, zaburzenia neurologiczne, dolegliwości bólowe oraz dramatyczne zdarzenia, takie jak utrata sprawności i samodzielności, śmierć bliskich, samotność i izolacja społeczna.

Według doniesień literatury występowanie objawów depresji lub stanów depresyjnych w wieku podeszłym kształtuje się na poziomie 10–30% i wzrasta wraz z wiekiem [1, 4, 10]. Na występowanie mają wpływ czynniki psychospołeczne, choroby somatyczne, w tym zmniejszona sprawność funkcjonalna i uzależnienie od osób trzecich, czynniki jatrogenne, w tym polifarmakoterapia [5, 10, 11]. Wiele leków ma działania niepożądane, powodując objawy podobne do objawów depresji. W badanej populacji stwierdzono bardzo duże obciążenie pacjentów PODD dużą liczbą przyjmowanych leków. Zjawisko wielolekowości może być przyczyną dodatkowych problemów zdrowotnych badanych, w tym także występowania objawów depresji.

W badaniach własnych wykazano, że u 62,6% badanych występowały objawy depresji, które powinny stanowić podstawę do dalszej diagnostyki. Stosunkowo wysoki wskaźnik objawów depresyjnych wśród badanych należy wiązać z wielochorobowością, wielolekowością oraz dużą utratą samodzielności życiowej badanych. Obciążenie ryzykiem występowania depresji wśród badanych było wyższe w najniższych kategoriach wiekowych. Sytuacja ta mogła być związana z brakiem akceptacji poważnych problemów zdrowotnych, które występują u osób w wieku 60–75 lat (w szczególności wystąpienia udaru).

W badaniach populacyjnych Polsenior występowanie stanów depresyjnych wykazano u 29,7% osób starszych (65 lat i więcej) i problem ten był większy

w starszych grupach wiekowych. Czynnikiem ryzyka występowania depresji były: samotne zamieszkiwanie, trudna sytuacja ekonomiczna, wdowieństwo lub pobyt w placówce stacjonarnej [1]. W procesie oceny stanu zdrowia osoby w podeszłym wieku rozpoznanie depresji może być obciążone ryzykiem błędu w przypadku występowania zaburzeń funkcji poznawczych, czyli otępienia. Szczegółowy związek depresji z otępieniem został szczegółowo wyjaśniony w licznych doniesieniach. Problem ten dotyczył także badań zrealizowanych przez autorkę pracy. Zaburzenia funkcji poznawczych i związana z tym narastająca niesprawność, a w następstwie utrata samodzielności życiowej stanowi ważny problem zdrowotny populacji osób starszych, który nie znajduje dostatecznego zainteresowania wśród organizatorów polskiego systemu opieki zdrowotnej. Wielu autorów szacuje występowanie otępienia na poziomie 10–20% populacji po 65. roku życia [12–15]. Za główną przyczynę otępienia wśród rasy białej uznaje się chorobę Alzheimera. W przeprowadzonych w projekcie Polsenior badaniach przesiewowych populacji polskiej dotyczących częstości występowania zaburzeń poznawczych wykazano, że otępienie występuje w Polsce u 1/3 populacji po 65. roku życia [1].

Większość badaczy powyższej problematyki potwierdza wzrost częstości i stopnia zaburzeń funkcji poznawczych wraz z wiekiem oraz u badanych gorzej wykształconych. Według Rosenthala zachorowalność dotycząca otępienia u pacjentów powyżej 60. roku życia ulega podwojeniu co 5 lat, co sprawia, że choroba ta jest główną przyczyną przyjęć do domów opieki i placówek opiekuńczych [16].

W badaniach własnych uzyskano wyniki potwierdzające wysoki wskaźnik występowania otępienia wśród pacjentów PODD, który wynosił 79,2%. Równocześnie analiza zależności potwierdziła, że wraz z wiekiem stopień upośledzenia funkcji poznawczych wzrasta istotnie ($p = 000$), z tym że osoby w przedziale do 75 lat różnią się istotnie od pacjentów powyżej 80. roku życia. Wyniki te potwierdzają doniesienia innych autorów, którzy podkreślają związek między wiekiem a nasileniem się objawów otępienia [11]. Z tego względu, że w Polsce nie wdrożono przesiewowych badań populacji osób starszych w kierunku wykrywania zaburzeń procesów poznawczych, powszechne jest zjawisko niedodiagnozowania tego schorzenia, przede wszystkim chorych z niewielkim nasileniem zaburzeń. Natomiast wczesne wykrycie problemu zaburzenia funkcji poznawczych umożliwia podjęcie terapii pozwalających na utrzymanie sprawności przez dłuższy czas.

Otępienie jako jeden z podstawowych problemów zdrowotnych pacjentów opieki długoterminowej wyznacza szerokie zadania opiekuńczo-pielęgniacyjne

zarówno dla rodziny, jak i zaangażowanego personelu medycznego, co także zostało potwierdzone w badaniach własnych. Jednym z istotnych problemów codziennej praktyki pielęgniarek opieki długoterminowej jest brak standardów dotyczących organizacji leczenia i opieki nad pacjentami w stadium zaawansowanego otępienia. Następstwem tego jest niejednokrotnie ignorowanie dolegliwości somatycznych pacjentów z demencją, takich jak ból, zaburzenia pokarmowe, dolegliwości ze strony układu krążenia czy też zaburzenia snu [10, 17].

Najwyższe wskaźniki zaburzeń procesów poznawczych obserwuje się wśród mieszkańców domów pomocy społecznej oraz pacjentów stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej. Teza ta została potwierdzona w licznych badaniach krajowych i zagranicznych. Według Kowalskiej, która przebadła 254 pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (ZOL) we Wrocławiu, zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 71 badanych (MMSE < 24) [18]. Bardzo interesujące jest przywołanie wyników badań uzyskanych przez Mojsę w ośrodku białostockim z uwagi na wykorzystywanie do badań tego samego narzędzia, tj. Kwestionariusza InterRAI. W badaniach prowadzonych w grupie mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (DPS) oraz pacjentów ZOL i pielęgniarskiej opieki domowej w latach 2009–2010 wykazano, że zaburzenia funkcji poznawczych i stopień ich nasilenia był wyższy u pacjentów objętych opieką domową w porównaniu z pacjentami przebywającymi w instytucjach pomocy społecznej. Natomiast występowanie objawów depresji było zdecydowanie częstsze u pensjonariuszy DPS (38%) niż w ZOL (20%) i w długoterminowej opiece domowej (24%). Może być to związane z faktem, iż mieszkańcy DPS są przyjmowani na pobyt stały, czyli nie mają perspektywy powrotu do domu [2].

Uzyskane rezultaty dotyczące funkcjonowania wybranych obszarów zdrowia psychicznego badanych wskazują na konieczność wykonywania testów przesiewowych w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych i objawów depresyjnych w zakładach opieki długoterminowej i domach pomocy społecznej. Wdrożenie takiej procedury umożliwiłoby wczesne rozpoznawanie zaburzeń zdrowia psychicznego oraz stanowiłoby podstawę do opracowania dedykowanego dla pacjenta planu opieki.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

Występowanie w badanej populacji wysokiego wskaźnika zaburzeń funkcji poznawczych (79%) i zaburzeń depresyjnych (62,6%) tworzy zapotrzebowanie na nowe standardy udzielania świadczeń

dla pacjentów OPD oraz odpowiednie przygotowanie kadry medycznej i opiekunów.

Potrzeba wypracowania przez środowisko lekarzy i pielęgniarek nowego podejścia do problemu leczenia pacjentów przewlekle chorych oraz pacjentów w podeszłym wieku jako podstawy do dalszych działań systemowych w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej.

Wdrożenie do praktyki okresowych badań mających na celu ocenę stanu psychicznego pacjentów OPD, a także zapewnienia działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych w obszarze zdrowia psychicznego.

Potrzeba zmiany standardów kwalifikacji pacjentów do PODD w systemie NFZ, polegająca na wdrożeniu procedur zgodnych ze standardem całościowej oceny geriatrycznej oraz oceny wydolności opiekuńczej rodziny.

Piśmiennictwo

1. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.). Polsenior Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Wyd. Termedia, Pozna. ; 2012: 449–466.
2. Mojsa W, Marcinowicz L, Chlabicz S. Opieka nad pacjentem w domu w polskim systemie opieki zdrowotnej: Lekarz rodzinny. 2009; 14: 10.
3. Więckowska B, Gębska-Kuczerowska A. Procesy demograficzne a polityka społeczna. Z: Bzdęga J., (red.) Epidemiologia w zdrowiu publicznym. Wyd. PZWL, Warszawa.; 2010: 269–277.
4. Sobów T. Praktyczna psychogeriatra. Rozpoznawanie postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym. Wyd. Continuo, Wrocław 2010; 158–181. : 104–157.
5. Bujanowska-Fedak MM, Grata-Borkowska U, Sapilak BJ. Otępienie i depresja u pacjentów w podeszłym wieku w Praktyce Lekarza Rodzinnego. Family Medicine & Primary Care Review, 2012; 14. ; 3: 349–353.
6. Biła CJ, Wietlisbach V. Use of the Cognitive Performance Scale (CPS) to detect cognitive impairment in the acute care setting: concurrent and predictive validity. Brain Res Bull. 2009; 80(4-5): 173–178, doi: [10.1016/j.brainresbull.2009.05.023](https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2009.05.023), indexed in Pubmed: [19559765](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19559765/).
7. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, et al. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Ageing. 2000; 29(2): 165–172, indexed in Pubmed: [10791452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10791452/).
8. Maciejuk A, Kędziński Z. Selected issues in the functioning of elderly persons. W: Saracen A. (red.). Holistic care of the elderly. Radomska Szkoła Wyższa, Radom. ; 2009: 109–119.
9. Robin R, et al. Diagnostyka i leczenie depresji, W: Rosenthal T., Naughton B, Williams M; (red.). Geriatria, Wyd. Czelej, Lublin. ; 2009: 255–277.
10. Kostka T, Koziarska-Rościszewska M. Choroby wieku podeszłego. Wyd. PZWL, Warszawa 2009.;17-38. : 137–158.
11. Mazurek J, Rymaszewska J. Ocena potrzeb pacjentów w podeszłym wieku na podstawie Camberwell Assessment of Need for the Elderly – przegląd piśmiennictwa. Gerontologia Polska. 2012; 20(1): 1–7.
12. Dobrzyń D, Marcisz C. Depresja i zaburzenia funkcji poznawczych u starszych osób objętych opieką społeczną na

- Śląsku. W: Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszyk C., Lewko J. (red.) *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I*, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok. ; 2007: 460–468.
13. Jarema M, Dudek D, Czernikiewicz A. Cognitive dysfunctions in depression – underestimated symptom or new dimension? *Psychiatria Polska*. 2014; 48: 1105–1116, doi: [10.12740/pp/31215](https://doi.org/10.12740/pp/31215).
 14. Szczerbińska K, Hirdes JP, Zyczkowska J. Good news and bad news: depressive symptoms decline and undertreatment increases with age in home care and institutional settings. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012; 20(12): 1045–1056, doi: [10.1097/JGP.0b013e3182331702](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182331702), indexed in Pubmed: [21952123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21952123/).
 15. Bień B, Doroszkiewicz H, Wojszel B. Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. *Gerontologia Polska*, 2008, 16. ; 2: 101–110.
 16. Rosenthal T. Przewlekłe zaburzenia pamięci. W: Rosenthal T., Naughton B, Williams M; (red.): *Geriatrya*, Wyd. Czelej, Lublin. ; 2009: 291–311.
 17. Wojszel Z, Bień B, Przydatek M. Wielkie problemy geriatryczne: III. Zespoły otępienne. *Medycyna Rodzinna*, 2011, 3-4. : 162–168.
 18. Kowalska J, Rymaszewska J, Szczepańska-Gieracha J. Occurrence of cognitive impairment and depressive symptoms among the elderly in a nursing home facility. *Adv Clin Exp Med*. 2013; 22(1): 111–117, indexed in Pubmed: [23468269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23468269/).