

# Ocena potrzeb pacjentów – zastosowanie Zintegrowanej Skali Wyników Opieki Paliatywnej (IPOS) w geriatrici

## Assessment of patients' needs – the use of the Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) in geriatrics

Monika Grochowicka<sup>1,2</sup>, Małgorzata Reysner<sup>1,2</sup>, Wojciech Leppert<sup>2,3</sup>,  
Sylwia Kropińska<sup>4</sup>, Tomasz Reysner<sup>1,2</sup>, Grzegorz Kowalski<sup>1,2,5</sup>,  
Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>2</sup> Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

<sup>3</sup> Katedra Medycyny Paliatywnej, Instytut Nauk Medycznych, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

<sup>4</sup> Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

<sup>5</sup> Oddział Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu

### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Skala IPOS (Integrated Palliative care Outcomes Scale) służy do oceny najważniejszych dla pacjenta objawów i monitorowania wyników leczenia w opiece paliatywnej. Jest to proste w użyciu narzędzie. **Cel.** Celem naszych badań było zastosowanie IPOS u pacjentów starszych z ograniczeniami samodzielności (wynik w skali Barthel: 40 do 65 punktów), którzy zostali zakwalifikowani do usprawniania. **Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 94 seniorów (wiek 60 i więcej lat), którzy wypełnili IPOS. Skalę wypełniał również opiekun pracujący w placówce. Skala daje możliwość samodzielnego wymienienia najbardziej dokuczliwych objawów/problemów, ale też ustosunkowania się do uciążliwości konkretnych wymienionych objawów/problemów. **Wyniki.** Badanie objęło 94 osoby (wiek: 76,8±6,8 lat). Aż 82 seniorów na pytanie o występujące problemy nie zgłosiło samodzielnie żadnego (87%). Spośród wymienionych objawów najczęściej podawano ból i niską sprawność ruchową (n=84, 91,5%). Uciążliwość wielu objawów była wyższa w ocenie opiekunów niż seniorów (duszność – p <0,05, ból – p <0,0001, zaparcia – p <0,01, ból lub suchość w jamie ustnej – p <0,01, senność – p <0,01, niska sprawność ruchowa – p <0,001). Nie zaobserwowano jednak różnic dla objawów ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, słaby apetyt); objawy te były zgłaszane rzadko zarówno przez pacjentów jak i opiekunów. W części psychosocjalnej skali – opiekunowie wyżej oceniali niepokój z powodu choroby (p <0,05) oraz wystarczające przekazywanie choremu informacji (p <0,01). **Wnioski.** Podsumowując, pokazano różnice w ocenie dokuczliwości zgłaszanych problemów przez pacjentów i opiekunów przy pomocy skali IPOS. Skala IPOS, aby mogła być zastosowana w geriatrici wymaga modyfikacji, gdyż częstość zgłaszania nudności i wymiotów jest niska, a z kolei nie zawiera częstych problemów geriatrycznych (np. nietrzymanie moczu). (Gerontol Pol 2024; 32; 159-165) doi: 10.53139/GP.20243217

**Słowa kluczowe:** DDOM, osoby starsze, IPOS, ocena potrzeb

### Abstract

**Introduction.** The IPOS scale (Integrated Palliative Care Outcomes Scale) is used to assess the symptoms which are the most important for a patient, and to monitor the results of treatment in palliative care. It is an easy-to-use tool. **Aim.** The aim of our research was to use IPOS in elderly patients with limitations in independence (Barthel scale score: 40 to 65 points), who were qualified for rehabilitation. **Material and Methods.** The study involved 94 seniors (age 60 and over), who completed IPOS. IPOS was also completed by a caregiver working at the facility. The scale allows you to independently list the most troublesome symptoms/problems, but also to respond to the severity of the specific symptoms/problems mentioned. **Results.** The study included 94 people (age: 76.8±6.8 years). As many as 82 seniors did not report

Adres do korespondencji / Correspondence address: ✉ Monika Grochowicka, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; Os. Rusa 55, 61-245 Poznań ☎ (+48 61) 873 83 27 ✉ monikagrochowicka@gmail.com  
ORCID: Monika Grochowicka 0000-0002-1511-0750, Małgorzata Reysner 0000-0002-9067-0969, Wojciech Leppert 0000-0003-0852-2535, Sylwia Kropińska 0000-0003-0518-5852, Tomasz Reysner 0000-0003-4565-9880, Grzegorz Kowalski 0000-0002-3206-4426, Katarzyna Wieczorowska-Tobis 0000-0003-4017-3013

any problems when asked about existing problems (87%). Of the symptoms mentioned, the most frequently reported were pain and low mobility ( $n=84$ , 91.5%). The burdensomeness of many symptoms was higher as assessed by caregivers than by seniors (shortness of breath –  $p < 0.05$ , pain –  $p < 0.0001$ , constipation –  $p < 0.01$ , pain or dry mouth –  $p < 0.01$ , sleepiness –  $p < 0.01$ , low mobility –  $p < 0.001$ ). However, no differences were observed for gastrointestinal symptoms (nausea, vomiting, poor appetite); these symptoms were reported rarely by both patients and caregivers. In the psychosocial part of the scale, caregivers rated higher anxiety due to the disease ( $p < 0.05$ ) and sufficient information provided to the patient ( $p < 0.01$ ). **Conclusions.** To sum up, differences in the assessment of the bothersomeness of reported problems by patients and caregivers using the IPOS scale were shown. The IPOS scale requires modification to be used in geriatrics because the frequency of reporting nausea and vomiting is low, and it does not include common geriatric problems (e.g. urinary incontinence). (*Gerontol Pol* 2024; 32; 159-165) doi: 10.53139/GP.20243217

**Keywords:** DDOM, elderly people, IPOS, needs assessment.

## Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest nieodwracalną tendencją globalną i staje się ważnym wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej [1]. Wiąże się ono bowiem ze zwiększeniem ryzyka chorób przewlekłych i pogorszeniem jakości życia [2 3], a w związku z tym z koniecznością dostosowywania systemów opieki do potrzeb osób starszych. Z pewnością też konieczna jest edukacja personelu w związku z wymaganiami komunikacji z osobami starszymi, ale też konieczności holistycznego podejścia [4].

W medycynie paliatywnej, która dedykowana jest postępującym nieuleczalnym chorobom zagrażającym życiu [5] zbieranie wywiadu również wymaga specyficznych umiejętności. Ważne są tu nie tylko dokuczliwe objawy wiążące się z cierpieniem, ale też sytuacja psychospołeczna warunkująca poczucie bezpieczeństwa pacjenta. W związku z tym, że wywiad powinien być możliwie krótki i nieobciążający pacjenta dla oceny potrzeb pacjentów o profilu paliatywnym w 2016 roku stworzono skalę IPOS (ang. **I**ntegrated **P**alliative care **O**utcomes **S**cale) [6]. Pozwala ona na skoncentrowanie się na najważniejszych dla pacjenta objawach i problemach, ale też na monitorowaniu wyników leczenia. Co więcej, ponieważ równolegle ocenia się perspektywę pacjenta i personelu/opiekuna, jej wykorzystanie pozwala na zestawienie tych dwóch punktów widzenia. Narzędzie zostało zwalidowane początkowo w angielskiej wersji językowej [7]. Jest proste i łatwe w użyciu, a więc zyskało szybko akceptację na świecie o czym świadczy wiele dostępnych wersji językowych [8]. Zwalidowana została również wersja polskojęzyczna, dla której pokazano dobre właściwości psychometryczne [9].

Dobra akceptacja skali IPOS w opiece paliatywnej skłoniła do podjęcia badań zmierzających do wprowadzenia modyfikacji umożliwiających jej zastosowanie w wybranych grupach pacjentów. Modyfikacje te są związane ze specyfiką objawów w poszczególnych

dziedzinach medycyny, a także specyfiką sprawowanej opieki. Powstało więc narzędzie do oceny potrzeb u pacjentów z zaawansowaną chorobą nerek – IPOS-Renal [10 11]. Chorzy ci w wielu krajach są kwalifikowani do leczenia paliatywnego [12] i wskazuje się na niedocenianie przez klinicystów cierpienia pacjenta wynikającego z występujących objawów. Inna modyfikacja to IPOS-Neuro czyli skala IPOS przeznaczona dla pacjentów z przewlekłymi chorobami neurodegeneracyjnymi, które w stadiach zaawansowanych mieszczą się w kategorii chorób postępujących zagrażających życiu [13]. Na bieżąco publikowane są coraz to nowe zastosowania skali – np. u pacjentów z niewydolnością serca [14]. W bieżącym roku pokazano też nowe zastosowanie skali u pacjentów starszych (w grupie wiekowej co najmniej 75 lat) ze złym rokowaniem zgłaszających się z nagłych wskazań do izby przyjęć [15].

Ponieważ w niektórych dziedzinach medycyny komunikacja z pacjentem jest trudna lub wręcz niemożliwa powstały też narzędzia dedykowane tylko opiekunom. Do takich należy IPOS-COV dla opiekunów pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19, którzy nie są w stanie udzielać wiarygodnych odpowiedzi na zadawane pytania [16] czy też IPOS-DEM dla opiekunów pacjentów z zaawansowanym otępieniem objętych opieką długoterminową [17].

Wspólnym mianownikiem wszystkich pacjentów, u których rekomendowane jest zastosowanie skali IPOS jest występowanie dokuczliwych objawów i problemy z ich opanowywaniem oraz związane z tym cierpienie niekorzystnie wpływające na jakość życia. Ważne jest u nich szerokie spojrzenie na funkcjonowanie również przez pryzmat problemów psychospołecznych.

Według naszej wiedzy dotychczas nikt nie zastosował skali IPOS u pacjentów ze złożoną wieloelementową wielochorobowością z dużym ryzykiem pogorszenia samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym [18]. Mają oni wiele cech wspólnych w tymi chorymi, u których zastosowanie IPOS daje dobre wyniki. Najważniej-

sze z nich to niedodiagnozowanie wielu występujących objawów oraz cierpienie wynikające z niesamodzielności pogarszające jakość życia.

Wobec powyższego celem naszych badań było zastosowanie skali IPOS u pacjentów starszych zakwalifikowanych do usprawniania w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM). Pacjenci ci charakteryzowali się ograniczeniem samodzielności w zakresie czynności dnia codziennego mierzonych wynikiem w skali Barthel od 40 do 65 punktów.

## Material i metody

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (828/22).

W badaniu wzięli udział pacjenci jednego z Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM) w Wielkopolsce. Celem działania DDOM była optymalizacja sprawności funkcjonalnej pacjentów podejmowana w okresie 6 tygodni przez zespół terapeutyczny złożony z lekarza geriatry, pielęgniarki, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego, psychologa, dietetyka i opiekuna medycznego. DDOMy były finansowane ze środków projektowych w ramach działań dedykowanych deinstytucjonalizacji. Do badania włączono jedynie osoby z pełnym logicznym kontaktem.

W celu określenia potrzeb zdrowotnych pacjentów poproszono ich o wypełnienie formularza skali IPOS w ciągu pierwszych 3 dni po przyjęciu do placówki. Wstępnie pacjentów zapoznano z ankietą (kwestionariuszem) oraz z celem podjętego badania. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział. Równocześnie z pacjentami arkusz wypełniał opiekun pracujący w placówce. W badaniu zastosowano kwestionariusz skali IPOS wcześniej zwalidowany w polskiej wersji językowej [10].

## Narzędzie badawcze

Skala IPOS zawiera dziesięć pytań. Pierwsze pytanie ma charakter otwarty, w którym pacjent ma możliwość wymienienia trzech najbardziej dokuczliwych objawów/niepokoju/nurtujących problemy.

W pytaniu drugim wymieniono konkretne 10 problemów somatycznych (ból, duszność, osłabienie, nudności, wymioty, brak apetytu, zaparcia, ból/suchość jamy ustnej, senność oraz niska sprawność ruchowa) i pacjent zaznacza w pięciopunktowej skali dokuczliwość danego objawu – 0 (brak/wcale) do 4 (w ogromnym stopniu). Na końcu pytania drugiego dodatkowo istnieje możliwość dopisania przez pacjenta/opiekuna jeszcze innych,

nie wymienionych objawów a dokuczliwych dla pacjenta.

Pytania od 3 do 9 są pytaniami dotyczącymi sfery psychosocjalnej. Również w tej części skali odpowiedzi są punktowane od 0 do 4.

Ostatnie pytanie dotyczy tylko pacjenta, który wypowiada się w jaki sposób została wypełniona ankieta: samodzielnie przez pacjenta czy przy pomocy: personelu, przyjaciela/rodziny.

## Analiza statystyczna

W badaniu oceniano ogólny uzyskany wynik przez każdego z respondentów oraz niezależnie oceniano każdy z objawów (w ocenie pacjenta i personelu).

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej wykorzystując w tym celu program statystyczny STATISTICA 13.0 (StatSoft). W związku z brakiem normalności rozkładu większości zmiennych dane przedstawiono jako średnie  $\pm$  odchylenie standardowe, ale uwzględniono również mediany i zakresy ocenianych parametrów. Do analiz statystycznych wykorzystano test Manna-Whitneya.

Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartości współczynnika  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Badanie objęło 94 pacjentów, w tym 65 kobiet (69%). Średni wiek badanych to  $76,8 \pm 6,8$  lat (mediana: 76 lat; zakres: 63-94 lata). Wiek kobiet i mężczyzn był porównywalny (odpowiednio:  $77,0 \pm 6,7$  lat [77,0; 63-94] i  $76,3 \pm 7,2$  lat [75,0; 67-91]). Kwestionariusz został wypełniony przez wszystkich pacjentów przy pomocy personelu DDOM.

Badani rzadko zgłaszali problemy samodzielnie (pytanie 1). Aż 82 respondentów nie zgłosiło żadnego problemu (87%); 5 osób podawało, że niepokoi się „co będzie po wyjściu z DDOM” czy „zakończeniu rehabilitacji”, a 3 martwiły się o kogoś bliskiego (syn lub wnuki) w związku z sytuacją zdrowotną. Również 3 osoby zgłaszały dolegliwości bólowe. Pozostałe objawy/problemy zgłaszały pojedyncze osoby badane (nieuregulowane naciśnienie tętnicze, słabość i potliwość, śmierć osoby bliskiej).

W tabeli I przedstawiono średnie wyniki dla poszczególnych objawów skali IPOS w perspektywie respondentów i opiekunów. Średnie wyniki dla objawów somatycznych były porównywalne w ocenie pacjentów i opiekunów ( $9,1 \pm 4,0$  [9; 0-20] vs.  $10,8 \pm 4,7$  [11; 0-24]), ale dla wielu objawów opiekunowie ocenili wyżej niż osoby starsze ich uciążliwość (duszność  $p < 0,05$ , ból

$p < 0,0001$ , zaparcia  $p < 0,01$ , ból lub suchość w jamie ustnej  $p < 0,01$ , senność  $p < 0,01$ , niska sprawność ruchowa  $p < 0,001$ ).

Nie zaobserwowano różnic dla objawów ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, słaby apetyt). Zwraca też uwagę, że objawy te były zgłaszane rzadko zarówno przez pacjentów jak i opiekunów; wyraźnie rzadziej od pozostałych – szczególnie wymioty i nudności.

Średnie wyniki powyżej 2 (czyli wartości środkowej skali) stwierdzono tylko dla dwóch objawów ocenianych przez opiekunów: ból i niska sprawność ruchowa, a w przypadku osób starszych dla żadnego, jednak również w ocenie osób starszych ból i niska sprawność ruchowa były oceniane najwyżej ze wszystkich objawów (tabela I). Te dwa objawy zgłaszane też były najczęściej przez badanych – podawało je 86 starszych respondentów i tyle samo opiekunów (91,5%).

Zaobserwowano również różnice pomiędzy oceną pacjentów i opiekunów w części psychosocjalnej skali (tabela II). Wyższe wartości uzyskano w ocenie opiekunów dla niepokoju z powodu choroby ( $p < 0,05$ ) oraz wyczerpującego przekazywania choremu informacji ( $p < 0,01$ ). Sumaryczna ocena części psychosocjalnej także była wyższa w ocenie opiekunów niż samych badanych ( $11,0 \pm 3,7$  [11; 0-21] vs.  $10,3 \pm 3,0$  [11; 0-18];  $p < 0,05$ ), co wpłynęło na wyższe sumaryczne oceny w pełnej skali ( $21,7 \pm 7,3$  [22; 4-42] vs.  $19,4 \pm 6,1$  [19; 0-34]  $p < 0,0001$ ).

## Dyskusja

Nasze badanie jest pierwszym pokazującym użyciu skali IPOS u pacjentów geriatrycznych z niesprawnością funkcjonalną i ryzykiem dalszego jej narastania. Uzasadnieniem jej zastosowania w tek grupie chorych

Tabela I. Wyniki skala IPOS w odniesieniu do poszczególnych objawów w opinii pacjentów i personelu ( $n=94$ );  $n$  – odnosi się do liczby osób zgłaszających poszczególne objawy

Table I. Results IPOS scale for individual symptoms in the opinion of patients and staff ( $n=94$ );  $n$  – refers to the number of people reporting individual symptoms

	Pacjent		Opiekun		Analiza statystyczna
	n	Średnia $\pm$ SD	n	Średnia $\pm$ SD	
Ból	86	1,8 $\pm$ 0,8 (2; 0-4)	86	2,2 $\pm$ 1,0 (2; 0-4)	$p < 0,0001$
Duszność	35	0,5 $\pm$ 0,7 (0; 0-3)	40	0,7 $\pm$ 0,9 (0; 0-3)	$p < 0,05$
Oslabienie lub brak energii	72	1,2 $\pm$ 0,8 (1; 0-3)	73	1,3 $\pm$ 0,9 (1; 0-3)	$p < 0,0544$
Nudności	8	0,1 $\pm$ 0,4 (0; 0-3)	11	0,2 $\pm$ 0,5 (0; 0-2)	0,2249
Wymioty	4	0,1-0,4 (0; 0-3)	3	0,0-0,3 (0; 0-2)	0,3613
Słaby apetyt	29	0,4 $\pm$ 0,7 (0; 0-3)	29	0,4 $\pm$ 0,6 (0; 0-2)	0,8361
Zaparcia	53	0,9-1,0 (1; 0-4)	53	1,1-1,2 (1; 0-4)	$p < 0,01$
Ból lub suchość w jamie ustnej	70	1,3 $\pm$ 1,0 (1; 0-3)	70	1,5 $\pm$ 1,1 (1; 0-4)	$p < 0,01$
Senność	77	1,2 $\pm$ 0,8 (1; 0-4)	79	1,3 $\pm$ 0,8 (1; 0-3)	$p < 0,01$
Niska sprawność ruchowa	86	1,8 $\pm$ 0,9 (2; 0-4)	86	2,2 $\pm$ 1,0 (2; 0-4)	$p < 0,001$

Tabela II. Wyniki psychosocjalnej części skali IPOS w ocenie pacjentów i personelu ( $n=94$ );  $n$  – odnosi się do liczby osób zgłaszających poszczególne objawy

Table II. Results of the psychosocial part of the IPOS scale in the assessment of patients and staff ( $n=94$ );  $n$  – refers to the number of people reporting individual symptoms

	Pacjent		Opiekun		Analiza statystyczna
	n	Średnia $\pm$ SD	n	Średnia $\pm$ SD	
Czy odczuwał niepokój z powodu choroby czy leczenia	83	1,5 $\pm$ 0,9 (2; 0-4)	81	1,7 $\pm$ 1,0 (2; 0-4)	$p < 0,05$
czy ktokolwiek z rodziny lub przyjaciół martwił się o Pana	91	3,0 $\pm$ 0,9 (3; 0-4)	91	3,0 $\pm$ 0,9 (3; 0-4)	
czy miewał stany przygnębienia	81	1,5 $\pm$ 0,8 (2; 0-4)	81	1,6 $\pm$ 0,9 (2; 0-3)	0,1499
Czy czuł się spokojny	79	1,3 $\pm$ 0,9 (1; 0-4)	77	1,3 $\pm$ 0,9 (1; 0-4)	0,9696
Czy był w stanie podzielić się z rodziną lub przyjaciółmi tym co czuje, w takim stopniu w jakim tego oczekiwał,	80	1,6 $\pm$ 1,1 (1; 0-4)	77	1,7 $\pm$ 1,2 (2; 0-4)	0,4352
czy był informowany w takim stopniu w jakim oczekiwał	40	0,7 $\pm$ 1,1 (0; 0-4)	53	1,2 $\pm$ 1,4 (1; 0-4)	$p < 0,01$
czy zajęto się jakimikolwiek problemami praktycznymi	50	0,6 $\pm$ 0,7 (1; 0-3)	43	0,5 $\pm$ 0,7 (0; 0-3)	0,2954

jest koncentracja skali na objawach najdokuczliwych, a to w podejściu do pacjentów ze złożoną wielochorobowością jest najważniejsze [18]. Według naszej wiedzy, jedyna dostępna w literaturze praca prezentująca zastosowanie IPOS u osób starszych dotyczy pacjentów starszych (w wieku co najmniej 75 lat) ze złym rokowaniem, które z przyczyn nagłych trafiło na ostry dyżur, i z których 1/3 zmarła podczas hospitalizacji lub w okresie do 6 miesięcy od przyjęcia do szpitala [15]. Jest to zatem nieco inna grupa chorych w stosunku do naszych respondentów, których stan kliniczny był stabilny.

W naszym badaniu najczęściej zgłaszanymi, zarówno przez pacjentów jak i opiekunów, problemami były ból i niska sprawność ruchowa. Przewlekły ból jest częstą dolegliwością zgłaszaną przez osoby starsze. W wykonanym na reprezentatywnej dla polskich seniorów grupie osób starszych badaniu PolSenior 2 zgłaszało go prawie 50% respondentów [1]; ból był zgłaszany znacznie częściej przez osoby z ograniczeniami w poruszaniu – np. w przypadku respondentów poruszających się samodzielnie o dwóch kulach zgłaszało go aż 82% badanych. Podkreśla to powiązania dolegliwości bólowych i niskiej sprawności ruchowej, zgłaszanych często wspólnie przez badanych przez nas seniorów. Jeśli chodzi o ból to pomimo od lat publikowanych rekomendacji co do leczenia bólu u osób starszych [19,20] nadal problem ten jest niedodiagnozowany, a więc i niedoleczony w tej grupie chorych [21].

W naszych badaniach profil objawów zgłaszanych przez osoby starsze i opiekunów nie różnił się znacząco. Jednak w przypadku wielu objawów opiekunowie podawali ich większą uciążliwość dla pacjentów niż sami pacjenci. Na inną ocenę potrzeb przez personel i osoby starsze zwracają uwagę prezentowane wyniki badań [22,23]. Podkreśla się jednak głównie inne spektrum zgłaszanych problemów. Może to wynikać z różnych stosowanych narzędzi badawczych, ale też różnych pytanych o dolegliwości osób starszych opiekunów, którzy dokonują subiektywnej oceny.

Największe różnice w ocenie pomiędzy opiekunami i osobami starszymi zaobserwowano dla parametru o informowaniu osób starszych w takim stopniu w jakim oni oczekują. Opiekunowie uważali, że informacja była udzielana w znacznie bardziej wyczerpującym zakresie w stosunku do osób starszych. Ta obserwacja zwraca uwagę na konieczność poprawy komunikacji z pacjentami, którzy nie zawsze rozumieją przekazywane informacje, a więc gorzej oceniają udzielane im informacje.

Niewątpliwie specyfika objawów zależy od dziedziny medycyny, której dedykowany jest kwestionariusz co jest podkreślane z nowotworzonych wersjach narzędzi dla szczególnych grup pacjentów. W skali IPOS-COV

[16] zwrócono uwagę na efekt sufitu w przypadku objawów ze strony przewodu pokarmowego, gdyż objawy te są obecne u prawie wszystkich pacjentów [24,25]. W naszych badaniach obserwowaliśmy odwrotny efekt w przypadku tych objawów – było one zgłaszane bardzo rzadko. Można zatem mówić – w ich przypadku – o efekcie podłogi [26]. Nudności i wymioty również były zgłaszane najrzadziej we wspomnianych wcześniej badaniach osób starszych w izbie przyjęć z zastosowaniem skali IPOS – zgłaszała je jednak ponad 1/4 badanych [15]. Wobec zdecydowanie mniejszej częstości występowania tych problemów u pacjentów geriatrycznych warto by zatem było zadać pytanie o inne objawy/problemy typowe dla tych pacjentów np. upadki czy nietrzymanie moczu.

Niestety osoby starsze – w części otwartej kwestionariusza – nie zgłosiły praktycznie żadnych dodatkowych objawów. Zwraca się uwagę, że zbieranie wywiadu medycznego od osób starszych powinno różnić się od tego zbieranego od młodszych dorosłych ponieważ na pytanie o istnienie dolegliwości innych niż będące przyczyną bezpośredniego zgłoszenia się do lekarza negują ich występowanie. Tymczasem zapytani wprost o nietrzymanie moczu czy upadki potwierdzają ich istnienie [27]. Konieczne jest zatem celowane zadawanie pytań o występowanie wielkich zespołów geriatrycznych. W przypadku skali IPOS należy zatem sprawdzić czy – w miejsce objawów ze strony przewodu pokarmowego, które są zgłaszane rzadko, nie powinno się umieścić pytań o występowanie wielkich zespołów geriatrycznych, których nie ma w IPOS w tym m.in. nietrzymania moczu, czy upadków.

Niewątpliwym ograniczeniem naszego modelu badawczego jest stosunkowo mała grupa osób starszych objętych badaniem. Wynika to ze specyfiki funkcjonowania DDOM i krótkiego okresu działania placówki, w której prowadzono badania wynikającego z finansowania ze środków projektowych. Według naszej wiedzy podobne placówki obecnie nie działają. Innym ograniczeniem jest jednorazowe zastosowanie skali niepozwalające na ocenę na ile podejmowane działania odpowiadają na potrzeby pacjentów.

Z drugiej strony mocną stroną badań jest zastosowanie skali IPOS u nowej grupy pacjentów oraz zwrócenie uwagi na specyficzne jej potrzeby i konieczność wprowadzenia dedykowanej tym chorym modyfikacji.

## Wnioski

Stwierdzono znaczne różnice w ocenie dokuczliwości zgłaszanych problemów przez pacjentów i opiekunów przy pomocy skali IPOS. Skala IPOS, aby mogła

być zastosowana w geriatriczynie wymaga modyfikacji, gdyż częstość zgłaszania obecnych w niej objawów ze strony przewodu pokarmowego jest bardzo niska, a z kolei problemy geriatriczne takie jak nietrzymanie moczu czy upadki są w niej nieobecne.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak / None

## Piśmiennictwo / References

1. Błędowski P, Grodzicki T, Mossakowska M (red). PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Gdański Uniwersytet Medyczny; Gdańsk 2021.
2. Tenchov R, Sasso JM, Wang X, Zhou QA. Aging Hallmarks and Progression and Age-Related Diseases: A Landscape View of Research Advancement. *ACS Chem Neurosci*. 2023;15(1):1-30.
3. Noto S. Perspectives on Aging and Quality of Life. *Healthcare*. 2023;11(15):2131.
4. Pruszyński JJ, Cianciara D. Starzejące się społeczeństwo – wybrane wyzwania polityki zdrowotnej i społecznej. *Gerontol Pol*. 2021;29(1):19-29.
5. Zasowska-Nowak A. Kierunki rozwoju opieki paliatywnej na podstawie literatury. *Medycyna paliatywna*. 2022;14(2):57-65.
6. Schildmann EK, Groeneveld EI, Denzel J i wsp. Discovering the hidden benefits of cognitive interviewing in two languages: The first phase of a validation study of the Integrated Palliative care Outcome Scale. *Palliat Med*. 2016;30(6):599-610.
7. Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliat Med*. 2019;33(8):1045-57.
8. <https://pos-pal.org/maix/ipos-translations.php>.
9. Szeliga M, Kotlińska-Lemieszek A, Jagielski P, et al. Psychometric validation and cross-cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale in Polish (IPOS-POL). *Palliat Support Care*. 2022;20:687-93.
10. Raj R, Ahuja K, Frandsen M, Murtagh FEM, Jose M. Validation of the IPOS-Renal Symptom Survey in Advanced Disease: A Cross-sectional Study. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 56(2): 281-287.
11. van der Willik EM, Meuleman Y, Prantl K, et al. Patient-reported outcome measures: selection of a valid questionnaire for routine symptom assessment in patients with advanced chronic kidney disease - a four-phase mixed methods study. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):344.
12. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, et al. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med*. 2014;28(1):49-58.
13. Wilson R, Hapgul N, Soha RA, et al. Symptom dimensions in people affected by long-term neurological conditions: a factor analysis of a patient-centred palliative care outcome symptom scale. *Sci Rep*. 2019;9:4972-47.
14. Neo SH, Tan JY, Ng ES, Yoon S. Facilitators and barriers to implementation of a patient and staff reported measure for screening of palliative concerns of patients with heart failure: a qualitative analysis using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Palliat Care Soc Pract*. 2023;17:26323524231214814.
15. Johnston BM, Miller M, Normand C, et al. Primary data on symptom burden and quality of life among elderly patients at risk of dying during unplanned admissions to an NHS hospital: a cohort study using EuroQoL and the integrated palliative care outcome scale. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):46.
16. Hocaoglu MB, Murtagh FE, Walshe C, et al. Adaptation and multicentre validation of a patient-centred outcome scale for people severely ill with COVID (IPOS-COV). *Health Qual Life Outcomes*. 2023;21(1):29.
17. Ellis-Smith C, Evans CJ, Murtagh FE, et al. Development of a caregiver-reported measure to support systematic assessment of people with dementia in long-term care: The Integrated Palliative care Outcome Scale for Dementia. *Palliat Med*. 2017;31(7):651-60.
18. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. *Geriatrics*. 2010;4(4):247-51.
19. Borsheski R, Johnson QL. Pain management in the geriatric population. *Mo Med*. 2014;111(6):508.
20. Asad A, Arif AW, Bhan C i wsp. Managing chronic pain in the elderly: an overview of the recent therapeutic advancements. *Cureus*. 2018;10(9):e3293.
21. Nowak T, Neumann-Podczaska A, Deskur-Śmielecka E, et al. Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1045-51.
22. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, Kropińska S, et al. The Camberwell Assessment of Need for the Elderly questionnaire as a tool for the assessment of needs in elderly individuals living in long-term care institutions. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;62:163-8.

23. Fernandes L, Goncalves-Pereira M, Leuschner A, et al. Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal, *Int Psychogeriatr*. 2009;21(1):94-102.
24. Zhang J, Garrett S, Sun J. Gastrointestinal symptoms, pathophysiology, and treatment in COVID-19. *Genes Dis*. 2021;8:385-400.
25. Heckroth M, Luckett RT, Moser C, et al. Nausea and vomiting in 2021: a comprehensive update. *J Clin Gastroenterol*. 2021;55(4):279-99.
26. Bartneck C, Cochrane T, Nokes R, et al. Godspeed Questionnaire Series: Translations and Usage. W: *International Handbook of Behavioral Health Assessment*. Krägeloh CU, Medvedev ON, Alyami M (red). Springer: Berlin/Heidelberg 2023:1-35.
27. Kropińska S. Wybrane zagrożenia dla sprawnej starości w ocenie osób starszych. *Geriatrics*. 2019;13(4):239-43.