

Marlena Padykuła, Maria Kózka

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum, Kraków

Zaburzenia funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych na oddziale zachowawczym

Cognitive impairment in geriatric patients hospitalized in the conservative ward

STRESZCZENIE

Wstęp. Funkcje poznawcze są odpowiedzialne za odbieranie informacji ze świata zewnętrznego, przetwarzanie ich i posługiwanie się nimi.

Cel. Celem pracy była ocena zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych na oddziale zachowawczym.

Materiał i metody. Badaniem objęto łącznie 118 pacjentów leczonych na oddziale zachowawczym. W badaniu wykorzystano: Test Upośledzenia Funkcji Poznawczych, Skalę Aktywności Dnia Codziennego, Skalę Czynności Złożonych, Skalę Wsparcia Społecznego dla osób starszych, Geriatryczną Skalę Oceny Depresji oraz Kwestionariusz NHP oraz kwestionariusz autorski. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując pakiet statystyczny PQStat ver. 1.6.

Wyniki. Zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 69% badanych oraz wykazano istotnie statystycznie związek pomiędzy występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych w badanej grupie a wiekiem ($p = 0,0002$) i trybem przyjęcia do szpitala ($p = 0,0378$). Płeć ($p = 0,3421$), poziom wykształcenia ($p = 0,1783$) i stan cywilny ($p = 0,606$) nie miały wpływu na częstość występowania zaburzeń poznawczych. Niższa sprawność funkcjonalna i depresja wiązały się z częstszym występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych. Badania wykazały również zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a wsparciem społecznym ($p = 0,0261$), stanem zdrowia w wymiarze energii życiowej ($p = 0,0501$) i ograniczeniami ruchowymi ($p = 0,0027$), utrudnieniami w sferze pracy zarobkowej ($p = 0,0010$), prac domowych ($p = 0,0047$), życia towarzyskiego ($p = 0,0002$), życia seksualnego ($p = 0,0001$), zainteresowań i hobby ($p = 0,04415$) oraz czasu wolnego ($p = 0,0095$).

Wnioski. U każdego hospitalizowanego pacjenta w wieku geriatrycznym powinno się przeprowadzać kompleksową ocenę geriatryczną, ze względu na stwierdzone zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a sprawnością funkcjonalną, depresją, wsparciem społecznym oraz jakością życia w poszczególnych obszarach życia.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (3): 300–305

Słowa kluczowe: zaburzenia funkcji poznawczych; pacjent geriatryczny; leczenie zachowawcze

ABSTRACT

Introduction. Cognitive functions are responsible for receiving, processing and using information from the outside world.

Aim. The aim of the study is to evaluate cognitive impairment in geriatric patients hospitalised in conservative ward.

Material and methods. The study includes a total of 118 patients treated in the conservative ward. The study used: Test of Cognitive Impairment, Scale of Everyday Activities, Scale of Complex Operations, Social Support Scale for the Elderly, Geriatric Depression Rating Scale, NHP questionnaire and self-designed questionnaire. The data were statistically analyzed using the statistical package PQStat ver. 1.6.

Adres do korespondencji: mgr Marlena Padykuła, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31-005 Kraków, tel. kom.: 669 422 252, e-mail: padykula.marlena@gmail.com,

DOI: 10.5603/PP.2015.0050

Results. Cognitive impairment has been found in 69% of the respondents. A statistically significant association between cognitive impairment and age of the respondents ($p = 0,0002$) and their mode of admission to the hospital ($p = 0,0378$) has been remarked upon. However, no significant correlation between cognitive impairment and gender ($p = 0,3421$), level of education ($p = 0,1783$) and marital status ($p = 0,606$) has been found. The lower functional efficiency and depression were associated with a higher incidence of cognitive impairment. Analysis of the results has shown a relationship between the occurrence of cognitive impairment and social support ($p = 0,0261$) and health condition of life energy ($p = 0,0501$), mobility limitations ($p = 0,0027$), difficulties in professional work ($p = 0,0010$), housework ($p = 0,0047$), social life ($p = 0,0002$), sex life ($p = 0,0001$), interests and hobbies ($p = 0,04415$) and free time ($p = 0,0095$).

Conclusions. Every geriatric patient should undergo a comprehensive geriatric assessment, due to the observed relationship between the occurrence of cognitive impairment and functional efficiency, depression, social support and quality of life in different areas of life.

Nursing Topics 2015; 23 (3): 300–305

Key words: cognitive impairment; geriatric patients; conservative treatment

Wstęp

Funkcje poznawcze są odpowiedzialne przede wszystkim za odbieranie informacji ze świata zewnętrznego, przetwarzanie ich i posługiwanie się nimi. Sprawność funkcji poznawczych wyznacza możliwości realizowania celów życiowych i codziennego funkcjonowania [1, 2].

Zaburzenia funkcji poznawczych mają wiele przyczyn, a ich rozpoznanie ma istotne znaczenie kliniczne, warunkuje bowiem rokowanie i postępowanie terapeutyczne [3].

Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych występują u 2–30% populacji [4, 5]. Na początku XXI wieku zaburzenia otępienne były rozpoznane u około 20 milionów osób na świecie. Szacuje się, że ta liczba będzie się zwiększać, przekraczając 340 milionów w 2030 roku [6, 7].

Cel

Celem pracy była ocena zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w wieku geriatrycznym hospitalizowanych na oddziale zachowawczym oraz wykazanie zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a wybranymi zmiennymi.

Material i metody

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i analizy dokumentów. Do zebrania danych wykorzystano: Test Upośledzenia Funkcji Poznawczych (MMSE), Test Rysowania Zegara, Skalę Aktywności Dnia Codziennego (ADL), Skalę Czynności Złożonych (IADL), Skalę Wsparcia Społecznego dla osób starszych, Geriatryczną Skalę Oceny Depresji według Yesavage'a, Kwestionariusz NHP oraz kwestionariusz własnej konstrukcji. Analizę dokumentów stanowiły historie chorób badanych, w celu uzyskania informacji o trybie przyjęcia do szpitala.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.6. Istotność przy-

jęto na poziomie $p < 0,05$. Związek między zaburzeniami poznawczymi a danymi socjodemograficznymi analizowano za pomocą testu U Manna-Whitneya (w przypadku płci i trybu przyjęcia) oraz testem Kruskala-Wallisa (w przypadku wykształcenia i stanu cywilnego). Związek między zaburzeniami poznawczymi a wiekiem analizowano, szacując współczynniki korelacji rangowej Spearmana oraz tau-Kendalla. Związek między zaburzeniami poznawczymi a innymi analizowanymi skalami analizowano, szacując współczynniki korelacji rangowej Spearmana oraz tau-Kendalla.

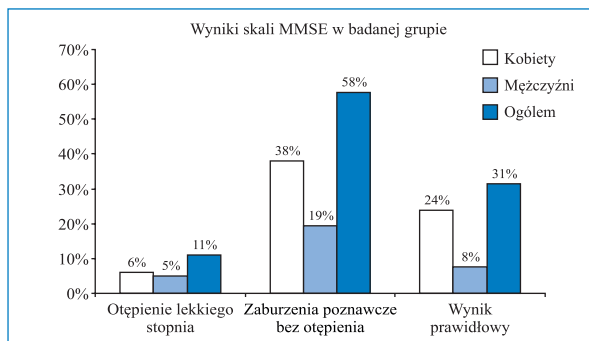
Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Nr KBET/224/B/2014 z dnia 25 września 2014 roku. Badaniem objęto łącznie 118 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Do badań włączono osoby, które ukończyły 65. rok życia, wyraziły zgodę na udział w badaniach i były zdolne do wypełnienia narzędzi badawczych.

W badaniu wzięło udział 80 kobiet (68%) i 38 mężczyzn (32%). Wiek badanych wahał się od 65 do 96 lat. Średnia wieku wyniosła $76,05 \pm 7,73$ lat (mediana: 75). W badanej grupie dominowały (44%) osoby z wykształceniem średnim. Ponad połowa badanych (56%) pozostawała w związku małżeńskim. W trybie nagłym zostało przyjętych do szpitala 71% badanych.

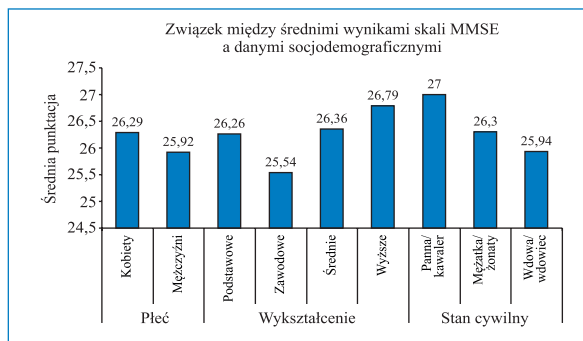
Wyniki

Średni wynik w skali MMSE uzyskany przez badanych wynosił $26,17 \pm 2,23$ punktów (mediana: 26,0; zakres: 20–30 pkt.) i oznacza, że ponad połowa (58%) ma łagodne zaburzenia poznawcze bez otępienia, a 11% otępienie lekkiego stopnia. Kobiety uzyskały wyższe wyniki w każdej z kategorii testu MMSE (ryc. 1).

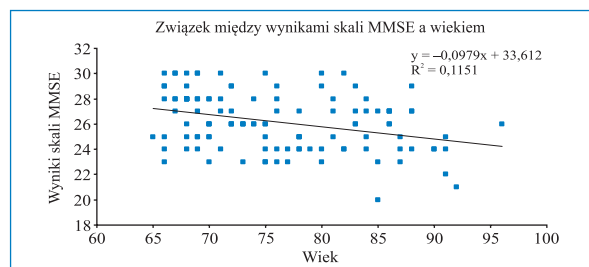
U wszystkich badanych osób powyżej 90. roku życia występowały zaburzenia poznawcze, w 83% w grupie wiekowej 75–90 lat i u 51% w grupie wiekowej 65–74 lat.



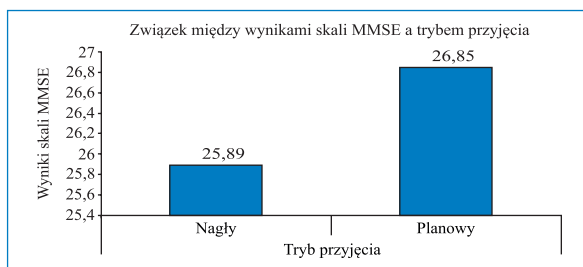
Rycina 1. Kategorie wyniku skali MMSE w badanej grupie
Figure 1. Categories results of the MMSE scale in the study group



Rycina 3. Związek między średnimi wynikami skali MMSE a danymi socjodemograficznymi badanych
Figure 3. The relationship between the average results of the MMSE scale and socio-demographic data of respondents



Rycina 2. Związek pomiędzy zaburzeniami funkcji poznawczych ocenianymi w skali MMSE a wiekiem badanych
Figure 2. The relationship between impaired cognitive function as assessed in MMSE and age of respondents



Rycina 4. Zaburzenia funkcji poznawczych w badanej grupie w zależności od trybu przyjęcia do szpitala
Figure 4. Cognitive impairment in the group depending on the mode of admission

Badania wykazały, że wiek jest czynnikiem wysoce ujemnie związanym z występowaniem zaburzeń poznawczych. Wraz z wiekiem częstość występowania zaburzeń poznawczych wzrasta, a zmniejszają się wyniki w skali MMSE ($p = 0,0002$) (ryc. 2).

Zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 65% badanych kobiet i 76% mężczyzn. Analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy płcią a występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych ($p = 0,3421$).

Zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 79% badanych z wykształceniem podstawowym, 82% z wykształceniem zawodowym, 60% z wykształceniem średnim i 57% z wyższym. Nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy występowaniem zaburzeń poznawczych a wykształceniem badanych ($p = 0,1783$).

Biorąc pod uwagę stan cywilny, zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 33% badanych stanu wolnego, 65% będących w związkach małżeńskich i 76% będących wdową/wdowcem. Analiza statystyczna nie wykazała związku pomiędzy stanem cywilnym

badanych a występowania zaburzeń poznawczych ($p = 0,6063$).

Związek pomiędzy płcią, wykształceniem i stanem cywilnym badanych a średnimi wynikami w skali MMSE przedstawiono na rycinie 3.

Porównując wyniki MMSE, w zależności od trybu przyjęcia badanych do szpitala wykazano, że wyższe wyniki uzyskała grupa przyjęta w trybie planowym (ryc. 4). Analiza statystyczna wykazała zależność występowania zaburzeń poznawczych od trybu przyjęcia badanych do szpitala ($p = 0,0378$).

Zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u wszystkich badanych w pełni niesamodzielnych i u 63% częściowo niesamodzielnych. Wśród respondentów w pełni niesamodzielnych w złożonych czynnościach życiowych zaburzenia poznawcze miało 97% osób, w grupie osób wymagających częściowej pomocy — 82% osób. Stwierdzono istnienie dodatniej korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez badanych w skali ADL, IADL i skali MMSE, świadczące o tym, że osoby cechujące się lepszą sprawnością

w podstawowych i złożonych czynnościach codziennych charakteryzowała lepsza sprawność w zakresie funkcji poznawczych i rzadsze występowanie zaburzeń ($p = 0,0014$, $p < 0,0001$).

W grupie osób bez depresji z zaburzeniami funkcji poznawczych znalazło się 62% badanych, z depresją lekką 75% badanych, natomiast z depresją głęboką — 94% badanych. Istotnie częściej osoby z wynikiem skali GDS wskazującym na występowanie depresji cechowały zaburzenia funkcji kognitywnych. Wykazano istotną statystycznie korelację pomiędzy wynikami w skali GDS oraz wynikami skali MMSE ($p = 0,0070$).

W grupie osób deklarujących duże wsparcie społeczne w życiu codziennym zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 47% badanych, natomiast z niewielkim wsparciem u 100% badanych. W grupie osób deklarujących duże wsparcie społeczne w sytuacjach trudnych zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 60% badanych, natomiast z niewielkim wsparciem u 100% badanych. W grupie osób deklarujących duże wsparcie społeczne w wymiarze dawania wsparcia zaburzenia funkcji poznawczych stwierdzono u 58% badanych, natomiast z niewielkim wsparciem u 88% badanych. Stwierdzono istnienie dodatniej korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez badanych w skali SSL 12-I w wymiarze wsparcia w codziennym życiu oraz dawanym wsparciem i skali MMSE ($p = 0,0261$, $p = 0,0123$). Nie stwierdzono istnienia korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez badanych w skali SSL 12-I w wymiarze wsparcia w sytuacjach trudnych i skali MMSE ($p = 0,2010$).

W grupie osób deklarujących bardzo dobrą jakość życia w wymiarze energii życiowej z zaburzeniami funkcji poznawczych znalazło się 57% badanych, natomiast ze złą jakością życia 84% badanych. Badania wykazały, że ponad połowa badanych (53%), którzy ocenili swój stan zdrowia na bardzo dobry miała zaburzenia funkcji poznawczych, 70% — którzy ocenili swój stan zdrowia jako na dobry i 94% — którzy ocenili stan zdrowia jako zły. Wykazano istnienie ujemnej korelacji pomiędzy wynikami skali MMSE a wynikami w kwestionariuszu NHP w wymiarze energii życiowej ($p = 0,0501$), ograniczeń ruchowych ($p = 0,0027$). Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy wynikami skali MMSE a wynikami w kwestionariuszu NHP w wymiarze stanu emocjonalnego ($p = 0,4098$), dolegliwości bólowych ($p = 0,5974$), zaburzeń snu ($p = 0,5370$), kontaktów społecznych ($p = 0,2866$).

W grupie osób deklarujących istnienie utrudnień w sferze pracy zarobkowej zaburzenia funkcji kognitywnych rozpoznano u 66% badanych, natomiast wśród osób, które tych utrudnień nie deklarowały zaburzenia funkcji kognitywnych rozpoznano u 78% badanych. W grupie osób deklarujących istnienie utrudnień w sferze prac domowych zaburzenia

funkcji kognitywnych rozpoznano u 76% badanych, natomiast u osób, które tych utrudnień nie deklarowały, zaburzenia funkcji kognitywnych rozpoznano u 57% badanych. Wśród badanych, u których istnieją utrudnienia w sferze życia towarzyskiego oraz zaburzenia funkcji poznawczych znalazło się 88% osób, natomiast wśród badanych, u których utrudnienia nie występowały, zaburzenia poznawcze rozpoznano u 56% osób. W grupie osób deklarujących istnienie utrudnień w sferze życia seksualnego zaburzenia funkcji kognitywnych występują u 83% badanych, natomiast wśród osób, które tych utrudnień nie deklarowały, zaburzenia funkcji kognitywnych występują u 62% badanych. W grupie osób deklarujących istnienie utrudnień w sferze zainteresowań i hobby zaburzenia funkcji kognitywnych rozpoznano u 82% badanych, natomiast u osób, które tych utrudnień nie deklarowały, zaburzenia funkcji kognitywnych rozpoznano u 58% badanych. Wśród badanych, u których istnieją utrudnienia w sferze czasu wolnego oraz zaburzenia funkcji poznawczych znalazło się 78% osób, natomiast wśród badanych, u których utrudnienia nie występowały, zaburzenia poznawcze rozpoznano u 61% osób. Stwierdzono istnienie silnie ujemnej korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez badanych w kwestionariuszu NHP w sferze pracy zarobkowej i skali MMSE ($p = 0,0010$), prac domowych ($p = 0,0047$), życia towarzyskiego ($p = 0,0002$), życia seksualnego ($p < 0,0001$), zainteresowań i hobby ($p = 0,04415$), czasu wolnego ($p = 0,0095$). Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez badanych w skali MMSE i kwestionariuszu NHP w sferze życia rodzinnego ($p = 0,6691$).

Zależności pomiędzy wynikami skali MMSE a innymi analizowanymi skalami przedstawiono w tabeli 1.

Dyskusja

W okresie starości pojawiają się liczne problemy zdrowotne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, psychologiczne i społeczne. Często wynikają one z zaburzeń procesów poznawczych [4].

Według Kiejna i wsp. częstość występowania zespołów otępiennych u osób po 65. roku życia wynosi 3–10%, zaś w grupie osób po 80. roku życia 30–40% [6]. W badaniach własnych wykazano występowanie zaburzeń poznawczych u 69% badanych, w tym u 58% o charakterze łagodnym i u 11% o typie otępienia lekkiego stopnia. Podobne wyniki uzyskali Treder i wsp., prowadząc badania w grupie 79 osób zdrowych z zastosowaniem skali MMSE. Autorzy stwierdzili występowanie zaburzeń poznawczych o łagodnym lub umiarkowanym charakterze u 73% badanych [8].

Tabela 1. Zależności pomiędzy wynikami skali MMSE a innymi skalami w badanej grupie**Table 1.** Relationship between the results of the MMSE scale and other scales in the study group

Skala	Spearmana		Kendalla	
	R	p	tau	p
ADL — Sprawność funkcjonalna	0,2904	0,0014	0,2418	0,0001
IADL — Sprawność funkcjonalna	0,4785	< 0,0001	0,3772	< 0,0001
GDS — Depresja	-0,2472	0,0070	-0,1879	0,0026
SSL 12-I — Wsparcie społeczne w codziennym życiu	0,2048	0,0261	0,1521	0,0146
SSL 12-I — Wsparcie społeczne w sytuacjach trudnych	0,1186	0,2010	0,0917	0,1407
SSL 12—I — Dawanie wsparcia	0,2298	0,0123	0,1774	0,0044
NHP — Stan zdrowia — energia	-0,1808	0,0501	-0,1487	0,0169
NHP — Stan zdrowia — ból	-0,0491	0,5974	-0,0435	0,4852
NHP — Stan zdrowia — reakcje emocjonalne	-0,0766	0,4098	-0,0664	0,2863
NHP — Stan zdrowia — zaburzenia snu	-0,0574	0,5370	-0,0429	0,4910
NHP — Stan zdrowia — wyobcowanie społeczne	-0,0989	0,2866	-0,0803	0,1973
NHP — Stan zdrowia ograniczenia ruchowe	-0,2742	0,0027	-0,2091	0,0008
NHP — Utrudnienia — praca zarobkowa	-0,2372	0,0097	-0,2056	0,0010
NHP — Utrudnienia — prace domowe	-0,2032	0,0273	-0,1761	0,0047
NHP — Utrudnienia — życie towarzyskie	-0,2680	0,0033	-0,2322	0,0002
NHP — Utrudnienia — życie rodzinne	0,0307	0,7412	0,0266	0,6691
NHP — Utrudnienia — życie seksualne	-0,3072	0,0007	-0,2662	< 0,0001
NHP — Utrudnienia — zainteresowania i hobby	-0,1446	0,1181	-0,1253	0,04415
NHP — Utrudnienia — czas wolny	-0,1865	0,0432	-0,1616	0,0095

W badaniach własnych analiza statystyczna nie wykazała związku pomiędzy zaburzeniami funkcji poznawczych a płcią, stopniem wykształcenia oraz stanem cywilnym. Odmiennie wyniki uzyskali Bidzana i wsp. w badaniu, którym objęli 1000 osób zamieszkujących tereny wiejskie. Ich badania wykazały większą częstość występowania zaburzeń otępiennych wśród kobiet i osób z niższym wykształceniem [9]. Brak zależności między zmiennymi socjodemograficznymi a występowaniem zaburzeń poznawczych w badaniach własnych może wynikać z małej grupy objętej badaniem. W innym badaniu przeprowadzonym przez Derkacz w grupie 117 osób (63 chorych z rozpoznaniem cukrzycy oraz 54 zdrowych osób) wykazano, że w grupie osób po 50. roku życia wyniki testu sprawności funkcji poznawczych były niższe niż w grupie osób poniżej 50. roku życia [10].

W badaniach własnych zaobserwowano silny związek pomiędzy wiekiem a występowaniem zaburzeń poznawczych. Częstość występowania zaburzeń poznawczych wzrastała wraz z wiekiem, a zmniejszały się wyniki w skali MMSE. Wykazano również istnienie zależności pomiędzy trybem hospitalizacji badanych

a występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych. U badanych przyjętych w trybie nagłym wyniki skali MMSE były niższe niż u osób przyjętych w trybie planowym, co wiąże się z częstszym występowaniem łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych. W literaturze nie znaleziono badań wskazujących na istnienie takiego związku.

Analizując uzyskane wyniki badań, stwierdzono również zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń poznawczych a sprawnością funkcjonalną zarówno w zakresie podstawowych, jak i złożonych czynności codziennych. W grupie badanych osiągających niższe wyniki w skalach sprawności funkcjonalnej częściej występują zaburzenia funkcji poznawczych. Podobną zależność wykazała Życzkowska [11] i Woźniak i wsp. [12].

W ramach przeprowadzonych badań, dokonano analizy związku między zaburzeniami depresyjnymi a zaburzeniami funkcji poznawczych, uzyskując silną zależność. Wykazano, że istotnie częściej u osób z wynikiem skali GDS wskazującym na występowanie depresji (lekkiej i głębokiej) występowały zaburzenia funkcji kognitywnych. Podobną zależność prezentują

inni autorzy, którzy przeprowadzili badania wśród 81 pacjentów w wieku geriatrycznym [13]. Wykazali oni, że wraz z nasileniem depresji wzrastał stopień upośledzenia funkcji poznawczych. Według Bidzan depresja i upośledzenie sprawności poznawczej to najczęściej współwystępujące zaburzenia w podeszłym wieku [3].

Analiza wyników badań własnych wykazała istnienie zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a wsparciem społecznym w wymiarze wsparcia w codziennym życiu oraz dawanym wsparciem. Nie wykazano natomiast zależności pomiędzy występowaniem zaburzeń kognitywnych a wsparciem w wymiarze sytuacji trudnych. Wydaje się, że przejście na emeryturę pozwala za rozbudowanie i umocnienie więzi rodzinnych i społecznych. W tym okresie cenniejsze zdaje się być wsparcie otrzymywane w codziennych sytuacjach, niż w sytuacjach trudnych. Jest to odmienne niż w młodszych grupach wiekowych, kiedy to człowiek jest bardziej samodzielny i w sytuacjach kryzysowych oczekuje dużego wsparcia. Natomiast poczucie danego wsparcia innym u osób starszych poprawia ich samoocenę oraz wzmacnia poczucie tożsamości z daną grupą [14].

W ramach przeprowadzonych badań wykonano analizę zależności między występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a stanem zdrowia badanych ocenianym według kwestionariusza NHP. Stwierdzono zależność między występowaniem u badanych zaburzeń funkcji poznawczych a ich stanem zdrowia w wymiarze energii życiowej i ograniczeń ruchowych, a także utrudnieniami w sferze pracy zarobkowej, prac domowych, życia towarzyskiego, życia seksualnego, zainteresowań i hobby oraz czasu wolnego. Osoby deklarujące złą jakość życia w poszczególnych wymiarach stanu zdrowia oraz duże utrudnienia w różnych sferach charakteryzowała gorsza sprawność poznawcza i częstsze występowanie zaburzeń funkcji poznawczych. Istniejące utrudnienia w życiu codziennym oraz niższa jakość życia wynikają ze zmniejszonej sprawności funkcjonalnej, co wiąże się z niższymi wynikami skali MMSE. Związek ten potwierdzają inne badania [11, 12]. Nie wykazano zależności między występowaniem zaburzeń funkcji poznawczych a stanem zdrowia badanych w wymiarze dolegliwości bólowych, stanu emocjonalnego, zaburzeń snu i kontaktów społecznych, a także utrudnień w sferze życia rodzinnego. Uzyskane wyniki mogą potwierdzać fakt, że zaburzenia funkcji poznawczych ograniczają wgląd badanych w ich obecną sytuację i powodować rozbieżności pomiędzy subiektywną oceną ich jakości życia a obiektywną oceną ich funkcjonowania [12].

Wnioski

1. Średnio co druga badana osoba miała stwierdzone zaburzenia funkcji poznawczych.

2. Na częstość występowania zaburzeń poznawczych miało wpływ wiele czynników, w tym: wiek, sprawność funkcjonalna zarówno w zakresie podstawowych, jak i złożonych czynności codziennych, występowanie depresji w stopniu lekkim i głębokim, nagły tryb przyjęcia do szpitala, wsparcie społeczne i stan zdrowia w wymiarze energii życiowej i ograniczeń ruchowych, a także utrudnienia w sferze pracy zarobkowej, prac domowych, życia towarzyskiego, życia seksualnego, zainteresowań i hobby oraz czasu wolnego.
3. Dla zapewnienia lepszej jakości opieki u każdego hospitalizowanego w wieku geriatrycznym powinno się przeprowadzać kompleksową ocenę geriatryczną.

Piśmiennictwo

1. Bednarski P., Patejuk-Mazurek I., Polikowska M., Łoza B. Funkcje poznawcze: czym są i jak je mierzyć? *Neuropsych. Przeg. Klin.* 2011; 3: 115–124.
2. Jatzak-Stańczyk A., Nowakowska K., Kocur J. Współwystępowanie zaburzeń poznawczych i depresyjnych u osób z organicznym uszkodzeniem mózgu. *Geriatrics* 2013; 7: 86–90.
3. Bidzan L. Różnicowanie przyczyn zaburzeń funkcji poznawczych w wieku podeszłym. *Geriatrics* 2010; 4: 279–283.
4. Kolan M. Zaburzenia funkcji poznawczych a choroby niedokrwienne mózgu. *Ann. Acad. Med. Stetin.*; Sympozja I: Neurokognitywistyka w Patologii i Zdrowiu 2009–2011: 94–105.
5. Gabryelewicz T. Patogeneza i przebieg zaburzeń poznawczych w podeszłym wieku; łagodne zaburzenia poznawcze i ryzyko konwersji do otępienia (rozprawa habilitacyjna). *Pol. Akad. Nauk, Warszawa* 2007.
6. Kiejna A., Pacan P., Trypka E., Sobów T., Parnowski T., Kłoszewska I. i wsp. Standardy leczenia otępień. *Psychogeriatr. Pol.* 2008; 5 (2): 59–94.
7. Wilmańska J., Gułaj E. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych — próba porównania poszczególnych metod przesiewowych. *Geront. Pol.* 2008; 16 (2): 111–118.
8. Treder N., Jodzio K. Heterogeniczność funkcjonowania poznawczego i jego zaburzeń u osób starszych. *Psychiatria i Psychoter.* 2013; 9 (1): 3–13.
9. Bidzan L., Turczyński J., Szabert K. Rozpowszechnienie zaburzeń otępiennych w populacji wiejskiej. *Psychiatr. Pol.* 2007; 2: 181–188.
10. Derkacz M., Sawicka A., Marczewski K. Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych u chorych na cukrzycę — obserwacje ośrodka terenowego. *Diabetol. Dośw. i Klin.* 2005; 5 (4): 273–278.
11. Życzkowska J. Częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia u osób, które ukończyły setny rok życia (rozprawa doktorska). *Kraków* 2004.
12. Woźniak J., Królicka A., Pokryszko-Dragan A., Włodarczyk A., Dudek K., Włodarczyk K. Ocena sprawności ogólnej, funkcjonowania codziennego oraz jakości życia u chorych w podeszłym wieku z podejrzeniem zespołu otępiennego. *Psychogeriatr. Pol.* 2012; 9 (4): 149–160.
13. Puto G., Ocetkiewicz T., Zawisza K. Wpływ depresji i funkcji poznawczych na subiektywną ocenę jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwinną serca po 80. roku życia. *Geront. Pol.* 2007; 15 (3): 90–96.
14. Głębocka A., Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Geront. Pol.* 2005; 13 (4): 255–259.