

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu

Marlena Szewczyczak

**ANALIZA POTRZEB I JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB
PO 75 ROKU ŻYCIA MIESZKAJĄCYCH
W ŚRODOWISKU DOMOWYM**

Rozprawa doktorska

Promotor:

prof. dr hab. n. med.

Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Poznań, 2018r.

Słowa kluczowe: potrzeby, jakość życia, osoby w wieku podeszłym, środowisko domowe, Camberwell Assesment Need for Elderly (CANE)

Key words: needs, quality of life, elderly, home environment, Camberwell Assesment Need for Elderly (CANE)

*Składam serdeczne podziękowania promotorowi,
Pani Prof. dr hab. n med. Katarzynie Wieczorowskiej-Tobis
za opiekę naukową, okazaną pomoc i cenne wskazówki
w trakcie pisania pracy*

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	1
TEORETYCZNE TŁO PROBLEMU	6
1. Demograficzne starzenie się społeczeństwa	6
2. Biologiczne starzenie się organizmu.	11
3. Definiowanie potrzeb.....	12
4. Ocena potrzeb osób starszych.....	14
5. Pojęcie jakości życia.....	19
6. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia.....	21
CEL PRACY.....	23
MATERIAŁ I METODY	24
1. Badana grupa	24
2. Metoda i charakterystyka wykorzystanych narzędzi badawczych	25
ANALIZA STATYSTYCZNA	30
WYNIKI	31
1. Opis badanej grupy	31
1.1. Charakterystyka społeczno-demograficzna	31
1.2. Charakterystyka sprawności funkcjonalnej	33
1.3. Charakterystyka sprawności poznawczej	35
1.4. Ocena ryzyka depresji badanej grupy według skali GDS.....	36
1.5. Ocena ryzyka upadków badanej grupy	37
2. Obraz potrzeb.....	39
2.1. Charakterystyka potrzeb badanej grupy	39
2.2. Potrzeby a płeć badanych	43
2.3. Potrzeby a wiek badanych	46
2.4. Potrzeby a posiadanie osoby sprawującej opiekę	50
2.5. Potrzeby a sprawność funkcjonalna.....	53
2.6. Potrzeby a sprawność poznawcza.....	56
2.7. Potrzeby a ocena ryzyka depresji.....	57
2.8. Potrzeby a ocena ryzyka upadków.....	60
3. Jakość życia badanej grupy.....	62
3.1. Ocena jakości życia w badanej grupie.....	62
3.2. Ocena jakości życia a płeć badanych.....	64

3.3. Ocena jakości życia w grupach wiekowych	66
3.5. Ocena jakości życia a rodzaj wykonywanej pracy w przeszłości.....	72
3.6. Ocena jakości życia a stan cywilny	73
3.8. Ocena jakości życia a sprawność poznawcza	77
3.9. Ocena jakości życia a ryzyko występowania depresji	79
3.10. Ocena jakości życia a ryzyko występowania upadków	81
4. Jakość życia a potrzeby.....	82
4.1. Analiza wpływu liczby potrzeb zaspokojonych na ocenę jakości życia	82
4.2. Analiza wpływu liczby potrzeb niezaspokojonych na ocenę jakości życia.....	83
4.3. Analiza wpływu całkowitej liczby potrzeb na ocenę jakości życia.....	85
OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA.....	87
WNIOSKI	98
STRESZCZENIE.....	99
ABSTRACT.....	101
SPIS TABEL.....	103
SPIS RYCIN	105
PIŚMIENNICTWO	108

WYKAZ SKRÓTÓW

- ADL (ang. *Activities of Daily Living*) - BI (ang. *Barthel Indeks*) – skala Barthel
- BI (ang. *Barhel Index*) – skala Barthel
- BP (ang. *bodily pain*) – ból
- CANE (ang. *Camberwell Assesment of Need for the Elderly*) – kwestionariusz oceny potrzeb osób starszych Camberwell
- Eurostat (ang. *European Statistical Office*) – Europejski Urząd Sattystyczny
- GDS (ang. *Geriatric Depression Scale*) – Geriatryczna Skala Depresji
- GH (ang. *general health*) – zdrowie ogólne
- GUS – Główny Urząd Statystyczny
- HRQOL (ang. *Health Related Quality of Life*) – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia
- MCS (ang. *mental component summary*) – zdrowie psychiczne
- MH (ang. *mental health*) – samopoczucie
- MMSE (ang. *Mini – Mental Test Examination*) – Krótki Test Oceny Stanu Psychicznego
- NOSGER (ang. *Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients*) – Pielęgniarska Ocena Obserwacja Pacjenta Geriatrycznego
- ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
- PCS (ang. *physical component summary*) – zdrowie fizyczne
- POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
- PF (ang. *physical function*) – funkcjonowanie fizyczne
- RE (ang. *role emotional*) – ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych
- RP (ang. *role physical*) – ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym
- SF (ang. *social function*) – funkcjonowanie społeczne
- SF-36v2 – The Short Form – 36 Health Survey Questionnaire version 2
- TUG (ang. *Tool Up and Go*) – test „wstań i idź”
- WHO (ang. *World Health Organization*) – Światowa Organizacja Zdrowia
- VT (ang. *vitality*) – witalność

TEORETYCZNE TŁO PROBLEMU

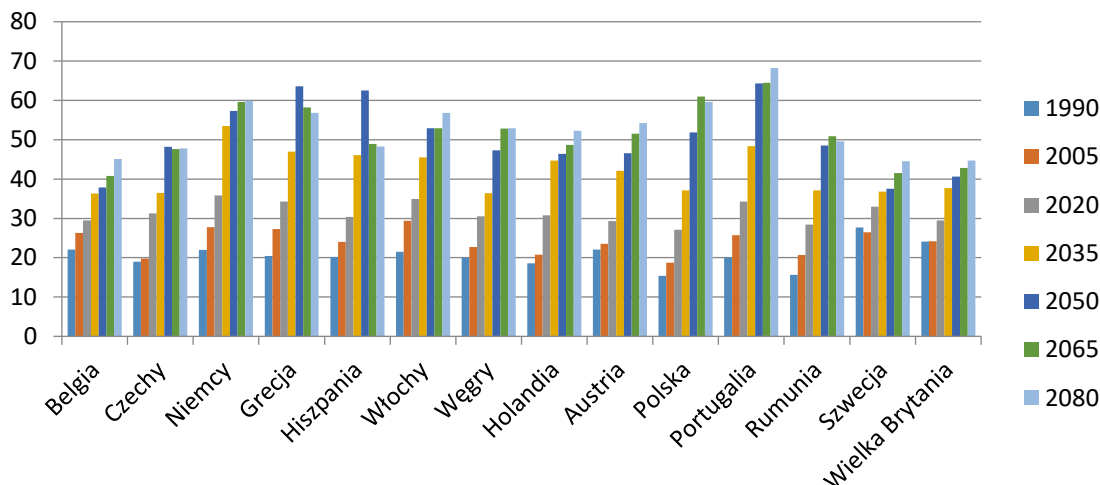
1. Demograficzne starzenie się społeczeństwa

Problemy związane ze starzeniem i starością od dawna były przedmiotem uwagi badaczy z wielu dziedzin m. in. ekonomistów, socjologów, psychologów, specjalistów medycyny i zdrowia publicznego. Zainteresowanie tą tematyką wynika z obserwowanego w większości współczesnych państw, zarówno wysoko rozwiniętych jak i rozwijających się, zjawiska starzenia się społeczeństwa.

Według danych ONZ¹ (Organizacji Narodów Zjednoczonych) odsetek subpopulacji w wieku 60 i więcej na świecie lat wzrósł z 8% w roku 1950 do 12% w roku 2013 i będzie gwałtownie rósł w ciągu następnych czterech dekad do poziomu 21% w roku 2050. Szybkość i etapy starzenia się różnią się w krajach bardziej rozwiniętych (Europa, Ameryka Północna, Australia, Japonia) i rozwijających się (Afryka, Azja). W pierwszej grupie proces starzenia rozpoczął się już wiele lat temu, z kolei w drugiej grupie odnotowuje się dopiero początek tych zmian.

Zgodnie ze stosowaną w demografii definicją, starzenie się ludności określane jest jako zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu udziału procentowego dzieci². Z jednej strony na proces ten wpływa obniżenie poziomu dzietności poniżej poziomu, który pozwala na zastępowanie pokoleń, co prowadzi do zmniejszenia proporcji osób młodych w społeczeństwie. Z drugiej strony proces starzenia się jest związany z wydłużaniem się dalszego trwania życia, co związane jest z rozwojem medycyny, profilaktyki zdrowotnej i higieny wpływających na mniejszą umieralność. Na zjawisko starzenia się ludności ma również wpływ migracja zagraniczna młodych ludzi oraz wyże i niże z przeszłości oraz ich skutki obecnie. W literaturze za próg starości przyjmuje się najczęściej 60 (WHO) lub 65 lat (ONZ).

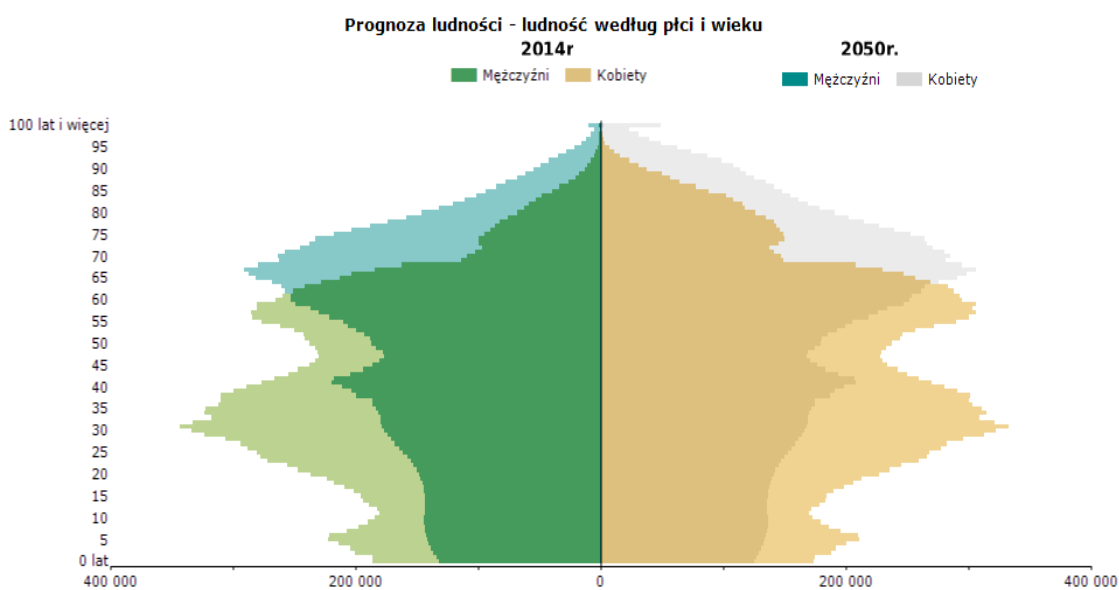
Problem demograficznego starzenia się ludności w szczególności dotyczy Polski. O ile na chwilę obecną Polska jest jednym z „najmłodszych” społeczeństw w Unii Europejskiej mierzonych liczbą osób w wieku 65 lat i więcej na 100 osób w wieku produkcyjnym (15 – 64 lata), o tyle według prognoz Eurostatu³ w następnych dziesięcioleciach Polacy będą jednym z najstarszych społeczeństw w Europie (Rycina 1).



Rycina 1. Liczba osób w wieku 65 lat i więcej w przeliczeniu na 100 osób w wieku produkcyjnym (15 – 64 lat).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu³

Zgodnie z założeniami prognozy opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny (GUS)⁴ do 2050 r. wystąpi w Polsce znaczny spadek liczby dzieci i osób dorosłych oraz wzrost liczby i udziału procentowego osób starszych (Rycina 2). Oznacza to zwiększenie się odsetka osób po 65 roku życia w całej populacji, aż do 32,7% w roku 2050. Dla porównania w roku 2014 odsetek ten wynosił 15,3%, co oznacza ponad dwukrotny wzrost.

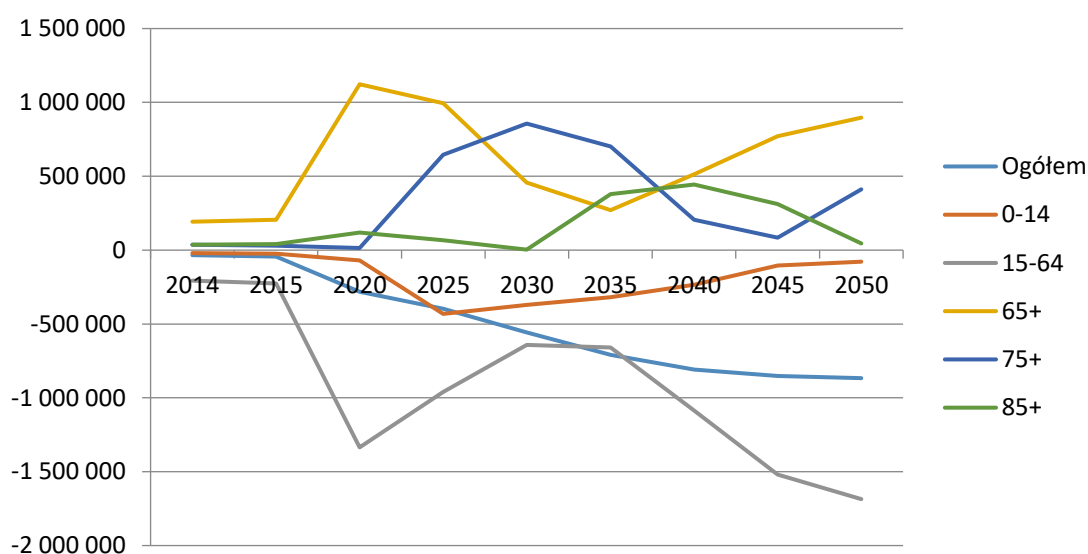


Rycina 2. Ludność według płci i wieku w latach 2014 i 2050 (piramida wieku)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS⁵

Stopień zaawansowania procesu starzenia się można obserwować na podstawie mediany wieku wskazującej taki wiek, którego połowa populacji jeszcze nie osiągnęła, a druga połowa już ukończyła. W 2013 r. wartość opisanego wskaźnika dla Polski wynosiła 37,4 lat dla mężczyzn oraz 40,9 lat dla kobiet przy czym starsza demograficznie była ludność zamieszkała w miastach. Przewiduje się, że w 2050 r. mediana wieku wzrośnie do 50,1 lat dla mężczyzn i do 54,8 lat dla kobiet, co oznacza w skali kraju wzrost o odpowiednio 12,7 i 13,9 lat⁴.

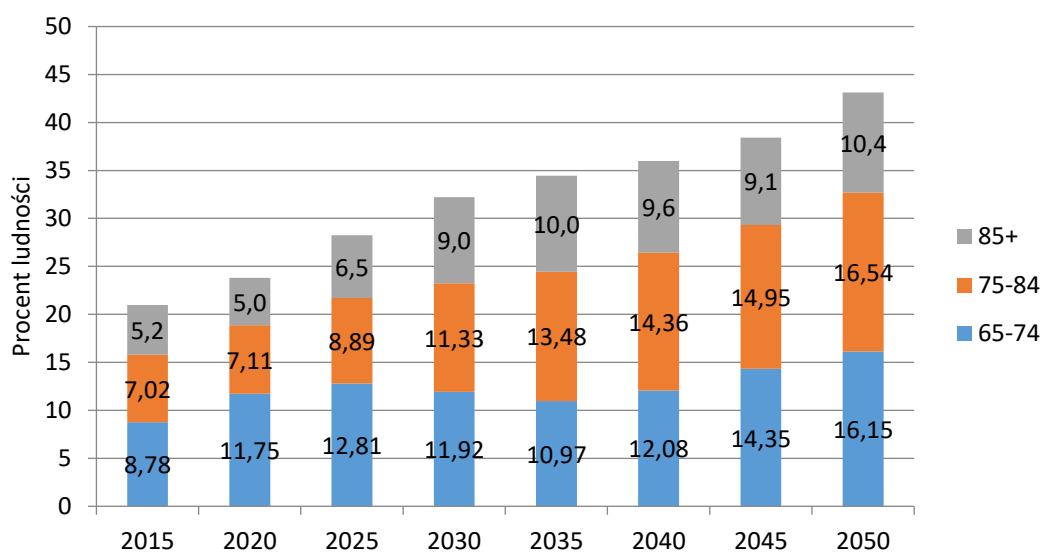
Poziom starości demograficznej pozwalają również ocenić zmiany stanów ludności w podziale na biologiczne grupy wiekowe: 0 – 14, 15 – 64, 65 i więcej (Rycina 3). Wyniki prognozy opracowanej przez GUS potwierdzają, że do 2050 r. wystąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci i osób w wieku 15-64 lat, zaś zwiększy się liczba osób starszych. W skali kraju liczebność dzieci zmniejszy się o 1,65 miliona, a liczba osób w wieku 15 – 64 spadnie o 8,3 miliona. Zwiększy się natomiast o 5,4 miliona liczebność grupy osób w wieku podeszłym. Dla porównania w perspektywie do 2050 roku ludność Polski zmniejszy się o 4,5 miliona osób.



Rycina 3. Zmiany stanów ludności według biologicznych grup wieku w latach 2013-2050.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS⁶.

We wszystkich latach prognozy systematycznie wzrasta odsetek osób starszych w strukturze całej populacji (Rycina 4).



Rycina 4. Udział procentowy ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS⁶.

Subpopulacja ludzi starszych nie jest grupą jednorodną. Z uwagi na długość tego etapu życia najczęściej stosuje się podział na dwa okresy: wczesną starość („młodszy starzy”) i późną starość („starsi starzy”), a granicą klasyfikacji jest wiek 75 lat. Podział ten podkreśla przede wszystkim wzrost znaczenia warunków socjalno-bytowych w chorobowości osób w starszych grupach wiekowych. Ponadto grupę tę charakteryzuje niespecyficzność przebiegu chorób oraz znaczne ryzyko załamania sprawności funkcjonalnej⁷. Suzman i wsp.⁸ wyodrębnili dodatkowo wśród osób w okresie późnej starości grupę w wieku 75 – 84 lat („starzy starzy”, ang. *the old old*) oraz grupę w wieku 85 lat i więcej („najstarsi starzy”, ang. *the oldest old*).

W zmianach struktury populacji w starszym wieku widać wpływ wyżów i niżów urodzeń w II połowie XX wieku². Do 2025 r. będzie wzrastał udział „młodszej” subpopulacji (65-74 lat), ponieważ grupa ta będzie powiększona o osoby urodzone w latach 1949 - 1965 (w czasie tzw. boomu urodzeń), a jednocześnie będzie zmniejszała się liczba osób w wieku 85 lat (urodzeni przed lub w czasie II wojny światowej). Z kolei po 2025 r. istotnie wzrośnie udział osób po 75 roku życia – wiek ten stopniowo będą osiągały osoby urodzone w czasie powojennego wyżu. Jednocześnie po roku 2035 nastąpi

ponownie znaczne zwiększenie liczebności „młodszej” grupy jako konsekwencja wchodzenia w wiek starości demograficznej licznych roczników z wyżu 1970-1985. Rycina 4 obrazuje również zjawisko tzw. podwójnego starzenia, czyli szybkiego wzrostu odsetka osób najstarszych w populacji osób starszych. Podwójne starzenie związane jest z szybkim wzrostem odsetka osób w wieku 80 i więcej lat w populacji osób w wieku 65 i więcej lat. Według danych GUS⁶ w roku 2050 odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat ma wynieść 32,7%, a 80 i więcej lat 10,4%. Dla porównania w 2013r. udział procentowy wynosił odpowiednio 14,7% i 3,9%.

Następstwem starzenia się społeczeństwa jest feminizacja starości, która związana jest ze zwiększoną umieralnością mężczyzn w średnim wieku i dłuższym przeciętnym trwaniem życia kobiet⁹. Co prawda, według prognoz GUS⁶ do 2050 roku udział mężczyzn w ogólnej liczbie osób w wieku 65 lat i więcej będzie się stopniowo zwiększał, ale współczynnik feminizacji, czyli liczba kobiet na 100 mężczyzn będzie największy dla ludzi w wieku 65 lat i więcej – 118,3. Dla porównania współczynnik feminizacji dla całej populacji Polski wynosi 105. Feminizacja starości pociąga za sobą również zwiększenie zapotrzebowania na opiekę. Badania wykazują bowiem, że stopień niesprawności jest wyższy u kobiet niż u mężczyzn w porównywalnych grupach wiekowych¹⁰.

Zjawiskiem ściśle związanym z feminizacją starości jest coraz częstsze samotne zamieszkiwanie osób starszych¹¹. Jest to związane z dobrowolnym opuszczaniem rodzinnych domów przez osoby młode w wieku produkcyjnym, a także, w grupie osób starszych, ze śmiercią współmałżonka. Według danych GUS przeciętne trwanie życia w 2014r. wynosiło dla kobiet 81,6 lat, a dla mężczyzn 73,8 lat. Singularyzacja gospodarstw domowych w konsekwencji prowadzi do zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia, które udzielane byłyby przez rodzinę np. w przypadku choroby. Większe zaangażowanie odpowiednich instytucji w organizację pomocy zwiększa koszty opieki nad osobami starszymi.

Obserwowana dynamika globalnych procesów demograficznych wymusza głęboki namysł nad nowym kształtem polityki społecznej, uwzględniającej – w szerszym niż dotychczas zakresie – potrzeby i oczekiwania osób starszych, a także tworzenie konkretnych narzędzi zapobiegania potencjalnemu wykluczeniu społecznemu seniorów¹².

2. Biologiczne starzenie się organizmu.

Starość, czyli ostatni etap w rozwoju osobniczym człowieka, nie wiąże się jednak tylko z liczbą lat, którą dana osoba przeżyła, ale również z tzw. wiekiem biologicznym. Z tego punktu widzenia starzenie się to długotrwały proces, w którym zaczynają na siebie oddziaływać współwystępujące lub pojawiające się zmiany biologiczne, psychologiczne i społeczne. W konsekwencji dochodzi do zmniejszenia rezerw ustroju, utrudniających adaptację do zmian środowiskowych, co prowadzi do upośledzenia funkcjonowania komórek, tkanek, narządów i układów, obniżenia sprawności funkcjonalnej oraz zwiększenia ryzyka występowania chorób. Starzenie się jest procesem naturalnym, którego nie można cofnąć, zatrzymać lub odwrócić. Proces ten nie przebiega jednak u wszystkich ludzi jednakowo – pod wpływem stylu życia i czynników zewnętrznych proces starzenia się organizmu przebiega u każdego w innym tempie.

Proces starzenia się może przebiegać wielokierunkowo. Starzenie zwyczajne (ang. *usual aging*) jest procesem fizjologicznym, w którym wszystkie zmiany i dysfunkcje wynikają z postępu czasu i nie towarzyszą temu żadne choroby. Rowe i Khan¹³ zdefiniowali pojęcie pomyślnego starzenia (ang. *successful aging*), które poza unikaniem chorób kładzie nacisk na utrzymanie sprawności funkcjonalnej i psychicznej oraz posiadanie jak największej aktywności życiowej. Czynniki te wpływają na spowolnienie procesu starzenia się. W końcu procesowi starzenia mogą towarzyszyć procesy chorobowe, które zwiększają upośledzenie wywołane upływem czasu i w większym stopniu upośledzają wiele funkcji życiowych organizmu. Jest to starzenie patologiczne (ang. *impaired aging*). Skutkiem procesu starzenia jest współistnienie kilku schorzeń czyli wielochorobowość i związana z nią wielolekowość. Dodatkowo wśród osób starszych schorzenia obejmują wiele narządów, co związane jest z tzw. efektem domina – zjawiskiem szybkiego pogarszania się funkcji wielu narządów w przypadku, gdy pojawia się niewydolność pierwszego¹⁴.

Postępujący proces starzenia i współtowarzyszące mu patologie wpływają również na sprawność starszych osób. Analizując potrzeby osób starszych należy w szczególności zwrócić uwagę na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów, który może decydować o jakości życia osób starszych w społeczeństwie.

3. Definiowanie potrzeb

W literaturze znaleźć można wiele znacznie różniących się definicji potrzeb. Ta różnorodność wynika ze znaczenia i interpretacji pojęcia potrzeby na gruncie kilku dyscyplin: psychologii, socjologii, filozofii, ekonomii oraz medycyny.

Przez psychologów potrzeba jest rozumiana jako „stan niestabilnej i zaburzonej równowagi w zachowaniu się organizmu, przejawiający się zwykle jako nasilająca się lub przedłużająca czynność i napięcie”¹⁵. W nurcie ekonomicznym z kolei „potrzeby są podstawowym elementem kształtującym zachowania nabywców, ich rozpoznanie jest niezbędne dla skutecznego działania marketingowego”¹⁶. Zbróg¹⁷ scharakteryzowała jeszcze inne definicje, wskazując, że potrzeba może być rozumiana jako:

- stan braku wprowadzający organizm w niepożądany stan,
- stan organizmu wywołany brakiem np. chęć zapewnienia sobie warunków życia,
- siła motywująca, która pobudza do działania w celu zmiany sytuacji niezadawalającej,
- stan interakcji człowieka ze środowiskiem,
- czynnik niezbędny do prawidłowego funkcjonowania człowieka i jego rozwoju.

Niektóre teorie potrzeb rozwijały się z teorii ludzkich instynktów. Murray¹⁸ w swoich badaniach nad osobowością twierdzi, że ludzkie działanie jest motywowane, a zachowanie napędzane potrzebą. Potrzeby są przez Murray’a postrzegane jako gotowość reagowania w szczególny sposób w danych okolicznościach, a ludzie potrzebują zaspokoić brak czegoś. Potrzeby zostały podzielone na te pierwotne, biologiczne (zdobycie pokarmu, popędy seksualne) oraz wtórne, powstałe w wyniku socjalizacji zawierające potrzeby bezpieczeństwa (oparcia w drugiej osobie), społeczne (przyjaźń, afiliacja) oraz osobiste (uznanie świata).

Powyższa identyfikacja podstawowego zestawu potrzeb psychologicznych dostarczyła teoretycznych podstaw do jednej z najbardziej znanych koncepcji hierarchii potrzeb Masłowa¹⁹. Wyróżnił on następujące grupy potrzeb:

- **fizjologiczne**, wynikające z funkcjonowania organizmu np. oddychanie, odżywianie, sen, wydalanie. Ta grupa potrzeb według autora jest wrodzona i najsilniejsza co oznacza, że w razie niezaspokojenia wypiera wszystkie pozostałe.
- **bezpieczeństwa**, w wymiarze fizycznym np. unikanie bólu oraz psychicznym np. oparcie, opieka, wolność od lęku.
- **przynależności i miłości**, przyczyniające się do nawiązywania kontaktów międzyludzkich, przyjaźni. W przypadku ich niezaspokojenia zwiększa się ryzyko zaburzeń w sferze psychicznej oraz społecznej.
- **uznania i prestiżu**, jako pragnienie potęgi, potrzeba respektu, poczucia pewności siebie. Zaspokojenie tych potrzeb daje wiarę we własne siły.
- **samorealizacji** czyli jak najpełniejszej realizacji własnych ambicji.

Wymienione potrzeby można przedstawić w formie piramidy, gdzie u podstawy są potrzeby fizjologiczne, a na szczycie potrzeba samorealizacji. Maslow dokonując charakterystyki niższych i wyższych potrzeb założył, że niższe wymagają zaspokojenia, aby człowiek mógł trwać jako istota biologiczna i społeczna, a zaspokojenie wyższych pozwala na jego rozwój; przy czym zaspokojenie jednej powoduje pojawienie się kolejnej. Ponadto potrzeby niższego rzędu muszą być zaspokojone jako pierwsze, zanim potrzeby wyższego rzędu zaczną wpływać na zachowanie człowieka. Maslow zwrócił ponadto uwagę, iż niezaspokajanie potrzeb wpływa ujemnie na zdrowie fizyczne i psychiczne.

Jeszcze inaczej potrzeba definiowana jest w ujęciu nauk medycznych. Davis określił ją jako „subiektywne odczucie, które inicjuje proces wybierania środków medycznych”²⁰. Szerzej definicję potrzeby traktuje WHO formułując ją jako „zakłócenie w stanie zdrowia lub w samopoczuciu zdrowotnym, które wymagają interwencji w postaci działań leczniczych i rehabilitacyjnych lub pomocy społecznej a także działań zapobiegawczych”²¹. Według van Haastera i wsp.²² potrzeby można oceniać na trzech poziomach: po pierwsze, problemów doświadczanych przez pacjenta; po drugie, interwencji wymaganych w celu złagodzenia lub rozwiązania tych problemów; po trzecie, usług wymaganych do zapewnienia tych interwencji.

Z uwagi na swój charakter sprecyzowania wymagają potrzeby osób w wieku podeszłym.

4. Ocena potrzeb osób starszych

U osób w wieku podeszłym zmienia się struktura potrzeb, co jest związane z dotychczasowym przebiegiem życia, statusem rodzinnym i społecznym, wykształceniem, jak również z warunkami wchodzenia w okres starości²³. Jak podaje Susułowska²⁴ zmienia się ważność i intensywność poszczególnych potrzeb, np. silniej odczuwa się wtedy bezpieczeństwo, przynależność oraz szacunek.

Jedną z klasyfikacji potrzeb osób starszych²⁵ zakłada, że istotne są właściwe relacje z otoczeniem. Wyróżnia się wtedy:

- potrzebę wykonywania społecznie użytecznych działań,
- potrzebę uznania za część społeczeństwa, społeczności, grupy i odgrywania w nich określonej roli,
- potrzebę wypełnienia czasu w satysfakcjonujący sposób,
- potrzebę utrzymania normalnych stosunków towarzyskich,
- potrzebę uznania jako jednostki ludzkiej,
- potrzebę stwarzania okazji i sposobności dla autoekspresji oraz poczucia dokonań,
- potrzebę odpowiedniej stymulacji psychicznej i umysłowej,
- potrzebę ochrony zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej,
- potrzebę odpowiednio ustalonego trybu życia i utrzymania stosunków z rodziną,
- potrzebę duchowej satysfakcji.

Synak²⁶ wyróżnił pięć głównych potrzeb występujących u osób starszych. Są to:

- **Potrzeba przynależności (integracji, towarzystwa)** – na jej ocenę mają wpływ intensywność kontaktów, osamotnienie, miejsce w rodzinie, więź z dawnym środowiskiem.
- **Potrzeba użyteczności i uznania** – zaspakajana przez udział w zinstytucjonalizowanych formach aktywności społecznej lub w wykonywaniu zadań na rzecz rodziny.
- **Potrzeba niezależności (przestrzennej i ekonomicznej)** – związana ze stopniem samodzielności osoby w wieku podeszłym w nowym dla niej środowisku i w nowych warunkach.

- **Potrzeba bezpieczeństwa** – rozumiana jako bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne związane ze stopniem korzystania z urzędzeń i instytucji miejskich, oparciem w rodzinie i gronie znajomych, przyjaciół.
- **Potrzeba satysfakcji życiowej** – dotyczy zadowolenia z własnego usytuowania w nowym środowisku. Jest wyznacznikiem stopnia zaadoptowania się seniora w nowych realiach.

Jak wynika z analizy powyższych potrzeb największego znaczenia w tym okresie życia nabierają potrzeby psychospołeczne. W niniejszej pracy oparto się o złożoną definicję potrzeby określoną jako stan braku czegoś, co w związku z budową organizmu, doświadczeniem jednostki oraz jej funkcjonowaniem w społeczeństwie, jest niezbędne do życia, pozwala na jej rozwój, utrzymanie określonej roli społecznej oraz zdrowia psychicznego²⁷. W kontekście planowania opieki, pojęcie potrzeby i jej rozpoznanie jest równoważne z koniecznością udzielania lub otrzymywania wsparcia. Nieudzielona lub nieprawidłowo udzielona pomoc przyczynia się do niezaspokojenia potrzeby, a tym samym może być powodem zaniedbań opiekuńczych²⁸. Niezaspokojoną potrzebę opisuje się jako problem, dla którego dana osoba nie otrzymuje odpowiedniej oceny lub interwencji, która mogłaby potencjalnie zaspokoić taką potrzebę^{29,30}. Potrzeba zaspokojona jest rozumiana jako sytuacja, w której osoba ma problem w danym obszarze wymaga pomocy i ta pomoc jest jej prawidłowo udzielona³¹. Złożoność tych potrzeb wymaga wielokierunkowego podejścia i organizacji pomocy dla osób starszych.

Podstawowymi cechami opieki geriatrycznej są: kompleksowość i holistyczność. Dla spełnienia tych warunków konieczne jest podejmowanie działań na rzecz osób w wieku podeszłym w ramach zespołu interdyscyplinarnego, którego członkowie wspólnie działają na rzecz diagnozowania i terapii chorób³². Obecnie osoby w wieku podeszłym przebywające w środowisku domowym mogą liczyć na pomoc w zakresie medycznym udzielaną przez:

- lekarza POZ,
- pielęgniarkę POZ,
- położną POZ, współpracujących ze sobą w ramach opieki skoordynowanej w ramach zespołu POZ³³

oraz

- pielęgniarkę opieki długoterminowej w domowej,

- lekarza i pielęgniarkę opieki paliatywnej w warunkach domowych^{34,35}.

W ramach systemu pomocy społecznej opieka realizowana jest przez:

- pracownika socjalnego,
- opiekunkę środowiskową³⁶.

Jedyną skalą stosowaną do oceny pacjentów w Polsce wykorzystywaną np. w pielęgniarstwie długoterminowym jest skala Barthel (ang. *Barthel Index*)³⁷. Skala ta umożliwia ocenę samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (ADL), każdą czynność wykonywaną przez pacjenta ocenia się niezależnie. Szczegółowy opis narzędzia przedstawiono w rozdziale Materiał i Metody. Zsumowana liczba punktów odzwierciedla zakres sprawności pacjenta. Skala ta nie pozwala jednak na wskazanie możliwych przyczyn deficytów oraz istniejących systemów wsparcia. Nie określa także potrzeb osób w wieku podeszłym.

W tej sytuacji niezwykle istotne wydaje się, zdefiniowanie potrzeb osób starszych oraz odpowiedź na pytanie jakie są możliwości ich zaspakajania, a ponadto stworzenie płaszczyzny porozumiewania się profesjonalistów z różnych dziedzin obejmujących opieką osoby w wieku podeszłym.

Dostępnych w zwalidowanej polskiej wersji językowej narzędzi służących ocenie potrzeb w geriatricznictwie jest niewiele. Należą do nich:

Kwestionariusz *EASY-Care*

Przetłumaczony i zwalidowany w wielu krajach³⁸, w tym w Polsce³⁹. W 2010 roku narzędzie zaktualizowano do wersji *EASY-Care Standard 2010*. Kwestionariusz umożliwia analizę zakresu samodzielności w następujących obszarach:

- wzrok, słuch i zdolność komunikowania się,
- dbanie o siebie,
- poruszanie się,
- bezpieczeństwo osobiste,
- warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa,
- dbałość o zdrowie,
- zdrowie psychiczne.

Dodatkowo kwestionariusz uzupełniono o trzy podsumowujące skale oceniające poziom niezależności, ryzyko załamania opieki i ryzyko upadków⁴⁰.

NOSGER (Pielęgniarska Ocena Obserwacja Pacjenta Geriatrycznego)

Służy ocenie pacjenta przez opiekunów (profesjonalnych i nieformalnych), którzy mają z nim codzienny kontakt. Warunkiem prawidłowego wykonania analizy w tym kwestionariuszu jest dobra znajomość problemów zgłaszanych przez pacjenta. Skala składa się z 30 pytań odnoszących się do sześciu obszarów funkcjonowania:

- pamięć,
- złożone czynności dnia codziennego,
- podstawowe czynności dnia codziennego,
- nastrój
- zachowania społeczne
- zachowania zakłócające.

Wykazano wysoką rzetelność i trafność narzędzia^{41,42}. Polska wersja narzędzia wykorzystywana jest głównie w badaniach naukowych^{43,44,45}, a nie w codziennej praktyce.

Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)

Kwestionariusz CANE⁴⁶ powstał na bazie Camberwell Assessment of Need (CAN), narzędzia stworzonego w Wielkiej Brytanii w celu oceny potrzeb osób z zaburzeniami psychiatrycznymi, koncentrującego się na 22 obszarach problemowych⁴⁷. CANE jest pierwszym narzędziem zaprojektowanym do oceny holistycznie rozumianych potrzeb osób starszych. Wykazano jego przydatność zarówno dla osób mieszkających w środowisku domowym⁴⁸, hospitalizowanych³¹ oraz domach pomocy społecznej⁴⁹. Ten kompleksowy kwestionariusz oparty na rozmowie ma na celu określenie potrzeb (zaspokojonych i niezaspokojonych) oraz źródeł pomocy (otrzymanej i potrzebnej) dla osób starszych. Obejmuje ona obszary, które można podzielić na trzy główne dziedziny: psychologiczną, fizyczną i środowiskową. Narzędzie opiera się na zasadzie, że rozpoznanie potrzeby (zaspokojonej lub niezaspokojonej) oznacza zidentyfikowanie problemu oraz odpowiedniej interwencji, która zlikwiduje lub zredukuje potrzebę. Dodatkowo skala umożliwia dokonanie oceny potrzeb z trzech różnych perspektyw: badanego, opiekuna, badacza/ personelu medycznego. Ponadto dowiedziono,

że kwestionariusz CANE może być rutynowo stosowany zarówno w celach klinicznych jak i badawczych⁴⁹. Badanie pilotażowe polskiej wersji narzędzia wskazały na jego wysoką trafność i rzetelność²⁷. Szczegółowy opis narzędzia przedstawiono w rozdziale *Material i metody*.

5. Pojęcie jakości życia

Zwiększająca się populacja osób w wieku podeszłym oraz wyższe oczekiwania dotyczące pomyślnego starzenia się w społeczeństwie doprowadziły do wzrostu zainteresowania poprawą jakości życia⁵⁰.

Pojęcie jakości życia jest zagadnieniem wieloznacznym, różnie interpretowanym przez naukowców z zakresu filozofii, psychologii, socjologii, ekonomii czy medycyny. Źródła jakości życia można upatrywać w filozofii Platona⁵¹, który określił je jako „pewien stopień osiągniętej doskonałości przedmiotu bądź rzeczy”. Ponadto prezentował subiektywne podejście do jakości, uważał, że można ją zrozumieć wyłącznie przez doświadczenie. Człowiek podejmując decyzje wybiera to, co jest dla niego najdoskonalsze. Takie rozumienie jakości stanie się w przyszłości punktem wyjścia do pojęcia jakości w naukach ekonomicznych⁵².

Termin „jakość życia” pojawił się po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych po II wojnie światowej. Początkowo oznaczał on „dobre życie”, które wyrażało się zasobnym stanem posiadania, typowo konsumpcyjnie. Później rozszerzono znaczenie tego pojęcia o elementy egzystencjalne. Campbell i wsp.⁵³, których badania przyczyniły się do zainteresowania zagadnieniem jakości życia, utożsamiali to pojęcie ze stopniem zaspokajania potrzeb, a dokładniej ze stopniem zadowolenia z życia rodzinnego, małżeństwa, pracy zawodowej i domowej, stanu zdrowia, wykształcenia, miejsca zamieszkania, relacji towarzyskich, standardu życia, czasu wolnego, mieszkania. Poziom satysfakcji w w/w obszarach nie może wynikać jedynie ze wskaźników dotyczących warunków życia, ale jest zależny od doświadczeń ludzi i ich oczekiwań. Określone przez Campbella wymiary życia, które należy oceniać, mogą mieć różne znaczenia dla badanych osób. Dlatego zasugerowano wprowadzenie wskaźnika wagi, który pozwoli ocenić hierarchię badanych obszarów w życiu człowieka i zapewni bardziej subiektywną ocenę jakości życia⁵⁴. Z kolei według Dalkey i Rourke⁵⁵ na jakość życia składają się dobrostan, satysfakcja z życia oraz poczucie szczęścia. Istnieje również pojęcie jakości życia zawężone do potrzeb, które nie mogą być zaspokojone dobrami materialnymi. Te potrzeby, które są realizowane przez sformalizowane układy społeczne określa za pomocą pojęcia poziomu życia⁵⁶. Obiektywny stopień zaspokojenia potrzeb nazywa dobrobytem i przeciwstawia subiektywnemu poczuciu szczęścia.

Istotnym etapem w rozwoju zagadnienia jakości życia była definicja zdrowia zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1948 roku. Zdrowie rozumiane jest bowiem „nie tylko jako brak choroby, czy ułomności ale dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”⁵⁷. Jakość życia natomiast definiuje jako „postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości w jakich one żyją oraz związku z indywidualnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami”⁵⁸. Tak szerokie określenie tego zagadnienia oznacza całościową ocenę zdrowia fizycznego, samodzielności, niezależności od otoczenia, stanu emocjonalnego oraz relacji z innymi ludźmi.

Próbie usystematyzowania definicji jakości życia podjęła Farquhar⁵⁹, która dokonała podziału na dwie grupy:

- definicje profesjonalne (podawane przez ekspertów), wśród których wyróżnić możemy:
 - definicje globalne – dotyczą ogólnej oceny jakości życia, opisują stopień satysfakcji w różnych aspektach życia, dobrostan i poczucie szczęścia,
 - złożone – określają jakość życia z uwzględnieniem wielu wymiarów życia człowieka takich, jak status społeczno-ekonomiczny, funkcjonowanie fizyczne, zadowolenie z życia, poczucie własnej wartości, które z kolei wpływają na globalną ocenę jakości życia,
 - specyficzne – służą ocenie jakości życia w jednej lub niewielu sferach życia człowieka, najczęściej odnoszą się do obszaru zdrowia, konkretnej choroby, wykorzystywane w badaniach klinicznych,
 - mieszane – wraz z oceną globalną uwzględniają specyficzne aspekty życia człowieka.
- określenia potoczne (prezentowane są przez badaczy), według których jakość życia jest pojęciem na tyle subiektywnym, że niemożliwe jest ujęcie jej w formie norm lub standardów.

6. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

W gerontologii jakość życia rozpatrywana jest w kategoriach pomyślnego starzenia się warunkowanego stopniem niezależności, utrzymaniem sprawności funkcjonalnej, poznawczej i społecznej osób w wieku podeszłym^{60,61}. W tym kontekście należy przyjąć, że pojęcie jakości życia osób w wieku podeszłym jest uwarunkowane stanem zdrowia.

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (Health Related Quality of Life HRQOL) wprowadził Schipper i wsp.⁶² definiując je jako „funkcjonalny efekt choroby i leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta”. Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia powinna obejmować obszary takie jak:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny,
- sytuację społeczno-ekonomiczną,
- doznania somatyczne.

W jej ocenie należy uwzględnić wymiar subiektywny i obiektywny^{63,64}. Do subiektywnych komponentów zaliczyć należy:

- fizyczne – dolegliwości, samopoczucie,
- psychiczne – depresja, nadzieja, niepokój
- społeczne – satysfakcja z pracy, sposób spędzania wolnego czasu,
- międzyludzkie – wsparcie społeczne, relacje rodzinne.

Do obiektywnych komponentów należą:

- zdrowie fizyczne- wyniki badań,
- obraz zdrowia psychicznego,
- pozycja społeczno-ekonomiczna⁶⁵.

Badania nad HRQOL umożliwiają określenie postrzeganych przez człowieka skutków choroby, własnej sytuacji życiowej, istniejących możliwości i ograniczeń. Pomimo istnienia wielu definicji HRQOL badacze są zgodni, że podlega ona przede wszystkim subiektywnej ocenie jednostki, cechuje się zmiennością wraz z upływem czasu, oczekiwaniami i doświadczeniem życiowym⁶⁶ oraz czynników zewnętrznych

i wewnętrznych. Ponadto jej ocena ma charakter wielowymiarowy⁶⁷ obejmując aspekty fizyczne, społeczne i psychologiczne.

Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym powinna uwzględniać możliwie szeroki obszar życia badanych osób, różne jego wymiary, a także istnienie objawów chorobowych, których wpływ na jakość życia zwiększa się w tym okresie. Ponadto narzędzie wykorzystywane do oceny musi być dostosowane do możliwości psychofizycznych badanych, w tym odpowiedniego czasu na wykonanie oceny.

W niniejszym badaniu wykorzystano kwestionariusz SF-36v2, którego opis znajduje się w rozdziale *Materiał i metody*. Przegląd literatury wskazuje na użyteczność tego narzędzia w populacji osób starszych^{68,69}.

CEL PRACY

Głównym celem pracy jest analiza potrzeb i jakości życia osób po 75 roku życia mieszkających w środowisku domowym.

Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) Jaki jest obraz potrzeb (zaspokojonych i niezaspokojonych) osób po 75 roku życia w środowisku zamieszkania w ich własnej ocenie?
- 2) Jakie czynniki społeczno-demograficzne wpływają na potrzeby badanej grupy osób?
- 3) Jak sprawność funkcjonalna i poznawcza wpływa na potrzeby badanej grupy osób?
- 4) Jaka jest subiektywna ocena jakości życia osób starszych w środowisku domowym?
- 5) Jakie czynniki społeczno-demograficzne determinują ocenę jakości życia osób po 75 roku życia?
- 6) Jaki jest wpływ sprawności funkcjonalnej i poznawczej na ocenę jakości życia badanej grupy?
- 7) Czy istnieje związek pomiędzy liczbą potrzeb a oceną jakości życia badanej grupy?

MATERIAŁ I METODY

1. Badana grupa

Badaniu poddanych zostało 100 losowo wybranych osób w wieku co najmniej 75 lat objętych opieką pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej przez Paliu Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo Rodzinnej w Poznaniu. Źródło informacji o pacjentach stanowiły deklaracje wyboru pielęgniarki POZ złożone przez osoby po 75 roku życia.

Kryteria włączenia do badania:

- wiek > 75 r. ż.,
- brak zaburzeń poznawczych uniemożliwiających uzyskanie miarodajnej informacji w badaniu przesiewowym.

Kryteria włączenia do badania spełniły 93 osoby.

Ocenę funkcji poznawczych dokonano przy użyciu **Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (ang. *Mini Mental State Examination*, MMSE) według Folsteinów⁷⁰.**

Skala ocenia poprawność wykonania sześciu grup zadań:

- orientację w czasie i miejscu,
- zapamiętywanie,
- uwagę i liczenie, przypominanie,
- funkcje językowe (nazwanie przedmiotów, powtórzenie zdania, wykonanie polecenia, czytanie i rozumienie tekstu, pisanie),
- prakcję konstrukcyjną (przerysowanie obrazka).

Za każde poprawnie wykonane zdanie zadanie pacjent otrzymuje 1 punkt.

Maksymalna liczba możliwych do uzyskania punktów w skali wynosi 30. Jako próg otępienia określa się uzyskanie 23 punktów, im niższy wynik tym ryzyko cięższych zaburzeń otępiennych jest większe. Wynik 27 – 30 punktów określany jest jako prawidłowy, osoby które uzyskały 24 – 26 punktów charakteryzowane są jako posiadające zaburzenia poznawcze bez otępienia, 20 – 23 mające otępienie lekkiego stopnia, 10 – 19 punktów średniego stopnia oraz 0 – 9 punktów określające głębokie otępienie⁷¹.

W analizach uwzględniony został skorygowany wynik MMSE, zawierający tzw. korektę Mungasa⁷², który uwzględnia wpływ takich czynników jak: wiek i stopień wykształcenia respondenta. Równanie, za pomocą którego dokonano korekcji ma postać: (wynik skorygowany = wynik MMSE - [0,471 x (lata nauki - 12) + 0,31 x (70 - wiek)])

Analizie zostały poddane dane uzyskane od respondentów, którzy uzyskali skorygowany wynik co najmniej 15 punktów z uwagi na możliwość niezrozumienia pytań przez badanego oraz udzieleniem nieadekwatnej odpowiedzi lub potencjalnych problemów z komunikacją werbalną⁷³.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu nr 612/11. Wszyscy badani zostali poinformowani o zasadach oraz celu badania oraz wyrazili zgodę na udział w badaniu.

2. Metoda i charakterystyka wykorzystanych narzędzi badawczych

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu ankiety jako techniki badawczej. O wizycie badacza informowała pacjentka pielęgniarka środowiskowo-rodzinna. Zbieranie wywiadu przez badającego z respondentem odbywało się w jego miejscu zamieszkania. Dołożono starań aby badany przebywał sam w pomieszczeniu podczas rozmowy.

U wszystkich osób zebrano dane je charakteryzujące: datę urodzenia, płeć, stan cywilny, sytuację mieszkaniową, wykształcenie wraz z latami edukacji, ostatnio wykonywany zawód, informację dotyczącą występujących schorzeń oraz aktualnie stosowane leki.

Głównymi narzędziami badawczymi były:

- **Kwestionariusz Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)**⁴⁶,
- **kwestionariusz *Medical Outcomes Study 36 - the Short Form* (SF-36v2)**⁷⁴.

U wszystkich zakwalifikowanych osób dodatkowo wykonano następujące elementy całościowej oceny geriatrycznej (COG):

- ocena sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych funkcji życiowych za pomocą skali Barthel (ang. *Barthel Index*),
- ocena sprawności w zakresie funkcji poznawczych przy użyciu Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego według Folsteinów (MMSE),
- ocena ryzyka depresji na podstawie Geriatrycznej Skali Depresji Yesavage'a (ang. *Geriatric Depression Scale – GDS*),
- ocena ryzyka upadków przy użyciu testu „Wstań i idź” (ang. *Timed Up and Go – TUG*).

Do oceny potrzeb osób starszych wykorzystano kwestionariusz CANE⁴⁶, którego polską wersję językową zwalidowała Rymaszewska i wsp.²⁷ Narzędzie to bierze pod uwagę potrzeby w 24 obszarach dotyczących pacjenta m.in. mieszkanie, prace domowe, posiłki, dbanie o siebie i innych, codzienne zajęcia itd. oraz dwóch obszarach związanych z opiekunem (potrzeba informacji i stresu psychicznego).

Każdy obszar zawarty w skali jest podzielony na sekcje określające istnienie potrzeby lub sposób jej zaspokojenia lub brak zaspokojenia:

- Sekcja 1 – ma za zadanie określić czy istnieje potrzeba w danym obszarze,
- Sekcja 2 – określa niesioną pomoc przez nieformalne źródła wsparcia,
- Sekcja 3 – ocenia niesioną pomoc przez formalne źródła wsparcia,
- Sekcja 4 – ocenia czy personel, opiekun i badający są zdania, że badany ma odpowiednią do potrzeb pomoc oraz satysfakcję samego badanego z pomocy, jaką otrzymuje.

Do formalnych źródeł wsparcia należą podmioty opieki zdrowotnej i społecznej oraz ich pracownicy m.in lekarz POZ, pielęgniarka POZ, pielęgniarka opieki długoterminowej w warunkach domowych, pracownik socjalny, odpłatny opiekun. Do nieformalnych źródeł wsparcia należą: rodzina, przyjaciele, sąsiedzi.

Każdą potrzebę ocenia się w skali:

- nie ma potrzeby/ problemu – nie ma potrzeby problemu w danym obszarze (pacjent radzi sobie samodzielnie),
- potrzeba zaspokojona – jeśli potrzeba jest zaspokojona lub nieznaczna i nie wymaga interwencji,

- potrzeba niezaspokojona – jeśli potrzeba jest niezaspokajana. Sytuacja taka występuje, gdy pacjent w danym obszarze nie otrzymuje pomocy lub pomoc ta jest nieodpowiednia lub niewystarczająca,
- brak danych: ocena 9 – jeśli badacz nie potrafi wypowiedzieć o problemach badanego i otrzymywanej pomocy.

Subiektywną ocenę jakości życia osób w wieku podeszłym dokonano za pomocą **kwestionariusza SF-36v2**⁷⁵, którego polską wersję zwalidowała Żołnierczyk-Zreda i wsp.⁷⁶

Składa się on z 36 pytań, które obejmują 8 skal:

- PF (ang. *Physical Functioning*) – oceniająca sprawność fizyczną (zawiera 10 pytań),
- RP (ang. *Role Physical*) – badająca ograniczenie aktywność ze względu na problemy ze zdrowiem fizycznym (zawiera 4 pytania),
- BP (ang. *Bodily Pain*) – sprawdzająca odczuwanie bólu (zawiera 2 pytania),
- GH (ang. *General Health*) – oceniająca ogólne odczucie zdrowia (zawiera 5 pytań),
- VT (ang. *Vitality*) – badająca witalność (zawiera 4 pytania),
- SF (ang. *Social Functioning*) – oceniająca funkcjonowanie społeczne (zawiera 2 pytania),
- RE (ang. *Role Emotional*) – określająca ograniczenie aktywności ze względu na problemy emocjonalne – (zawiera 3 pytania),
- MH (ang. *Mental Health*) – sprawdzająca zdrowie psychiczne (zawiera 5 pytań) oraz 1 pytanie dotyczące zmiany stanu zdrowia w porównaniu z rokiem poprzednim – RHT (ang. *Reported Health Transition*).

Poszczególne parametry można połączyć w grupy, sumując cztery parametry dotyczące oceny sfery fizycznej jakości życia i cztery parametry strefy mentalnej.

PF + RP + BP + GH = sumaryczny wskaźnik zdrowia fizycznego (ang. *Physical Component Summary* – PCS)

VT + SF + RE + MH = sumaryczny wskaźnik zdrowia psychicznego (ang. *Mental Component Summary* –MCS)⁷⁷

Sposób udzielania odpowiedzi na pytania jest zróżnicowany: od krótkiego „tak” lub „nie” po sześciostopniową skalę Likerta. Odpowiedzi w każdej z tych kategorii należy przekodować i przetransformować na skalę 0 -100 punktów. Uzyskanie niskiej punktacji w kwestionariuszu określa niską jakość życia respondenta, a 100 punktów oznacza najlepszą ocenę w danej domenie. Ponadto wyniki zostały znormalizowane, tzn. liniowo przekształcone na skalę ze średnią (normą) 50 i odchyleniem standardowym 10, dzięki czemu można łatwiej interpretować wyniki⁷⁵. Wszystkie wyniki większe niż 50 są wyższe niż norma, zaś wyniki niższe niż 50 są poniżej normy występującej w populacji. Zalecane jest, aby przekodowywanie odpowiedzi oraz skalowanie na skalę od 0 do 100 punktów wykonywać z użyciem odpowiedniego oprogramowania⁷⁸.

Na stosowanie formularza SF-36v2 dla celów niniejszej pracy uzyskano licencję numer QM009454 od firmy QualityMetric Incorporated.

Samodzielność w zakresie podstawowych funkcji życiowych oceniono za pomocą **Skali Barthel**⁷⁹. Określa ona zdolność pacjenta do samodzielnej obsługi w zakresie: spożywania posiłków, przemieszczania się z łóżka na fotel, przejścia dystansu powyżej 50 m i wejściu po schodach, korzystania z toalety, ubierania się, podstawowych czynności higienicznych, kąpieli, trzymania moczu i stolca. Za każdą ocenianą aktywność badany może otrzymać 0, 5 lub 10 punktów w zależności od stopnia samodzielności w danym zakresie. Według tej skali maksymalnie sprawni pacjenci uzyskują 100 punktów, a całkowicie uzależnieni od pomocy innych 0 punktów. Na podstawie uzyskanej liczby punktów stan pacjenta dzielimy na:

- lekki: 86 – 100 pkt.,
- średnio-ciężki: 21 – 85 pkt.
- ciężki: 0 – 20 pkt.

Do oceny ryzyka występowania depresji wykorzystano geriatryczną skalę depresji Yesavage’a (ang. Geriatric Depression Scale) – **GDS**⁸⁰. Skala ta jest rekomendowanym narzędziem w badaniach przesiewowych występowania zaburzeń depresyjnych, określając samopoczucie badanego w okresie dwóch tygodni poprzedzających badanie. Wersja pełna zawiera 30 pytań, wersja skrócona 15 pytań z możliwymi odpowiedziami „tak” lub „nie”. Osoba badana otrzymuje 1 punkt w przypadku gdy wybiera odpowiedź świadcząca o wystąpieniu zaburzeń. W niniejszym badaniu wykorzystano wersję skróconą. Uzyskanie sumarycznego wyniku od 0 do 5

punktów oznacza stan prawidłowy, od 6 do 10 punktów oznacza objawy depresji umiarkowanej, a od 11 do 15 punktów oznacza objawy ciężkiej depresji. Ocena nastroju badanego jest konieczna dla zbadania związku z liczbą potrzeb.

Do oceny ryzyka upadków zastosowano test „wstań i idź” (ang. *Timed and Go*) – **TUG**⁸¹. Ocenie poddawana jest możliwość wykonania prostych czynności ruchowych i szybkości chodu. Podczas wykonywania tego testu dokonywany jest pomiar czasu w którym badany jest proszony o zmianę z pozycji siedzącej do stojącej oraz marsz w swoim tempie na krótkim dystansie 3 metrów, obrót i powrót oraz przyjęcie pozycji siedzącej. Brak ryzyka upadku stwierdzić można w przypadku wykonania testu w czasie poniżej 20 sekund⁷⁸. Jeżeli badany porusza się przy użyciu laski lub kuli wykonuje test z ich wykorzystaniem.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Dla wszystkich analizowanych zmiennych obliczono średnią i odchylenie standardowe (średnia \pm odchylenie standardowe). Normalność rozkładu została sprawdzona za pomocą testu Shapiro-Wilka. Ze względu na brak normalności rozkładu większości zmiennych, obliczono dodatkowo medianę (M) oraz zakres zestawu danych (Z).

Na podstawie odpowiedzi uzyskanych w kwestionariuszu CANE obliczono, dla każdej badanej osoby, liczbę potrzeb zaspokojonych, niezaspokojonych i całkowitą liczbę potrzeb jako sumę dwóch poprzednich. Analizę wykonano z perspektywy badanego.

W celu charakterystyki determinant obrazu potrzeb i oceny jakości życia wstępnie podzielono wszystkich badanych na dwie grupy wiekowe:

- Grupa A – badani w wieku 75 – 84 lata (starzy starzy),
- Grupa B – badani w wieku 85 lat i więcej (najstarsi starzy).

Porównanie wyników przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitneya – analizę wykonano niezależnie dla grup A i B. Dla porównania liczebności podgrup osób spełniających zdefiniowane kryteria użyto testu Chi². Zależność pomiędzy zmiennymi scharakteryzowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Wartości $p < 0,05$ uznawano za istotne statystycznie.

Wszystkie analizowane parametry (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, wyniku w skali Barthel, MMSE, GDS i TUG) uwzględniono w analizie wieloparametrowej dla scharakteryzowania niezależnych determinant potrzeb całkowitych, a także tych zaspokojonych i niezaspokojonych.

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 12.

WYNIKI

1. Opis badanej grupy

1.1. Charakterystyka społeczno-demograficzna

W badaniu udział wzięły 93 osoby, w tym 78 kobiet (83,9%). Średni wiek respondentów wynosił $83,9 \pm 5,6$ lat (M: 83 lata, Z: 75 – 100 lat). Wiek kobiet i mężczyzn był porównywalny (kobiety: $84,1 \pm 5,7$ lat, M: 83 lata, Z: 75 – 100 lat; mężczyźni: $82,9 \pm 5,3$ lat, M: 85 lat, Z: 75 – 92 lat). Osoby biorące udział w badaniu najczęściej miały wykształcenie podstawowe (n = 35, 37,6%) lub średnie (n = 32, 34,4%); rzadziej zawodowe (n = 14, 15,1%) i wyższe (n = 12, 12,9%). Częściej badane osoby wykonywały w przeszłości pracę fizyczną (n = 49, 54,4%). Analizując stan cywilny badanych stwierdzono, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby owdowiałe (n = 58, 62,4%), następnie pozostające w związku małżeńskim (n = 26, 27,9%), w wolnym stanie (n = 5, 5,4%), żyjące w związku nieformalnym (n = 2, 2,2%) i rozwiedzione lub w separacji (n = 2, 2,2%). Połowa badanych (n = 47; 50,5%) zadeklarowała, że ma opiekuna, a co dziesiąty (n = 10, 10,8%) stwierdził, że jest opiekunem. Wśród najczęściej rozpoznanych chorób ankietowani wskazywali nadciśnienie tętnicze (n = 60; 64,5%) i cukrzycę (n = 22; 23,7%).

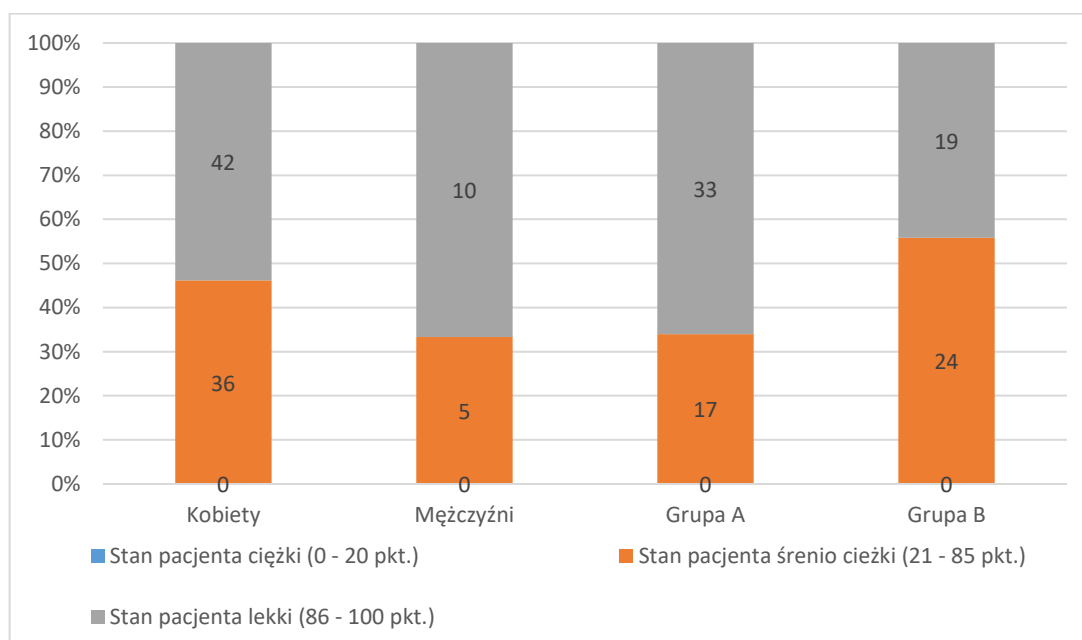
Charakterystykę badanej grupy z podziałem na rozpatrywane grupy wiekowe zawiera Tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy z podziałem na grupy wiekowe.

	Grupa A 75-84 lat n (%)	Grupa B 85 i więcej lat n (%)
Płeć:		
<i>Żeńska</i>	43 (86,0)	35 (81,4)
<i>Męska</i>	7 (14,0)	8 (18,6)
Wykształcenie:		
<i>Podstawowe</i>	18 (36,0)	17 (39,5)
<i>Zawodowe</i>	7 (14,0)	7 (16,3)
<i>Średnie</i>	21 (42,0)	11 (25,6)
<i>Wyższe</i>	4 (8,0)	8 (18,6)
Rodzaj wykonywanej pracy w przeszłości:		
<i>praca fizyczna</i>	30 (60,0)	19 (44,2)
<i>praca umysłowa</i>	19 (38,0)	22 (51,2)
<i>nie pracował/ła</i>	1 (2,0)	2 (4,6)
Stan cywilny:		
<i>wolny</i>	2 (4,0)	3 (7,0)
<i>w związku formalnym</i>	16 (32,0)	10 (23,3)
<i>w związku nieformalnym</i>	2 (4,0)	0 (0,0)
<i>rozwidziony(a)/separacja</i>	1 (2,0)	1 (2,3)
<i>wdowiec/wdowa</i>	29 (58,0)	29 (67,4)
Czy pacjent ma opiekuna?		
<i>tak</i>	21 (42,0)	26 (60,5)
<i>nie</i>	29 (58,0)	17 (39,5)
Czy pacjent jest opiekunem?		
<i>tak</i>	7 (14,0)	3 (7,0)
<i>nie</i>	43 (86,0)	40 (93,0)
Najczęściej rozpoznane choroby:		
<i>nadciśnienie tętnicze</i>	33 (66,0)	27 (62,8)
<i>cukrzyca</i>	13 (26,0)	9 (20,9)

1.2. Charakterystyka sprawności funkcjonalnej

Średni, uzyskany przez wszystkich badanych, wynik w skali Barthel to $83,9 \pm 16,6$ pkt. (M: 90 pkt., Z: 35 – 100 pkt.), co oznacza, że badani byli sprawni w zakresie podstawowych czynności życiowych. Największą liczbę badanych zakwalifikowano do kategorii stan pacjenta lekki ($n = 52, 55,9\%$), wynik 86 – 100 pkt. Pełną sprawność w zakresie podstawowych czynności życiowych, czyli 100 pkt., odnotowano u 17 osób (18,3%). Żadnej z badanych osób nie sklasyfikowano do kategorii stan pacjenta ciężki. Tylko 4 osoby (4,3%) spełniały obowiązujące w Polsce kryterium przyjęcia do opieki długoterminowej, czyli uzyskały wynik co najwyżej 40 pkt. Rozkład badanej grupy w zależności od kategorii stanu ich sprawności mierzonej skalą Barthel z podziałem na płeć i rozpatrywane grupy wiekowe przedstawiono na Rycinie 5. Wyniki w skali Barthel kobiet i mężczyzn były porównywalne ($83,5 \pm 15,8$ pkt.; mediana: 90 pkt., zakres: 35 – 100 pkt. vs $86,0 \pm 20,7$ pkt.; mediana: 95 pkt.; zakres: 40 – 100 pkt.; $p = 0,112$).



Rycina 5. Procentowy rozkład badanej grupy według stanu pacjenta z podziałem na płeć i grupy wiekowej.

Badani w wieku co najmniej 85 lat charakteryzowali się istotnie mniejszą sprawnością funkcjonalną mierzoną w skali Barthel w porównaniu z „młodsza” grupą wiekową ($p = 0,048$; Tabela 2).

Tabela 2. Wyniki skali Barthel w badanej grupie z podziałem grupy wiekowe.

Index Barthel	Liczba osób (n)	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Liczba osób z wynikiem 100pkt.	Poziom istotności
Grupa A (75 - 84 lat)	50	86,6±16,0	95	40-100	10 (20%)	$p = 0,048$
Grupa B (85 i więcej lat)	43	80,7±16,8	85	35-100	7 (16,3%)	

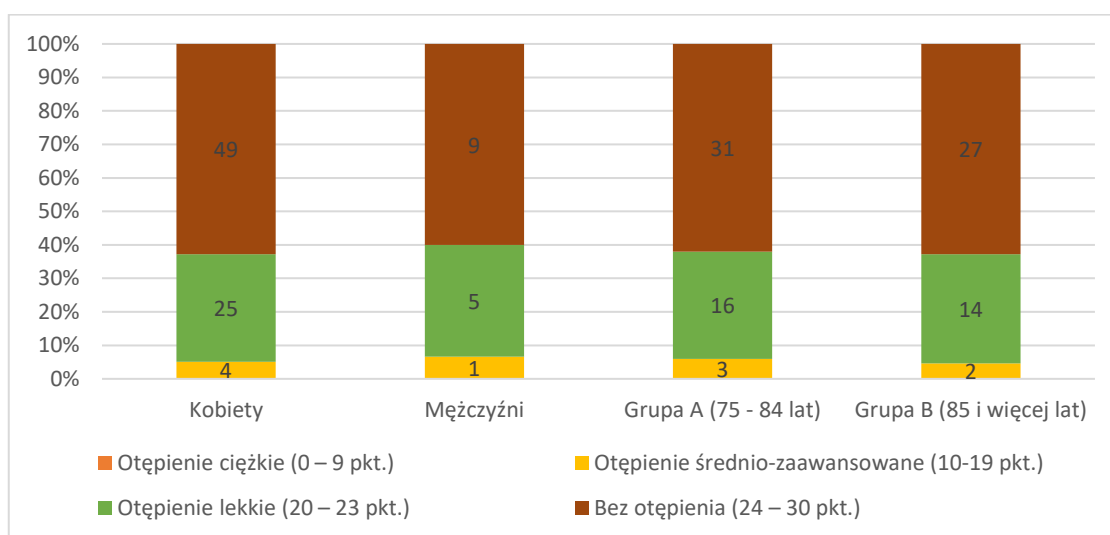
Średnie wyniki skali Barthel różniły się znacząco pomiędzy grupą, która ma opiekuna, a osobami bez takiej formy pomocy ($p < 0,001$; Tabela 3). W grupie 75 – 84 lat przeciętny wynik w skali Barthel był istotnie statystycznie wyższy wśród osób bez opiekuna ($p < 0,001$).

Tabela 3. Wyniki skali Barthel w badanej grupie w zależności od odpowiedzi na pytanie *Czy badany ma opiekuna?*

Grupa	Czy badany ma opiekuna?	Liczba osób	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Wynik 100pkt. n (%)	Poziom istotności
Ogółem (n=93)	Tak	47	78,0±18,0	85	35-100	2 (4,3%)	$p < 0,001$
	Nie	46	89,9±12,5	95	55-100	15 (32,6%)	
Grupa A (n=50)	Tak	21	78,8±19,4	85	40-95	0 (0,0%)	$p < 0,001$
	Nie	29	92,2±10,1	95	55-100	10 (34,5%)	
Grupa B (n=43)	Tak	26	77,3±17,2	80	35-100	2 (7,7%)	$p = 0,089$
	Nie	17	85,9±15,2	90	55-100	5 (29,4%)	

1.3. Charakterystyka sprawności poznawczej

Średni wynik uzyskany przez wszystkich badanych w skali MMSE to $24,5 \pm 3,3$ pkt. (mediana: 25 pkt., zakres: 15 – 30 pkt.), czyli statystyczna osoba uzyskała wynik powyżej progu otępienia (23 pkt.). W związku z kryterium kwalifikacji do badania wśród analizowanych osób nie było osób z otępieniem ciężkim (poniżej 10 pkt.). W badanej grupie było 5 osób z otępieniem średniozaawansowanym (10 – 19 pkt.), 30 osób z otępieniem lekkim (20 – 23 pkt.) i aż 58 osób bez otępienia (co najmniej 24 pkt.). Rozkład badanej grupy w zależności od wyniku w skali MMSE z podziałem na płeć i rozpatrywane grupy wiekowe przedstawiono na Rycinie 6.



Rycina 6. Procentowy rozkład badanej grupy według stanu otępienia z podziałem na płeć i grupy wiekowe.

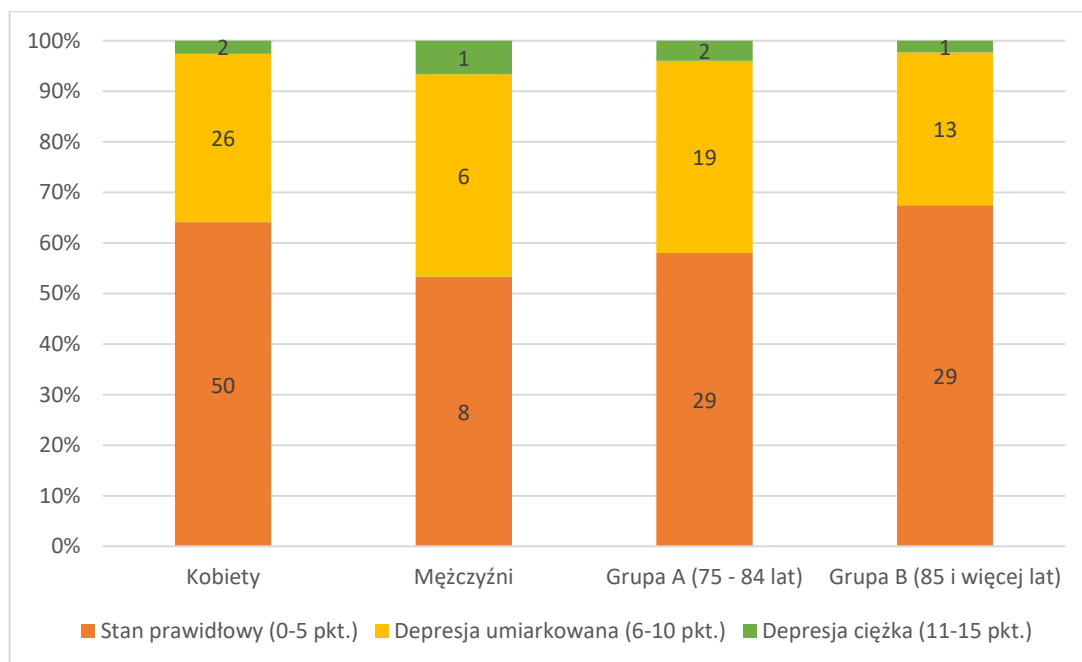
Średni wynik testu MMSE był porównywalny u kobiet i mężczyzn ($24,5 \pm 3,3$ pkt.; mediana: 24,5 pkt., zakres: 15 – 30 pkt. vs $24,3 \pm 3,7$ pkt.; mediana: 25 pkt.; zakres: 16 – 28 pkt.; $p = 0,98$). Grupa A uzyskała porównywalne średnie wyniki w skali MMSE w stosunku do grupy B (Tabela 4). Nie wykazano również znaczących różnic pomiędzy grupą osób z opiekunem i bez niego ($p = 0,599$).

Tabela 4. Wyniki w skali MMSE w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe.

Mini Mental State Examination	Liczba osób	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Liczba osób z wynikiem 30pkt.	Poziom istotności
Grupa A (75 - 84 lat)	50	24,2±3,4	24	16-30	3 (6%)	p = 0,599
Grupa B (85 i więcej lat)	43	24,8±3,3	25	15-30	3 (7%)	

1.4. Ocena ryzyka depresji badanej grupy według skali GDS

Średni wynik badanych w skali GDS to 4,8±2,6 pkt. W obu grupach wiekowych ponad połowa badanych to osoby z wynikiem w skali GDS w granicach normy (co najwyżej 5 pkt.). W całej grupie stwierdzono objawy charakterystyczne dla depresji ciężkiej u 3 osób (3,2%). Rozkład badanej grupy w zależności od ciężkości depresji z podziałem na płeć i rozpatrywane grupy wiekowe przedstawiono na Rycinie 7.



Rycina 7. Procentowy rozkład badanej grupy według stopnia depresji z podziałem na płeć i grupy wiekowe.

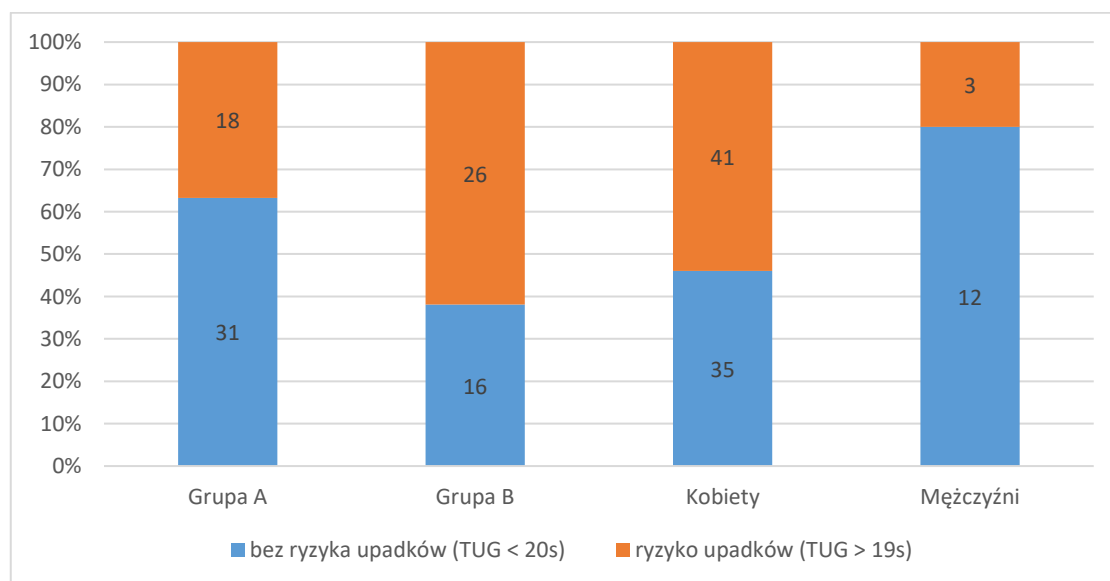
Wyznaczone grupy wiekowe uzyskały porównywalne średnie wyniki w skali GDS (Tabela 5). Nie stwierdzono również znaczących różnic pomiędzy wynikami w grupie kobiet i mężczyzn.

Tabela 5. Wyniki w skali GDS w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe.

GDS	Liczba osób	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
Grupa A (75 - 84 lat)	50	4,8±2,6	5	0-12	p=0,881
Grupa B (85 i więcej lat)	43	4,7±2,6	4	0-12	

1.5. Ocena ryzyka upadków badanej grupy

Test „Wstań i idź” wykonano w grupie 91 osób (2 osoby nie były w stanie wykonać tego testu). Średni uzyskany wynik to 27,6±25,0 sekund. (mediana: 19 pkt, zakres: 7 – 185 pkt.). W przypadku 71 osób (75,3%) testem TUG stwierdzono zwiększone ryzyko upadków (czas wykonania testu co najmniej 20 sekund). Rozkład badanej grupy w zależności od oceny ryzyka upadków z podziałem na płeć i rozpatrywane grupy wiekowe przedstawiono na Rycinie 8.



Rycina 8. Procentowy rozkład badanej grupy według oceny ryzyka upadków z podziałem na płeć i grupy wiekowe.

Kobiety i mężczyźni uzyskali porównywalne średnie wyniki w teście TUG (27,1±19,9 sekund, mediana: 20 sekund, zakres: 7 – 105 sekund vs 30,5±43,5 sekund, mediana: 18 sekund, zakres: 10 – 185 sekund.). Istotne statystycznie różnice zaobserwowano pomiędzy wynikami wyznaczonych grup wiekowych. Czas wykonywany przez osoby ze starszej grupy był dłuższy w porównaniu do młodszej grupy ($p = 0,027$). Ocenę ryzyka upadków według testu TUG z podziałem i analizowane grupy wiekowe przedstawia Tabela 6.

Tabela 6. Wyniki testu TUG w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe.

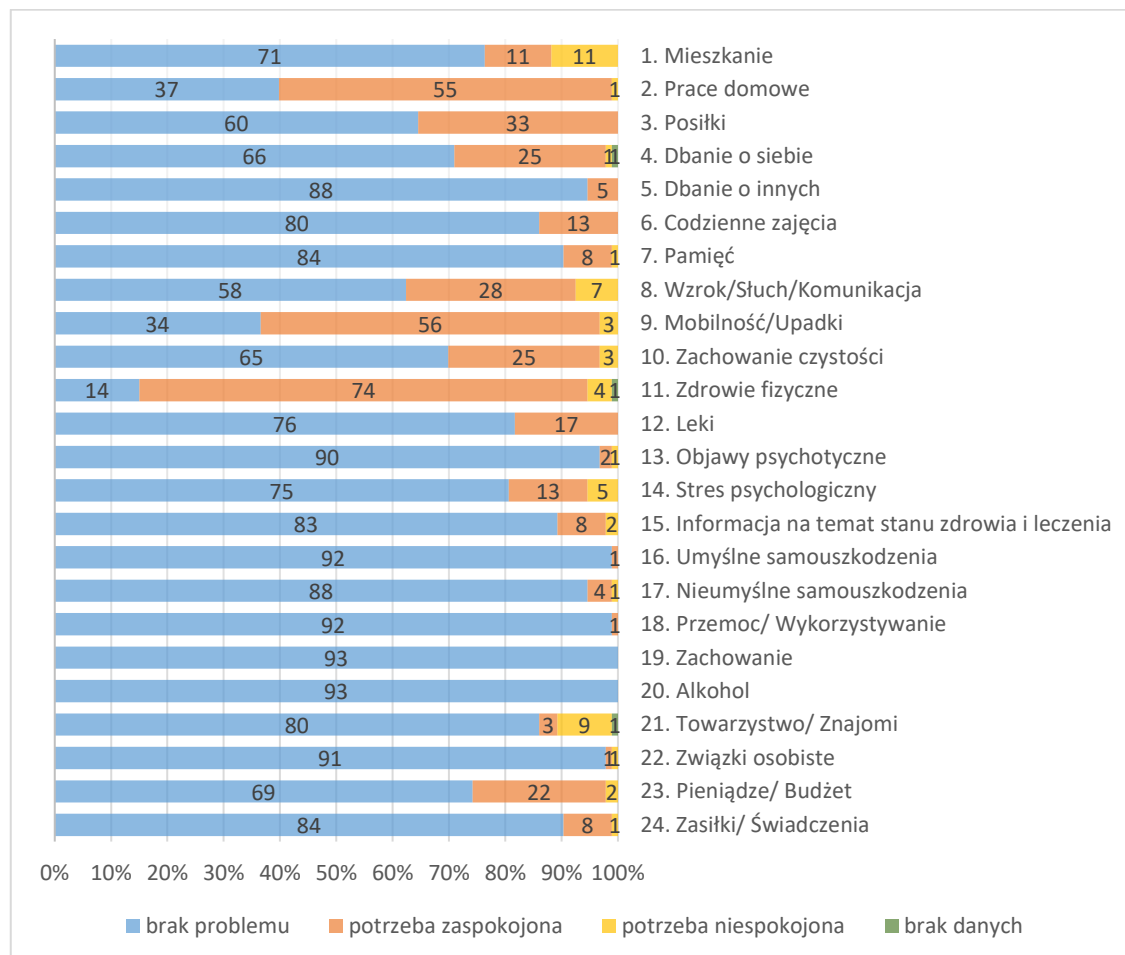
Timed and Go	Liczba osób	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
Grupa A (75 - 84 lat)	49	24,4±26,1	18	7-185	p=0,027
Grupa B (85 i więcej lat)	42	31,4±23,4	25	7-105	

2. Obraz potrzeb

2.1. Charakterystyka potrzeb badanej grupy

Średnia całkowita liczba potrzeb w badanej grupie wynosiła $5,0 \pm 2,9$ (mediana: 5, zakres: 0 – 13). Zdecydowaną większość stanowiły potrzeby zaspokojone $4,4 \pm 2,7$ (mediana: 4, zakres: 0 – 12). Średnia liczba potrzeb niezaspokojonych wynosiła: $0,6 \pm 1,0$ (mediana: 0, zakres: 0 – 6).

Szczegółową charakterystykę potrzeb analizowanej grupy we wszystkich 24 obszarach CANE przedstawiono na Rycinie 9.

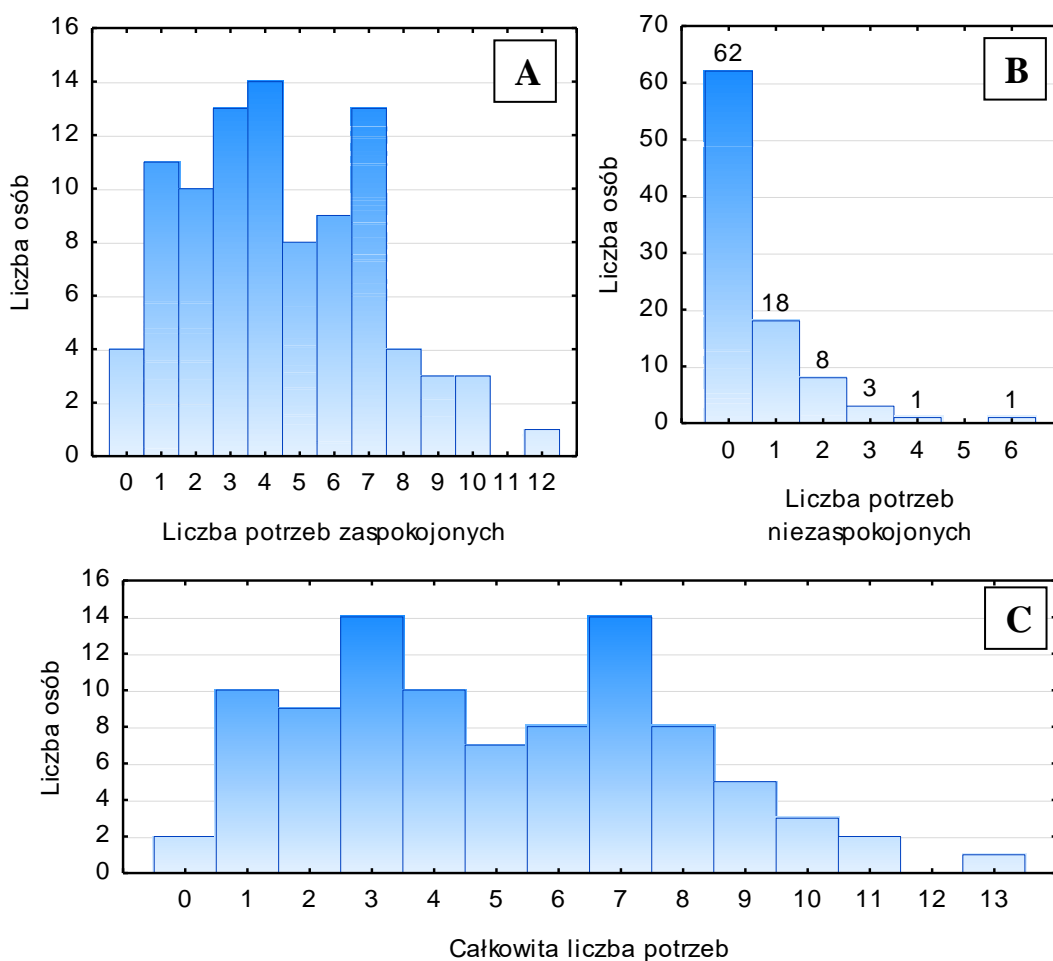


Rycina 9. Charakterystyka jakościowa potrzeb badanej grupy wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 93).

Żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeb w obszarach *Zachowanie* i *Alkohol*. Inne obszary, w których zdecydowana większość badanych nie miała trudności to: *Umyślne samouszkodzenia* (98,9%), *Przemoc/Wykorzystywanie* (98,9%), *Związki osobiste* (97,8%) oraz *Objawy psychotyczne* (96,8%).

Według badanych najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły obszarów: *Zdrowie fizyczne* (79,6%), *Mobilność/upadki* (60,2%) oraz *Prace domowe* (59,1%). Z kolei najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w domenach: *Mieszkanie* (11,8%), *Towarzystwo/Znajomi* (9,7%), *Wzrok/Słuch/Komunikacja* (7,5%).

W badanej grupie najczęściej wskazywano na 4 potrzeby zaspokojone wśród 24 analizowanych obszarów kwestionariusza CANE. Co trzeci ankietowany zgłosił co najmniej jedną potrzebę niezaspokojoną, najczęściej dotyczącą jednego obszaru. Brak problemów we wszystkich obszarach kwestionariusza CANE wskazały tylko 2 osoby. Rozkład liczby potrzeb w badanej grupie przedstawia Rycina 10.



Rycina 10. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych (A) i niezaspokojonych (B) oraz całkowitej liczby potrzeb (C) w badanej grupie (n=93).

Prawie co czwarta (72,0%) z badanych osób otrzymała pomoc ze źródeł formalnych w co najmniej jednym obszarze potrzeb zaspokojonych kwestionariusza CANE. Więcej seniorów (88,0%) otrzymała taką pomoc ze źródeł nieformalnych. Badana osoba otrzymała przeciętnie dwa razy większe wsparcie nieformalne niż formalne w analizowanych obszarach potrzeb ($3,7 \pm 2,9$, mediana: 3, zakres: 0 – 14 vs. $1,8 \pm 1,9$, mediana: 1, zakres: 0 – 8).

Formalna opieka była najczęściej związana z obszarami *Wzrok/słuch/komunikacja*, *Zdrowie fizyczne*, *Leki* – Tabela 7. Z kolei wsparcie nieformalne najczęściej dotyczyło wymiarów *Prace domowe*, *Posiłki*, *Mobilność/Upadki*, *Zdrowie fizyczne*.

Najwięcej badanych oczekuje od lokalnego zakładu opieki zdrowotnej lub społecznej pomocy w zakresie *Zdrowia fizycznego* (73,0%) w postaci okazjonalnych lub regularnych wizyt lub kontaktu z personelem medycznym, w trakcie których przepisywane są ważne leki lub udzielane porady zdrowotne. Co czwarty senior potrzebuje również niewielkiej pomocy w dziedzinie *Wzrok/słuch/komunikacji* i *Mobilność/upadki* poprzez porady i zapewnienie lub kontrolowanie pomocy rehabilitacyjnych takich, jak okulary czy aparat słuchowy lub środków ułatwiających poruszanie się.

Większość badanych (76,0%) jest zadowolonych z ilości otrzymywanej pomocy w związku z problemami ze zdrowiem fizycznym. Ponad połowa ankietowanych jest również zadowolona z udzielonej pomocy w wymiarze *Prace domowe* (56,0%) i *Mobilność/Upadki* (52,0%). Z kolei brak satysfakcji wskazywano najczęściej w odniesieniu do pomocy otrzymanej w związku z zakwaterowaniem (*Mieszkanie* – 11,0%) i kontaktami towarzyskimi (*Towarzystwo/Znajomi* – 10,0%)

Tabela 7. Rodzaj i poziom otrzymanej pomocy w poszczególnych obszarach kwestionariusza CANE (* 0 – brak pomocy, 1 – niewielka pomoc, 2 – umiarkowana pomoc, 3 – duża pomoc).

Obszar potrzeb CANE	Pomoc formalna		Pomoc nieformalna	
	Tak (%)	Poziom pomocy* średnia±SD	Tak (%)	Poziom pomocy* średnia±SD
1. Mieszkanie	5,9	0,12±0,47	30,0	0,40±0,66
2. Prace domowe	24,4	0,53±0,98	81,0	1,62±1,11
3. Posiłki	33,3	0,59±0,99	97,0	2,18±0,87
4. Dbanie o siebie	27,8	0,44±0,76	77,8	1,93±1,12
5. Dbanie o innych	33,3	1,00±1,41	80,0	1,60±1,02
6. Codzienne zajęcia	16,7	0,33±0,85	86,7	1,47±0,96
7. Pamięć	28,6	0,29±0,45	81,8	1,00±0,74
8. Wzrok/Słuch/Komunikacja	72,0	0,84±0,61	65,6	0,88±0,86
9. Mobilność/Upadki	26,2	0,31±0,55	89,7	1,19±0,75
10. Zachowanie czystości	40,0	0,50±0,67	59,1	1,18±1,15
11. Zdrowie fizyczne	88,1	1,28±0,66	76,8	1,25±0,91
12. Leki	94,1	1,18±0,51	66,7	0,89±0,87
13. Objawy psychotyczne	33,3	0,67±0,94	66,7	1,33±1,25
14. Stres psychologiczny	26,7	0,27±0,44	73,7	1,37±1,17
15. Informacja na temat stanu zdrowia i leczenia	77,8	0,78±0,42	70,0	0,80±0,60
16. Umyślne samouszkodzenia	100,0	1,00±0,00	0,0	-
17. Nieumyślne samouszkodzenia	16,7	0,16±0,37	33,3	0,83±1,21
18. Przemoc/Wykorzystywanie	100,0	2,00±0,00	0,0	-
19. Zachowanie	-	-	-	-
20. Alkohol	-	-	-	-
21. Towarzystwo/Znajomi	14,3	0,14±0,35	57,1	0,79±0,86
22. Związki osobiste	0,0	-	100,00	2,00±1,00
23. Pieniądze/Budżet	0,0	-	91,3	1,88±1,76
24. Zasiłki/Świadczenia	85,7	1,43±1,05	88,9	1,78±1,03

2.2. Potrzeby a płeć badanych

W analizowanej grupie całkowita liczba potrzeb była porównywalna u kobiet i mężczyzn – Tabela 8.

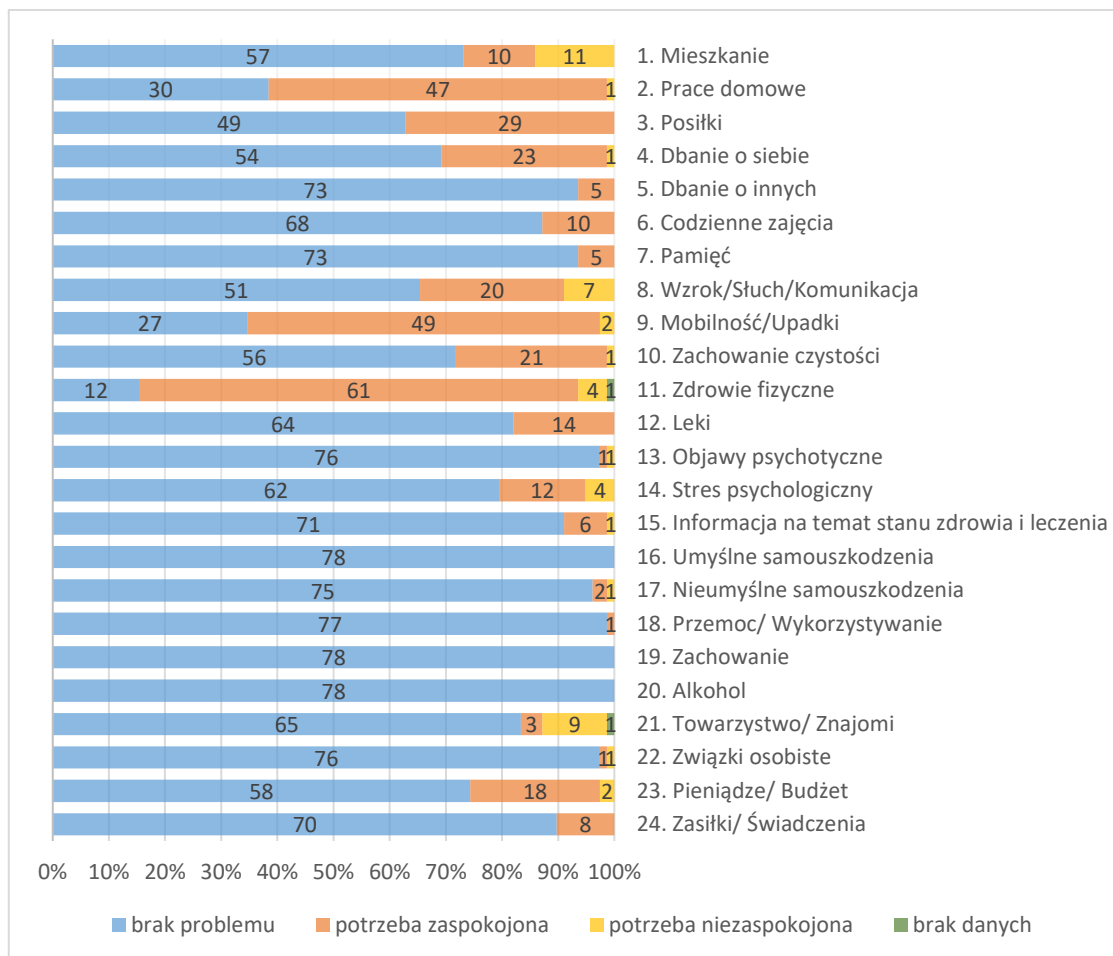
Tabela 8. Charakterystyka ilościowa potrzeb w uwzględnieniu płci w ocenie badanego.

CANE		Kobiety n=78	Mężczyźni n=15	Poziom istotności
Całkowita liczba potrzeb	średnia±SD	5,0±2,7	4,9±3,9	p = 0,475
	mediana	5	3	
	zakres	0 – 11	1 – 13	
Liczba potrzeb zaspokojonych	średnia±SD	4,4±2,5	4,4±3,5	p = 0,651
	mediana	4	3	
	zakres	0 – 10	1 – 12	
Liczba potrzeb niezaspokojonych	średnia±SD	0,6±1,1	0,5±0,9	p = 0,612
	mediana	0	0	
	zakres	0 – 6	0 – 3	

Żadna z badanych kobiet nie zgłosiła problemów w zakresie *Umyślne samouszkodzenia, Zachowanie i Alkohol*. Inne obszary, w których zdecydowana większość kobiet nie miała potrzeb to: *Przemoc/Wykorzystywanie* (98,7%), *Związki osobiste* (97,4%), *Objawy psychiatryczne* (97,4%), *Nieumyślne samouszkodzenia* (96,2%).

Według badanych kobiet najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone to: *Zdrowie fizyczne* (78,2%), *Mobilność/upadki* (62,8%), *Prace domowe* (60,3%). Z kolei najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w domenach: *Mieszkanie* (14,1%), *Towarzystwo/Znajomi* (11,5%), *Wzrok/Słuch/Komunikacja* (9,0%).

Szczegółowy rozkład potrzeb zgłaszanych przez kobiety we wszystkich 24 obszarach CANE przedstawiono na Rycinie 11.



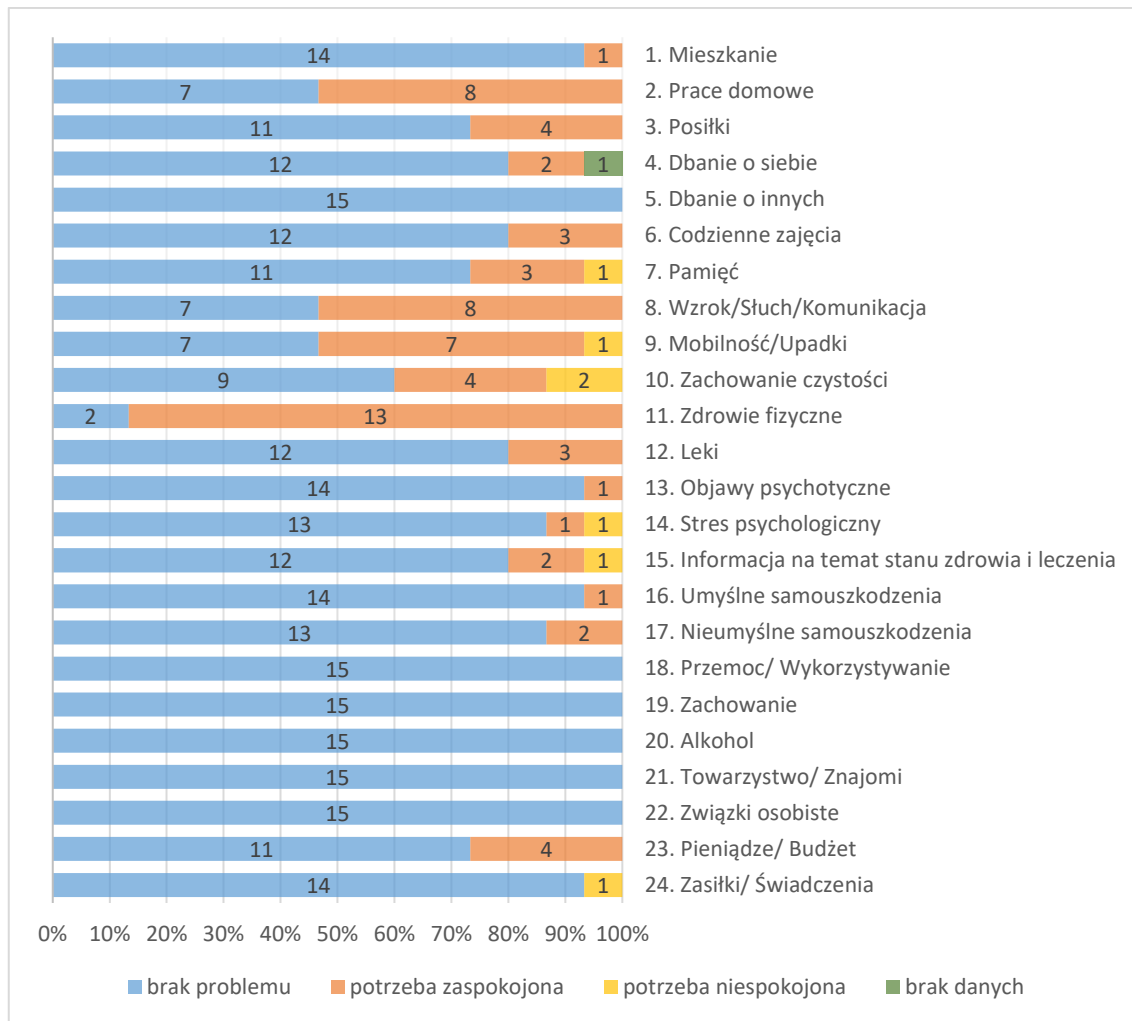
Rycina 11. Charakterystyka jakościowa potrzeb kobiet wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 78).

Żaden z badanych mężczyzn nie zgłosił trudności w obszarach: *Dbanie o innych*, *Przemoc/Wykorzystywanie*, *Zachowanie*, *Alkohol*, *Towarzystwo/Znajomi*, *Związki osobiste*. Zdecydowana większość mężczyzn (93,3%) nie miała potrzeb w domenach: *Mieszkanie*, *Objawy psychotyczne*, *Umyślne samouszkodzenia*, *Zasiłki/świadczenia*.

Według badanych mężczyzn najczęściej zgłaszana była potrzeba zaspokojona w obszarze *Zdrowie fizyczne* (86,7%). Z kolei najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w zakresie: *Zachowanie czystości* (13,3%).

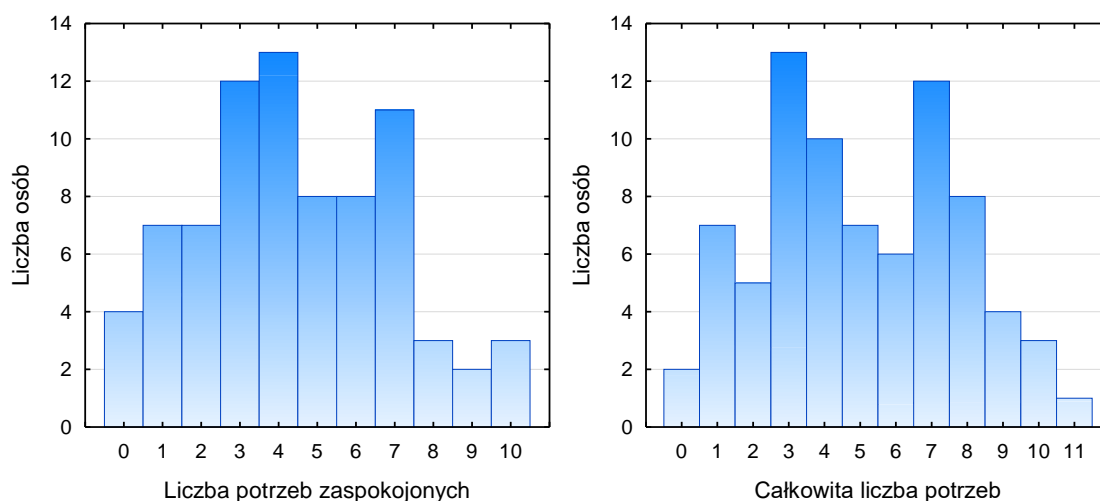
Stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy płcią a istnieniem potrzeb w obszarach *Pamięć* ($p = 0,014$) i *Umyślne samouszkodzenia* ($p = 0,022$), *Zasiłki/Świadczenia* ($p = 0,034$).

Szczegółową charakterystykę potrzeb zgłaszanych przez mężczyzn we wszystkich 24 obszarach CANE przedstawiono na Rycinie 12.



Rycina 12. Charakterystyka jakościowa potrzeb mężczyzn wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 15).

W grupie kobiet najczęściej występowały 4 potrzeby zaspokojone, a największa całkowita liczba potrzeb to 11 – Rycina 13. Co najmniej jedną potrzebę niezaspokojoną wskazało 34,6% kobiet, wśród których najczęściej występowała 1 potrzeba niezaspokojona – 59,2% z nich.



Rycina 13. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych oraz całkowitej liczby potrzeb wśród kobiet.

W grupie mężczyzn 27,7% wskazało co najmniej jedną potrzebę niezaspokojoną. Najczęściej zgłaszano jedną potrzebę zaspokojoną. W związku z małą liczbą mężczyzn

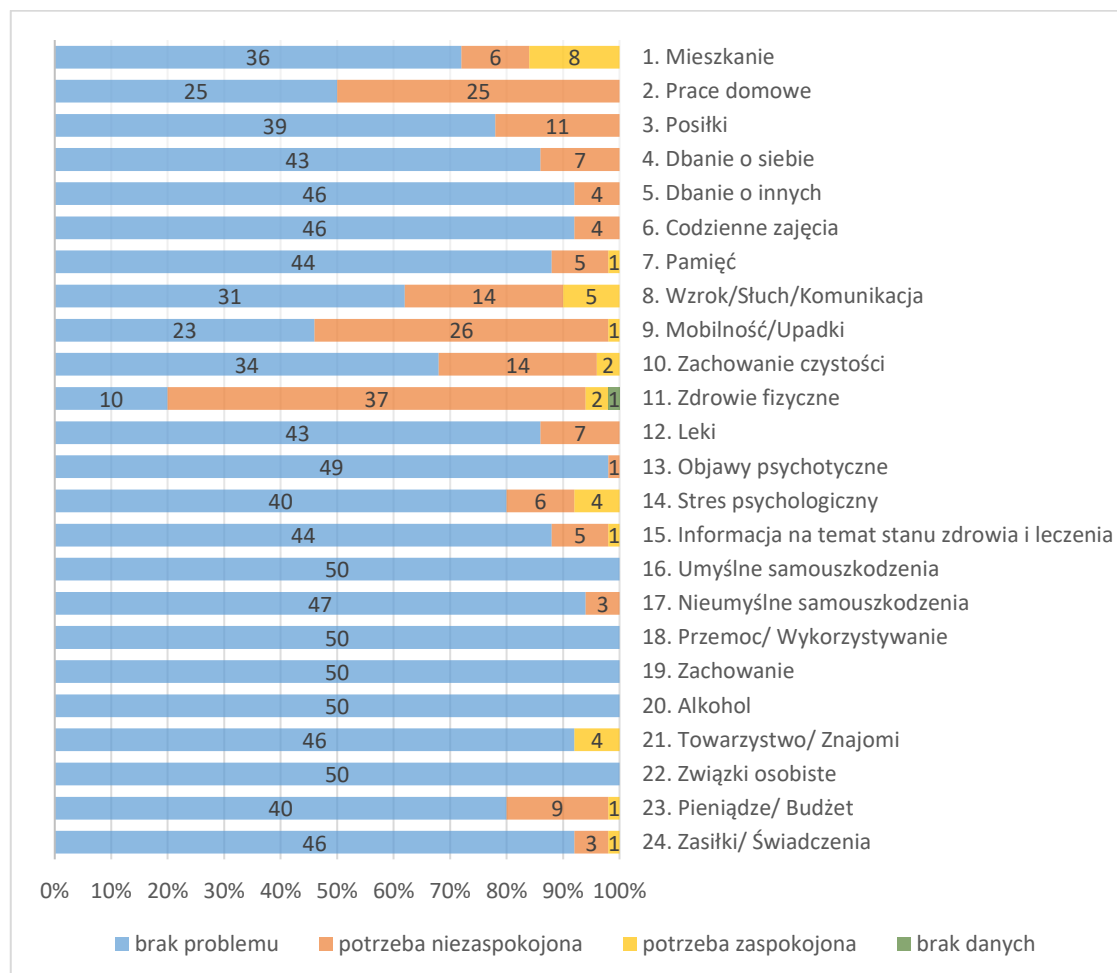
2.3. Potrzeby a wiek badanych

Liczba potrzeb zaspokojonych była istotnie statystycznie wyższa w grupie B ($p = 0,006$) – Tabela 9. Podobną zależność stwierdzono w przypadku całkowitej liczby potrzeb ($p = 0,011$). Liczba potrzeb niezaspokojonych była w obu grupach porównywalna ($p = 0,616$).

Tabela 9. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu badanej grupy wiekowej.

CANE		75 – 84 lat n=50	85 i więcej lat n=43	Poziom istotności
Całkowita liczba potrzeb	średnia±SD	4,3±2,9	5,8±2,8	p = 0,011
	mediana	4	6	
	zakres	0 – 13	1 – 11	
Liczba potrzeb zaspokojonych	średnia±SD	3,7±2,6	5,2±2,6	p = 0,006
	mediana	3,5	5	
	zakres	0 – 12	1 – 10	
Liczba potrzeb niezaspokojonych	średnia±SD	0,6±0,9	0,6±1,2	p = 0,616
	mediana	0	0	
	zakres	0 – 3	0 – 6	

W grupie wiekowej 75 – 84 lat żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeby w zakresie pięciu obszarów: *Umysłne samouszkodzenia, Przemoc/Wykorzystywanie, Zachowanie, Alkohol, Związki osobiste* – Rycina 14.

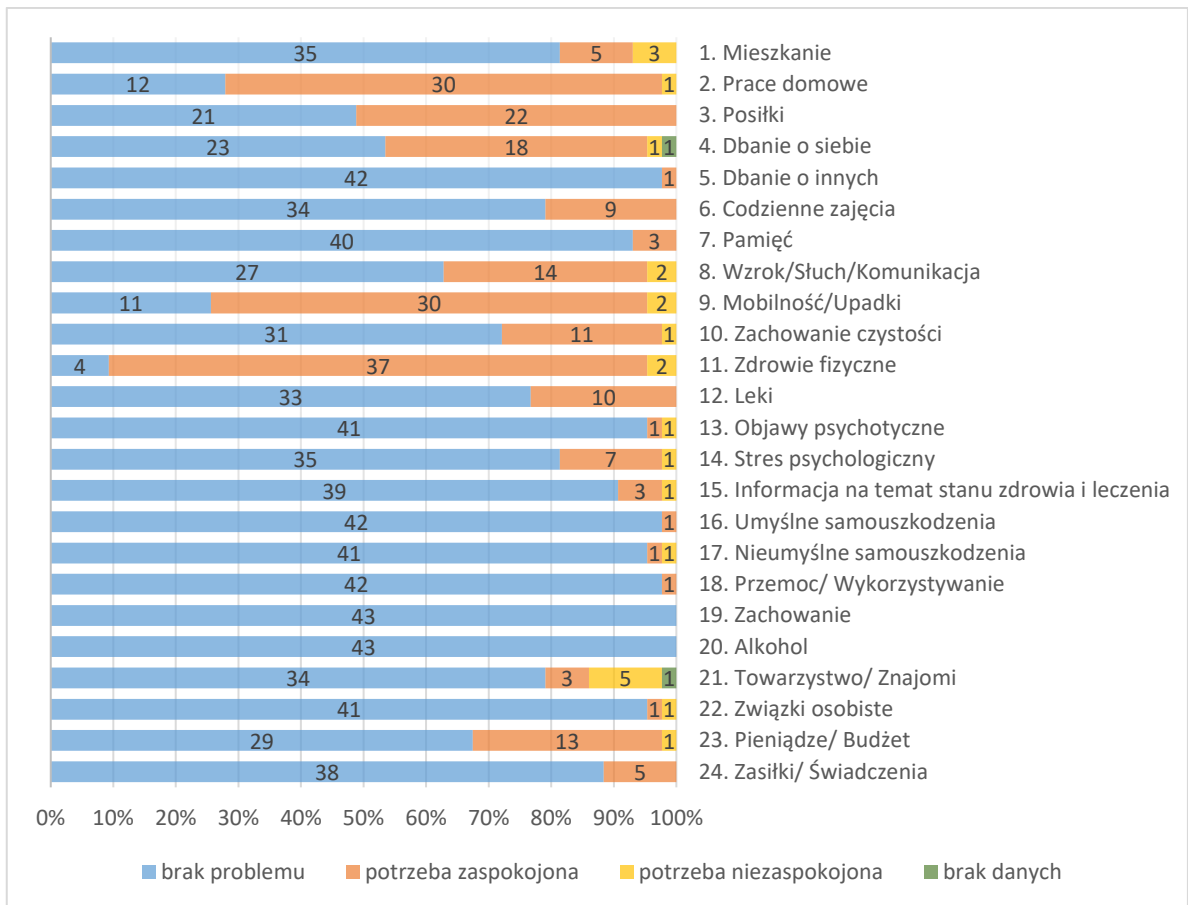


Rycina 14. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie A (75 – 84 lat) wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 50).

Z kolei starsza grupa wiekowa nie zgłosiła potrzeb tylko w dwóch obszarach: *Zachowanie, Alkohol* – Rycina 15.

W obu grupach najczęściej zgłaszana potrzeba zaspokojona to *Zdrowie fizyczne* (odpowiednio 74,0% i 86,1%). Często wskazywano również na problemy w obszarze *Prace domowe* (odpowiednio 50,0% i 69,8%) i *Mobilność/Upadki* (odpowiednio 52,0% i 69,8%). W grupie A najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w obszarze

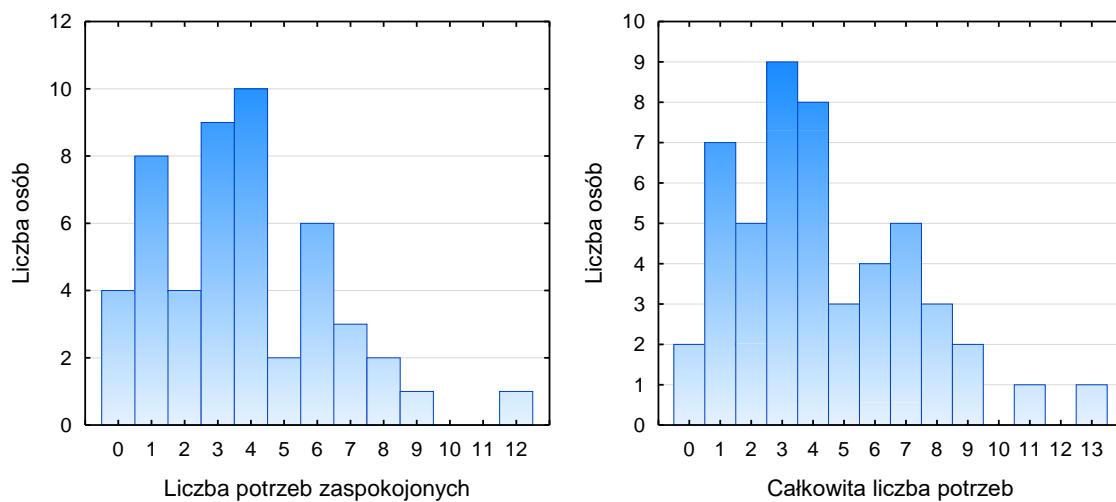
Mieszkanie (16,0%). Z kolei w grupie B najczęściej zgłaszano potrzeby niezaspokojone w domenie *Towarzystwo/Znajomi* (11,6%).



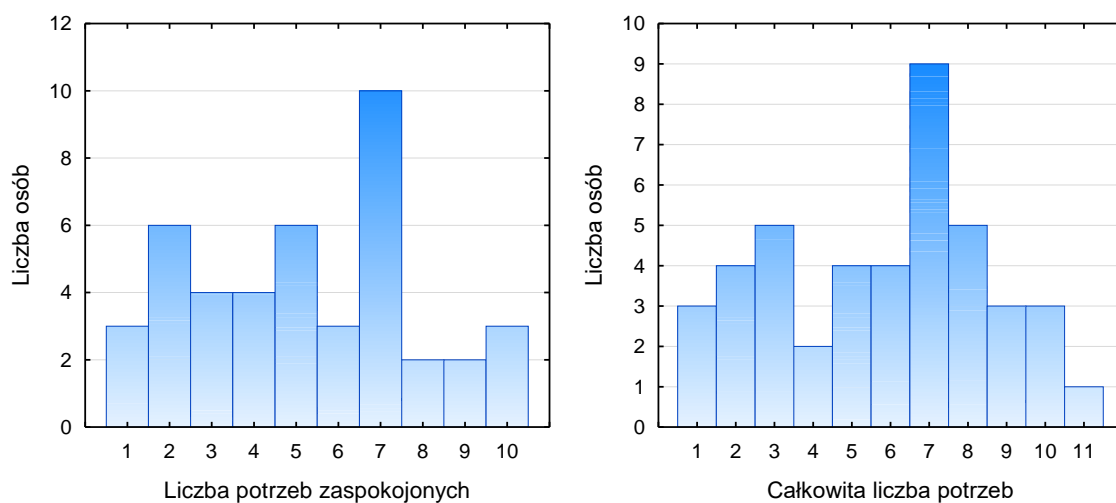
Rycina 15. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie B (85 lat i więcej) wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 43).

Stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy przynależnością do grupy wiekowej a istnieniem potrzeb w obszarach *Posiłki* ($p=0,003$) i *Dbanie o siebie* ($p = 0,004$).

W grupie A co najmniej jedną potrzebę niezaspokojoną wskazało 36% badanych, a w grupie B – 30,0%. Szczegółowy rozkład liczby potrzeb zaspokojonych i całkowitej liczby potrzeb w grupie A i B przedstawiono odpowiednio na Rycina 16 i Rycina 17.



Rycina 16. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych oraz całkowitej liczby potrzeb w grupie A (75 – 84 lata).



Rycina 17. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych oraz całkowitej liczby potrzeb w grupie B (85 lat i więcej).

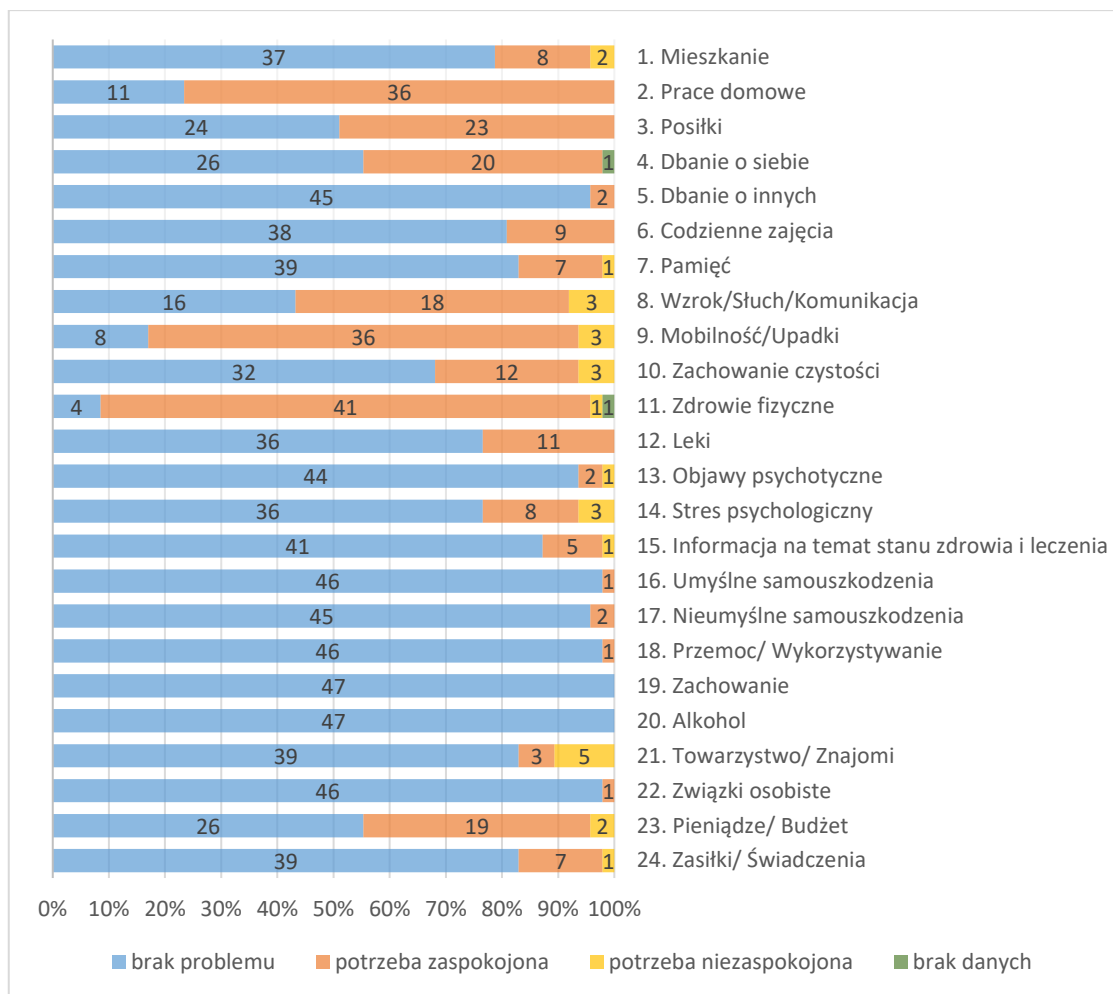
2.4. Potrzeby a posiadanie osoby sprawującej opiekę

Liczba potrzeb zaspokojonych była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób, które miały opiekuna w porównaniu z grupą osób bez opiekuna ($p < 0,001$) – Tabela 10. Podobną zależność stwierdzono w przypadku całkowitej liczby potrzeb ($p < 0,001$). Liczba potrzeb niezaspokojonych była w obu grupach porównywalna ($p = 0,644$).

Tabela 10. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu posiadania osoby sprawującej opiekę nad badanym.

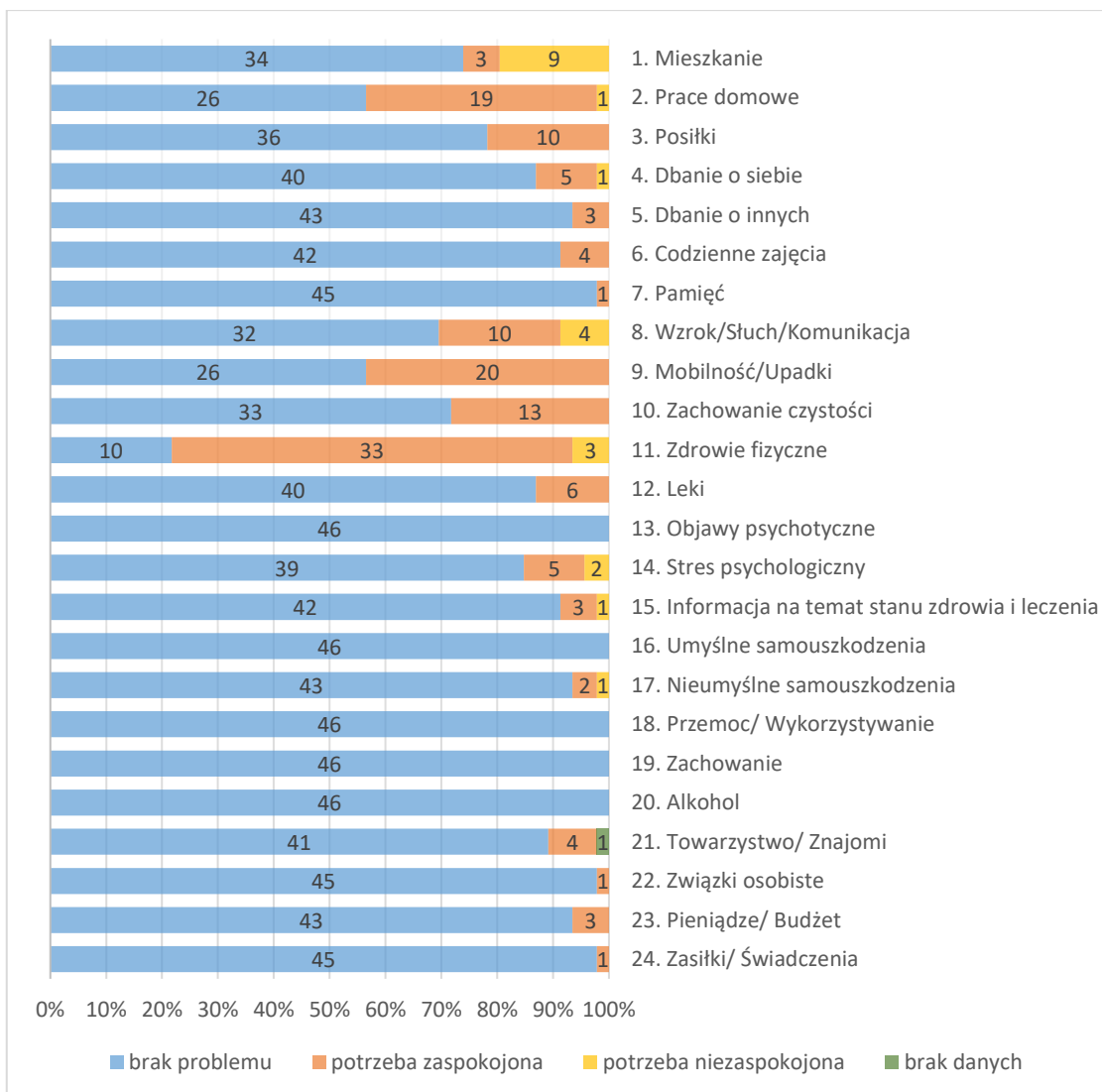
CANE		Badany ma opiekuna (n=47)	Badany nie ma opiekuna (n=46)	Poziom istotności
Całkowita liczba potrzeb	średnia±SD	6,3±2,7	3,7±2,2	$p < 0,001$
	mediana	7	3	
	zakres	1 – 13	0 – 11	
Liczba potrzeb zaspokojonych	średnia±SD	5,8±2,5	3,1±2,2	$p < 0,001$
	mediana	6	3	
	zakres	1 – 12	0 – 9	
Liczba potrzeb niezaspokojonych	średnia±SD	0,6±0,9	0,6±1,2	$p = 0,644$
	mediana	0	0	
	zakres	0 – 3	0 – 6	

W grupie osób posiadającej opiekuna żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeby w zakresie tylko dwóch obszarów: *Zachowanie*, *Alkohol* – Rycina 18. Z kolei grupa osób bez opiekuna nie zgłosiła potrzeb w pięciu obszarach: *Objawy psychotyczne*, *Umysłne samouszkodzenia*, *Przemoc/Wykorzystywanie*, *Zachowanie*, *Alkohol* – Rycina 19.



Rycina 18. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie osób posiadających opiekuna wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 47).

W obu grupach najczęściej zgłaszana potrzeba zaspokojona to *Zdrowie fizyczne* (87,2% z opiekunem i 71,7% bez opiekuna). Często wskazywano również na problemy w obszarze *Prace domowe* (odpowiednio 76,6% i 41,3%) i *Mobilność/Upadki* (odpowiednio 76,6% i 43,5%). W grupie badanych posiadających osobę sprawującą opiekę najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w obszarze *Towarzystwo/Znajomi* (10,6%). Z kolei w grupie ankietowanych bez wsparcia opiekuna najczęściej zgłaszano potrzeby niezaspokojone w domenie *Mieszkanie* (19,6%).



Rycina 19. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie osób, które nie posiadają opiekuna wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 46).

Stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy posiadaniem opiekuna a istnieniem potrzeb w obszarach *Mieszkanie* ($p=0,033$), *Prace domowe* ($p = 0,002$), *Posiłki* ($p = 0,006$), *Dbanie o siebie* ($p = 0,002$), *Mobilność/Upadki* ($p < 0,001$), *Pieniądze/Budżet* ($p < 0,001$).

2.5. Potrzeby a sprawność funkcjonalna

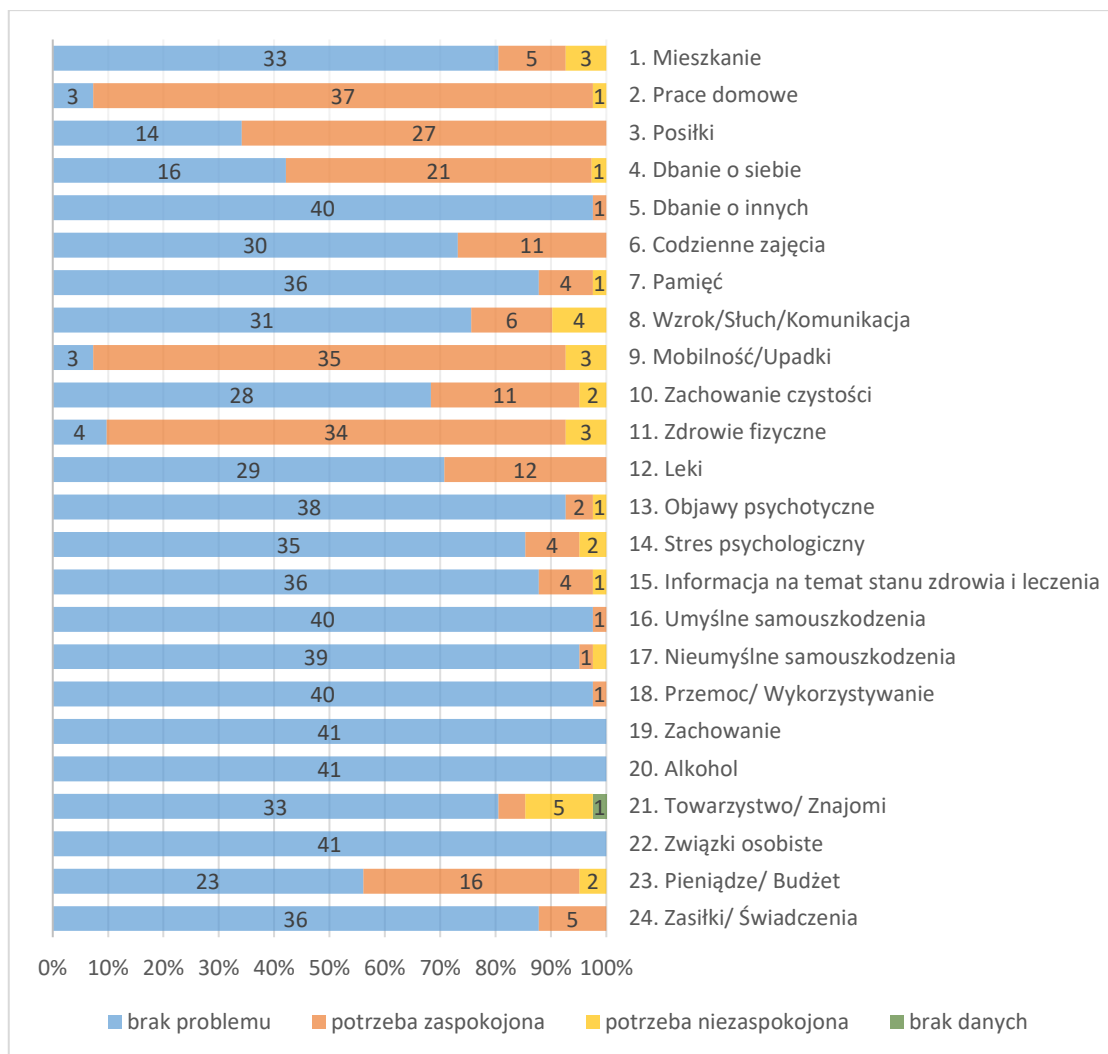
W celu analizy związku pomiędzy potrzebami a sprawnością funkcjonalną podzielono badanych na dwie grupy w zależności od wyniku skali Barthel: grupa B1 – stan pacjenta średnio ciężki (co najwyżej 85 punktów) i grupa B2 – stan pacjenta lekki (86 – 100 punktów).

Całkowita liczba potrzeb była istotnie wyższa w grupie B1 ($p < 0,001$) – Tabela 11. Podobna zależność dotyczy potrzeb zaspokojonych ($p < 0,001$). Liczba potrzeb niezaspokojonych w obu grupach była porównywalna ($p = 0,28$).

Tabela 11. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu sprawności funkcjonalnej według skali Barthel.

CANE		Grupa B1 (21 – 85 pkt.) n = 41	Grupa B2 (86 – 100 pkt.) n = 52	Poziom istotności
Całkowita liczba potrzeb	średnia±SD	6,7±2,7	3,7±2,4	$p < 0,001$
	mediana	7	3	
	zakres	0 – 13	0 – 10	
Liczba potrzeb zaspokojonych	średnia±SD	5,9±2,4	3,3±2,4	$p < 0,001$
	mediana	6	3	
	zakres	0 – 12	0 – 10	
Liczba potrzeb niezaspokojonych	średnia±SD	0,8±1,2	0,42±0,82	$p = 0,28$
	mediana	0	0	
	zakres	0 – 6	0 – 4	

W grupie B1 żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeby w zakresie dwóch obszarów: *Zachowanie, Alkohol* – Rycina 20. Z kolei w grupie B2 nie zgłoszono potrzeb w pięciu obszarach: *Objawy psychotyczne, Umysłne samouszkodzenia, Przemoc/Wykorzystywanie, Zachowanie, Alkohol* – Rycina 21.

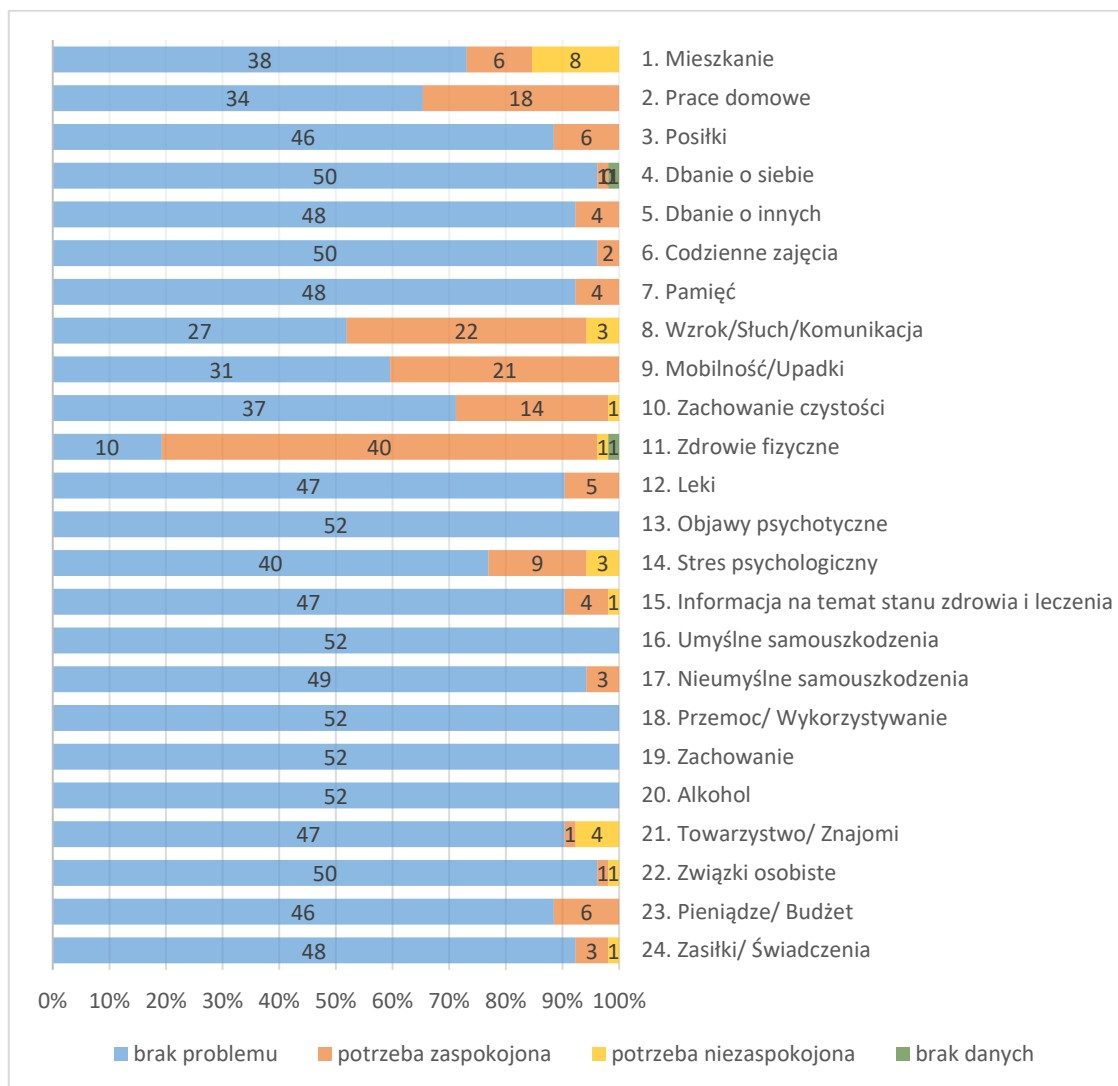


Rycina 20. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie B1 (co najwyżej 85 pkt. w skali Barthel, n = 41).

W grupie B1 najczęściej wskazywana potrzeba zaspokojona to *Prace domowe* (90,2%). Inne często zgłaszane problemy dotyczyły obszarów *Mobilność/Upadki* (85,4%) i *Zdrowie fizyczne* (82,9%). W grupie B2 również *Zdrowie fizyczne* było najczęściej deklarowanym obszarem potrzeb zaspokojonych. Najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano odpowiednio w obszarze *Towarzystwo/Znajomi* (12,2%) oraz *Mieszkanie* (15,4%).

Stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy stanem pacjenta na podstawie wyniku skali Barthel (grupa B1/grupa B2) a istnieniem potrzeb w obszarach *Prace domowe* ($p < 0,001$), *Posiłki* ($p < 0,001$), *Dbanie o siebie* ($p < 0,001$), *Codzienne zajęcia* ($p=0,002$), *Wzrok/Słuch/Komunikacja* ($p=0,015$), *Mobilność/upadki* ($p < 0,001$), *Leki* ($p = 0,015$), *Pieniądze/Budżet* ($p = 0,001$).

W grupie B1 co najmniej jedną potrzebę niezaspokojoną wskazało 39,0% badanych. W grupie B2 co najmniej jedną potrzebę niezaspokojoną deklarowało 28,8% osób.



Rycina 21. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie B2 (co najmniej 86 pkt. w skali Barthel, n = 52).

2.6. Potrzeby a sprawność poznawcza

W celu analizy potrzeb i sprawności poznawczej podzielono badanych na dwie grupy w zależności od wyniku testu MMSE: grupa M1 – osoby z otępieniem (co najwyżej 23 punkty) i grupa M2 – osoby bez otępienia (co najmniej 24 punkty).

Liczba potrzeb była porównywalna w obu grupach. Szczegółową charakterystykę ilościową potrzeb przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu sprawności poznawczej według testu MMSE.

CANE		Grupa M1 15 – 23 pkt. n = 35	Grupa M2 24 – 30 pkt. n = 58	Poziom istotności
Całkowita liczba potrzeb	średnia±SD	5,1±3,4	5,0±2,7	p = 0,949
	mediana	5	5	
	zakres	0 – 13	1 – 11	
Liczba potrzeb zaspokojonych	średnia±SD	4,5±3,0	4,4±2,5	p = 0,952
	mediana	4	4	
	zakres	0 – 12	0 – 10	
Liczba potrzeb niezaspokojonych	średnia±SD	0,6±0,8	0,6±1,2	p = 0,406
	mediana	0	0	
	zakres	0 – 3	0 – 6	

2.7. Potrzeby a ocena ryzyka depresji

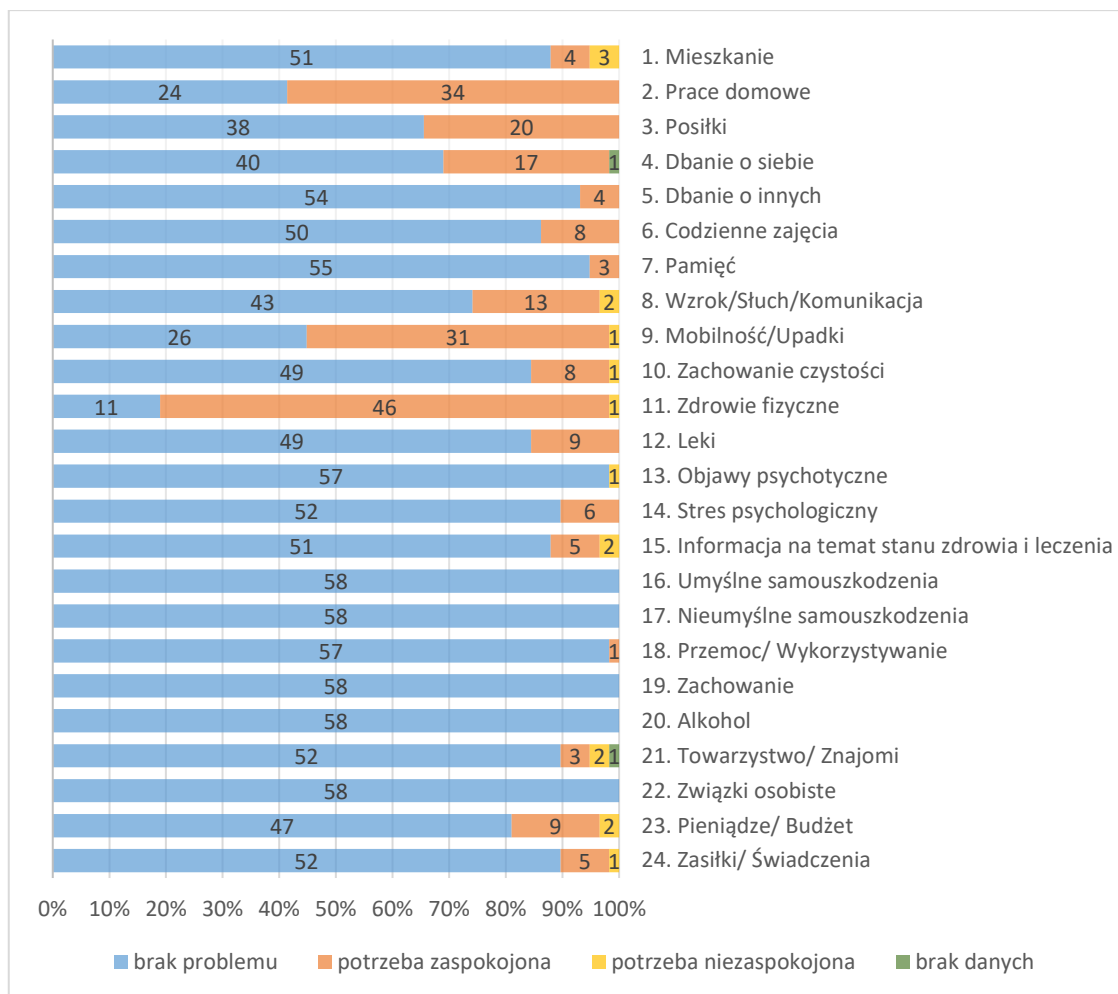
W celu analizy zależności potrzeb i oceny ryzyka depresji mierzonej w skali GDS podzielono badanych na dwie grupy w zależności od wyniku skali GDS: grupa G1 – osoby bez depresji (co najwyżej 5 punktów) i grupa G2 – osoby z depresją (co najmniej 6 punktów).

Całkowita liczba potrzeb była istotnie wyższa w grupie G2 niż w grupie G1 ($p < 0,001$) – Tabela 13. Podobna zależność dotyczy potrzeb zaspokojonych ($p < 0,021$) i potrzeb niezaspokojonych ($p < 0,001$).

Tabela 13. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu oceny ryzyka depresji według skali GDS.

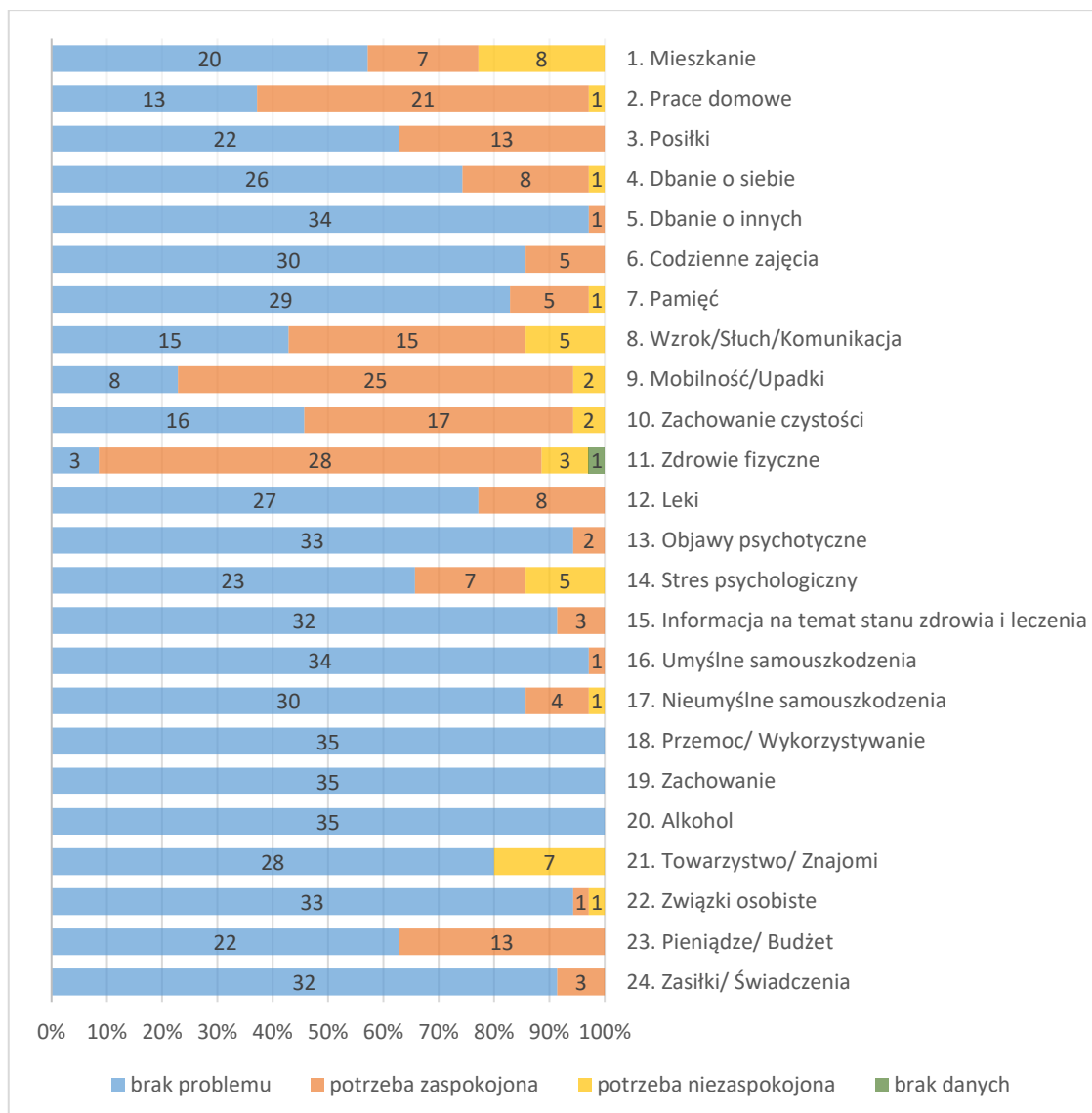
CANE		Grupa G1 0 – 5 pkt. n = 58	Grupa G2 6 – 15 pkt. n = 35	Poziom istotności
Całkowita liczba potrzeb	średnia±SD	4,2±2,6	6,4±2,9	$p < 0,001$
	mediana	3,5	6	
	zakres	0 – 9	1 – 13	
Liczba potrzeb zaspokojonych	średnia±SD	3,9±2,5	5,3±2,8	$p < 0,021$
	mediana	3	5	
	zakres	0 – 9	1 – 12	
Liczba potrzeb niezaspokojonych	średnia±SD	0,3±0,6	1,1±1,4	$p < 0,001$
	mediana	0	1	
	zakres	0 – 2	0 – 6	

W grupie G1 żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeby w pięciu obszarach: *Umyślne samouszkodzenia, Nieumyślne samouszkodzenia, Zachowanie, Alkohol, Związki osobiste* – Rycina 22.



Rycina 22. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie G1 (bez depresji, co najwyżej 5 pkt. w skali GDS, n = 58).

Z kolei w grupie G2 nie zgłosiła potrzeb w trzech obszarach: *Zachowanie, Alkohol, Przemoc/Wykorzystywanie* – Rycina 23.



Rycina 23. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie G2 (z depresją, co najmniej 6 pkt. w skali GDS, n = 35).

W obu grupach najczęściej zgłaszana potrzeba zaspokojona dotyczyła obszaru *Zdrowie fizyczne* (G1 – 70,3%; G2 – 80,0%). Często wskazywane problemy dotyczyły obszarów *Prace domowe* (G1 – 58,6%; G2 – 60,0%) oraz *Mobilność/Upadki* (G1 – 53,5%; G2 – 71,4%). Najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano dla grupy G1 w obszarze *Mieszkanie* (5,2%), a dla grupy G2 – *Towarzystwo/Znajomi* (20,0%). Na uwagę zasługuje fakt, że w grupie osób z depresją żadna z osób nie wskazała potrzeby zaspokojonej w domenie *Towarzystwo/Znajomi*.

W grupie G1 najczęściej wskazywano 3 potrzeby zaspokojone (19,0%), a w grupie G2 – 4 potrzeby (22,9%). W grupie G2 co najmniej jedną potrzebę

niezaspokojoną deklarowało 54,2% badanych, a w grupie G1 – 20,7% osób. Dominanta całkowitej liczby potrzeb wynosi odpowiednio: G1 – 3 (19,0%), G2 – 7 (17,1%).

2.8. Potrzeby a ocena ryzyka upadków

W celu analizy zależności potrzeb i oceny ryzyka upadków mierzonej wynikiem testu TUG podzielono badanych na dwie grupy w zależności od czasu badania: grupa T1 – czas wykonania testu co najwyżej 20 sekund i grupa T2 – czas wykonania testu powyżej 20 sekund.

Całkowita liczba potrzeb była istotnie wyższa w grupie T2 niż w grupie T1 ($p = 0,006$) – Tabela 14. Podobna zależność dotyczy potrzeb zaspokojonych ($p = 0,001$). Liczba potrzeb niezaspokojonych w obu grupach była porównywalna.

Tabela 14. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu oceny ryzyka upadków na podstawie testu TUG.

CANE		Grupa T1 0 – 20 s n = 53	Grupa T2 > 21 s n = 38	Poziom istotności
Całkowita liczba potrzeb	średnia±SD	4,3±2,8	5,9±2,9	$p = 0,006$
	mediana	4	7	
	zakres	0 – 13	0 – 11	
Liczba potrzeb zaspokojonych	średnia±SD	3,7±2,6	5,4±2,5	$p = 0,001$
	mediana	3	6	
	zakres	0 – 12	0 – 10	
Liczba potrzeb niezaspokojonych	średnia±SD	0,6±0,9	0,5±1,2	$p = 0,190$
	mediana	0	0	
	zakres	0 – 4	0 – 6	

2.9. Analiza wieloparametrowa

W wyniku zastosowania regresji logistycznej, wykazano, że niezależnymi determinantami liczby potrzeb niezaspokojonych są: ocena nastroju mierzona skalą GDS ($p = 0,001$) i wykształcenie ($p = 0,011$). Osoby z objawami depresyjnymi (wynik w skali GDS powyżej 5 pkt.) ponad 5 razy częściej wskazywały na co najmniej jedną potrzebę niezaspokojoną (OR=5,289; 95% CL: 1,976 – 14,159). Ponadto osoby z wykształceniem podstawowym ponad 3,5 razy częściej deklarowały potrzeby niezaspokojone (OR = 3,599; 95% CL: 1,338 – 9,677).

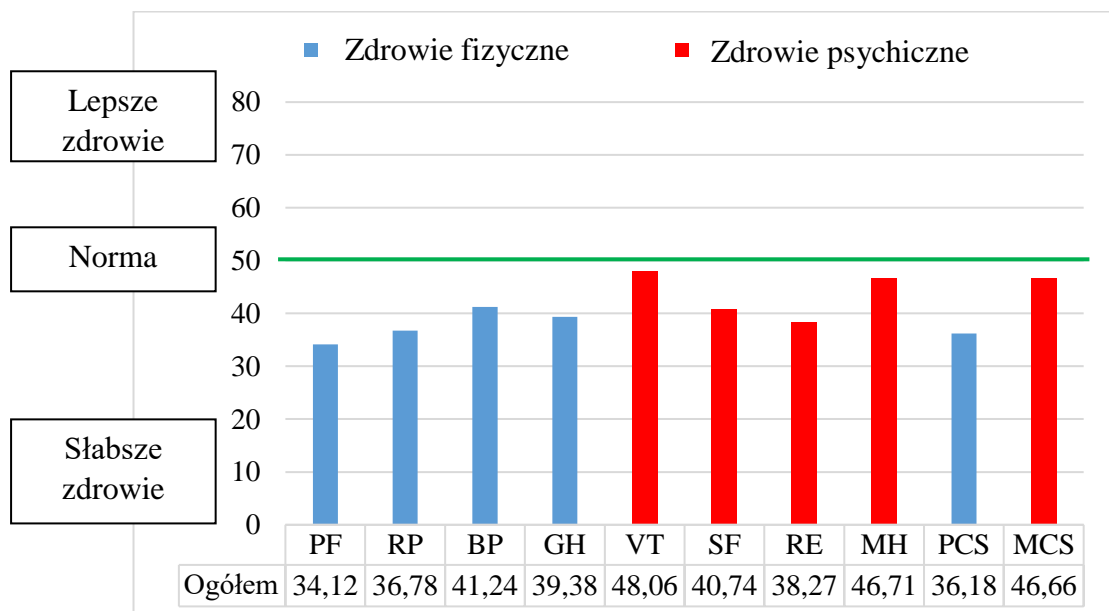
Analiza wieloparametrowa wykazała, że osoby w wieku podeszłym ze średnio ciężkim stanem funkcjonalnym (do 85 pkt. w skali Barthel) zgłaszały ponad 8 razy częściej co najmniej 4 potrzeby zaspokojone (OR = 8,55; 95% CL: 2,46 – 29,72; $p = 0,001$). Przyjęto jako punkt podziału grupy istnienie 4 potrzeb zaspokojonych ponieważ odpowiada to medianie liczby potrzeb zaspokojonych w badanej grupie. Żaden z pozostałych branych pod uwagę parametrów nie miał znaczenia dla zwiększenia liczby potrzeb zaspokojonych powyżej mediany (przynależność do grupy wiekowej, posiadanie opiekuna, wynik w skali GDS oraz wynik testu TUG).

Analogicznie, dla potrzeb całkowitych przyjęto jako punkt podziału istnienie 5 potrzeb ponieważ odpowiada to medianie liczby potrzeb całkowitych w badanej grupie. Co najmniej 5 potrzeb całkowitych zgłaszali częściej seniorzy z niższym wynikiem w skali Barthel (do 85 pkt) - ponad 7 razy częściej (OR = 7,535; 95% CL: 2,039 – 27,846; $p = 0,002$) oraz osoby, które nie posiadały opiekuna - ponad 3 razy częściej (OR = 0,315; 95% CL: 0,116 – 0,86; $p = 0,024$). W analizie wzięto pod uwagę również, przynależność do grupy wiekowej, wynik w skali GDS oraz wynik testu TUG.

3. Jakość życia badanej grupy

3.1. Ocena jakości życia w badanej grupie

We wszystkich podskalach oceny jakości życia kwestionariusza SF-36v2 średnie wyniki badanej grupy były niższe od 50 punktów, co oznacza że ankietowani ocenili swoje zdrowie poniżej tej normy (Rycina 24). Chorzy postrzegają swoją jakość życia gorzej w sferze zdrowia fizycznego niż psychicznego ($p < 0,001$).



Rycina 24. Porównanie wyników skali SF-36v2 w badanej grupie.

Najgorzej ocenione zostały podskale *Funkcjonowanie fizyczne (PF)* i *Ograniczenia roli z powodu funkcjonowania fizycznego (RP)*. Najlepiej z kolei oceniono *Witalność (VT)* i *Samopoczucie (MH)*. Szczegółowe wyniki subiektywnej oceny jakości życia badanej grupy przedstawia Tabela 15.

Tabela 15. Wyniki szczegółowe subiektywnej oceny jakości życia w badanej grupie według skali SF-36v2.

Podskala kwestionariusza SF-36v2	N	Średnia±SD	Mediana	Zakres
FUNKCJONOWANIE FIZYCZNE (PF)	93	34,12±10,32	34,58	19,26 – 57,54
OGRANICZENIE ROLI -PROBLEMY FIZYCZNE (RP)	93	36,78±8,84	36,95	21,23 – 52,66
BÓL (BP)	93	41,24±10,94	38,21	21,68 – 62,00
ZDROWIE OGÓLNE (GH)	93	39,38±7,41	40,35	18,95 – 57,94
WITALNOŚĆ (VT)	93	48,06±8,53	46,66	22,89 – 67,45
FUNKCJONOWANIE SPOLECZNE (SF)	93	40,74±8,87	42,30	17,23 – 57,34
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY EMOCJONALNE (RE)	93	38,27-10,21	38,76	14,39 – 56,17
SAMOPOCZUCIE (MH)	93	46,71±8,53	48,25	22,09 – 63,95
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE FIZYCZNE (PCS)	93	36,18±8,12	36,31	18,11 – 57,39
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE PSYCHICZNE (MCS)	93	46,66±9,02	47,17	20,42 – 70,02

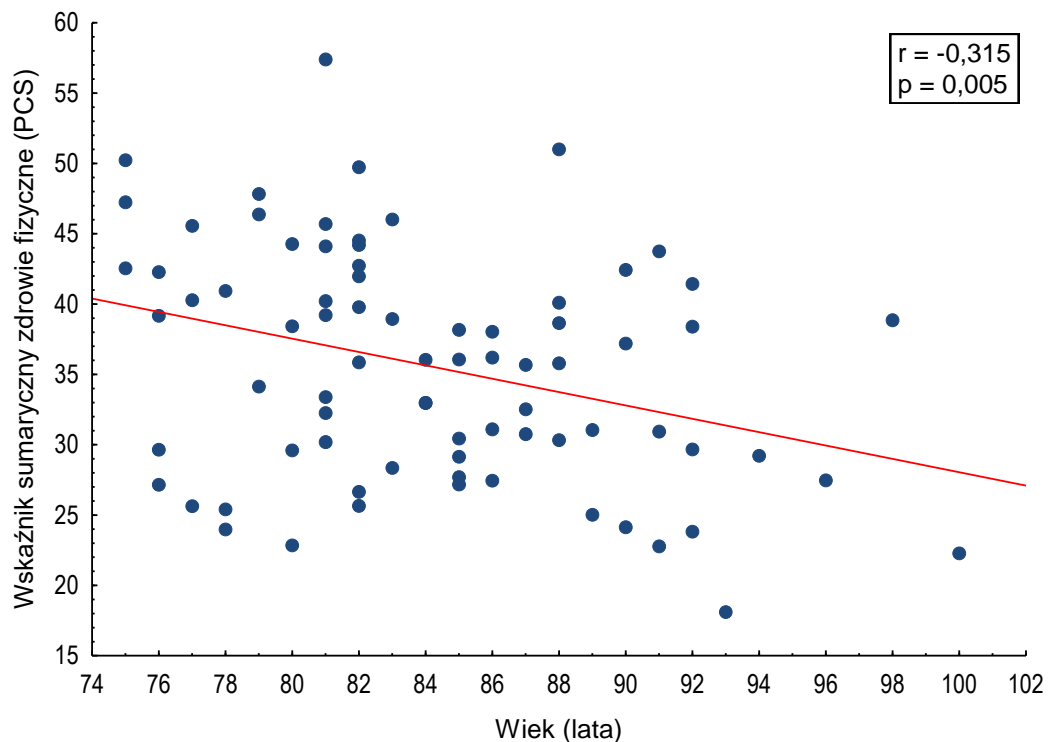
3.2. Ocena jakości życia a płeć badanych

W ocenie jakości życia zmierzonej za pomocą kwestionariusza SF-36v2 nie stwierdzono znamienych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. Szczegółową ocenę jakości życia mierzoną skalą SF-36v2 z podziałem na płeć zawiera Tabela 16.

Tabela 16. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na płeć

Podskala kwestionariusza SF-36v2	Grupa	N	Średnia±SD	Mediana	Zakres
FUNKCJONOWANIE FIZYCZNE (PF)	Kobiety	78	33,42±9,99	31,71	19,26 – 57,54
	Mężczyźni	15	37,77±11,64	38,40	19,26 – 51,80
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY FIZYCZNE (RP)	Kobiety	78	36,43±8,71	36,95	21,23 – 52,66
	Mężczyźni	15	38,59±9,54	43,68	21,23 – 48,17
BÓL (BP)	Kobiety	78	40,46±10,67	38,21	21,68 – 62,00
	Mężczyźni	15	45,25±11,82	38,61	30,55 – 62,00
ZDROWIE OGÓLNE (GH)	Kobiety	78	39,29±7,15	40,35	18,95 – 57,94
	Mężczyźni	15	39,84±8,89	37,97	26,08 – 57,94
WITALNOŚĆ (VT)	Kobiety	78	47,57±8,02	46,66	22,89 – 67,45
	Mężczyźni	15	50,62±10,81	52,60	34,77 – 64,48
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE (SF)	Kobiety	78	40,37±8,90	42,30	17,23 – 57,34
	Mężczyźni	15	42,64±8,78	42,30	22,25 – 52,33
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY EMOCJONALNE (RE)	Kobiety	78	37,82±9,47	38,76	14,39 – 56,17
	Mężczyźni	15	40,62±13,60	45,72	17,87 – 56,17
SAMOPOCZUCIE (MH)	Kobiety	78	46,68±7,79	48,25	22,09 – 63,95
	Mężczyźni	15	46,86±12,02	48,25	24,71 – 61,33
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE FIZYCZNE (PCS)	Kobiety	78	35,58±8,19	35,95	18,11 – 57,39
	Mężczyźni	15	39,33±7,17	39,54	26,74 – 53,79
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE PSYCHICZNE (MCS)	Kobiety	78	46,52±8,60	46,95	20,42 – 70,02
	Mężczyźni	15	47,41±11,26	50,00	29,22 – 61,16

Zaobserwowano istnienie słabej ujemnej korelacji pomiędzy wiekiem badanych kobiet oraz oceną w podskali *Funkcjonowanie fizyczne (PF)* ($r = -0,324$; $p = 0,004$), *Bólem (BP)* ($r = -0,231$; $p = 0,042$) i *Funkcjonowaniem społecznym (SF)* ($r = -0,28$; $p = 0,013$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wieku badanych ocena kobiet w w/w obszarach była niższa. Również *Wskaźnik sumaryczny zdrowia fizycznego (PCS)* kobiet zmniejszał się wraz z wiekiem ($r = -0,315$; $p = 0,005$) – Rycina 25.



Rycina 25. Związek pomiędzy wiekiem i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)* wśród kobiet.

Analogicznej analizy dla mężczyzn nie dokonano z uwagi na małą liczebność grupy.

3.3. Ocena jakości życia w grupach wiekowych

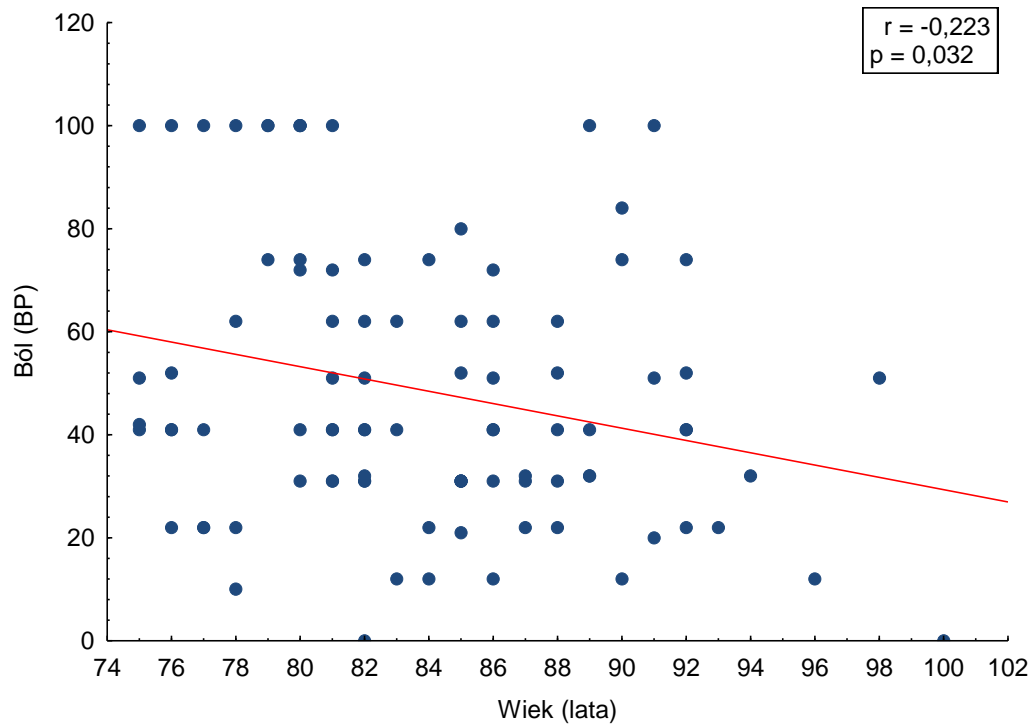
Analiza wyników oceny jakości życia za pomocą kwestionariusza SF-36v2 wykazała, że średnie wyniki w poszczególnych skalach dla obydwu grup wiekowych były podobne. Różnice w ocenie jakości życia pomiędzy grupą A i B były statystycznie istotne tylko dla podskali *Funkcjonowania fizycznego (PF)* oraz *Wskaźnika sumarycznego zdrowie fizyczne (PCS)*.

Szczegółową ocenę jakości życia w poszczególnych grupach wiekowych przedstawia Tabela 17.

Tabela 17. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe.

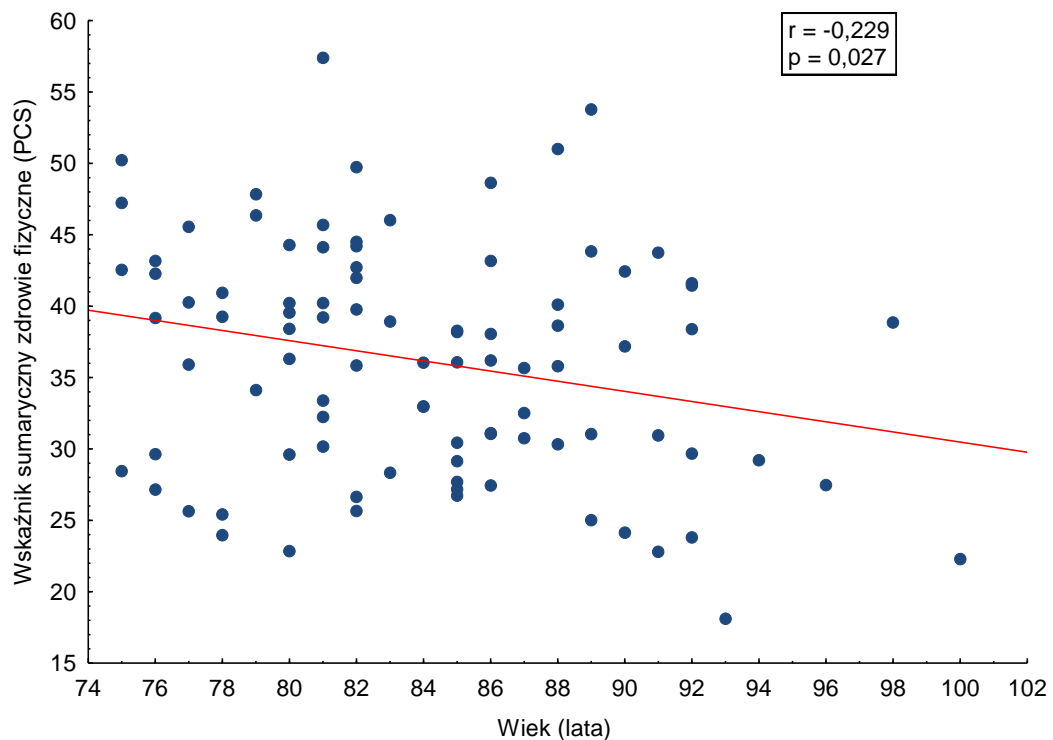
Podskala kwestionariusza SF-36v2	Grupa	N	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
FUNKCJONOWANIE FIZYCZNE (PF)	75-84 lat	50	36,18±10,35	37,45	19,26-57,54	p = 0,034
	85+	43	31,72±9,89	28,83	19,26-51,80	
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY FIZYCZNE (RP)	75-84 lat	50	37,98±8,79	38,07	21,23-52,66	p = 0,184
	85+	43	35,38±8,79	34,70	21,23-48,17	
BÓL (BP)	75-84 lat	50	43,26±11,82	38,41	21,68-62,00	p = 0,082
	85+	43	38,88±9,40	38,21	21,68-62,00	
ZDROWIE OGÓLNE (GH)	75-84 lat	50	39,29±7,69	37,97	18,95-57,94	p = 0,914
	85+	43	39,48±7,15	40,35	21,33-57,94	
WITALNOŚĆ (VT)	75-84 lat	50	49,33±8,32	49,63	31,80-67,45	p = 0,129
	85+	43	46,59±8,64	43,69	22,89-64,48	
FUNKCJONOWANIE SPOLECZNE (SF)	75-84 lat	50	42,50±8,16	42,30	22,25-57,34	p = 0,055
	85+	43	38,69±9,30	37,29	17,23-57,34	
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY EMOCJONALNE (RE)	75-84 lat	50	38,48±10,83	38,76	14,39-56,17	p = 0,730
	85+	43	38,03±9,57	38,76	14,39-56,17	
SAMOPCZUCIE (MH)	75-84 lat	50	47,52±7,30	48,25	29,94-63,95	p = 0,544
	85+	43	45,76±9,77	48,25	22,09-61,33	
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE FIZYCZNE (PCS)	75-84 lat	50	37,90±7,89	39,24	22,84-57,39	p = 0,019
	85+	43	34,19±8,01	32,52	18,11-53,79	
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE PSYCHICZNE (MCS)	75-84 lat	50	47,11±8,86	48,31	26,48-70,02	p = 0,611
	85+	43	46,15±9,28	46,05	20,42-62,79	

Zaobserwowano istnienie słabej ujemnej korelacji pomiędzy wiekiem badanych oraz oceną w podskali *Ból (BP)* ($r = -0,223$; $p = 0,032$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wieku badanych ocena w obszarze *Ból (BP)* była niższa (Rycina 26).



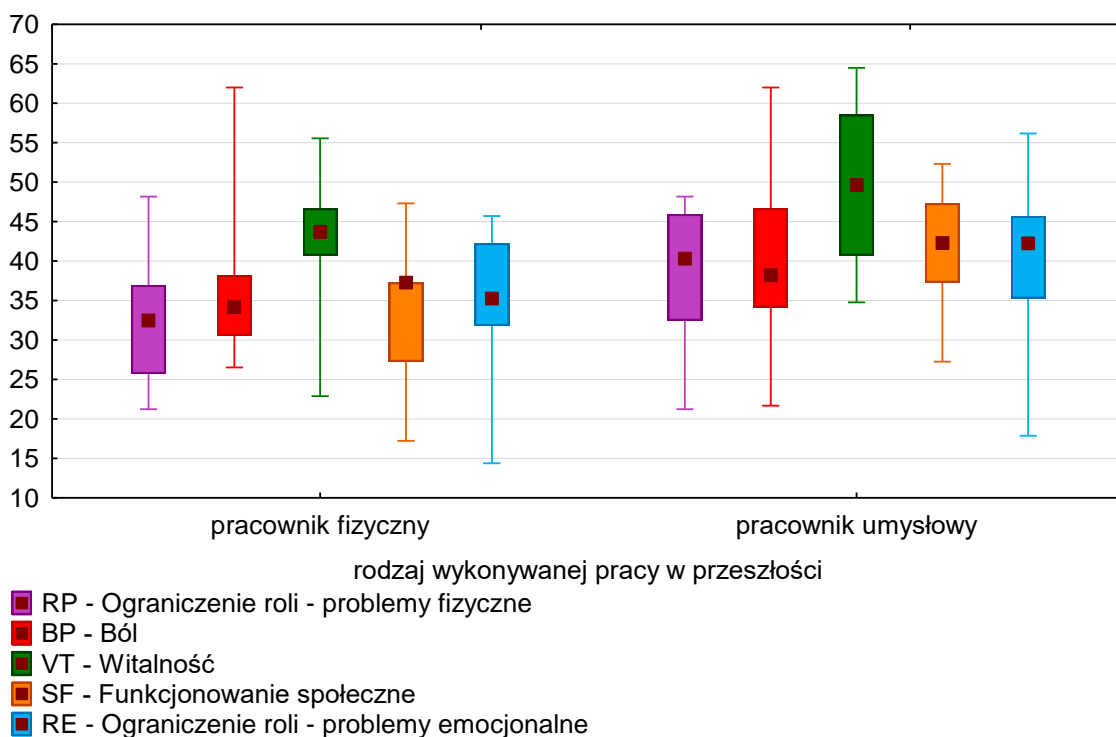
Rycina 26. Związek pomiędzy wiekiem i oceną w obszarze *Ból (BP)*.

Podobny związek zaobserwowano pomiędzy wiekiem i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)* ($r = -0,2445$; $p = 0,018$; Rycina 27).



Rycina 27. Związek pomiędzy wiekiem i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)*.

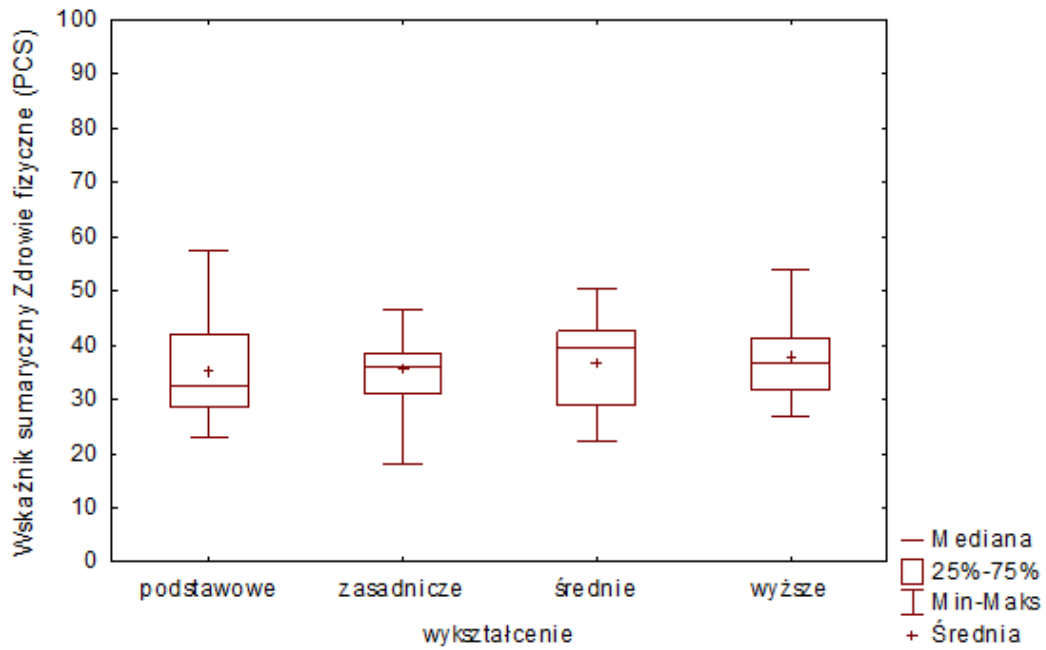
W grupie B stwierdzono, że wynik pracowników umysłowych był wyższy w stosunku do wyniku pracowników fizycznych w następujących obszarach (Rycina 28): *Ograniczenie roli – problemy fizyczne (RP)* ($p = 0,008$), *Ból (BP)* ($p = 0,047$), *Witalność (VT)* ($p = 0,026$), *Funkcjonowanie społeczne (SF)* ($p = 0,005$) i *Ograniczenie roli – problemy emocjonalne (RE)* ($p = 0,020$). W grupie A wyniki pracowników fizycznych i umysłowych były porównywalne.



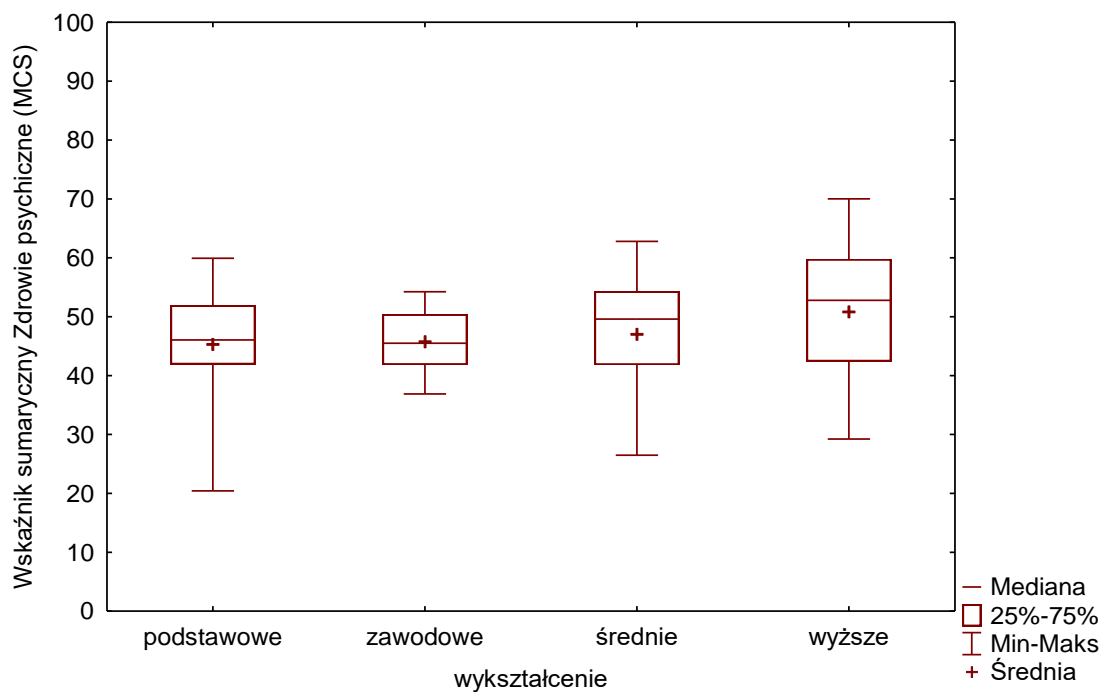
Rycina 28. Porównywanie wartości domen kwestionariusza SF-36v2 różniących się istotnie statystycznie w grupie 85 i więcej lat w zależności od rodzaju wykonywanej pracy w przeszłości.

3.4. Ocena jakości życia a wykształcenie

Pomiędzy osobami o różnym wykształceniu (podstawowym, zawodowym, średnim i wyższym) nie ma statystycznie istotnych różnic w ocenie jakości życia w żadnej podskali. Porównanie wyników w *Wskaźnikach sumarycznych zdrowia fizycznego PCS i psychicznego MCS* kwestionariusza SF-36v2 przedstawiono odpowiednio na Rycina 29 i Rycina 30.



Rycina 29. Porównywanie wartości *Wskaźnika sumarycznego zdrowia fizycznego (PCS)* w zależności od wykształcenia.

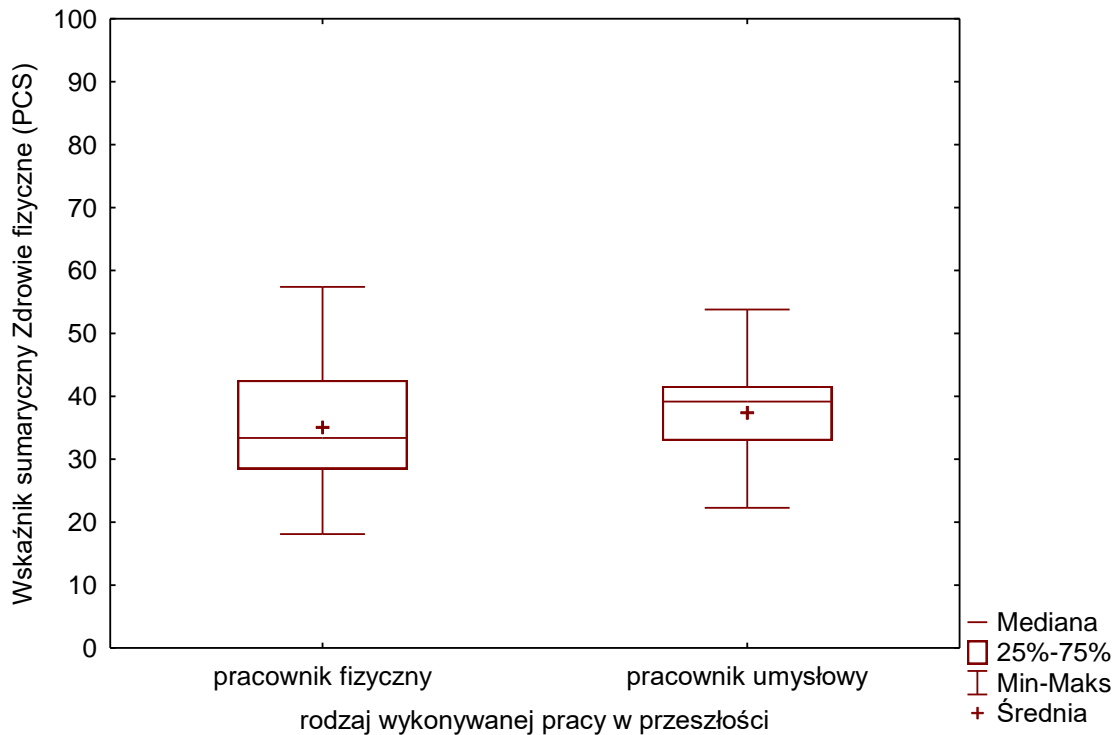


Rycina 30. Porównywanie wartości *Wskaźnika sumarycznego zdrowia psychicznego (MCS)* w zależności od wykształcenia.

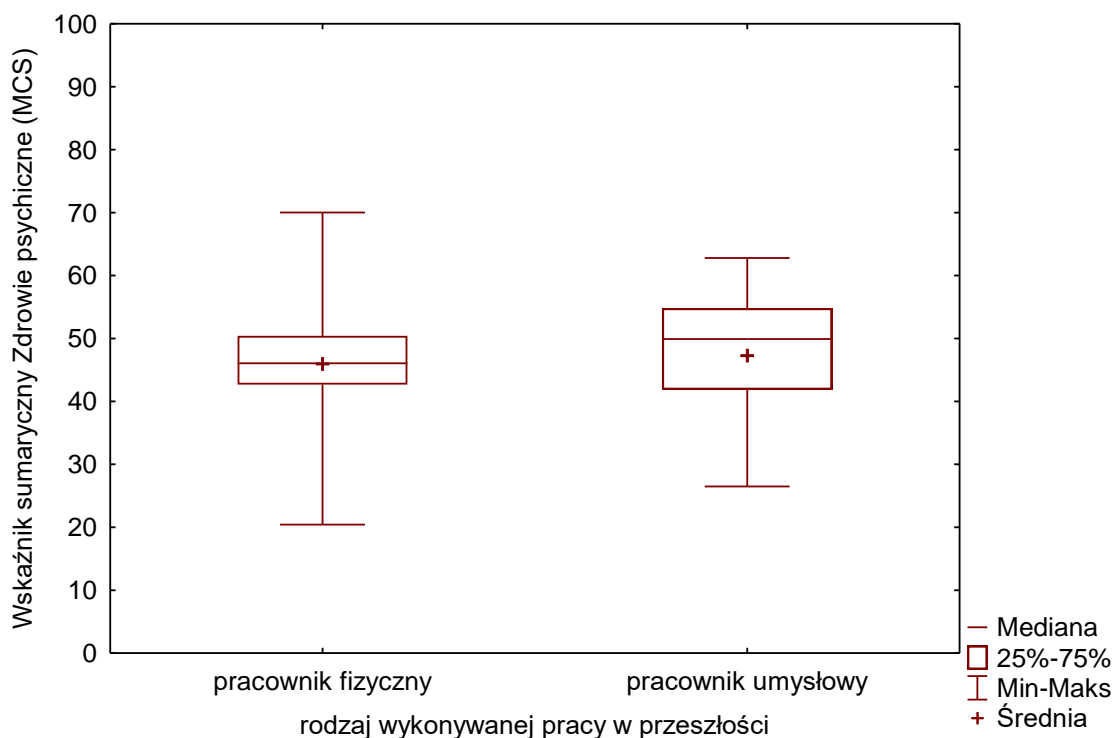
3.5. Ocena jakości życia a rodzaj wykonywanej pracy w przeszłości

Zaobserwowano statystycznie istotną różnicę w ocenie jakości życia w podskali *Ograniczenie roli z powodów problemów fizycznych (RP)* pomiędzy badanymi, którzy pracowali fizycznie i umysłowo (średnia±SD: 34,88±9,82; mediana: 34,70; zakres: 21,23 – 52,66 vs. średnia±SD: 38,97±8,01; mediana: 41,44; zakres: 21,23 – 50,42; $p = 0,027$).

W pozostałych podskalach charakter pracy nie wpływa na ocenę jakości życia – nie ma różnic między osobami pracującymi umysłowo i fizycznie. Porównanie wyników w *Wskaźnikach sumarycznych zdrowia fizycznego PCS i psychicznego MCS* kwestionariusza SF-36v2 przedstawiono odpowiednio na Rycina 31 i Rycina 32.



Rycina 31. Porównywanie wartości *Wskaźnika sumarycznego zdrowie fizyczne (PCS)* w zależności od rodzaju wykonywanej pracy w przeszłości.



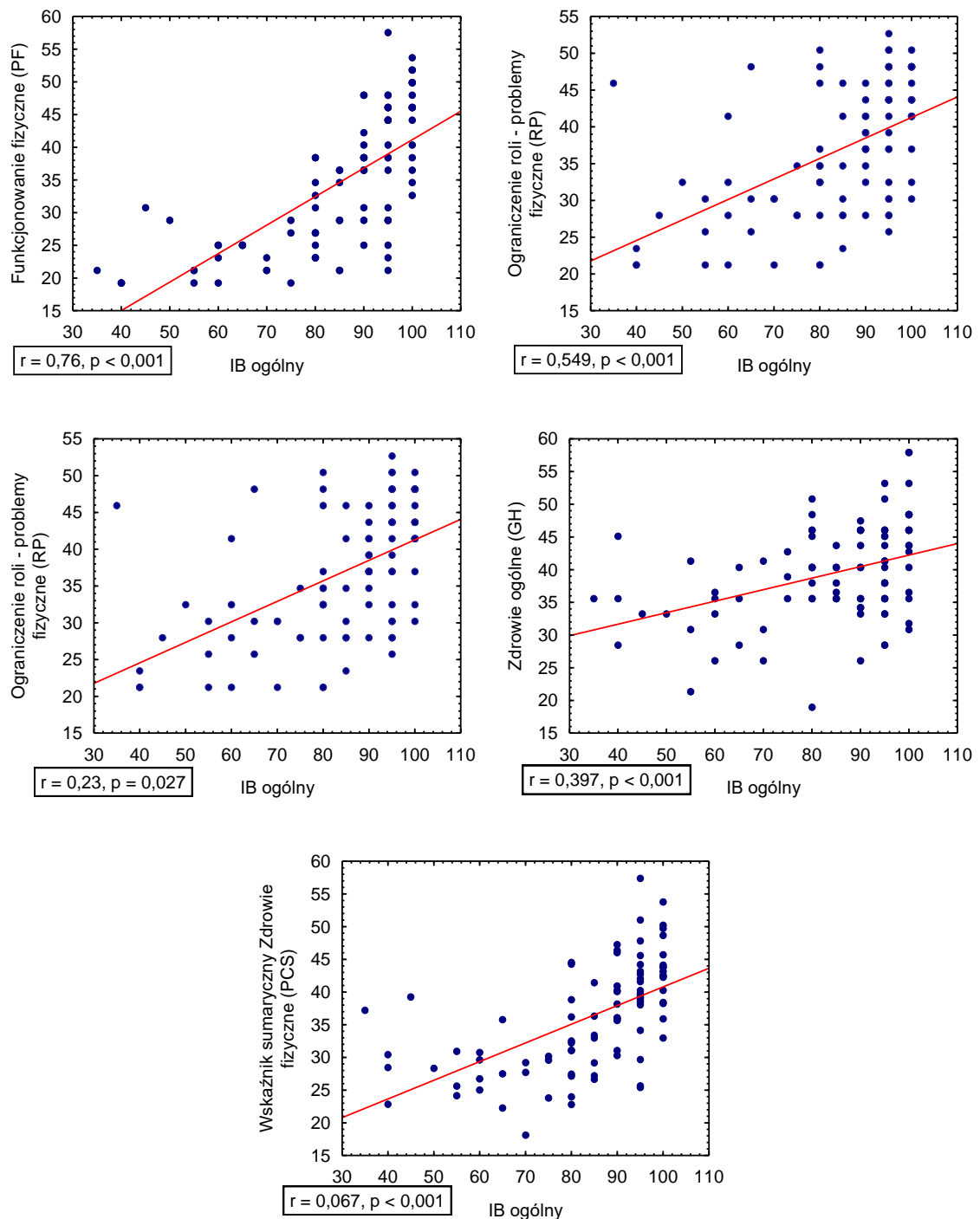
Rycina 32. Porównywanie wartości *wskaźnika sumarycznego zdrowie psychiczne (MCS)* w zależności od rodzaju wykonywanej pracy w przeszłości.

3.6. Ocena jakości życia a stan cywilny

Nie występują statystycznie istotne różnice pod względem jakości życia między osobami stanu wolnego, w związku formalnym lub nieformalnym, owdowiałymi, rozwiedzionymi lub w separacji.

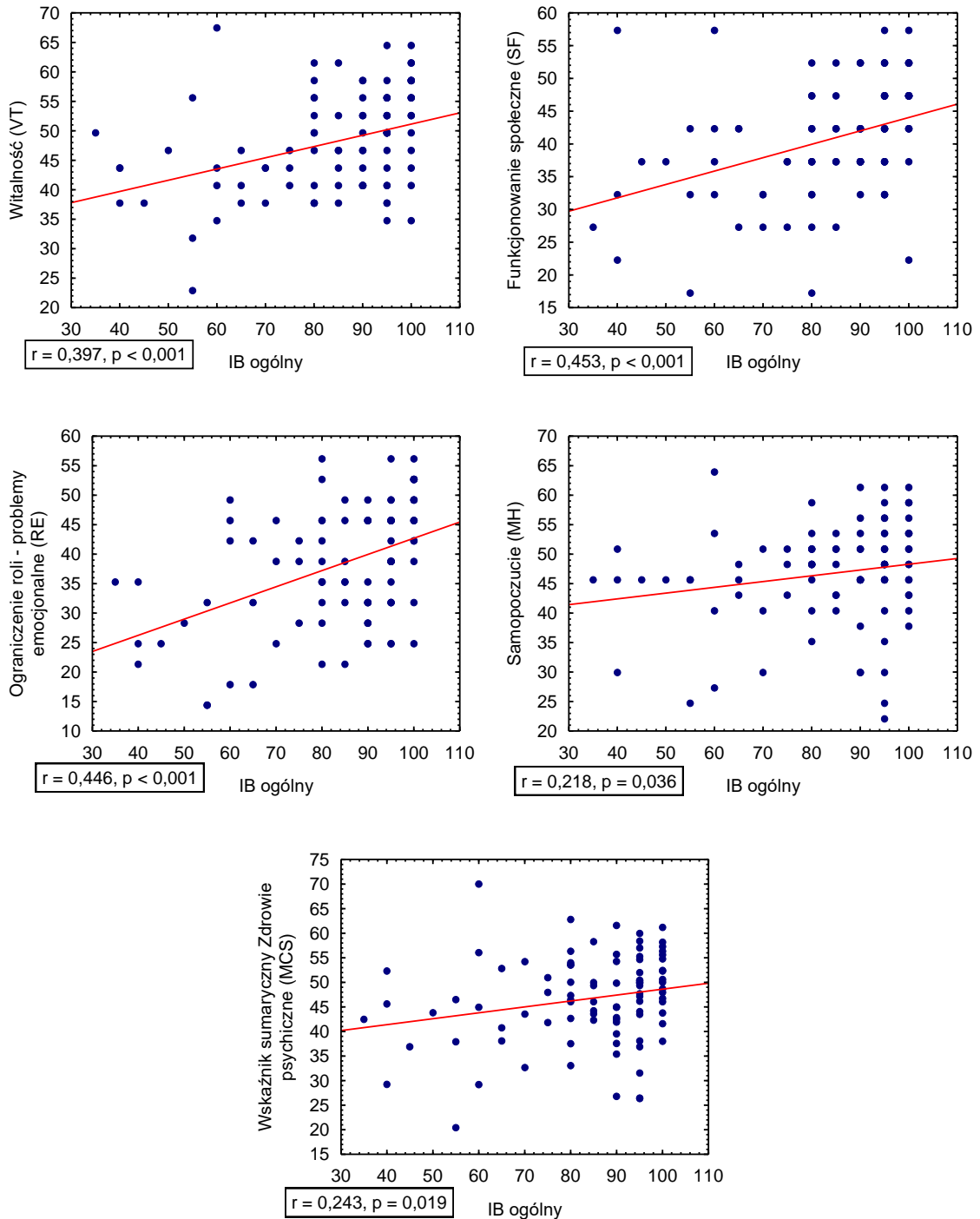
3.7. Ocena jakości życia a sprawność funkcjonalna

W analizowanej grupie zaobserwowano istnienie korelacji pomiędzy wynikami w skali Barthel a wszystkimi podskalami kwestionariusza SF-36v2. Najsilniejsze korelacje dodatnie odnotowano w podskalach Zdrowia fizycznego – Rycina 33.



Rycina 33. Związek pomiędzy wynikiem w skali Barthel a domenami zdrowia fizycznego kwestionariusza SF-36v2 (IB- Indeks Barthel).

Słabsze korelacje dodatnie zaobserwowano w domenach zdrowia psychicznego – Rycina 34.



Rycina 34. Związek pomiędzy wynikiem w skali Barthel a domenami zdrowia psychicznego kwestionariusza SF-36v2 (IB- Indeks Barthel).

Tabela 18. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy w zależności od wyniku w skali Barthel (B1 – stan ciężki, co najwyżej 85 pkt.; B2 – stan lekki, co najmniej 86 pkt.).

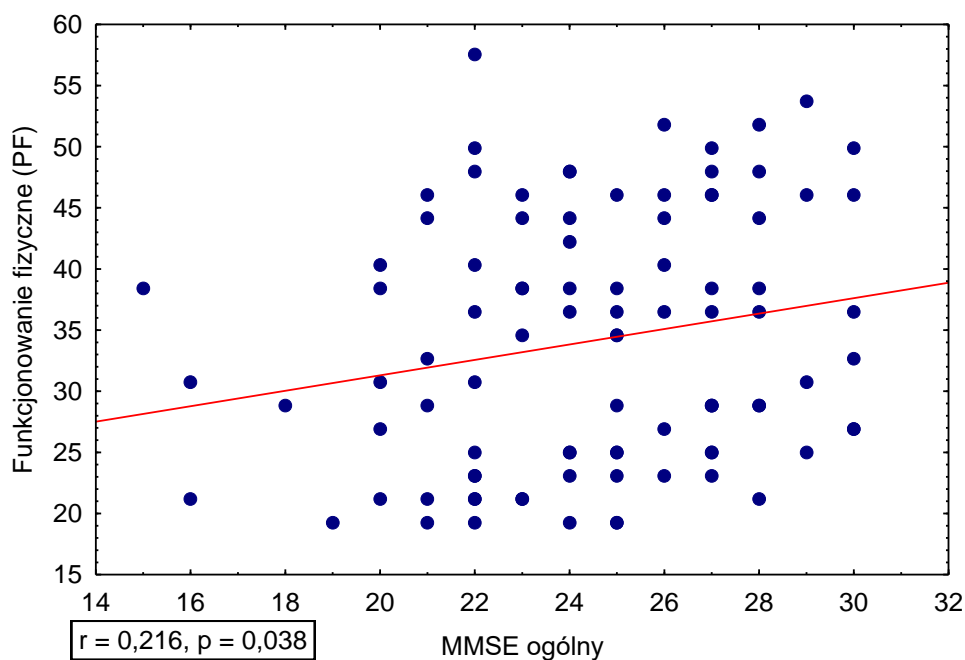
Podskala kwestionariusza SF-36v2	Grupa	N	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
FUNKCJONOWANIE FIZYCZNE (PF)	B1	41	25,99±5,66	25,01	19,26 – 38,40	p < 0,001
	B2	52	40,54±8,49	41,28	21,18 – 57,54	
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY FIZYCZNE (RP)	B1	41	31,69±8,43	30,21	21,23 – 50,42	p < 0,001
	B2	52	40,79±6,92	41,44	25,72 – 52,66	
BÓL (BP)	B1	41	38,51±10,18	34,58	21,68 – 62,00	p = 0,019
	B2	52	43,38±11,13	40,23	21,68 – 62,00	
ZDROWIE OGÓLNE (GH)	B1	41	36,87±6,88	36,54	18,95-50,81	p = 0,006
	B2	52	41,36±7,26	41,30	26,08 – 57,94	
WITALNOŚĆ (VT)	B1	41	45,14±8,74	43,69	22,89 – 67,45	p = 0,002
	B2	52	50,37±7,69	51,12	34,77 – 64,48	
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE (SF)	B1	41	37,04±9,44	37,29	17,23 – 57,34	p < 0,001
	B2	52	43,65±7,24	42,30	22,25 – 57,34	
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY EMOCJONALNE (RE)	B1	41	34,68±10,59	35,28	14,39 – 56,17	p = 0,004
	B2	52	41,10±9,03	43,98	24,83 – 56,17	
SAMOPOCZUCIE (MH)	B1	41	45,70±7,86	45,64	24,71 – 63,95	p = 0,164
	B2	52	47,50±9,02	48,25	22,09 – 61,33	
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE FIZYCZNE (PCS)	B1	41	30,31±5,97	29,61	18,11 – 44,51	p < 0,001
	B2	52	40,82±6,43	40,24	25,41 – 57,39	
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE PSYCHICZNE (MCS)	B1	41	45,74±9,44	46,05	20,42 – 70,02	p = 0,254
	B2	52	47,39±8,69	49,00	26,39 – 61,60	

Analiza badanej grupy wykazała różnice w ocenie jakości życia między osobami których stan, według skali Barthel, oceniany jest jako lekki (co najmniej 86 pkt.) a pacjentami, których stan jest ciężki lub średnio ciężki (co najwyżej 85 pkt.) – Tabela 18.

Różnice te były statystycznie istotne dla podskal *Funkcjonowanie fizyczne (PF)* ($p < 0,001$), *Ograniczenia roli z powodu problemów fizycznych (RP)* ($p < 0,001$), *Ból (BP)* ($p = 0,019$), *Zdrowie ogólne (GH)* ($p = 0,007$), *Witalność (VT)* ($p = 0,003$), *funkcjonowanie społeczne (SF)* ($p < 0,001$), *Ograniczenia roli z powodu problemów emocjonalnych (RE)* ($p = 0,004$) oraz *Wskaźnika sumarycznego zdrowie fizyczne (MCS)* ($p < 0,001$).

3.8. Ocena jakości życia a sprawność poznawcza

W analizowanej grupie zaobserwowano istnienie słabej dodatniej korelacji pomiędzy wynikami MMSE a podskalą *Funkcjonowanie fizyczne (PF)* ($r = 0,216$; $p = 0,038$, Rycina 35). Odnotowano również tendencję do zwiększania się wartości w podskali *Witalność (VT)* wraz z wynikiem MMSE ($r = 0,19$; $p = 0,068$).



Rycina 35. Związek pomiędzy wynikiem w skali MMSE a podskalą *Funkcjonowanie fizyczne (PF)* kwestionariusza SF-36v2.

Ocena jakości życia w poszczególnych podskalach kwestionariusza SF-36v2 była porównywalna w grupie osób z otępieniem (co najwyżej 23 punkty w MMSE – grupa M1) i grupie osób bez otępienia (co najmniej 24 pkt. w MMSE – grupa M2) – Tabela 19. Nie stwierdzono różnic przy podziale na płeć i grupy wiekowe.

Tabela 19. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy w zależności od wyniku w Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego MMSE (osoby bez otępienia – co najmniej 24 pkt. i osoby z otępieniem – co najwyżej 23 pkt.).

Podskala kwestionariusza SF-36v2	Grupa	N	Średnia±SD	Mediana	Zakres
FUNKCJONOWANIE FIZYCZNE (PF)	M1	35	32,22±10,58	30,75	19,26 – 57,54
	M2	58	35,27±10,09	36,49	19,26 – 53,71
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY FIZYCZNE (RP)	M1	35	36,24±9,41	39,19	21,23 – 52,66
	M2	58	37,10±8,54	36,95	21,23 – 50,42
BÓL (BP)	M1	35	43,02±11,00	42,24	26,52 – 62,00
	M2	58	40,16±10,85	38,21	21,68 – 62,00
ZDROWIE OGÓLNE (GH)	M1	35	39,29±6,72	40,35	26,08 – 53,19
	M2	58	39,44±7,85	40,35	18,95 – 57,94
WITALNOŚĆ (VT)	M1	35	47,17±7,29	49,66	31,80 – 64,48
	M2	58	48,60±9,22	48,14	22,89 – 67,45
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE (SF)	M1	35	39,58±9,90	42,30	17,23 – 57,34
	M2	58	41,44±8,19	42,30	17,23 – 57,34
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY EMOCJONALNE (RE)	M1	35	36,87±10,69	38,76	14,39 – 52,69
	M2	58	39,12±9,91	38,76	14,39 – 56,17
SAMOPOCZUCIE (MH)	M1	35	46,91±8,11	48,25	22,09 – 61,33
	M2	58	46,58±8,84	48,25	24,71 – 63,95
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE FIZYCZNE (PCS)	M1	35	35,94±8,20	37,19	18,11 – 57,39
	M2	58	36,33±8,13	36,14	22,28 – 53,79
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE PSYCHICZNE (MCS)	M1	35	45,96±8,30	46,19	26,39 – 61,60
	M2	58	47,09±9,47	47,55	20,42 – 70,02

3.9. Ocena jakości życia a ryzyko występowania depresji

Analiza badanej grupy wykazała różnice w ocenie jakości życia między osobami z wynikiem w skali GDS w granicach normy (co najwyżej 5 pkt. – grupa G1) oraz osobami z wynikiem odpowiadającym depresji (powyżej 5 pkt. – grupa G2) – Tabela 20. Różnice te były statystycznie istotne dla podskali *Ograniczenie roli- problemy fizyczne (RP)* ($p = 0,006$) jak i *Ograniczenie roli- problemy emocjonalne (RE)* ($p < 0,001$), *Zdrowie ogólne (GH)* ($p < 0,001$), *Witalność (VT)* ($p < 0,001$), *Funkcjonowanie społeczne (PF)* ($p < 0,001$), *samopoczucie (MH)* ($p < 0,001$) oraz *Wskaźnika sumarycznego zdrowie psychiczne (MCS)* ($p < 0,001$).

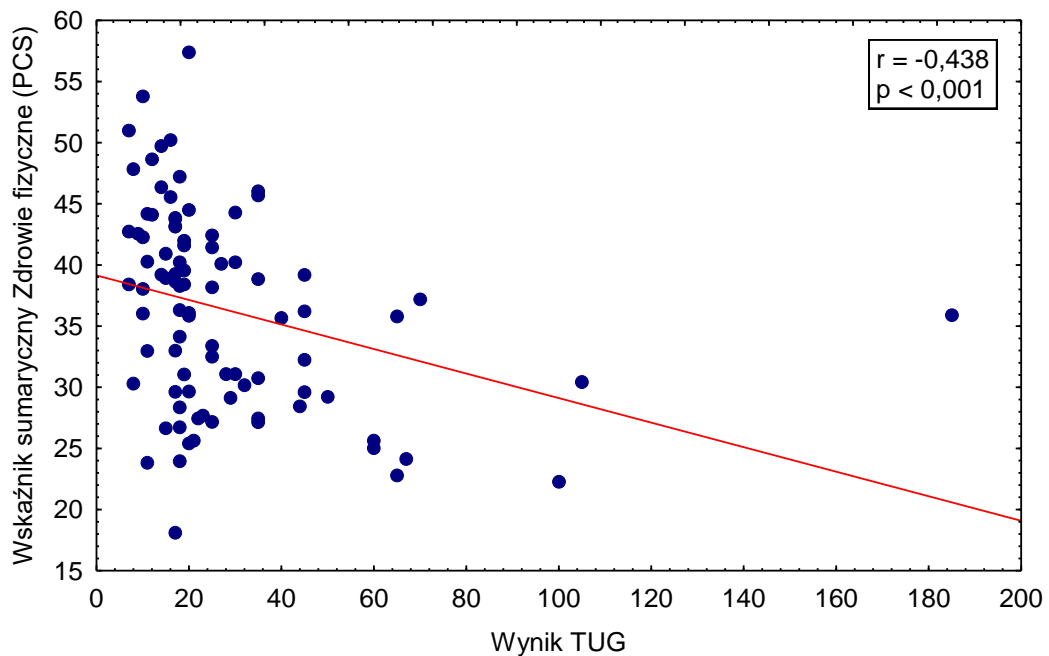
Statystycznie istotne różnice w tych samych podskalach kwestionariusza SF – 36v2 zaobserwowano między kobietami w granicach normy i z depresją. W grupie mężczyzn odnotowano jedynie istotne różnice w ocenie *Ograniczenia roli- problemy fizyczne (RP)* ($p = 0,029$) i *Ograniczenia roli- problemy emocjonalne (RE)* ($p = 0,005$) oraz *Wskaźnika sumarycznego zdrowie psychiczne (MCS)* ($p = 0,029$). Ocena jakości życia między osobami w granicach normy oraz z depresją w poszczególnych grupach wiekowych była porównywalna we wszystkich podskalach kwestionariusza SF – 36v2 – Tabela 20.

Tabela 20. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy w zależności od wyniku w GDS (G1: osoby w granicach normy – co najwyżej 5 pkt. i G2: osoby z depresją – powyżej 5 pkt.).

Podskala kwestionariusza SF-36v2	Grupa	N	Średnia±SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
FUNKCJONOWANIE FIZYCZNE (PF)	G1	58	35,80±10,39	34,58	19,26-57,54	p = 0,028
	G2	35	31,35±9,75	30,75	19,26-47,97	
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY FIZYCZNE (RP)	G1	58	39,08±8,53	41,44	21,23-52,66	p = 0,001
	G2	35	32,97±8,08	30,21	21,23-48,17	
BÓL (BP)	G1	58	40,93±9,91	38,21	21,68-62,00	p = 0,829
	G2	35	41,75±12,59	38,21	25,71-62,00	
ZDROWIE OGÓLNE (GH)	G1	58	41,96±6,38	41,30	28,46-57,94	p < 0,001
	G2	35	35,10±7,07	35,59	18,95-48,43	
WITALNOŚĆ (VT)	G1	58	51,47±7,25	52,60	37,74-67,45	p = 0,004
	G2	35	42,41±7,50	40,72	22,89-64,48	
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE (SF)	G1	58	43,42±8,19	42,30	27,26-57,34	p < 0,001
	G2	35	36,28±8,23	37,29	17,23-52,33	
OGRANICZENIE ROLI - PROBLEMY EMOCJONALNE (RE)	G1	58	42,36±8,32	45,72	17,87-56,17	p < 0,001
	G2	35	31,50±9,50	31,80	14,39-49,20	
SAMOPOCZUCIE (MH)	G1	58	50,01±6,28	50,87	29,94-63,95	p < 0,001
	G2	35	41,23±9,01	45,64	22,09-58,72	
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE FIZYCZNE (PCS)	G1	58	36,81±8,29	38,23	18,11-57,39	p = 0,306
	G2	35	35,15±7,83	35,79	22,84-51,01	
WSKAŹNIK SUMARYCZNY ZDROWIE PSYCHICZNE (MCS)	G1	58	50,89±6,75	50,51	26,81-70,02	p < 0,001
	G2	35	39,66±7,92	40,78	20,42-59,92	

3.10. Ocena jakości życia a ryzyko występowania upadków

Zaobserwowano istnienie słabej ujemnej korelacji pomiędzy wynikiem testu TUG a oceną w podskali *Funkcjonowanie fizyczne (PF)* ($r = -0,497$; $p < 0,001$), *Ograniczenie roli - problemy fizyczne (RP)* ($r = -0,274$; $p = 0,009$), *Funkcjonowanie społeczne (SF)* ($r = -0,269$; $p = 0,01$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wyniku testu TUG ocena w w/w podskalach była niższa. Również *Wskaźnik sumaryczny zdrowia fizycznego (PCS)* zmniejszał się wraz ze wzrostem wyniku TUG ($r = -0,438$; $p < 0,001$) – Rycina 36.

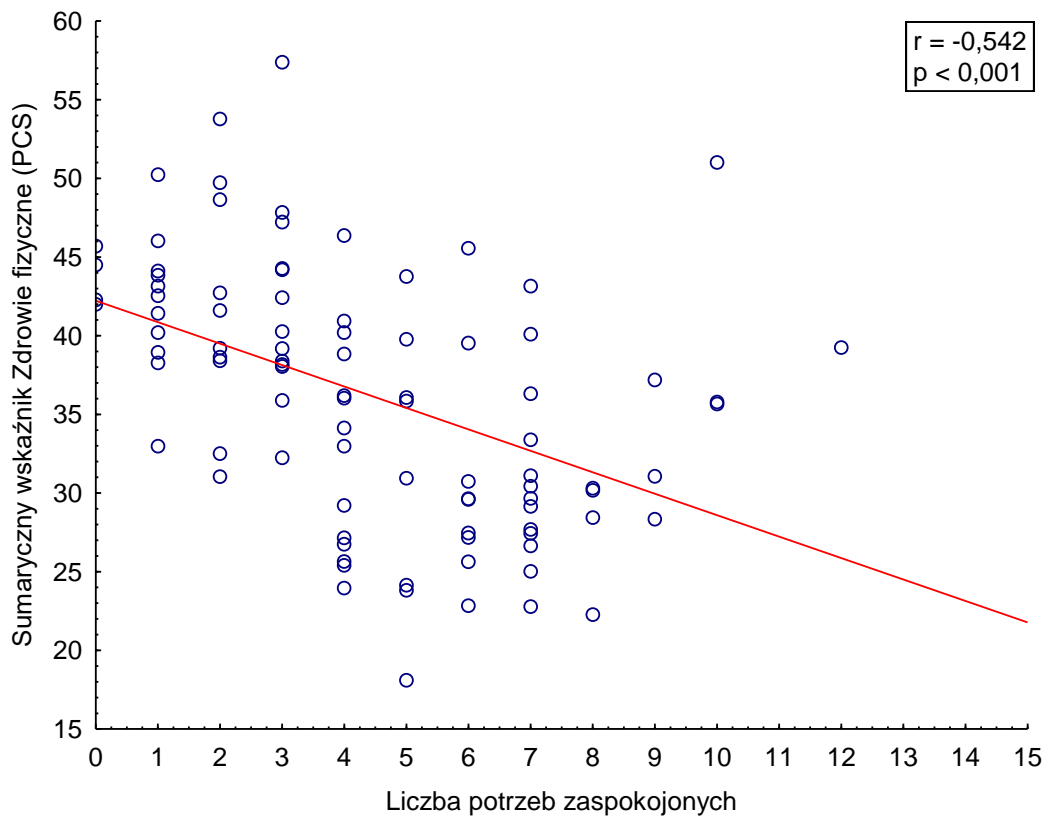


Rycina 36. Związek pomiędzy wynikiem testu TUG a domeną Wskaźnik sumaryczny zdrowie fizyczne (PCS) kwestionariusza SF-36v2.

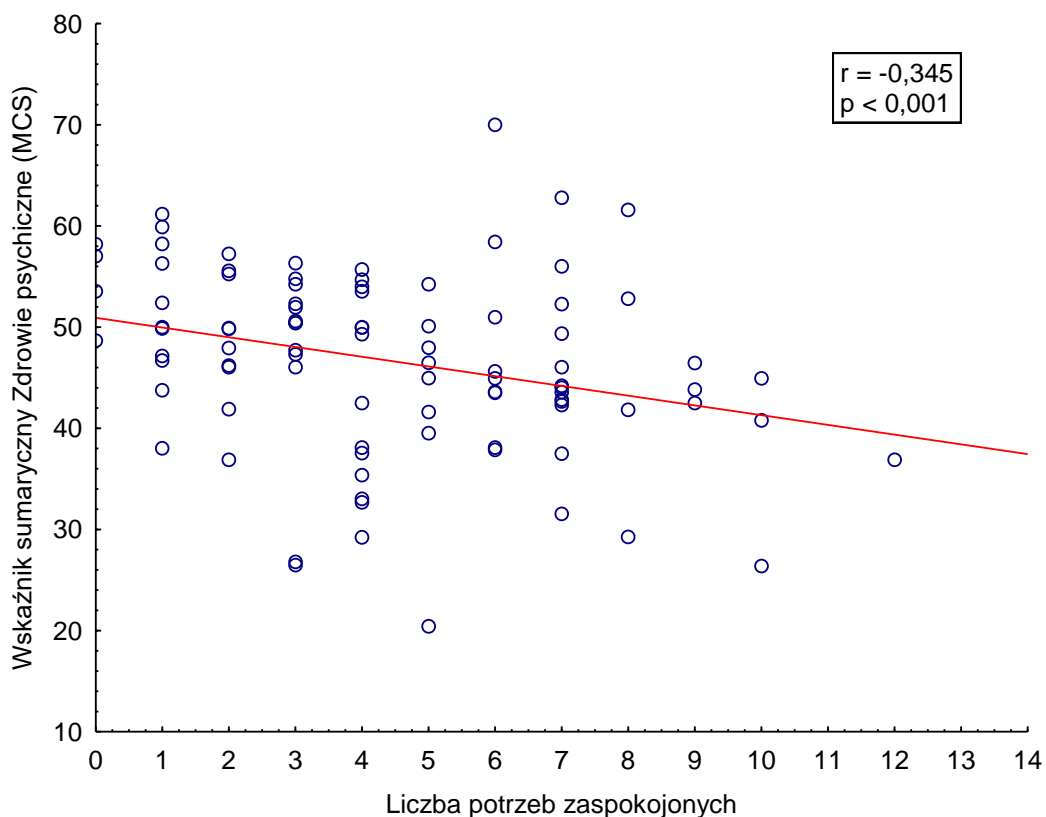
4. Jakość życia a potrzeby

4.1. Analiza wpływu liczby potrzeb zaspokojonych na ocenę jakości życia

Zaobserwowano istnienie ujemnej korelacji pomiędzy liczbą potrzeb zaspokojonych a oceną jakości życia mierzoną *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)* ($r = -0,542$; $p < 0,001$; Rycina 37) i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)* ($r = -0,345$; $p < 0,001$; Rycina 38). Oznacza to, że wraz ze wzrostem liczby potrzeb zaspokojonych zmniejsza się ocena jakości życia badanych w obszarach zdrowia fizycznego i psychicznego.



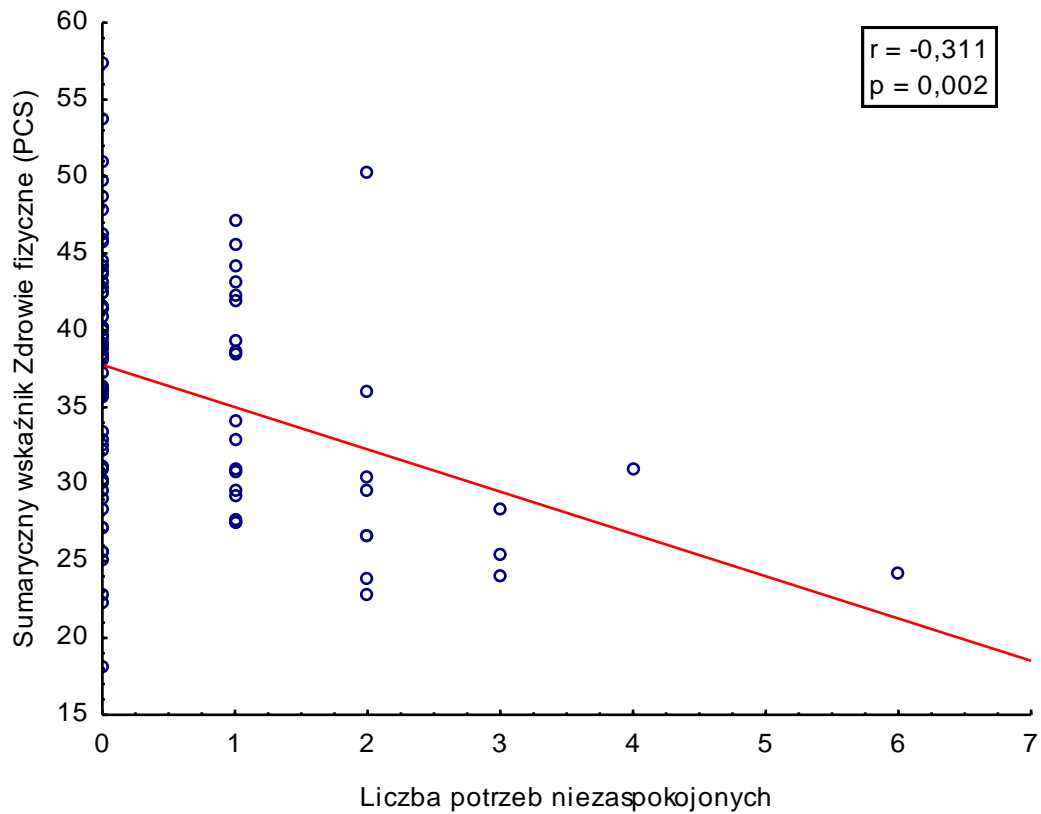
Rycina 37. Związek pomiędzy liczbą potrzeb zaspokojonych i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)*.



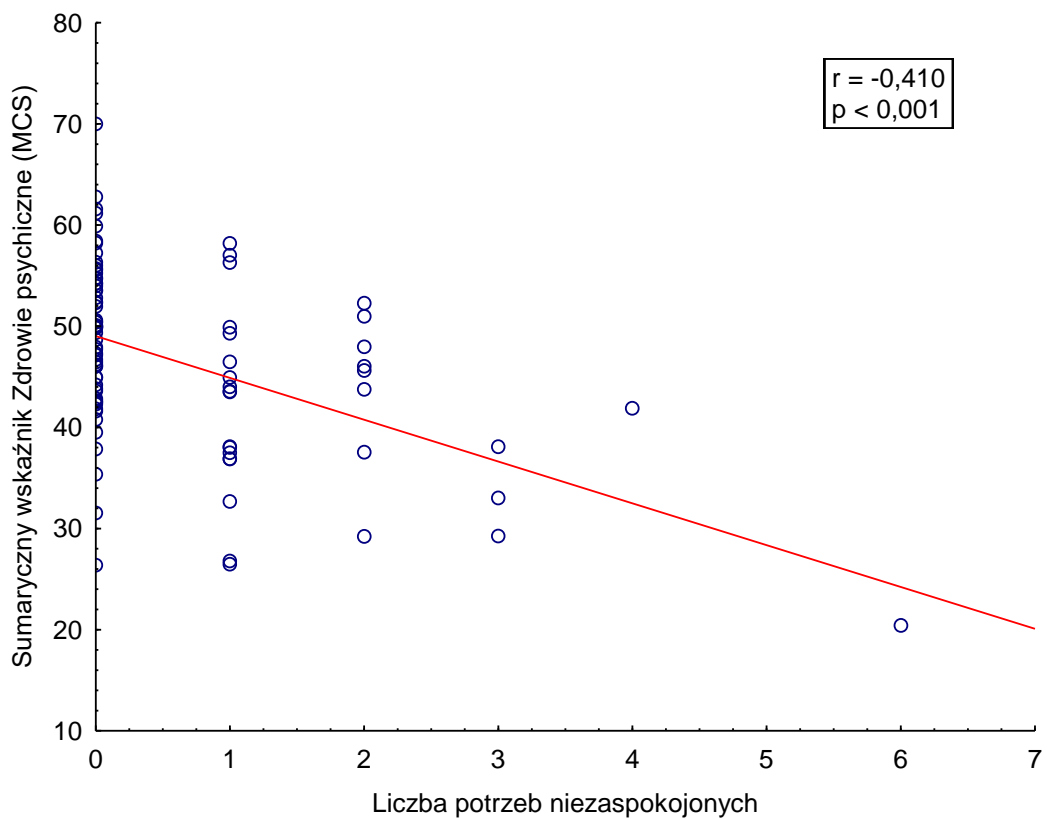
Rycina 38. Związek pomiędzy liczbą potrzeb zaspokojonych i *wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)*.

4.2. Analiza wpływu liczby potrzeb niezaspokojonych na ocenę jakości życia

Stwierdzono istnienie ujemnej korelacji pomiędzy liczbą potrzeb niezaspokojonych a oceną jakości życia mierzoną *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)* ($r = -0,311$; $p = 0,002$; Rycina 39) i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)* ($r = -0,410$; $p < 0,001$; Rycina 40). Oznacza to, że im większa liczba potrzeb niezaspokojonych, tym mniejsza ocena jakości życia badanych w obszarach zdrowia fizycznego i psychicznego.



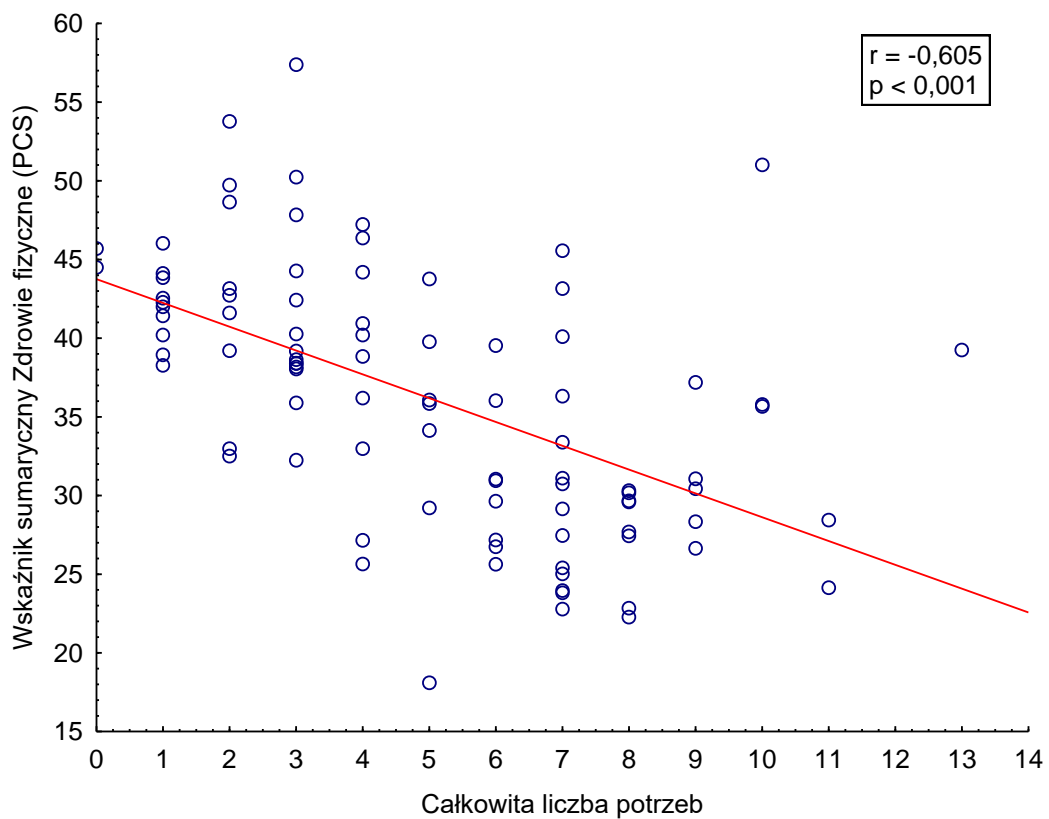
Rycina 39. Związek pomiędzy liczbą potrzeb niezaspokojonych i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)*.



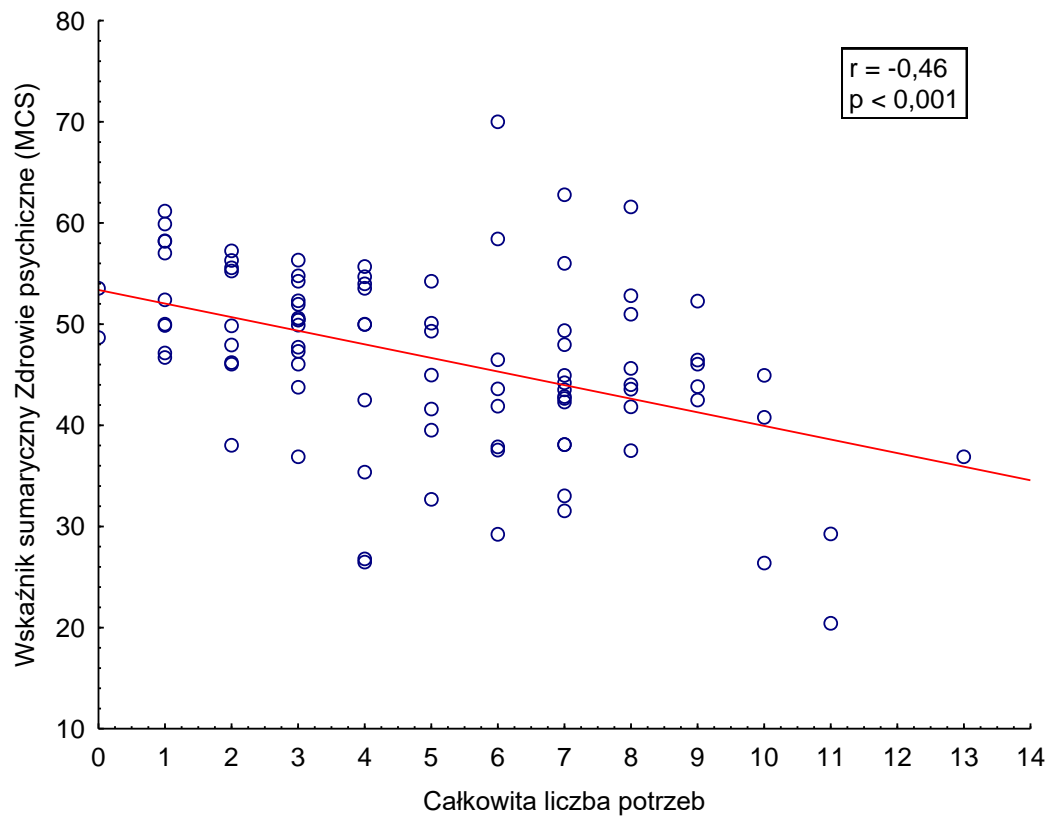
Rycina 40. Związek pomiędzy liczbą potrzeb niezaspokojonych i *wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)*.

4.3. Analiza wpływu całkowitej liczby potrzeb na ocenę jakości życia

Zaobserwowano istnienie ujemnej korelacji pomiędzy całkowitą liczbą potrzeb a oceną jakości życia mierzoną *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)* ($r = -0,605$; $p < 0,001$; Rycina 41) i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)* ($r = -0,460$; $p < 0,001$; Rycina 42). Oznacza to, że wraz ze wzrostem całkowitej liczby potrzeb zmniejsza się ocena jakości życia badanych w obszarach zdrowia fizycznego i psychicznego.



Rycina 41. Związek pomiędzy całkowitą liczbą potrzeb i wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS).



Rycina 42. Związek pomiędzy całkowitą liczbą potrzeb i *Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)*.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Ze względu na proces starzenia się społeczeństw coraz większą uwagę zwraca się na problemy osób w wieku podeszłym w zakresie zdolności do wykonywania określonych czynności i pełnienia ról społecznych. Jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka jest zdolność do samodzielnego funkcjonowania a w szczególności zachowanie sprawności fizycznej i psychicznej determinującej tzw. pomyślne starzenie się.

Rozwój medycyny, zwłaszcza w zakresie leczenia wielu chorób przewlekłych, a także wzrastająca świadomość i edukacja zdrowotna wśród osób starszych sprawiają, że z upływem czasu podobni wiekowo seniorzy są coraz sprawniejsi, a jednocześnie żyjemy coraz dłużej i zwiększa się zapotrzebowanie na opiekę w późnej starości. Organizacja takiej opieki powinna przede wszystkim opierać się na ocenie potrzeb. Wraz z wiekiem potrzeby osób starszych stają się coraz bardziej złożone, zmienia się ich liczba i hierarchia. Nieprawidłowa ich ocena może prowadzić do ich niezaspokojenia, a w konsekwencji do wielochorobowości i wielolekowości oraz wielkich zespołów geriatrycznych takich jak: kruchość, nietrzymanie moczu czy zwiększone ryzyko upadku, depresja i zaburzenia funkcji poznawczych, które nieuchronnie powodują pogorszenie sprawności.

Kluczowym wskaźnikiem występowania potrzeb może być zakres samodzielności funkcjonalnej, który obecnie powszechnie oceniany jest skalą Barthel. Skala ta nie uwzględnia jednak funkcjonowania psychicznego i społecznego oraz warunków socjalno- bytowych w których przebywa badany. Nie pozwala to na wskazanie możliwych przyczyn deficytów oraz istniejących możliwości wsparcia np. przez opiekunów nieformalnych. Opieka oparta jedynie na aspektach fizycznych ocenianych skalą Barthel prowadzić może do wyboru nieoptymalnych rozwiązań pomocowych, które mogą być kosztowne przez stosowanie usług nieadekwatnych do oczekiwań oraz warunków otoczenia osoby starszej. Nie stanowi to bezpośredniego zagrożenia życia osób starszych, ale przyczynia się do pogorszenia ich funkcjonowania, a w konsekwencji do zmniejszenia jakości ich życia.

Celem niniejszej pracy jest ocena potrzeb i jakości życia osób w wieku podeszłym mieszkających w środowisku domowym z użyciem odpowiednio kwestionariusza CANE

i skali SF-36v2. Należy zauważyć, że powyższe badania były jednymi z pierwszych w Polsce z wykorzystaniem kwestionariusza CANE, w tym pierwszymi z zastosowaniem tego kwestionariusza u osób w środowisku domowym. Pierwotnie kwestionariusz CANE stworzony był do oceny potrzeb osób w wieku podeszłym z zaburzeniami psychicznymi. Przegląd literatury dowodzi, że kwestionariusz ten jest rzetelnym narzędziem oceniającym kompleksowo potrzeby zaspokojone i niezaspokojone osób starszych zarówno w warunkach opieki stacjonarnej jak i w środowisku domowym^{31,46,49}. Podkreślenia też wymaga fakt, że dostępnych jest mało prac związanych z badaniami prowadzonymi w środowisku domowym.

W niniejszej pracy zwrócono uwagę na rozpoznanie zwłaszcza potrzeb niezaspokojonych, które są istotne ze względu m.in. na ich związek ze stanem zdrowia i jakością życia⁴⁸. Obecność potrzeb niezaspokojonych prowadzi do obniżenia jakości życia⁸², podwyższenia poziomu lęku, depresji i trudnych w odbiorze zachowań⁸³, a także do przedwczesnej instytucjonalizacji i zwiększonej umieralności⁸⁴. Monitorowanie potrzeb oraz organizacja wsparcia umożliwia dłuższe samodzielne funkcjonowanie osób w wieku podeszłym w środowisku domowym, co wydaje się niezbędnym działaniem z uwagi na procesy demograficzne i niewystarczającą liczbę form pomocy zinstytucjonalizowanej dla osób starszych.

W badanej grupie najwięcej potrzeb niezaspokojonych zgłaszano w obszarach związanych z funkcjonowaniem fizycznym: *Wzrok/Słuch/Komunikacja* (7,5%), *Zdrowie fizyczne* (4,3%), *Mobilność/Upadki* oraz *Zachowanie czystości* (po 3,2%). Wyniki te potwierdzają doniesienia innych autorów. Są to obszary wskazywane przez osoby starsze mieszkające we własnych domach w badaniach Smith i Orell⁸⁵ (*Wzrok/Słuch/Komunikacja* [16,4%], *Zdrowie fizyczne* [14,9%], *Mobilność/Upadki* [10,4%], *Zachowanie czystości* [10,4%]). Wyniki te potwierdzają doniesienia również badania innych autorów. Walters i wsp.⁴⁸ wskazują na *Wzrok/Słuch/Komunikację* (21,2%), *Zachowanie czystości* (17,3%), *Mobilność/Upadki* (9,6%), *Zdrowie fizyczne* (5,8%), a Stein i wsp.⁸⁶ wymieniają *Mobilność/Upadki* (3,8%), *Zdrowie fizyczne* (3,2%), *Zachowanie czystości* (2,5%), *Wzrok/Słuch/Komunikacja* (1,9%). Na potrzeby niezaspokojone dotyczące funkcjonowania fizycznego wskazuje również Iliffe i wsp.²⁹

Utrata sprawności narządów zmysłów, takich jak słuch czy wzrok, może być jednym z powodów pogorszenia jakości życia, zwłaszcza w obszarze funkcjonowania

fizycznego i społecznego^{87,88,89}. Zgodnie z szacunkami WHO⁹⁰ ok. 36% populacji osób w wieku podeszłym w Środkowej i Wschodniej Europie ma problemy ze słuchem, z czego 35% ubytek lekki, 26% średni, 7% ciężki, 2,5% głęboki (wg skali WHO⁹¹). Najczęstszą przyczyną niedosłuchu u osób starszych jest presbycusis oraz uraz akustyczny⁹², a głównymi chorobami okulistycznymi – zaćma, jaskra i zwyrodnienie plamki żółtej⁹³. W grupie osób powyżej 80 roku życia 75% Polaków deklaruowało, w badaniu PolSenior⁹⁴ wykonanym na próbie reprezentatywnej dla polskiej populacji, problemy ze wzrokiem, z czego co szósta nie ma zaspokojonej potrzeby w tym zakresie – nie używa okularów lub szkieł kontaktowych. Wśród osób, które posiadają okulary co druga ma problemy z widzeniem z uwagi na np. źle dobrane okulary. Podobna sytuacja dotyczy zaspakajania potrzeb w zakresie niedosłuchu – tylko co 12 osoba używa aparatu słuchowego. Z tego urządzenia relatywnie najczęściej korzystają najstarsi – co 6 osoba w wieku 80 lat i więcej⁹⁵. W tym kontekście szczególnie ważne wydaje się rozpoznanie potrzeb w tym zakresie, zwłaszcza przez lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. Hickson i wsp.⁹⁶ wykazali związek między trudnościami ze słyszeniem w życiu codziennym a jakością życia związaną ze zdrowiem wśród osób starszych. Osoby z ubytkiem słuchu od umiarkowanego do ciężkiego częściej niż osoby bez ubytku słuchu miały upośledzone ADL i IADL. Dotkliwość ubytku słuchu była istotnie związana ze zmniejszeniem czynności zarówno w wyniku oceny *Wskaźnika sumarycznego zdrowia psychicznego (MCS)*, jak i wyniku oceny *Wskaźnika sumarycznego zdrowia fizycznego (PCS)* w skali SF-36, a także w sześciu z ośmiu podskal⁹⁷. Problemy ze słuchem lub wzrokiem mogą prowadzić również do problemów z komunikacją i nawiązywaniem nowych znajomości, czyli problemy i późniejsze potrzeby w obszarze *Towarzystwo/Znajomi*. Ponadto Capella-McDonnall⁹⁸ wykazuje, że u osób w wieku powyżej 55 lat utrata zmysłów słuchu i wzroku znacznie wpływa na objawy depresyjne. Ocena deficytów słuchu i wzroku oraz zaspakajanie potrzeb z tym związanych np. zaopatrzenie osób starszych w okulary oraz aparat słuchowy mogą przyczynić do poprawy ich funkcjonowania i wpływać na poprawę ich jakości życia⁹⁹.

Innym ważnym problemem życia osób w wieku podeszłym są upadki. Jak podaje WHO¹⁰⁰, 28-35% osób po 65 roku życia miała do czynienia z upadkiem, a częstość występowania tych zdarzeń zwiększa się wraz z wiekiem, do 32 – 42% po 70 roku życia. W moim badaniu do oceny ryzyka upadków zastosowano test Wstań i Idź (TUG). W badanej grupie zaobserwowano również istotnie różnice w wynikach testu pomiędzy

analizowanymi grupami wiekowymi, ryzyko upadków było większe po 85 roku życia. Badania¹⁰¹ wskazują, że wystąpienie upadków w tej wiąże się ze wzrostem częstości objawów depresyjnych. Warto również zwrócić uwagę, że 63% badanych zgłosiło potrzebę (zaspokojoną lub niezaspokojoną) w obszarze *Mobilność/upadki* kwestionariusza CANE. Udowodniono, że pacjenci, którzy upadli, są bardziej zagrożeni kolejnymi upadkami¹⁰². Ryzyko to jest z kolei przyczyną powstania tzw. zespołu poupadkowego, który może prowadzić do utraty pewności siebie, zmniejszonej aktywności, spadku sprawności funkcjonalnej, kolejnych upadków, instytucjonalizacji, a w konsekwencji do utraty niezależności i znacznego pogorszenia jakości życia¹⁰³. W badaniach Nien-Tzu i wsp.¹⁰⁴ strach przed upadkiem i wcześniejsze upadki obniżają ocenę jakości życia we wszystkich podskalach SF-36v2. Ponadto Chang i wsp.¹⁰⁵ pokazują, że osoby starsze wskazujące na „strach przed upadkiem” miały gorsze wyniki we wszystkich podskalach kwestionariusza SF-36v2 w stosunku do osób go nie wykazujących. Rodrigues i wsp.¹⁰⁶ wskazują, że osoby w wieku powyżej 75 lat z niższym wykształceniem, które w ciągu ostatniego roku upadły niżej oceniają swoją jakość życia we wszystkich podskalach SF-36v2. Z kolei wprowadzanie programów zapobiegania upadkom poprawiło ocenę w niektórych wymiarach jakości życia (*Funkcjonowanie fizyczne (PF)*, *Funkcjonowanie społeczne (SF)*, *Witalność (VT)*) u starszych żyjących w środowisku zamieszkania. Moje badania wykazały, że wzrost ryzyka upadków zmniejsza *Wskaźnik sumaryczny zdrowia fizycznego (PCS)* zwłaszcza w podskali *Funkcjonowanie fizyczne (PF)* i *Ograniczenia roli- problemy fizyczne (RP)* oraz w obszarze *Funkcjonowania społecznego (SF)*.

Badania Illife i wsp.²⁹ wskazały, że osoby powyżej 85 roku życia mają istotnie więcej potrzeb niezaspokojonych w obszarze *Mobilność/upadki*. W niniejszym badaniu nie wykazano tej zależności. Wynikać to może z dobrej sprawności funkcjonalnej całej grupy (średni wynik w skali Barthel to prawie 85 punktów). Ponadto w obu grupach wiekowych odnotowano więcej potrzeb zaspokojonych w tej dziedzinie, co oznacza nieznaczne trudności w poruszaniu się lub udzielanie odpowiedniej pomocy w formie np. korzystania z chodzika, laski.

Najczęściej wskazywaną potrzebą niezaspokojoną w badanej grupie osób mieszkających w domu jest ta, związana z obszarem potrzeb środowiskowych, a dokładniej *Mieszkanie* (11,8%). Przez potrzebę niezaspokojoną w tym obszarze rozumie się niewłaściwe warunki mieszkaniowe lub brak podstawowych udogodnień

domowych takich, jak woda czy ogrzewanie. Potwierdzają to inne badania wykonane w środowisku domowym przez Walters i wsp.⁴⁸ i Iliffe i wsp.²⁹ oraz Castillo i wsp.¹⁰⁷ Z kolei badania Stein i wsp.⁸⁶ nie wskazują istotnych potrzeb niezaspokojonych w tym obszarze. Prawdopodobną przyczyną tych różnic może być standard miejsca zamieszkania ankietowanych. W moim badaniu większość osób to mieszkańcy kamienic, w których głównym problemem są bariery architektoniczne, w tym brak windy, ogrzewania miejskiego oraz niedostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób starszych. Ponadto Iliffe i wsp.²⁹ wskazuje, że istotnie więcej osób mieszkających w środowisku zgłasza niezaspokojone potrzeby w porównaniu do pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej i chorych hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych. Dla przykładu pensjonariusze Domów Pomocy Społecznej w ogóle nie wskazują problemów w tej dziedzinie¹⁰⁸. Podobne wyniki zaobserwowano w badaniach polskich¹⁰⁹, co może być wynikiem zapewnienia prawidłowych warunków mieszkaniowych oraz wyposażenia dostosowanego dla osób starszych w tych placówkach. Nie zawsze jest to zagwarantowane w środowisku domowym.

Potrzeby w innych obszarach związane z warunkami socjalno-bytowymi takie, jak *Posiłki* czy *Prace domowe* są w przeprowadzonych przeze mnie badaniach w większości zaspokojone, co może świadczyć o efektywnym sposobie identyfikacji problemów i ich zaspokajaniu przez opiekunów formalnych lub nieformalnych.

W dziedzinie potrzeb społecznych najwięcej potrzeb niezaspokojonych zgłoszono w obszarze *Towarzystwo/Znajomi* (9,7%). Potwierdzają to wyniki innych badań (Stein i wsp.⁸⁶, Walters i wsp.⁴⁸, Iliffe i wsp.²⁹). Odczuwanie samotności zwiększa się z wiekiem, wdowieństwem oraz stanem zdrowia¹¹⁰. Wysoki poziom niezaspokojonych potrzeb w tym obszarze, mimo wysokiej sprawności funkcjonalnej i poznawczej całej grupy, może być spowodowany dużą ilością wolnego czasu badanych oraz ich chęcią do posiadania kogoś ciągle obok siebie¹¹¹. Szukalski za główny czynnik obniżający poczucie osamotnienia wymienia wspólne zamieszkiwanie z bliskimi osobami, które poza towarzystwem są w stanie zapewnić opiekę w przypadku niesprawności¹¹².

Należy zwrócić uwagę na brak potrzeb niezaspokojonych w obszarze *Przemoc/Wykorzystywanie*, co odzwierciedlają również wymienione doniesienia. Według badań CBOS¹¹³ 34% ankietowanych osób w sprawie przemocy domowej jest zdania, że nikt nie ma prawa wtrącać się do prywatnych spraw rodziny. Osoby starsze są

bardziej skłonne ukrywać istnienie przemocy w rodzinie niż osoby młode i w średnim wieku, często wstydzą się przyznać, że są krzywdzone przez swoich najbliższych. Ponadto obawiają się odwetu i jeszcze większego uzależnienia się od rodziny lub jeszcze gorszego rozwiązania np. konieczność zamieszkania w domu pomocy społecznej¹¹⁴.

Potrzeby z obszaru zdrowia psychicznego są rzadziej wskazywane przez respondentów w wieku podeszłym mieszkających w środowisku domowym. Walters i wsp.⁴⁸ uważają, że przyczyną niskich wyników w niektórych obszarach takich jak, *Objawy psychotyczne* czy *Zachowanie* jest mniejsze powszechne występowanie tego typu zaburzeń u osób mieszkających w środowisku domowym. W całej grupie zgłoszono jedynie 7 niezaspokojonych potrzeb w tej dziedzinie, z czego najwięcej w obszarze *Stres psychologiczny* (5). W odróżnieniu od wyników Walters i wsp.⁴⁸ tylko jedna osoba zgłosiła potrzebę niezaspokojoną w obszarze *Pamięć*. W pozostałych obszarach funkcjonowania psychicznego (*Codzienne zajęcia*, *Informacja na temat stanu zdrowia i leczenia*, *Związki osobiste*) stwierdzono również małą całkowitą liczbę potrzeb oraz liczbę potrzeb niezaspokojonych. Może to być związane z doбором badanej grupy – do badań włączono osoby sprawne poznawczo (wynik MMSE co najmniej 15 pkt.). Potwierdzeniem tej hipotezy mogą być wyniki Stein i wsp.⁸⁶, przy podobnym kryterium włączenia.

Średnia liczba potrzeb niezaspokojonych była niższa od liczby potrzeb wskazywanych przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej^{109,111,115}, mieszkańców domów chronionych w Wielkiej Brytanii¹¹⁶ oraz pacjentów opieki długoterminowej stacjonarnej¹¹⁷. Niską liczbę potrzeb niezaspokojonych osób starszych w środowisku domowym w niniejszym badaniu można powiązać z dobrą sprawnością funkcjonalną respondentów, która umożliwia samodzielne wykonywanie czynności dnia codziennego.

Należy zastanowić się nad przyczynami niezaspakajania potrzeb przez osoby starsze. Może to wynikać z utożsamianiem problemów osób w wieku podeszłym z samym procesem starzenia się. Takie postrzeganie prowadzi do zminimalizowania problemu, niskich oczekiwań, rezygnacji z otrzymywania pomocy, a także wykluczenia społecznego¹¹⁸. Podobnie do innych badań^{108,109,117} w moim badaniu stwierdzono, że wraz ze spadkiem sprawności funkcjonalnej zwiększa się liczba potrzeb niezaspokojonych.

Według badanych najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły obszarów: *Zdrowie fizyczne* (79,6%), *Mobilność/Upadki* (60,2%), *Prace domowe*

(59,1%) oraz *Posiłki* (35,5%). Potwierdzają to również badania Walters i wsp.⁴⁸ i Stein i wsp.⁸⁶ dodatkowo wskazują jeszcze na sekcję *Wzrok/Słuch/Komunikacja*.

Żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeb w obszarach *Zachowanie* i *Alkohol*. Może to być związane z tym, że odpowiedzi na pytania dotyczące zagadnień wrażliwych mogą być zniekształcane przez ankietowanych w trakcie bezpośredniego wywiadu z badaczem na te, które są społecznie akceptowalne.

Według danych WHO¹¹⁹ najczęściej występującymi zaburzeniami poznawczymi i neurologicznymi wśród osób starszych jest demencja i depresja, które dotyczą odpowiednio 5% i 7% populacji osób po 60 roku życia. Jednocześnie WHO szacuje się, że obecnie żyje 50 milionów osób z otępieniem, a prognozy wskazują na wzrost tej liczby do 82 milionów w roku 2030 i 152 milionów w roku 2050. W tym kontekście zaskakująca jest mała liczba potrzeb w obszarze zdrowia psychicznego.

W moim badaniu liczba potrzeb osób bez otępienia (wyniki MMSE co najmniej 24 pkt.) była porównywalna z liczbą potrzeb wskazywanych przez osoby z zaburzeniami poznawczymi. Inne badania^{115,120} wskazują, że osoby z demencją wskazują większą całkowitą liczbę potrzeb oraz liczbę potrzeb niezaspokojonych w porównaniu z osobami bez otępienia. Podobne wyniki otrzymała Castillo i wsp.¹⁰⁷ wskazując, że pacjenci z demencją wykazują większą liczbę potrzeb niezaspokojonych w sekcji *Codziennie zajęcia* (50,7%), *Nieumyślne samouszkodzenia* (15,1%), *Towarzystwo/Znajomi* (39,5%), *Stres psychologiczny* (30,9%). Należy podkreślić jeszcze raz, że kryterium wyłączenia z moich badań był wynik MMSE mniejszy niż 15 pkt, co mogło wpłynąć na obraz potrzeb badanej grupy oraz brak zależności pomiędzy liczbą potrzeb u pacjentów z zaburzeniami poznawczymi i bez nich.

Powszechnie wiadomo, że osoby starsze częściej chorują na schorzenia somatyczne, które utrudniają codzienne funkcjonowanie i skutkują obniżeniem nastroju, gorszą samooceną i sprzyjają depresji¹²¹. Zaburzenia depresyjne są często nierozpoznanane przez lekarzy, a co za tym idzie – nieodpowiednio leczone, czego konsekwencją jest obniżona jakość życia i poważne zaburzenia funkcjonowania osób starszych z objawami depresyjnymi, jak również pogorszenie ogólnego stanu zdrowia¹²². Z drugiej strony osoby w wieku podeszłym niechętnie rozmawiają o depresji z rodziną, przyjaciółmi i sąsiadami z powodu lęku przed negatywnymi reakcjami lub przekonaniu, że inni będą obciążeni tym problemem¹²³. Chachamovich i wsp.¹²⁴ dowodzą, że

występowanie nawet niewielkich zaburzeń depresyjnych wiąże się ze znacznym obniżeniem jakości życia. Potwierdzają tę hipotezę wyniki niniejszych badań – osoby starsze z zaburzeniami depresyjnymi niżej oceniali jakość życia w większości z podskal kwestionariusza SF-36v2.

Dane z literatury wskazują, że wraz z wiekiem zwiększa się rozpowszechnienie depresji¹²⁵. W niniejszym badaniu nie zaobserwowano takiej zależności. Możliwą przyczyną może być ograniczony rozkład wieku w badanej grupie (75 lat i więcej) oraz kryterium sprawności poznawczej. Zgodnie z wcześniejszymi badaniami (Stein i wsp.¹²⁶ – podstawowa opieka zdrowotna, Field i wsp.¹¹⁶ – domy chronione, Hoe i wsp.¹²⁷, Mazurek i wsp.¹⁰⁹, Ferreira i wsp.¹⁰⁸ – domy pomocy społecznej) pacjenci z objawami depresji zgłosili więcej potrzeb niezaspokojonych niż osoby bez objawów depresji. Ponadto w moich badaniach wykazano podobną zależność dla potrzeb zaspokojonych i w związku z tym dla całkowitej liczby potrzeb. Badani z zaburzeniami depresyjnymi wskazali 62% wszystkich zgłoszonych potrzeb niezaspokojonych. W odróżnieniu od Stein¹²⁶ potrzeby niezaspokojone związane ze zdrowiem fizycznym, zwłaszcza *Zdrowie fizyczne* i *Mobilność/Upadki*, nie były w moim badaniu najczęściej wskazywanymi problemami, zarówno wśród osób z objawami depresyjnymi. W grupie osób z objawami depresyjnymi dominowały potrzeby związane z obszarem *Mieszkanie* (23%) i *Towarzystwo/Znajomi* (20%).

Podobnie do innych badań¹¹⁷ nie stwierdziłam zależności między wiekiem i płcią a liczbą potrzeb zaspokojonych lub niezaspokojonych.

Badania Dobrzyń-Matusiak i wsp.¹²⁸ na grupie 300 mieszkańców Polski objętych stacjonarną opieką długoterminową, pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej i objętych pielęgniarską opieką długoterminową w warunkach domowych, wskazują, że ocena jakości życia osób starszych zależy od warunków, w których przebywają, tj. ocena jakości życia w środowisku domowym jest niższa od oceny jakości życia osób objętych pomocą instytucjonalną. Przyczyn można upatrywać w poczuciu bezpieczeństwa i stabilności osób przebywających w warunkach zinstytucjonalizowanych, gdzie zaspakajane są ich podstawowe potrzeby oraz niskiej sprawności funkcjonalnej badanych osób. Wyniki te są zaskakujące z uwagi na przekonanie, że przebywanie w warunkach domowych wpływa bardziej pozytywnie na dobre samopoczucie osób starszych. Jedną z przyczyn niższej oceny jakości życia może być samotność osób starszych w warunkach

domowych. Brak małżonka lub bliskiej rodziny prowadzić może do braku poczucia bezpieczeństwa i izolacji. Samotność ponadto jest związana z brakiem pewności siebie, sensu życia wsparcia społecznego, aktywności społecznej co prowadzi do objawów depresyjnych.

Ocena jakości życia zależy od sprawności funkcjonalnej (w moim badaniu mierzona skalą Barthel). Potwierdzają to wyniki innych badaczy¹²⁸.

W badaniach własnych nie zaobserwowano istotnych różnic w ocenie jakości życia między młodszą i starszą grupą wiekową. Badania Walters i wsp.⁶⁹ na próbie ponad 8 tys. seniorów wykazały, że ocena jakości życia obniża się wraz z wiekiem we wszystkich podskalach, najsilniej w obszarach *Funkcjonowania fizycznego (PF)* i związanego z tym *Ograniczenia roli (RP)*. Różnica ta może być związana z małą liczebnością mojej próby oraz kryterium wieku włączenia do badań – prace Walters i wsp. dotyczyły osób powyżej 65 roku życia.

W moim badaniu ocena jakości życia kobiet i mężczyzn była porównywalna. Odmienne wnioski stawia Walters i wsp.⁶⁹ – mężczyźni oceniają wyżej zdrowie we wszystkich podskalach SF-36v2. Z kolei w badaniach Lima i wsp.¹²⁹ kobiety uzyskiwały niższe wyniki od mężczyzn w prawie wszystkich skalach, z wyłączeniem *Ograniczenia roli- problemy fizyczne (RP)*. Heslin i wsp.¹³⁰ w badaniach nad jakością życia osób w wieku podeszłym w 6 krajach stwierdza, że kobiety oceniają gorzej swoje *Zdrowie ogólne (GH)* od mężczyzn. Ponadto zauważyli wyższą ocenę *Zdrowia ogólnego (GH)*, *Funkcjonowania fizycznego (FP)* i *Samopoczucia (MH)* w krajach północnych (Finlandia, Szwecja) w porównaniu z krajami południowymi (Hiszpania, Chorwacja). Różnice te mogą wynikać z odmiennego systemu ochrony zdrowia w każdym z krajów oraz zaawansowania promocji zdrowego stylu życia w krajach skandynawskich.

Coraz częściej jakość życia nie jest związana tylko ze skutkami choroby, ale rozpatrywana jest również jako wskaźnik prognozujący określone negatywne skutki zdrowotne.¹³¹ Koncepcja ujmująca ocenę jakości życia jako predyktora np. instytucjonalizacji czy śmiertelności pojawia się u wielu badaczy zajmujących się osobami starszymi dotkniętymi często występującymi chorobami w tej grupie wiekowej takimi, jak choroby nerek¹³², rak płuc¹³³, rak prostaty¹³⁴, cukrzyca typu 2¹³⁵, choroby niedokrwiennej serca¹³⁶ czy niewydolności serca¹³⁷.

Jednym z celów niniejszej pracy była ocena istnienia korelacji pomiędzy liczbą potrzeb a oceną jakości życia. Wykazano, że osoby starsze wykazujące większą liczbę potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych niżej oceniają swoją jakość życia zarówno w dziedzinie fizycznej (*PCS*) i psychicznej (*MCS*) kwestionariusza SF-36v2. Podobne wyniki otrzymał też Raynolds i wsp.⁴⁶

W przyszłości, system ochrony zdrowia powinien zostać dostosowany do zmian demograficznych i związanej z tym rosnącej liczby potrzeb zdrowotnych, zwłaszcza wśród osób starszych. Identyfikacja potrzeb najstarszej grupy społecznej wydaje się być kluczowa z uwagi na to, że podstawowa opieka zdrowotna jest pierwszym ogniwem pomocy medycznej dla pacjenta przebywającego w domu, a usługi świadczone przez podmioty biorące w niej udział mogą zmniejszyć prawdopodobieństwo instytucjonalizacji osób w wieku podeszłym. Istotnym wydaje się ocena potrzeb w oparciu nie tylko o ocenę sprawności funkcjonalnej, ale uwzględniająca inne czynniki, które wpływają na samodzielność seniorów – czynniki środowiskowe, społeczne, psychiczne. Narzędziem takich jest wykorzystany w tym badaniu kwestionariusz CANE, który pozwala w sposób całościowy ocenić potrzeby osób starszych.

Mocną stroną mojej pracy jest próba ukazania obrazu potrzeb osób w wieku podeszłym w ich środowisku domowym, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb niezaspokojonych, które wpływają na subiektywną ocenę jakości życia tej grupy. Należy podkreślić, że jest to pierwsza praca dotycząca możliwości wykorzystania kwestionariusza CANE w ocenie potrzeb osób wieku podeszłym przebywających w warunkach domowych w Polsce. W literaturze światowej dostępnych jest zaledwie kilka takich opracowań.

W pracy ukazany został ponadto związek potrzeb z innymi czynnikami takimi, jak czynniki społeczno-demograficzne, sprawność funkcjonalna czy poznawcza. Wydaje się to być istotne w organizacji skoordynowanej opieki nad pacjentem przez pracowników ochrony zdrowia i opieki społecznej. Ograniczenia w interpretacji tej pracy związane są z doбором badanej grupy – włączenie osób, które były sprawne poznawczo (wynik MMSE>15), co wpłynęło potencjalnie na obraz potrzeb badanych.

Pewnym ograniczeniem zastosowania kwestionariusza CANE w praktyce może być czas potrzebny do wykonania oceny w 24 obszarach, zwłaszcza dla pracowników POZ. To czasowe i logistyczne wyzwanie sprawia, że narzędzie to nie jest popularnie

stosowane w praktyce. W przyszłości jednak, na podstawie niniejszych badań i innych doniesień z literatury, może stać się standardem, który ułatwi komunikowanie się pomiędzy profesjonalistami w trakcie planowania i sprawowania opieki nad osobami starszymi oraz zoptymalizuje koszty podejmowanych działań. Brak takiej holistycznej oceny potrzeb pacjenta może prowadzić do wielokrotnego wsparcia w jednych obszarach i braku pomocy w innych. Systematyczne stosowanie kwestionariusza i wielowymiarowa ocena potrzeb może opóźnić niesprawność seniorów i poprawić ich ocenę jakości życia. Należy zwrócić uwagę na to jak ważna jest ocena potrzeb przez samego badanego. Planowanie opieki jedynie o oceny zespołu terapeutycznego może nie uwzględniać czynników ważnych dla osoby, którą ma ona objąć.

WNIOSKI

1. Osoba starsza mieszkająca w środowisku domowym zgłasza średnio 5 potrzeb, z czego większość to potrzeby zaspokojone w obszarach *Zdrowie fizyczne*, *Mobilność/upadki* oraz *Prace domowe*.
2. Z czynników społeczno-demograficznych na ocenę potrzeb osób w wieku podeszłym ma wpływ wiek oraz posiadanie opiekuna.
3. Wystąpienie objawów depresyjnych zwiększa liczbę potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych. Niesprawność funkcjonalna oceniana skalą Barthel wpływa na zwiększenie potrzeb zaspokojonych. Nie wykazano związku między sprawnością poznawczą a liczbą potrzeb i jakością życia.
4. Badane osoby starsze gorzej oceniają wskaźniki zdrowia fizycznego w porównaniu do wskaźników zdrowia psychicznego.
5. Ocena jakości życia pogarsza się wraz z wiekiem tylko w obszarze funkcjonowania fizycznego i ograniczeń roli z tym związanych.
6. Większa liczba potrzeb niezaspokojonych wpływa na ocenę niższą jakości życia osób w wieku podeszłym.

Wniosek podsumowujący

Ocena potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych osób w wieku podeszłym w środowisku domowym za pomocą kwestionariusza CANE umożliwia skoordynowanie opieki medycznej, społecznej i nieformalnej udzielanej przez rodzinę na konkretne obszary problemów osób starszych, może minimalizować koszty świadczeń, opóźnić instytucjonalizację oraz przyczynić się do poprawy jakości życia. Takie postępowanie powinno stać się działaniem rutynowym w opiece nad człowiekiem starszym.

STRESZCZENIE

ANALIZA POTRZEB I JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB PO 75 ROKU ŻYCIA MIESZKAJĄCYCH W ŚRODOWISKU DOMOWYM

Zachodzące procesy demograficzne i wzrost populacji osób starszych na świecie wymusza zmiany w systemie ochrony zdrowia i opieki społecznej. Identyfikacja potrzeb, w szczególności niezaspokojonych, oraz zaplanowanie opieki dostosowanej do sytuacji pacjenta pozwala na dłuższe samodzielne funkcjonowanie osoby w wieku podeszłym w warunkach domowych oraz wpływa na poprawę jego jakości życia.

Celem niniejszej pracy jest analiza potrzeb i jakości życia osób po 75 roku życia mieszkających w środowisku domowym. Dodatkowo wykonano ocenę czynników determinujących potrzeby i subiektywną ocenę jakości życia osób starszych. Ocenę potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych w 24 obszarach wykonano z użyciem kwestionariusza Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). W celu oceny jakości życia wykorzystano kwestionariusz SF-36v2. W ramach całościowej oceny geriatrycznej (COG) do oceny stanu sprawności funkcjonalnej zastosowano skalę Barthel, do oceny zaburzeń funkcji poznawczych – skalę Mini Mental State Examination (MMSE), do oceny występowania objawów depresyjnych – Geriatryczną Skalę Depresji (GDS), do analizy ryzyka upadków – test "Wstań i idź" (Timed Up and Go – TUG).

Badania wykonano na grupie 93 osób przebywających w środowisku domowym w Poznaniu. Kryteriami włączenia były wiek (co najmniej 75 lat) i brak ciężkiego upośledzenia funkcji poznawczych (wynik testu MMSE co najmniej 15 punktów).

Średnia całkowita liczba potrzeb badanej grupy wynosiła $5,0 \pm 2,9$ (mediana: 5, zakres: 0 – 13). Zdecydowaną większość stanowiły potrzeby zaspokojone $4,4 \pm 2,7$ (mediana: 4, zakres: 0 – 12). Średnia liczba potrzeb niezaspokojonych wynosiła: $0,6 \pm 1,0$ (mediana: 0, zakres: 0 – 6). Żadna z badanych osób nie zgłosiła potrzeb w obszarach *Zachowanie* i *Alkohol*. Najczęściej zgłaszane potrzeby zaspokojone dotyczyły obszarów: *Zdrowie fizyczne* (79,6%), *Mobilność/Upadki* (60,2%) oraz *Prace domowe* (59,1%). Najwięcej potrzeb niezaspokojonych odnotowano w domenach: *Mieszkanie* (11,8%), *Towarzystwo/Znajomi* (9,7%), *Wzrok/Słuch/Komunikacja* (7,5%). Liczba potrzeb

zaspokojonych ($p=0,006$) i całkowita liczba potrzeb ($p = 0,011$) była wyższa w grupie osób powyżej 85 roku życia oraz seniorów, którzy posiadali opiekuna ($p < 0,001$). Niższa sprawność funkcjonalna była wskaźnikiem wyższej liczby potrzeb zaspokojonych ($p < 0,001$). Większe ryzyko upadków (wyższy wynik w teście TUG) wpływało na większą całkowitą liczbę potrzeb ($p = 0,006$). Nie stwierdzono takich powiązań w stosunku do potrzeb niezaspokojonych. Płeć, wykształcenie, sprawność poznawcza nie wpływają na liczbę zgłaszanych potrzeb. Stwierdzono istnienie zależności między liczbą potrzeb a występowaniem objawów depresyjnych. Osoby z wyższym wynikiem GDS wykazywały większą liczbę potrzeb zaspokojonych ($p = 0,021$) i niezaspokojonych ($p < 0,001$).

Badani niżej oceniali swoją jakość życia w domenach fizycznych kwestionariusza SF-36v2 niż w domenach psychicznych ($p < 0,001$). Wyższa sprawność funkcjonalna oraz brak objawów depresyjnych wskazują na wyższą jakość życia w większości obszarów kwestionariusza SF-36v2. Nie wykazano związku między płcią, wykształceniem i stanem cywilnym a oceną jakości życia w poszczególnych domenach. Wiek i sprawność poznawcza wpływały jedynie na *funkcjonowanie fizyczne (PF)*; $p = 0,034$).

Stwierdzono istnienie ujemnej korelacji pomiędzy liczbą potrzeb zaspokojonych a oceną jakości życia mierzoną sumarycznym wskaźnikiem zdrowia fizycznego – PCS ($r = -0,542$; $p < 0,001$) i sumarycznym wskaźnikiem zdrowia psychicznego – MCS ($r = -0,345$; $p < 0,001$).

Ocena potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych osób w wieku podeszłym w środowisku domowym za pomocą kwestionariusza CANE umożliwia skoordynowanie opieki medycznej, społecznej i nieformalnej udzielanej przez rodzinę na konkretne obszary problemów osób starszych, może minimalizować koszty świadczeń, opóźnić instytucjonalizację oraz przyczynić się do poprawy jakości życia. Takie postępowanie powinno stać się działaniem rutynowym w opiece nad człowiekiem starszym. Ma to szczególne znaczenie w związku z wykazaniem wpływem liczby potrzeb na jakość.

ABSTRACT

THE ANALYSIS OF THE NEEDS AND QUALITY OF LIFE OF PEOPLE AFTER 75 YEARS OLD LIVING IN A HOME ENVIRONMENT

The ongoing demographic processes and increase in the elderly population in the world forces changes in the health care and social care system. Identification of needs, in particular unmet needs and the planning of care adapted to the patient's situation allows for longer independent functioning of an elderly person at home and improves their quality of life.

The aim of this study was to analyze the needs and quality of life of people over 75 living in a home environment. In addition, an attempt was made to assess the factors determining the needs and subjective assessment of the quality of life of older people. The assessment of needs, satisfied and unmet, in 24 areas was performed using the *Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)* questionnaire. In order to assess the quality of life, the SF-36v2 questionnaire was used. As part of a *comprehensive geriatric assessment (COG)*, the *Barthel Index* was used to assess the state of functional ability, to assess cognitive function disorders - *Mini Mental State Examination (MMSE)* test, to assess depressive symptoms – *Geriatric Depression Scale (GDS)* scale, to analyze the risk of falls - *Timed Up and Go (TUG)* test.

The study included 93 participants in their home environment in Poznań. The inclusion criteria were age (at least 75 years old) and no severe impairment of cognitive function (MMSE test score at least 15 points).

The average total number of needs of the studied group was 5.0 ± 2.9 (median: 5, range: 0 – 13). The vast majority was the needs met with 4.4 ± 2.7 (median: 4, range: 0 – 12). The average number of unmet needs was: 0.6 ± 1.0 (median: 0, range: 0 – 6). None of the respondents reported any needs in the areas of *Behavior* and *Alcohol*. The most frequently reported satisfying needs related to the following areas: *Physical Health* (79.6%), *Mobility/Falls* (60.2%) and *Household skills* (59.1%). The largest number of unmet needs were recorded in the following domains: *Accommodation* (11.8%), *Company* (9.7%), *Eyesight/Hearing/Communication* (7.5%). The number of met needs

($p = 0,006$) and the total number of needs ($p = 0,011$) was higher in the group of people over 85 years old and seniors who had a caregiver ($p < 0,001$). Lower functional ability were indicators of the higher number of met needs ($p < 0,001$). Higher risk of falls (higher scores in the TUG test) affected the greater total number of needs ($p = 0,006$). No such connections were found in relation to unmet needs. Gender, education, cognitive efficiency do not affect the number of reported needs. The relationship between the number of needs and the occurrence of depressive symptoms was noted. The elderly with a higher GDS score showed a greater number of met ($p < 0,021$) and unmet needs ($p < 0,001$).

Participants noted their quality of life in the physical domains of the SF- 36v2 questionnaire rather than in the psychic domains ($p < 0,001$). Higher functional ability and lack of depressive symptoms indicate a higher quality of life in most areas of the SF- 36v2 questionnaire. There is no relationship between gender, education and marital status, and the quality of life in individual domains. Age and cognitive efficiency influenced only *physical functioning* (PF , $p = 0.034$).

There was a negative correlation between the number of needs met and the quality of life measured by the total physical health index – PCS ($r = -0.542$, $p < 0.001$) and the total mental health index – MCS ($r = -0.345$, $p < 0.001$)

Assessing met and unmet needs of older people living in home environment using the CANE questionnaire enables coordinating the medical, social and informal care provided by the family to specific areas of elderly people's problems,, Therefore, it can minimize the benefits costs. Moreover it can also delay institutionalization and improve the quality of life. Such behavior should become a routine measure in the care of the elderly.

SPIS TABEL

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy z podziałem na grupy wiekowe.....	32
Tabela 2. Wyniki skali Barthel w badanej grupie z podziałem grupy wiekowe.	34
Tabela 3. Wyniki skali Barthel w badanej grupie w zależności od odpowiedzi na pytanie <i>Czy badany ma opiekuna?</i>	34
Tabela 4. Wyniki w skali MMSE w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe...	36
Tabela 5. Wyniki w skali GDS w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe.....	37
Tabela 6. Wyniki testu TUG w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe.	38
Tabela 7. Rodzaj i poziom otrzymanej pomocy w poszczególnych obszarach kwestionariusza CANE (* 0 – brak pomocy, 1 – niewielka pomoc, 2 – umiarkowana pomoc, 3 – duża pomoc).	42
Tabela 8. Charakterystyka ilościowa potrzeb w uwzględnieniu płci w ocenie badanego.	43
Tabela 9. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu badanej grupy wiekowej.....	46
Tabela 10. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu posiadania osoby sprawującej opiekę nad badanym.....	50
Tabela 11. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu sprawności funkcjonalnej według skali Barthel.....	53
Tabela 12. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu sprawności poznawczej według testu MMSE.....	56
Tabela 13. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu oceny ryzyka depresji według skali GDS.	57
Tabela 14. Charakterystyka potrzeb w uwzględnieniu oceny ryzyka upadków na podstawie testu TUG.	60
Tabela 15. Wyniki szczegółowe subiektywnej oceny jakości życia w badanej grupie według skali SF-36v2.....	63
Tabela 16. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na płeć	64
Tabela 17. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy wiekowe.	67

Tabela 18. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy w zależności od wyniku w skali Barthel (B1 – stan ciężki, co najwyżej 85 pkt.; B2 – stan lekki, co najmniej 86 pkt.).....	76
Tabela 19. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy w zależności od wyniku w Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego MMSE (osoby bez otępienia – co najmniej 24 pkt. i osoby z otępieniem – co najwyżej 23 pkt.).....	78
Tabela 20. Ocena jakości życia w badanej grupie z podziałem na grupy w zależności od wyniku w GDS (G1: osoby w granicach normy – co najwyżej 5 pkt. i G2: osoby z depresją – powyżej 5 pkt.).....	80

SPIS RYCIN

Rycina 1. Liczba osób w wieku 65 lat i więcej w przeliczeniu na 100 osób w wieku produkcyjnym (15 – 64 lat).....	7
Rycina 2. Ludność według płci i wieku w latach 2014 i 2050 (piramida wieku)	7
Rycina 3. Zmiany stanów ludności według biologicznych grup wieku w latach 2013-2050.....	8
Rycina 4. Udział procentowy ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności	9
Rycina 5. Procentowy rozkład badanej grupy według stanu pacjenta z podziałem na płęć i grupy wiekowe.....	33
Rycina 6. Procentowy rozkład badanej grupy według stanu otępienia z podziałem na płęć i grupy wiekowe.....	35
Rycina 7. Procentowy rozkład badanej grupy według stopnia depresji z podziałem na płęć i grupy wiekowe.....	36
Rycina 8. Procentowy rozkład badanej grupy według oceny ryzyka upadków z podziałem na płęć i grupy wiekowe.....	37
Rycina 9. Charakterystyka jakościowa potrzeb badanej grupy wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 93).	39
Rycina 10. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych (A) i niezaspokojonych (B) oraz całkowitej liczby potrzeb (C) w badanej grupie (n=93).....	40
Rycina 11. Charakterystyka jakościowa potrzeb kobiet wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 78).	44
Rycina 12. Charakterystyka jakościowa potrzeb mężczyzn wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 15).	45
Rycina 13. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych oraz całkowitej liczby potrzeb wśród kobiet.....	46
Rycina 14. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie A (75 – 84 lat) wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 50).....	47
Rycina 15. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie B (85 lat i więcej) wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 43).....	48

Rycina 16. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych oraz całkowitej liczby potrzeb w grupie A (75 – 84 lata)	49
Rycina 17. Rozkład liczby potrzeb zaspokojonych oraz całkowitej liczby potrzeb w grupie B (85 lat i więcej).....	49
Rycina 18. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie osób posiadających opiekuna wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 47).	51
Rycina 19. Charakterystyka jakościowa potrzeb w grupie osób, które nie posiadają opiekuna wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE (n = 46).	52
Rycina 20. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie B1 (co najwyżej 85 pkt. w skali Barthel, n = 41).....	54
Rycina 21. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie B2 (co najmniej 86 pkt. w skali Barthel, n = 52).	55
Rycina 22. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie G1 (bez depresji, co najwyżej 5 pkt. w skali GDS, n = 58).58	
Rycina 23. Charakterystyka jakościowa potrzeb wykonana przy użyciu kwestionariusza CANE w grupie G2 (z depresją, co najmniej 6 pkt. w skali GDS, n = 35)....	59
Rycina 24. Porównanie wyników skali SF-36v2 w badanej grupie.	62
Rycina 25. Związek pomiędzy wiekiem i <i>Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)</i> wśród kobiet.	65
Rycina 26. Związek pomiędzy wiekiem i oceną w obszarze <i>Ból (BP)</i>	68
Rycina 27. Związek pomiędzy wiekiem i <i>Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)</i>	69
Rycina 28. Porównywanie wartości domen kwestionariusza SF-36v2 różniących się istotnie statystycznie w grupie 85 i więcej lat w zależności od rodzaju wykonywanej pracy w przeszłości.....	70
Rycina 29. Porównywanie wartości <i>Wskaźnika sumarycznego zdrowia fizycznego (PCS)</i> w zależności od wykształcenia.....	71
Rycina 30. Porównywanie wartości <i>Wskaźnika sumarycznego zdrowia psychicznego(MCS)</i> w zależności od wykształcenia.....	71
Rycina 31. Porównywanie wartości <i>Wskaźnika sumarycznego zdrowie fizyczne (PCS)</i> w zależności od rodzaju wykonywanej pracy w przeszłości.	72
Rycina 32. Porównywanie wartości <i>wskaźnika sumarycznego zdrowie psychiczne (MCS)</i> w zależności od rodzaju wykonywanej pracy w przeszłości.	73

Rycina 33. Związek pomiędzy wynikiem w skali Barthel a domenami zdrowia fizycznego kwestionariusza SF-36v2 (IB- Indeks Barthel).....	74
Rycina 34. Związek pomiędzy wynikiem w skali Barthel a domenami zdrowia psychicznego kwestionariusza SF-36v2 (IB- Indeks Barthel).	75
Rycina 35. Związek pomiędzy wynikiem w skali MMSE a podskalą <i>Funkcjonowanie fizyczne (PF)</i> kwestionariusza SF-36v2.	77
Rycina 36. Związek pomiędzy wynikiem testu TUG a domeną Wskaźnik sumaryczny zdrowie fizyczne (PCS) kwestionariusza SF-36v2.	81
Rycina 37. Związek pomiędzy liczbą potrzeb zaspokojonych i <i>Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)</i>	82
Rycina 38. Związek pomiędzy liczbą potrzeb zaspokojonych i <i>wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)</i>	83
Rycina 39. Związek pomiędzy liczbą potrzeb niezaspokojonych i <i>Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)</i>	84
Rycina 40. Związek pomiędzy liczbą potrzeb niezaspokojonych i <i>wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)</i>	84
Rycina 41. Związek pomiędzy całkowitą liczbą potrzeb i <i>wskaźnikiem sumarycznym zdrowia fizycznego (PCS)</i>	85
Rycina 42. Związek pomiędzy całkowitą liczbą potrzeb i <i>Wskaźnikiem sumarycznym zdrowia psychicznego (MCS)</i>	86

PIŚMIENNICTWO

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. Nowy York 2013, dostępny <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>: data wejścia 03.11.2017r.
2. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa 2014, dostępny: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/1/udnosc_w_starszym_wieku.pdf, data wejścia 10.01.2017r.
3. Eurostat, Population / Demography / Population / Old-age-dependency, Population projections / Projected old-age dependency ratio dostępny <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdde511>
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdde510>, data wejścia 10.01.2017r.
4. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych Rynku Pracy, Prognoza ludności na lata 2014 – 2050, Warszawa 2014, dostępny: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/pr/ognoza_ludnosci_na_lata_2014_-_2050.pdf, data wejścia 10.01.2017r.
5. Główny Urząd Statystyczny, <http://swaid.stat.gov.pl/SitePagesDBW/Demografia.aspx>, data wejścia 10.01.2017r.
6. Główny Urząd Statystyczny, Prognoza ludności na lata 2014 – 2050, dostępny <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>, data wejścia 10.01.2017r.
7. Tobis S, Jakrzewska-Sawińska A, Talarska D, Wieczorowska-Tobis K. Wieloprofesjonalność opieki w geriatric. Now Lek 2013; 82(1): 51-55.

-
8. Suzman RM, Manton KG, Willis DP. Introducing the oldest old. W: Suzman RM, Manton KG, Willis DP. *The Oldest Old*. Oxford University Press. Oxford-New York 1992; 3-14.
 9. Baranowska A. Starzenie się społeczeństwa europejskiego jako wyzwanie XXI wieku. *Casus Polski. Opuscula Sociologica*. 2017; 4: 55-66.
 10. Andersen-Ranberg K, Christensen K, Jeune B, Skytthe A, Vasegaard L, Vaupel JW. Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmark. *Age Ageing* 1999, 28(4): 373-377.
 11. Błędowski P, Szatur-Jaworska B, Szweda-Lewandowska Z, Kubicki P. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Warszawa 2012.
 12. Szarota Z. Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa. W: Kijak JR, Szarota Z. *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa 2013; 6-22.
 13. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997; 37(4): 433-440.
 14. Wieczorowska-Tobis K, Grześkowiak E, Józwiak A. *Farmakoterapia geriatryczna*. Akademia Medycyny. Warszawa 2008.
 15. Cameron N. *The psychology of behavior disorders*. Cambridge 1947. Reverside Press W: Obuchowski K. *Psychologia dążeń ludzkich*. PWN. Warszawa 1983, 79 - 84.
 16. Daszkowska M. *Zarys marketingu usług*. Wydawnictwo UG. Gdańsk. 1993.
 17. Zbróg Z. *Identyfikowanie i zaspakajanie potrzeb społecznych w niepublicznych szkołach podstawowych*. Oficyna wydawnicza Impuls. Kraków 2011.
 18. Murray HA. *Exploration in personality*. Oxford University Press. London 1962.
 19. Maslow A. A theory human motivation. *Psychological review* 1943; 50: 370-396.
 20. Davis MM. *Medical care for tomorrow*. Harper. New York 1955.
 21. Topór-Mądry R, Gilis-Januszewska A, Kurkiewicz J, Pająk A. *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS. Kraków 2002.

-
22. Van Haaster I, Lesage AD, Cyr M. Problems and needs for care of patients suffering from severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29 (3): 141-148.
 23. Pikuła N. Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2015.
 24. Susułowska M. Psychologia starzenia się i starości. PWN. Warszawa 1989.
 25. Pikuła N, Jagielska K. Gerontologiczna praca socjalna jako innowacja w kształceniu pracowników socjalnych. Wybrane rekomendacje dla polityki społecznej. *Labor et Educatio*. 2017; 5: 177-195.
 26. Synak B. Polska starość, WUG, Gdańsk 2002.
 27. Rymaszewska J, Kłak R, Synak A. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) – badanie polskiej wersji narzędzia. *Psychogertr Pol* 2008; 5(2):105-113.
 28. Talarska D, Kropińska S, Wieczorowska- Tobis K. Kwestionariusz CANE do czego służy? W: *Różne oblicza starości*. Poznań 2011;15-24.
 29. Iliffe S, Lenihan P, Orrell M, Walters K, Drennan V, Tai SS. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *Br J Gen Pract* 2004; 54(509): 914–918.
 30. Culyer A. Need – is a consensus possible? *J Med Ethics*. 1998; 24(2): 77–80.
 31. Błędowski P, Stogowski A, Wieczorowska-Tobis K. Wyzwania współczesnej gerontologii. Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu. Poznań 2013.
 32. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. *Geriatrics* 2010, 4(4): 247-251.
 33. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).
 34. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).
 35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016. poz. 1567).

-
36. Ustawa z dn. 12 marca 2004. O pomocy społecznej, art. 17, 50 (Dz.U.2004 nr 64 poz. 593).
 37. Irzyniec T, Nowak- Kapusta Z, Franek G, Drzazga B .Osoby starsze objęte pielęgniarstwem domową opieką długoterminową. *Gerontol Pol* 2016; 24(3): 207-2013.
 38. Philip KE, Alizad V, Oates A i wsp. Development of EASY-Care, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people; with latest information about cross-national acceptability. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15(1): 42–46.
 39. Bień B, Wojszel BZ, Wilmańska J, Polityńska B. EASY-Care questionnaire: assumptions and study methodology. *Gerontol Pol* 1999; 7(1): 37–41.
 40. Brandão MP, Sousa L, Philp I, Cardoso MF. Portuguese older people’s self-perception of their (in)dependency: a cross-sectional study. *J Aging Innov* 2015; 4(1): 3–17.
 41. Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D i wsp. A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses’ Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(4): 339–347.
 42. Tremmel L, Spiegel R. Clinical experience with the NOSGER (Nurses’ Observation Scale for Geriatric Patients): Tentative normative data and sensitivity to change. *Int J Geriatr Psychiatr* 1993; 8(4): 311–317.
 43. Liszewska M. Zdążyć na czas. Senior z demencją a zastosowanie NOSGER (Nurses’ Observation Scale for Geriatric Patients). *Wspólne Tematy* 2005; 1(1): 3–9.
 44. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwem wśród kobiet w podeszłym wieku. *Probl Pielęg* 2009; 17(4): 277-282.
 45. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I i wsp. Ocena pacjentów neurogeriatrycznych za pomocą skali NOSGER. *Piel Neurol Neuroch* 2017; 6(1): 20–25.
 46. Reynolds T, Abas M, Hoe J i wsp. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry* 2000; 176(5): 444–452.

-
47. Phelan M, Dunn G, Holloway F i wsp. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatr* 1995; 167(5): 589–595.
 48. Walters K, Iliffe S, Orrell M, See Tai S. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age Ageing* 2000; 29(6): 505–510.
 49. Field E, Walker M, Hancock G, Orrell M. The needs of older people in sheltered housing: a comparison of inner city and new town areas. *J Hous Elderly* 2005; 19(2): 107–117.
 50. Kalfoss M, Halvorsrud L. Important issues to quality of life among Norwegian older adults: an exploratory study. *Open Nurs J* 2009; 3(1): 45-55.
 51. Tatarkiewicz W. *Historia filozofii T.1*. PWN. Warszawa 2001.
 52. Zymonik Z. Wkład starożytności do problematyki jakości i jej kosztów. *Problemy Jakości* 2004; 8: 36-38
 53. Campbell A, Converse P, Rodgers W. *The Quality of American Life*. Russell Sage Foundation. New York 1976.
 54. Papuć E. Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12(2): 141-145.
 55. Dalkey NC, Rourke DL. *The Delphi procedure and rating quality of life factors*, Univ. California Press, Los Angeles 1972.
 56. Wnuk M, Marcinkowski JT. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(1): 23.
 57. WHO Constitution 1946. WHO. Geneva. Switzerland.
 58. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Mental Health* 1994; 23: 24-56.
 59. Farquhar M. Definitions of Quality of Life: a Taxonomy. *J Adv Nurs* 1995; 22(3): 502–508.
 60. Szewczyczak M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Now Lek* 2012; 81(1): 96–100.

-
61. Farquhar M. Elderly People's Definitions of Quality of Life. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1439-1446.
 62. Schipper H. Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *J Psychosocial Oncol* 1990; 8(23): 171-185.
 63. Muszalik M, Kędziora Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2006; 14(4): 185-189.
 64. Wrońska I, Stępień R, Wiraszka G. Badanie jakości życia w naukach medycznych. Część I. *Piel XXI wieku* 2004; 1(6): 5-9.
 65. Sierakowska M. Jakość życia w przewlekłych chorobach reumatycznych – uwarunkowania społeczne, psychologiczne i medyczne oraz metody pomiaru. *Forum Reumatologiczne* 2017; 3(1): 5-12.
 66. Carr AJ, Gibson B, Robinson BG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ* 2001; 322(7296): 1240–1243.
 67. Testa M, Simonson D. Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med*. 1996; 334(13):835-40.
 68. Nante N, Groth N, Guerrini M i wsp. Using the SF-36 in a rural population of elderly in Italy: a pilot study. *J Prev Med Hyg* 1999; 40: 1-7.
 69. Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age Ageing*. 2001; 30: 337-343.
 70. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3): 189-198.
 71. Klich-Rączka A, Piotrowicz K, Mossakowska M i wsp. The assessment of cognitive impairment suspected of dementia in Polish elderly people: results of the population-based PolSenior Study. *Exp Gerontol*. 2014; 57: 233-42.
 72. Mungas D, Marshall S, Weldon W, Haan M, Reed B. Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish speaking elderly. *Neurology* 1996; 46 (3): 700–706.

-
73. Rousseaux M, Sève A, Vallet M, Pasquier F, Mackowiak-Cordoliani MA. An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*, 2010; 48(13): 3884-3890.
 74. Ware J, Kosinski M, Bjorner J, Turner-Bowker D, Gandek B, Maruish M. Development. User's Manual for the SF-36v2® Health Survey. Lincoln (RI): QualityMetric Inc. 2007.
 75. Stewart AL, Ware JE. Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach. NC: Duke University Press. Durham 1992.
 76. Żołnierczyk-Zreda D, Wrzesiński K, Bugajska J, Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia. CIOPPIB. Warszawa 2009.
 77. Ware J, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual & Interpretation Guide Lincoln (RI): QualityMetric Inc. 2000.
 78. Ware J, Snoww KK, Kosinski M, Gandek B, SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln (RI): QualityMetric Inc. 1993.
 79. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Med J* 1965; 14: 65-71.
 80. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL i wsp. Development and validation of geriatric depression screening scale: preliminary report., *J Psychiatr Res* 1982-1983; 17(1): 37-49.
 81. Podsiadlo D, Richardson S. The timed 'up&go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39 (2): 142-148.
 82. Slade M, Leese M, Cahill S, Thornicroft G, Kuipers E. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry* 2005; 187(3): 256-261.
 83. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M. The needs of older people with dementia in residential care. *Int. J. Geriatr Psychiatry* 2006; 21(1): 43-49.
 84. Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R. Unmet Care Needs and Key Outcomes in Dementia. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005; 53(12): 2098-2105.
 85. Smith F, Orrell M. Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age Ageing* 2007; 36(6): 628-631.

-
86. Stein J, Luppá M, König H, Riedel-Heller S. Assessing met and unmet needs in the oldest-old and psychometric properties of the German version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) – a pilot study. *Int. Psychoger.* 2014; 26(2): 285-295.
87. Fischer ME, Cruickshanks KJ, Klein BEK i wsp. Multiple sensory impairment and quality of life. *Ophthalmic Epidemiology.* 2009; 16(6): 346-353.
88. Morgan A, Hickson L, Worrall L. The impact of hearing impairment on quality of life of older people, *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing.* 2002; 7(1): 39-53.
89. Zhang S, Moyes S, McLean C i wsp. Self-reported hearing, vision and quality of life: Older people in New Zealand. *Austral J Ageing.* 2016; 35(2): 98-105.
90. Hearing loss in persons 65 years and older based on WHO global estimates on prevalence of hearing loss, Mortality and Burden of diseases and prevention of blindness and deafness WHO 2012;
<http://www.who.int/pbd/deafness/news/Globalestimateshearingloss65years.pdf>
data wejścia 08.01.2018r.
91. Guidelines for hearing aids and services for developing countries, 2nd edition, WHO 2004 Prevention of Blindness and Deafness,
http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf, data wejścia 10.01.2018r.
92. Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, Pastore A. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clin Interv Aging* 2012; 7: 159–163.
93. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D i wsp. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(11): 844–851
94. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań. 2012.
95. Główny Urząd Statystyczny,
https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/1/udnosc_w_wieku_60_struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf, data wejścia 10.01.2018r.

-
96. Hickson L, Jodie A, Beswick R i wsp. Relationships between Hearing Disability, Quality of Life and Wellbeing in Older Community-based Australians Australian and New Zealand Journal of Audiology. 2008; 30(2): 99-111.
 97. Dalton DS, Cruickshanks KJ, Klein BE i wsp. The impact of hearing loss on quality of life in older adults. Gerontologist. 2003; 43 (5): 661–668.
 98. Capella-McDonnall ME. The effects of single and dual sensory loss on symptoms of depression in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2005; 20(9): 855-861.
 99. Chia EM, Wang JJ, Rochtchina E i wsp. Hearing impairment and health-related quality of life: the Blue Mountains Hearing Study. Ear Hear 2007; 28(2): 187-195.
 100. World Health Organization. WHO Global report on falls prevention in older age Fact sheet, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>, 2007, data wejścia 20.11. 2017r.
 101. Hajek A, Brettschneider C, van den Bussche H, Lühmann D i wsp. Impact of falls on depressive symptoms among the oldest old: Results from the AgeQualiDe study. Int J Geriatr Psychiatry. 2018; 33(10): 1383-1388.
 102. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? JAMA. 2007; 297: 77–78.
 103. Prata MG, Scheicher ME. Relationship between fear of falling and quality of life in older women fallers fear of falling and quality of life in older. MOJ Gerontol Ger. 2017; 1(5): 128–131.
 104. Chang NT, Chi LY, Yang NP, Pesus C. The Impact of Falls and Fear of Falling on Health-Related Quality of Life in Taiwanese Elderly. J Community Health Nurs. 2010; 27(2): 84-95.
 105. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ i wsp. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ. 2004; 328(7441): 680.
 106. Rodrigues IG, Lima MG, de Azevedo Barros MB. Falls and health-related quality of life (SF-36) in elderly people—ISACAMP. 2008; 5(12A): 49-57.
 107. Miranda-Castillo M, Woods B, Orrell M. The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. BMC Health Serv. Res. 2013; 13: 43.

-
108. Ferreira AR, Dias CC, Fernandes L. Needs in Nursing Homes and Their Relation with Cognitive and Functional Decline, Behavioral and Psychological Symptoms. *Front. Aging Neurosci.* 2016, 8: 72.
 109. Mazurek J, Szcześniak D, Talarska D i wsp. Needs assessment of elderly people living in Polish nursing homes. *Geriatr. Ment. Health Care.* 2015; 2(3-4): 9-15.
 110. Andersson L, McKee K, Lennartsson K. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health.* 2015; 19(5): 409-417.
 111. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. Kwestionariusz Camberwell Assessment of Need for the Elderly jako narzędzie do oceny zapotrzebowania na opiekę przez osoby w wieku podeszłym. Wydawnictwo Akademia Medycyny. Warszawa. 2013.
 112. Szukalski P. Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna, *Auxilium Sociale.* 2005; 2: 217–237.
 113. Przemoc w rodzinie. Fakty i opinie, Warszawa 2002, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_042_02.PDF, data wejścia 04.10.2018r.
 114. Młyński J. Przemoc w rodzinie – skala zjawiska, ofiary przemocy i formy pomocy pracowników socjalnych. *Studia Socialia Cracoviensia* 4. 2012; 2 (7): 143.
 115. van der Ploeg E, Bax D, Boorsma M, Nijpels G, van Hout H. A cross-sectional study to compare care needs of individuals with and without dementia in residential homes in the Netherlands. *BMC Geriatr.* 2013; 13: 51.
 116. Orrell M, Hancock G. CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly. A Needs Assessment for Older Mental Health Service Users Gaskell. London. 2004.
 117. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, Kropińska S i wsp. 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: 163-168.
 118. Walters K, Illiffe S, Orrell M. An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *J. Fam. Pract* 2001;18(3), 277-282.

-
119. World Health Organization (2015) Mental health and older adults. Fact sheet, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
 120. van der Roest H, Meiland F, Hout H, Jonker C, Dröes RM. Validity and reliability of the Dutch version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly in community-dwelling people with dementia. *Int. Psychogeriatr.* 2008; 20(6): 1273-1290.
 121. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. *Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań.* 2012; 123-136.
 122. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychogeriatr. Pol.* 2007; 4(1): 51-60.
 123. Stark A, Kaduszkiewicz H, Stein J, Maier W, Heser K i wsp. A qualitative study on older primary care patients' perspectives on depression and its treatments - potential barriers to and opportunities for managing depression. *BMC Fam Pract.* 2018; 19: 2.
 124. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of Major Depression and Subsyndromal Symptoms on Quality of Life and Attitudes Toward Aging in an International Sample of Older Adults. *The Gerontologist.* 2008; 48(5): 593–602.
 125. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Kohler L i wsp. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord.* 2008; 111(2-3): 153 –163.
 126. Stein J, Pabst A, Weyerer S, Werle J, Maier W i wsp. The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. *J Affect Disord.* 2016; 193: 309-317.
 127. Hoe A, Orrell M, Lambert J, Prettyman R. The needs of long-term day hospital attenders. W: Orrell M, Hancock G. *CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly. A Needs Assessment for Older Mental Health Service Users.* Gaskell. London. 2004; 57–66.

-
128. Dobrzyn-Matusiak D, Marcisz C, Bąk E, Kulik H, Marcisz E. Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland. *Clin Interv Aging*. 2014; 9: 1793-1802.
 129. Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L i wsp. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(10): 2159-2167.
 130. Heslin JM, Soveri PJ, Winoy JB, Lyons RA, Buttanshaw AC i wsp. Health status and service utilisation of older people in different European countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2001; 19(4): 218-222.
 131. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, et al. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:72.
 132. Tsai YC, Hung CC, Hwang SJ, Wang SL, Hsiao SM i wsp. Quality of life predicts risks of end-stage renal disease and mortality in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. 2010; 25(5):1621-1626.
 133. Movsas B, Moughan J, Sarna L, Langer C, Werner-Wasik M i wsp. Quality of life supersedes the classic prognosticators for long-term survival in locally advanced non-small-cell lung cancer: an analysis of RTOG 9801. *J Clin Oncol*. 2009; 27(34):5816–5822.
 134. Sullivan PW, Nelson JB, Mulani PM, Sleep D. Quality of life as a potential predictor for morbidity and mortality in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. *Qual Life Res*. 2006; 15: 1297–1306.
 135. Clarke PM, Hayes AJ, Glasziou PG, Scott R, Simes J, Keech AC. Using the EQ-5D index score as a predictor of outcomes in patients with type 2 diabetes. *Med Care*. 2009; 47(1):61–68.
 136. Pedersen SS, Martens EJ, Denollet J, Appels A. Poor health-related quality of life is a predictor of early, but not late, cardiac events after percutaneous coronary intervention. *Psychosomatics*. 2007; 48(4):331–337.

-
137. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO i
wsp. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death
among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 2005; 165(11):1274–1279.